

1. Sammendrag	2
2. Bakgrunn og rapportens oppbygging	3
2.1. <i>Gangen i rapporten</i>	5
3. Utviklingstrekk og regelendringer	5
3.1. <i>Materiale og metode</i>	17
4. Utviklingstrekk i tall for søknader, avslag og tilgang	20
4.1. <i>Innledning</i>	20
4.2. <i>Utviklingen i søkerhyppighet 1992-98</i>	20
4.3. <i>Hvor stor andel av søkermassen avslås?</i>	23
4.4. <i>Utviklingen i tilgang av nye uførepensjonister etter diagnose</i>	28
4.5. <i>Oppsummering</i>	29
5. Årsaker til utvikling i avslag. Resultater fra en spørreundersøkelse.	30
5.1. <i>Utforming av undersøkelsen</i>	30
5.2. <i>Resultater</i>	32
5.2.1. <i>Innledning</i>	32
5.2.2. <i>Kjennetegn ved respondentene</i>	33
5.2.3. <i>Om årsaker til utviklingen i avslag</i>	34
5.2.4. <i>m saksbehandlerens syn på innstramningen i 1991 og endringer i saksbehandlingen m.v.</i>	42
5.2.5. <i>Tiltak og forbedringspunkter</i>	53
5.2.6. <i>Oppsummering</i>	55
5.3. <i>Diskusjon og konklusjon</i>	57
5.3.1. <i>Diskusjon</i>	57
5.3.1.1. <i>Innledning</i>	57
5.3.1.2. <i>Om innstramningen i 1991</i>	57
5.3.1.3. <i></i>	59
5.3.1.4. <i>Nedgang i avslag - kvalitetssvikt eller ny administrativ praksis?</i>	59
5.3.2. <i>Konklusjon</i>	68

Feil! Bokmerke er ikke definert.

UTVIKLINGEN PÅ UFØREPENSJONSOMRÅDET - FLERE SØKER OG FÆRRE FÅR AVSLAG

1. Sammendrag

Siden 1993 har uførepensjoneringen økt. Denne utviklingen finner sted, til tross for strengere tildelingsregler og målsettinger om å begrense tilstrømningen til uførepensjonen. Den økte uførepensjoneringen skjer også i en periode med økt sysselsetting og gunstig arbeidsmarked da en skulle forvente mindre press på uførepensjonen. I foreliggende rapport er vi opptatt av søknadsutviklingen på uførepensjonsområdet og om det er flere eller færre som får avslag, ved søknad om uførepensjon? Hva kan vi si om utviklingen blant ulike grupper og vil slike tall kunne si noe om bakgrunnen for det økte presset på uførepensjon? Rapporten bygger på informasjon fra RTV's registre samt en undersøkelse av saksbehandlere i uførepensjonssaker.

Siden 1993 har det vært en markert økning i søknader og nedgang i avslag på uførepensjonsområdet. Økningen i søker tilgjengeligheten er særlig sterk blant kvinner og blant de yngste aldersgruppene samt søknader begrunnet med mentale lidelser og fibromyalgi. Alkoholisisme, nark Avslagsprosenten er redusert, iførste rekke blant kvinner, med en tendens til stabilisering de aller siste årene. I perioden 1993-97 har avslagsprosenten gått kontinuerlig ned, blant kvinner som søker uførepensjon begrunnet i "myalgi, fibromyalgi" eller lettere psykiske lidelser. I søknader begrunnet i alkoholisme, narkomani er avslagsprosenten imidlertid høy og har endret seg lite. Blant kvinner, er tilgangen av nye uførepensjonister også sterkest blant dem med psykiske lidelser og "myalgi, fibromyalgi". Blant menn øker tilgangen mest i sykdomsgruppen "alkoholisisme, narkomani". De nevnte sykdomsgruppene var alle nevnt som målgrupper for innstramningen i de medisinske vilkår i 1991.

Den synkende avslagsprosenten, som i hovedsak gjelder kvinner, ga opphav til en spørreundersøkelse, sommeren 1997. Vi sendte ut et spørreskjema til erfarne saksbehandlere ved fylkestyngdekantorene (ialt 48) i uførepensjonssaker. I hovedsak blir uførepensjon endelig avgjort ved fylkestyngdekantorene. Saksbehandlerne her får derfor innsikt i de prosesser som leder til uførepensjonering og praktiseringen av det gjeldende regelverk.

Saksbehandlerne peker på at det er endringer i søkersammensetningen og endringer i ulike administrative forhold, som har bidratt til nedgangen i avslag blant kvinner. Økt sysselsetting blant kvinner har bidratt til at flere blir vurdert som yrkesaktive. Da er det som regel lettere å bli tilstått uførepensjon. Men saksbehandlerne mener også at utvidelsen av saksbehandlerrollen (veiviserrollen) har vært viktig for at færre har fått avslag. Tidsbegrensningen på rehabiliteringspenger har også hatt betydning, særlig i tiden etter 1994.

Når det gjelder de administrative forhold, gir saksbehandlerne uttrykk for at praksis er endret, kanskje særlig overfor eldre søkere. Praksisdreiningen ser ut til å være et resultat av diskusjoner i trygdeetaten, etterhvert som en vant erfaring med de nye reglene. Men også en konsekvens av endringer i Trygderettens praksis. Bl.a. har fibromyalgi og lignende tilstander i større grad blitt akseptert som sykdom. Trygdeetaten har etterhvert justert sin praksis etter dette.

Saksbehandlerne mener også på at det kan være vanskelig å endre en innarbeidet liberal praksis. De peker på at lovverket synes å ha blitt vanskeligere å praktisere, at det ofte ikke er tilstrekkelig avklarende og kan gi rom for ulike fortolkninger. Over tid vil derfor praksis kunne falle tilbake til tidligere tiders praksis.

Trygderettens betydning for økningen i uførepensjonering og virkningene av innstramningene, blir diskutert. Er det slik at grupper som skulle holdes utenfor uførepensjoneringen, likevel er tilstått uførepensjon? Det blir pekt på at det er behov for å gå videre på undersøkelser om årsaker til den senere tids økning i uførepensjoneringen. Resultatene gir også grunn til å reise spørsmål om det er rimelig å sammenligne avslagstall over tid, på grunn av endringene i søkersammensetningen og trygdeetatens veiviserrolle.

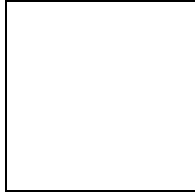
2. Bakgrunn og rapportens oppbygging

2.1. Bakgrunn

På hele 1990-tallet har myndighetene hatt målsettinger om å redusere/stabilisere tilgangen av nye uførepensjonister og innført en rekke regelverksendringer og tiltak med dette for øyet. Dette gjelder på uførepensjonsområdet og på tilstøtende stønadsområder. En av de viktigste regelendringene var innstramningen i de medisinske vilkår som skjedde i 1991. Denne lovendringen tok særlig sikte på å begrense tilgangen av kvinner med skjellet-muskelsykdommer og mentale lidelser, yngre med rusmiddelproblemer/sosial mistilpasning samt eldre arbeidstakere som mistet arbeidet som ledd i omstilling i arbeidslivet (Ot prp nr 62 (1990-91, side 4). I en prinsippkjennelse i Trygderetten ble forskriftene opphevet, før en ny lovendring ble vedtatt i 1995 (Ot prp nr 42 (1994-95)).

De strengere reglene medførte at flere fikk avslag på sin søknad om uførepensjon. Tar vi utgangspunkt i saksmengdestatistikk fra fylkesttrygdekontorene (som gir grunnlag for å observere den aktuelle perioden) går det frem at avslagsprosenten økte fra ca. 8 pst. til 18,5 pst. fra 1988 til 1992. Den sterke økningen var et resultat av at flere fikk avslag, kombinert med at langt færre søkte uførepensjon, bl.a. som et resultat av økt kanalisering til attføring Jf. tabell 1. I årene 1988 til 1993 gikk dermed tilgangen av nye uførepensjonister sterkt ned.

Tabell 1 Utviklingen i antall behandlede saker og avslagsprosent. Uførepensjon. 1988-96. (Pga statistikkomlegging stopper denne statistikken i 1996)



Men avslagsprosenten nådde ett toppnivå i 1992. Etter dette tidspunktet har avslagsprosenten gått nedover med en stabilisering de senere år. Tall for 1998 viser at avslagsprosenten er ca 16 pst. Etter noen år med nedgang i tilgang av nye uførepensjonister, har tilgangen således økt flere år på rad.

Nedgangen i avslag og den fornyede økningen i uførepensjoneringen skjer altså etter at det er innført strengere tildelingsregler samt markerte politiske målsettinger om å begrense eller stabilisere tilgangen av nye uførepensjonister. Det er samtidig meget sterk vekst i sysselsettingen og lav arbeidsledighet. Mao i en periode der vi kunne forvente en fortsatt høy avslagsprosent og nedgang eller stabilisering av uførepensjoneringen. Det er grunn til å spørre om hva som er årsakene til denne utviklingen.

2.2. Årsaker til nedgang i avslag?

En rekke forhold vil kunne forklare den økte uførepensjoneringen:

- * endringer i sykkelighet, yrkesaktivitet, arbeidsmarked og demografi som har betydning for søknad om uførepensjon
- * endringer i søkertilbøyeligheten
- * endringer i regelverk
- * endring i forvaltningen

I denne rapporten presenteres først de viktigste utviklingstrekk i tall for søknader, avslag og tilgang, basert på RTV's registre. Vi i første rekke opptatt av avslagsutviklingen og av å forstå bakgrunnen for nedgangen i avslag etter 1992. I tildelingsbrevet fra Sosial- og helsedepartementet er Rikstrygdeverket bedt om å redegjøre for utviklingen i avslag etter ulike kjennetegn m.v. samt årsakene til at avslagsprosenten, er redusert.

Analyser med utgangspunkt i RTVs registre er som regel deskriptive og gir lite informasjon om årsaksforhold bak bestemte utviklingstrekk. For å få ideer til hvilke forhold som kan bidra til å forklare nedgangen i avslag, sendte vi derfor ut et spørreskjema til erfarne saksbehandlere i uførepensjonssaker. Hvilke forhold er det etter deres syn som forklarer nedgangen i avslag ?

Ved å fokusere på avslagsutviklingen har vi i første rekke ønsket å få frem om det er forhold ved forvaltningen, blant andre faktorer, som kan ha bidratt til det økte presset på uførepensjonen. Tildeling av uførepensjon er basert på et regelverk som er sterkt skjønnspreget og virkningen av endringer i regelverk vil også være avhengig av hvordan saksbehandlerne tilpasser seg endringene. Utredninger vedrørende utviklingen av uførepensjonen på 1970 og -80 tallet har også pekt på at en mer liberal holdning i trygderetten og trygdeetaten ganske sikkert har medvirket til økning i uførepensjoneringen (A.Kjønstad 1992 side 212). Er det også dette som bl.a. ligger bak de siste års økning i uførepensjoneringen på 1990-tallet?

2.3. Gangen i rapporten

I kapittel 3 tar vi for oss de viktigste utviklingstrekkene og relendringer fra slutten av 1980-årene. I kapittel 4 beskrives de viktigste utviklingstrekk i søknader, avslag og tilgang. I kapittel 5 gjengir vi resultatene av en spørreskjemaundersøkelse om årsakene til nedgangen i avslag. De viktigste resultatene blir trukket sammen og diskutert i kapittel 6.

3. Utviklingstrekk og regelendringer

3.1. Innledning

I dette kapitlet beskrives veksten i uførepensjoneringen og de viktigste regelendringene vedrørende tildelingsreglene i den senere tid.

Formålet med uførepensjonen er å sikre inntekt for personer som har fått sin inntekts- eller arbeidsevne varig redusert på grunn av sykdom, skade eller lyte.

I den norske trygdelovgivningen har det hele tiden vært en forutsetning at det må foreligge en erверvsmessig/arbeidsmessig uførhet og at denne må ha en medisinsk årsak. I uførepensjonens historie er det særlig de medisinske vilkår som har blitt diskutert og endret. Med det har også skjedd viktige endringer i de erверvsmessige vilkår.

Antall uførepensjonister og utgiftene til ordningen har økt betydelig siden 1967. En rekke faktorer er trukket frem som årsaker. Holdningsmessige endringer i trygderetten og trygdeetaten ser ut til å være en gjennomgående faktor.

3.2. Utviklingstrekk og regelendringer

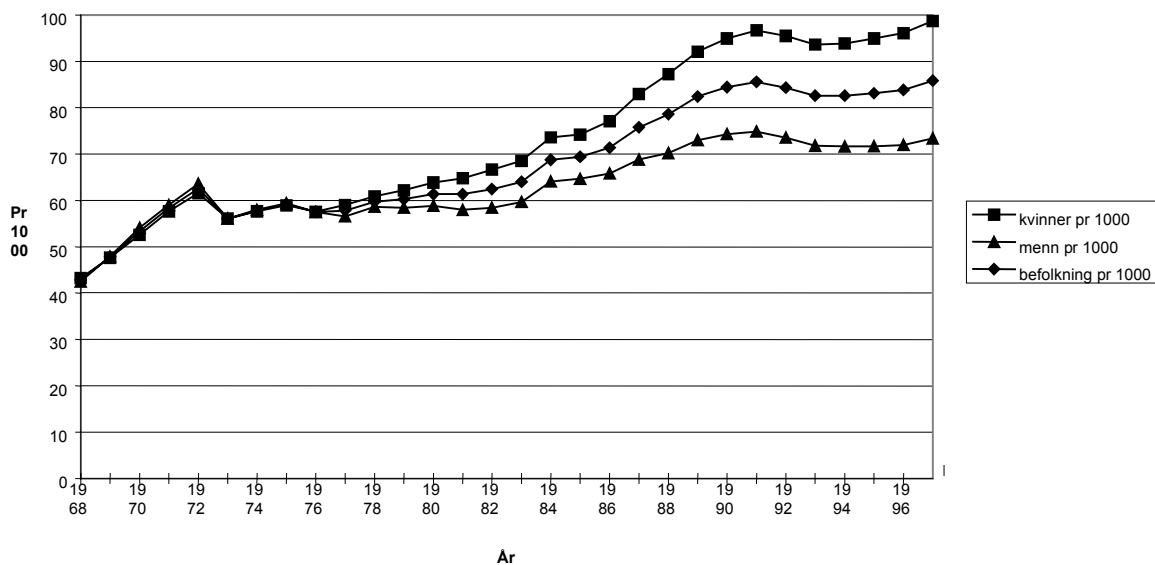
3.2.1. Utviklingstrekk - årsaker

Økningen av antall uførepensjonister har tidligere skjedd i to perioder. I begge faser ble økningen i tilgang og bestand karakterisert som dramatisk (Kjønstad 1992 side 199). Den første skjedde i fireårsperioden 1969-72 og har blitt karakterisert som den første ekspansjonsfasen (Kjønstad 1992 side 198). Jf. figur 1. Flere årsaksfaktorer til økningen i uførepensjoneringen, ble da diskutert. Det ble særlig fokusert på de rettslige endringene som hadde skjedd i forbindelse med uførepensjonens inkorporering i folketrygden i 1967. I 1967 ble uføregraden senket fra 66 2/3 prosent til 50 prosent. Likeså ble de tidligere kravene om at det måtte foreligge alvorlige og objektivt registrerbare symptomer på sykdom, fjernet. Dette medførte at mange flere fikk rett på uførepensjon.

Den økte uførepensjoneringen i denne perioden skjedde også blant grupper som ikke hadde rett til uførepensjon. Dette hadde sammenheng med at praksis ble liberalisert, særlig etter at Trygderetten ble opprettet (i 1967). Gjennom denne ble sykdomsbegrepet utvidet, særlig ved at s.k. psykopater, alkoholister og andre med psykososiale problemer, ble tilstått uførepensjon og ved at prinsippene for pensjonering av husmødre, ble liberalisert (Kjønstad 1992 side 211). Trygderetten hadde f.eks. en omgjøringsprosent på 60 pst. i alkoholsaker, mens den for øvrig lå på 10-20 pst. (NOU 1977:14, side 130). Etterhvert ble Trygderettens praksis på dette området, fulgt opp av Rikstrygdeverkets rundskriv (Kjønstad 1983 side 72).

På slutten av 1970-tallet (1977) ble det også foreslått å fjerne kravet om at uførheten må skyldes "sykdom, skade, eller lyte" (NOU 1977:14). Utredningen ble ikke fulgt opp av endringer i loven, men kom likevel til å få betydning for den videre utviklingen i praksis. Analyser viste at grupper som etter lovgivernes forutsetningen skulle holdes utenfor uførepensjon, over tid, likevel ble tilstått uførepensjon i høy grad. (Kjønstad 1983 side 180).

Antall uføre pr 1000 i befolkningen fordelt på kvinner og menn



Den andre ekspansjonsfasen skjedde i midten av åttiårene. I denne perioden var det få formelle endringer i reglene om uførepensjon. I diskusjonen om årsakene til veksten på 1980-tallet, ble det pekt på at potensielle søkere, leger, bedrifter og offentlige myndigheter i økende grad ble oppmerksom på at uførepensjon kunne innvilges hvis det ble fokusert mer på de medisinske årsakene til uførheten. Den s.k. medikaliseringen av livs- og samfunnsproblemer antas å ha hatt betydning for økningen i uførepensjonering knyttet til arbeidsledighet, omstilling i arbeidslivet og økt yrkesdeltakelse blant kvinner. Svikt i utbyggingen av attføringsapparatet slik man tok sikte på da uføreordningen ble innført, ble også nevnt som årsak til økningen (Kjønstad 1992 side 205- 208).

Selv om det ikke skjedde vesentlige endringer i de formelle reglene i 1980-årene, foregikk likevel en gradvis utvikling i gjeldende rett igjennom Trygderettens praksis. Karakteristisk for uførepensjonsordningen var at det ikke ble stilt særlig strenge krav til sykdommens alvor og betydning som årsak til den ervervsmessige uførheten. Ole-Erik Øye har i en undersøkelse av Trygderettens kjennelser dokumentert at Trygderettens praksis stadig ble mer liberal ved at oppmerksomheten ble rettet mot den reduserte ervervsevnen og ikke de medisinske forholdene bak. Dette bidro til den sterke økningen i uførepensjoneringen i 1980-årene (Kjønstad 1992 side 212 og Ot prp nr 62).

3.2.2. Diskusjon om og iverksetting av tiltak på 1990-tallet

Den sterke økningen i trygdeforbruket på 1980-tallet, resulterte i diskusjon om tiltak. Fra slutten av 1980 og på begynnelsen av 1990-årene ble det iverksatt en rekke endringer i regelverket på uførepensjonsområdet og på tilstøtende områder - etterhvert som del av den s.k. arbeidslinja. Økningen i antall personer på passive trygdeytelser og ikke minst på uførepensjonsområdet hadde vokst vesentlig sterkere

enn forutsatt og det ble uttalt at det var et påtrengende behov for vende trenden. Det var særlig den sterke veksten uførepensjoneringen av personer med s.k. "ubestemte lidelser" som var i fokus.

Veksten i trygdeforbruket ble også et sentralt tema i den økonomiske politikken fordi den ble hevdet å påvirke samfunnsøkonomien ved at arbeidsstyrken ble redusert, at det kunne oppstå mangel på arbeidskraft samtidig som utgiftsveksten i stats- og trygdebudsjettet reduserte handlefriheten i finanspolitikken. Når stadig flere mottol trygdeytelser til livsopphold ble det tyngere å sikre nivået for ytelsene, både som resultat av svekket oppslutning og presset på statens finanser (NOU 1992:26. En nasjonal strategi for sysselsetting i 1990 årene side 219).

I forbindelse med innføring av arbeidslinja ble det påpekt behov for å utvikle et trygdesystem som kunne forbeholdes personer med klare helse- og funksjonsproblemer og motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer, ble medikalisert. Trygdeordningene måtte endres slik at "arbeidslinja" ble et førstevalg som kunne hindre unødig passivisering av utsatte grupper (St meld nr 39 1991-92, Attføringsmeldingen side 8). Det ble også fokusert på forholdet mellom ordningene og på forholdet mellom etatene. Arbeidslinja ble videreført i St meld nr 35 1994-95, Velferdsmeldingen, for å beholde personer med helsemessige/og eller sosiale problemer i inntektsgivende arbeid, samt sikre en lav tilgang av uførepensjonister.

Fra slutten av 80-tallet ble det således innført en rekke regelendringer og tiltak som hadde målsetting om å begrense/stabilisere tilgangen og begrense utgiftsveksten. Det ble satt sterkere søkelys på attføring og rehabilitering. Attføringskravet for unge rusmisbrukere under 35 år som søkte uførepensjon, ble skjerpet og ordningen som likestilte alderssvekkelse med sykdom, ble fjernet.

I utredningen om uførepensjon (NOU 1990:17), konkluderte flertallet med at de mest hensiktsmessige tiltak for å begrense tilgangen ville være forebyggende tiltak som reduserte behovet for uførepensjon f.eks. sterkere satsing på yrkesrettet attføring m.v. Endringer i de medisinske vilkår for tilståelse av uførepensjon ble diskutert, men ikke anbefalt av utredningens flertall.

Til tross for dette fant Regjering og Storting det nødvendig å justere praksis når det gjaldt de medisinske kriteriene for uførepensjon og etterhvert endringer i de ervervsmessige vilkårene. Avgrensning av sykdomsbegrepet for at "trygdesystemet skulle kunne forbeholdes de med klare helse- og funksjonsproblemer", ble sett som en viktig premiss for at arbeid kunne bli førstevalget fremfor en trygdeløsning (St m nr 39 1991-92 (Attføringsmeldingen), NOU 1993: 11 Mindre til til overføringer - mer til sysselsetting).

Også på sykepenge- og rehabiliteringspengeområdet, ble iverksatt endringer:

- presisering av de medisinske vilkår på sykepenger og rehabiliteringspenger (1993)
- varighetsbegrensning på rehabiliteringspenger (1993)
- overføring av yrkesmessig attføring til a-etaten (1994) og forsterket oppfølging av sykmeldte mv.

3.2.3. Også tiltak i trygdeetaten

Også internt i trygdeetaten ble tiltak for å forhindre unødig pensjonering, diskutert og iverksatt. I 1990 og 1991 ble bl.a. begrensning av uførepensjon igjennom mer aktiv attføring satt som trygdeetatens etatsmål.

Også diskusjon av legens rolle og oppgaver overfor trygden ble satt på dagsorden. (Notat om leger, trygd og årelating.6.des. 1988, Legen og trygden. RTV/Den norske lægeförening 1989 og Rapport nr. 3/88 Plangruppen, Generell avdeling. RTV.). Det ble vurdert om en annen lege enn behandlende lege burde avgi legeerklæring i uførepensjonssaker, men en kom til at en større sikkerhet i den medisinske diagnostiseringen best kunne oppnås ved utvidet bruk av rådgivende leger - i første rekke overfor yngre søkere og mer kompliserte saker (NOU 1990:17 side 92). Etterhvert ble den trygdemedisinske rådgivningstjenesten styrket med flere legestillinger på alle nivåer i trygdeetaten (St.prp.nr. 1 for 1990-91). Bakgrunnen var å fremme større sikkerhet i den trygdemedisinske diagnostikk og bidra til tidlig oppfølging.

Fylkestrygdekontorene ble etablert i denne perioden (1990-92) og skulle ha trygdefaglig veiledning, oppfølging og koordinering på de tidligere kapittel 5 og 8 i folketrygdloven, som sin sentrale oppgave (Nye fylkeskontorer. Rapport fra delprosjektgruppe 1: Trygdefaglig oppfølging og koordinering/trygdefaglig rådgivere i trygdekontorene 24. april 1989).

Den sterke fokuseringen på trygdeforbruk og samfunnsøkonomiske problemer medførte også at problemstillinger som underforbruk og forskjellsbehandling, ble satt på dagsorden (Forskjellsbehandling i uføresaker? Rapport nr. 3/88, RTV). Spørsmålet om utviklingen i trygdeforbruket og kostnadene forbundet med det, skulle kunne virke inn på tolkning og praktiseringen av et rettighetsorientert regelverk, og bidra til mer restriktiv praksis, ble viktige tema. I tråd med dette ble "rett ytelse" oppført som etatsmål i 1989. I tider med sterkt fokus på trygdeforbruk og samfunnsøkonomiske problemer ble det påpekt at det var viktig å fokusere på forskjellsbehandling og eventuelt over- og underforbruk knyttet til dette: "Berettigede krav bør imøtekommes allerede ved førstegangs vedtak". (Trygdedirektørens p.m av 19. oktober 1988).

Fra slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990 årene ble det innført en rekke endringer i regelverk, saksbehandling samt institusjonelle forhold som sannsynligvis fikk stor betydning for praktiseringen av uførepensjonsordningen. Den etatsinterne diskusjonen om forskjellsbehandling og underforbruk kan også tyde på at det foregikk holdningsendringer ved behandling av uføresøknader som kunne generere en for restriktiv praksis. Flere forskere har vært opptatt av at tilgangen av nye uførepensjonister gikk så sterkt ned i perioden 1988-93 og at nedgangen startet før innstramningene i regelverk (T.Bjerkedal 1994 side 21, S.Westin 1995 side 31). Ut fra det omfang av endringer som fant sted på ulike nivåer, er det sannsynligvis lite

bemerkelseverdig at nedgangen i tlgangen av uførepensjonster ble så stor som den ble. Heller ikke at den startet før innstramningstiltakene ble iverksatt

De ulike endringene på uførepensjonsområdet, fremgår av rammen nedenfor:

REGELENDRINGER OG TILTAK PÅ UFØREPENSJONSOMRÅDET 1989-1995

1989: Skjerping av kravet til attføring for personer under 35 år med rusmiddel og/eller psykososiale problemer. Ot.prp. nr. 8 (1988-89). Forskrift av 30. des. 1988.

1990: Særordningen med uførepensjon på grunn av alderssvekkelse for personer over 64 år ble opphevet fra 1. januar 1990. Ot.prp. nr 19 (1989-90).

1990: Nye inngangsvilkår om medlemskap med unntaksbestemmelser. Lov av 16. juni 1989, ikraft 1.jan. 1990. Jf. Ot prp nr 65 (1988-89).

1991: Strengere krav til geografisk og yrkesmessig mobilitet. Ot. prp. nr 3. (1990-91). Endring av § 8-3. Forskrift av 15. jan. 1991.

1991: Krav om sykdom m.v. som vesentlig årsak til uførheten. Endringen innebar at den medisinske tilstanden måtte medføre varig funksjonsnedsettelse og at denne måtte fremstå som en vesentlig grunn til uførheten. For lidelser uten objektive diagnostiske funn, var vilkårene bare oppfylt dersom det forelå bred medisinsk-faglig enighet. Ot.prp. nr 62 (1990-91). Forskrift av 26. september 1991. Forskriften ble opphevet etter endring av § 8-3 i juni 1995.

1992: All pensjongivende inntekt legges til grunn ved vurderingen av ervervsevnen for alle yrkesgrupper fra 1. jan. 1992. Forskrift av 27. des. 1991. Ot.prp. nr. 5 (1991-92).

1994: Innstramning i vilkårene om forutgående medlemskap. Lov av 17. desember 1993, ikraft 1.jan. 1994. Jf. Ot.prp. nr 4 (1993-94)

1994: Trygderettskjennelse om fibromyalgi (des.-94)

1995. Presisering av kravene til varig sykdom og funksjonsnedsettelse for rett til uførepensjon, samt krav om at funksjonsnedsettelsen skal være hovedårsak til den nedsatte ervervsevnen. Forskrift av 16. juni 1995. Ot.prp. nr. 42 (1994-95).

1997. Forskrift om fastsetting og endring av uføregrad i forhold til pensjongivende inntekt gitt av SHD 25. mars 1997

De viktigste endringene, og som det har vært mest diskusjon om, både før og etter, gjaldt innstramningene i de medisinske vilkår. I tillegg skjedde det viktige endringer i d.k. ervervsmessige vilkår. Disse endringene fikk ikke tilsvarende oppmerksomhet.

De medisinske og ervervsmessige vilkår for tilståelse av uførepensjon angir når en person er ufør i en slik grad at uførepensjon kan tilstås, dvs. avgjørende for om uførepensjon skal tildeles eller ikke. I den norske trygdlovgevingen har det hele tiden vært en forutsetning at det må foreligge en ervervsmessig/arbeidsmessig uførhet og at denne må ha en medisinsk årsak. Som påpekt foran, er det i uførepensjonens historie særlig de medisinske vilkår som har blitt diskutert og endret. Med det har også skjedd viktige endringer i de ervervsmessige vilkår. Nedenfor går vi litt nærmere inn på disse endringene.

3.3. Endringer i de medisinske vilkår

3.3.1. Innstramningen i 1991

Endring i de medisinske vilkår for rett til uførepensjon ble gjennomført ved en lovendring av juni 1991 med tilhørende forskrift. De grupper endringene var rettet mot var i første rekke:

- unge menn med rusproblemer eller sosial mistilpasning
- middelaldrende kvinner med muskel-skjelettsykdommer eller mentale lidelser
- utstøtning av eldre arbeidstakere fra offentlige eller private bedrifter som ledd i rasjonalisering.

Overfor disse ville en prioritere sterkere satsing på yrkesrettet atferd generelt og bedriftsintern atferd spesielt. Problemene for personer med så store tilpasningsproblemer at deltakelse i arbeidslivet ikke var mulig, ble også nevnt. Jf. Ot prp nr 62 (1990-91), NOU 1990:17 og NOU 1993:11.

Endringen innebar at den medisinske tilstanden måtte medføre varig funksjonsnedsettelse og at denne måtte være en vesentlig grunn til den nedsatte ervervsevnen. Dvs. en innskjerping av årsakssammenhengen mellom den medisinske lidelsen og den nedsatte ervervsevnen og større vekt på at lidelsen medførte en varig funksjonsnedsettelse av arbeidsevnen. Ingen bestemte lidelser ble utelukket. Det ble heller ikke gått tilbake til tidligere lovgivning der det var vilkår om at den medisinske tilstanden i seg selv skulle være alvorlig og at symptomene skulle være objektivt registrerbare. For lidelser uten objektive diagnostiske funn var de medisinske vilkårene for rett til uførepensjon bare oppfylt dersom det forelå bred medisinsk-faglig enighet i vurderingen av det enkelte tilfellet. Bakgrunnen for dette

var den økte uførepensjoneringen begrunnet i mer diffust pregede muskel-skjelettlidelser som f.eks. fibromyalgi.

I Rikstrygdeverkets rundskriv ble det hevdet at personer med diagnosen fibromyalgi eller diffuse smertetilstander i muskler og skjelett samt lettere mentale lidelser, ikke ble avskåret fra å få uførepensjon. De nye reglenes hensikt var imidlertid å begrense tilgangen av uførepensjonister til tilfeller der varig helsesvikt faktisk var en vesentlig årsak til ervervstapet. For personer som nevnt byr det ofte på problemer å få klarlagt omfanget og varigheten av funksjonsnedsettelsen. Det skal derfor relativt mye til før man i slike situasjoner kan slutte at behandlings- og atføringsmulighetene anses som uttømt. Særlig gjelder dette for yngre og middelaldrende personer.

* oppfyllelsen av strengere beviskrav vil derfor være betinget av at de medisinske forhold kan dokumenteres tilfredsstillende og at sykdommen i seg selv er av et slikt omfang at den er klart funksjonshemmende.

* ved tilstander uten objektive, diagnostiske funn settes spesielt strenge krav til til medisinsk utredning og riktig diagnostikk

* for å kunne tilstå uførepensjon i tilfeller uten objektive funn m.v., må det foreligge "bred medisinsk faglig enighet".

Det ble derfor signalisert at alle slike krav om uførepensjon burde forelegges rådgivende lege til uttalelse om saken er tilstrekkelig medisinsk belyst, om det er nødvendig med tilleggsopplysninger eller om søkeren kan anses for å ha gjennomgått tilstrekkelig behandling m.v. (Melding til kap.3. Nr. 8/92. Om trygdeytelser ved fibromyalgi og lignende tilstander).

3.3.2. Prinsippkjennelse om fibromyalgi (1994)

I 1994 ble det avsagt en prinsipiell trygderettskjennelse vedrørende de strengere reglene som ble innført i 1991 (ankesak 2922/93). Bakgrunnen var en anke fra en kvinne med diagnosen fibromyalgi. I kjennelsen ble det hevdet at departementet ikke hadde fullmakt fra lovgiveren (Stortinget) til å fastsette en forskriftsbestemmelse som stilte krav til funksjonsnedsettelsen og varigheten av denne. Det ble også fremhevet at lovbestemmelsen bare stilte krav om varighet av den nedsatte ervervsevnen og ikke til sykdommen. Det ble sagt at vanligvis vil en sykdom som har resultert i varig nedsatt ervervsevne, vil sykdommen som regel være varig. Dvs. at det av lovens krav til nedsettelse av ervervsevnen ikke kunne utledes at sykdommen også må være varig.

I tillegg fant Trygderetten at likhetshensyn sto i motsetning til avgrensningen av saker uten "objektive funn" fordi det medisinsk sett er vanskelig å trekke et klart skille mellom sykdommer med og uten objektive diagnostiske funn.

Siktemålet med de nye reglene var at de som ikke oppfylte de nye kravene om uførepensjon alternativt skulle møtes med aktivt atføringsarbeide, utdannings- eller

arbeidsmarkedstiltak. Hvis det i derimot ikke forelå realistiske attføring- eller arbeidsmuligheter, mente Trygderetten, ut fra hensynet til den enkelte, at uførepensjon burde tilstås. Trygderetten pekte på at målet med innstramningen var samfunnsøkonomiske, først og fremst innsparingshensyn, så vel som hensynet til den enkelte. Trygderetten viste til stortingsbehandlingen og til at Stortinget oppfattet hensynet til den enkelte som et hovedhensyn. Ut fra dette la Trygderetten til grunn at det måtte kreves relativt mye før behandlings- og attføringsmulighetene kunne anses uttømt. Men forutsetningen måtte være at realistiske behandlings- og attføringsmuligheter forelå. Der dette ikke var mulig, må uførepensjon være et alternativ.

Hovedpunktene i kjennelsen for øvrig var bl.a :

- * relativt strenge krav til attføring for yngre og middelaldrende personer.
- * en viss varsomhet bør vises ved tolkning av sykdomsbegrepet
- * det er ikke medisinsk sett noe klart skille mellom lidelser med og lidelser uten objektive diagnostiske funn
- * den trygdedes egen oppfatning av sin tilstand sammenholdt med andre opplysninger vil være et utgangspunkt i forbindelse med kravet om sykdom
- * en uførhet som medisinsk regnes som liten, kan i konkrete saker ha øvd en vesentlig innflytelse
- * man må regne fibromyalgi som en alvorlig kronisk lidelse, høyst reell og funksjonsnedsettende, som vil kreve bredspektrede tiltak fra helse-, sosial- og trygdesiden (Notat av 5.1.95 Uførhetskontoret i RTV side 7).

3.3.3. Rikstrygdeverkets reaksjon

Ifølge Rikstrygdeverket innebar kjennelsen ikke noe vesentlig nytt. Trygdeetaten hadde, som nevnt, i sin praksis tidligere lagt til grunn at fibromyalgi måtte anses som sykdom. Rikstrygdeverket påpekte imidlertid at Trygderetten åpenbart oppfattet fibromyalgi som en mer alvorlig lidelse med større grad av funksjonsnedsettelse (særlig for ikke helt unge som hadde hatt lidelsen i litt lenger tid), enn det trygdeetatens praksis hadde lagt opp til inntil da. Det ble også påpekt av Rikstrygdeverket at Trygderetten mente at uførepensjon måtte tilstås når det ikke var mulig å fremskaffe behandlings- eller attføringstilbud. Likeså at Trygderettens krav til sykdom ikke var særlig stort for eldre arbeidstakere. Ifølge Rikstrygdeverket syntes derfor ikke Trygderetten å være særlig opptatt av alternative tiltak for eldre arbeidstakere som ble utstøtt fra arbeidslivet.

Men med henvisning til at Trygderetten i etterkant av prinsippkjennelsen kom med flere kjennelser i tilsvarende saker, der avslaget ble stadfestet og at ny lovendring var bebudet, ble det konkludert med at det ikke var grunnlag for at

prinsippkjennelsen skulle tilsi noen vesentlig dreining av den praksis som var fulgt til da (Melding til kap. 8 Nr. 4/95).

3.3.4. Nye lovendringer i de medisinske vilkår (1995)

For å unngå en uklar rettstilstand som følge av Trygderettskjennelsen samt av frykt for at prinsippkjennelsen skulle føre til en liberalisering, ble det på nytt foretatt lovendringer i de medisinske vilkår. Endringen innebar en ny presisering av de medisinske vilkår idet det ble satt krav om at sykdommen måtte være hovedårsak til den reduserte ervervsevnen samt tilføyelse av at sykdommen måtte være varig. Videre ble det presisert at det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis, samt at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rett til uførepensjon.

Kravet om bred medisinsk enighet ved vurderingen av lidelser uten objektive funn, som ble oppfattet som diskriminerende overfor kvinner som ble syke uten s.k objektive funn, ble derimot fjernet (Ot prp nr 42 (1994-95)).

Hovedhensikten med presiseringen var å få et mer entydig regelverk og avklare de tvilsspørsmål som Trygderetten hadde påpekt, samt stanse den liberalisering som en antok ellers kunne følge av kjennelsen. Dersom kjennelsen hadde blitt retningsgivende for fremtidig praksis var man redd for at den ville svekke kravet om varig sykdom og funksjonsnedsettelse samt årsakskravet. Regelendringen innebar for øvrig en innstramning i de medisinske vilkår ved at sykdommen må være hovedårsak til den reduserte ervervsevnen. Det ble antatt at endringen ikke ville komme til å medføre noen særlig endring i forhold til tidligere regelverk.

Diskusjonen om uførepensjon i Norge har, i stor grad kretset om de medisinske vilkårene. I 1992 ble det gjennomført en endring i de ervervsmessige vilkårene som også har hatt stor betydning for den senere praktiseringen av ordningen.

3.4. Endringer i de ervervsmessige vilkår (1992)

Bakgrunnen for denne endringen var at selvstendige næringsdrivende kunne fortsette å ha pensjonsgivende inntekt som uføre. Uførheten ble tidligere fastsatt på grunnlag av evnen til å utføre inntektsgivende arbeid og den uføre kunne derfor ha betydelig næringsinntekt ved siden av full uførepensjon. I de nye reglene var det evnen til å skaffe pensjonsgivende inntekt som ble utslagsgivende. Hvilke arbeidsinnsats som lå bak den enkeltes inntekt var i de fleste tilfellene av mindre interesse. De nye reglene innebar en endring av innholdet i det ervervsmessige vilkåret. Fra å legge vekt på evnen til å utføre et arbeid er det nå evnen til å skaffe inntekt som ble utslagsgivende. Endringene var først og fremst rettet mot selvstendige næringsdrivende, men lovbestemmelsen og de senere forskriftene ble utformet slik at de omfattet både selvstendig næringsdrivende og arbeidstakere

(RTV-rundskriv. Kap. 12, Uførepensjon, side 10). Endringen kan ha medført at flere fikk avslag fra 1992.

Men også her kommer det nye justeringer av regelverket. I forbindelse med innføring av forenklet folketrygdlov, forskrift til § 12-7 gitt av SHD 25. mars 1997, skal igjen stillingsandel (dvs. den prosentandel medlemmet arbeider sett i forhold til full stilling) legges til grunn ved fastsettelse av uførhet for arbeidstakere. Endringen har blitt foregrepet av Trygderetten litt mer. Bakgrunnen for endringen var mediaoppslag og tilbakemeldinger om at ensidig vektlegging av inntektstap kunne gi uheldige virkninger, f.eks. for personer som avanserte eller personer som gikk over til nattarbeide. De sakene som ble trukket frem gjaldt særlig personer som hadde klare funksjonsnedsettende lidelser og arbeidet halv tid. Etterutdanning eller jobbskifte medførte imidlertid at de ikke hadde et inntektstap på minst 50 pst. i forhold til inntektsnivået før ervervsevnen ble nedsatt. Dermed var ikke vilkårene for uførepensjon oppfylt. De aktuelle tilfellene gjaldt særlig sykepleiere som på grunn av sykdom hadde gått over fra heltidsansettelse til deltidsarbeide. Et annet tilfelle gjaldt en kvinne som videreutdannet seg etter at hun ble 50 pst. ufør og deretter fikk en bedre betalt jobb på halv tid. Det var særlig personer som var tilstått gradert uførepensjon, at dette hadde betydning.

I løpet av de første årene på 1990-tallet ble de medisinske vilkår strammet inn (1991/1995). Likeså ble det gjennomført endringer i de ervervsmessige vilkår som fikk stor betydning for praktiseringen av uførepensjonsordningen. I begge tilfeller har Trygderetten gitt uttrykk for mer moderate signaler. Det er grunn til å reise spørsmål om betydningen for endring av praksis i trygdeetaten

4. OM PROBLEMSTILLINGENE OG METODE

De ulike endringene som ble implementert fra slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene, bidro til en markert nedgang i antallet som søkte uførepensjon og til at flere fikk avslag. Men økningen i avslag kulminerte i 1992 og fra 1993 har en igjen fått en sterk økning i uførepensjoneringen.

Denne rapporten er rettet mot å forsøke å forklare bakgrunnen for nedgangen i avslag etter 1992. Hva har skjedd i denne perioden som kan forklare nedgangen i avslag (og det økte presset på uførepensjonen).

Endringer i hvor mange som får sin uføresøknad avslått, kan ha å gjøre med flere forhold:

- * endringer i regler for tilståelse av uførepensjon
- * endringer i praktiseringen av reglene

*endringer i antall og sammensetning av de som søker uførepensjon

På bakgrunn av Rikstrygdeverkets signaler etter prinsippkjennelsen og intensjonene i lovendringen av 1995, ville det være rimelig å forvente et fortsatt relativt høyt nivå på andel avslag, også etter prinsippkjennelsen i 1994. I den melding Rikstrygdeverket sendte ut etter kjennelsen (Melding til kap. 8 nr. 4/95), hevdet RTV, som nevnt foran, at det ikke var grunnlag for at prinsippkjennelsen skulle tilsi vesentlig dreining i den praksis som var fulgt til da. Det ble vist til at Trygderetten, etter at prinsippkjennelsen var avsagt, hadde kommet med flere kjennelser der avslaget ble stadfestet samt til det da fremlagte lovforslag (lovendringen i 1995) som la opp til å videreføre den praksis som trygdeetaten hadde fulgt før prinsippkjennelsen.

Lovendringen i 1995 innebar også en innstramning ved at hovedårsakslæren ble innført. Opphevelse av bestemmelsen "om bred medisinsk enighet" ble fjernet fordi den ble oppfattet som diskriminerende i forhold til bestemte grupper og var ikke var ment som noen liberalisering. Dette ble, som nevnt, fulgt opp av Rikstrygdeverket som signaliserte at det ikke var grunnlag for endringer i praktiseringen som følge av prinsippkjennelsen om fibromyalgi.

Men hvis derimot signalene fra Trygderetten i kjennelsen fra 1994, ble tatt til følge, ville dette kunne bidra til liberalisering av trygdeetatens praksis. Som tidligere nevnt mente RTV at Trygderetten oppfattet fibromyalgi som en mer alvorlig lidelse enn det som var praksis i trygdeetaten til da. Likeså at Trygderetten var mer liberale når det ikke var mulig å fremskaffe alternativer til uførepensjonen og i forhold til eldre. En eventuell liberalisering i trygdeetaten vil i så fall kunne avleses i en nedgang i avslag for søknader begrunnet med skjellet-muskellidelser (særlig fibromyalgisaker), psykiske lidelser og muligens for eldre personer. Særlig i perioden etter fibromyalgikjennelsen i 1994.

Det er grunn til å peke på at Trygderetten har en rettsskapende rolle som trygdeetaten er forpliktet til å følge. Dvs. at kjennelser som viser at Trygderetten har et mer liberalt skjønn på et område, vil kunne føre til en dreining av praksis i trygdeetaten (Saksbehandling i trygdesaker, Anke og klagebehandling Kap. 21.2/97 side 72). Viktige endringer i Rikstrygdeverkets retningslinjer, har tidligere skjedd igjennom en gradvis endring i Trygderettens praksis. Hvis Trygderettens praksis har blitt mer liberal etter 1991 og gitt signaler om at trygdeetatens praksis har vært for restriktiv, vil dette kunne bidra til at færre saker avslås.

Avslagsutviklingen kan også ha å gjøre med implementering av nye regler. Ved innføring av nye regler vil det kunne oppstå usikkerhet om hva som er riktig praksis. Dette kan ha ført til en relativ restriktiv fortolkning av de nye reglene i en periode (1991/-92) og flere avslag en det som fulgte av selve regelendringene. Over tid vil dette justeres med en tendens til nedgang i avslag som resultat.

Vi tror også at endringer i de ervervsmessige vilkårene som kom i 1992, rett etter innføring av innstramningen i de medisinske vilkår, også kan ha bidratt til det høye avslagsnivået på begynnelsen av 1990 - tallet. Den senere justering av reglene vedrørende de ervervsmessige vilkår kan også ha hatt betydning for nedgang i avslag.

En annen faktor som sannsynligvis har hatt betydning for avslagsutviklingen er den utvidelse av saksbehandlerrollen som har pågått i de senere år. Denne innebærer en "siling" og endring av sammensetningen av dem som setter frem krav om uførepensjon. Økt tidlig oppfølging, bedre utredning, økt vekt på veiviserrollen m.v bidrar til at de som ender med å fremsette krav om uførepensjon oftere er "klare innvilgelsetilfeller". Dette bidrar til nedgang i avslag. Økt vekt på veiviserrollen vil samtidig bevirke at færre kommer så langt at krav om uførepensjon fremsettes, ihvertfall i første omgang.

Tidsbegrensningen på rehabiliteringspenger som ble iverksatt i 1993 bidro til at mange som hadde vært lenge under attføring søkte og ble tilstått uførepensjon. Denne effekten var særlig sterk i 1994, ett år etter innføringen av den nye regelen fordi mange da søkte og ble tilstått uførepensjon. En slik utvikling bidrar til nedgang i andel som får avslag

Den økte satsingen på yrkesrettet attføring/rehabilitering har medført at mange har blitt kanalisert til alternative ytelser istedet for uførepensjon. Men attføring/rehabilitering vil nødvendigvis ikke være vellykket for alle slik at noen av dem som ble kanalisert til rehabilitering m.v. etter en tid, likevel vil søke uførepensjon. Mange av disse vil da oppfylle kravene om gjennomført hensiktsmessig behandling/attføring og vil bli innvilget uførepensjon. En eventuell økning i antall "berettigede" krav vil isolert sett bidra til nedgang i avslag.

Endringer i sakssammensetningen kan også være et resultat av samfunnsmessige endringer, f.eks. økt yrkesdeltakelse blant kvinner. Økt sysselsetting blant kvinner vil kunne bidra til synkende avslagsprosent. Grunnen til dette er at det som regel vil være lettere å få uførepensjon etter de bestemmelsene som gjelder for yrkesaktive enn de bestemmelser som gjelder for hjemmearbeidende og deltidsarbeidende ektefeller. Den demografiske utviklingen med større andel eldre vil også kunne endre søkersammensetning og bidra til færre avslag

4.1. Materiale og metode

Vanligvis har en utelukkende analysert uføreordningen igjennom tilgangs- eller bestandstall.

En alternativ tilnærming er å ta utgangspunkt i de som setter frem krav eller **søker** uførepensjon. Og deretter fokusere både på dem som får **avslag** og dem som **tilstås**.

Et ønske om å ta utgangspunkt i de som søker er ikke uten problemer fordi trygdetaten har benyttet ulike søkerbegreper og kilder:

* En kilde har vært saksmengdeopplysninger fra fylkestrygdekontorene som tar utgangspunkt i antall behandlede saker ved fylkestrygdekontorene (jf. tabell 1 foran). Et problem med denne har vært at tallene ikke har vært fordelt på ulike kjennetegn som f.eks. kjønn eller diagnose. Slike opplysninger er viktig i forhold til løpende

observasjon og analyse på et område som uførepensjon. Et annet har vært at det ikke har latt seg gjøre å skille ut revurderingssaker og søknader om forhøyelse av uføregrad i tilståtte uføresaker.

* En annen kilde er trygdekontorenes saksbehandlings- og statistikkrutine, SOS, som inneholder opplysninger om inngang søknader. Også her har det tidligere vært et problem å skille ut søknader som henlegges og søknader om forhøyelse av allerede tilstått uførepensjon, samt kunne fordeles på ulike kjennetegn. Dette har vi sett som viktig i forhold til utvikling av avslagsstatistikk.

De ulike problemene knyttet til innhold i kildene nevnt ovenfor, har medført at denne rapporten har tatt utgangspunkt i et alternativt søkerbegrep. Dette består av summen av tilgang og avslag. Dette gir et søknadsbegrep som omfatter de søknadene som er avgjort. Begrepet gjelder i tillegg bare dem som ikke har uførepensjon fra før, idet søknader om forhøyelser av allerede tilstått pensjon og revurderinger, er holdt utenfor. Bakgrunnen for dette søknadsbegrepet er, som vi har vært inne på, at det er vanskelig å fremskaffe enhetlige data for en lenger periode og bare for personer som ikke har uførepensjon fra før. Ved å kombinere tall for tilgang og avslag får vi også muligheten til å kunne skille mellom kjønn og alder og diagnose.

Men også dette begrepet medfører begrensninger fordi tallene påvirkes av endringer i trygdeetatens behandlingsskapasitet. Fordi RTV ikke har opplysninger om kravtidspunkt når det gjelder tilgangen har vi tatt utgangspunkt i registreringstidspunkt for tilgangens vedkommende og vedtakstidspunkt for avslagene. Dette medfører en viss tidsforskyvning i forhold til det egentlige kravtidspunktet.

I denne rapporten ønsker vi å beskrive de senere års utvikling i søkerhyppigheten (dvs. avgjorte søknader relatert til risikobefolkningen pr. 1000), utviklingen i avslagsprosenten samt utviklingen i tilgangen av nye uførepensjonister. Utviklingstrekkene beskrives etter kjennetegnene kjønn, alder og diagnose. Tall for avgjorte søknader (tilgang + avslag) lar seg fremskaffe tilbake til 1992.

Fokuset er imidlertid på den andel som får avslag. Igjenom dette flytter vi interessen til beslutningen om å innvilge uførepensjon eller ikke, dvs. til regelverket for tildeling av uførepensjon og praktiseringen av det. Som beskrevet foran, har det i de senere år, vært mange regelendringer på uførepensjonsområdet og tilstøtende områder som har hatt betydning for tilgangen. Oversikter over endringer i avslagsprosenten over tid og blant ulike grupper (eller sammenligning mellom regioner) kan derfor bidra til å kaste lys over om intensjoner om endringer i regelverket (f.eks. i restriktiv retning) kommer til uttrykk i den faktiske praktiseringen, f.eks, ved at flere får avslag. Samtidig må en være oppmerksom på at avslagsprosenten er et relativt tall (antall avslag/antall søknader) og at endringer i avslagsprosenten ikke bare er et resultat av søknadsbehandlingen, men også av endringer i søknadsmengden og søknadssammensetningen.

Denne tilnærmingen innebærer også at det vil være forskjeller mellom tall i denne rapporten og opplysninger om inngang søknader fra trygdekontorenes saksbehandlings- og statistikkrutine, SOS.

Avslagene er basert på et sentralt register som tidligere ble generert ved innsending av blanketter, men som nå (fra 1.5.97) er overtatt av en automatisk rutine i trygdeetatens statistikk og saksbehandlingssystem (SOS). Tilgangen blir hentet fra RTVs tilgangsregister for uførepensjonister.

Primærdiagnose kodes etter ICD-9. Det gjøres oppmerksom på at grunnlaget for koding av diagnoseopplysninger i avslagssaker er noe forskjellig fra kodingen i innvilgelsessaker. Dette kan gi en viss usikkerhet ved sammeligning av diagnose. Det vises for øvrig til redegjørelse av datagrunnlaget i RTV-rapport nr. 1/96.

Registeranalyser eller oversikter i løpende statistikk, er deskriptiv og vil gi lite informasjon om årsaksforholdene bak. For å få frem faktorer som kan bidra til å forklare årsakene til at andel søknader som avslås går nedover, har vi sendt ut et spørreskjema til saksbehandlere som behandler uførepensjonssøknader. Det er i hovedsak fylkestrygdekontorene som har endelig avgjørelsesmyndighet i uførepensjonssaker. Spørreskjemaene er derfor sendt til saksbehandlere i fylkestrygdekontorene og de to trygdekontorene som har storkontorfullmakt (Stavanger og Bærum).

5. Utviklingstrekk i tall for søknader, avslag og tilgang

5.1. Innledning

I dette kapittelet legger vi frem løpende tall for søknader, tilgang og avslag fra RTV's registre. Vi er opptatt av perioden etter 1992/93. Er det flere eller færre som søker uførepensjon i denne perioden? Hvordan er utviklingstrekken når vi deler opp materialet etter kjennetegn som kjønn, alder og diagnose?

Hvor stor andel av de som søker uførepensjon, får avslag? Varierer avslagshyppigheten etter kjønn, alder og diagnose og hvordan er utviklingstrekken i disse tallene?

5.2. Utviklingen i søkerhyppighet 1992-98

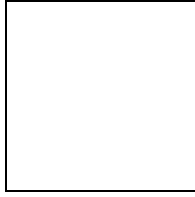
I dette avsnittet tar vi for oss utviklingen i søkerhyppigheten blant ulike grupper. Søkerhyppigheten består, som nevnt, av avgjorte søknader (tilgang+avslag) relatert til risikobefolkningen. Den perioden vi har slike tall for er 1992-98.

5.2.1. Søkerhyppighet etter kjønn

Stadig flere søker uførepensjon etter 1993. Som figur 2 nedenfor viser, finner det sted en markert økning i søkerhyppigheten. Økningen gjelder begge kjønn, men er klart sterkest for kvinners vedkommende. Fra 1993 til 1997 er økningen i søkerhyppighet for kvinner 45,8 pst. og menn 26,4 pst. Etter flere år med nedgang markerer 1993 et vendepunkt.

Økningen i søkerhyppigheten etter 1993 er særlig tydelig fra 1993 til 1995. Dette kan tyde på at endringene i reglene for rehabiliteringspenger kan ha hatt effekt. Virkningen av denne var særlig sterk midt i 1994, ett år etter lovendringen. Mange som hadde gått lenge på attføring søkte da uførepensjon. Økningen fra 1993 til 1995 er klart sterkere for kvinner enn menn. For begge kjønn skjer en utflatning i 1995. Men fra 1996 til 1997 øker søkerhyppigheten på nytt. Økningen er da like sterk for begge kjønn. I 1997 er søkerhyppigheten blant kvinner 14,03 pr. 1000 og 11,25 pr. 1000 for menn. I 1993 var søkerhyppigheten for kvinner 9,62 og menn 8,90 "pr. 1000 ikke uførepensjonerte". Det vises også til tabell 1 i vedlegg.

Fig 2.



5.2.2. Søkerhyppighet etter alder

Utviklingen i søkerhyppigheten i ulike aldersgrupper fremgår av figur 3 og 4. Det er regnet prosentvis endring for å tydeliggjøre utviklingsmønsteret bedre. På grunn av "bruddet" i søkerutviklingen som skjedde i 1993 har vi tatt utgangspunkt i dette året (1993=100 pst.).

Søkerhyppigheten øker sterkest blant de yngste, dvs. de under 35 år. Dette gjelder både kvinner og menn. Den sterkeste prosentvise økningen fra 1993 til 1997, finner sted blant menn i aldersgruppen 25-34 år. I denne aldersgruppen er det en økning på 77, 4 pst. Blant kvinner øker aldersgruppa 16-24 år sterkest, med 76 pst.

Det er samtidig grunn til å legge merke til utviklingen i den eldste aldersgruppa fra 1996 til 1997, der det skjer en markert økning for begge kjønn, men særlig for kvinner. Blant menn i den eldste aldersgruppa, har det vært en kontinuerlig nedgang i søkerhyppigheten i alle de årene vi har tall for (dvs. fra 1992), frem til 1996. I 1997 brytes denne utviklingen. Spørsmålet er om vi observerer en ny tendens.

Fig ***3, 4

Søkerhyppighet 1992-97, kvinner, etter alder. Uførepensjon. Prosentvis endring.
!993=100

Søkerhyppighet 1992-97, menn, etter alder. Uførepensjon. Prosentvis endring.
!993=100

5.2.3. Søkerhyppighet etter primærdiagnose

Hovedmengden av søknadene om uførepensjon finner sted innenfor sykdomsgruppene "sinnslidelser" og "sykdommer i skjellemuskelsystemet". Når det gjelder kvinner er det en prosentvis økning på om lag 50 pst i begge nevnte sykdomsgrupper, henholdsvis 53,3 pst. i "sinnslidelser" og 49,9 pst. for "sykdommer i skjellemuskelsystemet". Dvs. noe over den økning som gjelder alle kvinner uansett diagnose (45,8 pst).

De nevnte hovedgrupper av sykdommer, er inndelt i følgende undergrupper (ICD-9):

Sinnslidelser:

- Psykosier
- Nevrosier, personlighetsforstyrrelser
- Alkoholisme, narkomani
- Mental retardasjon

Sykdommer i skjellemuskelsystemet

- Reumatoid artritt
- Artrosier
- Ryggsykdommer
- Myalgi, fibromyalgi

Søkerhyppigheten i de av disse diagnosegruppene som øker sterkest er vist i figur 5 og 6.

Den sterkeste økningen innen hovedgruppene finner vi i søknader begrunnet med "alkoholisme, narkomani". Blant kvinner er det en prosentvis endring på 70,4 pst.. Den nest største økningen blant kvinner gjelder "nevrosier og personlighetsforstyrrelser" som har en prosentvis økning på 66,1 pst. Deretter kommer søknader begrunnet i sykdomsgruppen "myalgi, fibromyalgi". I denne sykdomsgruppe er det en prosentvis økning på 64,0 pst. Søknader begrunnet i andre skjellemuskellidelser som rygglidelser (48,6 pst.), artrosier (51,9 pst.) og reumatoid artritt (30,9 pst.), har en noe lavere prosentvis økning i den samme perioden.

Når vi tar i betraktning alle diagnoser, fremgår at det er en økning i søkerhyppighet i alle sykdomsgrupper med unntak av "mental retardasjon", som viser nedgang. Sterkest prosentvis endring fra 1993 til 1997 finner vi i "sykdommer i blodet" som

øker med 207,9 pst. Det er imidlertid svært få som søker uførepensjon med grunnlag i denne diagnosen. I absolutte tall går økningen fra 7 til 22. Jf. tabell i vedlegg.

Fig 5

Feil! Ugyldig kobling.

Som omtalt tidligere øker ikke søkerhyppigheten blant menn like sterkt som blant kvinner (26,4 pst). Når det gjelder hovedgruppene "sinnslidelser" og sykdommer i skjelettmuskelsystemet", er økningen sterkest blant søknader begrunnet i "sinnslidelser". Denne sykdomsgruppen viser en prosentvis økning på 52,4 mens søknader begrunnet i "sykdommer i skjelettmuskelsystemet", øker svakere, med 20,0 pst.

Sterkest er økningen i søknader begrunnet med "alkoholisme, narkomani" som øker med 85 pst. Deretter kommer søknader begrunnet med "nevroses, personlighetsforstyrrelser" som har en prosentvis økning på 58,3 pst. Vi finner altså den sterkeste økningen i søknadene blant de samme sykdomsgrupper som blant kvinner. Men økningen i søknader begrunnet med "alkoholisme, narkomani" er sterkere blant menn enn blant kvinner. Søknader begrunnet med "myalgi, fibromyalgi" øker derimot mindre blant menn, med 29,3 prosent. Det er grunn til å betone at det er få menn som søker uførepensjon begrunnet med denne lidelsen. Økningen tilsvarer en økning på 74 søknader.

Også blant menn øker søkerhyppigheten i de fleste sykdomsgrupper, dog med unntak av "reumatoid artritt". Av de "mindre" diagnosegruppene er det "sykdommer i sanseorganene" (44,3 pst.) og "diabetes" (40,6 pst.) som øker sterkest i perioden.

Fig 6

Feil! Ugyldig kobling.

5.3. Hvor stor andel av søkermassen avslås?

Vi har til nå vært opptatt av søknadene. Men hvor stor andel av søkermassen er det som avslås. Er det forskjeller på kvinner og menn og hvordan er utviklingen i disse tallene?

Ved å kombinere tall fra fylkestrygdekontorenes/trygdekontorenes saksmengdestatistikk (jf. tabell 1 på side 3) og tall for avgjorte søknader (tilgang +avslag), kan vi få oversikt over avslagsutviklingen i hele ti-årsperioden 1988 til

1998. Disse tallene er ikke direkte sammenlignbare, men kan gi et bilde av utviklingen. For å observere eventuelle effekter av innstramningstiltakene, er det nødvendig med opplysninger som dekker en lengere periode.

Av figur 7 går det frem at andel som får avslag steg sterkt fra slutten av 1980 -årene, da avslagsprosenten var om lag 7-8 pst. Den kulminerte i 1992 med 18,5 pst, hvorefter det skjer en kontinuerlig nedgang til ca 15 pst. I 1996 og -97, er avslagsprosenten den samme, henholdsvis 15,0 og 15,1 pst., for begge kjønn samlet. I 1998 er avslagsprosenten ca. 16 pst. De siste år viser altså tegn til stabilisering når det gjelder totaltallene.

Den sterke stigningen i avslagsprosenten frem til 1992 "forårsakes" i første rekke av en betydelig nedgang i antall behandlede saker etter 1989. Antall avslag økte særlig fra 1991 til 1992. Dette tyder på at den sterke nedgangen i tilgang i perioden 1988-92, først var et resultat av redusert søking, som etterhvert ble forsterket av en økning i avslag pga de strengere reglene som kom i 1991/92. 1992 er året da avslagsprosenten var på sitt høyeste. Siden har avslagsprosenten gått kontinuerlig nedover. Denne utviklingen blir kommentert nærmere nedenfor.

Fig. 7

Feil! Ugyldig kobling.

5.3.1. Utviklingen i avslag etter kjønn og alder etter 1992

Fra 1992 kan vi som nevnt for første gang splitte mellom ulike kjennetegn som kjønn, diagnose m.v. Da er datagrunnlaget s.k. avgjorte søknader (tilgang+avslag). Det vises også til tabell 8. Disse tallene viser følgende:

* I perioden rundt de viktigste innstramningene og da avslagsprosenten var på topp (1992), var avslagsprosenten langt høyere for kvinner enn menn. I 1992 var den 23,6 pst. for kvinner og 15,0 pst. for menn.

* Etter 1992 finner det sted en kontinuerlig nedgang i avslagsprosent. Denne nedgangen gjelder i første rekke kvinner. Nedgangen i avslag blant kvinner gjelder alle aldersgrupper, men er særlig sterk i aldersgruppen 25-44 år.

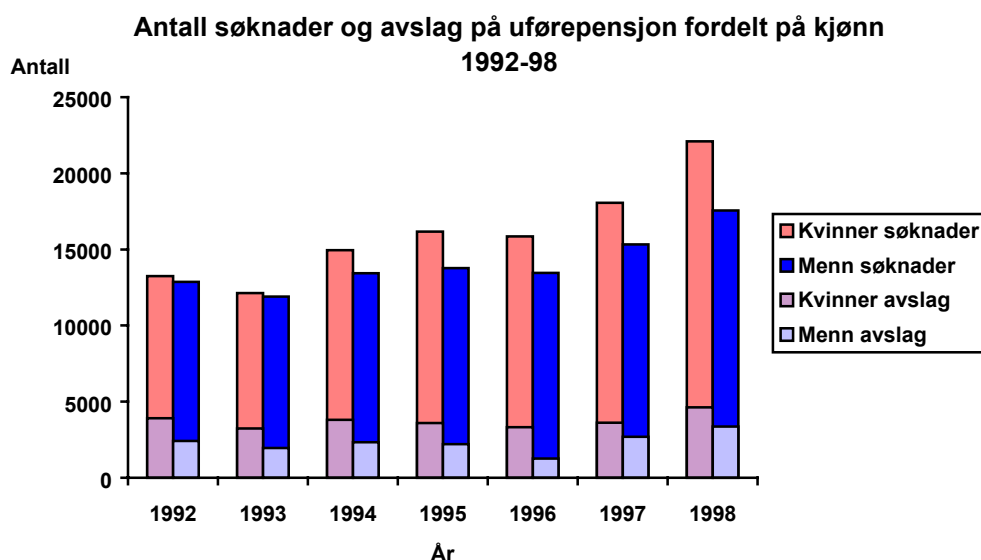
* Avslagsprosenten for menn ligger i hele perioden omtrent på samme nivå.

* Denne utviklingen bidrar til en sterk tilnærming i avslagsprosent mellom kvinner og menn.

* Fra 1997 til 1998 observeres en svak stigning i avslagsprosenten for begge kjønn. For menn begynte stigningen i 1996.

Nedgangen i avslagsprosent blant kvinner skyldes først og fremst en relativt sterk øking i antall søknader, mens antall avslag ikke øker i samme grad. Dette innebærer at avslagsprosenten går nedover. Et relevant spørsmål som da kan stilles, er om praksis endres - når antall avslag ikke stiger samtidig.

Fig. 8



5.3.2. Utvikling i avslag etter primærdiagnose

I forhold til spørsmålet om endringer i praksis vil utviklingen i avslag i ulike diagnosegrupper, være av spesiell interesse. Siden utviklingen i avslag for kvinner og menn er så forskjellig, ser vi på utviklingen etter diagnose for kjønnene hver for seg.

Når det gjelder kvinner går det frem at andel søknader som blir avslått, reduseres betydelig både for søknader begrunnet med "sinnslidelser" og "sykdommer i skjellemuskelsystemet". Jf. tabell 2 nedenfor.

- "sinnslidelser"

Når det gjelder "sinnslidelser" faller avslagsprosenten fra 22,5 pst. i 1992 til 12,0 pst. i 1997. I sykdomsgruppen "nevroser, personlighetsforstyrrelser", blir avslagsprosenten redusert fra 26,0 pst. til 13,4 pst. I søknader begrunnet med "alkoholisme, narkomani" er avslagsprosenten derimot relativt høy i hele perioden. Det er imidlertid små tall, særlig når det gjelder kvinner. I de øvrige sykdomsgruppene (psykoser, mental retardasjon) er det svært få søknader og det er vanskelig å spore noen tendens.

- "sykdommer i skjelettmuskelsystemet"

For kvinner som søker uførepensjon begrunnet i "sykdommer i skjelettmuskelsystemet" går også andel søknader som avslås ned. I 1992 var avslagsprosenten i "sykdommer i skjelett-muskelsystemet" 28 pst. mens den i 1997 er litt under 20 pst. Det er verdt å merke seg at antall søknader her stiger markert fra og med 1994, mens antall avslag går ned i 1995 og 1996. I 1997 stiger antall avslag svakt, men avslagsprosenten fortsetter å gå ned pga økningen i antall søknader.

Tabell 2

Feil! Ugyldig kobling.

Sykdommer i skjelett-muskelsystemet består ifølge foreliggende gruppering av ICD-9, av sykdomsgruppene "reumatoid artritt", "artroser", "ryggsykdommer" og "myalgi, fibromyalgi". Andel avslag går ned i alle de nevnte sykdomsgruppene. Men det er særlig utviklingen i avslag i "myalgi, fibromyalgi-søknader" det er grunn til å være oppmerksom på. "Myalgi, fibromyalgi" var en av de lidelsene som var mest i fokus i forbindelse med innstramningen i 1991 og i forbindelse med trygderettskjennelsen i 1994. Som det går frem av tabellen, er avslagsprosenten i slike saker svært høy i 1992 og 1993. I 1992 var den 45,9 pst. og 1993 47 pst. Fra og med 1994 har imidlertid avslagsprosenten i denne type søknader falt markert, til 28,3 pst. i 1997. Nedgangen er særlig markert fra 1995. Den reduserte avslagsprosenten er et resultat av både en kontinuerlig økning i antall søknader etter 1993, men også færre avslag. Til tross for en markert økning i antall søknader, går antall avslag faktisk nedover. Dette medfører at avslagsprosenten reduseres betydelig. Den markerte reduksjonen i andel søknader som blir avslått blant kvinner med "myalgi, fibromyalgi", gir grunn til å reise spørsmål om praksis har blitt endret i slike saker.

- "sinnslidelser"

Når det gjelder menn (tabell 3) ser vi også en reduksjon i avslagsprosenten i søknader begrunnet i "nevroser, personlighetsforstyrrelser". I søknader begrunnet i "alkoholisme, narkomani" er avslagsprosenten høy. Selv om det ser ut til å være en tendens til nedgang, ligger likevel avslagsprosenten i slike søknader på over 35 pst.

- "sykdommer i skjellettmuskelsystemet"

Når det gjelder søknader begrunnet i sykdommer i skjellettmuskelsystemet varierer avslagsprosenten lite. I fibromyalgi-saker er imidlertid avslagsprosenten høy, også for menn. Det er også en tendens til nedgang, men antallet søknader fra menn med denne diagnosen er lavt.

Tabell 3

Feil! Ugyldig kobling.

Utviklingen i søknader og avslag kan kaste lys over utviklingen i tilgangen av nye uførepensjonister. Det er imidlertid også viktig å påpeke betydningen av utviklingen i anketilbøyelighet og andel saker som omgjøres etter anke. Jf. tabell 5. Ved anke til Trygderetten kan trygdeetaten omgjøre egne vedtak. Andel anker som omgjøres av trygdeetaten på uførepensjonsområdet er høy, men ser ut til å ha sunket noe de senere årene. Noe av dette skyldes definisjonsmessige forhold ved overgang til nye rutiner for innsamling av opplysningene

Trygderetten omgjør også stadig flere saker. Fra 1995 til 1996 steg antall anker som ble behandlet med 37 pst. Samtidig økte den andel av ankene som ble omgjort kraftig, fra 9,7 pst. i 1995 til over 20 pst. i 1996 og enda høyere i 1997. Noe av forklaringen ligger sannsynligvis i at en del gamle saker ble liggende i påvente av prinsippkjennelsen om fibromyalgi. I tillegg er det gjort et skippertak for å få ned restanser som har bygget seg opp over flere år.

Tabell 5

Uførepensjon. Omgjøring etter ankebehandling i trygdeetaten og Trygderetten

Feil! Ugyldig kobling.

For 1997 gjelder tallene bare fra 1.5. pga omlegging til Info-trygd. Omleggingen innebar også mindre definisjonsmessige endringer.

Tre dommere i Trygderetten fikk omgjøre saker uten at det ble stilt krav til begrunnelse. Det er også grunn til å spørre om den økende omgjøringsprosenten i Trygderetten er et signal om for restriktiv praksis i trygdeetaten. Ifølge tilbakemeldinger fra trygdeetaten ble den økte omgjøringsfrekvensen i 1996, oppfattet som en korrigerende følge av fibromyalgikjennelsen (R. Narvland, Foredrag, trygdefaglig forum 23.3.98 side 8). Det er derfor rimelig å se den markerte nedgangen i andel søknader om fibromyalgi som avslås som et resultat av en endring i praksis etter fibromyalgikjennelsen i 1994.

5.4. Utviklingen i tilgang av nye uførepensjonister etter diagnose

5.4.1. Tilgangen av nye uførepensjonister etter primærdiagnose

For å komplettere bildet har vi supplert tall for søknader og avslag med tilgangstall, men begrenset til utviklingen i ulike diagnosegrupper. Tabell 6 og 7 viser utviklingen i tilgangen av nye uførepensjonister etter primærdiagnose, for diagnosegruppene "sinnslidelser" og "sykdommer i skjelettmuskelsystemet". Oversikt over alle sykdomsgrupper fremgår av vedlegg (tabell 6 og 7).

I perioden 1993 til 1997 har tilgangen av nye uførepensjonister økt. Økningen er sterkere for kvinner enn for menn. For kvinner er den prosentvise økningen 55,6 pst. mens den for menn er 25,1 pst.

Ser vi på kvinner som får uførepensjon begrunnet med "sinnslidelser" og "sykdommer i skjelettmuskelsystemet", finner vi at begge grupper øker med henholdsvis 64,5 pst. og 65,3 pst. Dvs. en økning som er noe sterkere enn den gjennomsnittlige økningen. Jf. tabell 6.

Tabell 6

Feil! Ugyldig kobling.

Blant kvinner er økningen klart sterkere i sykdomsgruppen "myalgi, fibromyalgi" som har en prosentvis økning på 121,8 i den omtalte perioden. Dette tilsvarer en økning i absolutte tall fra 636 til 1440. Den nest sterkeste økningen finner sted i sykdomsgruppen "nevroses, personlighetsforstyrrelser" som øker med 85,5 pst.

Blant menn som søker uførepensjon begrunnet i de samme hovedgrupper av sykdommer, er økningen i tilgangen sterkere blant dem med "alkoholisme, narkomani". I denne sykdomsgruppen øker uførepensjoneringen med 98,3 pst. Nest sterkeste økning finner vi i sykdomsgruppen "nevroses og personlighetsforstyrrelser" som har en prosentvis økning på 70,8 pst. og "myalgi, fibromyalgi" som øker med 60,6 pst. Jf. tabell 7.

Tabell 7

Feil! Ugyldig kobling.

Økningen i uførepensjoneringen må ses både i sammenheng med endringer i søkerhyppigheten og utviklingen i avslag:

Blant menn øker uførepensjoneringen i perioden 1993-97 sterkest i sykdomsgruppen "alkoholisme, narkomani". Det var også i denne sykdomsgruppen at søkerhyppigheten var sterkest. Avslagsprosenten er imidlertid høy i hele perioden. Dette tyder på at en relativt restriktiv praksis opprettholdes og at den sterke økningen i uførepensjoneringen av personer med denne type lidelser, i hovedsak er et resultat av at flere søker. Hvilke faktorer som ligger bak den økte etterspørselen kan vi ikke si noe om på bakgrunn av disse dataene.

Når det gjelder kvinner øker altså uførepensjoneringen sterkest i sykdomsgruppen "myalgi, fibromyalgi". Denne utviklingen må også sees i sammenheng med økt søkerhyppighet. Men i tillegg må en se denne utviklingen i sammenheng med den sterke nedgangen i avslag. Som allerede pekt på er det grunn til å reise spørsmål om endringer i praksis i trygdeetaten på dette området.

5.5. Oppsummering

Søkerhyppigheten har økt betydelig fra 1993 til 1997, i første rekke blant kvinner og blant de yngre aldersgruppene. Den aller sterkeste økningen finner imidlertid sted blant menn i aldersgruppa 25-34 år.

For begge kjønn er økningen i søkerhyppighet sterkest i søknader begrunnet med "alkoholisme, narkomani", dvs. henholdsvis 70,4 pst for kvinner og 85,0 pst for menn. Blant kvinner har det vært en markert økning fra 1994, mens økningen for menn kom fra 1995. Personer som søker uførepensjon med denne diagnosen utgjør en relativt liten gruppe der det er flest menn.

Blant begge kjønn er det også en sterk økning i søknader begrunnet med lettere psykiske lidelser. Det er også vist at søkerhyppigheten blant kvinner begrunnet i "myalgi, fibromyalgi" har økt kontinuerlig siden 1993. Den prosensive økningen er 64,0 pst. Blant menn var det en økning etter 1993 som flatet ut etterpå. Det er imidlertid svært få menn søker uførepensjon med utgangspunkt i denne diagnosen.

Det er grunn til å peke på at søkerhyppigheten dermed har økt sterkest nettopp i de diagnosegrupper som var i fokus ved innstramningen i 1991.

Det er også vist at avslagsprosenten kulminerte i 1992. På dette tidspunkt var det stor forskjell i avslagsprosent mellom kvinner og menn. Etter dette har det vært nedgang i avslagsprosenten, med en tendens til stabilisering i 1997 og 1998.

Nedgangen i avslag gjelder i første rekke kvinner. Særlig sterk har nedgangen vært blant kvinner med "myalgi, fibromyalgi" der også antall avslag har gått ned. Sammen med en sterk økning i antall søknader har dette bidratt til en endring i avslagsprosenten fra 47 pst. i 1994 til 28,3 pst. i 1997. Fibromyalgi var den diagnosen som var sterkest i fokus ved innstramningen i 1991/1995 og i forbindelse med Trygderettskjennelsen i 1994.

Nedgangen i avslag blant kvinner har resultert i en markert tilnærming i avslag mellom kvinner og menn. Dette kan tyde på at innstramningstiltakene på begynnelsen av 1990 tallet, særlig fikk utslag for kvinner, men at effekten ble moderert over tid. Til tross for den sterke nedgangen i avslag er avslagsprosenten i de senere år markert høyere enn avslagsprosenten på slutten av 1980-tallet.

Når det gjelder tilgangen av nye uførepensjonister har det vært en kontinuerlig økning siden 1993. Blant kvinner er økningen sterkest i sykdomsgruppene "myalgi, fibromyalgi" og lettere psykiske lidelser. Blant menn er økningen sterkest i sykdomsgruppen "alkoholisme, narkomani". Som nummer to, kommer lettere psykiske lidelser også blant menn.

Dvs. at den sterke økningen i uførepensjonering dels er et resultat av at flere søker, men også at en stadig mindre andel får avslag. Dette gjelder særlig kvinner som søker uførepensjon med psykisk diagnose og fibromyalgi. Utviklingen i avslag er rimelig å se i sammenheng med kjennelsen i Trygderetten i 1994 og en muligens endret praksis i trygdeetaten som følge av denne. Når det gjelder sykdomsgruppen "alkoholisme, narkomani", som også var en av de gruppene som var i fokus ved innstramningen i 1991, må den sterke økningen i uførepensjoneringen i hovedsak ses i sammenheng med at flere søker uførepensjon.

Hvilke oppfatninger saksbehandlere som behandler uførepensjonssaker har om søknads- og avslagsutviklingen og hvilke faktorer som bidrar til nedgang i avslag, bør således være av interesse. Dette er tema for neste kapittel.

6. Årsaker til utvikling i avslag. Resultater fra en spørreundersøkelse.

6.1. Utforming av undersøkelsen

I tildelingsbrevet for 1997 (Statsbudsjettet 1997, brev av 6.2.97) ble det hevdet at det fortsatt er et mål å sikre lav tilgang av uførepensjonister. Nedgang i avslag er derfor lite ønskelig. Nedgangen i avslag og høye omgjøringstall etter anke samt regional variasjon i disse tallene, ble også satt i sammenheng med spørsmål om beslutningsgrunnlaget i uførepensjonssaker var av tilfredsstillende kvalitet. RTV ble derfor bedt om en redegjørelse om utviklingen i avslag og årsakene til avslagsprosenten viste en synkende tendens. Det ble spesielt bedt om å vurdere om utviklingen i avslag kunne skyldes endringer i administrativ praksis eller om kvaliteten på saksbehandlingen var tilfredsstillende og hva som eventuelt da kunne gjøres. De nevnte tallene ble også knyttet til rådgivende legetjenestens funksjonsmåte og den diagnostiske praksis i saker vedrørende psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser.

For å besvare slike spørsmål kunne en tenke seg forskjellige opplegg. En kvantitativ analyse basert på registeropplysninger vil være begrenset når det gjelder å

identifisere årsakene til utviklingen. Den til dels sterke nedgangen i avslag var ikke forventet og en hadde relativt begrenset kunnskap om bakgrunnen for denne utviklingen. Det kunne derfor være nyttig å få synspunkter fra personer som hadde innsikt på området selv om dette nødvendigvis ikke ville gi representativ kunnskap. Saksbehandlerne i fylkestrygdekontorene har vært med på diskusjoner om innstramningene og har i den konkrete saksbehandlingen selv måttet ta stilling. Det er i hovedsak fylkestrygdekontorene som har endelig avgjørelsesmyndighet i uførepensjonssaker - etter innstilling fra trygdekontorene. For å få frem faktorer som kunne bidra til å forklare utviklingen i andel søknader om uførepensjon som ble avslått, så vi det som hensiktsmessig å sende ut spørreskjema til saksbehandlere i fylkestrygdekontorene samt to trygdekontor som hadde storkontorfullmakt.

Spørreskjemaet ble utformet med relativt generelle spørsmål og med gode muligheter til å gi kommentarer. Noen av spørsmålene hadde faste svaralternativer, mens i andre kunne saksbehandler selv formulere hele svaret. Begrunnelsen for denne utforming av spørreskjemaet var at vi ønsket å få frem eventuell ny kunnskap og at vi derfor ville la saksbehandlere selv formulere seg og fritt komme med sine inntrykk. Dette var også bakgrunnen for at vi ønsket at flere saksbehandlere fra hvert fylkestrygdekontor/trygdekontor skulle besvare skjemaet. I oversendelsesbrevet ble dette modifisert noe og formulert på den måten at vi ønsket minst ett svar fra hver av enhetene. Vi ønsket imidlertid ikke "ett offisielt" fra hvert fylkestrygdekontor/trygdekontor. Hensikten var at de som besvarte skjemaet kunne skrive så åpent som mulig ut fra sitt ståsted. Spørreskjemaet ble sendt ut og besvart, både i papirversjon og på diskett, sommeren 1997.

Tema i spørreskjemaet var:

- * saksbehandlers oppfatninger av årsaker til utviklingen i søknader og avslag
- * saksbehandlernes syn på ulike regelendringer samt
- * endringer i praksis/saksbehandling i perioden etter innstramningen i 1991, knyttet til "rehabilitering/yrkesmessig attføring" og den medisinske utredningen.
- * saksbehandlernes oppfatninger om kvalitetssvikt og forbedringspunkter

Besvarelse av spørreskjema fra et begrenset antall saksbehandlere gir selvfølgelig ikke informasjon om faktisk praksis. Men det kan gi observasjoner som utgangspunkt og hypoteser for videre undersøkelser. Svakheten ved et slikt opplegg, vil for øvrig, være at vi ikke vet om de synspunktene saksbehandlerne gir uttrykk for, er representative for øvrige saksbehandlere.

6.2. Resultater

6.2.1. Innledning

I alt 48 saksbehandlere har besvart skjemaene. Det er kommet inn skjemaer fra alle de 19 fylkestrygdekontorene. Fra mange av fylkestrygdekontorene har vi mottatt to skjemaer, mens enkelte har sendt inn 3 skjemaer. Fra de to trygdekontorene med storkontorfullmakt (Bærum og Stavanger) har vi fått inn to skjemaer fra hver. Som nevnt ønsket vi å få inn "minst" ett skjema fra hvert av fylkestrygdekontorene. At de fleste har sendt inn mer enn ett skjema, indikerer at skjemaene har blitt mottatt med interesse.

I ettertid er det lett å se at spørsmålene kunne vært forbedret og utformet annerledes. Noen av spørsmålene er svært godt besvart, mens andre spørsmål er dårlig utfylt. I denne rapporten har vi begrenset oss til å ta med resultatene fra de spørsmålene som er mest relevante for problemstillingene.

Fordelingen av svarene i de faste svaralternativene er gjengitt i tabeller. Kommentarfeltene er flittig brukt i de fleste skjemaene. Vi har derfor brukt utvalgte kommentarer til å illustrere svarene. De viktigste observasjonene blir kommentert og diskutert nærmere i kap. 7.

6.2.2. Kjenntegn ved respondentene

Vi var interessert at spørsmålene skulle besvares av folk som hadde erfaring i trygdeetaten og med behandling av uførepensjonssaker. Innledningsvis ble det stilt 3 spørsmål vedrørende slike forhold:

Tabell 8

Hvor lenge har du vært ansatt ved fylkestrygdekontoret (trygdekontor med storkontorfullmakt) ? (Spm. 0.1).

<i>Mindre enn 5 år</i>	<i>5-10 år</i>	<i>Mer enn 10 år</i>
6	20	22

Hvor lenge har du behandlet uførepensjonssaker ved FTK/TK ?(spm.0.2).

<i>Mindre enn 5 år</i>	<i>5-10 år</i>	<i>Mer enn 10 år</i>
6	17	25

Har du tidligere arbeidet med uførepensjonssaker ved et trygdekontor/FTK ?(Spm.0.3).

<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Vet ikke</i>
31	17	0

Resultatene viser klart at de fleste er saksbehandlere med lang erfaring i trygdeetaten og med behandling av uførepensjonssaker. Relativt mange har arbeidet i fylkestrygdekontorene siden etableringen på begynnelsen av 1990-tallet. Mange har også jobbet med uførepensjonsaker mer enn 10 år. Dvs. at mange har erfaring med slike saker fra de tidligere trygdesekretariatene eller fra trygdekontor.

6.2.3. Om årsaker til utviklingen i avslag

Innledningsvis ba vi saksbehandlerne om å beskrive sitt syn på årsakene til utviklingen i avslag. Følgende spørsmål ble stilt: *“Hva er din oppfatning av de viktigste årsaker til avslagsutviklingen, for henholdsvis kvinner og menn i ditt fylke?”*. De ble også bedt om å beskrive den årsak de oppfattet som viktigst, nest viktigst osv.

Spørsmålet ble ikke besvart av 14 saksbehandlere. Mens de fleste andre har gitt fylldige besvarelser og rangert faktorene. At såpass mange ikke har svart på dette spørsmålet kan ha sammenheng med at det er vanskelig å skille årsaksfaktorene fra hverandre og at spørsmålet var “krevende” å besvare. Vi mener likevel at det er viktig å få frem resultatene fra de saksbehandlerne som har besvart skjemaet.

De årsaker som blir nevnt kan systematiseres i følgende grupper av faktorer:

a) endringer i søknadsmengde og søknadssammensetning

b) regelendringer og endringer i Trygderettens praksis

d) endringer i trygdeetatens praksis og skjønnsutøvelse over tid

e) forbedret utredning/veiviserrollen

b) endringer i arbeidsmarkedet

Disse faktorene - nevnt av saksbehandlerne - strukturer den videre fremstillingen i dette kapittelet. Innen rammen av dette redegjøres også for de øvrige spørsmål og svar fra spørreskjemaet. På disse spørsmålene har de fleste av de 48 av saksbehandlerne svart eller krysset av.

a) endringer i søknadsmengde og søknadssammensetning

Et flertall av saksbehandlerne mener at det har skjedd endringer i søkersammensetningen i fylket og at dette har bidratt til endring i avslag.

Tabell 9

Mener du at søkersammensetningen (kjønn, alder, diagnose, vurderingsgrunnlag m.v) har endret seg på noen måte i ditt fylke etter 1991 ? (ubesvart 3). Spm.1.2.

<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Vet ikke</i>
34	3	8

Hvilke endringer i søkersammensetningen er det så som kommer frem i kommentarene:

Det som først og fremst blir fremhevet av saksbehandlerne, er tendensen til at flere kvinner søker om uførepensjon. Det blir pekt på litt ulike utviklingstrekk med hensyn til alder i ulike fylker. Enkelte steder blir det særlig fremholdt at kvinner stadig blir eldre før de søker uførepensjon, mens andre peker på at søkerne har blitt yngre.

Enkelte påpeker også økt pågang fra eldre, svak utdannet arbeidskraft - ofte med utgangspunkt i tungt arbeide. Dette er, ifølge saksbehandlerne, ofte menn som søker uførepensjon tidligere enn før. Med svak utdanning er omstilling til lettere arbeid uten omfattende omskolering problematisk. Arbeidsmarkedet gir også få muligheter til arbeidstrening og yrkesuførhet blir i realiteten ervervsuførhet. Uførepensjon innvilges således fordi atfering ikke anses hensiktsmessig. Likeså pekes det på at det etterhvert tas mer hensyn til alder og at det derfor er lettere for eldre å få uførepensjon. Disse forholdene resulterer i færre avslag.

Et annet gjennomgående trekk saksbehandlerne kommenterer, er at det er flere unge som søker uførepensjon og at det har skjedd en vridning i diagnosemønsteret mot flere med rusmiddelproblemer, sosiale problemer samt psykiske lidelser (s.k.

generelle livsløpssykdommer). Dette er lidelser som, ifølge saksbehandlerne, ofte kan være vanskelig å behandle og vanskelig å utføre. Disse utviklingstrekkene kan resultere både i økning og nedgang i avslag.

En annen faktor knyttet til endringer i søkersammensetningen, som nevnes som en viktig årsak til nedgangen i avslag, er at økt yrkesaktivitet blant kvinner. Denne utviklingen gjør at flere blir vurdert som yrkesaktive og færre som rent hjemmearbeidende. En vurdering mot hjemmearbeide, helt eller delvis, er mindre fordelaktig fordi det skal mer til av medisinske lidelser for å fylle kravene om 50 pst. ervervsmessig uførhet enn ved vurdering mot full yrkesaktivitet. Isolert sett bidrar dette til nedgang i avslag.

Videre blir det pekt på at en nå også ser følgende av at mange kvinner har vært dobbeltarbeidende. Mange av kvinnene som begynte i arbeid i 1970-årene hadde ofte lite utdanning og fikk tyngre arbeid samtidig som likestilling i hjemmet ikke var så vanlig for denne generasjonen, slik at kvinnene i tillegg ble dobbeltarbeidende. De kvinnene som har vært i yrkeslivet i tungt arbeid, kombinert med hovedansvar for hjemmet, får ofte helseplager før pensjonsalderen. Attføring/omskolering blir sett på som lite hensiktsmessig bl. pga høy alder og de blir ansett som uføre i ethvert arbeid. Slike forhold kan bidra til nedgang i avslag for kvinner. To sitater fra saksbehandlerne kan illustrere dette:

“Årsak til auke i søknader for kvinner vil eg tru er likestillingstrekk og utviklingstrekk i høve yrkeslivet. Trenden har vore at det stadig er fleire som går ut i yrkeslivet heilt eller delvis, og dermed færre og færre som er berre heimearbeidande. Mange av kvinnene (husmødrene) som før var heimeværande og som byrja i yrkeslivet i takt med trenden (frå 1970-åra) hadde ofte lite utdanning, og fekk dermed ofte tyngre fysisk arbeid. I tillegg var likestilling i heimen kanskje ikkje så vanleg for denne generasjonen, slik at kvinnene i tillegg vart dobbeltarbeidande. Desse kvinnene, som no har vore i yrkeslivet i tungt arbeid (og ofte dobbeltarbeidande) i 20-30 år, vert ofte utslitte og får helseplager før dei når pensjonsalderen. Ein vil tru at ein god del av auken på søknader for kvinner skuldast dette.”

“Kvinner som gjekk ut i arbeidslivet i samband med at det vart meir og meir vanleg, hadde ofte liten utdanning, og fekk derfor ofte tungt fysisk arbeid. Dei av desse kvinnene som slit med sjukdommar, er no kommen til ein alder der dei er vanskeleg å attføre til anna høveleg arbeid (middelaldrande og eldre). “Terskelen” for uførepensjon vert dermed mindre.”

Flere saksbehandlere har også pekt på at det skjer endringer i søkersammenstningen fordi at rehabilitering/attføring forsøkes i sterkere grad. Veiviserrollen medfører at færre realitetsbehandles som uføresøknader og de som blir behandlet er da som regel bedre utredet og “klare innvilgelsessaker”. Det blir også pekt på at bedre kunnskaper om rettigheter (blant medlemmer og leger), fører til færre “uriktige” krav. Disse forholdene påvirker avslagsprosenten ved at færre får avslag. På den annen side vil veiviserrollen bety at ikke flere, men at færre vil søke uførepensjon. Attføring/rehabilitering vil imidlertid ikke være vellykket for alle. Dvs. at noen av dem som kanaliseres til attføring/rehabilitering etter en tid vil kunne dukke opp som søkere til uførepensjon likevel, men på et senere tidspunkt.

Saksbehandlerne peker også på endringer i søkersammensetningen som kan resultere i at flere får avslag. Bl.a. at de krav mange arbeidsgivere setter til sine ansatte (utdanning, arbeidsinnsats, krav til dataopplæring), kan medføre at mange gir opp i for tidlig alder. De medisinske funn er da ofte ikke tilstrekkelig til at uførepensjon kan imøtekommes - derav avslag. I fylker med vanskelig arbeidssituasjon blir det også oppgitt at situasjonen på arbeidsmarkedet ofte fører til søknader om uførepensjon, men som blir avslått. De peker også på at de som nå gjennomgår rehabilitering ikke har vært så lenge under rehabilitering pga tidsbegrensningen. Disse har derfor oftere kontakt med tidliger arbeid, sammenlignet med personer som hadde gått årevis på attføring. Den nærmere kobling til arbeidslivet kan bidra til at søknad om uførepensjon kan avslås.

Saksbehandlerne peker således på at det har skjedd ulike endringer i søkersammensetningen, som kan ha bidratt til en nedgang i avslag. Det er også pekt på forhold som kan bidra til økning i avslag.

b) regelendringer og endringer i Trygderettens praksis

Mange av saksbehandlerne har i spørsmålet om årsakene til utviklingen i avslag, nevnt regeleendringer, iverksatt etter 1991 som årsak. I spørreskjemaet har vi også bedt saksbehandlerne rangere regelendringene i forhold til deres oppfatning av betydningen for den førte praksis i fylket samt gi kommentarer til svarene. De regelendringene vi har tatt med er da (kronologisk)

- endringer i de ervervsmessige vilkår (1992)
- varighetsbegrensningen på rehabiliteringspenger (1993)
- lovendringen vedrørende de medisinske vilkår (1995)

I denne sammenheng har vi også spurt om betydningen av trygderettskjennelsen om fibromyalgi i 1994. Kjennelsen førte til den forannevnte endring i de medisinske vilkår i 1995.

Ifølge fordelingen av svarene i tabell 10, er det lovendringen i 1992 om at pensjonsgivende inntekt skal legges til grunn ved fastsettelse av uføregraden, som kan se ut til å ha hatt størst betydning for praksis. Hele 30 av de 48 saksbehandlerne mener at denne endringen har hatt stor betydning for praksis. Når det gjelder varighetsbegrensningen på rehabiliteringspenger har 15 av saksbehandlerne krysset av i ruten for "stor betydning", mens de fleste mener at endringen har hatt "en viss betydning". Når det gjelder både fibromyalgikjennelsen og lovendringen i 1995 vedrørende de medisinske forhold, har også de fleste saksbehandlerne krysset av i ruten for "en viss betydning". Relativt mange av dem har også krysset av i ruten for "ingen betydning".

Lovendringen i 1992 om at pensjonsgivende inntekt skal legges til grunn ved fastsettelse av uføregraden, fikk ikke bare betydning for selvstendige, slik den opprinnelige intensjon var, men også for arbeidstakere. Bl.a. fikk endringen betydning for kvinner ansatt i helsesektoren. At avslagsprosenten var på sitt høyeste

i 1992 kan derfor ha sammenheng med en “dobbelteffekt” av både innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 og inntektsforskriften som ble iverksatt i 1992. Samtidig er det rimelig å tro at endringen har hatt størst betydning for stopp av tilstått uførepensjon.

Men også på dette området (ervervmessige vilkår) ble reglene endret. I forbindelse med ikrafttredelse av ny folketrygdlov i 1997 kom en ny forskriftsbestemmelse som ga mulighet for å fravike hovedreglene om at uføregraden skal fastsettes på grunnlag av medlemmets inntektstap. I kommentarene til spørsmålet ovenfor blir det imidlertid pekt på at Trygderetten hadde foregrepet denne endringen og omgjort anker der bare inntektstap ble lagt til grunn.

Tabell 10

Etter 1991 er det gjennomført flere regelendringer m.v. som kan ha hatt betydning for praksis i uførepensjonssaker (f.eks. lovendringen i juni 1995, varighetsbegrensning på rehabiliteringspenger osv).

Nedenfor er de ulike endringene listet opp. Vi ba saksbehandlerne om å rangere hvert av dem etter den betydning du tror endringene har hatt for praksis i ditt fylke?(Spm.3.2.)

Endringer m.v.	Stor betydning	En viss betydning	Ingen betydning	Vet ikke
Fibromyalgi kjennelse	8	29	11	
Lovendring - 95	4	29	13	2
Varighets. begr. rehab.penger	15	25	6	2
Inntektsforskrift	30	15	3	
Andre forhold, beskriv i klartekst		Trygde-rettskjennelser særlig ved vurdering av stillings-andel framfor inntekts-tap		

Ifølge fordelingen av svarene i tabell 10 har også varighetsbegrensningen på rehabiliteringspenger hatt betydning for utviklingen i avslag. Denne førte til mange krav om uførepensjon i starten og mange ble innvilget. Dette bidro til en økning i søkermassen, særlig i 1994, ca ett år etter iverksettingen av de nye reglene og til nedgang i avslag.

Saksbehandlerne svarer videre ganske ulikt på hvilken betydning fibromyalgikjennelsen (1994) har hatt for endring i praksis. Noen mener den resulterte i relativt stor omlegging av praksis (8) men flertallet (29) oppgir at den har hatt en viss betydning for endringene i praksis i fylket. De som oppga at kjennelsen har hatt stor betydning sier at de førte en praksis før 1994 som medførte at det var få som fikk uførepensjon pga. fibromyalgi/diffuse lidelser, bl.a. pga stor uenighet fra medisinsk hold. Dette medførte at kravet om bred medisinsk-faglig enighet ikke var oppfylt. I tiden etter fibromyalgikjennelsen har fibromyalgi, ifølge saksbehandlerne, blitt allment akseptert som sykdom, også av legene. Samtidig blir det pekt på at det fremdeles er lite og mangelfulle behandlingstilbud på området. Uførepensjon blir innvilget dersom hensiktsmessig behandling/attføring er forsøkt og inntektsevnen

fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten. Følgende sitater illustrerer den omlegging av praksis kjennelsen kan ha ført til:

"Det er først og fremst "fibromyalgikjennelsen" som har medført endring i praksis for den gruppen som har diagnosen fibromyalgi - muskelskjelettsmerter ("diffuse plager"). Det synes å være et faktum at det er kvinner som utgjør største andelen når det gjelder krav hvor disse diagnosene har vært fremtredende. Alderen på disse har særlig ligget rundt 40-55 år. Kjennelsen har ført til en endring av praksis. For den yngre aldersgruppen stiller vi fortsatt store krav til at behandlings-attføringspotensiale utprøves".

"Trygderettens kjennelse i fibromyaligsaken ga klare signaler om at etaten tidligere hadde lagt en for streng praksis til grunn i slike saker. Lovendringen i 1995 var en bekreftelse på dette. Som følge av dette har også mitt trygdekontor lagt en mer liberal praksis til grunn i slike saker".

Men også Trygderettens øvrige praksis har bidratt endring av trygdeetatens praksis, ifølge saksbehandlerne. Som tidligere omtalt vil trygdeetaten måtte forholde seg til omgjøringer i Trygderetten:

"Rent subjektivt vurdert har en følelsen av at utviklingen går i mer liberal retning hva gjelder tilståelse av uførepensjon. Dette kan skyldes flere forhold, f.eks de rådgivende legers syn og holdninger. Trygderettens praksis, som en må forholde seg til, antas også å spille en vesentlig rolle. Uten i øyeblikket å ha statistisk belegg for det, fornemmes en utvikling av stadig flere omgjøringer i Trygderetten, til tross for synkende avslagsprosent".

"Holdningen til diagnosen fibromyalgi har endret seg gjennom de signaler trygderetten har gitt. Disse har de siste 2 år stadig gått i mer liberal retning. I tillegg har nok en del leger vært "flinkere" med å omgå denne diagnosen og heller brukt andre diagnoser".

Samlet sett kan saksbehandlerne utsagn tyde på at kjennelsen i Trygderetten i 1994, etterhvert resulterte i en mer liberal holdning til fibromyalgi eller tilsvarende diffuse lidelser som sykdom, sammenlignet med den praksis som ble ført tidligere. Særlig i de tilfellene en fant at behandlingsmulighetene/attføring var prøvd og overfor kvinner over 50 år. For de yngre ser det ut til at praksis er som før.

Saksbehandlerne har også påpekt betydningen av endringen i de ervervsmessige vilkår som skjedde i 1992. Ved siden av lovendringene i de medisinske vilkår i 1991 kan også denne ha bidratt til økningen i avslag ble så vidt stor, frem til 1992. Samtidig kommer det frem at også når det gjelder de ervervsmessige vilkår, justeres regelverket. Endringen foregripes av Trygderetten og trygdeetaten retter sin praksis etter dette, før de nye reglene blir iverksatt.

d) endringer i trygdeetatens praksis

Ifølge saksbehandlerne skjer det også en justering av praksis som resultat av diskusjoner i trygdeetaten.

Flere av saksbehandlerne har på spørsmålet om årsaker til nedgang i avslag, pekt på at diskusjoner i trygdeetaten har bidratt til nedgang i avslag. Ifølge saksbehandlerne resulterte innstramningen i 1991 i at flere fikk avslag. Dette gjaldt alle aldersgrupper, også eldre arbeidstakere. Etterhvert som en vant erfaringer med de nye reglene, ble praksis lagt noe om. Observasjon av variasjon i avslag innen fylker, førte til diskusjoner om det nye regelverket og til at praksis ble lagt om i mildere retning. Dette gjaldt f.eks større realisme når behandling/attføring er hensiktsmessig og hvor mye en skal kunne kreve av attføring/rehabilitering. Diskusjoner om når "nok er nok" og når "toget har gått" i forhold til attføring/rehabilitering, har sannsynligvis derfor ført til justering av praksis overfor visse grupper (særlig eldre) og nedgang i avslag i flere fylkestrygdekontor:

"Innstramningen fra juni 1991 førte til økende avslagsfrekvens. Paragraf 3 i forskriften av 26. sept. 1991, med hjemmel i lovens § 8-3 tredje ledd bokstav c, tilsa at vi skulle se bort fra arbeidsmarkedsforhold m.v., og RTV hadde en opplæringsrunde hvor de var svært restriktive. Dette forsøkte vi å leve opp til. Nevnte forskrift ble opphevet 16.06.95, da § 8-3 i loven ble endret. Bestemmelsene i forskriften skulle da være overført til lovteksten, men pasusen om arbeidsmarkedsforholdene var utelatt. Etter det ser vi kanskje mer realistisk på hvilke reelle muligheter søkeren har i nåværende arbeidsliv".

Kommentarene fra saksbehandlerne kan tyde på at diskusjoner trygdeetaten etterhvert har bidratt til en endring i praksis, kanskje særlig i forhold til eldre arbeidstakere og større realisme med hensyn til "attføringskravet". Dette har bidratt til nedgang i avslag.

e) Forbedret utredning/veiviserrollen

Forbedret saksbehandling og utredning samt utøvelse av veiviserrollen, er faktorer som nevnes av mange av saksbehandlerne. Bedre utredning, f.eks. ved at behandling/attføring oftere vil være vurdert/prøvd/gjennomført, vil medføre at færre får avslag. Når det da kommer til søknad om uførepensjon vil det da som regel være snakk om innvilgelse. Veiviserrollen kan isolert sett bety at det settes frem førre krav om uførepensjon fordi sakene vil kanalisere til alternative ytelser.

"Mitt fylke har en lav avslagsprosent. Jeg mener hovedårsaken til dette er godt oppfølgingsarbeid i sykemeldingsperioden, god saksutredning, samt veiviserrollen, dvs at søkere først blir henvist til andre ytelser. De fleste sakene sendes ikke til realitetsbehandling før det er klart at vilkårene for rett til pensjon er oppfylt. De som ender opp med avslag, er ofte saker der søkeren selv ikke er villig til å prøve behandling eller attføring, eller at søkeren ikke har trappet ned sin arbeidsinnsats eller redusert sin inntekt med minst halvparten."

Forholdet til a-etaten blir påpekt av mange. Det hevdes at a-etaten ikke prøver restarbeidsevnen i tilstrekkelig grad, enten på grunn av manglende tilbud eller manglende motivasjon fra medlemmet. A-etaten konkluderer derfor ofte med at attføring ikke anses hensiktsmessig og at det bør tilstås en varig ytelse. Selv om trygdeetatens vurdering er at attføringsmulighetene ikke er anses uttømt, er attføring prøvd og kravet innvilget.

Ifølge saksbehandlerne vil forbedret utredning/veiviserrollen kunne ha betydning både for avslags- og søkerutviklingen.

g) endring i arbeidsmarkedet

Nok en faktor saksbehandlerne nevner som kan ha hatt betydning for avslagsutviklingen, er sysselsettingsutviklingen og situasjonen på arbeidsmarkedet. Selv om sysselsettingssituasjonen har utviklet seg gunstig i de seinere år, blir det likevel påpekt at det er problematisk å omplassere og finne attføringsmuligheter for eldre arbeidstakere, f.eks. i forbindelse med omorganisering i bedriftene. Saksbehandlerne peker også på at den økte sysselsettingen også kan bidra til større press på eldre arbeidstakere fordi yngre arbeidskraft foretrekkes. Dette kan resultere i utstøtning av eldre arbeidskraft. Saksbehandlerne nevner også at økte krav til utdanning og omstillingsevne mv. i de seinere år, sannsynligvis har bidratt til at mange har måttet gi opp i alt for tidlig alder. Slike forhold vil kunne resultere i økt søking, kanskje ofte med den konsekvens at de medisinske funn ikke er tilstrekkelige til at uførepensjon kan imøtekommes. På den annen side kan den bedre sysselsettingssituasjonen ha ført til mindre nedlegging/innskrenkninger av bedrifter. Dette kan ha ført til færre søknader om uførepensjon som resultat av slike omstillinger i arbeidslivet.

“Jeg mener at de fleste arbeidsgivere setter stadig høyere krav til sine ansatte både i form av utdanning, arbeidsinnsats og ikke minst den oppdatering som idag kreves innenfor data. Ved langvarige sykmeldinger som fører til at arbeidsforholdet opphører, synes det idag nærmest umulig å skaffe slike arbeidstakere nytt arbeid, spesielt når de 50 er passert”.

Endringer i sysselsettingssituasjonen og arbeidsmarkedet har ifølge saksbehandlerne betydning for både søker- og avslagsutviklingen. Men det er vanskelig å si noe entydig om retningen i avslagsutviklingen ut fra disse opplysningene.

6.2.4. m saksbehandlernes syn på innstramningen i 1991 og endringer i saksbehandlingen

Som omtalt innledningsvis (3.2.2) ble innstramningen i de medisinske vilkår i 1991, innført etter en diskusjon av hva som var hensiktsmessige virkemidler i forhold til å begrense uførepensjoneringen. Innstramningen ble iverksatt etter at flertallet i

utredningen om uførepensjon (NOU 1990:17), hadde gått inn for at begrensningen i tilgangen av uførepensjonister burde skje igjennom ulike tiltak som kunne redusere behovet/etterspørselen etter uførepensjon. Fordi uførepensjonsordningen hadde fått et langt større omfang enn forutsatt ble det uttalt behov for å stramme inn på selve vilkårene for rett til uførepensjon og utvikle et "anvendbart sykdomsbegrep for trygdemessige vurderinger" (Ot prp nr 62). I flere utredninger ble det fremholdt at det var behov for å utvikle et trygdesystem som kunne forbeholdes personer med klare helse- og funksjonsproblemer og motvirke at tendenser til at sosiale og mer generelle livsproblemer ble gjort til helseproblemer (St m meld nr 39 1991-92, Attføringsmeldingen side 8).

Departementet mente bla at den rettslige og medisinske avgrensning mellom sykdom og tilstander som kunne følge av en problemfylt livssituasjon, var så vanskelig at det ble sett behov for en nærmere regulering av de medisinske vilkår der det ble lagt større vekt på at det dreide seg om en diagnose som medførte en varig funksjonsnedsettelse. I de nye reglene ble ingen bestemte diagnoser utelukket, men for lidelser uten objektive diagnostiske funn, var de medisinske vilkårene bare oppfylt dersom det forelå bred medisinsk faglig enighet i vurderingen av det enkelte tilfelle. Departementet pekte også på at det syntes å være en viss usikkerhet når det gjaldt kravene til årsakssammenheng. På grunnlag av dette ble det bestemt at "nedsettelsen av ervervsevnen i vesentlig grad skal skyldes sykdom".

Det ble forventet at innstramningen ville gi klare utslag på tilgangen av nye uførepensjonister (5-pst. på årsbasis) og innsparinger på statsbudsjettet (200 mill kr. i 1992).

På bakgrunn av diskusjonen av innstramningen, kombinert med den synkende avslagsprosenten etterpå, har vi vært interessert i å få saksbehandlernes syn på hvordan de nye reglene ble møtt, deres vurdering av om målsettingen ble nådd og hvilke konkrete endringer i saksbehandlingen, innstramningen medførte:

Vi stilte følgende spørsmål:

****Førte innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 til endring i fylkestrygdekontorets praksis ? (spm. 3.1)***

****Målsettingen med innstramningen i de medisinske vilkår har bl.a. vært å forbeholde uførepensjonen for de med "klare helse- og funksjonsproblemer". Blir denne målsettingen etter din oppfatning nådd ?(spm. 3.5)***

**** Mener du at kravene om at "hensiktsmessig behandling/attføring" skal være forsøkt, blir utredet på annen måte enn tidligere ? (spm. 4.2)***

****Synes du at utredningen av de medisinske forhold ved søknad om uførepensjon, har endret seg i perioden 1991-96 ? (spm. 5.1)***

Svarene og kommentarene fra saksbehandlerne er gjengitt nedenfor. Diskusjonen er også supplert med opplysninger om den fylkesvise utvikling og variasjon i avslag.

6.2.5. Om betydningen av innstramningen i de medisinske vilkår

Følgende spørsmål ble stilt: "Førte innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 til endring i fylkestrygdekontorets praksis?" Hvordan saksbehandlerne svarte går frem av tabell 11.

Tabell 11

Førte innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 til endring i fylkestrygdekontorets praksis ? (spm 3.1)

<i>Vesentlige endringer</i>	<i>Mindre endringer</i>	<i>Ingen endring</i>	<i>Vet ikke</i>
13	25	6	4

Som det går frem av tabell 11, varierer saksbehandlerne svar på spørsmålet om innstramningen, resulterte i endring av praksis. Flertallet sier at innstramningen i 1991 førte til endringer. Av de 48 saksbehandlerne, sa 25 at innstramningen i 1991 førte til mindre endringer. 13 svarte at innstramningen førte til vesentlige endringer og 6 mente at den ikke resulterte endringer i det hele tatt. Denne svarfordelingen tyder på innstramningen klart har hatt betydning. Men kanskje ikke så stor som tidligere antatt.

De 13 saksbehandlerne som oppga at lovendringen medførte vesentlige endringer i praksis peker på flere forhold: Bl.a. at det ble ført mer restriktive krav til at den medisinske lidelsen skulle være vesentlig grunn til uførheten og til forsøkt attføring og behandling. Ifølge saksbehandlerne medførte endringen også at flere saker ble forelagt rådgivende lege ved diffuse lidelser og at det ble stilt krav om bedre medisinsk dokumentasjon samt mer utfyllende legeerklæringer. Dette resulterte også i at en fikk bedre beskrivelser av funksjonsevnen. Samhandlingen mellom etaten og rådgivende leger/behandlende leger, ble samtidig bedret. Endringene medførte, ifølge saksbehandlerne, at kvinner med muskel-skjelettlidelser og manglende objektive funn i sterkere grad fikk avslag, særlig i årene 1992 og 1993. Dette gjaldt kvinner i alle aldersgrupper, også eldre. Flere kommentarer peker på de samme forhold:

"Det ble avslått mange saker på grunn av diffuse lidelser, manglende objektive funn"

"Jeg mener innstramningen førte til høyere andel avslag i årene 1992 og 1993. Denne praksisen viste seg å være noe streng, spesielt overfor eldre arbeidstakere, og vi justerte vår praksis i forhold til en del trygderettsavgjørelser. I ettertid har også saksutredningen endret seg vesentlig og søker henvises i større grad til andre telyser inntil det blir aktuelt med uførepensjon. Endringen i 1991 førte også til at

samhandlingen med rådgivende lege/overlege ble bedret og dermed til bedre medisinsk dokumentasjon og bedre beskrivelse av funksjonsevnen".

"Umiddelbart førte nok innstramningen i de medisinske vilkår også til en viss innstramning når det gjaldt tilståelse av uførepensjon. Senere har utviklingen igjen gått i liberal retning. Dette antas å ha sammenheng med at det i lengden synes vanskelig å endre en lenge innarbeidet praksis. Dessuten er det vel i praksis slik at endringer i lov og forskrifter ofte ikke er tilstrekkelig "avklarende". Jf. f.eks. følgende i § 1 i forskrift 08-03 tredje ledd bokstav c av 26.9.91 : "Funksjonsnedsettelsen skal være av en slik art og grad at den fremstår som en vesentlig grunn til en varig reduksjon i ervervsevnen." Det synes klart at dette kan gi rom for nokså vide fortolkninger".

Det går også frem av kommentarene ovenfor at som som svarte at innstramningen medførte vesentlige endringer, at det var behov for justeringer etterpå. Flere kommentarer peker på dette.

Flere av de 25 som hevdet at lovendringen medførte mindre endringer eller at det ikke var behov for endringer i det hele tatt, oppgir i kommentarfeltet at praksis allerede var på linje med de mer restriktive reglene:

"Den gamle fylkesnemda hadde en forholdsvis streng praksis alt før regelendringene. Innstramningen i de medisinske vilkårene ga derfor lite utslag i vårt fylke".

"Her har det alltid vært en nøktern vurdering og krav til klare sykdomsplager, krav til behandling/attføring osv".

"Jeg mener at det (innstramningen i 1991) ikke medførte vesentlige endringer. Dette med bakgrunn i at vi ikke avsto kravet fordi diagnosen var fibromyalgi. Det vi så på var derimot i hvilken grad plagene virket inn på ervervsevnen. Vi krevde imidlertid i disse sakene god medisinsk dokumentasjon. Det var ikke uvanlig å innhente flere medisinske uttalelser".

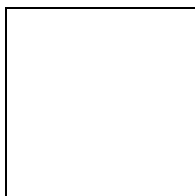
Men også de saksbehandlerne som oppgir at lovendringen medførte mindre endringer, peker på endringer i form av faglige diskusjoner internt i kontoret og at rådgivende lege oftere ble konsultert. Det ble også stilt strengere krav til den medisinske dokumentasjon. Også disse saksbehandlerne kommenterer at nevnte faktorer førte til noen flere avslag i forhold til kvinner og at flere ble innvilget med gradert pensjon. Særlig unge og middelaldrende ble vurdert strengere når det gjaldt attføring og behandling:

"Forskriften om at sykdomsbegrepet skulle være anerkjent i medisinsk praksis og at det skulle være medisinsk enighet. Dette førte nok oftere til avslag. Etter juni 1991 ble vi strengere med hensyn til den medisinske dokumentasjon. Det ble oftere innhentet spesialisterklæringer og rådgivende lege ble benyttet oftere. For øvrig er praksis som tidligere".

Svarene og kommentarene tyder på at innstramningen har hatt betydning, men kanskje ikke så stor som tidligere antatt. Det er noe overraskende at så mange svarte at innstramningen medførte mindre endringer eller ingen endring i praksis i det hele tatt. Flere peker på at mange kvinner med "diffuse" lidelser, bl. fibromyalgi, fikk avslag, særlig i 1992/93. Dette er i overenstemmelse med de løpende avslagstallene som viste at nesten 50 pst. fikk avslag i denne perioden. I enkelte fylkestrygdekontor kan dette også ha vært høyere.

Det er også grunn til å fremheve at saksbehandlerne peker på at den praksisomlegging som skjedd viste seg å være noen streng, særlig overfor eldre søkere. Dette la grunnlag for endring av praksis, bla som følge av trygderettsavgjørelser og nedgang i avslag blant enkelte grupper seinere. I tillegg går det frem av kommentarene at det har skjedd markerte endringer i saksbehandlingsmåten.

Et annet aspekt ved kommentarene det kan være grunn til å merke seg, er at utgangspunktene for fylkestrygdekontorene, kan se ut til å ha vært ganske ulike. Noen har hatt behov for relativ sterk omlegging når de nye reglene ble iverksatt, mens andre allerede var på linje med de nye reglene, enten fordi de hadde justert sin praksis i forkant eller i lenger tid ført en praksis som var konsistent med de nye reglene. Av saksmengdeopplysningene i tabell 12, som dekker perioden 1988-96, går det frem at andel behandlede saker som ble avslått, steg sterkt i perioden 1988-92 i enkelte fylkestrygdekontorer. Mens i andre er det bare mindre endringer i avslagsprosenten. Dette kan være en indikasjon på det saksbehandlerne sier, om at noen fylkestrygdekontor justerte sin praksis betydelig, mens andre ikke gjorde eller så seg nødt til dette. Dette vil da også ha betydning for utvikling i avslag senere. Likeså at praksis mellom fylkene er forskjellig.



6.2.6. Ble målsettingen med innstramningen i 1991, oppnådd ?

Som beskrevet foran var målsettingen med lovendringen i 1991 å begrense tilgangen av nye uførepensjonister igjennom å regulere de medisinske vilkår for tilståelse av uførepensjon. Avgrensning av sykdomsbegrepet ble sett som en viktig premis for et arbeidslinja skulle bli førstevalget. Det ble pekt på viktigheten av å motvirke tendensene til at sosiale eller mer generelle livsproblemer gjøres til helseproblemer og "medikaliseres". I attføringsmeldinga St m nr 39 1991-92 side 8, ble det hevdet at det var nødvendig å utvikle et trygdesystem som forbeholdes personer med klare helse- og funksjonsproblemer. Det er denne formuleringen vi har nyttet i spørsmålet nedenfor:

Tabell 13

Målsettingen med innstramningen i de medisinske vilkår har bl.a. vært å forbeholde uførepensjonen for de med "klare helse- og funksjonsproblemer". Blir denne målsettingen etter din oppfatning nådd?(spm 3.5)

Ja	Ja, delvis	Nei	Vet ikke
6	29	7	6

Flertallet av saksbehandlerene svarer "ja, delvis", men noen svarer også klart "ja". Omtrent like mange svarer "nei" og "vet ikke".

De som svarte "ja" refererte til høye avslag i saker med diffust innhold eller ga kommentarer som gikk på at regelverket hadde blitt mer komplisert : Eksempler på kommentarer fra disse var:

"Avslagsfrekvensen er høy i "myalgi, fibromyalgi"-saker. Det samme gjelder diagnosen nervøse lidelser og diagnosen alkoholisme/narkomani, psykososiale problemer".

De 29 saksbehandlerene som svarte "ja, delvis" oppga at det var vanskelig å si at målsettingen ble fullt ut oppnådd når mange med diffuse lidelser ble tilstått uførepensjon. De pekte også på ulike "vridningsmekanismer" som bidro til at effektene av innstramningene ble modifisert eller svekket over tid. Jf. følgende tre kommentarer:

"Bare delvis, fordi vi opplever at legene finner andre diagnoser/forsterker sine uttalelser ved anke og saken blir dermed omgjort".

"Stort sett tror jeg det nettopp er de med klare helse og funksjonsproblemer som tilstås uførepensjon. Imidlertid ser det ut til at bare man "står på" - og opparbeider seg en lang "trygdekarriere" - så tilstår trygderetten pensjon til slutt".

"I mange tilfeller blir ikke attføring/arbeidstrening gjennomført i tilstrekkelig grad. Medlemmet blir noen ganger "kasteball mellom t-etat og a-etat" og ender etter en tid opp med uførepensjon."

De som svarte "nei" på spørsmålet ovenfor, pekte på synkende avslagsprosent og at mange med diffuse lidelser nå fikk uførepensjon samt påvirkning fra leger. Det ble også gitt uttrykk for at innstramningstiltakene ga mest effekt i begynnelsen og at utviklingen har gått i mer liberal retning seinere, bl. a fordi det kan være vanskelig å endre en lenge innarbeidet praksis. Innstramningene vanskeliggjøres også, blir det hevdet, ved at endringer i lov og forskrifter ikke er tilstrekkelig avklarende. Følgende sitater kan illustrere dette:

"Jeg har vanskelig for å tro det. Grunngir dette med økende tilgang til uførepensjon, lavere avslagsprosenter, bedømmelser fra kanskje mer liberale rådgivende leger m.v".

“Målsettingen synes å være nådd i meget liten grad. Det innvilges mange krav om uførepensjon med diagnoser uten vesentlige objektive funn, f.eks fibromyalgi, muskelsmerter osv. Men disse skal jo selvsagt heller ikke utelukkes. Jf. lovens § 12-6 tredje ledd (og politiske signaler)”.

“Målsettingen vurderes i meget liten grad oppfylt. Vanskelig, nærmest umulig å stramme inn en mer liberal praksis som har fått hevd. Skjønnsmessige, ikke objektive kriterier kan tolkes i mange retninger. Brukere/brukerorganisasjoner, media samt Trygderetten bidrar til opprettholdelse av tidligere praksis”.

"Reelt og i ettertid ser vi at forsøk på innstramning ikke har ført til noen endringer i praksis som igjen har ført til resultatmessig mindre tilgang til uførepensjon selv om forsøk i starten (1991-93) på noe strengere tolking av lov forskrift medførte nok noen flere avslag i disse årene”.

Når det gjelder spørsmålet om saksbehandlernes syn på om målsettingen med lovendringen i 1991 er nådd, svarte de fleste “ja”, men det er mange forbehold i kommentarene. Det pekes på færre avslag, at mange med diffuse lidelser tilstås uførepensjon og at en målsettingen om å forbeholde uførepensjonen for personer “med klare helse- og funksjonsproblemer” er vanskelig å oppnå. Det som kanskje særlig er interessant i denne sammenheng, er at saksbehandlerne gir uttrykk for en rekke vridningsmekanismer som bidrar til at lovgivers intensjoner med lovendringen er vanskelig å oppnå eller svekkes over tid. Disse har dels med premissleverandørene å gjøre (behandlende lege, samarbeidet mellom etater). F.eks. at behandlende lege finner andre diagnoser eller forsterker sine uttalelser i forbindelse med ankesak. Tilsvarende funn er gjort i ander undersøkelser, f.eks. i L.Getz’ undersøkelse av “almenpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid”, der det pekes på ulike mestringsstrategier i legeerklæringen og at at legene kan innta ulike roller (konsulent-advokat) (L.Getz 1994 side144). Selv om behandlende lege ikke er den som formelt avgjør uførepensjonssaker, vil legens medvirkning/utalelse ofte ha stor betydning for trygdesakens utvikling og utfall (Legen og trygden 1989, side 5, Hatland 1995 side 43).

I tillegg peker saksbehandlerne på medlemmet selv som presser på eller forhold ved atfføringsopplegget som gjør at søknaden blir innvilget til slutt I tillegg nevner saksbehandlerne at det kan være vanskelig å snu en etablert liberal praksis eller at praksis vil falle tilbake til tidligere tiders mer liberale praksis etter en tid. Her peker saksbehandlerne på at uførepensjonen er et skjønnspreget område der lov og forskrift vil kunne tolkes ulikt. Også i denne sammenheng blir det pekt på betydningen av Trygderettens praksis som trygdeetaten må forholde seg til.

Ved avgjørelse av krav om uførepensjon er det en rekke forhold som kan gi opphav til at sakene behandles ulikt. Ett forhold er at beskrivelsen av fakta, særlig legens vurderinger, kan være beheftet med informasjonsproblemer. Ofte har legen lite annet å holde seg til enn medlemmets egen vurdering og opplevelse. Viktige eksempler på diagnosegrupper der pasientens egenvurdering er den viktigste kunnskapskilden for legen er nevrososer og muskelssmerter (Hatland 1995 side 16). Når det skal avgjøres om uførepensjon skal tilstås eller ikke, må lovbestemmelsene

anvendes på sakens fakta. Også da er det en rekke forhold som skal veies imot hverandre som også kan komme ut ulikt ut fra sak til sak. Nok et forhold som kan bidra til variasjon i tildelingen kan være at de ulike fylkestrygdekontorene praktiserer "veiviserrollen" ulikt (Hatland 1995 side 23).

Disse egenskapene ved uførepensjonsordningen kan bidra til at innstramninger modifiseres eller forsvinner over tid. Med kan også generere variasjon i praksis mellom de organer som avgjør uførepensjonssaker. Regionale analyser av tall for søknader og avslag, (tabell 14) viser signifikant variasjon avslag mellom fylkestrygdekontorene. I analysen har vi tatt med søknader begrunnet med "lettere psykiske lidelser", "alkoholisme, narkomani" samt fibromyalgi. Dvs. de sakene som i særlig grad var i fokus ved innstramningen i 1991 og senere. Tallene gjelder avgjorte søknader i 1996 og 1997.

Tabell 14

Avgjorte søknader, tilgang, avslag. Uførepensjon 1996 og 1997. Kvinner og menn. Utelukkende med nevroseser, personlighetsforstyrrelser, alkoholisme, narkomani og fibromyalgi.

Feil! Ugyldig kobling.

1. Diagnose er kodet etter ICD-9 = "Nevroseser, personlighetsforstyrrelser" = 300-302,305-316, V11,V40, "alkoholisme, narkomani" = 303-304, "myoapati, fibromyalgi" = 729.

6.2.7. Om krav til attføring/rehabilitering

For å konkretisere ytterligere hvilke endringer i praksis/saksbehandlingen saksbehandlerne mener har skjedd, har vi stilt spørsmål om endringer i saksbehandlingen når det gjelder kravet om rehabilitering/attføring og utredningen av de medisinske forhold. Vi stilte først følgende spørsmål:

Tabell 15

Mener du at kravene om at "hensiktsmessig behandling/attføring" skal være forsøkt, blir utredet på annen måte enn tidligere ? (Spm. 4.2).

<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Vet ikke</i>
35	8	5

Flertallet av saksbehandlerne svarer positivt på spørsmålet

Saksbehandlerne påpeker at kravet om "hensiktsmessig behandling/attføring" blir utredet grundigere og tidligere. Fokus på tidlig oppfølging av sykmeldte har ført til at det tidlig i sykmeldingsfasen utredes tiltak som kan føre personen tilbake til arbeidslivet. Dette har ikke bare betydning for en "riktigere" kanalisering til alternative ytelser, men også betydning for utredning av uføresaken senere. Dette er til hjelp ved avgjørelse av uførepensjonskravet. En uttalelse illustrerer dette:

"Sakene vert følgt opp på eit tidlegare tidspunkt som følgje av den fokus som er sett på oppfølging av sjukmelde. Det har imidlertid heile tida vore stillt strenge krav til at føremålstenleg behandling/attføring skal vera forsøkt/gjennomført. Det vert likevel ei anna vurdering fordi ein kjem tidleg inn oppfølging og derfor har fleire og bedre verkemiddel å sette inn for å få vedkommende attende i arbeid. Vi kan såleis seia at vi har ei grundingare, riktigare og vidare vurdering om høve til attføring når uførepensjonskravet føreligg".

Saksbehandlerne gir også uttrykk for at rådgivende lege i større grad uttaler seg om attføringspotensiale og at rådgivende lege blir brukt i større grad. Likeså at det kreves mer av medlemmet mht aktiv innsats. Det blir også gjort grundigere arbeid i sykepengeperioden, både mot arbeidsgiver i form av bedriftsintern attføring, mot legen og mot arbeidskontoret. Langt flere saker kanaliseres til rehabiliteringspenger/yrkesmessig attføring.

Det kommer også frem at samarbeidet med andre etater er bedret. Selv om arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten i praksis har en noe ulik oppfatning av hva som er hensiktsmessig behandling/attføring (for syk til arbeid - for frisk til trygd) blir det hevdet at bedret samarbeid etatene i mellom har ført til bedre resultat og at etatene i fellesskap finner den "riktige" løsningen. Også samarbeid med sosialkontorene fører til bedre avklaring av hvilken ytelse som er den rette. Men det blir også pekt på at det kan være vanskelig å få arbeidskontoret til å utrede flere muligheter for attføring og at arbeidskontoret har andre prioriteringer enn trygdeetaten:

"Legene er blitt mye flinkere til å anslå restarbeidsevne, og muligheter for å utnytte denne. Dessverre ser det ut til at A-etaten legger mye større vekt på medlemmets egenoppfatning over begrensninger - slik at konklusjonen oftest blir at det ikke er hensiktsmessig med attføring - selv om legen har påpekt at det finnes en restarbeidsevne. Dette gir en tendens til kasteballeffekt - i og med at FTK krever at

restarbeidsevnen skal utprøves, mens A-etaten er motvillig til å utprøve folk som egentlig ønsker seg uførepensjon”.

Dem som har svart “nei” (8) på spørsmålet ovenfor, peker først og fremst på svikt fra a-etaten og manglende funksjonsbeskrivelser i legeerklæringene. Noen mener at det i realiteten ikke blir gjort noe mer enn tidligere når det gjelder yrkesmessig atføring, “kanskje mindre”. Disse saksbehandlerne gir uttrykk for at det virker som om a-etaten benytter “lettvinløsninger”. Dvs. at medlemmet sendes til arbeidsutprøving i bedrifter med få egnede utprøvningsiltak. Resultatet er da ofte gitt og atføringstiltak anses ikke hensiktsmessig.

Saksbehandlerne peker også på det forhold at arbeidsmarkedsetaten har fått større ansvar for yrkesmessig atføring, har medført andre måter å behandle sakene på i a-etaten. Tidligere fikk de en forespørsel og ga et standard svar, ofte om at de ikke hadde noe å tilby. Nå får de saken og er forpliktet til å vurdere den mer seriøst. Trygdekontoret oversender også langt flere saker til a-etaten for å få utprøvd restarbeidsevne og mulighetene for lønnet arbeid. Fylkestyngdekontoret stiller også større krav til uttalelse/ atføringsopplegg fra a-etaten. Men trygdeetaten er, ifølge saksbehandlerne syn, ikke alltid enig i at forsøk på hensiktsmessig atføring er forsøkt i tilstrekkelig grad, selv om a-etaten mener de ikke kan gjøre mer. Saksbehandlerne kommenterer vedrørende samarbeidet med arbeidsmarkedsetaten avspeiler konflikter i målsettinger og oppgaver mellom de to etatene. Yrkesmessig atføring som nå arbeidsmarkedsetaten har ansvar for kjennetegnes av at man skal betjene både hensynet til arbeidsgiverne og søkeren samtidig. Dette kan bety at det oppstår samarbeidsproblemer nettop om grupper med sammensatte problemer som trenger koordinert bistand. Dette reiser spørsmål om modeller i atføringsarbeidet og om atføring til ordinært arbeid bør være målsettingen for alle yrkeshemmede. Jf. artikkel i Rehabiliteringsmagasinet Bris 2/98

6.2.8. Om utredningen av de medisinske forhold

Når det gjaldt de medisinske forhold, har vi stilt følgende spørsmål:

Tabell 16

Synes du at utredningen av de medisinske forhold ved søknad om uførepensjon, har endret seg i perioden 1991-96 ? Ubesvart=1 (Spm 5.1).

<i>Ikke forbedret seg</i>	<i>Forbedret seg noe</i>	<i>Blitt vesentlig bedre</i>	<i>Vet ikke</i>
3	30	10	4

Også når det gjelder dette spørsmålet, mener flertallet at saksbehandlingen har forbedret seg. 30 sier at den er “noe forbedret” og 10 at saksbehandlingen har blitt “vesentlig bedre”. Bare 3 av saksbehandlerne hevder at den ikke er forbedret.

De som hevder at den er bedre, peker på følgende :

- Det foregår i større grad samarbeid mellom etaten og leger
- Erklæringene fra behandlende leger har blitt vesentlig bedre og gir bedre funksjonsbeskrivelser enn tidligere
- Legene er trukket inn i direkte samarbeid i f.eks. atferingsutvalg, basisgrupper o.l.
- Aktive treningsopphold blir benyttet i større grad enn tidligere

I tillegg blir det pekt på at rådgivende leger/overleger blir nyttet i større grad enn tidligere. Flere saker forelegges rådgivende lege og spesialist. Økt informasjon om hva legen skal legge vekt på i legeerklæringen og hva som bør være med, har bedret legeerklæringene. Flere presiserer imidlertid betydningen av at trygdefunksjonærene får klart frem i henvendelsen til legen hva de ønsker opplysninger om:

“Jeg synes generelt at erklæringen fra mange leger er blitt “bedre” i løpet av dette tidsrommet. Legene har blitt flinkere til å gi funksjonsbeskrivelser, altså uttale seg om hva søkeren kan og ikke kan med hensyn til arbeidsinnsats. Dette gjør det lettere for saksbehandler å ta stilling til utførelse.”

Saksbehandlerne hevder også at innskjerpingen av de medisinske vilkår har ført til at primærlegene foretar flere undersøkelser, henviser mer til spesialister for å være sikker på at vedkommende har fått tilstrekkelig behandling. De medisinske forhold blir i større grad utredet i forhold til både opprinnelig yrke og i forhold til andre (lettere) yrker.

Det blir også påpekt at flere rådgivende leger kan også ha ført til bedre medisinske uttalelser fra behandlende leger.

De få (3) som svarer at saksbehandlingen ikke har forbedret seg peker på at sakene alltid har vært godt medisinsk utredet eller at de ikke har observert endringer:

“Kan ikke se at de medisinske utredninger har forbedret seg generelt. Enkelte leger er imidlertid bedre enn andre. Det brukes standard legeskjema. Disse har ikke endret seg på flere år. Kanskje dette er grunnen?”

Uansett oppfatninger om forbedringer av saksbehandlingen er det mange av saksbehandlerne som kommenterer at gode funksjonsbeskrivelser ofte mangler og at slike ofte må innhentes i tillegg til den tidligere innhentede legeerklæringen.

“Det er stadig et problem at konkrete funksjonsvurderinger er dårlige eller mangler helt i mange legeerklæringer. Også de rådgivende leger synes å svikte her.”

Det blir også pekt på at bedre spørsmål fra trygdekontorene har resultert i bedre legeerklæringer. Likeså har den generelle informasjonen fra trygdekontoret bidratt til dette. Dette har ført til at legene er bedre oppdatert på folketrygdlovens vilkår for rett til uførepensjon, og vet hva som bør beskrives for at trygdeetaten kan fatte riktige vedtak. Erklæringene gir også bedre funksjonsbeskrivelse enn tidligere, samt gir fyldigere vurderinger mht muligheter for å gjenoppta arbeid.

“Vi har jobbet mye med at legene skal gi både medisinske opplysninger og ikke minst en funksjonsvurdering i forhold til aktuelle yrket. Funksjonsvurdering var sjelden å finne i legeerklæringer tidligere. Det er fortsatt mangelfullt i noen saker - men dette jobbes det aktivt med for å få forbedret”.

Det blir også pekt på at det er et problem at de rådgivende leges standpunkt ofte foreligger uten begrunnelse og at mange rådgivende leger kan være svært knappe i sine svar.

“Legene er klar over kravet til uførhet i ethvert arbeide og konkluderer ofte med 100 pst. uførhet. Forslag til tiltak- rehabilitering/attføring vurderes i liten grad. Klar funksjonsbeskrivelse mangler ofte”.

Noen peker på at legeerklæringen er svært varierende - særlig på grunn av stor utskifting av leger i fylket. Dette gjelder først og fremst de nordligste fylkene.

I en del kommuner i fylket er legesituasjonen vanskelig, og det er stor gjennomtrekk av leger, bl.a. benyttes en del utenlandske leger. Kvaliteten på legeerklæringene fra disse, kan i en del tilfelle bli dårligere fordi de ikke kjenner pasientene tilstrekkelig, og derfor må basere seg på journal, det pasienten selv sier, samt kanskje bare en enkelt konsultasjon”

En kommentar av noe annen karakter fra saksbehandlerne er at legene tilpasser legeerklæringen til kravene fra søkeren slik at innvilgelse kan skje:

“Ikke mulig å generalisere. Noen leger har fattet poenget med å vurdere funksjonsevna i forhold til aktuell jobb og eventuelt annet høvelig arbeid. Andre leger kan stille seg på pasientens side/ønske om UP og vurdere "helt arbeidsufør" uten at dette er skikkelig begrunnet ut fra funn/funksjons- innskrenkninger/behandling/attføring mv”.

Saksbehandlerne svar og kommentar gir et klart inntrykk av at det har skjedd betydelige endringer ved saksbehandlingen de siste årene. Dette har både bidratt til endringer i søknadsmengde- og sammensetning. Samtidig får vi et klart inntrykk av at det fortsatt er potensiale for tiltak og forbedringer på enkelte områder. Ut fra saksbehandlerne kommentarer er det særlig grunn til å peke på forbedringspunkter knyttet til samarbeidet med a-etaten og behandlende lege og rådgivende lege.

6.2.9. Tiltak og forbedringspunkter

Gjennom saksbehandlerne svar får vi et klart inntrykk av at det har pågått en relativt betydelig snuoperasjon i de seinere år. For å få frem forslag til forbedringer m.v har vi stilt følgende spørsmål:

Hvis du mener at saksbehandlingen ikke har forbedret seg eller bare forbedret seg noe, beskriv hva som kan gjøres for å forbedre den (spm 4.7).

Saksbehandlerne peker på flere områder for forbedringer:

- opplæring

Mange fokuserer på ytterligere kvalifisering av saksbehandlere i trygdeetaten. Dette gjelder ikke bare i forhold til lovforståelse og tolkning av medisinske uttalelser, men like mye i opplæring og utvikling av evner/kunnskaper i det å kunne samhandle med premissleverandører m.v. som er med på å legge grunnlaget for vedtaket, inkludert medlemmet.

- veiviserrollen

Det er svært viktig at saksbehandlere er bevisst på "tidlig-oppfølging" og ser uføresaken som en del av denne. Dersom oppfølgingen har fungert godt, vil uføresaken i seg selv kunne være enkel. Trygdekontoret og arbeidskontoret bør også bli flinkere til å dokumentere utredninger og tiltak som har vært gjennomført.

Veiviserrollen har også å gjøre med motivasjon og krav til medlemmet. Ifølge saksbehandlerne bør aktivitetskravet til medlemmet skjerpes: Mer bruk av aktiv sykmelding, arbeidstrening mv., også ved ventetid, blir nevnt som sentrale tiltak. Det er også viktig å styrke motivasjonsarbeidet i forhold til rehabilitering/attføring og at legen støtter opp om dette. Krav om uførepensjon bør ikke fremmes før det er avklart at behandling/attføring ikke vil føre fram.

- bruk av behandlende lege

Videre hevder peker mange på betydningen av å stille mer konkrete og relevante spørsmål til behandlende lege om hvordan sykdommen art og grad innvirker på arbeidsevnen og ikke om medlemmet fyller vilkårene for uførepensjon. Det er også viktig at behandlende lege på et tidlig tidspunkt beskriver det totale sykdomsbildet. Standardbrevene til legene er også et område som bør forbedres, ifølge saksbehandlerne. Presisering av spørsmål gjelder også i forhold til søkeren. Ofte mangler viktige opplysninger i saker som må innhentes av fylkestyngdekantoret når de vurderer uføresaken.

- bruk av rådgivende lege

Det kommer også frem at saksbehandlerne mener at det fortsatt er rom for økt bruk av rådgivende lege - særlig i sykepengefasen - da muligheten for tilbakeføring til arbeidslivet er størst. Også i forhold til rådgivende lege er mer konkrete og presise spørsmål av stor viktighet. Saksbehandlerne gir likevel uttrykk for at det stadig blir lenger mellom hver uføresak der rådgivende lege først er involvert i etterkant av at krav om uførepensjon er fremsatt. Aktiv sykmelding blir fremholdt som et verdifullt tiltak. I enkelte fylker arbeides med å få til retningslinjer for samarbeid mellom trygdekontoret og rådgivende leger.

Noen hevder også at det er et problem at rådgivende leger har ulike syn/vurderinger på tilsynelatende like tilfeller. Det er derfor behov for tiltak for å få større likhet i

rådgivende legers vurderinger med tanke på å motvirke muligheter for forskjellsbehandling. Det blir også pekt på problemer som et resultat av sprik i de medisinske konklusjoner fra behandlende lege og/eller spesialist. En ettertenksom kommentar lyder:

“Jf. bl. a. det som er sagt ovenfor om funksjonsbeskrivelser. Det må ellers nevnes at det i en god del saker er sprik i de medisinske konklusjoner. Ofte har f.eks. spesialist eller sykehuslege en "strengere" konklusjon enn behandlende lege. (Er det f.eks. i ettertid vanskeligere for en behandlende lege å bli konfrontert med pasienten om en negativ konklusjon i hans trygdesak ? Blir han derved lettere "advokat" for pasienten ?) Eller er det rett og slett slik at det er behandlende lege som kjenner sin pasient best, slik det av og til hevdes ? I så fall kunne saksbehandlingen antagelig gjøres raskere og mer effektiv. I alle fall er det en kjensgjerning at utredningen av enkelte saker kan ta svært lang tid. Da kan det være vanskelig å forhold seg til hovedmålsettingen om kortest mulig saksbehandlingstid.”

Det blir også pekt på behov for retningslinjer for fremlegg til rådgivende lege tidlig i rehabiliteringsfasen i visse typer saker, f.eks. som gjelder unge mennesker og/eller diagnoser. Rådgivende lege kan derved bidra til å styre den medisinske utredningen samt bidra til hensiktsmessig behandling og attføring. Ifølge saksbehandlerne kan dette muligens hindre en del langvarige, sprikende, mislykkede attføringsopplegg som igjen fører til uførepensjonering. Det blir også nevnt at Rikstrygdeverkets overlegekontor har en oppgave i forhold til samkjøring av praksis og krav til kompetanse.

- arbeidsmarkedsetaten

Det bør jobbes mer tverrfaglig når det gjelder trygdeetatens forhold til arbeidsmarkedsetaten - og oppfatningen av når hensiktsmessig attføring er forsøkt i tilstrekkelig grad. Likeså bør basisgruppenes vurderinger/begrunnelser bedres.

Arbeidskontorene bør også gi bedre tilbakemelding til trygdeetaten om attføringsklientene, bl.a. ved å legge ved attføringsplan, opplyse om hva som er utprøvd, hvorfor planlagte tiltak ikke gikk samt oppgi hvorfor alternativer ikke er aktuelle.

6.3. Oppsummering

Formålet med å sende ut et spørreskjema til saksbehandlere som avgjør uførepensjonssaker var å få ideer til hvilke faktorer som bidrar til nedgang i avslag. Nedgangen i avslag gjelder særlig kvinner som søker uførepensjon begrunnet i psykiske lidelser og “myalgi, fibromyalgi”. Svarene og kommentarene fra saksbehandlere, gir et klart inntrykk av at vi må lete etter årsakene til nedgang i avslag blant flere faktorer. En systematisering av de forhold saksbehandlerne nevner som viktige for nedgangen i avslag etter 1992, viser at nedgangen i avslag har å gjøre med to hovedfaktorer: endringer i søkersammensetningen samt ulike typer av administrative forhold.

Når det gjelder søkersammensetningen peker saksbehandlerne på flere forhold som kan ha bidratt til nedgangen i avslag. Økt sysselsetting blant kvinner, har medført at stadig færre vurderes som kombinert yrkesaktive eller som helt hjemmearbeidende. Som yrkesaktiv er det lettere å få tilstått uførepensjon. Økt yrkesaktivitet blant kvinner vil derfor være en faktor som sammen med andre, kan ha bidratt til nedgangen i avslag blant kvinner. Et annet aspekt ved endringer i søkersammensetningen som kommer frem, er økt pågang fra eldre med svak utdanningsbakgrunn samt med bakgrunn i tungt arbeide, enten som industriarbeider eller dobbeltarbeidende i hjemmet. Ved søknad om uførepensjon blir attføring eller omskolering ofte sett på som lite hensiktsmessig og uførepensjon tilstås. Vi får også et klart inntrykk av at saksbehandlerne mener, at en relativt betydelig dreining i saksbehandlingsrollen ("veiviserrollen" m.v.), også har påvirket søknadsmengde og den type søknader som ender som krav om uførepensjon.

Når det gjelder administrative årsaker til nedgangen i avslag gir saksbehandlerne uttrykk for at det har skjedd en praksisdreining i trygdeetaten, overfor enkelte grupper. Fibromyalgikjennelsen i 1994 og Trygderettens praksis, har bidratt til en justering av praksis i trygdeetaten. Dette har skjedd til tross for lovendringen i 1995 og RTV's signaler om å opprettholde den praksis som gjaldt etter innstramningen i 1991.

Det kommer også frem at kravene til "attføring", særlig overfor eldre søkere, etterhvert har blitt praktisert mer lempelig. Dette har skjedd etter diskusjoner i trygdeetaten og etter som en vant erfaring med innstramningene i 1991.

Saksbehandlernes synspunkter og kommentarer gir også innsyn i andre typer "mekanismer" som kan gjøre det problematisk å opprettholde en restriktiv praksis. og at intensjonene med en innstramning kan svekkes over tid. De peker på at det i seg selv kan være vanskelig å endre en innarbeidet praksis, utover en kortvarig periode der innstramningen er i sterkest fokus. Men også at endringer i legens rolle i retning av å innta en "advokatrolle" samt at press fra søker selv, kan bidra til en lignende effekt. Saksbehandlerne peker på at regelverket i seg selv gir rom for vide fortolkninger. Uførepensjones karakter av en sterkt skjønnspreget ytelse vil ikke bare kunne medføre at innstramning over tid, kan modifieres, men også at det vil kunne oppstå systematisk variasjon i praksis mellom fylkene. I følge saksbehandlerne kommentarer kan det se ut til at fylkene hadde ulike utgangspunkt da innstramningen ble iverksatt og at innstramningene derfor kan ha blitt møtt ulikt fra fylke til fylke. De markerte forskjeller i tildelingsresultat i søknader om uførepensjon begrunnet i psykiske lidelser og "myalgi, fibromyalgi", tyder på at det fortsatt kan være variasjon i fylkene mht praktiseringen av dagens regelverk.

Resultatene peker i retning av at det er flere mekanismer som bidrar til at det kan være vanskelig å innføre og opprettholde strengere regler over tid samt å utvikle et "anvendbart sykdomsbegrep for trygdemessige vurderinger", slik hensikten var. Resultatene retter oppmerksomheten både mot selve uførebegrepet og mot Trygderettens rolle.

7. Diskusjon og konklusjon

7.1. Diskusjon

I denne rapporten har vi lagt frem løpende tall for utviklingen i søknader, avslag og tilgang for perioden 1992-98. Disse viser at økningen i uførepensjoneringen (tilgangen), er et resultat av at flere søker, men også at færre får avslag. Nedgange i avslag gjelder i første rekke kvinner med psykiske lidelser og sykdommer i skjelettmuskelsystemet. For å få frem ideer til å forklare nedgangen i avslag blant kvinner etter innstramningen i 1991, har vi innhentet synspunkter fra erfarne saksbehandlere i uførepensjonssaker.

Utsendelse av spørreskjema til saksbehandlere i trygdeetaten, koblet til observasjoner i løpende statistikk, kan gi nyttig informasjon om aktuelle spørsmål og gi innspill til nye problemstillinger som det kan være aktuelt å gå videre på. Det knytter seg imidlertid usikkerhet, som tidligere nevnt, til om svarene er representative for øvrige saksbehandlere og om de oppfatninger saksbehandlerne gir uttrykk for kommer til uttrykk i den faktiske praksis.

Når det gjelder spørreskjemaene, har vi mottatt minst et skjema fra hvert av fylkestrygdekontorene/trygdekontor med storkontorfullmakt. I enkelte enheter har flere, opptil 3 saksbehandlere besvart skjemaet. I disse tilfellene er det overensstemmelse mellom svarene. De opplysningene vi fikk om de deltagende saksbehandlerne bakgrunn, tyder også på at de saksbehandlerne som har besvart skjemaene har lang erfaring fra trygdeetaten og i behandling av uførepensjonssaker. De fleste har arbeidet med uførepensjonssaker i hele den perioden vi har vært opptatt av.

Til tross for klare begrensninger vil vi peke på/diskutere enkelte observasjoner.

7.1.1. Om innstramningen i 1991

Utgangspunktet for denne rapporten var å finne frem til årsaker til nedgangen i avslag, etter 1992. Innføringen av strengere regler i 1991, siktemålet om å opprettholde det strengere "regimet" og målsettingene om reduksjon/stabilisering av tilgangen av nye uførepensjonister, medførte forventning om at andel avslag i årene som fulgte, ville ligge om lag på samme nivå.

Nedgangen i avslag etter 1992 kan være et resultat av flere forhold - som det kan være vanskelig å skille fra hverandre.. Endringene i regler og praksis etter 1992 må også ses i lys av endringer i tiden før.

Før iverksettelse av innstramningen i de medisinske vilkår i 1991, ble det også innført flere mindre endringer, bl.a. strengere krav til attføring for personer under 35 år m.v. Allerede før dette endret Trygderetten sin praksis og stilte strengere krav til

behandling/attføring for tilståelse av uførepensjon. Trygderettens signaler gjaldt ikke bare unge, men var ment som en generelt strengere praktisering av vilkåret om attføring/rehabilitering - også i forhold til eldre personer. Det er rimelig å tro at trygdeetaten fulgte opp dette og at trygdeetaten endret sin forvaltning allerede før de regelendringene som fulgte.

Det er også grunn til å peke på at "attføring" ble innført som innsatsområde i trygdeetaten allerede i 1990. Før dette var "rett ytelse" et innsatsområde og en sentral debatt i trygdeetaten. Veiviserrollen og en mer restriktiv praktisering av vilkårene for tilståelse av uførepensjon, var derfor sannsynligvis et faktum allerede før innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 og før innføring av arbeidslinja i Attføringsmeldingen (1992).

Fylkestyrgdekontorenes saksmengdestatistikk (jf. tabell 1 og 2) for denne perioden viste en sterk nedgang i antall behandlede saker, særlig fra 1989 til 1990 mens antall avslag økte svakt frem til 1990. I 1991 og 1992 økte også antall avslag. Saksmengdestatistikken tyder således på at den viktigste virkningen i denne perioden lå på søkersiden ved at flere avsto fra å søke uførepensjon og/eller ble kanalisert til alternative ytelser.

Som vist foran kulminerte avslagsprosenten i 1992. De mer restriktive reglene vedrørende de medisinske vilkår som ble innført i 1991 bidro til at flere fikk avslag og til at antall avslag gjorde et markert hopp nettopp fra 1991 til 1992. Dette kom sannsynligvis som en virkning av innstramningen i de medisinske vilkår i 1991. Men også som et resultat av innstramningen i de ervervsmessige forhold.

Det er først fra 1992 vi kan splitte avslagstallene mellom kjønn. Det går da frem at det er en markert forskjell i avslagsprosenten mellom kvinner og menn. Dette kan tyde på at nedgangen i søkermassen årene forut, var særlig sterk blant kvinner. Likeså at også økningen i antall avslag var høyere, eller i hovedsak gjaldt kvinner.

Det må ses i sammenheng med at de mer restriktive medisinske vilkår som ble innført i 1991, fikk særlige konsekvenser for kvinner. Svarene fra saksbehandlerne peker også på at det i denne perioden (1992/93) ble avslått mange saker, særlig blant kvinner med skjelettmuskellidelser med manglende objektive funn. Dette er også i overensstemmelse med registeropplysningene som viste at opp mot 50 pst. av søknadene begrunnet i fibromyalgi, ble avslått i 1992/93. Også når det gjelder saker vedrørende alkoholisme, narkomani var det svært høye avslagstall. Saksbehandlerne peker også på endringer i saksbehandlingen som økt bruk av rådgivende lege samt større krav til kvaliteten ved den medisinske dokumentasjon.

Svarene fra saksbehandlerne, i spørreskjemaet, kan tyde på at økningen i antall avslag ikke bare var et resultat av innstramningen i de medisinske vilkår, men kom også som et resultat av endringen i de ervervsmessige vilkår 1. januar 1992. Denne endringen har i mindre grad enn innstramningen i de medisinske vilkår vært gjenstand for diskusjon og oppmerksomhet, men har i realiteten hatt stor betydning for praktisering av uførepensjonsordningen. Endringen var i første rekke rettet mot selvstendige næringsdrivende, men fikk også stor betydning for arbeidstakere. Særlig har kvinner med arbeide i helsesektoren, blitt trukket frem som en gruppe der

reglene fikk uheldig utslag. Endringen medførte nok flere avslag, men fikk sannsynligvis størst betydning i forhold til stopp av uførepensjon.

Overraskende mange av saksbehandlerne har gitt uttrykk for at innstramningen i de medisinske vilkår bare resulterte i mindre endringer. Det kan derfor tyde på at innstramningen ikke har hatt så stor betydning som tidligere antatt. Dette understøtter en antakelse om at den markerte nedgangen i tilgangen ikke bare var et resultat av innføring av de strengere medisinske vilkårene, men av flere regelendringer som ble iverksatt nært opp til hverandre i tid samt en endret forvaltning av uføresøknadene som startet tidligere.

Implementeringen av endringene i de medisinske vilkår har sannsynligvis også skjedd ulikt fra fylke til fylke. Saksbehandlerne gir uttrykk for at det kan ha vært klare variasjoner i hvordan innstramningen i de medisinske vilkår, ble møtt. Kommentarer tyder på at enkelte fylkestyngdekantor allerede før innstramningen, førte en praksis som var på linje med endringene i de medisinske vilkår. Mens andre kommentarer pekte på at det var behov for relativt betydelige endringer. Saksmengdeopplysningene (tabell..) viser også at enkelte fylkestyngdekantor hadde en meget sterk økning i andel søknader som ble avslått, i perioden 1988-92. I andre er det relativt små endringer.

Tidligere har en undret seg over at tilgangen av nye uførepensjonister begynte å gå ned allerede fra 1988 og før innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 samt at nedgangen i perioden 1988-92, ble bemerkelsesverdig stor (T. Bjerkedal 1994 side 21). Men den sterke nedgangen i uførepensjoneringen i perioden 1988-92 må ses i sammenheng med både en sterk nedgang i søkermassen og etterhvert en økning i avslag. Innstramningen i de medisinske vilkår var imidlertid bare en av flere regelendringer som bidro til denne utviklingen. I tillegg kom en endring i forvaltningen som et resultat av et "ideologiskifte" i trygdeetaten når det gjaldt utføring. Virkningene av denne fikk størst utslag på søkermassen, kom før innstramningen i 1991 og gjaldt ikke bare yngre grupper.

7.1.2. Nedgang i avslag - kvalitetssvikt eller ny administrativ praksis?

Når det gjelder bakgrunnen for nedgangen i avslag etter 1992 har saksbehandlerne bragt opp en rekke faktorer som kan kaste lys over de prosesser som har bidratt til nedgang i avslag blant kvinner 1992. Som nevnt må dette betraktes som observasjoner som må verifiseres igjennom eventuelle ytterligere undersøkelser. Datamaterialet gir heller ikke grunnlag for å avgjøre hvilke som har størst betydning.

Sammenfattet kan en si at de momentene som nevnes, dels er knyttet til endringer i ulike administrative forhold og dels endringer i søkersammensetningen.

Endringene i den administrative praksis består i flere elementer og er knyttet både til

a) resultater av diskusjoner i trygdeetaten

- b) signaler i forbindelse med omgjøringer av ankesaker i Trygderetten og prinsippkjennelsen om fibromyalgi
- c) utvidelse av saksbehandlerrollen i uførepensjonssaker samt
- d) virkninger av tidsbegrensningen på rehabiliteringspenger
- f) ulike "institusjonelle" forhold som vanskeliggjør endringer i praksis

Ad a) Resultater av diskusjoner i trygdeetaten

For det første kan saksbehandlerne kommentarer tyde på at det var behov for å justere en relativt restriktiv praksis etter innstramningen - ihvertfall i enkelte fylkestyngdekantor. Observasjon av variasjon i avlagsprosenten innenfor fylker førte til diskusjon av praktiseringen av kravene om "hensiktsmessig rehabilitering/attføring" overfor ulike grupper og til justering av praksis i mildere retning. Dette kunne føre til en mer realistisk vurdering av "når toget var gått" og "når nok var nok" i forhold til utprøving av rehabilitering/attføring. Etaten fikk erfaring med at behandling/attføring ikke alltid brakte pasientene tilbake til arbeidslivet. Praksis ble derfor endret, særlig i forhold til eldre personer. Om man da har lært av erfaring eller blitt snillere kan selvfølgelig diskuteres.

I denne sammenheng kan det også være grunn til å peke på at Trygderetten mot slutten av 1980-tallet og før iverksetting av regelen om strengere krav til attføring overfor unge personer, endret praksis i strengere retning når det gjaldt behandlings- og attføringsvilkåret. Den strengere praksis gjaldt ikke bare yngre personer (som nevnte lovforslag som var rettet mot personer under 35 år), men gjaldt også personer over denne alder. Hvis trygdeetaten også endret praksis etter dette, vil det også ha oppstått behov for justeringer seinere (Øye 1994, også gjengitt i NOU 17:1990, side 212).

Ad b) Signaler i forbindelse med omgjøringer av ankesaker i Trygderetten og prinsippkjennelsen om fibromyalgi

Resultatene fra spørreundersøkelsen kan også tyde på at omgjøringen av ankesaker i Trygderetten og prinsippkjennelsen i 1994, bidro til at fibromyalgi og lignende tilstander i større grad ble akseptert som varig sykdom og som funksjonsnedsettende. Trygdeetaten justerte sin praksis etter dette. Dette er den sannsynlige bakgrunnen for den sterke nedgangen i avslag for kvinner med fibromyalgi. Som vist foran lå andel avslag blant kvinner i fibromyalgisaker på et høyt nivå i 1992 og 1993 (47 pst.). Fra og med 1994 har avslagsprosenten falt. Nedgangen er særlig markert fra 1995 og var i 1997 28,3 pst. i slike saker. Bakgrunnen er en sterk økning i antall søkere, men likevel går antall avslag ned. Et annet forhold som også kan ha bidratt til denne utviklingen er at det ble liggende en del fibromyalgisaker i påvente av prinsippkjennelsen som ble innvilget etterpå. Se nærmere om dette i 6.1.4.

Et annet moment saksbehandlerne nevner, er at Trygderetten omgjør ankersaker vedrørende reglene om de ervervsmessige vilkår, som ble iverksatt i 1992. I 1997 kom en unntaksbestemmelse som ga hjemmel for å fravike hovedregelen om at

uføregraden skal fastsettes på grunnlag av medlemmets inntektstap, når dette er til gunst. Men endringer i trygdeetatens praksis skjer før dette som et resultat av signaler fra trygderetten. Ifølge saksbehandlerne, foregrep Trygderetten endringen. Dvs. at også på dette området skjer det endringer i Trygderettens praksis, som trygdeetaten justerer seg etter.

Ad c) Utvidelse av saksbehandlerrollen i uførepensjonssaker samt

Saksbehandlerne peker videre på at det har skjedd en relativt betydelig utvidelse av saksbehandlingsrollen (veiviserrollen) i uførepensjonssaker i løpet av 1990 årene. Dette har også hatt betydning for avslagsutviklingen, både ved at de saker som realitetsbehandles som uførepensjonssaker er bedre utredet og forberedt og til at søkere i sterkere grad henvises til alternative ytelser.

Men behandlings- eller attføringstiltak vil ikke være vellykket for alle. Noen vil derfor søke uførepensjon på ett seinere tidspunkt og vil da ofte være berettiget til uførepensjon fordi behandling/ attføring er forsøkt. Dette vil være nok en faktor som bidrar til nedgangen i avslag.

Det er også mange av saksbehandlerne som peker på at legene i visse saker kan handle strategisk ved sette alternative diagnoser. L. Getz m.fl. har vist at behandlende leger kan utvikle ulike typer av mestringsstrategier i situasjoner der vedkommende lege mener at uførepensjonen, bør være beste løsning (L. Getz, S. Westin 1994 side 1436). I den grad dette faktisk skjer vil det kunne bidra til nedgang i avslag og til at eventuelle anker omgjøres.

Ad d) Virkninger av tidsbegrensningen på rehabiliteringspenger

Også tidsbegrensningen på rehabiliteringspenger bidro til en ekstraordinær sterk søking, hvorav mange ble tilstått uførepensjon. Dette har bidratt til nedgang i avslag. Denne effekten var særlig sterk i 1994, ca. ett år etter lovendringen.

Ad f) Ulike "institusjonelle" forhold som vanskeliggjør endringer i praksis

Et annet forhold saksbehandlerne er opptatt av, har mer institusjonell eller kulturell karakter. Flere peker på at det kan være vanskelig å endre en innarbeidet liberal praksis som har fått hevd eller at en falle tilbake til tidligere tiders mer liberale praksis, til tross for at intensjonen er å opprettholde en restriktiv praksis. Slike forhold vil også kunne bidra til nedgang i avslag og være en faktor som kan være med på å forklare at det kan være vanskelig å stramme inn eller at praksis over tid vil kunne gli tilbake i gamle spor.

Når det gjelder endringer i søkersammensetningen peker saksbehandlerne særlig på økning i søkere med psykiske lidelser, alkoholisme/narkomani, med sosiale problemer samt søkere med lidelser i skjelettmuskellsystemet. Dette er også i overensstemmelse med registeropplysningene. Disse viser at den aller sterkeste

økningen i perioden 1993 til 1997 har kommet blant søkere med ("alkholisme, narkomani).

I tillegg til dette peker saksbehandlerne særlig på økt yrkesaktivitet blant kvinner. Uttalelser fra mange saksbehandlere tyder på at dette er en viktig endring i søkersammensetningen i de seinere år. Dette fremgår også av opplysninger fra Rikstrygdeverktets registre (tabell 5).

Det forhold at flere blir vurdert som yrkesaktive bidrar til at uførepensjon lettere tilstås og nedgang i avslag. Men økt yrkesaktivitet kan bidra til økt uførepensjonering på flere måter. Bl.a. vil økt yrkesaktivitet kunne medføre at mer "marginale" grupper trekkes ut/forblir i arbeidsmarkedet. Dette vil kunne øke grunnlaget for at flere søker uførepensjon. Likeså kan sykeligheten/uførhet forsterkes på grunn av trekk ved de jobbene som kvinner går inn i (T. Bjerkedal 1996 side 43) og ved at økt yrkesaktivitet blant kvinner i seg selv kan bidra til at flere blir klar over sine rettigheter.

Tabell 7

Tilgang av nye uførepensjonister. 1987 og 1995. Bare kvinner etter vurderingsgrunnlag.

	Antall		Pst.	
	1987	1995	1987	1995
Yrkesaktive	11 467	10 178	61,7	76,5
P. yrkesaktive	1 565	610	8,4	4,5
Kombinerte	3 818	1 309	20,8	9,8
Hjemmearbeidende	828	210	4,4	1,5
uoppgitt	905	992	4,8	7,5
Ialt	18 583	13299	100	100

Kilde: Utredningsavdelingen, Pensjonsøkonomikontoret, RTV. Foreløpig lar det seg ikke gjøre å fremskaffe mer oppdaterte tall.

Innledningsvis stilte vi spørsmål om nedgangen i avslag skyldes endringer i administrativ praksis og/eller om nedgangen har å gjøre med at kvaliteten og beslutningsgrunnlaget i uførepensjonssaker ikke er tilfredsstillende. Det som har kommet frem her, er at nedgangen er forårsaket av flere forhold som har trukket i samme retning. Disse er dels knyttet til endringer i søkersammensetningen, dels et resultat av ulike administrative og institusjonelle faktorer, herunder en dreining av praksis overfor enkelte grupper. I følge saksbehandlerne har det skjedd markerte endringer i saksbehandlermåten. Samtidig nevnes også områder der kvaliteten kan forbedres.

7.1.3. Fibromyalgikjennelsen - liberalisering?

Den praksisdreining saksbehandlerne nevner ser ut til å ha kommet til tross for signaler om ikke å endre praksis.

I fibromyalgikjennelsen uttalte Trygderetten seg om mange sider vedrørende behandlingen av uførepensjonssaker, bl.a. at en må regne fibromyalgi som en alvorlig kronisk lidelse som er høyst reell og funksjonsnedsettende og som vil kreve bredspektrede tiltak fra både helse-, sosial- og trygdeapparatet. Generelt sett var kjennelsen et signal om at den syntes at trygdeetaten hadde lagt til grunn en for restriktiv praksis for enkelte med diagnosen fibromyalgi. Hvilken betydning kjennelsen ville få for praksis i uførepensjonssaker var derfor et spørsmål.

Som påpekt foran ble det hevdet at trygdeetaten tidligere også hadde akseptert fibromyalgi som sykdom, men at Trygderetten så ut til å anse fibromyalgi for en mer alvorlig lidelse med større grad av funksjonsnedsettelse enn den praksis som ble fulgt av trygdeetaten til da. Særlig i de tilfellene hvor det ikke var mulig å fremskaffe behandlings- eller attføringstiltak. Overfor eldre syntes også Trygderetten å anlegge et mer liberalt sykdomskrav enn trygdeetaten.

Lovendringen i 1995 der de medisinske vilkår ble endret på nytt, ble iverksatt med sikte på å stoppe en liberalisering som kunne komme som en følge av kjennelsen i Trygderetten. Departementet var redd for at kjennelsen kunne bli retningsgivende for den fremtidige praksis og svekke kravet om varig sykdom og funksjonsnedsettelse samt det s.k. årsakskravet. Bestemmelsen om "bred medisinsk enighet" i saker uten objektive funn, ble fjernet fordi bestemmelsen ble oppfattet som kvinnediskriminerende. Med innføring av hovedårsakslæren og varighetskravet formulert direkte i loven, ble det derimot signalisert at hensikten ikke var liberalisering, men avklaring uten at dette skulle medføre noen endring i forhold til gjeldende regelverk. Departementet anså det som påkrevet å begrense uførepensjonen til personer som på grunn av varig sykdom og funksjonsnedsettelse ikke kan være i inntektsgivende arbeid. Rikstrygdeverket fulgte opp dette ved å signalisere at fibromyalgikjennelsen ikke ga grunnlag for noen vesentlig dreining i praksis (Melding til kap. 8 Nr. 4/95).

Ut fra det saksbehandlerne sier og utviklingen i avslagstallene er det grunn til å tro at praksis ved behandling av uførepensjonssaker likevel er endret i retning av den rettsoppfatning som kom til uttrykk i fibromyalgikjennelsen og at denne over tid, har blitt tatt til følge. Dette har skjedd til tross for lovendringen i 1995 og Rikstrygdeverkets rundskriv. Flertallet av saksbehandlerne gir uttrykk for at kjennelsen har hatt en viss betydning for endring av praksis i fibromyalgisaker slike saker. Noen gir også uttrykk for praksisendringen i liberaliserende retning har vært betydelig. I kommentarene til disse svarene blir det også oppgitt at det ble ført en praksis før 1994 som medførte at få med fibromyalgi fikk uførepensjon, men at trygderettskjennelsen i 1994 førte til at fibromyalgi ble oppfattet som sykdom og praksis lagt om etter dette. Disse observasjonene er også i overensstemmelse med avslagstallene for kvinner som viser at andelen som fikk avslag med fibromyalgi, har gått sterkt ned, særlig fra 1995.

Trygderetten hevdet også i fibromyalgikjennelsen, at det må kreves relativt mye før behandlings- og atferdsmulighetene kan anses uttømt. Men forutsetningen er at det faktisk foreligger realistiske behandlings- og/eller atferdsmuligheter. Hvis dette ikke foreligger synes det klart at Trygderetten i kjennelsen mener at uførepensjon kan innvilges. Det saksbehandlerne kommenterer i tillegg til at fibromyalgi nå i større grad aksepteres som sykdom, er at behandlingstilbudene ofte er mangelfulle og at dette har medført at uførepensjon istedet tilstås.

Ifølge RTV's kommentarer til fibromyalgikjennelsen blir det også påpekt at Trygderetten i fibromyalgikjennelsen mente at kravet til sykdom ikke er stort for eldre arbeidstakere og at Trygderetten således ikke var særlig opptatt av utstøtning og avgang fra arbeidslivet før ordinær pensjonsalder (Notat av 5.1.1995). Det som også kommer frem i spørreundersøkelsen, er at det har foregått en praksisdreining overfor eldre søkere, mens praksis overfor yngre personer er som før. Spørsmålet er om også Trygderettens holdning her, kan ha bidratt til endringer i trygdeetatens praksis. Dette innebærer flere elementer ved Trygderettens praksis kan ha bidratt til en dreining av trygdeetatens praksis og nedgang i avslag.

Til tross for intensjonene i lovendringen i 1995 og signalene fra RTV om status quo i praksis, ser det ut til at det har skjedd en utvidelse av uførebegrepet igjennom

Trygderettens praksis - som trygdeetaten har fulgt opp - dels med utgangspunkt i prinsippkjennelsen om fibromyalgi og dels igjennom Trygderettens praksis i ankesaker.

7.1.4. Trygderettens rolle - bidrag til økning i uførepensjonering ?

En dreining i den administrative praksis i uførepensjonssaker gir grunnlag for å dvele litt ved Trygderettens status. Ikke minst når dette skjer tross for forsøk på styring igjennom ny lovgivning som tar sikte på å opprettholde det mer restriktive regimet fra innstramningen i 1991. Det har vært hevdet at Trygderetten er en eiendommelig krysning mellom domstol og forvaltningsorgan. Kjønstad karakteriserer den som "som et forvaltningsorgan med sterkt domstolpreg". Som domstolene er den et uavhengig organ som ikke kan instrueres av regjering eller departement. Den har rettskyndige medlemmer og saksbehandlingen er mye lik domstolenes. En forskjell er mulighetene til å avgi prinsipielle uttalelser om spørsmål som skal være retningsgivende for praksis.

Det har vært delte meninger om hvilken vekt Trygderettens praksis skal tillegges. Kjønstad hevder at Trygderettens kjennelser må tillegges ganske stor vekt. Han peker også på at Rikstrygdeverket legger stor vekt på Trygderettens kjennelser og at flere kjennelser tidligere har ført til nye rundskriv med nye retningslinjer. Årsakene til at Rikstrygdeverket tillegger en kjennelse betydning ut over den enkelte sak er rettsikkerhetsprinsipper om likebehandling. Hvis det kun var de som anket som fikk rett til ytelse i en viss situasjon ville det stride mot likebehandlingsprinsippet (Saksbehandling i trygdesaker, Kap. 21 side 71).

Ole Erik Øye har i gjennom undersøkelse av kjennelser i Trygderetten vist at viktige endringer i gjeldende rett tidligere har skjedd igjennom en gradvis utvikling i Trygderettens praksis. Ifølge Øye har Trygderettens praksis blitt mer liberal, især når det gjelder sykdom som vilkår for uførepensjon. Trygderetten har i første rekke rettet oppmerksomheten mot ervervsevnen, mens sykdomsvilkåret har kommet i bakgrunnen. I tilfeller hvor de medisinske funn har vært sparsomme, har tvilen ofte kommet medlemmet til gode, f.eks. i saker med diffuse lidelser (Kjønstad 1992 side 211). Kjønstad peker på at en mer liberal holdning i trygdeetaten og Trygderetten - særlig når det gjelder sykdomsvilkåret - ganske sikkert har medvirket til den sterke økningen i antall uførepensjonister på slutten av 1980-årene (Kjønstad 1992 side 212). Spørsmålet er om dette nå skjer igjen til tross for ny lovgivning.

Tidligere har uførepensjonsordningen stort sett hvilt på en lovgivning som ikke ble endret. Rettsutviklingen skjedde først og fremst igjennom Trygderettens kjennelser og Rikstrygdeverkets rundskriv. Igjennom en rekke innstramningstiltak i 1990-årene har Regjering og Storting ønsket å styre utviklingen på uførepensjonsområdet ved hjelp av lovendringer m.v. I praksis kan det se ut til at Trygderetten har større gjennomslagskraft en Rikstrygdeverkets rundskriv og ny lovgivning.

7.1.5. Utvidelse av uførebegrepet - nytter det å stramme inn ?

Det ser altså ut til at det har skjedd praksisendringer dels som resultater av diskusjoner i trygdeetaten etter at det er vunnet erfaring med de nye reglene, dels på grunn av praksisendringer i Trygderetten som trygdeetaten må forholde seg til.

I tillegg til dette peker saksbehandlerne på en rekke faktorer som gjør at lovgivernes intensjoner om innstramning blir vanskelig og bidrar til at presset på ordningen vil øke på sikt. Slike mekanismer kan være knyttet til press fra søkeren selv, fra premissleverandørene f.eks. behandlende lege som taler pasientens sak, setter andre diagnoser eller som "smører på" eller fra mer liberale rådgivende leger. Men det kan også ha å gjøre med en "kulturell treghet" som gjør det vanskelig å endre en praksis som har fått hevd eller manglende samarbeid mellom etater som gjør at klientene ikke får hensiktsmessig behandling/utføring til rett tid som gjør at de likevel ender på uførepensjon. Det forhold at regelverket ikke er tilstrekkelig avklarende og består av skjønnsmessige kriterier som kan tolkes i flere retninger, bidrar til det samme.

Aksel Hatland har pekt på at det er flere grunner til at det nødvendigvis vil skje en utvidelse av uførebegrepet igjennom administrativ praksis. Fordi det medisinske sykdomsbegrepet ikke er klart og entydig avgrenset er det ofte vanskelig å stille entydige diagnoser. Likeså gjelder det kravet til årsakssammenheng mellom sykdommen og den nedsatte ervervsevnen som er komplisert og spørsmålet om måling av den nedsatte ervervsevnen. Disse egenskapene ved lovgivningen vil nødvendigvis resultere i påklaging. I og med at det organ som skal overprøve klagen enten er stadfesting eller omgjøring, må resultatet i det lange løp bli en utvidelse og at det blir lettere å få tilstått uførepensjon. Et slikt press i retning av utvidelse ligger dermed innebygd i en uførepensjonsordning som bygger på individuelle rettigheter og adgang til overprøving - og som også kan forsterkes av press utenfra (Nou 1990: 17 side 219). Disse egenskapene ved ordningen er heller ikke endret selv om en har fått nye regler og er også kjent kjent fra andre land (Stone 1984 side 141).

Sosialmedisineren Per Sundbye peker at utformingen av de medisinske vilkår har med både politiske og moralske veivalg å gjøre, men representerer en indirekte, usikker og dårlig måte å håndtere slike spørsmål på fordi det ofte er uenighet om hvordan begrepet uførhet skal forstås, at det ofte knytter seg stor usikkerhet til mange medisinske tilstanders natur og varighet og ved at det vil kunne være uenighet mellom leger. En instramning via de medisinske vilkår vil derfor kunne være et "eksperiment" med klare begrensninger (Per Sundby 1995 side 239, 244).

Selv om saksbehandlerne gir uttrykk for en rekke faktorer som kan bidra til at innstramningene modifiseres over tid, er det grunn til påpeke at det på 1990-tallet er iverksatt en rekke endringer, både på uførepensjonsområdet og på tilstøtende områder. Dette gjør det vanskelig å skille effektene av regelendringene fra hverandre og fra endringer i samfunnsforhold. Det er grunn til å peke på at selv om at vi har observert praksisendringer overfor visse grupper, som har resultert i markert reduksjon i avslag, er det likevel grunn til å peke på at avslagsprosenten ser ut til å ha stabilisert seg på et nivå godt over nivået før instramningene.

Hensikten med innstramningen i de medisinske vilkår i 1991 var å utvikle et anvendbart sykdomsbegrep for trygdemessige vurderinger. Både de “mekanismer” som saksbehandlerne nevner og den betydelige variasjon i tildelingen mellom fylkene når det gjelder de mer “diffuse” lidelsene, kan tyde på at innstramning i det lange løp er problematisk og at mulighetsrommet for skjønn fortsatt er så betydelig at lik praksis er vanskelig å oppnå.

7.2. Konklusjon

Det som kommer frem igjennom denne undersøkelsen er at årsakene til den synkende avslagsprosenten må søkes i administrative endringer samt endringer i søkersammensetningen. En viktig årsak er sannsynligvis praksisendringer i trygdeetaten som gjør at det nå er lettere å få uførepensjon for visse grupper. Det er også pekt på flere faktorer som bidrar til å vanskeliggjøre en innstramning og til at presset på ordningen øker på sikt. Disse forholdene forhindrer ikke at det i tillegg må trekkes inn forhold i arbeidslivet eller demografiske forhold, når den økende uførepensjonering skal forklares.

Press i retning av utvidelse av uføreordningen igjennom administrativ praksis ligger innebygd i ordningen. Adgang til overprøving og avgjørelser i Trygderetten som trygdeetaten må forholde seg til. Men det er også press i forbindelse med praksisendringer i trygdeetaten - etter som en vinner erfaring med nye regler. Utvidelse av ordningen og forhold som bidrar til å svekke innstramningene er ikke noe særnorskt fenomen, men er et resultat av uførebegrepets status som en høygradig skjønnspreget ytelse.

Veiviserrollen har sannsynligvis også resultert i at avslagsproblematikken blir mindre viktig enn tidligere og til at det vil være problematisk å sammenligne avslagsprosenten over tid. En nedgang i avslag trenger heller ikke nødvendigvis være dramatisk ut fra dette. Endringer i den administrative praksis har blitt trukket frem som viktige årsaker til økt pensjonering av uføre tidligere, og vil kunne være det på nytt. Undersøkelsen gir grunnlag for å peke på behov for mer systematiske undersøkelser av både praksisendringer i trygdeetaten, Trygderettens rolle samt årsakene til den økningen i uførepensjoneringen i de seneste år.

Vedlegg

Tabell 1

Avgjorte søknader om uførepensjon og søknader pr. 1000 ikke uførepensjonerte i befolkningen i årene 1992-1998.

Kjønn/År	Søknader	"Ikke uførepensjonister"	Pr. 1000 "ikke uførepensjonister"
Begge kjønn			
1992	26 117	2 583 958	10,1
1993	24 033	2 597 624	9,3
1994	28 397	2 616 769	10,9
1995	29 941	2 629 066	11,4
1996	29 319	2 640 665	11,1
1997	33 399	2 650 656	12,6
1998	39 670	2 669 429	14,9
Kvinner			
1992	13 252	1 254 735	10,6
1993	12 135	1 261 224	9,6
1994	14 954	1 271 082	11,8
1995	16 176	1 277 143	12,7
1996	15 857	1 282 576	12,4
1997	18 063	1 287 418	14,0
1998	22 103	1 293 991	17,1
Menn			
1992	12 866	1 329 223	9,7
1993	11 898	1 336 400	8,9
1994	13 443	1 345 687	10,0
1995	13 765	1 351 923	10,2
1996	13 462	1 358 089	9,9
1997	15 336	1 363 238	11,3
1998	17 567	1 375 438	12,8

Tabell 2

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 3

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 4

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 6

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 7

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 8

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 9

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 10

Feil! Ugyldig kobling.

Tabell 2.**Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-97.****Uførepensjon.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	13 252	12 135	14 954	16 176	15 857	18 063
menn	12 866	11 898	13 443	13 765	13 462	15 336
Søkertlb.						
kvinner	10,6	9,6	11,8	12,7	12,4	14,03
menn	9,7	8,9	10,0	10,2	9,9	11,25
Tilgang						
kvinner	10 119	9 553	11 902	13 299	13 186	15 170
menn	10 936	10 341	11 576	12 006	11 746	13 194
Avslag						
kvinner	3 133	2 582	3 052	2 877	2 671	2 893
menn	1 930	1 557	1 867	1 759	1 716	2 142
Av.pst.						
kvinner	23,6	21,3	20,4	17,8	16,8	16,0
menn	15,0	13,1	13,9	12,8	12,7	14,0

Tabell 3.

Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96.

Uførepensjon.

"Sinns lidelser" (ICD-9=290-319).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	2 484	2 484	3 058	3 374	3 261	3 888
menn	2 550	2 331	2 817	3 013	3 021	3 623
Søkertlb.						
kvinner	1,98	1,97	2,41	2,64	2,54	3,02
menn	1,92	1,74	2,09	2,23	2,22	2,66
Tilgang						
kvinner	1 926	2 037	3 587	2 952	2 804	3 420
menn	1 963	19 30	2 409	2 608	2 607	3 109
Avslag						
kvinner	558	447	471	422	457	468
menn	587	401	408	405	414	514
Av.pst.						
kvinner	22,5	18,0	15,4	12,5	14,0	12,0
menn	23,0	17,2	14,5	13,5	13,7	14,2

Tabell 4
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
"Sykdommer i skjelettmuskelsystemet" (ICD-9=710-739).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	6 036	4 997	6 376	6 856	6 900	7 646
menn	4 015	3 476	3 911	3 918	3 799	4 254
Søkertlb.						
kvinner	4,81	3,96	5,02	5,37	5,38	5,94
menn	3,02	2,60	2,91	2,90	2,80	3,12
Tilgang						
kvinner	4 345	3 653	4 634	5 225	5 437	6 163
menn	3 333	2 898	3 131	3 233	3 203	3 606
Avslag						
kvinner	1 691	1 344	1 742	1 631	1 463	1 483
menn	682	578	780	685	596	648
Av.pst.						
kvinner	28,0	26,9	27,3	23,8	21,2	19,4
menn	17,0	16,6	19,9	17,5	15,7	15,2

Tabell 5
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
Bare "myalgi, fibromyalgi" (ICD-9=729).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Søkertlb.1						
kvinner	1,13	0,95	1,29	1,41	1,42	1,56
menn	0,21	0,17	0,21	0,21	0,23	0,22
Antall søknader						
kvinner	1422	1199	1636	1798	1815	2007
menn	275	232	287	286	311	306
Tilgang						
kvinner	769	636	911	1146	1216	1440
menn	166	141	171	178	226	231
Avslag						
kvinner	653	563	725	652	599	567
menn	109	91	116	108	85	74
Av.pst. 2						
kvinner	45,9	47,0	44,3	36,3	33,0	28,3
menn	39,6	39,2	40,4	37,8	27,3	24,5

Tabell 2.**Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-97.
Uførepensjon.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	13 252	12 135	14 954	16 176	15 857	18 063
menn	12 866	11 898	13 443	13 765	13 462	15 336
Søkertlb.						
kvinner	10,6	9,6	11,8	12,7	12,4	14,03
menn	9,7	8,9	10,0	10,2	9,9	11,25
Tilgang						
kvinner	10 119	9 553	11 902	13 299	13 186	15 170
menn	10 936	10 341	11 576	12 006	11 746	13 194
Avslag						
kvinner	3 133	2 582	3 052	2 877	2 671	2 893
menn	1 930	1 557	1 867	1 759	1 716	2 142
Av.pst.						
kvinner	23,6	21,3	20,4	17,8	16,8	16,0
menn	15,0	13,1	13,9	12,8	12,7	14,0

Tabell 3.

Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96.

Uførepensjon.

"Sinnslidelser" (ICD-9=290-319).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	2 484	2 484	3 058	3 374	3 261	3 888
menn	2 550	2 331	2 817	3 013	3 021	3 623
Søkertlb.						
kvinner	1,98	1,97	2,41	2,64	2,54	3,02
menn	1,92	1,74	2,09	2,23	2,22	2,66
Tilgang						
kvinner	1 926	2 037	3 587	2 952	2 804	3 420
menn	1 963	19 30	2 409	2 608	2 607	3 109
Avslag						
kvinner	558	447	471	422	457	468
menn	587	401	408	405	414	514
Av.pst.						
kvinner	22,5	18,0	15,4	12,5	14,0	12,0
menn	23,0	17,2	14,5	13,5	13,7	14,2

Tabell 4
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
"Sykdommer i skjelettmuskelsystemet" (ICD-9=710-739).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	6 036	4 997	6 376	6 856	6 900	7 646
menn	4 015	3 476	3 911	3 918	3 799	4 254
Søkertlb.						
kvinner	4,81	3,96	5,02	5,37	5,38	5,94
menn	3,02	2,60	2,91	2,90	2,80	3,12
Tilgang						
kvinner	4 345	3 653	4 634	5 225	5 437	6 163
menn	3 333	2 898	3 131	3 233	3 203	3 606
Avslag						
kvinner	1 691	1 344	1 742	1 631	1 463	1 483
menn	682	578	780	685	596	648
Av.pst.						
kvinner	28,0	26,9	27,3	23,8	21,2	19,4
menn	17,0	16,6	19,9	17,5	15,7	15,2

Tabell 5
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
Bare "myalgi, fibromyalgi" (ICD-9=729).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Søkertlb.1						
kvinner	1,13	0,95	1,29	1,41	1,42	1,56
menn	0,21	0,17	0,21	0,21	0,23	0,22
Antall søknader						
kvinner	1422	1199	1636	1798	1815	2007
menn	275	232	287	286	311	306
Tilgang						
kvinner	769	636	911	1146	1216	1440
menn	166	141	171	178	226	231
Avslag						
kvinner	653	563	725	652	599	567
menn	109	91	116	108	85	74
Av.pst. 2						
kvinner	45,9	47,0	44,3	36,3	33,0	28,3
menn	39,6	39,2	40,4	37,8	27,3	24,5

Tabell 2.

**Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-97.
Uførepensjon.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	13 252	12 135	14 954	16 176	15 857	18 063
menn	12 866	11 898	13 443	13 765	13 462	15 336
Søkertlb.						
kvinner	10,6	9,6	11,8	12,7	12,4	14,03
menn	9,7	8,9	10,0	10,2	9,9	11,25
Tilgang						
kvinner	10 119	9 553	11 902	13 299	13 186	15 170
menn	10 936	10 341	11 576	12 006	11 746	13 194
Avslag						
kvinner	3 133	2 582	3 052	2 877	2 671	2 893
menn	1 930	1 557	1 867	1 759	1 716	2 142
Av.pst.						
kvinner	23,6	21,3	20,4	17,8	16,8	16,0
menn	15,0	13,1	13,9	12,8	12,7	14,0

Tabell 3.

Avgjorte søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96.

Uførepensjon.

"Sinnslidelser" (ICD-9=290-319).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	2 484	2 484	3 058	3 374	3 261	3 888
menn	2 550	2 331	2 817	3 013	3 021	3 623
Søkertlb.						
kvinner	1,98	1,97	2,41	2,64	2,54	3,02
menn	1,92	1,74	2,09	2,23	2,22	2,66
Tilgang						
kvinner	1 926	2 037	3 587	2 952	2 804	3 420
menn	1 963	19 30	2 409	2 608	2 607	3 109
Avslag						
kvinner	558	447	471	422	457	468
menn	587	401	408	405	414	514
Av.pst.						
kvinner	22,5	18,0	15,4	12,5	14,0	12,0
menn	23,0	17,2	14,5	13,5	13,7	14,2

Tabell 4
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
"Sykdommer i skjelettmuskelsystemet" (ICD-9=710-739).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Antall søknader						
kvinner	6 036	4 997	6 376	6 856	6 900	7 646
menn	4 015	3 476	3 911	3 918	3 799	4 254
Søkertlb.						
kvinner	4,81	3,96	5,02	5,37	5,38	5,94
menn	3,02	2,60	2,91	2,90	2,80	3,12
Tilgang						
kvinner	4 345	3 653	4 634	5 225	5 437	6 163
menn	3 333	2 898	3 131	3 233	3 203	3 606
Avslag						
kvinner	1 691	1 344	1 742	1 631	1 463	1 483
menn	682	578	780	685	596	648
Av.pst.						
kvinner	28,0	26,9	27,3	23,8	21,2	19,4
menn	17,0	16,6	19,9	17,5	15,7	15,2

Tabell 5
Søknader, tilgang og avslag, etter kjønn i perioden 1992-96. Uførepensjon.
Bare "myalgi, fibromyalgi" (ICD-9=729).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Søkertlb.1						
kvinner	1,13	0,95	1,29	1,41	1,42	1,56
menn	0,21	0,17	0,21	0,21	0,23	0,22
Antall søknader						
kvinner	1422	1199	1636	1798	1815	2007
menn	275	232	287	286	311	306
Tilgang						
kvinner	769	636	911	1146	1216	1440
menn	166	141	171	178	226	231
Avslag						
kvinner	653	563	725	652	599	567
menn	109	91	116	108	85	74
Av.pst. 2						
kvinner	45,9	47,0	44,3	36,3	33,0	28,3
menn	39,6	39,2	40,4	37,8	27,3	24,5

Tabell 2

Feil! Ugyldig kobling.

Feil! Ugyldig kobling.

Feil! Ugyldig kobling.