

# **Uførepensjonering av unge mennesker i NORGE**

**En gjennomgang av saksdokumenter for 239 personer i alderen  
16-34 år som ble uførepensjonert i 1992 og 1997.**

**Nr. R 07/2000**

Professor emeritus Tor Bjerkedal,  
Forebyggende medisin, Universitetet i Oslo, overlege i Rikstrygdeverket

Professor emeritus Anders Gogstad,  
Sosialmedisin, Universitetet i Bergen, Rådgivende lege i Trygdeetaten

Rådgiver, Nelly d`Vries Enger, Vestfold fylkestrygdekontor

Utredningsavdelingen

Mai 2000

## FORORD

Uførepensjonering er et økende problem i det norske samfunn og problemet engasjerer mange. I Rikstrygdeverket arbeides det både med å beskrive de endringer som finner sted og å finne frem til forklaringer som kan gi grunnlag for forebyggende tiltak.

Denne rapporten fokuserer på den sterke økningen i uførepensjonering av unge mennesker under 35 år som har funnet sted i 1990-årene.

Det kan ikke utelukkes at en del av denne økningen kan skyldes en tiltagende forekomst av lettere psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant unge mennesker. På den annen side kan resultatene fra undersøkelsen tyde på at økningen hovedsakelig kan være et spørsmål om at tilpasning av unge mennesker med psykiske problemer og atferdsforstyrrelser er blitt vanskeligere i dagens samfunn. Det kan kanskje i særlig grad skyldes de økende krav til yteevne som stilles i et konkurranseutsatt og presset arbeidsmarked. Ut fra denne vurdering blir forebyggende tiltak i hovedsak et spørsmål om å gi samfunnet generelt og arbeidsmarkedet spesielt økte muligheter for å tilpasse forholdene for individer med redusert funksjon.

Rikstrygdeverket

Mai 2000

Dagfinn Høybråten

Trygdedirektør

Drude Berntsen

Avdelingsdirektør

## **INNHold**

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>4</b>
<b>1 Oversikt over utviklingen i uførepensjonering av 18-34 åringer</b>	<b>6</b>
<b>2 Årsaker til økningen i uførepensjonering av unge mennesker</b>	<b>7</b>
<b>3 Opplegg for en undersøkelse</b>	<b>8</b>
<b>4 Utvalget</b>	<b>8</b>
<b>5 Materialet</b>	<b>10</b>
<b>6 Oversikt over resultater av gjennomgangen av saksdokumentene</b>	<b>11</b>
6.1 Sammenligning av personkjennermerker for dem som ble uførepensjonert i 1992 og 1997, basert på vurderte saker	11
6.2 Sammenligning av forhold knyttet til søknaden om uførepensjon	13
6.3 Instanser involvert i saksbehandlingen	15
<b>7 Trygdeytelser mottatt av 16-34 åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997</b>	<b>16</b>
7.1 Trygdeytelser	16
7.2 Varigheten av trygdeytelsene	16
<b>8 Tiltak overfor 16-34 åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997</b>	<b>19</b>
8.1 Oppfølging av sykemeldte	19
8.2 Henvisning til Arbeidsmarkedsetaten	20
<b>9 Generell vurdering av saksbehandlingen</b>	<b>21</b>
<b>10 Kommentarer til de saker som ble vurdert som mest mangelfulle</b>	<b>26</b>
10.1 De viktigste anmerkninger til den ufullstendige saksbehandling	26
<b>11 Viktige funn og anbefalinger</b>	<b>27</b>
11.1 Forskjeller mellom pensjonerte i 1997 og 1992	27
11.2 Saksbehandlingen	28
11.3 Avsluttende bemerkning	29
<b>Vedlegg A:</b>	
<b>Registreringsskjema, saksdokumentgjennomgang</b>	

## SAMMENDRAG

Økningen i uførepensjonering av personer 16-34 år har vært betydelig større enn blant personer 35 år og eldre i årene 1992 og frem til og med 1999. Det årlige antall uførepensjonerte 16-34 åringer er ca 2000 personer flere nå enn bare for få år tilbake. En nærmere klarlegging av årsakene til denne utvikling er i høy grad ønskelig. I denne omgang ble opplegget for en undersøkelse begrenset til en gjennomgang av et redusert antall uførepensjonssaker i forhold til en mer omfattende undersøkelse som kunne vært ønskelig for å oppnå mest mulig pålitelige resultater.

Det ble bestemt at alle innvilgede uførepensjonssaker for 16-34 åringer i 1992 og 1997 fra en kommune i hvert av fylkene skulle vurderes. Dette utgjorde i alt 298 saker.

Fra de 19 utvalgte trygdekontorene mottok Rikstrygdeverket 239 saker (80,2 prosent). I tiden oktober 1999-januar 2000 ble disse sakene gjennomgått av professor Anders Gogstad.

Databehandlingen og sammenfatning av resultatene ble foretatt av professor Tor Bjerkedal. Et utvalg av sakene ble også vurdert av trygdefaglig sakkyndig Nelly d'Vries Enger.

Det ble ikke funnet store forskjeller i demografiske forhold mellom de unge som ble uførepensjonert i 1992, henholdsvis 1997. De medisinske årsaker til innvilgende pensjoner var imidlertid oftere psykiatriske lidelser i 1997 enn i 1992; særlig gjaldt dette lettere psykiatriske problemer, personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. Det ble også påvist en tendens til færre henvisninger til yrkesrettet attføring i 1997 enn i 1992. For begge år gjelder at medisinsk rehabilitering var svært lite benyttet.

De forskjeller som ble avdekket kan ikke forklare den observerte økning av unge uførepensjonerte mellom 1992 og 1997. Resultatene kan imidlertid styrke antagelsen om at det har skjedd en økning av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant ungdom.

Hvorvidt en slik økning skyldes en reelt øket sykdomsforekomst i yngre årsklasser, eller om problemene avdekkes i større omfang i forbindelse med et stadig mer krevende arbeidsmarked, kan ikke undersøkelsen gi noe entydig svar på.

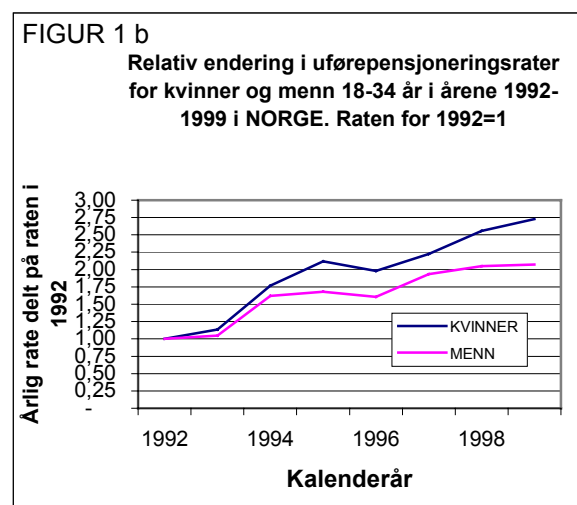
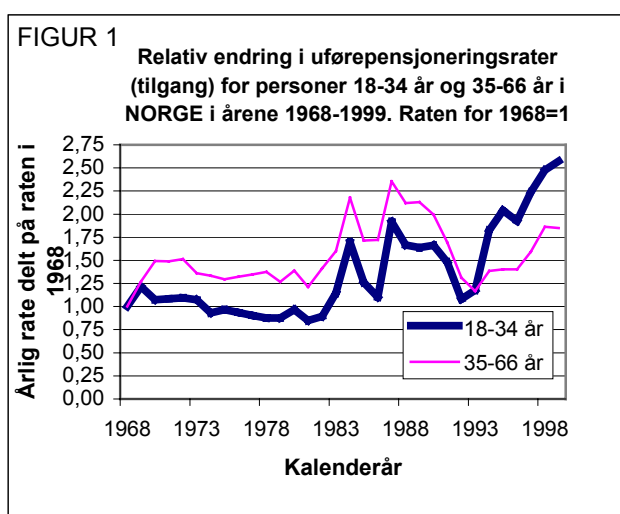
Dokumentgjennomgangen avdekket imidlertid en rekke mangler i saksbehandlingen i begge år, litt mer uttalt i 1997 enn i 1992. Heller ikke her var forskjellene så markerte at de kunne gi noen forklaring på økningen i 1997. Derimot ga de påviste mangler utgangspunkt for forslag til tiltak.

Det må konkluderes med at for å avklare årsakene til endringer i uførepensjonsrater, er det nødvendig å framskaffe omfattende data, som kan gi valid informasjon om flest mulig av de

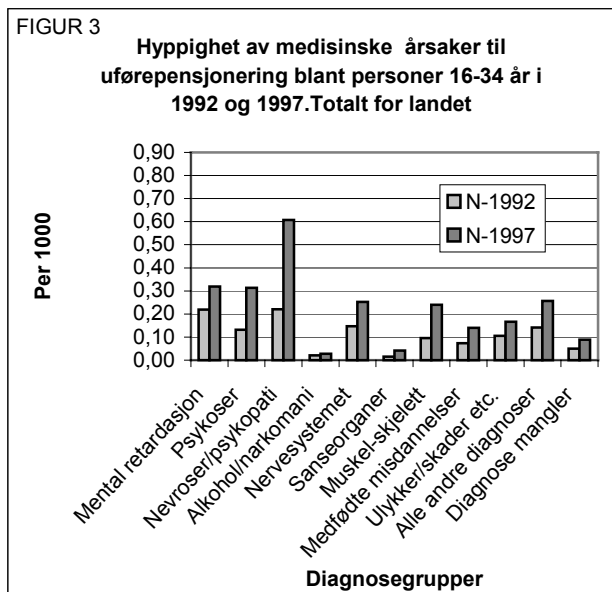
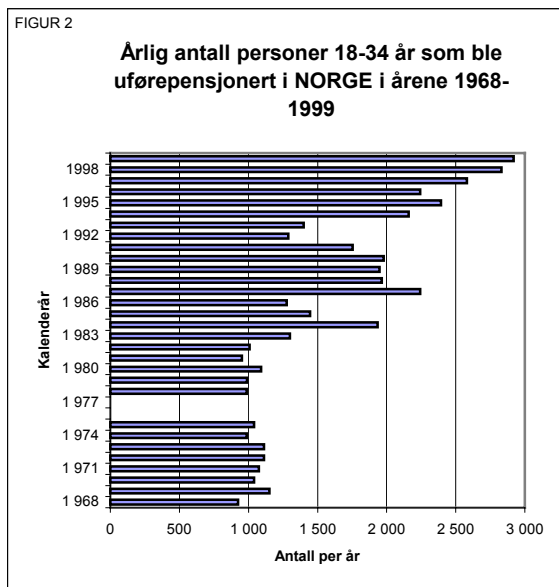
faktorer som kan antas å være av betydning. Det gjelder omfanget av sykdommer som gir varig redusert funksjon, de funksjonshemmedes helse, tilbud på, bruk og nytte av medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring, arbeidsmarkedssituasjonen og sysselsettingsvilkår for personer med redusert funksjonsevne samt søknadsfrekvens og saksbehandling i videste forstand.

## 1 Oversikt over utviklingen i uførepensjonering av 18-34 åringer

Siden 1992 har den årlige tilgang på nye uførepensjonister vært sterkere for unge enn for eldre (Bjerkedal, T.: Tidskr Nor Lægeforen 1998). En ajourført oversikt over utviklingen fra 1968 til 1999 i form av relative endringer i den årlige tilgangsraten er gitt i figur 1 for personer 18-34 år og 35-66 år. En aldersgrense nedad på 18 år er valgt for å kunne gi sammenlignbare tall for hele perioden.



Frem til 1976 var aldersgrensen for uførepensjon 18 år, deretter 16 år frem til og med 1997. Fra 1998 er aldersgrensen igjen 18 år. Endringene fra 1968 frem til 1992 er parallelle for de to aldersgrupper. Fra 1992 er det en klart større økning i tilgangsraten for 18-34 åringer enn for de eldre, og økningen er større for kvinner enn menn, figur 1b.



Når det gjelder medisinske årsaker til uførepensjonering vil det fremgå av figur 3 at det er en økning i hyppigheten av alle medisinske diagnosegrupper. Særlig kraftig er økningen innen gruppen Nevroser/psykopati (som i alt vesentlig omfatter personlighetsforstyrrelser), psykososer og muskel-skjelett sykdommer.

## 2 Årsaker til økningen i uførepensjonering av unge mennesker

Uførepensjonering i ung alder kan være en tragedie, og det gjør det påtrengende å forsøke å finne årsaken til at det for tiden årlig uførepensjoneres ca 2000 flere 18-34 åringer enn for bare få år siden. Svaret på dette spørsmål er avgjørende for hvilke tiltak som kan settes i verk for å motvirke denne uheldige utviklingen.

Årsaker til en økning i uførepensjonering kan være medisinske, dvs. at forekomsten av sykdommer, skader og lyter som fører til varig nedsatt funksjonsevne har øket. Årsaken kan også skyldes sosiale forhold som redusert toleranse overfor personer med funksjonshemming, større krav i arbeidslivet, eller færre tiltak for å redusere funksjonshemmingen, dvs svakere innsats med sikte på habilitering og rehabilitering. Årsakene kan også være administrative, dvs endringer i regelverk og en mer liberal fortolkning av regelverket eller saksbehandlingen generelt. Ved forsøk på å besvare spørsmålet om årsaker til økningen i uførepensjoneringen av personer under 35 år må alle de ovennevnte faktorene søkes vurdert i sammenheng.

### 3 Opplegg for en undersøkelse

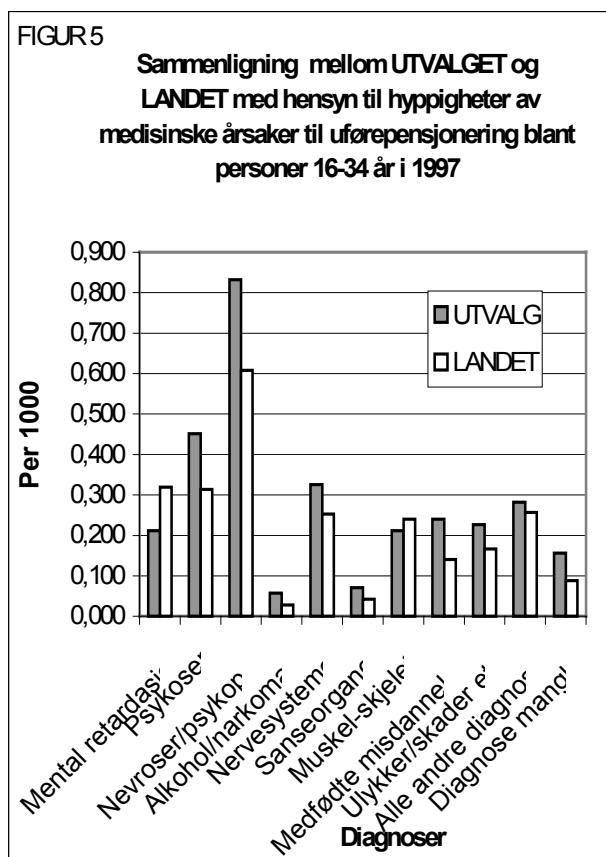
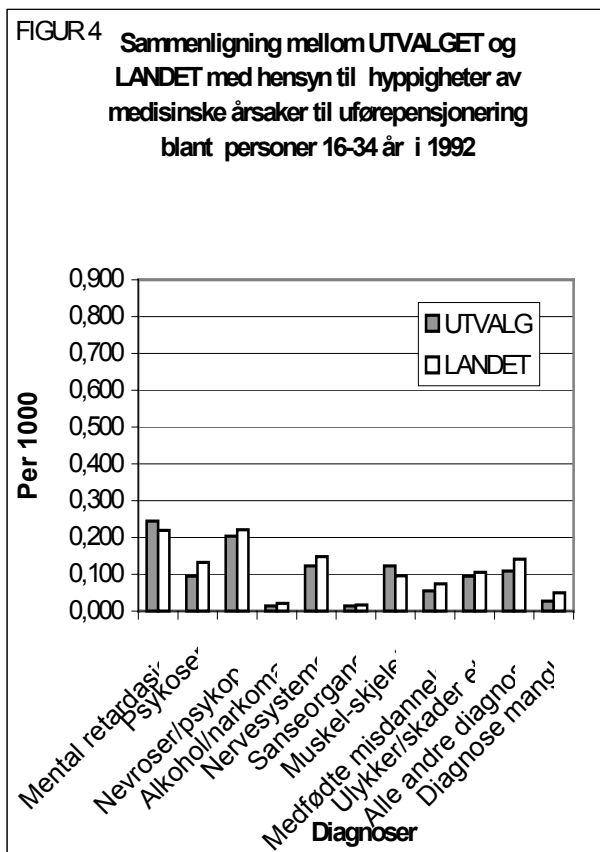
Et prosjekt med en målsetting som angitt ovenfor ble det ikke gitt ressurser til. Med de begrensede midler som ble bevilget til prosjektet ble undersøkelsen redusert til en gjennomgang av et begrenset antall saker for et utvalg av personer 16-34 år som var blitt uførepensjonert i 1992 og 1997. Disse to årene ble valgt for å få frem en eventuell kontrast mellom et år med relativt lav tilgang og et år med høy tilgang. Da undersøkelsen ble planlagt var 1997 dessuten det seneste år det var registrert medisinske diagnoser i uførepensjonsregisteret. Da nedre aldersgrense for uførepensjon var 16 år både i 1992 og 1997 ble denne aldersgrensen valgt. Et registreringsskjema ble benyttet ved saksgjennomgangen. Skjemaet følger som Vedlegg A.

En gjennomgang av saksdokumenter kan ikke gi annet enn en beskrivelse av dem som er blitt uførepensjonert disse to årene. En slik beskrivelse kan bare gi svar på om det er forskjeller mellom dem som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 hva gjelder demografiske data, medisinske årsaker, i hva som er gjort for og med de som ble innvilget uførepensjon de to årene og om det er forskjeller i saksbehandlingen. Eventuelle forskjeller vil bare kunne gi grunnlag for spekulasjoner om tendenser, og vil ikke kunne fortolkes inn i en årsakssammenheng. En påvisning av forskjeller og, eventuelt, mangler i saksbehandlingen kan gi grunnlag for tiltak.

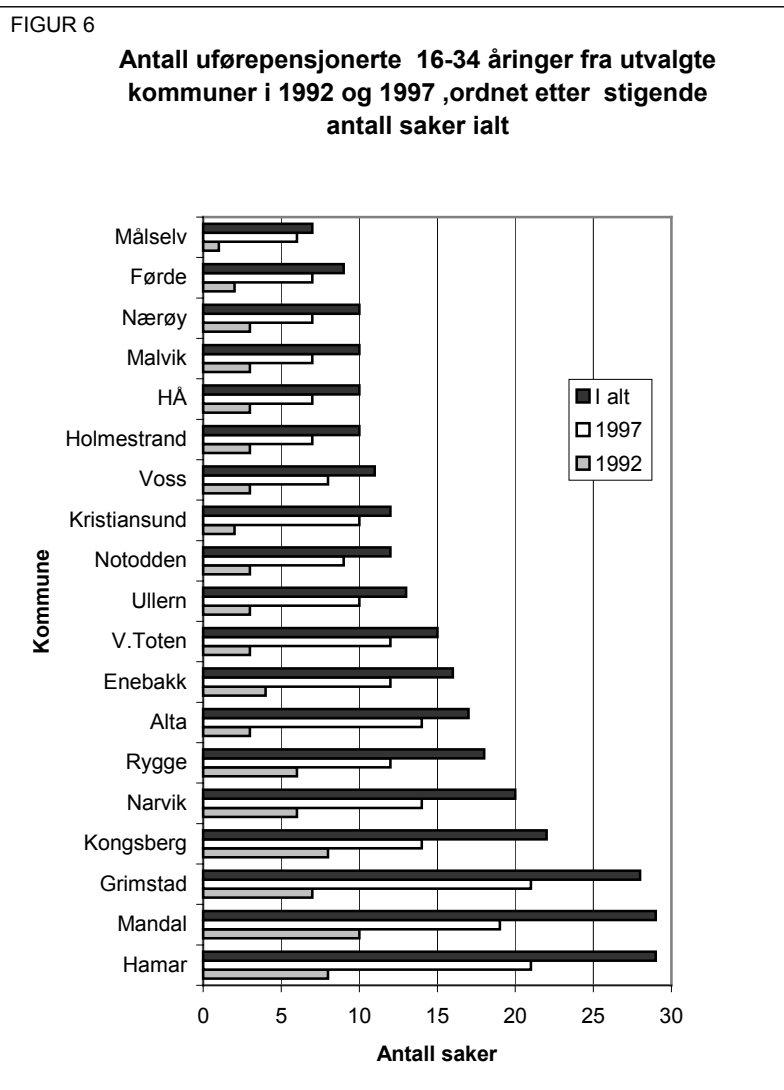
### 4 Utvalget

Med det begrensede formål å sammenligne unge uførepensjonerte i 1992 og 1997 ble det trukket ut en kommune i hvert fylke. Kommunen måtte ha et antall uførepensjonerte i alderen 16-34 år både i 1992 og 1997 og det ble lagt vekt på at det skulle være en økning i antallet fra 1992 til 1997. Det utvalg av kommuner som ble gjort ga 81 uførepensjonerte i 1992 og 217 i 1997. I forhold til det totale antall 16-34 åringer som ble uførepensjonert disse to årene utgjør antallet i 1992 5,5 prosent (81 av 1473) og antallet i 1997 7,6 prosent (217 av 2858). Uførepensjoneringsraten i utvalget var 1,15 og 3,23 per 1000 ikke uførepensjonerte 16-34 åringer i befolkningen i henholdsvis 1992 og 1997. For landet som helhet var ratene 1,22 og 2,54. Forskjellene mellom utvalget og landet er en konsekvens av hvorledes utvalget ble trukket. Med hensyn til de medisinske årsaker til uførepensjoneringen er disse nær de samme for utvalget og landet både i 1992 og 1997. Det vil fremgå av figurene 4 og 5. Utvalget kan imidlertid ikke betegnes som verken representativt eller tilfeldig, men skulle kunne gi et godt grunnlag for en kvalitativ analyse.





De utvalgte kommunene med antall personer som ble uførepensjonert vil fremgå av figur 6. Kommunene er i figur 6 ordnet etter antall uførepensjonerte 16-34 åringer totalt for de to år. Antallet varierer fra 7 for Målselv kommune til 29 for kommunene Mandal og Hamar.



## 5 Materialet

For de i alt 298 personer som inngikk i utvalget ble saksdokumenter for 239 innsendt til Rikstrygdeverket fra de respektive trygdekontorer. En oversikt, per kommune, over innsendte saker i forhold til det totale antall i utvalget vil fremgå av tabell 1. Dekningen varierer fra vel 50 % for Ullern til 100 % for Førde. I alt er dekningsprosenten 80,2 .

TABELL 1

Antall uførepensjonerte 16-34 åringer fra utvalgte kommuner i 1992 og 1997 og antall saker som er vurdert

Kommune		Antall	Antall	Prosent
Nummer	Navn	saker innkalt	saker vurdert	vurdert
136	Rygge	18	14	77,8
229	Enebakk	16	12	75,0
335	Ullern	13	7	53,8
401	Hamar	29	24	82,8
529	V.Toten	15	12	80,0
604	Kongsberg	22	20	90,9
702	Holmestrand	10	8	80,0
807	Notodden	12	10	83,3
904	Grimstad	28	22	78,6
1002	Mandal	29	24	82,8
1119	HÅ	10	9	90,0
1235	Voss	11	9	81,8
1432	Førde	9	9	100,0
1503	Kristiansund	12	9	75,0
1663	Malvik	10	6	60,0
1751	Nærøy	10	9	90,0
1805	Narvik	20	17	85,0
1924	Målselv	7	5	71,4
2012	Alta	17	13	76,5
	ALLE	298	239	80,2

## 6 Oversikt over resultater av gjennomgangen av saksdokumentene

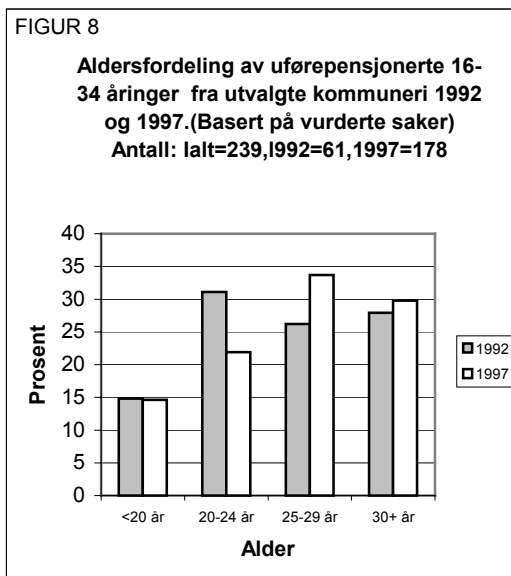
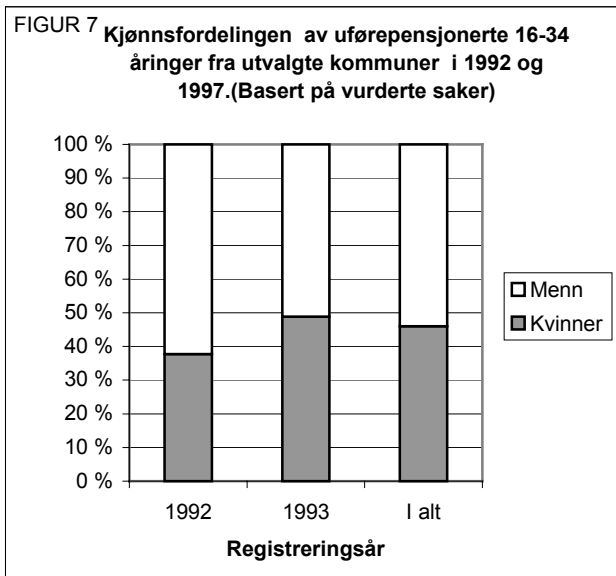
### 6.1 Sammenligning av personkjennermerker for dem som ble uførepensjonert i 1992 og 1997, basert på vurderte saker.

#### 6.1.1 Kjønn

Figur 7 viser at det var forholdsvis flere kvinner i utvalget i 1997 sammenlignet med 1992. Dette er et uttrykk for at økningen i uførepensjonering i denne perioden var større for kvinner enn menn i alderen 16-34 år (Se figur 1 b).

#### 6.1.2 Alder

Figur 8 illustrerer at det var relativt flere i aldersgruppen 25-29 år og relativt færre i aldersgruppen 20-24 år i 1997 enn i 1992. De uførepensjonerte i 1997 er med andre ord gjennomsnittlig noe eldre. I 1992 var gjennomsnittsalderen 25,6 år mot 26,2 år i 1997.

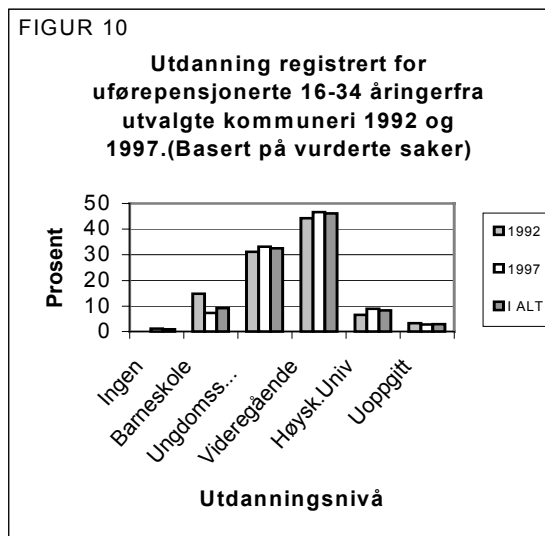
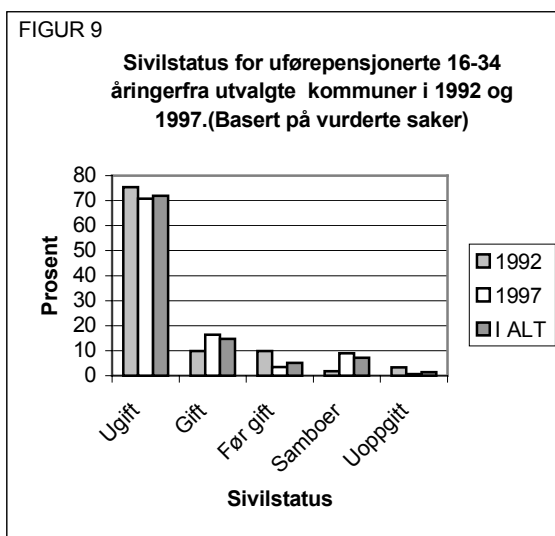


### 6.1.3 Sivilstatus

De fleste ( vel 70 % ) var ugifte både i 1992 og 1997, men med en noe høyere andel gifte og samboere i 1997 (Figur 9).

### 6.1.4 Utdanning

Med hensyn til utdanning ( Figur 10) var det liten forskjell. Hovedtyngden av utdanning var videregående skole ( dvs. 10-12 år skolegang) med 45 prosent og ungdomsskole med vel 30 prosent. Det var forholdsvis noe flere med bare barneskole i 1992 enn i 1997.



**Konklusjon:** Det er ikke særlig store forskjeller mellom 16-34 åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 hva angår kjønn, alder, sivil status og utdanning

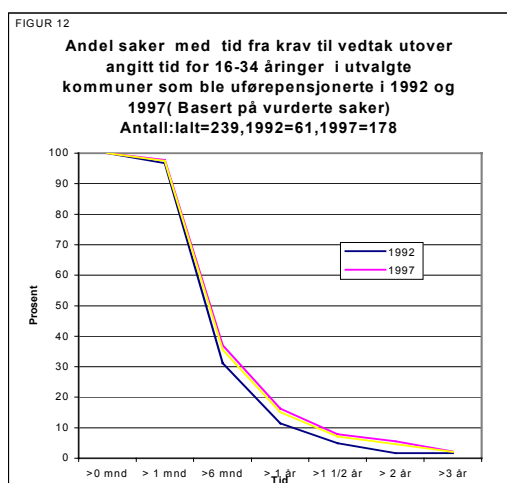
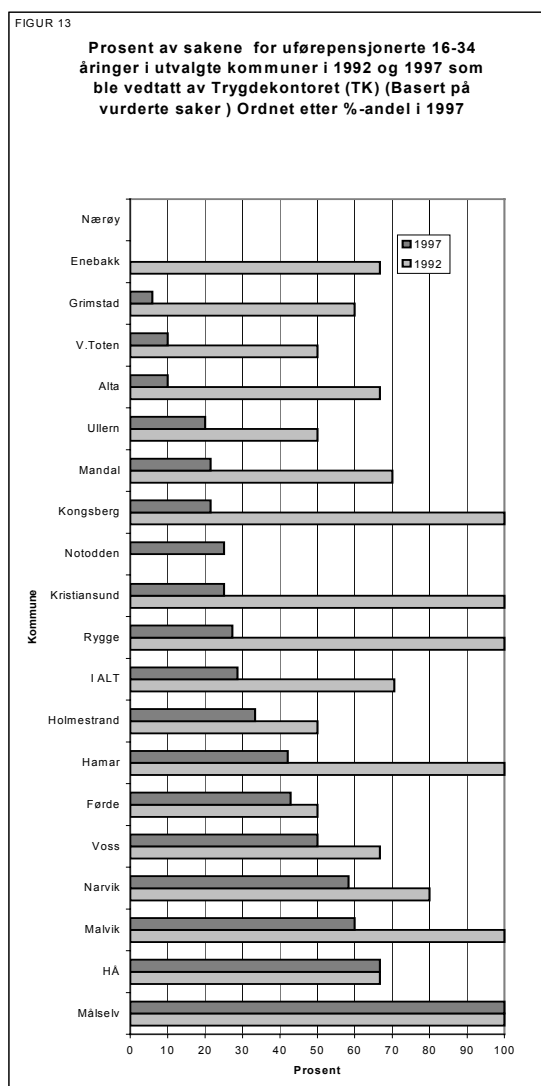
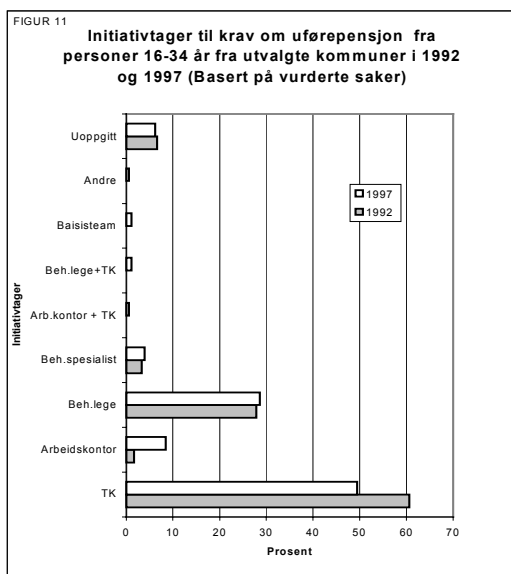
## **6.2 Sammenligning av forhold knyttet til søknaden om uførepensjon**

### **6.2.1 Initiativ til søknaden om uførepensjon**

Hvem som tok initiativ til å fremme krav om uførepensjon, er det ofte vanskelig å bedømme. I mange tilfelle synes det å ha foreligget et samarbeid mellom lege, pasient, trygdekontor og andre. Den som i det enkelte tilfelle synes å ha vært den direkte initiativtaker er registrert her. For vel 50 prosent av 16-34 åringene som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 var det trygdekontoret. Behandlende lege var initiativtaker i nær 30 prosent. Det er som det vil fremgå av figur 11 sjelden at andre instanser peker seg ut som den som har foranlediget søknaden. Forslag fra A-etaten om uførepensjonering av henviste klienter kan imidlertid ha vært medvirkende til vedtaket i mange tilfeller.

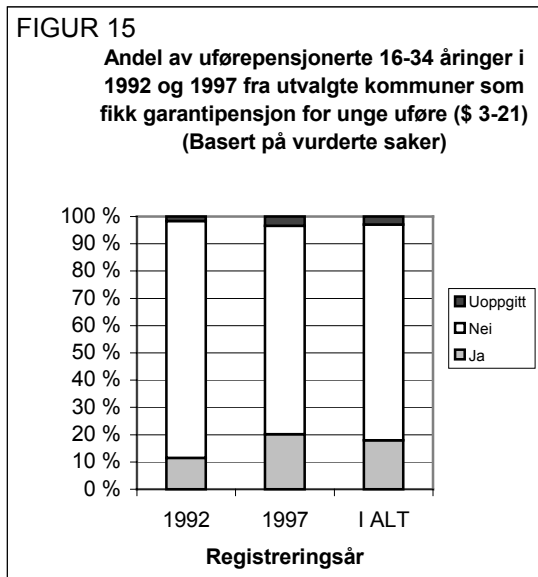
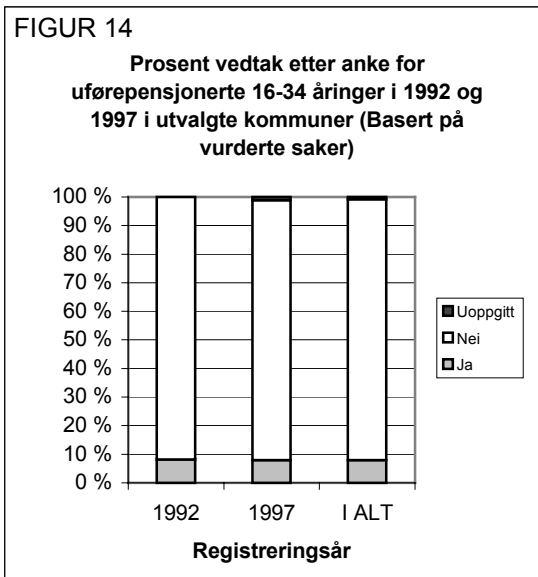
### **6.2.2 Tid fra krav til vedtak**

Figur 12 viser at det tok noe lengre tid i 1997 enn 1992 før det ble fattet vedtak i saken. Gjennomsnittstiden i 1992 var 6,8 måneder, i 1997 8,2. Medianen for de to år var henholdsvis 4 måneder for 1992 og 5 måneder i 1997.



### 6.2.3 Vedtaksinstans

Det var en langt større andel av sakene i 1992 enn i 1997 som ble vedtatt av trygdekontoret: i 1992 vel 70 prosent, mot knapt 30 prosent i 1997 (Figur 13). I 1992 var det flere trygdekontor som hadde avgjort alle saker selv. Det gjaldt for Kristiansund, Rygge, Kongsberg, Hamar, Malvik og Målselv kommuner, mens det i 1997 bare var Målselv som ikke oversendte til fylkestyngdekontoret for vedtak noen av de sakene som er vurdert i denne undersøkelsen. Som det vil fremgå av figur 13 var det bare trygdekontoret i Nærøy kommune som ikke hadde fattet vedtak i noen av sakene, verken i 1992 eller i 1997.



#### 6.2.4 Vedtak etter anke

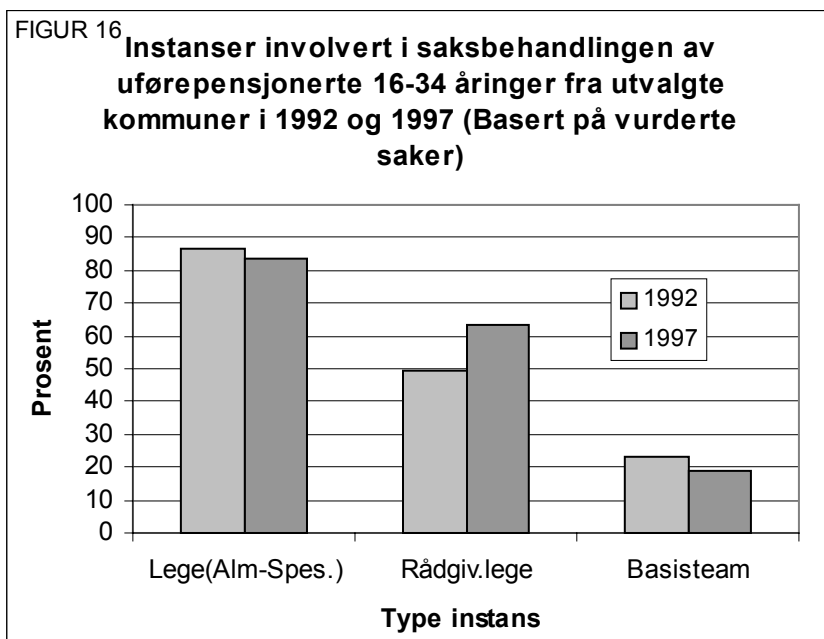
Ca. 8 prosent av vedtakene ble gjort etter anke. Prosenten var nær den samme i 1992 og 1997 (Figur 14).

#### 6.2.5 Garantipensjon for unge uføre (§ 3-21)

En høyere andel av dem som ble uførepensjonert i 1997 enn i 1992 fikk garantipensjon for unge uføre (Figur 15). I 1997 gjaldt det ved 20 prosent, en dobling fra 1992.

### 6.3 Instanser involvert i saksbehandlingen

Det er overraskende, som det vil fremgå av figur 16, at det i ca 15 prosent av sakene hvert av årene 1992 og 1997 ikke finnes noen legeerklæring, verken fra allmennlege, spesialist eller rådgivende lege. I noen av disse sakene synes trygdekontoret å ha godtatt uttalelse fra psykolog. I andre saker er det uklart hvem som har dokumentert at det medisinske vilkår for uførepensjon har vært oppfylt.



Rådgivende lege var involvert i 50 prosent av sakene i 1992 og vel 60 prosent i 1997.

Basisteam var bare benyttet i 20 prosent, noe oftere i 1992 enn i 1997.

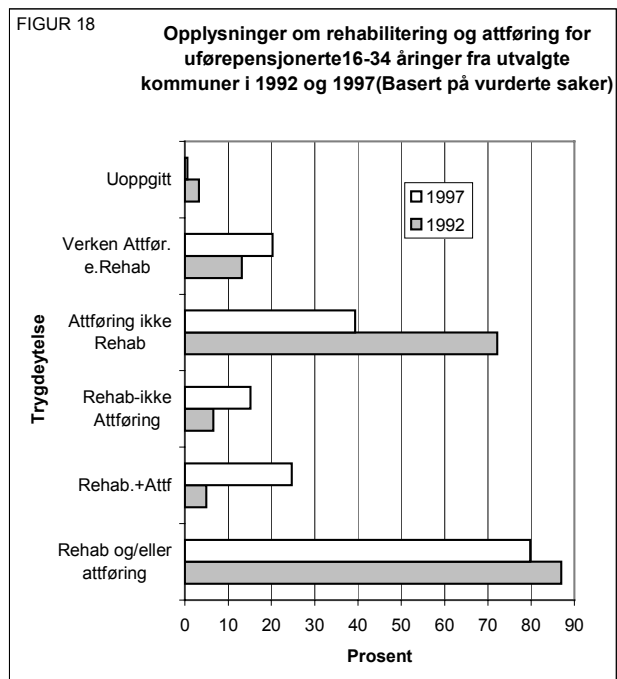
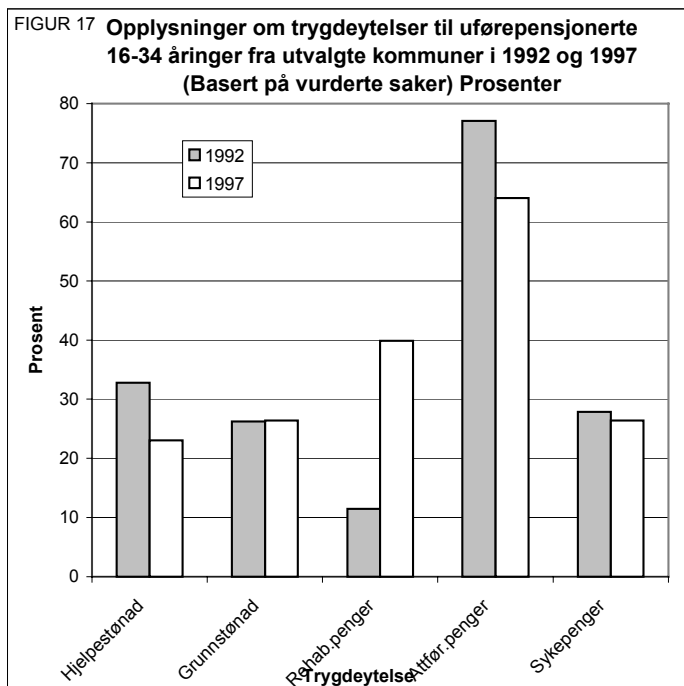
**Konklusjon:** Saksbehandlingstiden er klart lenger i 1997 enn i 1992. Fylkestrygdekontoret er langt oftere vedtaksinstans i 1997 og andelen som fikk garantipensjon for unge uføre er doblet. I ca. 15 prosent av sakene manglet medisinsk dokumentasjon. Rådgivende lege er noe oftere involvert i saker som ble vedtatt i 1997. Basisteam er lite benyttet.

## 7 Trygdeytelser mottatt av 16-34 åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997

### 7.1 Trygdeytelser

Prosentandelen av dem som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 og som hadde mottatt forskjellige typer trygdeytelser frem til vedtak om uførepensjonering vil fremgå av figur 17. Hjelpetønad var gitt noe oftere til dem som ble uførepensjonert i 1992. Grunnstønad forekom i samme omfang. Opplysninger om rehabiliteringspenger og attføringspenger var uoversiktlig i mange saker. Forskjellene mellom 1992 og 1997 kan bero på endringer i betegnelser og det synes mest hensiktsmessig å se disse to ytelsene i sammenheng. Det er gjort i figur 18.





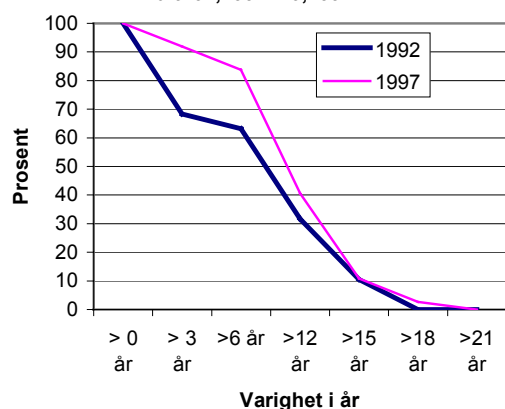
Det er prosentvis noen flere som verken fikk rehabiliterings- eller attføringspenger i 1997 enn i 1992. I 1992 fikk mer enn 70 prosent attføringspenger alene, mens denne prosenten var sunket til under 40 i 1997.

Sykepenger hadde knapt 30 prosent mottatt (figur 17)

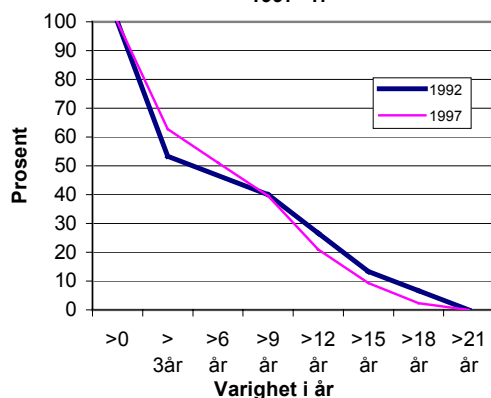
## 7.2 Varigheten av trygdeytelsene

Varigheten av de forskjellige ytelsene vil fremgå av figurene 19-23. Det har vært vanskelig å anslå nøyaktighet varigheten av de forskjellige ytelsene. Det skyldes at en ytelse kan være gitt i episoder med varierende lengde og varierende angivelse. Så langt det har vært mulig er den totale varighet angitt ved summen av enkelt-episodene. Varigheten av hjelpestønad (figur 19)

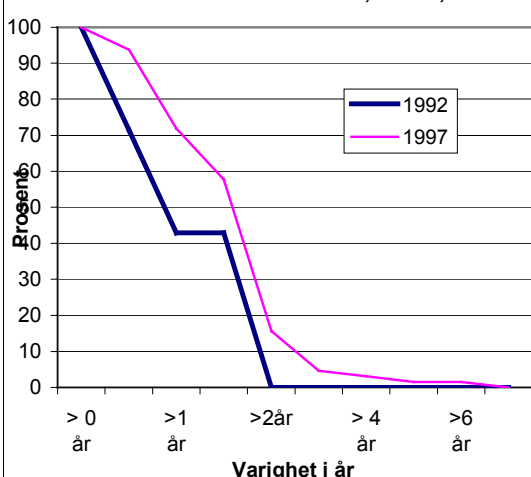
FIGUR 19 Varighet av hjelpestønad gitt til 16-34 åringene som ble uførepensjonert fra utvalgte kommuner i 1992 og 1997 (Basert på vurderte saker) Antall: I alt=61, 1992=20, 1997=41



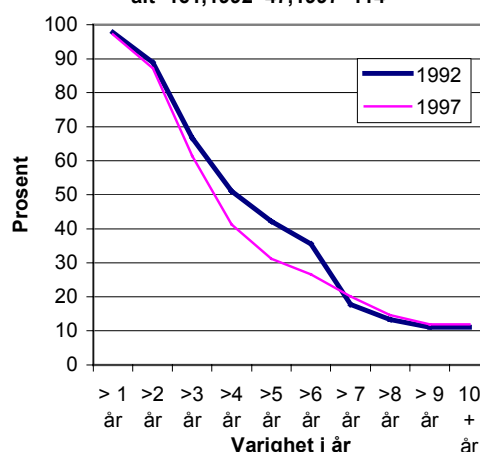
FIGUR 20 Varighet av grunnstønad gitt til 16-34 åringene som ble uførepensjonert fra utvalgte kommuner i 1992 og 1997 (Basert på vurderte saker) Antall: I alt=64, 1992=17, 1997=47



FIGUR 21 Varighet av rehabiliteringspenger utover angitt verdi for uførepensjonerte 16-34 åringene i 1992 og 1997 fra utvalgte kommuner Antall: I alt=77, 1992=27, 1997=70



FIGUR 22 Varighet av attføringspenger for uførepensjonerte 16-34 åringene fra utvalgte kommuner i 1992 og 1997 (Basert på vurderte saker) Antall: I alt=161, 1992=47, 1997=114



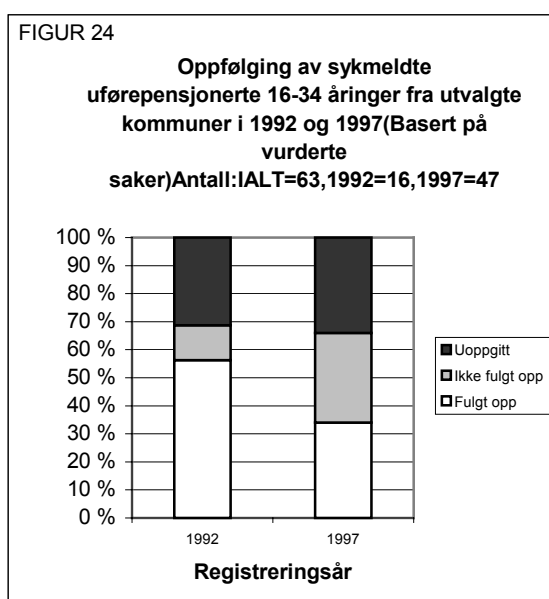
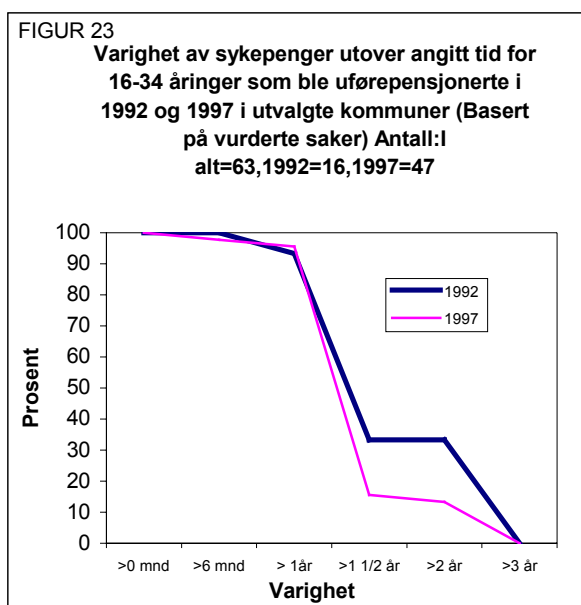
og rehabiliteringspenger (figur 21) er noe lengre i 1997 enn i 1992, men forskjellen er markert bare for rehabiliteringspenger. Det kan som nevnt, skyldes endringene i betegnelsene på disse ytelser. Det er sannsynligvis årsaken til at varigheten av attføringspenger er noe lenger i 1992 enn i 1997. Varigheten av grunnstønad er det liten forskjell på. Det gjelder ikke varigheten av sykepenger som var noe lenger i 1992 enn i 1997 (figur 23).

**Konklusjon:** Det er små forskjeller i andelen av de uførepensjonerte i 1992 og 1997 som hadde mottatt trygdeytelser og i varigheten av ytelsene.

## 8 Tiltak overfor 16-34 åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997

### 8.1 Oppfølging av sykmeldte (Figur 24)

Av i alt 63 som hadde vært sykmeldt ble ca.40 prosent fulgt opp. Andelen er noe større i 1992, 55 prosent i 1992, mot 35 prosent i 1997. I mange saker gikk det ikke klart frem om det hadde vært foretatt en oppfølging. Disse er registrerte som ”uoppgitt”, og utgjør en andel på vel 30 prosent.

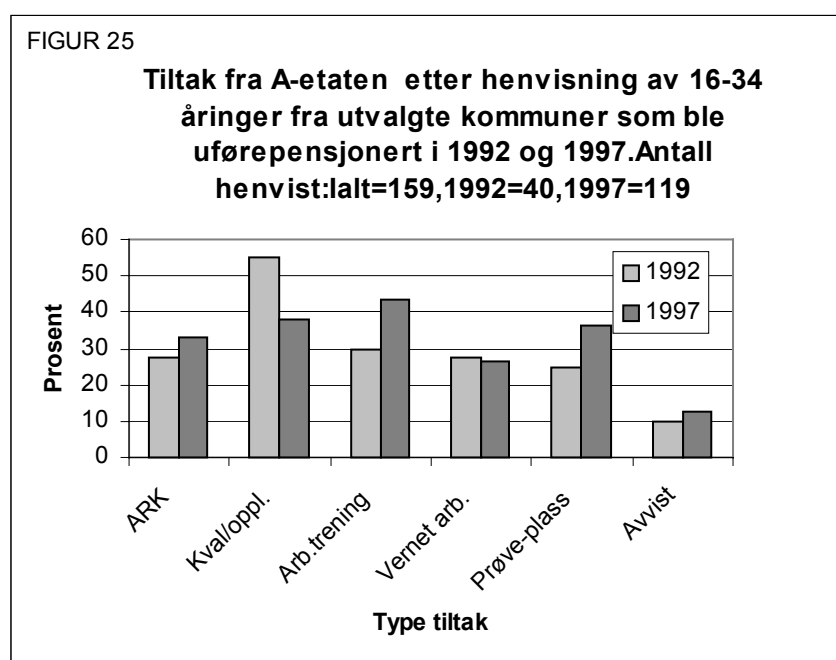


## 8.2 Henvisning til Arbeidsmarkedsetaten (A-etaten)(Figur 25)

Vel 2/3 av uførepensjonerte 16-34 åringene fra de utvalgte kommuner i 1992 og 1997 var blitt henvist til A-etaten. I 1992 gjaldt det 41 av 61; 67,2 prosent. I 1997 119 av 178 ; 66,9 prosent.

A-etaten kunne iverksettes flere tiltak overfor den enkelte. Det medfører at summen av andeler av deltagerne som deltok på de enkelte tiltak vil bli større enn 100.

Det vil fremgå av figur 25 at det var noen forskjeller mellom 1992 og 1997 i andelen på forskjellige tiltak. Andelen på kvalifikasjon/opplæring var størst for de som ble uførepensjonert i 1992. De som ble uførepensjonert i 1997 hadde i noen større utstrekning vært prøveplassert. Begge år hadde A-etaten avvist vel 10 prosent, noe høyere prosent i 1997 enn i 1992.

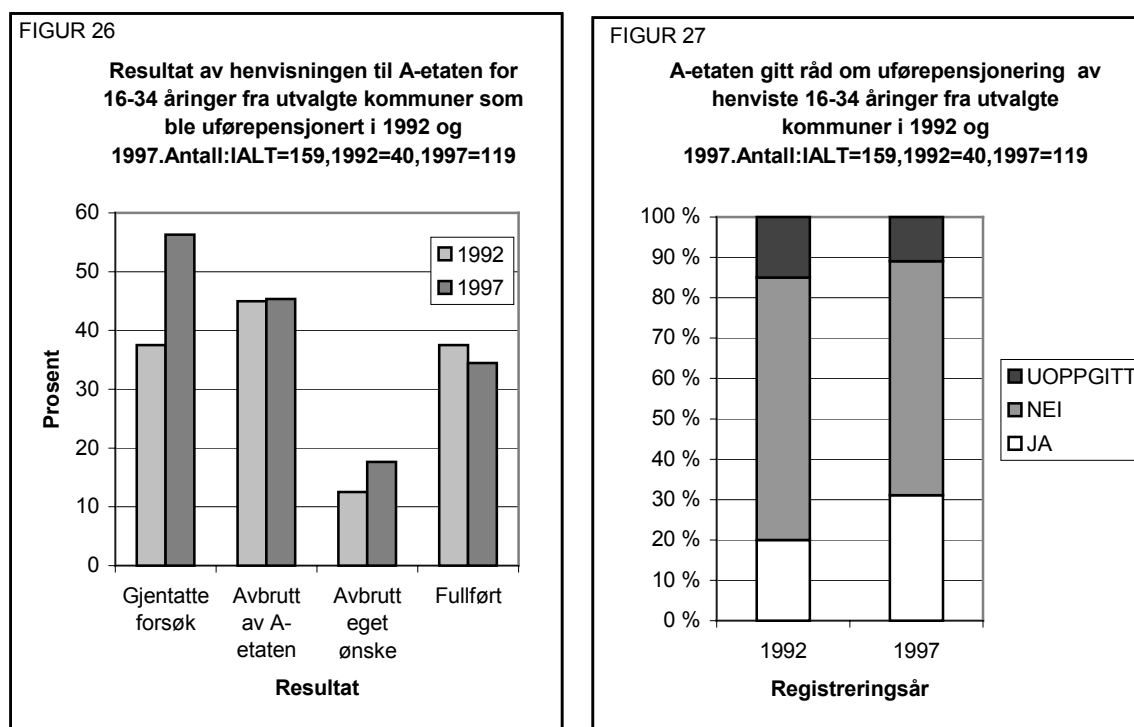


### 8.2.1 Resultat av henvisning til A-etaten (Figur 26)

Av de i alt 159 som ble henvist A-etaten var det begge år bare 1/3 som fullførte opplegget. I ca.45 prosent av henvisningene ble opplegget avbrutt av A-etaten. I en langt mindre andel (ca. 15 prosent) ble opplegget avbrutt av den henviste selv.

### 8.2.2 A-etatens tilråding om uførepensjonering(Figur 27)

Det er en markert større andel av de som ble uførepensjonert i 1997 enn i 1992 som av A-etaten ble tilrådet uførepensjon; 31 prosent i 1997 mot 20 prosent i 1992.



**Konklusjon :** Det var færre av dem som hadde vært sykmeldt blant de uførepensjonerte i 1997 som var blitt fulgt opp. Andelen som ble henvist til A-etaten var den samme for de to år. Blant de henviste var det i 1997 relativt flere som hadde vært på arbeidstrening og prøveutplassering og færre på kvalifikasjon/opplæring. Begge år var det ca. 10 prosent som ble avvist. Når det gjelder resultatet av henvisningen er det verd å merke seg at bare ca. 1/3 fullførte oppleggene.

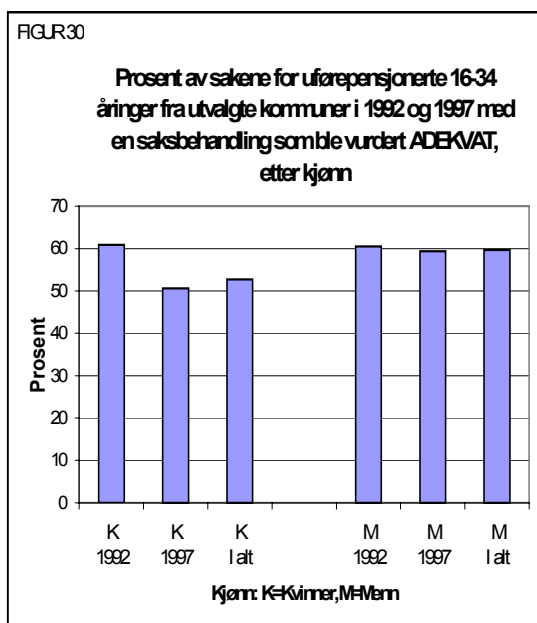
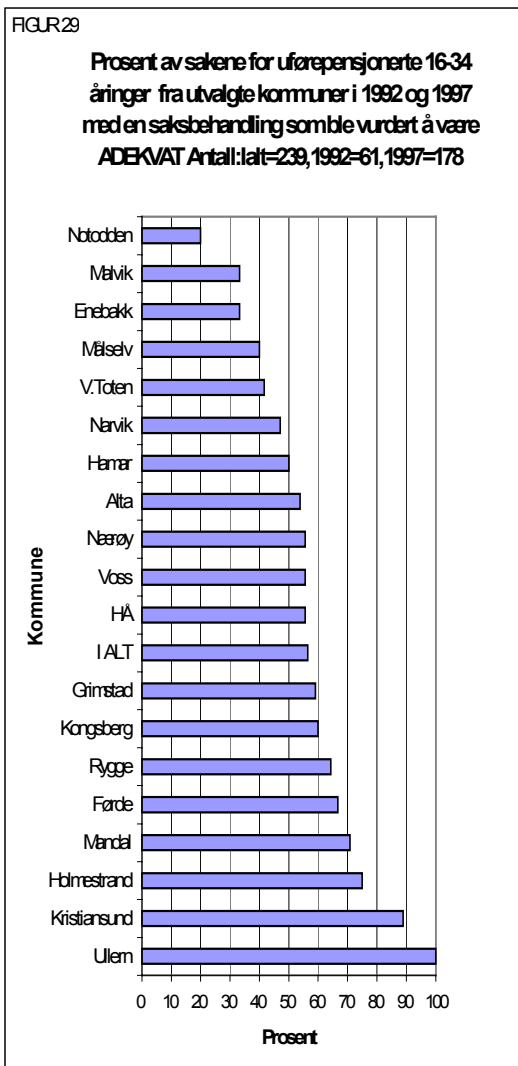
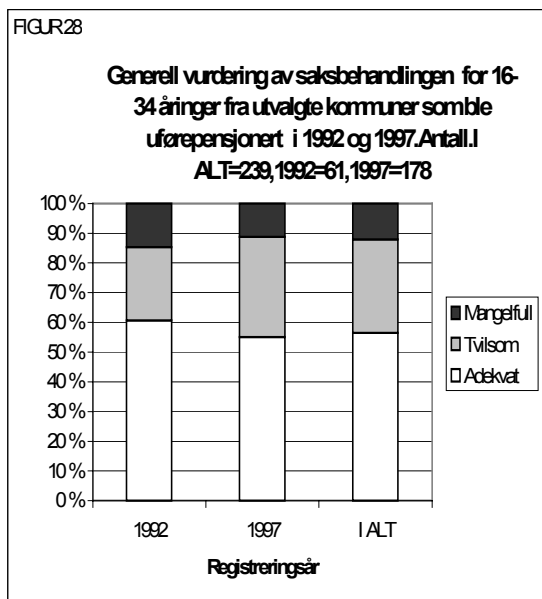
## 9 Generell vurdering av saksbehandlingen

Ved gjennomgangen av saksdokumentene ble saksbehandlingen i den enkelte sak rent skjønsmessig klassifisert i en av tre kategorier: adekvat, tvilsom eller mangelfull. Adekvat bedømt saksbehandling innebar at innhentede data, sakshåndteringen og konklusjoner var i samsvar med gjeldende regelverk og lokale ressurser. I sakene klassifisert til de to øvrige kategorier ble det påvist en eller flere vesentlige mangler. De viktigst her var manglende legeerklæring, vedtak på tvers av sakkyndiges råd, ikke henvist til attføring der dette måtte ansees som rimelig, urimelig lang saksbehandlingstid, ufullstendige legeerklæringer, vedtak på grunnlag av psykolog- eller legeuttalelse 8-10 år forut for søknad uten oppdatering, ikke

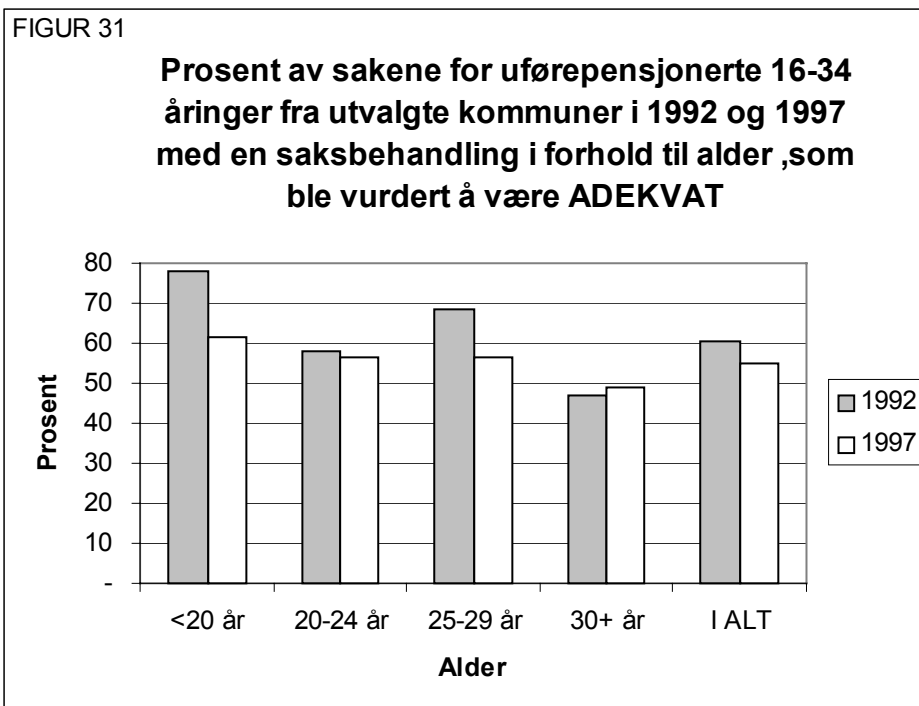
bruk av basisteam, ikke bruk av rådgivende lege eller spesialist, ikke bruk av adgang til redusert uføretrygd eller oppfølging, ureflekterte vedtak på bakgrunn av A-etatens tilråding.

Andelene av sakene for de uførepensjonerte i 1992 og 1997 hvor saksbehandlingen ble vurdert som adekvat, tvilsom eller mangelfull vil fremgå av figur 28. Andelen klassifisert som adekvat er noe mindre i 1997, men forskjellen fra 1992 til 1997 er liten.

Andelen av alle saker fra 1992 til 1997 fra de enkelte kommuner som ble vurdert som adekvat er vist i figur 29. Andelen varierer fra 20 til 100 prosent. Vurderingen av disse andeler må gjøres i sammenheng med andel av saker som faktisk ble vurdert (se tabell 1).



Andelen av sakene hvor saksbehandlingen ble vurdert å være adekvat var nær den samme for kvinner og menn. Figur 30.

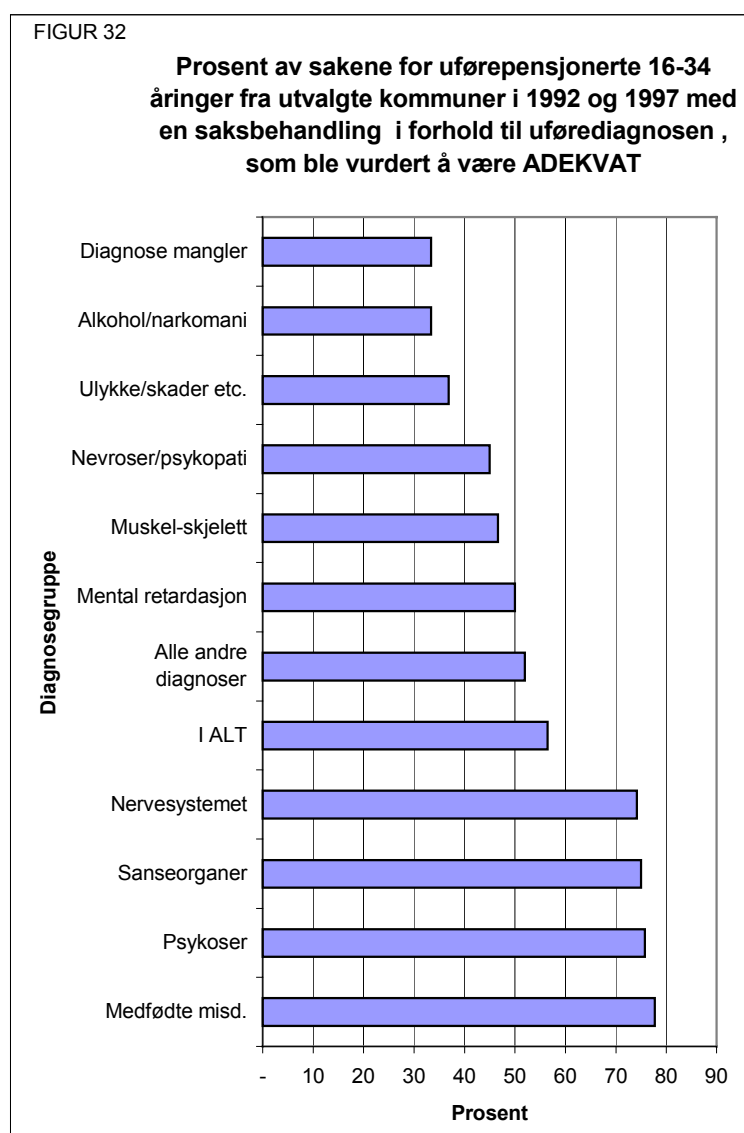


Andelen adekvat saksbehandling avtar med søkerens alder, men selv for 16-19 åringene er saksbehandlingen mangelfull i noen tilfeller, særlig for dem som ble uførepensjonert i 1997.

(Figur 31)

Figur 32 viser at det er stor forskjell i saksbehandlingen i forhold til uføre-diagnosen. Best og med nær 80 prosent adekvat saksbehandling er uførepensjonerte med medfødte misdannelser. Vanskeligst synes behandlingen å ha vært i de få sakene som angikk uførepensjonering av person hvor det forelå alkoholisme/narkomani. I denne gruppen var det knapt 1/3 med adekvat saksbehandling.





**Konklusjon:** Vurdert ut fra andelen av adekvat behandlede saker synes saksbehandlingen for dem som ble uførepensjonert i 1997 å ha vært mer mangelfull enn for dem som ble uførepensjonert i 1992. Forskjellen mellom kommunene er stor, men det foreligger ikke data som kan belyse dette nærmere. Det er ikke forskjell i saksbehandlingen av kvinner og menn, men det er en viss forskjell i saksbehandlingen i forhold til alder. Sakene til de yngste blir oftest adekvat behandlet, sannsynligvis fordi de i stor utstrekning blir uførepensjonert pga klarere medisinske tilstander. Slik saksbehandlingen er vurdert synes den foreliggende medisinske tilstand å ha hatt stor betydning.

## **10 Kommentarer til de sakene som er vurdert som mest mangelfulle**

De 20 mest mangelfulle sakene i 1997 og de syv i 1992 viser i prinsipp de samme mangler begge år. De personer sakene angår er oftest eldre enn 24 år og har en psykiatrisk diagnose eller svak evneustruening. Generelt er de medisinske tilstander ufullstendig beskrevet og den medisinske behandling er dårlig dokumentert. Legeerklæringene er kortfattede eller mangler helt. Funksjonsbedømmelse foreligger ikke. Forsøk på yrkesrettet attføring er ofte avbrutt med anbefaling om uførepensjon uten at andre vilkår er dokumentert. I flere tilfeller er søkeren ikke henvist til attføring. I andre tilfeller tar trygdekontoret avgjørelsen på tvers av sakkyndiges råd. Trygdekontorene retter seg oftest etter attføringfunksjonærens syn. Delvis uførhet er sjelden vurdert.

Sammenfatningsvis kan sies at saksgangen i disse saker synes svært forenklet: saken avsluttes med vedtak om uførepensjon, av og til med høyere prosent uførhet enn foreslått av medisinske rådgivere og uten innhenting av oppdaterte opplysninger. Trygdekontorene synes også å legge stor vekt på A-etatens anbefaling om uførepensjon. Bedømt ut fra saksdokumentene er Sosialetaten helt fraværende i disse saker. Basisteam er ikke brukt.

### **10.1 De viktigste anmerkninger til den ufullstendige saksbehandling**

- a) I de fleste psykiatriske tilfeller mangler vurdering av prognose, prestasjonsevne i forhold til arbeidslivet og andre aktiviteter
- b) I flere tilfeller bygger vedtak på psykologers erklæring alene uten legeopplysninger.
- c) Det mangler vurdering av arbeidsevne, også i uttalelser fra A-etaten. Klientene blir vurdert rent skjønnsmessig ut fra lokale hensyn og relatert utelukkende til det ordinære arbeidsmarked.
- d) De fleste legeerklæringer er overfladiske og avspeiler begrenset kjennskap til pasientens fysiske og psykiske arbeidsevne.
- e) Narkotikamisbruk synes å bli skjult eller kamuflert under diagnostiske eufemismer.
- f) "Evnesvakhet" er utilstrekkelig dokumentert. Karakteristikken kan følge en ungdom hele livet på feil grunnlag.
- g) Systematiske medisinske rehabiliteringstiltak mangler i nesten alle tilfeller. Bruk av opptreningssinstitusjoner er ikke registrert i noen av de 239 tilfellene som inngår i materialet.
- h) Attføringspenger ble innvilget i årevis. I lange perioder kunne attføringspenger gis i ventetid på begrensede tiltak.

- i) Attføringstjenestens uttalelser er ofte preget av manglende innsikt i pasientens mentale helse og andre psykiske forutsetninger.
- j) ARK-institusjonen (Arbeidsmarkedsetatens Rådgivnings Kontor) er svært sjelden benyttet.
- k) Attføringsforsøkene blir ofte avbrutt etter kort tid på bakgrunn av uttalelse fra veiledere med varierende kvalifikasjoner, instruktører i AFT eller tilfeldige uttalelser fra arbeidsgiver etter prøveutplasseringer.
- l) Tiltakene kan være uegnede og ensidige sett i lys av pasientens funksjonsreduksjon.

Sammenfattende kan sies at et enkelt "legmannsskjønn" kan avgjøre saken og foranledige at en ung pasient innvilges 100 prosent uførepensjon og settes utenfor arbeidslivet i uoverskuelig fremtid. Det tas begrensede hensyn til de sosiale realiteter. Noen år forbigående arbeidsløshet på sosialt grunnlag skulle for eksempel ikke være grunnlag for uførepensjon.

## **11 Viktigste funn og anbefalinger**

### **11.1 Forskjeller mellom pensjonerte i 1997 og 1992**

Gjennomgangen av saksdokumentene for personer 16-34 år som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 har vist små forskjeller i demografiske forhold. Det er på den annen side, påvist tendenser til mindre aktiv intervensjon for de som ble uførepensjonert i 1997, både når det gjelder medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. Det er videre påvist at det fra 1992 til 1997 har skjedd en markert økning i psykiske og sammensatte psykososiale tilstander som medisinsk årsak til uførepensjoneringen og at attføringstjenesten i liten grad makter å møte disse nye problemer. Om økningen skyldes at disse tilstander er blitt hyppigere i befolkningen eller om personer med disse lidelser møter større vanskeligheter i samfunnet i dag enn for få år siden kan gjennomgangen av saksdokumentene ikke gi et entydig svar på..

Det er heller ikke mulig å tolke tendensen til redusert intervensjon som uttrykk for at medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring blir tilbudt i mindre utstrekning nå enn tidligere. Andre undersøkelser og erfaringer kan tyde på det. Ut fra gjennomgangen av sakene for de som ble uførepensjonert, kan det imidlertid ikke utelukkes at intervensjon har hindret uførepensjon i større grad i 1997 enn i 1992.

## 11.2 Saksbehandlingen

Om forskjellene mellom uførepensjonerte i 1992 og 1997 ikke kan tolkes inn i en direkte årsakssammenheng, er det klart at undersøkelsen har avdekket en rekke mangler i saksbehandlingen både i 1992 og 1997. Det gjelder så vel trygdefaglige som medisinske rutiner. Det er også avdekket et skjørt, til dels sviktende, samarbeid mellom etatene. Selv om saksbehandlingen ikke i seg selv kan forklare økningen i uførepensjoneringen, kan manglene antyde noe generelt om årsakene til at trygd til unge ble innvilget både i 1992 og 1997. Manglene i seg selv gir rom for forslag til mulige tiltak. Slike forslag vil bl.a. omfatte:.

- a) at ufullstendige legeerklæringer ikke honoreres. Regningen bør følge erklæringen frem til saksbehandleren som avgjør om erklæringen er ”verd” honorarsatsen, eller må returneres for supplering
- b) at rådgivende lege rutinemessig bør forelegges alle søknader om uførepensjon fra personer under 30 år. Det må presiseres at erklæringer fra psykologer ikke kan være gyldige som eneste premiss for vedtak om uførepensjon. Det samme gjelder selvsagt uttalelser fra fysioterapeuter og andre. Bedømmelsen av uførhet må innebære en helhetsvurdering- psykisk og somatisk- og en slik vurdering er det bare leger som er autorisert til å avgi. Den medisinske dokumentasjon må minst være tilstrekkelig for klassifisering av de medisinske vilkår etter ICD
- c) at de rådgivende lege må få større kompetanse og myndighet. De må ha som oppgave å formidle kunnskap om trygdemedisin til legene i sine områder
- d) at det påny innskjerpes at det på det lokale plan må etableres tettere samarbeid med sosialetaten. Det gjelder særlig representasjon i basisteam og ved tilfeller med psykososiale problemer
- e) at trygdekontorene blir minnet på at det må utarbeides en grundig og tilstrekkelig detaljert saksfremstilling i hvert enkelt tilfelle i forbindelse med vedtak om uførepensjon
- f) at opptrenings- og andre medisinske rehabiliteringsinstitusjoner trekkes mer aktivt inn i behandlingen (Det forutsetter, sannsynligvis, at det må gjøres noe med egenandelen for de unge med funksjonsreduksjon)
- g) at det skjer en omlegging av attføringsarbeidet med reorganisering av samarbeidsrutiner og justering av A-etatens eget regelverk når det gjelder svakere marginal arbeidskraft

### **11.3 Avsluttende bemerkning**

Skal det bli mulig å avklare årsaksforhold til endringer i uførepensjoneringsrater må det fremskaffes data som kan gi en valid dokumentasjon på alle forhold som kan være av betydning; herunder forekomst av sykdom, skade, lyte som kan gi varig funksjonsreduksjon, grundig medisinsk dokumentasjon av de funksjonshemmedes helsetilstand og deres funksjonsreduksjonen, tilbud på, bruk av og effektiviteten av medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring, søkertilbøyelighet og saksbehandling. Det anbefales at det etableres en rutinemessig registrering av data om disse forhold slik at det blir mulig løpende å følge utviklingen på området som grunnlag for evaluering av målrettede tiltak. Målet må bli at trygdeetaten i samarbeid med aktuelle instanser tar initiativ som kan føre til en reduksjon i antallet av unge mennesker som blir utestengt fra å delta i arbeidslivet.

## VEDLEGG A

Fødselsnummer

           1-11  
 Dag Mnd

 År P-nr.  
**PROSJEKT: UNGE UFØREPENSJONERTE**
**Kjønn:**
 12

 Saksdokumentgjennomgang (10.1999)  
 Registreringsskjema (04.10.1999)

Kommune/TK nr.....:

    13-16

 Dato for dokumentgjennomgang, dag, mnd, år  
 17-22

UFØREPENSJON (rehabilitering)

Krav fremsatt, Dato, mnd,år
    23-26

Initiativ til kravet.....:

 27

29

Alder ved krav (kravår – f.år) antall år.....:

  28-

Sivilstand (SSB's kode).....:

 30

Inntekt (100 kroner) siste år før krav.....:

    31-34
Yrke (NYK, 3 siffer) .....:  
35-37
  

Utdanning (Utd.klas. 2 siffer).....:

  38-39

41

Antall år i ordinær utdanning.....:

  40-
Vedtak

Dato (mnd,år).....:

    42-45

Vedtaksinstans TK/FTK.....:

    46-49

Vedtak etter anke, ja=1 nei=2 ellers 9 .....

50

51 Anke: Stadfester avslag=1, omgjøring=2 ellers 9.....:

Trygderetten: ja=1, nei=2, ellers 9.....:  52

Uføregrad.....:  53-55

Garantipensjon for unge uføre

56 (§ 3-21) ja=1, nei = 2, ellers 9.....:

## PROSJEKT: UNGE UFØREPENSJONERTE

Fødselsdato

Registreringsskjema – side 2

**Dag mnd år**

---

### Saksbehandling

Tid: Vedtaksdato – kravdato, antall måneder

57-58

Diagnose (fra RTV-GRI) Primær (4 siffer):

59-62

Sekundær (4 siffer):

63-66

### Leger i saksbehandlingen

Behandlerende lege ved krav, allmennlege=1, spesialist=2

67

Spesialister , inkl. psykologer o.a. Antall,

68 inntil 3 spesialister (kode 3 siffer).....

69-71

.....  72-74

.....  75-77

Rådgivende leger i saksbehandlingen, ja=1, nei = 2 .....

78

Basisteam Ja=1, nei=2, ellers 9

79

## ANDRE TRYGDEYTELSER

Grunnstønad, ja= 1, nei=2, ellers 9
 80

Fra år

 81-82

Antall år

 83-84

Diagnose (fra RTV) 4 siffer ICD-9

 85-88

Hjelpestønad, ja=1, nei=2, ellers 9
 89

Fra år

 90-91

Antall år

 92 -93

Diagnose (fra RTV) 4 siffer ICD-9

 94-97

Hjelpemidler, ja=1, nei=2, ellers 9
 98

 Hvis ja, Type hjelpemidler (1 siffer kode) .....  99

 Yrkesskadesak, ja=1, nei=2, ellers 9 .....  100
**PROSJEKT: UNGE UFØREPENSONERTE**

Fødselsdato

Registreringsskjema – side 3


**Dag Mnd År**Sykepenger, ja=1, nei=2, ellers 9
 101

Hvis ja, samlet lengde, måneder

 102-103

Mnd År

Oppfølging, ja=1, nei=2, ellers 9

104

 Type oppfølging (1 siffer kode).....:  105

 .....  
 .....  
 .....

Rehabilitering

Rehabiliteringspenger, ja=1, nei=2

106



Hvis ja:

Rehabiliteringspenger før krav=1, etter krav=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	107	Hvor lenge
i alt (antall måneder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108-109
Rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelser	<input type="checkbox"/>	110	
Ja=1, nei=2, ellers 9			

Rehabiliteringspenger under medisinsk behandling	<input type="checkbox"/>	111	
Ja=1, nei=2, ellers 9			

Spesifiserte rehabiliteringstiltak, ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	112	
---	--------------------------	-----	--

Hvis ja: (kryss av):

Habiliteringsteam/behandling	<input type="checkbox"/>	113
Opptrening (kurbad, helsesportsenter etc.)	<input type="checkbox"/>	114
Uspesifikke tiltak (fysioterapi, logopedi, etc)	<input type="checkbox"/>	115
I forbindelse med sykehusopphold (psykiatri, ortopedi etc.)	<input type="checkbox"/>	116
Annet: .....	<input type="checkbox"/>	117

Kommentarer:

Fødselsdato

**PROSJEKT: UNGE UFØREPENSONERTE**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dag		Mnd	År		

Registreringsskjema – side 4

### Yrkesrettet attføring

Attføringspenger: ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	118
---	--------------------------	-----

Hvis ja: Attføringspenger før krav=1, etter krav=2	<input type="checkbox"/>	119	
Varighet, antall måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120-121

Henvist A-etaten ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	122
--	--------------------------	-----

Tiltak: (Kryss av):

Vurdering – ARK.....	<input type="checkbox"/>	123
Kvalifisering/opplæring .....	<input type="checkbox"/>	124

Arbeidstrening .....	<input type="checkbox"/>	125
Vernet arbeid .....	<input type="checkbox"/>	126
Arbeid med bistand, prøveplassering .....	<input type="checkbox"/>	127
Annet, spes. ....	<input type="checkbox"/>	128
Resultat:		
Gjentatte forsøk: ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	129
Avbrutt av A-etaten, ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	130
Avbrutt etter eget ønske, ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	131
Fullført, ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	132
Annet, spes. ....	<input type="checkbox"/>	133
A-etaten gitt råd om uførepensjon		
Ja=1, nei=2, ellers 9	<input type="checkbox"/>	134
Generell vurdering av saksbehandlingen		
	<input type="checkbox"/>	135