

Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak – hjelp til selvhjelp?

Helserelatert ulikhet i sysselsetting blant langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp

Active labor market policies and health-related inequalities in employment:

A linked survey-register data cohort study of long-term recipients of social assistance in Norway

Kristian Heggebø

Forsker II, NOVA, OsloMet – Storbyuniversitetet

kristian.heggebo@oslomet.no

Magne Bråthen

Stipendiat, Fakultet for samfunnsvitenskap, OsloMet – Storbyuniversitetet

magne.brathen@oslomet.no

Åsmund Hermansen

Førsteamanuensis, Fakultet for samfunnsvitenskap, OsloMet – Storbyuniversitetet

asmund.hermansen@oslomet.no

Sammendrag

I denne artikkelen følger vi en kohort langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp fra 2004 til 2013, og studerer hvordan deltakelsen på arbeidsmarkedstiltak og overgangen til arbeid påvirkes av helseproblemer. Ved hjelp av koblede survey- og registerdata som inneholder informasjon om mental og somatisk helse målt i 2005, finner vi en omfattende helselatert ulikhet i sysselsetting blant langtids sosialhjelpsmottakere. Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak er ganske vanlig i kohorten, og overgangsratene til jobb er noe høyere over tid for tiltaksdeltakerne. Det forekommer imidlertid tilsynelatende en form for seleksjon inn til tiltak, der personer med helse- og rusproblemer er innrullert i mindre grad.

Nøkkelord

økonomisk sosialhjelp; sysselsetting; arbeidsmarkedstiltak; helseseleksjon.

Abstract

The present paper examines the use of active labor market policies (ALMPs) and employment outcomes for a cohort of long-term social assistance recipients, with an emphasis on health-related inequalities. We use linked survey register data material for 2004–2013, with information on somatic and mental health measured in 2005. The results show systematic and enduring health-related inequalities in employment. ALMP participation is common in the cohort, and the employment outcomes tend to be better among the participants. Evidence of selection appears, however, where people with ill health and substance abuse problems are less likely to be enrolled in ALMPs.

Keywords

social assistance; employment; active labor market policy; health selection

Innledning

«Økonomisk sosialhjelp er en midlertidig inntekt. Målet med stønaden er at du så raskt som mulig skal kunne klare deg selv. Før du kan få stønaden må du vurdere alle andre muligheter til å forsørge deg selv».

Dette sitatet fra Navs (2019a) hjemmesider synliggjør to viktige kjennetegn ved økonomisk sosialhjelp¹. For det første er dette en *kortvarig ytelse*, ment som et bidrag til å hjelpe mottakerne over forbigående økonomiske vansker før han eller hun blir selvforsørgende igjen. For det andre skal *alle andre muligheter* undersøkes før økonomisk sosialhjelp i det hele tatt blir vurdert. Det vil si at en person ikke skal tildeles sosialhjelp dersom vedkommende kan forsørge seg selv ved hjelp av for eksempel yrkesinntekt, andre trygdeytelser eller personlig formue. Sosialhjelp utgjør med andre ord 'den siste forsvarslinjen' i den norske velferdsstaten, og det er en målsetting at så få som mulig skal ha sosialhjelp som inntektskilde. Like fullt benyttes dette sikkerhetsnettet nokså ofte. I siste observasjonsår for denne studien – 2013 – mottok om lag 120 800 personer ytelsen (SSB 2019a). Av disse hadde 45 900 personer vært sosialhjelpsmottakere i 6 måneder eller mer, og 13 700 (dvs. 11 prosent) var registrert som mottakere i alle årets 12 måneder.

Et virkemiddel som har stått sentralt i diskusjonen omkring innsatsen for å gjøre sosialhjelpsmottakere selvhjulpne, er at det skal stilles *aktivitetskrav* for å få innvilget ytelsen. Formålet er å motvirke mulige endringer i insentivene for å søke lønnet arbeid som kan følge av at sosialhjelpen sikrer en inntekt. Dette blir ofte referert til som «moral hazard» eller atferdsrisiko (Chetty 2008). Fra 1. januar 2017 innførte regjeringen en slik aktivitetsplikt for alle sosialhjelpsmottakere under 30 år. I tillegg til å motvirke «moral hazard» ble innføringen begrunnet med at denne plikten ville bidra til en mer strukturert hverdag for sosialhjelpsmottakerne, og dermed forhindre mer ustrakte former for marginalisering. Før lovendringen hadde flere av landets kommuner allerede valgt å stille slike aktivitetskrav, men det var stor kommunal variasjon i hva slags tilbud som var tilgjengelig for sosialhjelpsmottakerne (Dahl & Lima 2017).

For å oppfylle aktivitetsplikten kan Nav tilby kvalifisering, arbeidstilvenning og trening gjennom deltakelse på et arbeidsmarkedstiltak. Dette er arbeidsrettede programmer med en bestemt varighet, klart definerte målgrupper og innhold. Det overordnede målet er at tiltaksdeltakelse, som både kan være et resultat av frivillig og obligatorisk aktivering (Terum, Torsvik & Øvreby 2017), skal bidra til å gi deltakerne kvalifikasjoner som er bedre tilpasset arbeidslivets behov. Disse programmene bygger altså på en individuell opprustningsideologi (Hernes 2014). Det er imidlertid flere studier som har vist at *langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp*, som denne studien undersøker, skiller seg fra ordinære arbeidssøkere på flere viktige områder (se blant annet Lorentzen & Dahl 2005; van der Wel mfl. 2006).

I denne studien følges en kohort med sosialhjelpsmottakere som ble identifisert i starten av 2005. Inkluderingskriteriet var at de hadde hatt økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde i 6 måneder eller mer i løpet av 2004. Disse personene ble tilsendt et spørreskjema, som blant annet samlet informasjon om arbeidserfaring, helseproblemer, og bruk av rusmidler. En stor andel av kohorten som følges rapporterer om dårlig mental og somatisk helse (Løyland mfl. 2010), noe som sannsynligvis innebærer at det kan bli vanskelig å nå målet

1. Denne artikkelen er en del av prosjektet 'Funksjonsevnestudien – En oppfølgingsstudie av sosialhjelpsmottakere', som er finansiert av NAV (12/2243). Vi vil takke resten av prosjektgruppen for gode kommentarer og tilbakemeldinger på en tidligere versjon av manuskriptet. Vi er også takknemlige for SSB sin hjelp i forbindelse med kobling og tilrettelegging av registerdatamaterialet.

om økonomisk selvhjulpenhet. Informasjonen fra spørreskjema er nå koblet med data fra en rekke administrative registre, og vi kan følge personenes tiltaksdeltakelse og yrkesaktivitet i en periode på 10 år (2004–2013). Følgende tre forskningsspørsmål undersøkes:

1. *Tiltaksdeltakelse*: I hvor stor grad har denne kohorten langtidsmottakere av sosialhjelp deltatt på arbeidsmarkedstiltak, og er det helserelevante ulikheter i tiltaksdeltakelsen?
2. *Syssetsetting*: I hvilken utstrekning har langtidsmottakere av sosialhjelp lønnet arbeid, og er det forskjeller i syssetsetting mellom mottakere med og uten helseproblemer?
3. *Tiltak-syssetsetting overgang*: I hvilket omfang blir tiltaksdeltakelse etterfulgt av syssetsetting blant denne kohorten langtidsmottakere av sosialhjelp, og varierer disse overgangene med helsetilstand?

Det er flere grunner som gjør det spesielt interessant å studere langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Dette er en vanskeligstilt gruppe med dårlig helse, livskvalitet og levekår, som uten bistand fra hjelpeapparatet kan stå i fare for et liv i fattigdom. Personer som blir gående lenge på sosialhjelp utgjør dessuten en finansiell utfordring for norske kommuner. Det å studere hva som kan bidra til økt økonomisk selvhjulpenhet er derfor ønskelig både for den enkelte, og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. I tillegg har langtidsmottakere av sosialhjelp vært målgruppen for en rekke politiske reformer de siste 20 år.

Resultatene fra denne studien kan forhåpentligvis bidra med et innspill til debatten omkring aktivitetsplikten som ble innført 1. januar 2017. Våre data dekker tidsperioden 2004–2013, og det kan være noe lærdom å trekke ut av det som ble gjort på dette området i årene før regelendringen. Det er imidlertid viktig å understreke, for det første, at denne artikkelen kun ser på *langtidsmottakere* av økonomisk sosialhjelp, og for det andre, at vi ser på *hele aldersfordelingen* og begrenser oss altså ikke til de under 30 år. Dette kompliserer en generalisering til nyere (og yngre) sosialhjelpskohorter. Vi vil også presisere at artikkelen ikke er en effektevaluering av hvilke konsekvenser deltakelse på arbeidsmarkedstiltak har for sosialhjelpsmottakere. Dette er en beskrivende studie som ser på forskjeller i tiltaksdeltakelse og overgang til arbeid mellom mottakere med ulik helsetilstand.

Bakgrunn og tidligere forskning

Sosialhjelp er ment som en kortvarig økonomisk støtte. Nivået på overføringen er så lav at ytelsen alene ikke gir tilstrekkelige muligheter til å delta aktivt i samfunnet (van der Wel mfl. 2018). I tillegg har kommunene mulighet til å bruke både vilkår og sanksjoner, noe som gjør at ytelsen for mange langtidsmottakere innebærer en (mer) uforutsigbar økonomisk situasjon enn alternative inntektskilder, for eksempel arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsstønad og uføretrygd, som er av lengre varighet og hvor de finansielle satsene bestemmes av Staten.

Uavhengig av hvordan sosialhjelpen er organisert i ulike norske kommuner, så er det overordnede målet at mottakeren skal bli økonomisk selvhjulpen så raskt som mulig. Selv om det er uenighet rundt hvilke virkemidler som er mest effektive for å nå dette målet, er det en utbredt antagelse at *aktivitet* – i en eller annen form – er et godt alternativ. I stedet for å være en *passiv* mottaker av sosialhjelp, skal den kommunale økonomiske støtten bli utbetalt fordi mottakeren *aktivt* har gjort noe. Dette 'noe' kan for eksempel være et stykke arbeid som gagnar kommunen (luke i bedd, hjelpe til på et omsorgssenter eller lignende), eventuelt at han/hun har deltatt på et arbeidsmarkedstiltak. Litt karikert kan man si at det skal være så godt som umulig å få inntekt fra velferdsstatsapparatet uten å bidra med en gjenytelse.

Fra 1. januar 2017 innførte regjeringen *aktivitetsplikt* for sosialhjelpsmottakere under 30 år. Resonnementet bak regjendringer er at aktivitet vil forhindre passivisering og mer utstrakt marginalisering blant sosialhjelpsmottakere, samt gjøre det litt mindre 'komfortabelt' å leve av kommunale midler.

Tidligere forskning viser at aktivitetskrav kan ha positive effekter på sysselsetting (se for eksempel Markussen & Røed 2016; Hernæs, Markussen & Røed 2017; Hernæs 2018), men det vil sannsynligvis være vesentlig 'effektheterogenitet' (Rønsen & Skarðhamar 2009) siden mottakere av sosialhjelp er en svært variert gruppe (Dahl & Lorentzen 2003). Noen trenger bare økonomisk hjelp en kort periode før de blir selvforsørgende (igjen), som oftest gjennom lønnsarbeid eller videre utdanningsløp. Andre har færre ressurser og mer problemer og har behov for sosialhjelp over en lengre periode. Analyser av et unikt norsk surveydatamateriale (van der Wel mfl. 2006; Løyland mfl. 2010, viser at langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp er en gruppe preget av omfattende – og til dels sammenvevde – problemer knyttet både til mental og somatisk helsetilstand, rusmiddelbruk og oppvekstvilkår (for eksempel foreldrekonflikter og seksuelt misbruk). Dette betyr at veien (tilbake) til en stabil arbeidsmarkedstilknytning ofte vil være brolagt med utfordringer. På grunn av de mange sosiale og helsemessige utfordringene som finnes blant langtidssosialhjelpsmottakere, vil støtte fra Nav sannsynligvis være helt essensielt.

Denne studien er særlig opptatt av potensielle *helserelaterte ulikheter* i tiltaksdeltakelse og sysselsetting blant langtidssosialhjelpsmottakere. Litt overraskende så er det ganske lite fokus på *helsetilstanden* til mottakere av inntektssikringsordninger i det offentlige ordskiftet, mens betydningen av økonomiske insentiver og såkalte «moral hazards» ofte tillegges betydelig vekt. En stor mengde studier (se blant annet Mastekaasa 1996; Stewart 2001; García-Gómez, Jones & Rice 2010; Böckerman & Maczulskij 2018) viser at personer med dårlig helse ofte sliter med å få en fast tilknytning til arbeidslivet. Resultater fra flere felteksperimenter (Ameri mfl. 2018; Baert mfl. 2016; Hipes mfl. 2016; Ravaud, Madiot & Ville 1992) tyder dessuten på at det er snakk om et kausalt forhold, altså at det er helsetilstanden i seg selv som påvirker arbeidsmarked utfallet, og ikke en eller annen bakenforliggende og uobserverbar variabel, slik som personlighet eller kognitive ferdigheter.

Det er sannsynlig at langtidssosialhjelpsmottakere med helseproblemer opplever større vansker med å oppnå økonomisk selvforsørgelse, av tre hovedgrunner. For det første fordi helseproblemene kan være så *alvorlige* at det er inkompatibelt med alminnelig lønnsarbeid. For det andre kan arbeidsgivere være *skeptiske* til å ansette en person som vurderes å ha lav forventet produktivitet og høyt sykefravær, samt hvor det er en risiko for at han/hun opplever en videre forverring av helsetilstanden (Heggebø 2016: 462–463). For det tredje fordi personer med dårlig helsetilstand kanskje ikke får anledning til å delta på arbeidsmarkedstiltak i like stort omfang som de med god helse, og det potensielle utbytte av *tiltaksdeltakelsen* kan variere med helsetilstand. Denne studien kan ikke gi et fullgodt innblikk i betydningen av alle disse forklaringsmekanismene, men noen av faktorene kan vise seg å være av relevans i den avsluttende diskusjonen.

Institusjonell kontekst

I analyseperioden ble det gjennomført flere omfattende reformer som er av betydning for den aktive arbeidsmarkedspolitikken i Norge, slik som implementeringen av Nav-reformen og introdusering av nye tiltak og ytelser rettet mot langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp.

I 2006 ble Trygdeetaten, Aetat og den kommunale sosialtjenesten slått sammen, og Nav etablert. Dette anses som en av de største administrative reformene i norsk historie (Lægreid & Rykkja 2013). Målet var å forbedre tjenestene for brukere med sammensatte utfordringer (Askim mfl. 2011), ved blant annet å gjøre arbeidsmarkedstiltakene tilgjengelige for flere. Evalueringer av *Nav-reformen* viste imidlertid at det fulgte med noen åpenbare kostnader i etableringsfasen. Veilederne måtte gjøre seg kjent med et nytt regelverk og nye fagsystemer, i tillegg til at arbeidsplassene i mange tilfeller ble flyttet. Dette påvirket kvaliteten på oppfølgingen av Nav sine brukere (Schafft & Spjelkavik 2011).

I kjølvannet av Nav-reformen ble det introdusert en rekke tiltak og regelendringer rettet mot mottakere av sosialhjelp. I 2008 lanserte myndighetene *Kvalifiseringsprogrammet*. Programmet rekrutterte personer som står i fare for å bli, eller var blitt, avhengig av økonomisk sosialhjelp (Markussen & Røed 2016). Formålet var å bidra til at flere kom over i arbeid og aktivitet ved hjelp av et individuelt tilrettelagt tilbud, som omfatter tett oppfølging og arbeidsrettet trening og praksis gjennom arbeidsmarkedstiltak. Myndighetene ga øremerkede tilskudd til kommunene som skulle dekke merkostnadene knyttet til føringene som programmet ga. Dette var ment å gi kommunene et insentiv til å rekruttere langtidsmottakere av sosialhjelp, noe kommunene også gjorde (Langeng & Dehli 2011). Intervjuer med saksbehandlere i Nav antydte imidlertid at brukere med alvorlige psykiske helseplager og rusproblematikk så ut til å bli valgt bort ('screening') (Schafft & Spjelkavik 2011). Så selv om målgruppen for programmet var klart definert, favoriserte rekrutteringen i noen grad de som var «bedre stilt».

I 2010 erstattet den nye ytelsen *arbeidsavklaringspenger* (AAP) de tre helserelaterte ytelsene attføringspenger, rehabiliteringspenger og tidsbegrenset uførestønad. AAP hadde som mål å flytte fokuset bort fra utfordringene til mottakerne, og mot ressursene til hver enkelt. For å oppnå dette stod introduksjonen av arbeidsevnevurdering sentralt. AAP-mottakerne skulle sikres tilpasset oppfølging ved å identifisere arbeidsønsker, ressurser og eventuelle barrierer i dialog med saksbehandlerne. I tillegg ga AAP et enklere regelverk som skulle være mindre ressurskrevende å administrere for etaten (Ot.prp. nr. 4 (2008-2009)). Videre ble det åpnet for et bredere spekter av arbeidstrening og praksis, men det første hele til halvannet året etter at ytelsen ble introdusert prioriterte Nav å gi brukerne riktig ytelse til rett tid. I tillegg måtte saksarbeidere sette av tid for å tilegne seg den nye arbeidsmetodikken som arbeidsevnevurderingen representerte (Bråthen 2012). Begge disse faktorene kan ha påvirket kvaliteten på oppfølgingen av langtidssosialhjelpsmottakere.

Nav-reformen i 2006, *Kvalifiseringsprogrammet* i 2008 og *Arbeidsavklaringspenger* i 2010 er altså tre endringer som kan være av relevans for tiltaksdeltakelsen. Det er samtidig viktig å påpeke at langtidsmottakere av økonomiske sosialhjelp er kjennetegnet av en akkumulasjon av sosiale og helsemessige utfordringer, og det er langt fra sikkert at de 'vanlige' tiltaksverktøyene til Nav er skreddersydd for deres komplekse behov. I kohorten som analyseres i denne studien, er det for eksempel en markant overrepresentasjon av diverse ulemper i barndommen (før fylte 16 år). Tabell A1 i appendiks viser at 14 prosent av langtidsmottakerne har opplevd *seksuelt misbruk*, sammenlignet med 3 prosent av befolkningen for øvrig. Videre rapporterer nesten 1/3 om *langvarig mobbing*, mot 1/10 av befolkningen samlet. *Annen mis-handling* rapporteres av 20 prosent blant langtidssosialhjelpsmottakere, men bare 4 prosent av befolkningen for øvrig. Tilsvarende overrepresentasjon finnes for samtlige av barndomsulempene som det er mulig å sammenligne på tvers av de to surveyutvalgene.

Det er heller ikke tilfeldig *hvem* som blir innrullert på et arbeidsrettet tiltak, og hvem som ikke blir det. Langtidssosialhjelpsmottakere med utdanningskvalifikasjoner og/eller relevant arbeidserfaring vil i større grad ha mulighet til å skaffe seg lønnet arbeid gjennom å søke

på det åpne markedet. Det er derfor sannsynlig at det først og fremst er personer med en mindre attraktiv CV som har behov for arbeidsmarkedstiltak, men også blant disse kan det forekomme en form for 'screening' siden langtidsmottakere med de største og mest sammensatte problemene, i mange tilfeller, ikke vil ha noe særlig utbytte av tiltaksaktiviteten. Med andre ord, både (i) de langtidsmottakerne med beste, og (ii) de med dårligste utsikter på arbeidsmarkedet har sannsynligvis en lavere tiltaksprevalens. Det er essensielt å ha slike *selektive prosesser* i bakhodet når resultatene fra denne studien skal tolkes.

Data og metode

Denne artikkelen er en del av prosjektet «Funksjonsevnestudien – En oppfølgingsstudie av sosialhjelpsmottakere». Vi har tilgang til et datamateriale bestående av svarene på en omfattende spørreskjemaundersøkelse (gjennomført i starten av 2005) som er blitt koblet til registerdatainformasjon 2004–2013 om inntekts- og trygdeløp, samt hvilke arbeidsmarkedstiltak personene har deltatt på i regi av Nav. Det opprinnelige utvalget i undersøkelsen hørte til i 14 kommuner som deltok i det såkalte Tiltaksforsøket (Lødemel & Johannessen 2005). Survey-materialet bidrar med selvrapportert informasjon som ofte er uobserverbar for forskere, for eksempel somatisk og mental helsetilstand, oppvekstvilkår og rusmiddelbruk. Registermaterialet sikrer valid og reliabel informasjon frem til år 2013 om arbeids- og trygdekarrierene, og vi kan for eksempel se i hvilken grad uføretrygd eller lønnsinntekt utgjør hovedinntektskilden.

Selv om datamaterialet vårt er uvanlig rikt, har det et par åpenbare svakheter. For det første er informasjonen om helsetilstand selvrapportert, noe som åpner for målefeil, for eksempel at personer overdriver sine helseproblemer. For det andre var det relativt få personer som svarte på spørreskjemaet i de 14 kommunene i 2005 (N=562), og enda færre som SSB fikk kontakt med og som gav tillatelse til påkobling av registerdata (N=456). Frafallsanalyser viser imidlertid at de som besvarte surveyundersøkelsen i 2005 (svarprosent=53) ikke er signifikant forskjellige fra de som ikke svarte på 13 variabler hentet fra FD-Trygd (Dahl & van der Wel 2009), men det kan ikke utelukkes at det finnes forskjeller etter for eksempel barndomsulemper og helsetilstand. De personene vi har registerdatainformasjon om (svarprosent=81), er heller ikke signifikant forskjellig fra de vi ikke har registerdatainformasjon om (se tabell A2 i appendiks). Vi har altså informasjon om relativt få individer, men informasjonen vurderes som representativ for hele kohorten.

Operasjonalisering

En person er klassifisert som deltaker på et arbeidsmarkedstiltak hvis han eller hun har vært registrert på ett eller flere av følgende programmer i løpet av et kalenderår: (i) *arbeidsmarkedstrening og utdanning* som AMO-kurs og utdanning i det ordinære utdanningssystemet, (ii) *arbeidsincentiver* som lønnstilskudd og arbeidspraksis i ordinær virksomhet, (iii) *jobbstøtte* som arbeid med bistand og Arbeidsrettet rehabilitering, (iv) *jobbskaping* og (v) *egenetablering*. Gruppering av arbeidsmarkedstiltakene er basert på Eurostats kategorisering (Eurostat 2013). På grunn av et lavt antall observasjoner kan vi ikke differensiere gjennomgående mellom de ulike tiltaksgruppene i analysene. Vi anerkjenner at et større utvalg og mer detaljerte inndelinger av tiltaksgrupper ville vært mer ideelt, men det å se på arbeidsmarkedstiltak samlet vil også kunne gi nyttig kunnskap, siden det overordnede målet alltid er at sosialhjelpsmottakeren skal bli økonomisk selvforsørgende.

Personene i utvalget får status som *sysselsatt* ved hjelp av opplysninger om årlig inntekt fra arbeid fra skattemyndighetene. For at en person skal bli klassifisert som sysselsatt, må

inntektsnivået være over en viss terskel. Grunnbeløpet i folketrygden brukes som referansepunkt for beregning av pensjoner og ytelser i Norge, og reguleres hvert år av Stortinget for å gjenspeile den gjennomsnittlige lønnsveksten. Vi har valgt en inntektsgrense på 1,5 ganger grunnbeløpet (G). Dette er en vanlig inntektsterskel i Norge som for eksempel brukes som vilkår for utbetaling av dagpenger (NAV 2019b). En lavt betalt helårsjobb i et arbeidsmarkedssegment med få formelle utdanningskrav vil typisk tjene rundt 3,5G. 1,5G er derfor en nokså lav inntektsgrense, men siden mange langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp i utgangspunktet står langt fra arbeidsmarkedet, vil en sysselsetting som tilsvarer cirka 5 måneders fulltidsjobb i et lavt betalt yrke i løpet av et kalenderår kunne karakteriseres som et positivt utfall.

Mottak av *sosialhjelp* er identifisert gjennom opplysninger fra skattemyndighetene. Er det innrapportert utbetaling av sosialhjelp til personen i løpet av et kalenderår, blir denne klassifisert som mottaker. Opplysninger om *uføretrygd* er også hentet fra skattemyndighetene. Personer mellom 18 og 67 år, som er forsikret under folketrygden, har rett til uføretrygd dersom inntektsevnen er varig redusert med minst 50 prosent på grunn av sykdom og/eller skade (NAV 2019c). Vi viser noen empiriske mønstre for uføretrygd av to grunner. For det første er uføretrygd et åpenbart 'konkurrerende utfall' for personer med dårlig helsetilstand (Reeuwijk mfl. 2017). For det andre kan utviklingen i uføretrygdrater over tid benyttes som en form for validering av våre helseindikatorer. Dersom våre data ikke er beheftet med for mye målefeil, bør vi forvente (a) at uføretrygd er mer vanlig blant de som rapporterer dårlig helse enn de som ikke gjør det, og (b) at uføretrygd er mer vanlig for de med dårlig somatisk helse sammenlignet med de med dårlig mental helse. Vi har dessverre ikke reliabel informasjon om hvem som er registrert som deltakere på *Kvalifiseringsprogrammet*.

Vi er særlig interessert i hvorvidt somatisk og mental helsestatus har noe å si for deltakelse på arbeidsmarkedstiltak og muligheten for å komme over i inntektsgivende arbeid. Somatisk helse måles her ved hjelp av følgende spørsmål: «Er du ofte plaget med smerte?». Om lag 50 prosent av analyseutvalget svarer ja, og får koden 1 (ellers=0) på *smerte ofte*. 10-spørsmålsversjonen av Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) benyttes som mål på mental helse: «Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget av noe av dette?». 'Stadig redd eller engstelig', 'matthet eller svimmelhet', 'søvnproblemer' og 'følelse av å være unyttig' er eksempler på problemer/plager. Svaralternativene på de 10 spørsmålene utgjør en 4-punkts Likert-skala: «ikke plaget» (1), «litt plaget» (2), «ganske mye plaget» (3) og «veldig mye plaget» (4). Et gjennomsnitt av svarene blir utregnet, og de som skårer over 1,85 har en symptombelastning som tilsier *psykiske plager* (Strand mfl. 2003) og får koden 1 (ellers=0). Ca. 60 prosent av analyseutvalget skårer mer enn 1,85 på HSCL-10 variabelen. HSCL-10 er en kortform av det større spørsmålsbatteriet Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25), som regnes for å måle symptomer på angst og depresjon forholdsvis godt. Vi har dessverre ikke informasjon om hvor lenge personene i utvalget har opplevd disse plagene, men det er ikke usannsynlig at noen av dem (f.eks. 'følelse av at alt er et slit') kan ha oppstått i relativt ung alder.

Kategorien *ingen helseplager* blir her en restgruppe, som verken har en HSCL-skår over 1,85 eller har oppgitt at de ofte er plaget med smerter. Komorbiditet (forekomst av flere lidelser samtidig) er ganske vanlig i kohorten: 60 prosent av de med psykiske plager rapporterer også smerter ofte, og 78 prosent av de som rapporterer smerter ofte, har også psykiske plager. På grunn av relativt få observasjoner (N=456) har vi imidlertid valgt å dele utvalget i tre grupper. Å ta høyde for komorbiditet ville gi veldig få observasjoner i gruppen for de med 'kun' smerter ofte, for eksempel.

Deskriptiv statistikk

Tabell 1 viser deskriptiv statistikk for sosiodemografiske variabler (kjønn, alder, utdanning, utenlandsk opprinnelse med mer), rusproblemer og diverse ulemper i barndommen (før fylte 16 år). Tallene vises separat for (1) de uten helseplager (N=129), (2) de med psykiske plager (N=267) og (3) de med smerter ofte (N=205). Tabellen viser hvor stor andel som er kvinner, gift/samboer, etnisk minoritet etc. innen hver av de tre gruppene.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for (1) de uten helseproblemer, (2) de med psykiske plager og (3) de med smerter ofte. Prosent

I alt	(1) Ingen helseplager 100 (N=129)	(2) Psykiske plager 100 (N=267)	(3) Smerter ofte 100 (N=205)
Kjønn			
Kvinner	43	38	48
Menn	57	62	52
Alder			
18-29 år	50	44	36
30-49 år	42	47	52
50-62 år	9	9	12
Gift/samboer	28	17	20
Etnisk minoritet	15	18	24
Barn under 10 år	22	16	18
Hatt inntektsgivende arbeid (>6 mnd.)	65	70	69
Utdanning utover videregående	54	44	46
Alkoholproblemer	22	39	32
Narkotikaproblemer	21	47	38
Ulemper i barndommen (<16 år)			
Økonomiske problemer i barndomshjemmet	34	48	49
Konfliktfylt forhold mellom foreldre	47	65	61
Foreldres misbruk av alkohol/rusmidler	26	34	29
Seksuelt misbruk	11	17	13
Langvarig mobbing	21	40	40
Annen mishandling	10	26	28
Problemer med å få venner	18	33	28
Problemer med å følge med på skolen	48	68	63
Avbrudd i skolegang	22	46	44
Større flytting	31	38	38

Det er relativt få ulikheter etter helsetilstand hva gjelder sosiodemografiske kjennetegn, men de *uten helseplager* er i litt større grad gift/samboer, har noe mer utdanning, samt er noe yngre enn de med *psykiske plager* og de som har *smerter ofte*. Rusproblematikk er derimot langt mer utbredt blant de som har dårlig helsetilstand, og særlig blant de med psykiske plager, hvor hele 39 og 47 prosent oppgir problemer med henholdsvis alkohol og narkotika. Også når det gjelder et stort antall ulemper i barndommen er det en overrepresentasjon blant de med helseproblemer. Langvarig mobbing er for eksempel dobbelt så vanlig blant de med psykiske plager (40 prosent) og smerter ofte (40 prosent), sammenlignet med de uten helseplager (21 prosent), og annen mishandling forekommer nesten tre ganger så ofte blant de med smerter ofte (28 prosent) og de med psykiske plager (26 prosent), sammenlignet med de uten helseplager (10 prosent).

Analytisk tilnærming

Denne studien er gjennomgående beskrivende i formen, hvor vi viser mønstre i tiltaksdeltakelse og sysselsetting for en kohort langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp etter helsestatus: (1) de *uten helseproblemer*, (2) de med *psykiske plager* og (3) de med *smerter ofte*. Vi minner om at de to gruppene med helserelaterte problemer ikke er gjensidig utelukkende kategorier. Vi starter med noen sekvensanalyser (Halpin 2017) for å vise hvordan de tre gruppene sosialhjelpsmottakere fordeler seg på månedsbasis hva gjelder (a) tiltaksdeltakelse, (b) sysselsetting eller (c) alle andre økonomiske statuser (inkludert uføretrygd, sosialhjelp med mer) over totalt 120 måneder. Vi fortsetter med å vise årlige mønstre for sysselsetting og uføretrygd før vi tar et dypdykk i årlig tiltaksdeltakelse. Til slutt ser vi på overgangsruoter til jobb for personer som deltok på tiltak sammenlignet med de som ikke deltok på tiltak.

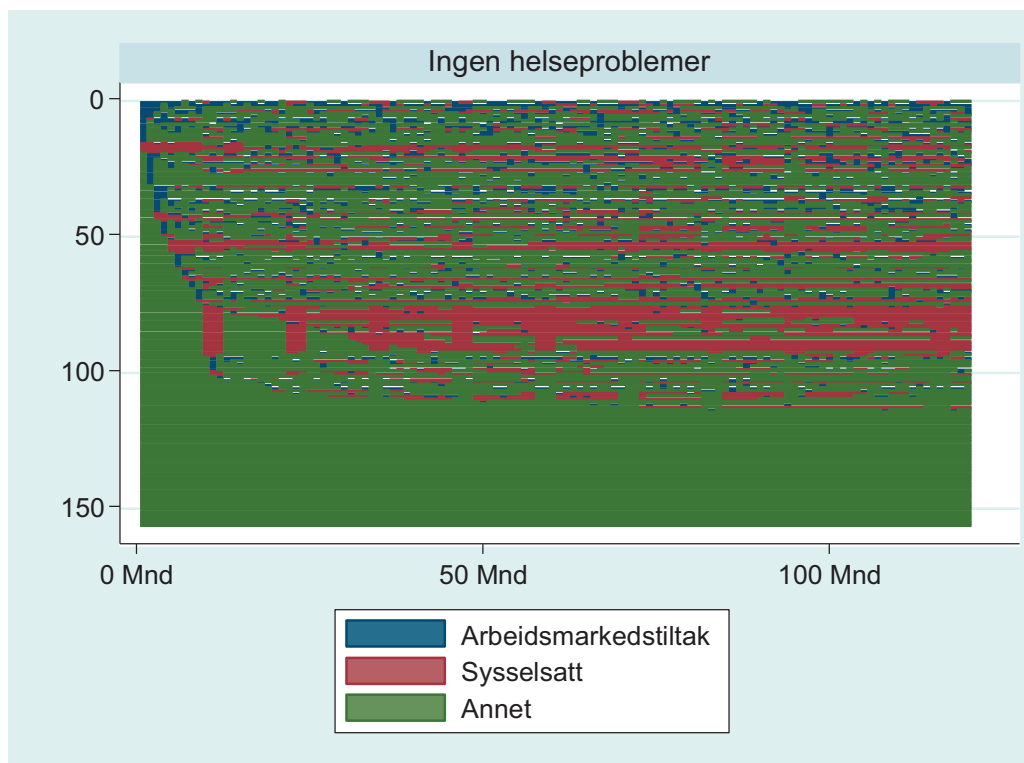
Empiriske resultater

Sekvenser: tiltak og sysselsetting

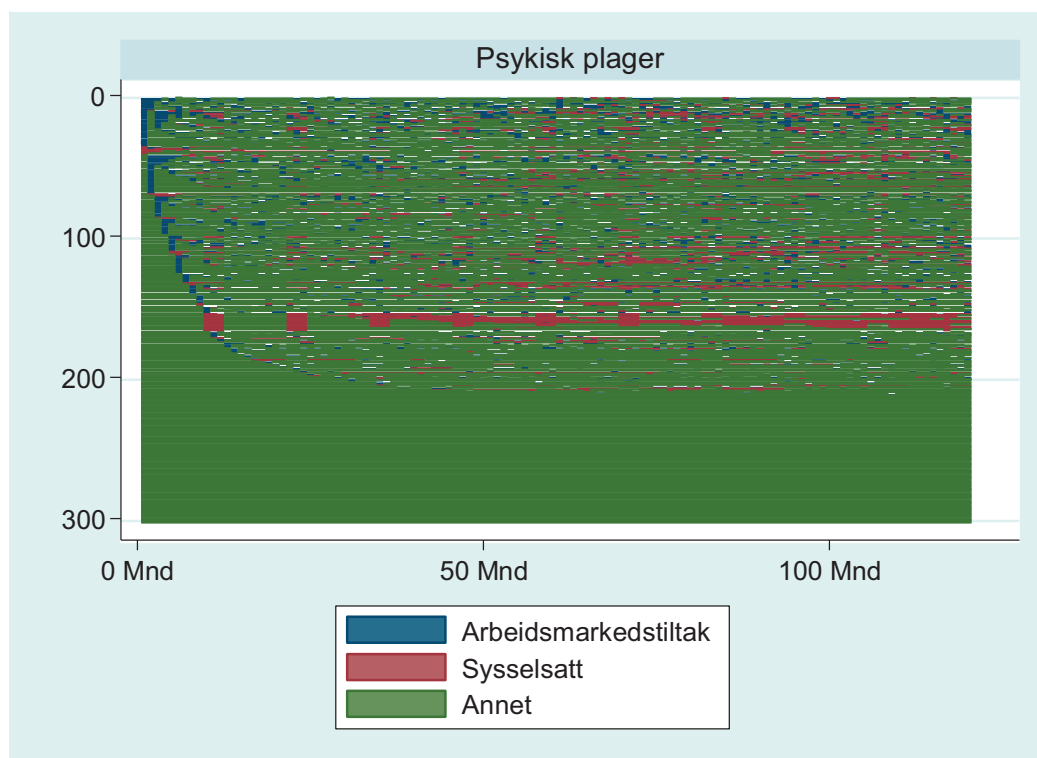
Figur 1 viser resultater fra sekvensanalyser, der vi skiller mellom tiltaksdeltakelse (i blått), sysselsetting (i rødt) og alle andre økonomiske statuser (i grønt). X-aksen viser antall måneder (0-120), mens Y-aksen viser antall personer/forløp, og denne varierer derfor noe mellom de tre gruppene. Mønstrene for langtidssosialhjelpsmottakere *uten helseproblemer* kan ses i panel A, hvor rødfargen er nokså dominant. Det betyr at personer uten helseproblemer har vært sysselsatt i ganske stor grad, men 36 prosent hadde aldri statusen «sysselsatt» i løpet av de 120 månedene. Av de 64 prosent som var innom statusen «sysselsatt» i løpet av perioden, var gjennomsnittlig sysselsetting på 55 måneder. 74 prosent var innom statusen «arbeidsmarkedstiltak», med en periode på cirka 20 måneder i gjennomsnitt. For gruppen som helhet var det kun 14 prosent som forble i statusen «annet» gjennom alle ti år.

Innslaget av fargen grønn er langt mer fremtredende blant sosialhjelpsmottakere med *psykiske plager* (panel B). Dette innebærer at flere månedlige sekvenser er preget av noe annet enn sysselsetting (rødt) og tiltaksdeltakelse (blått), for eksempel mottak av sosialhjelp eller uføretrygd. Hele 58 prosent blant de med psykiske plager hadde aldri statusen «sysselsatt» i løpet av de 120 månedene. De 42 prosent som var innom statusen «sysselsatt», hadde denne statusen i gjennomsnitt 40 måneder i løpet av perioden. 73 prosent var innom statusen «arbeidsmarkedstiltak» i løpet av perioden, og de hadde denne statusen i 23 måneder i gjennomsnitt. 23 prosent av langtidsmottakerne med psykiske helseplager forble i statusen «annet» hele perioden 2004—2013.

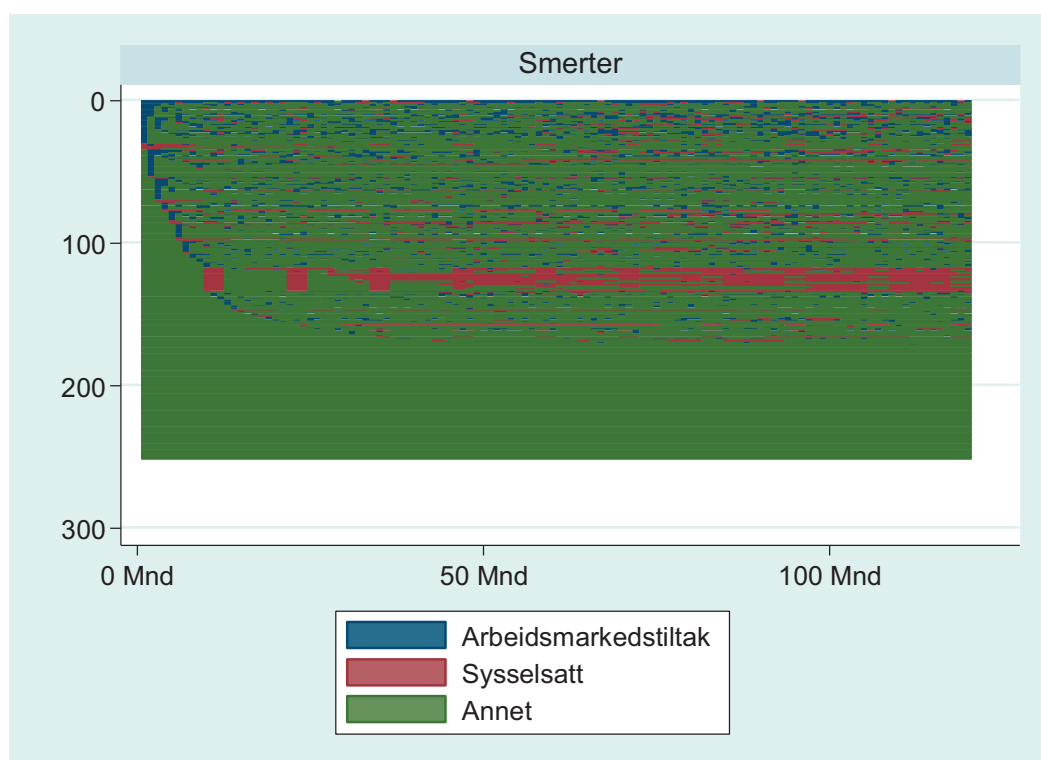
Månedlige mønstre for de med *smerter ofte* vises i panel C. Også blant de med smerter ofte er grønt den dominerende fargen, men det er samtidig flere langvarige sekvenser preget av rødfarge (sysselsetting). Innrullering på arbeidsmarkedstiltak (blått) forekommer også ganske hyppig. 58 prosent hadde aldri status som «sysselsatt» i noen av de 120 månedene. Blant de 42 prosentene som var innom statusen «sysselsatt», var gjennomsnittlig lengde 40 måneder. 74 prosent var innom statusen «arbeidsmarkedstiltak» i løpet av perioden (22 måneder i snitt). 21 prosent av de med smerter ofte forble kontinuerlig i statusen «annet» i løpet av de 120 månedene mellom 2004 til 2013.



Panel A. Ingen selv-rapporterte helseproblemer



Panel B. Psykiske plager (>1,85 på HSCL-10)



Panel C. Smerter ofte

Figur 1. Sekvenser i perioden 2004–2013 (120 måneder totalt) – tiltak og sysselsetting (Y-aksen = antall personer/forløp)

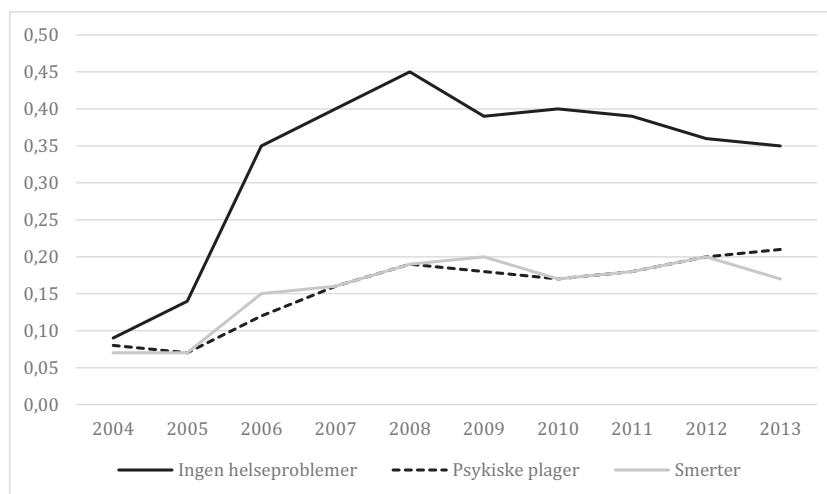
Sysselsetting og uføretrygd

Et overordnet mål for sosialhjelpen er å bidra med såkalt «hjelp til selvhjelp», og den mest åpenbare indikatoren på økonomisk selvhjelpenhet er yrkesinntekt. Panel A i figur 2 viser andelen i denne kohorten langtidssosialhjelpsmottakere som har over 1,5G i yrkesinntekt, stratifisert etter helsetilstand. Blant de *uten helseproblemer* er det cirka 40 prosent som overskrider 1,5G terskelen i årene 2006–2013. Den høyeste observerte sysselsettingen er for år 2008 med 45 prosent, men andelen med mer enn 1,5G i yrkesinntekt har falt sakte, men sikkert i årene etterpå, og er nede på 35 prosent i 2013.

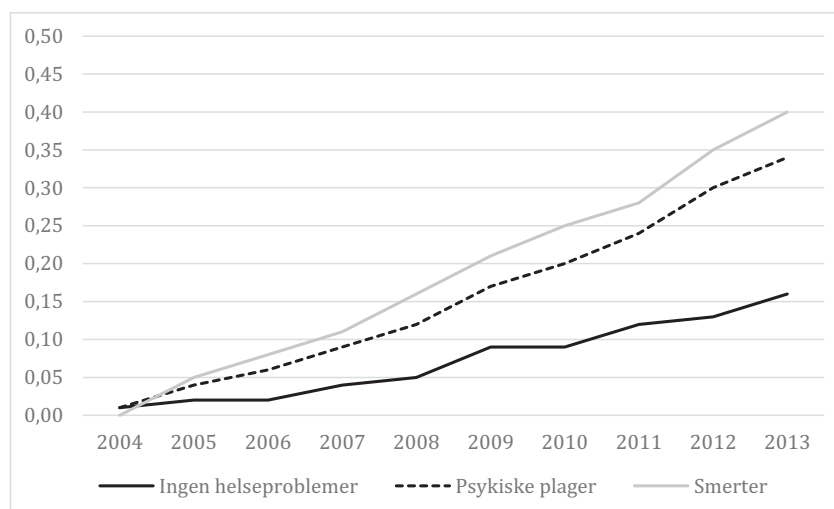
Det kanskje mest bekymringsverdige i figur 2, panel A er de tydelig ulikhetene etter helsetilstand. For de med *psykiske plager* fluktuierer sysselsettingen rundt 17-19 prosent fra år 2007 og fremover. Prosentpoengsdifferansen mellom de med psykiske plager og de uten selvrapporterte helseplager er som regel over 20, med et toppunkt i år 2008 hvor forskjellen var på hele 26 prosentpoeng. Det skal imidlertid samtidig nevnes at det er en svak, positiv tendens i retning av høyere sysselsetting over tid for de med psykiske plager: fra 12 prosent i 2006 til 21 prosent i 2013. Også for langtidssosialhjelpsmottakere med *smerter ofte* er prosentpoengsdifferansen i sysselsetting, sammenlignet med gruppen uten helseplager, cirka 20 for årene 2006–2013, igjen med 2008 som toppunkt (26 prosentpoeng).

På grunn av den dårlige helsetilstanden som langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp tenderer mot å ha, er det interessant å se på mottak av uføretrygd i perioden 2004–13 (panel B, figur 2). Disse tallene viser tydelig at det er en økende tendens til mottak av uføretrygd

over tid for hele kohorten, men linjene er spesielt bratte for de med dårlig helsetilstand. I siste observasjonsår mottar 40 prosent av de med *smerter ofte* uføretrygd, sammenlignet med 34 prosent av de med *psykiske plager*, og 16 prosent av de *uten helseproblemer*. Det er betryggende, metodologisk sett, å observere at uføretrygd er langt mer vanlig blant de som rapporterer å ha dårlig helsetilstand enn blant de som ikke gjør det, samt at det også går et skille mellom somatiske og mentale helseproblemer, med en høyere grad av uføretrygd i førstnevnte gruppe. Dette er en indikasjon på at det ikke er altfor mye målefeil i surveydata-informasjonen som vi benytter oss av. Man kan argumentere for at økende uføretrygd over tid er et tegn på at velferdsstaten fungerer slik den skal: som et sikkerhetsnett for personer med dårlig helsetilstand. Det er imidlertid sannsynligvis ganske mange som både kan og vil jobbe i denne kohorten, og det finnes kanskje et uforløst sysselsettingspotensial både blant de med *smerter ofte* og de med *psykiske plager*.



Panel A. Sysselsetting



Panel B. Uføretrygd

Figur 2. Økonomisk status for langtidsmottakere av sosialhjelp 2004–2013, for langtidsmottakere uten helseproblemer, med psykiske plager, og med smerter ofte

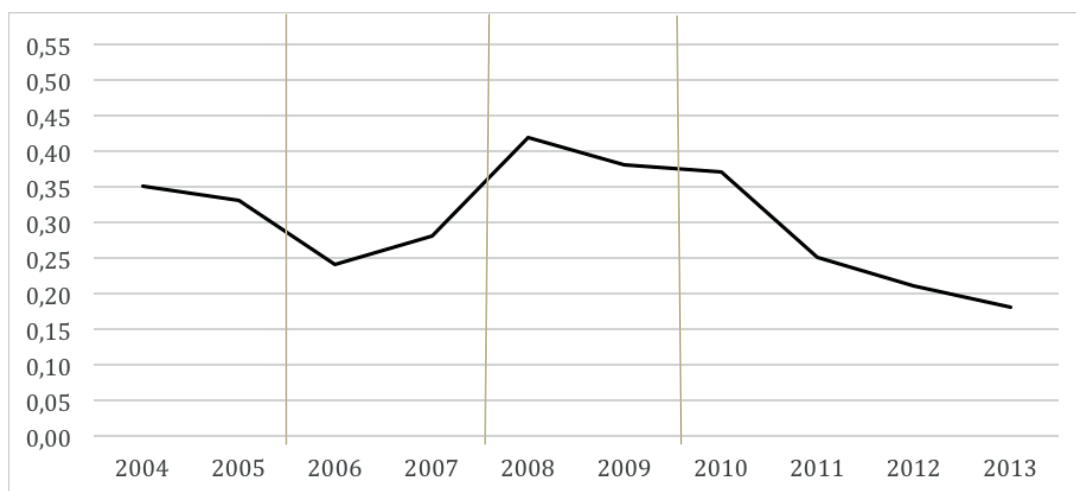
Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak

Fra 2004 til 2013 deltok om lag 72 prosent av utvalget på ett eller flere *arbeidsmarkedstiltak* (tabell 2). Det betyr at nesten tre av fire i denne sosialhjelpskohorten har fått en eller annen oppfølging i form av arbeidstrening og praksis i løpet av denne tiårsperioden. Samlet sett var tiltaksaktiviteten noe lavere for de med helseproblemer. For sosialhjelpsmottakere med *psykiske plager* og *smarter ofte* hadde henholdsvis 69 og 70 prosent deltatt på et tiltak, mens andelen deltakere blant de *uten helseplager* var 74 prosent. Det er relativt få observasjoner i de tre gruppene, og den statistiske usikkerheten er derfor stor. Forskjellene i tiltaksdeltakelse var imidlertid mer tydelige for de programmene som ga opplæring og praksis på en vanlig arbeidsplass gjennom arbeidsincentiver som lønnstilskudd. Mens 44 prosent av de *uten helseplager* var registrert som deltakere i ett eller flere av disse tiltakene, var andelen 33 prosent for både de med *psykiske plager* og for de som er plaget med *smarter ofte*.

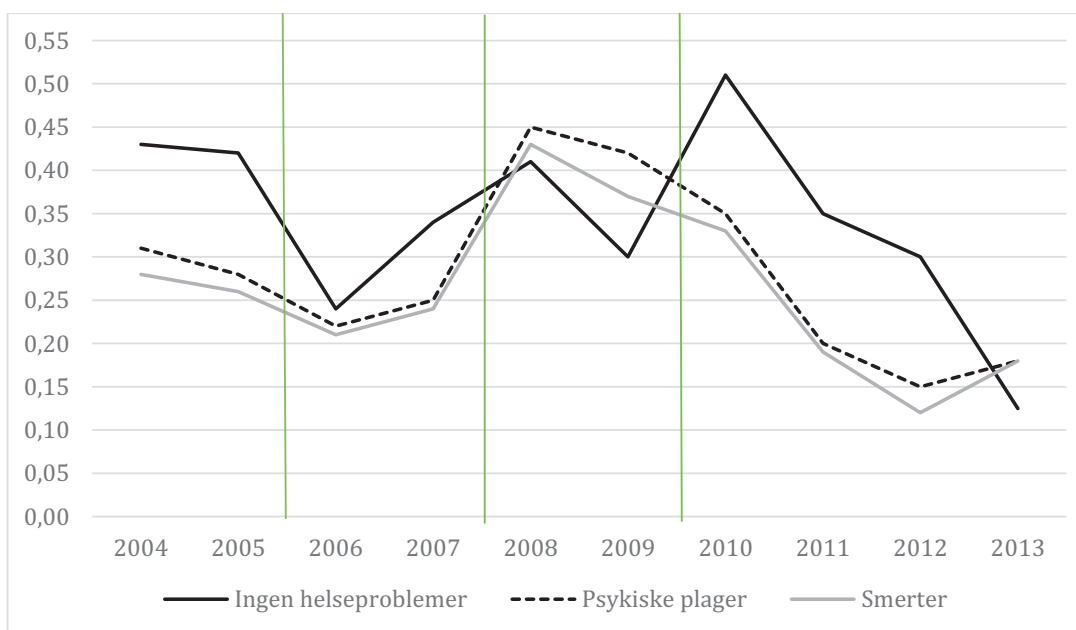
Tabell 2. Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak (A) i alt og (B) etter type tiltak i perioden 2004–2013 Prosent

	Hele kohorten samlet	Ingen helseplager	Psykiske plager	Smerter
(A)				
Arbeidsmarkedstiltak i alt 2004-2013	72	74	69	70
(B)				
Arbeidsmarkedstrening og utdanning	39	40	37	36
Arbeidsincentiver	37	44	33	33
Jobbstøtte	49	48	50	51
Jobbskaping	2	2	2	1
N	456	129	267	205

Tabell 2 tegner et grovkornet bilde av bruken av arbeidsmarkedstiltak i analyseperioden. For å få et bedre inntrykk av tiltaksaktiviteten over tid, og om det er forskjeller i deltakelsen mellom de med og uten helseplager, viser figur 3 andelen som var registrert på ett eller flere arbeidsmarkedstiltak i hvert av de ti årene. Behovet for tiltak i de tre gruppene vil naturlig nok endres noe i løpet av perioden. Enkelte vil ha kommet over i arbeid, mens andre vil ha fått innvilget uførepensjon, og disse personene er ikke velegnet som 'kontrollgruppe' i en studie av helserelaterte ulikheter i bruken av arbeidsmarkedstiltak. Populasjonen i hvert enkelt år er derfor begrenset til de som mottok noe sosialhjelp i løpet av kalenderåret («at-risk population»). De har altså vært i kontakt med Nav det aktuelle året, og potensielt fått vurdert om trening og praksis gjennom tiltak er aktuelt. I de første to årene omfatter dette langt de fleste i utvalget. Antall personer med (potensielt) behov for tiltak – definert her som mottakere av sosialhjelp – sank imidlertid gradvis i løpet av perioden fra å for eksempel omfatte 401 personer i 2005, til 262 personer i 2007, og videre til 154 personer i 2011, for deretter å flate ut. Den statistiske usikkerheten vil derfor være langt større mot slutten av observasjonsvinduet i figur 3.



Panel A. Mottakere av sosialhjelp, i alt



Panel B. Mottakere av sosialhjelp, separat for de uten helseproblemer, med psykiske plager, og med smerter ofte

Figur 3. Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak 2004–2013

Panel A i figur 3 viser, uten å stratifisere etter helsetilstand, hvordan den årlige andelen av sosialhjelpsmottakere som deltok på tiltak endret seg fra 2004 til 2013. I de to første årene var om lag en av tre registrert på tiltak: 35 prosent i 2004 og 33 prosent i 2005. Deltakerratene for de som mottok sosialhjelp i 2006 og 2007 falt til henholdsvis 24 og 28 prosent. Tiltaksaktiviteten for de som mottok sosialhjelp økte deretter til 42 prosent i 2008, men fra og med år 2009 falt tiltaksdeltakelsen blant mottakere av sosialhjelp jevnt og trutt ned til 18 prosent i 2013.

Panel B i figur 3 viser nokså klare helserelaterte ulikheter i tiltaksdeltakelsen. Personer *uten helseplager* har markant høyere deltaksrater sammenlignet både med de med *psykiske plager* og *smarter ofte*. Disse forskjellene etter helsetilstand er særlig fremtredende i starten (2004 og 2005) og slutten (2010–12) av observasjonsperioden. Det eneste unntaket er 2008 og 2009. I disse to årene deltok personer med helseproblemer i større utstrekning på arbeidsmarkedstiltak enn de uten helseproblemer. Tiltaksbruken fluktuerte mer over tid blant de uten helseplager, sammenlignet med de med psykiske plager og de med smerter ofte.

Overgang fra arbeidsmarkedstiltak til arbeid

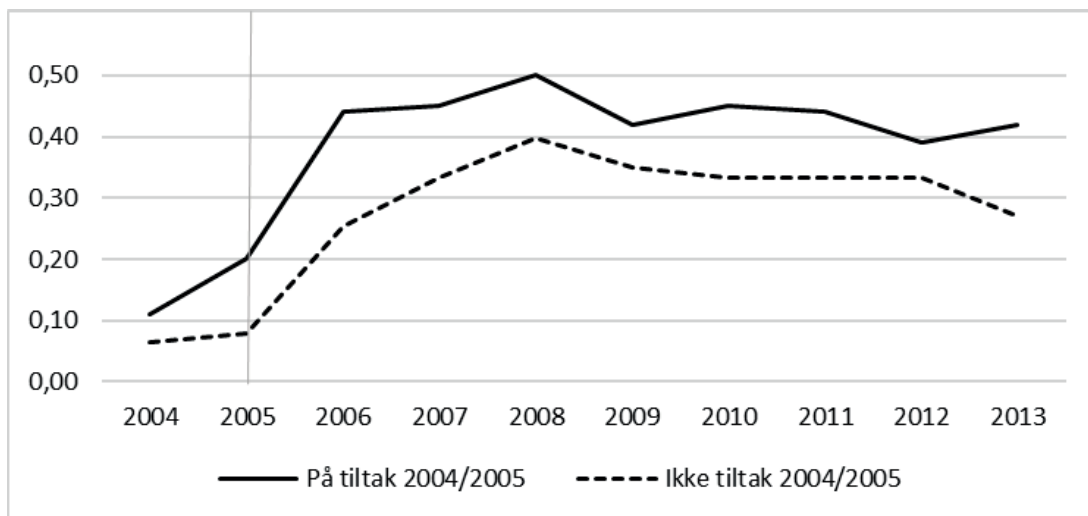
Frem til nå har vi sett på sysselsetting og deltakelse på arbeidsmarkedstiltak som to separate utfall, men det er kanskje særlig interessant å se på *overgangen*, eller mangel på sådan, fra tiltak til arbeid blant de som mottar sosialhjelp i løpet av et år («at-risk population»). I 2004 var det totalt 388 personer som mottok sosialhjelp, og i 2005 var det 401 personer. I figur 4 skiller vi mellom de som deltok på arbeidsmarkedstiltak i årene 2004 og 2005, og de som ikke deltok på slike tiltak, og følger deres sysselsetting (definert som minimum 1,5G i yrkesinntekt) over tid. Vi velger tiltaksdeltakelse for årene 2004/05 fordi vi vil være så nære målingen av helsevariablene i tid som overhodet mulig. For de *uten helseproblemer* (panel A), er det en synlig sysselsettingsforskjell mellom de som var på tiltak i 2004/05 og de som ikke var det. I 2008 var for eksempel 50 prosent av tiltaksdeltakerne i jobb, sammenlignet med 40 prosent av de som ikke var på et tiltak i 2004/05. Denne tiltaksdifferansen varierer en del i løpet av observasjonsvinduet, men ligger typisk på rundt 10 prosentpoeng.

Panel B viser sysselsettingen for de med *psykiske plager*, og også her er det en tydelig forskjell mellom de som har og de som ikke har deltatt på tiltak. For å bruke 2008 som eksempel igjen, så var 28 prosent av tiltaksdeltakerne i jobb, sammenlignet med 14 prosent av ikke-deltakerne. Det var altså dobbelt så vanlig med sysselsetting (>1,5G yrkesinntekt) blant langtidssosialhjelpsmottakere med psykiske plager som var innrullert på et tiltak i 2004/05. Jevnt over er forskjellene (og særlig de relative forskjellene) i sysselsetting etter tiltaksdeltakelse større blant de med psykiske plager enn blant de uten helseproblemer (panel A). De empiriske mønstrene er så godt som identiske for helseindikatoren *smarter ofte* (panel C), men med et lite unntak: Forskjellene etter tiltaksdeltakelse er noe mindre mot slutten av observasjonsperioden (2011–13).

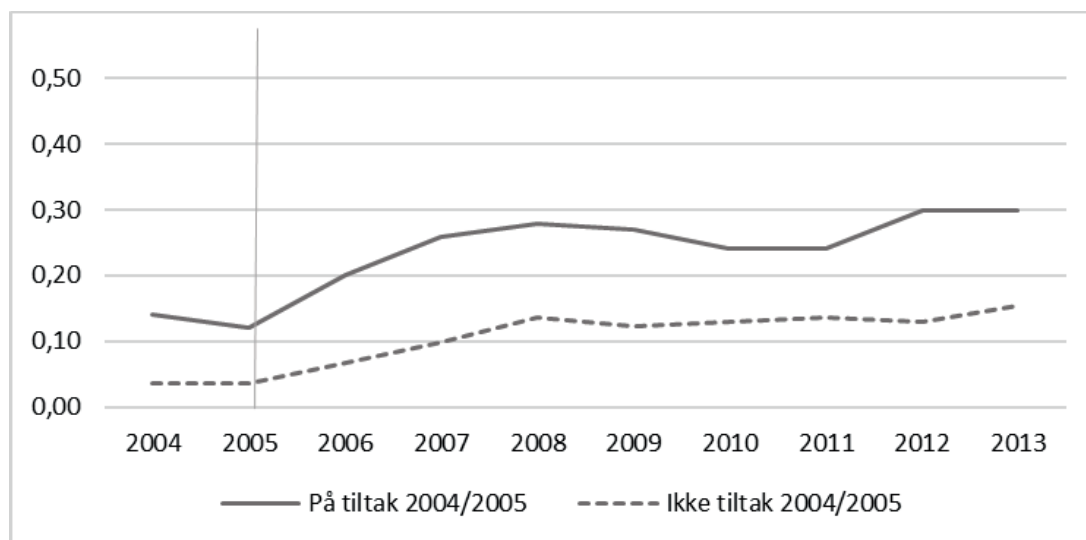
Resultatene i figur 4 kan muligens være noe misvisende siden deler av tiltaksbruken forekommer før surveyundersøkelsen ble gjennomført (altså i 2005). Det er for eksempel mulig at de som skåret over 1,85 på HSCL-10 i starten av 2005, hadde bedre psykisk helse i 2004, som igjen kan bety at de var bedre skikket til å nyttiggjøre seg av Nav sine arbeidsmarkedstiltak. For å ta høyde for denne potensielle feilkilden har vi også sett på forskjeller i sysselsetting over tid mellom de som var og ikke var innrullert på tiltak i 2006 og 2007 (figur 5). Merk at antall observasjoner er noe lavere i figur 5: I 2006 var det totalt 295 personer som mottok sosialhjelp, og i 2007 var det 262 personer. For de *uten helseproblemer* (panel A) er det klare forskjeller etter tiltaksdeltakelse, særlig mot slutten av perioden, men her er det de som *ikke* deltok på arbeidsmarkedstiltak i 2006/07 som har høyest sysselsetting. Dette kan

tyde på at det foregår en 'screening', i den forstand at langtidsmottakere av sosialhjelp med best forutsetninger for å lykkes i arbeidslivet, og ingen selvrapporterte helseplager, ble innrullert på tiltak tidlig i observasjonsperioden (2004/05). Både blant de med *psykiske plager* (panel B) og blant de med *smarter ofte* (panel C) er det en høyere andel som har over 1,5G i yrkesinntekt dersom de har deltatt på tiltak i årene 2006/07, men forskjellene etter tiltaksdeltakelse er igjen relativt marginale mot slutten av observasjonsvinduet for de som rapporterer om *smarter ofte*.

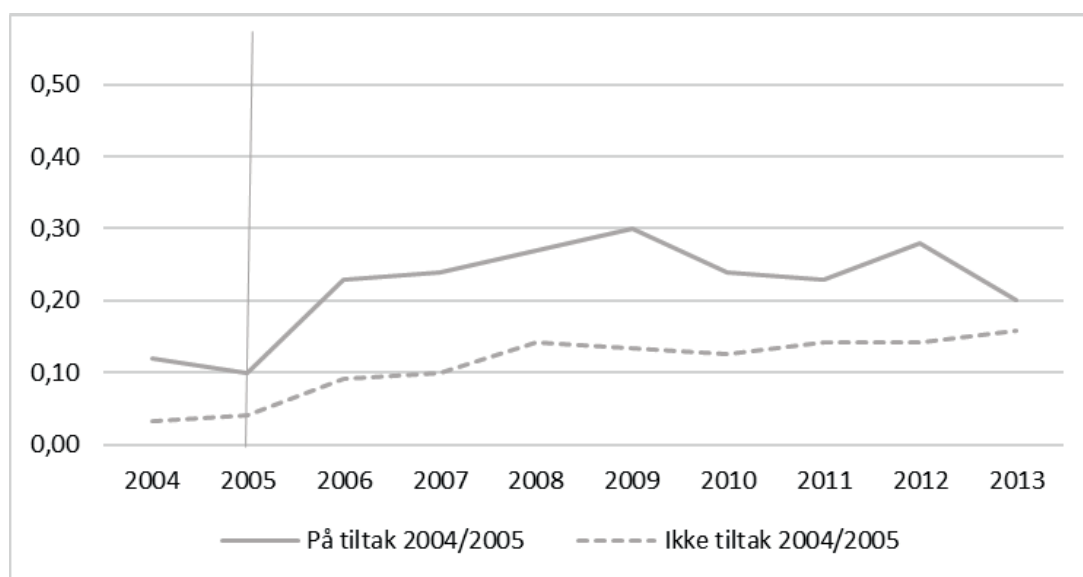
De observerte forskjellene i sysselsetting etter tiltaksdeltakelse kan være en indikasjon på at arbeidsmarkedstiltakene bidrar til å øke sannsynligheten for å komme i jobb. Det er samtidig mulig at det først og fremst er et uttrykk for *seleksjon inn* til tiltak, altså at personer med best arbeidsmarkedsforutsetninger blir prioritert. Tabell A3 i appendiks bidrar til å undersøke dette. Her vises en del deskriptiv statistikk etter tiltaksdeltakelse (ja/nei) i 2004/05 og 2006/07. Tabell A3 indikerer at selektive prosesser spiller en rolle. 52 prosent av de som deltok på tiltak i 2004/05 hadde psykiske plager, sammenlignet med 66 prosent av de som ikke deltok på tiltak. 24 prosent av tiltaksdeltakerne og 36 prosent av ikke-deltakerne hadde et alkoholproblem i 2004/05, men forskjellene etter alkoholproblematikk var mindre i 2006/07 (31 vs. 34 prosent). Sosialhjelpsmottakere med narkotikaproblemer var også i mindre grad representert blant tiltaksdeltakerne både i 2004/05 (44 vs. 28 prosent) og i 2006/07 (40 vs. 30 prosent). Det er derimot ganske få forskjeller etter sosiodemografiske kjennetegn (for eksempel alder, kjønn, landbakgrunn og barn under 10 år). Rusproblematikk og psykiske plager er derfor de viktigste kjennetegnene som skiller tiltaksdeltakerne og ikke-deltakerne.



Panel A. Ingen selv-rapporterte helseproblemer

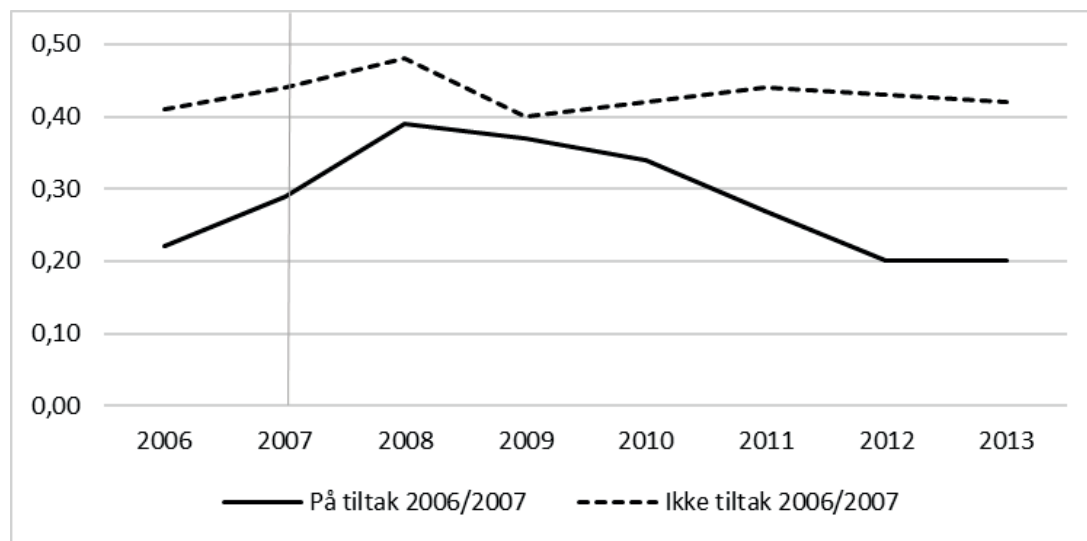


Panel B. Psykiske plager (>1,85 på HSCL-10)

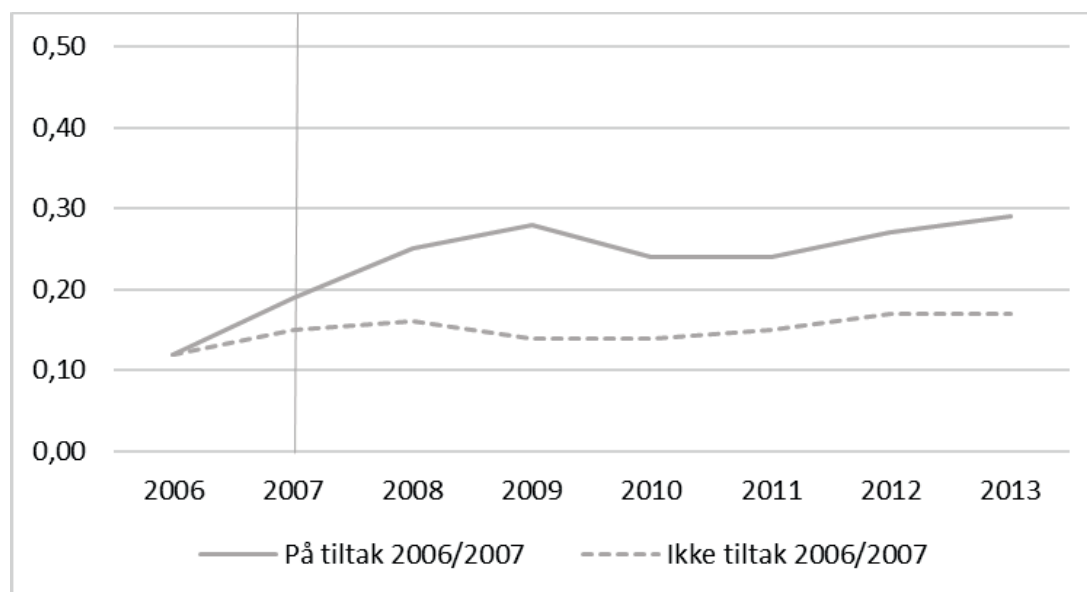


Panel C. Smerter ofte

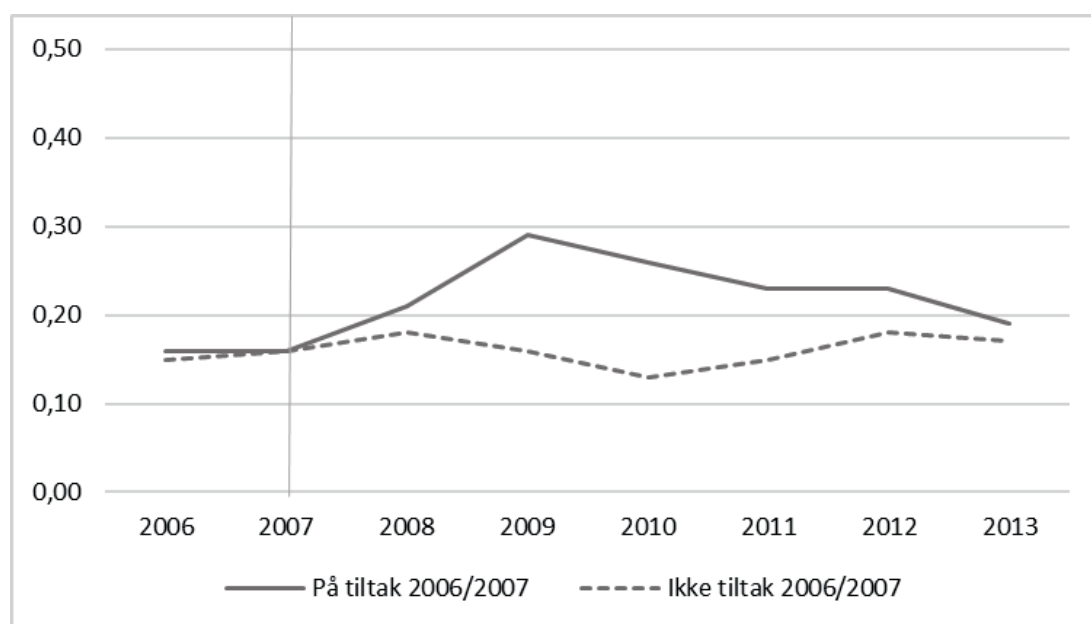
Figur 4. Sysselsetting 2004–2013, etter deltakelse på arbeidsmarkedstiltak i 2004/2005



Panel A. Ingen selv-rapporterte helseproblemer



Panel B. Psykiske plager (>1,85 på HSCL-10)



Panel C. Smerter ofte

Figur 5. Sysselsetting 2006–2013, etter deltakelse på arbeidsmarkedstiltak i 2006/2007

Diskusjon

Denne artikkelen har brukt et koblet survey-registerdatamaterial til å undersøke tiltaksdeltakelse og sysselsetting for årene 2004–2013 blant en kohort langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Artikkelen har avdekket fire hovedfunn. For det første er deltakelse på arbeidsmarkedstiltak ganske vanlig i denne kohorten, og nesten $\frac{3}{4}$ av utvalget har deltatt på slike tiltak minst gang. Tiltaksdeltakelsen varierer imidlertid en del over tid for de som mottar sosialhjelp i et gitt kalenderår: I 2004/05 deltok ca. en tredjedel på tiltak, men deltakerraten falt noe i 2006 og 2007 (24 og 28 prosent), etterfulgt av toppåret 2008 (42 prosent) med en jevn nedgang deretter til 18 prosent i 2013. Personer med *psykiske plager* og de med *smerter ofte* har deltatt på tiltak i mindre grad enn personer uten helseplager, med unntak av i årene 2008 og 2009. Tiltaksbruken varierer generelt sett mer over tid for de *uten helseplager*.

For det andre er det en omfattende og vedvarende helserelatert ulikhet i sysselsetting blant langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Forskjellen mellom de med *psykiske plager* og de *uten helseproblemer* er, for eksempel, godt over 20 prosentpoeng i størsteparten av de årene vi ser på. Tilsvarende forskjeller i sysselsetting finner vi også mellom de som har *smerter ofte* og de uten helseplager. Den deskriptive statistikken (tabell 1) tyder på at det er en overrepresentasjon av rusproblematikk og diverse ulemper i barndommen (før fylte 16 år) blant de som har dårlig mental og somatisk helse, slik vi måler det i denne studien. Det er derfor komplekse og sammenvevde problemer som kjennetegner langtidsmottakere av sosialhjelp med dårlig helse. Veien frem mot økonomisk selvforsørgelse kan dermed være svært lang, noe de lave sysselsettingsandelene over den tiårsperioden vi studerer understreker.

For det tredje er overgangsratene til jobb over tid en god del høyere for de som har deltatt på tiltak i årene 2004/05, enn for de som ikke har deltatt på tiltak. For de uten helseproblemer er det om lag 10 prosentpoengs differanse, men forskjellene, og da særlig de relative forskjell-

lene, i overgang til sysselsetting etter tiltaksdeltakelse er større blant de med psykiske plager og de med smerter ofte. Dette kan tyde på at Nav sine arbeidsmarkedstiltak er særlig viktige for personer med dårlig helse, men det er fortsatt store ulikheter i sysselsetting etter helsetilstand: Dersom vi følger de som deltok på tiltak i 2004/05 frem til år 2008, var for eksempel 50 prosent av de uten helseproblemer sysselsatt (>1,5G), sammenlignet med 28 prosent av de med psykiske plager og 27 prosent av de med smerter ofte.

For det fjerde er selektive prosesser av betydning for tiltaksdeltakelse i årene 2004–2007. Det er særlig personer som har problemer knyttet til alkohol og narkotika som i mindre grad har deltatt på arbeidsmarkedstiltak, og forskjellen i sysselsetting etter tiltaksdeltakelse kan ikke utelukkende tolkes som en positiv effekt av arbeidsmarkedstiltak (Rønsen & Skarðhamar 2009; Dahl & Lorentzen 2003). Personer med psykiske plager har ofte utfordringer knyttet til rus (se tabell 1), og dette er enda et eksempel på de komplekse problemene som finnes blant langtidssosialhjelpsmottakere. Forskjellene i tiltaksdeltakelse er derimot ganske marginale både etter sosiodemografiske kjennetegn og diverse ulemper i barndommen, og Nav sine tiltak treffer i så henseende nokså bredt, men ulikhetene etter rusproblematikk (og helsetilstand) er såpass markante at det bør trekkes frem.

Det er statistisk usikkerhet knyttet til mange av resultatene i denne studien på grunn av et relativt lite utvalg (N=456), men resultatene kan kanskje gi et innspill til debatten omkring aktivitetsplikten som ble innført for alle sosialhjelpsmottakere under 30 år 1. januar 2017. Arbeidsmarkedstiltak har tilsynelatende noe for seg, siden sysselsettingen er høyere blant langtidsmottakere av sosialhjelp som deltar på tiltak enn blant de som ikke deltar på tiltak. Forskjellene i sysselsetting er imidlertid relativt marginale, spesielt når man tar høyde for at det kan være en 'positiv seleksjon' inn til tiltak. Det er derfor langt fra sikkert at ressursbruken er forsvarlig, ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Aktivitetsplikt kan selvsagt være positivt selv uten gode sysselsettingsresultater, for eksempel dersom det sikrer en mer strukturert hverdag og/eller forhindrer mer utstrakt marginalisering. Aktivitetsplikt kan også være gunstig dersom det motvirker endringer i insentivene til å søke lønnet arbeid («moral hazards»). Vi har ikke eksplisitt undersøkt betydningen av «moral hazards» (Chetty 2008), men våre resultater støtter ikke en antakelse om at dette er avgjørende. Det er primært de med helseproblemer som har en svak/løs tilknytning til arbeidsmarkedet, og det er lite sannsynlig at det kun er personer med dårlig helsetilstand som får sin motivasjon svekket av å motta sosialhjelp over lengre tid.

Det kan muligens være noen sosialpolitiske lærdommer å hente fra denne studien. Det virker som om helseproblemer – både somatiske og mentale – er en stor og tidvis uoverkommelig barriere på veien mot økonomisk selvhjelpenhet for mange langtidsmottakere av sosialhjelp. Hjelpeapparatet må derfor fokusere enda mer på utfordringene som følger av det å ha dårlig helse. Man kan for eksempel starte med å anerkjenne at arbeidsgivere flest er skeptiske til å ansette en person med helseproblemer (Ameri mfl. 2018; Hipes mfl. 2016; Ravaud, Madiot & Ville 1992). Det er også velkjent at jobbsøkere med hull i CVen – som langtidssosialhjelpsmottakere ofte har – ikke er særlig attraktive på arbeidsmarkedet (Birke-lund, Heggbo & Rogstad 2017; Baert mfl. 2016). Det å kun vektlegge økonomiske insentiver (for eksempel kutte i ytelser og kortere maksimumsvarighet) blant mottakere av inntektssikringsordninger er urimelig så lenge det finnes få/ingen muligheter på det åpne jobbmarkedet for de som har dårlig helse. Det å innføre *kvoteordninger* for personer med nedsatt funksjonsevne, for eksempel i alle offentlige og private bedrifter og foretak med over 100 ansatte, kan vise seg som en potensiell vei å gå.

Styrker og svakheter

Vi benytter et koblet survey-registerdatamaterial for årene 2004–2013, hvor det er mulig å stratifisere resultatene etter helseinformasjon som ofte er uobserverbar for forskere, slik som validert mål på psykiske plager. Denne studien kan derfor bidra med detaljert kunnskap om helserelatert ulikhet i tiltaksdeltakelse og sysselsetting blant en kohort langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. Det er imidlertid viktig å ha i mente at utvalget i denne studien – langtidssosialhjelpsmottakere – skiller seg markant fra befolkningen for øvrig (se tabell A1) med en opphopning av sosiale og helsemessige problemer. Det er også verdt å minne om at langtidsmottak av økonomisk sosialhjelp forekommer relativt sjeldent (SSB 2019a), men samtidig er denne gruppen sosialhjelpsmottakere av stor betydning for kommunale budsjettposter. Surveyinformasjonen er selvrapportert, noe som åpner for problemer knyttet til målefeil. Det er for eksempel mulig at noen personer overdriper sine barndomsulemper og helseproblemer for å 'rettferdiggjøre' sin status som sosialhjelpsmottaker. I tillegg ble helseinformasjonen målt helt tilbake i starten av 2005, og mye kan ha forandret seg siden den gang. Det er derfor en usikkerhet heftet ved de presenterte resultatene, selv om uføretrygdratene (figur 2, panel B) kan ses på som en form for validering. Det relativt lave antall observasjoner i utvalget (N=456) er en annen kilde til usikkerhet, og særlig når datamaterialet blir stratifisert etter både helseproblemer og tiltaksdeltakelse er estimatene sårbare for tilfeldig 'støy'. Frafallsanalyser viser imidlertid at utvalget er representativt for hele populasjonen langtidssosialhjelpsmottakere i de 14 deltagerkommunene (Dahl & van der Wel 2009).

Referanser

- Ameri, M., Schur, L., Adya, M., Bentley, F. S., McKay, P. & Kruse, D. (2018). The disability employment puzzle: A field experiment on employer hiring behavior. *ILR Review*, 71, 329–364. <https://doi.org/10.1177/0019793917717474>
- Askim, J., Fimreite, A. L., Moseley, A. & Pedersen, L. H. (2011). One-stop shops for social welfare: The adaptation of an organizational form in three countries. *Public Administration*, 89, 1451–1468. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2011.01933.x>
- Baert, S., De Visschere, S., Schoors, K., Vandenbergh, D. & Omey, E. (2016). First depressed, then discriminated against?. *Social Science & Medicine*, 170, 247–254. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.033>
- Birkelund, G. E., Heggebø, K. & Rogstad, J. (2017). Additive or multiplicative disadvantage? The scarring effects of unemployment for ethnic minorities. *European Sociological Review*, 33, 17–29. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw030>
- Böckerman, P. & Maczulskij, T. (2018). Unfit for work: Health and labour-market prospects. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46, 7–17. <https://doi.org/10.1177/1403494817720871>
- Bråthen, M. (2012). Arbeidsavklaringspenger – status ved utgangen av 2011. Nav: *Arbeid og Velferd*, 2012/1.
- Chetty, R. (2008). Moral hazard versus liquidity and optimal unemployment insurance. *Journal of Political Economy*, 116, 173–234. <https://doi.org/10.1086/588585>
- Dahl, E. & Lorentzen, T. (2003). Explaining exit to work among social assistance recipients in Norway: Heterogeneity or dependency? *European Sociological Review*, 19, 519–536. <https://doi.org/10.1093/esr/19.5.519>
- Dahl, E. & Lorentzen, T. (2007). Arbeidsrettede tiltak for sosialhjelpsmottakere: Seleksjon, effekter og politiske implikasjoner. *Søkelys på arbeidslivet*, 24, 149–58.

- Dahl, E. & van der Wel, E. (2009). Å forske på marginaliserte grupper. Noen metodiske og forskningsetiske utfordringer. *Fontene Forskning*, 1/09, 54–64.
- Dahl, E. S. & Lima, I. A. Å. (2017). Vilkår om aktivitet for sosialhjelp i 2015: Gjør kommunene det som virker? *Arbeid og velferd*, 2, 105–121.
- Eurostat (2013) *Labour market policy statistics – Methodology 2013*. Eurostat Manuals and Guidelines. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.
- García-Gómez, P., Jones, A. M. & Rice, N. (2010). Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics*, 17, 62–76. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2009.04.004>
- Halpin, B. (2017). SADI: Sequence analysis tools for Stata. *The Stata Journal*, 17, 546–572. <https://doi.org/10.1177/1536867X1701700302>
- Heggebø, K. (2016). Hiring, employment, and health in Scandinavia: The Danish ‘flexicurity’ model in comparative perspective. *European Societies*, 18, 460–486. <https://doi.org/10.1080/14616696.2016.1207794>
- Hernes, T. (2014). Arbeidsinkludering – noen historiske spenninger og aktuelle utfordringer. I: Frøyland, K. & Spjelkavik, Ø. (red.) *Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeid som mål og middel* (s. 306–325). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hernæs, Ø. M. (2018). Hvordan påvirker økt bruk av vilkår for sosialhjelp sysselsetting og lønnsfordeling? *Søkelys på arbeidslivet*, 35, 4–22. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2018-01-02-01>
- Hernæs, Ø., Markussen, S. & Røed, K. (2017). Can welfare conditionality combat high school dropout? *Labour Economics*, 48, 144–156. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2017.08.003>
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C. & White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*, 56, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>
- Langeng, P. I. & Dehli, T. K. (2011). Kvalifiseringsprogrammet 2007–2010: Ble forventningene innfridd? *Nav: Arbeid og Velferd*, 2011/2.
- Lorentzen, T. & Dahl, E. (2005). Active labour market programmes in Norway: Are they helpful for social assistance recipients? *Journal of European Social Policy*, 15, 27–45. <https://doi.org/10.1177/0958928705049161>
- Lægred, P. & Rykkja, L.H. (2013). *Coordinating Norwegian welfare: The NAV reform*. COCOPS 2013.
- Lødemel, I. & Johannessen, A. (2005). Tiltaksforsøket: mot en inkluderende arbeidslinje? Sluttrapport fra evaluering av Forsøk med kommunalt ansvar for aktive arbeidsretta tiltak for langtidsmottakere av sosialhjelp 2000–2004. HiO-rapport 2005 nr. 1. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Løyland, B., Miaskowski, C., Dahl, E., Paul, S. M. & Rustøen, T. (2011). Psychological distress and quality of life in long-term social assistance recipients compared to the Norwegian population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 303–311. <https://doi.org/10.1177/1403494811401475>
- Løyland, B., Miaskowski, C., Paul, S. M., Dahl, E. & Rustøen, T. (2010). The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Quality of Life Research*, 19, 1457–1465. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9707-4>
- Markussen, S. & Røed, K. (2016). Leaving poverty behind? The effects of generous income support paired with activation. *American Economic Journal: Economic Policy*, 8, 180–211. <https://doi.org/10.1257/pol.20140334>
- Mastekaasa, A. (1996). Unemployment and health: Selection effects. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 6, 189–205. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199608\)6:3<189::AID-CASP366>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199608)6:3<189::AID-CASP366>3.0.CO;2-O)
- NAV (2019a). *Økonomisk sosialhjelp*. Hentet fra <https://tjenester.nav.no/veivisersosialhjelp/slik-soker-du>

- NAV (2019b). *Dagpenger når du er arbeidsledig*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Dagpenger+ved+arbeidsloshet+og+permittering/dagpenger-n%C3%A5r-du-er-arbeidsledig-893#chapter-1>
- NAV (2019c). *Uføretrygd*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Uforetrygd>
- Ot.prp. nr. 4 (2008-2009). Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Ravaud, J. F., Madiot, B. & Ville, I. (1992). Discrimination towards disabled people seeking employment. *Social Science & Medicine*, 35, 951–958. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90234-H](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90234-H)
- Reeuwijk, K. G., van Klaveren, D., van Rijn, R. M., Burdorf, A. & Robroek, S. J. (2017). The influence of poor health on competing exit routes from paid employment among older workers in 11 European countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43, 24–33. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3601>
- Rønsen, M. & Skarðhamar, T. (2009). Do welfare-to-work initiatives work? Evidence from an activation programme targeted at social assistance recipients in Norway. *Journal of European Social Policy*, 19(1), 61–77. Doi: <https://doi.org/10.1177/0958928708098524>
- Schafft, A. & Spjelkavik, Ø. (2011). *Evaluering av Kvalifiseringsprogrammet: sluttrapport*. AFI-rapport 4/2011. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- SSB (2019a) Tabell 10497: Sosialhjelpsmottakere, etter innvandringskategori og alder 2013–2017. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10497/>
- SSB (2019b) Tabell 08857: Sosialhjelpsmottakere, etter stønadstid og familiefase 2008–2017. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/08857/>
- Stewart, J. M. (2001). The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics*, 20, 781–796. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(01\)00087-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(01)00087-X)
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Terum, L. I., Torsvik, G. & Øverbye, E. (2017). Når vilkår og aktivitetskrav brytes. Frontlinjearbeideres tilnærming til sanksjoner. *Søkelys på arbeidslivet*, 34, 147–166. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2017-03-01>
- Van der Wel, K. A., Dahl, E., Lødemel, I., Løyland, B., Naper, S. O. & Slagsvold, M. (2006). *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*. HiO-rapport 2006 nr. 29. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Van der Wel, K., Hermansen, Å., Dahl, E., Lødemel, I. & Løyland, B. (2018). Fra marginalisering til arbeidsinkludering? Intensjoner og realiteter gjennom NAV-reformen. I Aamodt, H., Dahl, E., Gubrium, E, Haldar, M. & Hermansen, Å. (red.) *Sosialt arbeid og sosialpolitikk i samhandling: Et svar på velferdsstatens utfordringer?* (s. 289–312). Bergen: Fagbokforlaget.

Appendiks

Tabell A1. Diverse selv-rapporterte ulemper i barndommen (<16 år) for (1) langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp og (2) befolkning for øvrig. Prosent

Ulemper i barndommen (<16 år)	(1)	(2)
	Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelpa	Befolkningen for øvrigb
Økonomiske problemer i barndomshjemmet	43,43 (N=426)	23,21 (N=3072)
Konfliktfylt forhold mellom foreldre	57,51 (N=433)	24,35 (N=3056)
Foreldres misbruk av alkohol/rusmidler	28,91 (N=422)	11,29 (N=3056)
Seksuelt misbruk	14,42 (N=423)	2,79 (N=3053)
Langvarig mobbing	32,63 (N=429)	10,74 (N=3053)
Annen mishandling	20,00 (N=426)	4,33 (N=3047)
Problemer med å få venner	26,76 (N=420)	10,01 (N=3056)
Problemer med å følge med på skolen	58,60 (N=430)	11,79 (N=3053)
Avbrudd i skolegang	37,24 (N=427)	5,89 (N=3054)
Større flytting	34,58 (N=428)	16,11 (N=3048)

Noter:

a Spørreskjemaundersøkelse blant langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp i 2005

b Spørreskjemaundersøkelse blant befolkningen for øvrig i 2007

Tabell A2. Deskriptiv statistikk på utvalgte variabler for (1) koblet survey-register utvalg og (2) survey respondenter uten registerinformasjon. Prosent/gjennomsnitt

	(1)	(2)
	Koblet register-survey utvalg	Ingen registerinformasjon
Kvinne	42,27 (N=459)	42,11 (N=95)
Alder	33,66 (N=450)	34,96 (N=89)
Gift/samboer	21,35 (N=459)	24,47 (N=94)
Født utenlands	19,02 (N=347)	22,67 (N=75)
Fullført videregående skole	17,87 (N=442)	17,39 (N=92)
Inntekt (i NOK)	46 123,17 (N=348)	79 478,57*** (N=70)
Utmerket/meget god selvvardert helsetilstand	21,51 (N=451)	21,51 (N=93)
Begrensede helsetilstand	42,38 (N=446)	48,31 (N=89)

T-test på forskjeller i gjennomsnitt.

Signifikansnivå: *** = 0,01

Tabell A3. Deskriptiv statistikk for (1) tiltaksdeltakelse 2004/05 (ja/nei) og (2) tiltaksdeltakelse 2006/07 (ja/nei). Prosent

	Tiltaksdeltakelse 2004/ 2005		Tiltaksdeltakelse 2006/2007	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Uten helseproblemer	33	26	28	30
Psykiske plager	52	66	56	62
Smerter ofte	43	49	47	46
Kvinner	44	39	45	39
18-29 år	49	40	41	46
30-49 år	45	47	48	45
50-62 år	7	13	12	9
Gift/samboer	24	18	21	21
Etnisk minoritet	21	18	18	19
Barn under 10 år	20	18	22	17
Hatt inntektsgivende arbeid (>6 mnd.)	68	69	63	72
Utdanning utover videregående	51	45	55	45
Alkoholproblemer	24	36	31	34
Narkotikaproblemer	28	44	30	40
N	202	244	148	298