

Gråsonen mellom trygdeetat og arbeidsmarkedetat

MARGARET FORD

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 6/00

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap.

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) 2000

ISBN 82-7894-093-2
ISSN 0808-5013

Forsidebilde: *ArtVille/AmyDeVoogd*
Desktop: *Torhild Sager*
Trykk: *GCS*

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Telefaks: 22 54 12 01

Nettadresse: <http://www.isaf.no/nova>

Forord

Denne rapporten er basert på en undersøkelse utført ved NOVA på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Bakgrunnen var statistikk og tilbakemeldinger fra trygdeetaten som viste til at det var skjedd en forskyvning av hvem som får tilbud om attføring etter den såkalte ansvarsreformen. Det var behov for mer kunnskap om hva som skjer i grensdragningen mellom trygdeetatens og arbeidsmarkedsetatens ansvarsområder, hvem som kommer i en mellomposisjon og hvor stort problemet egentlig er.

Det er mange som har bidratt til å få gjennomført undersøkelsen og arbeidet med rapporten som fortjener en takk. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre undersøkelsen uten assistanse fra saksbehandlere i de to etatene. De har bidratt både med innsamling av saker og ved å dele sine synspunkter og innsikt i hva det er som skjer i gråsonen mellom deres respektive ansvarsområder. Takk også til de brukerne av tjenestene som har vært villige til å dele sine historier med oss. I forlengelsen av undersøkelsen har vi fått velvillig assistanse med egne uttak av registerdata fra Fylkesarbeidskontoret i de involverte fylker, Ola Thune og Ove Jacobsen i Rikstrygdeverket og Nuong Dinh i Arbeidsdirektoratet. Kommentarer og forbedringsforslag fra kollegaene Elisabeth Backe-Hansen og Jorunn Jessen, samt Knut Fossetøl fra Arbeidsforskningsinstituttet har vært til stor nytte. Dessuten gav Vigdis Hegna Myrvang og Torhild Sager god hjelp til å ferdigstille rapporten.

Oslo, november 2000

Margaret Ford

Innhold:

SAMMENDRAG	9
Presentasjon av problemstillingene og sentrale resultater	9
DESIGN OG DATA	17
Operasjonalisering av gråsonesaker	17
Design	18
Trinn 1: Registrering av saker	19
Trinn 2: Intervjuer	20
Utvalget	21
Kontor som deltok i undersøkelsen	21
Data	22
Registreringsskjemaene	22
Registrerte saker	23
Brukerintervjuer	24
Saksbehandlerintervjuer	25
Registerdata	26
RAMMENE RUNDT GRENSEDRAINGEN	28
Historikk	29
Utviklingen i omfanget av yrkesrettet attføring og tilgrensende trygdeytelser	32
Regelverket for yrkesrettet attføring og tilgrensende trygdeytelser	35
Yrkesrettet attføring	35
Uførepensjon	38
Sykepenger	41
Rehabiliteringspenger	43
De ulike bestemmelsenes samvirkning på grensedragningen	44
Etatenes utgangspunkt for arbeidet med attføringssaker	48
Hvem omfattes av yrkesrettet attføring	48
Personalressurser	51
Brukermedvirkning	53
Målstyring	56
Andre aktører	59
Spenninger mellom de to etatenes utgangspunkt for attføringsvirksomheten	59
Forholdet mellom velferd og marked	60
Medvirkning og ansvarliggjøring	60
Oppsummering	61
OMFANGET AV GRÅSONEN	63
Saksgang mellom etatene	63
Ulike karrierer for saker som ble overført fra trygdeetaten med sikte på attføring	65
I attføringsløp	66
Kom ikke inn i attføring	66
Retursaker	67
Usikre saker	67
Overgang fra og til uførepensjon	68

Hvilke saker er gråsonesaker?	68
Omfanget av gråsonesaker i vår undersøkelse	70
Førstelinjens syn på omfanget av gråsonesaker	73
Oppsummering.....	76
SAMARBEID MELLOM ETATENE.....	78
Typer forhåndskontakt	79
Bruk av ulike typer forhåndskontakt.....	81
Samarbeidsavtaler	82
Drøfting og overføring av saker mellom etatene	83
Oppsummering.....	88
HVILKE SAKER BLIR GRÅSONESAKER.....	90
Kjønn	92
Alder	95
Type diagnose.....	97
Kjønn, alder og type diagnose	99
Sammensatt problematikk	102
Muskel-/skjelettlidelser	105
Psykiske lidelser.....	110
Alvorlige psykiske lidelser	110
Lettere til moderate psykiske lidelser.....	112
Rusmisbruk	114
Psykiske utviklingshemninger	115
Yrkesbakgrunn og utdanning.....	115
Evner	119
Oppsummering.....	120
GRUNNER TIL IKKE Å IVERKSETTE ATTFØRING	123
For syk.....	124
Alder	126
Motivasjon	128
Mangel på egnede tiltak.....	131
Attføring ikke nødvendig	134
Bedriftsintern attføring ikke utredet eller forsøkt.....	136
Andre grunner	138
Oppsummering.....	138
HVA SKJER VIDERE MED GRÅSONESAKENE?	140
Hvilke løsninger blir saker som overføres til arbeidsmarkedsetaten utskrevet til?	140
Hva skulle skje videre i gråsonesakene i vår undersøkelse?	145
Brukernes tilpasning	153
Eksempel på forløpet etter vedtak om avslag	154
Anke	156
Kilder til livsopphold	157
Brukernes situasjon på intervju tidspunktet	158
Oppsummering.....	159

BRUKERNES SITUASJON OG ATTFØRINGSSYSTEMETS TILBUD	162
Brukernes situasjon	162
Informasjon og brukermedvirkning	163
Trygghet.....	165
Behovet for assistanse for å skaffe seg arbeid.....	168
Medisinsk avklaring og tidlig inngripen	169
Samtidig attføring og behandling	171
Tiltakstilbudet	172
Tiltak for personer med psykiske lidelser og diffuse muskel-/skjelettlidelser	175
Tiltakstilbudet fremover.....	177
UTFORDRINGER I GRENSEDRAKNINGEN	179
Tidlig iverksetting – frisk nok.....	179
Gode resultater – hensiktsmessig attføring	182
Gapet mellom attføringstilbudet og de attføringsbehov søkerne har	184
Avsluttende kommentarer	186
SUMMARY.....	187
REFERANSELISTE	191
VEDLEGG 1: Informasjonsskriv og registreringskjemaer	195
VEDLEGG 2: Innkomne gråsonesaker og kommentarer til gråsoneproblematikken fra kontor i utvalget.....	200
VEDLEGG 3: Attføringssaker avsluttet i arbeidsmarkedsetaten desember 1998 og desember 1999.....	201
VEDLEGG 4: Saker registrert med overføringshjemmel fra trygdeetatens rehabiliteringsregister	203
VEDLEGG 5: Beregningsgrunnlag for omfanget av gråsonesaker basert på inntømte saker i vår undersøkelse	205
VEDLEGG 6: Nærmere om saker som ikke ble overført etter drøfting.....	206
VEDLEGG 7: Kjennetegn ved individene i de ulike gruppene	208
VEDLEGG 8: Om attføring var diskutert med personen og vedkommendes innstilling til attføring.....	215
VEDLEGG 9: Samvariasjon mellom den videre plan for gråsonesakene, sakshåndtering og om «for syk» var begrunnelsen for ikke å iverksette attføringstiltak.	216

Sammendrag

Presentasjon av problemstillingene og sentrale resultater

Denne rapporten handler om saker som kommer i gråsonen mellom trygdeetatens og arbeidsmarkedsetatens ansvarsområder. Begge etater er sentrale aktører i forvaltningen av en rekke offentlige velferdsordninger. I vurderinger av retten til de fleste ytelser fra folketrygden har trygdeetaten alene beslutningsmyndighet, og tilsvarende tar arbeidsmarkedsetaten avgjørelser vedrørende behovet for arbeidsmarkedstiltak og formidling av arbeidssøkere. Vurdering av retten til yrkesrettet attføring, i henhold til kapittel 11 i lov om folketrygd, er imidlertid delt mellom de to etatene. Når to selvstendige etater skal samarbeide om et felles område vil uenigheter kunne oppstå. I de fleste saker blir etatene enige. Hvorfor, i hvilke tilfeller uenighetene oppstår og hvordan de løses, har likevel implikasjoner for systemets fungering og brukerne av attføringstjenestene.

Myndighetene har lagt opp til entydighet i ansvarsdelingen mellom de områder hver av etatene har ansvar for, samtidig som områdene overlapper hverandre. Beslutninger fattet i den ene etat får konsekvenser for den andre etatens forvaltning av sitt ansvarsområde. Enhver person er i en unik situasjon, og loven åpner for bruk av skjønn når beslutninger skal fattes i konkrete saker. Hvilken beslutning som tas i de enkelte tilfeller vil være et resultat av et samspill mellom forståelsen av regelverket, administrative rutiner, tilgjengelige tilbud og individenes situasjon.

Formålet med undersøkelsen er å bidra til økt kunnskap om saker som kommer i gråsonen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetatens ansvarsområder, med utgangspunkt i yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd.¹ Hva som anses å være gråsonesaker vil det være ulike oppfatninger om. I denne rapporten brukes betegnelsen gråsonesak om potensielle attføringssaker som drøftes mellom etatene, men hvor attføring likevel ikke iverksettes, samt saker som returneres til trygdeetaten fra arbeidsmarkedsetaten uten at yrkesrettet attføringstiltak er iverksatt.

¹ Dersom annet ikke er angitt, vil begrepet attføring referere til denne delen av attføringsvirksomheten. En betydelig del av arbeidsmarkedsetatens attføringsvirksomhet omfatter imidlertid personer som ikke har rettigheter etter dette kapitlet i folketrygden, og som får attføring på annet grunnlag.

De sentrale problemstillinger som søkes belyst i denne rapporten er:

- Hvilket omfang har gråsonesakene?
- Hvordan foregår sakshåndtering og samarbeidet mellom etatene i saker som kommer i gråsonen mellom etatene?
- Hvilke typer saker kommer i gråsonen?

Hvilket omfang har gråsonesakene?

Det har vært mye diskusjon om håndteringen av grensdragningen mellom de to etaters ansvarsområder de senere år. Innstramningene i trygdeordningene, samt overføringen av ansvaret for yrkesrettet attføring til arbeidsmarkedsetaten skulle bidra til en økt innsats på attføringssektoren. Utviklingen de siste årene har vært en økning i nytilgangen av uførepensjonister, og en stigning i andelen som mottar rehabiliteringspenger i mer enn ett år. Denne utviklingen skulle tilsi en vekst i yrkesrettet attføring, men omfanget har holdt seg relativt stabilt. Etatene viser til at det er en rekke saker hvor attføring foreslås av den ene etaten, men hvor de er uenige om attføringspotensialet (Sosial- og helsedepartementet 1997).

Omfanget av slike gråsonesaker har man ikke oversikt over. Dette skyldes blant annet måten saker registreres på i de to etatene. Registrene har ikke vært tilstrekkelig samordnet til at slike saker fremkommer. Trygdeetatens rehabiliteringsregister er det mest omfattende. Der registreres saker som overføres til arbeidsmarkedsetaten, attføringspengemottakere og retur-saker. I arbeidsmarkedsetaten føres attføringssaker inn i registeret først etter at det foreligger krav om yrkesrettet attføring og saken er oversendt til dem. Det vil si at en rekke saker som overføres fra trygdeetaten ikke nødvendigvis kommer inn i arbeidsmarkedsetatens system.

Gråsonen mellom etatene omfatter også saker som *ikke* overføres som et resultat av forhåndsdrøfting mellom etatene. Ingen av registrene dekker denne delen av gråsonesakene. Databaser som for eksempel KIRUT-basen² kan gi sammenfattende informasjon om overganger mellom ulike ytelser i registrene og kjennetegn ved personene med ulike overganger, men opplysninger som ikke registreres fremkommer naturlig nok, heller ikke her.

Undersøkelsen denne rapporten behandler har tatt utgangspunkt i førstelinjens rapportering av gråsonesaker, både overførte saker og saker som

² Klientstrømmen inn i, rundt i og ut av trygdesystemet (KIRUT). Databasen er satt sammen med informasjon fra flere offentlige registre.

avvises i forhåndsdrøftinger mellom etatene ved et utvalg kontor. Ved å inkludere saker som er håndtert på begge måter, har vi fått et utgangspunkt for å gi et anslag over omfanget av gråsonesaker ved å sammenstille disse med registeropplysninger. Dette gir ikke et eksakt mål på omfanget av gråsonesakene, men et mer kvalifisert estimat. Omfanget av gråsonesaker er en indikator på i hvilken grad de to etatene har et omforent syn på attføringens målgruppe, og fungerer i henhold til intensjonene med attføringsreformen.

Hvordan foregår sakshåndtering og samarbeidet mellom etatene i saker som kommer i gråsonen mellom etatene?

Hensiktsmessig organisering av samarbeidet mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten har vært et sentralt tema i attføringssammenheng i flere tiår. En viktig premiss for organiseringen av arbeidet med attføringssaker etter 1994 er at det skal være et tett samarbeid mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten i vurderingen av retten til yrkesrettet attføring. Den grunnleggende antagelsen er at samarbeid mellom etatene skal bidra til at «rett instans» har og tar ansvar for sakene, at nødvendige tiltak settes i verk raskt der det er behov for det, samt at saker ikke sendes frem og tilbake mellom etatene.

I Odelstingsproposisjonen som lå til grunn for arbeidsdelingen mellom etatene som ble gjennomført, ble det vist til følgende rammer for saksgangen mellom etatene:

Har trygdekontoret besluttet at yrkesrettet attføring skal prøves, skal arbeidskontoret ta imot vedkommende og utarbeide en attføringsplan. Det skal legges opp til rutiner slik at trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten har kontakt før saker oversendes, der det er behov for det. Samarbeid og kontakt vil føre til at de to etatene i de fleste tilfeller blir enige om i hvilke saker yrkesrettet attføring vil være hensiktsmessig og nødvendig. Bare åpenbart feilsendte saker skal returnes raskt. Departementet finner grunn til å understreke dette, fordi flere høringsinstanser har uttrykt bekymring for at arbeidsmarkedsetaten kan komme til å velge ut dem som har størst mulighet for å lykkes med attføringen.

Dernest vises det til at forhåndskontakten skal føre til at det bare i unntakstilfeller skal skje at saker returneres til trygdeetaten uten at attføringstiltak er satt i verk (Ot.prp. nr. 58 1992-93). Ved å se på saksgangen i saker overført fra trygdeetaten med henblikk på attføring og hvilke forløp de får, har vi et utgangspunkt for å se saksgangen i konkrete gråsonesaker, noe som får frem at sakshåndteringen og samarbeidet praktiseres på en rekke ulike måter

mellom etatene. Vi ser også på sammenhengen mellom sakshåndteringen og samarbeidet og hva som skjer med gråsonesakene.

Hvilke typer saker kommer i gråsonen?

Premissene for å gjennomføre attføringsreformen og foreta endringene i folketrygdlovens attføringskapittel var at endringene var av «lovteknisk karakter». *«Regjeringen har lagt til grunn at forslagene ikke skal medføre noen svekkelse av de trygdedes rettigheter.»* Arbeidet med yrkesrettet attføring skulle trappes opp, og styrke attføringssøkernes muligheter til å sikre seg ordinært arbeid (Ot.prp. 58 1992-93, s. 3). Retten til yrkesrettet attføring skal i henhold til § 11-5 og § 11-6 i lov om folketrygd vurderes i forhold til en rekke personkjenntegn. En innfallsvinkel til å undersøke hvilke typer saker som kommer i gråsonen, er å sammenholde mottakere av ulike attføringsytelser med gråsonesaker etter tilgjengelige kjennetegn. Sammen med begrunnelsene som oppgis for ikke å iverksette attføring i gråsonesakene, kan dette gi et grunnlag for de rette instanser for å vurdere om praksis på grunnplanet i etatene er i henhold til intensjonene.

Innholdet i rapporten

Problemstillingene undersøkes med utgangspunkt i innsamlede opplysninger om konkrete gråsonesaker som er vurdert med henblikk på yrkesrettet attføring, hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd, og intervjuer med saksbehandlere samt brukere. Tilgjengelige registeropplysninger supplerer denne informasjonen. Før vi går inn på spesifikke gråsonesaker vil vi se på rammebetingelsene som danner konteksten for attføringsvirksomheten, siden gråsonen er et resultat av disse. De viktigste premissene for arbeidet med potensielle attføringssaker i de to etatene er lagt i lovverket og føringer i etatene. Rammene for saksarbeidet settes gjennom regelverket for yrkesrettet attføring, uførepensjon, sykepenge og rehabiliteringspenge. Håndteringen av de ulike bestemmelsene har innvirkning på hverandre. På 1990-tallet ble det foretatt en rekke lovendringer, som sammen skulle føre til styrking av attføringsvirksomheten.

Deretter ser vi på etatenes rammebetingelser for førstelinjens arbeid med (potensielle) attføringssaker. Omorganiseringen av etatenes oppgaver var det andre viktige virkemidlet som skulle styrke attføringsarbeidet. Denne gjennomgangen danner grunnlaget for studiet av gråsonesakene. Først belyses ulike karriereløp for saker som trygdeetaten har overført med hen-

blikk på yrkesrettet attføring. Dernest ser vi på omfanget av gråsonesaker. Deretter belyses gråsonesakene fra tre perspektiv; samarbeid mellom etatene, kjennetegn ved individene og begrunnelser for ikke å iverksette attføringstiltak. I forlengelsen av dette går vi over til å se på hva som skulle skje videre med gråsonesakene.

Oppsummering av sentrale resultater

En kunne forventet at myndighetenes eksplisitte satsing på arbeidslinjen ville ført til en økt tilgang til yrkesrettet attføring. Registertall fra de to etatene viser at det har vært en relativt stor vekst i nytilgangen av nye uførepensjonister og mottakere av rehabiliteringspenger i perioden 1995 til 1998. Selv om tilgangen til disse tilgrensende trygdeytelsene økte, holdt omfanget av attføringsvirksomheten seg relativt stabil i den samme perioden. Saker som vurderes for attføring kan få svært forskjellige forløp. Basert på overførte saker fra trygdeetatens rehabiliteringsregister var om lag en fjerdedel gråsonesaker³ et halvt år etter overføring.

En forutsetning for omorganiseringen av ansvarslinjene mellom etatene var at dersom trygdekontoret beslutter at attføring skal prøves, skal arbeidskontoret ta imot og utarbeide attføringsplan. Kun unntaksvis skal saker returneres til trygdeetaten uten at attføringsforsøk iverksettes. Basert på registeropplysninger om overføring av saker mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten finner vi at noe under halvparten (46 prosent) av sakene som var overført fra trygdeetaten var i attføringsløp vel et halvt år etter overføring. Dette støtter en antagelse om at det er en mismatch mellom oppfatningene i de to etatene om hvilke saker man skal forsøke attføring i. I løpet av et drøyt halvår etter registrert overføring hadde 18 prosent av sakene verken blitt innregistrert i arbeidsmarkedsetatens attføringsregister eller registrert tilbakeført til rehabiliteringsytelser i trygdeetaten. Ytterligere 14 prosent var returnert til trygdeetaten. Av disse var det kun noen få som var forsøkt i attføringstiltak. At det også etter retur til trygdeetaten fortsatt kan være uenighet om attføring har vært forsøkt i tilstrekkelig grad, indikeres ved at seks prosent atter en gang ble overført tilbake til arbeidsmarkedsetaten. Ved utgangen av den vel halvårige oppfølgingen var 22 prosent fortsatt registrert med utredning og i en uklar situasjon. Andelen med uførepensjon var én prosent ved overføring fra trygdeetaten og hadde økt til seks prosent ved oppfølgingsperiodens slutt.

³ I henhold til vår definisjon av gråsonesaker.

En annen forutsetning for arbeidsdelingen mellom etatene var at de skal samarbeide. Det antagelig vesentligste samarbeidet mellom etatene skjer i forhåndskontakt mellom etatene forut for oversendelse av saker. En del potensielle attføringssaker stanses i denne forhåndskontakten, slik at de ikke overføres. Hvilke saker dette er, fremgår ikke av registrene. Omfanget av og arbeidet som utføres i denne sammenheng forblir derfor usynlig. I vår undersøkelse er slike saker tatt med. Sammenholdt med registeropplysningene finner vi at gråsonesaker tilsvarer om lag en fjerdedel av de sakene som registreres overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten med rehabiliteringspenger i ventetiden. Av gråsonesakene vi fikk inn i vår undersøkelse var forholdet to til en, mellom overførte og ikke overførte saker.

Om forekomsten av gråsonesaker anses å være et problem er det ulike syn på. Samarbeid mellom etatene var en forutsetning for gjennomføringen av dagens organisering av attføringsvirksomheten. De fleste av kontorene vi var i kontakt med oppgav at de opplevde at de hadde et godt samarbeid med sine samarbeidende kontor, selv om de kunne være uenige i saksarbeidet i konkrete saker.

Det er stor variasjon i måten kontorene har innrettet sitt samarbeid på. Noen kontor har avtalt at de ikke skal ha samarbeidsmøter før overføring av saker, for å unngå at den ene etaten blander seg i den annen etats ansvarsområde. Mellom disse kontorene blir alle saker trygdeetaten finner fyller de medisinske vilkår overført til arbeidsmarkedsetaten. Gråsonesaker fremkommer i disse tilfeller ved at saker returneres til trygdekontoret uten av attføringstiltak har vært forsøkt. Andre kontor har avtalt at alle saker skal drøftes mellom etatene før overføring. Da vil saker kunne stanses i forhåndskontakten før overføring, i tillegg til at saker returneres etter overføring.

I tre fjerdedeler av gråsonesakene vi fikk inn hadde det vært forhåndskontakt. Den vanligste formen for forhåndskontakt var telefonsamtaler. Ved bruk av denne formen for forhåndsdrøfting før overføring til arbeidsmarkedsetaten er informasjonsgrunnlaget skjevt, da arbeidskontoret vanligvis hverken har møtt personen eller sett sakens dokumenter før saken drøftes. De fleste av sakene som kun var drøftet over telefon var også blitt overført. Av saker som var blitt drøftet i møte, hvor arbeidsmarkedsetaten har større muligheter til å få innsyn i sakens dokumenter, ble resultatet av drøftingen oftere at sakene ikke ble overført og således heller ikke utredet ved arbeidskontoret.

Loven spesifiserer en rekke faktorer som skal trekkes med i vurderingen av retten til yrkesrettet attføring. Vi sammenholdt kjønns-, alders- og

diagnosefordeling blant gråsonesaker med fordelingene blant mottakere av attføringsytelser. Andelen kvinner blant gråsonesakene er som blant de andre helserelaterte trygdeytelsene, noe høyere enn andelen menn. I arbeidsmarkedsetatens attføringsstatistikk viser totaltallene en høyere andel yrkeshemmede menn enn kvinner. Det er imidlertid forskjell mellom de yrkeshemmede med og uten attføringspenger i arbeidsmarkedsetatens registre. Blant attføringspengemottakerne er det et flertall kvinner. Dette indikerer at noe ved regelverket eller dets praktisering fører til en lavere tilgang av kvinner til yrkesrettede attføringstiltak.

Andelen personer over 50 år er høyere blant gråsonesakene enn blant personer som kommer i yrkesrettet attføring. Dette er ikke uventet, da eldre yrkeshemmede kan ventes å ha både dårligere helse og lavere utdanning enn yngre og derfor ha større problemer med å finne egnet attføringsopplegg. Dessuten reises spørsmålet om hensiktsmessigheten, fordi selv om et hensiktsmessig attføringsopplegg gjennomføres, anser saksbehandlerne det som vanskelig for eldre å få nye ansettelsesforhold. Når det gjelder yrkesbakgrunn hadde omtrent alle personene vi fikk inn skjemaer om yrkeserfaring. Utover dette ble det ikke spurt om yrkesbakgrunn eller utdanning i registerdelen av undersøkelsen. Andre undersøkelser har vist at yrkeshemmede kommer fra mer fysisk slitsomme yrker og gjennomgående har lavere utdanningsnivå enn andre. I intervjuene kom det frem at arbeidsmarkedsetaten i større grad enn tidligere også vurderer yrkeshemmede med tanke på direkteplassering i arbeid før attføringstiltak vurderes. Da ses dette i sammenheng med utdanning og arbeidserfaring. Intervjuede brukere opplevde at disse forhold kunne veie tyngre enn deres helsemessige utgangspunkt.

Sykdomsbildet i gråsonesakene skiller seg fra sammensetningen blant yrkeshemmede i attføring. Mens registerdata baserer seg på oppgitt hoveddiagnose, fikk vi opplysninger dersom personene hadde flere diagnoser. Som ventet viste diagnosesammensetningen blant gråsonesakene et større innslag av personer med psykiske lidelser enn det som fremkommer i registrene. I over av halvparten av sakene vi fikk inn var det enten oppgitt en kombinasjon av diagnosetyper eller at det var sammensatte problemer. Andelen med sammensatte problemer var lavere blant gråsonesakene hvor kun muskel-/skjelettlidelser var oppgitt enn ved andre diagnoser.

Begrunnelsene som oppgis for ikke å iverksette attføringstiltak, har naturlig nok nær sammenheng med de faktorer som loven spesifiserer skal legges til grunn for vurdering av retten til attføring. Som ventet var den vanligste begrunnelsen i gråsonesakene at personen var for syk til attføring.

Ellers varierte begrunnelsene fra ulike egenskaper ved personene, saksbehandling, til henvisning til at attføring ikke var nødvendig. I begrunnelsene på skjemaene ble det i mindre grad enn ventet henvist til mangel på egnede tiltak. I intervjuene med saksbehandlerne i begge etater kom det frem at mangel på egnede tiltak er en medvirkende grunn til at personer anses å være for syke til å gjennomgå attføring. Tilsvarende kan manglende motivasjon hos søker bidra til at personen anses å være for syk til å gjennomgå hensiktsmessig attføring.

Det var stor variasjon i hva som skulle skje videre med sakene. Det tas her utgangspunkt i saksbehandlerne opplysninger om hva de antok skulle skje. Noe under halvparten av gråsonesakene vi fikk inn skjemaer om, var ikke avklarte. En fjerdedel skulle ha videre behandling eller rehabiliteringspenger. En noe mindre andel trengte videre utredning før det ville være klart hva som skulle skje videre. En femtedel ble anbefalt å søke uførepensjon. I 22 prosent av sakene var det oppgitt at man åpnet for ny vurdering av attføring på et senere tidspunkt. Dette gjaldt saker som hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten, men hvor personenes helsemessige situasjon ble ansett å være uforenlig med attføring. Flertallet av sakene til personer som skulle forsøke bedriftsintern attføring eller melde seg som arbeidssøkere, hadde blitt stanset uten overføring til arbeidsmarkedsetaten.

Effektiviserings- og forenklingsbehov bidrar til en strømlinjeforming av attføringsapparatet. Oppmerksomheten rettes i stor utstrekning mot å bygge ut tiltak som skal fange opp de svakeste (som trenger mye tilrettelegging og tett personlig oppfølging), samt å legge forholdene til rette for dem som stort sett greier seg selv. Vår studie indikerer at det er personer i gruppen mellom disse ytterpunktene som faller igjennom. Det synes å være et misforhold mellom de typer tiltak og tjenester disse brukerne har behov for og attføringsapparatets tilbud.

Dersom det er et mål å få flere over på yrkesrettet attføring, står man overfor en rekke utfordringer både innenfor og utenfor attføringsapparatet. Innenfor apparatet fordrer en slik målsetting for det første både en samordning av styringssignalene i de to etatene og resultatmålingssystemer som tar høyde for at en del saker tar lang tid. For det andre må apparatets tilbud nyanseres for å ta imot flere attføringskandidater med varierende behov for tjenester og tiltak. Utenfor apparatet må forholdene i arbeidslivet og behandlingsapparatet legges til rette for å følge opp en slik utvikling. Samtidig som en slik målsetting må følges opp med tilstrekkelige ressurser fra de bevilgende myndigheter.

Design og data

Attføringsfeltet er komplekst. Den foreliggende undersøkelsen er avgrenset til den gruppen saker som kommer i gråsonen mellom trygdeetatens og arbeidsmarkedsetatens ansvarsområder når det gjelder yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd. Saker hvor etatene er uenige om formålstjenligheten av yrkesrettet attføring fokuseres. I visse sammenheng er det likevel nødvendig å trekke inn andre helserelevante ytelser og de som har fått attføring, som grunnlag for å forstå mekanismene som ligger til grunn for at saker blir gråsonesaker. Undersøkelsen er rettet mot den grensedragningen som skjer mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten. Denne grensedragningen influeres av de mange andre premissleverandørene for attføringsarbeidet. Disse vil likevel i mindre grad trekkes inn her fordi det blir for omfattende for dette prosjektets rammer.

Operasjonalisering av gråsonesaker

Når grensedragningen mellom trygdeetatens – og arbeidsmarkedsetatens ansvarsområder har blitt diskutert i ulike sammenhenger⁴, har det vært fokusert på såkalte «kasteballsaker». Dette er saker som sendes frem og tilbake mellom etatene. Hensikten med denne undersøkelsen er å få kunnskap om flere aspekter ved gråsonen mellom etatene enn frekvensen av frem- og tilbakesendinger av saker. I etatenes felles samarbeidsrutiner legges det opp til at etatene skal drøfte saker før eventuell overføring fra den ene etat til den andre. Et viktig formål med slike forhåndsdrøftinger er å redusere omfanget av kasteballsaker. Derved påvirker forhåndsdrøftingene seleksjonen av saker både til yrkesrettet attføring og indirekte til de andre helserelevante trygdeytelsene.

Vi har i denne undersøkelsen valgt å benytte den noe videre betegnelsen gråsonesaker. Denne betegnelsen omfatter en annen type avgrensing enn den betegnelsen kasteballsaker representerer. Gråsonen omfatter en del av kasteballsakene; de som sendes tilbake uten at personen har forsøkt seg i attføringstiltak. De saker som sendes tilbake etter attføringstiltak er forsøkt, inkluderes ikke. Derimot inkluderes saker hvor attføringsløpet (foreløpig)

⁴ Kasteballsaker ble nevnt i attføringsmeldingen (St.melding nr. 39 (1991-92)), og i den senere tid (høsten 1999) er betegnelsen brukt av både arbeidsministeren og sosial- og helseministeren i deres foredrag i ulike fora.

stanses som et resultat av forhåndsdrøfting i gråsonen. Dette er fordi sakene er fremmet av den ene etaten og således vurderes av denne som aktuelle for yrkesrettet attføring, selv om den andre etaten ikke er enig. I denne undersøkelsen ble gråsonesaker operasjonalisert på følgende måte:

- a) Potensielle attføringssaker som drøftes mellom etatene, men hvor yrkesrettet attføring likevel ikke settes i gang.
- b) Retursaker, der søknader om yrkesrettet attføring blir avvist eller returnert til trygdekontoret etter oversendelse til arbeidskontorene, uten at attføring har blitt satt igang.

Vi mener at å inkludere begge disse kategoriene saker gir et bedre grunnlag for kartlegging av saker som kommer i en mellomstilling mellom etatenes ordninger. Ved å inkludere saker som drøftes mellom etatene, vil det være mulig å fange opp den del av gråsonesakene som ellers ikke kommer frem i statistikkene, fordi drøftinger ikke registreres noe sted.

Ett vesentlig skille mellom det å ta utgangspunkt i gråsonesaker slik vi har operasjonalisert begrepet, og kasteballsaker, er at begrepet gråsonesaker ikke inkluderer retursaker til trygdekontoret dersom personen har forsøkt yrkesrettede attføringstiltak. Det kan være ulike oppfatninger om denne avgrensningen, fordi en del personer avbryter attføringstiltak etter relativt kort tid. Vi har utelukket de som har forsøkt seg i attføringstiltak i forbindelse med den registrerte attføringsvurderingen, fordi disse personene har fått forsøke seg i tiltak og det ikke er uenighet mellom etatene som ligger til grunn for tilbakeføringen av saken. De er således ikke avvist uten å ha forsøkt seg. Avgrensningen mellom avbrudd etter lengre forsøk og korte symbolske attføringsforsøk ville dessuten være vanskelig å operasjonalisere på en hensiktsmessig måte.

Design

Undersøkelsen var lagt opp i to trinn. Trinn 1 bestod i en registrering av gråsonesaker ved alle lokale trygde- og arbeidskontor i fem byer. Trinn 2 bestod av intervjuer med et mindre utvalg saksbehandlere i de to etatene og personer, hvis saker var definert som gråsonesaker. Dette ble gjort fordi undersøkelsen skulle fremskaffe både kvantitative og kvalitative data. Vi ønsket kvantitative data om omfanget av slike saker, og hvilke typer saker dette er. Vi ønsket også opplysninger av mer kvalitativ karakter, som begrunnelser og synspunkter på hvorfor noen saker blir gråsonesaker.

Trinn 1: Registrering av saker

Det første trinnet i undersøkelsen omfattet registrering av saker i en fire ukers periode.⁵ Formålet var å få informasjon om forekomsten av gråsonesaker. I og med at saker ikke registreres som attførings saker før det foreligger søknad om yrkesrettet attføring og eventuelt vedtak om attføringspenger i ventetid, vil ikke alle saker der attføring er vurdert eller diskutert mellom etatene være inkludert i registeropplysningene. Derved vil en registerundersøkelse kunne gi en underrepresentasjon av saker. Ved å be saksbehandlere om å registrere spesielt de sakene de kom bort i, fikk vi opplysninger om omfanget ved disse kontorene. I tillegg gav denne registreringen en mulighet for å få opplysninger om årsakene til at attføringstiltak ikke igangsettes, noe som ikke foreligger i registrene. Den valgte fremgangsmåten gjorde det også mulig å få mer informasjon om hvordan det arbeides med saker som kommer i gråsonen.

Utarbeidelsen av registreringsskjemaer ble diskutert med prosjektets referansegruppe⁶ og saksbehandlere på trygde- og arbeidskontorene, før utsendelse. Registreringsskjemaene var kortfattede; kun én side⁷. Dette ble gjort for at saksbehandlerne skulle ta seg tid til å fylle dem ut. Saksbehandlerne i de to etatene er under stort arbeidspress og betingelsene for å få tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen var at det ikke skulle gå utover det ordinære arbeidet. Dette har medført at enkelte spørsmål som vi ideelt sett ville hatt med, ble utelatt. Skjemaene ble i størst mulig utstrekning utformet likt for de to etatene – slik at vi fikk tilnærmedesvis parallelle opplysninger fra de to etater. Unntaket gjaldt spørsmål om de medisinske vilkår var oppfylt, og hvilke trygdeytelser personen hadde mottatt. Disse spørsmålene var kun på trygdeetatens skjema fordi de er relatert spesifikt til den informasjonen denne etaten besitter.

Saksbehandlerne som skulle fylle ut registreringsskjemaene fikk utdelt et skriv om hensikten med undersøkelsen, samt vår operasjonalisering av begrepet gråsonesaker. Denne operasjonaliseringen skulle være retningsgivende for utvelgelse av saker til undersøkelsen. Det kan være ulike synspunkter på hva som utgjør gråsonesaker blant saksbehandlere og mellom

⁵ Registreringsperioden var fra midten av november til midten av desember 1998. Enkelte kontorer registrerte på andre datoer pga. forglemmelse og nedlegging av et arbeidskontor, som medførte omfordeling av saker til andre arbeidskontorer.

⁶ Prosjektets referansegruppe bestod av fire personer: én person fra hver av de følgende instanser: Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Riks-trygdeverket og Arbeidsdirektoratet.

⁷ Vedlegg 1.

etatene. Ved å konkretisere hvilke saker som skulle inngå i undersøkelsen ønsket vi å få etablert et mest mulig likt utgangspunkt.

Trinn 2: Intervjuer

Den andre trinn i undersøkelsen bestod av intervjuer. Kvalitative intervjuer har den fordel at man får informasjon om hva de intervjuede er opptatt av, gjør, samt spesifikke eksempler på disse forhold. Eksempelene representerer reelle problemstillinger som oppstår i den daglige utførelsesvirksomheten og er en kilde til kunnskap om de dilemmaer og avveininger som foretas. Det ble foretatt intervjuer med saksbehandlere og gruppeledere i arbeidsmarkeds- og trygdeetaten, samt brukere. Brukerne får presentere det de opplever som problemer som ikke nødvendigvis er synlig for de som arbeider innenfor systemet. Ulempen er at enhver sak er unik og derfor kan ikke informasjonen generaliseres til populasjonen.

I denne rapporten er opplysningene fra intervjuene og informantsamtaler⁸ brukt til å få utdypet problemstillingene, dilemmaene og resultatene fra de registrerte opplysningene. De inngår som grunnlagsmateriale i behandlingen av og oppdelingen av de ulike aspektene ved gråsoneproblematikken. Intervjuene var delvis strukturerte. En relativt løs intervjuguide ble brukt. Intervjuene utviklet seg noe forskjellig etter hva informant var opptatt av. Intervjuene ble ikke foretatt med henblikk på å omformes til kvantitative analyser, men for å få frem ulike aspekter ved gråsoneproblematikken. Den kvalitative informasjonen er ikke samlet og beskrevet under ett. Materiale fra intervjuene er heller trukket inn i behandlingen av de ulike aspektene ved gråsoneproblematikken. Sammenfatninger og sitater trekkes frem for å illustrere ulike spørsmål og funn. I og med at vi har et begrenset utvalg av saksbehandlere og brukere vil ikke deres synspunkter kunne generaliseres til å gjelde alle, men er ment som eksempler på holdninger og praksis. Synspunktene, vurderingene og erfaringene vil kun være illustrasjoner. I teksten har vi forsøkt å få frem om de utvalgte sitatene og sammenfatningene er tatt med fordi de viser til noe som flere kom inn på eller fordi de viser til noe spesielt.

⁸ Med informantsamtaler siktes det til telefonsamtaler og ansikts-til-ansikts-samtaler med personer i ulike instanser, som ikke var strukturert i samme grad intervjuene var. I disse samtalene kom det også frem en rekke opplysninger om arbeidet på utførelsesfeltet, samarbeid og sakshåndtering. Vi hadde telefonsamtaler med omtrent alle kontorene som inngikk i bruttoutvalget.

Utvalget

Rapporten baserer seg på en utvalgsundersøkelse. Utvalget består av byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Alle trygde- og arbeidskontor i disse byene inngikk i bruttoutvalget. Det er flere grunner til at vi valgte disse byene for undersøkelsen. En viktig grunn er at de har den beste tilgangen til ulike typer tiltak. Vi antok at vi på denne måten ville unngå saker som blir gråsonesaker fordi det ikke finnes egnet tiltak i nærheten, selv om det finnes andre steder i landet. Derved ville gråsonesaker som ble begrunnet med mangel på egnet tiltak representere en type tiltak vi ikke har, men som det er behov for. En annen viktig grunn til at disse byene ble valgt var en antagelse om at gråsonesaker er unntakstilfeller. Den største befolkningskonsentrasjonen er i de større byene. Ved å inkludere de største byene ville vi ha større sannsynlighet for å fange opp saker i en relativt kort periode, enn om vi benyttet mindre kontor, som sjeldnere har yrkesrettede attføringssaker.

Utvalget blir på derved ikke representativt for landet som helhet. Det er mulig at flere gråsonesaker på mindre steder skyldes mangel på egnede tiltak i rimelig nærhet av personenes bosted. Likeledes kan arbeidsmulighetene være mer begrenset på mindre steder og sammensetningen av potensielle søkere vil kunne være forskjellig, forhold som kan ha innvirkning på omfanget av og sammensetningen av gråsonesaker.

Det er mulig at det er større forekomster av stoffmisbrukere i de større byene enn ellers i landet. Tilgjengeligheten av egnede tiltak for denne gruppen vil også kunne være bedre i byene av samme grunn.

Kontor som deltok i undersøkelsen

Utvalget var de 21 arbeidskontor⁹ og 36 trygdekontor i de fem byene. Tre arbeidskontor og fire trygdekontor deltok ikke i registreringen av saker. Nettoutvalget består av 18 arbeidskontor og 32 trygdekontor. Det var ikke overlapping i frafallet mellom kontorene i trygdeetaten og arbeidsmarkeds-etaten, slik at alle bydeler i de fem byene er dekket ved at minst en av etatene har foretatt registrering.

Flertallet av kontorene som ikke deltok i registreringen begrunnet dette med prekær bemanningssituasjon. Det ble referert spesielt til langvarig sykefravær blant de ansatte på dette feltet. Ett trygdekontor hadde fått fritak

⁹ Ett Oslokontor ble nedlagt underveis i utsendelsen av skjemaer. Dette førte til noe problemer for de involverte kontorene i registreringsperioden.

for alle tilleggsoppgaver av fylkestrygdekontoret for å komme á jour med restanser.¹⁰ Ett av trygdekontorene som ikke deltok i registreringen inngår i undersøkelsens intervjumateriale. Videre har vi hatt lengre telefonsamtaler med flere av kontorene som ikke deltok i registreringen.¹¹ To av trygdekontorene som ikke deltok i registreringen sier at deres inntrykk er at de har lite slike saker, mens det tredje synes det var «rart om det ikke var noen slike». Av arbeidskontorene som ikke deltok i registreringen opplyste ett kontor at de synes gråsoneproblematikken er et problem og de skulle ta det opp på ledermøtet. Et annet hadde «kjempegodt samarbeid» med trygdekontoret. Det er sjelden de sier stopp hvis noe oversendes.

Det at ikke alle kontorene i de fem utvalgte byene deltok i undersøkelsen svekker representativiteten noe. Dette har konsekvenser for muligheten for å si noe om det absolutte omfanget av slike saker i registreringsperioden. Det vi får frem er et minimum av forekomsten i disse byene. Tilfanget av gråsonesaker varierer. Flere av kontorene som deltok i undersøkelsen hadde ikke saker i registreringsperioden, men skrev at de pleide å ha slike saker innimellom. Et av kontorene som ikke deltok definerte også dette som et problemområde de er opptatt av.

Data

Registreringsskjemaene

På registreringsskjemaene¹² ble det spurt om følgende opplysninger fra saksbehandlerne i begge etater:

Bakgrunnsopplysninger

De etterspurte opplysningene inkluderte kjønn, alder og diagnose. Disse finnes også i etatenes registre og gjør det mulig å se sammensetningen av sakene i gråsonen i relasjon til sammensetningen av personer som får andre ytelser. Andre bakgrunnsopplysninger gjaldt type problemstilling: om det var sammensatte problemer, om uførepensjon ble sett på som et aktuelt alternativ og om personen hadde yrkeserfaring eller ikke. Om en person har sammensatt problematikk, antas det å ha betydning for hvilke typer tiltak

¹⁰ Fylkestrygdekontoret viser til at dette kontoret ikke har problemer, slik andre kontor i regionen har.

¹¹ Se vedlegg 2; tabell V1 og V2 oppsummerer kommentarer.

¹² Registreringsskjemaer se vedlegg 1.

som vil kunne være hensiktsmessige. Om en person har arbeidserfaring eller ikke, indikerer om saken gjelder innføring i arbeidslivet eller tilbakeføring til arbeidslivet. Om det er en sak hvor en vurderer uførepensjon eller ikke, indikerer også hvilken type løp saken ses i forhold til. Spørsmål om attføring hadde vært diskutert med personen, om vedkommende var positivt innstilt til attføring og om det forelå forslag til attføringstiltak, kunne tjene som indikator på i hvilken grad en hadde gått inn på saken med personen, samt indikere om personen ble ansett å være motivert eller ikke.

Sakshåndteringsspørsmål

Skjemaet inneholdt en rekke spørsmål om selve saksgangen. Disse gjaldt oversending, forhåndsdrøfting, resultat av drøfting, hva som skulle skje videre etc. Spørsmålene om diskusjon av attføring og aktualiteten av uførepensjon er også relevant i forhold til dette aspektet.

Saksbehandlerne i trygdeetaten ble dessuten bedt om å avmerke andre typer ytelser personene hadde mottatt.

Registrerte saker

I registreringsdelen av undersøkelsen fikk vi inn 58 skjemaer fra kontorene. De gjaldt 55 forskjellige saker. Flertallet, 43 stk., kom fra arbeidsmarkeds-etaten. Fra trygdeetaten mottok vi 15 skjemaer. Det var bare fra ett sett kontor (samarbeidende arbeids- og trygdekontor) at det var overlapping av saker. Det vil si at vi fikk skjemaer om de samme personene fra både arbeids- og trygdekontor. Dette gjaldt tre saker.

Det var et mindretall blant de deltagende kontor som sendte inn registreringsskjemaer.¹³

Fra trygdeetaten sendte kun seks kontor inn registreringsskjemaer. Ett kontor som ikke sendte inn registreringsskjemaer viste til at de hadde avtalt med arbeidskontoret at arbeidskontoret skulle sende inn retursakene, siden de ikke hadde hatt noen som ble avslått under drøfting. I Rikstrygdeverkets register over saker som ble overført fra trygdekontorene til arbeidskontorene i registreringsperioden, var det 22 kontor i undersøkelsesområdet som hadde mindre enn ti overførte saker i perioden. Fra arbeidsmarkeds-etaten kom det inn skjemaer fra ni kontor. Arbeidskontorene dekker i de fleste tilfeller, med tre unntak, flere trygdekontor. Det er derfor ikke urimelig at flere hadde

¹³ Se vedlegg 2, tabell V3 viser fordeling av innkomne registreringsskjemaer etter kontor.

saker i den relativt korte perioden undersøkelsen ble foretatt. Selv om kontorene skulle registrere i den samme perioden, er det ikke slik at de håndterer de samme sakene samtidig. Som vi vil komme tilbake til, praktiserer ikke alle kontor forhåndskontakt, og mye drøfting skjer på telefon. Det er grunn til å anta at det kontoret som har hatt saken, er det som har sendt inn registreringsskjema. Vi fikk som nevnt kun inn tre overlappende saker.

Blant kontorene som ikke hadde slike saker i registreringsperioden fikk vi inn en del kommentarer. Mange trygdekontor og et par arbeidskontor som ikke hadde hatt slike saker i registreringsperioden, kommenterte at de hadde få slike saker eller at de var sjeldne. Noen trygdekontor og arbeidskontor mente det var tilfeldig at de ikke hadde noen i perioden. Ett eksempel på en slik kommentar: «*Kontoret har imidlertid jevnlig saker hvor denne problemstillingen er aktuell, og det skyldes nok tilfeldigheter at det ikke var noen i den aktuelle registreringsperioden.*» Noen trygdekontor trakk frem at dette ikke var typisk og heller uvanlig. Et par av arbeidskontorene påpekte at de gjennomførte flere måneders utredninger eller forsøkte flere tiltak før de sendte saker tilbake til trygdekontoret. Ett eksempel fra et arbeidskontor som ikke hadde slike saker i registreringsperioden belyser dette:

Når det gjelder saker hvor vi avslår attføring pga. at søker er for syk, tar det ofte relativt lang tid før vi kommer til den konklusjonen. En av grunnene kan være at de ikke kommer til første samtale fordi de er syke. Det kan ta tid før vi får avklart at sykdommen er av en slik art at attføring ikke er hensiktsmessig. Det er ikke alltid at legeerklæringene sier noe om dette. Det vil jo også i en del tilfeller være slik at søker selv ønsker tiltak, og at det er naturlig å prøve det ut. Så da vil det naturligvis ta tid før et avslag forefinnes.

Brukerintervjuer

Personene som gråsonesakene gjaldt, fikk tilbud om å la seg intervju av forskerne for å snakke om sin sak; sine erfaringer og hvordan de hadde innrettet seg.¹⁴ Henvendelsen ble sendt fra trygde- og arbeidskontorene. Ett vilkår for tillatelse for å intervju brukerne var at de gav skriftlig informert samtykke til å la seg intervju. Forskerne fikk således kun tilgang på opplysninger om hvem sakene omhandlet i de tilfeller der personen selv sendte inn samtykkeerklæring. De intervjuede var således selvselekterte.

¹⁴ Invitasjon til brukere se vedlegg 1.

Denne noe omstendelige og formelle prosessen kan ha hatt innvirkning på responsen.

Av de 55 ulike sakene vi mottok registreringsskjema om var det åtte personer som gav samtykke til samtale. En person hadde sagt seg villig til å la seg intervju, men trakk seg; hun hadde fått jobb og flyttet, etter først å ha hatt en sykehusinnleggelse. En annen som hadde sendt inn samtykkeerklæring hadde også flyttet uten at vi fikk sporet henne opp. Intervjuene ble foretatt på forsommeren 1999, slik at det var gått en periode siden sakene var avvist og personen hadde fått en viss tilpasningsperiode. Intervjuene varte mellom en drøy time til vel tre timer. Det ble innhentet tillatelse til at saksbehandlerne i de to etatene kunne fortelle intervjuer om hvordan de hadde arbeidet med saken deres. Seks brukere (to kvinner, fire menn) ble intervjuet om sine erfaringer med arbeidsmarkedsetat og trygdeetat.

Brukerne ble intervjuet om sin opplevelse av møtet med etatene, saksgangen, sine erfaringer og hvordan de hadde innrettet seg. Brukernes erfaringsgrunnlag varierte. Noen brukere hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet over mange år, mens andre ikke hadde hatt noen erfaringer før den aktuelle sykemeldingsperioden som gikk forut for vurderingen av atføringmulighetene. Selv om kun seks brukere ble intervjuet, kom de inn på ulike sider ved atføringssystemet.

Saksbehandlerintervjuer

Saksbehandlerne¹⁵ ble intervjuet om arbeidet med atførings- og gråsonesaker generelt, samt spesifikke gråsonesaker der de hadde hatt disse. Det ble foretatt intervjuer med saksbehandlere både på trygde- og arbeidskontor i alle de fem byene. Utvalget av kontorer ble dels foretatt på grunnlag av de brukerne som hadde sagt seg villig til å la seg intervju. Kontorene hvor saksbehandlerne ble intervjuet omfattet både kontor som hadde hatt saker i registreringsperioden og kontor som ikke hadde hatt saker i registreringsperioden. Vi intervjuet i alt 20 saksbehandlere. I tillegg til intervjuer ute på kontorene gav en rekke av kontorene informasjon over telefon. Intervjuene med saksbehandlerne varte mellom en time og tre timer.

Saksbehandlerne ble intervjuet om hvordan de arbeider med saker, samarbeid med den annen etat, hva de legger vekt på når de vurderer om en person fyller vilkårene for yrkesrettet atføring og hva de anser for å være

¹⁵ Vi snakket også med trygdesjefer, og gruppeledere ute på kontorene.

typiske gråsonesaker. De fremkomne opplysningene refererte til den enkelte saksbehandlers egne synspunkter, refleksjoner og atferd. Saksbehandlerintervjuene reflekterte også svært ulike synspunkter og forskjellige måter å vurdere og innrette saksarbeidet på. Det er forskjeller ikke bare mellom etatene, men også mellom saksbehandlere som arbeider innen samme etat og ved samme kontor.

Saksbehandlere som hadde hatt sakene hvor brukeren hadde blitt intervjuet, ble intervjuet om disse etter at brukerne gav tillatelse til at saksbehandlerne kunne snakke om deres sak. Vi fikk dessverre ikke tak i alle saksbehandlerne som hadde hatt disse sakene. Dette skyldes blant annet utskiftning av personell ved kontorene, sykefravær og lignende. I tillegg til å snakke om saker hvor vi hadde intervjuet personen, brukte saksbehandlerne også eksempler fra saksporteføljen til å illustrere sine poenger. Dette ble gjort på en slik måte at personer ikke kunne identifiseres.

For å supplere saksbehandlerintervjuene har vi også hatt lengre samtaler med representanter for arbeidsrådgivningskontor, trygderetten og den Kommunale Landspensjonskasse.

Registerdata

Som bakgrunnsopplysninger for gråsonesakene har vi benyttet registerdata, i tillegg til publisert statistikk fra Rikstrygdeverket og Arbeidsdirektoratet. Da publisert statistikk ikke var tilstrekkelig for vårt formål innhentet vi tilleggsdokumentasjon fra de to etatene. Vi innhentet følgende opplysninger fra Rikstrygdeverkets registre og registre i arbeidsmarkedsetaten.

- Fra rehabiliteringspengeregisteret i Rikstrygdeverket bad vi om å få alle saker registrert med «ventetid før attføring» (kode 14), og starttidspunkt i perioden 15.11.–15.12.98 ved hvert av kontorene i de fem utvalgsbyene. Disse er fulgt til juli 1999, og supplert med opplysninger fra uføreregisteret. Dette er gjort for å få en referanse i forhold til de saker som blir registrert som overført fra trygdeetaten.
- Fra sykepengeregisteret i Rikstrygdeverket fikk vi opplysninger om totalomfanget av mottakere av sykepenger under attføring per desember 1998, samt for hvert av trygdekontorene i de fem byene undersøkelsen omfatter. Disse ble innhentet for å supplere bildet med hensyn til omfanget av attføringssaker som settes i gang mens personene fortsatt har sykepengerrettigheter.

- Fra attføringsregistrene ved Fylkesarbeidskontorene i Oslo og Akershus, Hordaland, Rogaland, Sør-Trøndelag og Troms innhentet vi opplysninger om nyregistrerte yrkeshemmede for hvert av arbeidskontorene i de fem byene i desember 1998.¹⁶ Nyregistrerte yrkeshemmede ble operasjonalisert til personer registrert med koden YHNY i registrene. Ut fra de opplysningene vi fikk var det ikke mulig å skille mellom attføringspengemottakerne og andre yrkeshemmede. Vi fikk opplysninger om kjønn, alder og diagnose der dette forelå. Fylkesarbeidskontorene kategoriserte diagnoser på ulike måter, slik at vi ikke kunne sammenligne på enkeltdiagnosenivå.
- Fra Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse, fikk vi totalstatistikkene for attføringspengemottakere i deres registre. Vi fikk opplysninger om totalfrekvensene på landsbasis for januar 1998, desember 1998, samt desember 1999. Første registrering de kunne gi opplysninger om var januar 1998. Vi har derfor ikke mulighet for å se på utviklingen mellom attføringspengemottakere og andre yrkeshemmede over en lengre periode.

Registerdata fra de to etatene benyttes til å sette dataene vi fikk gjennom kontorenes registreringer inn i en videre sammenheng. Registeropplysningene er således ikke alltid helt matchende for den faktiske registreringsperioden, men det er den beste tilnærmingen som var mulig å få til. Vi har ikke fått opplysninger som skulle tilsi at det er grunn til å anta spesielle avvik fra «normaldrift» i de ulike periodene i utvalget, unntatt de som overtok saker for kontoret som ble nedlagt.

Vi har også benyttet publisert statistikk fra de to etatene. Etatene har forskjellige utgangspunkt og måter å registrere sine registeropplysninger på, slik at tallene fra Rikstrygdeverket og Arbeidsdirektoratet ikke er helt samsvarende.

Det er årstidsvariasjoner i attføringsvirksomheten. Den største avgangen fra attføring skjer i juni/juli i forbindelse med skoleslutt. Tilgangen er størst i september i forbindelse med skolestart. Vi har holdt oss til desember måned som referansetidspunkt, slik at effekten av årstidsvariasjoner skulle være minimal. I rapporten vil det i henvisninger til registertall være tall som gjelder for desember 1998, dersom annet tidspunkt ikke er oppgitt.

¹⁶ For Hordaland har vi fått de som hadde startdato mellom 15.11. og 15.12.98.

Rammene rundt grensedragningen

Slik gråsonen er avgrenset i denne rapporten er det først og fremst etatenes arbeid med saker som vurderes i forhold til retten til yrkesrettet attføring, hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd, som er tema. Det er i vurderingen av rett til denne ytelsen at gråsonen mellom trygde- og arbeidsmarkedsstatens tilbud til yrkeshemmede aktualiseres. Retten til yrkesrettet attføring og grensedragningen om hvem som inngår i ytelsenes målgruppe, inngår i en større sammenheng med de tilgrensende ytelsene; sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon. Personer som vurderes for yrkesrettet attføring i henhold til kapittel 11 i lov om folketrygd har som regel først vært gjennom en sykepengeperiode og (eventuelt) en periode med medisinsk rehabilitering. Det er også et vilkår at hensiktsmessig behandling og attføring har vært gjennomgått før uførepensjon kan tilstås. I noen tilfeller har personen søkt uførepensjon eller har allerede uførepensjon før attføringsalternativet vurderes. Derfor vil vi begynne med et overblikk over feltet som grensedragningen mellom etatene skjer innenfor.

I årene etter attføringsreformen har etatenes rapportering av attføringsvirksomheten i liten grad blitt satt i sammenheng med de andre helserelaterte trygdeytelsene. Rikstrygdeverket har formidlet opplysninger om de helserelaterte ytelser unntatt yrkesrettet attføring, da det har vært arbeidsmarkedsstatens ansvar. I arbeidsmarkedsstatens publikasjoner har ikke attføringsvirksomheten blitt koblet til de andre ytelsene, men kun blitt sett i forhold til arbeidsmarkedsaspektet. Siden attføringsfeltet inngår som en del av den samlede innsatsen for å styrke arbeidslinjen, vil vi i denne delen se folketrygdens ulike helserelaterte ytelser i sammenheng, for derigjennom å sette grensedragningen mellom etatene og gråsoneproblematikken inn i en større kontekst.

I dette kapitlet vil vi først ta et lite historisk tilbakeblikk på foranledningen til dagens organisering av attføringsvirksomheten. Deretter ser vi på utviklingen av attføringsvirksomheten på landsbasis i sammenheng med rehabiliteringspenger og uførepensjon, da de etter intensjonen skal virke sammen for å oppnå arbeidslinjen. Så ser vi på noen av bestemmelsene i lovene som regulerer de ulike helserelaterte trygdeytelsene og interagerer med attføring. Endringer i de ulike deler av folketrygdloven skulle stimulere til nedkorting av passive stønadsperioder, bidra til økt satsing på aktive tiltak, samt føre til at flere forsøkte attføring før uførepensjon ble tilstått. Deretter

ser vi på de etatsinterne rammebetingelsene som påvirker utførelsesvirksomheten og avgrensningen fra den.

Historikk

I løpet av 1990-årene har de offentlige myndigheter satset på arbeidslinjen som strategi i velferdspolitikken. Målsettingen er at personer i yrkesaktiv alder som kan, deltar i arbeidslivet. Samtidig erkjennes at ikke alle har helse til slik deltagelse. Intensjonen har vært å legge forholdene til rette for at personer som står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet skal kunne bruke den (rest-)arbeidsevnen de måtte ha. Gjenopptakelsen av arbeidslinjen kom som en reaksjon på veksten i tilgangen av nye uførepensjonister på slutten av 1980-tallet. Den verdimeslige forankringen er at arbeid anses å være en viktig kilde til velferd, og personer som har en restarbeidsevne skal stimuleres til å bruke denne. Yrkesrettet utførelse er et viktig virkemiddel for å nå det overordnede målet.

For å støtte opp om arbeidslinjen har en rekke ulike tiltak blitt satt i verk. Samfunnets sikkerhetsnett for å bistå personer med forskjellige problemer er omfattende. Det er en flora av ordninger med komplekse regler som gjensidig påvirker hverandre. Mange aktører er involvert i trygde- og arbeidsmarkedspolitikken. Disse har forskjellig utgangspunkt, rammebetingelser og målgrupper for sitt arbeid. Gråsoner mellom ulike ytelser og ansvarsområder oppstår. Derfor ble tiltakene satt inn på flere områder slik at de sammen skulle understøtte arbeidslinjen. Ett område var lovverket og et annet var organiseringen av utførelsesarbeidet.

Lovendringene gjaldt vilkårene i flere av kapitlene i lov om folketrygd. Dette innebar blant annet at vilkårene for retten til noen av de helserelaterte trygdeytelsene ble innskjerpet. Hensikten var ikke å svekke sikkerhetsnettet for dem som står svakere på arbeidsmarkedet, men stimulere til tidlig iverksetting av utførelsestiltak. Utførelsesvirksomheten er både en integrert del av arbeidsmarkedspolitikken og et viktig virkemiddel i bestrebelsene for å holde tilgangen til uførepensjon i sjakk. Grensedragningen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten ved vurdering mot yrkesrettet utførelse, og gråsonen som oppstår i den forbindelse, kan derved ha betydning for de andre helserelaterte ytelser.

På det organisatoriske området ble det blant annet foretatt en omstrukturering av ansvars- og funksjonsdelingen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten i 1994. Betegnelsen *utførelsesreformen* er brukt om iverk-

settelsen av denne endringen. Tidligere hadde ansvaret for attføringsvirksomheten vært lagt til trygdeetaten, sammen med de øvrige helserelevante ytelsene i folketrygden. Arbeidsmarkedsetaten var da rådgivende instans med hensyn til egnede attføringstiltak, samtidig som den hadde ansvaret for et eget sett av attføringstiltak. Dette ble ansett å være uoversiktlig. I attføringsmeldingen stod det:

Til tross for at samarbeidet er blitt bedre, er det fortsatt mangel på en klar ansvarsforankring når det gjelder oppfølging av den enkelte. Dette fører lett til en ansvarspulverisering der den enkelte attføringssøker kan «vandre» fra det ene systemet til det andre, uten en klar plan for innsatsen. (Attføringsmeldingen St.melding nr. 39 (1991-92) s. 60).¹⁷

Gjennom en endring i arbeidsdelingen mellom etatene ønsket myndighetene å fokusere på arbeidsaspektet ved attføringsvirksomheten og plasserte ansvaret for attføring i arbeidsmarkedsetaten.

I Attføringsmeldingens forslag ønsket man å gi det totale attføringsansvaret til arbeidsmarkedsetaten. Begrunnelsen var bl.a.:

Når det er vedtatt å satse på innføring/tilbakeføring til arbeidslivet, er det viktig å skille denne prosessen fra vurderinger som knytter an til rettigheter til passive stønader. Når attføring er vedtatt utprøvd, bør passiv stønad ikke ligge der som en lett tilgjengelig og alltid tilstedeværende retreattposisjon. Attføringssøkeren bør da inn i et system som entydig er innrettet mot arbeidslivet. Dette har ikke minst en viktig signalverdi for de involverte (Attføringsmeldingen s. 60).

Denne atskilte modellen ble ikke vedtatt. Det var en viss skepsis til fortsatt ikke å inkludere trygdeetaten i attføringsvirksomheten. Dette ble blant annet begrunnet slik:

Det ble fra Stortingets flertall gitt uttrykk for bekymring for hvordan den enkelte attføringssøker skal følges opp gjennom hele attføringsprosessen, for å unngå at den enkelte blir kasteball mellom etatene. Flertallet ga på denne bakgrunn uttrykk for at trygdeetaten bør ha en pådriverrolle og et hovedansvar for hele attføringsprosessen (Ot.prp. 58 (1992-93) s. 6).

Resultatet var at ansvaret ikke ble samlet i en etat, men at det fortsatt er en todeling mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten, nettopp for å unngå uønsket frem- og tilbakesending av saker mellom etatene.

¹⁷ Attføringsmeldingen St. melding nr. 39 (1991-92) vil heretter omtales som Attføringsmeldingen.

Modellen som ble vedtatt innebærer en arbeidsdeling der trygdeetaten har ansvaret for å vurdere om de generelle og de medisinske vilkår for retten til yrkesrettet attføring er oppfylt, mens arbeidsmarkedsetaten har ansvaret for ytelser og tiltak. En forutsetning for denne modellen var blant annet at den skulle ledsages av en aktivisering av arbeidsgivere med sikte på å forebygge utstøtning fra arbeidslivet. Trygdeetaten fikk ansvaret for oppfølging overfor arbeidsgiverne på et tidlig stadium i «sykekarrierer». I arbeidsmarkedsetaten ble Arbeidslivstjenesten (ALT) etablert med det formål å gi arbeidsgivere mer generell bistand. Andre forutsetninger var at etatene skulle tilføres personalressurser og kompetanse til å ivareta sine oppgaver.

Arbeidsdelingen mellom etatene førte til at seleksjonsprosessen inn til attføring, som vurderingen av inngangsvilkårene i attføringskapitlet i lov om folketrygd innebærer, ble forankret i to etater med forskjellige innfallsvinkler til arbeidet. Attføringspenger er en rettighetsbasert ytelse, som trygdens medlemmer har rett til dersom de er «syke nok». I trygdeetaten inngår vurderingen av dette kriteriet i sammenheng med de andre helserelaterte ytelsene; rehabiliteringspenger og uførepensjon. I arbeidsmarkedsetaten inngår attføring som en del av arbeidet med arbeidssøkere. Flertallet av etatens brukerne er ordinære arbeidssøkere, og det forventes at de selv er aktive i prosessen. Utgangspunktet for arbeidet er etatens vurderinger av behov, og de er i mindre grad rettighetsfokuserende. Disse ulike måtene å omsette den overordnede politiske målsettingen til praktisk sakshåndtering på er medvirkende til avvik i oppfatningene av hvem det er hensiktsmessig å forsøke å attføre, og de bidrar til at saker kommer i gråsonen.

Den direkte foranledningen for denne undersøkelsen var forskjeller i situasjonsbeskrivelsen på attføringsfeltet fra trygde- og arbeidsmarkedsetaten etter attføringsreformen. Arbeidsmarkedsetaten viste til gode resultater av attføringsarbeidet, målt blant annet som andeler avsluttede attføringstilfeller som går til aktive løsninger. Samtidig viste statistikkene en vekst i tilgangen til de andre helserelaterte trygdeytelsene og liten vekst i antall personer med attføringspenger. På dette grunnlag var det grunn til å se nærmere på grensedragningen mellom de to etatene.

Undersøkelser foretatt av trygderevisjonen fant klare indikasjoner på til dels betydelige vurderingsforskjeller i de to etatene med hensyn til om yrkesrettet attføring anses hensiktsmessig eller ikke i den enkelte attføringssak (Trygderevisjonen i Hordaland 1996, 1998). Sosial- og helsedepartementet hadde mottatt tilbakemeldinger om at «... *det har skjedd en forskyvning av hvem som får tilbud om attføring*» (Sosial- og helsedeparte-

mentet 1997). Det kunne derfor tenkes at den gode utviklingen i arbeidsmarkedsetatens attføringsresultater og den samtidige veksten i andre ytelser hadde sammenheng med seleksjonen av individer inn til attføring. Den foreliggende undersøkelsen ble utført for å få et klarere bilde av gråsonen mellom etatene, herunder omfanget av og hvem som kommer i en mellomposisjon, samt grunnene til at saker kommer i gråsonen.

Utviklingen i omfanget av yrkesrettet attføring og tilgrensende trygdeytelser

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall personer på de helserelevante trygdeytelsene; rehabiliteringspenger og uførepensjon, samt attføringspenger i årene etter attføringsreformen.¹⁸ Tabellen viser også antall personer registrert i arbeidsmarkedsetatens register over yrkeshemmede. I sine regulære statistikker over attføringsvirksomheten viser arbeidsmarkedsetaten tallene for alle yrkeshemmede samlet, det vil si både de som har rett til attføringspenger og yrkeshemmede som får attføring av andre grunner enn sykdom, skade eller lyte.¹⁹ Tabellen nedenfor viser antall personer på disse ytelsene i årene 1994, 1995 og 1998 for landet som helhet.

Tabell 1. Antall personer registrert med ulike ytelser i arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten, per 31/12 1994, 1995 og 1998. Prosent endringer i periodene 1995-98.

	1994	1995	1998	Endring 95-98
Yrkeshemmede registrert i Arbeidsmarkedsetaten	53594	54520	55202	+ 1%
Yrkeshemmede registrert med attføringspenger i RTV	30752	30398	30550	+ 1%
Rehabiliteringspenger	19760	18837	26523	+40%
Uførepensjon	233688	236301	258103	+ 9%

Kilde: Arbeidsdirektoratets månedsstatistikk 12/94, 12/95, 12/98. Rikstrygdeverket 1999a (s. 44).

Den prosentvise endringen som er angitt i tabellen gjelder perioden 1995-1998. Denne perioden er valgt for å gi rom for en tilpasningstid etter iverksettelsen av attføringsreformen. Det tas utgangspunkt i tallene for desember

¹⁸ Sykepenger er ikke tatt med i tabellen fordi verken Basisrapport for 1998, 1999 eller trygdestatistisk årbok har personantall etter 1997.

¹⁹ Arbeidsmarkedsetatens tilgjengelige statistikk skiller ikke mellom mottakere av attføringspenger og andre yrkeshemmede før januar 1998. Derfor er totaltallene for yrkeshemmede fra arbeidsdirektoratets månedsstatistikk benyttet i tabellen her.

1998 fordi dette tidspunktet samsvarer med gjennomføringen av vår undersøkelse.

Tabellen viser at de ulike tiltakene for å understøtte arbeidslinjen ikke ser ut til å ha hatt den ønskede effekt. I perioden etter attføringsreformen har det vært en betydelig økning i antall mottakere av rehabiliteringspenger. Det har også vært en økning i antall uførepensjonister. På grunn av den nære koblingen mellom de helserelaterte ytelsene (rehabiliteringspenger og uførepensjon) og yrkesrettet attføring, ville en ventet at antall yrkeshemmede med attføringspenger også hadde steget i perioden. Tabellen viser at i stedet for å øke, har både antallet yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register og antallet attføringspengemottakere i trygdeetatens registre, vært relativt konstant i perioden. Det vil si at det ikke har vært noen vesentlig vekst i omfanget av attføringsvirksomheten, enten de yrkeshemmede er registrert med ytelse etter kapittel 11 eller ikke. Dette indikerer at praksis ikke er helt i tråd med intensjonene som ble lagt til grunn for omorganiseringen av attføringsarbeidet i de to etatene.

Tabellen viser at antall yrkeshemmede i de to registrene holdt seg relativt stabilt i perioden 1995-98. Trygdeetatens tall omfatter personer med attføringspenger (22018) og attføring i ventetid (8532). Tall fra Arbeidsdirektoratet viser at 28742 yrkeshemmede var registrert med attføringspenger i desember 1998. Dette er noe færre enn tilsvarende registertall fra trygdeetaten (30550). Differansen kan nok skyldes at arbeidsmarkedsetaten ikke inkluderer personer som mottar attføringspenger i ventetid på arbeid blant de yrkeshemmede, antagelig fordi disse ikke anses å være yrkeshemmede selv om de mottar attføringspenger. Det var 1443 personer registrert med ventetid på arbeid i desember 1998.

Tabellen viser også en betydelig økning i antall mottakere av rehabiliteringspenger i den perioden tabellen dekker. Antall personer med rehabiliteringspenger minket fra 1994 til 1995. Denne nedgangen kan ses som en følge av blant annet innstramningen i vilkårene for rehabiliteringspenger.²⁰ Økningen fra 1995 til 1998 må ses i sammenheng med at det parallelt har vært en vekst i bruken av sykepenger. Det er imidlertid grunn til å anta at bruken av unntaksbestemmelsene for muligheten til forlengede rehabiliteringspenger utover ett år også innvirker. Tall fra Rikstrygdeverket viser at ca. en tredjedel av mottakerne av rehabiliteringspenger har mottatt disse i mer enn ett år (Rikstrygdeverket 1999a s. 20). Det er også tenkelig at veksten

i rehabiliteringspenger kan være delforklaring på at veksten i yrkesrettet attføring ikke er som ventet. Andelen attføringspengemottakere som ble utskrevet fra arbeidsmarkedsetatens attføringsregister til helsemessig bistand utgjorde 32 prosent av alle de avsluttede attføringspengemottakerne i desember 1998. Dette var flere enn andelene som ble utskrevet til arbeid, kombinasjon arbeid/trygd og formidlingsklar til sammen (29 prosent) (Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse). I argumentasjonen forut for attføringsreformen var nettopp ønsket om at passive ytelser ikke skulle ligge som en «*lett tilgjengelig og alltid tilstedeværende retrettposisjon*» et argument for at arbeidsmarkedsetaten skulle ha ansvaret for yrkesrettet attføring (Attføringsmeldingen). Tallene indikerer derimot at det nettopp er en slik tilpasning som skjer med dagens ordning. Spørsmålet om hvor grensen går for muligheten for samtidig behandling og attføring er sentral i grense-dragningen mellom etatene.

Den økte tilgangen på uførepensjonister har sammenheng med en rekke forhold som blant annet regelendringen for rehabiliteringspenger, administrativ praksis, og lettere tilgang til arbeidslivet for personer med helseproblemer som følge av den økte sysselsettingen (Rikstrygdeverket 1999a). Det er et vilkår for retten til uførepensjon at hensiktsmessig behandling og attføring skal være gjennomgått før uførepensjon kan tilstås (§ 12-5 i lov om folketrygd). I vår sammenheng er det interessant å merke seg at antall uførepensjonssøknader øker (Rikstrygdeverket 1999a), mens det som vist ikke har vært noen særlig økning i attføringsvirksomheten.

I intervjuene med ansatte i begge etater kom det frem at arbeidsmarkedsetaten har forståelse for at de må forsøke attføring dersom en person har fått et avslag på søknad om uførepensjon som er begrunnet med at attføringsmulighetene ikke er uttømt. Uenighetene synes i stor utstrekning å gjelde avgrensningen mellom hvem som er syke eller friske nok til å gjennomgå hensiktsmessig attføring.

Utviklingen i de helserelevante trygdeytelsene har ikke blitt slik intensjonen med arbeidslinjen var. I utjamningsmeldingen vises det til arbeidslinjens mål om å «opprettholde ein høg arbeidsstyrke, og hjelpe grupper som stiller svakt på arbeidsmarknaden til å få arbeid før det eventuelt kunne bli aktuelt med uførepensjon og liknande» (St.melding nr. 50 1998–99, s. 211). Blant de virkemidler som skulle støtte opp om dette, var blant annet «auka innsats innan yrkesretta attføring» (opcit.). Utviklingen i antall langtids-

²⁰ Regelendringene for ulike ytelser diskuteres senere i dette kapitlet.

sykemeldte, varigheten av rehabiliteringspenger, og tilgangen av nye uførepensjonister, tilsier at det burde vært en betydelig vekst i antall personer som var i attføringstiltak. Utviklingstallene vi har sett på indikerer snarere en streng seleksjon av personer inn i attføringstiltak enn en økning i innsatsen på attføring. Mulige grunner til at attføring ikke iverksettes i større omfang, kan være tilpasninger for å få «gode resultater», eller mangel på egnede tiltak for de grupper som søkes til attføring for å kunne bruke sine restarbeidsevner. I den grad slike grunner ligger til grunn for at potensielle attføringskandidater ikke kommer i gang med attføring, er det et spørsmål om systemet bør tilpasses for bedre å dekke dagens behov. Dette gjelder både resultatmål, antall plasser og tiltakstyper som er hensiktsmessige for de som søkes inn til attføring.

Regelverket for yrkesrettet attføring og tilgrensende trygdeytelser

Vi har sett at utviklingen ikke har gått i retning av at omfanget av dem som gjennomgår attføring øker særlig. Lovverket er den viktigste premissgiver for attføringsvirksomheten. I dette kapitlet vil vi derfor se nærmere på regelverket for yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd, uførepensjon, sykepenger og rehabiliteringspenger. I løpet av 1990-årene ble det foretatt en rekke lovendringer som regulerer retten til de helserelaterte ytelsene. Disse skulle virke sammen for å støtte opp under arbeidslinjen og korte ned periodene med passive ytelser. Men som vi har sett har ikke utviklingen gått i den retningen. Vi vil derfor undersøke om det er forhold ved lovverket som medvirker til andre tilpasningsstrategier.

Yrkesrettet attføring

Folketrygdlovens kapittel 11 handler om yrkesrettet attføring. Loven setter flere vilkår for retten til ytelser etter dette kapitlet. Dersom en person har rett til ytelser i henhold til annen lovgivning faller retten til ytelser etter kapittel 11 bort (§ 11-16). For å ha rett til ytelser er det også noen generelle vilkår om medlemskap i folketrygden og oppholdssted, men vi går ikke nærmere inn på disse her.

Ytelser etter kapittel 11 har ulike aldersgrenser. Nedre aldersgrense for attføringsstønad er 16 år. For å ha rett til attføringspenger må personen være over 19 år. Dersom det er snakk om skolegang for personer under 22 år, må

personen være i en utdanningssituasjon som avviker vesentlig fra den som gjelder for annen ungdom.

Iverksetting av yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd er en prosess som skjer i to trinn. Først vurderer trygdeetaten om potensielle søkere fyller de generelle inngangsvilkårene, samt de medisinske vilkår. Gjennom denne funksjonen spiller etaten en viktig rolle i seleksjonen av individer inn til yrkesrettet attføring. Deretter vurderer arbeidsmarkeds-etaten hensiktsmessige og nødvendige attføringstiltak. Diskusjonene om attføring er rett tiltak/ytelse for et individ oppstår gjerne i forbindelse med vurdering av paragrafene fem og seks i dette kapitlet. Derved blir tolkningene og håndteringen av disse sentrale for om saker kommer i gråsonen eller ikke.

Folketrygdlovens paragraf 11-5 lyder:

§ 11-5 Sykdom skade eller lyte – nedsatt inntektsevne

Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at medlemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte

- a) har fått sin evne til å utføre inntektsgivende arbeid (inntektsevnen) varig nedsatt, eller*
- b) har fått sine muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass vesentlig innskrenket.*

Når det skal vurderes om vilkåret i første ledd bokstav a eller b er oppfylt, legges det vekt på alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid.

Vurderingen av om vilkårene for ytelse etter § 11-5 er oppfylt omtales som de medisinske vilkårene for yrkesrettet attføring. Her er det ett skille i vilkårene for henholdsvis rehabiliteringspenger og uførepensjon, hvor det stilles krav om at sykdom, skade eller lyte er hovedårsak. I attførings-sammenheng er kravet at «*Sykdom, skade eller lyte må være en ikke uvesentlig årsak*» til yrkeshemningen. (Rikstrygdeverket 1998a, s. 19). Saksbehandlernes som vurderer de medisinske vilkår har ikke noen spesiell utdanning i vurdering av medisinske forhold og er av den grunn avhengige av det som står i legeerklæringene for å få opplysninger om den medisinske tilstand og eventuelt noe om utsiktene fremover. Derfor er legeerklæringen et svært viktig dokument. Saksbehandlerne kan også konsultere etatens rådgivende leger hvis de er i tvil om betydningen av det som står i legeerklæringen. Mange ganger er legeerklæringene som vedlegges attføringssøknaden

skrevet i forbindelse med sykepenger eller i forbindelse med rehabiliteringspenger. Derfor inneholder de ikke alltid noen vurdering knyttet til utføringmulighetene.

§ 11-6 Nødvendige og hensiktsmessige tiltak

Ytelse etter dette kapitlet gis i forbindelse med tiltak som er nødvendige og hensiktsmessige for at medlemmet skal bli i stand til å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid.

Når det skal vurderes om et utføringstiltak er nødvendig og hensiktsmessig, gjelder § 11-5 andre ledd tilsvarende.

Det er arbeidsmarkedsetatens ansvar å vurdere om vilkårene i § 11-6 er oppfylt. Etatens ansatte har kunnskap om de krav arbeidsmarkedet stiller til arbeidskraft. Når det gjelder vurdering av hensiktsmessighet og nødvendighet av utføringstiltak, er dette blant annet betinget av hvilke utføringstiltak som er tilgjengelige og hvilke krav de stiller til den som skal delta. Flere av etatens tiltak har plassbegrensninger og ventetid som kan innvirke på denne vurderingen. Videre kan det være usikkerhet forbundet med personers muligheter til å gjennomføre ulike tiltak. I vurderingen kan saksbehandlere støtte seg til assistanse fra arbeidsrådgivningskontorene ARK. Dette er primært en annenlinjetjeneste, som også foretar både vurdering av evner og utredning av egnetheten av ulike utføringstiltak for enkeltindivider.

Både § 11-5 og § 11-6 åpner for bruk av skjønn ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt. Som det fremgår av lovteksten, skal de samme faktorer legges til grunn av saksbehandlerne i de to etatene når de vurderer om vilkårene for yrkesrettet utføring er oppfylt. Dette åpner for en viss overlapning, for eksempel skal det i begge tilfeller legges vekt på evner og på arbeidsmuligheter. Saksbehandlerne på arbeidskontoret har mer kunnskap om arbeidsmarkedet enn trygdefunksjonærene – slik at deres synspunkt vil kunne være noe forskjellig fra trygdefunksjonærenes når denne faktoren vurderes. Tilsvarende har ikke saksbehandlerne på arbeidskontoret alltid grunnlag for å vite hvilke begrensninger ulike medisinske diagnoser innebærer. Selv om saksbehandlerne på trygdekontoret ikke har medisinsk opplæring, vil de i mange tilfeller ha opparbeidet seg mer kunnskap om implikasjonene av ulike diagnoser gjennom sin generelle sakserfaring. Videre har trygdefunksjonærene muligheter for å drøfte saker med etatens rådgivende leger.

Perspektivene som faktorene vurderes ut fra er forskjellige. De personer som kommer i yrkesrettet utføring oppfyller begge sett med vilkår. Det vil si

at de er syke nok til å oppfylle § 11-5 og samtidig friske nok til å gjennomføre tiltak etter § 11-6. De som kommer i gråsonen må antas å skille seg fra de som setter i gang attføring på et eller flere vesentlig punkter. Dette vil vi se nærmere på når vi undersøker kjennetegn ved personene.

Uførepensjon

Retten til uførepensjon reguleres av folketrygdlovens kapittel 12. Uførepensjon er i motsetning til de andre helserelaterte ytelsene en varig ytelse. Vurdering av retten til denne ytelsen vurderes i prinsippet av trygdeetaten alene. Helt siden innføringen av folketrygden har imidlertid retten til uførepensjon vær knyttet opp mot attføring. Med dagens arbeidsdeling på attføringssektoren får derfor arbeidsmarkedsetaten likevel innflytelse på tilgangen til uførepensjon.

En lovendring fra juni 1991 skjerpet kravene til årsakssammenheng mellom den medisinske lidelse og nedsatt ervervsevne. Ot.prp. nr. 42 (1994-95) nedfelte kravet om at varig sykdom og funksjonsnedsettelse skal være hovedårsaken til nedsatt ervervsevne. I loven presiseres det at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uførepensjon.

Vilkår for retten til uførepensjon er forankret i en reduksjon av inntektsevnen med minst halvparten.²¹ Ved vurdering av inntektsmulighetene legges de samme faktorer til grunn som ved vurdering av attføringspenger. Vilkår utover standardvilkår som medlemskap i folketrygden, botid og alder etc. er for det første at personen har varig sykdom, skade eller lyte. Loven legger til grunn at *«Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis»* (§ 12-6 i lov om folketrygd). Dette kriteriet er ikke entydig, jfr. Konsensusrapporten til trygderetten (Bruusgaard m.fl. 1995). I løpet av 1990-årene endret status for de diffuse muskel-/skjelettlidelsene seg flere ganger.

Det at sykdomsbegrepet ikke er entydig fører også til at attføringsapparatet vil måtte forholde seg til motstridende legeerklæringer fra forskjellige leger i samme sak. I vår sammenheng er det også av betydning at *«Sosiale eller økonomiske problemer gir ikke rett til uførepensjon»* (§ 12-6 i lov om folketrygd). Denne bestemmelsen fører til problemer når det gjelder grensdragningen mot attføring. Sosiale hemninger og manglende sosial

²¹ Det er satt i gang begrenset prøveprosjekt med lavere uføregrad.

kompetanse vil, dersom de ikke ses som produkt av psykiske lidelser, ikke gi rett til uførepensjon.²² I arbeidsmarkedsetaten vil derimot manglende sosiale ferdigheter kunne ha betydning for vurdering av hensiktsmessigheten av yrkesrettet attføring.

Ett annet punkt i kapittel 12 som i visse henseender blir en implisitt motsetning, finner vi i § 12-7. Der står det:

Ved vurderingen av hvor mye inntektsevnen er nedsatt (hvor høy uføregraden er) skal inntektsmulighetene i ethvert arbeid som vedkommende nå kan utføre, sammenlignes med de inntektsmulighetene som vedkommende hadde før sykdommen, skaden eller lytet oppstod.

I denne paragrafen legges det til grunn ethvert arbeid vedkommende kan utføre. Denne bestemmelsen skal ses i forhold til de samme kriteriene som ligger til grunn for yrkesrettet attføring. Det vesentlige skillet ligger i de ulike tolkningene av «ethvert arbeid som vedkommende kan utføre». Legene som skal skrive legeerklæringene, og rådgivende leger, vil kunne vektlegge dette aspektet annerledes enn saksbehandlere som har dagens forhold på arbeidsmarkedet som utgangspunkt. I kravene til både rehabiliteringspenger og uførepensjon er kravet at sykdom, skade eller lyte skal være hovedårsak til tap av inntekts-/arbeidsevne. Kravet til årsakssammenheng er ikke like streng ved yrkesrettet attføring som for de to andre ytelsene. Selv om individer fysisk sett vil kunne være i stand til å utføre et stykke arbeid, er det ikke gitt at det kan antas at en arbeidsgiver vil være villig til å ansette en person med dette som utgangspunkt.

Kapittel 12 i lov om folketrygd inneholder også paragrafer som begrenser visse grupper adgang til uførepensjon. Når det gjelder personer som er hjemmearbeidende eller deltidsarbeidende, gjelder spesielle beregningsregler for vurdering av uføregraden (jfr. § 12-8 og § 12-9). I praksis har disse ført til at det kan være vanskelig for kvinner å komme opp i en uføregrad på over 50 prosent. En annen gruppe som det stilles strengere vilkår for, er personer under 35 år som har psykososiale problemer eller rusmiddelproblemer. De kan bare få uførepensjon dersom de har forsøkt å gjennomføre et individuelt og hensiktsmessig attføringsopplegg uten å lykkes, unntatt når basisgruppe eller annen tverrfaglig gruppe finner at attføring åpenbart er hensiktsløst.

²² Dette gjelder også de andre helse relaterte ytelsene.

Det er vilkårene i § 12-5 som knytter uførepensjon til attføring. Der står det at: «*Det er et vilkår for rett til uførepensjon at vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring for å bedre inntektsevnen eller arbeidsevnen.*» Det er flere forhold ved denne formuleringen som skaper problemer i grensedragningen mot attføring som er hjemlet i kapittel 11. I denne sammenheng er det vesentlig om legene (behandlende lege, spesialist, rådgivende lege) har lagt inntektsevne eller arbeidsevne til grunn for uttalelser i sakene, fordi trygdeetaten bruker disse som grunnlag for sin behandling.²³

Et annet forhold er «hullet» som oppstår mellom § 12-5 og § 11-6. I § 11-6 står det at hensiktsmessighet og nødvendighet skal vurderes i forhold til «*å skaffe seg eller beholde høvelig arbeid*», mens § 12-5 viser til «*bedring av inntektsevnen eller arbeidsevnen*». Det er et skille mellom det å være i stand til å få og beholde et arbeid, og det å bedre arbeidsevnen. Bedring av arbeidsevnen innebærer ikke nødvendigvis at man i det rådende arbeidsmarked vil antas å kunne få arbeid. Tilsvarende er det en vanskelig grensegang mellom det at en person kan ha en restarbeidsevne, og det å finne en arbeidsgiver som er villig til å betale for den.

Et annet forhold som er uklart og kan bidra til å skape uenigheter, er at det i § 12-5 står at vilkåret er «*gjennomgått hensiktsmessig behandling og attføring*». I intervjuene brukte flere saksbehandlere formuleringen «*hensiktsmessig attføring skal være vurdert*» når de omtalte grensedragningen i relasjon til vilkåret om at attføring før uførepensjon kan tilstås. Bruken av forhåndsuttalelser²⁴ reflekterer at dette er en fortolkning som anvendes i den praktiske hverdag. Det er i noen saker helt klart at det ikke tjener til noe å forsøke attføring. At attføringsforsøk ikke presses frem der ingen av partene antar at det vil ha noen nytte, fremgår ved at langt fra alle de nye uførepensjonistene gjennomgår yrkesrettet attføring før uførepensjon innvilges (Utjammingsmeldinga. St.melding nr. 50 (1998-99)).

Uenigheter om hvor grensen går for om en person er «for frisk» for uførepensjon, eventuelt om det er hensiktsmessig å forsøke attføring før et avslag på uførepensjon foreligger, er sentrale problemstillinger i grensedragningen og ett grunnlag for at saker kommer i gråsonen.

²³ Vi vil ikke gå inn på debatten om legenes skjønnsutøvelse (advokat/ konsulent) her.

²⁴ Forhåndsuttalelser er skriftlige uttalelser fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten. Disse lages uten at saken sendes til arbeidsmarkedsetaten. De brukes i forbindelse med (vurdering av) søknad om uførepensjon (omtales nærmere i kapitlet om samarbeid mellom etatene).

Sykepenger

Sykepengerettigheter reguleres i kapittel 8 i lov om folketrygd. Dette er den ytelse som i de fleste tilfeller har vært utgangspunkt for de trygdekarrierene som senere leder frem til en vurdering av attføringsmulighetene. Denne ytelsen er det trygdeetaten som forvalter. Paragraf § 8-4 angir kravene til arbeidsuførhet.

Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger.

På 1990-tallet ble den nære tilknytningen til det at sykdom eller skade klart skulle være årsak til funksjonsnedsettelsen forsterket. For å få rett til ytelse må personen ha vært i arbeid minst to uker før arbeidsuførheten oppstod. Det er videre krav til inntekten forut for arbeidsuførheten.

I § 8-6 er det en bestemmelse om bedriftsintern attføring og at aktiv sykemelding kan ytes i inntil 12 uker, og deretter utvides dersom det er hensiktsmessig og nødvendig for å beholde arbeidet. Paragraf 8-7 angir utgangspunktet for sykemelding II:

Når arbeidsuførheten har vart åtte uker, må det legges fram en særskilt legeerklæring for at medlemmet skal få utbetalt sykepenger fra trygden. Denne erklæringen skal inneholde en vurdering av muligheten for at vedkommende kan bli arbeidsfør igjen, og en redegjørelse for det videre behandlingsopplegget.

Denne legeerklæringen danner grunnlaget for videre sykemelding etter åtte uker. Igjen ved 12 ukers sykemelding skal det skje en ny vurdering i henhold til samme paragraf:

Når arbeidsuførheten har vart i 12 uker, må trygdekontoret vurdere om de medisinske vilkårene for rett til sykepenger er oppfylt, og om det er behov for medisinske, yrkesrettede eller andre tiltak. Trygdekontoret må gjøre skriftlig vedtak om fortsatt rett til sykepenger.

En av forutsetningene for gjennomføringen av attføringsreformen var at trygdeetaten skulle sette i verk tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig, helst tidlig i sykepengeperioden, dersom det blir klart at medisinsk behandling ikke vil være tilstrekkelig til at en person vil komme i arbeid igjen. Grunnlaget for at vurderingen av tiltak skal skje så tidlig som mulig er at sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid er større jo kortere fraværet fra arbeidsaktivitet har vært. Bestemmelsene i denne paragrafen skal bidra til at prosessen igang-

settes. Så lenge personene har sykepengerrettigheter vil de være trygdeetatens ansvar, hvis det er snakk om bedriftsinterne attføringsopplegg. Hvis dette ikke lar seg gjøre fordi personen ikke har arbeidsgiver eller det er behov for andre typer attføringstiltak, trekkes arbeidsmarkedsetaten inn. De fleste har vært mottakere av «passive» ytelser mye lenger enn åtte uker innen de blir tatt opp med, eller oversendt til arbeidsmarkedsetaten.

Paragraf 8-12 angir tidsbegrensningen av sykepengene. Den generelle øvre ramme er til sammen 248 dager i løpet av en treårsperiode. Dersom personer har mange kortere sykepengeepisoder vil det kunne gå svært lang tid fra de fikk sin lidelse til spørsmålet om yrkesrettet attføring eller rehabiliteringspenger aktualiseres, sammenlignet med personer som har et langt og vedvarende sykefravær.

Sykepengekapitlet har dessuten en paragraf som er til nytte for de med langvarige eller kroniske lidelser. Paragraf 8-20 gir en åpning for at trygden dekker sykepengene i arbeidsgiverperioden dersom det er risiko for særlig stort sykefravær. Det er arbeidstakeren selv eller arbeidsgiveren som må søke om denne. Det samme gjelder for en arbeidstaker som har en sykdom som medfører risiko for gjentatte sykefravær i en begrenset periode. For en del personer med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser vil det kunne være vanskelig å avgrense varigheten av behovet for en slik ordning.

Vurdering av retten til sykepenger er ikke et område som skaper grensedragningsproblemer mellom etatene. Hva trygdeetaten gjør i sykemeldingsperioden eller ikke gjør, har imidlertid en indirekte effekt på attføringsvirksomheten. Trygdeetaten skal forsøke å få til bedriftsinterne attføringsopplegg i samarbeid med arbeidsgivere for personer som har et arbeidsforhold. Dette antas å være enklest å få til mens personen fortsatt har kontakt med arbeidsgiver, med andre ord i sykepengeperioden. Så lenge personene har sykepengerrettigheter er dette trygdeetatens ansvar. Ved behov for andre typer attføringstiltak i sykepengeperioden er det at sakene tas opp med arbeidsmarkedsetaten. Uenigheter kan oppstå mellom etatene med hensyn til om trygdeetaten i tilstrekkelig grad har forsøkt å få til slike løsninger. Som vi vil se senere vil arbeidsmarkedsetaten kunne avslå å ta imot saker dersom bedriftsinterne løsninger ikke er forsøkt.

Rehabiliteringspenger

Retten til rehabiliteringspenger er også en ytelse som i prinsippet avgjøres av trygdeetaten alene. Arbeidsmarkedsetatens vurderinger påvirker imidlertid indirekte trygdeetatens praktisering av regelverket gjennom uttalelsene som gis i forbindelse med vurdering av atferingsmulighetene²⁵. Retten til ytelsen reguleres i kapittel 10 i lov om folketrygd. Formålet med rehabiliteringspenger er å gi ytelse til livsopphold for personer som på grunn av sykdom, skade, eller lyte ikke kan utføre sitt arbeid. Ved lovendringen som trådte i kraft 1. juli 1993 (Ot.prp. nr. 39 (1992-93)) skjedde den en rekke endringer for det som i dag heter rehabiliteringspenger. De viktigste i denne sammenheng var:

- en presisering av sykdomsbegrepet (som ved sykepenger)
- kravet til årsakssammenheng mellom sykdom og funksjonsnedsettelse (sykdom hovedårsak)
- vurdering mot arbeidsevne fremfor ervervsevne
- innskjerping av krav til aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen
- tidsbegrensning på ett år, som hovedregel

Disse endringene kan ses som en harmonisering i forhold til de andre helse-relaterte ytelsene. Før tidsbegrensningen trådte i kraft hadde om lag halvparten av mottakerne av rehabiliteringspenger mottatt ytelsen i mer enn ett år. Etter lovendringen falt denne andelen betydelig. Utviklingen de senere år har ført til at ca. en tredjedel av mottakerne av rehabiliteringspenger har mottatt ytelsen i over ett år (Rikstrygdeverket 1999a).

Spesielt tidsbegrensningen for varighet av rehabiliteringspenger har betydning for gråsoneproblematikken. Tidsbegrensningen er et insentiv for trygdeetaten til å vurdere om atfering er et aktuelt alternativ for mottakeren selv om behandling ikke er avsluttet. Samtidighet i atfering og behandling har vært en målsetting med vektleggingen av tidlig oppfølging. I perioden etter ansvarsreformen var det i deler av arbeidsmarkedsetaten motstand mot å ta imot personer som ikke var ferdig med den medisinske behandlingen. I den senere tid synes det å være mindre åpen motstand mot samtidig atfering og behandling. Det er imidlertid en stor andel av atferingspengemottakerne

²⁵ For eksempel vil arbeidsmarkedsetatens anbefaling om ytterligere behandling eller utredning før yrkesrettet atfering kan iverksettes, medvirke til at personer innvilges utvidede rehabiliteringspenger (opplyst i intervjuer med ansatte i trygdeetaten).

som avsluttes fra arbeidsmarkedsetaten i utredningsfasen for videre behandling. I hvilken grad dette er uttrykk for at tidsbegrensningen (jf. ettårsregelen), er for kort i forhold til behandlingsbehov eller det fortsatt er den kronologiske modell som gjelder i praksis, er usikkert. Praksis indikerer uansett at arbeidsmarkedsetatens grense for hvor mye behandling / hvor langt behandlingen skal være kommet før attføring anses hensiktsmessig, i liten grad er tilpasset behovene for å få til samtidig behandling og attføring for de personer som søkes til attføring.

En annen side ved tidsbegrensningen er at saker vil vurderes mot attføring, i forhold til behovet for inntektssikring, selv om saksbehandlerne i trygdeetaten er innforstått med at personen ikke er klar til å gjennomføre et attføringsopplegg. Hvis arbeidsmarkedsetaten kommer frem til at personen er for syk til å sette i gang yrkesrettet attføring, men man antar at det fortsatt er muligheter for bedring på sikt, anbefales søknad om forlengede rehabiliteringspenger i trygdeetaten. I slike tilfeller vil runden via arbeidskontoret fungere som en utvei for at personene fortsatt skal kunne få rehabiliteringspenger utover det ene året. Forutsetningen er da at personen fortsatt er under aktiv behandling. Om lag en tredjedel av alle yrkeshemmede som ble utskrevet fra arbeidsmarkedsetaten i utredningsfasen i desember 1998 hadde sosial- og helsemessig behandling som utskrivningsårsak.²⁶ Det at såpass mange utskrives fra registeret til videre behandling indikerer to forhold. På den ene side kan det antas at ettårsgrensen for varighet av rehabiliteringspenger er noe kort, i forhold til behandlingsbehovene. På den annen side at det er en mismatch mellom de krav som stilles til å delta i attføringstiltak og personenes situasjon på det tidspunkt andre instanser mener de kan starte prosessen mot arbeid med attføring.

De ulike bestemmelsenes samvirkning på grensedragningen

Trygdeetaten har ansvar for vurdering av vilkår for rett til alle de helse-relaterte trygdeytelsene. Arbeidsmarkedsetaten har i prinsippet kun med vurderingen av yrkesrettet attføring å gjøre. Som vi har indikert i det foregående er praksis likevel at arbeidsmarkedsetaten kommer i den situasjon at de kan påvirke kursen videre med hensyn til de andre ytelsene i forlengelse av sine attføringsvurderinger.

²⁶ Andelen var høyere blant attføringspengemottakerne, som vi viser til andre steder i rapporten, jf. tabell 8.

Bortsett fra retten til uførepensjon som skal ses i sammenheng med attføring, vurderes de andre ytelsene i prinsippet separat. Alle de fire ytelsene vi har sett på har et medisinsk utgangspunkt, men ellers skiller de seg fra hverandre på flere måter. Det er kun uførepensjon som er en varig ytelse, de andre er midlertidige. Både sykepenge og rehabiliteringspenge har tidsbegrensninger, mens yrkesrettet attføring ikke har det.

Sykepengekapitlet angir tidspunkt (12 ukers-vedtak) for når trygdeetaten skal ta opp spørsmålet om behov for andre virkemidler enn behandling. De senere års vekst i antall sykepengetilfeller bidrar til at saksbehandlerne ikke har anledning til å gå nøye inn i alle saker. De fleste blir friske og kommer seg tilbake i jobb uten at det er behov for ekstraordinære tiltak. Det er dessuten en økende bruk av aktiv sykemelding: «*For de tre første kvartalene i 1999 utgjorde avsluttede tilfeller med aktiv sykemelding 11,4 prosent av totalt antall avsluttede tilfeller over 8 uker*» (Rikstrygdeverket 2000). Saksbehandlerne har få kilder for å skille ut saker der det er behov for annen innsats. Den ene er personen selv, som i mange tilfeller ennå ikke er klar over at han/hun ikke vil kunne fortsette i sitt arbeid på lang sikt. Den andre er legerklæringene. De tilfeller hvor det tidlig blir klart at det er nødvendig med andre innsatser enn medisinsk behandling, vil ofte være i forhold til avgrensede fysiske lidelser og sykdommer. Dette er også ofte plager som har bedre prognose med hensyn til tilbakevending til arbeidslivet. Slik sett kan den tidlige innsatsen i sykepengeperioden bidra til at de med best utgangspunkt for å komme tilbake i jobb, ikke blir aktuelle for vurdering mot yrkesrettet attføring.

Trygdeetaten har blitt kritisert for ikke å gripe tilstrekkelig tidlig inn i sykepengefasen. I «Riksrevisjonens undersøkelse av trygdeetatens oppfølging av sykemeldte» fant man at kun 1,3 prosent av de sykemeldte var på yrkesrettet attføring, mens ni prosent av de med sykemelding II som inngikk i undersøkelsen hadde prognose C (om det er nødvendig med tiltak utover medisinsk behandling). Dette bør imidlertid ikke ses isolert, men settes i sammenheng med at bare to prosent av legene hadde krysset av for at de ønsket at trygdekontoret tok kontakt for nærmere drøfting (Riksrevisjonen 1998-99). Det er vanskelig for saksbehandlerne å overprøve legenes vurderinger, dersom de ikke får tilstrekkelig informasjonsgrunnlag. I dag går mye av informasjonen fra trygdeetaten og innhenting av informasjon automatisk i posten, slik at saksbehandlerne ofte ikke møter personen før det har gått lengre tid enn 12 uker. For mange lidelser, som muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser, forsøker fortsatt legene ulike behandlingsalternativ på det

tidspunktet i prosessen. Aktualiseringen av attføringsspørsmålet vil således kunne trekke ut til utgangen av sykepengeperioden eller rehabiliteringsperioden dersom legene viser til behandlingsplaner.

Tidsbegrensningene på sykepenge og rehabiliteringspenge skal være insentiver til å initiere aktive tiltak eller få en avklaring, og fungerer også i en viss utstrekning slik. Valget av hvilket alternativ saksbehandlerne skal anbefale avhenger av forventningene til videre utvikling. Arbeidslinjen tilsier at aktivitet skal være et førstevalg. Vurderingen mot attføring skal bidra til å demme opp for frakoblingen fra arbeidsorientert aktivitet ved å sette i gang attføringsprosessen samtidig med at behandling pågår.

Vurdering av attføring i de tilfeller behandling fortsatt pågår, aktualiserer grensdragningen om hvor velfungerende en person må være for at attføring skal anses hensiktsmessig. Den andelen av attføringsavslag som begrunnes med «for syk», når trygdeetaten (behandler) mener at attføring og behandling kan foregå samtidig, antyder at det er et misforhold mellom kravene som stilles til å delta i en utredningsprosess eller et attføringstiltak og hvilke type tiltak det er behov for. Som vi har referert tidligere var ønsket om at helse relaterte ytelser ikke skulle ligge som et alternativ i bakhånd, en begrunnelse for å gi arbeidsmarkedsetaten ansvaret for attføring. Det at såpass mange saker returneres for videre behandling indikerer at dette skjer.²⁷

Det er imidlertid flere relativt ulike situasjoner som ligger til grunn for dette. Det at loven åpner for forlengede rehabiliteringspenge kan ha den bieffekt at den fungerer som en måte å få selektert ut vanskelige og potensielt arbeidskrevende saker på, der utfallet er uvisst i forhold til arbeidsmarkedsetatens resultatmål. Dersom personen fortsatt er under behandling, vil vurderingen mot attføring kunne fungere som et ledd i en prosess hvis formål er inntektssikring mens behandlingsforsøk fortsetter. Dette gjelder de tilfeller der de involverte er innforstått med at personen «ikke er klar» for attføring, men det fortsatt er for tidlig å si om uførepensjon nødvendigvis er løsningen. I denne situasjonen blir arbeidsmarkedsetatens vurdering av «for syk» en legitimering av forlengelsen og ikke en kilde til uenighet mellom etatene, men mer et nødvendig rituale. Varigheten av utredning (behandling) av en rekke lidelser, så som diffuse muskel-/skjelettplager, psykiske lidelser og misbruksproblemer, kan ofte strekke seg lenger enn de to år som gis på sykepenge og rehabiliteringspenge til sammen. Et annet spørsmål i denne

²⁷ Jf. tabell 2 og tabell 8.

sammenheng er om kravene som stilles til deltagelse i attføringstiltakene som arbeidsmarkedsetaten har til disposisjon, er formålstjenlig i relasjon til arbeidslinjens mål og fungeringsgraden til mange av de som søkes attført. Muligheten til å forlenge rehabiliteringspengene kan, dersom det ikke er «reell uenighet» om personen er klar eller ikke, fungere som en utvei for arbeidsmarkedsetaten til å ikke tilpasse eksisterende tiltak eller utvikle nye tiltak som står i forhold til denne gruppens behov.

Attføring- og uførepensjonskapitlene stiller ikke vilkår om behandling. Dersom en person ikke lenger er under behandling, vil valget kunne stå mellom det å anbefale personen å forsøke attføring eller å søke uførepensjon direkte. I henhold til regelverket er meningen at attføringsalternativet skal forsøkes. Det at personer anses å være for friske til uførepensjon og for syke til attføring er av de sentrale punkter i gråsoneproblematikken, og «for syk» er en mye brukt begrunnelse for ikke å iverksette tiltak. Dette vil ikke minst kunne gjelde store grupper av dem med diffuse muskel-/skjelettlidelser og moderate til lettere psykiske lidelser. En del av disse lidelsene har ikke medisinene effektive behandlingsmetoder mot, slik at personene ikke nødvendigvis mottar medisinsk hjelp som kvalifiserer til betegnelsen «aktiv behandling». Personene kan fortsatt være i en prosess hvor bedring eller stabilisering er en mulighet, slik at de ikke fyller uførepensjonslovens vilkår. Uførepensjonslovens vilkår om at inntektsevnen skal være nedsatt med minst halvparten, angir samtidig en lavere fungeringsgrad enn det minimum som ofte anses nødvendig for at deltagelse i attføringstiltak skal være hensiktsmessig.²⁸ Derved vil det kunne være et gap mellom det brukeren kan klare og forutsetningene som stilles for å delta i tiltak.

Mye av uenigheten mellom etatene er knyttet til mulighetene for å delta i de ulike typene tiltak. Det er for eksempel bare tiltaket Arbeidsforberedende trening (AFT) av attføringstiltakene innen arbeidsmarkedsbedriftssystemet som har en nedre grense for deltagelse på under halv tid, begrenset til en tre måneders periode (Arbeidsdirektoratet 1996b). I våre intervjuer kom både saksbehandlere og brukere inn på at det i en del tilfeller trengs tiltak hvor personen kan starte i for eksempel 20 prosent. Dersom arbeidsmarkedsetaten ikke anser at personen er i stand til å gjennomgå hensiktsmessige tiltak, vil en uttalelse om at hensiktsmessig attføring er vurdert kunne brukes som argumentasjon for at uførekapitlets vilkår om attføringsmulighetene er uttømt

²⁸ Det kan i prinsippet være mulig med mindre deltagelse.

(jf. forhåndsuttalelser). En slik strategi bidrar til at attføringsbruken ikke øker, selv om uførepensjon da blir løsningen.

Etatenes utgangspunkt for arbeidet med attføringssaker

Både trygde- og arbeidsmarkedsetaten skal innrette sin virksomhet slik at de bidrar til å oppnå de overordnede politiske mål. Deres utgangspunkt har visse fellestrekk, som at de begge har målstyring og har brukervedvirkning som utgangspunkt for sitt arbeid. Tilnærmingen er imidlertid blitt noe forskjellig i de to etatene. Dette bidrar til noe ulik vinkling av deres arbeid med attføringsspørsmål og får konsekvenser for grensedragningen. Vi har sett på den overordnede konteksten for attføringsarbeidet. Nå skal vi se på etatenes utgangspunkt for attføringsarbeidet og derigjennom grensedragningen dem imellom.

Hvem omfattes av yrkesrettet attføring

Attføring i de to etatene omfatter grupper som avgrenses på to forskjellige måter. I trygdeetaten er retten til attføring noe som vurderes enten i forlengelsen av eller forut for andre helserelevante ytelser. Vi har sett at etaten har attføringsrelaterte oppgaver i forhold til flere ytelser, som tar utgangspunkt i vurdering av om medisinske vilkår er oppfylt. Yrkesrettet attføring i trygdeetaten referer til ytelser hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd.²⁹ Personer som fyller vilkårene i henhold til dette kapitlet i folketrygdloven har rett til attføringspenger og attføringsstønning. Arbeidsmarkedsetatens attføringsvirksomhet er mer vidtfavnende enn trygdeetatens. Arbeidet med yrkeshemmede inngår som en del av etatens arbeid med arbeidssøkere. Bistand fra etaten er basert på behov og omfatter alle som trenger bistand. Yrkeshemmede som søker attføring i henhold til kapittel 11 i lov om folketrygd, skiller seg fra de andre med bistandsbehov på et vesentlig punkt. Det er at yrkesrettet attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd, er en rettighet personer har krav på, basert på vesentlige og varige følger av sykdom, skade eller lyte. Arbeidsmarkedsetatens andre bistandssøkere har ikke en tilsvarende lovhjemlet rettighet, og har således ikke samme grunnlag for å etterspørre assistanse. Søknader om attføring hjemlet i kapittel 11 er med andre ord krav som fremmes på grunnlag av at deler av vilkårene for en lovhjemlet rett er oppfylt. Når det gjelder tilbud til de som søker attføring på

²⁹ Arbeidet med bedriftsintern attføring i denne etaten skal være i sykepengeperioden.

grunnlag av at § 11-5 i lov om folketrygd er oppfylt, kommer behovsvurderinger inn i bildet ved vurderingen av hensiktsmessighets- og nødvendighetskriteriet i § 11-6. I praksis fungerer det slik at rettigheten vil kunne bortfalle selv om de medisinske vilkår i § 11-5 anses oppfylt, dersom arbeidsmarkedsetaten kommer frem til at attføringstiltak ikke er hensiktsmessig eller nødvendig.

Til personer som ikke fyller vilkårene i henhold til § 11-5 kan arbeidsmarkedsetaten gi støtte til spesielle attføringstiltak. Denne støtten kan gis til

personer med kriminell belastning, narkotika- og alkoholtruede samt sosialt funksjonshemmede for øvrig, som har vanskelig for å få eller beholde høvelig arbeid. Forskriftene kommer bare til anvendelse på arbeidssøkere som arbeidsformidlingen finner har behov for yrkesrettede attføringstiltak og som ikke fyller vilkårene for ytelse til yrkesrettet attføring etter folketrygdloven (Kommunal- og arbeidsdepartementet 1996).

Personer som kommer i denne kategorien inngår i arbeidsmarkedsetatens arbeid med yrkeshemmede. De to gruppene yrkeshemmede; de med medisinske yrkeshemninger og de med sosiale yrkeshemninger, har visse fellestrekk samtidig som det er forskjeller mellom dem. Begge har behov for assistanse utover det som tilbys ordinære arbeidssøkere. Det er likevel grunn til å anta at personer med et medisinsk utgangspunkt for sin yrkeshemning har andre typer problemer og behov enn personer hvis yrkeshemning er av sosial karakter, selv om overlapping vil forekomme.

Yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten kan grovt sett inndeles i tre grupper; de som får attføring hjemlet i kapittel 11 i lov om folketrygd, de som får attføring hjemlet i sysselsettingsloven, samt de som er i varig vernede tiltak. Om lag tre fjerdedeler av yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens attføringsregister er henvist fra trygdeetaten (Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse). Ved utgangen av desember 1998 utgjorde attføringspengemottakere litt over halvparten (52 prosent) av de registrerte yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten. Personer som fortsatt har sykepenge-rettigheter mens de er under attføring har mulighet til å beholde disse. Det var ni prosent (5059) mottakere av sykepenger i attføring,³⁰ fjorten prosent

³⁰ Kilde Rikstrygdeverket. Personer som kommer i attføring mens de fortsatt har sykepenge-rettigheter kan velge om de vil ha sykepenger eller attføringspenger mens de er under attføring. De som har sykepenger i attføring har antagelig kommet raskere i gang enn de som har brukt opp sykepenge-rettighetene. De har antagelig et nærmere forhold til arbeidslivet enn de som har gått utover sykepengeperioden eller ikke har opparbeidet slik rett.

(7863) i varig vernede sysselsettingstiltak, og den siste fjerdedelen er antagelig de som får attføring etter sysselsettingsloven; på grunn av sosiale yrkeshemninger. Ikke alle yrkeshemmede i attføringstiltak kan sies å være i attføring med sikte på å bli selvforsørget eller å få ordinært arbeid. Langt de fleste som er i varig vernede sysselsettingstiltak er personer som har uførepensjon, men som benytter sin restarbeidsevne for eksempel i arbeidssamvirker. For disse personene er den reelle målsettingen i de fleste tilfeller arbeidsrelatert aktivitet. De er derfor avhengige av fortsatt å ha sin pensjon som inntektskilde. Ser bort fra de som var i varig vernede tiltak, var 47339 personer i attføring i arbeidsmarkedsetaten per desember 1998. Sammensetningen av de yrkeshemmede i attføring med dette utgangspunkt var da: 61 prosent attføringspengemottakere, 11 prosent med sykepenger under attføring, og 29 prosent med attføring hjemlet i sysselsettingsloven.³¹

Det er med andre ord forskjell med hensyn til hvilke grupper yrkeshemmede de to etatene referer til når de beskriver situasjonen på attføringsfeltet. Trygdeetatens attføringsvirksomhet omfatter dem med helseproblemer. Siden arbeidsmarkedsetaten ikke skiller mellom yrkeshemmede som har helseproblemer som grunnlag for attføring og de som får attføring på annet grunnlag, vil ikke forskjeller i håndtering og resultater av attføringsforsøk for de to gruppene komme til syne i etatens rapporteringer. I de tilfeller det er sprik mellom de to gruppene vil totaltallet ligge et sted imellom. For eksempel er det en betydelig forskjell mellom andelen attføringspengemottakere og andre yrkeshemmede som utskrives fra attføring i utrednings-/ventetidsfasen.³²

Arbeidsmarkedsetaten har en pågående prosess hvor arbeidet med yrkeshemmede i stadig større utstrekning integreres i arbeidet med øvrige arbeidssøkende. Inntil for om lag ti år siden, hadde etaten egne attføringskonsulenter eller attføringssekretærer som hadde spesialisert seg på arbeidet med yrkeshemmede. I dag er arbeidet for det meste overtatt av saksbehandlere som også arbeider med ordinære arbeidssøkere. Dette vil kunne være gunstig ut fra intensjonen om «normalisering og integrering»,

³¹ Senere i rapporten vil vi flere steder likevel ta utgangspunkt i de 55 202 yrkeshemmede, da arbeidsmarkedsetatens statistikk benytter disse.

³² Andelen "avsluttede attføringspengemottakere" i utrednings-/ventetidsfasen var 57 prosent, mens andelen var 33 prosent blant dem uten attføringspenger (desember 1998) Forskjellen var noe mindre i desember 1999, men fortsatt statistisk signifikant. Tall fra Kontoret for plan og analyse i Arbeidsdirektoratet. Se Vedlegg 3; tabellene V4 og V6 for fordelinger.

men i den grad brukerne har behov som krever spesiell kompetanse, vil det kunne være en ulempe hvis saksbehandlerne ikke får opparbeidet spesialkompetansen fordi de sjeldnere er borti problemstillingene.

Personalressurser

I begge etater ble vi møtt med at de ansatte viste til manglende personalressurser til å utføre de oppgaver de er pålagt. En forutsetning for at arbeidsmarkedsetaten skulle overta ansvaret for yrkesrettet attføring var at begge etater skulle styrkes personal- og kompetansemessig for å håndtere sine oppgaver. Trygdeetaten ble styrket med stillinger som skulle øremerkes tidlig oppfølging. I etaten har det blitt reist spørsmål om allokeringen av disse stillingene. De store økningene i antall sykepenge-, rehabiliteringspengetilfeller og uførepensjonssøknader har ført til større arbeidsbelastning ved kontorene og den enkelte saksbehandler. Saksbehandlerne i trygdeetaten viste dessuten til høyt sykefravær og oppdekning av denne, samt den utstrakte opplæringsvirksomheten som «sluker» ressurser. I den grad personer står i fare for å miste sin økonomiske sikring gjennom ytelser fordi varigheten på ytelsen holder på å gå ut, oppgav saksbehandlerne at dette ble prioritert når ressursene var knappe.

Arbeidsmarkedsetaten ble også tildelt stillinger i forbindelse med reformen, men etaten har ikke øremerket personalressursene til attføringsfeltet. Derfor har det ikke vært mulig å skille ut omfanget av personalinnsatsen på dette området. Siden etaten har hatt en nedgang i ordinære arbeidssøkere og økt aktivisering av brukerne, lagt om til gruppebasert metodikk og ikke økt omfanget av attføringsvirksomheten i betydelig grad, skulle en ventet at personalressurser ble frigitt. Saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten viste til et par forhold som medvirket til at personalressursene likevel ikke var tilstrekkelige, selv om arbeidsbelastningen totalt sett burde vært redusert. Det ene er den store utskiftningen av saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten.³³ Saksbehandlerne rapporterer at dette fører til at de mer erfarne må bruke en del tid på å lære opp nye medarbeidere, noe som går ut over deres eget saksarbeid. De nye medarbeiderne trenger tid på å komme inn i det komplekse området som yrkesrettet attføring er, noe som også reduserer effektiviteten i arbeidet med sakene.

³³ Vi har ikke tall for dette, men baserer dette på saksbehandlernes egen beskrivelse av situasjonen.

Et annet forhold er at når de samme saksbehandlerne jobber med ordinære arbeidssøkere og yrkeshemmede om hverandre, så vil det gå lengre tid mellom hver gang de har saker med visse typer problemstillinger. Opparbeidelse av kompetanse til å håndtere visse typer problemstillinger tar tid, og de blir mindre «drevne» i denne håndteringen. For eksempel vil samtaler med personer med psykiske lidelser oppleves som vanskelige. Samtaler med personer som «ikke vet» hva de kan eller vil, kommer med sterke emosjonelle utbrudd eller tvert om sitter tause, ikke viser initiativ eller har urealistiske ambisjoner, krever trening og erfaring for å håndteres konstruktivt. Tidsbruken blir også mindre effektiv; fordi personer uteblir uten å melde avbud til oppsatte avtaler, enten fordi de ikke har åpnet posten sin eller ikke orker. Dette er bare noen få eksempler. Ytterligere et forhold saksbehandlerne tok opp var at tidsforbruket i attføringssaker var større enn i andre saker, mens resultatene måles i antall saker. De «vanskelige» attføringssakene teller ikke mer enn andre saker. På den måten ligger det ikke insentiver i systemet til å bruke tiden på slike saker. I evalueringen av attføringsreformen viste saksbehandlere i begge etater til at de ved tidspress prioriterte de «lette» sakene (Ford 1997).

Et tankekors i denne sammenheng er arbeidsmarkedsetatens plan om å slå sammen arbeidet med yrkeshemmede og andre ordinære arbeidssøkere. Omleggingen begrunnes ut fra en integrerings- og normaliseringsintensjon (Attføringsreform 2 Arbeidsdirektoratet 1999a). Den foreslåtte omleggingen vil viske ut skillene mellom yrkeshemmede med rettigheter til attføringsytelser i henhold til kapittel 11 i lov om folketrygd, andre yrkeshemmede og ordinære arbeidssøkere uten lovfestede rettigheter, i sin organisering av arbeidet med arbeidssøkere. I den grad gråsonesakene indikerer at det allerede foregår en utselektering av yrkeshemmede med svakere utgangspunkt for deltakelse i det ordinære arbeidsmarked, som trygdeetaten mener har en restarbeidsevne, er det et spørsmål om i hvilken grad denne gruppens behov vil ivaretas hvis de må konkurrere med andre arbeidssøkere om plass i tiltak og saksbehandlerassistanse som følge av en eventuell omlegging. Dette skjer samtidig med at arbeidsmarkedsetaten nå gjør seg klar til å sette i gang med nye tjenester som vikardrift, vikarutleie, personalutvelgelse, omstillingsbistand og bistand med kursplanlegging (Arbeidsdirektoratet 1999b). Dette er tjenester som har prioritet og vil binde opp personalressurser. Samtidig skal antall årsverk i arbeidsmarkedsetaten reduseres i år 2000, sammenlignet med 1999 (ibidem).

Brukermedvirkning

Begge etater legger brukermedvirkningsideologien til grunn for saksarbeidet. Dette begrunnes med at

Brukermedvirkning er viktig for å fremme deltagelse og likestilling. Brukerne skal ha rett til innsyn, til å bli tatt på alvor, bli hørt og kunne ta del i avgjørelser av stor betydning for dem selv. .. yrkeshemmede som er aktivt deltagende og føler kontroll over egen attføringssituasjon er et best mulig utgangspunkt for vellykket attføring (Rikstrygdeverket/ Arbeidsdirektoratet 1997 s. 5).

Brukermedvirkningsideologien er basert på at de personer som sakene gjelder skal være med og være ansvarlige for sin egen prosess. Problemer mellom ideologi og realitet oppstår når personens vurdering av handlingsalternativ ikke samsvarer med saksbehandlerens. I trygde- og arbeidsmarkedsetaten er brukermedvirkning og samhandling med brukerne noe ulikt utformet, slik at effekten blir noe forskjellig.

Brukermedvirkning i trygdeetaten

Ved svært mange trygdekontor er staben organisert i grupper.³⁴ En gruppe arbeider med den såkalte «helseaksen», det vil si at de har sykepenge-, rehabiliterings- og uførepensjonssaker som sitt arbeidsområde. Dette åpner for at saksbehandlere kan følge de samme personene gjennom de ulike stadiene i sykekarrieren. Trygdeetaten arbeider individorientert. En vanlig form for brukerkontakt er møter med brukeren på saksbehandlers kontor. Dette gir mulighet for å supplere informasjon fra dokumenter. Brukerne kommer til situasjonen med en erfaringshistorie, ønsker, behov, selvbylde, samt innspill fra andre instanser eller sin nære omgivelser. Til sammen er de med på å påvirke personens oppfatning av sin nå-situasjon og definere hva personen anser som realistiske muligheter.

Trygdefunksjonæren har en dobbeltrolle overfor brukeren. Den ene er veiviserrollen. I utøvelsen av veiviserrollen er veiledning det sentrale. Saksbehandleren som skal gi råd kjenner saken fra et sett dokumenter, eventuelt noen sporadiske møter. Graden av kjennskap til personen vil være større i saker der personen har lengre «fartstid» i etatens system, og mindre i nyere saker. Råd gis på grunnlag av kunnskap om individenes situasjon, regelverkets bestemmelser, kunnskap om aktuelle alternativer, samt erfaringer fra lignende saker. Saksbehandleren gir også opplysninger om rettigheter og

³⁴ Små trygdekontor har såpass få ansatte at de ikke har oppgavedeling.

pplikter. Til dette arbeidet hører informasjon om konsekvenser av ulike valg. Brukermedvirkningen innebærer at brukeren selv skal fatte beslutningen om å følge eller ikke følge saksbehandlers råd, og ta ansvar for konsekvensene av sine valg.

I tillegg til veiviserrollen har trygdeetaten en lovtolkerrolle. Når det foreligger et krav om ytelse skal saksbehandlerne i trygdeetaten vurdere om lovens vilkår for retten til ytelse er oppfylt. Dette betyr at de samme saksbehandlere i mange tilfeller først er rådgiver overfor medlemmer med hensyn til om og eventuelt hvilken ytelse vedkommende bør søke. Deretter vurderer de om vedkommende fyller vilkårene for ytelsen. Realismen i brukers valgmuligheter og grunnlag for å ta konsekvenser av sine valg kan da være begrenset.

Trygdefeltet er komplisert, saksbehandleren har autoritet i kraft av sin ekspertise, samt legitimitet som følge av stillingen. I møtet med brukeren vil sistnevntes definisjon av sin situasjon og handlingsmuligheter kunne bli «overkjørt» av eksperten. I utøvelsen av lovtolkerrollen er det saksbehandleren som avgjør. Det kan da oppstå et dilemma i forhold til brukermedvirkningen, for eksempel hvis personen selv mener han/hun ikke er i stand til å gjennomgå attføring. Da vil personen kunne se uførepensjon som den «eneste utvei». Dersom trygdeetaten mener at personen ikke er syk nok til å få innvilget uførepensjon, og vil få avslag fordi attføringsmulighetene ikke er uttømt eller at personen har ressurser til å kunne attføres, vil det oppstå en motsetning mellom personens syn på situasjonen og etatens syn. Legeerklæringene som skal legges til grunn for vurderingen tar utgangspunkt i den medisinske situasjon, ikke nødvendigvis personens egen opplevelse av den.

Brukermedvirkning i arbeidsmarkedsetaten

Arbeidsmarkedsetatens hovedoppgaver er å bidra til lavere arbeidsledighet, lette innpassing i arbeidslivet for personer som har problemer med å skaffe seg arbeid, samt forhindre mangel på arbeidskraft og forhindre påfølgende presstendenser (Arbeidsdirektoratet Programnotat 1999). Arbeidsmarkedsetaten har fokusert eksplisitt på brukermedvirkning gjennom den såkalte aktørmodellen, også i arbeidet med yrkeshemmede. Aktørmodellen innebærer et ideologisk utgangspunkt i konstruktivistisk teori og er grunnlaget for at brukeren skal være en aktiv medspiller i prosessen. Lanseringen av aktørmodellen som metodisk grunnlag for attføringsarbeidet ble begrunnet med behovet for et alternativ til den medisinske forståelsesrammen

(Arbeidsdirektoratet 1996a). Det forventes at vedkommende selv setter opp sin attføringsplan, søker arbeidstreningsplass, skoler etc. Etaten bidrar med informasjon, gjerne formidlet i en gruppesetting, og godkjenner eller eventuelt avviser planen personen setter opp. Gruppebasert metodikk anses å fremme blant annet egenaktivitet og ansvar. Dette gjelder de som har fått godkjent attføring som hensiktsmessig og nødvendig og har kommet inn i utredning. (I saker som avvises før de kommer til arbeidsmarkedsetaten, trekkes ikke brukeren selv inn.)

I utredningsfasen kan det vise seg vanskelig å komme frem til hensiktsmessige tiltak. Hensiktsmessighetsvurderingen er skjønnsmessig og skal både være i forhold til høvelig arbeid, samt forenlig med personens helse-situasjon. I retningslinjene for vurdering av høvelig arbeid vises det til at: «... det må forutsettes at arbeidet bør være av varig art for søkeren. Det er også et selvstendig moment at helsen skal bevares.» (Arbeidsdirektoratet 1996b). Ansatte i etaten pekte på at dette hensyn vil kunne vike hvis saksbehandlere ser at de kan plassere en person i en jobb, selv om helse-situasjonen er såpass usikker at personen selv ikke tror han/hun vil kunne fungere i den over tid.

Brukerens syn på sine behov er ikke alltid i samsvar med det etatens ansatte mener, slik at brukervedvirkningens reelle innhold heller ikke her er uproblematisk. Saksbehandlere i etaten viste i intervjuene til at de var under press for å få folk fortrest mulig gjennom systemet og avvise dem som en antok ikke ville lykkes å komme i arbeid. Vi kommer tilbake til en av brukerne vi intervjuet som var motivert for attføring og trengte hjelp til å komme i arbeid, men som endte med å godta full uførepensjon etter avslag på attføring fra arbeidsmarkedsetaten. I samtalene ble det også vist til at brukere som kommer med en plan de selv har utarbeidet, kan oppleves som «brysomme». Med dette menes at de for eksempel lager planer som krever at det finnes en arbeidstreningsplass, som kan være vanskelig å oppdrive. Det kan være utdanninger som tar en del tid, men som vurderes å ta «for lang tid», selv om de vil gi kvalifikasjoner som vil styrke personens muligheter til å kunne konkurrere på arbeidsmarkedet og få en varig jobb. Arbeidsmarkedsetaten opererer med «avtalte brukerforventninger» som grunnlag for å realitetsorientere brukerne med hensyn til hva de kan forvente av etatens tjenester. Det er en selvfølge at brukerne må vite hva de har som utgangspunkt når de går i gang med å legge sine planer. Slik de «avtalte brukerforventningene» praktiseres, vil de likevel være problematiske i forhold til det å ta aktørmodellens innhold på alvor.

Målstyring

Begge etater har lagt opp til mål- og resultatstyring. Denne styringsmåten innebærer blant annet at de måter resultater måles på har signaleffekt nedover i organisasjonen. Til syvende og sist er det førstelinjen som omsetter målene i handling, som deretter resultatmåles. Den utstrekning visse sider ved virksomheten måles, publiseres og påskjønes, angir overfor førstelinjen hva som er ønsket aktivitet. I begge etatene, som ellers i offentlig sektor, er det mange arbeidsoppgaver som prioriteres. Sjelden fører prioritering av nye områder eller nye arbeidsoppgaver fra overordnede instanser til at det klargjøres hvilket område som følgelig skal nedprioriteres. Hvis ikke ressurstilgang følger med de nyprioriterte områdene, må nødvendigvis førstelinjen foreta en tilpasning. En måte dette gjøres på er å prioritere det som måles. De intervjuede saksbehandlerne i begge etater viste til de forskjellige føringene i de to etatene som forhold som medvirker til at saker kommer i gråsonen. Som en saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten sa:

De to etatene sine roller kan være litt uklare. Det går litt på at for trygdekontoret er det lagt veldig sterke føringer på at attføring skal være forsøkt før en innvilger en eventuell uføretrygd. Så jeg har stor forståelse for at en da nødvendigvis må sende saker over til oss for å få prøvd dette. Samtidig har det ligget veldig sterke føringer på oss med at vi skal være restriktive med å ta i mot saker hvor vi helt klart ser i utgangspunktet at det ikke liksom lar seg gjøre å gjennomføre noe yrkesrettet attføring. Og da opplever jeg at vi som saksbehandlere kommer i skvis mellom påtrykk fra det som vi fra trygdekontoret er pålagt å utføre og det vi ut fra våre muligheter kan gjennomføre.

Dette er i tråd både med det som kom frem i forbindelse med evaluering av attføringsreformen (Ford 1997) og det som kom frem i to undersøkelser fra Trygderevisjonen i Hordaland (Trygderevisjonen i Hordaland 1996, 1998). Rapporten fra 1998 konkluderte at:

Både gjennomgangen av saksdokumentene og avholdte spørreundersøkelse har gitt forholdsvis klare indikasjoner på at det foreligger dels betydelige vurderingsforskjeller i de to etatene med hensyn til om yrkesrettet attføring anses hensiktsmessig eller ikke i den enkelte attføringssak. (...) I denne vurderingen vil det imidlertid ligge spenninger som følge av at saksbehandlerne i de to etatene er mer eller mindre lojale mot dels motstridende signaler fra sine overordnede myndigheter.

Styringssignaler i trygdeetaten

Trygdeetatens hovedoppgave er å sikre den enkeltes rettigheter i forhold til trygdelovgivningen (Rikstrygdeverkets årsmelding 1998). Oppgaven som har første prioritet er: «*en innsats som skal gi rett ytelse til rett tid*» (op.cit). De intervjuede saksbehandlerne var spesielt inne på tre føringer som påvirket deres prioriteringer i arbeidet. Disse har sammenheng med hverandre. To av dem har vi berørt tidligere. Den ene er tidlig inngripen, med tidspunkt som blant annet er nedfelt i sykepengekapitlet. Satsing på tidlig inngripen var en forutsetning for dagens organisering av attføringsvirksomheten. Den andre er at attføring skal være forsøkt før uførepensjon kan innvilges. Dette er også nedfelt i lovverket. Det tredje er presset til å overholde saksbehandlingsfristene. For eksempel angir service-erklæringene hvor lang tid det vanligvis tar å behandle ulike typer søknader, noe som blir normdannende.

Trygdeetaten har i de senere år lagt vekt på service og kvalitetssikring av sitt arbeid. Administrativ kvalitetssikring er fellesbetegnelsen for alle tiltak, ordninger og systemer som skal sikre at etaten når sine fastsatte mål. Ett av flere ledd i dette arbeidet, er informasjon til brukere om saksbehandlingstider. For saksbehandlerne vi snakket med oppleves dette som et styringssignal som tilsier prioritering av overholdelse av tidsfrister. Som en saksbehandler sa det:

Vi har voldsomme krav på oss på å være ferdig med sakene. Det er den evindelige statistikken. Vi lever bare og ånder for det. Det er ikke så nøyte med kvaliteten bare det kommer ut et vedtak, har vi nesten inntrykk av. Det høres helt forferdelig ut, men det er veldig mye sånn for det er det de er opptatt av.

Overholdelse av tidsfristene er imidlertid ikke bare avhengig av saksbehandlerne. Som en annen saksbehandler i trygdeetaten sa:

Vårt fylke vil at vi skal være ferdig med rehabiliteringspenger og yrkesmessig attføring på 2,4 måneder fra søknaden kom inn. Det er et urealistisk mål, for tre måneder var mer realistisk og det er det RTV mener vi skal klare. Men fylket vil være best i klassen, (vi også). Når du vet at legen har syv uker på seg, før den første purringen går. Vi skriver at han skal gjøre det på få uker, men vi må sende ut ganske mange purringer til legen. Da har vi ikke lange stunden på oss fra legeerklæringen kommer inn. Vi skal ta den til rådgivende lege, selv om han er rask, så tar jo det tid fra vi sender den opp til vi får den ned igjen. Så skal vi vurdere og ta det til samarbeidsmøte med arbeidskontoret før vi gjør vedtak. Når du får saken igjen er det kanskje to uker til neste gang det er samarbeidsmøte....

En konsekvens av denne fokuseringen blir prioritering av saker der det er tidsfrister, enten det gjelder søknadshåndtering eller saker der personer står i fare for å miste ytelser fordi tidsbegrensningen er i ferd med å løpe ut (jf. trygdesystemets inntektssikringsfunksjon). En uønsket bieffekt av normene kan da bli at tidsfristene går på bekostning av for eksempel tidlig inngripen i saker der personer fortsatt har rett til ytelse ennå en periode.

Styringssignaler i arbeidsmarkedsetaten

I arbeidsmarkedsetaten er målstyringssystemet nedfelt i et programnotat som gir eksplisitte styringssignaler. Der står det blant annet at personene skal «*raskt og med godt resultat*» gjennom attføring (Arbeidsdirektoratet 1998b). Når det gjelder resultatene er de kvantifisert. Målene for attføring var at minst 50 prosent av de yrkeshemmede skulle utskrives til aktive løsninger og 70 prosent skulle være på aktive tiltak.³⁵ Saksbehandlere vi snakket med viste til at dette kan ha uheldige konsekvenser. Slik en saksbehandler sa:

Jeg selv er opptatt av mål og resultatstyringssystemet. Det er lagt så stor vekt på det hos oss. Det fører faktisk til store konsekvenser for prioritering som gjøres. Du dreier ressurser i fra folk som har stort behov for bistand over til folk som har mindre behov for bistand.

Med andre ord kan disse målene fungere som insentiver til å selektere de med antatt beste forutsetninger for å lykkes inn i attføring, og holde de som ikke forventes å nå dem utenfor. Aktørmodellens krav til individenes evne til å «gå for egen maskin» peker også i samme retning. Disse føringene tilsier at personen må være relativt velfungerende for å kunne gjennomføre attføring på disse vilkårene. Mellom trygdeetatens krav til nedsatt funksjonsdyktighet og kravene til fungeringsevne i arbeidsmarkedsetaten kan det være et gap, som fører til gråsonesaker.

Et annet forhold som ansatte i etaten var inne på i denne sammenheng var fokuseringen på at attføringsprosessen skulle være så kort som mulig. Den gjennomsnittlige varigheten av attføringsløp har gått ned de senere år. Andelen som avsluttet i løpet av et halvt år er steget fra 20 prosent til 23 prosent fra 1997 til 1999 (Arbeidsdirektoratets månedsstatistikk). Det ble av enkelte opplevd som noe inkonsekvent at personene først gikk og ventet i måneder på at noe skulle skje og de ble passivisert, men så snart de kom i

³⁵ Måltallene for år 2000 er minst 53 prosent av de yrkeshemmede skal overføres til aktive løsninger og minst 80 prosent av de yrkeshemmede skal være i tiltak. (Arbeidsdirektoratet 1999b).

arbeidsmarkedsetaten skulle tiltaket, som er den kvalifiserende delen av prosessen, være så kort som mulig.

Andre aktører

De viktigste aktørene i alle trygdesaker er brukerne selv. Yrkeshemmede omfatter som vi har sett noe forskjellige grupper i trygde- og arbeidsmarkeds-etatens attføringskontekst. Brukerne er en svært heterogen gruppe. De kommer til attføringssituasjonen med ulike yrkeshemninger, forventninger, motiver og personlige forutsetninger. Det er grunnlaget for at loven åpner for den utstrakte bruken av skjønn i vurderingene. I et senere kapittel vil vi se nærmere på brukerne som kommer i gråsonen mellom de to etatenes ytelser.

Selv om vi i denne rapporten fokuserer på trygde- og arbeidsmarkeds-etaten, betyr ikke det at samarbeid med andre instanser ikke er av betydning for attføringsvirksomheten. Det er mange instanser som kan være involvert i sakene. Kvinnene i en undersøkelse hadde vært i kontakt med 23 ulike aktører i løpet av sine sykehistorier (Alm Andreassen 1999). Avhengig av hvilken type yrkeshemming et individ har, trekkes også forskjellige aktører inn i prosessen. Leger vil alltid ha en rolle i forbindelse med folketrygdens helserelaterte ytelser da det er de som skriver legeerklæringene som aktualiserer spørsmålet om en person har rett til ytelse. Legeerklæringer er også grunnlaget for vurderingen av om de medisinske vilkår er oppfylt. De spiller i tillegg en viktig rolle for saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten i deres vurdering av hensiktsmessige tiltak. Et problem for de ansatte i begge etater er at det tar svært lang tid å få legeerklæringer. Hvor raskt legene kommer frem til en diagnose eller et behandlingsopplegg som fungerer, varierer og påvirker også saksfremdriften. Begge etater har dessuten en annenlinjetjeneste som er viktige samarbeidspartnere. I trygdeetaten gir de rådgivende leger bistand i vurderingen av om de medisinske vilkår er oppfylt. I arbeidsmarkedsetaten gir psykologene ved arbeidsrådgivningskontorene (ARK) veiledning ved vurdering av evner og foretar eventuelt utredninger.

Spenninger mellom de to etatenes utgangspunkt for attføringsvirksomheten

Selv om attføringsvirksomheten tar utgangspunkt i parallelle bestemmelser i det samme kapitlet i lov om folketrygd, er det en rekke forhold som medvirker til at vurderingene som gjøres trekkes i ulike retninger.

Forholdet mellom velferd og marked

Yrkesrettet attføring i henhold til folketrygdloven er en rettighet yrkeshemmede har dersom de fyller lovens vilkår. I trygdeetaten er arbeidet med disse sakene forankret i en kultur hvor det medisinske utgangspunkt er sentralt. Samtidig har etaten ansvaret for forvaltningen av ytelser som enten er utgangspunkt for, eller alternativer til attføring. Dermed inngår sakene i en sammenheng med andre helserelaterte ytelser som presser i retning av at man skal strekke seg så langt som mulig i retning av å legge forholdene til rette for bruk av restarbeidsevne. I denne sammenheng er velferdsaspektet ved arbeid vesentlig, noe som reflekteres i føringene for å reaktivere uførepensjonister. Arbeidsmarkedsetatens øvrige virksomhet er behovs- og ikke rettighetsorientert. I valget av aktørmodellen lå en bevisst avstandtagen til det medisinske perspektiv. Attføringsvirksomheten fokuserer således i større utstrekning de antatte mulighetene for å komme i ordinært arbeid og markedets krav til arbeidstakere. I praksis vil denne forskjellen kunne resultere i ulike syn på egnetheten av attføringsforsøk. Unntaket er der hvor attføringsstønad begrunnes med avslag på søknad om uførepensjon, eller forventning om avslag på søknad om uførepensjon hvis attføring ikke vurderes i arbeidsmarkedsetaten.

Medvirkning og ansvarliggjøring

Begge etater legger brukervedvirkning til grunn for samhandlingen med brukerne. I trygdeetaten er brukervedvirkningen i større utstrekning innrettet mot samtaler og å trekke brukeren inn i en «felles» beslutningsprosess gjennom direkte kontakt med brukeren. I denne kontakten skisseres alternativer, implikasjoner, rettigheter og plikter, slik at brukeren selv velger handlingsalternativ som skal følges, helst i samforståelse med saksbehandler. Motivering av brukeren inngår som en del av arbeidet. I arbeidsmarkedsetaten ser det ut til at en implikasjon av aktørmodellen er mindre involvering av saksbehandler i selve planleggingen og oppfølging underveis. Det synes også å være en større distanse til følgene for individet som person, da han/hun selv er ansvarlig.

Personers motivasjon er en faktor som saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten skal legge til grunn ved vurdering av hensiktsmessigheten av attføring (Arbeidsdirektoratet 1996b). Denne faktoren inngår ikke i listen av forhold som skal vektlegges ved vurdering av retten til attføringsytelse, i henhold til de medisinske vilkår (§ 11-5) og hensiktsmessighets-/nødvendig-

hetsvilkåret (§ 11-6) i kapittel 11 i lov om folketrygd. Det synes som motivasjon i større utstrekning anses å være en forutsetning enn noe som skal bygges opp over tid. Denne forskjellen vil kunne bidra til at saker kommer i gråsonen på to forskjellige grunnlag. Den ene er at «motiverte» personer som søker attføring vil kunne oppfattes av arbeidsmarkedsetaten som «lite motiverte» sett i relasjon til aktørmodellens krav til egenaktivitet, selv om det lave aktivitetsnivået er en del av symptombildet ved lidelsen som er grunnlag for søknaden.

Den andre gjelder dersom saker overføres på annet grunnlag enn at personen vil forsøke attføring. For eksempel saker der inntektssikring er det primære formål med søknaden (eksempelvis fordi rehabiliteringspengene har løpt i ett år), eller fordi § 12-5 krever at attføring er gjennomgått, før uførepensjon kan innvilges. I slike fall vil denne forskjellen i vurderingsgrunnlag kunne bidra til at sakene blir gråsonesaker.

En forskjell mellom etatene er utgangspunktet for vurdering av om attføring vil anses hensiktsmessig. Trygdefunksjonærene er henvist til å støtte seg på vurderinger fra medisinerne ved vurderinger av de medisinske vilkår. Deres retningslinjer viser til at de skal bruke rådgivende lege og spesialistuttalelser der hvor de er usikre. Arbeidsmarkedsetaten tillegger blant andre forhold også personenes egne fremstillinger av sin helse vekt ved vurderingen av hensiktsmessigheten av attføring. I prinsippet skal arbeidsmarkedsetaten innhente nye legeopplysninger dersom det har skjedd en endring i søkers helsesituasjon som innvirker på mulighetene for å gjennomgå attføring. Imidlertid er det ikke alltid overensstemmelse mellom personens fremstilling og legeerklæringene. Da kan det oppstå uenighet mellom etatene med hensyn til om attføring skal forsøkes, eventuelt hvem det er som skal ha ansvaret for å motivere søkeren.

Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på rammene for grensedragningen mellom etatene. Først ble attføringsvirksomheten satt inn i sammenheng med de andre helserelaterte ytelsene. Fem år etter attføringsreformen hadde ikke arbeidslinjen ført til den ønskede reduksjon i tilgangen av nye uførepensjonister og vekst i attføringsvirksomheten. I stedet har det i perioden vært en ny vekst i antall personer som har rehabiliteringspenger, også utover ett år, samt en ny vekst i uføretilgangen. Utviklingen indikerer med andre ord at seleksjon,

tiltakstilbudet og/eller tilpasningsstrategier ikke fungerer i henhold til intensjonene med omleggingen av attføringssektoren.

Vi så deretter på regelverket for hver av de helserelaterte trygdeytelsene. Vurdering av retten til yrkesrettet attføring i henhold til kapittel 11 i lov om folketrygd er betinget av at trygdeetaten finner at de medisinske vilkår i § 11-5 er oppfylt, og at arbeidsmarkedsetaten finner at hensiktsmessighets- og nødvendighetsvilkårene i § 11-6 er oppfylt. Vilkårene for rett til uførepensjon baserer seg til dels på vurderinger av samme type faktorer som yrkesrettet attføring, men er på noen områder strengere. Dette forplanter seg til diskusjonene om hensiktsmessigheten av å forsøke attføring. Gapet mellom kravene som stilles til å gjennomføre attføring etter kapittel 11 og vilkårene for uførepensjon fører til at saker kommer i gråsonen.

Deretter så vi på vilkårene for de ulike ytelsene i sammenheng. Regelverkets ulike vilkår trekker i retning av ulike løsninger. Sykepengekapitlets bestemmelser om tidig inngripen kan trekke i retning av at de med de beste utsikter til å komme i arbeid, ikke blir aktuelle for attføringspenger. Dersom en person er under behandling, men ikke frisk nok til å delta i tiltak, vil det kunne bidra til en slusing i retning av rehabiliteringspenger, dersom sykepengene er oppbrukt. En slik løsning trekker i retning av vekst i rehabiliteringspenger og ikke attføringspenger. Gapet mellom vilkårene som stilles for å delta i tilgjengelige attføringstiltak og kravene for å få uførepensjon, bidrar på den ene siden til bruk av rehabiliteringspenger i lengre perioder. På den annen side fører det til gråsonesaker, samt en praksis der uførepensjonskapitlets krav om attføringsforsøk søkes tilfredsstilt ved teoretiske vurderinger av attføringsmulighetene.

Etatene avgrensar yrkeshemming på forskjellige måter. Trygdeetatens utgangspunkt er yrkeshemmede som på grunn av sykdom, skade eller lyte har rettigheter i henhold til lov om folketrygd. Arbeidsmarkedsetaten integrerer forskjellige kategorier yrkeshemmede, og inkluderer også personer som får attføring på annet grunnlag enn lovfestede rettigheter. I begge etater rapporterte de ansatte om manglende personalressurser i forhold til de oppgaver de er pålagt. Begge etater har brukermedvirkning og målstyring som utgangspunkt for attføringsarbeidet. I de to etatene nedfeller disse seg ulikt, noe som fører til ulike prioriteringer og innfallsvinkler til attføringsarbeidet. Føringerne i de to etatene trekker til dels i retning av ulike prioriteringer og avgrensninger av hvem de mener bør forsøke seg i attføring, selv om begge forholder seg til kvantitative resultatmål.

Omfanget av gråsonen

Vi skal i dette kapitlet gå videre til det som skjer i sakene som overføres (eller ikke) mellom etatene. Vi ser på ulike attføringskarrierer i en relativt kort periode, basert på registertall. Deretter bruker vi dette som utgangspunkt for å gi et overslag over omfanget av gråsonesaker basert på sakene i vår undersøkelse.

Saksgang mellom etatene

Flertallet av de yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten er henvist fra trygdeetaten.³⁶ Ved «ordinær» saksgang mellom etatene i attføringssaker, overføres saker fra trygdeetaten med et overføringsvedtak som har maksimalt åtte ukers varighet.³⁷ Dette vedtaket avløses med vedtak fra arbeidsmarkedsetaten om attføringspenger under utredning, såkalt «10 ukers vedtak». Dette er en ytelse som gis mens saker er under utredning, inntil handlingsplan er fastlagt. Som hovedregel kan ytelsen gis i ti uker, med mulighet for unntaksvis å forlenge med ytterlige ti uker. Deretter får personen ytelsen «ventetid før tiltak», dersom det tar tid før tiltak i henhold til handlingsplan kan iverksettes. Når tiltak iverksettes innvilges attføringspenger under attføring. Et attføringsløp kan pendle mellom faser med tiltak og ventetid.

En del saker får imidlertid et annet forløp. Saker kan stanses før de overføres til arbeidsmarkedsetaten, de kan returneres til trygdeetaten før attføringstiltak er planlagt/iverksatt, eller personen kan gå direkte til arbeidssøkerstatus eller utskrives uten å returneres til trygdeetaten. Avvik skjer både i forbindelse med overføring av saker mellom etater og under de ulike stadiene i attføringsløpet.

Måten attføringsvirksomheten registreres på i de to etatenes registreringssystemer gjør det problematisk å få tak i det totale omfanget av dem som kommer i gråsonen mellom de to etatenes systemer. Arbeidsmarkedsetatens register omfatter saker der krav om ytelse er fremmet og saken er tatt inn i arbeidsmarkedsetaten for utredning. Trygdeetatens rehabiliterings-

³⁶ Tall fra plan og analysekontoret i Arbeidsdirektoratet for desember 1998, viser at 71 prosent av «beholdningen», 74 prosent av «tilgangen» og 70 prosent av «avgangen» av yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register var henvist fra trygdeetaten.

³⁷ Dette vedtaket registreres i rehabiliteringsregisteret i Rikstrygdeverket med hjemmel 14 «Ventetid før attføring».

register omfatter på sin side saker som overføres fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten med henblikk på yrkesrettet attføring. Dette registeret inkluderer imidlertid ikke de med sykepengere rettigheter som overføres. De tilfeller hvor attføring anses som et alternativ og diskuteres, men saken ikke overføres, blir ikke oppført i noen av registrene. Det som gjøres med slike saker blir derved usynlig i etatenes rapporterings- og resultatmålingssystemer.

Før vi går nærmere inn på gråsonesakene i vår undersøkelse, skal vi på basis av de foreliggende registeropplysninger se på saksgangen mellom etatene. Arbeidsmarkedsetatens avgangstall for mottakere av attføringspenger viser at 57 prosent ble utskrevet fra utrednings- og ventetidsfasen (desember 1998).³⁸ I den grad dette er saker der attføringstiltak ikke er forsøkt, indikerer det en omfattende forekomst av gråsonesaker blant saker som innregistreres i arbeidsmarkedsetaten. Med tanke på at utgangspunktet for dagens deling av ansvaret for attføring var at saker bare unntaksvis skulle sendes tilbake til trygdeetaten uten at attføringstiltak var iverksatt (Ot.prp. nr. 58 (1992-93)), antyder arbeidsmarkedsetatens registertall at praksis avviker fra intensjonene. Tallene viser imidlertid bare avgangen, og ikke hvilke løp som har vært.

Da arbeidsmarkedsetatens register ikke dekker alle saker som vurderes som aktuelle for attføring, har vi valgt å fortsette med utgangspunkt i Rikstrygdeverkets (RTVs) rehabiliteringsregister, med de begrensninger dette har. En er at rehabiliteringsregisteret ikke omfatter dem som mottar sykepenger under attføring. Saksbehandlere vi snakket med i begge etater oppgir at det er relativt få saker som overføres i sykepengeperioden. Fordelen med å bruke rehabiliteringsregisteret er imidlertid at det inneholder opplysninger om saker både når de er trygdeetatens ansvar og når de er arbeidsmarkedsetatens ansvar. Dette er det nærmeste vi kommer omfanget av gråsonesaker basert på registeropplysninger. Disse tallene inkluderer imidlertid *ikke* saker som stanses før overføring fra trygdeetaten. Slike saker er inkludert blant materialet fra vår undersøkelse.

De opplysninger fra rehabiliteringsregisteret som benyttes her, omfatter *alle kontorene* i de fem byene som inngikk i vår undersøkelse. Alle saker som ble registrert overført fra trygdekontorene til arbeidskontorene i

³⁸ Tilsvarende andel var 49 prosent i desember 1999. Se vedlegg 3 tabell V6.

perioden 15/11-15/12-98, med «Attføringspenger, ventetid før attføring»³⁹ inngår. I alt var det 315 saker som fylte disse kriteriene.⁴⁰ Sakene er fulgt til og med juli 1999, det vil si et drøyt halvt år etter at de ble registrert overført fra trygdeetaten. Ved å følge dem over en slik periode har vi grunnlag for å se på forløpet over noe mer tid. Det kan nemlig ta en viss tid før det avklares hvilken retning en sak går, og om den blir en gråsonesak.

Ulike karrierer for saker som ble overført fra trygdeetaten med sikte på attføring

Av de 315 sakene ble 80 prosent registrert med hjemler innen arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde i løpet av et drøyt halvår etter at de ble registrert med overføringshjemmel. Det betyr imidlertid ikke at alle disse kom i gang med eller gjennomførte attføringstiltak. I tabellen som følger, angir kolonnene om sakene var registrert med attføringstiltak eller ikke. I vår avgrensning av gråsonesaker inngår ikke saker der attføringstiltak er forsøkt. Som det fremgår av tabell 2 kom nærmere halvparten (48 prosent) av de overførte sakene i attføringsløp i løpet av oppfølgingsperioden.

Tabell 2: Saksgang i saker registrert overført fra trygdeetaten med startdato 15/11-15/12-98, i byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Prosent (N=315)

	Ikke i attføringstiltak	Kom i attføringstiltak	Total
<i>I attføringsløp (a + b)</i>	3 (8)	43 (137)	46 (145)
a) Ventetid på tiltak	3 (8)		3 (8)
b) I attføringstiltak		43 (137)	43 (137)
<i>Kom ikke inn i attføring (c + d)</i>	18 (58)		18 (58)
c) Bare overføring fra trygdeetat	17 (54)		17 (54)
d) Rett i ventetid på arbeid	1 (4)		1 (4)
<i>Retursaker (e + f)</i>	9 (29)	5 (14)	14 (43)
e) Retur til trygdeetaten	6 (18)	2 (6)	8 (24)
f) Returnert til trygdeetaten og ny overføring til arbeidsmarkedsetat	3 (11)	3 (8)	6 (19)
<i>Usikre saker (g)</i>	22 (69)		22(69)
g) Sist registrert under utredning	22 (69)		22(69)
Sum	52 (164)	48 (151)	100 (315)

³⁹ Saker med hjemmel 14 i rehabiliteringsregisteret. I tillegg til disse overføres en del saker mens personen mottar sykepenger. Disse er ikke med her da vi ikke kan få skilt ut hvem som får attføring på sykepenger via registeret. Det tas derfor forbehold om at totaltallet for overførte saker ikke dekker alle overførte saker fra trygdeetaten.

⁴⁰ Se vedlegg 4 tabell V8 for kjønns-, alders-, og diagnosefordeling.

I tabellen er sakene også delt inn i fire karrieregrupper etter hvilken saksgang (basert på registerhjemler) de hadde i den vel halvårige oppfølgingen. Disse er; «I attføringsløp», «Kom ikke inn i attføring», «Retursaker» og «Usikre saker». Noen av dem er sammensatt av undergrupper. Fordelingene av ulike forløp fremkommer i de vannrette rekkene i tabellen.

I attføringsløp

Nærmere halvparten (46 prosent) av sakene var i et «ordinært» attføringsløp i oppfølgingsperioden. Noen var fortsatt i ventetid på tiltak (tabell 2 a)). De fleste av de som var i attføringsløp (tabell 2 b)) var naturlig nok i attførings-tiltak eller registrert med ventetid mellom tiltak. Der er rimelig at det oppstår venteperioder før attføringstiltak kommer i gang etter at handlingsplan er lagt. Ytelse «ventetid på tiltak» er ikke tidsbegrenset slik overføringsvedtak er.

Kom ikke inn i attføring

De som ikke kom inn i attføring er i tabell 2 delt i to grupper med ganske forskjellige forløp. Vi har tatt dem med i samme kategori fordi attføringspenger i ventetid før arbeid er en attføringsytelse, selv om arbeidsmarkeds-etaten ikke betrakter dem som yrkeshemmede (inngår ikke i statistikken over yrkeshemmede med attføringspenger fra Kontoret for plan og analyse fra Arbeidsdirektoratet).

Det var sytten prosent (tabell 2 c)) som ikke var registrert med ytelser utover trygdeetatens overføringshjemmel, som kan vare i inntil åtte uker. Det vil si at de verken var registrert med ytelser innen arbeidsmarkeds-etatens ansvarsområde etter kapittel 11 eller registrert tilbakeført til trygdeetaten. Disse sakene betrakter vi som gråsonesaker. Det kan være en rekke grunner til at sakene ikke gikk videre; som nye sykepenger, ikke møtt på arbeidskontoret, fått seg jobb eller andre typer ytelser som ikke registreres i dette registeret. Dette vil nødvendigvis bli spekulasjoner. Vi antar at slike saker inngår blant de sakene vi fikk inn i vår undersøkelse og kommer tilbake til dette når vi ser på hva som skulle skje videre med gråsonesakene vi fikk inn i vår undersøkelse.

Én prosent (tabell 2 d)) gikk rett over på attføringspenger i ventetid på arbeid. Dette er saker under arbeidsmarkeds-etatens ansvarsområde hvor det ble innvilget attføringspenger, men uten at personene gjennomgikk attføringstiltak. Vi kan derfor anta at dette er saker hvor arbeidsmarkeds-etaten vurderer at attføringstiltak ikke er nødvendig. I arbeidsdirektoratets registre inngår ikke personer som mottar attføringspenger i ventetid på arbeid i statistikken over yrkeshemmede, selv om de mottar attføringspenger.

Retursaker

Sakene i denne kategorien er de som ble returnert til trygdeetaten i løpet av oppfølgingsperioden. I alt ble 14 prosent av sakene registrert med nye vedtak under trygdeetatens ansvarsområde. Disse sakene som ble ført frem og tilbake mellom etatene i løpet av et drøyt halvår kan sies å være «kasteballsaker», men ikke alle inngår i det vi har definert som gråsonesaker. Vi har delt retursakene i to kategorier, de som kun ble returnert og de som atter en gang ble overført til arbeidsmarkedsetaten.

Retursaker til trygdeetaten hvor ytelse under trygdeetatens ansvarsområde var siste registrerte ytelse i oppfølgingsperioden (tabell 2 e), utgjorde åtte prosent. Flertallet (18 saker) er innenfor vår avgrensning av gråsonesaker, da de ikke hadde vært i attføringstiltak før de ble returnert til trygdeetaten. Mindretallet som hadde vært i attføringstiltak er utenfor vår avgrensning av gråsonesaker, fordi vurderingene hadde ført til at personene fikk forsøke seg i attføring før de ble returnert.

Den andre gruppen retursaker (tabell 2 f) er de som atter en gang ble overført til arbeidsmarkedsetaten etter at de hadde kommet tilbake til trygdeetaten. Disse utgjorde seks prosent av sakene. Mindre enn halvparten av sakene som ble overført til arbeidsmarkedsetaten mer enn én gang i løpet av oppfølgingsperioden, hadde vært forsøkt i tiltak mens de var på arbeidskontoret. Vi kan anta at grunnen til at disse sakene på nytt ble overført på nytt fra trygdeetaten var at man anså at tiltak ikke var forsøkt i tilstrekkelig grad.

Usikre saker

Omlag en femtedel (22 prosent) av sakene inngår i det vi har kalt «Usikre saker» (tabell 2 g). Disse hadde vedtak «under utredning» under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde som siste registrerte ytelse i oppfølgingsperioden. Sakene som er tatt med i denne kategorien hadde overskredet ti ukersgrensen uten ny registrering. Unntaket var fire saker som fortsatt var innenfor varigheten av et «10 ukers vedtak» ved utgangen av oppfølgingsperioden og muligens kom i et attføringsløp. Disse fire sakene er inkludert i denne kategorien fordi det hadde gått inntil seks måneder mellom overføring fra trygdeetat til de ble registrert med utredningsvedtak. Dessuten er det usikkert hva som hadde skjedd i sakene i månedene mellom overføring fra trygdeetaten til de ble registrert med utredningsvedtak i arbeidsmarkedsetaten. Hvis de fortsatt var under utredning, var ikke bestemmelsen om vedtakenes varighet overholdt. Det er derfor meget mulig at de har blitt avsluttet uten at retur til trygdeetaten har vært aktuelt. En annen mulighet er at de mottar annen form attføring, som ikke finansieres med attføringspenger.

Overgang fra og til uførepensjon

RTVs rehabiliteringsregister inneholder ikke opplysninger om uførepensjon. Reaktivering av uførepensjonister og avklaring av arbeidsevner før tilståelse av uførepensjon er viktige delmål i attføringsammenheng. En kobling av opplysningene fra RTVs rehabiliteringsregister mot uføreregisteret viser at to personer hadde uførepensjon og to hadde foreløpig uførepensjon da sakene ble overført. Reaktivering av uførepensjonister og avklaring i forbindelse med uførepensjonsøknader utgjorde med andre ord en liten andel av de overførte sakene i dette utvalget.

Relativt mange av sakene som ble overført fra trygdeetaten kom verken inn i attføring (tabell 2 c)) eller var usikre saker (tabell 2 g)). En rimelig antagelse er at disse var overført for vurdering i henhold til kravet om at hensiktsmessig attføring skal være forsøkt før uførepensjon kan tilstås. Vel et halvt år senere var 20 personer (6 prosent) registrert i RTV med uførepensjonsytelser. Dette indikerer at det kun er et lite mindretall av sakene som overføres ut av trygdeetaten med henblikk på yrkesrettet attføring for avklaring mot uførepensjon.

Flertallet av de med uførepensjonsytelser (14 personer) var innvilget uførepensjon, mens de øvrige (seks personer) fortsatt hadde foreløpig uførepensjon. Det at noen fikk uførepensjon relativt raskt etter at saken var overført indikerer at overføring fra trygdeetaten kan bidra til en relativt rask avklaring. Det var imidlertid relativt få (syv personer) av de som fikk uførepensjonsytelser som hadde vært registrert med hjemmel under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde. Ennå færre (tre personer) hadde vært forsøkt i attføringstiltak i oppfølgingsperioden. Dette antyder at forsøk på reaktivering av uførepensjonister og avklaring av de som står nærmest uførepensjon oftere skjer på teoretisk enn praktisk grunnlag, i de sakene som overføres fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten.

Hvilke saker er gråsonesaker?

Omfanget av gråsonesaker er betinget av mange faktorer. Hvordan de enkelte saksbehandlere, kontor og etater organiserer sitt arbeid, fortolker regelverket, utøver skjønn, samt tilgangen til ulike typer ressurser har betydning. På hvilket tidspunkt man går inn i en sak, kan også ha betydning for om den er å anse som en gråsonesak eller ikke. Saker som ved overføring anses som kurante, vil like etterpå kunne vise seg å være en gråsonesak. Tilsvarende får saker som er i gråsonen etter en tid en løsning. Dette er forhold som er i stadig endring.

Av de 315 sakene som ble registrert overført i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ble 17 prosent ikke registrert med attføringspenger i arbeidsmarkedsetaten. Ytterligere en prosent kom ikke i attføring, men gikk rett til ytelsen «attføringspenger i ventetid på arbeid». Det var med andre ord 82 prosent som ble innregistrert i attføring under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde. Som vi har sett innebar imidlertid ikke dette at de ble ordinære attføringssaker.

I underkant av halvparten (48 prosent) av de 315 sakene kom i attføringstiltak med attføringspenger i løpet av den drøyt halvårige oppfølgingsperioden. Noen av disse ble returnert til trygdeetaten, hvoretter noen nok en gang ble overført til arbeidsmarkedsetaten. En tredjedel av sakene som var registrert med attføringspenger under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde, kom ikke i attføringstiltak i løpet av oppfølgingsperioden. Også blant disse var det saker som ble returnert til trygdeetaten, samt fikk ny overføring til arbeidsmarkedsetaten.

Hvilke saker som skal anses å være gråsonesaker i denne sammenheng er et skjønsspørsmål, ettersom Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister mangler en del relevante opplysninger. Her tar vi utgangspunkt i våre kriterier for gråsonesaker og registeropplysningene i tabell 2. Dersom vi kun inkluderer retursakene som ikke hadde vært i attføringstiltak (9 prosent), samt de sakene som ble overført fra trygdeetaten uten at disse ble mottakere av attføringspenger (17 prosent), blir i overkant av en fjerdedel av de overførte sakene fra rehabiliteringsregisteret gråsonesaker. Vi har undersøkt om kjønn, alder og diagnose hadde betydning for om en sak ble en gråsonesak eller ikke⁴¹. Vi fant var at personer med muskel-/skjelettlidelser hadde større sannsynlighet for å havne i gråsonen og at de med «andre diagnoser» hadde mindre sannsynlighet for å komme i gråsonen. De med psykiske lidelser var i en mellomposisjon. Kjønn og alder viste i denne sammenheng ikke noen effekt.

Denne avgrensningen av gråsonesaker inkluderer ikke dem som fikk attføringspenger under utredning, og som ikke dukker opp andre steder i registrene (tabell 2 g)). Dersom disse skulle tas med, blir anslaget atskillig høyere, nærmere halvparten. Det knytter seg en del usikkerhet til hva som har skjedd i de sakene som ikke ble registrert med attføringspenger under

⁴¹ Se vedlegg 4 tabell V9. Tilsvarende analyse av sannsynlighet for «usikker sak», «Kasteballsak» viste ikke noe signifikant resultat. Korrelasjonsmatrise for ulike attføringsløp tabell V10.

arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde (tabell 2 c)), samt de sakene som vel et halvt år etter overføring kun var registrert med ett «10 ukers vedtak» (tabell 2 g)).

Andelen av sakene som kunne omfattes av betegnelsen «kasteball-saker» i betydning frem-og-tilbake-sending mellom etatene er retursakene (14 prosent). Som vi har sett av tabellen er det en del av disse som faktisk er forsøkt attført før de returneres, slik at andelen «kasteballsaker» hvor attføring ikke er forsøkt, utgjør ni prosent. Andelen reduseres til seks prosent hvis vi avgrenser betegnelsen til kun å gjelde saker som ble overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten mer enn én gang.

Omfanget av gråsonesaker i vår undersøkelse

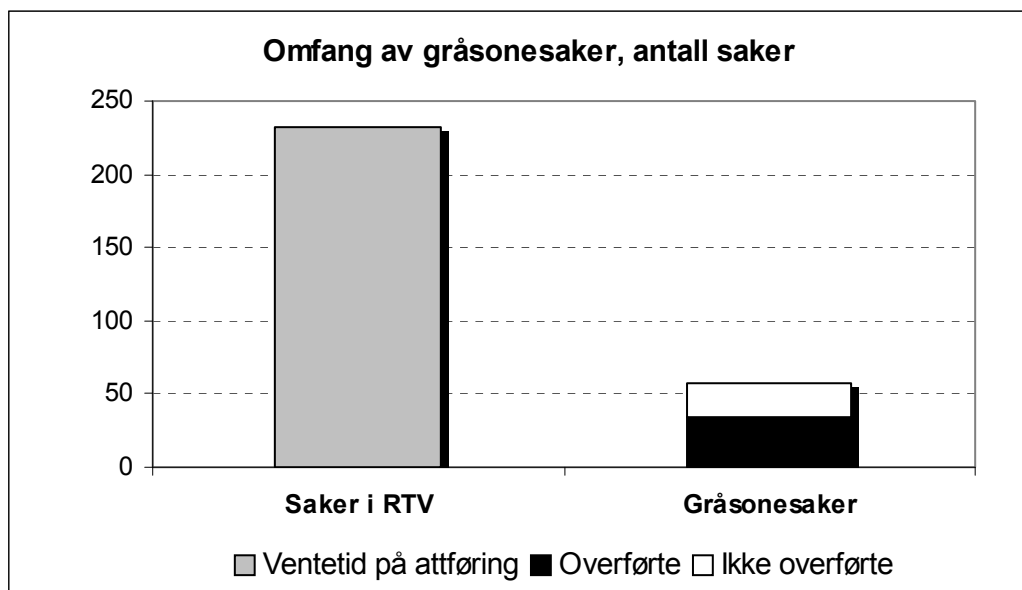
Vi vil nå se nærmere på de 55 forskjellige sakene saksbehandlerne sendte inn registreringsskjema om.⁴² Saksbehandlerne skulle sende ett skjema for hver sak de hadde tatt opp, men hvor attføring *ikke* ble iverksatt uansett om sakene var blitt overført mellom etatene eller ikke. I det følgende antar vi at disse sakene gir et representativt bilde av aktiviteten ved de deltagende kontor i den aktuelle perioden. En tidsbegrenset utvalgsundersøkelse som den vi har foretatt, kan ikke gi en eksakt måling av det totale omfang av gråsonesaker. Det innkomne materialet gir imidlertid alternative innfallsvinkler for å anslå omfanget av gråsonesaker, som supplerer opplysningene fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister.

I figuren på neste side er antall saker registrert med trygdeetatens overføringshjemmel «Ventetid på attføring» i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister og gråsonesakene vi fikk inn i vår undersøkelse fra de deltagende kontor sammenstilt.⁴³ Figuren viser dessuten fordelingen mellom saker som hadde vært overført og ikke mellom de to etatene blant gråsonesakene. Sakene som er merket «Overførte» blant gråsonesakene er de saker som ble overført til arbeidsmarkedsetaten for vurdering. Sakene merket «Ikke overførte» er de sakene i vår undersøkelse, hvor forhåndsdrøfting ikke resulterte i overføring til arbeidsmarkedsetaten.

⁴² Vi fikk inn 58 skjemaer om 55 forskjellige saker. I de tilfeller der det er gitt ulike opplysninger på de tre overlappende sakene, tas det utgangspunkt i de 58 skjemaene.

⁴³ Selv om sakene er registrert i samme tidsrom ved de samme kontor, er de ikke nødvendigvis de samme sakene. Dette skyldes at det kan gå noe tid før sakene føres inn i registrene som overført. Dette er imidlertid det nærmeste en match vi kan komme. Ikke alle kontor i de 5 byene deltok, se vedlegg for frafall og beregning.

Figur 1: Omfanget av saker registrert med «ventetid på attføring» i Rikstrygdeverkets (RTV) rehabiliteringsregister og gråsonesaker i vår undersøkelse.



Figur 1 viser at det samlede omfang av gråsonesaker vi fikk inn tilsvarer en fjerdedel (24 prosent) av antall saker som var registrert i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ved de deltagende kontor med overføringshjemmel «Ventetid før attføring». Saker som var «Overførte» tilsvarer 15 prosent av sakene registrert med trygdeetatens overføringshjemmel i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ved de deltagende kontor i vår undersøkelse. De «Ikke overførte» sakene tilsvarer ni prosent av sakene med overføringshjemmel trygdekontorene som sakene kom fra⁴⁴.

Omfanget av gråsonesaker basert på sakene vi fikk inn registrerings-skjemaer om utgjør om lag en fjerdedel av det antall saker som var registrert som overførte fra deltagende kontorene i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister. Dette er i samme størrelsesorden som det som fremkom med utgangspunkt i overførte saker fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ved alle kontor i undersøkelsesområdet. Sakene vi fikk skjemaer om, inkluderer både saker som overførte og ikke. Andelen overførte gråsonesaker er dermed litt lavere i vår undersøkelse, sammenlignet med sakene som baserte seg kun på opplysninger fra rehabiliteringsregisteret. Kategoriseringen vi gjorde i tabell 2 tok hensyn til utviklingen av sakene i perioden. Flertallet av sakene i vår undersøkelse er imidlertid ikke fulgt i en lengre

⁴⁴ Det var 34 saker som var registrert som overført på skjemaene, og 21 saker som var registrert som ikke overført. Anslaget er basert på andel de ikke overførte saker utgjør av antall registrert overførte saker, pluss ikke overførte saker.

prosess⁴⁵, noe som kan ha hatt innvirkning på avviket i andel av overførte saker som kom i gråsonen. Hvilken status en sak har vil kunne endre seg over tid. Saker som på et tidspunkt er gråsonesaker vil opphøre å være det når de etter en tid finner en løsning. Tilsvarende vil saker som synes kurante kunne havne i gråsonen allikevel.

Ett usikkerhetsmoment ved vårt anslag av gråsonesaker er en mulig underrapportering av saker til vår undersøkelse.⁴⁶ Det kom nemlig inn færre saker enn vi hadde forventet. Omfanget av, og den oppmerksomhet diskusjonen om gråsonesaker har hatt helt siden attføringsmeldingen kom, skulle tilsi at det var et omfattende problem. Et par av kontorene tok forbehold om at de kunne ha glemt noen saker. Det støtter antagelsen om at en mulig underrapportering av saker. Det at en stor andel av attføringspengemottakerne som utskrives fra arbeidsmarkedsetatens registre blir utskrevet i utredningsfasen (Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse), støtter også en slik antagelse.

I registreringsdelen av undersøkelsen vår var det færre trygdekontor (seks) som sendte inn skjemaer enn arbeidskontor (ni), til tross for at flere trygdekontor enn arbeidskontor inngikk i utvalget. Mange av trygdekontorene i disse byene hadde imidlertid ikke hatt så mange attføringssaker i perioden. I henhold til tall fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister hadde 22 av trygdekontorene i undersøkelsesområdet, overført færre enn 10 saker fra kontoret i registreringsperioden. Det var kun ett av disse kontorene som sendte inn registreringsskjemaer til oss.⁴⁷

Variasjonen i andel gråsonesaker blant trygdekontorene som sendte inn saker var stor (varierte mellom fem og 30 prosent). Siden variasjonen mellom kontorene er såpass stor, kan vi håpe at noe av den tilfeldige variasjonen over tid er jevnet ut. Likevel må vi regne med systematiske årstidsvariasjoner. Andelen av saker vi fikk inn som gråsonesaker fra kontorene i undersøkelsen utgjorde mellom null og 30 prosent av det antall saker som var registrert overført fra hvert av kontorene i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister i samme periode.⁴⁸ Et meget forsiktig anslag er at

⁴⁵ Vi har tilleggsopplysninger fra seks brukere som ble intervjuet på forsommeren 1999.

⁴⁶ Vi ser ikke at det er grunnlag for å anta at det skulle foreligge overrapportering, da undersøkelsen gjelder konkrete saker i et gitt tidsrom.

⁴⁷ Se vedlegg 5.

⁴⁸ Null prosent vi si at trygdekontoret ikke hadde slike saker i registreringsperioden. Ved trygdekontoret med flest innsendte gråsonesaker utgjorde disse 30 prosent av registrert overførte saker fra det kontoret i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister i samme periode.

andelen gråsonesaker ligger i denne størrelsesorden. Kontoret med høyest andel har seks prosent flere gråsonesaker enn vårt gjennomsnitt på 24 prosent. Siden vi muligens har en underrapportering av saker,⁴⁹ ligger sannsynligvis den nedre yttergrensen like under ti prosent. På denne bakgrunn anslår vi at omfanget av gråsonesaker ligger i størrelsesorden mellom 20-25 prosent av sakene.

En tredjedel av de 55 forskjellige sakene vi fikk inn hadde ikke blitt overført mellom etatene. Bortsett fra et par saker der trygdekontoret bad om en forhåndsuttalelse,⁵⁰ ble disse stoppet tidligere i prosessen, det vil si før eller i løpet av forhåndskontakten mellom trygde- og arbeidskontoret. Ser vi igjen på våre saker i relasjon til tallene fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister, indikerer dette at omfanget av saker som stoppes før overføring ligger på en størrelsesorden av ca. ni prosent.⁵¹ Selv om tallmaterialet er lite, indikerer det at en ikke ubetydelig seleksjon av saker skjer i fasen før overføring. Den relative andelen av saker som overføres eller ikke, vil til enhver tid være betinget av i hvilken grad kontorene samarbeider før saker overføres. Flere kontor som inngikk i vårt utvalg oppgav at de ikke brukte forhåndskontakt. Ved disse kontorene ble alle saker som trygdekontoret vurderte som aktuelle overført. Det er kun blant de kontor som praktiserer forhåndskontakt at en vil ha gråsonesaker som ikke overføres og derfor heller ikke inngår i registrene. I den grad kontorene utvider forhåndskontakten vil det «usynlige arbeidet» de utfører økes og oversikten over gråsonen minskes.

For å få et presist mål på omfanget av gråsonesaker måtte kontorene pålegges å registrere alle saker som vurderes og diskuteres, i tillegg til de som overføres. Deretter måtte sakene følges over en lengre periode etterpå.

Førstelinjens syn på omfanget av gråsonesaker

I hvilken grad de ansatte ved kontorene synes de har mange eller få slike saker, samt om de opplever det som et problem, varierer både mellom etatene og kontorene. Noe av denne variasjonen er relatert til synet på oppgavefordelingen mellom etatene, måten arbeidet er organisert på og sam-

⁴⁹ Jf. forbeholdet fra enkelte kontor, referert ovenfor, om de hadde fått registrert alle saker ved sine kontor i registreringsperioden.

⁵⁰ På registreringsskjemaene til de to sakene hvor arbeidskontoret var bedt om forhåndsuttalelse, var de ikke krysset av for at sakene var oversendt fra trygdekontoret til arbeidskontoret. Vi kommer i et senere kapittel nærmere inn på forhåndsuttalelser.

⁵¹ Viser til metodekapitlet for feilkilder og forbehold. Anslaget er basert på andelen de ikke overførte saker utgjør av antall registrerte overførte saker, pluss ikke overførte saker.

handlingen mellom saksbehandlerne. Både organiseringen og oppgavefordelingen internt og mellom etatene skjer på ulike måter.

Kontorene som ikke hadde registrert gråsonesaker ble bedt om å melde fra om dette var typisk, eller om det var andre grunner til at de ikke hadde slike saker i registreringsperioden.⁵² Svært mange av saksbehandlerne viste til at de har godt samarbeid med den andre etaten og hadde avtalte rutiner. Flertallet meldte at de sjelden har slike saker eller at det er få slike saker. Noe færre meldte at det var atypisk at det ikke var noen, og at det skyldes tilfeldigheter at det ikke var noen i den aktuelle registreringsperioden. Et par kontor viste til at de hadde nye samarbeidsrutiner, mens et par arbeidskontor viste til at de tok imot alle saker fra trygdekontoret og først gav opp etter lengre tid eller flere forsøk. Ett av arbeidskontorene som ikke deltok i undersøkelsen definerte gråsonen som et problem, som skulle tas opp på ledermøtet. Fylkestrygdekontoret i den byen dette gjaldt, viste til at de opplevde slike saker som et problem blant de større kontorene. Intervjuede saksbehandlere ved disse kontorene så ikke i samme grad på det som et problem. De mente at slike saker er en naturlig følge av at målgruppen er variert og at etatenes utgangspunkt er forskjellige. Dermed blir mange avgjørelser kompliserte. Noen kontor skrev at dette ikke var noe problem hos dem, fordi arbeidskontorene hadde plikt til å ta imot alle saker trygdeetaten mente fylte de medisinske vilkår for attføring. Derved ble ikke saker stanset før de var utredet ved arbeidskontoret. Problemstillingen dukket da eventuelt opp i forbindelse med retur av saker til trygdekontoret.

I intervjuene fikk vi utfyllende opplysninger om synet på omfanget av gråsoneproblematikken. Inntrykket fra intervjuene stemmer godt overens med tilbakemeldingene fra kontorene som ikke hadde saker i registreringsperioden. Gjennomgående var synspunktet i begge etater at problemstillingen ikke preget det daglige arbeidet, men var noe som dukket opp innimellom. Saksbehandlerne vi snakket med understreket at man stort sett hadde godt samarbeid mellom etatene, men... De kom deretter inn på flere problemstillinger som synes å gå igjen i vurderingene mellom etatene. Disse er i stor grad kjent fra tidligere undersøkelser (Trygderevisjonen i Hordaland 1996, 1998). Argumentene på begge sider dreier seg om formelle aspekter og forskjeller i vurderinger.

Formelle aspekter dreier seg om for gamle og ikke tilstrekkelig utfyllende legeerklæringer, samt mangel på dokumentasjon for at mulighetene

for bedriftsintern attføring (BIA) er uttømt. Disse argumentene var det spesielt arbeidsmarkedsetaten som kom inn på. Andre uenigheter gjelder når og om personer er klare for å sette i gang med attføring. Disse forhold er relatert til hvordan man definerer målgruppen for yrkesrettet attføring.

Som tidligere nevnt har arbeidsmarkedsetaten tatt i bruk aktørmodellen som tilnærming til brukerne, noe som blant annet stiller krav til aktivitetsgrad og motivasjon hos brukeren. Saksbehandlere på trygdekontor refererte til at arbeidsmarkedsetaten avviser å ta imot saker, at personer ikke får prøvd seg i tiltak og at kravene som stilles til tiltaksdeltakelse er vanskelig forenlige med de overordnede mål. Som en saksbehandler ved et trygdekontor sa:

Hva er det som gjør at hun ikke kan brukes? Er hun virkelig så dårlig at hun kan ikke brukes til noe? Vi er jo oppmerksom på tiltakene som er blitt gjort når vi tar imot saken. Men det er jo egentlig ikke nok for oss å vite. Har de gjort maksimalt for denne personen? - Uten at man skal mistenkeliggjøre dem, for all del.

Noen saksbehandlere ved trygdekontor hadde ikke opplevd at arbeidskontoret nektet å ta imot saker. Andre saksbehandlere viste til at omfanget av problemet var avhengig av hvilket av deres samarbeidende arbeidskontor saken gjaldt. Noen arbeidskontor ble oppfattet som «strengere» enn andre. Likeledes ble enkelte arbeidskontor ansett å være «flinkere til å argumentere» enn andre, slik at de måtte forberede seg bedre til møtene med disse.

I begge etater uttrykte saksbehandlerne forståelse for den annen etats rammebetingelser og at deres utgangspunkt for vurderinger var noe forskjellige. Flere oppgav at måten ansvarsdelingen var gjort innebærer et paradoks. De to etatene skal vurdere de samme aspekter ved individene og deres situasjon ut fra ulike perspektiver. Trygdekontoret skal fokusere på medisinske vilkår og om det finnes restarbeidsevne. Arbeidsmarkedsetaten skal på sin side fokusere på om man kan komme frem til hensiktsmessige tiltak for å bistå personen til å bli i stand til å skaffe seg inntektsgivende arbeid. Disse perspektivene fører ikke nødvendigvis til samme resultat. Det at en person anses å ha en restarbeidsevne innebærer for eksempel ikke at det er rimelig å anta at en arbeidsgiver vil være villig til å ansette vedkommende.

I hvilken utstrekning den enkelte saksbehandler blir involvert i diskusjoner om saksoverføring varierer, og dermed deres opplevelse av hvor omfattende problemet er. Ved arbeidskontor hvor avdelingsleder eller spesi-

⁵² Jf. vedlegg 2.

elle saksbehandlere møter i samarbeidsmøtene, opplever de andre saksbehandlere i mindre utstrekning gråsoneproblematikken som et problem. De eksponeres i mindre grad for diskusjonene og konfrontasjonene. Tilsvarende vil saksbehandlere i trygdeetaten som kun deltar i diskusjoner om saker de selv har til behandling, bare ha erfaring de av deres «egne» saker som eventuelt avslås i møtene. Noen arbeidskontor fortolker regelverket slik at de har plikt til å utrede alle saker som trygdekontoret fremmer der hvor de medisinske vilkår er oppfylt. Saksbehandlere ved disse kontorene opplevde i mindre grad problemstillingen som et spørsmål om gråsoner. Inntrykket er at de da ser frem og tilbakesending av saker som et «naturlig» utslag av rammeverket som sakshåndteringen foregår innenfor.

Oppsummering

Omfanget av gråsonesaker ble først belyst på grunnlag av et utvalg med 315 saker fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister, som var overført fra trygdeetaten med henblikk på attføring. Disse sakene ble fulgt i et drøyt halvår etter overføring. Saksgangen eksemplifiserer at det tar tid før saker avklares, selv om trygdeetaten har kommet frem til at de medisinske vilkår er oppfylt og overført saken. I løpet av oppfølgingsperioden hadde i underkant av halvparten vært i attføringstiltak, selv om langt flere hadde hatt ytelse under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde i perioden. De som hadde vært i attføringstiltak var enten fortsatt i attføringsløp eller returnert til trygdekontoret i løpet av oppfølgingsperioden.

Ved utgangen av oppfølgingsperioden hadde sakene følgende «karrierer»; I underkant av halvparten var i attføringsløp. Noe under en femtedel var ikke blitt oppført med ytelse utover overføring fra trygdeetaten. Fjorten prosent hadde blitt returnert til trygdeetaten, hvorav mindretallet hadde forsøkt attføringstiltak. Omlag en femtedel av sakene var under utredning i arbeidsmarkedsetaten som siste registrerte ytelse ved utgangen av oppfølgingsperioden.

En kobling av opplysninger med uføreregisteret viste at det var få av de overførte sakene som gjaldt reaktivering av uførepensjonister og vurdering i forbindelse med søknad om uførepensjon. Noen flere som ikke hadde hatt uførepensjonsytelser forut for overføring, hadde fått innvilget uførepensjon innen utgangen av oppfølgingsperioden. De utgjorde imidlertid en liten andel av sakene.

Basert på registeropplysninger kan en fjerdedel av de overførte sakene fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister sies å være gråsonesaker ved utgangen av den vel halvårige oppfølgingsperioden. Da er kun retursaker som ikke var forsøkt i attføringstiltak, samt de overførte sakene som ikke mottok attføringspenger i oppfølgingsperioden inkludert. Dersom de usikre sakene som hadde vært under utredning i arbeidsmarkedsetaten også skulle inkluderes, blir andelen langt høyere.

Gråsonesakene vi fikk inn fra kontorene tilsvarte en fjerdedel av sakene fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ved kontorene som deltok i undersøkelsen. Sakene vi fikk mottok omfattet både saker som hadde vært overført fra trygdekontoret og saker som ble stanset før overføring som resultat av forhåndsdrøfting. En tredjedel av sakene vi fikk inn hadde ikke vært overført mellom etatene, men blitt stanset etter forhåndsdrøfting.

Et anslag over omfanget av gråsonesaker er at de tilsvarer 20-25 prosent av sakene som overføres fra trygdekontorene med henblikk på attføring. Det er imidlertid vanskelig å anslå omfanget mer eksakt på grunn av noen usikkerhetsmomenter i tallgrunnlaget. Ett forhold er tidspunkt-avhengigheten. Saker som på ett tidspunkt er gråsonesaker, finner vanligvis en eller annen løsning og opphører således å være gråsonesaker, mens tilsynelatende kurante saker kan vise seg å bli gråsonesaker senere. Omfanget av registrerbare gråsonesaker vil dessuten være betinget av hvordan saksarbeidet er innrettet. I den grad etatene ikke samarbeider før saksoverføring, vil gråsonen kunne synliggjøres gjennom frem-og-tilbakesending av saker og registrering av dette. I den grad kontorene utvider samarbeidet i forkant av overføring av saker, vil dette arbeidet og hva som skjer i sakene forbli usynlig.

De ansatte i etatene gav i intervjuene uttrykk for at gråsoneproblematikken ikke dominerte deres hverdag. De oppgav at de har forståelse for hverandres arbeidssituasjon, og bestreber seg på å komme frem til hensiktsmessige løsninger i de konkrete sakene, selv om de ikke alltid lykkes. En grunn til dette er de ulike innfallsvinklene etatene har til vurdering av personer, deres situasjon og deres potensielle muligheter. De ulike måtene saksarbeidet er innrettet på påvirker også saksbehandlerens syn på gråsonespørsmål, i tillegg til de mer formelle aspekter.

Samarbeid mellom etatene

Hvordan det praktiske saksarbeidet i attføringssaker bør organisere har vært et sentralt tema i mange år. I 1997 utgav Rikstrygdeverket og Arbeidsdirektoratet dokumentet «Felles saksbehandlings- og samarbeidsrutiner for trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten» (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997).⁵³ Dette samarbeidsdokumentet angir retningslinjer for saksarbeid i og mellom etatene, mens den konkrete utformingen av rutiner er delegert til de lokale kontorene. I dokumentet blir det fremhevet at et nært samarbeid mellom de to etatene og kjennskap til hverandres ansvar, oppgaver og virkemidler, skal motvirke de negative effektene av ansvarsdelingen. De negative effektene det pekes på i denne sammenheng er at saker sendes frem og tilbake mellom etatene.

I tråd med arbeidsdelingen mellom etatene, foregår det faglige saksarbeidet primært i enten trygde- eller arbeidsmarkedsetaten. Samarbeidet mellom etatene begrenses stort sett til forhåndskontakt, før en sak eventuelt overføres fra den ene etat til den andre. Formålet med forhåndskontakt, er å få en felles forståelse av hvilke saker som er aktuelle for yrkesrettet attføring og begrense omfanget av «kasteballsaker». Med hensyn til spørsmålet om i hvilke saker det skal tas forhåndskontakt står det:

Det er ikke realistisk å ta forhåndskontakt i alle saker som sendes mellom etatene. Men det skal i alle saker der det er det minste tvil om at saken kan bli en 'kasteballsak' tas forhåndskontakt. (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997, s. 7).

Det vises til at det gjelder kompliserte saker eller saker der trygdekontoret vil være i tvil om hva arbeidskontoret vil mene om hensiktsmessigheten og nødvendigheten av attføring. At grensedragningen i forhold til attføring ikke forventes å være klar, fremgår av avsnittet i samarbeidsdokumentet hvor det vises til at dette vil gjelde de fleste saker der trygdeetaten skal utøve sin veiviserrolle (op.cit. s. 10). Veiviserrollen til trygdeetaten innebærer å gi råd til brukeren og vil på den måten gjelde de fleste tilfeller der det blir aktuelt med yrkesrettet attføring. Det er sjelden at personer selv kommer til trygdekontoret med utfylt attføringssøknad uten å ha rådført seg med saksbehandler først.

⁵³ Heretter vil «Felles saksbehandlings- og samarbeidsrutiner for trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten» (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997) omtales som samarbeidsdokumentet.

Forhåndskontakten kan foregå på forskjellige tidspunkt i vurderingsprosessen: før råd er gitt, når søknad (krav) foreligger og ved retur av sak. Når det gjelder forhåndskontakt før krav er fremsatt står det:

Ved utøving av trygdeetatens veiviserrolle kan det bli aktuelt å gi råd om å fremsette krav om yrkesrettet attføring. Formålet med forhåndskontakt før krav er fremsatt kan være at trygdekontoret i kompliserte saker og i saker hvor de er i tvil, kan diskutere og avklare med arbeidskontoret om attføring vil være nødvendig og hensiktsmessig før krav blir fremsatt. (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997, s. 7).

Tilsvarende viser samarbeidsdokumentet til at ved forhåndskontakt etter at krav er fremsatt:

...kan formålet med forhåndskontakt være å diskutere eller få opplysninger fra arbeidskontoret om arbeidsmarkedssituasjonen. Opplysningene brukes i forbindelse med trygdekontorets vurdering av om det foreligger vesentlig nedsatt inntektsevne eller om det foreligger innskrenkede muligheter til å velge yrke eller arbeidsplass, jfr. § 11-5, første og andre ledd.

Slik disse retningslinjene er utformet bidrar de til en sammenblanding av ansvaret for §§ 11-5 og 11-6. Ansvarsdelingen mellom etatene skulle føre til at en etat ikke skulle legge føringer på den annen etats vurderinger, likevel blir dette en implisitt konsekvens av disse retningslinjene. I begge tilfeller dreier det seg om at arbeidsmarkedsetaten skal gi tilkjenne sine vurderinger av § 11-6, mens saken fortsatt er trygdekontorets ansvar. Dette kan bidra til å sikre at saker som vurderes overført fyller arbeidsmarkedsetatens vilkår forut for overføring av saken. På den ene side er dette hensiktsmessig med sikte på å redusere frem-og-tilbakesending av saker, dersom det fremkommer at arbeidsmarkedsetaten ikke vil finne at vilkårene er oppfylt. På den annen side fører denne fremgangsmåten til at brukerne ikke får en grundig vurdering av sine muligheter i arbeidsmarkedsetaten, dersom forhåndsdrøftingen fører til at saken ikke overføres. I intervjuene med saksbehandlere på trygdekontorene ble det vist til at det kan være problematisk for dem av avvise saker dersom de mener de medisinske vilkår er oppfylt.

Typer forhåndskontakt

Samarbeidsdokumentet skisserer forskjellige typer forhåndskontakt. Felles for disse er at de innebærer en drøfting av saker mellom representanter for de to etater. Den kan være formell eller uformell, skje telefonisk eller i et møte. Med hensyn til valg av type forhåndskontakt vises det til at:

Hvilken form for forhåndskontakt som skal benyttes i det enkelte tilfelle, er helt avhengig av hva som er formålet med forhåndskontakt, kompleksiteten i saken og i hvilken grad man skal ha en total gjennomgang av saken (Rikstrykdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997).

I samarbeidsdokumentet trekkes tre former for forhåndskontakt frem. Dette er:

- * *Saksbehandlerkontakt* – direkte kontakt mellom saksbehandlerne i de to etatene, som gjerne består av en telefonsamtale
- * *Samarbeidsmøter* (overføringsmøte) – saksbehandlere fra de to etatene møtes for å drøfte en sak før eventuell overføring til den annen etat
- * *Basisgrupper* – brukes hvor det er behov for tverrfaglig vurdering for å komme frem til en løsning i saken

Disse tre typene forhåndsdrøfting medfører varierende tidsbruk og grad av planlegging.

Saksbehandlerkontakten innebærer ofte bare at saksbehandleren som har en sak, tar en telefon til en i den andre etaten og drøfter saken umiddelbart. Denne type forhåndskontakt krever ikke planlegging. En fordel er at saksbehandleren som ringer kan få svar på sine spørsmål der og da. Således er denne drøftingsformen tidsbesparende, man slipper å utsette arbeidet med saken til neste samarbeidsmøte, eller å vente på tilbakemelding mens saken sendes og den annen etat behandler den. En ulempe er at informasjonsgrunnlaget blir skjævt, da bare den ene parten har sakspapirene å forholde seg til.

Samarbeidsmøter krever at saksbehandlere fra begge etater setter av tid til møtene. Mange kontor har fastslått i samarbeidsavtalen hvor ofte og når slike møter skal avholdes, samt hvor mange saker som skal drøftes hver gang. Hvem som møter fra hver av etatene og hvordan slike møter forløper varierer også mellom kontorene. Stort sett benyttes møtene til å gjennomgå de sakene som vurderes overført fra den ene etat til den andre. Hvor grundig gjennomgangen blir avhenger av saksmengde, kjennskap til sakene og hvor problematiske de oppfattes å være.

Basisgrupper er mer formelle tverrfaglig sammensatte møter. Slike møter krever mer langsiktig planlegging, fordi flere instanser er involvert. Både brukeren og behandlende lege innkalles. I noen tilfeller møter også rådgivende lege, eventuelt en representant for sosialkontoret eller andre relevante samarbeidsparter. En fordel med basismøter er at en får en bred tverrfaglig gjennomgang av sakene. I tillegg kan det være en fordel at den

yrkeshemmede selv er tilstede og kan gi uttrykk for sine synspunkter og reaksjoner på opplysninger og forslag som kommer opp i drøftingen.

I det praktiske arbeidet ute på kontorene har man innført en rekke varianter av disse typene forhåndskontakt. Ved noen kontor har man for eksempel slått sammen samarbeidsmøter og basisgruppemøter. Disse har mange forskjellige betegnelser, for eksempel minibasis og overføringsmøter. Et annet eksempel er trekantsamtaler. Dette er samtaler hvor trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten sammen drøfter saken med søkeren. Intervjuede saksbehandlere viser til at slike samtaler har flere fordeler, fordi man kan få nødvendige tilleggsopplysninger fra den saken gjelder der og da. Personen får dessuten omforent informasjon fra begge etater, slik at misforståelser unngås, og uklarheter avklares med en gang. Det at begge etater er tilstede fører til at begge vet hva som er sagt og avtalt. Derved kan de ikke bli spilt ut mot hverandre etterpå.

Bruk av ulike typer forhåndskontakt

I registrerings skjemaene ble saksbehandlerne bedt om å oppgi hvilken form for forhåndskontakt de hadde hatt (skriftlig, telefonisk eller møte) i hver sak. Den skriftlige er gjerne et oversendelsesbrev som legges ved sakspapirene. Vi ser her bort fra skriftlig kontakt, da den ikke fører til drøfting og ikke innvirker på oversending av saker mellom etatene. Tabell 3 viser hvilke drøftingsformer som hadde vært benyttet i de innkomne gråsonesakene. På grunn av de mange typene møter som praktiseres, skilles det ikke i tabellen mellom ulike typer møter.

Tabell 3: Bruk av ulike typer forhåndsdrøfting Prosent (N=58)

Drøftingsform:	Totalt
Bare drøftet på telefon	35 (20)
Bare drøftet i møte	26 (15)
Drøftet både i telefon og møte	14 (8)
Ikke drøftet	26 (15)
Sum	100 (58)

På flertallet (74 prosent) av skjemaene vi fikk inn i registreringsdelen av undersøkelsen var det angitt at sakene hadde vært drøftet mellom etatene. Over halvparten av sakene i vår undersøkelse var enten bare drøftet på telefon eller bare tatt opp i møte, mens det var en mindre andel som både var drøftet på telefon og i møter. Ikke uventet var forhåndsdrøfting over telefon

den mest brukte typen forhåndskontakt (jf. det tidsbesparende aspekt og fleksibiliteten). Intervjuede saksbehandlere som benyttet telefon til forhåndskontakt, sa at denne type forhåndsdrøfting i mange tilfeller er tilstrekkelig for å komme frem til beslutning om en sak skal overføres eller ikke.

En fjerdedel av sakene var bare drøftet i møter. Noen kontor har avtalt faste tidspunkt for samarbeidsmøter. Hvor ofte slike møter er avtalt avhenger litt av hva man har blitt enige om å drøfte i møtene. Antagelig har kontor som drøfter alle saker oftere møter enn de som bare tar opp saker ved behov. En saksbehandler ved ett kontor med ukentlige samarbeidsmøter der alle saker skulle tas opp, oppgav i intervjuet at det som regel var unødvendig å drøfte saker på telefon, når de likevel skal drøftes i samarbeidsmøte i løpet av kort tid.

En mindre andel av sakene var tatt opp både telefonisk og i møter (jf. tabell 3). Dette er, ifølge opplysninger fra intervjuene, gjerne saker der man ikke kommer til enighet i første omgang. Det kan være at enkelte nødvendige opplysninger mangler eller er usikre, eller det er behov for nærmere diskusjon.

Samarbeidsavtaler

I samarbeidsdokumentet fastslås det at: «*Det skal forefinnes avtaler om samarbeid mellom alle ledd i de to etatene*» (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997, s. 7). Lokalkontorene står relativt fritt til å avtale samarbeidsformer de finner hensiktsmessig innenfor rammene som er gitt i samarbeidsdokumentet. Kontorene har ulik tilnærming når samarbeidsavtaler utformes, noe som har ført til et stort spekter av måter å organisere samarbeidet på mellom de ulike kontor. Noen avtaler foreskriver for eksempel at telefonkontakt skal være standard prosedyre, mens andre fastsetter faste tidspunkt for samarbeidsmøter. Noen samarbeidsavtaler åpner for at saker kun drøftes ved behov, mens andre forlanger at alle saker skal drøftes i møte før de kan overføres.

Selv om samarbeidsdokumentet viser til at forhåndskontakt vil være aktuelt i de fleste saker (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997, s. 10), har noen kontor likevel samarbeidsavtaler som fastsetter at saker ikke skal drøftes før overføring mellom etatene. Denne praksisen har minst to begrunnelser, som begge tar utgangspunkt i avgrensningen av ansvarsområdene. Den ene er at dersom trygdeetaten finner at de medisinske vilkår er oppfylt (§ 11-5 i lov om folketrygd), har arbeidsmarkedsetaten plikt til å ta imot saken fra trygdeetaten. Derfor har det ingen hensikt å ha forhånds-

kontakt. Den andre begrunnelsen er at de to etatene ikke skal blande seg i hverandres vurderinger, men på selvstendig grunnlag skal sine beslutninger. Også i dette tilfelle oppleves forhåndskontakt som overflødig.

To år etter utgivelsen av samarbeidsdokumentet var det fortsatt flere kontor som ikke hadde utarbeidet lokale samarbeidsavtaler. Organiseringen av sakshåndtering mellom kontor uten samarbeidsavtale varierer også. I de tilfellene vi har opplysninger om, var praksis stort sett enten at man over- sendte aktuelle saker uten forhåndskontakt eller lot det være opp til de enkelte saksbehandlere å avgjøre om og eventuelt hvilken form for forhåndskontakt som benyttes i hvert tilfelle.

Det er imidlertid ikke slik at kontorene enten hadde inngått samarbeidsavtaler eller ikke. De enkelte kontor kan samarbeide med flere forskjellige kontor i den andre etaten. Da vil de kunne ha inngått samarbeidsavtaler med noen av disse kontorene, men ikke andre. Et kontor kan dessuten ha avtalt forskjellige samarbeidsmodeller med sine ulike samarbeidspartnere. Et arbeidskontor som samarbeidet med fem forskjellige trygdekontor hadde for eksempel følgende typer avtaler: med to trygdekontor hadde de ikke samarbeidsmøter, med ett trygdekontor hadde de både samarbeidsmøter og basisgruppemøter, med et annet trygdekontor avholdt man kun basisgruppemøter, mens man brukte alle tre typer forhåndskontakt med kun ett trygdekontor. Tilsvarende oppgav trygdekontorene at de hadde ulike avtaler og kvalitet på samarbeidet med forskjellige arbeidskontor.

Utformingen av samarbeidsavtaler avspeiler hvordan de enkelte kontorene definerer grensegangen mellom sine ansvarsområder. Samarbeidsavtalene er ikke endelige, men revideres etter hvert som kontorene skaffer seg erfaringer. Derfor vil gjeldende praksis også kunne endre seg over tid. I hvilken grad saksbehandlerne drøfter saker seg imellom eller ikke, vil være betinget av innholdet i gjeldende samarbeidsavtaler.

Drøfting og overføring av saker mellom etatene

I forhåndskontakten gis representanter for de to etatene mulighet til å vurdere og diskutere saker, og fatte beslutningen etter en drøfting. Flertallet av sakene i vår undersøkelse hadde blitt drøftet. Likeledes hadde flertallet vært overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten. En av intensjonene med forhåndskontakt er at den skal bidra til at færre saker sendes frem og tilbake mellom etatene.

I vårt begrensede materiale var det en noe større andel «ikke drøftede» saker blant sakene vi fikk inn fra trygdekontorene enn blant sakene fra

arbeidsmarkedsetaten. To tredjedeler av skjemaene vi fikk inn fra trygdekontorene var blitt drøftet. Blant disse sakene førte drøfting til at flere saker ble stanset enn overført til arbeidskontoret.⁵⁴ Tre fjerdedeler av skjemaene vi fikk fra arbeidsmarkedsetaten var drøftet. Av disse var det færre som var blitt stanset enn overført.⁵⁵ Det var ikke grunn til å forvente spesielle forskjeller mellom sakene etter om de er drøftet eller ikke-drøftet i vårt materiale, da bruk av forhåndskontakt eller ikke kan være et utslag av avtalt samarbeidsform. Med forbehold om små tall, vil det likevel nevnes her at det er en sammenheng mellom forhåndsdrøfting og om det var aktuelt med uførepensjon. De som allerede hadde en (gradert) uførepensjon var blitt forhåndsdrøftet. Videre hadde alle sakene hvor det ble svart at uførepensjon *ikke* var aktuelt, vært drøftet.

I vårt materiale er det er imidlertid en viss sammenheng mellom drøftingsform og overføring av saker. I tabell 4 vises bruk av ulike typer forhåndsdrøfting i forhold til om saken ble overført eller ikke, uavhengig av hvilken etat saken kom fra.

Tabell 4: Type forhåndskontakt og resultat av drøftingen. (N=58)⁵⁶

	Overført	Ikke overført	Forhånds-vurdering	Sum
Drøftet:	25	16	2	43
<i>Herav:</i>				
Bare på telefon	14	6	0	20
Bare i møte	3	10	2	15
Både telefon og møte	8	0	0	8
Ikke forhåndsdrøftet	12	3	0	15
Totalt	37	19	2	58

Tabellen viser at noe færre enn halvparten av skjemaene gjaldt saker som både var drøftet og overført til den andre etaten. Flertallet av sakene som var blitt drøftet ble oversendt, men andelen som ikke ble overført var ikke

⁵⁴ Ti av femten skjemaer fra trygdekontoret var drøftet, hvorav seks som var drøftet ikke ble overført til arbeidskontoret. Se vedlegg 6 for nærmere beskrivelse av sakene som ikke ble overført etter drøfting.

⁵⁵ 43 skjemaer kom inn fra arbeidsmarkedsetaten, 33 var drøftet og av disse ble ti stanset og 23 overført. Se vedlegg 6 for nærmere beskrivelse av sakene som ikke ble overført etter drøfting.

⁵⁶ N=58, vi tar utgangspunkt i opplysninger på alle skjemaer, fordi det er noe mismatch mellom trygde- og arbeidsmarkedsetatens opplysninger om kontakt i sakene vi fikk inn fra begge etater.

ubetydelig. Det at såpass mange av sakene ikke ble overført etter drøfting, indikerer at forhåndskontakt faktisk bidrar til å forhindre at saker overføres til arbeidskontoret.

Sammenligner vi overføringsfrekvensen mellom de sakene som kun var drøftet på telefon med de som kun var drøftet i møter ble flertallet av sakene som var drøftet telefonisk overført, mens flertallet av sakene som kun var diskutert i møter ikke ble overført. Dette betyr ikke at disse sakene nødvendigvis er enklere enn saker som drøftes i møter, jf. samarbeidsavtalene. Det kan imidlertid være noe vanskeligere for arbeidsmarkedsetaten å avgjøre om attføring vil være hensiktsmessig og nødvendig på grunnlag av en telefonsamtale. Ved telefonisk forhåndsdrøfting før overføring av saker fra trygdekontor til arbeidskontor, er det vanligvis trygdeetaten som tar kontakt med arbeidskontoret. Da har saksbehandleren på trygdekontoret tilgang til informasjonen og styrer hvilke opplysninger som kommer frem. Drøftingen vil preges av trygdefunksjonærens behov, samt det vedkommende anser å være viktige opplysninger. Disse er ikke nødvendigvis de samme som arbeidskonsulentene mener bør vektlegges, men saksbehandleren har ikke sakspapirene og kan ikke se nyansene i saken. Derved vil det også være vanskeligere å argumentere mot å ta imot en sak. I intervjuene opplyste saksehandlere i arbeidsmarkedsetaten at telefoniske henvendelser kunne komme på ubeleilige tidspunkt. Dette sammen med manglende oversikt over hva som foreligger av informasjon, kunne medvirke til at de klarer oversendelse av saker telefonisk, som de ellers ville ha stoppet.

I møter har begge parter i tillegg lik tilgang til dokumenterte opplysninger, det er satt av tid og man er skjermet fra andre distraksjoner mens sakene diskuteres. Videre er det lettere å få tak i andre relevante opplysninger som ikke står i papirene i en ansikt-til-ansikt situasjon. Derved blir situasjonen mer jevnbyrdig og arbeidsmarkedsetaten har bedre grunnlag for å vurdere saken, samt argumentere for det synspunkt de måtte komme frem til.

Selv om vi i skjemaet ikke spurte eksplisitt etter hvilke typer møter man hadde drøftet sakene i, kom det frem av skjemaene at sju saker hadde blitt drøftet i basisgruppe. (Det var ikke oppgitt telefonkontakt i noen av disse sakene.) Det var en sammenheng mellom overføring av sak eller ikke, etter om saken hadde vært diskutert i basisgruppe. Av de sju sakene som hadde vært drøftet i basisgruppe var det kun to saker hvor basisgruppemøtet resulterte i overføring til arbeidsmarkedsetaten. I de øvrige kom man frem til at man skulle forsøke andre løsninger. En saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten

sa at det ut fra hans erfaring vanligvis bare var et mindretall av sakene som ble tatt opp i basisgruppe som resulterte i at saken ble en attføringssak.

Basisgruppene brukes noe ulikt på forskjellige steder. Etter intervju-runden er inntrykket at det vanligvis er trygdekontoret som melder saker til behandling i basisgruppe. Ett trygdekontor oppgav at det særlig var i de tilfeller der samarbeidet med arbeidskontoret hadde «kjørt seg fast», at sakene ble tatt opp i basisgruppen. En saksbehandler ved et annet kontor oppgav at de brukte basisgruppe spesielt i saker som gjaldt personer med diffuse diagnoser. Andre oppgav at basisgruppe ble brukt i saker der personer hadde fått avslag på søknad om uførepensjon, eller der det var uenighet mellom forskjellige instanser, for eksempel rådgivende og behandlende lege. Arbeidskontor som meldte saker til drøfting i basisgruppe, sa at det da gjaldt saker som skulle returneres fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten.

To av sakene som var drøftet i møter og registrert som «ikke overført» ble håndtert på en spesiell måte. Saksbehandlere fra arbeidskontoret «lånte» sakene for å utarbeide forhåndsuttalelser uten at sakene ble formelt overført til arbeidsmarkedsetaten. Arbeidsmarkedsetaten arbeidet med andre ord med sakene mens de fortsatt formelt var trygdeetatens ansvar. I intervjuene ble saksbehandlerne spurt om denne praksisen. Det syntes ikke å være utbredt. En saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten som benyttet denne fremgangsmåten, sa at dette ble gjort i saker der trygdekontoret ikke var sikker på hva de skulle anbefale søkeren å gjøre. For arbeidsmarkedsetaten kan denne fremgangsmåten være fordelaktig, fordi man unngår å føre personer som ikke nødvendigvis kommer i attføring inn i attføringsregisteret. Slike forhåndsuttalelser kan dessuten være tidsbesparende, spesielt hvis personen senere søker om uførepensjon. Uttalelsen kan da legges ved uføresøknaden som dokumentasjon på utredning av attføringsmulighetene. En motforestilling mot bruk av forhåndsuttalelser er at sakene ikke føres inn i arbeidsmarkedsetatens registre, mens det brukes arbeidstid på dem. I de to tilfellene som inngikk i vårt materiale var konklusjonen i forhåndsuttalelsen at attføring ikke var nødvendig; personene burde forsøkes attført bedriftsinternt eller melde seg som arbeidssøkere.

Det var et mindre antall av sakene som var tatt opp flere ganger og på ulike måter (jf. tabell 4). Sakene som var drøftet både i telefon og i møter var alle blitt overført til arbeidsmarkedsetaten. Det er indikasjoner på at disse var noe vanskeligere å enes om enn andre. Å begrense nytilgangen av uførepensjonister, spesielt yngre personer, gjennom utprøving av attføringsmulighetene, samt reaktivering av uførepensjonister er blant trygdeetatens priori-

terte oppgaver. Det kan være grunnen til at det ble gjort flere fremstøt for å få disse sakene overført. Blant de åtte sakene som var drøftet på ulike måter før de ble overført, gjaldt to saker personer som allerede var innvilget (gradert) uførepensjon, samt én hvor det var usikkerhet om uførepensjon var aktuelt. I tre saker som gjaldt personer i tyve-årene var det oppgitt at det forelå forslag til attføringstiltak.⁵⁷ Sju av de åtte sakene som etter flere drøftinger ble overført til arbeidsmarkedsetaten, ble returnert til trygdeetaten etter å ha vært diskutert med arbeidsrådgivningskontoret.

I intervjuene beskrev saksbehandlere forhåndskontakten som en slags forhandlingssituasjon. Fra trygdeetaten ble det sagt at dersom de virkelig mente at en sak burde forsøkes i attføring, presset de på ekstra. Dersom de argumenterer nok og ikke gir seg, oppnår de til slutt å få saken over, dersom de medisinske vilkår er oppfylt. Saksbehandlere i trygdeetaten gav uttrykk for at de har forståelse for arbeidsmarkedsetatens resultatkrav med hensyn til andel saker som skal utskrives til aktive løsninger. Hovedinntrykket etter intervjuene er imidlertid at trygdeetaten er tilbakeholdne med å presse for mye. De vet at de risikerer bare å få sakene i retur med begrunnelse om at attføring ikke er hensiktsmessig eller nødvendig dersom arbeidsmarkedsetaten ikke greier å komme frem til egnet tiltak, da har de ikke oppnådd noe utover eventuelt å forsure samarbeidet.

Tabell 4 viser dessuten at tre saker verken var drøftet eller ble overført mellom etatene. Vi hadde ventet at det ville være noen saker som ble vurdert som aktuelle for attføring, men som ikke ble tatt opp, ut fra en antagelse om at den andre etaten ikke ville akseptere den. Det var imidlertid noe uventet at det ikke var noen slike saker fra trygdeetaten, mens det var tre fra arbeidsmarkedsetaten. De fleste potensielle attføringssaker blir først vurdert opp mot de medisinske vilkår av trygdeetaten og deretter vurdert av arbeidsmarkedsetaten. I disse sakene hadde henvendelsene om attføring kommet fra personene sakene gjaldt (to saker) eller blitt henvist fra en annen del av arbeidsmarkedsetaten (én sak). Her var det saksbehandleren på arbeidskontoret som hadde den første vurderingen av sakene med henblikk på attføring og definerte dem som gråsonesaker. Det var kun én av disse som ble ansett å være en gråsonesak grunnet tvil om de medisinske vilkår var oppfylt.

⁵⁷ To av disse tre sakene ble avvist av arbeidsmarkedsetaten fordi arbeidskontoret mente det var feil ansvars plassering å søke dem til arbeidsmarkedsetaten. Arbeidsmarkedsetaten mente at den ene var kommunens ansvar og at den andre hørte hjemme innen psykisk helsevern. Om den tredje saken ble det opplyst at personen saken dreiet seg om var for syk for attføring.

Saker som ikke ble overført etter drøfting

Blant de 18 sakene som var merket «ikke overført» etter drøfting (jf. tabell 4), var den oftest forekommende grunnen at arbeidskontoret mente at attføring ikke var nødvendig. Arbeidskontoret mente at personene sakene dreide seg om hadde en bakgrunn som tilsa at de enten kunne melde seg som arbeidssøker direkte (fem saker) eller etter mer behandling (to saker). I et par tilfeller var det aktuelt med alternative tilbud. Noen (tre) saker ble ikke overført fordi bedriftsintern attføring måtte forsøkes først. Det var et lite antall (tre saker) som ikke ble overført etter drøfting fordi personen saken gjaldt ble ansett å være for syk.

Intervjuene med saksbehandlerne i begge etater viste også at de ovenfornevnte argumentene er vanlige grunner til at arbeidskontoret ikke «aksepterer» eller avviser å ta imot saker ved drøfting. I intervjuene ble det sagt at andre vanlige grunner til at saker avvises av arbeidsmarkedsetaten er at legeerklæringer enten er for gammel eller ikke sier noe om attførings/arbeidsmuligheter. Noen kontor hadde spesielle formaliserte vilkår i sine samarbeidsavtaler. Eksempelvis at forsøk på bedriftsintern attføring ikke har ført frem skal være dokumentert eller at legeerklæringene som følger saker maksimalt skal være tre måneder gamle. Dersom disse vilkår ikke er oppfylt skal arbeidskontoret nekte å ta imot saken.

Oppsummering

Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten har vært en forutsetning for den arbeidsdelingen mellom de to etatene som trådte i kraft i 1994. Etatene har et felles sett retningslinjer for samarbeidet som er utgitt i det vi har kalt samarbeidsdokumentet (Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet 1997). Samtidig er lokalkontorene pålagt å avtale samarbeidsformer, som skal nedfelles i lokale samarbeidsavtaler. I den praktiske hverdag består samarbeidet stort sett av drøftinger av saker i forkant av saksoverføring fra en etat til den andre. Samarbeidsdokumentet angir tre typer forhåndskontakt for drøfting av saker mellom etatene. Direktoratene oppgir at det er lite realistisk at det skal tas forhåndskontakt i alle saker, selv om det også står at det vil være aktuelt i de fleste saker der trygdekontoret utøver en veiviserrolle.

Kontorene har i tillegg til de tre former for forhåndskontakt som angis i samarbeidsdokumentet utviklet kombinasjoner av disse, som de finner hensiktsmessig. Spesielt er det en del kontor som anser det å trekke brukeren med i drøftingene som fruktbart. Dette er også i tråd med etatenes satsing på

brukermedvirkning. Sammenlignet med basisgruppemøter er denne formen for drøftinger noe lettere å få organisert da det er færre involverte og således mindre ressurskrevende.

Til tross for at de enkelte lokalkontor er pålagt å ha samarbeidsavtaler med de kontor de har saker felles med, var det sommeren 1999 fortsatt kontor som ikke hadde slike avtaler. Et annet forhold som ikke er helt i tråd med retningslinjene som er angitt i samarbeidsdokumentet, er at man enkelte steder har avtalt at saker ikke skal drøftes før overføring. Dette gjelder kontor der man forstår arbeidsdelingen mellom etatene slik at hver av etatene skal fatte beslutninger innen sitt ansvarsområde uavhengig av den annen etats vurdering.

Lokalkontorene i mellom er det stor spredning med tanke på hva de har avtalt som standard prosedyre i samarbeidet. Ett kontor kan dessuten ha flere forskjellige samarbeidsrutiner med kontorene de samarbeider med. Flertallet av sakene som kom inn til vår undersøkelse var saker som hadde vært drøftet i forhåndskontakt. Telefonkontakt var den meste brukte drøftingsformen. I de fleste tilfeller var én drøftingsform brukt, enten over telefon eller i møter. Det var kun i ett mindretall av sakene det fremgikk at det hadde vært behov for flere drøftinger av sakene.

Det var en viss sammenheng mellom drøftingsform og om resultatet av drøftingen var at saken ble overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten eller ikke. Saker som kun var drøftet over telefon hadde en større overføringsfrekvens enn saker som var drøftet i møter. Når det gjelder type møte sakene hadde vært drøftet i, og om det resulterte i overføring til arbeidsmarkedsetaten, var det en klar tendens til at færre av sakene som var blitt drøftet basisgruppe ble overført enn saker som var drøftet i «ordinære» samarbeidsmøter.

Det at utføring ikke ble ansett som nødvendig var den oftest forekommende begrunnelsen til at saker ikke ble overført til arbeidskontoret. Vanlige grunner til at arbeidsmarkedsetaten ikke aksepterer saker som trygdeetaten forsøker å få overført er at arbeidsmarkedsetaten finner at utføring ikke er nødvendig med den bakgrunn personen har, selv om trygdeetaten har vurdert at personen fyller de medisinske vilkårene i henhold til § 11-5 i lov om folketrygd. Andre grunner kan være av mer formell art, som manglende dokumentasjon for at trygdeetaten har utredet tiltak innen sitt ansvarsområde, eller mangelfulle medisinske opplysninger.

Hvilke saker blir gråsonesaker

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvilke saker som blir gråsonesaker, først med utgangspunkt i kjennetegn ved individer.⁵⁸ Hvilke ressurser og begrensninger personene antas å ha påvirker vurderingen av behov for tiltak og muligheter for å gjennomføre og lykkes med attføringsforsøk. Utgangspunktet for retten til attføringsytelser etter kapittel 11 og de andre helse-relaterte trygdeytelsene er tilstedeværelsen av sykdom, skade eller lyte. Varigheten av lidelsen og om den endrer inntektsevnen/arbeidsmulighetene, har betydning for hva som anses som aktuelle alternativer. Ved vurdering av retten til attføringspenger etter §§11-5 og 11-6 i lov om folketrygd, skal lidelsen ses i relasjon til personenes alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn og arbeidsmuligheter. I arbeidsmarkedsetatens retningslinjer vises det til følgende vurderingskriterier ved valg av hensiktsmessige tiltak: medisinske forhold, utdanning og praksis, ressurser, egnethet, alder, motivasjon, andre utdannings- og arbeidshindrende faktorer (Arbeidsdirektoratet 1996b).

I diskusjonene etter attføringsreformen har det vært hevdet at arbeidsmarkedsetaten prioriterer personer med et antatt bedre utgangspunkt for å lykkes med attføring. Med andre ord skjer det en selektering av individer til attføring, som i neste omgang bidrar til bedre «attføringsresultater».⁵⁹ Studier har vist at arbeidsmarkedetsressurser som det å være yngre, ha høyere utdanning og ha arbeidserfaring har betydning for overgang til arbeid fra attføring og rehabilitering (for eksempel Ford 1993, Hansen 1996, Aakvik 1999, Blekesaune 1999). I prosessen forut for arbeidsmarkedsetatens vurdering av attføring skjer det også en utslising. Både behov for assistanse og muligheter for å sette i gang tiltak varierer mellom dem som er i ulike stadier i «trygdekarrieren». En forutsetning for å sette i verk bedriftsintern attføring er at personene har et intakt arbeidsforhold. Videre er det grunn til å anta det er enklere å komme frem til egnede tiltak for noen typer lidelser enn andre på et tidlig stadium i prosessen. Gråsonesakene kan ses som en restkategori som er igjen etter en utslingsprosess.

I det følgende vil vi se nærmere på sammensetningen av personer som kom raskt i gang med attføring, ble overført fra trygdeetaten med sikte på

⁵⁸ I saksarbeidet vurderer og forholder saksbehandlerne seg til opplysninger om egenskaper ved og forutsetningene til personene sakene gjelder. Derfor vil det i omtalen av saker kunne forekomme karakteristikk eller beskrivelser om personegenskaper.

⁵⁹ Betegnelsen «skumme fløten» brukes også om slik seleksjonsstrategi.

attføring, ble tatt inn i arbeidsmarkedsetaten for utredning av attføringsmulighetene, samt dem som kom i gråsonen. Registeropplysninger om kjønn, alder og type diagnose sammenstilles med tilsvarende opplysninger om gråsonesakene vi fikk inn skjemaer om. Dette gjøres for å se om det er forskjeller i sammensetningen av personer i de ulike gruppene og om det eventuelt fremkommer mønstre som indikerer seleksjonsmekanismer. Vi tar utgangspunkt i registeropplysninger fra undersøkelsesområdet⁶⁰, om kjønn, alder og type lidelse.⁶¹ Vi vil se på følgende grupper, som en eller flere instanser har vurdert å være i behov av attføringsassistanse:

- De som kom i attføring mens de mottok sykepengen. Denne gruppen kom relativt raskt i gang med attføringstiltak. Opplysningene som benyttes er fra Rikstrygdeverkets sykepengeregister og omfatter 684 personer som var registrert med attføring mens de mottok sykepengen.⁶²
- De som ble overført til arbeidsmarkedsetaten fra trygdeetaten. Denne gruppen er de som trygdekontoret overførte til arbeidsmarkedsetaten med sikte på attføring. Antagelig ble attføringsspørsmålet aktualisert på et senere stadium i sykdomsforløpet. Opplysningene er fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister og omfatter 315 personer.⁶³
- Nyregistrerte yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register som hadde en diagnose. Dette er de som ble registrert inn i arbeidsmarkedsetatens register over yrkeshemmede for utredning av attføringsmulighetene. Det var 542 av de nyregistrerte yrkeshemmede som hadde oppgitt diagnose.⁶⁴
- Gråsonesakene er de 55 personene vi fikk inn registreringsskjemaer om i vår undersøkelse.

⁶⁰ Se kapitlet om Data og Design for beskrivelse av utvalgene.

⁶¹ For andre kjennetegn som utdannings- og yrkesbakgrunn, evner og motivasjon har vi ikke tilstrekkelige opplysninger til å foreta en slik sammenstilling.

⁶² Se vedlegg 7, tabell V13 for fordelinger.

⁶³ Dette er det samme uttaket vi har benyttet tidligere i denne rapporten. Se vedlegg 4, tabell V8 for fordelinger.

⁶⁴ «Nyregistrerte yrkeshemmede» gjelder personer som var registrert med koden «YHNY» i arbeidsmarkedsetatens register. Tallgrunnlaget er innhentet fra Fylkesarbeidskontorene i Oslo, Rogaland, Troms, Sør-Trøndelag og Hordaland. I undersøkelsesperioden var 747 personer registrert med koden «YHNY» ved arbeidskontorene i de fem byene. Av disse hadde 27 prosent ikke oppgitt noen diagnose. (Se vedlegg 7, tabell V14 og V15 for fordelinger) Andelen med diagnose tilsvarer de yrkeshemmede som var henvist fra trygdeetaten (på landsbasis) på samme tidspunkt. Det er likevel mulig at noen yrkeshemmede som ikke vurderes i forhold til attføringspenge-rettigheter inngår blant de nyregistrerte yrkeshemmede som har en diagnose. Det kan for eksempel gjelde personer som er henvist fra sosialkontor, skoleverket, andre deler av arbeidsmarkedsetaten, samt personer som selv har henvendt seg til etaten.

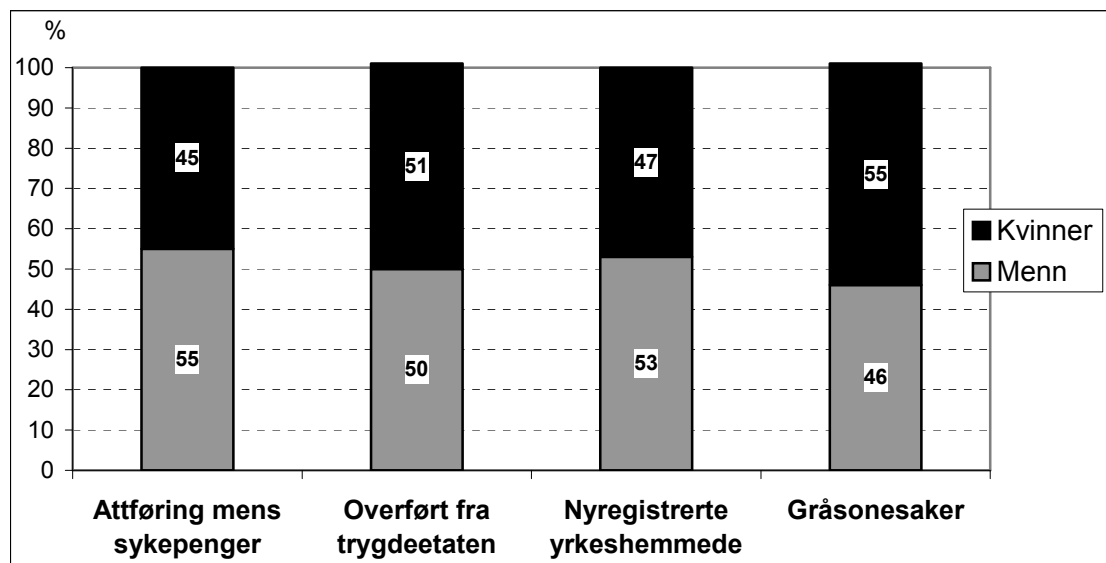
Kjønn

Lovverket er i utgangspunktet kjønnsnøytralt ved at de samme regler gjelder for menn og kvinner. I retningslinjene er kjønn heller ikke angitt som en faktor det skal tas hensyn til ved vurdering av retten til yrkesrettet attføring eller andre helserelaterte ytelser. Det er likevel et kjent faktum at «likebehandlingen» gir ulikt utslag for menn og kvinner. Jømfør uførepensjonsreglene for hjemmearbeidende, som har gjort det vanskeligere for deltidsarbeidende kvinner å få uførepensjon (§ 12.9 i lov om folketrygd). Det har også vært fokusert på at kvinner og menn møtes på forskjellige måter av helsevesenet (Malterud 1997). Forløpsstudier av overganger i relasjon til trygdeytelser har vist at kjønn ser ut til å være av betydning for hvilken trygdekarriere personer får. En studie viste at det ikke var noen kjønnsforskjell når det gjaldt risiko for å komme på attføring, men indikerte ulikheter i seleksjonen til attføring (Hansen 1996). En annen studie viste at overgangen fra trygdeytelser til arbeid er forskjellig for menn og kvinner (Blekesaune 1998). Statistikker viser at kvinner står for flere sykepengetilfeller enn menn, utgjør flertallet av rehabiliteringspengetilfellene og flertallet av de nye uførepensjonistene (Rikstrygdeverket 1999c). På denne bakgrunn skulle en ventet at det var flere kvinner enn menn som gjennomgikk yrkesrettet attføring.

Likevel er flertallet av de yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens statistikk menn. Arbeidsmarkedsetatens gjennomgang av yrkeshemmede i perioden 1991–1. halvår 1997 viste at det var færre kvinner blant både ordinære og yrkeshemmede arbeidssøkere. Kvinneandelen økte i årene fra 1993 -1996. Denne utviklingen ble satt i sammenheng med at forbedringen i arbeidsmarkedet først og fremst skjedde innen mannsdominerte næringer (Arbeidsdirektoratet 1998c). Ved utgangen av 1999 var det fortsatt en viss skjevhet i kjønnsfordelingen blant yrkeshemmede, da menn utgjorde et lite flertall (53 prosent) av de registrerte yrkeshemmede (Arbeidsdirektoratet 1999c).

Figur 2 viser kjønnsfordelingen mellom grupperingene i undersøkelsesområdet, som er beskrevet i innledningen til dette kapitlet.

Figur 2. Kjønnfordeling blant personer som var i attføring mens de mottok sykepenger, overførte fra trygdeetaten og nyregistrerte yrkeshemmede i desember 1998, og gråsonesakene i undersøkelsesområdet. Prosent.



Figur 2 viser at det er noen forskjeller i kjønnfordelingene mellom de ulike gruppene. Flere menn enn kvinner kom i gang med attføring mens de mottok sykepenger. Andelene menn og kvinner var jevnere blant dem som var overført fra trygdeetaten med sikte på attføring. Blant de nyregistrerte yrkeshemmede var det også flere menn, mens det blant gråsonesakene var flere kvinner. Skjevfordelingen mellom menn og kvinner indikerer en noe ulik seleksjon av kvinner og menn til de ulike ytelsene.

Det at andelen menn blant dem som var i attføring mens de mottok sykepenger var såpass mye høyere enn andelen kvinner, indikerer at menn kommer tidligere i gang attføring enn kvinner. Fordelingen er den samme på landsbasis. Det at færre kvinner kommer raskt i gang kan ha betydning for at det er en overvekt av kvinner som overføres fra trygdeetaten for vurdering av attføringsmulighetene i arbeidsmarkedsetaten. Som det fremgår av figur to var det likevel flere menn blant de nyregistrerte yrkeshemmede, mens det er flere kvinner blant gråsonesakene.

Mens det ikke er noen vesentlig kjønnsforskjell blant dem som ble overført fra trygdeetaten med sikte på attføring, er det en overvekt av kvinner blant mottakere av rehabiliteringspenger totalt. Rikstrygdeverkets statistikk viser dessuten at en større andel kvinner enn menn har forlengede rehabiliteringspenger⁶⁵ (Rikstrygdeverket 1999c). Ved likebehandling skulle

⁶⁵ Med forlengede rehabiliteringspenger siktes det til dem som får innvilget rehabiliteringspenger i mer enn ett år.

en forventet at en større andel kvinner enn menn ble overført. Det var imidlertid noe flere kvinner enn menn som var registrert som overført til arbeidsmarkedsetaten fra trygdeetaten med ytelse «Ventetid inntil 2 måneder» i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister. Likevel var en større prosentandel av mennene med rehabiliterings- og attføringspenger per 31.12.1998 registrert med denne ventetidsytelsen enn andelen blant kvinnene (Rikstrygdeverket 1999c, tabell 7.7).⁶⁶

Det at det var en større andel menn blant de nyregistrerte yrkeshemmede kan tolkes som at kvinner og menn behandles ulikt. Arbeidsmarkedsetatens statistikk over yrkeshemmede viser samlet sett en liten overvekt av menn. Skiller man mellom mottakere av attføringspenger og andre yrkeshemmede fremkommer en betydelig forskjell i kjønns sammensetningen. En langt større andel yrkeshemmede menn var ikke mottakere av attføringspenger, mens det var noe flere kvinnelige mottakere av attføringspenger enn menn. Tall fra Arbeidsdirektoratet viser forskjeller med hensyn til type tiltak og hvilke ytelser menn og kvinner får. I 3. kvartal 1999 fikk menn i større utstrekning enn kvinner attføringstiltak finansiert over andre poster i statsbudsjettet (kapittel 1591 og kapittel 1592) som arbeidsmarkedsetaten forvalter.⁶⁷ Av tiltaksdeltakere på kapittel 1592 var det 38 prosent kvinner mot 62 prosent menn. Dette kapitlet omfatter blant annet tiltak som bedriftsintern attføring, lønnstilskudd og arbeidsmarkedsbidrifter. Attføringspenger (kapittel 2543) finansierer tiltak som skolegang, hospitering og egen etablerer. Samlet sett er det flere kvinner (53 prosent) med attføringspenger. Med andre ord var menn oftere enn kvinner i arbeidstreningstiltak finansiert over andre kapitler på statsbudsjettet. Kvinner som var i tiltak hadde noe oftere enn menn utdanning innen det ordinære skolesystem finansiert med attføringspenger.⁶⁸

⁶⁶ Rikstrygdeverkets statistikkontor har bekreftet at tallene for «Ventetid inntil 2 måneder» og «Tilbakefall» i Rikstrygdeverket 1999c, tabell 7.7 er forbyttet. Andelen med «Ventetid inntil 2 måneder» er 47 prosent menn og 53 prosent kvinner.

⁶⁷ Kapittel 1591; gjelder ordinære tiltak som AMO- kurs og praksisplasser. Kapittel 1592; er tiltak for yrkeshemmede finansiert over statsbudsjettet. Kjønnsfordelingen varierer riktignok noe innen de ulike tiltakene under hver post. Fordeling i ulike tiltak vises i tabell V17 i vedlegg 7.

⁶⁸ Se tabell V17 i vedlegg 7.

Alder

Alder er en av vurderingskriteriene som er spesifisert i kapittel 11 i lov om folketrygd. Loven sier ikke noe om på hvilken måte denne faktoren skal vurderes. Myndighetene har signalisert at man ønsker å heve den reelle avgangsalderen fra arbeidslivet. I velferdsmeldingen står det:

Å motvirke for tidlig avgang fra yrkeslivet er nødvendig for å kunne opprettholde balansen mellom antallet av yrkesaktive og antallet av pensjonister i befolkningen. Gjennomsnittlig avgangsalder i Norge er nå vel 60 år. Flertallet i Lund-utvalget (NOU 1994:2 Fra arbeid til pensjon) gikk inn for at gjennomsnittlig avgangsalder burde heves med 3 år innen 2015 (Velferdsmeldingen St.melding nr. 35 1994–95, s. 90).

Likevel er det et gjennomgående inntrykk at eldre personer som vurderes for attføring i liten grad får yrkesrettet attføring, selv om de i større utstrekning enn yngre har helseproblemer.

Risikoen for ulike utfall av sykekarrierer henger sammen med alder. En nyere studie basert på KIRUT-data⁶⁹ viser at sannsynligheten for å komme i attføring og arbeid synker med økende alder, mens sannsynligheten for uførepensjon øker. Alderens betydning har vært satt i sammenheng med sosiale forventninger til yrkesaktivitet, endringer i helse som skjer med økende alder og ulike aldersgruppers muligheter på arbeidsmarkedet (Hansen 1996). Man kunne derfor vente at det er flere yngre blant dem som får attføring og overføres fra rehabiliteringspenger med sikte på attføring enn blant gråsonesakene.

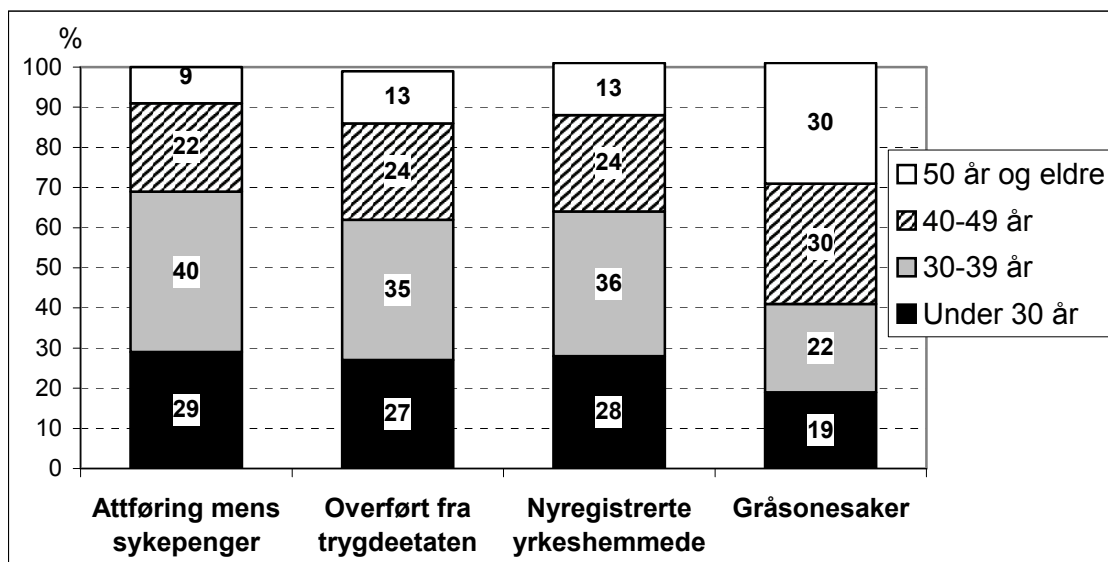
Når saksbehandlerne skal veilede brukere og foreta vurderinger av hensiktsmessighet og nødvendighet står de overfor to til dels motstridende styringssignaler. På den ene side har de myndighetenes signaler om behovet for at en større andel eldre beholdes i arbeidslivet og at nytilgangen av uførepensjonister begrenses. På den annen side har de arbeidsmarkedsetatens resultatkrav som tilsier en prioritering av dem som vil kunne komme i arbeid etter gjennomgått attføring. Alder er imidlertid ikke et gyldig kriterium for å innvilge uførepensjon. Det vil derfor kunne være vanskeligere for saksbehandlerne å avgjøre hva som er rett ytelse for de eldre. Ut fra dette vil en vente å finne flere eldre blant gråsonesakene.

Figur 3 viser en sammenstilling av aldersfordelinger. Figuren har ikke en egen kategori for personer under 20 år, fordi denne aldersgruppen

⁶⁹ KIRUT en database med trygderelaterte opplysninger fra ulike offentlige registre.

utgjorde små andeler innen de grupperinger som er benyttet i figuren. Selv om nedre aldersgrense for attføringsstønning er 16 år, er aldersgrensen 19 år for retten til attføringspenger. Ytelser til skolegang gis kun til personer under 22 år dersom deres utdanningsituasjon avviker vesentlig fra den som gjelder annen ungdom (§11-4 i lov om folketrygd). En annen grunn til at det er såpass få yngre personer i registermaterialet er at aldersgruppen har alternative tilbud som blant annet dekkes av ungdomsgarantien. Denne garantien sikrer ungdom rett til videregående opplæring. Personer med spesielle behov har dessuten rett til videregående skolegang i opptil 5 år. Utover dette har kommunene ansvar for å ha tilbud til personer med bistandsbehov. I tillegg finnes det egne tiltak for unge rusmiddelmissbrukere.

Figur 3. Aldersfordeling blant personer med attføring i sykepengeperioden, overførte fra trygdeetaten og nyregistrerte yrkeshemmede i desember 1998, samt gråsonesakene i undersøkelsesområdet. Prosent.



Figuren viser forskjeller i aldersfordelingen blant dem som var i de ulike attføringsrelaterte situasjoner i forhold til gråsonesakene. Aldersfordelingen blant gråsonesakene skiller seg fra de andre grupperingene ved at det er færre yngre og flere eldre. Kontrasten er størst mellom dem som kom i attføring i sykepengeperioden og gråsonesakene. Under en tredjedel av dem som kom i attføring i sykepengeperioden var over 40 år, mens denne aldersgruppen utgjorde flertallet av gråsonesakene. Aldersfordelingene mellom de overførte fra trygdeetaten og de nyregistrerte yrkeshemmede var så å si like.

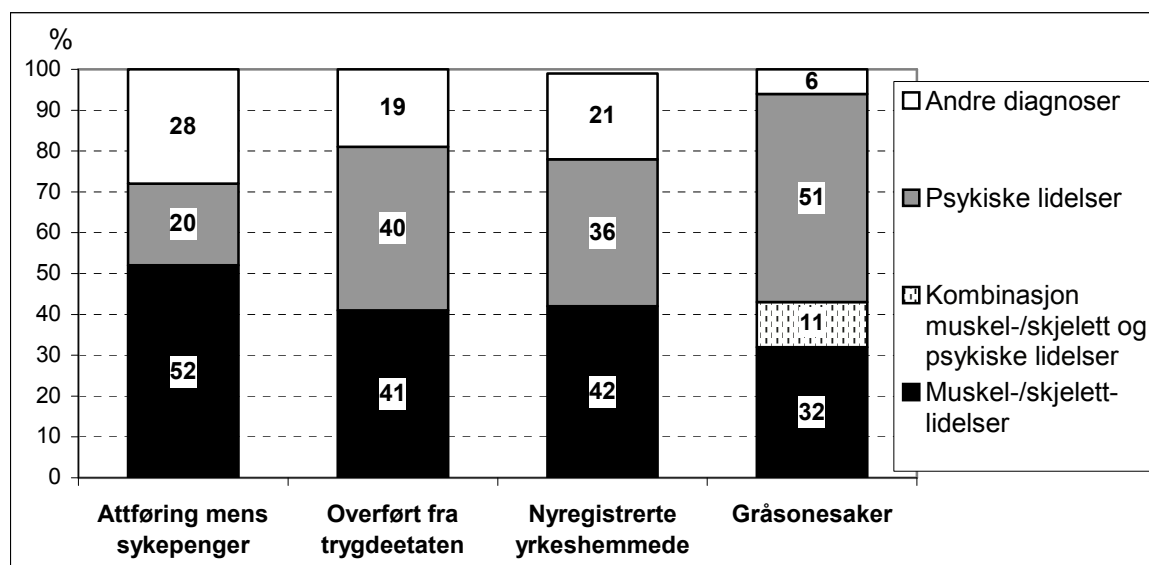
Det ser ut til at det skjer en endring etter at 30-årene er passert. Blant de gruppene som inngikk i figur 3 synker andelen etter hvert som alder stiger,

mens andelen eldre var høyere blant gråsonesakene. En tolkning av dette er at personer i 30-årene i større utstrekning anses å være aktuelle for arbeidsmarkedet etter gjennomgått attføring enn eldre personer. Aldersfordelingen blant alle yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register viser at andelen over 50 år holdt seg stabilt med 14 prosent i perioden 1996-1998 (Arbeidsdirektoratet 1998a). Andelen over 50 år blant attføringspengemottakere ser derimot ut til å ha blitt redusert noe de siste to år (til ni prosent), selv om det er flere i denne aldersgruppen som har andre helserelevante trygdeytelser. Av alle rehabiliteringspengemottakere ved utgangen av 1998 var 30 prosent 50 år eller eldre, mens andelen i denne aldersgruppen var betydelig lavere blant dem som ble overført til arbeidsmarkedsetaten for vurdering mot attføring, tretten prosent. Igjen finner vi indikasjoner på ulikheter i seleksjonen av personer til attføring. Dette kan ha sammenheng med antagelser om at mulighetene for at eldre personer faktisk vil kunne få et jobbtilbud etter avsluttet attføring er begrenset. I intervjuene sa ansatte i arbeidsmarkedsetaten at det er færre arbeidsgivere som vil ansette så gamle mennesker uten bakgrunn fra yrket. Det som er verdt å merke seg i denne sammenheng, er at fallet i andelen i attføring begynner allerede tidlig i førtiårene.

Type diagnose

Hvilken type diagnose en person har sier noe om hva slags sykdom, skade eller lyte saken dreier seg om. I diskusjonene om de ulike trygdeytelsene refereres det som regel til forekomsten av muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser, da disse er de største diagnosekategoriene. Slike diagnoser dominerer også i statistikken over mottakere av rehabiliteringspenger og nyttingen av uførepensjonister. I sammenstillingen i figur 4 vil vi benytte en tredeling av diagnosetyper for utvalgene som ble beskrevet innledningsvis i dette kapitlet. Disse er : «muskel-/skjelettlidelser», «psykiske lidelser», samt «andre diagnoser». Figur 4 omfatter kun de som hadde oppgitt diagnose. Det vil si 542 av de nyregistrerte yrkeshemmede og 47 av gråsonesakene. Registreringsskjemaet i vår undersøkelse differensierte ikke mellom hoved- og bidiagnoser. Elleve prosent av sakene hvor diagnose var oppgitt, gjaldt personer med både psykiske og muskel-/skjelett lidelser. Kolonnen for gråsonesakene er derfor supplert med en kategori for denne kombinasjonen, da vi ikke kunne skille mellom hoved- og bidiagnose.

Figur 4. Diagnosefordeling blant personer som var i attføring mens de mottok sykepenger, overførte fra trygdeetaten, nyregistrerte yrkeshemmede desember 1998, samt gråsonesakerne i undersøkelsesområdet. Prosent.



* Kun de som var registrert med diagnose er inkludert i tallgrunnlaget i figuren.

** Kun gråsonesaker med oppgitt spesifikke diagnoser er inkludert i tallgrunnlaget.

Sammenligner vi diagnosefordelingen mellom dem som var i attføring («Sykepenger i attføring»), de som var til vurdering for attføring («Overførte fra trygdeetaten» og «Nyregistrerte yrkeshemmede») og de som var avvist for yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetaten («Gråsonesakene»), er det forskjeller i sammensetningen mellom gruppene med hensyn til den relative fordelingen av diagnosetyper.

De største forskjellene i fordeling av psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser var mellom dem med attføring i sykepengeperioden og gråsonesakene. Halvparten av dem som kom i attføringstiltak i sykepengeperioden hadde muskel-/skjelettlidelser. Andelen med muskel-/skjelettlidelser er lavere blant de andre gruppene. Psykiske lidelser er derimot den største diagnosekategorien blant gråsonesakene. Sammenholdt med dem som kom i attføring i sykepengeperioden, var andelen med psykiske lidelser mer enn dobbelt så stor blant gråsonesakene. Blant de som var til vurdering for attføring fordeler diagnosetyperne seg relativt likt. Andelen med muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser er relativt jevne i disse to gruppene, selv om det er en litt mindre andel med psykiske lidelser blant de nyregistrerte yrkeshemmede.

Når det gjelder dem med «andre diagnoser» utgjorde disse vel en fjerdedel av dem som kom i attføring mens de mottok sykepenger. Blant

gråsonesakene var det derimot få (seks prosent) med «andre diagnoser». Mens det blant dem som var til vurdering for attføring var omlag en femtedel som hadde slike diagnoser.

Diagnosesammensetningen blant mottakere av attføringspenger (på landsbasis) viser at den største andelen hadde muskel-/skjelettlidelser (43 prosent) og at andelen med psykiske lidelser var betydelig lavere (26 prosent).⁷⁰ Sammenholdt med dem som var til vurdering for attføring og gråsonesakene, er det relativt store forskjeller i diagnosesammensetningen mellom grupperingene. Blant dem som fikk innvilget attføring (mottok attføringspenger) var andelen med diagnoser av typen psykiske lidelser mindre enn andelen med slike diagnoser som var til vurdering av ytelsen skulle tilsi. Andelen med «andre diagnoser» blant dem som hadde attføringspenger, var tilsvarende større enn blant dem som ble vurdert for ytelsen. Fordelingene av de ulike diagnosetyperne blant gråsonesakene indikerer at det kan være noe vanskeligere for personer med diagnoser av typen psykiske lidelser å komme i attføring med attføringspenger enn personer med «andre diagnoser».

Et mønster fremkommer som indikerer en seleksjonsprosess der de med muskel-/skjelettlidelser kommer raskt i gang med tiltak. Videre ser det ut til at de med «andre diagnoser» kommer raskt i gang med tiltak eller blir tatt inn i arbeidsmarkedsetaten for utredning av attføringsmulighetene når det er aktuelt. Ikke uventet ser det ut til at det spesielt er personer med psykiske lidelser som har problemer med å komme i attføring og lettere kommer i gråsonen.⁷¹

Kjønn, alder og type diagnose

I kapitlet om omfanget av gråsonesakene så vi at type diagnose hadde effekt på sannsynligheten for om en sak ble en gråsonesak eller ikke. Kjønn og alder hadde derimot ikke noen signifikant effekt på de ulike attføringsløpene i det utvalget. Denne analysen baserte seg kun på saker som var overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten med sikte på attføring, og inkluderte ikke dem som var i andre situasjoner.

⁷⁰ Vi har kun tall på landsbasis om mottakere av attføringspenger. Se vedlegg 7 tabell 19 for antall saker i de ulike gruppene.

⁷¹ Vi tar forbehold for at en del av dem som var registrert med muskel-/skjelett eller andre diagnoser som hoveddiagnose kan ha psykiske lidelser eller misbruksproblemer som bidiagnose, men det har vi ikke opplysninger om.

Sammenstillingene av kjønnsfordelinger, aldersfordelinger og fordeling av diagnosetyper blant dem som kom raskt i gang med attføring (de som kom i attføring i sykepengeperioden), dem som ble vurdert for attføring (overførte fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten og de nyregistrerte yrkeshemmede som var tatt inn i arbeidsmarkedsetaten) og dem som ble avvist (gråsonesakene), viste til dels markante forskjeller i sammensetningene av personer i de ulike gruppene. Disse forskjellene antyder en seleksjonsprosess der alle tre kjennetegn synes å ha betydning for hva som skjer med sakene.

La oss nå se på hvordan de fire gruppene er sammensatt med hensyn til kjønn, alder og diagnose. Vi har analysert dette ved hjelp av en multinomisk logit-modell. Denne analysen viser ingen forskjell i kjønnssammensetning mellom disse fire gruppene, men til dels store forskjeller med hensyn til alder og diagnose.

Gråsonesakene gjelder gjennomgående eldre personer enn alle de tre øvrige gruppene ved at de over 50 år er klart overrepresentert. Gråsonesakene består dessuten oftere av personer med psykiske lidelser, i noen grad også av muskel-/skjelett-diagnoser.

Blant de som kom tidlig i attføring er det få personer med psykiske lidelser, og de er gjennomgående yngre, spesielt sammenlignet med de som ble overført fra trygdeetaten og nyregistrerte yrkeshemmede.

De som ble overført fra trygdeetaten er eldre enn de som kom i attføring, men yngre enn de som inngikk i gråsonesakene. Psykiske lidelser er her hyppigere enn blant de som kom tidlig i attføring, men mindre vanlig sammenlignet med gråsonesakene.

De nyregistrerte yrkeshemmede skiller seg ikke fra de som ble overført fra trygdeetaten med hensyn til alder og diagnose. Vi har allerede nevnt at de omfatter flere psykiske lidelser enn attføringsgruppen, men færre enn gråsonesakene.

Hvis vi sammenligner denne multivariate analysen med tilsvarende bivariate analyser foran, så finner vi altså her ingen sammenheng mellom kjønn og hvilke gruppe brukerne tilhører. Det vil si at analysen ikke støtter antagelsen om at attføringsapparatet behandler kvinner og menn forskjellig. Som vi vil se senere er det likevel noen kjønnsbetingede forskjeller som særlig er knyttet til ulike diagnoser.

De to gruppene som skilte seg mest fra gråsonesakene var «Sykepenger i attføring» og «Overført fra trygdeetaten».⁷² Flertallet av både menn og kvinner med «Sykepenger i attføring» var under førti år. Muskel-/skjelettlidelser var den største diagnosekategorien og under en femtedel av disse gjaldt symptomdiagnoser.⁷³

Blant dem med «Sykepenger i attføring» var det visse kjønnsforskjeller i diagnosesammensetningen. Det var en større andel av mennene som hadde muskel-/skjelettlidelser. Menn hadde oftere ryggrelaterte diagnoser, mens kvinner hadde nakkerelaterte diagnoser. Når det gjaldt dem med «sykepenger i attføring» som hadde psykiske lidelser var de noe eldre. Halvparten hadde sykdomsdiagnosen depresjon. Det var imidlertid få med psykoser, angst- eller misbruksproblemer, noe som tyder på at dette ikke er de med de mest omfattende problemene. Sammensetningen av dem med sykepenger i attføring antyder at de som kom tidlig inn i attføringsopplegg hadde noe bedre utgangspunkt enn dem som ble overført til arbeidsmarkedsetaten fra trygdeetaten med sikte på attføring.

Sammensetningen blant dem som var overført fra trygdeetaten inkluderte større innslag av dem som antagelig ikke hadde like godt utgangspunkt for arbeid som dem som kom i attføring mens de mottok sykepenger. Andelen kvinner over 50 år var større. Det var dessuten flere yngre med psykiske lidelser som dels var alvorlige. For eksempel var andelen med misbruksproblemer og psykoser større blant de som var overført fra trygdeetaten enn blant dem som kom i attføring i sykepengeperioden. Videre var andelen eldre personer med muskel-/skjelettlidelser høyere. Det var også andelen med diagnosen fibromyalgi. Blant de nyregistrerte yrkeshemmede var det omtrent halvparten av kvinnene som hadde muskel-/skjelettlidelser og de var ofte i 40-årene. Blant mennene var en større andel i 30-årene. Blant mennene var det en jevnere fordeling på de tre diagnosetypene, det vil si at det var relativt sett flere menn med andre typer diagnoser. Dette indikerer en seleksjon av de yngre kvinnene med muskel-/skjelettlidelser inn til attføring.

⁷² Vi kan dessverre ikke se på sammensetningen blant attføringspengemottakerne fordi vi kun har tabeller over hvert kjennetegn for seg.

⁷³ Klassifiseringssystemet for diagnoser ICPC (International classification of Primary Care) skiller mellom symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser. Innen hver av de 17 hovedkapitler er diagnoser nummerert. Nummerene 1-29 angir symptomdiagnoser. Høyere numre angir sykdomsdiagnoser. Av de som var registrert med «Sykepenger i attføring» var det 14 prosent av mennene som hadde diagnose L01-L29. Blant kvinnene var det 18 prosent med diagnose L01-L29, fire prosent hadde diagnose L18 fibromyalgi. (RTV- blankett 3.12 angir diagnoseinndelingen).

Blant opplysningene på registrerings skjemaene er det flere indikasjoner om at kvinnenes problemer antagelig skiller seg noe fra mennenes. I vårt materiale er det samvariasjon mellom kjønn og begrunnelse for ikke å sette i gang attføring. Flertallet (åtte av ti) av retursakene fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten, som var begrunnet med at attføring ikke var hensiktsmessig, gjaldt kvinner. Videre var flertallet av dem som ble oppfattet å være for syke til å sette i gang med attføring var kvinner. Dette samsvarer med registeropplysninger som viser at flertallet (59 prosent) av tilbakefall til rehabiliteringspenger i trygdeetaten er kvinner (Rikstrygdeverket 1999c). I tillegg til disse forskjellene er det også ulikheter mellom menn og kvinner med hensyn til hvilke lidelser potensielle attføringskandidater har. Dette kan innvirke på vurderingene og sakshåndteringen av attførings søknader. Da det også er forskjeller i mellom menn og kvinner som kommer i gråsonen er det vanskelig å avdekke hva som er årsaker og virkninger.

I hvilken utstrekning skjevfordelingen av kvinner og menn blant gråsonesakene skyldes at attføringsapparatets tilbud er bedre tilpasset menn enn kvinner, eller om det er et utslag av menn og kvinners noe forskjellige utgangspunkt eller ønskemål, gir ikke vårt materiale grunnlag for å si noe om. Av opplysningene på registrerings skjemaene kom flere forskjeller mellom menn og kvinner frem. På registrerings skjemaene var flere kvinner enn menn oppgitt å være positive til attføring. Dessuten var flertallet av dem som hadde forsøkt attføring tidligere kvinner (seks av åtte personer). Saksbehandlerne hadde snakket med flere av mennene enn kvinnene (ti av tretten personer), mens flertallet av sakene som ble forelagt arbeidsrådgivningskontor gjaldt kvinner (elleve av tretten personer).

Sammensatt problematikk

I vår undersøkelse spurte vi etter diagnose generelt og hvor mange diagnoser personene hadde. I tillegg ble det spurt om personene hadde sammensatte problemer. Det er grunn til å anta at de som kommer i gråsonen mellom etatens ytelser har en noe mer kompleks yrkeshemning enn dem som har én meget hemmende fysisk tilstand, som enten vil kvalifisere for uførepensjon eller kan avhjelpes med tekniske hjelpemidler og/eller kvalifisering til et yrke som er forenlig med lidelsen. Registeropplysninger som til ligger til grunn for statistikkene som utarbeides av etatene tar utgangspunkt i hoveddiagnose. Vi har derfor ikke opplysninger å sammenligne med om sammensatt problematikk.

Mindretallet (23 av 55) av de innkomne gråsonesakene gjaldt saker hvor det var oppgitt at personen kun hadde én diagnose og ikke sammensatt problematikk. Disse sakene dreide seg om svært forskjellige typer lidelser som; psykoser, alvorlig rusmisbruk, reumatisk artritt, lumbago og kontaktallergi. Disse sakene kan grovt deles i to hovedtyper: de som ble ansett å være for syke for attføring og som var aktuelle for uførepensjon, og de hvor man mente yrkesrettet attføring gjennom arbeidsmarkedsetaten ikke var nødvendig. Sistnevnte kunne eventuelt forsøke seg i bedriftsintern attføring eller melde seg som arbeidssøkere.

Flertallet av gråsonesakene gjaldt med andre ord personer med sammensatt problematikk. Tabell 5 viser fordelingen av sakene hvor dette var oppgitt. Tabellen er inndelt etter om de oppgitte diagnoser var innen én av kategoriene; muskel-/skjelettlidelser, psykiske lidelser, misbruksproblemer eller gjaldt andre typer diagnoser enn disse. Tabellen har også en kategori for saker hvor det var oppgitt diagnoser på tvers av ovennevnte inndeling. I denne kategorien inngår både de saker hvor det var en kombinasjon av psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser, samt kombinasjon av psykiske lidelser og misbruksproblemer. I åtte saker var det ikke oppgitt noen diagnose, disse sakene er inkludert som en egen kategori i tabell 5. Denne kategorien omfatter fem saker hvor sammensatt problematikk var avmerket på skjemaet, en sak med én diagnose og to saker hvor det var oppgitt at det forelå flere diagnoser.

*Tabell 5: Fordeling av diagnosetyper og sammensatt problematikk blant gråsonesakene. * (N=55)*

	Sammensatt problematikk	Ikke oppgitt sammensatt problematikk
<i>Kun diagnoser i kategorien:</i>		
Muskel-/skjelettlidelser	3	11
Psykiske lidelser	4	7
Misbruksproblemer	5	3
Andre typer diagnoser	1	2
Kombinasjoner av diagnosetyper	11	-
Ikke oppgitt diagnose	5	3
Totalt	29	26

** Her er faktiske tall brukt fordi det er mange små grupper.*

Vel halvparten av sakene gjaldt sammensatt problematikk. Tabellen indikerer ulikheter mellom diagnosekategoriene med hensyn til om det dreide seg om sammensatt problematikk. Blant sakene som gjaldt personer med kombinasjoner av diagnosetyper, misbruksproblemer og de tilfellene hvor

diagnosetypen ikke var oppgitt, gjaldt flertallet sammensatt problematikk. Det var færre med sammensatt problematikk blant sakene hvor kun diagnoser vedrørende muskel-/skjelettsystemet var oppgitt. Det er også verdt å merke seg at andelen med sammensatt problematikk var lavere blant sakene som gjaldt psykiske lidelser enn blant sakene som gjaldt misbruksproblemer. Vårt materiale indikerer at flertallet av gråsonesakene gjelder sammensatte og komplekse problemer, som har andre konsekvenser for utførelsesmulighetene enn der det kun dreier seg om en avgrenset fysisk lidelse.

En oppfølgingsundersøkelse av langtidssykemeldte (fra perioden før utførelsesreformen), viste at personer med psykiske lidelser i kombinasjon med andre typer diagnoser i betydelig mindre utstrekning enn andre var tilbake i arbeid to år senere (Bjørndal 1994).⁷⁴ Personer med psykiske lidelser var overrepresentert blant gråsonesakene i vår undersøkelse, sammenlignet med forekomsten av denne diagnosegruppen blant yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens utførelsesregister. Som saksbehandlerne viste til i intervjuene, er det forskjell mellom personer med psykiske lidelser som kan greie å gjennomføre utførelsestiltak og de tilfeller hvor det behandlerne ønsker, er at personen skal ha noen timer i uken i tiltak som et ledd i sin behandling.

I ulike sammenhenger blir forekomsten av diffuse muskel-/skjelettlidelser blant kvinner trukket frem som begrunnelse for ulik tilgang til ytelse innen trykkesystemet. Andelene med sammensatt problematikk var omtrent lik for menn og kvinner. Det var ikke noen signifikant sammenheng mellom diagnosekategorien muskel-/skjelettlidelser og kjønn blant gråsonesakene, men det kan tenkes at det er et underliggende skille mellom de objektive og de diffuse muskel-/skjelettdiagnosene som ikke kommer frem.⁷⁵ Andre lidelsesrelaterte kjønnsforskjeller blant gråsonesakene var, at det bare var menn i gruppen med «kun rusmisbruksproblemer», og at de fleste med kombinasjoner av diagnoser var kvinner. Det er derfor grunn til å nyansere bildet av noen av lidelsene som inngår i de to overordnede kategoriene muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser.

⁷⁴ Denne undersøkelsen viste at 53-55 prosent av de undersøkte langtidssykemeldte som ikke hadde kombinasjoner av diagnose typer var i arbeid ved oppfølging etter drøye to år. Andelene med kombinasjoner av psykiske diagnoser og andre typer lidelser var betydelig lavere, 33-38 prosent (Bjørndal 1994).

⁷⁵ Gråsonesakene med muskel-/skjelettlidelser hvor smerter eller fibromyalgi var nevnt, gjaldt alle kvinner. Fordi vi ikke har spesifikke diagnoser i alle gråsonesakene kan vi ikke være sikre på at det ikke var noen menn med slike lidelser.

Muskel-/skjelettlidelser

Lidelser i muskel-/skjelettsystemet er den største diagnosekategorien blant dem som mottar helse relaterte trygdeytelser. Forekomst, varighet, prognose, samt konsekvensene for videre arbeidsaktivitet varierer både mellom og innen de ulike enkelt diagnosene. Halvparten av de erstattede sykepengedagene i 1998 hadde diagnoser i denne kategorien (Rikstrygdeverket 1999c). I de fleste tilfeller returnerer personene til arbeid uten at det er behov for assistanse utover sykepengene. Blant dem som trenger ytterligere assistanse er det stor variasjon i kompleksiteten av lidelsene. Muskel-/skjelettlidelser omfatter så forskjellige lidelser som amputerte lemmer, kroniske betennelsestilstander i ledd, slitasjeforandringer i leddbrusk, ulike typer skader og smerter i muskel-/skjelettsystemet. De vanligste lidelsene er ikke nødvendigvis de som trenger attføringshjelp. En måte å dele muskel-/skjelettlidelsene inn på er derfor å referere til deres fysiske lokalisering på kroppen.

Den største undergruppen av muskel-/skjelettlidelser gjelder rygg. Det kan dreie seg for eksempel om lumbago, isjias eller prolaps. Tretti prosent av de avsluttede sykepengetilfellene i 1999 med muskel-/skjelettlidelser gjaldt korsryggen. Legene skiller mellom rygg smerter med utstråling eller ikke. Fordelingen var to til en mellom lidelser uten utstråling og lidelser med utstråling.⁷⁶ Varigheten av sykefravær ved rygg lidelser uten utstråling er kortere enn for rygg lidelser med utstråling (Brage 1998). Sykefravær på grunn av slike rygg lidelser er relativt kortvarige. Åttifire prosent av dem med rygg lidelser uten utstråling var friskmeldte etter sju uker, mens to og en halv prosent var sykemeldt i ett år i en undersøkelse. Etter sju uker var 65 prosent friskmeldte, mens seks prosent forble sykemeldt i ett år av dem som hadde rygg lidelse med utstråling, i den samme undersøkelsen (Brage & Lærum 1999). Selv om det store flertall av dem med rygg lidelser blir relativt raskt friskmeldte, utgjør de kroniske tilfellene et relativt stort innslag av dem som anses å være i behov av attføring. Av sakene som ble overført fra trygdekontoret med sikte på attføring utgjorde rygg tilstander 35 prosent av dem med muskel-/skjelettlidelser.⁷⁷

⁷⁶ Beregnet på grunnlag av tabell 4.3 i Rikstrygdeverket (2000b).

⁷⁷ Se vedlegg 7 tabell V21–V23 for fordelinger av typer lidelser blant dem som ble overført fra trygdeetaten.

Selv om det for en del rygglidelser foreligger behandlingsmuligheter utgjorde personer med ryggsykdommer⁷⁸ fjorten prosent av de nye uførepensjonistene i 1998 (Rikstrygdeverket 1999c). At det er ulike syn på betydningen av rygglidelser for arbeidsevne illustreres ved at nærmere en femtedel av søknadene om uførepensjon med slike diagnoser som ble avslått i 1998 (op.cit.). Blant gråsonesaken i vår undersøkelse var det sju av tjue saker med diagnoser i kategorien muskel-/skjelettlidelser hvor ryggrelaterte lidelser var oppgitt som diagnose. Av disse var tre i kombinasjon med andre typer lidelser.

Etter ryggplager er nakke/skulderlidelser og skader de oftest forekommende årsakene til sykemeldinger i kategorien muskel-/skjelettlidelser. Kvinner har oftere sykefravær på grunn av nakke/skulderlidelser enn menn. En fjerdedel av de avsluttede sykepengetilfeller med muskel-/skjelettlidelser i 1999 blant kvinner, gjaldt nakke/skuldertilstander. Tilsvarende andel for menn var lavere, 18 prosent (Rikstrygdeverket 2000b). Omfanget av og den relative fordelingen mellom kvinner og menn var omtrent den samme blant personer som var i attføring mens de mottok sykepenger ved utgangen av 1998. Registeropplysningene om dem som ble overført fra trygdeetaten i undersøkelsesområdet viser at andelen menn med nakke/skuldertilstander blant de som hadde muskel-/skjelettlidelser var lik (18 prosent), mens tilsvarende andel blant kvinnene var lavere (12 prosent). Sykefravær på grunn av nakke eller skulderlidelser varer lenger (gjennomsnittsvarighet er tre måneder) enn for rygglidelser (Brage 1998), det vil si til tidspunktet for trygdeetatens 12 ukers oppfølging. Nakke/skulderlidelser utgjorde ikke noen stor andel av gråsonesakene (tre av tyve saker med muskel-/skjelettlidelser).

Blant menn var skader i muskel-/skjelettsystemet årsak til omtrent like mange lange sykefravær (av varighet mer enn 14 dager) som rygglidelser uten utstråling i 1994 (Brage 1998). Forekomsten av skader var betydelig lavere blant kvinner.⁷⁹ En femtedel av de avsluttede sykepengetilfellene i 1999 som gjaldt menn med muskel-/skjelettlidelser, hadde skader i muskel-/skjelettsystemet som årsak (Rikstrygdeverket 2000b). Gjennomsnittlig varighet av sykefravær på grunn av skader i muskel-/skjelettsystemet var noe over to måneder i 1994 (Brage 1998). Det vil si at gjennomsnittet av syke-

⁷⁸ «Ryggsykdommer» er kodet i Rikstrygdeverket etter ICD-9, og er derfor ikke direkte sammenlignbar med inndelingen etter ICPC, som var benyttet i de andre refererte undersøkelsene.

⁷⁹ Det var 17029 (22,6 prosent) menn og 9696 (11,9 prosent) kvinner med muskel-/skjelettlidelser.

fraværene for slike lidelser strekker seg inn i sykemelding II -perioden. Andelen med skader blant rehabiliteringspengemottakere er halvert i forhold til andelen blant sykepengemottakere (Rikstrygdeverket 1998b).⁸⁰ Det var få (1,8 prosent) av dem som kom i attføring med sykepenger som hadde skader i muskel-/skjelettsystemet. Blant dem som hadde forlengede rehabiliteringspenger var det imidlertid en større andel hvor forlengelsen skyldtes «meget alvorlig sykdomstilstand eller større skader hvor den medisinske behandling tar lengre tid» enn blant andre muskel-/skjelettlidelser (op.cit.). Det var kun én av gråsonesakene hvor skade var oppgitt. I den saken var imidlertid flere diagnoser oppgitt, blant annet fibromyalgi.

En type muskel-/skjelettlidelse som ble viet stor oppmerksomhet på 1990-tallet var «Muskelsmerter/fibromyalgi», til tross for at forekomsten er betydelig lavere enn for andre muskel-/skjelettlidelser. Denne diagnosetypen utgjorde mindre enn to prosent av avsluttede sykepenger med muskel-/skjelettlidelser i 1995 og 1999 (Rikstrygdeverket 2000b). Sykefravær på grunn av denne type lidelse er relativt langvarige (gjennomsnittsvarighet tre til fire måneder) (Brage 1998). Kvinner får oftere enn menn denne type diagnose og undersøkelser har vist at det er en høy tilbakefallsfrekvens (Brage et. al 1998). Muskelsmerter/fibromyalgi er ikke en klart avgrenset fysisk lidelse og årsakene er ukjente. Det er vanskelig for behandlerne å finne effektive behandlingsformer. Lidelsene kureres ikke med inngrep eller medisiner. Selv om lidelsen ikke er svært utbredt, kan vanskelighetene med å få til effektiv attføring være medvirkende til at personer med lidelsen utgjør et noe større innslag blant nye uførepensjonister. Av kvinnelige uførepensjonssøkere utgjorde «Myalgi/fibromyalgi» ti prosent i 1998 (Rikstrygdeverket 1999d). Det var imidlertid også mange av disse som fikk avslag på sine søknader (29 prosent). Blant kvinner som fikk innvilget uførepensjon i 1998 hadde ni prosent denne diagnosen, mens dette bare gjaldt én prosent av mennene (Rikstrygdeverket 1999d). Intervjuede saksbehandlere i begge etater sa i intervjuene at de diffuse muskel-/skjelett lidelser var blant de «typiske gråsonesakene». Av gråsonesakene vi fikk inn var fibromyalgi oppført som diagnose i fire saker, og ytterligere fire gjaldt muskel/ledd-smerter generelt.

⁸⁰ Andelene blant rehabiliteringspengemottakere med muskel-/skjelettlidelser var: 14 prosent under ett år / 12 prosent over ett år blant menn, omtrent seks prosent over/ under ett år blant kvinner ved utgangen av 1997.

Avgrensningen av hvilke plager som skal/kan utløse trygderettigheter er ikke enkel. I Rikstrygdeverkets rundskriv til §11-5 vises det til at:

Ved vurdering av om det foreligger sykdom, skade eller lyte i lovens forstand, skal det legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis (Rikstrygdeverket rundskriv 4/98).

Betydningen av om en lidelse er «objektivt påvisbar» eller ikke, har således hatt en sentral plass i diskusjonene om retten til ytelse/assistanse. Pasienters subjektive beskrivelser av sine lidelser er med andre ord ikke tilstrekkelig til å utløse rettigheter. Disse må underbygges av legeerklæringer, spesialistuttalelser og eventuelt vurderes av trygdekontorets rådgivende lege dersom det er tvil om vilkårene er oppfylt. I vårt materiale stod ikke spørsmålet om de medisinske vilkår for retten til attføringspenger var oppfylt sentralt. Det var kun én sak hvor det var oppgitt at de medisinske vilkår ikke var oppfylt. Sakene vi fikk inn skjemaer om, gjaldt saker hvor avklaring av de medisinske vilkår var oppfylt før saken ble sendt til /tatt opp med arbeidskontoret. Hvilke lidelser som anses å fylle de medisinske vilkår er av betydning for trygdekontorets utøvelse av veiviserrollen

Om en lidelse er objektivt påvisbar er betinget av det legene med dagens kunnskapsgrunnlag og diagnostiske testbatterier kan få av resultater. Malterud påpeker at sykdomsdiagnoser influeres av pasientens evne til å beskrive sine subjektive opplevelser av sin tilstand, samt summen av fortolkning av skjønn og samhandling med legen som skal stille diagnose (Malterud 1999). Ett annet moment vedrørende objektivt påvisbare lidelser er at de kan ha varierende forløp, noe som bidrar til ulik oppfatning blant leger om riktig diagnostikk og behandlingsstrategi (Gulbrandsen 1999). En studie av ICPC- diagnosesystemet viser til problemer med å skille mellom symptomer og sykdommer i kategoriene «Psykisk» og «Muskel-skjelettsystemet» og at legene velger forskjellig (Claussen m.fl. 1994). Inndeling av lidelser etter deres anatomiske utgangspunkt vanskeliggjør klassifisering av etiologiske-, patofysiologiske⁸¹ diagnoser, samt syndromer (Brage 1998). I ulike studier har andre måter å dele muskel-/skjelettlidelser blitt benyttet (Kopjar et al.1999, Sejerstad 1994). Saksbehandlerne i trygde- og arbeidsmarkedsetaten benytter begrepet «diffuse» lidelser når de snakker om problemene med enkelte kategorier muskel-/skjelettlidelser.

⁸¹ Patofysiologi er forstyrrelser i normale fysiologiske forløp og prosesser.

Diffuse lidelser kjennetegnes av smerter og en noe uklar grense mellom syk og frisk. Slike lidelser vil i noen tilfeller føre til varierende begrensninger i fysisk funksjonsevne og til langtidssykemelding. I forhold til å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt spiller den medisinske håndtering og behandlingsapparatets kapasitet en rolle for hvilke konsekvenser lidelsene får. Det å komme frem til hvilke tilfeller som bedrer seg relativt raskt og hvilke som utvikler seg til kroniske tilstander er problematisk. Ved lidelser som er objektivt påvisbare er det oftere slik at legene har en behandling for lidelsen, enn ved de diffuse lidelsene. For eksempel var det 74 prosent av de overførte rehabiliteringssakene med muskel-/skjelettlidelser som hadde sykdomsdiagnoser,⁸² mens andelen var 81 prosent blant dem som var i utføring med sykepengene. Men selv for gruppen med objektive funn, kan det ta lang tid før man kommer frem til hva som er egnet behandling. For eksempel ved en relativt klar og avgrenset lidelse som kronisk senebetennelse i skulderen kan det ta et halvt år før en vurderer operasjonsalternativet som alternativ (Brox et al. 1994). Dersom det skulle vise seg å være nødvendig med et inngrep kan det gå relativt lang tid før de kommer i behandling. Ventetiden på ortopedisk behandling er over et halvt år i gjennomsnitt for de ventende i alder 16-66 år (kilde: Norsk pasientregister). For ortopediske inngrep har ventetiden gått litt ned, men det er et paradoks, at det kan bety at køen er lengre også her. De som kan greie seg hjemme blir ikke prioritert i helsekøen. Derved vil de tilfellene som ikke er blant de mest akutte måtte vente lenger.

Ved diffuse lidelser vil forsøk med ulike behandlingsopplegg kunne ta adskillig lengre tid. Saksbehandlerne vi intervjuet viste til at det kunne være vanskelig å finne egnede utføringstiltak for muskel-/skjelettlidelser. Det er begrenset med utføringstiltak som lar seg tilpasse legenes anbefaling om varierte arbeidsstillinger for personer med slike lidelser. De tiltakene som er til disposisjon vil enten være for stillesittende, gir statiske belastninger eller innebærer uheldige arbeidsstillinger.

Smerter fører til at lidelsene innvirker på flere aspekter ved tilværelsen enn den fysiske funksjonsevnen. I en studie av personer med kroniske ryggsmerte (hvorav flertallet var opererte) rapporterte pasientene at de ble slitne. I tillegg hadde de søvnproblemer, humørproblemer og depresjon (Åbyholm & Hjortedal 1999). Dette er tilleggsbelastninger som kan med-

⁸² I ICPC kodesystemet for diagnoser er diagnoser med kodennummer 1-29 symptomer og plager, mens kodennummer 70-99 er sykdomsdiagnoser.

virke til å begrense personenes oppfatning av hva de kan greie å få til. Selv tilsynelatende avgrensede fysiske lidelser kan være mer sammensatte. Blant langtidssykemeldte (over åtte uker) med ryggliedelser rapporteres det mer angst og depresjon, mindre tro på bedring og egen evne til selv å påvirke tilstanden (Ursin 1999). Dessuten bidrar frykt for å gjøre noe som kan forverre lidelsen til innskrenkninger i det som anses å være mulige atferdsalternativer.

Psykiske lidelser

I 1998 var det 52854 avsluttede sykepengetilfeller med diagnoser i kategorien psykiske lidelser (Nystuen & Haga 1999). I statistikken er personer med ulike typer lidelser slått sammen i denne kategorien. Ett fellestrekk kan være atferd som skiller seg fra sosialt aksepterte normer. Det er likevel behov for å nyansere bildet av denne gruppen, ettersom det helsemessige, yrkesmessige og identitetsmessige utgangspunkt er svært forskjellig. For eksempel settes personer med mangeårig tilknytning til arbeidslivet, som har vært velintegrerte og med en sterk arbeidstakeridentitet, i samme bås som personer med mangeårig pendling inn og ut av psykiatriske institusjoner, psykisk utviklingshemmede og etablerte rusmiddelmissbrukere. En slik sammenblanding bidrar til et diffust bilde både av hvem som inngår i gruppen og hvilke behov de har. Blant dem som har diagnoser innen denne kategorien psykiske lidelser er det dessuten personer med kombinasjoner av lidelser. Vi vil her splitte gruppen psykiske lidelser opp i alvorlige psykiske lidelser, lettere/moderate psykiske lidelser, rusmisbruk og psykiske utviklingshemninger.

Alvorlige psykiske lidelser

Alvorlige psykiske lidelser er psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Denne gruppen har omfattende hjelpebehov. Det er anslått at 20 prosent av de 40.000-50.000 med slike lidelser vil ha behov for oppfølging og støtte gjennom hele livet (Rådet for psykisk helse 1995). Det foregår en utstrakt bruk av medisiner for å stabilisere lidelsene. Selv etter behandling er risikoen for tilbakefall stor, for eksempel blant deprimerte (Berge 2000). Det er en mindre andel av de med alvorlige psykiske lidelser som er etablert i arbeidslivet etter at de er blitt syke. Det er grunn til å anta at en stor andel av dem som har slike lidelser som søkes til atferdsapparatet kommer via

behandlingsapparat og sosialkontor, da aktivitetstilbudene mange steder er begrensede.

Personer med alvorlige psykiske lidelser utgjør en liten andel av dem som får sykepenger. I 1998 var det 1.941 personer med alvorlige psykiske lidelser blant de avsluttede sykepengetilfellene. Av disse var det imidlertid en relativt høy andel (26 prosent) som hadde graderte eller aktive sykepenger. Dette indikerer at det er visse muligheter for å komme raskt i gang med tiltak, for dem som har en arbeidstilknytning. Personer med alvorlige psykiske lidelser utgjør også en liten andel av sakene som overføres til arbeidsmarkedsetaten fra trygdeetaten. Blant de overførte sakene fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister, som vi har sett på tidligere, dreide tre prosent seg om personer med alvorlige psykiske lidelser.⁸³ Av gråsonesakene i vår undersøkelse gjaldt fem personer med diagnoser som paranoid schizofren, borderline og posttraumatisk stressyndrom. Noen av dem hadde kombinasjoner med andre lidelser bl.a. rusmisbruk. I fire av disse sakene ble personene ansett å være for syke til attføring og ble returnert til trygdeetaten. En hadde imidlertid uføretrygd fra før og ville selv i attføring.

Det er få personer med alvorlige psykiske lidelser som gjennomgår attføring i arbeidsmarkedsetaten. De utgjør om lag en prosent av de yrkeshemmede (Schafft 1999). Det er ikke på samme måte som for personer med rusmisbruk eller psykiske utviklingshemninger, spesielle arbeidsorienterte tiltak for personer med denne type diagnose utenfor behandlingsinstitusjonene. De mest brukte tiltakene i arbeidsmarkedsetaten for personer med alvorlige psykiske lidelser er skolegang, arbeidssamvirke og hospitering (Schafft 1999). Dette er tiltak som er svært forskjellige med hensyn til grad av struktur og frihet som kan tilpasses personens behov. Intervjuede saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten tok spesielt opp dilemmaet forbundet med å innvilge skolegang (frie studier) til personer med alvorlige psykiske lidelser. Fleksibiliteten i studieopplegg lar seg forene med lidelsen, slik at tiltak kan gjennomføres. Det kan imidlertid være problematisk for saksbehandlerne å godtgjøre at hensiktsmessighetsvilkåret er oppfylt når de anser det som tvilsomt at personen vil kunne fungere i et arbeidsforhold etter gjennomført utdanning.

⁸³ Diagnosefordeling blant overførte rehabiliteringssaker vises i tabeller i vedlegg.

Lettere til moderate psykiske lidelser

Det er en glidende overgang mellom lettere og moderate psykiske lidelser. Betegnelsen «lettere psykiske lidelser» omfatter lettere tilfeller av angst, depresjon og psykososiale problemer. Flere med slike lidelser har en tilknytning til arbeidslivet enn personer med andre typer psykiske lidelser. Det store flertallet av dem som får sykemeldinger på grunn av psykiske lidelser er naturlig nok også dem med de lettere lidelsene. Folkehelsa viser til at 98 prosent av dem som var diagnostisert med psykiske lidelser hadde angst, depresjon eller psykisk uro. Til slike diagnoser inngår motløshet, med tilhørende tiltaksløshet, i sykdomsbildet. Folkehelsa (Nystuen & Hagen 1999) viser også at det blant disse er over en fjerdedel som har gradert eller aktiv sykemelding. Dette skulle indikere et atfføringspotensiale også blant personer som har slike diagnoser.

Personer med diagnoser i kategoriene nevrosor, atferds- og personlighetsforstyrrelser, utgjør en større gruppe blant nye uførepensjonister enn gruppen med psykoser (Rikstrygdeverket 1999c)⁸⁴. Blant gråsonesakene vi fikk inn hadde ti av 55 personer depresjon eller angst som diagnose. Det var blant disse vi fant dem som ble ansett å kunne forsøke bedriftsintern atfføring eller forsøke å finne arbeid selv, i tillegg til dem som ble henvist til videre behandling/utredning. Det som skiller dem med lettere psykiske lidelser fra dem med andre typer psykiske lidelser, er at personene i større grad kan oppfattes som og fremstå som friske. Dette kan være medvirkende til at det kan se ut som at de utgjør en såpass stor andel av dem som kommer i gråsonen. For denne gruppen finnes det ikke spesielle atfføringstiltak slik som for rusmisbrukere og psykisk utviklingshemmede.

Personer med nevrosor utgjør om lag halvparten av de yrkeshemmede som har psykiske lidelser og som er i arbeidsmarkedsetatens tiltak, selv om gruppen utgjør en større andel av dem med arbeidsmarkedsproblemer som har tilknytning til arbeidslivet. Det er flere forhold som kan være medvirkende til dette.

Det ene er en mangel på gode behandlingstilbud. Denne pasientgruppen kommer sjelden i kontakt med spesialisthelsetjenesten, men behandles av allmennpraktiserende lege og førstelinjetjenesten hvis de søker profesjonell

⁸⁴ I henhold til Trygdestatistisk årbok tabell 9.19 hadde 10,6 prosent av de nye uførepensjonistene i 1998 diagnose i gruppen «Nevrosor og atferds- og personlighetsforstyrrelser», mens 2,7 av de nye uførepensjonistene hadde diagnose i gruppen «Organiske psykiske lidelser / schizofrene og paranoide lidelser». (Rikstrygdeverket 1999c)

hjelp. I følge Norsk pasientregister er ventetiden på behandling i psykiatrien, for personer i aldersgruppen 16-66 år, mellom 180-193 dager for de som venter på behandling. Ventetiden på første samtale ved en poliklinikk kan være kortere. Ventetiden er betinget av om personen anses å være i behov for akutt hjelp, prioriteres både i institusjonene og poliklinikkene. For dem som ikke er avhengig av intensiv behandling er privatpraktiserende psykologer relevante behandlere, der den allmennpraktiserende legens hjelp ikke er tilstrekkelig. Jakten på en terapeut kan ta tid og det er det lange ventetider også her. Norsk Psykologforening fører ikke statistikk over ventetider hos privatpraktiserende psykologer, men foreningen opplyser at i følge deres medlemmer har køen vokst de siste årene.

Det er gruppen med lettere psykiske lidelser som er mest aktuelle for tidlig inngripen fra trygdeetaten. De som søkes til arbeidsmarkedsetaten for utføring der har enten ikke en arbeidsgiver som kan tilby bedriftsinterne tiltak eller behov for en annen type assistanse. Saksbehandlerne forteller at vanlige problemer ved en del psykiske lidelser er at personen føler seg dårlig, en del kvier seg for å oppsøke hjelp, tror det vil gå over, de må bare vente litt til, og litt til... Typiske trekk ved psykiske lidelser som angst og depresjon, som er de oftest forekommende undergruppene i denne diagnosekategorien, er tilbaketrekning, isolasjon, manglende initiativ etc. Dessuten varierer disse tilstandene, slik at pasientene er «bedre» og blir optimistiske noen dager, for så å bli overveldet av frykt eller motløshet igjen. En annen side er at også lettere psykiske lidelser kan innvirke på selvbilde og selvsikkerhet. I en undersøkelse av arbeidsmarkedsetatens tilbud til personer med psykiske lidelser påpekes det at mange investerer mye energi i å unngå stemplet «psykisk syk» (Schafft 1999).

Arbeidsmarkedsetaten fordrer selvstendighet, egendriv og at yrkeshemmede utføringssøkere selv tar ansvar (jf. aktørmodellen). Personer med lettere psykiske lidelser vil og kan ta ansvar, men kan likevel trenge noe mer støtte, hjelp og muligens noe mindre streng praktisering av krav, enn de det er rimelig å stille til andre grupper brukere. Unngåelsesatferd kan være et trekk ved nevroser. Det å la være å åpne posten sin, er for eksempel ikke uvanlig når folk er deprimerte. Derfor er det ikke sikkert at den deprimerte har fått den informasjonen som han/hun skulle ha fått. Et annet eksempel er at angstsituasjoner kan oppstå og personer lar være å møte til avtaler. De vet at det er galt, men greier rett og slett ikke å møte opp. Dermed kan de falle ut av systemet på grunn av manglende oppfølging eller fordi de anses å være for syke. Mange slike frafall kunne antagelig vært unngått ved noe så enkelt

som at saksbehandler tar en telefon til vedkommende og gjør en ny avtale, eventuelt bistår med å gjenopprette kontakten med igangsatte tiltak. For dem med lettere psykiske lidelser ville initiativ, utholdenhet og vedvarende støtte fra hjelpeapparatet kunne fungere som insentiver til å komme seg videre.

Rusmisbruk

Dette er også en sammensatt kategori, som omfatter personer med alkohol-, medikament- og narkotikamisbruk. Rusmisbruk er et stort samfunnsproblem, mens rusmisbrukere utgjør en liten gruppe blant de avsluttede sykepengetilfellene; 1. 227 i 1998. Andelen med graderte eller aktive sykepenger var kun ti prosent (Nystuen & Hagen 1999). Blant gråsonesakene var det relativt mange som gjaldt misbruksproblemer; 12 av 55 saker. Fire av disse sakene gjaldt en kombinasjon av rusmisbruk og psykiske problemer. Av sakene som var overført fra rehabiliteringsregisteret i Rikstrygdeverket med sikte på attføring utgjorde de imidlertid kun seks prosent.

Det at det er såpass få rusmisbrukere blant dem med avsluttede sykepenger kan ha sammenheng med at rusmisbruk er en grunn til oppsigelse i arbeidslivet. Mange rusmisbrukere er dessuten ikke etablerte i arbeidslivet. Ofte er sosialkontorene koblet inn i sakene som gjelder denne type problematikk, fordi personene mottar sosialhjelp. For at rusmisbrukere skal kvalifisere for trygdeytelser må misbruket ha vært vedvarende over flere år, fordi det ikke umiddelbart godkjennes som et medisinsk problem. Dette skjer først etter at det kan antas at rusmisbruket har ført til fysiske tilleggs-komplikasjoner.⁸⁵ Personer med slike problemer vil ofte være aktuelle for attføring ut fra andre bestemmelser enn kapittel 11 i lov om folketrygd, det vil si uten at det stilles medisinske vilkår.

Et stort spekter av tilbud er rettet mot rusmisbrukere, enten det er private institusjoner, offentlige tiltak i kommunal regi eller arbeidsmarkedsbedriftssystemet. Felles for misbruksproblematikk, til forskjell fra de andre psykiske lidelser, er at det i utgangspunktet dreier seg om avhengighet av kjemiske substanser. En forskjell mellom rusmisbruk og andre psykiske lidelser er viljeskomponenten. Avhengigheten har som regel startet med atferd basert på valgmuligheter.⁸⁶ Med de rette miljøbetingelser, vilje til å avslutte misbruket, samt tilegnelse av mestringsstrategier antas det at

⁸⁵ Sosiale og økonomiske problemer gir ikke rett til attføringspenger over kapittel 11 i lov om folketrygd. Jf. også særbestemmelsen i §12-5 i lov om folketrygd.

⁸⁶ Det er ulike syn på dette, men vi kan ikke gå inn i den debatten i denne sammenheng.

avhengigheten kan brytes og at attføring kan ha en viss sjanse til å lykkes. Tilnærmingen med utgangspunkt i ansvarliggjøring, grensesetting og konsekvenser synes å fungere konstruktivt for mange med misbruksproblemer.

Psykiske utviklingshemninger

Psykiske utviklingshemninger skiller seg fra andre typer psykiske lidelser ved at det ikke er utsikt til bedring; selv om funksjonsgraden varierer, er lidelsen permanent. Etter en reform i 1994 fikk kommunene ansvar for personer med denne typen lidelser. Diagnosen «psykisk utviklingshemmet» er omtrent fraværende blant de avsluttede sykepengetilfellene.⁸⁷ Personer som har psykiske utviklingshemninger utgjør om lag to prosent av attføringspengemottakerne i arbeidsmarkedsetaten. De utgjorde heller ikke noen vesentlig gruppe blant gråsonesakene (èn sak). Veien inn i arbeidsmarkedsetaten/attføringssystemet vil avhenge av de pårørende eller av andre instanser i systemet. Psykisk utviklingshemmede vil, dersom oppfølgingen har fungert, ha blitt fanget opp av det offentlige allerede tidlig. Det eksisterer en rekke kommunale aktivitetstilbud, som vil kunne ha arbeidsmessige innslag. Dessuten er det mange psykisk utviklingshemmede i flere av arbeidsmarkedsetatens tiltak. For eksempel er mer enn halvparten av deltakerne i «Arbeidssamvirker» psykisk utviklingshemmede (Schafft 1999). Tiltaket «Arbeid med bistand» har vært brukt som integrerende tiltak for denne gruppen. Tilnærmingen i det tiltaket har vært av tilrettelegging tilbud ut fra individuelle forutsetninger. Integrering i arbeidslivet skjer sjelden med det utgangspunkt at personene skal bli økonomisk selvforsørget. Målet om lønnsarbeid på ordinære lønns- og arbeidsbetingelser er mer ideelle målsettinger enn reelle planer for personer i denne gruppen. Det synes med andre ord å være vesentlige forskjeller mellom denne gruppen og andre potensielle attføringskandidater med hensyn til hva slags tilbud de skal få, hvilke krav som kan stilles, samt hvilke resultater som oppnås ved deltakelse i attføringstiltak.

Yrkesbakgrunn og utdanning

Både yrkesbakgrunn og utdanning er vurderingskriterier som er spesifisert i loven. Disse faktorene tillegges antagelig mer vekt i arbeidsmarkedsetatens vurderinger av hensiktsmessighet og nødvendighet enn i trygdeetatens

⁸⁷ Det gjaldt 20 personer i 1998 (Nystuen & Haga 1999).

vurdering av om de medisinske vilkår er oppfylt. Begge disse forhold inngår som delaspesker ved brukernes arbeidsmarkedssressurser. Tidligere studier av attføring har vist at personer med høyere utdanning og arbeidstilknytning har bedre utgangspunkt for å lykkes med attføringsforsøk (Ford 1993, Hansen 1996, Aakvik 1999).

Yrkesrettet attføring har både tilbakeføring til og innføring av personer til arbeid som mål. I evalueringen av attføringsreformen kom det frem at saksbehandlere i begge etater anså at attføring var vanskeligere for personer uten tidligere arbeidserfaring enn personer som hadde noe arbeidserfaring (Ford 1997). Det kunne derfor tenkes at det blant gråsonesakene ville være en overrepresentasjon av personer uten tidligere arbeidserfaring. Arbeidsmarkedsetatens register over attføringspengemottakere viser at langt de fleste av dem som får yrkesrettet attføring har arbeidserfaring. De siste par årene har andelen uten arbeidserfaring vært mellom 11 og 16 prosent blant mottakere av attføringspenger.⁸⁸ På mer enn nitti prosent av registrerings-skjemaene vi fikk inn var det merket av for at personen hadde tidligere yrkeserfaring. Det at langt de fleste som vurderes for yrkesrettet attføring har arbeidserfaring er antagelig en naturlig følge av at sykepenger i de fleste tilfeller er begynnelsen på prosessen som leder til søknad om attføring, ettersom arbeid er grunnlaget for retten til sykepenger.

Et annet spørsmål er hvor integrerte personene hadde vært i arbeidslivet tidligere. For at trygdeetaten skal kunne sette i gang undersøkelser med henblikk på bedriftsintern attføring, er det en forutsetning at arbeidsforholdet er intakt. Den høye andelen av personer med tunge psykiske lidelser og rusmisbruk blant gråsonesakene, indikerer at tilknytningen til en arbeidsgiver kan ha vært varierende. Blant gråsonesakene i vår undersøkelse kjenner vi kun arbeidshistorikken til de intervjuede brukerne. Blant de seks intervjuede brukerne var det to som hadde vært stabilt i arbeid i hele sitt yrkesaktive liv. De fire andre hadde tidligere erfaring fra hjelpeapparatet. To hadde tidligere vært gjennom vellykket attføring, det vil si attføring som hadde ført til arbeidsforhold av opptil ti års varighet, før de nå igjen var aktuelle for attføring. De to siste hadde erfaring med arbeidsledighet. Den ene i to omganger, med et langt stabilt arbeidsforhold mellom arbeidsledighetsperiodene. Den andre hadde kontinuerlig vekslet mellom tiltak og arbeidsledighet fra han var ferdig utdannet, det vil si i mer enn ti år.

⁸⁸ Tall vi fikk tilsendt fra Arbeidsdirektoratets statistikk over attføringspengemottakere. Sendt fra Arbeidsdirektoratet, kontor for plan og analyse.

Spekteret gikk fra svært integrert i arbeid til løse arbeidstilknytning. Alle oppgav at de ville i arbeid.

Yrkeshemmede har lavere utdanning enn andre yrkesaktive (St. prp. nr. 1 1999-2000). Utdanningsbakgrunnen til mottakere av attføringspenger er også relativt lav. En fjerdedel hadde kun grunnskole, 40 prosent hadde ufullstendig videregående utdanning, 20 prosent hadde fullstendig videregående utdanning, 8 prosent hadde påbegynt eller fullført høyskole, mens kun en liten andel hadde høyere utdanning av mer enn 4 års varighet per desember 1998 (tall fra Arbeidsdirektoratet, Kontor for plan og analyse). Da registreringsdelen av vår undersøkelse ikke hadde spørsmål om yrke eller utdanningsbakgrunn, kan vi ikke angi sammensetningen blant gråsone-sakene.

Det er grunn til å anta at yrkesbakgrunn og utdanningsbakgrunn henger sammen. I intervjuene spurte vi om hvilken betydning disse faktorene hadde for vurdering av attføringsmulighetene. I trygdeetaten ble det vist til at det hendte at de forsøkte å overføre saker der de medisinske vilkår for retten til attføring er oppfylt og personene er motiverte, men at sakene avvises av arbeidskontoret fordi personene anses å ha nok utdanning eller tilknytning til arbeid. De viste til arbeidsmarkedsetatens bedre kjennskap til arbeidsmarkedet som grunn til å akseptere beslutningen. Saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten viste blant annet til at deres oppgave er å få folk tilbake i arbeid så fort som mulig. Argumentene var blant annet at arbeidsmarkedet var bedret og at de anså at en del personer kunne skaffe seg jobb med de kvalifikasjoner de hadde, selv om personene hadde yrkeshemninger. Slik at selv om lidelsene fylte de medisinske vilkår, var ikke det nødvendigvis til hinder for at personene kunne finne seg andre jobber. Brukerne vi intervjuet hadde erfaringer som eksemplifiserer at synet på problemene er forskjellig fra de ulike ståstedene. Vi skisserer to eksempler knyttet til vurdering av kriteriene yrkesbakgrunn og utdanningsbakgrunn. De antyder dessuten noen av problemene brukere står overfor i møte med hjelpeapparatet.

Det ene gjaldt yrkesbakgrunn. Personen spurte selv under intervjuet om det var slik at lærere ikke kunne få yrkesrettet attføring. Dette var inntrykket hun satt igjen med etter sitt møte med attføringsapparatet. I denne saken var avslaget begrunnet med at arbeidsgiver har hovedansvaret for å finne helsetilpasset arbeid, med andre ord at bedriftsintern attføring ikke var

forsøkt.⁸⁹ I registreringsskjemaet om denne saken var det anført at dersom bedriftsintern attføring ikke førte frem kunne vedkommende melde seg som arbeidssøker. I intervjuet fortalte brukeren at hun først hadde kontaktet sin arbeidsgiver, som hadde sagt at de ikke hadde noen jobb til henne som ikke innebar undervisning. Deretter hadde hun blitt rådet av legen til å henvende seg til trygdekontoret. Hun fortalte videre at hun relativt raskt hadde fått tilbakemelding fra trygdekontoret om at hun ikke ville få attføring. Arbeidskontoret hadde ikke møtt personen, men hadde skrevet en forhåndsuttalelse. Det kan stilles spørsmål ved hvilken informasjon som lå til grunn for avvisningen av denne saken. I intervjuet om denne saken sa arbeidskontoret:

Når det gjelder arbeidsmarkedet for lærere generelt, vurderer arbeidskontoret dette som godt. Det er stort behov for pedagogisk kompetanse både innenfor privat og offentlig virksomhet. Både ved det private og offentlige næringsliv etterspørres pedagoger ved for eksempel intern opplæring i organisasjonen. Så vi mente at NN hadde en kompetanse god nok til å orientere seg på arbeidsmarkedet. Det skulle ikke være nødvendig å kvalifisere NN ytterligere for å kunne få ta et arbeid.

Begrunnelsene fra arbeidskontoret i denne saken fokuserer på arbeidsmarkedet, men synes i liten grad å ta hensyn til utgangspunktet for at denne personen søkte om attføring. Det var arbeidskontoret som sendte inn registreringsskjemaet om denne saken. De hadde derfor informasjon om diagnosene, som var depresjon og utbrenthet. Brukeren sa i intervjuet at både legen og psykologen mente at hun ikke kunne gå tilbake til sitt tidligere yrke. Med sin bakgrunn som lærer visste hun ikke hvilken annen type arbeid hun kunne utføre, uten ytterlige kvalifikasjoner. På forespørsel hadde hun fått til svar at hun for eksempel kunne spørre rektor om hun kunne sitte og rette bøker, eventuelt sette seg inn i et annet fag. Dette opplevde hun som nedverdiggende og lite konstruktivt med hensyn til det å komme seg i gang igjen. Dette eksemplet illustrerer at en ensidig fokusering på arbeidsmarkedet og frikoblingen fra brukernes medisinske utgangspunkt kanskje går noe langt når arbeidsmarkedsetatens råd går på tvers av behandlernes helserelaterte vurderinger.

Den andre eksemplet gjaldt utdanning. Den intervjuede brukeren viste til at det bare ble sett på utdanningsnivå, uten hensyn til mulighetene for arbeid. Han hadde «stanget hodet mot veggen» i mange år. Han hadde universitetsutdanning. Helt siden han begynte å søke arbeid, hadde han hatt

⁸⁹ I denne saken var det også problemstillinger knyttet til begrensninger pga. mønster

problemer med å få arbeid. Han hadde vært arbeidsledig i et par år etter ferdig utdanning, før han fikk arbeidstrening. Denne arbeidstreeningen var svært spesialisert og nisjepreget. Den ble ansett å være mislykket. Selv hadde han etterlyst supplerende kompetansegivende kurs, uten å få mer enn det han kalte «*velmente AMO-kurs*», som ifølge ham «*ikke blir tatt alvorlig av arbeidsmarkedet*». I hans tilfelle hadde det ikke bidratt til å skaffe arbeid. Etter flere år med ulike arbeidsmarkedstiltak og kortere arbeidstreningsopplegg hadde helsen blitt tilstrekkelig dårlig, både fysisk og psykisk.⁹⁰ Han ble sykemeldt i flere måneder for fysisk sykdom og «*var samtidig så mentalt utslitt at jeg tok kontakt med helsevesenet i den sammenheng*». På arbeidskontoret vurderte man da «*at jeg var moden for attføring*».

Også ved vurdering mot attføring ble han møtt med at han hadde såpass høy utdanning at han kunne melde seg som arbeidssøker.

Først var argumentet at jeg hadde en utdanning. Så sa jeg: «Men den er gammel, irrelevant og jeg har prøvd i all min tid å få arbeid med den utdannelsen - ergo må et eller annet gjøres». Men svaret var da hele tiden at: «Ja, men du har en utdanning». De stoppet tankegangen der, i og med at jeg hadde en utdanning. Dermed så var alt sagt. Jeg vet ikke om de noen gang prøvde å spørre seg selv: «Denne mannen har jo en utdanning – hvorfor søker han da attføring, hva i all verden er grunnen til det?»

Det han reagerte på var, at om han med sin bakgrunn kunne få jobb, så ville han ikke hatt behov for tiltak i alle de årene og dessuten «fått ødelagt helsen» på grunn av usikkerhet og ustabilitet. Saksbehandleren på arbeidskontoret som hadde hatt denne saken mente at arbeidsmarkedsetaten ikke er «flinke nok» til å finne frem til de sakene som egentlig er yrkesrettet attføringssaker blant de ordinære arbeidssøkerne.

Evner

I lovteksten til kapittel 11 vises det til at personenes evner skal legges til grunn ved vurderingen av om vilkårene for attføring er oppfylt. Dette er en sammensatt faktor. Evner kan forstås som så mangt; fra skolekarakterer eller ferdigheter i å utføre praktiske oppgaver til sosial kompetanse. Denne type informasjon er vanskelig å registrere og forefinnes i liten utstrekning i sakspapirer. Det ble ikke spurt spesielt om evner i registreringsdelen av vår

avtale i forbindelse med bedriftsintern attføring.

⁹⁰ Vedkommende oppgav at han blant annet deltatt i SKAP- og KAJAtiltak.

undersøkelse. På tre av skjemaene vi fikk inn var det likevel gitt opplysninger som kan illustrere variasjonen som kan ligge til grunn for vurdering av attføringspotensialet basert på søkerens evner. Ett skjema gjaldt en person med psykisk utviklingshemning. På et annet skjema var det kommentert at personen manglet evner til kommunikasjon. På det tredje skjemaet var det trukket frem at personen i tillegg til fysiske lidelser manglet norskkunnskaper.

I arbeidsmarkedsetatens retningslinjer for saksbehandling vises det til at vurdering av høvelige tiltak skal vurderes ut fra ressurser og egnethet. Legeerklæringene inneholder informasjon om funksjonsgrunnlag, men opplysningene der dreier seg stort sett om fysisk/medisinske forhold. Saksbehandlerne har stort sett tilgang til skolekarakterer som kan brukes som indikator på egnethet for skolegang. For øvrig har saksbehandlerne få kilder til informasjon om disse forhold, utover det som kommer frem i møtet med brukerne. I de tilfellene hvor saker avvises i forhåndskontakten får ikke arbeidsmarkedsetaten denne type informasjon, unntatt hvis trygdeetaten trekker frem noe spesielt (jf. yrkeseksemplet ovenfor).

Arbeidsrådgivningskontorene (ARK) har derimot tilgang til og kompetanse på bruk av ulike tester som kan brukes dersom det er behov for utredning av evner. Arbeidsrådgivningskontorene har som annenlinjetjeneste i stor grad hatt til oppgave å drive utviklingsarbeid og være rådgivere overfor saksbehandlerne. I forslaget til attføringsreform 2 (Arbeidsdirektoratet 1999a), legges det opp til at de mer av deres tid skal brukes til utredning av brukere enn tiltaksutvikling og rådgivning. Dette er nedfelt i etatens programnotat for år 2000 hvor det står:

Minst 90 % av ressursene skal benyttes til direkte individrettet arbeid og operativ gjennomføring av gruppebasert veiledning overfor yrkeshemmede og ordinære arbeidssøkere (Arbeidsdirektoratet 1999b).

Ett spørsmål blir da om dette vil føre til en svekkelse av tilbudet til saksbehandlerne i deres kompetansebygging, fordi arbeidsrådgivningskontorene vil få mindre tid til denne formen for virksomhet.

Oppsummering

Vi begynte dette kapitlet med å se nærmere på fordelingene av kjønn, alder og type diagnose. Fordelingene blant personer som kom i attføring i sykepengeperioden, overførte fra trygdeetaten med sikte på attføring, samt

yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten i undersøkelsesområdet ble sammenstilt med gråsonesakene vi fikk inn i vår undersøkelse. Det var forskjeller i fordelingene med hensyn til kjønn, alder og diagnose i de ulike gruppene. Blant gråsonesakene var det en overrepresentasjon av kvinner, eldre personer og personer med psykiske lidelser i forhold til de andre gruppene. Det var også noen variasjoner med hensyn til disse tre faktorene mellom de tre andre gruppene. En multivariat analyse viste at det var sammenheng mellom alder og type diagnose og hvilken gruppe brukerne tilhørte.

Deretter så vi på om gråsonesakene ble ansett å ha sammensatt problematikk, noe som var oppgitt i flertallet av dem. Alle saker med kombinasjoner av diagnoser ble oppgitt å ha sammensatt problematikk. Av de øvrige var det spesielt blant dem som hadde misbruksproblemer, som ofte inkluderes blant de psykiske lidelser, og sakene hvor det ikke var oppgitt diagnose at det var sammensatt problematikk.

Det er særlig personer med psykiske lidelser og personer med sammensatte lidelser som synes å komme i gråsonen. Vi fant tegn på at det skjer en seleksjon hvor de som kan antas å ha et bedre utgangspunkt for å komme i arbeid, kommer raskere i gang med attføring. Saker som «endte opp» som gråsonesaker dreide seg om eldre personer, personer med psykiske lidelser, og sammensatte problemstillinger.

Deretter så vi nærmere på forekomsten av og problemer relatert til noen undergrupper innen de overordnede diagnosekategoriene muskel-/skjelett-lidelser og psykiske lidelser. Det er store forskjeller mellom lidelsene som inngår i de to overordnede kategoriene, både med hensyn til behandlingsmuligheter og hvilke arbeidsbegrensninger som følger med. Den medisinske håndteringen og behandlingsapparatets kapasitet spiller en viss rolle for hvilke konsekvenser lidelsene får. Noen tiltak er egnet for personer med visse typer lidelser. De som kommer i gråsonen er oftere de som har mer diffuse helseproblemer eller mindre alvorlige psykiske lidelser.

Personers arbeidsmarkedsressurser inkluderer deres utdannings- og yrkesbakgrunn. Generelt sett har yrkeshemmede lavere utdanningsbakgrunn enn yrkesaktive. I vårt materiale var det eksempler på at det å ha et bedre utgangspunkt i dette henseende kunne bli en merbelastning for dem som søkte attføringsassistanse.

Gråsonesakene var oftere saker der personene er noe eldre enn dem som kom i attføring, samt saker som gjelder kvinner med psykiske lidelser eller sammensatte problemer. Dette er kjennetegn som ikke indikerer gode

arbeidsmarkedsressurser. Det ser ut til at de med antatt bedre utgangspunkt kommer raskt i tiltak før de blir arbeidsmarkedsetatens ansvar. Vi har sett eksempler på at personer med høy utdanning eller fra yrker det er etterspørsel etter på arbeidsmarkedet, kan møte hindre i å komme i attføring. Når de vurderes av arbeidsmarkedsetaten vil vurderingen i større grad være basert på arbeidsmarkedet, og i mindre grad yrkeshemningen, noe som kan bidra til at attføring ikke blir iverksatt. Vi har sett tegn som indikerer at sakshåndteringen vil kunne spille en rolle for om individenes helsemessige forutsetninger undersøkes nøye eller om de får en mer summarisk håndtering basert på dokumenter, mer enn inngående undersøkelser av muligheter og hindringer (i første omgang).

Grunner til ikke å iverksette attføring

Begrunnelsene for ikke å iverksette attføring gir en forståelsesramme for gråsoneproblematikken. Det er mange grunner til at saksbehandlerne i de to etater ikke finner det hensiktsmessig og nødvendig å sette i gang attførings tiltak for et individ når ytelsen vurderes eller søkes. Sentralt står naturlig nok personens utgangspunkt for å gjennomgå attføring. Vurderingen av attføringsmulighetene er en prosess som vanligvis settes i gang enten på grunn av lovens tidsfrister eller at trygdeetaten, behandler eller personen selv mener at vedkommende er klar til å gå i gang med attføring. Prosessen kan forlenges enten fordi personen ikke anses å være klar for tiltak, eller fordi helsesituasjonen ikke er avklart. Eller det kan fastslås at det er små muligheter for bedring som vil kunne føre til økt inntektsevne og saken kan bevege seg i retning av en avslutning med varig ytelse. Et annet alternativ er at arbeidsmarkedsetaten er uenig med trygdeetaten, med behandler eller personen saken gjelder, og finner at attføring ikke er nødvendig. Den praktiske betydningen en lidelse har for muligheter og begrensninger, varierer. I en viss utstrekning vil andre faktorer virke inn, blant annet hvilke tilbud som er tilgjengelige. Disse må igjen ses i sammenheng med personens øvrige ressurser.

I registreringsskjemaet var det angitt fem mulige begrunnelser til ikke å iverksette attføring. Disse var fremkommet på grunnlag av informasjon fra tidligere undersøkelser og oppdragsgiver. Begrunnelsene var: personen er for syk, for gammel, for ung, mangler motivasjon eller mangel på egnede tiltak. I tillegg til de fem oppsatte svaralternativene hadde saksbehandlerne plass til å føre opp andre grunner til at attføring ikke ble iverksatt. Tretti prosent oppgav andre grunner. De som oftest gikk igjen var at attføring ikke var nødvendig, samt at mulighetene for bedriftsintern attføring ikke var utredet eller forsøkt. På noen av skjemaene var flere begrunnelser oppgitt. Svarfordelingene er vist i tabell 6.

Tabell 6. Oppgitte grunner til ikke å sette i gang yrkesrettet attføring. Prosent (N=58)*

For syk	55 (32)
For gammel	2 (1)
For ung	0 (0)
Manglende motivasjon	12 (7)
Mangler egnet tiltak	7 (4)
<hr/>	
Attføring ikke nødvendig	10 (6)
Bedriftsintern attføring ikke utredet/forsøkt	7 (4)
Andre grunner	17 (10)

* Opplysninger fra alle innkomne registreringsskjemaer inngår i tabellen, fordi vi er interessert i begrunnelsene. Disse var til dels ulike i de to etatene i overlappingsakene. Summerer ikke til 100 prosent på grunn av dobbeltregistreringer.

For syk er den mest brukte begrunnelsen. Selv om de andre begrunnelsene i mindre grad ble krysset av, betyr det imidlertid ikke at de var uten betydning i vurderingene, noe vi vil se i det følgende.

For syk

Ikke uventet var den vanligste begrunnelsen (55 prosent) til ikke å iverksette attføring at vedkommende ble ansett å være «for syk». I tillegg var det tre saker hvor personens helse var forverret eller personen var sykemeldt og to saker der personen ikke var tilstrekkelig utredet, som er relatert til helsesituasjonen, selv om saksbehandler ikke krysset av på begrunnelsen «for syk». Diskusjonen om syk nok / frisk nok til attføring har vært dominerende i forbindelse med avklaring av målgruppen for attføring. For å fylle inngangsvilkårene i forhold til § 11-5 må de helsemessige konsekvensene av sykdommen, skaden eller lytet være vesentlige og varige. For at attførings tiltak skal være hensiktsmessig må personen imidlertid ha tilstrekkelig helse til å kunne delta i og følge opp tiltak, slik at han/hun kan komme i inntektsgivende arbeid etterpå. Dette implisitte paradokset oppsummerte en saksbehandler i trygdeetaten slik: «*At du skal være syk for å komme til trygdekontoret og frisk for å komme til arbeidskontoret på en fem minutters biltur. Det blir merkelig på en måte.*»

Om en person ble ansett å være «for syk» samvarierte *ikke* med om det var aktuelt å vurdere personen mot uførepensjon, slik en kunne antatt. Derimot samvarierte begrunnelsen «for syk» med diagnoser i kategorien

psykiske lidelser.⁹¹ Halvparten av dem som ble ansett å være for syke for attføring hadde en diagnose i kategorien psykiske lidelser. Det var spesielt kvinner med psykiske lidelser som ble oppgitt å være for syke.⁹²

I intervjuene ble også psykiske lidelser trukket frem som typisk for gråsonesaker. På spørsmål om hvorfor personer med psykiske lidelser så ofte kom i gråsonen ble flere forhold nevnt. Flere av disse knytter seg til avgrensningen mellom behandling og attføring, samt ansvarsdelingen mellom etatene. Selv om de intervjuede saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten var åpne for samtidig behandling og attføring av personer med psykiske lidelser, var det visse problemer forbundet med dette. Ett problem gjaldt ressurser. Saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten sa at det vil være en forutsetning for å sette i gang tiltak at personene følges opp av andre fagfolk.

Tilgangen på behandling er begrenset, samtidig som en del brukere kvier seg for å gå til psykolog/psykiater. Saksbehandlerne mente behandlerkontakten var viktig. Deres erfaring var at dersom behandlingstilbudet ble redusert/oppførte som en følge av at attføringstiltak ble satt i gang, minsket sannsynligheten for at personen ville lykkes med attføringsforsøket. Det ble vist til at behandlere kunne fungere som bindeledd til brukeren. Det ble videre sagt at arbeidsmarkedsetaten ikke har ressurser til å følge opp personene mens de er i tiltak, det må noen andre ta ansvaret for. En saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten beskrev sin rolle som «*en trafikkonstabel som skulle dirigere trafikken*». Det var ikke hans oppgave å kjøre løpet for de yrkeshemmede. I denne sammenheng blir det spørsmål om grensdragningen mellom ansvarsområdene til behandlingsapparatet og arbeidsmarkedsetaten.

Et annet spørsmål er hvor langt i prosessen en person skal være kommet før attføring forsøkes. Mange med psykiske lidelser og diffuse muskel-/skjelettlidelser er avhengige av behandling over lang tid og tilstanden kan variere. Det ble trukket frem at behandlere anbefaler attføring ut fra den terapeutiske betydningen av arbeidsrelatert aktivitet. Problemet for arbeidskontoret er at saksbehandlere der ikke kan godkjenne tiltak som har en terapeutisk målsetting uten at det samtidig anses å bidra til bedring av inntektsevnen. Det oppstår dermed et gap mellom tilbudene og det leger/behandlere vil oppnå. Dersom personen trenger noe å gjøre én time om dagen eller én dag i uken, anser ikke de ansatte i arbeidsmarkedsetaten dette

⁹¹ Korrelasjon «for syk» og dummyvariabel «psykiske lidelser» $k=.276$ $r=0.05$ nivå.

⁹² 11 av 14 kvinner med psykiske lidelser ble ansett å være for syke, mens det gjaldt tre av sju menn.

å være tilstrekkelig til å kvalifisere for yrkesrettet attføring, selv om det kan være et første skritt på en lengre vei mot arbeid. Som en saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten sa: «*Attføring hjelper ikke folk å bli friske*», selv om det kan være målsettingen for handlingsplanen eller i legeerklæringen.

Ett annet aspekt ved slike saker er spørsmålet om hvor mye slingringsmonn den enkelte skal få. I trygdeetaten sa flere saksbehandlere at de kan være litt romslige overfor de yrkeshemmede. Dersom en person for eksempel ikke møter til avtaler, så ringer de vedkommende og lager nye avtaler. En saksbehandler i trygdeetaten fortalte at hun kunne ringe en persons lege for å få personen til å møte til avtaler, selv om dette kunne oppleves av personen som en innblanding i vedkommendes privatsfære. Inntrykket etter intervjuene med saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten er at de forventer at personene kommer til møter, eventuelt avlyser møtet på forhånd eller ringer arbeidskontoret og gir beskjed etterpå. Etaten har en egen utskrivningskategori fra attføringsregisteret som lyder: «Innkalt 2 ganger ikke møtt». Dersom brukerne ikke greier dette «minimum» vurderes det slik at det er lite realistisk at de vil kunne greie å følge opp tiltak.

Alder

To svaralternativ gjaldt alder: «for ung» og «for gammel». For ung var tatt med fordi yrkesrettet attføring har spesielle regler for personer under 22 år, mens de øvrige helse relaterte ytelsene har lavere aldersgrenser. Ingen av skjemaene vi fikk inn, brukte begrunnelsen for ikke å sette gang attføring med at personen var for ung.

«For gammel» var tatt med fordi en rekke studier gjennom årene har vist til dårligere attføringsresultater for eldre enn yngre personer (for eksempel Gogstad 1961, Midré 1981). I en tidligere undersøkelse oppgav saksbehandlere at de mente at det ikke har noen hensikt å forsøke attføring for eldre personer (over 50 år) i et arbeidsmarked med økende arbeidsledighet (Ford 1993). I evalueringen av attføringsreformen vurderte flertallet av saksbehandlerne aldersgruppen over 40 år som vanskelig å få i ordinært arbeid, selv om arbeidsmarkedet på det tidspunkt var godt (Ford 1997). En kunne derfor anta at det i mindre grad anses hensiktsmessig å forsøke attføring for personer i denne aldersgruppen.

En relativt stor andel av skjemaene vi fikk inn gjaldt personer over 50 år. «For gammel» var bare krysset av på ett av skjemaene. Denne personen ble også oppgitt å være for syk og mangle motivasjon. Dette var såpass

overraskende at det ble tatt opp i intervjuene med saksbehandlerne. Alder er en av faktorene som er nevnt spesifikt i forbindelse med vurdering av §11-5 i lov om folketrygd. Saksbehandlerne viste til at høy alder ikke er noen gyldig avslagsgrunn. I sine faktiske vurderinger sa de at alder inngår som et viktig moment i totalvurderingen av personenes muligheter og begrensninger. Generelt har yrkeshemmede gjennomsnittlig mindre utdanning enn andre. Utdanning er det mest brukte attføringstiltaket blant attføringspenge-mottakere. Saksbehandlerne sa at det var en mindre del av de eldre søkerne som var innstilt på å sette seg på skolebenken igjen. Med et slikt utgangspunkt vil lett kunne ta for lang tid før de får kvalifikasjoner som vil kunne gjøre dem konkurransedyktige, slik at attføring ikke blir sett som hensiktsmessig. Som en saksbehandler ved et trygdekontor sa:

Jeg ser jo litt på alderen og bakgrunn også. Er det nå en som er femti år, så kan jeg jo nevne det [attføring] for de. Men jeg presser mer på hvis det er en yngre person.

Oppfatningen av på hvilket tidspunkt søkere ble betraktet som eldre, varierte mellom saksbehandlerne. En saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten sa følgende: *«I praksis så blir det nok sånn at folk over seksti blir saker som ikke overføres. Så de får nok en uføretrygd istedenfor.»* En annen saksbehandler trodde at man kanskje begynte å tenke annerledes når personene var et sted mellom 45-55 år. Det ble vist til at alder ikke er entydig. En saksbehandler trakk frem forskjellen i folks psykiske alder. Hun mente at noen føler seg gamle selv om de ikke hadde høy alder, mens andre med «mange år på baken» føler seg unge. Som hun sa: *«De føler seg ikke gamle. For de som har 'drive' er ikke problemet selve attføringen, problemet er mer å få seg jobb.»*

En saksbehandler beskrev situasjonen for 50-åringene slik:

Ja, de overfører vi. Flere av dem er veldig motiverte for attføring, sånn som jeg opplever det. Men det er jo et problem at det er veldig vanskelig å få dem ut i arbeidslivet. Og det henger jo sammen med - sånn generelt at arbeidslivet ikke ansetter femtiåring. I den grad en ansetter femtiåring, må det være folk som har erfaring og kunnskap fra et yrke fra før, som liksom umiddelbart kan gå inn i og bidra. Hvis en da skal attføre til et nytt yrke og starte på ny, så skal en helst ha de som er en del yngre. Men det er en ting som mange har spurt meg; hvorfor? ... en femti åring har jo i hvert fall ti år igjen i yrkeslivet sitt. Og så kan en da spørre hvor mange personer som blir ansatt i arbeidslivet som en arbeidsgiver kan forvente å ha i ti år, ikke sant. De fleste har jo sluttet mye før det. Men det ser ut til at det er veldig mye

myter ute og går i arbeidslivet om at femti åringer... hvis en ansetter dem... det kan en ikke investere i. Det blir liksom litt for kort tid. Og så tenker en ikke i gjennom at de fleste av de yngre som man investerer i, har en aldri i ti år.

I hvilken grad saksbehandlerne anser at personer vil kunne gjennomføre attføring og eventuelt få en jobb, blir derved indirekte betinget av alder, selv om dette i seg selv ikke er en legitim grunn til å avslå attføring.

Motivasjon

Personers motivasjon er et vurderingskriterium som ikke er nevnt i loven, men som saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten skal ta hensyn til ved vurdering av hensiktsmessige tiltak (Arbeidsdirektoratet 1996b). I evalueringen av ansvarsreformen ble personens motivasjon for attføring og arbeid oppgitt som de viktigste faktorene ved vurderingen av om attføring bør forsøkes (trygdeetaten) og vurderingen om attføring er hensiktsmessig og nødvendig (arbeidsmarkedsetaten) (Ford 1997).⁹³ På denne bakgrunn ville en kunne vente at mange av dem som kommer i gråsonen er personer som ikke er motivert for attføring. Motivasjon er en type informasjon som ikke registreres i noen form for registre og vi har derfor ikke tilgang til systematiske opplysninger om motivasjonen for attføring blant mottakere av attføringsytelser eller andre helse relaterte trygdeytelser. Brukerundersøkelsen som ble foretatt i forbindelse med evalueringen av attføringsreformen viste imidlertid at flertallet (53 prosent) av brukerne som kom i attføring var positivt innstilt til å søke/prøve yrkesrettet attføring, mens noe færre (43 prosent) var usikre eller hadde blandede følelser til dette (Jessen 1997).

Svaralternativet «Personen mangler motivasjon» inngikk som en av de oppgitte svarkategoriene på registreringsskjemaet. Dette svaralternativet ble avmerket på seks skjemaer, som var færre enn vi hadde ventet. Tre av skjemaene hvor begrunnelsen manglende motivasjon ble oppgitt ble også besvart med at personen var for syk. På 16 av skjemaene var det angitt at sakene gjaldt personer som ikke ble ansett å være positivt innstilt til attføring. På fem av disse skjemaene var grunnen til ikke å iverksette attføring bare besvart med at personen var for syk. Det er mulig at manglende motivasjon inngår som en del av totalvurderingen av hvor syk/frisk personen anses å være.

⁹³ I den undersøkelsen, rangerte trygdeetatens saksbehandlere at om personen «selv tror vil lykkes», samt «har eget forslag til opplegg» like høyt som «motivasjon for attføring».

På registreringsskjemaet ble saksbehandlerne også bedt om å svare på spørsmål om personenes innstilling til utføring. Tabell 7 viser responsfrekvensene på skjemaene. Det er saksbehandlerne oppfatning av personens motivasjon som er registrert, og på de overlappende skjemaene var ikke saksbehandlerne oppfatning den samme.

*Tabell 7: Svarfordeling på spørsmål om personen var positivt innstilt til utføring. Prosent. (N=58)**

Om personen er positivt innstilt til utføring	
Nei	28 (16)
Ja	36 (21)
Vet ikke	31 (18)
Ubesvart	5 (3)

**Opplysninger fra alle innkomne registreringsskjemaer er benyttet i tabellen fordi svarene på skjemaene fra de to etatene ikke samsvarte i sakene som overlappet.*

Tabellen viser at en overvekt av gråsonesakene gjaldt saker hvor personene ble oppgitt å være positivt innstilt til utføring når deres motivasjon var kjent. Dette støtter ikke antagelsen om at sakene som kommer i gråsonen gjelder personer som ikke er positivt innstilt til utføring. Tallene er imidlertid små og det kan være tilfeldigheter som gir denne spesifikke fordelingen. I intervjuene kom det frem at dersom personen er motivert kan det bidra til at saksbehandlerne strekker seg langt i å finne frem til hensiktsmessig utføringstiltak, før de eventuelt gir et avslag.

Det som er mest slående, er den relativt store andelen skjemaer hvor saksbehandlerne har krysset av for at de ikke kjenner personens innstilling til utføring⁹⁴. Ser vi dette i sammenheng med svarene på spørsmål om saksbehandlerne hadde diskutert utføring med personene, var det på 60 prosent av skjemaene vi fikk inn fra de to etatene oppgitt at utføring hadde vært diskutert med personen. I flertallet av sakene som ikke var diskutert med personen, hadde det vært forhåndskontakt mellom etatene. Da dette er saker som har fått avslag eller som har blitt avvist fordi utføring enten ikke anses hensiktsmessig eller nødvendig, skulle en ventet at utføringsspørsmålet hadde vært diskutert med noe flere av brukerne og at man kjente til personens innstilling, spesielt når man i de to etatene vektlegger brukermedvirkning som grunnleggende ideologisk tilnærming til brukerne. Ett

⁹⁴ Vedlegg 8, tabell V24 viser svar på spørsmål om utføring var diskutert med personene.

viktig aspekt ved motivasjon er i hvilken grad personene selv ser alternativer. Dersom de stort sett fokuserer på sin egen «udugelighet», vil det å informeres om alternativer og muligheter, kombinert med oppmuntring, kunne påvirke motivasjonen i positiv retning.

Ett trygdekontor viste til at et av arbeidskontorene de samarbeidet med tidligere forlangte at en motivasjonserklæring var undertegnet av søkeren før saken ble overført til arbeidskontoret. De hadde sluttet med disse erklæringene da de viste seg å være ubrukelige. Folk undertegnet fordi det ble forventet av dem og var en forutsetning for ytelse, men uten at det hadde reell betydning for deres innsats eller innstilling til attføring. Som en saksbehandler sa:

Motivasjon lar seg heller ikke måle i forhold til om du spør folk om de er motivert eller ikke. Vi har ikke noen gode metoder å måle motivasjonen med på forhånd. Jeg tror at motivasjon har veldig mye med informasjon om hva en faktisk kan få til. Det er óg en ting som vi kanskje har lært, særlig i forhold til rusmisbrukere. Hvis de har en forestilling om at det å havne på attføring er ensbetydende med å havne i en arbeidsmarkedsbedrift og har lite lyst til det, så er man selvsagt lite motivert for attføring. Men hvis en får informasjon om at dette faktisk kan bety at en får en mulighet til å realisere noe en har drømt om, så kan jo motivasjonen være en helt annen. Så, det der med motivasjon har veldig mye med hva slags opplevelse folk har av å komme på attføring og de mulighetene en får ved å komme på attføring faktisk innebærer.

Det var noen samvariasjoner mellom oppfatningen av om personen var positivt innstilt til attføring og andre sider ved sakene. Innstilling til attføring samvarierte med kjønn, alder, og om det var aktuelt å vurdere uførepensjon. En større andel av kvinnene var positivt innstilt til attføring. Personer i alderen 30-50 år ble i større utstrekning enn andre oppgitt å være positivt innstilt til attføring. Tendensen var imidlertid at det var i sakene til personer under 30 år at saksbehandlerne ikke kjent til vedkommendes innstilling til attføring. Det var flere blant dem som var oppgitt å ikke være positivt innstilt til attføring som det var aktuelt å vurdere mot uførepensjon.

I intervjuene ble saksbehandlerne i begge etater spurt om betydningen av motivasjon for attføringsmulighetene. Det ble svart at om en person oppfattes å ikke være motivert, henger det ofte sammen med personens opplevelse av sin sykdom. Som en saksbehandler ved et arbeidskontor sa: «*Det er mange ganger sammenheng mellom lite motivasjon, dårlig selvbilde og psyke*». Så selv om saksbehandlerne i liten grad krysset av for manglende motivasjon som grunn til ikke å iverksette attføring, innebærer ikke det

nødvendigvis at motivasjon ikke har betydning for totalvurderingen av hensiktsmessigheten av attføring.

Mangel på egnede tiltak

Denne begrunnelsen var det av de oppsatte svaralternativene som gikk på selve attføringssystemet. Bakgrunnen for å ta med dette svaralternativet er de mange sakene hvor attføringstiltak ikke iverksettes, selv om de medisinske vilkår for attføring er vurdert oppfylt. En forutsetning for gjennomføringen av attføringsreformen var at arbeidsmarkedsetaten skulle ta ansvar for sakene og finne frem til hensiktsmessig attføringstiltak dersom trygdekontoret har funnet at de medisinske vilkår er oppfylt (Ot.prop. nr. 58 1992-93). I den grad begrunnelsen for ikke å iverksette tiltak er at attføring ikke er hensiktsmessig, kunne en derfor vente at dette var relatert til tilgangen av egnede tiltak. Begrunnelsen «mangel på egnede tiltak» skulle benyttes som en indikator på en mangler ved tiltakstilbudet til yrkeshemmede i forhold til det behov etatene ser at de har.

Undersøkellesområdet, de største byene, ble valgt med tanke på å inkludere mest mulig av det eksisterende tiltakstilbudet. Det betyr ikke at alle områder i landet har samme variasjon i tiltakstilbud. En konsekvens av dette er at vi kunne vente færre responser med denne begrunnelsen for ikke å sette i verk attføring, enn andre steder i landet. En annen konsekvens er at vi kan anta at det er mangler ved tiltakstilbudet i den type saker denne begrunnelsen ble gitt. Manglende tiltak ble krysset av i tre saker.⁹⁵ Disse dreide seg om:

- Rusmiddelmissbruker i 40-årene med sammensatt problematikk. Arbeidsmarkedsetaten skrev at personen «*var innsøkt ved en tilsynelatende egnet tiltak/institusjon, men har fått avslag*». Arbeidsmarkedsetaten ville anbefale vedkommende å søke attføring, men var usikker på om uførepensjon var aktuelt.
- Sterkt svaksynt kvinne i 30-årene uten yrkeserfaring, som hadde vært mottaker av enslig forsørgerstønad. Hun var positiv til attføring, men hadde dårlige norskkunnskaper. Hun hadde vært utredet ved arbeidsrådgivningskontoret og det ble oppgitt at det var aktuelt å søke uførepensjon.
- Kvinne i 40-årene med én uoppgitt diagnose. Hun var utredet ved arbeidsrådgivningskontoret. Arbeidskontoret anbefalte at hun søkte gradert uførepensjon, samt forsette i deltid i tidligere jobb.

⁹⁵ Begrunnelsen var avmerket på fire skjemaer, hvorav to gjaldt samme sak.

De tre sakene er beskrevet for å vise variasjonen mellom sakene. Sakene dreier seg om personer med ulike typer yrkeshemninger, bakgrunn og problemer. Registreringsskjemaene var innsendt av arbeidsmarkedsetaten, slik at det ikke er mangel på kunnskap om tilgjengelige tiltak som ligger til grunn. I to av sakene hadde dessuten arbeidsrådgivningskontoret vært involvert. Felles for disse sakene er at uførepensjon blir en mulig løsning. Siden saksbehandlerne i disse sakene faktisk brukte svaralternativet «manglende tiltak», kan en spørre om disse sakene kunne unngått å bli uførepensjons-saker dersom egnet tiltak hadde vært tilgjengelig.

At så få henviste til manglende tiltak som grunn for ikke å sette i gang attføring, var uventet, og står i kontrast til andelen attføringssøkere som får avslag fordi attføring ikke er hensiktsmessig (Jf. forutsetningene for attføringsreformen). I intervjuene kom det frem at når saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten avslår attføring, er det ofte fordi en ikke har greid å finne frem til hensiktsmessige tiltak. Det at en ikke kommer frem til hensiktsmessige tiltak forklares med gapet mellom de krav som stilles for deltakelse i ulike typer tiltak og den yrkeshemmedes utgangspunkt. Responsen indikerer at problemforståelsen ikke umiddelbart defineres som et spørsmål om tiltakene, men heller som at personene ikke passer i forhold til tiltakstilbudet. Det ble dessuten henvist til at det var få plasser i tiltak for grupper med oppfølgingsbehov, lange ventelister til tiltak som gjorde at de ikke ble ansett å være hensiktsmessige. Denne argumentasjonen indikerer at eventuelle mangler ved tiltakstilbudet har innvirkning på om potensielle attføringskandidater vurderes som «for syke» til å gjennomgå attføring.

En trygdefunksjonær fortalte i intervjuet at hun savnet tiltak tilsvarende dem som foreligger for personer med alvorlige funksjonshemninger, som for eksempel cerebral parese eller manglende språk. Der investeres det store ressurser for at personene skal få aktivitet. Som hun sa:

Hvis noen hadde stilt opp for dem [attføringssøkerne] sånn som de gjør med de andre. Ikke det at jeg ikke unner dem [funksjonshemmede] det, men om de som var friskere og har mulighet til å forsørge seg selv også kunne fått den hjelpa over en periode. Hva kunne vi tjent inn i pensjoner, på sikt. - Med å gå inn tidlig i en sykepengesak, eller tidlig for en ungdom med støtte og hjelp over en periode, sånn som alvorlige funksjonshemmede får, som selvfølgelig aldri kommer i noe lønnet arbeid. Så kunne også folk som har muligheten til å komme i lønnet arbeid fått mye mer hjelp altså.

Det er stor variasjon mellom attføringstiltakene som tilbys yrkeshemmede med tanke på tilgjengelighet og hvilke krav de stiller til brukerne. I begge etater viste flere saksbehandlere til tiltaket «Arbeid med bistand» som et eksempel på et godt skreddersydd tiltak. Begrensningen i omfanget av tiltaket ble opplevd som et problem.⁹⁶ Enkelte steder er ventetiden på å komme i denne typen tiltak ett år. Det er også lange ventelister ved en del arbeidsmarkedsbedrifter, som blant annet brukes som utprøvningsplasser.⁹⁷ Det ble også vist til arbeidsmarkedsbedriftenes resultatkrav, som gjør at de selekterer hvem de tar inn.⁹⁸ Et annet forhold i denne sammenhengen var arbeidsoppgavene i arbeidsmarkedsbedriftene ikke egner seg for personer med en del typer lidelser.

Flere av saksbehandlerne i trygdeetaten var inne på behovet for tiltak der man kunne ha en forsiktig start, eksempelvis:

Og det med mer forsiktig tilbakeføring til arbeidslivet. Du skal være frisk før du starter opp... Folk kanskje må få litt mer tid til å omstille seg fra det ene til det andre.

Dette samsvarer dårlig med vilkårene for de fleste av attføringstiltakene. En saksbehandler på arbeidskontoret viste til at dersom en person hadde en uføregrad på 100 prosent, skulle personen delta i tiltak på fulltid. Som vedkommende sa om deltagelse i heltid og forsiktig oppstart:

Hvis man har en uførhet på hundre prosent og får attføringspenger hundre prosent, og det ikke er noe i legeerklæringen som tyder på at en ikke kan delta, for eksempel på skolegang på heltid, på hospitering på heltid eller på kurs, så krever vi det. Jeg sier samtidig at, hvis dere ønsker å begynne litt roligere, må det selvsagt grunngis, eventuelt dokumenteres. Da er det klart vi gjør det. Det er der vi opplever en liten konflikt. Det er relativt sjelden at folk, etter hvert som de har fordøyd dette, kommer hit og ber oss om de ikke kan begynne i femti prosent. Når de kommer så har de vanligvis gode grunner, og da gir vi dem rom for det. Vi avslår ikke saker på det grunnlaget, det har aldri skjedd. Men jeg synes at forventningene er i harmoni med det som er vår politikk. De skal jo snarest mulig tilbake til arbeidslivet, det er jo det som er målet vårt. Deres forutsetninger er at de skal delta på heltid hvis det ikke

⁹⁶ Per september 1999 var det ifølge opplysninger fra Arbeidsdirektoratet i underkant av 1500 personer i tiltaket «Arbeid med bistand».

⁹⁷ Per september 1999 var det ifølge opplysninger fra Arbeidsdirektoratet 5500 plasser i arbeidsmarkedsbedrifter, i underkant av 1500 plasser i «Arbeidsforberedende trening».

⁹⁸ I Arbeidsmarkedsetatens programnotat for år 2000 3.1.2 (h) vises det til målet om at minst 50 prosent av arbeidstakerne som avslutter fase 2 i arbeidsmarkedsbedrifter skal gå til ordinært arbeid eller egenfinansiert utdanning. (Arbeidsdirektoratet 1999b).

er noe annet. Og nittifem prosent av alle, i hvert fall som vi har her, deltar jo på heltid. Og det er jo ikke skolegangen, tiltaket, de er syke i forhold til, det er jo i forhold til gammelt yrke.

Det er to forhold som peker seg ut i dette sitatet. Det ene er at nittifem prosent av de som vedkommende refererte til, var i tiltak på heltid. Det andre er avgrensingen av forsiktig oppstart til femti prosent deltagelse, dersom behov er dokumentert. I relasjon til andelen som ikke kommer i tiltak, indikerer det at vilkårene for deltagelse er strenge i forhold til de behov trygdeetaten uttrykker at personene har. En av brukerne vi intervjuet, skulle gå i gang med å forsøke seg i 20 prosent arbeid og mente at det var et passe ambisiøst startpunkt. Dette var en av dem som arbeidskontoret mente kunne søke seg jobb selv, dersom bedriftsintern attføring ikke førte frem. En slik forsiktig oppstart er ikke mulig å få til uten trygdeytelser, dersom personene ikke har andre forsørgeskilder.

I trygdeetaten viste flere saksbehandlere til at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om arbeidsmarkedsetatens tiltakstilbud. De syntes imidlertid at det var vanskelig å forstå at en ikke kunne komme frem til hensiktsmessige tiltak for en del av de sakene de fikk i retur. I arbeidsmarkedsetaten var flere, i intervjuene, inne på dilemmaet mellom kravene som stilles for å delta i en rekke tiltak og komme i arbeid og fungeringsnivået til søkerne. På den ene siden så de behovet for mykere oppstart for enkelte. Argumentet var at dersom personene ikke greide vilkårene som stilles i tiltakene, hvordan skulle en da vente at de ville greie en jobb. På den annen side tilsier ikke arbeidssituasjonen til saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten, sammen med signalene fra direktorat og andre overordnede, at de i større utstrekning skal bestrebe seg på attføring av personer som de ikke antar vil ha mulighet for å kunne komme i en jobb. For at dette skal være noenlunde realistisk må personene ha et visst minimum av fungering med hensyn til egendriv, fremmøte og lignende.

Attføring ikke nødvendig

På seks skjemaer ble grunnen til ikke å iverksette attføring oppgitt å være at attføring ikke var nødvendig (jf. §11-6 i lov om folketrygd). Nødvendighetsvurderingen har hatt mindre plass i den offentlige debatt enn hensiktsmessighetsvurderingen. Det har riktignok blitt hevdet at arbeidsmarkedsetaten tar inn de sterkeste søkerne og avslår de svakere. Noen potensielle attføringssaker avvises forut for overføring til arbeidsmarkeds-

etaten, med begrunnelse at personene kan melde seg som arbeidssøkere. En kunne anta at disse er de med best forutsetninger for å komme i arbeid. I den utstrekning saker avvises fordi de kan søke arbeid uten kvalifiserende attføring indikerer det også de «sterkeste» selekteres ut fra attføring. I den grad saker som avvises ut fra nødvendighetsvurderingen henvises til andre typer tiltak eller ordninger peker det i retning av en annen type tilpasning.

Sakene som ble avslått på grunn av nødvendighetskriteriet i denne undersøkelsen, viser til ulike aspekter: I ett tilfelle hadde en person 50 prosent uførepensjon. Vurderingen i denne saken var at personen derfor ikke var vesentlig yrkesvalgshemmet, og kunne bruke sin restarbeidsevne i helsetilpasset arbeid. I en annen sak ble ikke attføring ansett som nødvendig fordi personen hadde fått et arbeidstreningstilbud med kursstønad (en alternativ ytelse). En annen som var innsøkt på et «tilsynelatende egnet tiltak» fikk avslag ut fra nødvendighetsvurdering av tiltaket. En sak var vurdert i basisgruppe og skulle friskmeldes til arbeidsformidlingen. Nødvendighetsvurderingen var her knyttet til at personen tidligere hadde vært gjennom attføring. Ett annet av avslagene i forhold til nødvendighetsvurderingen var begrunnet med uenighet mellom behandlende og rådgivende lege. En av sakene med begrunnelsen at attføring ikke var nødvendig gjaldt en stoffmisbruker. I denne saken som kom fra arbeidsmarkedsetaten var det oppgitt at stoffmisbruk *ikke* var sykdom/skade, personen var fysisk frisk. Anbefalingen var at personen skulle melde seg som ordinær arbeidssøker.

Sakene ovenfor viser variasjonen mellom dem som fikk avslag med henvisning til nødvendighetskriteriet. Signalene i arbeidsdirektoratets Programnotat (Arbeidsdirektoratet 1999b) og Utjamningsmeldinga (St.melding nr. 50 1998-1999) er at yrkeshemmede, som andre arbeidssøkere, skal vurderes i forhold til arbeidsmarkedet før de får tilbud om tiltak. Praksis er nå, noen steder, at yrkeshemmede skal forsøkes formidlet og eventuelt gjennomgå jobbsøkerkurs, før de får tilbud om attføring. For noen vil dette kunne fungere i dagens gode arbeidsmarked.

En saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten viste til at distriktsarbeids-sjefen mente at saksbehandlerne måtte forbedre sin «avslagskompetanse» (bli flinkere til å gi avslag). I hvilken grad en slik praksis er gunstig, vil avhenge av hvordan den praktiseres. En brukerundersøkelse av kvinner med muskel-/skjelettlidelser viser hvordan press om «tilbake i jobb» på sikt kan forverre situasjonen for personen (Alm Andreassen 1999). Ansatte ved arbeidsrådgivningskontor uttrykte også bekymring over at arbeidsmarkedsetaten i den senere tid ser ut til å prioritere kortsiktige resultatmål og i mindre

grad skjeler til de yrkeshemmedes muligheter til å forbli i arbeid over tid med sin yrkeshemming.

Bedriftsintern attføring ikke utredet eller forsøkt

På fire av skjemaene var begrunnelsen for ikke å igangsette yrkesrettet attføring at bedriftsintern attføring ikke var tilstrekkelig utredet/forsøkt, eller at en søkte å iverksette dette. Dersom bedriftsintern attføring var et aktuelt alternativ, ble ikke attføring ansett å være hensiktsmessig og nødvendig av arbeidsmarkedsetaten på det tidspunkt.

Ifølge arbeidsdelingen mellom etatene er det trygdeetatens oppgave å forsøke å få til bedriftsintern attføring på et tidlig tidspunkt i sykeforløpet, blant annet gjennom aktiv sykemelding eller arbeidstrening med rehabiliteringspenger. En ville trodd at dette var gjort før sakene blir vurdert for andre typer attføring. I en trygderevisjonsrapport, som tok for seg saksbehandlingen i saker som var returnert fra arbeidsmarkedsetaten til trygdeetaten ved et utvalg kontorer i fire fylker i 1995, fant man at bedriftsintern attføring var vurdert i 11 og 12 prosent av de kontrollerte sakene, i henholdsvis sykepenge- og rehabiliteringsperiodene (Trygderevisjonen Hordaland Region 1996). På bakgrunn av at de fleste som er mottakere av sykepenger eller rehabiliteringspenger har et arbeidsforhold, er dette en svært lav andel, selv om tilknytningen til arbeidsgiver blir svekket jo lenger personen mottar stønader.

Ved flere av arbeidskontorene vi besøkte ble det sagt at hvis ikke det var dokumentert at trygdekontoret hadde forsøkt å få arbeidsgiver til å undersøke/forsøke bedriftsintern attføring, var det grunnlag for å returnere eller ikke ta imot saken fra trygdekontoret. Ikke alle arbeidskontor anser telefonisk kontakt med bedriften å være tilstrekkelig. Noen arbeidskontor vil ha skriftlig dokumentasjon fra bedriften om at de ikke har mulighet til å finne noe til personen. Saksbehandlere i trygdeetaten oppgav at de finner det mer tidsbesparende å ta en telefon til arbeidsgiver og forhøre seg om mulighetene for bedriftsintern attføring, enn å skrive, vente på skriftlig svar og eventuelt sende purringer. Trygdefunksjonærene hevdet at ved å ta saken opp direkte på telefon, fikk de raskt avklart om arbeidsgiver ville ha muligheter for å omplassere en person eller ikke. Den skriftlige fremgangsmåten ble opplevd å være en tidkrevende prosess som ikke nødvendigvis fører til noe mer konkret. De mente at det var lite mer de kunne gjøre på grunn av de manglende sanksjonsmulighetene.

Bedriftsintern attføring ble ansett å være et aktuelt alternativ for to av brukerne som ble intervjuet. Begge personene hadde jobbet mange år i offentlig sektor, og sakene deres var tatt opp i basisgruppemøter. De viste til flere forhold som de opplevde som vanskelige med bedriftsintern attføring. Ett var den lange tiden det tok å komme frem til et opplegg. Ingen av dem var kommet i gang med et bedriftsinternt attføringsopplegg på intervju-tidspunktet, om lag et halvt år etter registreringsdelen av undersøkelsen. Brukerne sa også at det var uklart hvem de skulle forholde seg til. De sa at de selv hadde vært pågående overfor sine arbeidsgivere med hensyn til å finne frem til opplegg. Ingen av dem følte at de kunne gå tilbake til det gamle arbeidsstedet. De ville finne alternativer innen andre deler av samme organisasjon. På arbeidskontoret fikk de vite at dersom man ikke kunne komme frem til et bedriftsinternt opplegg, kunne de angjeldende personer melde seg som ordinære arbeidssøkere. Begge vegret seg noe mot å søke jobber hos andre arbeidsgivere, av frykt for å miste opparbeidede rettigheter. I ventetiden på avklaring av sine saker mottok de «attføringspensjon» fra Kommunal Landspensjonskasse og «foreløpig uførepensjon» fra Statens pensjonskasse. Begge hadde vært offentlig ansatte i mange år. Dersom de tok arbeid hos privat arbeidsgiver ville kravene til opptjeningstid stige. I en situasjon med usikkerhet om arbeidsmuligheter og trygderettigheter representerte forskutteringen fra pensjonskassene trygghet og en tilhørighet de nødvendig ville gi slipp på.

Hos store offentlige arbeidsgivere ville en anta at det burde finnes muligheter til å finne frem til bedriftsinterne attføringsopplegg. Men selv da er det problemer. I intervjuene med saksbehandlerne på trygdekontor sa de at de ofte fikk til svar fra slike organisasjoner at de hadde ”brukt opp” den type jobber. Det er mange tidligere hjelpepleiere, hjemmehjelpere og lignende som trenger omplassering, mens det bare finnes et begrenset antall sentralbordjobber og andre mindre belastende jobber som ikke krever formell utdanning. I en av byene er kommunale sektor inndelt i områder. Disse blir betraktet som selvstendige enheter i denne sammenheng. Arbeidsgiveren hadde derfor vanskeligheter med å finne frem til alternative plasser i andre bydeler enn den personen hadde arbeidet i. En av saksbehandlerne i trygdeetaten hadde erfaring med at det kunne være lettere å komme frem til en ordning med mindre arbeidsgivere som kjente personen som skulle forsøke bedriftsintern attføring enn å få til bedriftsinterne attføringsopplegg hos store arbeidsgivere.

Andre grunner

På ti av skjemaene ble det oppgitt andre begrunnelser enn de vi har vært inne på her for ikke å iverksette attføring. Det var stor variasjon mellom disse begrunnelsene. Eksempelvis kan nevnes at personen ikke hadde møtt til avtaler, feil ansvars plassering av sak eller at personen hadde begynt i ikke-godkjent tiltak. Flere av disse var relatert til personenes helsemessige situasjon. Enkelte dreide seg om at sakene ikke var tilstrekkelig utredet. Andre refererte til at personen trengte mer behandling eller helsetilstanden uten det var avmerket på skjemaet at personen var «for syk». Slike forhold kommer vi tilbake til senere i rapporten.

Oppsummering

Vi har sett på begrunnelsene saksbehandlerne oppgav for ikke å iverksette attføringstiltak i sakene som kom i gråsonen. Fire av de fem oppgitte svaralternativene gjaldt egenskaper ved personen. Den femte gjaldt systemet i relasjon til individets situasjon. Det var noe uventet at relativt få saksbehandlere viste til mangel på egnede tiltak. De fleste svarte at personen var for syk. Dette betyr ikke at ikke de andre faktorene teller med i avveiningen av hensiktsmessighet og nødvendighet av attføring. Opplysningene fra intervjuene med saksbehandlerne tyder på at vurderingene som foretas tar utgangspunkt i kravene som stilles i de tilgjengelige tiltakene og at personenes utgangspunkt vurderes i forhold til disse kravene. Konsekvensen blir at begrunnelsene heller i retning av at personene vurderes å være for syke, og ikke i retning av at man mangler tilbud til dem som vurderes for attføring.

På flertallet av registrerings skjemaene var det at personen var for syk for attføring oppgitt som begrunnelse til ikke å sette i gang attføring. Dette favner imidlertid også andre aspekter enn selve lidelsen. Intervjuene med saksbehandlerne i de to etater viste også at vurderingen av om personen er «frisk nok» / «for syk» til å gjennomgå attføring påvirkes av personens alder, motivasjon og tiltakstilbudet. Vurderingen av disse faktorene inngår i totalvurderingen som munner ut en helsemessig begrunnelse. De fremstilles som viktige elementer i hensiktsmessighetsvurderingen. Det er mulig at en helsemessig begrunnelse oppfattes å være mer legitim enn andre begrunnelser for ikke å iverksette attføring.

Mangel på egnede attføringstiltak var avmerket på noen få skjemaer, og kun på skjemaer fra arbeidsmarkedsetaten. Saksbehandlerne i begge etater

ser imidlertid behov for flere tiltak hvor det er mulig å få en forsiktig oppstart og hvor oppgaver kan tilrettelegges ut fra personenes behov. Trygdeetatens saksbehandlere viste i intervjuene dessuten til at de ikke kjenner tilstrekkelig til arbeidsmarkedsetatens tilbud.

På flere av registreringsskjemaene oppgav saksbehandlerne andre begrunnelser for ikke å iverksette attføring enn de oppgitte svaralternativene. En begrunnelse var at attføring ikke var nødvendig. Ingen av sakene med denne begrunnelsen var blitt overført til arbeidsmarkedsetaten. Både blant brukerne og i arbeidsmarkedsetaten kom det frem bekymring for om «trenden» med å avslå attføring med henvisning til nødvendighetsvilkåret på lengre sikt kan være uheldig for en allerede utsatt gruppe. En annen begrunnelse som gjaldt flere av sakene var at bedriftsintern attføring ikke var forsøkt/ tilstrekkelig utredet. Noen arbeidskontor stiller som vilkår for å ta imot saker at utredning av mulighetene for bedriftsintern attføring skal være dokumentert. I intervjuene ble det vist til flere problemer knyttet til det å få i gang bedriftsinterne opplegg. Andre begrunnelser refererte til aspekter ved helsesituasjon, men uten at saksbehandlerne hadde oppgitt at personen var «for syk».

Hva skjer videre med gråsonesakene?

Det har vært foretatt en rekke studier av overganger mellom ulike trygdeytelser (se Hansen (red.) 1999). Disse har i stor utstrekning basert seg på registerdata. De studiene som i skrivende stund er tilgjengelige, gjelder stort sett overganger med utgangspunkt i attføringsløp som startet før attføringsreformen. Studier om avslag har for det meste omhandlet avslag på søknader om uførepensjon (for eksempel Andersen 1993, Rikstrygdeverket 1997) og ikke yrkesrettet attføring. I registreringsdelen av vår undersøkelse ble saksbehandlerne bedt om å oppgi hva som var gjort i sakene, samt hva som skulle skje videre med sakene de sendte inn (gråsonesakene). De innkomne svar angir det saksbehandlerne antok/trodde ville skje videre. Vi går ut ifra at den videre plan hadde betydning for de vurderingene som ble gjort og beslutningene som ble fattet i sakene.

For å gi en mer omfattende bakgrunn for de innkomne opplysningene om hva som var den videre plan i sakene vi fikk inn i vår undersøkelse, vil vi først se nærmere på registerdata. Vi har tatt utgangspunkt i arbeidsmarkedsetatens statistikk over personer med attføringspenger og statistikken over yrkeshemmede. I vår undersøkelse intervjuet vi seks brukere om hvordan de hadde innrettet seg etter avslaget på attføring. Selv om vi derfor ikke har informasjon om hvordan personer som kom i gråsonen tilpasset seg på mer generell basis, kan opplysningene fra brukerne vi intervjuet gi eksempler på noen ulike tilpasninger. Til slutt i dette kapitlet vil vi komme inn på noen av erfaringene til de intervjuede brukerne.

Hvilke løsninger blir saker som overføres til arbeidsmarkedsetaten utskrevet til?

Flertallet av gråsonesakene i vår undersøkelse hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten. Registerdata fra arbeidsmarkedsetaten kan således fungere som en parallell til den delen av sakene i vår undersøkelse som ble overført til arbeidsmarkedsetaten. Omlag halvparten av dem som utskrives fra arbeidsmarkedsetatens statistikk over personer med attføringspenger, utskrives i utrednings/ventetidsfasen. Det at såpass store andeler utskrives uten at attføringstiltak er forsøkt indikerer at det er et misforhold mellom praksis og forutsetningene som lå til grunn for dagens organisering av attføringsarbeidet (Ot.prp. nr. 58 1992-93).

Vi baserer oss her på en antagelse om at de som utskrives fra registeret i vente/utredningsfasen ikke har vært i attføringstiltak.⁹⁹ Vi regner med at personer som har vært i tiltak utskrives fra en av tiltakskategoriene. Når arbeidsmarkedsetaten rapporterer sine attføringsresultater oppgis resultatene for mottakere av attføringspenger og andre yrkeshemmede samlet under ett. Vi skiller mellom disse to gruppene, fordi det er attføringspengemottakerne som er relevante i vår sammenheng. Ved å sammenstille mottakere av attføringspenger med de andre yrkeshemmede får vi samtidig muligheten til å synliggjøre eventuelle forskjeller mellom de to gruppene yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens registre.

Tabell 8 viser utskrivningsårsaker for personer som ble utskrevet fra arbeidsmarkedsetatens registre over yrkeshemmede i utrednings/ventetidsfasen.¹⁰⁰ Tabellen er basert på opplysninger fra arbeidsmarkedsetatens statistikk om yrkeshemmede (Arbeidsdirektoratet (1998) tabell 4.14 og Arbeidsdirektoratet (1999c tabell 4.17), og arbeidsmarkedsetatens «Statistikk over personer med attføringspenger».¹⁰¹ De to statistikksettene opererer med noe ulik inndeling av utskrivningsårsaker. Det er færre kategorier i statistikken om yrkeshemmede enn statistikken om attføringspengemottakere. Vi har tilpasset kategoriene på følgende måte: I kategorien «Arbeidsløsninger» inngår utskrivningsårsakene «Ordinært arbeid» og «Arbeid/ Trygd kombinasjon». Kategorien «Sosial- og helsemessig behandling» omfatter «Utskrevet til Sosial utredning/bistand» og «Utskrevet til helsemessig bistand». Kategorien «Annet» omfatter «Innkalt 2 ganger ikke møtt», «Automatisk utskrivning», samt «Ukjent». Kategoribetegnelsene «Formidlingsklar», «Skolegang» og «Søkt uførepensjon» benyttes i begge statistikksett.

⁹⁹ Basert på tall fra Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister var andelene med ytelse «ventetid mellom tiltak» og «ventetid før arbeid» henholdsvis tre prosent og én prosent i løpet av den vel halvårige oppfølgingsperioden.

¹⁰⁰ I Arbeidsdirektoratets månedsstatistikk benyttes betegnelsen yrkeshemmede, i statistikken over attføringspengemottakere er betegnelsen personer. Alle saker gjelder personer. Derfor vil de som inngår i denne statistikken omtales som personer.

¹⁰¹ Fra Arbeidsdirektoratets statistikk over personer med attføringspenger for desember 1998 samt desember 1999 tabell 16, som vi fikk tilsendt fra Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse.

Tabell 8: Type løsning personer utskrevet i vente/utredningsfaser ble utskrevet til, etter om de var mottakere av attføringspenger eller ikke. Desember 1998 (N=899) og desember 1999 (N=896) Prosent

Desember 1998			
	Attføringspenger	Hadde ikke attføringspenger	Yrkeshemmede samlet
Utskrevet til:			
Arbeidsløsninger	10 (53)	19 (70)	14 (123)
Formidlingsklar	5 (26)	10 (39)	7 (65)
Skolegang	0 (1)	4 (15)	2 (16)
Sosial- og helsemessig behandling	40 (210)	24 (89)	33 (299)
Uførepensjon	29 (153)	15 (58)	23 (211)
Annet	15 (78)	28 (107)	21 (185)
Sum	99 (521)	100 (378)	100 (899)

Desember 1999			
	Attføringspenger	Hadde ikke attføringspenger	Yrkeshemmede samlet
Utskrevet til:			
Arbeidsløsninger	8 (45)	19 (66)	12 (111)
Formidlingsklar	6 (33)	14 (49)	9 (82)
Skolegang	0 (4)	2 (7)	1 (11)
Sosial- og helsemessig behandling	45 (246)	24 (85)	37 (331)
Uførepensjon	28 (151)	15 (53)	23 (204)
Annet	12 (64)	26 (93)	18 (157)
Sum	99 (543)	100 (353)	100 (896)

Tabell 8 viser at mønsteret i hovedtrekk er det samme for dem som ble utskrevet fra attføring i vente/utredningsfasen med ett års mellomrom, noe som tyder på at fordelingene er relativt like. Det er dessuten klare forskjeller mellom yrkeshemmede med og uten attføringspenger, med hensyn til hvilke typer løsninger de ble utskrevet til. Noen få forhold vil kommenteres spesielt.

Det første er andelene som ble avsluttet med sikte på arbeid («Arbeidsløsninger»/ «Formidlingsklar»). På begge tidspunkt var det en liten andel blant dem med attføringspenger som fikk en slik løsning. Tilsvarende andel var høyere blant de øvrige yrkeshemmede. Personer som ikke har rett til attføringspenger har et annet utgangspunkt for å forsøke attføring.¹⁰² Dette kan tyde på at samarbeidet mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten bidrar til å redusere overføring av potensielle attføringssaker fra trygdeetaten

¹⁰² Jf. kapitlene «Rammene rundt grensdragningen» og «Hvilke saker blir gråsonesaker?»

til arbeidsmarkedsetaten i de tilfeller der arbeidsmarkedsetaten antar det er mulighet til å komme i arbeid uten attføringstiltak.

Et annet forhold vi vil påpeke er de høye andelene av attføringspengemottakere som ble utskrevet av helsemessige grunner. Mer enn to tredjedeler av attføringspengemottakerne ble utskrevet fra vente/utredningsfasen, til «Sosial- og helsemessig behandling» og «Uførepensjon» til sammen. Helsemessige forhold inngår som en del av vilkårene for retten til attføringspenger, mens det ikke stilles slike vilkår for mottak av annen attføringsbistand administrert av arbeidsmarkedsetaten.¹⁰³ Derfor er det noe betenkelig at såpass mange av dem med attføringspenger ble utskrevet fra attføring på helsemessig grunnlag, uten at attføringstiltak var gjennomgått.

Tabell 8 viser at en stor andel (40 prosent) av dem som hadde attføringspenger ble utskrevet fra vente/utredningsfasen til «Sosial- og helsemessig behandling» i desember 1998.¹⁰⁴ En tredjedel av alle attføringspengemottakerne som ble utskrevet fra arbeidsmarkedsetatens register i desember 1998 uansett status, ble utskrevet til «Sosial- og helsemessig behandling. Andelen er betydelig høyere blant attføringspengemottakerne enn blant de øvrige yrkeshemmede. Dette kan tyde på at arbeidsmarkedsetatens tiltakstilbud muligens i mindre grad er tilpasset personer med helsemessige problemer enn andre typer yrkeshemninger. Dersom dette er tilfelle er det grunn til å se nærmere på tiltakstilbudet arbeidsmarkedsetaten har til personer med helseproblemer, fordi etaten administrerer attføringstiltakene. En annen mulig tolkning av den høye andelen som utskrives for helsemessig bistand blant attføringspengemottakerne er at det foregår en betydelig overføring av saker til arbeidsmarkedsetaten, før den helsemessige situasjon er tilstrekkelig avklart. Trygdeetaten er under påtrykk for å komme raskt i gang med tiltak. Det kan være et misforhold mellom vektleggingen av tidlig inngripen og mulighetene for raskt å få en tilstrekkelig helsemessig avklaring. Dersom rask iverksettelse kun fører til en runde via arbeidsmarkedsetaten uten at prosessen kommer i gang, kan en spørre om det er hensiktsmessig utnyttelse av ressursene.

Et annet helserelatert aspekt, er den relativt høye andelen (29 prosent) av attføringspengemottakere som ble utskrevet med sikte på uførepensjon.

¹⁰³ Sosiale forhold gir derimot ikke rett til attføringspenger, men er et argument for å innvilge annen attføringsbistand.

¹⁰⁴ Det var kun sju av de 210 attføringspengemottakerne i kategorien «Sosial- og helsemessig behandling» som ble utskrevet til «Sosial utredning/ bistand».

Flertallet (75 prosent) av alle attføringspengemottakerne som ble utskrevet med sikte på uførepensjon i desember 1998, ble utskrevet i vente/utredningsfasen.¹⁰⁵ De som står i «fare» for å falle ut av arbeidslivet på mer permanent basis, er den gruppen som lovverket er ment å ivareta gjennom kravet om at hensiktsmessig behandling og attføring skal være gjennomgått (§ 12-5 i lov om folketrygd). Bestemmelsen tilsier at en viss andel av attføringspengemottakerne som forsøkes attført nødvendigvis må utskrives til uførepensjon. En annen sak er at mange antagelig bare har vært gjennom en teoretisk vurdering av attføringsmulighetene, det vil si ikke forsøkt seg i tiltak. En dommer i Trygderetten, som vi intervjuet, antydet at utprøving i et *for personen egnet* attføringstiltak i seks måneder var å anse som en rimelig utprøving av attføringsmulighetene i forbindelse med søknad om uføretrygd. Tallene vi har sett på indikerer at praktisk utprøving over såpass lang tid mer er unntaket enn hovedregelen.

Et annet tankevekkende forhold er at arbeidsmarkedsetaten i sine ulike dokumenter viser til at de lykkes med å få halvparten av de yrkeshemmede i «Arbeidsløsninger». Tabell 8 illustrerer at det er store forskjeller mellom yrkeshemmede med og uten attføringspenger. Det var som sagt om lag halvparten av de med attføringspenger som ble utskrevet i vente/utredningsfasen. Ser vi på fordelingene blant alle utskrevne yrkeshemmede er det også store forskjeller mellom de to gruppene yrkeshemmede.¹⁰⁶ I desember 1998 ble 29 prosent av attføringspengemottakerne utskrevet til arbeidsrelaterte løsninger («Arbeidsløsninger» + «Formidlingsklar»), uavhengig av hvilken status de ble utskrevet fra. I desember 1999 var andelen til arbeidsløsninger økt til 35 prosent. Med andre ord ble en betydelig lavere andel utskrevet til arbeidsrelaterte løsninger blant dem med attføringspenger, enn de 50 prosent som fremkommer i den samlede resultatrapporteringen for alle yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten. Desember er riktignok ikke er den måneden flertallet av sakene avsluttes, og det kan antas at de som har gjennomgått skolegang i det ordinære skolesystemet vil kunne bidra til å heve andelen som er formidlingsklare noe.

Registerdataene fra arbeidsmarkedsetaten tyder på at store deler av de som overføres til arbeidsmarkedsetaten forsøkes attført på et tidspunkt i prosessen hvor de ikke er klare for de attføringstiltakene som arbeidsmarkedsetaten har til disposisjon.

¹⁰⁵ Andelen var omtrent på samme nivå i desember 1999; 72 prosent.

¹⁰⁶ Jf. vedlegg 3.

Hva skulle skje videre i gråsonesakene i vår undersøkelse?

Vi har tidligere vært inne på at om en sak er i gråsonen vil den på ett eller annet tidspunkt opphøre å være gråsonesak og få en løsning, om enn midlertidig. Tabell 9 viser hva saksbehandlerne som sendte inn skjemaene antok ville skje videre i de innsendte gråsonesakene. I noen tilfeller ble alternative planer skissert, dersom det oppgitte første alternativ ikke førte frem. Tabellen angir de planene som ble oppgitt å være første valg.

Tabell 9: Videre plan for gråsonesakene. Prosent (N=55)

Saksbehandlers antagelse om videre gang i sakene:	
Rehabilitering / videre behandling	25 (14)
Videre utredning	15 (10)
Uførepensjon	20 (12)
Avslag / arkivering / stans ytelser	11 (6)
Melde seg som arbeidssøker	11 (6)
Bedriftsintern attføring	7 (4)
Annen type tiltak	2 (1)
Flytte	4 (2)
Sum	100 (55)

Som det fremgår av tabell 9 var den hyppigst forekommende planen at personen skulle få videre rehabilitering og/eller behandling. Denne løsningen indikerer at det var personens helsesituasjon som var utslagsgivende for at attføring ikke ble iverksatt, samtidig som helsen ikke anses å være så redusert at uførepensjon vurderes som den rette ytelsen for personen. Mottak av rehabiliteringspenger og behandling er ikke endelige løsningstyper i forhold til om personen vil fortsette i et løp i retning av arbeid eller ikke. Sakene kan således betraktes som fortsatt uavklarte.

Ytterligere femten prosent ble vurdert å trenge mer utredning. (Det gjelder med andre ord flere enn dem som hadde fått dette oppgitt som avslagsgrunn.) I disse sakene var ikke tilgjengelige saksopplysninger tilstrekkelige til å avgjøre spørsmålet om hvilken vei en skulle råde personen å gå. Disse sakene kan også anses å være uavklarte. Sakene der de medisinske forhold enten ikke var tilstrekkelig utredet, eller der det var behov for ytterligere behandling, utgjør til sammen i underkant av halvparten av gråsonesakene.

En femtedel gikk i retning av uførepensjon som løsning. Dette innebærer at saken ble returnert til trygdekontoret med søknad om uførepensjon eller personen ble anbefalt av arbeidskontoret å søke uførepensjon. I tillegg til disse sakene hvor uførepensjon ble skissert som løsning, var det noen saker hvor det å søke uførepensjon ble oppgitt å være et eventuelt alternativ. Til sammen utgjorde disse en drøy tredjedel av sakene.

I elleve prosent av sakene ble det gitt avslag eller saken ble stanset uten at noen videre plan var oppgitt. På flere av disse skjemaene var spørsmålet om hva som skulle skje videre besvart med at det var opp til søkeren selv. I tillegg var det én sak hvor personen begynte i et ikke godkjent tiltak, selv om tiltaket ble oppgitt å være hensiktsmessig ut fra personens helsemessige situasjon. I ytterligere to saker skulle personene flytte, derfor var ikke løsningen skissert som en plan. Det er mulig at attføringsspørsmålet ble aktualisert igjen på personenes nye bosted.

De øvrige sakene kan stort sett sies å ha fått en løsning, ved at det foreligger en plan som fører i retning av tilnærming til arbeidslivet, selv om den ikke inngår i attføringstiltak under arbeidsmarkedsetatens ansvarsområde. Elleve prosent skulle melde seg som arbeidssøkere. Dette er saker hvor arbeidsmarkedsetaten har vurdert saken slik at attføring ikke anses nødvendig. Vi har tidligere påpekt at dersom arbeidsmarkedsetaten kommer frem til at attføring ikke anses nødvendig, så bortfaller i praksis retten til yrkesrettet attføring, selv om vilkårene i folketrygdlovens §11-5 anses oppfylt av trygdeetaten. Sju prosent av sakene hadde som løsning at bedriftsintern attføring skulle forsøkes. Som vi har vist til tidligere, er dette en mulighet som deler av arbeidsmarkedsetaten mener at trygdeetaten skal ha uttømt før saken vurderes for yrkesrettet attføring i arbeidsmarkedsetaten. Slik sett er dette saker som, dersom trygdeetaten hadde «gjort jobben sin» (slik det ble formulert av saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten) ikke nødvendigvis hadde kommet i gråsonen. Et annet forhold er at selv om dette er den skisserte plan for det videre forløp, er det ikke sikkert at bedriftsintern attføring vil la seg gjennomføre

Det er et relativt godt samsvar mellom fordelingene fra arbeidsmarkedsetaten (jfr. tabell 8) og de løsninger saksbehandlerne antok gråsonesakene ville få. Som vi har sett av det foregående, får sakene som utgjør gråsonen en rekke svært ulike løsninger. Et spørsmål i denne forbindelse er om det er sammenheng mellom den måten sakene har blitt håndtert på, begrunnelser for å ikke iverksette attføring og de skisserte løsningene. Overføring av saker mellom etatene er i en viss utstrekning betinget av

organiseringen av samarbeidet mellom etaten. Det er likevel grunn til å anta at sakene som var vurdert i begge etater fikk løsninger som var basert på et bredere informasjonsgrunnlag, enn de som var stanset i attføringsløpet på et tidligere stadium i prosessen.¹⁰⁷ I om lag halvparten av gråsonesaken var begrunnelsen for ikke å iverksette attføringstiltak at personen saken gjaldt ble ansett å være for syk. Det er samvariasjon mellom opplysningene om sakene hadde blitt overført mellom etatene og bruken av begrunnelsen «For syk» for ikke å iverksette attføringstiltak, samt hvilken plan som var lagt i sakene.¹⁰⁸

Tabell 10: Planlagt forløp i gråsonesakene etter; om sakene var overført til arbeidsmarkedsetaten eller ikke, og om grunnen til ikke å sette i verk attføring var at personen ble ansett å være for syk eller ikke. (N=55)

Sakshåndtering:	Ikke overført		Overført		Totalt
	<i>For syk</i>	<i>Annen grunn</i>	<i>For syk</i>	<i>Annen grunn</i>	
<i>Begrunnelse:</i>					
Plan videre:					
Rehabilitering/Videre behandling	2	1	11	0	14
Videre utredning	0	3	5	2	10
Uførepensjon	0	1	8	3	12
Avslag/Arkivering/Stans ytelse	1	0	2	3	6
Bedriftsintern attføring	0	3	0	1	4
Melde seg som arbeidssøker	0	5	0	1	6
Annen type tiltak	0	1	0	0	1
Flytte	0	2	0	0	2
Sum	3	16	26	10	55

I tabell 10 er de ulike planene for sakene satt i sammenheng med disse to aspektene ved saksarbeidet. I tabellen er sakshåndteringen inndelt i «Ikke overført» og «Overført», etter om sakene var stanset før overføring mellom etatene eller om de var blitt overført. Begrunnelse for ikke å iverksette attføringstiltak er inndelt i «For syk» og «Annen grunn», etter om den oppgitte begrunnelsen for ikke å iverksette attføringstiltak var at personen saken gjaldt var for syk eller ikke.

¹⁰⁷ Med unntak av de to sakene hvor arbeidskontoret utarbeidet en forhåndsuttalelse. Selv om sakene ikke ble ansett å være overført så var de behandlet i begge etater. Derfor vil de to sakene her kategoriseres som overført.

¹⁰⁸ Se vedlegg 9, tabell V25 for korrelasjonsmatrise.

Tabellen viser at begrunnelsen «For syk» oftest ble brukt i saker som hadde vært overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten og i liten utstrekning ble brukt i saker som ikke hadde vært overført. I sakene der personene ble ansett å være for syke til å gjennomgå attføring var den skisserte planen helsebetinget. Det vil si at personene sakene gjaldt enten skulle ha andre helserelaterte ytelser eller skulle utredes videre. Flertallet av sakene der planen var at personen skulle forsøke seg i arbeidsrelaterte løsninger (bedriftsintern attføring eller melde seg som arbeidssøkere) hadde ikke blitt overført til arbeidsmarkedsetaten og begrunnelsen «for syk» ble naturlig nok ikke brukt i noen av disse sakene.

Planen var oftere å tilbakeføre saken til trygdeetaten med henvisning til rehabilitering / videre behandling enn til videre utredning, når saken hadde vært overført og begrunnelsen «For syk» var benyttet. Når planen var videre utredning var begrunnelsen «For syk» kun brukt i de sakene som hadde vært overført. Det synes med andre ord å være arbeidsmarkedsetatens vurdering av helseforutsetningene som bidro til å stanse videre attføring på det tidspunkt de overførte sakene ble vurdert.

Nærmere halvparten av gråsonesakene ble ansett å trenge videre behandling / rehabilitering eller utredes videre. Langt de fleste av disse hadde både vært overført til arbeidsmarkedsetaten og ble oppgitt å være for syke for attføring. Blant sakene hvor vurderingen var at det trengtes mer utredning, var begrunnelsen for ikke å iverksette attføring, i halvparten av sakene, at personen var for syk. Dette er i overensstemmelse med avgangen fra attføringsregisteret i arbeidsmarkedsetaten, som vi så på tidligere i dette kapitlet. Dette tar vi som en indikasjon på at store deler av de som overføres til arbeidsmarkedsetaten for yrkesrettet attføring overføres for tidlig etter arbeidsmarkedsetatens vurdering. Vi så også at registeropplysningene fra arbeidsmarkedsetaten viste forskjell mellom attføringspengemottakerne og de andre yrkeshemmede. Den relativt høye andelen saker som går tilbake til trygdeetaten fordi de ikke er klare i forhold til yrkesrettet attføring, understøtter en antagelse om at en del attføringssaker fremmes for tidlig, med henblikk på yrkesrettet attføring, sett fra arbeidsmarkedsetatens side.

Samtidig attføring og behandling har vært mye diskutert. Ett av delprosjektene innen evalueringen av attføringsreformen hadde samtidighet i attføring og medisinsk behandling som tema. Man hadde store problemer med å få saksbehandlerne til å gi et overslag av forekomsten. I delrapporten anslås omfanget, med forbehold, å ligge et sted mellom ti og tjue prosent (Hvinden 1997). I et av evalueringens andre delprosjekter, kom det frem at

flertallet (77 prosent) av de spurte saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten mente at andelen med samtidig attføring og medisinsk behandling hadde økt etter reformen, mens bare halvparten av saksbehandlerne i trygdeetaten hadde det inntrykket (Ford 1997). Siden den gang har presset på trygdeetaten til å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt økt.

Det at relativt mange av gråsonesakene ble tilbakeført for behandling, rehabiliteringspenger eller videre utredning (tabell 10), tyder på at samtidighet anses å være lite aktuelt i en relativt stor andel av disse sakene. I lys av den kritikken trygdeetaten har fått i forbindelse med oppfølgingen av sykemeldte, kan dette tyde på at det er et misforhold mellom påtrykket om iverksetting av tiltak på et tidlig tidspunkt og mulighetene innen arbeidsmarkedsetaten. Trygdeetaten har hatt en økning i bruk av aktiv sykemelding og bruken av sykepenger under attføring de senere år. I desember 1998 var for eksempel 5059 personer registrert med sykepenger under attføring (Rikstrygdeverket 1999e). Selv om disse utgjør en liten andel av de langtidssykemeldte, tilsvarer de om lag ti prosent av det samlede antall yrkeshemmede, og 18 prosent av attføringspengemottakerne i arbeidsmarkedsetatens register på samme tidspunkt. Med andre ord foregår det en del aktivitet blant de langtidssykemeldte, som ikke nødvendigvis nedfeller seg i yrkesrettet attføring gjennom arbeidsmarkedsetaten. Det som skjer i saker som returneres, indikerer at overføring ikke nødvendigvis fører til at tiltaksprosessen kommer raskere i gang. Den store andelen av saker som tilbakeføres for videre behandling / rehabilitering fra arbeidsmarkedsetaten, peker i retning av at det er behov for å utvikle nye tilbud som er tilpasset denne gruppens behov, hvis disse personene skal komme i aktivitet.

Hensikten med tidlig oppfølging er også å få en avklaring i sakene. En eventuell gevinst ved å overføre slike saker kan være at det blir avklart at personen ikke er klar for attføringstiltak. Arbeidsmarkedsetatens krav om nye og relevante legeerklæringer ble begrunnet med at de kunne spare etaten for unødig arbeid. Det at såpass mange anses å trenge videre utredning, kan imidlertid også tolkes som at legeerklæringene ikke gir tilstrekkelig informasjon om en persons forutsetninger for å møte de krav som stilles til det å gjennomgå attføring. Retur av saker fra arbeidsmarkedsetaten med begrunnelse «for syk» kan også skyldes en forverring av personens lidelse. Det var kun et mindretall av sakene i vår undersøkelse hvor det ble vist til forverring av lidelsen. I en del tilfeller er det personen selv som kommer frem til at han/hun ikke er klar for attføring, for eksempel i forbindelse med planlegging av attføringstiltak. Saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten

opplyste at de da bad om dokumentasjon fra lege, dersom det var personen selv som kom frem til at vedkommende ikke kunne gjennomføre attføring.

Omtrent alle sakene hvor det var aktuelt med uførepensjon hadde blitt overført til arbeidskontoret (jf. tabell 10). Det å overføre saker til arbeidsmarkedsetaten kan enten være nødvendig for å få dokumentasjon for å underbygge en søknad om uførepensjon, eller være en strategi som brukes når man ikke ser andre alternativer. Som en saksbehandler i trygdeetaten sa:

Vi har brukt det som en strategi her, å sende dem over, be dem henvise til ARK [arbeidsrådgivningskontoret] for å få den konklusjonen vi er ute etter. Alternativet kan jo være at de får ingenting. De fyller ikke vilkårene for rehabiliteringspenger; de er ikke i behandling. Alternativet er da å gå tilbake til arbeid og få ny sykemelding fra fysisk tung jobb. Det er å påføre ham eller henne en strafferunde. Jeg ser egentlig ingen annen måte [enn å overføre saken til arbeidsmarkedsetaten], for i mange saker kan man si på forhånd at det ender med uføresak, før eller senere. De må bare ha en ekstra sløyfe i byråkratiet for å komme til den endelige avklaringen. De [fylkestrygdekontoret] pålegger at yrkesmessig attføring skal være forsøkt, men det blir ikke noe tiltak av det. Det blir konkludert med at det er ikke hensiktsmessig.

Det at potensielle eller avslåtte uførepensjonssaker overføres til arbeidskontoret, synes begge etater å være innforstått med er en nødvendighet. Det er imidlertid ikke bare slike saker som overføres til arbeidsrådgivningskontorene. Av tretten gråsonesaker som var diskutert med eller vurdert ved arbeidsrådgivningskontor gjaldt åtte potensielle uførepensjonssaker.

Det synes imidlertid å være et visst kjønnsbetinget element i sakshåndteringen. Av sakene som var tatt opp med arbeidsrådgivningskontoret, gjaldt elleve kvinner. De åtte som ikke hadde uførepensjon fra før og som ble anbefalt å søke uførepensjon, var alle kvinner. Dette kan tyde på at det anses å være nødvendig med grundigere dokumentasjon, før kvinner rådes til å søke om uførepensjon. At personene blir rådet til å søke om uførepensjon betyr imidlertid ikke at det vil bli innvilget. Slike vurderinger fra arbeidsmarkedsetaten inngår i grunnlagsmaterialet ved søknad om uførepensjon og vil, dersom trygdeetaten aksepterer at attføringsmulighetene er uttømt, kunne bidra til å styrke en uføresøknad.

Det kan synes noe underlig at flere av sakene der uførepensjon var det skisserte videre forløp, ikke var begrunnet med at personen var for syk. De var begrunnet ut fra hensiktsmessighet, og referanse var gitt til at det manglet egnet tiltak i to av disse sakene. Andre begrunnelser var forverring av

sykdom, samt behov for behandling. Det ene tilfellet som ikke var overført, gjaldt en person som var over 50 år og hadde en gradert uførepensjon. Denne personen hadde tidligere vært gjennom attføring for en del år siden, og attføringsforsøk ble vurdert som unødvendig på det grunnlag.

Det var seks av gråsonesakene som ble avsluttet (jf. tabell 10 «Avslag / Arkivering / Stans av ytelse»). Bortsett fra én sak hvor diagnosen var fibromyalgi,¹⁰⁹ gjaldt disse sakene alvorlige psykiske diagnoser (psykosor), sammensatte problemer eller rusmisbruk. Begrunnelsen «for syk» var brukt i to av disse tilfellene, der det var oppgitt at personene at de ikke var i stand til å gå i gang med hensiktsmessige attføringstiltak. Begrunnelsen «Annen grunn» gjaldt to saker hvor manglende egenoppfølging var oppgitt som årsak til at det ikke forelå noen plan. En forutsetning for å få lagt og godkjent planer er at arbeidsmarkedsetaten kommer i kontakt med personene. I disse to tilfellene hadde personene vært innkalt til møter, men ikke møtt, slik at det ikke var mulig for arbeidsmarkedsetaten å legge en plan. Det var kun én av sakene som ble avsluttet i trygdeetaten uten å ha vært overført til arbeidsmarkedsetaten. Saken gjaldt en person som ble oppgitt å være for syk. Diagnosene var alvorlig psykiske lidelse, samt rusmisbruk. Arbeidsmarkedsetaten vurderte tiltaket som personen var innsøkt ved å være mer behandlingsorientert enn arbeidsorientert og tok derfor ikke imot saken. Trygdeetaten hadde avslått søknaden etter forhåndsdrøftingen med arbeidsmarkedsetaten. Da de ikke hadde mottatt noen ny søknad fra personen ble saken derfor avsluttet i trygdeetaten.

Flertallet av dem som skulle forsøke bedriftsintern attføring var verken overført til arbeidsmarkedsetaten eller ble oppgitt å være for syke. Tilsvarende gjaldt for dem som skulle melde seg som arbeidssøkere. Det at såpass mange av dem som skulle i retning av arbeidsmarkedet ikke hadde blitt overført til arbeidsmarkedsetaten åpner for at vurderingen har skjedd på et begrenset informasjonsgrunnlag og ut fra foreliggende bakgrunnsopplysninger. To av disse sakene hadde bare vært diskutert på telefon, og fire i saksbehandlermøter uten at arbeidsmarkedsetaten nødvendigvis hadde truffet søkeren før vurderingen ble fattet. Tre var avgjort i basisgruppemøte hvor, hvis det er trygdeetaten som fremmer saken, arbeidsmarkedsetaten ikke kjenner saken fra før. Informasjonsgrunnlaget er likevel bedre i disse

¹⁰⁹ Personen denne saken gjaldt ble avsluttet fordi vedkommende begynte i et ikke-godkjent tiltak.

tilfellene, fordi arbeidsmarkedsetaten får møte søkeren og vedkommende har anledning til å fremme sitt syn.

Løsningen «bedriftsintern attføring» forutsetter at søkeren har et arbeidsforhold. Som vi har vært inne på tidligere fører ikke beslutning om bedriftsintern attføring nødvendigvis til at dette blir fulgt opp på en aktiv måte av arbeidsgiver. Ansvar for oppfølgingen i slike saker synes ut fra den informasjonen vi fikk i intervjuer med både brukere og saksbehandlere fortsatt å være noe uavklart, og indikerer behov for bedre rutiner på oppfølging av slike beslutninger. Den ene saken som hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten, gjaldt en person som hadde en delvis uførepensjon. Arbeidsmarkedsetaten oppgav på registreringsskjemaet at det var unødvendig med attføring fordi vedkommende kunne utnytte den resterende arbeidsevnen.

Det at det foreligger forslag på det tidspunkt sakene avvises for yrkesrettet attføring, er ikke nødvendigvis en endelig beslutning. Av tabellen har vi sett at situasjonen personene går til for en stor del er midlertidig, og til dels uviss. På om lag en femtedel av skjemaene opplyste saksbehandlerne at de åpnet for en ny vurdering av attføringsmulighetene på et senere tidspunkt. Dette gjaldt *ikke* de som ble antatt å få eller hadde uførepensjon, de som skulle forsøke bedriftsintern attføring eller de som skulle melde seg som arbeidssøkere. Derimot gjaldt dette i underkant av en tredjedel av dem som skulle i videre behandling / rehabilitering, samt halvparten av dem som trengte videre utredning. Det at såpass mange uoppfordret oppgav at muligheten for ny vurdering var til stede på et senere tidspunkt, understøtter antagelsen om at saker som havner i gråsonen er relatert til «systemets» muligheter for å sette i gang adekvate tilbud i forhold til de muligheter/begrensninger personene anses å ha på det tidspunkt sakene fremmes.

I argumentasjonen forut for at arbeidsmarkedsetaten fikk ansvaret for attføringssakene, ble det argumentert med at trygdeetaten var sykdomsorientert og fokuserte for mye på sykdom og begrensninger. Det ble antatt at overføringen til arbeidsmarkedsetaten ville føre til en nedtoning av sykdomsaspektet og at oppmerksomheten ble mer rettet mot individenes muligheter. Det innkomne materialet tyder på at det er flere mekanismer som samvirker til at såpass mange utskrives fra attføring uten å ha forsøkt attføringstiltak. Intervjuene med de ansatte i begge etater peker i retning av at det nå er arbeidsmarkedsetaten som fokuserer på personenes begrensninger, mens trygdeetaten i større utstrekning forsøker å peke på deres ressurser. Dette ble blant annet begrunnet med arbeidsmarkedsetatens vektlegging av

andeler som skal avslutte attføring til «aktive løsninger», og trygdeetatens krav til iverksettelse av tiltak på et tidlig stadium.

Tallene fra tabell 8 og tabell 10 støtter inntrykket av at helsemessige forhold er en viktig grunn til å avvise potensielle attførings saker. De medisinske vilkår for retten til attføringsbistand med attføringspenger fastslår kravet om at det skal være helsemessige årsaker til yrkeshemningen.¹¹⁰ Det er noe paradoksalt hvis de helsemessige problemene som er grunnlaget for retten til ytelsen samtidig er legitime grunner til ikke å iverksette yrkesrettet attføring. Det kan se ut til at kravene til trygdeetaten om rask iverksettelse, bidrar til at en del personer søkes inn til attføring før de kan klare å gjennomføre tiltak på de vilkår som arbeidsmarkedsetaten forventer. Samtidig har man muligens løst rettet attføringsvirksomheten fra de yrkeshemmedes medisinske utgangspunkt i arbeidsmarkedsetaten, slik at det i liten utstrekning er rom for personer med helseproblemer i tiltakene som finansieres gjennom attføringspenger.

Flere av saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten viste i løpet av samtalen til styringssignalene om at «*målet er jo å få dem i jobb så raskt som mulig*». I retningslinjene for vurdering av hva som er høvelig arbeid står det:

I vurderingen av høvelig arbeid skal momenter som søkers egne ønsker, trivsel og motivasjon inkluderes, da det må forutsettes at arbeidet bør være av varig art for søkeren. Det er også et selvstendig moment at helsen skal bevares (Arbeidsdirektoratet 1996b).

Saksbehandlerne rapporterte at føringene på formidling og jobbsøking før vurdering av attføringstiltak er forsterket. (Jf. Utjamningsmeldinga og praksis med obligatorisk jobbsøkerkurs). Inntrykket fra det gjennomgåtte materialet er at markedsorienteringen og formidlingsfokuseringen kan ha kommet til å dominere i vurderingene som foretas, fremfor økt ressursbruk og innsats for å komme frem til løsninger som prioriterer varig arbeid, ønsker og trivsel på lengre sikt.

Brukernes tilpasning

I det foregående har vi tatt utgangspunkt i saksbehandlerne antagelser om hva som skulle skje videre med sakene. Vi har opplysninger om hvordan sakene forløp videre det første halvåret etterpå fra de seks brukerne vi

¹¹⁰ Jf. vilkårene i § 11-5 i lov om folketrygd; om sykdom, skade eller lyte som grunn til vesentlig og varig nedsatt inntektsevne.

intervjuet. De vi intervjuet ville alle i jobb. De gav uttrykk for at de ønsket og trengte stabilitet, samt trygghet. Uvissheten som preget tiden fra de ble syke til de fikk avslaget hadde slitt på dem. Perioden etter avslaget hadde ikke ført til noen bedring i så henseende. Etter avslaget hadde det gått relativt lang tid før de fikk «innrettet» seg. Intervjuene foregikk vel et halvt år etter at sakene var vurdert med henblikk på attføring.

Eksempel på forløpet etter vedtak om avslag

I to av sakene der vi intervjuet brukere var avslagene begrunnet med at bedriftsintern attføring kunne forsøkes, eventuelt at brukerne kunne søke arbeid selv. I begge disse tilfellene gikk det mange måneder etter vedtaket i basisgruppen uten at noe skjedde fra arbeidsgivernes side. Vi trekker frem den ene av disse sakene som eksempel på forløpet etter avslag om attføring. Denne saken er valgt fordi bedriftsintern attføring tilsynelatende er en god løsning på en gråsonesak.¹¹¹ Denne saken eksemplifiserer også unngåelse, kommunikasjonssvikt, og uklare ansvarsforhold. I eksemplet tar vi med det som hadde gått forut for avslaget for å illustrere hvordan prosessen kan arte seg for en person som har vært veltilpasset i arbeidslivet før vedkommende ble syk.

Personen hadde hatt et mangeårig arbeidsforhold på en «tung» arbeidsplass. Det var vanlig praksis på arbeidsplassen at folk ble sykemeldt i perioder. Selv hadde han hatt sykemeldinger i en fireårsperiode forut for den som ledet an til attføringssøknaden. Vedkommende fikk en diagnose innen kategorien psykiske lidelser; depresjon. Han hadde hele tiden vært innstilt på å komme i arbeid igjen. Legen var opptatt av å få ham bort fra arbeidsstedet. Personen kunne etter eget syn ikke gå tilbake til det samme arbeidsstedet, da han ikke klarte det psykiske presset.¹¹² Det var ikke andre jobber på dette stedet han ville greie. Arbeidsgiver var fylkeskommunen, slik at det tilsynelatende burde la seg gjøre å finne frem til annet arbeid. Dette stod også i brosjyrene han hadde fått på arbeidsplassen. Basisgruppemøtet hvor forslaget om bedriftsintern attføring kom opp, ble holdt fjorten dager før brukeren hadde vært sykemeldt i ett år. Eneste kontakt personen hadde med arbeids-

¹¹¹ Den andre saken hvor bedriftsintern attføring skulle forsøkes hadde flere komplikasjoner enn denne eksempelsaken.

¹¹² Dette var ikke stedsbetinget på selve arbeidsplassen, men gjaldt type arbeidsoppgaver i bransjen.

kontoret var i dette basisgruppemøtet.¹¹³ Resultatet av møtet var at attføring ikke var nødvendig og saken ble derfor ikke overført til arbeidskontoret.

I basisgruppemøtet ble brukeren spurt om han kunne tenke seg å ta en viss type jobb et annet sted i fylkeskommunen, noe han sa ja til. Både brukeren og trygdekontoret hadde forstått det slik at det gjaldt et konkret arbeidstilbud fra arbeidsgiver. I den påfølgende perioden hadde brukeren kontaktet ulike instanser hos arbeidsgiver. Det var alltid han selv som hadde tatt initiativ til kontakt: «*Jeg har verken hørt fra dem, ikke fått brev fra dem, ingen ting, det er kun jeg som har tatt kontakt med dem hver gang.*» Brukeren hadde forstått det slik at arbeidsgiver var forpliktet til å skaffe ham ny jobb og fikk vite at saken omsider skulle behandles i ressursgruppen i fylkeskommunen. Brukeren beskrev det som skjedde slik:

Og så snakket jeg med min tillitsvalgte, han ringte til denne damen som jeg hadde fått oppgitt navnet på.¹¹⁴ Han fikk vite at de kunne ikke skaffe meg noen jobb. Jeg måtte søke på jobber selv i avisen og hvis jeg da fikk positivt svar på en jobb, så skulle de hjelpe meg på attføring der på det stedet. Slik beskrev han det. Jeg må si at jeg ble svært overrasket. For jeg hadde pratet med henne en uke før. Og da fikk jeg inntrykk av at det var jo de som skulle skaffe meg denne stillingen. Slik jeg forstår attføring må det jo være på den måten, når de er min arbeidsgiver. Men han fikk vite at; nei, de kunne ikke skaffe meg en jobb.

Brukeren var ikke den eneste som fant dette underlig:

Legen min, han må jeg si er rasende på dette. Han sier at dette er under enhver kritikk. Og det samme sier hun på trygdekontoret som jeg bruker, dette her er jo helt klart fylkeskommunens ansvar.

På intervjutidspunktet hadde vedkommende søkt rehabiliteringspenger, men fått muntlig beskjed om at han ikke fylte kravene. (Brukeren visste ikke hvilke krav det var han ikke fylte.) Han gikk fortsatt og ventet på svaret på søknaden. På spørsmål om hva han levde av, svarte han: «*Jeg får jo penger fra pensjonskassen, KLP [Kommunal Landspensjonskasse].*» På intervjutidspunktet var han på vei til trygdekontoret for å finne ut hva de nå kunne gjøre.

¹¹³ I intervjuet ble brukeren forundret over å bli spurt spørsmål om kontakten med arbeidsmarkedsetaten, for han visste ikke at de hadde noe med attføring å gjøre, utover at de hadde vært til stede i basisgruppemøte.

¹¹⁴ Brukeren henviser til den mannlige tillitsvalgte med «han», og den kvinnelige kontaktpersonen i fylkeskommunen med «hun/henne» i dette sitatet.

Anke

Trygderetten har hatt en betydelig reduksjon i antall ankesaker vedrørende yrkesrettet attføring etter attføringsreformen. I 1998 utgjorde ankene i attføringssaker bare tre prosent av sakene som ble anket til Trygderetten. Tidligere hadde de utgjort en betydelig større andel av sakene som kom dit. Arbeidsmarkedsetaten har ansatt jurister for å bidra til kvaliteten på sakshåndteringen. Det er et spørsmål om reduksjonen i anker til Trygderetten skyldes at arbeidsmarkedsetaten har blitt såpass mye bedre i sakshåndtering enn trygdeetaten var, eller er det andre mekanismer som ligger grunn for nedgangen? Vi har ikke undersøkt dette spesifikt. Det er imidlertid nærliggende å anta at de som får avslag på attføringssøknader og ikke umiddelbart har andre trygderettigheter, vil komme til å anke avslag.

I intervjuene var det tre av brukerne som kom inn på anker. Den ene fortalte at hun hadde blitt så nedkjørt av avslaget at hun «ikke orket» å anke. Hun sa:

Det stod i skrivet at jeg kunne få hjelp med anke, men jeg var kommet til punktet hvor jeg bare tenkte på å bygge meg opp. Skulle jeg bruke kreftene mine på det istedet for? Orket ikke vente i uvisshet, var så sliten at det ikke var noen vits i det.

Dette var en person som arbeidsmarkedsetaten mente ikke trengte attføring og som eventuelt kunne søke jobb selv. Vedkommende hadde diagnose i kategorien psykiske lidelser; depresjon. En annen bruker hadde vært gjenganger i arbeidsmarkedsetaten i ti år. Han fikk avslaget på attføring fra trygdekontoret og anket der. Deretter han gjennom sin sak sammen med saksbehandler på arbeidskontoret: «*Så gikk det en tre fire uker og gudene må vite hva som hadde skjedd, men jeg fikk ja. Jeg fikk attføring.*» Den tredje, hun som fikk uførepensjon, hadde også anket avslaget på attføring. Hun hadde ikke vært innkalt til noen møter. Begrunnelsen hun fikk for avslaget var, at hun hadde hatt attføring to ganger før og nå hadde de ikke noe mer tilbud til henne. (Forrige gang hadde attføring ført til jobben hun hadde hatt de siste fire år.) Trygdekontoret oppfordret henne til å trekke anken, så skulle hun få uførepensjon. Hun følte at hun ikke hadde noe annet valg enn å gjøre som de sa. Disse eksemplene indikerer at man for det første må ha nok energi til å gå mot systemet og anke. Dette vil også kunne ha sammenheng med kunnskap om systemet. Den måten arbeidsmarkedsetaten presenterer kravene som stilles til det å være på attføring (jfr. uttalelsen på side 94), vil kunne føre til at brukeren antar at dersom han/hun ikke kan fylle kravene, blant annet om full tid, så anser de ikke anke som et alternativ, for de fyller jo ikke

vilkårene. For det andre viser eksemplene at anker fremmes og at klagesaker behandles, men løses uten at de nødvendigvis går videre i systemet. For å få mer kunnskap om grunnene til nedgangen i ankesaker til Trygderetten og hvordan klagesaker løses er det behov for egne studier av dette.

Kilder til livsopphold

Trygdesystemet er også et inntektssikringssystem. Vi har hittil i rapporten hovedsakelig rettet søkelyset mot aktivitetsaspektet ved gråsonen og mindre på betydningen av det økonomiske. Det var kun på skjemaene til trygdeetaten at det ble spurt om mottak av trygdeytelser. I de fleste av sakene vi fikk inn fra trygdeetaten var det oppgitt at personene hadde mottatt ulike kombinasjoner av helserelaterte trygdeytelser. Av andre ytelser var det oppgitt at tre personer hadde mottatt sosialhjelp, en hadde overgangsstønad og en hadde dagpenger.

For de som har sykepengerrettigheter er ikke økonomisk støtte problemet. For en del av dem som får avslag, vil ikke rehabiliteringspenger være et alternativ siden de ikke er under behandling med utsikt til bedring. For dem som har brukt opp retten til sykepenger og som eventuelt ikke har rett til foreløpig uførepensjon, fordi trygdeetaten mener de ikke skal opprettholde sin uføresøknad, vil økonomien være et viktig spørsmål. De av brukerne som har hatt et arbeidsforhold og vært organisert i offentlig sektor, vil få penger til livsopphold fra Statens pensjonskasse og Kommunal landspensjonskasse. Det offentlige sysselsetter store andeler av de yrkesaktive, slik at ganske mange personer får penger forskuttert fra disse organisasjonene. For gifte/samboende kvinner som har hatt deltidsarbeid er det grunn til å tro at en del vil «falle tilbake» på familieforsørgelse.

For dem som ikke har arbeidsforhold eller familie som alternativ kilde til livsopphold, vil det økonomiske stå sentralt. Slik var det for den ene av brukerne vi intervjuet. Løsningen ble full uførepensjon til tross for at hun ønsket deltidsarbeid i tillegg til sin graderte uførepensjon. For andre brukere vil det være et spørsmål om de har opparbeidet seg rett til dagpenger, slik at den logiske løsningen blir å melde seg som arbeidssøker – eller om sosialkontoret blir utveien.

Saksbehandlere i begge etater gav uttrykk for at de mente sosialhjelp var en «uverdigg» løsning for personer som er yrkeshemmet på grunn av helseproblemer. Uten at det ble sagt i klartekst synes det imidlertid som om det var forskjell på om det dreide seg om en rusmiddelmissbruker eller om det

dreide seg om en som hadde falt ut av arbeidslivet på grunn av andre typer yrkeshemninger. Vi hadde ingen rusmiddelbrukere blant de intervjuede, derfor ble ikke dette et eksplisitt tema som kunne belyses fra brukersiden.

Brukernes situasjon på intervjutidspunktet

Vi har gjengitt deler av historien til den ene brukeren som man trodde hadde kommet i gang med et bedriftsinternt attføringsopplegg, men som på intervjutidspunktet ennå ikke hadde funnet en løsning på sin situasjon. Vedkommende hadde pensjon fra Kommunal Landspensjonskasse som kilde til livsopphold.

Den andre som skulle forsøke bedriftsintern attføring (eventuelt søke arbeid selv) hadde på intervjutidspunktet selv funnet frem til en 20-prosentstilling som hun skulle forsøke seg i fra høsten. Dette kunne hun gjøre fordi hun hadde «pensjonen» fra Statens pensjonskasse, slik at hun ville kunne greie seg økonomisk seg en stund til. I intervjuet fremkom det ikke opplysninger som indikerte at familieforsørgelse var en alternativ kilde for livsopphold for henne.

Én bruker hadde fått seg jobb og var fortsatt i prøveperioden da han ble intervjuet. Han var svært i tvil om arbeidsgiver ville la ham fortsette når prøvetiden løp ut. Hans avslag var begrunnet med at han tidligere hadde vært gjennom attføring. Attføringen som lå en del år tilbake i tid, hadde ført til at han kom i arbeid. Siden hadde han vært utsatt for en ulykke som førte til en ny type diagnose. Han hadde konsentrasjons-problemer og hukommelsesproblemer, i tillegg til store familiære omsorgsoppgaver. Han var veldig usikker på han skulle gjøre hvis han ikke fikk beholde jobben. Før han fikk prøve seg i jobben, hadde han fått beskjed om at han kunne få lønnstilskudd fra arbeidskontoret. Da han skulle ordne dette med arbeidskontoret hadde de sagt at de ikke hadde penger til lønnstilskuddet.

En var i en arbeidsmarkedsbedrift, og var ganske fornøyd. Det han ville var å få bli der fast. Han definerte sin situasjon som at han hadde en jobb, men det var usikkerhet knyttet til den fordi den var i en arbeidsmarkedsbedrift. Han gikk der på «attføringstrygd», som han kalte det. Han regnet med å være der et halvt år; hva som skulle skje etter det, ante han ikke. Som han sa:

Jeg har ikke avtalt noe møte med noen. Jeg bare kommer og passer jobben min. Jeg har ikke hatt noe ulovlig fravær. Jeg har ikke forsovet meg. Jeg har en god arbeidsplass. Godt miljø og ikke noen problemer.

En hadde fått omgjort vedtaket og skulle begynne i et opplæringsopplegg den påfølgende høsten. Dette var personen som hadde pendlet mellom tiltak og arbeidsledighet i ti år. Denne personen hadde universitetsutdannelse. Han anket og fikk vedtaket om avslag omgjort i løpet av kort tid.

Den siste hadde fått innvilget uførepensjon på intervju tidspunktet. Hun var frustrert over at det skulle bli slik. Dette var ikke den assistansen hun følte hun hadde behov for. Hun ville jobbe deltid, men trengte hjelp til å skaffe seg en arbeidsplass. Arbeidsmarkedsetaten hadde foreslått for henne å stille seg i arbeidsledighetskøen. Hun hadde ringt for å forhøre seg, selv om hun ikke syntes det var riktig at hun skulle melde seg som arbeidsledig med sitt helsemessige utgangspunkt, men de hadde «slengt på telefonen» fordi hun ikke hadde de rette papirene klare. Hun refererte til seg selv som «ikke stå-på type». Hun følte at det måtte man være for å nå igjennom i systemet. Alderen, sammen med lidelsen, gjorde det dessuten vanskelig å få jobb, samtidig som den type jobb hun mente hun kunne utføre sjelden ble utlyst. Hun kunne ikke skjønne at det var fornuftig at hun som ville jobbe noe, ikke skulle ha anledning til det, men heller sitte med en uførepensjon uten å gjøre noe.

Oppsummering

Vi begynte dette kapitlet med å se nærmere på hvilke løsninger saker som har vært overført til arbeidsmarkedsetaten og avsluttet uten at attføringstiltak var gjennomført ble utskrevet til, i henhold til arbeidsmarkedsetatens registeropplysninger. Det er stor forskjell imellom hva som skjer med saker som gjelder mottakere av attføringspenger og andre yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten. Dette ble brukt som en referanseramme for de skisserte forløp saksbehandlere gav på de innsendte registreringsskjemaene.

Halvparten av de utskrevne attføringspengemottakerne i arbeidsmarkedsetatens register ble utskrevet i vente/utredningsfasen. Det vil si at store andeler av dem som overføres til arbeidsmarkedsetaten med attføringspenger utskrives fra attføring uten at attføringstiltak er gjennomgått. Andelen som ble utskrevet med sikte på arbeid var lav blant attføringspengemottakerne. Dette kan tyde på at prosessen forut for overføring til arbeidsmarkedsetaten bidrar til å sile ut dem som anses å ha arbeidsmuligheter uten attføringstiltak. Mer enn to tredjedeler av attføringspengemottakerne som ble utskrevet fra vente/utredningsfasen ble utskrevet av helsemessige årsaker. Det var noe flere av disse attføringspengemottakerne som ble utskrevet til videre helsemessig behandling enn til uførepensjon.

Andelen som fikk arbeidsrelaterte løsninger var betydelig lavere blant mottakere av attføringspenger enn blant de øvrige yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register. Blant gråsonesakene i vår undersøkelse var den oftest forekommende planen at personene sakene gjaldt enten skulle ha videre behandling eller utredes ytterligere. Både blant de utskrevne attføringspengemottakerne i arbeidsmarkedsetatens register og blant sakene vi fikk inn i vår undersøkelse var den videre plan (anbefaling) å søke uførepensjon for mer enn en femtedel.

I arbeidet med potensielle attføringssaker er det lagt til rette for samarbeid mellom etatene i forkant av oversendelse av saker. Begrunnelsen for å ikke iverksette attføring fordi personen ble oppgitt å være for syk var den oftest forekommende begrunnelsen blant saker som var overført til arbeidsmarkedsetaten blant sakene i vår undersøkelse. Dette samsvarer med at den oftest forekommende løsningen for mottakerne av attføringspenger som ble utskrevet i vente/utredningsfasen, var «sosial- helsemessig behandling». Vi så deretter på de skisserte planene for gråsonesakene etter om de hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten og om sakene gjaldt personer som ble ansett å være for syke for attføring.

Vårt materiale indikerer at saker som stanses uten å ha vært overført til arbeidsmarkedsetaten i stor utstrekning gjelder saker der attføring ikke anses nødvendig. Det var kun et fåtall av sakene som ikke hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten som gjaldt personer som ble ansett å være «for syke» for attføring. I sakene som ikke ble overført til arbeidsmarkedsetaten var den videre plan ofte at personen skulle melde seg som arbeidssøker og selv finne seg et nytt arbeid og/eller forsøke bedriftsintern attføring.

Begrunnelsen «for syk» ble oftere brukt i de tilfellene der sakene hadde vært overført til arbeidsmarkedsetaten. Da var det kun i et par tilfeller man konkluderte med at attføring ikke var nødvendig. De fleste av sakene som ble returnert med begrunnelsen «for syk», skulle vurderes for andre ordninger eller utredes videre. I flere tilfeller var det dessuten anført at sakene kunne vurderes mot attføring på nytt på et senere tidspunkt.

Når det gjaldt brukernes tilpasning så vi på hvordan prosessen hadde forløpt for en person som hadde vært veltilpasset i arbeidslivet forut for at han ble syk. Dette eksemplet illustrerte noen av de frustrasjonene som brukerne som kommer i gråsonen opplever. Eksemplet viste blant annet at det er behov for å avklare om løsninger som fremmes i basisgruppemøter er forpliktende, eller om de bare er idéer. Videre viste eksemplet at det kan

være behov for å presisere oppfølgingsansvar med hensyn til forslag som fremmes. Selv om brukere «står på», så vil de ha problemer med å nå frem dersom ansvaret for den videre oppfølging ikke er plassert.

De senere år har det vært en reduksjon i antall ankesaker som gjelder attføring som kommer til Trygderetten. Dette er ikke nødvendigvis en indikator på at brukerne er fornøyde. De intervjuede brukerne gav eksempler på ulike begrunnelser for ikke å anke og håndtering av klager som leveres. For å få vite mer om begrunnelsene for nedgangen i antall slike saker er det behov for egne studier av dette.

De intervjuede brukerne hadde ulike kilder til livsopphold drøyt et halvt år etter at de fikk avslag på attføring. Én var i en arbeidsmarkedsbedrift, to hadde støtte fra sine respektive pensjonskasser, én hadde 100 prosent uføretrygd, én var i prøvetiden i et arbeidsforhold, mens den siste hadde fått omgjort avslaget og skulle få opplæring på attføring. Som andre brukerundersøkelser har vist, savnet brukerne informasjon. Flertallet av de intervjuede brukerne definerte seg som ressurssterke, men opplevde det likevel som tungt og vanskelig å finne ut av systemet.

Brukernes situasjon og attføringsystemets tilbud

Nå vil vi rette oppmerksomheten mot noen av de kvalitative aspektene som har vært underliggende tidligere i rapporten. Gråsoneproblematikken kan ses som et resultat av forholdet mellom brukernes behov og utgangspunkt, de krav som stilles til dem og de tiltak attføringsapparatet har til disposisjon. I vår undersøkelse intervjuet vi seks brukere.

Det synes å være paralleller mellom de problemstillingene som de intervjuede brukerne i vår undersøkelse tok opp og funn fra andre større brukerundersøkelser (Pettersvold 1995, Jessen 1997, Alm Andreassen 1999). Vi vil i dette kapitlet først vende blikket mot brukernes situasjon og behov, samt føringer som ligger på etatene før vi ser nærmere på arbeidsmarkedsetatens attføringstilbud.

Brukernes situasjon

Yrkeshemmede er en svært sammensatt gruppe. Deres utgangspunkt varierer og behovene er forskjellige. Noen søker attføring som et ledd i en prosess mot uførepensjon, mens andre er fullt innstilt på å komme tilbake i arbeid. Noen vil ha mye kontakt med hjelpeapparatet, andre synes det er greit å ikke ha det. Utover de rent helsemessige forhold innvirker den forståelse personene har av sine problemer og selvbilde inn på hva brukerne opplever at de trenger assistanse med. Én studie viste for eksempel at mange med psykiske lidelser ikke vil identifisere seg med rollen som «psykisk syk», og bruker mye energi på å unngå dette stemplet (Schafft 1999). Andre studier viser tilsvarende til at også personer med muskel-/skjelettrelaterte smertetilstander fraber seg en kobling av deres lidelser til psykiske forhold, selv om de blir deprimerte (Åbyholm & Hjortdahl 1999, Sandsberg 1998).

Vårt intervjumateriale inkluderer ikke personer som kan antas å ha de mest omfattende problemene med tilpasning til arbeidslivet. Flertallet hadde vært integrert i arbeidslivet. Ingen av dem var stoffmisbrukere eller personer med alvorlige psykiske lidelser. Det er grunn til å anta at personer med slike mer omfattende lidelser vil kunne ha mindre ressurser i form av byråkratisk kompetanse, helse og kunnskap enn de som ble intervjuet. Dette er forhold som innvirker på brukernes tilpasningsmuligheter, og vil kunne ha betydning

for om de aktiviseres eller passiviseres i prosessen (Jessen 1997). De problemene brukerne vi intervjuet tok opp synes således ikke å være resultat av ekstremt vanskelige situasjoner, men kan antas å være mer allmenngyldige. Vi har tidligere i undersøkelsen vært inne på problematikken i forbindelse med saksgang i saker der utgangspunktet egentlig er inntekts-sikring eller uførepensjon. Alle de seks brukerne vi intervjuet sa de ønsket å komme i attføring, for å kunne komme i arbeid igjen. Vikarierende motiv for å søke attføring ble derfor ikke et tema som ble tatt opp i disse intervjuene.

Informasjon og brukermedvirkning

En forutsetning for at brukere skal kunne finne frem i og nyttiggjøre seg det offentlige tilbudet, samt opptre som aktører i egne prosesser, er at de får relevant, tilstrekkelig og forståelig informasjon. I attføringsammenheng, som på andre felt, er det behov for at informasjon flyter i flere retninger. I den brukerundersøkelsen som var et delprosjekt i evalueringen av attføringsreformen, var det store deler av brukerne som sa at de ikke hadde fått nok informasjon. De forstod den informasjonen de fikk, men den var ikke tilstrekkelig (Jessen 1997). Det er noen år siden denne undersøkelsen ble gjennomført, og etatene har satset på informasjon til brukere i den senere tid. Vi vil her trekke frem noen ulike aspekter som de seks brukerne vi intervjuet la vekt på.

Brukerne ble blant annet spurt om de savnet informasjon, og i såfall hvilken type informasjon de savnet. Én av brukerne i vår undersøkelse formulerte det slik:

Jeg savner bedre informasjon. Det er ikke alltid er så lett å vite hva man skal spørre om. Lover og regelverk er ikke de så flinke til å informere om. Det trenger ikke være så veldig utførlig - litt om regelverket, for det er ganske vanskelig. Det er vel noe som alle sliter med som går der, man vet ikke alltid hva man har rett på. Det synes jeg kanskje er ganske diffust. Der synes jeg kanskje det glipper litt, at de ikke er så flinke til å informere om sånne ting. Man må spørre har jeg rett på det, har jeg rett på det. Så sier de: Nei, du innfrir ikke kravene til det. Så lurer du på hva er kravene? Hva har man egentlig rett til, og hva forplikter man seg til? Jeg har flere venner som opplever det samme.

Brukerne opplevde at i hvilken grad og hva slags informasjon de fikk var avhengig av deres egen evne til å stille de riktige spørsmålene.

Det at brukerne ikke alltid visste hva de skulle spørre om, ble et problem både for brukere og saksbehandlere. Det er vanskelig for saks-

behandlerne å gi riktig informasjon til brukere som er uklare og ikke sikre på hva de egentlig skal spørre om. I arbeidet har dessuten saksbehandlerne et visst tidspress på seg (jf. personalsituasjonen som vi tidligere har berørt). En bruker mente at de ansatte hadde følgende strategi:

Én første henvendelse blir som regel nokså generell og ullen, og da har de lett for å si nei. Hvis man da godtar et nei så har de en 'ikke sak'. Da har de et problem mindre.

Dette var ikke den eneste av brukerne som var inne på at saksbehandlerne kunne være velmenende, men at det ikke hjalp hvis de ikke hadde den nødvendige kunnskapen.

En annen vanskelighet i denne sammenheng er todelingen av ansvaret mellom etatene. En bruker beskrev det som at: «Trygdekontoret sitter med kortene tett inn til brystet om vilkårene». Brukeren kom med denne ytringen i forbindelse med at han fikk råd av trygdekontoret om å søke en ytelse, men ikke fikk vite om den ville bli innvilget. Trygdekontoret viste til at de ikke ville skape forventninger hos brukeren som kanskje ikke ble innfridd ved vurderingen på arbeidskontoret. Arbeidskontoret på sin side sa at i noen tilfeller skaper trygdekontoret for store forventninger hos brukerne om hva de kan få.

To av mennene kan sies å ha utviklet byråkratisk kompetanse. De hadde lang erfaring med hjelpeapparatet og hadde lagt an visse strategier for å komme forbi skranken, slik at de fikk snakke med dem de følte hadde den rette kunnskapen. En av dem snakket kun med gruppeledere, fordi de andre skiftet for ofte. Han hadde hatt tre–fire saksbehandlere i løpet av ett år. Andre brukere uten slik systemerfaring fortalte at de kunne bruke flere dager på å forsøke å komme frem til en person som kunne svare på spørsmål på telefon. Brukerne oppgav at det var «slitsomt» å måtte gjennomgå sin historie gang på gang til forskjellige personer. Et annet forhold var at det ikke er greit for brukeren å holde styr på hva han/hun har fortalt eller ikke, til de ulike instansene og til hvilke personer. Tilsvarende visste ikke saksbehandlerne heller hva brukerne hadde fått med seg av informasjon, tidligere i prosessen eller fra andre kilder. Enkelte brukere hadde hatt støttespillere på arbeidsstedet, som sosialombud og tillitsvalgt, som hadde hjulpet dem å finne frem i systemet, i den grad disse hadde hatt tid til å stille opp.

Eksemplene ovenfor viser til at det er et stykke mellom idealer for brukervedvirkning og den virkelighet brukerne møter når de søker assistanse for å komme seg i arbeid igjen etter å ha vært syke. Brukernes behov for hjelp i prosessen med å finne frem i «rettighetsjungelen», som en kalte det,

vil kunne avhjelpest med de offentlige servicekontorene som skal ha en koordinerende funksjon. Inntrykket fra det brukerne i vår undersøkelse formidlet, er dessuten at de har behov for kontinuitet i sine kontakter med et mindre antall instanser/personer. Det er ikke bare i gråsonesaker at mange instanser blir involvert. Andre brukerundersøkelser har vist det samme (Pettersvold 1995, Alm Andreassen 1999). Myndighetene har fokusert på og vektlagt samarbeid mellom de ulike instanser og etater. Tidligere i denne rapporten har vi sett at samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidsmarkeds-etaten stort sett begrenser seg til avklaring av hvilken instans som har ansvaret. Selv i de tilsynelatende greie sakene hvor planen var at bedrifts-intern attføring skulle iverksettes, var det brukerne selv som måtte ta oppfølgingen, uten at de hadde redskapene til å få sving på prosessen. Alm Andreassen viser i sin studie at selv om de ulike aktører kom inn på tidlige tidspunkt, så synes langsiktighet å være en mangel (Alm Andreassen 1999). Brukerne vet ikke hva de skal forholde seg til når det gjelder sine muligheter og begrensninger. Brukerne ønsker også å kunne handle målrettet og være effektive i forhold til å bedre sin situasjon. For at brukervedvirkning skal fungere rasjonelt for brukerne, ser det ut til at de i tillegg til tilstrekkelig informasjon, også trenger noen de kan «kaste ball med».

Historiene fra våre brukere har flere paralleller til det som kommer frem i andre brukerundersøkelser (Pettersvold 1995, Alm Andreassen 1999). Et fellestrekk synes å være at brukerne kommuniserer vilje og interesse for å komme seg i gang. Et annet er at brukerne rapporterer at det er et slit å nå frem og bli hørt og forstått av de som skulle hjelpe dem. Alm Andreassen (1999) tar opp spørsmålet om ikke ansvarliggjøringen av brukerne har gått så langt at det kan beskrives som en ansvarsfraskrivelse fra hjelpeapparatets side. Flere av brukerne i vår undersøkelse fortalte at de følte at hele løpet hadde vært lagt i deres hender. De følte at de ikke fikk den assistanse i prosessen som de trengte for å få det til, at de ikke hadde forutsetninger i form av blant annet kunnskap å klare det alene. Det er ikke bare et spørsmål om ansvar, men også et spørsmål om å få rett hjelp til rett tid.

Trygghet

De yrkeshemmede vi intervjuet var veldig klare på at de hadde behov for trygghet og stabilitet. De hevdet at det å gå syk over lengre perioder er slitsomt. Med helseproblemer som utgangspunkt, kan det å møte større krav enn en føler at en greier, eller å bli stilt overfor kortsiktige og usikre løsninger oppleves som ytterligere en merbelastning. I attførings-

sammenheng har kompensasjonsprinsippet vært et vesentlig moment i vurderingen av hva som er høvelig arbeid. I retningslinjene for vurdering av høvelig arbeid står det:

I enkelte tilfeller vil det være relevant å ta kompensasjonshensyn utfra søkers tidligere yrke eller utdanningsnivå. I dette ligger at man vil kunne heve listen for hva som anses for høvelig arbeid, det yrket søkeren arbeider mot, bør over tid i en viss grad kompensere for det tap yrkeshemmingen har medført (f.eks inntektsnivå) (Arbeidsdirektoratet 1996b).

I henvisningen er det referert til inntektsnivå. Inntektssikringsfunksjonen til trygdesystemet er viktig og attføringspenger fungerer som en erstatning for bortfall av inntekt på grunn av helsemessige problemer mens personene gjennomgår attføring. Det inntrykk vi fikk gjennom intervjuene, er at tap av trygghet er en del av det tapet som yrkeshemmingen har medført. Tryggheten brukerne da refererte til gjaldt ikke kun det økonomiske.

Det ser imidlertid ikke ut til at dagens praksis tar kompensasjon for tap av jobbtrygghet med ved vurdering av nødvendigheten av hensiktsmessige attføringstiltak. Ikke slik å forstå at yrkeshemmede med rett til attføringspenger mer enn andre arbeidstakere skal forvente å være garantert jobb. I retningslinjene for vurdering av høvelig arbeid, nødvendige og hensiktsmessige tiltak står det:

Nødvendighetsbegrepet vurderes også mot forebyggende hensyn, slik at det kan forutsettes at søkeren også over tid kan fungere i et høvelig arbeid etter gjennomført attføring.

Videre står det om vurderingen av høvelig arbeid:

...momenter som søkers egne ønsker, trivsel og motivasjon inkluderes, da det må forutsettes at arbeidet bør være av varig art for søkeren. Det er et selvstendig moment at helsen skal bevares.» (Arbeidsdirektoratet 1996b).

For de yrkeshemmede vil det å skulle søke seg til nye arbeidsfelt med en yrkeshemming uten noen form for kompetanseheving eller støttetiltak kunne være skremmende. Trygghet kan forankres i det å vite noe om et nytt felt, for eksempel gjennom den kompetansen et kurs kan gi, eller mestringsfølelsen det å ha vært i arbeidstrening kan gi, i forhold til prestasjonspresset det er å begynne i et nytt yrke. Flertallet av de intervjuede brukerne hadde hatt relativt stabile arbeidsforhold før sykehistorien som ledet til attføringsvurderingen. Også hun som hadde en halv uførepensjon, hadde hatt et stabilt

arbeid, i sin halve stilling i fire år. Den ene som aldri hadde vært i fast arbeid, var spesielt opptatt av å «komme ut av det blindsporet» som midlertidige arbeidsengasjementer med lønnstilskudd hadde vist seg å være for ham.

Brukerundersøkelser (Jessen 1997, Alm Andreassen 1999) viser til at det for en del av de yrkeshemmede kan være behov for ro i prosessen, tid til å tenke og finne ut hva det er de vil og kan gjøre i en periode. Som det var nedfelt i attføringsmeldingen anses arbeid å være en kilde til velferd. I tillegg til det å gi økonomisk uavhengighet, er arbeidsplassen en viktig arena for sosialt liv, selvfølelse, og et grunnlag for bidra til samfunnet. I metodeboken for attføring står det at de yrkeshemmede skal vurderes med henblikk på egenskaper, interesser og evner (Arbeidsdirektoratet 1996b). Det kan synes som at arbeidsmarkedsetatens markedsorientering og vektlegging av resultattall har kommet i forgrunnen for betydningen av den enkelte yrkeshemmedes individuelle behov. I samtalene med saksbehandlerne om håndteringen av sakene til to av de intervjuede, ble det for eksempel vist til deres yrkesbakgrunn og etterspørsel i arbeidsmarkedet etter den type kompetanse de hadde. Det var imidlertid nettopp den type arbeid de var yrkeshemmede i forhold til, og som både behandlere og de selv mente de ikke kunne fungere igjen i på grunn av sin helse.

I noen av samtalene med arbeidsmarkedsetaten snakket saksbehandlerne om det som de beskrev som et «*formidlingshysteri*» i etaten. Saksbehandlerne refererte med dette blant annet til betydningen av å få «*et høyt volum på formidlingen*». Høye formidlingstall anses å være indikator på gode resultater av innsatsen på attføringssektoren. De kom også inn på fokuseringen av at attføringsprosessen skulle skje raskt. Flere av saksbehandlerne sa at de opplevde at det var blitt mindre rom for å bruke tid på å finne frem til jobber som er tilpasset den enkelte yrkeshemmedes utgangspunkt. Også i andre deler av etaten er det en bekymring for den sterke vektleggingen av at formidlingen skal skje raskt.

Det er imidlertid grunn til å følge utviklingen for å se om denne tilnærmingen fører til varige jobber. Dersom resultatet blir at de samme yrkeshemmede formidles gjentatte ganger til ulike arbeidsforhold fremfor å få kompetansebyggende tiltak, er det grunn til å stille spørsmål ved effektiviteten av tilnærmingen. For yrkeshemmede vil det å ikke lykkes med arbeidsforsøk kunne oppleves som nye nederlag, og på lengre sikt kunne bidra til å redusere mulighetene for å lykkes med å komme i et varig arbeidsforhold.

Ansatte ved arbeidsrådgivningskontor har uttalt at det er «*dårlig butikk*» å gjøre kvalitativt godt arbeid med enkeltindivider. Med dette ble det siktet til at det blir for få personer i statistikken dersom de bruker mye tid på enkeltsaker som krever mer omfattende undersøkelser og flere samtaler. Personene som henvises til utredning ved arbeidsrådgivningskontor omfatter yrkeshemmede som både er registrert inn i arbeidsmarkedsetaten registre og ikke. Det kan være at dette skyldes at personene henvises i ventetiden før de blir ført inn i etatens registre, og at arbeidsrådgivningskontorets utredning skal legges til grunn for vurderingen av om attføring anses hensiktsmessig og nødvendig. Ansatte ved arbeidsrådgivningskontor rapporterer også at de får personer til utredning svært sent i prosessen. Det er en tanke at den type assistanse arbeidsrådgivningskontorene tilbyr, kan komme inn i fasen hvor personene fortsatt mottar ytelse fra trygdeetaten. Da kan tilbud fra arbeidsrådgivningskontorene inngå som et ledd i den omstillingsprosessen det er å ikke kunne fortsette i det arbeidet, eller hos samme arbeidsgiver man tidligere har hatt.

Behovet for assistanse for å skaffe seg arbeid

Selv om brukerne hadde en arbeidshistorikk, hadde de ikke en jobb å gå tilbake til eller så kunne de ikke fortsette på samme sted, noe som var foranledningen for å søke assistanse. Fordi brukerne ønsket å komme i jobb, var de oppgitt over at det var så unødig vanskelig å få den hjelpen de trengte for å nå sine mål, som burde være de samme som attføringsapparatets. Begge etater har, som vi har sett tidligere, basert sin innsats på at brukerne skal være aktive. Et utsagn som gikk igjen i intervjuene med brukerne var at de følte at man måtte ha «*god helse*» for å nå igjennom i systemet.¹¹⁵ Brukerne beskrev sin atferd som pågående og utholdende. En bruker mente det var en ulempe at hun var «*verbal*» og mente at det kunne ha medvirket til å gi inntrykk av at hun var bedre enn hun var.

Brukerne vi intervjuet hadde ikke synlige yrkeshemninger. Det har i ulike sammenhenger vært påpekt at det å ikke ha en synlig funksjonshemning kan være en merbelastning for den personen det gjelder, fordi han/hun ikke har synlig «*bevis*» for at det er noe i veien. Det kan tenkes at personer som i sin atferd lever opp til deler av rolleforventningene til en aktør (jf. s. 54–55) og som samtidig ikke har synlige yrkeshemninger blir

¹¹⁵ En av de intervjuede brukerne beskrev seg ikke som ressurssterk.

antatt å være friskere enn de er. En av brukerne som mente det var viktig å være en aktør sa:

Det er jo bare det at aktøren ikke er frisk, det er greit når du er frisk, men er du ikke frisk er det ikke greit, for man har ikke så mye krefter. Ville heller brukt kreftene på å bli bra enn å unngå frustrasjoner.

Attføringsapparatet fatter beslutninger som er av vesentlig betydning for brukernes livssituasjon. Vi så i kapitlet om samarbeid at avgjørelser ofte fattes etter telefonsamtaler eller en gjennomgang av sakspapirer, uten at de som fatter beslutningene har møtt personen. Samtidig viste saksbehandlerne i intervjuene til at det ofte var forhold ved sakene som ikke kom frem av sakspapirene, og at man måtte møte personen for å vite om dem. Kvalitets-sikringen av beslutningene som fattes bør relateres til personenes situasjon. Eller inkludere at man, slik en bruker forslo, stiller seg spørsmålet om hvorfor en person med denne bakgrunnen søker attføring, dersom vedkommende kunne få seg en jobb på egenhånd.

Medisinsk avklaring og tidlig inngripen

Tiden det tar å komme frem til en avklaring av personers medisinske situasjon vil i mange tilfeller være for lang i forhold til trygdeetatens krav om tidlig oppfølging. Eksempelvis ventet 41 prosent av mottakerne av rehabiliteringspenger utover ett år med muskel-/skjelettytelser på behandling hos spesialist. Blant de med psykiske lidelser var tilsvarende andel 11 prosent (per 31.12.1997 Rikstrygdeverket 1998b).

Oppfølgingen i sykepengeperioden ved sykemelding II, og 12 ukers-vedtaket, vil kunne være avgjørende for det videre forløp. Trygdeetatens tidlige oppfølging av brukere skjer mye gjennom korrespondanse fra trygdekontoret. I forbindelse med 12 ukers-vedtaket blir brukeren bedt om å fylle ut et skjema:

Som et ledd i at trygdekontoret følger opp stønadsaken Deres med sikte på at De raskest mulig kan begynne i yrkeslivet igjen, ber vi Dem fylle ut vedlagte skjema.

I beskrivelsen av skjemaet står det:

Skjemaet inneholder blant annet spørsmål om De mener at forhold på arbeidsplassen Deres kan ha betydning for sykefraværet, og om De mener at De har mulighet for å utføre noe arbeid nå. Skjemaet inneholder også spørsmål om De mener at andre forhold kan ha

betydning for saken Deres, for eksempel sosiale eller økonomiske problemer.

For den som kjenner trygdeetatens mål og regler vil det være forståelig at en fokuserer på arbeidsplassen, og økonomiske og sosiale forhold.

For personer som lider av miljørelaterte lidelser som for eksempel allergier, astma og eventuelt lidelser hvor arbeidsstillinger er av betydning vil relevansen av slike spørsmål også være tydelig. Det er imidlertid grunn til å anta at relevansen ikke er like åpenbar for dem som definerer problemet som et helsemessig forhold. Legens holdning spiller også en rolle i denne sammenheng. Det er eksempler på at leger, når pasienten spør om aktiv sykemelding, avviser muligheten for dette med henvisning til at tiltaket er beregnet på personer med fysisk belastende arbeidsplasser og ikke er beregnet på personer høyere utdanning som arbeider på kontor. Selv om det ikke er opp til leger å gjøre avtaler om aktiv sykemelding, antar pasientene at leger kjenner systemene bedre enn de selv gjør.

Ved diffuse muskel-/skjelettlidelser og/eller lettere psykiske lidelser spiller flere faktorer inn. Lidelsenes karakter kan være av en slik art at en antar de vil kunne «lege» seg selv bare de får tid nok. Den store veksten i antall trygdesaker tilsier effektivisering av innsatsen. I de fleste sykepengetilfellene er det ikke behov for annet enn medisinsk behandling. Det var for eksempel bare på ni prosent av de sykemelding II-skjemaene som Riksrevisjonen gjennomgikk, oppgitt at det ville være nødvendig med tiltak utover medisinsk behandling, mens det på 22 prosent var oppgitt at det var for tidlig å ta et standpunkt (Riksrevisjonen 1999). Med den store saksmengden som skal behandles, kan det fremstå som lite effektiv ressursutnyttelse å sette i gang tiltak, før det er helt klart at det vil bli nødvendig.

Dersom legene ikke kommer frem til noe som hjelper, begynner den møysommelige utredningsprosessen. En kvalitativ undersøkelse av kvinner med smertelidelser viste at brukerne henvender seg til svært mange og ulike typer behandlere i bestrebelsene på å gjøre noe med sin situasjon (Alm Andreassen 1999). Det er ikke urimelig å anta at personer med psykiske plager gjennomgår noe av det samme i sine bestrebelser på å bli bedre. I denne forbindelse kommer også de relativt lange ventetider på behandling og ulike typer prøver inn. Ett problem for personer med «usynlige» lidelser er også at de sliter med å få forståelse for sine problemer i helsevesenet (Malterud 1997). Dersom tilfellet ikke er akutt, gis det råd om å «ta det med ro», eller man blir anbefalt litt fysisk trening og vente og se hvordan det går.

Hvis personene er av den optimistiske varianten så vil de kunne tro at «bare litt mer tid» så blir det bra.

En del blir også henvist til spesialist dersom allmennpraktikeren ikke har funnet ut av problemet eller kommet frem til en behandling som hjelper. Ventetiden varierer både innen de ulike disiplinene og geografisk. En raskere løsning er å gå til en privatpraktiserende spesialist, men ikke alle har råd til dette. Ventetiden for ulike undersøkelser kan være måneder. I mellomtiden fortsetter pasienten med fysioterapi, ultralyd, fysikalsk trening etc. På sin side er spesialistene tilbakeholdne med å foreta inngrep og de råder til at personen forsøker ytterligere tiltak/ behandlingsformer. Lange perioder med uvisshet og usikkerhet er slitsomt, også psykisk, for «pasienten». Ventetiden selv på kurante inngrep er dessuten lang. Det har vært vist til innsats, i form av at trygdeetaten kjøper behandling for brukere av trygden, for å korte ned ventetiden på inngrep. Selv om dette går raskere enn om personene hadde stått i den offentlige køen, er tiden før behandler/ spesialist kommer til beslutning om inngrep likevel lang i relasjon til tidsperspektivet for «tidlig inngripen».

Samtidig attføring og behandling

I perioden etter ansvarsreformen i 1994 forfektet arbeidsmarkedsetaten en kronologisk modell. Denne forutsatte at behandling skulle være avsluttet før attføringstiltak ble iverksatt. Siden har man i langt større utstrekning åpnet for å sette igang yrkesrettet attføring mens behandling pågår. Den høye andelen av saker som returneres til trygdeetaten fordi det er behov for videre helsemessigbehandling og/eller utredning, indikerer at trygdeetaten overfører saker med henblikk på attføring mens personene sakene gjelder fortsatt er under behandling.

Som vist til tidligere, er det enkelte saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten som krever at kontakten med behandleren opprettholdes for at attføringstiltak skal anses hensiktsmessig. I den utstrekning dette er for at behandleren skal ha ansvaret for å følge opp personen overfor tiltaket, vil behandlerne kunne ha flere innvendinger. En er at behandlingsapparatet er overbelastet. Fra behandlerens perspektiv vil det kunne anses å være lite effektiv ressursutnyttelse å følge opp personene på andre livsarenaer enn det direkte helsemessige. En annen innvending er at behandler- pasientrelasjonen er betinget av tillit, og at informasjon er taushetsbelagt. Dessuten er det ikke nødvendigvis naturlig for brukeren å involvere sin behandler i tiltaksettingen, da behandling og attføring angår forskjellige livsområder.

Problemet for arbeidsmarkedsetaten er å finne frem til tiltak hvor behandling og et fornuftig attføringsopplegg lar seg kombinere. Dersom behandlingen dreier seg om en time hos for eksempel psykolog eller fysioterapeut, med jevne mellomrom er det lettere å finne frem til tiltak som lar seg kombinere med behandling uten at det går utover deltakelsen i tiltaket. Dersom behandlingen fører til større fravær, innvirker det på mulighetene personen har til å følge opp mange typer tiltak. De fleste kurs eller utdanninger krever et jevnt oppmøte for at personen skal være i stand til å følge undervisningen. De fleste arbeidstreningstiltak krever også et regelmessig oppmøte av hensyn til bedriften.

Tiltakstilbudet

Vi har flere ganger tidligere i rapporten vært inne på at det synes å være et misforhold mellom de tilbud arbeidsmarkedsetaten har til disposisjon og den type tiltak de som vurderes for attføring har behov for. Arbeidsmarkedsetaten har, i tråd med intensjonene om normalisering og integrering, samt resultatkravene, innrettet attføringsvirksomheten i retning av å betrakte de yrkeshemmede som ordinære arbeidssøkere. Indirekte innvirker dette på vurderingen av enkelt personers muligheter for å gjennomføre yrkesrettet attføring. Målet er at personer skal aktiviseres så raskt som mulig for ikke å miste sin identitet som arbeidstagere. Mulighetene for praktisk gjennomførbare løsninger blir derimot mer begrenset når helsetilstanden svinger og det fortsatt er behov for utstrakt behandling.

Den mest brukte typen attføringstiltak er opplæring/utdanning, enten i form av kurs eller skolegang.¹¹⁶ Det er få mottakere av attføringspenger på AMO-kurs, langt de fleste får opplæring innen det ordinære utdannings-systemet. Opplæring/utdanning er en fleksibel type tiltak som burde kunne tilpasses brukernes utgangspunkt. Lengre utdanninger kan for eksempel deles opp. En rekke opplærings- og utdanningstiltak har dessuten den fordel at de gir formell kompetanse, noe som bedrer mulighetene på arbeidsmarkedet etterpå. I den grad progresjonen for klassen/gruppen skal følges, kreves imidlertid jevnt oppmøte. I tillegg forutsettes det tilstrekkelig arbeidskapasitet til å følge ordinær fremdrift. Dette er lite forenlig med et stort fravær av behandlings- eller sykdomsmessige årsaker og vil kunne tale mot hensiktsmessigheten av et slikt opplæringstiltak. Saksbehandlerne opplyste

¹¹⁶ Se vedlegg 7 tabell V17 for oversikt over deltagelse i ulike typer tiltak.

dessuten at en del «eldre» yrkeshemmede vegrer seg mot å sette seg på skolebenken igjen, og opplæringstiltak anses ikke da å være aktuelt.

Hospitering (arbeidstrening) er det nest mest brukte tiltaket for dem med attføringspenger.¹¹⁷ Overgangen fra hospitering til arbeidsløsninger er lavere enn overgangen til helserelaterte situasjoner blant mottakere av attføringspenger.¹¹⁸ Saksbehandlerne i arbeidsmarkedsetaten oppgir at de i liten grad har tid til å drive med utadrettet arbeid for de yrkeshemmede. Derfor vil det ofte være opp til den yrkeshemmede selv å finne frem til en hospiteringsplass. For å finne frem til et helsetilpasset og hensiktsmessig arbeidstreningforhold trengs det kunnskap om mulighetene i arbeidsmarkedet og kunnskap om de krav som stilles for å utføre ulike typer arbeidsoppgaver. Dette er kunnskaper de yrkeshemmede ikke nødvendigvis har, selv etter deltagelse i informasjonsprogrammet. Personenes overskudd til å gå rundt og finne en plass, varierer. Ved en rekke lidelser som er grunnlaget for at attføring søkes, for eksempel angst eller depresjon, er antagelig ikke den yrkeshemmede selv den best egnede til å markedsføre seg overfor en ukjent arbeidsgiver. Personene kan ha behov for assistanse for å finne frem til arbeidsplasser hvor de kan komme i et tilpasset hospiteringsopplegg.

Et av tiltakene som er foreslått for å bedre tilbudet til personer med kroniske muskel-/skjelettsmerter og psykiske lidelser er «lønnstilskudd av lengre varighet». Dette er et tiltak for personer uten arbeidsgiver, etter at attføring er gjennomført.¹¹⁹ Problemet for dem som kommer i gråsonen er at de ikke kommer inn i attføringstiltak. For mange er det i selve attføringen at de trenger muligheten for å kunne ha helsetilpassede avtaler med en arbeidsgiver.

Arbeidsmarkedsbedriftene (amb) er det største tiltaket innen arbeidsmarkedsbedriftssystemet, med cirka 5.500 plasser. Fase 1 og 2 ved disse bedriftene er tidsbegrensede og målrettede med hensyn til arbeidsutprøving.

¹¹⁷ Arbeidsgiver får som regel et «Lønnstilskudd» mens personen hospiterer i foretaket.

¹¹⁸ Tall fra Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse.

¹¹⁹ Tiltaket ble lansert i Utjammingsmeldinga som «Forsøk med lønnssubsidium i lengre periodar for personer med kronisk og variable helseproblem». Der står det: «Formålet med tiltaket er at det skal hjelpe til med varig integrering i ordinært arbeidsliv..., som er utan utsikt til betring. Ved inntaket til ordninga skal arbeidssøkjjarane ikkje ha noko ordinært arbeidsforhold. Deltakarane på tiltaket skal ha gjennomført attføring etter en realistisk handlingsplan, men utan at det har ført til at vedkomande kan reknast som helt attført til ordinært arbeid. Formidling skal vere prøvd.» (St.melding nr. 50 1998-99, s. 244-245). I arbeidsmarkedsetaten er tiltaket omtalt som «Lønnstilskudd av lengre varighet» (Arbeidsdirektoratet 1999b).

Antallet plasser i bedriftene er begrenset, selv om belegget i bedriftene varierer noe på landsbasis. Noen steder er det imidlertid lange ventelister på å få plass i arbeidsmarkedsbedriften, noe som fører til forlengede passive perioder for søkerne. En side ved dette i relasjon til bedriftenes attføringsmessige og økonomiske resultatkrav, er at de kan velge å prioritere de antatt mest velfungerende ved inntak i bedriften.¹²⁰ En annen side ved bedriftenes posisjon som primærsted for arbeidsutprøving, er hvilke type arbeidsoppgaver de har. Ifølge intervjuede saksbehandlere i arbeidsmarkedsetaten er arbeidsoppgavene bedriftene har til disposisjon lite egnet for blant annet personer med høy utdanningsbakgrunn. Statistikkene viser dessuten at det bare er en tredjedel av tiltaksdeltakerne som er kvinner. Selv om det har skjedd en utvidelse i typer arbeidsoppgaver bedriftene tilbyr de senere år, er fortsatt en stor del av arbeidsutprøvingsplassene innen produksjonsvirksomhet. Ofte er dette monotone, repeterende oppgaver som for eksempel montering, noe som kan være lite egnet for personer med for eksempel muskel-/skjelettlidelser.

Arbeidsforberedende trening (AFT) har følgende målgruppe:

Tiltaket skal være et tilbud til yrkeshemmede med såvidt usikre forutsetninger eller lavt fungeringsnivå at de ikke kan nyttiggjøre seg tiltak med mindre intensiv oppfølging. Målgruppen vil kunne omfatte alle typer yrkeshemninger uten at dette utelukker at enkelte AFT-enheter kan spesialisere seg på særlige grupper.

Blant de vilkår som stilles til deltakelse i tiltaket er:

Deltakeren må kunne arbeide minst halv ordinær arbeidstid pr. uke. Det gis rom for individuelle tilpasninger med kortere arbeidstid i den første 3-månedersperioden (Arbeidsdirektoratet 2000).¹²¹

Selv dette tiltaket som er rettet mot dem med usikre forutsetninger og lavt fungeringsnivå, krever som hovedregel minst halvdags deltakelse. Ytre ramme for tiltaket er tre ganger tre måneder, som eventuelt kan suppleres med opptil nye ni måneder. Det er imidlertid kun i den første tremånedersperioden det gis rom for individuelle tilpasninger.

¹²⁰ Den ene intervjuede brukeren hadde vært til intervju tre ganger før han til slutt fikk plass i tiltaket.

¹²¹ Fra retningslinjene for AFT i tiltaksboken Pb-0549. Retningslinjene endres fra tid til annen av direktoratet.

«Arbeidssamvirke» (ASV)¹²², «Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet» (ASVO) og «Produksjonsverksteder» (PV) er tiltak som gir varige skjermede arbeidsplasser. Produksjonskravene er lave, og oppfølgingen er tett. Flertallet av personene i disse tiltakene er personer med psykiske utviklingshemninger. I undersøkelsen av arbeidsmarkedsetatens tilbud til personer med psykiske lidelser vises det til en rekke innvendinger, fra flere hold, mot å bruke denne type tiltak for andre grupper yrkeshemmede (Schafft 1999). Innvendingene dreier seg blant annet om opprettholdelse av selvbylde, kompetanse med hensyn til psykiske lidelser generelt, samt sammenblanding av grupper med ulike typer behov.

Tiltaket «Arbeid med bistand» mente flere av saksbehandlerene var et godt alternativ. Tilpasningen mellom individet, arbeidsoppgavene og oppfølgingen skreddersys. Derved er det ansett som et egnet tiltak for mange som trenger en forsiktig start med tett personlig oppfølging som reduserer stress og usikkerhet. Tiltaket er langvarig (inntil tre år) og ressursintensivt. Saksbehandlere viste til at tiltaket hadde altfor liten kapasitet. Omfanget av tiltaket er beskjedent sammenlignet med andre typer tiltak, det var bare 1.500 plasser på landsbasis.¹²³ Tiltaket er foreslått utbygget noe. Det anses ikke nødvendigvis som hensiktsmessig attføring å sette personer på venteliste i ett år eller mer for å få plass. Ventetiden kan bli for lang, spesielt for personer med psykiske lidelser eller andre variable lidelser hvor «*det er bølgedaler, mange bølgedaler i løpet av ett år.*» Som en saksbehandler i arbeidsmarkedsetaten sa.

Tiltak for personer med psykiske lidelser og diffuse muskel-/skjelettlidelser

En rekke prøveprosjekter med tiltak rettet mot personer med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser ble satt i gang på 1990-tallet. I arbeidsmarkedsetaten gjennomførte man prosjekt basert på utvikling av en ny metodikk i arbeidet med disse gruppene. Oppleggene var gruppebaserte og mestringsfokuserede. For eksempel utviklet man ved Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo et tiltak for personer med psykiske lidelser. Dette tiltaket rettet seg mot utvikling av og styrking av personenes sosiale kompetanse, i motsetning til de fleste av attføringstiltakene som er rettet mot ferdigheter og teoretiske kunnskaper (Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo 1996). Et annet

¹²² Arbeidssamvirker inngår i arbeidsmarkedetsbedriftssystemet.

¹²³ Antallet plasser opplyst av Arbeidsdirektoratet per juni 1999.

prosjekt var rettet mot gruppen med muskel-/skjelettlidelser uten kjent årsak, med andre ord de diffuse muskel-/skjelettplagene. Dette prosjektet var å anse som en utvidet avklaringsmetode i attføringssammenheng, hvor økt livskvalitet inngikk som et viktig aspekt ved målsettingen (Glennie & Rokic 1995). Begge disse tiltakene var basert på gruppemetodikk og strakk seg over lengre perioder. Begge prosjektene viste til gode resultater med grupper som har problemer i forhold til ordinære tiltak. I en evaluering av sistnevnte prosjekt fem år etter, fant man at 57 prosent var i arbeid (Nørve & Østerby 2000).

«Seminar for kvinner med kroniske muskelsmerter» som ble gjennomført ved Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo, er et annet eksempel på gruppebasert tilbud til disse problematiske gruppene. Seminaret var lagt opp med tre dager i uken over en viss periode. I gjennomsnitt hadde kvinnene vært ute av arbeidslivet i to og et halvt år innen de kom på dette kurset. Det opplyses at evalueringen av tiltaket viser at deltakerne syntes at dette tilbudet kom for sent. De oppgir at de skulle hatt et slikt tilbud da de begynte å bli syke. Arbeidsrådgivningskontor- organisatørene¹²⁴ oppgir at de også mener det ville vært mer fruktbart om et slikt tilbud hadde kommet langt tidligere i prosessen. Kurset er for øvrig nedlagt, da det ikke er ressurser til å drive det.

Det pågår nå et forsøk ved Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo der man har en person som følger opp personer med fysiske, psykiske lidelser eller sosiale funksjonshemninger som har fått arbeid i det ordinære arbeidsliv. Disse personenes yrkeshemming er «skjult» for arbeidsstedet. Forsøksdeltagerne kan henvende seg til kontaktpersonen når de føler behov for det. Kontaktpersonen er tilgjengelig både før og etter vanlig arbeidstid. Deltakerne blir møtt på deres egne premisser; brukerne avgjør hvordan og hvor mye de vil bruke kontaktpersonen. Deltakerne bestemmer selv hvilke temaer og spørsmål de vil snakke om eller få råd om. For eksempel kan det dreie seg om å takle konkrete hverdagssituasjoner i arbeidslivet. Dette forsøket er fortsatt i startfasen. Tilbudet indikerer en alternativ vei å gå med hensyn til å fange opp de «små problemene» med en individualisert tilnærming, som er basert på å møte brukerne på en personlig måte, hvor og når de har behov for det.

¹²⁴ Opplysninger fra samtale med Åshild Brunvoll ved Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo.

Tiltakstilbudet fremover

I Rehabiliteringsmeldingen og Utjæmningsmeldinga ble det skissert tiltak for å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser, med andre ord de gruppene som attføringsapparatet har størst problemer med å finne egnede tiltak for. I arbeidsmarkedsetatens Programnotat 2000 (Arbeidsdirektoratet 1999b) og forslaget til Attføringsreform 2 (Arbeidsdirektoratet 1999a) vises det til satsing på tiltak for dem med psykiske lidelser. Tiltakene som trekkes frem er Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet (ASVO), Arbeid med bistand (AB), Arbeidsforberedende trening (AFT), samt forsøket «Lønnskudd av lengre varighet». Forslagene synes å rette seg mot dem som kan sies å ha alvorlige – moderate psykiske lidelser; psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Det er grunn til å anta at disse gruppene antagelig utgjør en mindre andel av dem med psykiske lidelser som kommer i kontakt med etatene med tanke på yrkesrettet attføring, enn andelen med moderate - lettere psykiske lidelser.

Med tanke på omfanget av langtidssykemeldte og personer med rehabiliteringspenger som har psykiske lidelser som vil kunne være aktuelle for yrkesrettet attføring, er det et spørsmål i hvilken grad de foreslåtte tiltak i arbeidsmarkedsetaten vil dekke behovet. Forslagene det vises til er at minst 30 plasser innenfor hvert av tiltakene Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet, Arbeid med bistand og Arbeidsforberedende trening. Forsøket «Lønnskudd av lengre varighet» dreier seg om 200 plasser ved utgangen av år 2000. Dette er beskjedent med tanke på at sistnevnte tiltak skal favne både personer med psykiske lidelser og dem som har muskel-/skjelettlidelser. Schafft (1999) deler i sin undersøkelse de med psykiske lidelser i to grupper: De som er definert som og anser seg selv som psykisk syke og de som bruker mye energi på å fremstå som normale og strever for å holde seg unna betegnelsen «psykisk pasient». Hun viser videre til at sistnevnte gruppe vil ha motforestillinger mot segregerte tiltak blant annet på grunn av stigmatiseringen som følger med (Schafft 1999). Hun konkluderer med at tiltak av typen arbeid med bistand er den type tilbud som best ivaretar brukernes behov. Dette er i tråd med synet til saksbehandlere som vi intervjuet i vår undersøkelse.

Arbeidsmarkedsetaten har foreslått å slå sammen alle attføringstiltak til fire typer (Arbeidsdirektoratet 1999a). Disse skal både være for yrkeshemmede og for andre arbeidsledige. Det er grunn til å reise spørsmål om hvilken effekt dette kan tenkes å ha for de yrkeshemmede. Ifølge ansatte i etaten er allerede yrkeshemmede en nedprioritert gruppe, uansett årsaken til

yrkeshemningen. Intervjuede saksbehandlerne fortalte at hvis det forelå opplysninger om at personer hadde vært registrert som yrkeshemmede, kunne det bidra til at sakene havnet nederst i bunken når aktuelle kandidater for ledige jobber skulle finnes. Etatens satsing på betalingstjenester, vikartjenester i forbindelse med karrieresentre, vil kunne ta oppmerksomheten bort fra det mer tidkrevende og vanskelige arbeidet med yrkeshemmede som har behov for oppfølging og veiledning underveis, samt assistanse med å finne frem til helsetilpassede arbeidsplasser.

Prosesorienterte, gruppebaserte tiltak av den type som har blitt utviklet ved arbeidsrådgivningskontorene tar utgangspunkt i etatens ideologiske tilnærming til yrkeshemmede (aktørmodellen). Arbeidsmarkeds-etaten benytter denne metodikken i sitt informasjonsopplegg overfor nye attføringssøkere. Til tross for de relativt gode resultatene som gruppebasert metodikk synes å ha i arbeidet med grupper som oppfattes som problematiske i attføringssammenheng, ser det i liten grad ut til at arbeidsmarkeds-etaten har inkorporert slike typer tiltak som et alternativ for attføringssøkere. Når man ser på økningen av grupper med problematiske diagnoser som søkes attført, er det grunn til å stille spørsmål om videreutvikling av slike tiltak bør inngå som en type tilbud.

Utfordringer i grensedragningen

Til slutt vil vi problematisere noen av de utfordringene som de to etatene står overfor når grensene for ansvarsområdene skal trekkes. Det at saker kommer i gråsonen er et resultat av samspillet mellom individenes situasjon, de mulighetene systemet har til disposisjon, de to etatenes regelverk og håndtering av ulike ordninger. Vi har sett at omtrent halvparten av dem som søkes til attføring ikke kommer i gang med attføringstiltak. Mange saker tilbakeføres dessuten til trygdeetaten med henblikk på andre trygdeytelser (jf. tabell 2 og tabell 8). I hvilken utstrekning saksbehandlerne anser at disse er gråsonesaker eller naturlige følger av systemet vil variere. Slik vi definerer gråsonesaker, tilsvarer imidlertid andelen gråsonesaker omtrent en fjerdedel av sakene som trygdeetaten vurderer med henblikk på attføring. Dette reiser spørsmål om det er sider ved attføringssystemets organisering av arbeidet med slike saker som ikke fungerer effektivt, eller om en så vidt stor andel gråsonesaker er en kostnad som må aksepteres.

Tidlig iverksetting – frisk nok

Tidligere studier har vist at attføring har større sannsynlighet for å lykkes når prosessen kommer raskt i gang (Hansen 1999). Trygdeetaten har i stor grad vært orientert mot å gripe inn med aktive tiltak tidlig i sykeforløp. Den grunnleggende antagelsen er nettopp at det er lettere å stanse frakoblingsprosessen fra arbeidslivet hvis perioden utenfor arbeid kortes ned. Tanken er at man derved skal oppnå en reduksjon i antallet med varige trygdeytelser på sikt. I trygdeetaten er det lagt til rette for tidlig oppfølging av sykemeldte gjennom Sykemelding II, og tremånedersoppfølgingen. De siste årene har også bruken av aktiv sykemelding og antall personer som begynner attføring i sykepengeperioden økt. Likevel kritiseres etaten for utilstrekkelig oppfølging. Vi har sett at trygdeetaten tar initiativ for å få personer i gang med attføring, enten overfor arbeidsgivere eller arbeidsmarkedsetaten, dersom det ikke har vært aktuelt med aktiv sykemelding. Samtidig må andre forhold legges til rette for at slike initiativer skal være tilstrekkelige. Det er derfor en utfordring for trygdeetaten å få samarbeidspartnere til å trekke i samme retning.

Det kan blant annet være vanskelig å nå frem overfor arbeidsgivere når det gjelder bedriftsinterne tiltak, enten initiativet til dette kommer fra personen selv eller fra trygdeetaten. I denne sammenheng er manglende kunnskap om hva arbeidsgiverne bør kunne bidra med, en begrensning hvis

de skal «presses» til å ta ansvar. Hvis arbeidsgiveransvaret ikke følges opp internt i bedriften, hjelper det lite at arbeidsgiver har ansvar hvis det ikke fører til at tiltak iverksettes. Manglende sanksjonsmuligheter bidrar til at det har liten hensikt å forsøke å presse arbeidsgiverne. Kontakt med arbeidsgivere er dessuten en oppgave som på mange måter skiller seg fra etatens øvrige oppgaver og som kanskje ikke prioriteres først.

Begrunnelsen for å legge denne delen av attføringsarbeidet til trygdeetaten var at denne etaten administrerer sykepengeordningen. Det er også trygdeetaten som utbetaler attføringspenger til brukerne, selv om avgjørelsen om attføringspenger så vel som ansvaret for å finne tiltak er lagt til arbeidsmarkedsetaten. Siden arbeidsmarkedsetaten har kompetansen på arbeidslivet, og arbeidslivstjenesten (ALT) er lagt til den etaten, er det grunn til å vurdere om det er effektivt at trygdeetaten skal ha ansvaret for å følge opp arbeidsgivere med henblikk på deres iverksettelse av tiltak.

Alternativt er det spørsmål om trygdeetaten burde få hevet sin kompetanse på denne type oppgaver, samt få tilgang til andre typer virkemidler som kan støtte dem i arbeidet overfor arbeidsgivere. I dette bør bedre tilbagemeldingsrutiner fra bedriftene inngå. Det er også et spørsmål om det finnes muligheter for å effektivisere arbeidet i de samarbeidsfora som eksisterer.

Legeerklæringer er saksbehandlernes grunnlag for å selektere ut saker til tettere oppfølging. Disse er ofte snaue og sier lite om hvilke tiltak som egner seg. Vi har tidligere vært inne på at det kan ta svært lang tid å innhente nye medisinske opplysninger. Dersom pasientens medisinske situasjon ikke er avklart er dette forståelig, men lite nyttig for trygdeetaten og eventuelt arbeidsmarkedsetaten, og gjør det problematisk å sette i gang tiltak. Tiltak som kan egne seg for noen, kan være uheldige for andre personer med tilsynelatende samme utgangspunkt.

Trygdeetatens handlingsgrunnlag betinges av det legene skriver om personens restarbeidsevne, eventuelt under tilrettelagte betingelser. Vi minner i denne forbindelse om samarbeidsavtaler som spesifiserer at manglende medisinsk avklaring er en grunn til å avvise eller returnere saker, enten det er legeerklæringen som er uklar med hensyn til spørsmålet om yrkesrettet attføring eller det er uenighet mellom spesialist, behandlende- og rådgivende lege. Det er mulig at noe av uenigheten skyldes forskjeller i kunnskapen om kravene som stilles til deltagelse i attføringstiltak. Det kan derfor stilles spørsmål om det er mulig å heve også legenes kunnskapsnivå om tilgjengelige tilbud i arbeidsmarkedsetaten. Saksbehandlerintervjuene kunne tyde på at legene muligens gir sine anbefalinger ut fra en antagelse om at det finnes

større ressurser til å utarbeide individuelt tilpassede opplegg enn det som er tilfellet.

For en rekke lidelser er den medisinske avklaringen relativt kurant. Det vil på et tidlig tidspunkt være mulig å komme frem til hensiktsmessige opplegg, eller gå raskt og greit å finne frem til andre typer jobber personene kan utføre med den bakgrunnen de allerede har – uten attføringstiltak. En rekke lidelser tar det imidlertid lang tid å avklare og behandlingsmulighetene varierer. Tidlig igangsetting av prosesser synes i dag å være rettet enten mot arbeidsdeltakelse eller den helsemessige situasjonen. Tidlig inngripen synes i mindre grad å være tilrettelagt for å ivareta forsiktige og gradvise overganger, dersom aktiv sykemelding er uaktuelt.

Lovens vilkår for retten til ytelse er at lidelsene skal være varige og vesentlige. Legen må avklare om det kun er kortvarig «vondt» i rygg eller skuldre som kan gi seg ganske raskt eller om det er en lettere depresjon som er knyttet til en annen livshendelse, eller om lidelsen vedvarer over tid. Store deler av befolkningen har til enhver tid «vondter» og «humørsvingninger». Mange primærleger er med rette tilbakeholdne med å sykeliggjøre alminnelige plager. Det er først når lidelsene har vart tilstrekkelig lenge at neste skritt tas. I denne sammenheng er det også et spørsmål om hvor present problemstillingen med «varighet utenfor arbeid» er for den enkelte behandlende lege. Tidlig inngripen påvirkes også av legenes kunnskap og holdninger.

Flertallet av dem som blir gående lenge i systemet før tiltak iverksettes, er personer med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser. Her er det vanskelig for trygdeetaten å sette i gang prosesser før situasjonen er mer avklart. Begge kategoriene omfatter diagnoser med personer som har fra tunge og svært hemmende lidelser til «lettere» varianter. Hvilke samarbeidspartnere det er aktuelt å samarbeide med, varierer også. Det ser imidlertid ut til at det ikke nødvendigvis er de «tyngste» som er vanskeligst å få avklart.

Vi har sett at arbeidsmarkedsetaten avviser eller returnerer store andeler av sakene, enten umiddelbart eller etter en periode med utredning (jf. tabell 8). Mange av dem som ikke kom i attføringstiltak som ble overført fra rehabiliteringsregisteret, gikk i flere måneder uten at noe skjedde etter overføring. Begrunnelsene går både i retning av at personene er «for friske», eller ikke «friske nok» for attføring. Når det gjelder dem som ikke er friske nok, kan det tenkes at folketrygdlovens tidsbegrensninger og krav kan ha medvirket til at «urealistiske attføringssaker» har blitt oversendt til

arbeidsmarkedsetaten. Denne type dynamikk var en av motforestillingene mot den arbeidsdelingen som ble skissert i attføringsmeldingen.¹²⁵

Funnene i vår undersøkelse tyder på at et misforhold mellom de krav som stilles til attføring i arbeidsmarkedsetaten og behovene til dem som søkes attført er et sentralt aspekt ved gråsoneproblematikken. Etaten har en rekke tilbud til dem som stiller aller svakest på arbeidsmarkedet (for eksempel personer med psykisk utviklingshemning og misbruksproblemer). De har også tilbud til de mer handlekraftige. Det kan synes som om det er en mellomgruppe, de som er relativt selvgående, men som trenger noe hjelp og støtte underveis i prosessen, hvor tilbudet ikke står i forhold til etterspørselen. Personene henvises enten til å «greie seg selv» eller returneres slik at den passive perioden forlenges. På bakgrunn av de brukerundersøkelser som foreligger og erfaringer fra de tiltak som er utviklet ved arbeidsrådgivningskontorene, kan det diskuteres om det er verdt å forsøke å gi (gruppebaserte) tilbud rettet mot omstilling og mestring av en ny situasjon, til de grupper som man har sett blir gående passive lenge, allerede mens de er under utredning av sin helsemessige situasjon.

Gode resultater – hensiktsmessig attføring

Arbeidsmarkedsetaten viser til gode attføringsresultater. Disse er nedfelt i en kvantifisert målsetting om at minst 50 prosent skal overføres til aktive løsninger.¹²⁶ Dette vektlegger delformålet med attføringsvirksomheten; at personene i størst mulig utstrekning skal komme i arbeid og bli selvforsørget. I programnotatet er det også nå nedfelt at

Tilbud om kvalifisering og arbeidstrening skal være forankret i forventet etterspørsel etter arbeidskraft... Formidling og egenaktivitet skal vurderes før tiltak, også overfor prioriterte grupper og yrkeshemmede. (Arbeidsdirektoratet 1999b).

Selv om dette først er nedfelt i årets programnotat har signalene vært formidlet til etatens førstelinje tidligere. Fokus på formidling er også et gode i den utstrekning man lykkes med å skaffe et arbeid til de yrkeshemmede som de kan klare med de yrkeshemningene de har.

Vi har sett at antallet personer i attføringstiltak har vært relativt stabilt de senere år, selv om flere personer sluses gjennom systemet. Det er store andeler av dem som søkes til attføring som ikke kommer i gang med tiltak.

¹²⁵ Attføringsmeldingen St. melding nr. 39 (1991-92), s. 61.

¹²⁶ Måltallet for år 2000 er 53 prosent. (Arbeidsdirektoratet 1999b).

Det velferdspolitiske mål om rett til arbeid ut fra egne evner og muligheter, med en medisinsk fundert legitimering av rettigheter, trekker i retning av inklusjon i attføring; å gi flest mulig sjansen til å forsøke seg. De arbeidspolitiske mål om raskest mulig i jobb, ut fra en markedsorientert målretting av tilbud, trekker i retning av eksklusjon fra attføring; avgrense attførings-tilbud til dem man antar vil lykkes å komme i ordinært arbeid.

De ansatte vi intervjuet sa at de langsiktige mål synes å ha kommet i bakgrunnen i forhold til fokusering på kortsiktige mål, slik resultatmålings-systemene er lagt opp. Kvantifisering av mål synes å ha gått langs det Osborne & Gaebler (1993) kaller «output», i større grad enn «outcome». Målsettingen om flest mulig formidlet til arbeid, fører til en fokusering på antall og kan være et insentiv til å satse på det som kalles en «skumme fløten» tilnærming, blant de man ikke greier å avgrense seg fra å ta imot gjennom forhåndskontakten. Vi har sett at om lag halvparten av dem som søkes til attføring likevel ikke kommer i tiltak.

Dersom det blir slik enkelte innen arbeidsmarkedsetaten frykter, vil en tilpasning kunne være å formidle mange raskt med mindre vektlegging av matchingen mellom individ og jobb. Dette vil føre til flere formidlinger, men dersom det blir de samme personene som formidles flere ganger vil det gi oppblåste resultater og det kan stilles spørsmål om effektiviteten med tanke på ressursbruken. For attføringssystemet vil det være ineffektivt i den grad at de samme sakene må behandles om igjen flere ganger. Et annet spørsmål er om denne formen for formidling er effektiv dersom det går på bekostning av målet som angis i retningslinjene: varige helsetilpassede jobber. En slik tilpasning kan føre til mindre vellykket attføring på lengre sikt. For en del brukere vil muligheten til å få prøve seg i kortvarige engasjementer kunne være et gode. For dem med ekstra behov for trygghet og stabilitet, kan en slik strategi være mindre gunstig. Dersom arbeidsforsøk på stadig nye plasser med nye mennesker, måter å organisere arbeid på, nye arbeidskrav og stadig skiftende arbeidsoppgaver fører til nederlagsopplevelser, som blir bekreftelser på at personen ikke «duger», blir det langsiktige resultat like gjerne at de faller ut av arbeidslivet.

Det er vanskelig å avgrense hvem det har til hensikt å forsøke å attføre og ikke. Uansett hvordan man lager en avgrensning vil det alltid være personer som likevel kommer i en mellomposisjon. Avveiningene som det hele gjelder koker ned til er seleksjon. Dette er todelt; seleksjon inn til attføring og effektiviteten av tiltak. Disse spørsmål har både praktikerne og forskerne vært opptatt av i en årrekke. Diskusjonen har vært preget av spørsmålet om man skulle «skumme fløten» eller drive «bunnfisking». Man har

nærmet seg problemstillingen ut fra spørsmålet om samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Hvilke grupper lønner det seg å satse på?

På begynnelsen av 1990-tallet ble det foretatt en litteraturgjennomgang som konkluderte med at svaret var uklart (Dahl et al. 1991) Forfatterene kom frem til at hvis målet er å få flest i jobb, vil det lønne seg å satse på dem som er ressurssterke i utgangspunktet. De vil dessuten kreve mindre omfattende tiltak, mens de med svakere utgangspunkt vil ha mindre sannsynlighet for å klare seg på egen hånd. Hvis alternativet er uførepensjon, vil det likevel lønne seg for samfunnet å satse på disse selv om omkostningene per person er større. I Bergen ble det foretatt en undersøkelse av tiltakseffektiviteten av attføringstiltak. Aakvik (1999) kom frem til at de undersøkte tiltak hadde en positiv og signifikant effekt, spesielt for kvinner. Han fant videre at «fløte-skumming» gir flere i arbeid, mens personer med en relativt lav sannsynlighet for å få jobb, profitterer mest fra tiltaksdeltakelse hvis tiltak iverksettes. Han konkluderer med at alle andre seleksjonsstrategier antagelig vil gi bedre resultater enn «fløte-skumming».

Gapet mellom attføringstilbudet og de attføringsbehov søkerne har

Organiseringen av attføringsarbeidet og tilbudene til de yrkeshemmede det siste tiåret synes å være preget av en polarisering, snarere enn en tilnærming mellom de to etatenes tilbud. Retten til trygdeetatens ytelser forutsetter at personen er syk nok. Bestrebelsene har vært rettet mot å unngå at personen går inn i sykerollen og passiviseres. Arbeidsmarkedsetatens vektlegging av aktørmodellen med ansvarliggjøring av brukeren og fokus på den selvgående har derimot trukket terskelen for assistanse bort fra dets plass som et ledd i trygdesystemets tilbud til personer med helsemessige problemer på arbeidsmarkedet. Resultatet ser ut å være at grensene for assistanse ligger lenger fra hverandre, i stedet for å nærme seg hverandre.

Det er viktig å motvirke ytterligere klientifisering av etatenes brukere. Det er også enighet om at ansvarsfratakelse bør motvirkes. Samtidig er det viktig å påpeke at de gruppene som anses å være vanskeligst for «systemet» slik arbeidsdelingen foregår i dag, muligens vil kunne profittere på tilpasninger i den type assistanse som gis. Det at personer har behov for støtte, veiledning og oppfølging innebærer ikke at det nødvendigvis trenger å være tunge og kostbare tilbud av typen «Arbeid med bistand», «Arbeidssamvirke» eller «Produksjonsverksteder». De brukergруппene som i dag benytter disse tiltakene har behov for dem. Det er mellomgruppen, de som ikke greier seg

helt på egenhånd, men som ikke har så omfattende problemer at de er prioritert i helsevesenet eller innen attføringsapparatet, som synes å mangle tilpassede tilbud. Dette er de grupper som trenger noe støtte, informasjon tilpasset sine behov, noen å kunne relatere seg til når spørsmål dukker opp, som synes å komme til kort i forhold til satsingsområdene. Samarbeid mellom instanser synes å bestå av at de ulike fagområdene bidrar med kunnskap ut fra hver sitt felt og informerer hverandre og fordeler ansvar, men det synes å mangle noen som har helheten som ansvarsområde.

Det er grunn til å spørre om integrering av yrkeshemmede med ordinære arbeidssøkere er basert på attføringssystemets behov for forenkling eller brukernes behov. Integrering bør ivareta yrkeshemmede personers mulighet til å komme «med hele seg» til arbeidsmarkedsetaten. Med dette siktes det til at yrkeshemningen som er utgangspunktet for attføringsbehovet ofte ikke er en tilstand som ikke blir borte, men er en del av personens forutsetninger for deltagelse i arbeidslivet. Yrkeshemningen og implikasjonene av den må inngå som en del av premissgrunnlaget for tilpasning av tilbud, selv om den ikke nødvendigvis settes i sentrum. Et av aspektene ved attføring burde være et individuelt tilpasset opplegg. I tenkningen bør derfor spørsmålet om hvilke krav det er rimelig å stille til ulike brukergrupper inngå, med utgangspunkt i særtrekkene ved deres forskjellige yrkeshemninger.

Det er ikke foretatt noen studie av avslag på søknad om attføring i større målestokk. Det at såpass mange attføringsinitiativ ikke fører til at aktive attføringstiltak settes i gang, indikerer behov for en slik studie. I vår studie har vi sett på gråsonesaker, i et begrenset geografisk område i en kort periode. Vi har funnet visse indikasjoner på at arbeidsmarkedsetatens tilbud ikke er tilpasset de behov som de som søkes til attføring har. De funn som er gjort i denne undersøkelsen indikerer at det er behov for satsing på flere fronter. På den ene side er det behov for tiltak som kan dekke det tomrommet som har oppstått mellom nedbyggingen av psykiatrien og den økte arbeidsmarkedsorienteringen både i arbeidsmarkedstaten og arbeidsmarkedsbedrift-systemet, hvor et tettere samarbeid med helsetjenestene inngår. Manglende kapasitet synes å bidra til at personer ikke får tilbud på det tidspunkt de er klare for det. På den annen side ser det ut til å være behov for tiltak som i karakter ligner på de tiltak som er utviklet ved arbeidsrådgivningskontorene. Dette er tiltak som tar hensyn til individuelle behov for dem som ikke føler seg helt i stand til å gå inn i det åpne arbeidsmarked på egenhånd, hvor mestring og styrking av egenkompetanse ses som en del av kvalifiseringen for å kunne møte arbeidslivets krav igjen. Oppfølgingen trenger ikke nødvendigvis være så kontinuerlig som i arbeidsmarkedsbedriftene eller så omfattende som i tiltaket «Arbeid med bistand».

For å undersøke i hvilken grad attføringssystemet faktisk lykkes med å føre personer med helserelevante yrkeshemninger tilbake til arbeidslivet er det behov for at arbeidsmarkedsetaten registrerer opplysninger som kan knyttes til denne gruppen, og at integrering ikke fører til at en mister muligheten for å følge undergrupper over tid. Det er også behov for mer kvalitativ kunnskap om forutsetningene for vellykkede resultater. Foreliggende undersøkelser viser at de to etatene begge satser på å være raske og effektive; trygdeetaten med «rett ytelse til rett tid», og arbeidsmarkedsetaten med «raskt i gang med godt resultat». Spørsmålet er om det ville være mer effektivt for brukerne om etatene satset på rett tilbud til rett tid?

Bildet som tegnes av grensedragningen gjennom denne undersøkelsen synes å være det samme som det har vært i det meste av perioden etter attføringsreformen i 1994. Selv om myndighetene har lagt opp til en «mykere» arbeidslinje, skaper de innebygde motsetningene mellom de ulike paragrafene i kapitlene 10, 11 og 12 fortsatt problemer for bakkebyråkratene. Legestanden er fortsatt den viktigste premissleverandøren når det gjelder grunnlagsinformasjon for vurdering av de medisinske vilkårene for helserelevante ytelser. Som en rekke andre studier har vist, har helsevesenet få behandlingsmetoder som fører frem for de to gruppene som utgjør det største problemet; personer med psykiske lidelser og personer med muskel-/skjelettlidelser. I tillegg må saksbehandlere i førstelinjen forholde seg til de tildels motstridende styringssignalene i sine respektive etater. Siden politikerne ikke kan si at noen grupper skal prioriteres fremfor andre, og alle ideelle målsettinger må opprettholdes, blir det de ansatte i de underliggende etatene som gjennom sin daglige arbeidsutøvelse må foreta de nødvendige prioriteringene.

Avsluttende kommentarer

Titaksstrukturen i arbeidsmarkedsetaten er foreslått endret. Den skal slå sammen slik at de samme tilbudene vil være åpne både for personer med rettigheter i henhold til lov om folketrygd og for andre arbeidssøkende. Forslaget er forankret i en prinsipielt god intensjon om å integrere yrkeshemmede og andre arbeidssøkere fullstendig. Vi har imidlertid sett at med dagens ordning, er det store deler av de yrkeshemmede som ikke passer inn i arbeidsmarkedsetatens tiltaksstruktur. Spørsmålet er om de foreliggende forslag tjener dem som har rettigheter i forhold til folketrygdloven. Kanskje vil disse forslagene føre til en uheldig flytting av markeds konkurransen inn på den arenaen hvor de yrkeshemmede skal klargjøre seg for å møte denne konkurransen?

Summary

This report focuses on issues concerning cases that are in a gray area between the fields of authority of two independent public agencies – the National Insurance Administration (NIA) and the Labor Market Administration (LMA). While the NIA administers most benefits under the Norwegian National Insurance Act, the LMA is responsible for benefits and measures for the unemployed. Vocational rehabilitation is an exception to the rule, that each institution has sole responsibility for a benefit.

Since 1994 the task of assessing the eligibility of candidates for vocational rehabilitation has been divided between the local offices of the two institutions. However, the NIA and LMA make their assessments according to different parts of the same chapter in the National Insurance Act. The NIA decides whether the medical criteria for eligibility for vocational rehabilitation are fulfilled. The LMA assesses whether and which vocational rehabilitation measures are necessary and appropriate. Usually cases that meet the medical criteria are transferred to the Employment office of the LMA. The latter then takes steps to initiate vocational rehabilitation measures. Though most cases move smoothly through the system, disagreements are bound to occur, when two autonomous public agencies share responsibility for a mutual field. So far there has been little knowledge about these differences and the consequences for the potential vocational rehabilitation candidates.

In this report we study cases that are lie in a gray area between the two agencies' line of authority. The report is based on information from the two agencies' databases and a study of specific "gray-area cases", in five major cities. The study consisted of all reported gray-area cases that caseworkers, in the participating offices of the two agencies, handled during a four-week period. We received 55 different cases from the caseworkers. Several caseworkers and clients were also interviewed as a part of the study.

We did a six- month follow- up of all cases registered, in the NIA's database, as transferred from their local offices to Employment offices pending vocational rehabilitation in the five cities studied. This showed that less than half (46 percent) of the cases transferred from the Social Security offices to Employment offices had started vocational rehabilitation within six months of transference. Eighteen percent of the cases were neither registered

into the Employment office's vocational rehabilitation database, nor listed as returned to the Social Security Agency. Fourteen percent were returned to the NIA, but just a few of these had participated in vocational rehabilitation. By the end of the follow-up period six percent of the transferred cases had been granted disability pension.

A comparison of the 55 cases that were collected in our study with cases that were registered in the database as transferred between the agencies at participating offices in the same period, indicate that approximately one fourth of the transferred cases are gray area cases. Of these the proportion of officially transferred cases to cases stopped during preliminary contacts between caseworkers, is two to one.

Most of the offices in our study reported that they had good working-relations with the other agency, even if they had their share of disagreements. There are different opinions as to whether gray area cases are considered to be a problem or as a natural consequence of the way casework is organized. A premise for the division of responsibility for vocational rehabilitation between the two agencies was that they were to cooperate. There are official guidelines that give general directions for such collaboration. Each set of local offices are supposed to have their own agreements about specific procedures, e.g. how and when to get in touch with each other. Preliminary contacts between caseworkers in the two agencies had been made in three fourths of the cases in our study. Usually these contacts were made by phone. Our data indicate that cases that were discussed over the phone usually were transferred to the Employment office, while fewer cases were transferred after being discussed in meetings between representatives for the two agencies.

Which cases are most likely to become gray area cases? The National Insurance Act states several factors that are to be taken into consideration when vocational rehabilitation is an option. Of these we compared the composition of gender, age and three types of diagnostic categories amongst recipients of vocational rehabilitation benefits and gray-area cases. We found that the following differences. There were more females, older people (over the age of 50) and more mental problems among cases in the gray area, than among those who received vocational rehabilitation benefits.

We also asked the caseworkers to state their reasons for not initiating vocational rehabilitation in the gray area cases. They were given five alternatives on the registration form. The most common reason was that the

person was considered to be too sick to start vocational rehabilitation. Among the other reasons that were mentioned were; characteristics of the individuals in question, the way the cases had been handled and that vocational rehabilitation was not considered to be necessary. Even though caseworkers referred to lack of suitable measures in the interviews, and this also was an option on the registration sheet, few marked this.

Caseworkers were, furthermore, asked what they assumed would be the next step in the gray area cases. The situation was uncertain in near half the cases. In a fourth of the cases treatment/ rehabilitation was expected to continue, while a smaller proportion were in need of further clarification. Application for disability pension was the recommended next step in a fifth of the cases. In approximately a fifth of the cases the caseworkers mentioned the possibility of reconsidering the case for vocational rehabilitation again, at a later point in time.

Gray area cases seem to be the result of a mismatch between the needs of those considered for vocational rehabilitation and the options available through the rehabilitation system. People assessed for vocational rehabilitation have a wide variety of diseases and disorders. In the last part of the report we look at different aspects of the needs and expectations of potential candidates for vocational rehabilitation. These are illustrated by the experiences of a few people whose cases became gray area cases.

Some of the variations in need for assistance between various subgroups problems are presented in relation to available measures. Finally some of the inherent inconsistencies in the framework for vocational rehabilitation and challenges the system is faced with are discussed.

Referanseliste:

Alm Andreassen (1999): Tidlig intervensjon – om egnet og uegnet inngripen i sykefraværsforløp i Fossetøl K. (red): *Mellom individ og marked*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr. 6 1999, Oslo.

Andersen, E. (1993): *Avslag på søknader om uførepensjon. Har lovinnstramningen hatt betydning på lokalplanet?* Trygdeforskningsprosjektene rapport nr 2/1993, Universitetet i Trondheim, Trondheim.

Arbeidsdirektoratet (1994): *Månedstatistikk om arbeidsmarkedet*, Arbeidsdirektoratet 12/94, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1995): *Månedstatistikk om arbeidsmarkedet*, Arbeidsdirektoratet 12/95, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1996a): *Yrkesrettet attføring – en integrert del av arbeidsmarkedspolitikken*, Arbeidsdirektoratet PB-0704, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1996b): *Metodeperm*, Arbeidsdirektoratet PB-0733, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1998a): *Månedstatistikk om arbeidsmarkedet*, Arbeidsdirektoratet 12/98, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1998b): *Programnotat Grunnlag for virksomhetsplanleggingen i Arbeidsmarkedsetaten for 1999*, Arbeidsdirektoratet PB- 0788, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1998c): *Yrkeshemmede 1991 - 1. halvår 1997*, Arbeidsdirektoratet Rapport 1/98, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1999a): *Attføringsreform 2*, Arbeidsdirektoratet, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1999b): *Programnotat for 2000*, Arbeidsdirektoratet, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (1999c): *Månedstatistikk om arbeidsmarkedet*, Arbeidsdirektoratet 12/99, Oslo.

Arbeidsdirektoratet (2000a): *Regler for Arbeidsmarkedstiltak - tiltak for yrkeshemmede*, Arbeidsdirektoratet PB-0549 - januar 2000, Oslo.

Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo (1996): *Rapport fra prosjekt «Yrkessmessig attføring av tidligere psykiatriske pasienter»*, Arbeidsrådgivningskontoret i Oslo.

Berge, T. (2000): Forebygging av tilbakefall ved depresjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* nr. 3/2000, Oslo.

Blekesaune, M. (1998): *Virker arbeidslinja på de sykemeldte?* NOVA rapport 10:1998, Oslo.

Blekesaune, M. (1999): *Innstramming i rehabiliteringspenger. Hvilke følger fikk den?* NOVA rapport 2/1999, Oslo.

- Brage, S. (1998): Musculoskeletal health problems and sickness absence- an epidemiological study of concepts, determinants, and consequences. Dr.grad arbeid, Universitetet i Oslo, Institutt for allmenntidisin og samfunnsmedisinske fag, Oslo.
- Brage, S. J. Nygård & G. Tellnes (1998): *Langtidssykemeldinger i Norge 1989-94*. Rapport 98:3 Seksjon for trygdemedisin, Universitetet i Oslo.
- Brage, S. & E. Lærum (1999): Ryggglidelser i Norge – en epidemiologisk beskrivelse. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 11,1999; 1619-23, Oslo.
- Brox, Friis, Holm, Grundnes, Sørensen, Lange & Reikerås (1999): Pasienter med kronisk degenerativ ryggglidelse – kan operasjonskøen reduseres ved konservativ behandling? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 12, 1999;119 1784-87, Oslo.
- Bruusgaard, D., Nøkleby Heiberg A. m.fl. (1995): *Sykdomsbegrepet i folketrygdloven. Konsensusrapport til trygderetten*. Rapportserie 95:2, Seksjon for trygdemedisin, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Claussen, B., E. Famm & J. Nygård (1994): ICPC-diagnoser i 60 allmennpraksiser. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 7, 1994;114:821-4, Oslo.
- Claussen, B. & T. Bjerkedal (1999): Kilder til livsopphold etter avslag på søknad om uførepensjon. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 15/99 s. 2187-2191, Oslo.
- Dahl, S. et. al (1991): *Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av yrkesmessig attføring*. SNF rapport 37/91, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen
- Ford, M. (1993): *Attføring til arbeid?* INAS rapport 93:7, Oslo.
- Ford, M. (1997): *Lokal tilpasning i og mellom etatene*. NOVA rapport 9a/97, Oslo.
- Glenne, A. & M. Rokic (1995): Gruppebasert tverrfaglig attføringsmetode for personer med yrkeshemmende muskelssmertetilstander, Muskelsmerteprojektet i arbeidsmarkedsetaten, Oslo.
- Gogstad. A. (1968): *Evaluation of factors determining the results of vocational rehabilitation*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Gulbrandsen, P. (1999): Må ryggsmertor gi ømme tær? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr.11, 1999; 119, Oslo.
- Hansen, H.T. (1996): *Trygd: en midlertidig bro, eller en vei ut av arbeidsmarkedet?* Avhandling levert for Dr. philos, Sosiologisk Institutt Universitetet i Bergen, Bergen.
- Hansen, H.T. (red) (1999): *Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet*. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.
- Hvinden, B. (1997): *Medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring*. NOVA rapport 9a/ 97, Oslo.

ICPC (International Classification of Primary Care) RTV- blankett 3.12C, endret 5.94, Oslo.

Jessen, J.T (1997): *Brukere i attføringsapparatet. Tilfredshet og medvirkning*. NOVA rapport 9b/97, Oslo.

Kopjar (red.) et al. (1999): *Folkehelse rapporten 1999*. Statens institutt for folkehelse, Oslo.

Malterud, K.(1997): Den norske velferdsstaten – på menns premisser? I *Fagbevegelsen foran et nytt århundre* (red. Erling P. Roalsvig), Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, Oslo.

Malterud, K. (1999): Kvinnens 'ubestemte' helseplager – medisinske og velferds-politiske utfordringer. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 12, 1999;119: 1790-1793, Oslo

Norsk Pasientregister (2000): *Norsk Pasientregister* [www.http://npr.no/Infovent](http://npr.no/Infovent)

Nystuen, P. & K.B. Hagen (1999): *Løsninger i arbeid*. Underveisrapport, Folkehelse, Oslo.

Nørve, S.& S. Østerby (2000): *Hva skjedde så? Muskelsmerteprojektet i Arbeidsmarkedsetaten- en evaluering fem år etter*. Byggforsk Prosjektrapport 280/2000, Oslo.

Ot. prp nr. 39 (1992-93): Om endring i lov av 17.juni 1966 nr. 12 om folketrygd, Oslo.

Ot. prp. nr. 58 (1992-93): Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i visse andre lover (yrkesrettet attføring) Oslo, Kommunal og arbeidsdepartementet.

Ot. prp. nr. 42 (1994-95): Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr 12 om folketrygd og i enkelte andre lover (Samleproposisjon) Oslo, Sosial- og helsedepartementet.

Osborne, D.& T. Gaebler (1993): *Reinventing Government*. Plume, Addison Wesley, Reading Mass.

Pettersvold, M. (1995): *Brukerundersøkelse i LINA-prosjektet*. Vestfold.

Riksrevisjonen (1999): *Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte*, Riksrevisjonen Dokument nr 3:9 (1998-99), Oslo.

Rikstrygdeverket (1997): *Søknader og avslag 1995/96 Uførepensjon*, Rikstrygdeverket, Oslo.

Rikstrygdeverket (1998a): Rundskriv til § 11-5 4/98, Rikstrygdeverket, Oslo.

Rikstrygdeverket (1998b): *Hva skjer med dem som ikke lenger mottar rehabiliteringspenger*, Rapport 7/98, Rikstrygdeverket, Oslo.

Rikstrygdeverket (1999a): *Basisrapport 1998* Rapport: 3/99, Rikstrygdeverket, Oslo.

- Rikstrygdeverket (1999b): *Årsmelding for 1998*, Rikstrygdeverket, Oslo.
- Rikstrygdeverket (1999c): *Trygdestatistisk årbok 1999*, Rikstrygdeverket, Oslo.
- Rikstrygdeverket (1999d): *Utviklingen i uførepensjonsordningen på 1990-tallet. Rapport 7/99*, Rikstrygdeverket, Oslo.
- Rikstrygdeverket (2000a): *Basisrapport 1999 Rapport: 2/ 2000*, Rikstrygdeverket, Oslo.
- Rikstrygdeverket (2000b): *Diagnoser og sykefravær 1994-1999*, Rapport 04/2000, Rikstrygdeverket, Oslo.
- Rikstrygdeverket/Arbeidsdirektoratet (1997): *Felles saksbehandlings- og samarbeidsrutiner ved behandling av saker etter folketrygdlovens kapittel 11*, Oslo.
- Rådet for psykisk helse (1995): *Velferdsstatens forsømte gruppe*, Rådet for psykisk helse, Oslo.
- Sandsberg, S. (1998): *Kronisk muskelsmertesyndrom: kjennsgjerninger og refleksjoner*. Dr.grads avhandling, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Schafft, A. m.fl.. (1999): *Arbeidsmarkedsetatens tilbud til personer med psykiske lidelser*, AFI rapportserie nr.1/99, Oslo.
- Sejerstad, O.(1994): Forskning på belastningslidelser – en grim ælling? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 3, 1994; 114:300-301, Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *FOU- prioriteringer 1998*, Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- St. melding nr. 35 (1994-95): *Velferdsmeldingen*, Oslo.
- St. melding nr. 39 (1991-92): *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon (Attføringsmeldingen)*, Oslo.
- St. melding nr. 50 (1998-99): *Utjammingsmeldinga Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg*, Oslo.
- Trygderevisjonen Hordaland region (1996): *Kontroll av utvalgte sider vedrørende attføringsreformen- yrkesrettet attføring*, Trygderevisjonen Hordaland region, Bergen.
- Trygderevisjonen Hordaland region (1998): *Revisjonsrapport: Yrkesrettet attføring- Kasteballeffekten*, Trygderevisjonen Hordaland region, Bergen.
- Ursin, H. (1999): *Prognose ved ryggglidelser*. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 13, 1999; 119:1909-12, Oslo.
- Åbyholm, A.& P. Hjortdahl (1999): *Smertene styrer livet*. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* nr. 11, 1999; 119:1624-29, Oslo.
- Aakvik (1999): *Estimating the Employment Effects of Education for Disabled Workers in Norway*, Departement of Economics Univerisity of Bergen; Working Paper Series nr. 26 1999, Bergen.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og registreringskjemaer

Instruks til saksbehandlere for registrering av gråsonesaker

TIL SAKSBEHANDLERE I TRYGDE- OG ARBEIDSMARKEDSETAT

Undersøkelse av gråsonen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetat

Myndighetene ønsker kunnskap om omfanget av og typer saker der personer kommer i en mellomstilling mellom trygdeetatens og arbeidsmarkedsetatens tilbud. Etatene legger arbeid i en rekke slike saker, som ikke registreres systematisk og derfor heller ikke fremkommer i resultatene. Forskerne Margaret Ford og Jorunn Jessen ved forskningsinstituttet NOVA har fått i oppdrag å undersøke dette. Undersøkelsen omfatter alle trygde- og arbeidskontor i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø og Stavanger. Fase 1 av undersøkelsen gjelder registrering av slike saker. Alle saksbehandlere som arbeider med slike saker ved alle kontorene i disse byene deltar i registreringsdelen. (Fase 2 omfatter intervjuer med et mindre utvalg saksbehandlere og brukere av etatens tjenester (ca. 20 saker). De som skal intervjues vil kontaktet særskilt om dette på et senere tidspunkt.)

Saker som skal registreres:

a) Saker der henvendelser om yrkesrettet attføring og potensielle attførings saker blir avvist ved trygdekontoret etter drøftinger (forhåndskontakt, basismøte e.l.) med arbeidskontorene.

Dette gjelder enten kontakten med den annen etat om attføringsmulighetene har vært muntlig, skriftlig eller telefonisk, og man har kommet frem til at attføring ikke skal settes igang. Sakene registreres enten kontakten er tatt før eller etter at krav om attføring er framsatt. (jfr. felles saksbehandlings- og samarbeidsrutiner ved behandling av saker etter folketrygdlovens kap. 1, RTV/AD 1. April 1997).

b) Retursaker, der søknader om yrkesrettet attføring blir avvist og returnert etter oversendelse til arbeidskontorene, uten at attføringstiltak blir satt igang.

Saken har vært oversendt til arbeidskontoret og blir returnert til trygdekontoret fordi attføring ikke er hensiktsmessig eller nødvendig.

1) Registrering

For hver sak av de ovennevnte typer fylles ett skjema ut. Skjemaene nummereres fortløpende fra 1 etterhvert som du registrerer dem. De fleste av spørsmålene er avkryssingsspørsmål. Registreringsperioden er 4 uker, fra medio november til medio desember. Når registreringsperioden er over samles registreringskjemaene fra kontoret og sendes samlet til forskerne, slik at anonymitet ivaretas.

2) I tillegg bes du notere navn og adresse *separat*, for hver av personene du har fylt ut registreringskjema for. Denne listen skal ditt kontor bruke til å sende ut en forespørsel til disse personene om å la seg intervju. Forespørselen må gå fra arbeids- eller trygdekontoret, fordi forskerne ikke skal få vite hvem sakene gjelder før personene har gitt sitt samtykke. Kontoret avgjør selv om hver saksbehandler skal sende forespørselen eller om kontoret koordinerer utsendelsen.

Skulle du ha noen spørsmål vedrørende prosjektet eller registreringen kan du kontakte Margaret Ford på tlf: 22- 54 12 86. På forhånd takk for hjelpen!

Margaret Ford
Forsker

Jorunn Jessen
Forsker

Invitasjon til bruker

Invitasjon til samtale om ditt møte med trygde- og eller arbeidsmarkedsetat

Sosial- og helsedepartementet har satt igang en undersøkelse om hvordan trygde- og arbeidsmarkedsetaten jobber med saker, og møter personer som kan være aktuelle søkere til trygdeytelser. Spesielt er de interessert i å få vite hvor mange og hvilke typer saker dette gjelder. Arbeids- og trygdekontorene i de 5 største byene inngår i undersøkelsen. De skal registrere omfang og typer saker som er aktuelle i en kortere periode (4 uker). På grunnlag av dette vil vi intervju saksbehandlere om hvordan de jobber. Det er også viktig å snakke med «brukere» av etatenes tjenester om det de har vært igjennom og deres erfaringer. Resultatene av undersøkelsen vil bli brukt til å få en oversikt over ulike typer situasjoner personer kommer ifra og går til, og til å forbedre servicetilbudet til brukere.

Vi er to forskere som har fått i oppdrag å gjennomføre undersøkelsen. I den forbindelse vil vi gjerne snakke med deg. Samtalen inngår som en del av undersøkelsen. Samtalen (intervjuet) vil dreie seg om hvorfor du var i kontakt med trygde/arbeidskontoret, og din opplevelse av møtet med dem. Vi er også interessert i å høre hva som er situasjonen din i dag og hvilke behov du har for hjelp.

Dette brevet sendes til personer som har hatt sin sak til vurdering i arbeidsmarkedsetaten eller trygdeetaten i registreringsperioden. Brevet er sendt til deg fra enten trygdekontoret eller arbeidskontoret. Vi som forskere vet ikke hvem som blir kontaktet.

Det er frivillig om du vil la deg intervju eller ikke. Uansett om du velger å være med eller ikke, vil det ikke ha innvirkning på dine trygderettigheter. Du er sikret full anonymitet, vi har taushetsplikt, slik at ingen andre vil få vite hvem vi har snakket med. Ved å la deg intervju vil du ha mulighet til å komme frem med ditt syn og dine erfaringer både gode og dårlige.

Vi håper du vil hjelpe oss, slik at undersøkelsen gir et best mulig bilde av etatenes arbeid og hvordan ordningene fungerer for brukerne av dem. Jo flere som benytter muligheten for å fortelle om sine erfaringer, jo mer nyttig vil undersøkelsen være for fremtidig praksis og service.

Vedlagt finner du et svarskjema og frankert konvolutt. Vennligst kryss av på dette skjemaet og postlegg det i den vedlagte svarkonvolutt, om du vil

snakke med oss. Dersom du er villig til å snakke med oss vil vi kontakte deg på den måten du oppgir er best for deg.

Dersom du har noen spørsmål angående undersøkelsen kan du kontakte avsender eller oss. Vi kan nåes på telefon: 22- 54 12 44.

Med vennlig hilsen

Jorunn Jessen
Forsker

Margaret Ford
Forsker

Legg dette svararket i vedlagte frankerte svarconvolutt og postlegg den.

Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjonen om prosjektet.

Ja, Jeg sier meg villig til å la meg intervjuer

Mitt navn _____

Vennligst oppgi hvordan du vil kontaktes:

Jeg vil kontaktes pr. telefon, telefonnr _____ på dagtid

telefonnr. _____ på kveldstid.

Jeg vil helst kontaktes pr. brev til adresse _____

Registreringsskjema trygdeetaten

Registreringsskjema «Gråsonen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetat»
(Trygdekontor-skjema) Sak nr: _____

Kjønn: Kvinne Mann Alder: _____ år

Diagnose _____

1 diagnose Flere diagnoser Sammensatt problematikk

Har vedkommende yrkeserfaring: Ja Nei Usikkert

Hvor kom saken fra:

Arbeidskontoret Sosialkontoret Lege Institusjon

Personen selv Andre deler av trygdeetaten Andre

Har vedkommende mottatt andre trygdeytelser?

Rehabiliteringspenger Sykepenger Uførepensjon

Enslig forsørgerstønad Sosialhjelp Annet Nei

Er de medisinske vilkår for yrkesrettet attføring oppfylt? Ja Nei

Foreligger det noen forslag til attføringstiltak? Ja Nei Vet ikke

Har attføring blitt diskutert med personen? Ja Nei Vet ikke

Er personen positivt innstilt til attføring? Ja Nei Vet ikke

Er det aktuelt å vurdere uførepensjon? Ja Nei Vet ikke

Saken er tatt opp med arbeidskontoret

telefonisk skriftlig i møte

Resultat av drøfting

Har saken har vært sendt til Arbeidskontoret? Ja Nei

Hvis ja, hvorfor returnert?

Hvis nei, hvorfor?

.....
.....

.....
.....

Hvorfor ikke sette igang attføring?

Mangler egnede tiltak Personen er for syk Personen er for ung

Personen er for gammel Personen mangler motivasjon

Annen grunn

.....

Hva har trygdekontoret gjort i saken?

.....
.....

Hva skal skje videre i saken?

.....

Registreringsskjema arbeidsmarkedsetaten

Registreringsskjema: «Gråsonen mellom trygde- og arbeidsmarkedsetat»

(Arbeidskontor-skjema)

Sak nr: _____

Kjønn: Kvinne Mann

Alder _____ år

Diagnose: _____

1 diagnose Flere diagnoser Sammensatt problematikk

Har vedkommende yrkeserfaring? Ja Nei Usikkert

Hvor kom saken fra:

Trygdekontoret Sosialkontoret Lege Institusjon

Personen selv Andre deler av Arbeidsmarkedsetaten Andre

Foreligger noen forslag til attføringstiltak? Ja Nei Usikker

Har attføring vært diskutert med personen? Ja Nei Vet ikke

Er personen positivt innstilt til attføring? Ja Nei Vet ikke

Er det aktuelt å vurdere uførepensjon? Ja Nei Vet ikke

Saken er tatt opp med trygdekontoret:

telefonisk Skriftlig I møte

Resultat av drøfting

Saken ble oversendt fra trygdekontoret Ja Nei

Hvis ja, hvorfor returnert?

Hvis nei, hvorfor ikke

.....

.....

Hvorfor ikke sette igang attføring?

Mangler egnede tiltak Personen er for syk Personen er for ung

Personen er for gammel Personen mangler motivasjon

Annen grunn

Hva har arbeidskontoret gjort i saken?

.....

Hva skal skje videre i saken ?

.....

Vedlegg 2: Innkomne gråsonesaker og kommentarer til gråsoneproblematikken fra kontor i utvalget

Tabell V1: Kommentarer til omfang av gråsonesaker fra kontor som deltok i undersøkelsen, men ikke hadde registrerte gråsonesaker i undersøkelsesperioden.

Type kommentar:	Trygdekontor	Arbeidskontor
Godt samarbeid, få slike saker eller ikke ofte har slike saker	13	3
Tilfeldig, eller uvanlig at ikke har noen	6	2
Ikke forhåndskontakt, tar imot alle og prøver i lengre tid	1	2
Lagt om samarbeidsrutiner	2	
Ser det som et problem		1

De øvrige deltagende kontorene gav ikke kommentarer til dette.

Tabell V2: Kommentarer til gråsoneproblematikken fra utvalgskontor som ikke deltok i undersøkelsen:

Kommentarer fra Arbeidskontor:

- Kontor a) Ser det som problem, de skal ta det opp i ledermøte. De hadde igjen 4 sykemeldte saksbehandlere.
- Kontor b) Kjempegodt samarbeid med trygdekontoret. De lar dem gå lenger på rehabiliteringspenger mens de er i behandling. Det er sjelden de sier stopp hvis noe oversendes. Gråsonesaker er ofte psykisk, ustabil rus.
- Kontor c) Ikke bidratt pga. personalsituasjonen.

Kommentarer fra Trygdekontor:

- Kontor d) De har noen slike saker, men ikke veldig mange. Ikke deltatt på grunn av personal mangel.
- Kontor e) Rart om ikke noen slike saker. Ikke deltatt fordi ikke personale (2 utbyttede saksbehandlere) - gav ikke beskjed.
- Kontor f) Lite slike saker, ufattelig godt samarbeid med arbeidskontoret. Personal krise 50 prosent borte.
- Kontor g) Fritatt av Fylkestyret. Fylkestyret opplyser at det ikke er noe problemer ved dette kontoret slik det er ved andre kontor i samme by.

Tabell V3: Fordeling av innkomne registreringsskjemaer etter kontortype

Kontortype	Trygdekontor	Arbeidskontor
Hadde gråsonesaker	6	9
Hadde ikke	26	9
Deltok ikke i registrering	4	3
Antall kontor i utvalget	36	21

Vedlegg 3: Attførings saker avsluttet i arbeidsmarkedsetaten desember 1998 og desember 1999

Avsluttede attføringspengemottakere fra arbeidsmarkedsetatens register for desember 1998

Tabell V4: Avsluttede yrkeshemmede: mottakere av attføringspenger og ikke-mottakere av attføringspenger. Hvilken status avsluttet fra Desember 1998 Prosent (n=)

	Attførings- penger	Ikke mottakere av attføringspenger	Yrkeshemmede totalt
Avsluttet fra status:			
Utrednings/ventetid	57 (521)	33 (378)	44 (899)
Formidlingstiltak	2 (15)	13 (148)	8 (163)
Arbeidstrening	21 (194)	32 (365)	27 (559)
Kvalifiseringstiltak	19 (174)	18 (208)	19 (382)
Varig vernet	0 (5)	4 (51)	3 (56)
Sum	99 (909)	100 (1150)	101 (2059)

* Kilde Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse/ Månedstatistikk 12/98

Tabell V5: Type løsning personene avsluttet til etter om de var mottakere av attføringspenger eller ikke. Desember 1998 (n=)

	Attførings- penger	Ikke mottakere av attføringspenger	Yrkeshemmede totalt
Avsluttet til:			
Arbeidsløsninger	16 (147)	33 (382)	26 (529)
Formidlingsklar	13 (116)	15 (174)	14 (290)
Skolegang	0 (3)	2 (24)	1 (27)
Helse/sosial	34 (306)	17 (192)	24 (498)
Uførepensjon	22 (204)	8 (93)	14 (297)
Annet	15 (133)	25 (285)	20 (418)
Sum	100 (909)	100 (1150)	99 (2059)

* Kilde Arbeidsdirektoratet Kontoret for plan og analyse/Månedstatistikk 12/98

Avsluttede attføringspengemottakere fra arbeidsmarkedsetatens register for desember 1999

Tabell V6: Avsluttede yrkeshemmede: mottakere av attføringspenger og ikke-mottakere av attføringspenger. Hvilken status avsluttet fra Desember 1999 Prosent (n=)

	Attførings- penger	Ikke mottakere av attføringspenger	Yrkeshemmede totalt
Avsluttet fra status:			
Utrednings/ventetid	49 (543)	35 (353)	43 (896)
Formidlingstiltak	1 (10)	10 (98)	5 (108)
Arbeidstrening	26 (282)	31 (308)	28 (590)
Kvalifiseringstiltak	24 (259)	17 (165)	20 (424)
Varig vernet	0 (7)	8 (78)	4 (85)
Sum	100 (1101)	100 (1002)	100 (2103)

* Kilde Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse/Månedstatistikk 12/99

Tabell V7: Type løsning personene avsluttet til etter om de var mottakere av attføringspenger eller ikke. Desember 1999 (n=)

	Attførings- penger	Ikke mottakere av attføringspenger	Yrkeshemmede totalt
Avsluttet til:			
Arbeidsløsninger	19 (213)	34 (339)	26 (552)
Formidlingsklar	16 (176)	16 (158)	16 (334)
Skolegang	1 (9)	2 (24)	2 (33)
Helse/sosial	33 (367)	15 (153)	25 (520)
Uførepensjon	19 (210)	10 (96)	15 (306)
Annet	11 (126)	23 (232)	17 (358)
Sum	99 (1101)	100 (1002)	101 (2103)

* Kilde Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse/Månedstatistikk 12/99

Vedlegg 4: Saker registrert med overførings- hjemmel fra trygdeetatens rehabiliteringsregister

Saker registrert som overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten med ventetid før attføring (kode 14) i rehabiliteringsregisteret. For alle kontorene byene Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø.

Tabell V8: Kjønn-, alders- og diagnosefordeling blant overførte saker fra RTVs rehabiliteringsregister. I de fem byene i perioden 15/11-15/12-1998. Prosent N=315

Kjønn:		
Menn	50	(156)
Kvinner	51	(159)
Alder:		
Under 30 år	27	(85)
30–39 år	35	(111)
40–49 år	24	(77)
50 år og eldre	13	(42)
Diagnosetype:		
Muskel-/skjelett	41	(129)
Psykiske lidelser	40	(125)
Andre diagnoser	19	(61)

Tabell V9: Om sak ble gråsonesak eller ikke etter alder, diagnose, samt kjønn. Logistisk regresjon (N=315)

	Koeffisient	Standard feil	frihetsgrader	Signifikans
4 aldersgrupper			3	,333
under 30 år	-,386	,419	1	,357
30–39 år	-,694	,402	1	,084
40–49 år	-,245	,415	1	,540
50 år	,000			
3 delt diagnose			2	,026
muskel/skjelett	1,083	,413	1	,008
psykiske	,671	,419	1	,109
andre diagnoser	,000			
Kjønn	,298	,263	1	,258
Konstant	-1,528	,495	1	,002

Tabell V10: Korrelasjonsmatrise ulike atfføringsløp med kjønn, alder og diagnose. Dikotomiserte atfføringsløp. N=315

	Kjønn	Muskel-/skjelett	Psykiske	Andre diagnoser	Alder
Gråsonesak	,013	,132*	-,029	-,129*	,087
Vanlig atfføringsløp	-,023	-,070	,071	-,001	,013
Retursak	,013	,045	-,077	,039	,043
Usikker sak	-,064	-,020	-,037	,071	-,090

* signifikant 0.05 nivå Pearsons corr.

Forklaring ulike Atfføringsløp:

Gråsonesak, inngår i kategorien gråsonesak eller ikke: jfr. tekstens tabell 2 c)

I atfføringsløp, inngår i vanlig atfføringsløp eller ikke: jfr. tekstens tabell 2 a) + b)

Retursak, inngår i retursak eller ikke: jfr. tekstens tabell 2 e) +f)

Usikkersak, inngår i usikker sak eller ikke: jfr. tekstens tabell 2 g))

Vedlegg 5: Beregningsgrunnlag for omfanget av gråsonesaker basert på innkomne saker i vår undersøkelse

Tabell V11: Trygdekontor som sendte inn gråsonesaker og antall saker registrert med overføringshjemmel i Rikstrygdeverkets (RTV) rehabiliteringsregister, som overført fra disse kontorene. Samt prosentandel innkomne gråsonesaker utgjør av de overførte sakene.

	Antall innkomne skjemaer om gråsonesaker	Antall saker registrert med overføringshjemmel i RTV's rehabiliteringsregister ved hvert av trygdekontorene	Prosentandel gråsonesaker
Trygdekontor:			
Kontor a)	3	10	30
Kontor b)	3	20	15
Kontor c)	3	12	25
Kontor d)	1	7	14
Kontor e)	4	12	33
Kontor f)	1	21	5
I alt	15	82	18

Tabell V12: Fordeling av antall saker registrert med overføringshjemmel «Ventetid på attføring» ved trygdekontorene i de fem byene i RTVs rehabiliteringsregister i perioden 15/11-15/12-1998.

Antall saker:	Antall trygdekontor
1 – 3	5
4 – 6	11
7 – 9	6
10 – 15	8
flere enn 15	4
Totalt 315	36

Andelen gråsonesaker i teksten er basert på den andel de innkomne gråsonesaker utgjorde av de 232 saker som var registrert med overføringshjemmel i Rikstrygdeverkets rehabiliteringsregister ved de deltagende kontor. Beregningen tar utgangspunkt i de 315 registrerte sakene i hele utvalgsområdet. De 41 sakene som var registrert ved de ikke- deltagende trygdekontor og 42 saker registrert ved trygdekontorene som samarbeider med ikke deltagende arbeidskontor (og som selv ikke hadde oppgitt gråsonesaker) er også trukket fra de 315 sakene som var registrert med overføringshjemmel i rehabiliteringsregisteret.

Vedlegg 6: Nærmere om saker som ikke ble overført etter drøfting

Sakene fra trygdeetaten som ikke ble overført

Av de 15 skjemaene vi fikk inn fra trygdeetaten, førte drøfting i 6 tilfeller til at saken ikke ble overført. De seks sakene avspeiler et ganske vidt spekter av grunner til at saker ikke overføres.

- En kom fra sosialhjelp og var i et arbeidstreningstilbud med kursstønad, slik at vedkommende ble ansett for å ha et adekvat tilbud, selv om de medisinske vilkår for attføring var oppfylt. Denne saken vil vurderes på nytt dersom arbeidstrening ikke fører frem.
- En mente arbeidskontoret at mulighetene for BIA ikke var tilstrekkelig utredet.
- En annen hadde tidligere vært gjennom attføring, men var sykmeldt på nytt. Drøftingen viste at arbeidskontoret mente at vedkommende kunne melde seg som arbeidssøker når hun ble friskmeldt fra sin sykemelding.
- En hadde 50 prosent uførepensjon. I denne saken ble resultatet av drøfting at vedkommende kunne nytte restarbeidsevnen i et «lettere helse-tilpasset arbeid» og attføring således ikke ansett som nødvendig.
- En skulle tas opp i basismøte fremfor oversendelse. Begrunnelsen var at arbeidskontoret var usikker på motivasjonen for attføring. Trygdekontoret hadde registrert nei på spørsmål om vedkommende var positivt innstilt til attføring i vårt skjema.
- En hadde uførepensjon med en alvorlig psykisk lidelse, men hadde selv kontaktet trygdekontoret. Vedkommende ble registrert som positivt innstilt til attføring på registreringsskjemaet. Resultatet av drøftingen var at vedkommende ble ansett for å være for syk til attføring.

Som disse eksemplene viser er flere av sakene fortsatt inne i en prosess og spørsmålet om yrkesrettet attføring kan bli aktuelt igjen på et senere tidspunkt. I alle sakene bortsett fra den hvor søkeren var innvilget gradert uførepensjon var de medisinske vilkår for yrkesrettet attføring oppfylt.

Saker fra arbeidsmarkedsetaten, som ikke hadde blitt overført.

Nærmere en tredjedel (30 prosent) av skjemaene fra arbeidsmarkedsetaten i vår undersøkelse gjaldt saker som var drøftet, men som ikke var blitt overført. Halvparten av disse var bare drøftet på telefon og den andre halvparten var drøftet i basismøter. Selv om såpass mange av dem som ikke

var overført hadde bare blitt drøftet på telefon, hadde flertallet av saker som var drøftet på telefon blitt overført. I kontrast ble bare en av syv saker som var drøftet i basisgruppe, overført til arbeidsmarkedsetaten.

Det er grunn til å anta at det forskjell mellom saker som drøftes over telefon og de som meldes opp i basisgruppe. Terskelen for å drøfte en sak over telefonen med den annen etat er antagelig lavere. Det er mindre arbeidskrevende og kan gjøres ved behov, mens saksbehandleren sitter med saken.

Blant de tilfellene som ikke ble overført var; to trengte mer medisinsk behandling, to skulle forsøke BIA, en mente man kunne søke arbeid, i ett tilfelle manglet man egnet tiltak, i ett var rådgivende lege uenig med andre sakkyndige, en hadde vært gjennom attføring tidligere. En mer uvanlig begrunnelse var; at stoffmisbruk ikke var sykdom eller skade. Arbeidskontoret mente derfor at vedkommende kunne melde seg som arbeidssøker.

To av sakene som ikke ble overført til arbeidskontoret gjaldt personer som vi har intervjuet. Begge hadde diagnose i kategorien psykiske lidelser. Dette var saker som var behandlet i basisgruppe og felles for dem var at en mente BIA kunne prøves. Hvis ikke, kunne de søke seg annet arbeid. I begge disse tilfellene gikk det flere måneder før de fikk noe tilbud fra sine respektive arbeidsplasser. For personene var det en frustrerende prosess.

Vedlegg 7: Kjennetegn ved individene i de ulike gruppene

Personer med sykepengen under attføring

Tabell V13: Mottakere av sykepengen under attføring (N=684) (N=5059) Prosent

		I de 5 byene		landsbasis	
		Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Alder:	Under 30 år	34 (127)	24 (74)	33 (939)	26 (578)
	30–39 år	41 (155)	37 (116)	39 (1112)	37 (809)
	40–49 år	16 (61)	30 (92)	21 (605)	27 (595)
	50 år og eldre	8 (31)	9 (28)	8 (214)	10 (207)
Diagnoser:	Muskel-/skjelett	58 (216)	45 (140)	58 (1667)	55 (1205)
	Psykiske	17 (63)	24 (73)	13 (380)	19 (410)
	Andre diagnoser	25 (95)	31 (97)	29 (823)	26 (574)
Sum		55 (374)	45 (310)	57 (2870)	43 (2189)

Ved utgangen av 1998 var det i alt 5059 personer som mottok sykepengen under attføring. I området som dekkes av vår undersøkelse var det i alt 684 personer som var registrert i Rikestrygdeverket med sykepengen mens de var i attføring. (Kjønns-, alder- og diagnosefordelingen for denne gruppen skiller seg fra sammensetningen blant registrerte med overføringshjemmel «ventetid før attføring» fra trygdeetatens rehabiliteringsregister og de gråsonesakene vi fikk inn i vår undersøkelse.)

Samvariasjon mellom kjønn, alder og diagnose blant mottakere av sykepengen under attføring:

Blant dem som hadde sykepengen mens de var i attføring i byutvalget (N=684) korrelerer kjønn både med aldersgruppe og diagnose (signifikant på 0.01 nivå). Det er ikke signifikant korrelasjon mellom alder og diagnose i dette utvalget

Blant alle dem som hadde sykepengen mens de var i attføring - Landsbasis (N=5059), korrelerer kjønn med aldersgruppe (signifikant på 0.01 nivå), men ikke med diagnose. Alder og diagnose korrelerer (signifikant på 0.05 nivå).

Nyregistrerte yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetatens register

Tabellene V14 og V15 angir fordelingene for de nyregistrerte yrkeshemmede ved alle arbeidskontorene i de fem utvalgsbyene.

Tabell V14: Kjønn, alder og diagnose. Nyregistrerte yrkeshemmede (kode YHNY) ved alle kontor i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Desember 1998. Prosent N=747¹²⁷

		%	(n=)
Kjønn:	Menn	48	(357)
	Kvinner	52	(390)
Alder:	Under 30 år	29	(218)
	30–39 år	33	(248)
	40–49 år	25	(185)
	50 år og eldre	13	(96)
Diagnoser:	Psykiske lidelser inkl. misbruk	26	(197)
	Muskel-/skjelett lidelser	31	(229)
	Sosial mistilpasning	2	(16)
	Ikke oppgitt diagnose	27	(205)
	Andre diagnoser	14	(100)

Tabell V15: Diagnosefordeling blant nyregistrerte yrkeshemmede (kode YHNY) med diagnose, ved alle kontor i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Desember 1998. Kun de saker som var registrert med diagnose. Prosent N=542

	%	(n=)
Psykiske lidelser inkl. misbruk	36	(197)
Muskel-/skjelett	42	(229)
Annet	21	(116)
Sum	99	(542)

¹²⁷ Kilde fylkesarbeidskontorene i Oslo og Akershus, Hordaland, Rogaland, Sør-Trøndelag, Troms.

Kjønnsfordelinger

Tabell V16: Kjønnsfordeling blant mottakere av sykepenger under attføring, yrkeshemmede totalt, inndelt; yrkeshemmede uten attføringspenger, yrkeshemmede med attføringspenger, rehabiliteringspengemottaker på landsbasis desember 1998, samt gråsonesakene fra undersøkelsen ¹²⁸ Prosent

	Sykepenger Under attf.	Yrkeshemmede Samlet	Yrkeshemmede uten attføringspenger	Attf.penger mottakere	Rehabil mottakere	Gråsones- sak
Menn	57 (2870)	53 (29267)	60 (15782)	47 (13485)	39 (10823)	46 (25)
Kvinner	43 (2189)	47 (25755)	40 (10498)	53 (15257)	61 (16946)	55 (30)
Sum	100 (5059)	100 (55202)	100 (26460)	100 (28742)	100 (27769)	101 (55)

Kjønnsfordeling blant yrkeshemmede i attføringstiltak

Tabell V17: Yrkeshemmede fordelt etter kjønn. Kapittel, tiltak. Gjennomsnitt 3. kv. 1999 på landsbasis. Prosent (n=)

	Kvinner	Menn	I alt N=
Kapittel 1591 AMO og praksisplass	45 (207)	55 (256)	463
Kapittel 1592	38 (7020)	62 (11374)	18394
Bedriftsintern attføring	51 (325)	48 (310)	635
Lønnstilskudd	26 (323)	74 (929)	1252
Sysselsetting i offentlig virksomhet	50 (710)	50 (717)	1427
Integreringstilskudd	42 (163)	58 (221)	384
Arbeid med Bistand	43 (558)	57 (736)	1294
SPA individstøtte	32 (298)	68 (635)	932
ATG - arbeidstreningssgruppe	31 (47)	69 (107)	154
AFT - arbeidsforberedende trening	45 (506)	55 (614)	1120
Arbeidsmarkedsbedrifter	34 (1795)	66 (3561)	5356
ASV – arbeidssamvirke	29 (2217)	61 (3444)	5661
Varig vernet i off. sektor	44 (78)	56 (100)	178
Annet	0	0	0
Kapittel 2543	53 (11287)	47 (9884)	21172
Skolegang	53 (8856)	47 (7802)	16658
Hospitering	54 (2401)	46 (2023)	4424
Egen etablering	34 (30)	66 (59)	89
Sum	46 (18514)	54 (21514)	40028

Kilde: Tall fra Arbeidsdirektoratet, Kontoret for plan og analyse.

¹²⁸ Fordelingen blant personer som mottar sykepenger under attføring i de 5 byene er 55 prosent menn 45 prosent kvinner. Fordelingen den samme blant nyregistrerte yrkeshemmede med diagnose i de 5 byene som for landet som helhet.

Aldersfordelinger

Tabell V18: Aldersfordelinger: Registrerte yrkeshemmede i arbeidsmarkedsetaten samlet, yrkeshemmede uten og med attføringspenger, mottakere av sykepenger under attføring, på landsbasis. Registrerte med «ventetid før attføring» (v.t.f.) fra rehabiliteringspengeregisteret fra Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø. Desember 1998. Gråsonesaker i vår undersøkelse Prosent. (n=)

	Yrkeshemmede registrert i arbeidsmarkedsetaten			Sykepenger i attføring	V.t.f utvalg	Gråsonesaker
	Attføringspenger					
	Samlet	Uten	Med			
U. 20 år	2 (1292)	0 (993)	1 (299)	0 (21)	1 (4)	-
20-29 år	27 814724)	23 (6087)	30 (8637)	30 (1496)	26 (81)	18 (10)
30-39 år	33 (17942)	28 (7413)	37 (10529)	38 (1921)	35 (111)	22 (12)
40-49 år	24 (13363)	25 (6626)	23 (6737)	24 (1200)	24 (77)	29 (16)
50 år ?	14 (7881)	20 (5341)	9 (2540)	8 (421)	13 (42)	29 (16)
Ikke oppgitt	-	-	-	-	-	2 (1)
Sum	100(55202)	96 (26460)	100 (28742)	100 (5059)	99 (315)	100 (55)

Diagnosefordeling blant personer med ulike ytelser, og gråsonesakene

Tabell V19: Diagnosefordeling for mottakere av attføringspenger på landsbasis. Nyregistrerte attførings saker i arbeidsmarkedsetaten (kode YHNY), mottakere av sykepenger under attføring, oversendte saker fra rehabiliteringsregisteret og gråsonesaker i Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Tromsø hvor diagnose var oppgitt.. Desember 1998 Prosent

	Attføringspenger	YHNY*	Sykepenger i attføring	Overført fra Rehab. register	Gråsones**
<i>Diagnoser:</i>					
Muskel/skjelett	43 (12325)	42 (229)	52 (356)	41 (129)	43 (20)
Psykiske lidelser inkl. misbruk	26 (7653)	36 (197)	20 (136)	40 (125)	62 (33)
Andre diagnoser	31 (8764)	21 (116)	28 (192)	19 (61)	6 (3)
Sum	100(28742)	99 (542)	100 (684)	100 (315)	111 (56)

Kilde YHNY: Fylkesarbeidskontorene i Oslo, Rogaland, Troms, Sør-Trøndelag, Hordaland.

* YHNY N=542 for de som var registrert med diagnose

** Gråsonesaker N= 47 de som hadde oppgitt diagnose. Summerer til mer enn 100 prosent fordi flere hadde flere typer diagnoser.

Tabell V20: Diagnosefordelinger innkomne gråsonesaker i vår undersøkelse. Prosent N=55.

	%	(n=)
Psykiske lidelser	20	(11)
Misbruk	15	(8)
Psykisk og misbruk	7	(4)
Psykisk utviklingshemmet	2	(1)
Muskel-/skjelett lidelser	24	(13)
Diffuse og objektive	4	(2)
Både psykisk og muskel-/skjelett lidelser	9	(5)
Andre diagnoser	6	(3)
Ikke oppgitt spesifikk diagnose	15	(8)
Sum	102	55

Spesifiserte diagnosefordelinger blant overførte saker fra trygdeetatens rehabiliteringsregister i undersøkelsesbyene

Tabellene V21 -V23 viser fordelingene på spesifikke diagnoser innen hver av de tre diagnosetyperne. Normal attføringsløp henspiller på inndelingen i tekstens tabell 2 a) og 2 b). Annet er alle andre karriereforløp.

Psykiske lidelser

Tabell V21: Fordeling blant de ulike diagnoser innen psykiske lidelser etter om de kom i «normalt attføringsløp» eller ikke N= 125

% av psykiske lidelser	Attføringsløp		
	Annet	Normalattf.løp	(n=)
16 % Rusmiddelmisbruk			
Alkohol	1	4	5
Stoff	3	12	15
52 % Angst/depresjon			
Angst	11	8	19
Depresjon	26	20	46
14 % Alvorlige psykiske psykoser			
Personlighetsforstyr.	6	4	10
Personlighetsforstyr.	6	2	8
10 % Lærevansker/adferd			
Lærevansker	2	6	8
Adferdsproblemer	2	0	2
Psykisk utviklingshem	1	1	2
8 % Psykiske lidelser generelt	4	6	10
100 % Sum	62	63	125

Muskel-/skjelettlidelser

Tabell V22: Spesifisert diagnosefordeling blant de med muskel-/skjelettlidelser fra rehabiliteringsregisteret (kode 14) etter om de kom i «normalt attføringsløp» eller ikke. N= 129

% av muskel-/skjelett diagnoser	Attføringsløp		
	Annet	Normalt attføringsløp	(n=)
35 % Rygg	25	20	45
22% Diffuse:			
Fibromyalgi	6	4	10
Muskulære	11	8	19
15 % Nakke/skulder			
Nakke	6	4	10
Skulder	8	1	9
9 % Skader/revmatisme:			
Skader	4	1	5
Revmatiske	4	2	6
19 % Øvre muskel-/skjelett:			
Artrose	0	1	1
Albue	2	7	9
Hofte	2	2	4
Hånd	1	0	1
Kne	4	3	7
Brudd	1	0	1
Forstuing	1	0	1
Fot	1	0	1
100 % Sum	75	54	129

Diagnosefordeling andre diagnoser (ikke psykiske eller muskel-/ skjelettlidelser)

Tabell V23: Andre diagnoser overført fra rehabiliteringsregisteret med sikre på utføring. N= 61

	Attføringsløp		(n=)
	Annet	Normalt utføringsløp	
Nervesystemet	9	3	12
Luftveisdiagnoser	5	3	8
Fordøyelsessystem	4	2	6
Hud	2	3	5
Øye	3	1	4
Øre	2	1	3
Amputasjon	2	1	3
Endokrine	0	3	3
Urinveier	1	2	3
Hjerte	1	1	2
Andre hjerte-kar	0	2	2
Graviditet	0	2	2
Alle andre	4	4	8
Sum	33	28	61

*Andre er: Allment og uspesifisert, Besvimelse, Blod, Diabetes, medfødt, slag, svulst, Kvinne-
lige kjønnsorganer (X)*

Vedlegg 8: Om attføring var diskutert med personen og vedkommendes innstilling til attføring

Tabell V24: Om attføring var diskutert med brukerne i de to etatene.
Prosent (n=)

Trygdeetaten:		
<i>Diskutert attføring med personen</i>		60 % (9)
Herav:	Positive	33 % (5)
	Nei	20 % (3)
<i>Ikke diskutert attføring med personen</i>		20 % (3)
Herav:	Positive	20 % (3)
	Nei	0

Pearson $p=0,031$

Arbeidsmarkedsetaten:		
<i>Diskutert attføring med personen</i>		61 % (26)
Herav:	Positive	21 % (9)
	Nei	21 % (9)
<i>Ikke diskutert attføring med personen</i>		35 % (15)
Herav:	Positive	5 % (2)
	Nei	9 % (4)
	Vet ikke	19 % (8)

Pearson $p=0,024$

Vedlegg 9: Samvariasjon mellom den videre plan for gråsonesakene, sakshåndtering og om «for syk» var begrunnelsen for ikke å iverksette attføringstiltak

Om saken var overført korrelerte med bruk av begrunnelsen at personen var for syk til å iverksette attføringstiltak. Korrelasjonskoeffisient = .553** (signifikant på 0,01 nivå to- halet test)

*Tabell V25: Samvariasjon mellom videre plan for gråsonesakene og saks-
håndtering, samt bruk av begrunnelsen «for syk». Korrelasjon Koeffisienter*

Plan:	Om overført	For syk
Rehabilitering/ Videre behandling	.184	.479**
Videre utredning	.027	-.047
Uførepensjon	.287*	.152
Avslag/ Arkivering / Stans av ytelser	.116	-.035
Bedriftsintern attføring/ melde seg som arbeidssøker	-.459**	-.506**
Andre løsninger	-.335*	-.259*

** Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå 2-halet test

* Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå 2-halet test.

Koding av de dikotomiserte variablene:

Om overført; verdi 1 for de saker som var registrert som overført mellom etatene på registreringsskjemaet, samt de to sakene der arbeidsmarkedsetaten utarbeidet forhåndsuttalelse. Øvrige saker verdi 0.

For syk; Verdi 1 for alle saker hvor begrunnelsen «for syk» var avmerket som grunn til ikke å iverksette attføringstiltak. Øvrige saker verdi 0.