

**OSLOMET**

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET AFI

# Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn

**Magne Bråthen**

**Kjersti Stabell Wiggen**

**Anne Grete Tøge**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET



## ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE

THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

AFI-rapport nummer: 2024:13

### Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn

Forfattere: Magne Bråthen, Kjersti Stabell Wiggen og Anne Grete Tøge

Prosjekt: Personer med nedsatt arbeidsevne verken i arbeid, på AAP eller uføretrygd

Prosjektleder: Magne Bråthen

Oppdragsgiver: Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)

Publiseringsdato: august 2024

Antall sider: 81

Forsidefoto/illustrasjon: Colourbox

Emneord: NAV, personer med arbeidsevne, inntektssikring, arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, arbeidsrettet oppfølging

Resymé: Formålet med studien har vært å undersøke en spesifikk gruppe av NAVs brukere; personer registrert med nedsatt arbeidsevne som verken mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd eller lønn. Dette er personer som har behov for en tilpasset arbeidsrettet innsats for å komme i jobb, men som ikke oppfyller vilkårene for å motta inntektssikring gjennom de to statlige helserelaterte ytelsene. Ved hjelp av data fra administrative registre samt intervjuer med fagpersoner og ansatte i NAV gis det en beskrivelse av sammensetningen av denne gruppen, hva som er deres viktigste inntektskilder, i hvilken grad overføringer sikrer nødvendig livsopphold, og oppfølgingen de har mottatt fra henholdsvis NAV og spesialisthelsetjenesten. Rapporten gir også anbefalinger til mulige tiltak for bedre å sikre økonomiske midler til livsopphold, og imøtekomme gruppens behov for arbeidsrettet oppfølging.

ISBN 978-82-7609-485-5

ISSN 2703-836X

© Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet – storbyuniversitetet, 2024

© Work Research Institute (AFI), OsloMet – Oslo Metropolitan University, 2024

© Forfatter(e)/Author(s)

Arbeidsforskningsinstituttet AFI  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Pb. 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Work Research Institute (AFI)  
OsloMet – Oslo Metropolitan University  
P.O.Box 4 St. Olavs plass  
N-0130 OSLO

Telefon: +47 93 29 80 30

E-post: [postmottak-afi@oslomet.no](mailto:postmottak-afi@oslomet.no)

Nettadresse: [oslomet.no/om/afi](https://oslomet.no/om/afi)

Publikasjonen kan lastes ned gratis fra [arkivet](#)

Publications are available for free download from the [archive](#)

## Forord

Utfordringene som kan hindre arbeidssøkere i å få en lønnet jobb, kan være svært forskjellige. Det betyr at både lengden på veien inn i arbeidslivet, behovet for bistand og inntektssikring underveis kan variere fra person til person. Noen har helseproblemer som gjør at de trenger mer langvarig oppfølging fra hjelpeapparatet. Unge som ikke har fullført utdanning, kan ha behov for bistand til å avslutte formelle utdanningsløp eller til å ta fagbrev. Innvandrergupper kan ha behov for å øke norskkunnskapene, gjennomføre grunnskole eller få muligheten til å omgjøre kompetanse fra hjemlandet til norske forhold. En sentral oppgave for forskningen er å undersøke om det offentlige tilbudet av bistand og ytelser imøtekommer det mangfoldet som kjennetegner gruppene utenfor arbeidslivet.

Gjennom finansiering fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) har forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet AFI / OsloMet fått mulighet til å studere en avgrenset gruppe som kan ha havnet i en situasjon hvor de verken mottar den inntektssikringen eller den oppfølgingen de har behov for: personer registrert i NAV med nedsatt arbeidsevne, men som ikke er innvilget arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, og heller ikke mottar lønn.

Siden prosjektperioden har vært kort, har vi vært avhengige av velvilje fra en rekke personer for å få samlet inn nødvendige data og gjennomført analysene. Takk til fagpersoner og ansatte i Arbeids- og velferdsdirektoratet og ved NAV-kontorer som på kort varsel satte av tid og bidro som informanter til den kvalitative analysen. Vi har også fått nyttige faglige innspill fra oppragsgiver AID underveis og fra Kjetil van der Wel ved Institutt for sosialfag på OsloMet som har vært kvalitetssikrer. Og til slutt en takk til Toril Sandnes ved AFI, som har lagt alt til side for å klargjøre sluttrapporten for publisering.

Eventuelle feil i rapporten er forfatterens ansvar.

Magne Bråthen, prosjektleder

Oslo, 20. juni 2024

# Innhold

<b>1 Innledning.....</b>	<b>11</b>
1.1 Personer med nedsatt arbeidsevne i NAV .....	11
1.2 Tema og problemstillinger .....	12
1.3 Gangen i rapporten.....	13
<b>2 Datagrunnlag og analytisk tilnærming.....</b>	<b>15</b>
2.1 Data og analyse.....	15
2.2 Data fra administrative registre .....	16
2.3 Den kvantitative analysen.....	17
2.4 Kvalitative intervjuer.....	18
2.5 Dokument- og litteraturgjennomgang .....	19
<b>3 Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn – hvem er de?.....</b>	<b>21</b>
3.1 Kjennetegn ved målgruppen.....	21
3.2 Demografi og kompetanse .....	25
3.3 Kilde til livsopphold .....	28
3.4 Status 2019–2021.....	31
3.5 Oppsummering – kjennetegn ved målgruppen .....	34
<b>4 Arbeidsrettet og helsemessig oppfølging.....</b>	<b>35</b>
4.1 Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak.....	35
4.2 Helsemessig oppfølging .....	39
4.3 Oppsummering – arbeidsrettet og helsemessig oppfølging.....	42
<b>5 Mulige årsaker til manglende AAP og uføretrygd.....</b>	<b>44</b>
5.1 Innvilgelse av arbeidsavklaringspenger (AAP).....	45
5.2 Innvilgelse av uføretrygd .....	51
5.3 Oppsummering – mulige årsaker til manglende innvilgelse av AAP og uføretrygd..	56
<b>6 Kvalitative intervjuer .....</b>	<b>58</b>
6.1 Uforutsigbare boforhold og økonomi .....	58
6.2 Språkbarrierer.....	59
6.3 Manglende grunnkompetanse.....	60
6.4 Målretting av arbeidsmarkedstiltak.....	60
6.5 Satsing på de unge.....	61

6.6	Store porteføljer, ressurser og prioriteringer .....	61
6.7	For syk for kvalifiseringsprogrammet? .....	62
6.8	Medikalisering av det arbeidsrettede løpet .....	63
6.9	Komplekst system.....	63
6.10	Statlig versus kommunalt ansvar .....	64
6.11	Et inkluderende arbeidsliv? .....	64
6.12	Dokumentasjon av psykiske helseproblemer.....	65
6.13	Migrasjonshelse.....	66
6.14	Oppsummering kvalitative intervjuer .....	67
<b>7</b>	<b>Oppsummering og anbefalinger .....</b>	<b>68</b>
7.1	Hvem utgjør målgruppen? .....	68
7.2	Hvordan kan nødvendig livsopphold sikres?.....	69
7.3	Hvordan kan lik tilgang til helserelaterte ytelser sikres? .....	71
7.4	Hvordan kan målgruppens behov for arbeidsrettet oppfølging imøtekommes? .....	74
7.5	Avsluttende kommentar .....	77
	<b>Referanser .....</b>	<b>79</b>

## Figurer

Figur 2.1 Analytisk tilnærming .....	15
Figur 3.1 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn. Antall og andel av alle med nedsatt arbeidsevne. 2015–2020. ....	21
Figur 3.2 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne, etter utvalgte demografiske kjennetegn. Andel uten AAP, uføretrygd eller lønn. 2018.....	22
Figur 3.3 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, fordelt på tre undergrupper. Antall. 2018. ....	24
Figur 3.4 Innvandrere klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, etter utvalgte kjennetegn. N = 10 001. Prosent. 2018. ....	25
Figur 3.5 Personer under 25 år klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, etter utvalgte kjennetegn. N = 2917. Prosent. 2018. ....	26
Figur 3.6 Personer med nedsatt arbeidsevne som er over 25 år, har lav utdanning og ikke er innvandrere, etter utvalgte kjennetegn. N = 5152. Prosent. 2018. ....	27
Figur 3.7 Personer med nedsatt arbeidsevne etter om de mottar økonomisk sosialhjelp eller andre overføringer, og undergrupper. Prosent. 2018. ....	28
Figur 3.8 Personer med nedsatt arbeidsevne etter viktigste kilde til livsopphold. Prosent. 2018.....	29
Figur 3.9 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) etter året de ble registrert som NA. Prosent. 2018. ....	31
Figur 3.10 Personer med nedsatt arbeidsevne i 2018: andel som ikke mottar AAP, uføretrygd eller lønn i 2019 og 2020. Prosent. ....	32
Figur 4.1 Personer med nedsatt arbeidsevne 2018, etter antall arbeidsmarkedstiltak de har deltatt på i inneværende NAV-periode og undergruppe. Prosent.....	37
Figur 4.2 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne (NA) i 2018 som fikk enten lønnstilskudd, opplæringstiltak, oppfølgingstiltak, arbeidspraksis eller avklaringstiltak, etter type arbeidsmarkedstiltak og undergruppe. Prosent. 2018–2021. ....	38
Figur 4.3 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018 etter oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og type helsetjeneste og undergruppe. Prosent. 2018. ....	40
Figur 4.4 Personer med nedsatt arbeidsevne 2018, etter om de er registrert med psykisk helseoppfølging fra 1 til 36 måneder ut i NAV-løpet. Prosent. ....	41
Figur 4.5 Personer med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de er registrert med somatisk (fysisk) helseoppfølging fra 1 til 36 måneder ut i NAV-løpet. Prosent.....	42
Figur 5.1 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de mottok oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i perioden to år før starttidspunktet. Prosent.....	46
Figur 5.2 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de mottok av sykepenger i perioden to år før år før starttidspunktet. Prosent. ....	47
Figur 5.3 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de har mottatt AAP før starttidspunktet. Prosent. ....	48
Figur 5.4 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, andel som mottok kvalifiseringsstønad i 2018. ....	49
Figur 5.5 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert i NAV i perioden 2013–2017. Prosent.....	51
Figur 5.6 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert med helsemessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i perioden 2013–2017. Prosent. ....	52

Figur 5.7 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert med helsemessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i 3 år inn i perioden med nedsatt arbeidsevne. Prosent. ....53

## Tabeller

Tabell 3.1 Beregnede forskjeller i sannsynligheten for å være registrert med nedsatt arbeidsevne, men ikke motta AAP, uføretrygd eller lønn sammenlignet med en referanseperson*. Prosentpoeng. 2018. ....	23
Tabell 3.2 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) etter median husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt, familietype og undergruppe, 2018 (avrundet til nærmeste 1000 kr). ....	30
Tabell 3.3 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) i 2018 etter status i SSBs sysselsettingsstatistikk i 2021. Antall og prosent. ....	33
Tabell 4.1 Inndeling av de statlige arbeidsmarkedstiltakene i NAV. ....	36
Tabell 5.1 Beregnede sannsynligheter for mottak av AAP i 2018 og/eller 2019. Lineær regresjon. N = 24 532. ....	50
Tabell 5.2 Beregnede sannsynligheter for mottak av uføretrygd i løpet av de tre første årene i NAV-løpet. Lineær regresjon. N = 24 532. ....	55

## Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene fra en studie hvor formålet har vært å undersøke en spesifikk gruppe av NAVs brukere: personer registrert med nedsatt arbeidsevne som verken mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd eller lønn. Denne gruppen har behov for en tilpasset arbeidsrettet innsats for å komme i jobb, men oppfyller ikke vilkårene for å motta inntektssikring gjennom de to statlige helserelaterte ytelsene. Basert på data fra administrative registre gis det en beskrivelse av sammensetningen av denne gruppen, hva som er deres viktigste inntektskilder, i hvilken grad overføringer sikrer nødvendig livsopphold, og hvilken oppfølging de har mottatt fra henholdsvis NAV og spesialisthelsetjenesten over tid.

Analysen identifiserer tre undergrupper av personer med nedsatt arbeidsevne, med høy risiko for å være uten AAP, uføretrygd eller lønn: i) innvandrere, ii) unge under 25 år og iii) personer med lavt fullført utdanningsnivå i alderen 25 år eller eldre og uten innvandrerbakgrunn. Disse tre undergruppene har vært prioritert for innsats gjennom den aktive arbeidsmarkedspolitikken i lang tid. De kjennetegnes i tillegg til at de har lav formell kompetanse, av manglende arbeidserfaring og høy avhengighet av økonomisk sosialhjelp.

Målgruppen for prosjektet er i en utfordrende økonomisk situasjon preget av uforutsigbar og lav inntekt. Dette gjelder særlig innvandrergruppen. Medianinntekten per forbruksenhet til dem med innvandrerbakgrunn, ligger under SSBs grense for lavinntekt uansett familietype. Økonomien kan innvirke på fremdriften i det arbeidsrettede oppfølgingsløpet. Datagrunnlaget som analysene i prosjektet er basert på, omfatter også intervjuer med fagpersoner og ansatte i NAV. Her gir veilederne i NAV uttrykk for at mulighetene for å yte en løpende og tilpasset bistand reduseres når brukerne må fokusere innsatsen på å sikre nødvendige levekostnader.

For en stor andel av innvandrergruppen er perioden uten AAP, uføretrygd og lønn langvarig. Et hovedkrav for å få innvilget de to helserelaterte ytelsene er at arbeidsevnen da skal være nedsatt med 50 prosent eller mer, enten midlertid eller varig. Til grunn for vurderingen legges dokumentasjon om helseutfordringer fra helsevesenet. Analysene viser at innvandrere i mindre grad er i kontakt med spesialisthelsetjenesten enn andre grupper, og da særlig psykisk helsevern. I tillegg opplever ansatte i NAV at det er utfordrende å vurdere arbeidsevnen deres basert på helsedokumentasjonen som foreligger. De estimerte sannsynlighetene for om personer med nedsatt arbeidsevne har mottatt henholdsvis AAP og uføretrygd, viser også at innvandrergruppen i markant mindre grad får innvilget de to ytelsene, selv når det kontrolleres for kjennetegn som kan tenkes å påvirke om vilkårene er oppfylt. Vår analyse tyder med andre ord på at for innvandrere med nedsatt arbeidsevne kan manglende dokumentasjon av helseproblemer og NAVs vurdering av foreliggende dokumentasjon føre til at de ikke får innvilget AAP eller uføretrygd.

Når det gjelder den arbeidsrettede oppfølgingen, deltar de tre undergruppene i varierende grad på arbeidsmarkedstiltak. Langt de fleste av personene med innvandrerbakgrunn og de yngste er registrert på ett eller flere tiltak i løpet av perioden de er registrert med nedsatt arbeidsevne i NAV. Informantene som deltok i de kvalitative intervjuene, ga imidlertid uttrykk for at innholdet i tiltakene som er tilgjengelige, ikke treffer innvandrernes behov for opplæring og praksis, samt at satsene for ytelsen tiltakspenger ikke er tilstrekkelige til å sikre nødvendig livsopphold. Når det gjelder den arbeidsrettede oppfølgingen av den tredje gruppen – de med lav formell utdanning, 25 år og eldre og uten innvandrerbakgrunn – rapporterte veilederne i NAV at dette er personer det er vanskeligere å prioritere. Dette gjelder særlig dem som ikke inngår i ungdomsgarantien, ved at de er 30 år og eldre. Den observerte tiltaksaktiviteten er da også lavere i denne gruppen.



Rapporten gir avslutningsvis anbefalinger innenfor dagens ordninger, som er ment å bidra til at i) personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd og lønn sikres økonomiske midler til nødvendig livsopphold, og ii) får lik tilgang til helserelaterte ytelser, og at NAV-veilederne kan iii) imøtekomme målgruppens behov for arbeidsrettet oppfølging. Anbefalingene er basert på resultatene fra analyser av innsamlede data og gjennomgang av offentlige dokumenter som beskriver utformingen og gjennomføringen av den aktive arbeidsmarkedspolitikken samt relevant forskningslitteratur fra de siste ti årene.

## Fakta – ytelser og tiltak

### Statlige ytelser

Finansieres av staten gjennom skatteinntekter og trygdeavgifter og administreres primært av NAV (Arbeids- og velferdsetaten) på vegne av staten. Ytelser som omtales i rapporten:

- Dagpenger: ytelse til arbeidsledige som har hatt inntekt og oppfyller vilkårene gitt i folketrygdloven kapittel 4
- Sykepenger: inntektssikring til arbeidstakere som er midlertidig arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade, regulert i folketrygdloven kapittel 8
- Arbeidsavklaringspenger (AAP): sikrer inntekt for personer som på grunn av sykdom, skade eller lyte har nedsatt arbeidsevne, og som trenger bistand i form av arbeidsrettede tiltak, behandling eller annen oppfølging for å komme i arbeid, regulert i folketrygdloven kapittel 11
- Uføretrygd: ytelse som sikrer inntekt for personer som har **varig** nedsatt inntektsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte, regulert i folketrygdloven kapittel 12

### Statlige arbeidsrettede tiltak

Programmer som har som mål å hjelpe arbeidsledige og andre utsatte grupper å komme i arbeid eller forbedre sine kvalifikasjoner for arbeidsmarkedet. Formålet er hjemlet i lov om arbeidsmarkedstjenester (arbeidsmarkedsloven), mens forskriften om arbeidsmarkedstiltak gir detaljerte regler om gjennomføringen, herunder vilkår for deltakelse, innhold i tiltakene samt NAVs rolle og ansvar. Arbeidsmarkedstiltakene som omtales, inkluderer tiltak som ble tilbudt i perioden 2013–2021. Disse er gruppert på følgende måte:

- Arbeidspraksis: arbeidsforberedende trening, arbeidspraksis i ordinær virksomhet [avviklet 2016], arbeidspraksis i skjermet virksomhet [avviklet 2016], arbeidstrening
- Arbeidsrettet rehabilitering
- Avklaringstiltak: avklaring
- Opplæring: toårig yrkesrettet opplæring, arbeidsmarkedsopplæring (AMO), utdanning
- Lønnstilskudd: midlertidig lønnstilskudd, varig lønnstilskudd, AAP som lønnstilskudd [forsøksordning 2013–2018]
- Tilrettelagt arbeid: tilrettelagt arbeid i arbeidsmarkedsbedrift (ASV) [avviklet 2015], varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet, varig tilrettelagt arbeid (VTA)
- Oppfølging: individuell jobbstøtte, jobbklubb, mentor, oppfølging, resultatbasert finansiering av oppfølging [avviklet 2015], utvidet oppfølging i NAV
- Andre tiltak: helsemessig utredning/behandling, tilrettelegging, jobbskaping og egenetablering

### Kommunale ytelser

Kommunale ytelser administreres av kommunene og har som mål å gi økonomisk støtte til de mest utsatte gruppene og sikre at alle har et minimum av økonomiske midler for å dekke nødvendige levekostnader. Kommunale ytelser som omtales i rapporten:

- Sosialhjelp: Ytelse som gis til personer som ikke har tilstrekkelige midler til å forsørge seg selv eller sin familie. Formålet med sosialhjelpen er å sikre at alle har et minimum av økonomisk trygghet. Ytelsen er regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven).
- Bostøtte: Økonomisk støtte til personer med lave inntekter og høye kostnader med å dekke boligkostnader. Bostøtten administreres av Husbanken i samarbeid med kommunene.
- Introduksjonsstønad: Ytelse som gis til deltakere i introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere med flyktningbakgrunn i Norge. Formålet med introduksjonsstøtten er å sikre inntekt for deltakerne mens de gjennomfører programmet, slik at de kan fokusere på

kvalifisering til arbeidslivet og integrering i det norske samfunnet. Introduksjonsstønad er nå regulert i lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven), som erstatter den tidligere lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven).

- Kvalifiseringsstønad: Ytelse som gis til deltakere i kvalifiseringsprogrammet, som er rettet mot personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne. Formålet med kvalifiseringsstønaden er å sikre inntekt mens deltakerne gjennomfører tiltak og aktiviteter som skal hjelpe dem inn i arbeidslivet eller forbedre deres arbeidsevne. Kvalifiseringsstønad er regulert i sosialtjenesteloven.

### **Kommunale programmer**

De to kommunale programmene som omtales i rapporten, er begge rettet mot grupper med behov for grunnleggende kvalifisering og bistand for å komme i arbeid eller utdanning.

- Introduksjonsprogrammet er et tilbud som er rettet mot nyankomne flyktninger som trenger grunnleggende kvalifisering og integrering i det norske samfunnet. Programmet er obligatorisk for visse målgrupper og har som formål å styrke deltakernes muligheter til å få arbeid og bli selvstendige i samfunnet. Bestemmelser for deltakelse i programmet, rettigheter og plikter for deltakere og kommunens ansvar for gjennomføringen av programmet er fastsatt i integreringsloven.
- Kvalifiseringsprogrammet (KVP) er rettet mot personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne, som trenger bistand for å komme i arbeid eller beholde arbeidsevnen. Formålet med programmet er å styrke deltakernes muligheter for å bli integrert i arbeids- og samfunnsliv samt å øke deres økonomiske selvstendighet. Programmet varer vanligvis i ett år, men det kan forlenges for enkelte deltakere hvis det vurderes som nødvendig for å nå målet om arbeid eller aktivitet. Kvalifiseringsprogrammet er regulert i sosialtjenesteloven.

# 1 Innledning

Den aktive arbeidsmarkedspolitikken er et av myndighetenes fremste virkemidler for å nå målene om at flest mulig deltar i arbeidslivet og er økonomisk selvstendige. Dette innebærer blant annet å redusere arbeidsledigheten ved å legge til rette for at de som faller ut av arbeidsmarkedet, raskt kommer tilbake i jobb, og å fremme inkludering av utsatte grupper med utfordringer som utgjør barrierer for yrkesdeltakelse. Arbeidsmarkedspolitikken forvaltes i all hovedsak av NAV. Gjennom arbeidsformidling, veiledning og arbeidsmarkedstiltak yter NAV bistand som både skal bidra til at den enkelte kommer i jobb, og dekke bedriftenes behov for relevant arbeidskraft. I tillegg skal inntekten for dem som ønsker å komme inn i arbeidslivet, sikres gjennom ulike ytelser. Dette er ment å gi økonomisk trygghet og stabilitet ved å gi både midler til å dekke nødvendige utgifter og tid og ressurser til å gjennomføre nødvendige oppfølgingsløp for å komme i arbeid.

Det er avgjørende at denne politikken utformes og praktiseres på en måte som treffer de aller fleste med behov både for arbeidsrettet oppfølging og en inntektssikring. Da er det nødvendig å fange opp personer som faller utenfor dagens ordninger. Formålet med denne rapporten er å bidra med kunnskap om en spesifikk gruppe som kan stå i fare for dette: personer som i NAV er klassifisert med nedsatt arbeidsevne, og som verken mottar arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd eller har lønnsinntekt. Disse benevnes videre som «målgruppen».

## 1.1 Personer med nedsatt arbeidsevne i NAV

Når NAV klassifiserer personer med nedsatt arbeidsevne, er dette knyttet til oppfølgingsbehovet den enkelte har. Dette oppfølgingsbehovet bestemmes først ved en innledende behovsvurdering, som alle som ønsker eller trenger bistand av NAV, har krav på. I de tilfellene hvor denne vurderingen ender med at brukerne enten forventes å skaffe jobb på egen hånd eller trenger arbeidsmarkedstiltak for å øke kompetansen, plasseres de i én av to innsatskategorier: i) standard eller ii) situasjonsbestemt innsats. Enkelte brukere har imidlertid behov for en større kartlegging av arbeidsevnen. Dette kan være forårsaket av helseproblemer, sosiale utfordringer, rusproblemer eller en mangel på grunnleggende kompetanse, som igjen krever en mer omfattende oppfølging fra NAV. I de tilfellene vil resultatet av kartleggingen være at brukerne enten har behov for iii) spesielt tilpasset innsats eller iv) varig tilpasset innsats. Dette er personer som i all hovedsak klassifiseres som med nedsatt arbeidsevne (Sutterud & Sørbø, 2018). Ved utgangen av februar 2024 utgjorde hele gruppen med nedsatt arbeidsevne om lag 222 000 personer eller 6 prosent av befolkningen mellom 18 og 66 år.

De fleste som er klassifisert med nedsatt arbeidsevne i NAV, sikres inntekt ved mottak av arbeidsavklaringspenger (AAP). Om lag to tredeler av dem som til enhver tid inngår i gruppen med nedsatt arbeidsevne, har oppfylt vilkårene for å få innvilget AAP og mottar ytelsen. I tillegg til medlemskap i folketrygden de siste fem årene er hovedvilkårene at arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade for alle typer arbeid man kan utføre, og at man har behov for behandling eller oppfølging fra NAV for enten å bedre arbeidsevnen, beholde eller skaffe arbeid (lov om folketrygd (folketrygdloven) kapittel 11).

I tillegg mottar en mindre andel (6 prosent) av dem med nedsatt arbeidsevne uføretrygd. Dette er personer som for eksempel får bistand fra NAV for å kunne kombinere uføreytelsen med jobb i det ordinære arbeidslivet, eller som deltar på arbeidsmarkedstiltak som gir varig tilrettelagt arbeid. Prosessen som ligger til grunn for innvilgelse av uføretrygd, består av et mer omfattende løp enn for AAP og krav om *varig* nedsatt inntektsevne (Lov om folketrygd (folketrygdloven) kapittel 12).

En tredje gruppe er personer med nedsatt arbeidsevne i NAV som allerede har en tilknytning til arbeidslivet og mottar lønn fra arbeidsgiver. Dette omfatter personer med behov for spesielt tilpasset innsats fra NAV for å beholde jobben og personer med samme oppfølgingsbehov som deltar på midlertidig lønnstilskudd.

På et gitt tidspunkt er i overkant av 90 prosent av alle med nedsatt arbeidsevne mottakere av enten AAP, uføretrygd eller lønn. Målgruppen for denne analysen er de resterende: de som ikke har fått innvilget de to folketrygdytelsene, eller som mottar lønn fra en arbeidsgiver. Sysselsettingsutvalget (NOU 2019: 7) fremhevet i sin rapport behovet for økt kunnskap om denne gruppen av NAVs brukere, for å kartlegge hvorvidt hjelpeapparatet møter det behovet de måtte ha for oppfølging og inntektssikring. Målet med denne studien har vært å bidra til å dekke dette kunnskapsbehovet.

## 1.2 Tema og problemstillinger

Gjennom kvantitative analyser basert på data fra administrative registre samt kvalitative intervjuer med ressurspersoner fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAV-kontorer og forskningsmiljøer ønsker vi å belyse følgende fire temaer:

### **i Sammensetningen av gruppen med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn (målgruppen)**

Personer som NAV vurderer har behov for ekstra innsats fra etaten, og som blir klassifisert med nedsatt arbeidsevne, er en sammensatt gruppe. Selv om begrepet «nedsatt arbeidsevne» tilsier en mer omfattende oppfølging, vil behovet for og omfanget av bistanden som ytes, være forskjellig fra person til person (Bråthen & Vetvik, 2011). Noen har fysiske og psykiske helseproblemer som gjør at de trenger mer langvarig oppfølging fra hjelpeapparatet. Slik oppfølging vil ofte kreve samarbeid mellom NAV, helsesiden og tiltaksleverandører (Bråthen, 2020). Unge som ikke har fullført utdanning, kan ha behov for bistand til å fullføre formelle utdanningsløp eller gis muligheten til å ta fagbrev. Innvandrergupper vil kunne trenge språkkompetanse, noen vil måtte tilpasse kompetanse fra hjemlandet til norske forhold, mens andre igjen ikke har grunnleggende formell kompetanse som fullført grunnskole. I tillegg kan sosiale problemer som bostedsløshet, rus og familiekonflikter påvirke arbeidsevnen. Personene i gruppen med nedsatt arbeidsevne kan med andre ord kjennetegnes ved at de har både helsemessige, sosiale og/eller kompetansemessige utfordringer, som utgjør barrierer for deltakelse i arbeidslivet.

Formålet med den første delen av analysen har vært å gi en beskrivelse av hvilke utfordringer dette kan være, ved å kartlegge hva som kjennetegner målgruppen – personer med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd og lønn. I tillegg ønsker vi å studere om det er spesifikke undergrupper som i særlig grad står uten de to ytelsene eller lønn, og hvor lenge de er i en slik situasjon.

### **ii Kilde til livsopphold**

Utgangspunktet for avgrensingen av målgruppen er at de ikke mottar de helserelaterte ytelsene AAP eller uføretrygd. Det er særlig to problemstillinger knyttet til dette som vi vil belyse i våre analyser. Den første er hvordan denne gruppen finansierer sitt livsopphold – hvilke inntektskilder har målgruppen, og i hvilken grad har de et inntektsgrunnlag som sikrer et nødvendig livsopphold? Vi antar at en stor andel av dem som er registrert hos NAV, men som ikke oppfyller vilkårene for de to folketrygdytelsene, og som heller ikke har inntekt i form av lønn, er avhengige

av økonomisk sosialhjelp. I tillegg kan det være en del som mottar stønad gjennom å delta på kommunale programmer som kvalifiseringsprogrammet.

Den andre problemstillingen som skal besvares når det gjelder kilde til livsopphold, er: Hvorfor kvalifiserer ikke målgruppen til mottak av AAP eller uføretrygd? Her tar vi utgangspunkt i vilkårene som er hjemlet i folketrygdlovens kapitler 11 og 12, og identifiserer mulige faktorer som påvirker innvilgelsen av ytelsen.

### **iii Arbeidsrettet og helsemessig oppfølging**

Årsaken til at personene er registrert i NAV og videre klassifisert med nedsatt arbeidsevne, er at de har behov for arbeidsrettet eller helsemessig oppfølging for å komme i jobb. Den arbeidsrettede oppfølgingen kan bestå av deltakelse på et eller flere av arbeidsmarkedstiltakene NAV har til rådighet. Deltakelsen skal bidra med kompetansebygging gjennom opplæring, arbeidstrening eller praksis. Gjennom å følge målgruppen gjennom perioden de er registrert i NAV, vil vi undersøke hvilke tiltak de har deltatt på, omfanget av tiltaksaktiviteten og om det er forskjeller i tiltaksdeltakelse og oppfølging mellom målgruppen og dem som mottar en helserelatert ytelse og/eller lønn. I tillegg kartlegges omfanget av kontakten med ulike deler av spesialisthelsetjenesten, for å se i hvilken grad målgruppen får helsemessig oppfølging under NAV-løpet.

### **iv Anbefalinger til innretning av inntektssikring og arbeidsrettet oppfølging**

Sutterud og Sørbo (2018) fant at mange av dem med nedsatt arbeidsevne, men uten helserelaterte ytelser, mottok bistand fra NAV som omfattet en rekke ulike tiltak og typer oppfølging, men at de likevel forble i samme situasjon over lang tid. Spørsmålet de stilte, var om NAV har de riktige virkemidlene. Dette tas opp i denne rapportens siste del, hvor det skisseres noen anbefalinger til endringer i forvaltningen av dagens inntektssikringsordninger og tiltaksporteføljen NAV har til rådighet. Anbefalingene er forankret i funnene fra den kvantitative og kvalitative analysen, som har bidratt til å identifisere noen mangler ved dagens tilbud til målgruppen, i tillegg til tidligere funn fra forskning på feltet. Disse er ment å bidra til ytelser og oppfølging som i større grad treffer målgruppens behov.

## **1.3 Gangen i rapporten**

Analysene og forslagene til tiltak er basert på flere datakilder og metodiske tilnærminger. I kapittel 2 gis det en beskrivelse av de administrative dataene som ligger til grunn for den kvantitative analysen. Det gis også en redegjøring for gjennomføringen av de kvalitative intervjuene med fagpersoner og NAV-ansatte, dokument- og litteraturgjennomgangen og den analytiske tilnærmingen som er benyttet.

I kapittel 3 blir sammensetningen av målgruppen beskrevet. Her ser vi på demografiske kjennetegn, utdanningsnivå, arbeidserfaring og kilder til livsopphold. Det gis også svar på i hvilken grad de med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd og lønn blir i situasjonen over tid.

Personer med nedsatt arbeidsevne vil kunne motta både arbeidsrettet oppfølging fra NAV og helsemessig oppfølging fra helsetjenesten. I kapittel 4 kartlegges omfanget og typen oppfølging målgruppen har mottatt, her begrenset til deltakelse på arbeidsmarkedstiltak og kontakten med henholdsvis den psykiske og somatiske delen av spesialisthelsetjenesten.

Årsaken til at målgruppen ikke mottar verken AAP eller uføretrygd, er at NAV vurderer at vilkårene for å få innvilget de to ytelsene ikke er oppfylt. Analysene presentert i kapittel 5 gir en beskrivelse av mulige faktorer som kan spille inn på denne avgjørelsen.

De kvalitative intervjuene dreide seg i stor grad om hvilke utfordringer målgruppen stod overfor, både i møte med hjelpeapparatet og i form av barrierer mot arbeidslivet. I tillegg var NAVs muligheter til å yte nødvendig bistand et sentralt tema. Dette beskrives nærmere i kapittel 6.

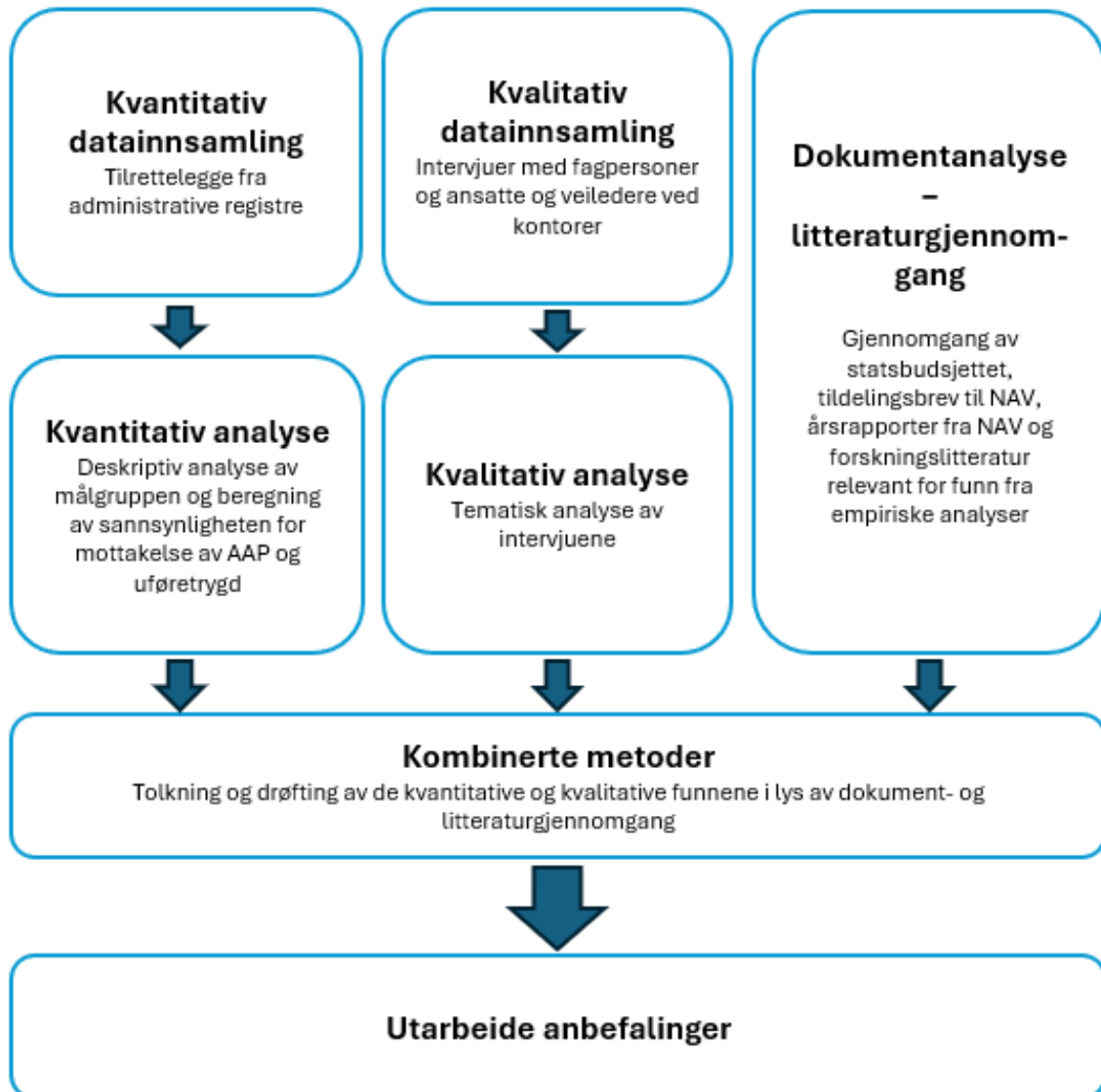
I kapittel 7 samler vi trådene fra de kvantitative og kvalitative analysene og fremhever det vi anser som de største hindrene for at personene i målgruppen sikres nødvendig livsopphold eller mottar en arbeidsrettet bistand fra NAV som er tilrettelagt deres oppfølgingsbehov. Basert på våre funn og en gjennomgang av relevante dokumenter og tidligere forskning gis det anbefalinger som er ment å bidra til bedre inntektssikring for dem som ikke mottar AAP og uføretrygd, og å øke hjelpeapparatets muligheter til å yte nødvendig støtte på veien mot arbeidslivet.

## 2 Datagrunnlag og analytisk tilnærming

### 2.1 Data og analyse

Den analytiske modellen presentert i figur 2.1 beskriver en metode for å samle inn, analysere og integrere data fra både kvantitative og kvalitative kilder samt dokumentanalyse og litteraturgjennomgang.

Figur 2.1 Analytisk tilnærming



Vi startet prosessen med å samle inn kvantitative data fra administrative registre, som vi deretter analyserte deskriptivt for å forstå målgruppen og beregne sannsynligheten for å motta arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Mens vi gjennomførte de kvantitative analysene, samlet vi inn kvalitative data gjennom intervjuer med fagpersoner, ansatte og veiledere ved kontorer. Disse intervjuene analyserte vi tematisk for å identifisere sentrale temaer og mønstre. Videre jobbet vi parallelt med å identifisere relevant foreliggende dokumentasjon, herunder



statsbudsjettet, tildelingsbrev til NAV, årsrapporter og relevant forskningslitteratur for å få en bredere forståelse av tematikken.

Etter disse separate analysene kombinerte vi metodene. Vi tolket og drøftet kvantitative og kvalitative funn i lys av dokument- og litteraturgjennomgangen. Basert på dette gikk vi dypere inn i de mest relevante funnene og søkte derfra dypere inn i de mest relevante rapportene og vitenskapelige publikasjonene, for å danne oss en helhetlig forståelse. Til slutt utarbeidet vi anbefalinger basert på denne kombinerte metodiske tilnærmingen, som kan ligge til grunn for tiltak og forbedringer for målgruppen.

## 2.2 Data fra administrative registre

Datagrunnlaget til den kvantitative analysen er hentet fra en rekke administrative registre, gjort tilgjengelig gjennom prosjektet C-LIFE (Contingent Life Courses). Dataene inkluderer informasjon om alle personer født i Norge fra 1967 til 2017, med demografiske kjennetegn og opplysninger om utdanning, arbeidstilknytning, inntekt, sysselsetting, helse, mottak av trygdeytelser og oppfølging fra NAV. Prosjektet er registrert hos Sikt (nr. 872223) og har gjennomgått en personvernkonsekvensutredning og fått nødvendige dispensasjoner fra taushetsplikten.

Problemstillingene som belyses i denne rapporten, faller inn under formålene med C-LIFE. Datamaterialet har gitt oss muligheten til å definere en analysepopulasjon bestående av personer som ble klassifisert med nedsatt arbeidsevne hos NAV i løpet av 2018. Vi følger denne populasjonen i perioden fra 2013 til 2021 og koblet opplysninger fra følgende registre:

**Folkeregisteret** er en offentlig database som administreres av skatteetaten. Denne inneholder sentrale personopplysninger om alle innbyggere i Norge, som inkluderer fødselsnummer, kjønn, sivilstatus, botid og informasjon om familiemedlemmer.

**ARENA** er saksbehandlingssystemet som benyttes i NAV i den arbeidsrettede oppfølgingen av brukere. Opplysningene som registreres, omfatter aktiviteter knyttet til arbeidsformidling og deltakelse i arbeidsmarkedstiltak og om personene er innvilget ytelser som dagpenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller økonomisk støtte til personer som deltar i arbeidsmarkedstiltak, med tilhørende dateringer.

**Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret)** inneholder opplysninger om ansettelsesforhold av en viss varighet. Registeret administreres av NAV og spiller en nøkkelrolle i forvaltningen av sykepenger og inneholder opplysninger om både arbeidsgivere, arbeidstakere, og det spesifikke arbeidsforholdet, inkludert start- og eventuelt sluttdato, forventet arbeidstid og stillingsprosent.

**Statistisk sentralbyrås registerbaserte sysselsettingsstatistikk** er basert på en sammenstilling av opplysninger fra ulike administrative registre. Ved hjelp av informasjon om arbeidsforhold, lønn og inntekt som selvstendige næringsdrivende, klassifiseres personer i alderen 15–74 år som sysselsatte i en gitt referanseuke i november. Datagrunnlaget omfatter i tillegg til status på arbeidsmarkedet kjennetegn som bedriftenes næring, institusjonell sektor og avtalt arbeidstid.

**Inntektsregisteret** inneholder opplysninger om lignet inntekt fra skatteetaten per år. Dette inkluderer lønnsinntekter, inntekter som selvstendig næringsdrivende og skattbare/skattefrie overføringer som alderspensjon, dagpenger, helserelaterte ytelser, familieytelser som barnetrygd, osv.

**Register over deltakelse i kvalifiseringsprogrammet (KVP)** omfatter alle som er registrert med deltakelse i programmet, med tilhørende start- og stoppdatoer. Programmet yter individuelt tilpasset oppfølging til personer som står langt fra arbeidsmarkedet, og som trenger omfattende bistand for å komme i jobb eller aktivitet. I praksis tilbys programmet i hovedsak til langtidsmottakere av sosial hjelp.

**Kvalifiseringsstønsregisteret** er et register over månedlige utbetalinger av kvalifiseringsstønning til deltakere i KVP, som skal sikre deltakerne en stabil inntekt mens de er i programmet.

**Sosialhjelpsregisteret** er et nasjonalt register som inneholder opplysninger om personer som har mottatt økonomisk sosialhjelp, inkludert størrelsen på stønningen de mottar, og varigheten av støtteperioden. Sosialhjelpsregisteret administreres av NAV.

**Sykepengeregisteret** inneholder informasjon om utbetaling av sykepenger, med tilhørende start- og stoppdatoer for utbetaling. Registeret forvaltes av NAV.

**Uføreregisteret** inneholder informasjon om personer som har fått innvilget uføretrygd, en ytelse som sikrer inntekt for personer som har fått arbeidsevnen varig nedsatt på grunn av sykdom, skade eller lyte. Registeret forvaltes av NAV.

**Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB)** er en nasjonal database som inneholder detaljerte data om befolkningens utdanning på alle nivåer i det norske utdanningssystemet, fra grunnskole til høyere utdanning, herunder informasjon om pågående og høyeste fullførte utdanning per 1. oktober hvert år. Den administreres av Norsk senter for forskningsdata (NSD) på vegne av Kunnskapsdepartementet.

**Norsk pasientregister (NPR)** er et nasjonalt helseregister som inneholder detaljerte opplysninger om alle pasienter som mottar spesialisthelsetjenester i Norge. Dette inkluderer behandling ved sykehus, poliklinikker og noen former for ambulant behandling. NPR administreres av Helsedirektoratet. Informasjonen i NPR omfatter blant annet hvilken del av spesialisthelsetjenesten personene har mottatt oppfølging av, samt inn- og utskrivningsdatoer.

## 2.3 Den kvantitative analysen

Gjennom kvantitative analyser basert på data fra administrative registre ønsker vi å belyse sammensetningen av gruppen med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn. Analysene har som mål å kartlegge hvilke inntektskilder denne gruppen har, samt i hvilken grad de mottar arbeidsrettet og helsemessig oppfølging for å komme i arbeid.

Vi tar utgangspunkt i personer som i NAV var klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018. Dette året ble det innført regelverksendringer som både berørte vilkårene for innvilgelse av AAP, makstid for mottak og eventuelle sanksjoner ved manglende oppmøte til behandling eller arbeidsrettet oppfølging (se Lande, 2019 for beskrivelse av regelendringer og konsekvenser for innvilgelsen av AAP). Datagrunnlaget vi har hatt tilgjengelig, har gjort det mulig å følge populasjonen i opptil fire år, frem til november 2021.

I den innledende analysen identifiserer vi om det er grupper med nedsatt arbeidsevne som har forhøyet sannsynlighet for å ikke motta AAP, uføretrygd eller lønn. Dette gjør vi ved å fordele alle med nedsatt arbeidsevne i 2018 på en rekke demografiske kjennetegn samt variabler som beskriver formell kompetanse i form av utdanning og arbeidserfaring. Basert på denne analysen

splitter vi så opp populasjonen i tre undergrupper hvor risikoen for **ikke** å være mottaker av de to helserelaterte ytelsene og lønn er særlig stor. Deretter beskrives kilden til inntektssikring i de undergruppene vi har identifisert, den arbeidsrettede og helsemessige oppfølgingen de har mottatt i 2018, og hvor stor andel som forblir uten ytelser og lønn i de to påfølgende årene. Avslutningsvis undersøker vi status på arbeidsmarkedet i november 2021.

Et av målene med analysen er å identifisere mulige årsaker til at målgruppen for analysen *ikke* har fått innvilget AAP eller uføretrygd. I den siste delen av den kvantitative analysen begrenser vi analysepopulasjonen til *dem som i løpet av 2018 startet et NAV-løp med nedsatt arbeidsevne, uavhengig av mottak av ytelser eller lønn*. Vilkårene for å få innvilget AAP, i tillegg til krav om tre års medlemskap i folketrygden, er at arbeidsevnen er nedsatt med mer enn 50 prosent. Når det gjelder uføretrygd, er det i tillegg til krav om fem års forutgående medlemskap (tre år før 2021) krav om *varig* nedsettelse av inntektsevnen samt at søkerne skal ha gjennomført hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak og medisinsk behandling. I kapittel 0 presenteres helse- og NAV-historikken til de tre identifiserte risikogruppene, for å kartlegge i hvilken grad gruppene oppfyller vilkårene til de to ytelsene. Formålet er å synliggjøre om årsaken til at målgruppen ikke mottar verken AAP eller uføretrygd, er knyttet til at de ikke oppfyller de formelle kravene, eller om det er andre faktorer som påvirker innvilgelsen av ytelsene. Ved hjelp av lineære regresjonsmodeller beregnes sannsynligheten for å motta henholdsvis AAP og uføretrygd, kontrollert for kjennetegn som kan tenkes å påvirke om personene imøtekommer vilkårene som settes i lovverket.

## 2.4 Kvalitative intervjuer

For å følge opp funnene i de kvantitative analysene ble det gjennomført i alt syv kvalitative intervjuer med til sammen ti ressurspersoner fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, et NAV-kontor og forskningsmiljøer:

- to forskere som jobber med unge utenfor arbeidslivet, integrering og voksenopplæring for innvandrere
- fire ansatte i Arbeids- og velferdsdirektoratet
- fire ansatte ved et NAV-kontor

Valg av informanter ble bestemt på bakgrunn av de tre gruppene vi identifiserte i de kvantitative analysene: innvandrere (gruppe 1), unge under 25 år (gruppe 2) og personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere (gruppe 3).

En begrensning ved vår studie er at brukerperspektivet ikke er representert. Dersom vi skulle ha intervjuet brukere, måtte vi ha hatt et utvalg av en viss størrelse fra hver av de tre gruppene. I tillegg ville selve rekrutteringsprosessen vært tidkrevende. Gitt den korte tidsrammen for prosjektet hadde vi derfor ikke anledning til å legge til rette for og gjennomføre intervjuer med personer i målgruppen. Vi valgte derfor å intervjuer ressurspersoner på et mer overordnet nivå, som kunne si noe generelt om de tre gruppene vi fant i den kvantitative analysen. De kvalitative intervjuene representerer dermed perspektivet og meningene til ansatte fra ulike nivåer i NAV-systemet. Vi mener likevel at studien gir verdifull innsikt i det systemet og de utfordringene som de aktuelle brukerne møter.

Vi valgte målrettet rekruttering for å få tak i informantene vi mente var mest relevante for det vi trengte informasjon om. Til grunn for valg av informanter lå en vurdering av hvilket kjennskap personene hadde til NAV-systemet, de ulike ytelsene og mulig oppfølging av brukere i de tre

gruppene. Intervjuene skulle dermed bidra til å kaste lys over de observerte mønstrene som ble identifisert i den kvantitative analysen, synliggjøre utfordringer som både hjelpeapparat og brukere står overfor, og også få frem hvilke endringer informantene mener må til for å gi et tilbud som møter gruppenes behov.

Informantene fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) ble rekruttert ved at vi først sendte henvendelsen til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, som videreformidlet forespørselen til AVdir. Informantene fra NAV-kontoret ble rekruttert ved at vi først tok kontakt med et NAV-kontor via en kontakt i eget nettverk. Dette NAV-kontoret hadde ikke kapasitet til å stille med informanter, men de skaffet oss informanter fra et annet NAV-kontor som hadde lignende brukergruppe som dem. Forskerne ble rekruttert på bakgrunn av kompetansen, og vi kontaktet dem direkte.

Intervjuene ved NAV-kontoret samt ett av intervjuene ved AVdir var gruppeintervjuer hvor vi intervjuet to og to. De andre var individuelle intervjuer. Intervjuene hadde form som samtaler eller semistrukturerte intervjuer. I intervjuene presenterte vi funn fra våre kvantitative analyser som la grunnlaget for en diskusjon rundt

- utfordringer de tre gruppene møter på veien mot arbeidslivet
- årsaker til at de ikke innvilges en helserelatert ytelse
- hvordan den arbeidsrettede oppfølgingen legges opp, og hvilke arbeidsmarkedstiltak NAV tilbyr
- forslag til mulige forbedringer for å imøtekomme de tre gruppenes behov for oppfølging og inntektssikring

Vi har gjennomført en tematisk analyse av de kvalitative intervjuene basert på Braun og Clarke (2006) sitt rammeverk, som gir en analysemodell bestående av seks faser:

1. forberedelse – en gjennomgang av intervjudata for å bli kjent med materialet
2. identifisering av temaer – synliggjøre gjentakende mønstre, ideer eller begreper som går igjen i datamaterialet
3. koding – tildeling av koder til de deler av teksten som er relevante for hvert tema
4. kategorisering – strukturering og organisering av datamaterialet etter problemstillingene vi ønsket å belyse
5. identifisering av underliggende mønstre – avdekke underliggende strukturer i datamaterialet
6. analyse og tolkning

Resultatene fra de kvalitative intervjuene blir presentert i kapittel 6, strukturert etter temaene som dukket opp i samtalene, og supplert med sitater fra informantene. Dette bidro til å utdype de kvantitative resultatene og løfte frem faktorer (temaer) som kunne forklare de observerte mønstrene.

## 2.5 Dokument- og litteraturgjennomgang

Vi har gjennomført en dokument- og litteraturgjennomgang hvor formålet har vært å kartlegge det nåværende landskapet av både offentlige dokumenter og vitenskapelig forskning relatert til personer med nedsatt arbeidsevne. Ved å gjøre dette ønsker vi å identifisere risikofaktorene som

bidrar til at disse individene oftere står utenfor arbeidslivet og heller ikke mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd.

Offentlige dokumenter, inkludert statsbudsjett og årsrapporter fra NAV, gir en ramme for forståelsen av politiske prioriteringer og tiltak rettet mot målgruppen til prosjektet. Vitenskapelig forskning, herunder rapporter og fagfelleverderte artikler, tilbyr innsikt i hvordan disse tiltakene fungerer, og bidrar til en dypere forståelse av individuelle og strukturelle barrierer for arbeidsinkludering.

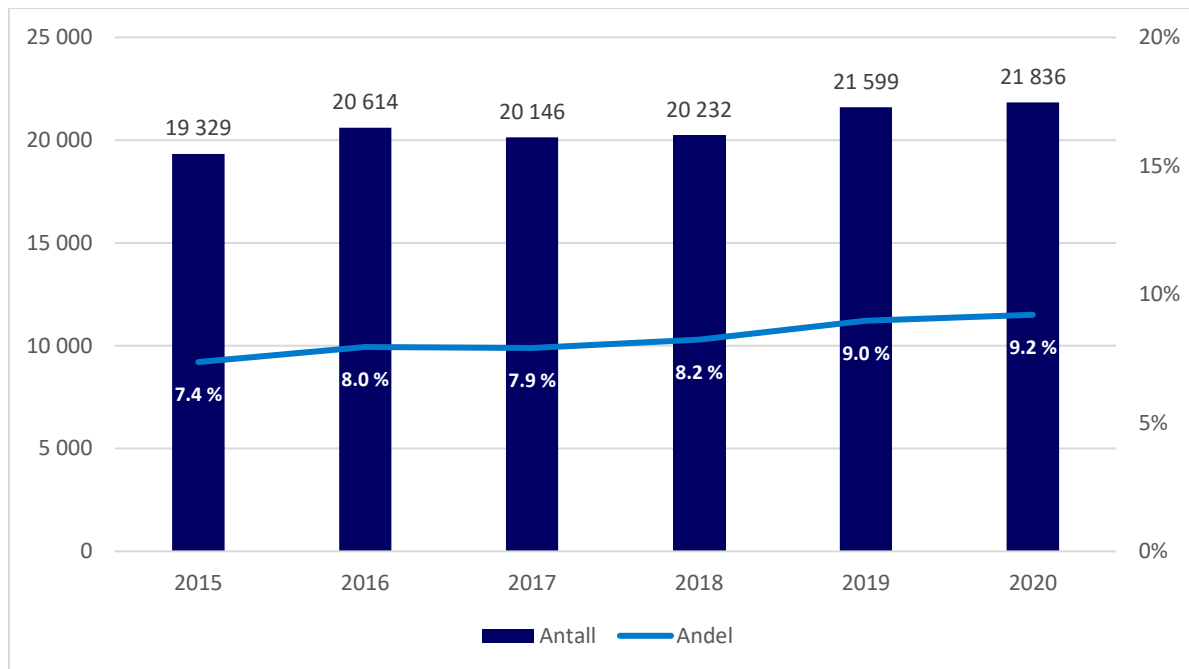
Utgangspunktet for litteraturgjennomgangen var lagt ved to tidligere kunnskapsoversikter gjennomført ved AFI: Sadeghi et al. (2023), *Arbeids- og velferdstjenestene: En forenklet kunnskapsoversikt over arbeidsinkluderingssystemet*, og Sadeghi et al. (2024), *Arbeidsavklaringspenger: En sammenstilling og oppsummering av kunnskap på området*. «Nedsatt arbeidsevne» er imidlertid ikke et entydig begrep. Det kan både romme en kategorisering i NAV, basert på hvilket tiltak brukeren er tilbudt (Bråthen & Vetvik, 2011), og diskursive og fenomenologiske forståelser knyttet til en rekke faktorer, inkludert individets helsestatus, arbeidsmarkedet, tilgjengeligheten og kvaliteten på rehabiliteringstjenester og yrkesrettet opplæring, samt de sosiale sikkerhetsnettene som er på plass. Derfor måtte vi supplere de eksisterende litteraturgjennomgangene med egne søk for å finne relevante studier.

De supplerende søkene var ikke systematiske, som vil si at det ikke ble benyttet bestemte søkestrenger og gjennomført likelydende søk i databaser. Når relevante studier ble identifisert, undersøkte vi om disse refererte til annen relevant litteratur som belyste situasjonen og/eller tiltak for relevante målgrupper, eller om forfatterne hadde skrevet mer om samme tema. Litteraturen presenteres ikke som et eget kapittel, men trekkes inn i diskusjonen av funn i kapittel 7 og som grunnlag for anbefalingene i samme kapittel.

### 3 Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn – hvem er de?

Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd og lønn (målgruppen) utgjør som nevnt en liten andel av alle som i NAV klassifiseres med nedsatt arbeidsevne. Figur 3.1 viser at denne andelen varierte fra 7,4 til 9,2 prosent i perioden fra 2015 til 2020. Målt i antall personer utgjør dette i overkant av 20 000 personer i et gitt år. Både andelen og antallet var stigende i denne perioden.

**Figur 3.1 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn. Antall og andel av alle med nedsatt arbeidsevne. 2015–2020.**



Formålet med den første analysen som presenteres, er å identifisere om det er spesifikke undergrupper av personer med nedsatt arbeidsevne som i særlig grad havner i en situasjon hvor de verken mottar de to helserelaterte ytelsene eller lønn. Deretter gir vi en beskrivelse av sammensetningen i de ulike undergruppene, for å få et bilde av hvilke utfordringer de har med tanke på å komme over i arbeid.

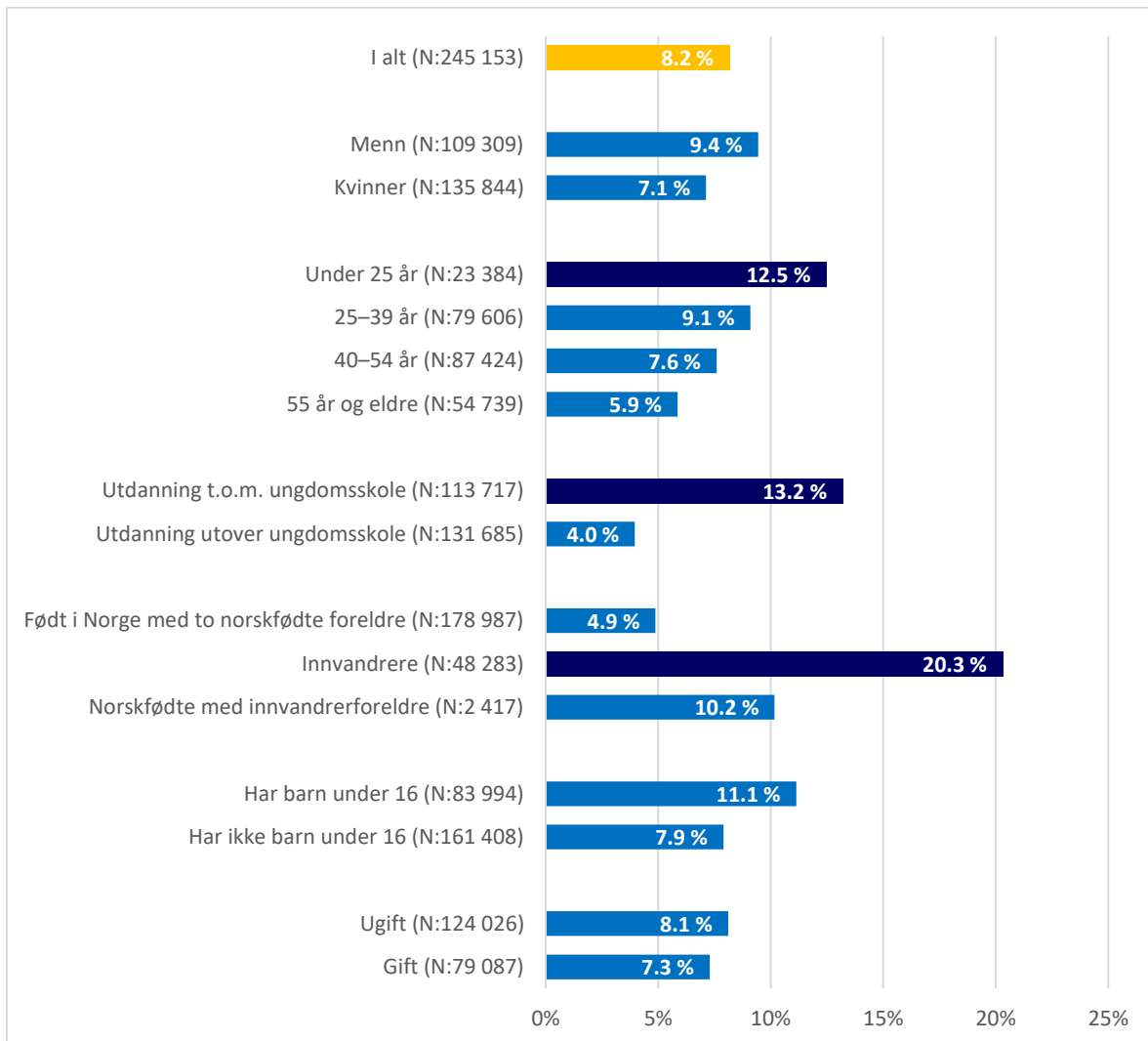
Analysepopulasjonene tar utgangspunkt i personer som var registrert med nedsatt arbeidsevne en eller annen gang i løpet av 2018. Målgruppen utgjorde da 20 232 personer, eller 8,2 prosent av alle med nedsatt arbeidsevne. Motivasjonen for å velge dette året er todelt: Datagrunnlaget vi har tilgjengelig, gir muligheter for å følge personer i opptil tre år fremover i tid. I tillegg starter vi observasjonsperioden etter regelverksendringene for AAP som ble innført 1.1.2018, som både ga en smalere inngang til ytelsen og kortere maks-varighet.

#### 3.1 Kjennetegn ved målgruppen

For å identifisere hva som kjennetegner målgruppen, har vi altså videre valgt å ta utgangspunkt i alle personer som var klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018. I figur 3.2 fordeler vi dem etter ulike demografiske kjennetegn og utdanningsnivå, for så å beregne andelen i hver gruppe som

verken mottar AAP, uføretrygd eller lønn. Figuren leses på følgende måte: 245 153 personer var av NAV klassifisert med nedsatt arbeidsevne i løpet av hele 2018. Av disse var det 8,2 prosent som verken mottok AAP, uføretrygd eller lønn i løpet av dette året. Andelen menn uten de to ytelsene eller lønn var 9,4 prosent, mens tilsvarende andel for kvinner var 7,1 prosent. På samme måte angis tilsvarende andel etter alder, om de har barn under 16 år, innvandrerbakgrunn, sivilstatus og høyeste fullførte utdanning.

**Figur 3.2 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne, etter utvalgte demografiske kjennetegn. Andel uten AAP, uføretrygd eller lønn. 2018.**



Det er tre undergrupper av dem med nedsatt arbeidsevne hvor andelen som ikke mottar AAP og lønn, er markant høyere enn gjennomsnittet: personer med innvandrerbakgrunn, unge under 25 år og personer med lav eller uoppgitt utdanning. Blant innvandrerne er én av fem (20,3 prosent) uten de to ytelsene eller lønn det aktuelle året. I gruppen unge er tilsvarende andel 12,5 prosent, mens i gruppen med lav eller uoppgitt utdanning er andelen 13,2 prosent.

Nå kan disse andelene skjule at det er store overlapp mellom de tre gruppene. Det kan for eksempel tenkes at de med lav utdanning i stor grad er innvandrere eller unge. For å få bekreftet at dette er kjennetegn som hver for seg kan påvirke om en person havner i målgruppen eller ikke, har vi derfor ved hjelp av en regresjonsanalyse beregnet hva som påvirker sannsynligheten for at de med nedsatt arbeidsevne ikke mottar de to ytelsene eller lønn. Dermed kan vi anslå i hvilken

grad det å være innvandrere, under 25 år eller ha lav utdanning spiller inn på sannsynligheten for om man har AAP, uføretrygd eller mottar lønn, gitt at andre kjennetegn holdes konstant.

**Tabell 3.1 Beregnede forskjeller i sannsynligheten for å være registrert med nedsatt arbeidsevne, men ikke motta AAP, uføretrygd eller lønn sammenlignet med en referanseperson\*. Prosentpoeng. 2018.**

Kjennetegn	Forskjeller i sannsynligheten for å ikke motta AAP, uføretrygd eller lønn
Kvinne	-1,4
Under 25 år	+3,4
40–54 år	-0,8
Over 54 år	-0,3
Barn under 16 år	+0,2
Innvandrere	+14,5
Gift	-2,5
Ikke registrert utdanning utover ungdomsskole	+6,7

\* Beregnet sannsynlighet for å være i målgruppen sammenlignet med referansepersonen som er mann, i alderen 25–39 år, har ikke barn under 16 år, er ikke innvandrer, er ugift og har videregående skole eller høyere som registrert utdanningsnivå.

Tabell 3.1 viser at de mønstrene vi observerte i figur 3.2, også står seg når vi kontrollerer for andre demografiske kjennetegn og utdanningsnivå. Vi kan med dette si at vi har identifisert tre grupper blant personer med nedsatt arbeidsevne som har høyere risiko for å være i målgruppen for analysen, altså de som verken mottar AAP, uføretrygd eller lønn: innvandrere, personer under 25 år og de uten utdanning utover ungdomsskole. Dette er riktignok en enkel regresjonsmodell som ikke fanger opp alle faktorer som kan tenkes å påvirke om en person havner i målgruppen eller ikke. En grov avgrensning av analysepopulasjonen til kun personer med ett eller flere av disse tre kjennetegnene gjør at vi fanger vi opp til sammen 87,2 prosent av alle i målgruppen.

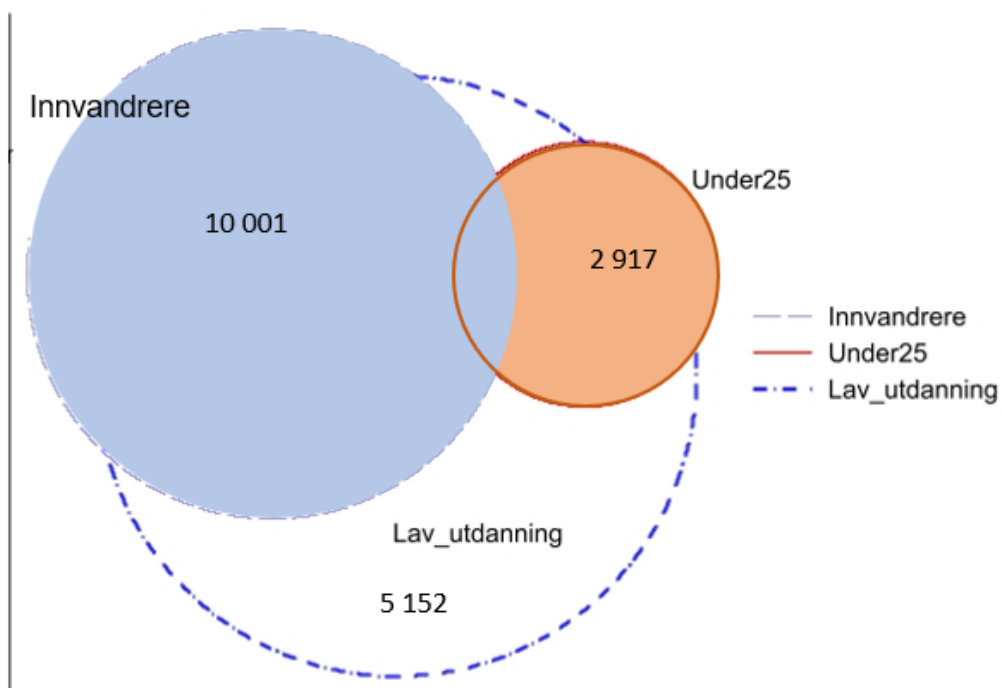
Vi antar at i) innvandrere, ii) unge og iii) «voksne» med lav formell utdanning kan støte på ulike barrierer på veien mot arbeidslivet og i møtet med hjelpeapparatet. For å identifisere hva disse barrierene kan være, velger vi altså å splitte denne analysepopulasjon i følgende tre undergrupper:

- Gruppe 1 – innvandrere: Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn med innvandrerbakgrunn, det vil si født i utlandet med utenlandskfødte foreldre. 496 personer i denne gruppen er under 25 år. Disse inngår også i gruppe 2.  
N = 10 001
- Gruppe 2 – under 25 år: Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn under 25 år. Denne gruppen vil også omfatte personer med innvandrerbakgrunn, som utgjør 469 personer.  
N = 2917
- Gruppe 3 – lav utdanning: Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn med ungdomsskole som høyeste fullførte utdanning, 25 år eller eldre, uten innvandrerbakgrunn. De som inngår i denne «rest»-gruppen, inngår med andre ord ikke i to andre analysegruppene.  
N = 5152

Figur 3.3 angir avgrensingen og størrelsen på de tre undergruppene.



Figur 3.3 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, fordelt på tre undergrupper. Antall. 2018.

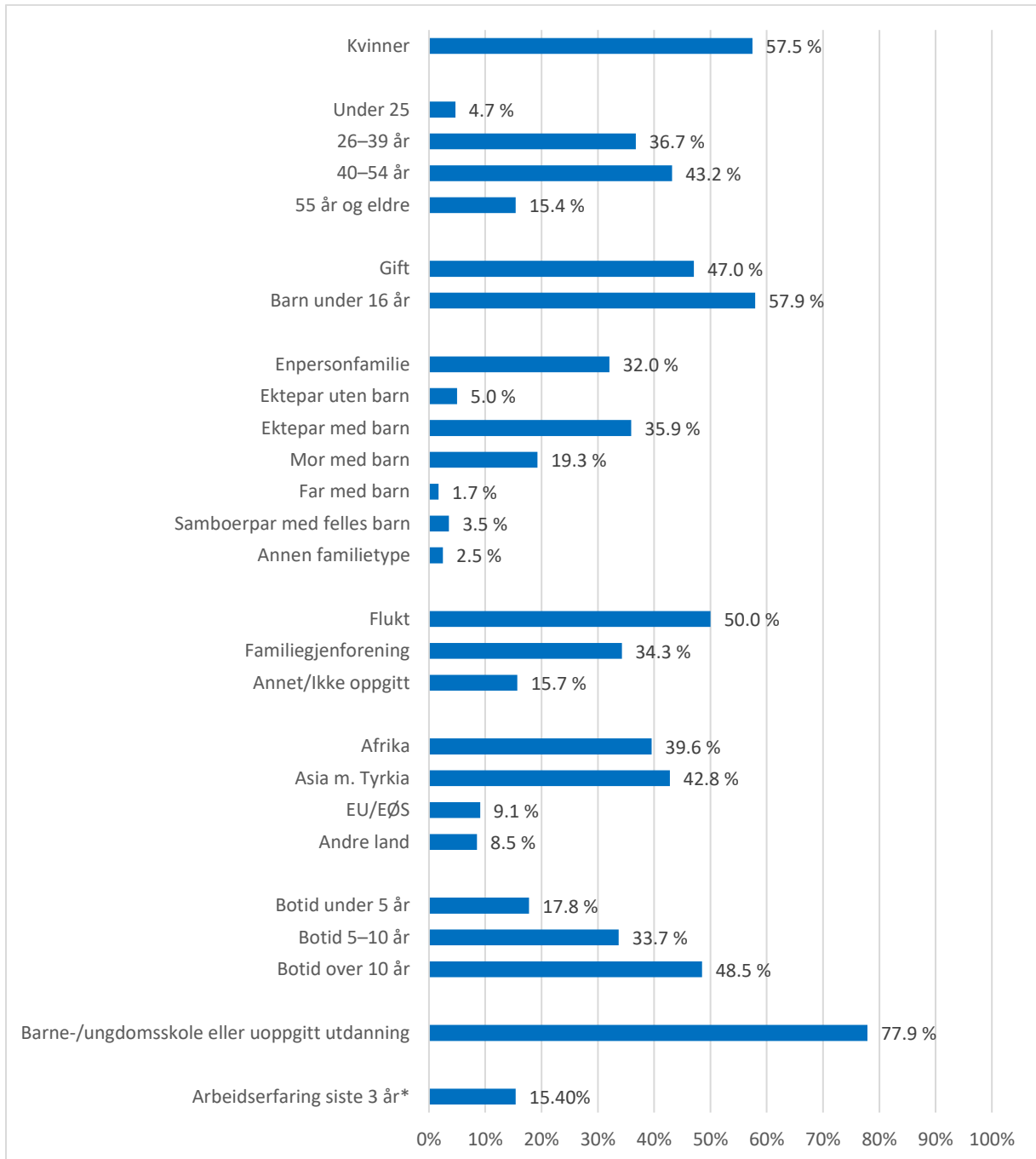


## 3.2 Demografi og kompetanse

### 3.2.1 Gruppe 1 – innvandrere

Den største av de tre undergruppene er innvandrerne. I 2018 utgjorde disse 10 001 personer. Figur 3.4 viser gruppe 1 fordelt på demografiske kjennetegn, utdanningsnivå og tidligere arbeidserfaring.

**Figur 3.4 Innvandrere klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, etter utvalgte kjennetegn. N = 10 001. Prosent. 2018.**



\* Andelen som har tjent over 1/2 G i ett eller flere av årene i perioden 2015–2017.

Blant innvandrerne ser vi en liten overvekt av kvinner – litt under 60 prosent er kvinner, mens litt over 40 prosent er menn. De fleste av innvandrerne er i alderen 25–54 år (80 prosent). En mer findelt aldersvariabel viser at 60 prosent av gruppen er over 40 år.

Når det gjelder familiesituasjonen, ser vi at to av tre bor sammen med partner og/eller barn. Litt over halvparten (58 prosent) har barn under 16 år.

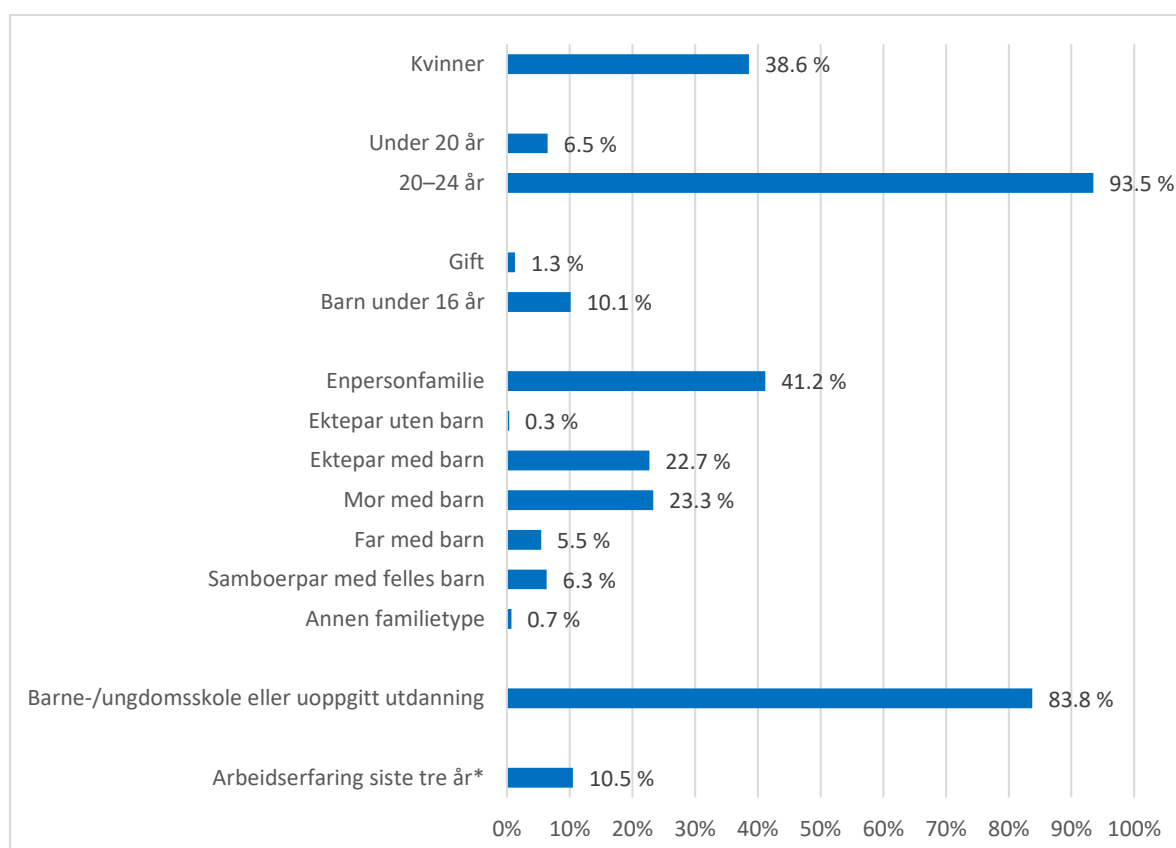
Langt de fleste (til sammen 84 prosent) kom til Norge som flyktninger eller som følge av familiegjennomføring, og de aller fleste har bakgrunn fra land i enten Afrika eller Asia (til sammen 82 prosent). Tallene viser også at de har bodd i Norge en stund. Over 80 prosent har botid på 5 år eller mer.

Videre karakteriseres gruppen også av lav formell kompetanse. Tre av fire har enten ungdomsskole som høyeste fullførte utdanningsnivå eller ingen registrert utdanning. Andelen som har hatt en tilknytning til arbeidslivet før 2018, er også lav: Kun 15 prosent er registrert med lønn over en halv G i ett eller tre år før 2018.

### 3.2.2 Gruppe 2 – personer under 25 år

På samme måte som for gruppe 1 fordeler vi i figur 3.5 personer under 25 år med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn etter utvalgte demografiske kjennetegn samt utdanningsnivå og arbeidsbakgrunn. Denne gruppen (som vi kaller gruppe 2) omfatter i alt 2917 personer.

**Figur 3.5 Personer under 25 år klassifisert med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn, etter utvalgte kjennetegn. N = 2917. Prosent. 2018.**



\* Andelen som har tjent over 1/2 G i ett eller flere av årene i perioden 2015–2017.

Blant alle personer med nedsatt arbeidsevne er det en liten overvekt av kvinner (55 prosent kvinner mot 45 prosent menn). Blant dem under 25 år er fordelingen motsatt: Her utgjør menn over 60 prosent.

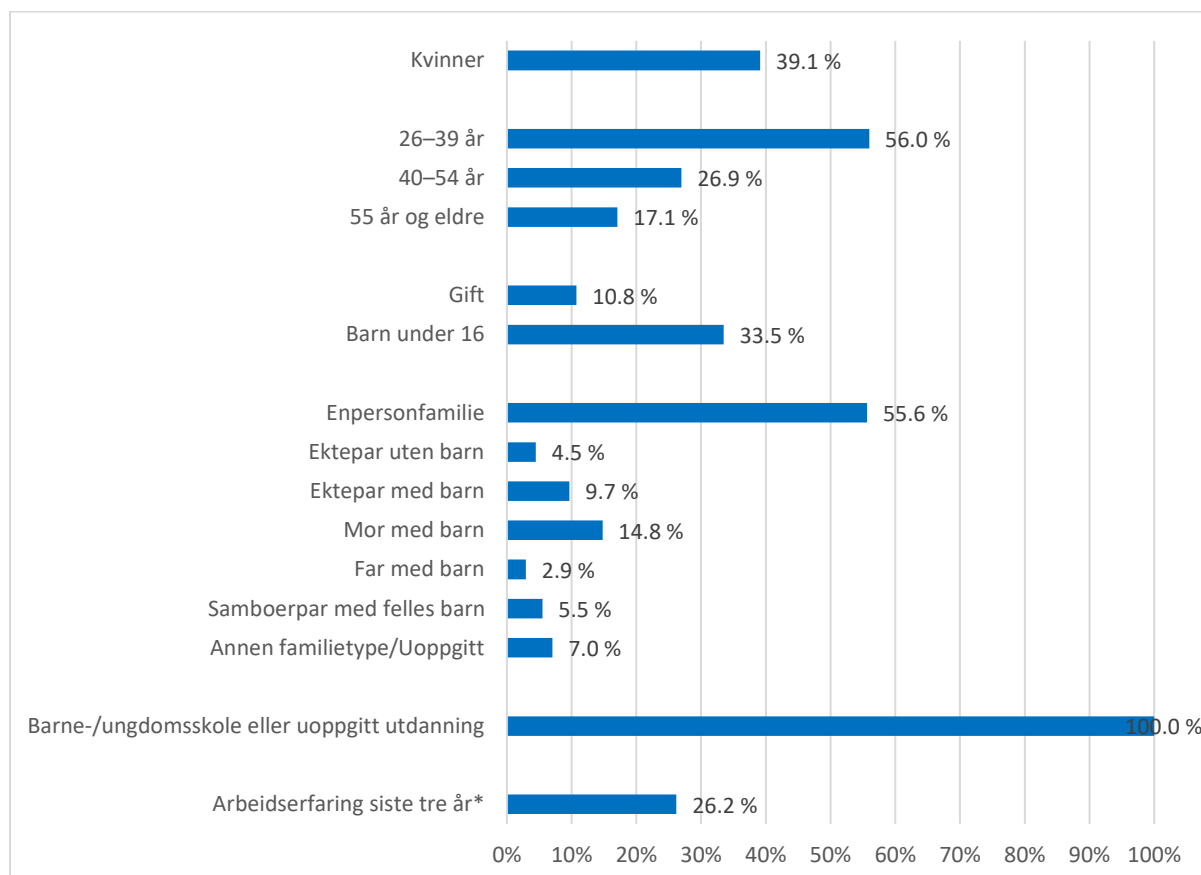
I overkant av 40 prosent av personene i denne gruppen bor alene. Litt over 20 prosent er registrert i en husholdning som består av et ektepar med barn, og omtrent like stor andel i familietyperen «mor med barn». Siden dette er unge personer, og kun 10 prosent har barn selv under 16 år, vil det derfor i mange tilfeller være at personen bor med begge eller en av foreldrene sine og sammen med yngre søsken.

Også i denne gruppen er utdanningsnivået lavt. Over 80 prosent har ikke fullført skolegang utover ungdomsskolen eller har uoppgitt utdanningsnivå. Det er også få som har vært i jobb de siste tre årene før 2018. Kun én av ti er registrert med en lønnsinntekt som overstiger en halv G i ett eller flere av årene mellom 2015 og 2017.

### 3.2.3 Gruppe 3 – personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere

Den siste gruppen av personer med nedsatt arbeidsevne hvor andelen uten AAP, uføretrygd eller lønn er overrepresentert, er de med lavt utdanningsnivå og som ikke befinner seg i de to undergruppene beskrevet ovenfor. De er altså 25 år eller eldre, de er ikke innvandrere, og de er ikke registrert med utdanning utover ungdomsskole (kalt gruppe 3). Figur 3.6 gir en beskrivelse av hva som kjennetegner de 5152 personene i denne gruppen.

**Figur 3.6 Personer med nedsatt arbeidsevne som er over 25 år, har lav utdanning og ikke er innvandrere, etter utvalgte kjennetegn. N = 5152. Prosent. 2018.**



\* Andelen som har tjent over 1/2 G i ett eller flere av årene i perioden 2015–2017.

Som i gruppe 2 (de under 25 år) er det også her en overvekt av menn (61 prosent). De fleste er i alderen 26–54 år (over 80 prosent til sammen).

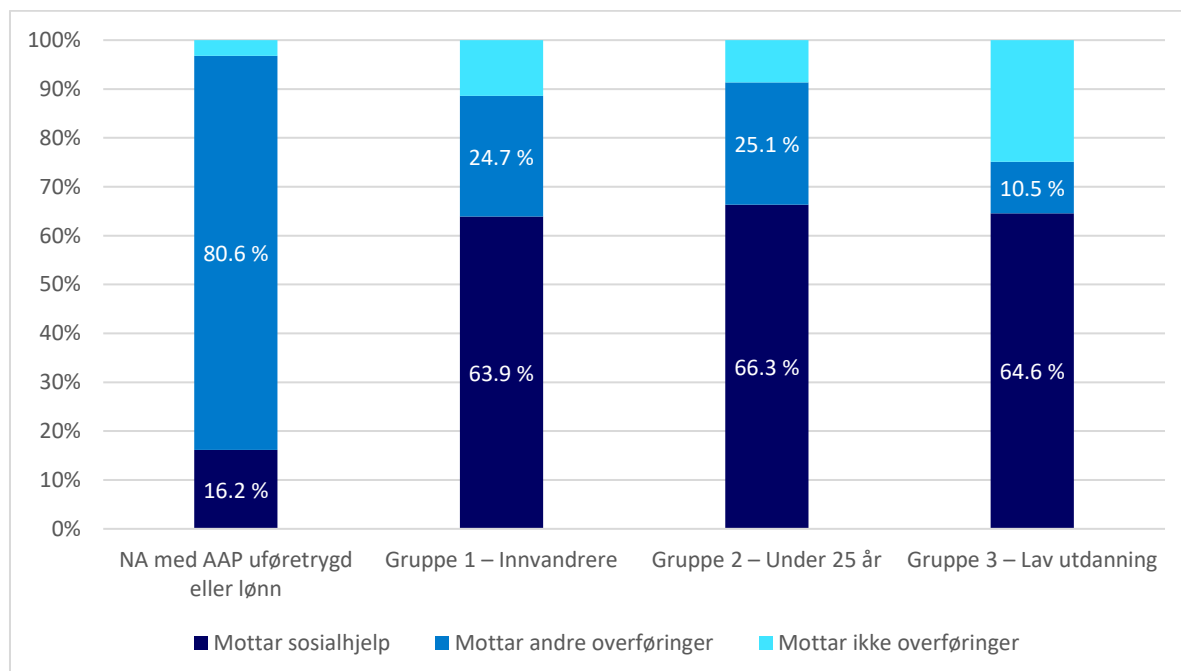
Når det gjelder familiesituasjonen, bor over halvparten alene. Én av tre har barn under 16 år, og over halvparten av disse bor alene med barnet/barna. Til sammen er det rundt tre firedeler i denne gruppen som har ansvar for å forsørge enten bare seg selv eller seg selv og barn.

Siden kriteriet for å bli klassifisert i denne gruppen er at registrert utdanning ikke er høyere enn ungdomsskole, har alle lav utdanning. Også flertallet i denne gruppen har hatt liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet siste tre år, selv om andelen som har tjent en halv G i ett eller flere av de tre foregående årene, er høyere enn det vi finner i de to andre undergruppene.

### 3.3 Kilde til livsopphold

Siden målgruppen mottar verken AAP, uføretrygd eller lønn, vil de enten være avhengige av å motta andre overføringer eller å bo i en husholdning hvor samboer, ektefelle eller foreldre bidrar økonomisk. I figur 3.7 angis andelen som mottar en eller annen form for skattepliktige eller skattefrie overføringer. Dette omfatter ytelser som dagpenger, sykepenger, introduksjonsstønad, barnetrygd, kontantstøtte, grunn- og hjelpestønad, kvalifiseringsstønad, tiltakspenger og sosialhjelp. Figuren viser andeler for de tre undergruppene, og til sammenligning viser den også andel som mottar overføringer blant personer med nedsatt arbeidsevne som har AAP, uføretrygd eller lønn. Behovet for sosialhjelp indikerer en utfordrende økonomisk situasjon. Derfor har vi valgt å angi andelen i de tre undergruppene og de utenfor målgruppen.

**Figur 3.7 Personer med nedsatt arbeidsevne etter om de mottar økonomisk sosialhjelp eller andre overføringer, og undergrupper. Prosent. 2018.**



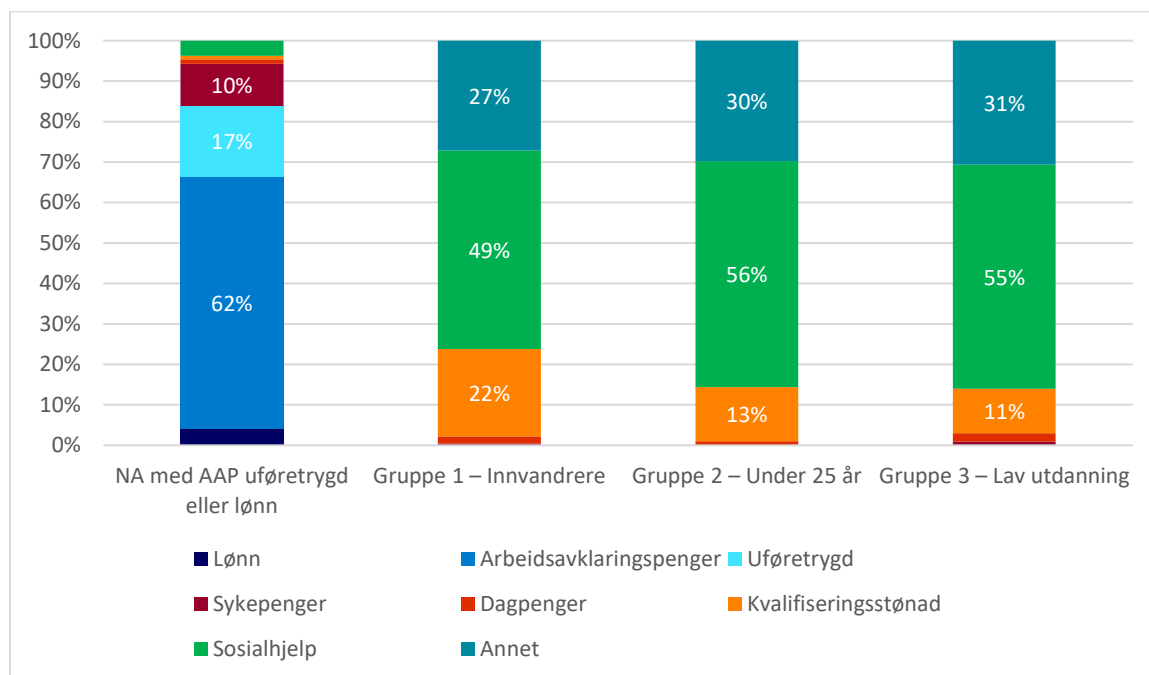
Av dem med nedsatt arbeidsevne som ikke inngår i målgruppen vår, mottar 97 prosent én eller flere overføringer. For langt de fleste vil dette være AAP eller uføretrygd. 16 prosent har også fått sosialhjelp. Det er flere mulige årsaker til dette. Siden grunnlaget for tallene er mottak av overføringer i løpet av et år, kan personer ha fått utbetalt sosialhjelp før de ble innvilget AAP eller

uføretrygd. I andre tilfeller kan personer ha hatt behov for å få utbetalt sosialhjelp for å supplere de to folketrygdytelsene. Sammenlignet med målgruppen for analysen har de imidlertid i liten grad vært avhengige av sosialhjelp.

I de tre undergruppene har om lag to tredeler mottatt sosialhjelp i løpet av året, enten som eneste ytelse eller i kombinasjon med andre ytelser. Denne andelen er med andre ord på omtrent samme nivå i alle de tre undergruppene. Det er en forskjell når det gjelder hvor mange som har mottatt en eller annen overføring i alt: Blant innvandrerne og de under 25 år mottar rundt 90 prosent en eller annen overføring, mens i gruppe 3 – de over 25 år med lav utdanning og uten innvandrerbakgrunn – er andelen 75 prosent. Det vil si at én av fire verken mottar lønn eller overføring.

Figur 3.8 gir en oversikt over hva som utgjør viktigste kilde til livsopphold<sup>1</sup> i 2018 for personer med nedsatt arbeidsevne. Vi ser på viktigste kilde for livsopphold for de tre undergruppene samt for dem som mottar AAP, uføretrygd og lønn. Kildene er begrenset til lønn, AAP, uføretrygd, sykepenger, dagpenger, kvalifiseringsstønad og sosialhjelp. Til grunn for beregningen av viktigste kilde til livsopphold har vi benyttet størrelsen på årlig mottak av lønn, AAP, uføretrygd, sykepenger, dagpenger, kvalifiseringsstønad og økonomisk sosialhjelp. Personer som er klassifisert i «Annet»-kategorien, er personer som ikke har mottatt verken lønn eller de andre ytelsene.

**Figur 3.8 Personer med nedsatt arbeidsevne etter viktigste kilde til livsopphold. Prosent. 2018.**



For de tre undergruppene er det sosialhjelp som utgjør hovedkilden til livsopphold for om lag halvparten. Innvandrere mottar kvalifiseringsstønad i større grad enn de to andre undergruppene. Rundt 30 prosent mottar ingen av de inkluderte ytelsene. For de resterende kan inntekten komme fra andre ytelser, for eksempel AFP, tjenestepensjon, tiltakspenger og/eller studielån. Når vi

<sup>1</sup> Definisjonen av viktigste kilde til livsopphold er basert på en sammenligning av størrelsen på årlig utbetalt lønn og årlig utbetaling av ytelsene som inngår i skattepliktige og skattefrie overføringer. Høyest angitte beløp angir viktigste kilde til livsopphold.

fordeler denne undergruppen på familietype, finner vi at om lag tre av fire bor i en husholdning med flere personer. Dette kan tilsi at brorparten dermed blir forsørget av andre.

I gruppen med personer med nedsatt arbeidsevne som mottar AAP, uføretrygd eller lønn, er det AAP som i størst grad utgjør viktigste kilde til livsopphold – 62 prosent. 17 prosent mottar uføretrygd, 10 prosent sykepenger, mens 4 prosent har lønn som viktigste kilde. Disse tallene vil i noen grad påvirkes av når på året de ble registrert med oppstart på perioden med nedsatt arbeidsevne. Hvis for eksempel en person har mottatt sykepenger de ti første månedene i løpet av 2018, nådd maksimaltid for denne ytelsen i november og da fått innvilget AAP, vil hen bli plassert i kategorien sykepenger. Det betyr at det er flere som kan ha mottatt AAP i løpet av 2018 enn andelen skulle tilsi.

For å få en oversikt over den disponible inntekten de har å leve av, har vi tabell 3.2 fordelt medianinntekten per forbruksenhet<sup>2</sup> etter skatt i de ulike familietypene for de tre undergruppene, samt for personer med nedsatt arbeidsevne som ikke er i målgruppen.

**Tabell 3.2 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) etter median husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt, familietype og undergruppe, 2018 (avrundet til nærmeste 1000 kr).**

	NA med AAP uføretrygd eller lønn	Gruppe 1 – innvandrere	Gruppe 2 – under 25 år	Gruppe 3 – lav utdanning
I alt	364 000	202 000	284 000	210 000
Énpersonshusholdning	296 000	188 000	174 000	178 000
Ektepar uten barn	453 000	200 000	223 000	282 000
Ektepar med barn	411 000	204 000	398 000	338 000
Mor med barn	331 000	214 000	294 000	246 000
Far med barn	394 000	219 000	368 000	294 000
Samboerpar med felles barn	369 000	213 000	249 000	261 000

Hvis vi sammenholder tallene i tabellen med fordelingen av gruppene etter familietype, trer følgende bilde tydelig frem: Som vi vet fra figur 3.4, bor mange av innvandrerne (36 prosent) sammen med ektefelle og barn. Medianinntekten per forbruksenhet i disse familiene er beregnet til 204 000 kroner i året. Dette er markant lavere enn de andre gruppene – det utgjør bare halvparten av medianinntekten per forbruksenhet for gruppen med nedsatt arbeidsevne med AAP, uføretrygd eller lønn (411 000 kroner i året) og for de under 25 år (398 000 kroner i året). Den forholdsvis høye medianinntekten for unge under 25 år kan være drevet opp av at personer uten inntekt bor sammen med foreldre. For gruppe 3 – de over 25 år, ikke innvandrere og med lav utdanning – er medianinntekt per forbruksenhet også en god del høyere enn for innvandrerne, med 338 000 kroner per år. En mulig forklaring er at de yngste i større grad bor med foreldre som er i jobb og dermed bidrar til en høyere husholdningsinntekt.

Også innvandrere som bor alene med barn, har betydelig lavere medianinntekt enn de andre gruppene. Årsaken kan være manglende yrkesdeltakelse forut for NAV, som gjør eneforsørgere med innvandrerbakgrunn mer avhengige av sosialhjelp. Når det gjelder personer under 25 år som tilhører denne familietypen, vil de i mindre grad ha rollen som forsørger. En større andel vil her bo med søsken og enten en far eller mor som kan være i lønnet arbeid. Dette gir seg også utslag i en høyere medianinntekt per forbruksenhet. I énpersonshusholdninger er denne inntekten relativt

<sup>2</sup> Summen av husholdningens skattepliktige og skattefrie inntekter, fratrukket skatt, fordelt på antall forbruksenheter i husholdningen. Antall forbruksenheter er beregnet ved bruk av EUs ekvivalensskala, der første voksne får vekt lik 1, neste voksne vekt lik 0,5, mens hvert barn får vekt lik 0,3.

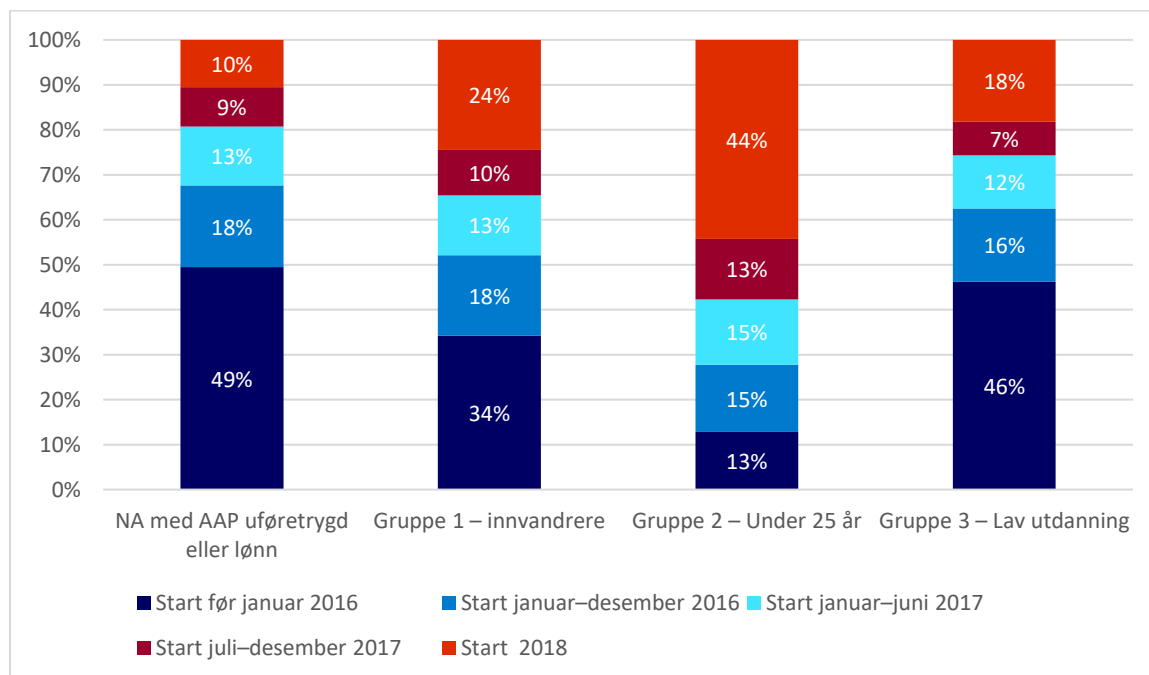
lik i alle de tre undergruppene (mellom 174 000 og 188 000 per år) og samtidig mye lavere enn for dem med nedsatt arbeidsevne med AAP, uføretrygd eller lønn (296 000 kroner per år).

Medianinntekten for enpersonshusholdninger i de tre undergruppene er under grensen for hva som regnes for lavinntekt, noe som vil si at vedkommende har en inntekt som tilsvarer 60 prosent eller mindre av medianinntekten etter skatt per forbruksenhet i befolkningen. For en enslig person var lavinntektsgrensen 228 400 kroner i 2018.<sup>3</sup> En beregning av gjennomsnittlig inntekt per forbruksenhet viser at også denne er lavest blant innvandrere (232 000 kr). I tillegg angir konfidensintervallene at spredningen i inntekt er mindre i denne gruppen, noe som indikerer at andelen med lavinntekt er høyere.

### 3.4 Status 2019–2021

I dette avsnittet ser vi på to forhold: hvor lenge målgruppen for analysen står uten AAP, uføretrygd og lønn, samt hva deres status på arbeidsmarkedet er tre år etter. Siden inntektsdataene vi har til rådighet, kun strekker seg til 2020, kan vi kun følge hvor lenge målgruppen står uten AAP, uføretrygd og lønn i to år. Basert på data fra Statistisk sentralbyrås sysselsettingsstatistikk, utdanningsdatabasen og NAVs registre kan vi imidlertid fordele målgruppen etter arbeidsmarkedsstatus i november 2021. Siden begge disse størrelsene kan tenkes å påvirkes av hvor lenge personene allerede har vært registrert hos NAV, har vi valgt innledningsvis å fordele målgruppen på starttidspunkt for NA-forholdet (figur 3.9).

**Figur 3.9 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) etter året de ble registrert som NA. Prosent. 2018.**



Blant innvandrerne startet én av fire perioden med nedsatt arbeidsevne i 2018, mens over halvparten startet i 2016 eller tidligere. Det er altså en god del av dem som allerede har vært i NAV-systemet en stund i 2018.

<sup>3</sup> EU-skala, 60 prosent. Kilde: Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger, Statistisk sentralbyrå. Statistikktabell 09593: Lavinntektsgrenser i kroner (EU- og OECD-skala), etter husholdningstype 2009–2022. <https://www.ssb.no/statbank/table/09593/>



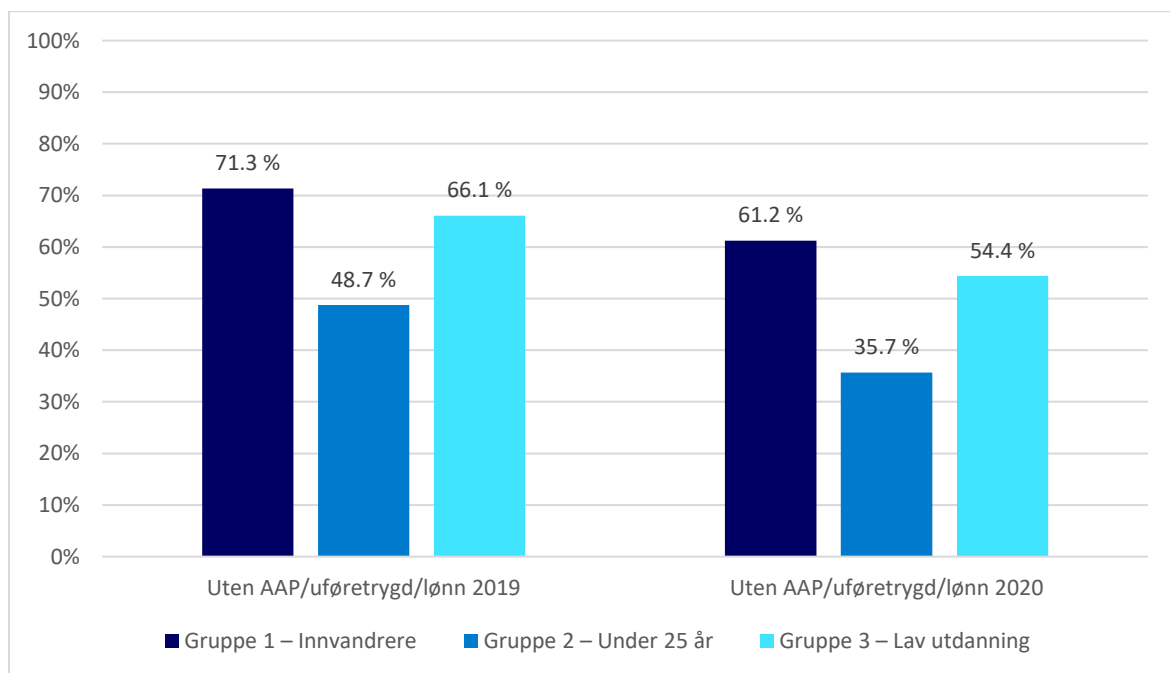
Like under halvparten av dem under 25 år ble registrert med nedsatt arbeidsevne i 2018, mens ytterligere en firedel startet året før. At denne gruppen er den med kortest historikk med nedsatt arbeidsevne, er naturlig gitt deres unge alder.

Gruppe 3 – personer over 25 år som har lav utdanning og er uten innvandrerbakgrunn – er den undergruppen som har hatt lengst historikk i NAV, hvor over 60 prosent startet perioden med nedsatt arbeidsevne i 2016 eller tidligere. Tilsvarende lang historikk i NAV ser vi også for sammenligningsgruppen: Blant personer med nedsatt arbeidsevne som har AAP, uføretrygd eller lønn, er det nærmere 70 prosent som fikk statusen nedsatt arbeidsevne i 2016 eller tidligere. Det er sannsynligvis fordi flere av dem er uføre eller har mottatt AAP i en lengre periode.

### 3.4.1 Uten AAP, uføretrygd og lønn i 2019 og 2020

Det å være klassifisert med nedsatt arbeidsevne og ikke motta AAP, uføretrygd eller lønn kan være kortvarig eller strekke seg over tid. I figur 3.10 følger vi gruppen i ett og to år fremover for å se hvor lenge de er i denne situasjonen. Året 2020 var sterkt preget av restriksjonene som fulgte koronapandemien. Dette påvirket etterspørselen etter arbeidskraft og målgruppens muligheter til å komme inn på arbeidsmarkedet. Vi ønsker imidlertid å observere forskjellene mellom undergruppene, og vi legger derfor til grunn en antakelse om at implikasjonene av koronarestriksjonene slo likt ut blant dem med nedsatt arbeidsevne.

**Figur 3.10 Personer med nedsatt arbeidsevne i 2018: andel som ikke mottar AAP, uføretrygd eller lønn i 2019 og 2020. Prosent.**



For dem i gruppe 1 – innvandrerne – er det over 70 prosent som har samme status ett år senere, og over 60 prosent som har samme status to år senere. Det er altså bare litt over en tredel som har endret situasjonen to år etter.

Blant personene i gruppe 3 er det også mange som er i samme situasjon to år etter. I 2019 er det to tredeler som fortsatt har nedsatt arbeidsevne og er uten AAP, uføretrygd eller lønn, mens i 2020 er det litt over halvparten.

Sammenlignet med gruppe 1 og 3 har de unge i gruppe 2 lavest andel som forblir i målgruppen: Om lag halvparten av dem under 25 år i 2018 har fått innvilget AAP, uføretrygd eller mottar lønn

året etter, og i 2020 er det bare én av tre som er igjen i målgruppen. Hvis vi også tar hensyn til at de under 25 år har vært en kortere periode i NAV (jf. figur 3.9), indikerer dette at de i gjennomsnitt står uten statlige ytelser og inntekt kortere enn de to andre undergruppene.

### 3.4.2 Arbeidsmarkedsstatus november 2021

I dette avsnittet ser vi nærmere på status for de tre undergruppene i november 2021 med hensyn til om de fortsatt er registrert enten som arbeidssøkere eller med nedsatt arbeidsevne (NA), om de har en tilknytning til arbeidslivet, om de er over i et formelt utdanningsløp, eller om de mottar uføretrygd. For å få frem forskjeller mellom målgruppen for analysen og dem med nedsatt arbeidsevne som mottok én av de to ytelsene og/eller lønn i 2018, gir vi også status for denne siste gruppen. Også 2021 var sterkt preget av nedstenging på grunn av koronapandemien. Dette kan igjen ha påvirket målgruppens muligheter på arbeidsmarkedet og oppfølgingen de mottok fra NAV. Men igjen antar vi at dette har slått likt ut for hele gruppen.

**Tabell 3.3 Personer med nedsatt arbeidsevne (NA) i 2018 etter status i SSBs sysselsettingsstatistikk i 2021. Antall og prosent.**

	Nedsatt arbeidsevne, med AAP, uføretrygd eller lønn	Gruppe 1 – innvandrere	Gruppe 2 – under 25 år	Gruppe 3 – lav utdanning
<b>Oppfølging som arbeidssøker eller NA i NAV</b>	<b>75 514 (34 %)</b>	<b>5 790 (58 %)</b>	<b>1 886 (65 %)</b>	<b>2 514 (49 %)</b>
Av dette:				
Sysselsatt	36 %	17 %	19 %	14 %
Utdanning	6 %	9 %	11 %	4 %
Uføretrygd	13 %	2 %	4 %	3 %
Annet	46 %	72 %	67 %	80 %
<b>Ikke oppfølging som arbeidssøker eller NA i NAV</b>	<b>149 656 (67 %)</b>	<b>4 211 (42 %)</b>	<b>1 031 (35 %)</b>	<b>2 638 (51 %)</b>
Av dette:				
Sysselsatt	40 %	24 %	44 %	16 %
Utdanning	2 %	3 %	12 %	1 %
Uføretrygd	47 %	19 %	16 %	30 %
Annet	12 %	55 %	29 %	53 %

Tabell 3.3 fordeler alle med nedsatt arbeidsevne i 2018 etter om de fortsatt er registrert i NAVs ARENA-register, det vil si om de får arbeidsrettet oppfølging fra NAV eller ikke lenger har status som arbeidssøkere eller personer med nedsatt arbeidsevne i november 2021. Så presenteres andelen i de to gruppene som har status som sysselsatt, er i utdanning eller mottar uføretrygd på samme tidspunkt. Restkategorien «annet» er personer som ikke er klassifisert i noen av de tre statusgruppene.

Tallene synliggjør noen klare mønstre: For det første forblir de tre undergruppene i større grad i NAV over tid. 57,9 prosent av innvandrerne er registrert i NAV i november 2021. Tilsvarende andel for de unge er 64,7 prosent, mens i gruppe 3 – de med lav utdanning, over 25 år og uten innvandrerbakgrunn – er 48,8 prosent fortsatt i NAV. Dette er betydelig flere enn hva som er tilfelle for dem med nedsatt arbeidsevne som ikke er i målgruppen – 33,5 prosent. I tillegg er andelen av dem som fortsatt er i NAV, og som samtidig har en tilknytning til arbeidslivet, mye høyere i sammenligningsgruppen: Hele 36 prosent er sysselsatt, mot mellom 14 og 19 prosent i

de tre andre gruppene. Det er også en mye høyere andel i sammenligningsgruppen som har fått innvilget uføretrygd – 12,5 prosent mot rundt 2–3 prosent i de tre undergruppene.

For det andre: Blant dem som ikke lenger mottar oppfølging som arbeidssøker eller nedsatt arbeidsevne i NAV i 2021, er det i sammenligningsgruppen nesten 90 prosent som enten er i jobb (40,2 prosent), under utdanning (1,5 prosent) eller mottar uføretrygd (47,4 prosent). Blant innvandrerne som ikke mottar oppfølging i NAV som arbeidssøker eller med nedsatt arbeidsevne, er det til sammen under halvparten (45,5 prosent) som er i jobb, er under utdanning eller har uføretrygd. Andelen blant dem med lav utdanning er noenlunde lik som for innvandrerne (47,4 prosent), men her er fordelingen annerledes ved at en mye høyere andel har fått innvilget uføretrygd. Dette indikerer at det er svært få som etter tre år er «ferdig avklart» i disse to gruppene, som her vil si at de er ute av NAV, i jobb, i utdanning eller med en permanent ytelse.

Blant dem under 25 år som ikke mottar oppfølging som arbeidssøker eller som klassifisert med nedsatt arbeidsevne i NAV i 2021, har over 70 prosent kommet seg ut i jobb (44 prosent) eller utdanning (11,5 prosent) eller fått innvilget uføretrygd (15,9 prosent).

### 3.5 Oppsummering – kjennetegn ved målgruppen

I den første delen har vi sett på hvem personene med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd eller lønn er ut fra noen demografiske kjennetegn, og vi har identifisert tre grupper med en høyere risiko for å være i målgruppen: innvandrere, unge under 25 år og personer med lav utdanning. Disse tre undergruppene er «velkjente», i den forstand at de har vært målgrupper for den aktive arbeidsmarkedspolitikken over lang tid. De kjennetegnes ved lav formell kompetanse, lite arbeidserfaring og lavt utdanningsnivå. Sammenlignet med andre med nedsatt arbeidsevne er de økonomisk sett svært sårbare.

Når vi ser på hvor mange i de tre undergruppene som forblir i situasjonen, det vil si ikke får innvilget AAP, uføretrygd eller mottar lønn, finner vi at særlig for innvandrere er dette en status som vedvarer. Det påfølgende året er over 70 prosent fortsatt i samme situasjon, og etter to år er andelen 61 prosent. Også for dem med nedsatt arbeidsevne som er 25 år og eldre, uten innvandrerbakgrunn og med lav utdanning, er tilsvarende andeler høye. To av tre har samme status i 2019, og i overkant av halvparten i 2020. For undergruppen under 25 år er det å stå uten helserelaterte ytelser og lønn en mer kortvarig status.

## 4 Arbeidsrettet og helsemessig oppfølging

De som er klassifisert med nedsatt arbeidsevne, vil kunne ha behov for både arbeidsrettet og helsemessig oppfølging så lenge de er registrert i NAV. I dette kapitlet kartlegger vi denne oppfølgingen for undergruppene identifisert i forrige kapittel – altså personer med nedsatt arbeidsevne som ikke mottok AAP, uføretrygd eller lønn i 2018. Vi vil også se om oppfølgingen disse får, avviker fra andre personer med nedsatt arbeidsevne. Den arbeidsrettede oppfølgingen omfatter deltakelse på arbeidsmarkedstiltakene i NAV, mens den helsemessige oppfølgingen er avgrenset til kontakt med spesialisthelsetjenesten. Vi presenterer tall som både refererer til hele perioden de har vært registrert i NAV, og aktiviteten registrert fra 2018 frem til og med 2021. Årene 2020 og 2021 var preget av nedstenging på grunn av koronapandemien, men eventuelle konsekvenser dette har hatt for tiltaks- eller helsetilbudet, antar vi vil være like for alle undergruppene med nedsatt arbeidsevne.

### 4.1 Deltakelse på arbeidsmarkedstiltak

Det at personer med nedsatt arbeidsevne ikke innfrir vilkårene til verken AAP eller uføretrygd, antyder at utfordringene som begrenser mulighetene for å komme over i jobb, ikke kun er av helsemessig art. Årsakene kan, som før nevnt, i tillegg være knyttet til eksempelvis mangel på formell kompetanse, språk eller arbeidserfaring. Ulike utfordringer krever ulik oppfølging. For noen omfatter dette opplæring, trening og arbeidspraksis gjennom arbeidsmarkedstiltakene som NAV har til rådighet. Analysen i dette kapitlet ser nærmere på tiltaksaktiviteten blant de med nedsatt arbeidsevne som i 2018 ikke mottok de to helserelaterte ytelsene eller lønn. En utgangshypotese er at siden det er andre faktorer enn de helsemessige som utgjør barrierer mot arbeidslivet for målgruppen, kan vi forvente at de i større grad deltar i arbeidsmarkedstiltak.

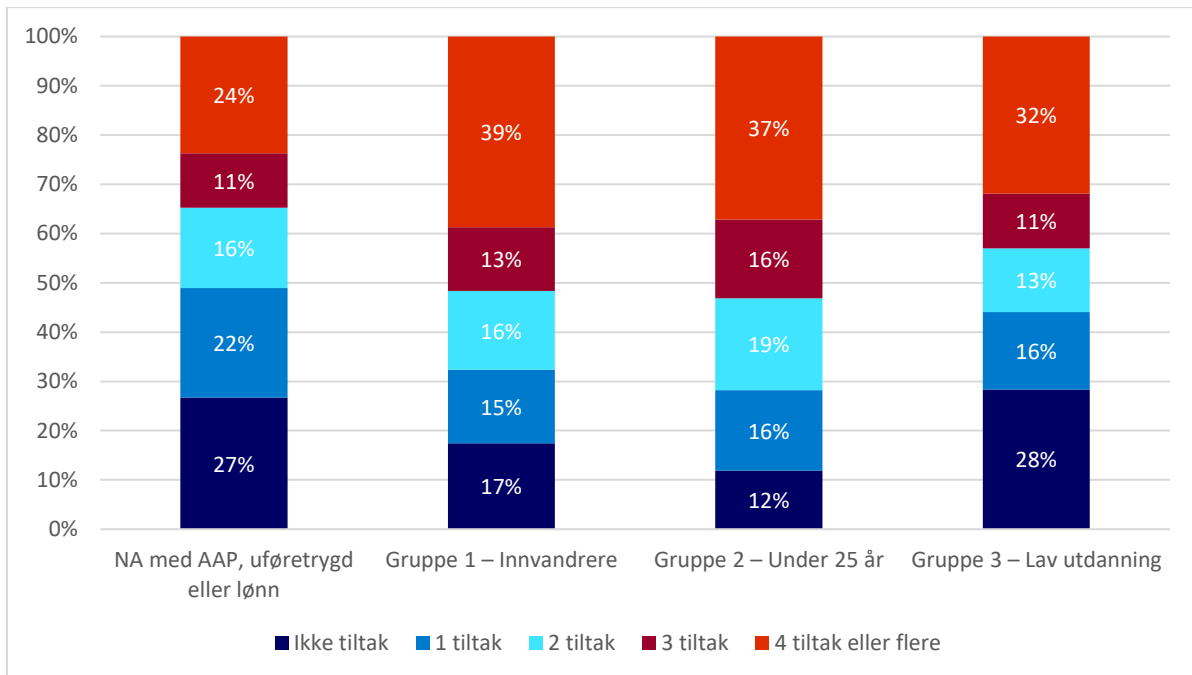
Analysen av tiltaksaktiviteten er begrenset til deltakelse på de statlige arbeidsmarkedstiltakene som NAV forvalter. Tiltakene har ulikt innhold og ulike målgrupper. Oppfølgings- og tilretteleggingstiltak, som oppfølging, individuell jobbstøtte og utvidet oppfølging i NAV, tilbys personer med behov for mer omfattende arbeidsformidlings- og oppfølgingsbistand. De med lav formell kompetanse eller personer som har behov for ny kompetanse, er i målgruppen for opplæringstiltak som arbeidsmarkedsopplæring, fag- og yrkesopplæring og høyere utdanning. Arbeidspraksis kan tilbys til personer som mangler arbeidserfaring, og gjennomføres i ordinære eller skjermede bedrifter eller gjennom tiltaket arbeidsforberedende trening (AFT). Gjennom lønnstilskudd gis deltakerne mulighet til å jobbe i en ordinær arbeidsetting. Dette tiltaket er også ment å bidra til å redusere arbeidsgivers risiko ved rekruttering av ledige og personer med nedsatt arbeidsevne. De tiltakene som har lengre varighet og omfatter en tettere oppfølging, er forbeholdt personer med nedsatt arbeidsevne. Det samme er høyere utdanning som tiltak. I tillegg kan mottakere av uføretrygd, med behov for tilrettelagt arbeid, gis tilbud om tiltaket varig tilrettelagt arbeid (VTA). Disse tiltaksdeltakerne vil da klassifiseres med nedsatt arbeidsevne og inngå i vår analysepopulasjon. Tabell 4.1 angir hovedgruppene av arbeidsmarkedstiltak, med tilhørende enkelttiltak.

Tabell 4.1 Inndeling av de statlige arbeidsmarkedstiltakene i NAV.

<b>Arbeidspraksis</b> Arbeidsforberedende trening Arbeidstrening	<b>Tilrettelagt arbeid</b> Produksjonsverksted (PV) Varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet Varig tilrettelagt arbeid i skjermet virksomhet
<b>Arbeidsrettet rehabilitering</b>	<b>Oppfølging</b> Individuell jobbstøtte Jobbklubb Mentor Oppfølging Utvidet oppfølging i NAV
<b>Avklaringstiltak</b> Avklaring	<b>Annet</b> Helsemessig utredning/behandling Tilrettelegging Jobbskaping og egenetablering
<b>Opplæring</b> Toårig yrkesrettet opplæring Arbeidsmarkedsopplæring (AMO) Utdanning	
<b>Lønnstilskudd</b> Midlertidig lønnstilskudd Varig lønnstilskudd AAP som lønnstilskudd	

Figur 4.1 viser andelene i de tre undergruppene som har deltatt på ett eller flere av arbeidsmarkedstiltakene beskrevet ovenfor, i løpet av perioden de er registrert i NAV. Siden kartleggingen er basert på 2018-data, omfatter dette tiltak som ikke lenger tilbys, se oversikt i faktaboks.

**Figur 4.1 Personer med nedsatt arbeidsevne 2018, etter antall arbeidsmarkedstiltak de har deltatt på i inneværende NAV-periode<sup>4</sup> og undergruppe. Prosent.**

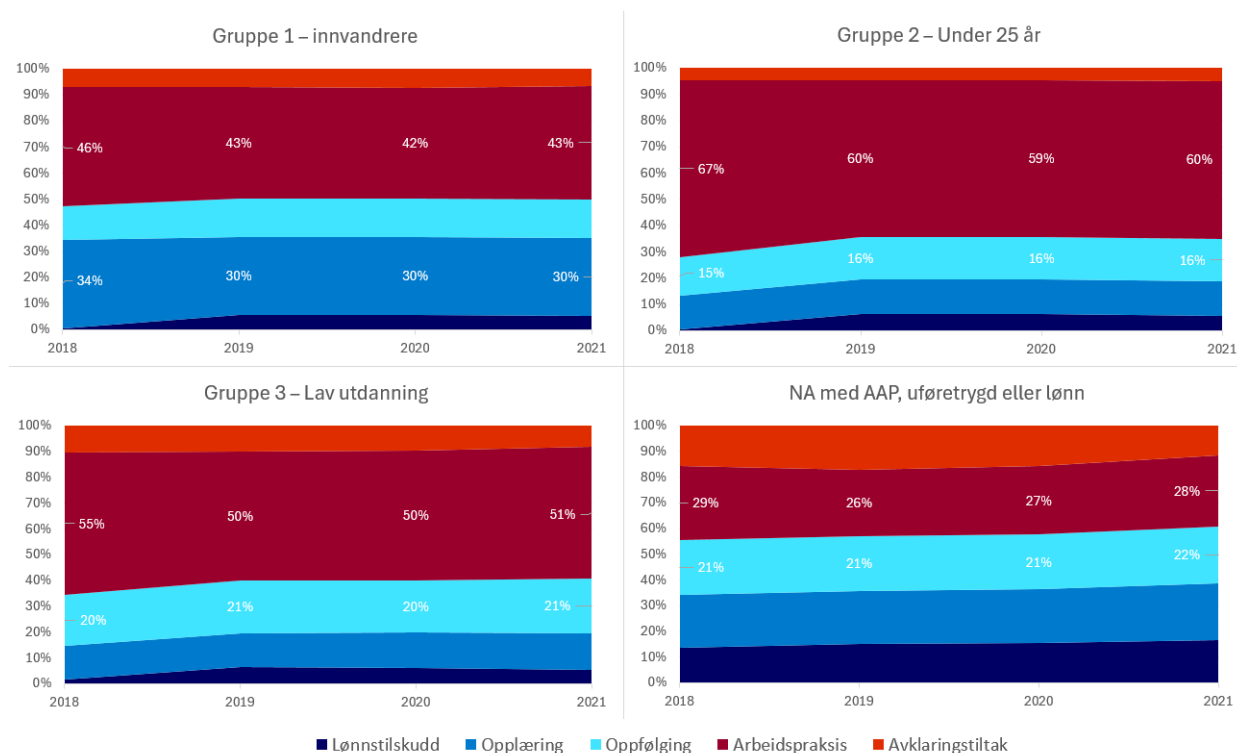


Målt i perioden målgruppen – personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd og lønn – har vært registrert i NAV (frem til og med desember 2021), varierer tiltaksaktiviteten mellom undergruppene. Personer under 25 år er de som har høyest andel tiltaksdeltakere. Hele 88 prosent har vært registrert på ett eller flere tiltak i NAV-løpet, og over halvparten (53 prosent) har deltatt på tre tiltak eller flere. Også i innvandrerguppen er tiltaksaktiviteten høy. 83 prosent har vært registrert som deltakere på ett eller flere tiltak, og 52 prosent står som deltakere på tre tiltak eller flere. De med lavest målte tiltaksaktivitet er gruppe 3, hvor i overkant av 28 prosent ikke har deltatt på tiltak i perioden de har vært registrert med nedsatt arbeidsevne i NAV.

For å se om det er forskjeller i hvilke typer arbeidsmarkedstiltak de med nedsatt arbeidsevne deltar på, har vi valgt å fordele undergruppene etter det siste tiltaket de har deltatt på i hvert enkelt år fra 2018 til sluttdato for NAV-forholdet – senest desember 2021. Tiltakene er: lønnstilskudd, opplæringstiltak, oppfølgingstiltak, arbeidspraksis og avklaringstiltak.

<sup>4</sup> NAV-perioden strekker seg fra startdatoen registrert i ARENA til og med stoppdato. For de personene som ikke har avsluttet ARENA-forholdet ved utgangen av desember 2021, blir stoppdato satt til 31.12.2021.

**Figur 4.2 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne (NA) i 2018 som fikk enten lønnstilskudd, opplæringstiltak, oppfølgingstiltak, arbeidspraksis eller avklaringstiltak, etter type arbeidsmarkedstiltak og undergruppe. Prosent. 2018–2021.**



Til opplæringstiltakene skal det rekrutteres personer som mangler formell kompetanse eller har svake grunnleggende ferdigheter. Siden flere i målgruppen oppfyller dette kravet, kunne man i utgangspunktet tenke seg at de som deltok på opplæring, utgjorde en høyere andel i alle undergruppene. Tidligere analyser har imidlertid vist at bruken av disse tiltakene blant personer med nedsatt arbeidsevne er redusert de siste årene (Nicolaisen et al., 2019; Sohlman et al., 2021). Høyest andel deltakere på opplæringstiltakene finner vi blant innvandrerne.

De fleste som deltar på tiltak, er på arbeidspraksis, som omfatter arbeidsforberedende trening (AFT) og arbeidstrening. Disse er også rettet mot personer med sammensatte bistandsbehov, som har fått sin arbeidsevne nedsatt, og som har særlig usikre yrkesmessige forutsetninger. Blant tiltaksdeltakerne i den yngste aldersgruppen, under 25 år, er rundt 60 prosent til enhver tid på AFT eller arbeidstrening. Det at tiltaket rettes mot unge, stemmer overens med tidligere kartlegginger av kjennetegn ved deltakerne på de to tiltakene (Berg et al., 2023).

Ellers viser tallene at avklaringstiltak i større grad rettes mot de utenfor målgruppen, det vil si de med AAP, uføretrygd eller lønn. Noe av årsaken kan være at maksimal varighet på dette tiltaket er fire uker (kan utvides til åtte uker). For personer med sammensatte utfordringer, som målgruppen har, vil det kunne være behov for et lengre løp for å avdekke behovet for oppfølging og hva som er passende arbeidsoppgaver. Det kan bety at «avklaringen» blir lagt til andre tiltak, for eksempel AFT.

I og med at målgruppen ikke mottar er lønn, er det ingen som er utplassert hos arbeidsgivere med lønnstilskudd i 2018. Andelen på lønnstilskudd de påfølgende årene er også lav.

## 4.2 Helsemessig oppfølging

Selv om målgruppen ikke innfrir vilkåret om nedsatt arbeidsevne med mer enn 50 prosent, vil de kunne ha mottatt helsemessig oppfølging, enten forut for NAV-perioden eller i kombinasjon med det arbeidsrettede løpet. Derfor vil vi også kartlegge i hvilken grad målgruppen er registrert med behandling fra spesialisthelsetjenesten, fordelt på henholdsvis psykiske og somatiske helsetjenester samt tverrfaglig rusbehandling. Dette kan gi en pekepinn på omfanget av ulike helseutfordringer i de tre undergruppene. Mønsteret vi finner, kan imidlertid også tolkes som i hvilken grad gruppene faktisk tar kontakt med helsevesenet for å få behandling for eventuelle helseproblemer. Kartleggingen er basert på opplysninger registrert i Norsk pasientregister. De omfatter **ikke** eventuell kontakt med fastlegen. Opplysningene kan deles i to hovedkategorier:

### Psykisk helseoppfølging

- i Oppfølging registrert innen psykisk helsevern for voksne. Inkludert er psykiatriske poliklinikker, psykiatriske døgnavdelinger og distriktpsykiatriske sentre (DPS) ved offentlige helseforetak samt private virksomheter med drifts- eller anbudsavtale med de regionale helseforetakene. Disse gir tjenester som samtaleterapi, medikamentell behandling og oppfølging.
- ii Oppfølging av avtalespesialister innen psykisk helsevern. Dette omfatter privatpraktiserende spesialister – psykiatere, psykologspesialister, psykoterapeuter – som har inngått avtale med regionale helseforetak (RHF) i Norge om å levere tjenester innen psykisk helse. Spesialistene tilbyr behandling som et supplement til det offentlige helsetilbudet, og deres tjenester er delvis finansiert av det offentlige. Avtalespesialistene opererer ofte i private klinikker eller praksiser, men i og med at de er regulert gjennom avtaler med de regionale helseforetakene, betaler pasientene samme egenandel som de ville gjort i det offentlige helsevesenet.
- iii Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som inkluderer aktivitet fra TSB-avdelinger ved offentlige helseforetak og fra private rusinstitusjoner med drifts- eller anbudsavtale med de regionale helseforetakene. Tverrfaglig tilnærming betyr at behandlingen ikke bare fokuserer på selve rusmiddelavhengigheten, men også på de medisinske, psykologiske og sosiale aspektene ved pasientens liv.

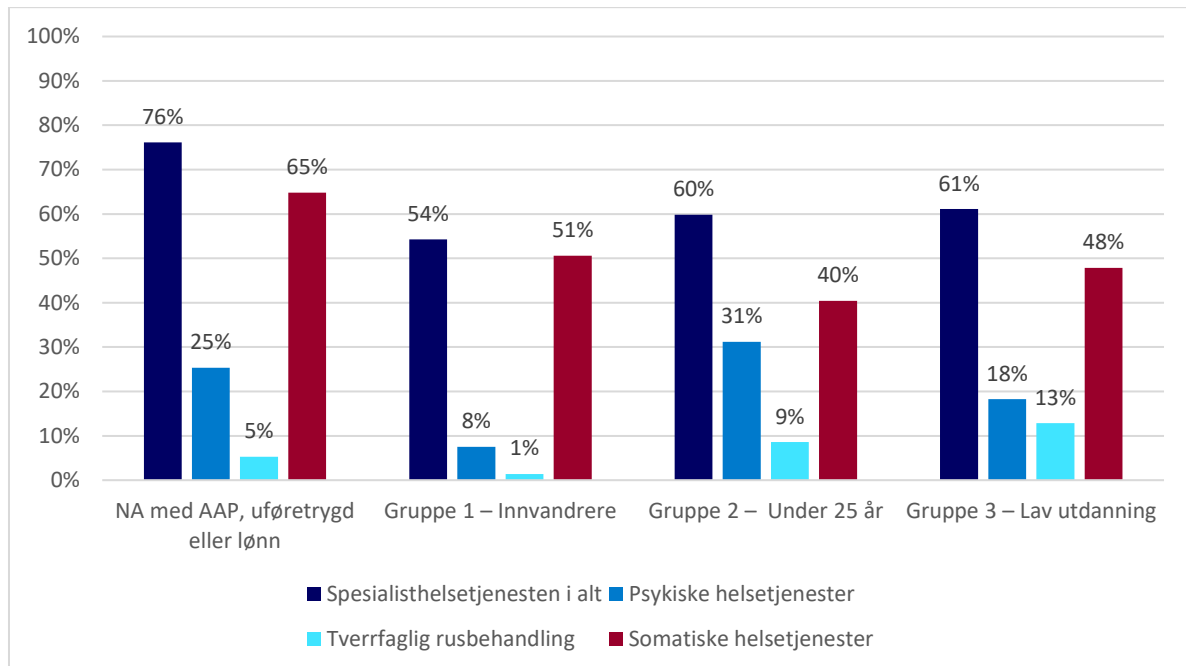
### Somatisk helseoppfølging (oppfølging for fysiske helseproblemer)

- i Oppfølging registrert ved somatiske sykehus og klinikker, som inkluderer aktiviteter fra somatiske avdelinger ved offentlige helseforetak, private ideelle virksomheter med driftsavtale og private kommersielle virksomheter med anbudsavtale.
- ii Oppfølging av avtalespesialister innen somatiske fagområder, det vil si privatpraktiserende leger og spesialister som har inngått avtale med regionale helseforetak om å tilby medisinske tjenester innen ulike somatiske (fysiske) fagområder. Eksempler er kardiologer, ortopeder, øyeleger, øre-nese-hals-spesialister osv.
- iii Oppfølging ved rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr tjenester for pasienter etter skader, operasjoner eller alvorlige sykdommer og er finansiert gjennom avtale med et regionalt helseforetak.

Figur 4.3 gir en oversikt over hvor stor andel av personene i de tre undergruppene som har mottatt oppfølging fra henholdsvis psykisk og somatisk spesialisthelsetjeneste i 2018. Her har vi tverrfaglig spesialisert rusbehandling skilt ut som en egen kategori. En person kan ha mottatt oppfølging fra både psykisk og somatisk helsetjeneste.



**Figur 4.3 Personer klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018 etter oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og type helsetjeneste og undergruppe. Prosent. 2018.**



Andelen i hver gruppe som har vært i kontakt med enten somatisk og/eller psykisk helsevern og/eller rusbehandling, er størst blant dem med nedsatt arbeidsevne som har en helserelatert ytelse eller har mottatt lønn. I denne gruppen har tre av fire (76,1 prosent) hatt oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i 2018, i hovedsak fra somatisk helsetjeneste. Dette kan være en indikasjon på at gruppen har større grad av helseutfordringer enn dem uten AAP og uføretrygd. Det at andelen som er registrert med somatisk helsebehandling, er vesentlig høyere enn psykisk helsebehandling, er ikke bare knyttet til forskjeller i utbredelsen av fysiske og psykiske helseproblemer. Somatisk helseoppfølging omfatter behandling av en rekke typer fysiske lidelser, som oftere er av kortere varighet. Det inkluderer også undersøkelser for å fastslå diagnoser, som i mange tilfeller ikke medfører ytterligere oppfølging.

Når vi sammenligner i hvilken grad ulike grupper er registrert med oppfølging fra psykiske eller somatiske helsetjenester eller tverrfaglig rusbehandling, finner vi noen klare mønstre. Selv om de med nedsatt arbeidsevne som mottar AAP, uføretrygd eller lønn, er gruppen med mest kontakt med spesialisthelsetjenesten, er det de unge som har den høyeste andelen registrert med behandling fra psykisk helsevern (31,2 prosent). Lavest andel er blant dem med innvandrerbakgrunn (7,5 prosent). Dette kan ha flere mulige forklaringer: Det kan være at utbredelsen av psykiske helseproblemer faktisk er mindre blant innvandrere med nedsatt arbeidsevne. Eller så kan terskelen for å oppsøke helsehjelp for psykiske plager være høyere for innvandrere enn andre grupper, eller deres psykiske helseproblemer er vanskeligere å avdekke, og dermed blir de ikke henvist til spesialisthelsetjenesten.

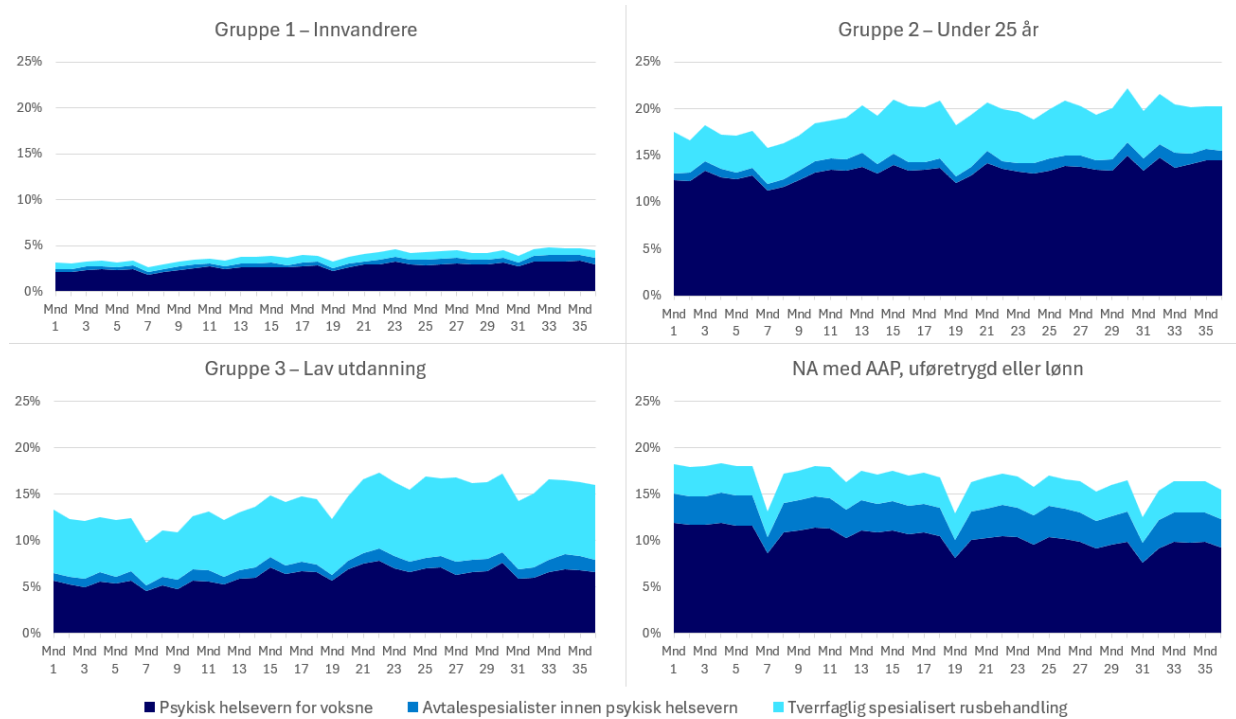
Når det gjelder tverrfaglig rusbehandling, er det mest utbredt i gruppe 3. I underkant av 13 prosent har mottatt dette blant dem med lav utdanning som er 25 år og eldre og ikke har innvandrerbakgrunn. Ellers er denne andelen også høy blant de unge, 8,6 prosent, sammenlignet med 1,4 prosent i innvandrerguppen.

De identifiserte mønstrene ovenfor er kun basert på 2018-tall. For å sjekke om forskjellene står seg utover i NAV-løpet, gir figur 4.4 og figur 4.5 den månedlige andelen av dem med nedsatt

## Personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd eller lønn

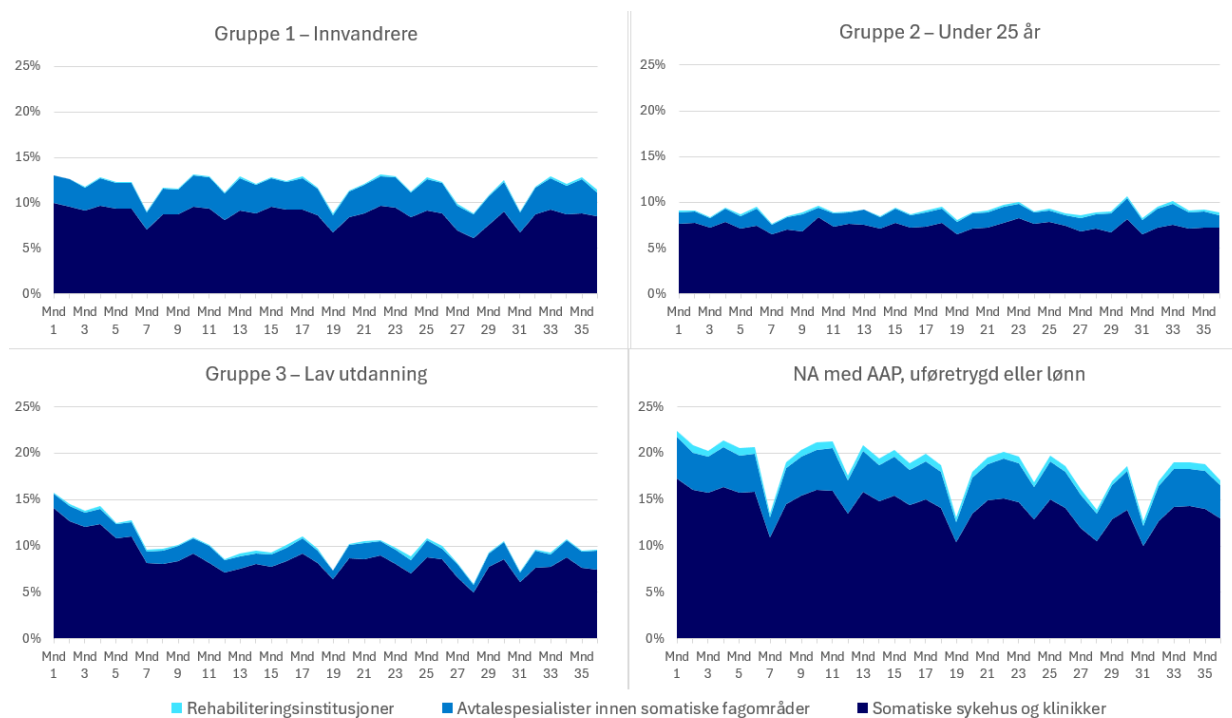
arbeidsevne som er registrert å ha vært på behandling i de ulike delene av spesialisthelsetjenestene.

**Figur 4.4 Personer med nedsatt arbeidsevne 2018, etter om de er registrert med psykisk helseoppfølging fra 1 til 36 måneder ut i NAV-løpet<sup>5</sup>. Prosent.**



<sup>5</sup> Observasjonsperioden starter 1. januar 2018. De som har påbegynt NAV-løpet før den tid, blir gitt dette som startdato. Når personene ikke lenger er registrert i NAV, inngår de heller ikke i beregningene av andelene som har mottatt behandling.

**Figur 4.5 Personer med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de er registrert med somatisk (fysisk) helseoppfølging fra 1 til 36 måneder ut i NAV-løpet. Prosent.**



Som figur 4.4 og figur 4.5 viser, står forskjellene mellom undergruppene seg når det gjelder behandling og oppfølging fra helsevesenet. De som mottar en helserelatert ytelse, har en høyere andel som mottar somatisk helsehjelp, enn de som ikke mottar ytelsene. De yngste er i høyere grad med i den psykiske delen av spesialisthelsetjenesten, men andelen innvandrere som mottar slik hjelp, er markant lavere. Når det gjelder rusbehandling, er dette mest utbredt i undergruppe 3 – altså personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere.

### 4.3 Oppsummering – arbeidsrettet og helsemessig oppfølging

En mulig utgangshypotese er at personer med nedsatt arbeidsevne som mottar AAP og uføretrygd, i større grad har helseutfordringer, siden det er helse som ligger til grunn for innvilgelse av ytelsene. Dette gjør at man kunne forvente lavere tiltaksaktivitet og mer kontakt med helsevesenet i NAV-perioden. Tallene bekrefter dette til en viss grad. Sammenlignet med undergruppe 1 (innvandrere) og undergruppe 2 (de unge) har personer med nedsatt arbeidsevne som mottar AAP, uføretrygd eller lønn, i mindre grad deltatt på arbeidsmarkedstiltak. I tillegg ser vi at en større andel av dem har hatt kontakt med de somatiske helsetjenestene. Forskjellene er imidlertid ikke betydelige.

Sammenligningen synliggjør imidlertid også andre mønstre. Andelen i undergruppe 3 som har deltatt på arbeidsmarkedstiltak, er lav. Årsakene til dette kan ses i sammenheng med at en høyere andel har mottatt tverrfaglig rusbehandling, noe som indikerer høyere forekomst av rusproblemer. Dette kan påvirke rekrutteringen til tiltak. Tidligere NAV-historikk kan også indikere at de har vært gjennom tiltaksløp i tidligere perioder i NAV.

Når det gjelder oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i NAV-løpet, er andelen innvandrere som er registrert med oppfølging fra psykisk helsevern, bemerkelsesverdig lavere enn andre grupper. Forskjellene kan tolkes på to måter. Mer registrert kontakt med denne delen av helsevesenet kan tilsa at utbredelsen av psykiske helseproblemer er større blant de yngste og personer med lavt utdanningsnivå. Det observerte mønsteret kan imidlertid også være et resultat av at terskelen for å oppsøke denne delen av helsetjenesten er høyere når de opplever utfordringer knyttet til den psykiske helsen.

## 5 Mulige årsaker til manglende AAP og uføretrygd

Den deskriptive analysen i kapittel 0 og 4 tok utgangspunkt i alle som i 2018 var registrert med nedsatt arbeidsevne. Resultatene identifiserte tre grupper som har «høyere risiko» for ikke å motta AAP, uføretrygd eller lønn – innvandrere, personer under 25 år, personer 25 år og eldre uten innvandrerbakgrunn og med lav utdanning. Grunnlaget for å motta de to ytelsene er knyttet til sykdom, skade eller lyte. I utgangspunktet kan man da tenke seg at barrierene som står i veien for å komme inn i arbeidslivet i de tre risikogrubbene, er relatert til andre utfordringer enn helsen til den enkelte. For eksempel kan innvandrere mangle språkkompetanse som igjen påvirker dialog med hjelpeapparatet, nytten de får av opplæring og den arbeidsrettede oppfølgingen, og om de imøtekommer kompetansebehovet fra mulige arbeidsgivere. For de yngste kan utfordringene være knyttet til manglende fullføring av formelle utdanningsløp og at de heller ikke har opparbeidet seg arbeidserfaring. Lavt utdanningsnivå og lav yrkesaktivitet kan også stå i veien for den tredje risikogrubbens overgang til arbeid, som dermed vil ha behov for lengre utdannings-, opplærings- eller arbeidspraksisløp for å øke sannsynligheten for å komme ut i jobb. Siden ingen av disse utfordringene er helserelaterte, vil personene ikke innfri vilkårene som er satt for å motta arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på om årsakene til at de tre gruppene i mindre grad enn andre med nedsatt arbeidsevne mottar de to folketrygdytelsene, kan være at de ikke oppfyller kravene om nedsatt arbeidsevne, eller om det er andre faktorer som kan spille inn. I denne analysen tar vi utgangspunkt i en tilgangspopulasjon av personer med nedsatt arbeidsevne, som består av *personer som startet et NAV-løp i 2018 og var klassifisert med nedsatt arbeidsevne på starttidspunktet*.

Analysepopulasjonen omfatter med andre ord *alle* som oppfyller dette kriteriet, uavhengig om de mottar AAP, uføretrygd eller lønn eller ikke. Denne analysepopulasjonen splitter vi i fire analysegrupper: de tre undergruppene hvor risikoen for ikke å motta verken AAP, uføretrygd eller lønn er størst, samt en sammenligningsgruppe med de resterende i tilgangspopulasjonen:

- Gruppe 1 – innvandrere klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018 (7284 personer)
- Gruppe 2 – personer under 25 år klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018 (6244 personer)
- Gruppe 3 – personer 25 år og eldre, ikke innvandrere og med lav utdanning klassifisert med nedsatt arbeidsevne i 2018 (6531 personer)
- Andre NA: De resterende i tilgangspopulasjonen, som da ikke innehar disse kjennetegnene, benyttes som sammenligningsgruppe (10 846 personer, heretter kalt «andre NA»). Dette vil da være personer i alderen 25 år og eldre, uten innvandrerbakgrunn, som har fullført videregående utdanning eller høyere utdanning.

Først gis det en kort beskrivelse av hovedvilkårene for å få innvilget henholdsvis AAP og uføretrygd, før vi gir en beskrivelse av i hvilken grad personene i de fire gruppene synes å oppfylle disse vilkårene. Ved hjelp av to regresjonsmodeller som kontrollerer for mulige faktorer som kan påvirke mottak av de to ytelsene, beregner vi videre sannsynligheten for å få innvilget AAP og uføretrygd i henholdsvis de to og tre første årene i NAV-løpet hvor de er klassifisert med nedsatt arbeidsevne. Analysen vil ikke kunne fastslå årsakssammenhenger mellom de individuelle kjennetegnene og det å få innvilget AAP eller uføretrygd, men peke på (netto)korrelasjoner som gir en pekepinn på hvilke faktorer som spiller inn.

## 5.1 Innvilgelse av arbeidsavklaringspenger (AAP)

De formelle kravene for å få innvilget arbeidsavklaringspenger gis i lov om folketrygd, kapittel 11. Fire hovedkrav for innvilgelse i 2018 var:

- i Medlemskap i folketrygden i minst 3 år<sup>6</sup>.
- ii Arbeidsevnen nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade
- iii Behov for aktiv behandling eller hjelp fra NAV for å beholde eller skaffe arbeid
- iv I tillegg ble det i 2018 innført en karenperiode på 52 uker, som kan påvirke innvilgelsen av AAP for dem i analysepopulasjonen som nærmet seg maksimaltid på ordinær periode eller har avsluttet mottak av AAP etter unntaksbestemmelsen.

I dette avsnittet gir vi først beskrivelser av i hvilken grad de ulike gruppene i tilgangspopulasjonen synes å oppfylle disse kravene til AAP, for så å predikere sannsynligheten for å motta ytelsen.

### 5.1.1 Medlemskap i folketrygden i minst tre år

For å sikre at en person har tilstrekkelig tilknytning til landet for å få rett til ytelser, satte § 11-2 krav om tre års forutgående medlemskap i folketrygden (i 2018). Dette kravet vil i all hovedsak slå inn for dem som er innvandrere. Blant innvandrerne i tilgangspopulasjonen har over ni av ti (92 prosent) botid i Norge som strekker seg lenger enn tre år. Nesten halvparten (48 prosent) har bodd i Norge i over ti år. Det vil si at flertallet oppfyller kravet om medlemskap i folketrygden. Sagt med andre ord er for kort botid i landet ikke et hinder for innvilgelse av AAP for de fleste innvandrerne registrert med nedsatt arbeidsevne i NAV.

### 5.1.2 Arbeidsevnen nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade

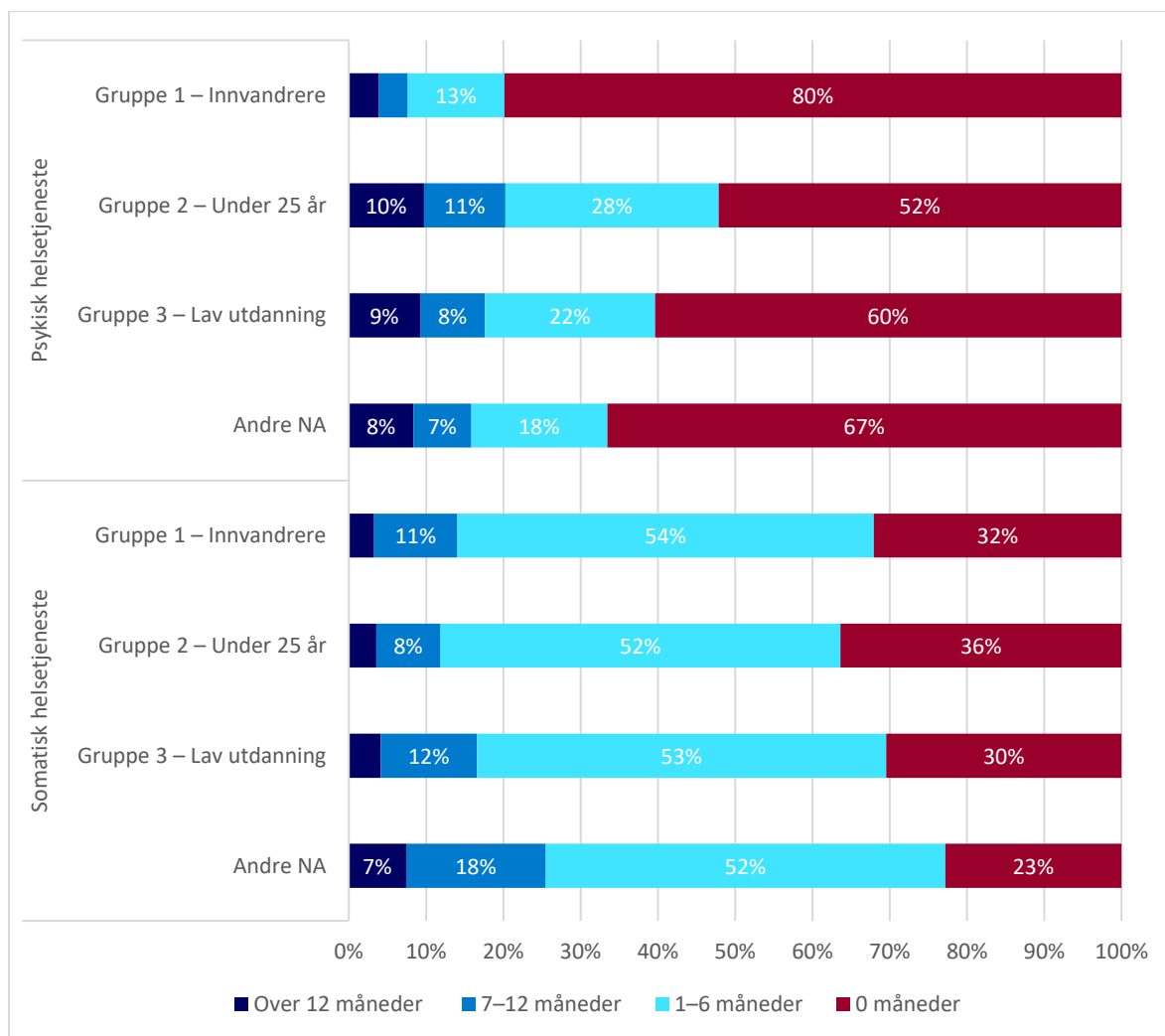
For å få rett til arbeidsavklaringspenger må arbeidsevnen være nedsatt med minst halvparten. Sykdom eller skade må være en vesentlig medvirkende årsak til den nedsatte arbeidsevnen, se folketrygdloven § 11-5. For at vilkårene i § 11-5 skal være oppfylt, må det altså foreligge sykdom eller skade. Dette betyr at helseutfordringene må dokumenteres.

Figur 5.1 fordeler de fire analysegruppene etter i hvilken grad de har vært i kontakt med helsevesenet to år forut for starten på NAV-forholdet hvor de ble klassifisert med nedsatt arbeidsevne. Se kapittel 4.2 for definisjon av kategoriene for oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>6</sup> I 2018 var botidskravet på tre år. Det ble økt til fem år fra 1. januar 2021.

**Figur 5.1 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de mottok oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i perioden to år før starttidspunktet.<sup>7</sup> Prosent.**



Målt de siste to årene forut for starttidspunktet for NAV-løpet med nedsatt arbeidsevne er det blant innvandrerne (gruppe 1) at andelen som har fått oppfølging innen psykisk helsetjeneste, er lavest: Bare 20 prosent i denne gruppen har mottatt psykisk helsebehandling eller tverrfaglig rusbehandling fra spesialisthelsetjenesten de siste to årene før oppstart av NA-perioden, hvorav de fleste har fått oppfølging i under et halvt år.

Personer i gruppe 2 (de under 25 år) er de som i størst grad har fått oppfølging innen psykisk helsetjeneste: Nesten halvparten har hatt behandling innen psykisk helsevern eller tverrfaglig rusbehandling i minst én måned i løpet av perioden 2016–2018. Rundt 20 prosent har fått oppfølging i syv måneder eller mer.

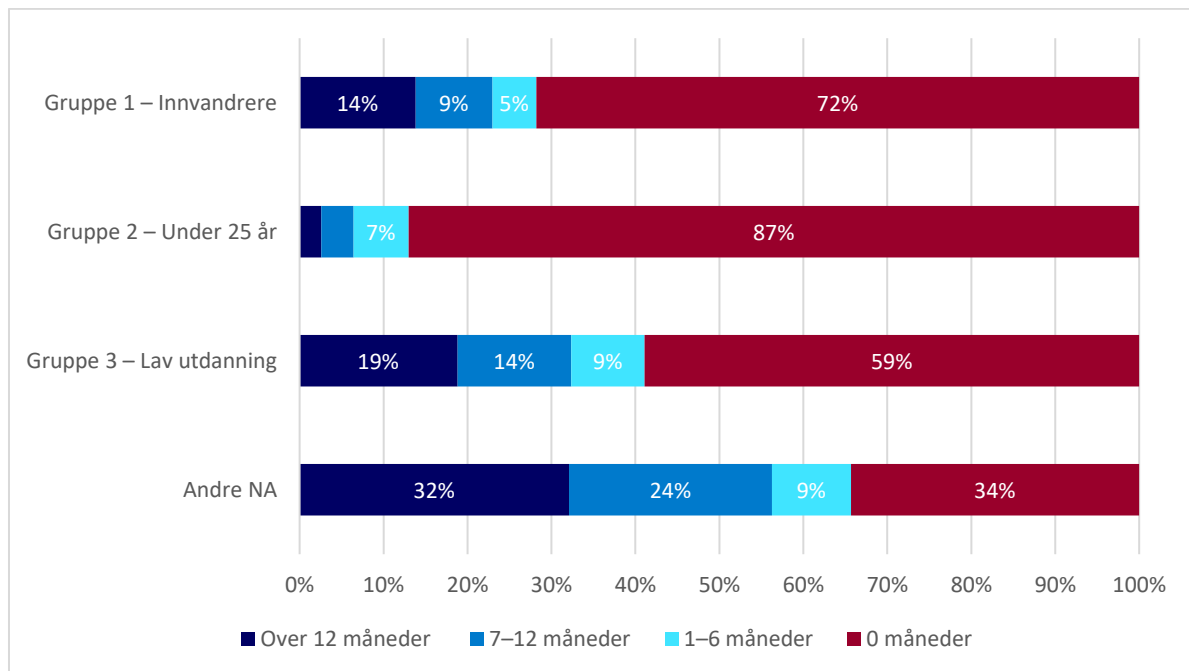
I gruppe 3 er det 40 prosent som har mottatt oppfølging innen psykisk helsetjeneste de siste to årene før de ble klassifisert med nedsatt arbeidsevne. Dette er ganske likt som i sammenligningsgruppen – «andre NA» – hvor rundt en tredel fått oppfølging innen psykisk helsetjeneste.

<sup>7</sup> I figuren er konsultasjonene gruppert i måneder, og deretter er antall måneder det har foregått konsultasjoner, summert. Stolpene angir altså **ikke** kontinuerlig oppfølging.

Når det gjelder oppfølging fra den somatiske helsetjenesten, er langt de fleste registrert med en eller annen form for kontakt. Andelen er riktignok høyest i sammenligningsgruppen hvor tre av fire har fått oppfølging, og for én av fire har oppfølgingen vart i over syv måneder. I de tre risikogruppene er det rundt to av tre som har fått somatisk helsebehandling fra spesialisthelsetjenesten.

Innvilgelsen av AAP skjer ofte i forbindelse med at personer har brukt opp sykepengerrettighetene. For å synliggjøre hvor mange av dem som starter et forhold med nedsatt arbeidsevne, som har mottatt sykepenger forut for NAV-løpet, ser vi i figur 5.2 tilgangspopulasjonen etter antall måneder de har mottatt denne ytelsen to år før de ble registrert med nedsatt arbeidsevne i 2018.

**Figur 5.2 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter om de mottok av sykepenger i perioden to år før år før starttidspunktet. Prosent.**



Andelen som ikke har mottatt sykepenger i denne toårsperioden, er naturlig nok høyest blant de yngste – 87 prosent. Dernest kommer innvandrerne med 72 prosent. I gruppe 3 gjelder det 59 prosent.

I sammenligningsgruppen er det motsatt – her har flertallet mottatt sykepenger før NA-perioden: To av tre har mottatt sykepenger i perioden før de ble registrert med nedsatt arbeidsevne, hvorav én av tre har mottatt sykepenger i over tolv måneder.

De innledende tallene over kontakten med spesialisthelsetjenesten de to årene forut for oppstart i NAV-løp med nedsatt arbeidsevne, tyder på at personer i de tre risikogruppene i noe mindre grad er registrert med oppfølging for somatiske helseplager. Når det gjelder oppfølging for psykiske helseplager, er andelen som har mottatt dette blant de yngste og personer i gruppe 3 – de med lav utdanning – høyere enn for sammenligningsgruppen. Innvandrere har en markant lavere andel.

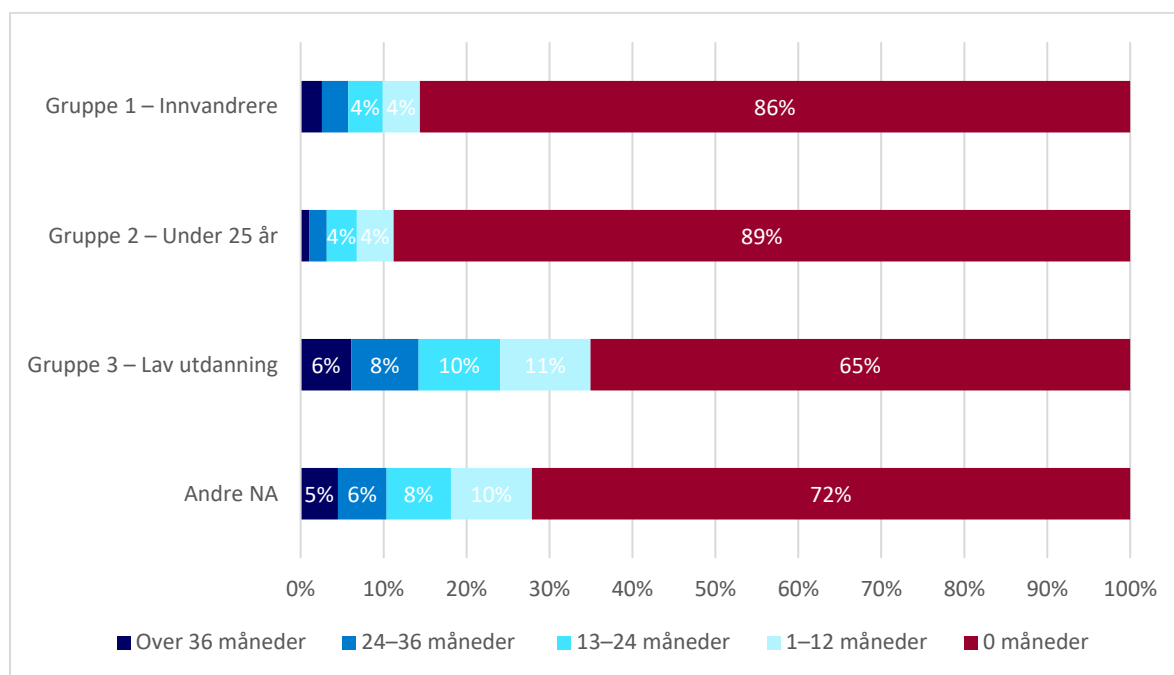
Yrkesaktiviteten blant de tre risikogruppene er lavere enn hos andre med nedsatt arbeidsevne. Tallene viser også at veien inn i NAV som følge av en periode på sykepenger er betydelig mindre utbredt for personer i disse gruppene.



### 5.1.3 Karensperiode

I 2018 ble det innført en karensperiode på mottak av AAP, det vil si at personer med nedsatt arbeidsevne som hadde mottatt ytelsen ut maksperioden, altså hadde brukt opp AAP-rettighetene, måtte inn i et venteår før de eventuelt kunne søke om ytelsen på nytt. Ved å se på andel personer i tilgangspopulasjonen som mottok AAP i løpet av de fire årene før oppstart av NA-perioden i 2018 (figur 5.3), kan vi få inntrykk av om det er mange i analysegruppene som har sannsynlighet for å være i karensperiode.

**Figur 5.3 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de har mottatt AAP før starttidspunktet. Prosent.**



Kun et mindretall (11–14 prosent) i gruppe 1 (innvandrere) og gruppe 2 (under 25 år) har mottatt AAP i løpet av de fire årene før oppstart av NA-perioden. Det at denne andelen er lav blant de yngste, følger naturlig av alderen, mens at så få i innvandrerpopulasjonen har mottatt ytelsen, vil ha andre årsaker.

Rundt en tredel i gruppe 3 – de med lav utdanning, over 25 år og uten innvandrerbakgrunn – har mottatt AAP i løpet av de fire årene før de ble klassifisert med nedsatt arbeidsevne.

Andelen som har mottatt AAP i 36 måneder eller mer, og som da kan anses som å stå i fare for å oppfylle kravet om en karensperiode, er størst i gruppe 3. Denne andelen er likevel veldig lav – kun 6 prosent.

I sammenligningsgruppen er det rundt en firedel som har mottatt AAP tidligere. 5 prosent har mottatt AAP i 36 måneder eller mer og står i fare for å oppfylle kravet om en karensperiode.

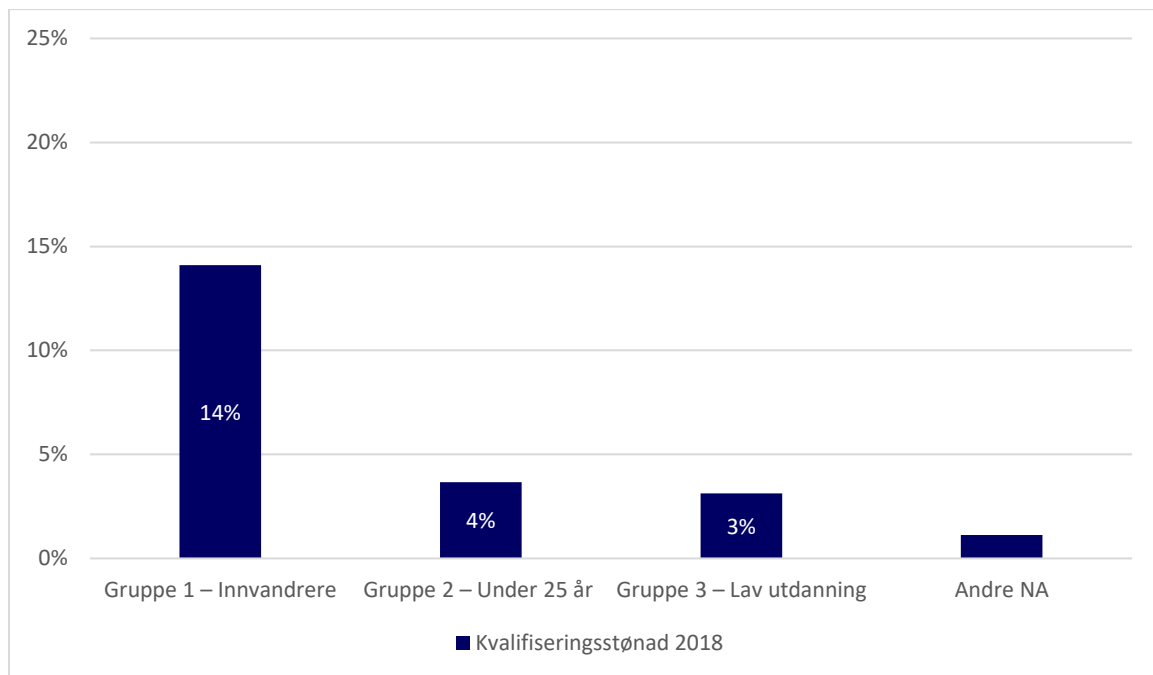
### 5.1.4 Mottak av kvalifiseringsstønad

Kvalifiseringsprogrammet er et kommunalt program og en rettighet regulert i lov om sosiale tjenester, som også retter seg mot personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og langtidsmottakere av sosialhjelp. Målgruppen er personer som har ingen eller svært begrensede ytelser i folketrygden. Formålet er å bidra til at flere i målgruppen kommer seg i arbeid, ved å gi individuell oppfølging og støtte til deltakerne. Deltakere i kvalifiseringsprogrammet mottar

kvalifiseringsstønad som inntektssikring. Denne utgjør to ganger folketrygdens grunnbeløp (G). Deltakere i programmet som har et av de statlige tiltakene som en del av oppfølgingen, vil registreres med nedsatt arbeidsevne. Siden inntektssikringen skal være ivaretatt av kvalifiseringsstønden, også for de under 25 år selv om de mottar to tredeler av stønden, antar vi at sannsynligheten for at disse vil innvilges AAP, vil være lavere.

Figur 5.4 viser andel i tilgangspopulasjonen som mottok kvalifiseringsstønad i 2018.

**Figur 5.4 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, andel som mottok kvalifiseringsstønad i 2018.**



Det er særlig innvandrerne med nedsatt arbeidsevne som er mottakere av kvalifiseringsstønad. 14 prosent av dem som startet et NA-forhold i 2018, hadde mottatt kvalifiseringsstønad samme år. Vi kan dermed anta at sannsynligheten for at disse vil innvilges AAP, vil være lavere.

I gruppe 2 og gruppe 3 er andelen henholdsvis 4 og 3 prosent, mens den er bare 1 prosent blant de andre med nedsatt arbeidsevne.

### 5.1.5 Regresjonsmodell: Hva påvirker innvilgelse av AAP?

I dette avsnittet beregner vi sannsynligheten for å få innvilget AAP i løpet av 2018 og 2019. Analysepopulasjonen består av alle som startet et NA-løp i 2018, minus de med botid under 3 år, de som oppfyller karenkravet (har mottatt AAP i 48 måneder (4 år) før oppstart), og personer registrert som mottakere av uføretrygd i 2018. Avgrensingen er gjort for å få en populasjon som kan være i målgruppen for å motta AAP.

Videre kontrollerer vi for demografiske kjennetegn som alder, kjønn, om de har barn, tidligere arbeidserfaring og utdanningsnivå. Så inkluderer vi forklaringsvariabler som kontakt med helsevesenet av en viss varighet to år før oppstart. Disse er ment å fange opp dokumenterte helseproblemer som igjen kan legges til grunn for innvilgelsen av AAP. I tillegg antar vi at deltakelse i kvalifiseringsprogrammet kan påvirke om man søker AAP eller ikke. Derfor er mottak av kvalifiseringsstønad i 2018 også inkludert som en forklaringsvariabel i modellen.

**Referansepersonen** er mann med nedsatt arbeidsevne, ikke innvandrер, i alderen 25–39 år, uten barn under 16 år, med utdanning utover ungdomsskole, men uten arbeidserfaring av et visst omfang siste tre år. Referansepersonen oppfyller ikke kravet om å ha mottatt oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i seks måneder de siste to årene før oppstart, har ikke mottatt sykepenger i ni måneder eller mer siste år før oppstart, og har ei heller mottatt kvalifiseringsstønad i løpet av 2018.

**Tabell 5.1 Beregnede sannsynligheter for mottak av AAP i 2018 og/eller 2019. Lineær regresjon. N = 24 532.**

	Estimater	Sig.
Kvinne	0,0621	***
Innvandrerbakgrunn	-0,1780	***
Under 25 år	0,0445	***
40–54 år	0,0061	
Over 54 år	0,0065	
Énpersonshusholdning	-0,0167	***
Oppfølging psykisk helse 2 år før NA* – 6 måneder eller mer	0,1870	***
Oppfølging somatisk helse 2 år før NA* – 6 måneder eller mer	0,0882	***
Sykepenger 1 år før NA – 9 måneder eller mer	0,2215	***
Mottatt kvalifiseringsstønad i 2018	-0,4010	***
Lav utdanning (t.o.m. ungdomsskole)	-0,0421	***
Arbeidserfaring (1/2 G ett eller flere av siste 3 år før NA)	0,0567	***
Konstant	0,4860	***
Adjusted R2	0,2686	

\*NA = nedsatt arbeidsevne

Den beregnede sannsynligheten for en referanseperson for å få innvilget AAP i løpet av 2018 eller 2019 er 48,6 prosent.

Sannsynligheten for å få AAP øker som forventet med kontakt med helsevesenet: 18,7 og 8,8 prosentpoeng høyere enn for referansepersonen hvis personene er registrert med henholdsvis psykisk eller somatisk helsebehandling i seks måneder eller mer i løpet av de siste to årene før oppstart av NA-perioden. Det samme er tilfelle ved mottak av sykepenger tolv måneder før oppstart, hvor sannsynligheten for dem som har mottatt denne ytelsen ni måneder eller mer før oppstart, er 22,2 prosentpoeng høyere enn for referansepersonen. Videre reduseres AAP-sannsynligheten kraftig hvis man har mottatt kvalifiseringsstønad i 2018. Mottakerne av denne ytelsen har 40,1 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å motta AAP enn referansepersonen.

Kontrollert for disse variablene finner vi at det å være innvandrер reduserer sannsynligheten for AAP med hele 17,8 prosentpoeng, mens det ha et lavt utdanningsnivå gir et lite negativt utslag på sannsynligheten – minus 4 prosentpoeng. Gruppen under 25 år har imidlertid høyere sannsynlighet for å motta AAP, kontrollert for kjennetegnene i modellen.

Disse resultatene indikerer med andre ord at det å være innvandrер gir en markant lavere sannsynlighet for å motta AAP, selv om de har hatt kontakt med helsevesenet.

## 5.2 Innvilgelse av uføretrygd

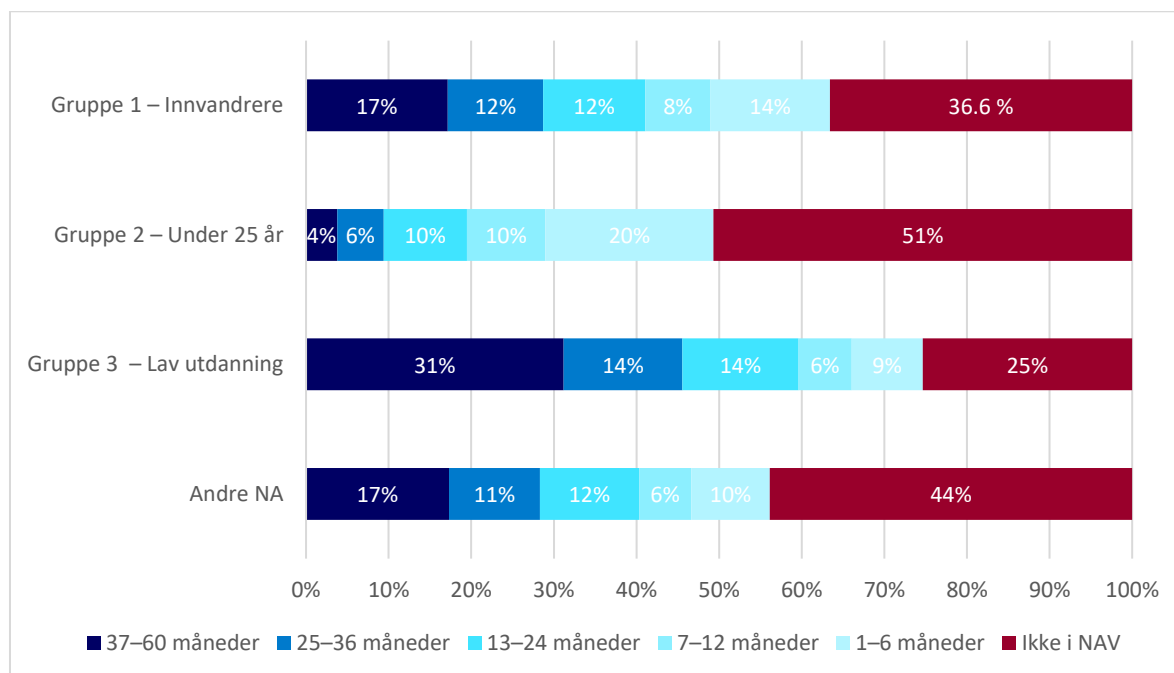
Kravene som ligger til grunn for innvilgelse av uføretrygd, er strengere enn for AAP. Først og fremst kommer dette til uttrykk i folketrygdloven § 12-5, som setter krav om at personen må ha gjennomgått hensiktsmessig behandling og individuelle og arbeidsrettede tiltak før det kan innvilges uføretrygd. I tillegg består det medisinske vilkåret i § 12-5 av følgende tre deler: i) det må foreligge **varig** sykdom, skade eller lyte, ii) sykdom, skade eller lyte må medføre en **varig** funksjonsnedsettelse, og iii) den **varige** funksjonsnedsettelsen må være hovedårsaken til den nedsatte inntektsevnen.

For å fange opp i hvilken grad tilgangspopulasjonen kan sies å oppfylle disse to elementene, viser vi i dette avsnittet NAV-historikken siste fem år, oppfølgingen fra helsevesenet siste fem år og oppfølgingen fra helsevesenet i løpet av NAV-perioden for personene som startet et nedsatt arbeidsevne-løp i 2018. Siden dette er aktiviteter som er med på å påvirke om man får innvilget ytelsen eller ikke, tar vi dette med inn i regresjonsmodellen og beregner sannsynligheten for å motta uføretrygd i løpet av de tre første årene etter oppstart av NA-perioden i 2018.

### 5.2.1 NAV-historikk – arbeidsrettet oppfølging 2013–2017

I figur 5.5 fordeler vi tilgangspopulasjonen etter antall måneder de har vært registrert i NAV-systemet og fått oppfølging som arbeidssøkere, deltatt på arbeidsmarkedstiltak eller vært registrert med nedsatt arbeidsevne i perioden 2013–2017, altså i løpet av de fire årene før de ble registrert med nedsatt arbeidsevne i 2018. Dette vil for det første si noe om i hvilken grad de har mottatt nødvendig arbeidsrettet oppfølging for å oppfylle vilkårene satt i § 12-5. For det andre synliggjør figuren de langvarige utfordringene de ulike undergruppene har med tanke på å få etablert seg i arbeidslivet.

**Figur 5.5 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert i NAV i perioden 2013–2017. Prosent.**



Halvparten av dem under 25 år (gruppe 2) har ikke vært registrert i NAV i løpet av de fire årene før oppstart av NA-perioden. Det er naturlig at en høy andel ikke har hatt et NAV-forhold tidligere gitt den unge alderen.

Rundt to tredeler av innvandrerne har vært registrert i NAV før oppstart av NA-perioden i 2018, og relativt mange – litt under 20 prosent – har mottatt oppfølging fra NAV i tre–fem år før oppstart av NA-perioden i 2018. I alt har halvparten av innvandrerne vært registrert hos NAV i minst tolv måneder.

Personer i gruppe 3 er de med høyest andel med NAV-historikk. Her er det også mange med lang NAV-historikk: En stor andel (30 prosent) har vært registrert hos NAV i tre til fem år før oppstart av NA-perioden i 2018.

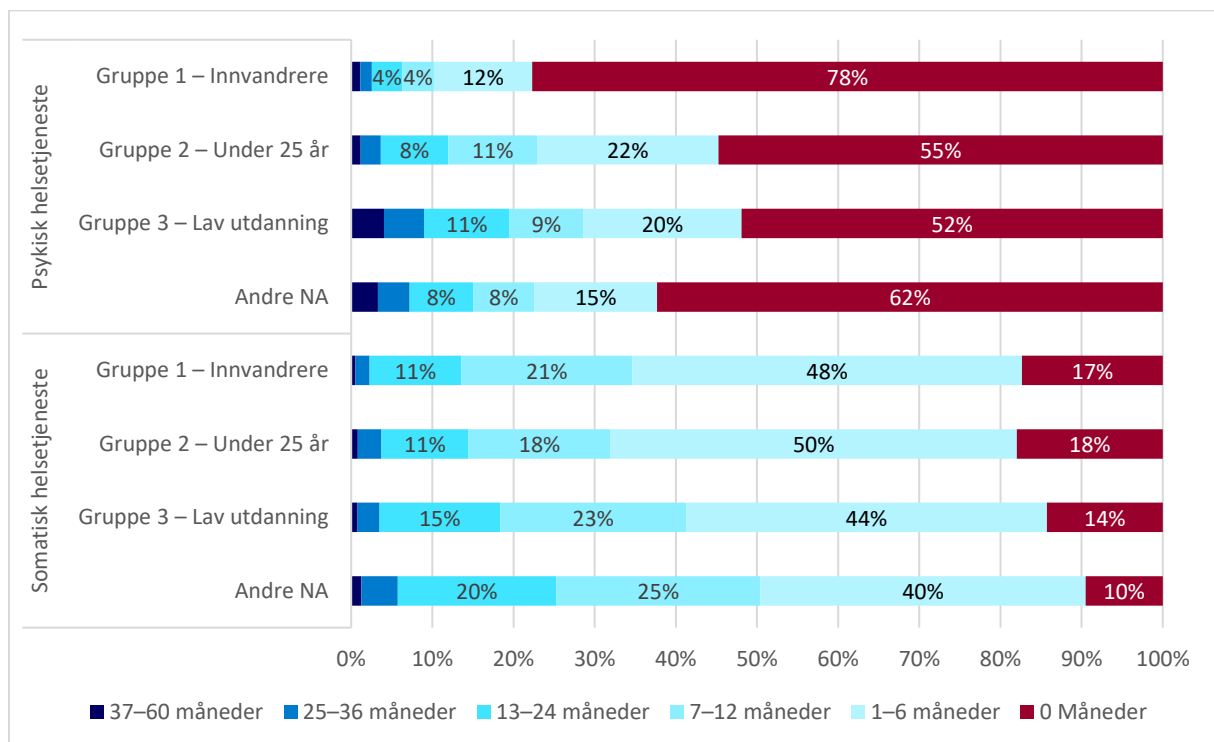
I sammenligningsgruppen er det litt over halvparten som har vært registrert hos NAV før 2018, tilsvarende som for innvandrerne har rundt halvparten mottatt oppfølging fra NAV i minst tolv måneder.

### 5.2.2 Helsehistorikk – helsemessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten 2013–2017

Det at arbeidsevnen skal være varig nedsatt, tilsier at personene som oppfyller dette vilkåret, må dokumentere oppfølging av langvarige helseproblemer.

Figur 5.6 fordeler de fire analysegruppene etter i hvilken grad de har vært i kontakt med helsevesenet i løpet av de siste fem årene før starten på NAV-forholdet hvor de ble klassifisert med nedsatt arbeidsevne. Denne tilsvarer figur 5.1, men her ser vi altså på historikken enda noen år bakover i tid.

**Figur 5.6 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert med helsemessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i perioden 2013–2017. Prosent.**



Som vi også så i figur 5.1, er det lavest andel som har fått oppfølging innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling blant innvandrere, kun litt over 20 prosent. De fleste av disse har fått oppfølging inntil seks måneder.

At det er så få innvandrere som mottar psykisk helsehjelp, kan ha flere forklaringer: Er det for eksempel slik at hyppigheten av psykiske utfordringer er lavere i denne gruppen enn i de andre undergruppene med nedsatt arbeidsevne, og at de dermed har mindre behov for psykisk

helsehjelp? Eller kan det være at det av ulike grunner er vanskeligere for primærhelsetjenesten å avdekke behovet for psykisk helsehjelp hos innvandrere? En annen forklaring kan være at innvandrere mangler kjennskap til det offentlige tjenestetilbudet og i mindre grad tar kontakt med helsevesenet når de har psykiske helseproblemer. Dette er noe vi vil komme nærmere inn på i kapittel 6.

Rundt halvparten i gruppe 2 (under 25 år) og gruppe 3 (lav utdanning, over 25 år og ikke innvandrere) har fått oppfølging innen psykisk helsetjeneste. Personer i gruppe 3 har i større grad enn de unge et lengre forløp innen psykisk helsehjelp, med rundt 20 prosent som har fått oppfølging i mer enn ett år. Her igjen spiller alderen til dem i gruppe 2 inn – på grunn av at de er såpass unge, er det naturlig at de færreste har lang historikk.

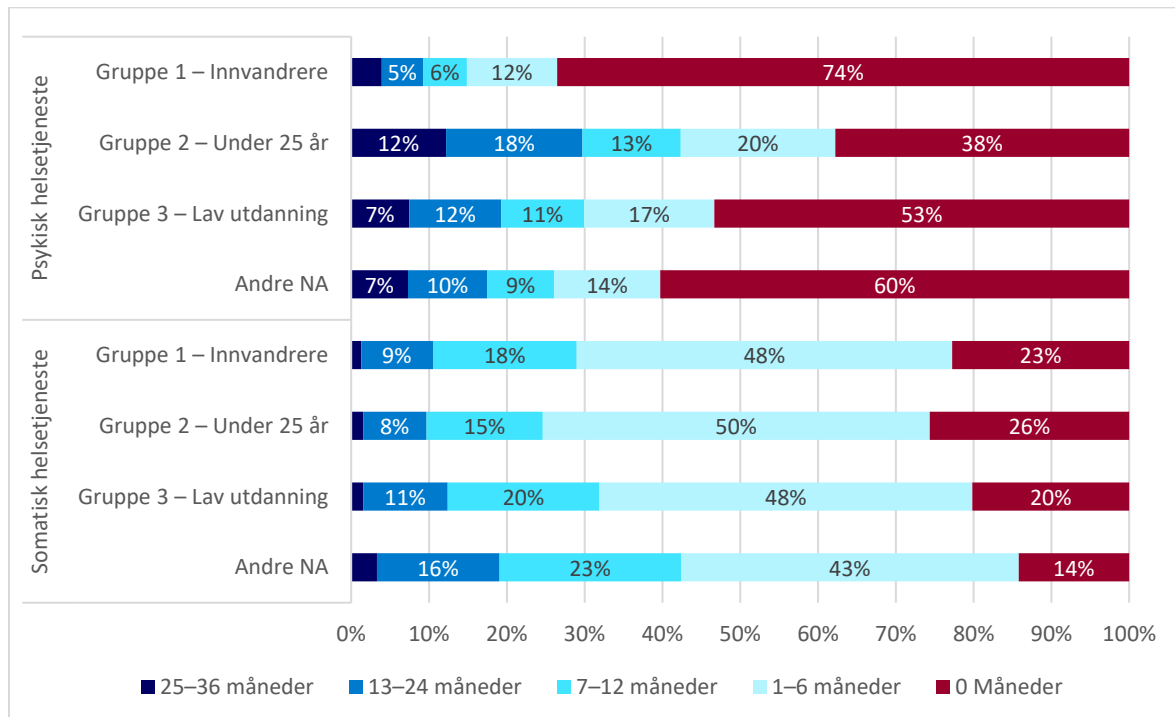
I sammenligningsgruppen er det litt under 40 prosent som har fått oppfølging innen psykisk helsetjeneste, hvorav over halvparten har hatt en varighet på mer enn ett år.

Tilsvarende som i figur 5.1 ser vi også her at størsteparten i alle grupper har fått oppfølging fra somatisk helsetjeneste, inkludert personer med innvandrerbakgrunn. Den høyeste andelen finner vi i sammenligningsgruppen hvor hele 90 prosent har fått oppfølging, mot 82–86 prosent i de tre risikogruppene. For rundt 25 prosent av dem i sammenligningsgruppen har oppfølgingen vart i over ett år. Tilsvarende andel ligger på 15–18 prosent i risikogruppene.

### 5.2.3 Helseoppfølging i perioden som klassifisert med nedsatt arbeidsevne

Figur 5.6 beskrev kontakten med spesialisthelsetjenesten før NAV-perioden med nedsatt arbeidsevne startet. Figur 5.7 viser andel som har vært i kontakt med henholdsvis psykisk og somatisk helsetjeneste i løpet av perioden med nedsatt arbeidsevne. Vi har her fulgt personene i opptil tre år fremover i tid.

**Figur 5.7 Personer som startet NAV-løp med nedsatt arbeidsevne i 2018, etter antall måneder de var registrert med helsemessig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i 3 år inn i perioden med nedsatt arbeidsevne. Prosent.**



Andelen som mottar oppfølging fra psykisk helsetjeneste i perioden etter at de ble registrert med nedsatt arbeidsevne i 2018, er størst blant dem under 25 år (over 60 prosent). Flere av dem går også inn i et relativt langt oppfølgingsløp – 30 prosent mottar oppfølging i over ett år.

Bare én av fire innvandrere får oppfølging fra psykisk helsetjeneste i løpet av NA-perioden, mens det gjelder nesten halvparten av dem i gruppe 3 og 40 prosent i sammenligningsgruppen.

I alle gruppene mottar flestparten (mellom 74 og 86 prosent) oppfølging fra somatisk helsetjeneste. Andelen som mottar somatisk helsehjelp, er størst i sammenligningsgruppen. Rundt halvparten har et relativt langt oppfølgingsløp med oppfølging i inntil et halvt år i løpet av NA-perioden – dette gjelder alle gruppene.

#### 5.2.4 Regresjonsmodell: Hva påvirker innvilgelse av uføretrygd?

I tilgangspopulasjonen er det allerede personer som har oppfylt kravene og fått innvilget uføretrygd. Det er i størst grad personer i gruppe 3 og i sammenligningsgruppen som mottar uføretrygd. Over 40 prosent av dem hadde enten uføretrygd i 2018 eller har fått det innvilget innen 2021. Blant innvandrere og de unge er tilsvarende andel rundt 20 prosent.

Hva er sannsynligheten for resten av populasjonen for å få innvilget uføretrygd, og hva påvirker denne?

I denne regresjonsmodellen beregner vi sannsynligheten for å få uføretrygd i løpet av de tre første årene etter at de ble registrert med nedsatt arbeidsevne i 2018. Populasjonen består av alle som startet et nedsatt arbeidsevne-løp i 2018, minus dem som ikke oppfyller kravet om medlemskap i folketrygden i mer enn fem år (innvandrere med botid kortere enn tre år), og dem som mottar uføretrygd ved starttidspunktet.

Forklaringsvariablene er ment å fange opp helseproblemer som indikerer at arbeidsevnen er **varig** nedsatt. Dette er operasjonalisert ved hjelp av følgende variabler:

- registrert med psykisk/somatisk behandling i 24 måneder eller mer i løpet av 2013 til 2017
- registrert med psykisk/somatisk helsebehandling i 12 måneder i løpet av perioden med nedsatt arbeidsevne
- registrert i NAV som arbeidssøker, deltaker på arbeidsrettet tiltak og/eller med nedsatt arbeidsevne i 36 måneder eller mer i perioden fra 2013 til 2017

**Referansepersonen** er mann, ikke innvandrere, i alderen 25–39 år, uten barn under 16 år, med utdanning utover ungdomsskole, men uten arbeidserfaring av et visst omfang siste 3 år. Referansepersonen oppfyller ikke kravene om å ha mottatt oppfølging fra helsevesenet i 24 måneder eller mer siste 5 år eller ha mottatt oppfølging fra helsevesenet i 12 måneder eller mer i løpet av NAV-perioden. Han er heller ikke registrert med arbeidsrettet oppfølging fra NAV i mer enn 36 måneder i løpet av de siste 5 årene.

**Tabell 5.2 Beregnede sannsynligheter for mottak av uføretrygd i løpet av de tre første årene i NAV-løpet. Lineær regresjon. N = 24 532.**

	Estimater	Sig.
Kvinne	0,0256	***
Innvandrerbakgrunn	-0,1369	***
Under 25 år	-0,0196	***
40–54 år	0,1464	***
Over 54 år	0,3621	***
Énpersonshusholdning	-0,0225	***
Oppfølging fra NAV 5 år før NA 2018 – 3 år eller mer	0,1054	***
Oppfølging psykisk helse 5 år før NA – 2 år eller mer	0,0874	***
Oppfølging somatisk helse 5 år før NA – 2 år eller mer	0,1312	***
Oppfølging psykisk helse i NA-løpet – 1 år eller mer	0,0134	*
Oppfølging somatisk helse i NA-løpet – 1 år eller mer	0,0788	***
Lav utdanning (t.o.m. ungdomsskole)	0,0142	***
Arbeidserfaring (1/2 G ett eller flere av siste 5 år før NA)	-0,0449	***
Konstant	0,1817	***
Adjusted R2	0,1232	

Den beregnede sannsynligheten for en referanseperson for å få innvilget uføretrygd innen tre år etter oppstart av periode med nedsatt arbeidsevne er 18,2 prosent. Kontrollert for variablene i modellen viser analysen at eldre i større grad får uføretrygd. For de i alderen 40–54 år er sannsynligheten 14,6 prosentpoeng høyere enn for referansepersonen, mens for personer i aldersgruppen over 54 år er sannsynligheten 36,2 prosentpoeng høyere. Det å være ung reduserer sannsynligheten for å motta uføretrygd med 2,0 prosentpoeng. Dette kan indikere at NAV er mer tilbøyelige til å gi en permanent ytelse som uføretrygd til personer som nærmer seg slutten av arbeidskarrieren, og er mer restriktive når det gjelder de yngste.

Det å være innvanderer reduserer sannsynligheten for å få innvilget uføretrygd med hele 13,7 prosentpoeng sammenlignet med dem som ikke er innvandrere. Dette er altså kontrollert for arbeidsrettet og helsemessig oppfølging, utdanning og arbeidserfaring. Siden sannsynlighet for å få uføretrygd er 18,2 prosent for referansepersonen, er dette en markant reduksjon. Estimaterne fra en slik regresjonsmodell som her er benyttet, vil alltid være beheftet med usikkerhet. Den største kilden vil typisk være at variabler som kan tenkes å påvirke innvilgelsen av uføretrygd, er utelatt. For eksempel mangler vi opplysninger om kontakt med fastleger, som både kan fange opp eventuelle helseproblemer og i hvilken grad disse er dokumentert. Er det systematiske forskjeller i bruken av fastleger mellom for eksempel innvandrere og de uten innvandrerbakgrunn, kan dette påvirke resultatene. Estimaterne for innvandrere er likevel av en slik størrelse at de forsvarer en videre oppfølging i de kvalitative intervjuene.

Når de gjelder hvordan de resterende kjennetegnene kan påvirke innvilgelsen av uføretrygd, ser vi som forventet at alle variablene som angir en mer omfattende oppfølging fra spesialisthelsetjenestene, i all hovedsak gir en klart høyere sannsynlighet for å få innvilget uføretrygd. Dette indikerer at personene har mer omfattende helseutfordringer, og at disse er dokumentert.



Det å være kvinne og det ha lav formell utdanning gir en litt høyere uføresannsynlighet, mens det å bo alene og ha arbeidserfaring reduserer sannsynligheten noe. Her er imidlertid forskjellene mindre, så gitt usikkerheten knyttet til estimatene legger vi ikke vekt på disse i den videre analysen.

## 5.3 Oppsummering – mulige årsaker til manglende innvilgelse av AAP og uføretrygd

Formålet med dette kapittelet har vært å belyse om årsakene til andelene som mottar henholdsvis AAP og uføretrygd i de tre risikogruppene – i) innvandrere, ii) unge under 25 år og iii) personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere – er lavere fordi de ikke oppfyller vilkårene til de to helserelaterte ytelsene. Ved å analysere ulike faktorer som kan innvirke på om de personene som startet et NA-løp i 2018, oppfyller disse vilkårene, finner vi følgende hovedmønstre.

I underkant av en firedel (23 prosent) av innvandrerne med nedsatt arbeidsevne oppfyller ikke vilkårene til AAP og uføretrygd om medlemskap i folketrygden på over fem år. Når det gjelder andre observerbare faktorer som kan innvirke på mottak av AAP, finner vi at innvandrerne med nedsatt arbeidsevne har en markant lavere andel som har fått oppfølging fra den psykiske delen av spesialisthelsetjenesten i løpet av de to årene forut for NAV-perioden. Dette kan skyldes at den faktiske helsetilstanden til gruppen ikke medfører behov for slik oppfølging. En annen forklaring kan være at innvandrere finner det vanskeligere å oppsøke denne delen av helsevesenet. I tillegg er det relativt få som har mottatt sykepenger tolv måneder før oppstart i NAV, noe som kan være et resultat av at færre i denne gruppen kommer fra et ansettelsesforhold. Kort oppsummert tyder dette på at denne gruppen i mindre grad har *dokumenterbare* helseutfordringer. I tillegg er andelen som mottar av kvalifiseringsstønad, høyest blant innvandrere. Dette betyr at inntektssikringen er ivaretatt, og at registreringen i NAV er knyttet deltakelse i kvalifiseringsprogrammet.

Når vi i regresjonsmodellen trekker ut dem som ikke oppfyller kravet om medlemskap i folketrygden, og kontrollerer for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, mottak av sykepenger og kvalifiseringsstønad, er sannsynligheten for at personer med innvandrerbakgrunn får innvilget AAP i løpet av 2018 eller 2019, 16 prosentpoeng lavere enn for den definerte referansepersonen. Dette indikerer at det kan være personer i gruppen som er i målgruppen for AAP, men som ikke mottar ytelsen. Det samme mønsteret finner vi når det gjelder mottak av uføretrygd. Også her er sannsynligheten for å motta ytelsen markant lavere for en referanseperson med innvandrerbakgrunn enn for en uten innvandrerbakgrunn. For de to andre risikogruppene gir den beregnede sannsynligheten et litt annet bilde.

De under 25 år er gruppen som har hatt mest kontakt med psykisk helsevern. Når vi kontrollerer for denne og annen kontakt med helsevesenet, samt andre kjennetegn som kan tenkes å påvirke innvilgelsen av ytelsene, finner vi at de yngste har en litt høyere sannsynlighet (4,5 prosentpoeng) for å motta AAP i løpet av de to første årene i NAV-løpet. Når det gjelder sannsynligheten for å få uføretrygd, er den 2 prosentpoeng lavere.

Den tredje risikogruppen – personer med lav formell utdanning, 25 år eller eldre, uten innvandrerbakgrunn – kjennetegnes ved at de har en lengre NAV-historikk, noe mer kontakt med psykisk helsevesen og størst andel som mottar tverrfaglig rusbehandling. Det å ikke ha fullført

utdanning utover ungdomsskolen reduserer sannsynligheten for å motta AAP (4,3 prosentpoeng). Uføresannsynligheten øker noe, om enn i liten grad (1,4 prosentpoeng).

Det mest oppsiktsvekkende resultatet i denne delen av analysen er hvordan det å ha innvandrerbakgrunn reduserer sannsynligheten for å få utbetalt AAP og uføretrygd. Selv om vår modell ikke fanger opp alle forhold som bestemmer innvilgelsen av de to ytelsene, gir estimatene en kraftig indikasjon på at faktorer som ikke er knyttet til de formelle vilkårene for innvilgelse, også kan påvirke innvandreres mottak av AAP og uføretrygd.

## 6 Kvalitative intervjuer

Vi gjennomførte intervjuer med til sammen ti informanter, som beskrevet i kapittel 2.4. I møte med informantene presenterte vi resultater fra den kvantitative analysen. Her ble de tre undergruppene av personer med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd eller lønn introdusert: innvandrere, unge under 25 år og personer 25 eller eldre med lav utdanning uten innvandrerbakgrunn. De påfølgende samtalene hadde som mål å gi en dypere forståelse av de kvantitative funnene.

Vi vil i dette kapittelet utelukkende presentere hovedfunnene fra disse intervjuene. Intervjuene presenterer informantenes perspektiv og mening, ut fra deres erfaring og kunnskap om NAV og deres møter med brukergruppene. Denne delen gir derfor et bilde av hvilke levekårsutfordringer informantene forteller de tre gruppene står overfor, hva slags oppfølging gruppene mottar fra NAV, og hvilke faktorer som kan forklare hvorfor personene i de tre gruppene i mindre grad mottar AAP og uføretrygd enn andre, og hvorfor de i mindre grad er i jobb. Diskusjon av funnene i lys av andre kilder, for eksempel lovverk og eksisterende litteratur, vil bli presentert i kapittel 7.

### 6.1 Uforutsigbare boforhold og økonomi

En faktor som langt de fleste informantene tok opp i samtalene, var at personene med nedsatt arbeidsevne, som ikke mottar helserelaterte ytelser eller har arbeidsinntekt, som regel befinner seg i en svært utfordrende situasjon knyttet til bolig og økonomi. Informantene mente dette påvirker muligheten til å engasjere seg i jobbsøking og ulike kvalifiseringsaktiviteter.

Mange bor i små leiligheter og gjerne med usikre leieforhold. De fortalte om personer med innvandrerbakgrunn som ofte har flere barn og dermed opplever trangboddhet i større grad enn andre. Og om brukere i den yngste aldersgruppen som kan leve under vanskelige familieforhold, som har blitt utstøtt hjemmefra eller mangler fast bosted.

Den økonomiske situasjonen brukerne befinner seg i, preger også fremdriften i oppfølgingsløpene i stor grad. Informantene mente at det å være avhengig av sosialhjelp, har konsekvenser for den enkeltes kapasitet og mulighet til å jobbe arbeidsrettet: Siden sosialhjelp er behovsprøvd, må brukerne gjennom gjentakende søknadsprosesser hvor man hver gang må dokumentere behovet for ytelsen. Dette er i seg selv krevende. I tillegg fører prosessene til en uforutsigbar økonomisk situasjon, som skaper usikkerhet og er energitappende for den enkelte. Noen er avhengige av flere stønader, som bostøtte, barnetrygd og tiltakspenger for dem som deltar på arbeidsmarkedstiltak. Selv med stønader fra ulike hold fortalte noen av informantene hvordan lave satser fører til at de samlede utbetalingene ikke alltid er tilstrekkelige til å betale løpende utgifter:

Du må søke hver tredje måned om å få sosialhjelp. Du får utbetalinger én til to ganger i måneden. Så får du eventuelt noe fra Husbanken en gang i måneden, du får barnetrygd, så har du fire–fem forskjellige utbetalinger. Det er veldig oppstykket, du må søke jevnlig, lite forutsigbarhet, én utbetaling dekker ikke husleie, du må samle opp ... Jeg tror at bare hvis man skal tenke helt sånn grunnleggende, da, for at man også skal kunne hjelpe folk på en god måte, så trenger man å ha de grunnleggende ting på plass [...] Man må ha en grunnsum å leve for, men at den også er forutsigbar ... For de her blir kravene veldig mye, og også fokuset deres blir veldig mye på å få ting til å gå rundt, holde seg flytende, søke om ting ... Sånn at hvis man i hvert fall har en innretning hvor det er noe mer forutsigbart, så kan man også i mye større grad, både for den enkelte selv, men også som veileder eller hjelpeapparat for øvrig, klare å ha fokus på andre ting, man kommer seg litt videre.

Informantene fortalte at gruppen med lav utdanning ofte er personer som er langtidsmottakere av sosialhjelp, og som er mye ut og inn av NAV-systemet. Disse får ofte begrenset oppfølging og økonomisk støtte fra NAV – en situasjon som kan medføre økonomisk stress. En av informantene fortalte at dette kan ha direkte innvirkning på individets biologiske og psykologiske tilstand, noe som ytterligere kompliserer rehabiliteringsprosessen. Informanten understreket hvor kritisk dette er:

Vi er robuste som mennesker, men økonomiske utfordringer gjennom oppveksten, fra barndom til tenår, der foreldre strever med å få endene til å møtes, setter dype spor. Vi vet hvordan stress og økonomiske bekymringer påvirker biologien vår og vår evne til å håndtere hverdagens utfordringer.

Informantenes motivasjon for å trekke frem disse eksemplene var å vise at for utsatte grupper kan rammene for de arbeidsrettede aktivitetene i seg selv være utfordrende. Utfordringer som følge av boforhold og økonomi legger med andre ord begrensninger for å jobbe med et langsiktig arbeidsrettet løp, som disse gruppene har behov for. Uforutsigbarheten gir også mindre overskudd til å fokusere på nødvendig kvalifisering og eventuell deltakelse i tiltak.

## 6.2 Språkbarrierer

I de kvalitative intervjuene trakk informantene frem hvordan noen innvandrere står overfor særskilte utfordringer på arbeidsmarkedet og i NAV-systemet på grunn av dårlige norskkunnskaper, noe som igjen bidrar til å komplisere oppfølgingsløpet. De fleste innvandrere har gått gjennom norskopplæring i introduksjonsprogrammet, men informantene opplevde likevel at man står igjen med en gruppe som ikke behersker språket godt nok til å kunne gå ut i arbeidslivet.

Hvordan språkbarrierer hindrer tilgang til helsehjelp, ble også tydelig omtalt. Det ble påpekt at innvandrere, spesielt de som ikke har god språkkompetanse, ofte møter utfordringer med å få riktig behandling og diagnoser, noe som kan påvirke hjelpen de får:

Det er to hovedgrunner her da [til at innvandrere ikke får innvilget AAP]. [...] Det ene er at de har dårligere kommunikasjonsegenskaper, som gjør at det er vanskelig å få dem til å få utredet sin egen helse, iaktta helseapparatet, og å få ordentlig behandling og gode diagnoser for sine helsebesvær. Nummer to er at helseutfordringene, symptomtrykket de opplever, møter ikke vilkårene til folketrygdloven.

Du må ha en viss språkkompetanse for å få utredet helsa. Ved å definere det som et språkproblem, så skjuler man at det også er et helseproblem, og man får ikke tatt tak i det før språket er på plass.

For dem som ikke behersker språket godt nok, kan det innebære at de ikke har den nødvendige kompetansen for å delta i arbeidslivet eller i arbeidsrettede tiltak. Det kan også resultere i manglende eller utilstrekkelig kartlegging av deres arbeidsevne og helseutfordringer, som igjen kan medføre forsinkelser i å motta velferdsytelser som AAP og uføretrygd. Mange kan dermed bli gående på sosialhjelp i lang tid fordi det tar tid å finne ut hva som egentlig er behovet.

## 6.3 Manglende grunnkompetanse

I intervjuene ble det også trukket frem at noen innvandrere mangler helt grunnleggende kompetanse som grunnskole. For det første nevnte flere at introduksjonsprogrammet ikke ga nødvendig grunnkompetanse for dem som trenger det, og de ender da opp med en rekke barrierer som hindrer dem i å oppnå full deltakelse i samfunnet og arbeidslivet. For det andre skaper tidsbegrensningene på de kommunale ytelsene utfordringer for dem som trenger mer tid til å fullføre sin utdanning, eller for dem som ikke når et tilstrekkelig språknivå innen rettigheten til ytelsen utløper.

Disse står overfor betydelige hindringer: Veien gjennom utdanningssystemet er lang og komplisert, ofte tar det lengre tid å fullføre grunnskolen enn hva man får til i løpet av introduksjonsprogrammet.

Hvis du skal få tiltak for å ta utdanning, var det videregående skole. Du fikk ikke støtte for å gjennomføre grunnskole. Det skulle man liksom ta i intro, men hvis du kommer uten utdanning, klarer du ikke det på de to-tre årene intro varer.

For oppfølgingsløpet i NAV opplevde flere av informantene at det var et gap mellom personenes kompetanse og tiltaksporteføljen. Det ble hevdet at NAVs støtte fokuserer primært på utdanning på videregående nivå eller utdanning som fører til fagbrev, mens støtte til norskopplæring eller grunnskoleutdanning er mindre prioritert. Informantene opplevde dermed en mangel på tilpasning av statlige tiltak til innvandreres behov.

Ifølge en informant krever denne situasjonen en gjennomtenkt tilnærming til politikktutforming som tar hensyn til de spesifikke utfordringene innvandrere møter, og som tilbyr mer tilpassede og tilgjengelige veier til utdanning, arbeidsinkludering og sosial integrering. Det er nødvendig med en revisjon av eksisterende tiltak for å sikre at de er inkluderende og tilgjengelige for alle, uavhengig av bakgrunn eller språknivå.

Informantene fra NAV-kontoret fortalte imidlertid at de under pandemien formaliserte samarbeid om tilbud om norskkurs, et tiltak for å redusere språkbarrierene, og på den måten bedre integrere innvandrere i arbeid og redusere deres avhengighet av systemet.

## 6.4 Målretting av arbeidsmarkedstiltak

Tiltakene fra NAV er viktige hjelpemidler for arbeidssøkende, men informantene påpekte at for at de skal være effektive, må de være nøye tilpasset den enkeltes behov og situasjon. Det er ikke nok å bare tilby tiltak; de må resultere i faktiske forbedringer for deltakerne. Deres erfaring var at gjentatt deltakelse i tiltak uten å oppnå jobb kan føre til en følelse av å mislykkes, noe som er demoraliserende og motvirker det opprinnelige målet om arbeidsinkludering.

Jeg tror at det er veldig veldig viktig at det tiltaket er det riktige. Og jeg vet ikke om jeg er oppdatert, men jeg har hatt inntrykk av at veldig mange tiltak har ikke vært det riktige [...] Så hvis det ikke har vært det, så er det forklaringen på hvorfor du må ha flere. Og jeg tror ... jo flere tiltak du har vært på, jo mer mislykka føler du deg. Det er en slags nederlagsgreie. Opplevelsen er at du kommer ikke videre selv om du får det ene tiltaket etter det andre. Og så vil jo veldig mange tiltak gjøre at du har fått en inntekt. Så hvis motivasjonen er at du skal ha noe å leve for, men ikke innholdet i hva du holder på med, så blir det heller ikke riktig.

Informantene understreket viktigheten av at tiltakene som tilbys for å hjelpe folk inn i arbeid, er tilpasset den enkeltes behov og situasjon: Å tilby skreddersydde opplegg øker sannsynligheten for at deltakerne lykkes. Og – som den ene informanten nevner her – hvis hovedmotivasjonen for å delta i tiltaket kun er å sikre seg en stabil økonomisk ytelse, er ikke det et godt utgangspunkt for å lykkes med et mer langsiktig arbeidsrettet løp. Motivasjonen for å delta i tiltaket bør være at det oppleves som relevant og meningsfullt, og at det gir deltakeren den nødvendige kompetansen for å komme i arbeid.

## 6.5 Satsing på de unge

Gjennom den nye ungdomsgarantien har det vært en økt satsing på og prioritering av unge i NAV. NAV-veilederne forteller om samarbeid med ungdomsteam og jobbspesialister på NAV-kontorer som er viktig for å forstå og støtte de unges spesifikke behov. NAV-kontorene har gjerne egne ungdomsteam som tar seg av unge som har falt ut av videregående skole, eller som står i fare for å gjøre det. Veilederne i disse teamene har en mindre portefølje av brukere som de følger opp. De benytter standardiserte kartleggingsverktøy for å sikre en grundig vurdering av behov. De mener at det sikrer at alle relevante aspekter av en ung persons situasjon, inkludert underliggende problemer som rus eller kriminalitet, blir vurdert, noe som er avgjørende for å tilby riktig støtte og tiltak.

Flere av informantene opplevde også at det var stor vilje fra arbeidsgivere til å hjelpe ungdommen ut i arbeid, slik at dette var en gruppe det var enklere å lykkes med:

I alle prosjekter som jeg har vært borti, som har vært ungdomsprosjekter, som har vært basert på at de skal ut i jobb og hvor man har tett samarbeid med arbeidsmarkedet, så har de arbeidsgiverne stått i kø. [...] Det er flere arbeidsgivere enn du klarer å bruke.

Det er ulike satsinger i NAV rettet mot å få unge i arbeid, som informantene opplevde som gode tiltak, og som også burde kunne overføres til andre grupper av brukere. Det ble blant annet nevnt IPS Ung samt et forsøksprosjekt ved NAV Trondheim med ungdomslønn til personer under 30 år som enten står uten jobb eller utenfor studier.<sup>8</sup>

Når jeg tenker på alle de historiene jeg har hørt om, om folk som står veldig langt fra arbeidslivet, som så fungerer i jobb – hvorfor får vi det ikke til med de andre da? Da tenker jeg det er fordi at de andre enten har hatt driven selv, eller de har hatt flaks kanskje. Eller så har det vært en type IPS-opplegg rundt dem som har hjulpet dem å finne rette veien. Det er derfor jeg tror det å kartlegge tidlig på en måte og jobbe og finne det rette for deg – hvis vi brukte mye mer ressurser på det tidlig – uansett om det er innvandrere eller ungdom eller hva det er – eller folk som har alvorlige psykiske lidelser – så ville vi få til flere.

## 6.6 Store porteføljer, ressurser og prioriteringer

Som en informant påpekte – for å få til god oppfølging og få tak i mulighetsrommet er det to ting som må ligge til rette: Man må ha tid, og man må ha kompetanse, det vil si beherske kunsten å lete etter behovene og få frem ressurser. Med stor portefølje opplever de at dette ikke alltid er mulig, og enkelte grupper prioriteres fremfor andre. NAV-veilederne fortalte at store porteføljer krever effektiv prioritering for å sikre at ressurser allokeres korrekt, og at sårbare grupper ikke

<sup>8</sup> <https://www.forskning.no/enkelt-forklart-finans-nav/her-kan-unge-folk-fa-noe-som-ligner-pa-borgerlonn-som-de-forste-i-norge/2322876>

overses. Personer med lav utdanning eller de som vanskelig lar seg engasjere for eksempel på grunn av problematikk knyttet til psykiatri eller rus, risikerer å «falle under radaren»:

Det er en erkjennelse av at store porteføljer krever prioritering, og det er ofte de med lav utdanning og som er vanskelige å få tak i, som kan falle under radaren hvis vi ikke tar spesielle grep for å sikre at de får den oppfølgingen de trenger.

En av informantene påpekte at satsingen på unge kunne gå på bekostning av andre grupper, da det resulterte i større porteføljer for de andre veilederne:

Det er begrenset hvor mye ressurser også en veileder på NAV-kontor kan ha. Særlig nå med ungdomsgarantien, hvor de kan ha 50 stykker under 30. Det fører til at en veileder vil ha mange flere over 30, fordi man skal ha færre for de som har under 30. Så det vil kunne gå utover de andre gruppene.

I målgruppen finner vi også en del som har utfordringer med rus. En veileder sa at denne gruppen er økende, og understreket at de kjenner til utfordringene, men at det er ressurskrevende arbeid.

Det er helt klart en gruppe som vi prøver å satse på nå, for vi ser at den vokser litt også. [...] Man må virkelig gå inn i dybden og lese seg godt nok opp for å se hva er blitt prøvd tidligere, hvilken behandling, hva var utfallet, hvorfor vil du ikke nå, hva skal til for å motivere.

## 6.7 For syk for kvalifiseringsprogrammet?

Informantene fortalte at spesielt mange innvandrere kommer inn i NAV via kvalifiseringsprogrammet (KVP) og sosialhjelp. KVP ble hos de fleste trukket frem som et bra tiltak som man med fordel kunne benyttet seg mer av. Blant annet ble oppfølgingen som følger KVP, trukket frem som positiv: NAV har ikke mulighet til å følge opp mottakere av AAP like tett som man har mulighet til oppfølging av deltakere i KVP. I KVP er det krav om innhold, og samtidig vil det bety en mer forutsigbar økonomisk situasjon enn om man skulle mottatt sosialhjelp, noe som gjør det mulig å fokusere på det å komme i jobb.

Men KVP krever en aktivitetsplan som involverer inntil 37,5 timer aktivitet i uken. Samtidig som det er ganske vidt hvordan «aktivitet» defineres, skal aktiviteten foregå i tilknytning til det programmet eller opplegget som brukeren har.

Det de [som behandler søknader] alltid lener seg mot, er at KVP skal ha en aktivitetsplan på 30 pluss timer i uken. Så det er et krav at du skal klare å gjennomføre aktivitet på minst 30 pluss timer i uka. Helst 37,5.

I tillegg påpekte en informant at det må være sannsynlig at aktuelle deltakere kan nyttiggjøre seg KVP, i betydningen at de kommer i arbeid innenfor en gitt tidsramme:

Men de må nyttiggjøre seg, slik at de når mål innenfor en viss tidsramme. Så det er ikke faktisk bare å innvilge KVP til de som har behov for det.

På grunn av dette kan helseutfordringer vurderes som en begrensning på deltakernes mulighet til å nyttiggjøre seg programmet, noe som kan føre til at de ikke får innvilget KVP. Veilederne opplever dermed at de ikke bare kan innvilge KVP selv om de ser behovet og mener brukeren oppfyller kravene i lovverket – man må også vurdere sannsynligheten for at deltakeren vil lykkes med å komme i arbeid etter programmet. Dette er en skjønnsmessig vurdering, noe som kan

innebære at personer som veileder mener oppfylder kravene i lovverket, likevel vurderes som for syke til å dra nytte av KVP og dermed ikke innvilges programmet.

## 6.8 Medikalisering av det arbeidsrettede løpet

Flere av informantene trakk frem paradokset med AAP: For å motta AAP må folk være syke, mens man samtidig må bli frisk for å komme ut i arbeid, men da mister man grunnlaget for stønaden.

Ja, man prøver å jobbe arbeidsrettet parallelt med det. I tiltakene skal man jo fortrinnsvis stort sett også jobbe mot arbeid. Om det er arbeidspraksis eller om du er i en AFT-bedrift eller noe sånt, så skal man jo jobbe mot arbeid. Det er jo hele veien målet her, å finne ut hva kan du gjøre på tross av helseplagene dine. Og så har det allikevel en form for en slagside – at man hele tida skal dokumentere at man er syk nok.

For i det du på en måte kaller deg frisk nok, så skal jo ytelsen din stoppe, ikke sant. Så det er en vanskelig balanse i det der, altså.

Jo mer sykdom er grunn til å få penger, eller et sosialt problem, så vil jo folk vektlegge problemet. Når du har systemer som vektlegger, som belønner problemfokus, så vil du bruke lengre tid, tenker jeg.

Når systemet vektlegger problemene, opplever de at også brukerne vektlegger dem. Det bidrar til at flere bruker lengre tid i systemet, og man får det de kaller et medikalisert oppfølgingsløp. På grunn av dette mente noen av informantene at AAP ikke alltid er den beste løsningen. Noen oppfattet også AAP som «et løp mot uføretrygd»:

Som AAP – det er jo en helseytelse. Så du blir kjørt inn i et sykdomsspor. Så er det ikke gitt at det nødvendigvis er det beste for alle. I hvert fall ikke for den gruppa unge.

Med en gang du kommer inn på AAP, så føles det kanskje litt som om du er i et løp mot uføretrygd. Og det er vel ikke alle vi ønsker å rute den veien.

I de fleste tilfellene, med mindre man har gode holdepunkter, tror jeg ikke det er så lurt å rette inn mot helserelaterte ytelser. Men det kan jo være unntak som man har oversett, så selvfølgelig, hvis man klarer å fange dem opp - kanskje de bør utredes for psykisk sykdom, hvis det finnes gode holdepunkter for det. Ellers er det vel bedre at de blir ivaretatt på annen måte mot arbeidslivet. Hvis det ikke er utgangspunkt og utsikt til arbeid, så er det ikke så mange som blir bedre av å få en mer gunstig helseytelse. Den forskjellen er kanskje ikke helt heldig, sånn sett, med utbetalingene.

## 6.9 Komplekst system

Administrative forhold kan gjøre det ekstra utfordrende for personer å navigere i et allerede fremmed system. «Manglende systemforståelse» var et begrep flere av informantene brukte. Dette gjelder både innvandrere og unge personer. Systemet er vanskelig å forstå, og spesielt de unge har kanskje enda mindre bakgrunn for å forstå hva man kan forvente seg, og hva man kan få hjelp til.

Altså systemforståelse sånn generelt, da. Det er jo dårligere blant unge og innvandrere. [...] At de mangler ofte en del av den systemforståelsen.



Digital kompetanse er også en forutsetning for å navigere i systemet, og ikke alle har den nødvendige digitale kompetansen som trengs.

Det ble også påpekt at systemet til tider kunne være vanskelig å forstå selv for dem som jobber i NAV:

Det blir tydeligere og tydeligere jo mer helhetlig vi klarer å jobbe i NAV – jo tydeligere ser jeg at vi bruker veldig mye tid på «systemene» og det er veldig vanskelig å forstå for folk utenfor – det er nesten umulig, selv folk inni systemet synes det er vanskelig å forstå.

## 6.10 Statlig versus kommunalt ansvar

Det opplevdes som en tyngre prosess for NAV-veiledere som jobber med kommunale ytelser, å søke inn folk på statlige tiltak, sammenlignet med dem som jobber primært med statlige tiltak. Det handler om kjennskap til systemet og til tiltakene da de ikke sitter like tett på som de som jobber med disse ytelsene. Og ytelsene legger rammen for den arbeidsrettede oppfølgingen som gis. Statlig ytelse ble også sett på som mer foretrukket:

For det er noe med at man ønsker jo også både at de skal ha rett til ytelse, men det er jo, ikke sant – statlig ytelse trumfer jo kommunal ytelse.

Kommunale ytelser – som KVP – kan være avhengig av det enkelte kontors økonomi og praksis. Flere av informantene viser også til at praksisen for tildeling av KVP kan variere mellom ulike NAV-kontorer, ofte basert på kontorets interne politikk og økonomi fremfor individets behov. Det kan være tilfeldig om man blir vurdert for å få kvalifiseringsstønning – mange flere kunne fått det, men det koster penger for kommunen. Dette kan igjen føre til inkonsistens i *hvilke* brukere som blir støttet.

Det gjelder de aller fleste tiltak – selv om man har sosial, [...] så kan man søke dem inn på de aller fleste tiltakene. Men – også er det et lite men her – og det er budsjetter og økonomi, for det vil gå fra kontorenes tiltaksbudsjetter. Så at det kan av og til være noen rene økonomiske rammer her da, som gjør at det er begrensninger på det.

Hvis det hadde vært statlig, kanskje ... så hadde ikke på en måte kanskje den der vurderingen av hvor mange plasser vi har ... Jeg tenker kanskje at det hadde vært litt annerledes, da [...] Altså man har budsjettet sikkert kommunalt med så og så mange. Og det kan styre litt hvordan de vilkårene kanskje vurderes, mistenker jeg.

## 6.11 Et inkluderende arbeidsliv?

I flertallet av samtalene vi hadde, ble det påpekt at for å lykkes må det være et arbeidsmarked som er villig til å ta imot disse gruppene. Det gjelder spesielt for innvandrere og de med lav utdanning. Dette er grupper som informantene opplever at det er vanskelig å formidle: De kan ofte ikke jobbe fulltid, de trenger tilpasninger, har lite utdanning og trenger også kompetanseheving. Innvandrere har i tillegg manglende språkkompetanse og kan ha mindre kjennskap til arbeidslivet i Norge. Parallelt med dette er det stadig større forventning fra arbeidsgiverne om hvilken kompetanse man skal komme inn med i bedriftene.

Hvis du har nedsatt arbeidsevne, og har lite utdanning i tillegg, så er ikke heller arbeidslivet vårt – eller arbeidsmarkedet – rigga heller, til å ta imot [...] Det er ikke veldig mange deltidsstillinger som blir lyst ut, det å skulle ha tilrettelegging, eller kompetanseheving på en arbeidsplass, og litt

avhengig av type tilrettelegging – det er en gruppe som er vanskelig å formidle. Og parallelt med det her så har vi en stadig økende forventning når man rekrutterer arbeidskraft, til hvilken kompetanse de skal komme inn med. Så man mangler veldig mange av disse yrkene som denne gruppa før gikk til. [...] Og for innvandrere har du gjerne språk i tillegg. Og hvis du plusser på det at du ikke kan jobbe fulltid og ikke kan yte maksimalt. Så det er noe med hvor er det du kommer på arbeidsgivers ønskeliste. Det er et ikke-eksisterende arbeidsmarked, hvis man skal være helt ærlig på det, i hvert fall på disse her graderingene med tilretteleggingsutfordringer i tillegg.

## 6.12 Dokumentasjon av psykiske helseproblemer

Målgruppen for AAP er personer hvis arbeidsevne er vesentlig nedsatt på grunn av sykdom eller skade. For å imøtekomme vilkårene må søkere dokumentere at deres arbeidsevne er nedsatt med minst 50 prosent. En av informantene forklarte:

Når en søknad om AAP mottas, vurderes det først om arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent. Dette er et absolutt krav for å kvalifisere for AAP, og hvis dette ikke er tilfellet, blir søknaden avslått.

Dette underbygger viktigheten av at personen har tilstrekkelig nedsatt arbeidsevne og har god dokumentasjon som støtter den helsemessige vurderingen.

Flere av informantene fortalte om hvordan personer med psykiske lidelser generelt kan ha utfordringer med å dokumentere arbeidsevnen for å møte vilkårene til AAP, fordi deres tilstander kan være mindre synlige og mer flyktige enn fysiske lidelser. Noen kan oppleve at deres psykiske tilstand ikke alltid blir like lett anerkjent som en tilstrekkelig nedsatt arbeidsevne. Dessuten kan variabilitet i symptomer gjøre det vanskelig å opprettholde konsistens i dokumentasjonen som kreves for AAP.

Å dokumentere psykiske helseproblemer kan i seg selv være problematisk. Samtidig fortalte informantene at mange med psykiske lidelser kan ha problemer med å oppsøke hjelp, møte til timer, følge behandling osv., da dette er en del av sykdomsbildet. Dette kan resultere i at mange med psykiske utfordringer blir feilaktig vurdert, eller at deres behov misforstås.

Også var det de som går på sosialhjelp, som mange ganger hadde diffuse plager, de klarte ikke komme seg til lege engang, sånn at det å få en diagnose var umulig, for de forholdt seg ikke til avtaler.

Samtalene dreide seg også om psykisk helse, spesielt blant innvandrere. Informantene opplevde utfordringer knyttet til hvordan psykiske lidelser oppfattes og behandles blant brukerne selv, og hvordan dette kan være en barriere for effektiv hjelp. Flere nevnte at for innvandrere kunne det være «kulturelt», at psykisk helse var noe de ikke snakket om, at det kunne være stigmatiserende, eller at de faktisk ikke hadde et språk for det. Samtidig la det ekstra press på veilederne for å avdekke hva det egentlig dreide seg om:

På samme måte som at vi ser at veldig ofte innenfor innvandrergruppa, er det også veldig vanlig, så er det den fysiske helsen som vi snakker om. Men at det egentlig er psykisk, men du får det i «vondt i ryggen» eller «skuldre» ... Og så holder de så hardnakka på at ... «Men det er smerter her». Og så blir det litt sånn vår jobb, egentlig skulle det kanskje vært helsevesenet, men det blir jo litt vår også jobb å gå inn og pirke litt i det.

Nei, men vi får jo erklæringer fra fastlegen og sånn iblant, og det er jo ikke sjelden at fastlegen tar tak i akkurat dette her. At de ser at her er det egentlig noe psykisk, han sier han har vondt i

magen, men så er det egentlig hodet som er problemet. Iblant så får de vel vedkommende til å gå med på det, men kanskje andre ganger ikke. Og da er det vanskelig for oss å fange det opp, hvis de ikke vil la seg utrede på grunn av psykiske ting, at det ikke fins i kulturen eller et eller annet, på samme måte som i Norge.

En annen utfordring som kom til uttrykk, var mangel på spesialiserte støtteressurser og veiledere som har tilstrekkelig opplæring i å gjenkjenne og forstå det komplekse spekteret av psykiske lidelser.

Når det gjelder unge mennesker som sliter med å kvalifisere seg for ytelser som AAP, ble det trukket frem at mange unge selv ikke er klar over egne underliggende problemer som psykisk helse og rusmisbruk. Det kan også dreie seg om at NAV ikke tilstrekkelig anerkjenner deres kognitive utfordringer, selv om de er identifisert gjennom pedagogisk-psykologisk tjeneste. En fortalte også at en stor del av ungdommene har hatt kontakt med psykisk helsehjelp, men at tjenestene fra distriktpsikiatriske sentre ofte avsluttes for raskt, noe som etterlater dem uten nødvendig støtte. Ifølge en av informantene er det også en utbredt oppfatning blant ungdom at å ha en psykolog signaliserer at man er «gal» eller har alvorlige psykiske lidelser. Dette stigmaet kan hindre dem i å søke eller akseptere hjelp.

Mange søker uføretrygd etter perioden med AAP, og overgangen fra AAP til uføretrygd er en kritisk fase. Dokumentasjonen av behandling og sykdomshistorikk spiller en avgjørende rolle i denne prosessen. Som det ble påpekt:

Personer som går over til uføretrygd kommer ofte fra AAP. Avslag på uføretrygd kan skyldes at behandlingskravet ikke er oppfylt.

Dette fremhever behovet for tilstrekkelig og formell dokumentasjon av behandlinger, og noen pasienter kan altså ha utfordringer med å oppfylle dokumentasjonskrav på grunn av mentale eller mer diffuse helseutfordringer.

## 6.13 Migrasjonshelse

Flere fortalte at for innvandrere er det utfordringer når det gjelder å få kartlagt og dokumentert både fysisk og psykisk helse, både på grunn av diffuse helseplager og på grunn av manglende norskkunnskaper. «Migrasjonshelse» ble trukket frem av flere informanter som noe man manglet kunnskap om i systemet. Det kan være snakk om komplekse problemer knyttet til det å ha vært på flukt eller psykiske traumer som kan gi seg utslag i ulike fysiske problemer, eller som kan gi ulike symptomer flere år etter traumet.

En stor del av denne gruppa her har ofte generelle smerteproblemer som er mer diffuse, det gjør ofte at de ikke kommer inn på generelle helseytelser, for det er ikke konkret nok eller blir ikke godt nok kartlagt. Det er en del kultur i det også – dette med å oppsøke lege, kommunikasjon med lege, også er det systemforståelse. Så det er et sammensatt bilde.

Migrasjonshelse kan være vanskelig å forstå for veiledere i NAV. De fortalte om psykisk helse som setter seg i kroppen og kan gi utslag flere år etter traumet, i tillegg er det ofte språkproblemer. Ofte leder det ikke til AAP fordi det blir for diffust. Dokumentasjonen man får inn fra lege, kan også være tilsvarende vag. Det blir da vanskelig for veileder å avgjøre om man er mer eller mindre enn 50 prosent arbeidsfør. For å kunne kartlegge denne type helseplager ble det påpekt at det trengs mer kunnskap og oppmerksomhet rundt denne tematikken.

## 6.14 Oppsummering kvalitative intervjuer

De kvalitative intervjuene ga en dypere forståelse av utfordringer personer med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd og lønn står overfor, slik ansatte i NAV og forskere ser det. Informantene våre ble valgt ut fra deres kjennskap til NAV-systemet, de ulike ytelsene og mulig oppfølging de tre gruppene kan motta fra hjelpeapparatet. Gjennom intervjuene fikk vi informasjon som kan bidra til å kaste lys over funnene fra den kvantitative analysen, synliggjøre utfordringer og identifisere nødvendige endringer for å sikre et tilbud som møter gruppens behov.

Informantene pekte på mulige forklaringer på at disse tre gruppene hadde større risiko for å stå uten AAP, uføretrygd eller lønn. De fremhevet flere utfordringer som bidro til at de havnet i denne situasjonen. På individnivå var langvarig lav og uforutsigbar inntekt samt ustabile og vanskelige boforhold store hindringer for å jobbe arbeidsrettet. Psykiske helseproblemer var også en betydelig utfordring, da de ofte var vanskelige å kartlegge, følge opp og dokumentere. For innvandrere var utfordringer med helse, dårlige norskkunnskaper og manglende grunnkompetanse spesielt fremtredende. Informantene mente at alle disse utfordringene ofte var forårsaket av strukturelle forhold, som manglende ytelser som sikret langvarig og stabil inntekt, og utilstrekkelig norskopplæring og/eller grunnopplæring. I tillegg var det mangel på kompetanse og oppfølging knyttet til psykisk helse. På systemnivå handlet utfordringene om tiltak som ikke var tilpasset brukernes behov, store porteføljer og prioritering av ressurser på NAV-kontorene. Systemet ble beskrevet som komplekst, med medikaliserte trygdeløp og ustabil tilgang til kommunale tiltak på grunn av lokale budsjetter og prioriteringer. I tillegg var arbeidslivet generelt utilgjengelig for disse gruppene.

De viktigste endringene som ble fremhevet i intervjuene, var behovet for mer forutsigbar og tilstrekkelig inntektssikring og tiltak som er bedre tilpasset gruppene – spesielt innvandrere med dårlige norskkunnskaper og manglende grunnkompetanse. Informantene understreket også viktigheten av tidlig behovsavklaring og økt kompetanse om psykisk helse generelt og migrasjonshelse spesielt. Skillet mellom kommunale og statlige ytelser ble problematisert, og det ble pekt på et behov for mer likeverdighet og forutsigbarhet knyttet til kommunale ytelser.

## 7 Oppsummering og anbefalinger

Målgruppen for denne studien er personer med behov for en mer omfattende arbeidsrettet oppfølging for å delta i arbeidslivet og som dermed er registrert i NAV sine systemer med nedsatt arbeidsevne. Videre mottar de verken AAP eller uføretrygd, og de har heller ikke inntekt i form av lønn. Formålet har vært å kartlegge hvilke utfordringer disse har med tanke på en overgang til arbeidslivet, hvordan de sikres inntekt til livsopphold, og hvilken oppfølging de får fra hjelpeapparatet.

Grunnlaget for kartleggingen er lagt ved analyser av data fra administrative databaser og kvalitative intervjuer med fagpersoner og ansatte i NAV. I dette kapittelet oppsummerer vi hovedfunnene. I tillegg gis det anbefalinger som vi mener kan bidra til å sikre den økonomiske situasjonen for målgruppen og legge til rette for en arbeidsrettet oppfølging som møter deres behov for bistand. Oppsummeringen og anbefalingene er basert på resultatene fra analyser av empirien vi har hatt til rådighet, og informasjon fra en gjennomgang av offentlige dokumenter som beskriver utformingen og gjennomføringen av den aktive arbeidsmarkedspolitikken, samt relevant forskningslitteratur fra de siste ti årene. Disse anbefalingene gir ikke forslag om nye typer inntektssikring eller arbeidsmarkedstiltak, men er rettet mot å tilpasse forvaltningen av eksisterende ytelser samt gjennomføringen av den arbeidsrettede oppfølgingen slik at den blir bedre tilpasset målgruppens behov.

### 7.1 Hvem utgjør målgruppen?

Det er tre undergrupper som i all hovedsak utgjør målgruppen for analysene: i) personer med innvandrerbakgrunn, ii) unge under 25 år og iii) personer med lav fullført utdanning som er 25 år eller eldre og ikke har innvandrerbakgrunn.

Gjennomgangen av offentlige dokumenter siste ti år viser at personer i disse tre undergruppene har vært prioritert for innsats gjennom den aktive arbeidsmarkedspolitikken i lang tid. Det er en klar intensjon fra myndighetenes side om å bidra til å inkludere innvandrere, unge og personer med lav kompetanse som har vært uten jobb i en lengre periode («har hull i CV-en»), i arbeidslivet. Disse prioriteringene er også nedfelt i føringene fra AID til NAV gjennom tildelingsbrev og i styringssignalene som videre sendes fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og ut til fylkesnivået i NAV gjennom mål- og disponeringsbrev:

Disse gruppene skal fortsatt prioriteres for arbeidsrettet bistand: Unge under 30 år, langtidsledige, innvandrere fra land utenfor EØS-området (landgruppe 3) og personer med nedsatt arbeidsevne, herunder mottakere av AAP.

Fra mål- og disponeringsbrev 2023 til NAV Fylke/Region

Felles for de tre undergruppene er at de omfatter personer med utfordringer som gjør at veien tilbake til ordinært arbeid kan være lang. Hva slags utfordringer dette er, og hvilke behov de dermed har for arbeidsrettet bistand og kompetanseheving, varierer imidlertid. Basert på resultatene fra vår studie løfter vi videre frem noen av utfordringene med inntektssikring og oppfølging fra NAV og gir noen anbefalinger som kan bidra til å redusere de barrierene som står mellom arbeidslivet og personene med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd og lønn.

## 7.2 Hvordan kan nødvendig livsopphold sikres?

### 7.2.1 utfordringer knyttet til manglende inntektssikring

Det som avgrenser målgruppen for prosjektet fra andre med tilsvarende bistandsbehov fra NAV, er at de verken mottar AAP, uføretrygd eller lønn. Den deskriptive analysen viste at det var store forskjeller i medianinntekten per forbruksenhet i husholdningene hvor disse personene er registrert. Sammenlignet med andre med nedsatt arbeidsevne var inntekten markant lavere, særlig for dem som bor i énpersonshusholdninger, og blant innvandrere uansett familietype. For de uten AAP, uføretrygd eller lønn som inngår i disse to gruppene, lå median husholdningsinntekt under hva SSB definerer som lavinntektsgrense. Den økonomiske situasjonen var spesielt utfordrende for dem med innvandrerbakgrunn; over 60 prosent forble uten helserelaterte ytelser og lønn i minst tre år, og over halvparten, 57 prosent, bodde i husholdninger med barn under 16 år.

Informantene bekreftet at flere i målgruppen var i en uforutsigbar og sårbar økonomisk situasjon. I forlengelsen av dette ble det understreket at det å jobbe mot en overgang til arbeidslivet under slike forhold var svært vanskelig. Langvarig lav og uforutsigbar inntekt vil ha en negativ innvirkning på fremdriften i deres arbeidsrettede løp. Økonomiske utfordringer påvirket både planleggingen av og forløpet til det arbeidsrettede løpet. Tidligere forskning viser da også at økonomiske bekymringer kan ha en negativ innvirkning på kognitive funksjoner. Ishikawa (2019) og Mani et al. (2013) bekrefter dette; belastningen ved å leve med fattigdom fører både til dårligere beslutningstaking og reduksjon i den kognitive ytelsen. Disse negative effektene blir gjerne forklart ved at økonomiske bekymringer tapper individer for mentale ressurser. Empiriske studier støtter denne teorien. For eksempel fører byrden av studielån til svekkede akademiske prestasjoner og kognitiv funksjon hos studenter (Destin & Svoboda, 2018). Mullainathan og Shafir (2013) viser også hvordan stress reduserer evnen til å jobbe med langsiktige mål, og heller gjør at man bruker energien på mange akutte små problemer. Disse studiene fremhever et viktig poeng. For at NAVs arbeidsrettede oppfølging og tiltak skal ha ønsket effekt, må det legges til rette for en forutsigbar og tilstrekkelig inntektssikring. Dette var også et poeng informantene våre fremhevet.

Analysene viste at årsakene til forskjellene i inntektsnivå var at de som ikke oppfylte vilkårene til AAP eller uføretrygd, i stor grad var avhengige av økonomisk sosialhjelp som inntektskilde. Skuland et al. (2024) har vurdert hva som er et forsvarlig livsopphold i dagens Norge, og konkluderer med at de nåværende veiledende satsene for sosialhjelp ikke sikrer et forsvarlig livsopphold for mottakerne. Å leve nær eller under økonomiske minimumsgrenser over en periode på tre år påvirker både livskvaliteten og mulighetene for økonomisk inkludering for enkeltpersoner og familier. Den gruppen som ifølge vår analyse hadde størst risiko for å havne i en slik situasjon, var innvandrere med nedsatt arbeidsevne.

Innvandrergruppen i analysen vår bestod hovedsakelig av personer med bakgrunn fra et asiatisk eller afrikansk land (82 prosent), som enten var flyktninger eller kom som følge av familiegjenforening. Over 80 prosent av dem hadde bodd i Norge i mer enn fem år. Blant de innvandrerne som ikke mottok sosialhjelp, var kvalifiseringsstønad en viktig inntektskilde. Denne stønaden følger deltakelse i kvalifiseringsprogrammet (KVP), som flere informanter fremhevet som et aktuelt tiltak for personer uten helserelatert ytelse og med behov for arbeidsrettet bistand. Det ble imidlertid beskrevet utfordringer med tanke på rekrutteringen til programmet.

Når NAV vurderer deltakelse i KVP og dermed innvilgelse av kvalifiseringsstønning, er det et krav at deltakerne må gjennomføre aktiviteter i minst 30 timer per uke. I tillegg vurderes kandidatens mulighet til å nyttiggjøre seg programmet. Enkelte i målgruppen med helseproblemer kan dermed falle mellom to stoler; de vurderes av NAV som for friske for AAP, men for syke for KVP. Denne situasjonen oppstår når personer ikke oppfyller vilkåret for AAP om at arbeidsevnen er nedsatt med mer enn 50 prosent, men helseproblemene anses som for store til at deltakelse på KVP vil bidra til å øke mulighetene for å komme i arbeid. Vurderingene av hvilke brukere som kan nyttiggjøre seg programmet, kan også variere mellom NAV-kontorer (Riksrevisjonen, 2019).

## **7.2.2 Anbefalinger for å sikre nødvendig livsopphold**

### **i Forutsigbar inntekt gjennom sosialhjelp for personer i et arbeidsrettet løp**

Personer med nedsatt arbeidsevne som ikke har lønn, og som ikke har rett på eller er innvilget folketrygdytelsene AAP og uføretrygd, er i stor grad avhengige av kommunale ytelser som inntektssikring, og da særlig økonomisk sosialhjelp. Denne ytelsen er tidsbegrenset og behovsprøvd, noe som betyr at NAV løpende vurderer den enkeltes rett til støtte, basert på inntekter, utgifter og eventuelle eiendeler. Dette gjør den økonomiske situasjonen uforutsigbar. Våre analyser viser også at den disponible inntekten er markant lavere enn for dem med nedsatt arbeidsevne som oppfyller vilkårene for AAP og uføretrygd. Siden en stor andel forblir avhengige av sosialhjelp over tid, vil det være nødvendig å se på tiltak som sikrer stabile utbetalinger, i perioden hvor mottakerne får oppfølging og tiltak fra NAV. Hvis ytelsen i tillegg skal oppfylle formålet om å sikre nødvendig inntekt til livsopphold for personer som er på vei tilbake til arbeidslivet, kreves det en gjennomgang av satsene for sosialhjelp til personer i arbeidsrettede løp. Dette kan bidra til økt vektlegging av kvalifisering og jobbsøking, som igjen bedrer forutsetningene for å komme i jobb og forsørge seg selv.

### **ii Økte satser for tiltakspenger**

En alternativ inntektskilde for dem med nedsatt arbeidsevne som deltar på et av arbeidsmarkedstiltakene NAV forvalter, men som ikke mottar AAP, uføretrygd eller lønn, er tiltakspenger. Denne økonomiske støtteordningen er ment å dekke nødvendige levekostnader for deltakere på arbeidsmarkedstiltak. Størrelsen på tiltakspengene varierer etter deltakerens alder, forsørgeransvar og antall dager per uke de deltar i tiltaket. I tillegg til tiltakspengene kan deltakerne få dekket utgifter til reise, kost og losji, dersom disse utgiftene er nødvendige for å delta i tiltaket. Den daglige satsen for tiltakspenger er fra 1. januar 2024 satt til 285 kroner. Tilbakemeldingen fra veilederne ved NAV-kontorene indikerer at dette beløpet er langt fra tilstrekkelig for å dekke nødvendige levekostnader. For å sikre at deltakere i arbeidsrettede tiltak har tilstrekkelig inntekt til å dekke sine grunnleggende behov og dermed motiveres til aktiv deltakelse i arbeidsrettede oppfølgingsløp, bør satsene på tiltakspenger gjennomgås.

### **iii Lettere og lik tilgang til kvalifiseringsprogrammet (KVP)**

En annen mulighet for å sikre økonomisk stabilitet for personer som ikke kvalifiserer for de helserelaterte ytelsene som AAP og uføretrygd, er gjennom deltakelse i kvalifiseringsprogrammet (KVP). KVP gir en forutsigbar inntekt og større økonomisk sikkerhet gjennom kvalifiseringsstøtningen. Programmet gir også tett oppfølging av deltakerne, noe som skal bidra til

mer tilpassede arbeidsrettede løp hvor deltakerne kan konsentrere ressurser og innsats på kompetansebygging og arbeidstrening. Også evalueringer av KVP har vist positive effekter på senere yrkesdeltakelse (Markussen & Røed, 2016), noe som forsterker et argument om å legge til rette for at flere får muligheten til å delta i programmet.

Dette er i tråd med forslaget fra Hageberg et al. (2023) om å forenkle tilgangen til KVP. I tillegg til økte ressurser til kommunene vil dette kreve føringer for NAV-kontorenes skjønnsutøvelse i rekrutteringen til programmet. For eksempel bør helsemessige utfordringer som grunnlag for avslag ses i sammenheng med om personen vil få innvilget AAP. En slik endring kan sikre at færre havner i en utfordrende økonomisk situasjon.

KVP krever ressurser. Bistanden som ytes, og stønaden finansieres direkte fra kommunenes egne budsjetter. Dette kan føre til at kommuner med bedre økonomi har mulighet til å tilby programmet til flere, mens kommuner med strammere budsjetter må være mer restriktive. En person med nedsatt arbeidsevne vil med andre ord få lettere tilgang til kvalifiseringsprogrammet i en kommune med god økonomi, mens en person i en økonomisk presset kommune kan oppleve strengere vurderinger og mindre tilgjengelige plasser. Derfor bør det også vurderes å standardisere kriterier og prosedyrer for innvilgelse av KVP med tilhørende kvalifiseringsstønad, for å dempe effekten av ulik kommuneøkonomi på tjenestetilbudet. Dette kan bidra til større grad av likeverdige tjenester og ytelser.

## 7.3 Hvordan kan lik tilgang til helserelaterte ytelser sikres?

### 7.3.1 Utfordringer med å imøtekomme vilkårene for AAP og uføretrygd

I kapittel 7.2 ble det gitt tre anbefalinger for å sikre inntekten til dem med nedsatt arbeidsevne som ikke mottar AAP, uføretrygd eller lønn. Årsaken til manglende innvilgelse av de to ytelsene kan være at det ikke er helsemessige utfordringer som ligger til grunn for redusert arbeidsevne, eller at arbeidsevnen ikke vurderes som redusert med mer enn 50 prosent. Vår analyse har imidlertid synliggjort at for noen kan manglende dokumentasjon av helseproblemer, svak systemkompetanse og NAVs vurdering av foreliggende dokumentasjon føre til at de ikke får AAP eller uføretrygd. Dette gjelder særlig personer med innvandrerbakgrunn.

Manglende dokumentasjon har sammenheng med bruken av helsetjenester. Innvandrere med nedsatt arbeidsevne uten helserelaterte ytelser eller lønn mottar i mindre grad helsemessig oppfølging sammenlignet med de andre gruppene, spesielt innen psykisk helsevern. Dette kan skyldes at det er mindre helseproblemer i denne gruppen, men tidligere forskning gir lite støtte til denne hypotesen. I Norge er dårlig helse mer utbredt blant innvandrere enn i befolkningen generelt (Kjøllesdal et al., 2023). Selv om helsen generelt svekkes med alderen, starter denne prosessen tidligere for innvandrere enn for norskfødte (Kjøllesdal et al., 2019). Mange flyktninger har også opplevd traumer og kan ha både fysiske og psykiske lidelser som påvirker deres evne til å delta i arbeidslivet (Hardoy & Zhang, 2019). I levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 ga innvandrere fra tolv land en egenvurdering av den generelle helsetilstanden sin og spesifikt om psykiske helseplager. Alt i alt vurderte innvandrerne sin egen helse noe dårligere enn befolkningen ellers, og de rapporterte om mer psykiske helseplager. Dette gjelder spesielt innvandrere fra land hvor de fleste har kommet til Norge som flyktninger (Blom, 2017).



Informantene som deltok i intervjuene våre, løftet frem flere faktorer som forklaring på hvorfor en så liten andel av personer i innvandrerguppen hadde kontakt med psykisk helsevesen: språkbarrierer, manglende kunnskap om tilgjengelige tjenester og kulturelle forskjeller i hvordan psykisk helse oppfattes og håndteres. Dette samsvarer med tidligere forskning om innvandreres møte med offentlige tjenester generelt og helsevesenet spesielt. Flere studier viser at språkvansker gjør det vanskelig for denne gruppen å få tilgang til adekvate helsetjenester, og at stereotypiske antakelser innen helsevesenet kompliserer situasjonen ytterligere (Czapka et al., 2019; Söderström, 2014).

Med manglende systemkompetanse mener vi manglende kunnskap om det norske velferdssystemet og søknadsprosessene for ytelser og tjenester. Informantene trakk også her frem språkferdigheter som en mulig barriere mot at innvandrere med nedsatt arbeidsevne får AAP eller uføretrygd. Dette bekreftes i rapporten *Avmakt og tillit* av Friberg et al. (2024), som undersøker somalisk- og arabisktalende brukeres møter med NAV og de utfordringene de møter, spesielt knyttet til språk og utdanningsbakgrunn. Dette er brukere med svake norskerferdigheter og lite formell utdanning som har vanskeligheter med å forstå og navigere i NAV-systemet.

De siste årene har NAV vært i en kontinuerlig prosess med å utvikle og forbedre sine digitale tjenester. Målet har vært å gjøre tjenestene mer tilgjengelige, brukervennlige og effektive for brukerne. Fossetøl et al. (2020) viser imidlertid at personer med språkproblemer, analfabetisme eller sosiale problemer ofte hindres i å søke og motta adekvat hjelp i et stadig mer digitalisert hjelpeapparat. De finner at brukerne som opplever de største vanskelighetene, står overfor betydelige hindringer. Disse brukerne sliter med å logge seg inn på NAVs systemer, har problemer med å forstå språket i vedtakene og finner det utfordrende å følge kommunikasjonen. Også unge gir uttrykk for problemer med å forstå språket til NAV. Selv om de har digitale ferdigheter, gjør dette det vanskelig å sette seg inn i de aktuelle forskriftene og lovene som ligger til grunn for tjenester og ytelser (Finne et al., 2023).

I de kvantitative analysene beregnes sannsynligheten for at personer med nedsatt arbeidsevne mottar AAP eller uføretrygd, kontrollert for faktorer som kan påvirke om personene oppfyller vilkårene for disse ytelsene. Resultatene viser at selv kontrollert for oppfølging fra helsevesenet (som indikerer at personene har helseutfordringer som kan dokumenteres), har innvandrere markant lavere sannsynlighet for å motta AAP og uføretrygd sammenlignet med andre grupper. Dette viser at det bør rettes søkelys mot hvordan NAV vurderer brukernes arbeidsevne.

Informantene i NAV uttrykte at dokumentasjonen av helsen noen ganger kan oppleves som fragmentert. Helseutfordringene er ofte sammensatte, men diffuse, noe som gjør det utfordrende for veilederne å fastslå om arbeidsevnen faktisk er nedsatt med mer enn 50 prosent. Det etterspørres derfor mer bevissthet og kompetanse rundt temaet «migrasjonshelse», det vil si helseutfordringer spesifikt knyttet til det å ha flyktet og hvordan dette påvirker arbeidsevnen. Med dagens vurderingspraksis risikerer NAV å avvise søknader om helserelaterte ytelser fra personer som faktisk oppfyller vilkårene.

De observerte forskjellene kan også ha sammenheng med at de med AAP og uføretrygd har mer «verdige» diagnoser og tilstander enn dem uten de to helserelaterte ytelsene. Dette kan gjelde alle de tre gruppene, ikke bare innvandrerne. Tidligere studier har identifisert et «prestisjehierarki» innenfor medisinsk oppfølging, hvor sykdommer som hjerteinfarkt, leukemi og hjernesvulst rangeres høyest, mens lidelser som fibromyalgi og angstnevrososer rangeres lavest (Album & Westin, 2008; Grue et al., 2015). Dette «prestisjehierarkiet» påvirker prioriteringene som gjøres, og kan føre til både ulikt omfang og ulik kvalitet på behandlingen (Album & Westin, 2008; Grue et al., 2015). Videre har forskning på kroniske sykdommer og funksjonshemninger

vist at somatiske tilstander som kan behandles medisinsk, plasseres høyere i hierarkiet enn tilstander som er permanente eller har psykiske årsaker. Dette kan forklare ulikheter i helseoppfølging (Grue et al., 2015). Dette er faktorer som kan gi seg utslag i ulik dokumentasjon av helseutfordringer og dermed kan påvirke vurderingen av arbeidsevnen fra NAV.

### **7.3.2 Anbefalinger for å sikre lik tilgang til AAP og uføretrygd**

#### **i Bedre innvandreres tilgang til psykiske helsetjenester**

Vår analyse bekrefter det tidligere forskning også viser: Det er et betydelig behov for å forbedre tilgangen til psykisk helsevern for innvandrere i Norge. For å møte dette behovet kreves det en bred tilnærming som omfatter økt kompetanse for å tilby kulturelt tilpassede tjenester, bedre informasjon om tilbudet fra helsetjenestene på flere språk og målrettede tiltak for å overvinne de barrierene som mange innvandrere møter når de skal håndtere psykiske helseproblemer.

#### **ii Kompensere for manglende systemkjennskap og kompetanse på digitale løsninger**

Forskningen har altså vist at søknadsprosessen for å få innvilget ytelser kan oppleves som komplisert, med mange skjemaer og dokumentasjonskrav som kan være vanskelige for enkelte brukere å forstå og oppfylle. I tillegg er regelverket for NAV-ytelser omfattende og komplekst, noe som gjør det vanskelig for søkerne å forstå sine rettigheter og plikter. Disse utfordringene kan være spesielt store for innvandrere med begrensede norskkunnskaper. NAV har i flere år jobbet med økt brukervennlighet i digitale løsninger og å kommunisere med brukerne på en mer forståelig måte, men dette viser at det er behov for ytterligere forbedringer både i regelverk, system og kommunikasjon.

#### **iii Økt bevissthet og kompetanse om migrasjonshelse i NAV**

For å sikre innvandrere samme tilgang til AAP og uføretrygd er det behov for å utvikle retningslinjer for hvordan man vurderer dokumentasjon av migrasjonsrelaterte helseplager og arbeidsevne. Mange innvandrere har komplekse helseutfordringer, inkludert psykiske helseproblemer, som kan være vanskelige å dokumentere på en måte som tilfredsstillende NAVs krav. Fra NAV-veiledernes side kan plagene oppleves som diffuse, og dokumentasjonen oppleves som fragmentert, noe som gjør det utfordrende å fastslå om arbeidsevnen faktisk er nedsatt med mer enn 50 prosent. Dette, i kombinasjon med en praktisering av regelverket for helserelaterte ytelser preget av en «enten-eller forståelse og streng fortolkning av hva som regnes som legitime helseutfordringer» (Friberg et al., 2024), kan resultere i at personer med innvandrerbakgrunn ikke innvilges ytelser de har rett på. For å imøtekomme disse utfordringene er det nødvendig med tiltak som øker bevisstheten og kompetansen om migrasjonsrelaterte helseproblemer blant veilederne i NAV samt i helsetjenesten generelt.

## 7.4 Hvordan kan målgruppens behov for arbeidsrettet oppfølging imøtekommes?

### 7.4.1 Utfordringer i den løpende oppfølgingen

Både resultatene fra de kvantitative analysene og tilbakemeldingene fra informantene viser at innvandrere, langtidsledige og unge med nedsatt arbeidsevne og uten AAP, uføretrygd og lønn har sammensatte utfordringer. Felles for de tre gruppene er at de har lav formell kompetanse, med mange som ikke har fullført utdanning utover ungdomsskole, og begrenset arbeidserfaring de tre siste årene før NAV-forholdet startet. Mangelen på formell kompetanse er den største barrieren mot deltakelse på arbeidsmarkedet, noe som også bidrar til mer langvarige NAV-løp. I tillegg har mange levekårsutfordringer knyttet til økonomi, bolig og familieforhold. En situasjon preget av uforutsigbar inntekt, mangel på fast bolig og vanskelige familære relasjoner påvirker også fremdriften til det arbeidsrettede løpet. Dette understreker behovet for langvarig oppfølging med tett bistand fra veiledere for å oppnå en vellykket overgang til ordinært arbeid.

I intervjuene ble også innvandrerspesifikke utfordringer nevnt, spesielt barrierer som følger av manglende språkkompetanse og kulturforskjeller. Våre informanter knyttet dette i stor grad til kompetansekrav i arbeidslivet og begrenset kontakt med helsevesenet, men kom ikke inn på hvordan det påvirker oppfølgingen fra NAV. Tidligere studier har imidlertid vist at språk og kultur både kan påvirke tjenestetilbudet til innvandrere i NAV og veiledernes evne til å tilby målrettet hjelp (Bråthen, 2020). Volckmar-Eeg (2020) hevder språkbarrierer blir sett på som en diskvalifiserende faktor som hindrer tilgang til relevante tjenester og ytelser. I tillegg blir «kultur» benyttet som en restkategori i NAV-systemet, som favner komplekse og sammensatte utfordringer som veilederne ikke nødvendigvis har verktøy til å jobbe med. Denne kategoriseringen er uttrykk for en institusjonell praksis, som både fører til avhengighet av sosialhjelp og reduserer utsiktene til overgang til lønnet arbeid.

Som nevnt legger de overordnede føringene til rette for å prioritere alle de tre undergruppene. Veilederne ga imidlertid uttrykk for at i praksis var det enklere å prioritere unge og til en viss grad personer med innvandrerbakgrunn enn den tredje gruppen – personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere. Våre analyser viser at mange i denne undergruppen har lang historikk i NAV, med flere registrerte NAV-løp. Veilederne beskriver at dette ofte er personer som ikke aktivt oppsøker hjelp selv, og at de ikke har kapasitet til å prioritere oppfølging og veiledning. Dette resulterer i passive perioder, helt til brukerne selv oppsøker kontoret for å få bistand, noe som gjør det utfordrende å sikre fremdrift i et arbeidsrettet løp.

### 7.4.2 Utfordringer knyttet til tilbudet av arbeidsrettede tiltak

Den kvantitative analysen av deltakelsen på arbeidsmarkedstiltak viste at langt de fleste i innvandrergruppen og blant de unge hadde deltatt på ett eller flere arbeidsmarkedstiltak i løpet av perioden de var registrert i NAV. Dette innebærer at de fleste tilbys opptrening, arbeidstrening eller praksis gjennom de ulike tiltakstypene NAV har til rådighet. Dette samsvarer med prioriteringene som gis i tildelingsbrev fra AID til NAV og mål- og disponeringsbrev til fylkesnivået. Tiltaksdeltakelse alene er imidlertid ikke et tilstrekkelig mål på om oppfølgingen ivaretas på en hensiktsmessig måte. For å vurdere dette må man se på om deltakelse på tiltak fører til økte muligheter for å komme ut i arbeid.

Evalueringsforskningen de siste ti årene gir ikke et entydig svar. Ulike tiltak har ulik effekt på overgangen til arbeid, og effektene varierer for ulike grupper. Tiltak i kategorien arbeidspraksis,

som omfatter arbeidsforberedende trening (AFT) og arbeidstrening, er de mest benyttede av personer med nedsatt arbeidsevne uten AAP, uføretrygd og lønn. Oslo Economics og Frischsenteret (2024) finner at arbeidsforbedrende trening har negative effekter på deltakernes arbeidstilknytning. Sammenlignet med personer som var registrert i innsatsgruppene standardinnsats og situasjonsbestemt innsats ved første registrering i NAV, har arbeidstrening svakere effekter for personer som startet løpet registrert med nedsatt arbeidsevne. Selv om det er knyttet forbehold til hvordan denne effekten er estimert, antyder resultatene at det er rom for bedre tilpasning av innholdet i de to tiltakene til deltakernes behov.

I de kvalitative intervjuene ga informantene uttrykk for at mange av tiltakene nettopp ikke imøtekommer behovene til potensielle deltakere. Innvandrerguppen ble ofte brukt som eksempel. Selv om mange hadde gjennomført introduksjonsprogrammet for nyankomne innvandrere, manglet flere det som veilederne anså som nødvendige ferdigheter i norsk, formell kompetanse på grunnskolenivå og innsikt i norsk samfunnsliv. I tillegg hadde mange en uavklart helsesituasjon. Disse utfordringene opplevde flere informanter at ikke ble tatt tak i i de statlige tiltakene de hadde tilgjengelig.

Hageberg et al. (2023) gjennomførte en grundig analyse av hvilke utfordringer som møtte en gruppe på mellom 12 000 og 39 000 innvandrere i Norge, med lav kompetanse i norsk, manglende formell utdanning og begrenset relevant arbeidserfaring. Forskerne avdekket at de kvalifiseringstilbudene som finnes, ikke fullt ut møter behovene til denne gruppen. Dette skyldtes både mangel på tiltak og programmer som integrerer norskopplæring, arbeidspraksis og grunnopplæring, samt at tilbudene ofte kan være utilgjengelige for dem med størst behov.

Mangelen på et relevant, arbeidsrettet opplærings- og praksistilbud kan føre til avbrutte og mislykkede tiltaksløp. Informantene påpekte også at tiltak som ikke oppleves som direkte relevante for jobbmulighetene for deltakerne, kunne virke demotiverende. Resultatløse, korte og gjentatte praksisperioder på samme eller lignende arbeidsplasser fører til en følelse av manglende mestring, lav motivasjon og mistillit til NAVs evne til å bistå dem i å komme i arbeid. Samtidig kan deltakelse på tiltak også føre til uønskede innlåsingeffekter: Personer som deltar på tiltak på fulltid, vil kanskje ikke ha tid eller ressurser til å søke etter ordinær jobb eller ta utdanning. Tiltaksdeltakere kan også oppleves som mindre attraktive for arbeidsgivere på det ordinære arbeidsmarkedet. Og i tillegg er det et dilemma at en god inntektssikring gjennom tiltak kan redusere motivasjonen for å søke ordinær jobb.

### **7.4.3 Anbefalinger for å sikre en arbeidsrettet oppfølging som imøtekommer målgruppens bistandsbehov**

#### **i Legge til rette for tidlig behovsavklaring og en plan for oppfølgingsløpet**

NAV-veilederne erkjenner at målgruppen består av personer som krever oppfølging over tid. De må derfor få mulighet til bedre planlegging av det arbeidsrettede løpet, hvor det sikres langvarig og tilpasset støtte. Dette forutsetter en grundig behovsavklaring tidlig i løpet og et eventuelt planlagt tiltaksløp som tilpasses den enkelte. Da må det legges til rette for at NAV-veiledere gis handlingsrom til å planlegge en oppfølging og en tiltakskjede som møter behovet for opplæring og praksis.

Når det gjelder behovskartlegging, bør det spesielt rettes en innsats mot å bedre synliggjøre de utfordringene innvandrerne står overfor. Dette er en gruppe som er underrepresentert i NAVs brukerundersøkelser. Manglende innsikt i deres situasjon kan føre til at deres behov for

oppfølging verken blir forstått eller tilstrekkelig tatt tak i, som igjen gir en følelse av avmakt og lav tillit til NAV blant mange i innvandrerguppen (Fafo, 2024). En slik innsats kan også omfatte kompetanseheving blant veilederne når det gjelder betydningen av språk for arbeidsinkludering (Hageberg et al., 2023). Volckmar-Eeg (2020) argumenterer for en mer nyansert forståelse av hvordan institusjonelle og byråkratiske prosesser bidrar til å vedlikeholde og forsterke barrierer for innvandrere i velferdssystemet. Dette gjelder spesielt hvordan «språk» brukes som en kategori for å forstå innvandreres komplekse utfordringer, noe som påvirker tilbudet og oppfølgingen de får fra NAV. Økt bevissthet rundt disse problemstillingene kan bidra til bedre tilpassede tjenester og mer effektiv arbeidsinkludering for innvandrere.

## **ii Økt prioritering av voksne med lav utdanning, manglende arbeidserfaring og lang NAV-historikk i rekrutteringen til arbeidsmarkedstiltak**

Den undergruppen av personer med nedsatt arbeidsevne som veilederne finner det vanskelig å prioritere i den løpende oppfølgingen, er personer over 25 år som har lav utdanning og ikke er innvandrere (gruppe 3). Dette er personer som «ikke blir sett». For denne gruppen kan deltakelse i arbeidsmarkedstiltak være en mulig løsning for å avklare deres vei mot enten uføretrygd eller arbeid. Vår analyse indikerer at dette er personer som har lavere tiltaksaktivitet enn andre grupper. En barriere mot arbeidslivet for personene i denne gruppen er mangelen på både formell kompetanse og arbeidserfaring. Bratsberg et al. (2019) fremhever at tiltak som gir tilgang til lærlingplasser og arbeidspraksis, er sentrale virkemidler for voksne uten fullført videregående utdanning. Det samme gjør Markussen (2017), som understreker at yrkesrettet opplæring og tidlig arbeidserfaring kan kompensere for manglende utdanning. Dette peker mot et behov for å prioritere denne gruppen i rekrutteringsprosessen til disse tiltakene. Ikke bare kan dette bidra til nødvendig veiledning, men også til muligheten for å oppnå nødvendig kompetanse, gi praktisk erfaring og opprette kontakt med arbeidsmarkedet.

## **iii Legge til rette for større grad av tilpasning av enkelttiltak**

Videre bør man se på mulighetene for å tilpasse og differensiere gjennomføringen av enkelttiltak. Dette innebærer en mer målrettet og fleksibel tilnærming til kvalifisering og bedre koordinering mellom eksisterende tilbud og nye initiativer. For eksempel vil det være formålstjenlig å tillate lengre varighet på arbeidspraksis og arbeidstrening. Våre informanter erkjenner at målgruppen ofte er personer med behov for lengre oppfølgingsløp grunnet lite arbeidserfaring. Lengre praksisperioder kan legge et bedre grunnlag for å utvikle nødvendig arbeidslivskompetanse, få bransjekjennskap og bygge relasjoner til arbeidsgivere.

For å møte utfordringene målgruppen beskrives å ha, kan det være en løsning å utvide innholdet i eksisterende tiltak til å omfatte en kombinasjon av norskopplæring, arbeidspraksis og grunnskoleopplæring. Integreerte tiltak kan gi en mer omfattende kvalifisering, inkludert sterkere kobling mellom eksisterende kvalifiseringstilbud som arbeidspraksis og forberedende opplæring for voksne (FOV), som innføres høsten 2024. Det bør også legges til rette for lokale løsninger hvor kommuner, NAV og voksenopplæring samarbeider om å utvikle arbeidsrettede tilbud. Slik kan man sikre at innvandrere, unge og personer med lav utdanning i større grad får den støtten de trenger for å lykkes i arbeidsmarkedet. Dette krever en helhetlig tilnærming som tar hensyn til de unike utfordringene hver gruppe står overfor, og at tiltakene tilpasses deretter.

#### iv Utvide kunnskapsgrunnlaget om effekter av arbeidsmarkedstiltak

For å sikre at arbeidsmarkedstiltakene i større grad møter de spesifikke behovene til ulike grupper, kan det være nødvendig å utvide kunnskapsgrunnlaget om effekter av arbeidsmarkedstiltak. Gjennomgangen av evalueringsforskningen i Norge viser at denne i stor grad har besvart «hva som virker», og til en viss grad «for hvem». Det er imidlertid et behov for flere studier som ser på «under hvilke forhold» tiltakene har effekt. Dette omfatter analyser av elementene som utgjør de enkelte tiltakene (programteorien), og hvordan rammebetingelser påvirker gjennomføringen. Dermed kan det legges til rette for en kunnskapsbasert tilpasning av enkelttiltakene.

## 7.5 Avsluttende kommentar

Personer med nedsatt arbeidsevne representerer tilbudssiden i arbeidsmarkedet. Denne rapporten har kartlagt dem i denne gruppen som ikke mottar AAP, uføretrygd eller lønn, og gitt anbefalinger om hvordan NAV kan bidra til å bedre mulighetene for at disse kommer ut i arbeidslivet. Så er oppfølgingsspørsmålet: Etterspør arbeidsgiverne den arbeidskraften som denne gruppen representerer?

For at oppfølgingen fra hjelpeapparatet skal lykkes med å nå målet om arbeid, må det være et arbeidsmarked som ønsker å ansette de gruppene som vår analyse har identifisert. Flere informanter pekte på at spesielt innvandrere og personer over 25 år med lav utdanning sliter med å finne mulige jobber. De rapporterer at arbeidsgivere ofte prioriterer å ansette unge kandidater, og at det derfor kan være begrensede muligheter for innvandrere og dem over 25 år med lite arbeidserfaring og utdanning. For disse stilles det gjerne spørsmål om hvor mye de kan jobbe, om det kreves tilpasninger på arbeidsplassen, eller om manglende språkkunnskaper utgjør en utfordring.

Diskriminering av enkeltgrupper i arbeidslivet er ikke et ukjent fenomen. En rekke felteksperimenter fra Norge, USA og Danmark har påvist forskjellsbehandling av personer med funksjonshemninger under ansettelsesprosesser (Bjørnshagen & Ugreninov, 2021a; Bellemare et al., 2018; Shamshiri-Petersen & Krogh, 2020).

Tidligere forskning har også belyst en motvilje blant arbeidsgivere mot å ansette personer med psykiske helseutfordringer, noe som bidrar til ekskludering fra arbeidsmarkedet (Bjørnshagen, 2021; Hipes, 2016; Russinova et al., 2011). I tillegg har forskning påvist diskriminering av jobbsøkere langs dimensjoner som etnisitet (se for eksempel Midtbøen, 2019; Larsen & Di Stasio, 2021; Larsen, 2019) og religiøs tilhørighet (Wallace et al., 2014). Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge viste at rundt tre av ti av innvandrerne som ikke hadde fått en jobb de selv anså seg som kvalifisert for, opplevde at de ikke fikk jobben på grunn av deres innvandrerbakgrunn (Vrålstad & Wiggen, 2017).

I Norge har også studier kastet lys over de utfordringene unge mennesker med psykiske helseproblemer står overfor i arbeidsmarkedet og i forbindelse med utdanning. Bjørnshagen og Ugreninov (2021b) fant at arbeidsgivere generelt er tilbakeholdne med å ansette disse personene, noe som bidrar til deres ulemper i arbeidsmarkedet. Oppedal og Røysamb (2004) identifiserte innvandrerungdom som spesielt sårbare og rapporterte høyere nivåer av psykisk stress og lavere sosial støtte.

Utsagnet fra informantene og studiene ovenfor illustrerer et siste poeng. Personer med nedsatt arbeidsevne er en heterogen gruppe med mange ulike utfordringer. Skal man lykkes med å

inkludere flest mulig, kan ikke innsatsen kun rettes mot å bedre de arbeidsrettede løpene. Tiltakene må omfatte politiske initiativer for å motvirke diskriminering basert på etnisitet og fysisk og psykisk helse i arbeidslivet. En helhetlig inkluderingspolitikk krever med andre ord at også arbeidsgiveres ansettelsespraksis og holdninger adresseres.

## Referanser

- Bellemare, C., Goussé, M., Lacroix, G. & Marchand, S. (2018). Physical Disability and Labor Market Discrimination: Evidence from a Video Résumé Field Experiment. *American Economic Journal. Applied Economics*, 15 (4), 452–476.
- Bjørnshagen, V. (2021). The mark of mental health problems. A field experiment on hiring discrimination before and during COVID-19. *Social Science & Medicine*, 283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114181>
- Bjørnshagen, V. & Ugreninov, E. (2021a). Disability Disadvantage: Experimental Evidence of Hiring Discrimination against Wheelchair Users. *European Sociological Review*, 37(5), 818–833.
- Bjørnshagen, V. & Ugreninov, E. (2021b). Labour market inclusion of young people with mental health problems in Norway. *Alter*, 15(1), 46–60.
- Blom, S. (2017). Kapittel 17: Helse. I S. Vrålstad & K. S. Wiggen (red.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (s.191–208) (Rapporter 2017/3). [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/309211](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Bråthen, M. (2020). Nav-veilederes dilemmaer i oppfølgingen av personer med psykiske helseproblemer. *Søkelys på arbeidslivet*, 37(1-2), 52–66.
- Bråthen, M. & Vetvik, K. (2011). Personer med nedsatt arbeidsevne – Hvem er de? *Arbeid og velferd*, 1, 2011, 24–31.
- Destin, M. & Svoboda, R. C. (2018). Costs on the mind: The influence of the financial burden of college on academic performance and cognitive functioning. *Research in Higher Education*, 59, 302–324.
- Fossestøl, K., Borg, E. & Breit, E. (2020). *Nav i en ny tid? En evaluering av hvordan retningsvalgene i Stortingsmelding 33 implementeres på Nav-kontorene* (AFI-rapport 2020:09). Arbeidsforskningsinstituttet AFI.
- Finne, J., Sadeghi, T., Løberg, I. B., Bakkeli, V., Sehic, B. & Thørrisen, M. M. (2023). Predictors of satisfaction with digital follow-up in Norwegian Labor and Welfare Administration: A sequential mixed-methods study. *Social Policy & Administration*, 57(7), 1150–1165. <https://doi.org/10.1111/spol.12936>
- Friberg, J. H., Volckmar-Eeg, M. & Andresen, S. (2024). *Avmakt og tillit* (Fafo-rapport 2024:02). Fafo.
- Hageberg, E., Svanæs, S., Kristoffersen, E. & Skyberg, H. (2023). *Kompetanse for fremtiden: Utredning av behovet for et nytt arbeidsrettet kvalifiseringstilbud for innvandrere med lave norskferdigheter og lite formell kompetanse* (Rapport). ideas2evidence.
- Hardoy, I. & Zhang, T. (2019). Fra flukt til etablering i det norske arbeidsmarkedet. *From a life fleeing to labor market integration in Norway*, 36(1-2), 55–78. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2019-01-02-04>
- Hipes, C. M. (2016). *Why does employment discrimination persist against people with mental illness? Effects of negative stereotypes, power, and differential hiring discrimination*. University of Maryland, College Park.
- Ishikawa, Y. (2019). The Effect of Financial Difficulties on Cognitive Function in a Japanese Elderly Population Sample. *Innovation in Aging*, 3(Suppl 1), 321.
- Kjøllesdal, M., Straiton, M., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, R., Grewal, N. K. & Indseth, T. (2019). Health among immigrants in Norway, results from the Living Condition Survey among immigrants 2016. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement\_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.041>
- Kjøllesdal, M. K., Gerwing, J. & Indseth, T. (2023). Health risks among long-term immigrants in Norway with poor Norwegian language proficiency. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(3), 422–429.
- Larsen, E. N. & Di Stasio, V. (2021). Pakistani in the UK and Norway: different contexts, similar disadvantage. Results from a comparative field experiment on hiring discrimination. *Journal of ethnic and migration studies*, 47(6), 1201–1221.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafrir, E. & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976–980.
- Markussen, S. & Røed, K. (2016). Leaving Poverty Behind? The Effects of Generous Income Support Paired with Activation. *American Economic Journal: Economic Policy*, 8(1), 180–211.



- Midtbøen, A. H. (2019). Discrimination at Work: The Case of Norway. I J. Vassilopoulou, J. Brabet & V. Showunmi (red.), *Race Discrimination and Management of Ethnic Diversity and Migration at Work: European Countries' Perspectives* (s. 153–173). Emerald Publishing Limited.
- Nicolaisen, H. & Kann, I.C. (2019). Hvem får hva og hvorfor? Utdanning, opplæring og unge NAV-brukere. *Arbeid og velferd* 1/2019, 3–18.
- Oppedal, B. & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 131–144.
- Riksrevisjonen. 2019 *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å integrere flyktninger og innvandrere gjennom kvalifisering til arbeid* (Dokument 3:4 (2019–2020)).
- Russinova, Z., Griffin, S., Bloch, P., Wewiorski, N. J. & Rosoklija, I. (2011). Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(3), 227–241.
- Shamshiri-Petersen, D. & Krogh, C. (2020). Disability Disqualifies: A Vignette Experiment of Danish Employers' Intentions to Hire Applicants with Physical Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 198–209.
- Skuland, S. E., Alecu, A. I., Kok, E. H. L., Ansteensen, A.-K., Roos, G., Lynum, M. & Blomberg, L. W. (2024). *Utredning av kunnskapsgrunnlaget for sosialhjelpssatser* (SIFO-rapport). SIFO. <https://hdl.handle.net/11250/3128755>
- Sohlman, M. & Kann I.C. (2021). Færre får opplæringstiltak, men mer til prioriterte grupper av arbeidssøkere og mer formell kompetanse. *Arbeid og velferd*, 2/2021, 3–25.
- Sutterud, L. & Sørbo, J. (2018). Hvem har nedsatt arbeidsevne, men ikke rett til arbeidsavklaringspenger. *Arbeid Velferd*, 2, 19–31.
- Vrålstad, S. & Wiggen, K. S. (red.) (2017, 24. mai). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Rapporter 2017/3). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/309211](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-ogkriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211)
- Wallace, M., Wright, B. R. & Hyde, A. (2014). Religious Affiliation and Hiring Discrimination in the American South: A Field Experiment. *Social Currents*, 1(2), 189–207.

**POSTADRESSE:**

Arbeidsforskningsinstituttet AFI  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Stensberggata 26  
Postboks 4, St. Olavs Plass  
0130 Oslo

**TELEFON:**

67 23 50 00

**E-POST:**

[postmottak-afi@oslomet.no](mailto:postmottak-afi@oslomet.no)