

**Rapport**

**12/2003**

*Rikstrygdeverket*  
*Utredningsavdelingen*

**Rehabiliteringspenger  
og bruk av unntaks-  
bestemmelser**

## Forord

Rehabiliteringspenger er en ordning i spenningsfeltet mellom sykepenger og uførepensjon. Utviklingen på området er viktig å ha under observasjon, ikke minst i påvente av den nye ordningen tidsbegrenset uførestønad. Den direkte bakgrunnen for denne rapporten er den tiltakende opphopningen av antall tilfeller på rehabiliteringspenger. Rapporten gir et øyeblikksbilde av situasjonen pr. mai 2003 og er basert på opplysninger fra Rikstrygdeverkets registre og en gjennomgang av et utvalg saker i trygdekontorene. Rapporten er utarbeidet i nært samarbeid mellom Utredningsavdelingen og Oppfølgings- og Sykestønadsavdelingen. Ulla Gulbrandsen, Heidi Vannevjen og Hanne Nygaard har vært med i prosessen hele tiden. Bjørg Løken Western bisto med trekking av utvalg mens rapporten er skrevet av Per Kristoffersen og Mona Stormo Andersen.

Rikstrygdeverket  
Desember 2003

Arild Sundberg  
trygdedirektør

Hilde Olsen  
avdelingsdirektør

## Innhold

### Forord

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>4</b>
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Unntaksreglene	5
1.3	Formål	5
1.4	Problemstillinger	5
<b>2</b>	<b>Sammendrag og konklusjon</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Metodisk tilnærming</b>	<b>8</b>
3.1	Datagrunnlag	8
3.2	Utvalgsstørrelse og utvalgsplan	8
3.2.1	<i>Utvalget ble trukket i 3 trinn</i>	8
3.3	Saksdokumentasjon - registrerings skjema	9
3.4	Kvalitetssikring av data	9
3.5	Representativt utvalg	10
<b>4</b>	<b>Utvikling de siste årene</b>	<b>11</b>
4.1.1	<i>Mottakere med rehabiliteringspenger de siste årene</i>	11
<b>5</b>	<b>Resultater</b>	<b>14</b>
5.1	Registeranalyse	14
5.1.1	<i>Fordeling på kjønn, alder, diagnose og varighet</i>	14
5.1.2	<i>Diagnose og varighet</i>	16
5.1.3	<i>Hvilken unntaksbestemmelse går brukeren på?</i>	17
5.1.4	<i>Mer om varighet</i>	18
5.2	Saksgjennomgangen	19
5.2.1	<i>Hvor lenge er det siden siste vedtak om rehabiliteringspenger ble fattet?</i>	19
5.2.2	<i>Er saken avsluttet?</i>	21
5.2.3	<i>Pågår/pågikk medisinsk behandling?</i>	21
5.2.4	<i>Har yrkesrettet atfering vært prøvd?</i>	23
5.2.5	<i>Varighet i utvalget</i>	24
5.3	Konklusjon	25
	Vedlegg 1: Spørreskjema	27
	Vedlegg 2: Brev til trygdekontorene	27
	Vedlegg 3: Tabell: Andel med uregistrert unntakshjemmel	27

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Utredningsavdelingen fikk i oppdrag av trygdedirektøren å gjennomføre en utvalgsundersøkelse på området rehabiliteringspenger. Fokus skulle rettes mot brukere av rehabiliteringspenger over ett år.

Rehabiliteringspenger skal på samme måte som sykepenger sikre inntekt ved redusert arbeids- eller inntektsevne. Ytelsen gis til personer uten sykepengerrett som har vært sammenhengende minst 50 % arbeidsufør i 52 uker eller når sykepengerretten er brukt opp. Ytelsen gis også til studenter under 26 år som har vært sammenhengende arbeidsuføre i minst 20 uker på grunn av alvorlig sykdom. Den nedsatte uførheten må være minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte, og det må foregå aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Ytelsen gis som hovedregel i ett år, men kan i unntakstilfeller gis for lengre tidsrom.

Fra 1. januar 2001 ble unntaksbestemmelsene (forskriften § 9 c) utvidet til å gjelde personer som er under vedlikeholdsbehandling, egentrening eller mestringstiltak. Denne type behandling ble likestilt med aktiv behandling når det ikke forelå andre behandlingstilbud, og det fortsatt er utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Bakgrunnen for undersøkelsen er en markert økning i antall rehabiliteringspengetilfeller, særlig forårsaket av en opphopning av personer som går lenge på ordningen. Økningen i antall rehabiliteringspengetilfeller henger delvis sammen med økning i antall langtids sykmeldte som har brukt opp sykepengerrettighetene, og som derfor går over på rehabiliteringspenger. I de 2 siste årene har den økte tilgangen til rehabiliteringspengeordningen imidlertid stoppet opp, mens avgangen fra rehabiliteringspenger til uførepensjon samtidig har gått ned, blant annet med bakgrunn i nevnte utvidelse av unntaksbestemmelsene. Et annet forhold er at kravene til attføring før tilståelse av uførepensjon ble skjerpet i 2000. Dette har bidratt til at varigheten av stønadsperioden har økt og til en fortsatt økning i antall tilfeller.

Et annet forhold som har bidratt til opphopningen, er at personer som gjennomgår yrkesrettet attføring, på nytt kan falle tilbake på rehabiliteringspenger på grunn av sykdom. Dette viste en økende tendens i perioden 1999-2002. Veksten har sammenheng med at det i forbindelse med innskjerping av attføringskravet i 2000, ble sendt mange saker til Aetat for utprøving av yrkesrettet attføring. Erfaringsmessig vil en del av disse få avbrudd under yrkesrettet attføring, og på nytt gå tilbake på rehabiliteringspenger.

Endringen i beregningsreglene for rehabiliteringspenger med virkning fra 1. januar 2002, innebar omlegging av registreringsrutiner. Dette medførte at enkelte statistiske opplysninger ikke kunne innhentes sentralt, blant annet opplysninger om bruk av *unntaksbestemmelsene*. Regelendringen medførte også at en ikke lenger hadde opplysninger om *varighet* for dem som påbegynte rehabiliteringspenger før 1.10.02. For dem som har påbegynt rehabiliteringspenger etter dette tidspunkt, har en opplysninger om varighet. På bakgrunn av dette ble det besluttet å sette i gang en avgrenset undersøkelse med utgangspunkt i et utvalg saker.

Rapporten er basert på opplysninger fra registrene og fra en saksgjennomgang av et utvalg løpende rehabiliteringspengesaker. Fra saksdokumentene har vi innhentet opplysninger som ikke er tilgjengelig i de sentrale registrene.

## 1.2 Unntaksreglene

Rehabiliteringspenger ytes vanligvis ikke sammenhengende i mer enn 52 uker, men det kan gjøres unntak, jf. folketrygdloven §10-8 sjette ledd. Nedenfor beskrives unntaksreglene etter § 9, a-e:

- a) Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader der den medisinske behandlingen tar lenger tid.
- b) For rusmiddelbrukere der behandlingen/rehabiliteringen strekker seg over flere år.
- c) Ved andre sykdomstilstander der medlemmet fortsatt er under aktivt behandling eller rehabiliteringsopplegg. Vedlikeholdsbehandling, egentrening, mestringstiltak likestilles med aktiv behandling når det ikke finnes andre behandlingstilbud og det er utsikt til bedring av arbeidsevnen på noe lenger sikt.
- d) I ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke fremstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.
- e) Under aktivisering og arbeidstrening som nevnt i § 3. Her likestilles aktivisering og arbeidstrening med aktiv medisinsk behandling som vanligvis er et vilkår for å tilstå rehabiliteringspenger.

## 1.3 Formål

På bakgrunn av den økte opphopningen på rehabiliteringspenger ønsket man å få mer kunnskap om *varighet* og hvilke *unntaksbestemmelser* rehabiliteringspengesaken var begrunnet i. En ønsket også å belyse om *stønadstilfellene* var aktive eller inaktive med hensyn til *medisinsk behandling* og om *yrkesrettet attføring* var prøvd. Formålet med undersøkelsen er dermed å kartlegge og systematisere visse opplysninger fra enkeltsaker som ikke blir innhentet til de sentrale stønadsregistrene.

## 1.4 Problemstillinger

Undersøkelsens problemstillinger er følgende:

1. Hva kjennetegner personer som mottar rehabiliteringspenger over ett år med hensyn til kjønn, alder, diagnose og varighet?
2. Hvilke unntaksbestemmelser er brukt?
3. Hvor lenge har de mottatt rehabiliteringspenger?
4. Gis det medisinsk behandling?
5. Er yrkesrettet attføring prøvd?

## 2 Sammendrag og konklusjon

Opplysninger fra Rikstrygdeverket, viser at antall tilfeller med rehabiliteringspenger på unntaksbestemmelsene har økt. Fra 2000 til 2003 har antallet økt med 13 885 personer, dvs. mer enn en fordobling på kort tid. Andelen som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i unntaksbestemmelse § 9 c har økt enda sterkere.

På bakgrunn av den økte opphopningen på rehabiliteringspenger ønsket man å få mer kunnskap om *varighet* og hvilke *unntaksbestemmelser* rehabiliteringspengesakene var begrunnet i. En ønsket også å belyse om stønadstilfellene var aktive eller inaktive med hensyn til *medisinsk behandling* og om *yrkesrettet attføring* var prøvd.

Undersøkelsen gjaldt personer som har gått over ett år på rehabiliteringspenger og som fortsatt mottok rehabiliteringspenger i mai 2003, i alt 18 847 personer. Disse er beskrevet etter kjønn, alder, diagnose, unntakshjemmel og varighet (registeranalyse). Fra den samme gruppa er det trukket et utvalg. For disse er det innhentet opplysninger fra saksmapper i trygdekontorene.

Registeranalysen viser at over halvparten av dem som mottar rehabiliteringspenger over ett år, har unntaksbestemmelsen § 9 c. Bestemmelsen gir grunnlag for fortsatte rehabiliteringspenger når medlemmet er under aktiv behandling eller rehabilitering som gir mulighet for bedring av arbeidsevnen. Det var denne unntaksbestemmelsen som var gjenstand for liberalisering i 2001. Den andre store gruppen går på unntaksbestemmelsen § 9 d. Denne begrunner utbetaling av fortsatte rehabiliteringspenger med ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke fremstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden. Tallene viser at den utvikling som tidligere er observert, med at en økende andel går på unntaksbestemmelse 9 § c, forsetter.

På bakgrunn av kjennetegn som kjønn, alder og diagnose er det vanskelig å se at de som mottar rehabiliteringspenger over ett år, skiller seg vesentlig fra totalbestanden av rehabiliteringspengemottakere. Andelen kvinner er høy, noe som må sees i sammenheng med en høy andel diffuse lidelser. Det er også en høyere andel kvinner enn menn som mottar rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelse § 9 c.

Fordi undersøkelsen gjelder personer som fortsatt mottar rehabiliteringspenger, har vi ikke kunnet beregne varighet i forhold til et reelt avslutningstidspunkt. Når vi regner frem til undersøkelsestidspunktet, viser det seg at den gjennomsnittlige varigheten var 2 år. Dette er totaltid på rehabiliteringspenger, dvs inkludert det første året.

Over halvparten av dem som mottar rehabiliteringspenger over ett år, har gått på rehabiliteringspenger under 2 år. Ca. 20 % har gått på rehabiliteringspenger over 3 år. Det er samtidig en del enkelttilfeller med varighet opp til 16 år. Disse er å finne i unntakshjemmel § 9 c og § 9 d. Andelen som mottar rehabiliteringspenger over 3 år varierer for øvrig relativt lite mellom hjemlene.

Det er imidlertid grunn til å peke på at det er en relativt stor gruppe der hjemmel ikke er oppgitt. Denne andelen varierer også etter fylke. Også i saksgjennomgangen fant vi at det ikke var dokumentert unntakshjemmel i alle saker, men i en mindre andel enn i registeropplysningene. Dette kan tyde på at det er en underregistrering i registrene. Vi vet ikke årsaken til dette, men i den grad informasjon fra registrene brukes til å følge opp personer som

mottar rehabiliteringspenger begrunnet i unntaksbestemmelsene, innebærer dette at en ikke inkluderer alle. Bakgrunnen for underregistreringen bør undersøkes nærmere.

I de sakene hvor det ikke var dokumentert hjemmel, hadde en større andel mottatt rehabiliteringspenger over 3 år, sammenlignet med dem som hadde en registrert hjemmel. Det kan derved reises spørsmål om det er en sammenheng mellom hvordan sakene er dokumentert og trygdekontorenes oppfølging. Det er en forutsetning for tilståelse av forsatte rehabiliteringspenger, at det er fattet vedtak begrunnet i unntakshjemmel og at dette er dokumentert i saken. Forholdet bør undersøkes nærmere.

Resultatene fra saksgjennomgangen i trygdekontorene viste at de som går over ett år på rehabiliteringspenger revurderes med jevne mellomrom. De fleste revurderinger skjer innenfor 9 måneder. Hovedmassen av de som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i unntakshjemmel § 9 c, blir også revurdert innen det samme tidsrom, men det er en tendens til at revurderingene skjer noe seinere. Oppfølgingen i slike saker skal skje etter en individuell vurdering. Det er likevel spørsmål om oppfølgingen i noen av disse sakene bør være tettere.

Det går også frem at det pågår medisinsk behandling/utredning i en eller annen form i de aller fleste sakene. Kvaliteten ved behandlingen kan vi ikke si noe om ut fra denne undersøkelsen, men i halvparten av sakene der det oppgis at behandling /utredning pågår, kan man ikke på grunnlag av de siste legeerklæringene, si hvor lenge behandlingen eller utredningen antas å vare. Dette tyder på at en mangler informasjon i mange saker til å bestemme tidspunkt for når det er hensiktsmessig med revurdering av saken, og til å vurdere om det er utsikt til bedring.

Saksgjennomgangen viste at det fra mai til september har skjedd en avgang. Det fleste av disse har gått til uførepensjon. Saksgjennomgangen ga oss også mulighet til å beregne varighet for avsluttede tilfeller, og om de som hadde avsluttet rehabiliteringspenger hadde en annerledes varighet enn dem som fortsatt mottok rehabiliteringspenger. Forskjellen var marginal. Dvs. at varigheten beregnet med utgangspunkt i de løpende tilfellene ser ut til å være et bra estimat også for de som har avsluttet ordningen.

Yrkesrettet attføring har vært prøvd i ca 1/5 av sakene. Det er ingen forskjell mellom de som går på unntakshjemmel § 9 c og de som befinner seg på de øvrige. Om dette er lite eller mye er vanskelig å vurdere. Relativt mange av dem som kom tilbake etter å ha prøvd yrkesrettet attføring, var, ifølge legeopplysningene, for syke. Dette kan tyde på at yrkesrettet attføring prøves ut fra trygdekontorets side, men at Aetat/lege i visse tilfeller vurderer dette annerledes. Om dette kommer det mer informasjon fra en pågående undersøkelse av avslagssaker på uførepensjonsområdet som gjennomføres av Rikstrygdeverket (Utredningsavdelingen og Oppfølgings og Sykestønadsavdelingen) i samarbeid med Arbeidsdirektoratet.

Vi fant også at personer over 60 år mottok rehabiliteringspenger over 3 år. Vi vet ikke nok om gruppen, men reiser spørsmål om fortsatt tilståelse av rehabiliteringspenger, er relevant bruk av unntaksbestemmelsene.

### 3 Metodisk tilnærming

#### 3.1 Datagrunnlag

Grunnlaget for undersøkelsen er opplysninger fra:

- RTV's register over personer som mottar rehabiliteringspenger
- saksmapper i trygdekontorene

Undersøkelsen gjelder personer som har hatt rehabiliteringspenger over ett år og som mottok slik stønad pr. mai 2003. For å identifiser disse personene i RTV's register tok vi utgangspunkt i alle rehabiliteringspengetilfeller på nevnte tidspunkt. I alt utgjorde disse 55 459 personer. Av disse valgte vi ut en gruppe som hadde startet på rehabiliteringspenger før november 2001. Dvs at de hadde hatt rehabiliteringspenger mer enn 1 år og 7 mnd. Mange av disse kan ha vært svært lenge på rehabiliteringspenger. I tillegg valgte vi ut en gruppe personer som hadde startet mellom november 2001 og mai 2002. Alle disse hadde vært på rehabiliteringspenger mer enn et år. Til sammen utgjorde disse 2 gruppene 18 847 saker. Disse er utgangspunkt for en registeranalyse der vi har fordelt mottakerne på kjennetegn som kjønn, alder, diagnose, varighet og unntaksbestemmelser.

Fra samme gruppe trakk vi også et utvalg saker (685) som ble gjenstand for en saksgjennomgang. Hvordan utvalget ble trukket og opplysningene fra saksmappene innhentet, er redegjort for nedenfor.

#### 3.2 Utvalgsstørrelse og utvalgsplan

Utvalgsstørrelsen skulle sikre at vi fikk med tilstrekkelig med saker under hver unntaksbestemmelse (§ 9 a-e) til å kunne si noe om hver av disse gruppene. Hvordan sakene fordeler seg på disse nøyaktig visste vi ikke, men enkelte grupper er små, slik at utvalget måtte forholde seg til dette. Oppdraget krevde ikke tall på fylkesnivå, noe som reduserte utvalgsstørrelsen betraktelig. Vi antok imidlertid at en del saker ville være vanskelig å få inn på grunn av at de var oversendt andre instanser. Vi tok derfor høyde for et visst frafall. Vi endte opp med å legge opp til vel 600 saker i utvalget.

Utvalget skulle bestemmes med en kort tidsfrist. Det er derfor ikke selvveiende da dette krever mer beregninger. Dvs. at det ikke ble trukket et proporsjonalt antall saker i de trygdekontorene som ble trukket ut, men et fast antall etter stratifisering av trygdekontorene.

##### 3.2.1 Utvalget ble trukket i 3 trinn.

*1. trinn – utvalg av fylker:*

Fylkene ble stratifisert etter om lag sammenfallende geografi/antakelse om likhet. Det ble deretter valgt 1 fylke i hvert av fylkesstrataene. Det ble lagt vekt på at fylker som relativt nylig var belastet med gjennomføring av andre undersøkelser skulle skjermes i størst mulig grad. Det ble valgt 6 fylker; Østfold, Akershus, Buskerud, Rogaland, Sør-Trøndelag og Troms.

*2. trinn – utvalg av trygdekontorene:*



Trygdekontorene i de utvalgte fylkene ble stratifisert etter størrelse, dvs. at trygdekontorene ble karakterisert som stort, mellomstort eller lite etter antall saker. Trygdekontor med flere enn 100 slike rehabiliteringspenge-saker ble karakterisert som store. Kontorer med mellom 50 og 100 saker ble karakterisert som middels. Kontorer med færre enn 50 saker ble karakterisert som små. Det ble trukket et tilfeldig utvalg av størrelse  $n_{im}$  ( $i$ =fylke,  $m$ =tk-strata i fylket) i hvert strata av trygdekontorer. Størrelse  $n_{im}$  - antall trukne TK'er - ble valgt slik at antall saker i fylkes-utvalget ville være om lag proporsjonal med forholdet mellom fylkesstrataets saker og det totale antall saker.

### 3. trinn – utvalg saker:

For store kontorer ble det trukket tilfeldig ut 15 saker per kontor. For mellomstore kontorer (mellom 50 og 100 saker) ble det trukket 10 saker. For små kontorer ble det trukket 5 saker, eller alle sakene hvis de hadde færre enn 5 saker totalt.

Totalt ble det trukket ut 685 saker. Trygdekontorene ble sendt en liste over rehabiliteringspengetilfeller sammen med et registreringsskjema som i utfylt stand skulle returneres Rikstrygdeverket. I alt har vi mottatt 660 saker, tilsvarende en svarprosent på 97 %.

### 3.3 Saksdokumentasjon - registreringsskjema

Registreringsskjemaet for innhenting av opplysninger fra sakene ble utformet i samarbeid med Oppfølgings- og Sykestønadsavdelingen i Rikstrygdeverket. Det ble også gitt tid til en vurdering av skjemaene fra saksbehandlere i et par trygdekontor. På grunn av den korte tiden avsatt til prosjektet bestemte vi at trygdekontorene selv skulle registrere opplysningene fra sakene. De ble varslet på forhånd, og deretter tilsendt skjemaene og oversikt over hvilke saker de skulle innhente opplysninger fra samt en kort instruks. De fikk en uke på å fylle ut registreringsskjemaet. Skjemaet er vedlagt.

Skjemaene ble returnert Rikstrygdeverket og manuelt innlest i dataprogrammet SPSS.

### 3.4 Kvalitetssikring av data

Primærdiagnoseopplysningene er omkodet. I registreringsskjemaet kunne diagnosen kodes enten etter ICPC eller ICD10. I de fleste tilfeller var ICPC brukt, og derfor ble forekommende ICD10 koder konvertert til ICPC i henhold til internasjonale konverteringsprogrammer. Ved kontroll forekom det noen ”koder” som ikke har sin motsvarighet i ICPC. Disse ble sjekket manuelt. En del av disse ble vurdert å være ICD10-koder, som hadde blitt plassert i feil boks på registreringsskjemaet. De ble derfor også konvertert til ICPC som nevnt ovenfor. I noen få tilfeller var både ICPC og ICD10 koder angitt. Den kode som tydet på den mest alvorlige sykdommen ble valgt, og, hvis det var ICD10-koden, konvertert til ICPC.

I tabellene som følger har vi gruppert diagnosene i 3 grupper: L, dvs. muskel-skjelettsystemet, P dvs. psykiske diagnoser samt øvrige diagnoser. Vi har også gruppert etter sykdomsdiagnose og symptomer og plager. Ifølge ICPC-klassifikasjonen skal legen primært kode sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig skal han/hun sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager.

### 3.5 Representativt utvalg

Tabell 1 nedenfor viser fordeling av kjønn, alder, diagnose, unntaksbestemmelse og varighet for populasjon og utvalg. Populasjonen består, som nevnt, av personer som har hatt rehabiliteringspenger i over ett år og som mottok slik stønad pr. mai 2003. Resultatet viser at fordelingen av kjønn, alder og diagnose er tilnærmet lik i populasjonen og utvalget. I utvalget har vi fått med noen flere kvinner enn menn og noen flere eldre over 60 år. Utvalget inneholder noen flere med psykiatriske (P) diagnoser enn i populasjonen. Det ser også ut til at vi har fått med flere med lang varighet slik at utvalget viser en større andel med varighet over 3 år. I forhold til unntaksbestemmelsene viser tabellen at andelen uoppgitte er relativt stor. At det er registerdataene som i størst grad mangler opplysninger om unntaksbestemmelser, kan ha å gjøre med at registrene mangler unntaksbestemmelse selv om det er dokumentert i saken. Generelt anses forskjellene likevel som så små at vi betrakter utvalget som representativt.

Tabell 1. Kjennetegn ved populasjon og utvalg. %

Kjennetegn	Populasjonen N=18 847	Utvalget N=660
<b>Kjønn:</b>		
Andel kvinner	64,5	62,1
Andel menn	35,5	37,9
<b>Alder:</b>		
18-34 år	18,1	19,1
35-44 år	33,0	31,1
45-59 år	48,2	45,6
60-67 år	0,7	4,2
<b>Diagnose:</b>		
L-diagnoser	38,5	40,2
P-diagnoser	37,1	34,7
Andre	24,4	23,5
Fremgår ikke		1,7
<b>Unntaksbestemmelse <sup>1</sup>:</b>		
§9a	11,2	10,5
§9b	1,8	1,8
§9c	53,9	59,7
§9d	16,9	19,4
§9e	2,0	2,1
Uoppgitt	14,2	6,5
<b>Varighet:</b>		
1-2 år	56,5	53,0
2-2,5 år	14,9	13,0
2,5-3 år	9,1	7,9
Mer enn 3 år	19,6	25,8

<sup>1</sup> Unntaksbestemmelsene er følgende:

§ 9 a) Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader der den medisinske behandlingen tar lenger tid.

§ 9 b) For rusmiddelbrukere der behandlingen/rehabiliteringen strekker seg over flere år

§ 9 c) Ved andre sykdomstilstander der medlemmet fortsatt er under aktivt behandlings eller rehabiliteringsopplegg.

§ 9 d) I ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke fremstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.

§ 9 e) Under aktivisering og arbeidstrening.

## 4 Utvikling de siste årene

Nedenfor vises noen tall for utviklingen på rehabiliteringspengeområdet med utgangspunkt i løpende tall fra Rikstrygdeverkets registre.

### 4.1.1 Mottakere med rehabiliteringspenger de siste årene

Tall for antall (bestand) og tilgang av nye rehabiliteringspengetilfeller er vist i to tabeller nedenfor.

Tabell 2. Antall mottakere med rehabiliteringspenger i desember <sup>1)</sup> 1999-2003.

	Antall			I alt	Pst vis endring	
	I alt	Menn	Kvinner		Menn	Kvinner
1999	33 968	13 689	20 279			
2000	39 696	16 138	23 558	16,9	17,9	16,2
2001 <sup>2)</sup>	45 856	18 300	27 556	15,5	13,4	17,0
2002	52 778	20 876	31 902	15,1	14,1	15,8
2003 (okt)	58 527	23 328	35 199	10,9	11,8	10,3

1) Fra og med 2002 omfatter antall mottakere alle som mottok rehabiliteringspenger i desember (løpende og avsluttede personer med utbetaling i desember) Tidligere omfattet tallene bare de som var løpende ved utgangen av måneden.

2) Omfatter tall per november 2001.

3) Kilde: Utredningsavdelingen, RTV.

Siden midten av 1990-tallet har det vært en økende tilgang av tilfeller som mottar rehabiliteringspenger, med en tendens til nedgang i de siste årene. Veksten i tilgangen på rehabiliteringspengemottakere er i høy grad betinget av utviklingen i antall personer som har brukt opp sine rettigheter på sykepenger. En høy andel av disse fyller vilkårene for tilståelse av rehabiliteringspenger.

Tabell 3. Nye rehabiliteringspengetilfeller (tilgang). 1996-2002. 1)

	Nye rehabiliteringspengetilfeller	%vis vekst i forhold til året før
1996	26 841	
1997	30 275	12,8
1998	34 432	13,7
1999	35 928	4,3
2000	40 976	14,1
2001(anslag)	44 475	8,5
2001(sept)	31 469	-
2002(sept)	31 972	1,6

1) Kilde: Basisrapport 2002, tabell 2.2.

Tabell 4 nedenfor viser at den største andelen av dem som går på unntaksbestemmelser går på bestemmelsen § 9 c ”fortsatt under aktiv behandling etter 52 uker” Denne utgjør 56,8 % av alle på unntaksbestemmelsene. Den andre store unntaksbestemmelsen er § 9 d ”venter på spesialist” hvor andelen er 24,4 %.

En sammenligning med tall fra 1995 viser betydelige endringer i sammensetningen av bruken av unntaksbestemmelser. I 1995 var andelen som falt under unntaksbestemmelsen §9a 25%, andelen på § 9 c 40,4 % mens andelen på § 9 d var om lag 32,4 %. (Basisrapport 2001 side 67).

Tabell 4. Rehabiliteringspengemottakere fordelt på unntaksbestemmelsene og kjønn pr. 30. september 2001.1)

Unntaks- bestemmelse	Alle		Kvinner		Menn	
	Ant.	%	Ant.	%	Ant.	%
§9a	1957	13,9	1153	13,0	804	15,5
§9b	359	2,6	150	1,7	209	4,0
§9c	7991	56,8	5244	59,1	2747	53,0
§9d	3429	24,4	2093	23,6	1336	25,8
§9e	330	2,3	239	2,7	91	1,8
I alt	14066	100	8879	100	5187	100

1) Unntaksbestemmelsene er følgende:

§ 9 a) Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader der den medisinske behandlingen tar lenger tid.

§ 9 b) For rusmiddelbrukere der behandlingen/rehabiliteringen strekker seg over flere år

§ 9 c) Ved andre sykdomstilstander der medlemmet fortsatt er under aktivt behandlings eller rehabiliteringsopplegg.

§ 9 d) I ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke fremstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.

§ 9 e) Under aktivisering og arbeidstrening.

1) Kilde: Basisrapport 2001, tabell 3.8.

Tabell 5 nedenfor, viser at antall tilfeller med rehabiliteringspenger på unntaksbestemmelsene har økt betydelig etter at unntaksbestemmelsene ble utvidet i 2001 (§ 9 c). Fra 2000 til 2003 har antallet økt med 13 885, dvs. mer enn en fordobling på kort tid. Andelen som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i unntaksbestemmelse § 9 c har økt med 17,9 %.

Tabell 5. Antall rehabiliteringspengemottakere på unntaksbestemmelser og andel på unntaksbestemmelse § 9 c. 2000-2003. 1)

	Antall	Andel i § 9 c
2000	10 683	53,6 (5 723)
2001(nov)	15 777	57,7 (9 078)
2002(des)	18 507	61,8 (11 445)
2003(okt) <sup>2</sup>	24 568	63,2 (15 529)

1) Kilde: Utredningsavdelingen i RTV.

2) Bakgrunnen for at tallene er fra ulike måneder skyldes endringer i registergrunnlaget på grunn av overgangen til nye regler for beregning av rehabiliteringspenger.

Tabell 6 viser utviklingen i varighet i antall dager på rehabiliteringspenger siden 1995. Varigheten har gått ned, men i de to siste årene observeres en økning. I september 2001 var den ca. 10 måneder. 2001 er det siste året en har oppgitt opplysninger om varighet i registrene. Årsaken er omleggingen av registrene på grunn av nye beregningsregler.

Tabell 6. Utviklingen i varighet (dager) for avsluttede rehabiliteringspengemottakere. 1995-2001. 1)

År	Gjennomsnittlig varighet
1995	368
1996	326
1997	327
1998	307
1999	318
2000	310
2000 (sept)	309
2001 (sept)	311

1) Kilde: Basisrapport 2001, tabell 3.4.

## 5 Resultater

I det følgende presenteres først en analyse av de personer som er registrert som mottakere av rehabiliteringspenger pr. mai 2003 og som har gått over ett år på ordningen (5.1). Deretter gjengis resultater fra saksgjennomgangen (5.2).

### 5.1 Registeranalyse

De som er registrert som mottakere av rehabiliteringspenger pr. mai 2003 og som har gått over ett år på ordningen, utgjør 18 847. Gruppen er beskrevet etter kjennetegn som kjønn, alder, diagnose, untaksbestemmelse og varighet i bivariate tabeller. Der det er mulig har vi sammenlignet med tilsvarende opplysninger fra RTV-basisrapport for 2002. Vi sammenligner da med alle rehabiliteringsmottakere.

#### 5.1.1 Fordeling på kjønn, alder, diagnose og varighet

Tabell 7 viser at en større andel kvinner går på rehabiliteringspenger minst ett år sammenlignet med menn. Kvinner utgjør 64,5 % og menn utgjør 36,5 %. Kjønnfordelingen blant de som går over ett år på rehabiliteringspenger skiller seg ikke fra kjønnfordelingen blant rehabiliteringspengemottakere totalt (Basisrapport 2002, tabell 2.4).

Den største aldersgruppen er dem mellom 45 og 59 år. De utgjør over halvparten av dem som går over ett år på rehabiliteringspenger. Den eldste aldersgruppen 60-67 år utgjør den minste gruppen, med bare 0,7 %. Dette har sannsynligvis sammenheng med at de eldste oftere går over på uførepensjon. Når vi skiller mellom kjønn, ser vi at blant menn er andelen i aldersgruppa 45-59 år klart større enn blant kvinner. Det kan dermed se ut til at menn som går på rehabiliteringspenger over ett år er noe eldre enn kvinner.

Tabell 7. Populasjonen fordelt på kjønn og alder. %.

Alder	Kvinne	Mann	I alt
18-34 år	15,2	17,9	18,1
35-44 år	34,8	29,8	33,0
45-59 år	46,5	51,3	51,1
60-67 år	0,5	1,0	0,7
I alt	100 (12154) 64,5	100 (6693) 35,5	100 (18847) (100)

Tabell 8 viser populasjonen fordelt på kjønn og diagnose. Av tabellen fremgår det at 75 % av dem som mottar rehabiliteringspenger over ett år, har mentale lidelser og muskel- og skjellettlidelser. Det er om lag like stor andel kvinner og menn med de to diagnosegruppene. Fordelingen skiller seg heller ikke vesentlig fra fordelingen for alle rehabiliteringspengemottakere (Basisrapport RTV 2002, tabell 2.6).

Tabell 8. Populasjonen fordelt på kjønn og diagnose. %.

Diagnose	Kvinne	Mann	I alt
Muskel-skjelettsystemet	39,6	36,4	38,5
Psykiske	37,1	37,0	37,1
Andre	23,3	26,6	24,4
I alt	100 (12154)	100 (6693)	100 (18847)

I tabell 9 vises en fordeling på varighet. Som redegjort for tidligere gjelder undersøkelsen løpende tilfeller på rehabiliteringspenger over ett år. Varighet betyr her perioden fra tilgangstidspunkt til undersøkelsestidspunktet, dvs. mai 2003. De er dermed ikke nødvendigvis avsluttet. Over halvparten av de løpende rehabiliteringspengemottakerne over ett år har en varighet på mellom 1-2 år. Det er ingen vesentlig forskjell mellom kjønnene. Det er allikevel grunn til å påpeke at om lag 1/5 har en varighet på over 3 år. På bakgrunn av at rehabiliteringspenger skal være tidsbegrenset ytelse med siktemål om å komme tilbake i arbeid, kan dette synes å være en høy andel.

Tabell 9. Populasjonen fordelt på kjønn og varighet. %

Varighet	Kvinne	Mann	I alt
1-2 år	55,0	59,2	56,5
2-2,5 år	15,1	14,5	14,9
2,5-3 år	9,4	8,4	9,1
Mer enn 3 år	20,5	17,9	19,6
I alt	100 (12154)	100 (6693)	100 (18847)

En krysstabell mellom varighet og alder (tabell 10), viser at andel med kort varighet stiger med alderen. Den eldste aldersgruppen på mellom 60-67 år har størst andel med den korteste varigheten og minst andel med varighet over 3 år. Det kan altså se ut til at jo eldre rehabiliteringspengemottakerne er, jo kortere varighet har de på rehabiliteringspenger. Sannsynligvis har dette å gjøre med at man raskere vurderer uførepensjon for eldre personer. 5,7 % av dem over 60 år mottar rehabiliteringspenger over 3 år. Rehabiliteringspenger hjemlet i unntaksbestemmelse, er neppe den riktige ytelsen for denne gruppen.

Tabell 10. Populasjonen fordelt på alder og varighet. %

Varighet	Alder				I alt
	18-34	35-44	45-59	60-67	
1-2 år	55,0	51,9	59,9	82,9	56,5
2-2,5 år	14,1	14,5	15,5	8,9	14,9
2,5-3 år	8,5	9,8	8,9	2,4	9,1
Mer enn 3 år	22,4	23,9	15,8	5,7	19,6
I alt	100 (3408)	100 (6226)	100 (9090)	100 (123)	100 (18847)

### 5.1.2 Diagnose og varighet

I tabellen nedenfor presenteres primærdiagnosene i 2 grupper, i symptom- og sykdomsdiagnoser. Disse to gruppene skiller seg i alvorlighetsgrad, der sykdomsdiagnose vurderes som mer alvorlig enn symptomdiagnose. Legen skal primært kode sykdomsdiagnose dersom det ut fra klinisk vurdering er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig skal legen sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager. I noen tilfeller er det ikke oppgitt ICPC diagnose, bare ICD-10. Disse er i denne sammenheng klassifisert som sykdomsdiagnose.

Sykdomsdiagnosene utgjør hele 77,1 %, mens symptomdiagnosene utgjør 22,9 %.

Hvis vi sammenligner varighet er det liten forskjell mellom diagnosegruppene. Det er en viss sannsynlighet for at det tar lenger tid å få en sykdomsdiagnose. Her kan vi ikke se en slik tendens. Andelen med sykdomsdiagnose er ikke større for dem som har gått lenge på rehabiliteringspenger enn dem som har gått kort. Vi burde ha forventet en nedgang i andelen saker som har symptomdiagnoser etter som saken blir utredet og tiden går. Sannsynligvis har vi å gjøre med en stor gruppe unge med uavklart og ”diffus” problematikk.

Tabell 11. Populasjonen fordelt på diagnose og varighet. %.

Varighet	Diagnose		I alt
	Sykdom	Symptom	
1-2 år	77,1	22,9	100 (10650)
2-2,5 år	77,3	22,7	100 ( 2802)
2,5-3 år	79,1	20,9	100 ( 1706)
Mer enn 3 år	78,3	21,7	100 ( 3689)
I alt	77,5	22,5	100 (18847)



### 5.1.3 Hvilken unntaksbestemmelse går brukeren på?

Over halvparten (53,9 %) av rehabiliteringspengemottakere over ett år går på unntaksbestemmelse § 9 c. De utgjør en gruppe som fortsatt er under aktivt behandlings- eller rehabiliteringsopplegg forutsatt at det gir muligheter for forbedring av arbeidsevnen. Gruppen inneholder som nevnt også vedlikeholdsbehandling, egentrening og mestringstiltak når det ikke finnes andre behandlingstilbud, og det er utsikt til bedring av arbeidsevnen på noe lenger sikt. Den andre store gruppen er de som går på unntaksbestemmelse § 9 d. Disse venter på behandling hos spesialist eller rehabiliteringsinstitusjon, og det anses ikke som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i ventetiden. Det er forskjell mellom kjønnene ved at en større andel av kvinnene går på unntaksbestemmelse § 9 c. Mennene er i noe større grad fordelt utover på alle unntaksbestemmelsene. Sannsynligvis har dette å gjøre med at det blant kvinnene er flere med uavklart sykdomsbilde.

Det er også grunn til å merke seg at det i over 14 % av sakene ikke er registrert unntakshjemmel. Vedlagt har vi også vist en tabell der uoppgitt unntakshjemmel er fordelt på fylke (vedlegg 3). I enkelte fylker utgjør andelen med uoppgitt unntakshjemmel hele 25 %, i følge denne tabellen. I utvalgsundersøkelsen, der opplysningene er hentet ved gjennomgang av saker, er andelen uoppgitt unntakshjemmel klart lavere (6,5 %), jf. tabell 1 foran. Når disse opplysningene fremkommer ved en gjennomgang av sakene, tyder det på at det er en klar underrapportering av unntakshjemmel i registrene, særlig i enkelte fylker. Årsakene til dette kjenner vi ikke, men forholdet bør undersøkes nærmere.

Tabell 12. Populasjonen fordelt på kjønn og unntaksbestemmelser. % 1)

Unntaksbestemmelse	Kjønn		
	Kvinne	Mann	I alt
§ 9 a	10,3	12,8	11,2
§ 9 b	1,1	3,2	1,8
§ 9 c	56,4	49,4	53,9
§ 9 d	15,9	18,6	16,9
§ 9 e	2,4	1,4	2,0
Ikke oppgitt hjemmel	14,0	14,6	14,2
I alt	100 (12154)	100 (6693)	100 (18847)

1) Unntaksbestemmelsene er følgende:

§ 9 a) Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader der den medisinske behandlingen tar lenger tid.

§ 9 b) For rusmiddelbrukere der behandlingen/rehabiliteringen strekker seg over flere år

§ 9 c) Ved andre sykdomstilstander der medlemmet fortsatt er under aktivt behandlings eller rehabiliteringsopplegg.

§ 9 d) I ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke fremstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.

§ 9 e) Under aktivisering og arbeidstrening.

### 5.1.4 Mer om varighet

Vanligvis regnes varighet av avsluttede tilfeller. Denne undersøkelsen gjelder personer som oppebar rehabiliteringspenger pr. mai i år. Dvs. at det i realiteten ikke er mulig å regne varighet frem til avslutningstidspunkt. For å skaffe oss et visst innsyn i dette har vi likevel regnet varighet fra siste tilgangstidspunkt frem til nevnte registreringstidspunkt.

I tabell 13 vises laveste, høyeste samt gjennomsnittlig varighet i hele år. Den gjennomsnittlige varighet for alle de vi har opplysninger om er 2 år. Det fremgår at den gjennomsnittlige varigheten ikke er høyere i unntaksgruppe § 9 c enn de øvrige. Gjennomsnittet er derimot høyest for dem som ikke har oppgitt hjemmel. Mens det er lavest i unntaksgruppe § 9 e, som utgjør en liten gruppe som er under aktivisering og arbeidstrening. Selv om den gjennomsnittlige varigheten ikke er lenger, ser vi at det er enkelte som har varighet på 15-16 år. Disse befinner seg i unntaksbestemmelse §§ 9 c og 9 d.

Tabell 13. Populasjonen fordelt på varighet (i hele år) og unntaksbestemmelse. Min, max og gjennomsnitt.

	Antall	Min	Max	Gjennomsnitt
§9a	2112	1	12	2
§9b	345	1	8	2
§9c	10157	1	15	2
§9d	3177	1	16	2
§9e	382	1	8	2
Uppgitt	2674	1	13	3
Alle	18847	1	16	2

I tabell 14 har vi presentert en fordeling på varighet og unntaksbestemmelse. Tabellen viser at det er en andel på ca. 20 % som går over 3 år. De som ikke har oppgitt hjemmel har størst andel over 3 år (23,4 %) mens hjemmel § 9 e har 11,0 %. Den klart lengre varigheten for dem som ikke har oppgitt hjemmel reiser spørsmål om det er en sammenheng mellom oppfølging fra trygdekontorene og dokumentasjonen i disse sakene. Det kan også være grunn til å påpeke at det er en forutsetning for utbetaling av fortsatte rehabiliteringspenger at det foreligger vedtak om unntak og at dette er dokumentert.

Tabell 14. Populasjonen fordelt på unntaksbestemmelse og varighet. %.

	1-2 år	2-2 ½ år	2 ½-3 år	Over 3 år	
§9a	54,5	14,6	8,5	22,4	100,0 (2112)
§9b	64,9	9,9	5,8	19,4	100,0 ( 345)
§9c	58,1	14,9	8,8	18,3	100,0 (10157)
§9d	58,1	13,6	8,6	19,7	100,0 ( 3177)
§9e	68,6	12,3	8,1	11,0	100,0 ( 382)
Ikke oppgitt	47,3	17,6	11,7	23,4	100,0 ( 2674)
I alt	56,5	14,9	9,1	19,6	100,0 (18847)

## 5.2 Saksgjennomgangen

### 5.2.1 Hvor lenge er det siden siste vedtak om rehabiliteringspenger ble fattet?

Trygdekontoret har fått rollen som veiviser i alle faser av et sykdomsforløp. En viktig oppgave er å motivere bruker til å komme tilbake til arbeid eller vurdere alternative ytelser. For bruker er det også viktig at det kommer informasjon om utbetaling av stønaden. Trygdekontorene revurderer rehabiliteringspengesakene med jevne mellomrom. Vanligvis fatter trygdekontorene vedtak om fortsatte rehabiliteringspenger fra 3 måneder til ett år om gangen. Staten har imidlertid ikke satt krav om faste revurderingstidspunkter i rehabiliteringspengesaker. Tidspunkt for når sakene tas opp for revurdering, er blant annet avhengig av den medisinske tilstanden og legens angitte tidspunkter for nærmere revurderinger i behandlingsplanen.

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om hvor mange måneder det var siden siste vedtak på rehabiliteringspenger ble fattet, altså når saken ble revurdert siste gang. Det ble regnet fra mai 2003. Bakgrunnen for at vi ønsket denne informasjonen, var en antakelse om at siste revurderingstidspunkt kunne gi informasjon om hvor hyppig og tett brukeren blir fulgt opp.

Resultatene bekrefter det som sies ovenfor, at de fleste var fattet i løpet av det siste året. Tabellen nedenfor viser at nær 46 % av sakene var revurdert for mindre enn 3 måneder siden. I 35,5 % av sakene var det fattet vedtak om fortsatte rehabiliteringspenger for 4 til 6 måneder siden og i 9,7 % av sakene fra 7-9 måneder siden. Dvs. at i over 90 % av sakene var det fattet vedtak om fortsatte rehabiliteringspenger i løpet av de siste 9 måneder. I 5 % av sakene mangler opplysninger, noe som kan tyde på at det manglet dokumentasjon i sakene. Dette kan tyde på at selv om det ikke er satt faste revurderingstidspunkter og at sakene ofte må vurderes individuelt, kan det være grunn til å reise spørsmål om ikke flere saker burde vært revurdert innen 3 måneder.

Videre belyser tabellen også om lengden på rehabiliteringspenger påvirker hvor lenge siden det er fattet vedtak i sakene. Det kan se ut til at det er en tendens til at jo lenger brukerne har

mottatt rehabiliteringspenger, desto lenger tid har det gått siden saken ble revurdert. Det må tas forbehold om at oppsplittingen av materialet gjør tallene i de enkelte cellene små.

Tabell 15. Utvalget fordelt på varighet på rehabiliteringspenger og tid siden siste revurdering. Regnet fra mai 2003. %.

Varighet	Måneder siden vedtaket ble fattet						Totalt
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-21	Fremgår ikke	
1-2 år	48,6	34,3	9,1	2,0	0,9	5,1	100 (350)
2-2,5 år	47,7	37,5	11,4	1,1	.	2,3	100 ( 88)
2,5-3 år	38,5	42,3	5,8	5,8	.	7,7	100 ( 52)
Mer enn 3 år	41,8	34,7	11,2	6,5	.	5,3	100 (170)
I alt	45,9	35,5	9,7	3,3	0,6	5,0	100 (660)

Nedenfor har vi laget en tilsvarende tabell, men fordelt i forhold til unntaksbestemmelsene (registreringer mangler for noen). Fordi oppsplittingen gjør materialet lite, har vi bare skilt mellom § 9 c og de øvrige unntaksbestemmelsene.

Generelt viser tabellen at det er liten forskjell mellom unntaksbestemmelse § 9 c og de øvrige når det gjelder tid siden siste revurdering. Over 90 % av vedtakene er fattet innenfor en periode på 9 måneder. Det er allikevel en tendens til at av dem som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i § 9 c, er en mindre andel av vedtakene fattet innenfor et tidsintervall på 3 måneder og flere mellom 4 og 9 måneder. Etter § 9 c kreves det erklæring fra spesialist med beskrivelse av behandlingsopplegg, egentrening, prognose og mulig angivelse for sannsynlig bedring av arbeidsevnen. Denne bestemmelsen er i utgangspunktet gitt for at medlemmer som allerede er under et aktivt behandlingsopplegg som er iverksatt før 52 uker, skal kunne fortsette med behandlingen der det er utsikt til bedring av arbeidsevnen. I noen tilfeller vil det ofte ikke være så vanskelig å tidfeste når det forventes bedring av arbeidsevnen og det forventes da at det gis en konkret tidsangivelse av når bedring kan forventes. I tilfeller hvor behandlingsopplegget består av vedlikeholdsbehandling, egentrening eller mestrings tiltak vil det ofte kunne være vanskelig å sette konkret tidsangivelse for når bedring kan forventes. I kommentarene til forskriftene heter det også at der det ikke er mulig å angi konkret tidsangivelse, vil det være tilstrekkelig at det dokumenteres at bedring vil kunne skje på sikt. Den noe utsatte revurderingen vi observerer må derfor sannsynligvis sees i sammenheng med regelverket, og at det er tale om en gruppe som det er vanskeligere å gi en konkret tidsangivelse for når bedring kan forventes. Slike saker skal også alltid forelegges rådgivende lege før det treffes vedtak (Jf. forskrift til § 10-8, § 9 c: Andre sykdomstilstander).

Tabell 16. Utvalget fordelt på unntaksbestemmelser og tid siden siste revurdering. %.

Unntak	Måneder siden vedtaket ble fattet						Totalt
	0-3	4-6	7-9	10-12	13-21	Fremgår ikke	
§ 9 c	44,2	38,6	10,4	3,3	0,5	3,0	100 (394)
Øvrige	51,1	31,4	9,9	4,0	0,4	3,1	100 (394)
I alt	46,7	36,0	10,2	3,6	0,5	3,1	100 (616)

### 5.2.2 Er saken avsluttet?

Undersøkelsen gjaldt personer som hadde rehabiliteringspenger i mai 2003. Når undersøkelsen ble gjennomført i september var fortsatt 67,3 % (444 personer) av utvalget på rehabiliteringspenger mens de øvrige hadde avsluttet i mellomtiden. Av de som har avsluttet rehabiliteringspenger (N=192) er følgende årsaker oppgitt:

- 43,1 % avsluttet til uførepensjon
- 22,3 % avsluttet til yrkesrettet attføring
- 12,2 % er friskmeldt/kommet i arbeid
- 13,3 % har oppgitt annet
- 9,0 % er ikke oppgitt

Annet kategorien var relativt stor. Her var det mulig å utdype nærmere. Registreringen viser halvparten av disse hadde ”gått til” halv jobb, halv uførepensjon, noen av disse var overført Aetat i ventetid på attføring og i noen saker foregikk det ikke lenger behandling eller det var ikke hørt fra medlemmet. Noen hadde også flyttet til andre kommuner.

### 5.2.3 Pågår/pågikk medisinsk behandling?

En forutsetning for tilståelse av rehabiliteringspenger utover 52 uke er at det pågår aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen. Vi stilte spørsmål om det pågikk medisinsk behandling eller utredning. Siden ca. 30 % av de som i mai hadde avsluttet rehabiliteringspenger i mellomtiden, tok vi utgangspunkt i de som fortsatt mottok rehabiliteringspenger, dvs 444 av 660 tilfeller. I tabellen nedenfor er spørsmålet om det fortsatt pågikk medisinsk behandling/utredning fordelt på unntaksbestemmelse § 9 c og øvrige unntaksbestemmelsene.

Tabellen viser at de saksbehandlerne som har registrert opplysningene, mener at det pågår medisinsk behandling/utredning i over 90 % av de fortsatt løpende sakene. Det ser ikke ut til å være vesentlig forskjell mellom unntaksbestemmelse § 9 c og de øvrige.

I de få sakene det ble svart nei, ble det sagt at bruker venter på behandling av uførepensjonskrav, i noen tilfeller at det ble ventet på operasjon, hjelpemiddel eller at saken var henvist til spesialist. I noen få tilfeller var det også snakk om aktiv sykmelding, arbeidstrening i arbeidsmarkedsbedrift eller at bruker nylig var operert. Bare i noen få tilfeller

(2) ble det svart at behandling ikke pågikk for øyeblikket eller at det ikke var behandling å tilby.

Tabell 17. Utvalget fordelt på unntaksbestemmelser og om medisinsk behandling/utredning fortsatt pågår. N=401 fordi registreringer mangler. %.

Unntaksbestemmelser	Pågår medisinsk behandling/utredning		
	Nei	Ja	I alt
§9c	5,6	94,4	100 (250)
Øvrige	7,9	92,1	100 (151)
I alt	6,5	93,5	100 (401)

I registreringskjemaet ble det også spurt om hva slags medisinsk behandling eller/og utredning som pågikk. Det var her mulig å krysse av for flere alternativ, for svaralternativene var ikke gjensidig utelukkende. Det ble registrert følgende:

Tabell 18. Hva slags behandling/utredning pågår? Fordelt på alle løpende tilfeller (444) og de som mottok rehabiliteringspenger etter § 9 c. %.

	Alle løpende tilfeller (444)	Bare § 9 c (269)
• Lege/legesamtaler:	32,0	34,2
• Psykologbehandling:	24,1	25,7
• Fysioterapi:	14,4	15,6
• Egentrening:	9,5	12,3
• Mestringstiltak:	5,9	5,2
• Vedlikeholdsbehandling:	4,1	4,8
• Utredning:	25,9	23,8
• Annet:	28,6	29,0

Som tidligere nevnt ble unntaksbestemmelsen (forskriften § 9 c) utvidet til også å gjelde i tilfeller der vedkommende er under vedlikeholdsbehandling, egentrening eller mestringstiltak (1. januar 2001). Disse tiltakene likestilles med aktiv behandling når det ikke finnes andre behandlingstilbud og det samtidig er utsikt til bedring av arbeidsevnen. Summerer vi behandlingstiltakene egentrening, mestringstiltak og vedlikeholdsbehandling har om lag 20 % vært på tiltak som er hjemlet under § 9 c. Dette gjelder også hvis en regner av de løpende tilfellene som oppbærer rehabiliteringspenger begrunnet i unntaksbestemmelse § 9 c.

Som det går frem er det også en relativt stor ”annet” kategori. Dette er kiropraktorbehandling, medikamentell behandling, ulike typer av psykiatrisk behandling, men også venting på utredning eller innleggelse i sykehus.

Det knytter seg, naturlig nok, og på grunn av en stor andel psykiske (P) og diagnoser i muskel-skjelettsystemet (L), usikkerhet til varigheten av behandlingen. På spørsmål om hvor lenge behandlingen antas å vare, ifølge siste legeerklæring, har saksbehandlerne som registrerte opplysningene, oppgitt at de ikke vet i nesten halvparten av de løpende tilfellene der det er svart ja på at medisinsk behandling/utredning foregår (46,6 %). Svaret reflekterer sannsynligvis at det er vanskelig å svare på om behandlingen gir "utsikt til bedring av arbeidsevnen" i saker som nevnt.

#### **5.2.4 Har yrkesrettet attføring vært prøvd?**

Vi stilte spørsmål om yrkesrettet attføring har vært prøvd. Yrkesrettet attføring kan være en vei ut av stønadssituasjonen. Vurdering eller gjennomføring av yrkesrettet attføring er også en forutsetning for tilståelse av uførepensjon. Dette kravet har blitt skjerpet og ført til at mange blir overført Aetat til yrkesrettet attføring før tilståelse av uførepensjon. I mange sammenhenger har det blitt påpekt at andel som prøver eller gjennomfører yrkesrettet attføring er lavt og at yrkesrettet attføring blir satt i gang for sent (Riksrevisjonen, Dokument nr. 3:3, 2001-2002). Spørsmålet ble stilt generelt, ikke knyttet opp til siste vedtak. I og med at vi har med personer som har gått lenge på rehabiliteringspenger, vil også den yrkesrettede attføringen kunne ha vært prøvd for lenge siden. Det er også viktig å huske at de vi har undersøkt, fortsatt mottar rehabiliteringspenger, at de kan ha prøvd yrkesrettet attføring, men at dette har mislykkes.

Resultatene viser at yrkesrettet attføring har vært prøvd i 20 % av sakene. I de fleste tilfellene har dette vært et reelt opplegg, bare i noen få tilfeller har det vært snakk om ventetid på attføring.

Tabell 19, nedenfor, viser også at det ikke synes å være noen forskjell med hensyn til prøving av attføring når det gjelder de som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i § 9 c, i forhold til de øvrige unntakshjemler. I begge situasjoner utgjør andelen hvor det er prøvd yrkesrettet attføring ca 20 %. Dette betyr at noen har prøvd yrkesrettet attføring og kommet tilbake på rehabiliteringspenger. Det sier ikke noe om hvor mange som er overført til yrkesmessig attføring. Det er derfor vanskelig å tolke det.

I tabell 20 har vi fordelt spørsmålet etter varighet. Den viser at andelen der yrkesrettet attføring har vært prøvd, øker med varigheten. Dette kan være et resultat av tidsaspektet, at en større andel har prøvd attføring etter som tiden går. Det kan også ha å gjøre med at yrkesrettet attføring er prøvd (for) seint i trygdeforløpet. I tillegg kan det også reflektere at de skjerpede attføringsvilkår for tilståelse av uførepensjon, har gjort at attføring i større grad prøves ut før krav om uførepensjon blir fremsatt.

På spørsmål om hvorfor sakene som har prøvd yrkesrettet attføring, er tilbake på rehabilitering, oppgis det i 54 % av disse sakene at brukeren er for syk til attføring ifølge lege. I 17 % av sakene er brukeren for syk ifølge brukeren selv. I 10 % av sakene anbefaler Aetat uførepensjon og i 4 % av sakene finner ikke Aetat passende tiltak. Bare i 0,8 % av sakene oppgis det at yrkesrettet attføring er avbrutt fordi brukeren ikke er motivert.

Blant de 467 sakene der det oppgis at yrkesrettet attføring ikke har vært prøvd, går det frem at det i 50 % av sakene at brukeren er for syk til yrkesrettet attføring, ifølge legeopplysningene. I 21 % av sakene oppgis det at det at brukes antas å kunne gå tilbake til samme arbeid etter behandling.

Tabell 19. Utvalget fordelt på unntaksbestemmelse og om yrkesrettet attføring har vært prøvd. %.  
N= 565 fordi registreringer mangler.

Har yrkesrettet attføring vært prøvd?			
Unntaksbestemmelser	Nei	Ja	I alt
§9c	79,8	20,2	100 (356)
Øvrige	78,0	22,0	100 (209)
I alt	79,1	20,9	100 (565)

Tabell 20. Utvalget fordelt på varighet og om yrkesrettet attføring har vært prøvd. %.  
N= 598 fordi registreringer mangler.

Har yrkesrettet attføring vært prøvd?			
Varighet	Nei	Ja	I alt
1-2 år	84,4	15,6	100 (314)
2-2,5 år	80,2	19,8	100 ( 81)
2,5-3 år	73,5	26,5	100 ( 49)
Mer enn 3 år	65,6	34,4	100 (154)
I alt	78,1	21,9	100 (598)

### 5.2.5 Varighet i utvalget

Vi har også regnet varighet i rehabiliteringspenger i utvalget. Som det fremgår er den gjennomsnittlige varigheten for de avsluttede tilfellene bare noen dager lenger for dem som har avsluttet rehabiliteringspenger, sammenlignet med de som fortsatt oppebærer ytelsen. Varigheten er regnet frem til mai, også for de som har avsluttet mellom juni og august, da saksgjennomgangen ble gjennomført. Dette innebærer en mindre underestimering, men betyr samtidig at varighet beregnet med utgangspunkt i de løpende tilfellene gir et relativt godt estimat på varigheten, også for dem som avslutter rehabiliteringspenger.

Tabell 21. Varighet for utvalget (dager), løpende og avsluttede tilfeller.

	Min	Max	Gjennomsnitt
Løpende (444)	397	4535	843
Avsluttede (188)	397	3537	851
Hele utvalget (660)	397	4535	849



### 5.3 Konklusjon

De spørsmål undersøkelsen skulle svare på var:

- Hva kjennetegner personer som mottar rehabiliteringspenger over ett år når det gjelder kjønn, alder, diagnose og varighet?
- Hvilke unntaksbestemmelser er brukt?
- Hvor lenge har de mottatt rehabiliteringspenger?
- Gis det medisinsk behandling?
- Er yrkesrettet attføring prøvd?

Undersøkelsen viste at det er vanskelig å skille personer som mottar rehabiliteringspenger over ett år fra alle rehabiliteringspengemottakere og at de som mottar rehabiliteringspenger begrunnet i unntaksbestemmelser, har mottatt rehabiliteringspenger i gjennomsnittlig 2 år. Samtidig er det en relativt stor andel som mottar rehabiliteringspenger over 3 år og enkelttilfeller som går vesentlig lenger.

Den klart størst unntakshjemmelen utgjøres av § 9 c. Denne utgjør en økende andel.

Undersøkelsen viste videre at det er en forskyvning i revurderingstidspunktene for dem som har rehabiliteringspenger etter § 9 c, slik at disse blir revurdert noe senere enn de øvrige.

Det pågår medisinsk behandling/utredning i en eller annen form i de aller fleste sakene. I mange saker har saksbehandlerne registrert at man på grunnlag av de siste legeerklæringene ikke kan si hvor lenge behandlingen eller utredningen antas å vare.

Yrkesrettet attføring har vært prøvd i ca 1/5 av sakene.

Det er en underregistrering av unntakshjemmel i de sentrale registrene. Av dem som ikke hadde registrert hjemmel var det også en større andel med varighet over 3 år. Bakgrunnen for underregistreringen og kjennetegn ved disse tilfellene bør undersøkes videre.



**Vedlegg 1: Spørreskjema**

**Vedlegg 2: Brev til trygdekontorene**

**Vedlegg 3: Tabell: Andel med uregistrert unntakshjemmel**

Vedlegg 3.

Antall og andel med uregistrert unntakshjemmel, etter fylke i populasjon og utvalg

	Populasjon	Uoppgitte		Utvalg	Uoppgitte	
I alt	18847	2674	14,2	660	89	13,5
Østfold	1625	165	10,2	128	16	12,5
Akershus	1879	189	10,1	127	13	10,2
Oslo	2123	256	12,1	0	0	
Hedmark	760	108	14,2	0	0	
Oppland	941	100	10,6	0	0	
Buskerud	1011	91	9,0	94	10	10,6
Vestfold	968	80	8,3	0	0	
Telemark	724	124	17,1	0	0	
A-Agder	542	107	19,7	0	0	
V-Agder	753	167	22,2	0	0	
Rogaland	1175	93	7,9	126	13	10,3
Hordaland	1234	114	9,2	0	0	
Sogn og F.	323	72	22,3	0	0	
Møre og R.	880	197	22,4	0	0	
Sør-Trøndelag	1218	242	19,9	92	15	16,3
Nord-Trøndelag	505	131	25,9	0	0	
Nordland	1052	233	22,1	0	0	
Troms	804	157	19,5	93	22	23,7
Finnmark	322	47	14,6	0		
FFU	8	1	12,5	0		

