

Dokument nr. 3:5

(2000–2001)

**Riksrevisjonens undersøkelse om tildeling og utmåling
av hjelpestønad til barn og unge under 18 år**

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:5 (2000–2001) Riksrevisjonens undersøkelse om til-
deling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år.

Riksrevisjonen, 6. november 2000.

For Riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

	Side
1 Innledning	1
2 Oppsummering av undersøkelsen	1
3 Sosial- og helsedepartementets kommentarer	3
4 Riksrevisjonens bemerkninger	4
5 Sosial- og helsedepartementets svar	5
6 Riksrevisjonens uttalelse	6
Vedlegg: Rapport	7

Sosial- og helsedepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse om tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år

1 INNLEDNING

De sosiale velferdsordningene skal gi trygghet mot tap av inntekt og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behovet melder seg – uavhengig av inntekt, bosted og sosial bakgrunn, jf. St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen og Innst. S. nr. 180 (1995–96).

Hjelpestønad er en rettighetsbasert stønadsordning som skal gi økonomisk kompensasjon for særskilt tilsyn eller pleie på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Hjelpestønad er en skattefri ytelse, som i 1999 utgjorde 10 800 kroner pr. år for ordinær hjelpestønad (sats 1). For forhøyet hjelpestønad (sats 2–4), som bare gis til barn og unge under 18 år, utgjør satsene henholdsvis to, fire og seks ganger dette beløpet. Det har de siste ti årene vært en jevn økning i antallet hjelpestønadmottakere blant barn og unge under 18 år, og i 1999 ble det utbetalt mer enn 500 mill. kroner i hjelpestønad til denne gruppen.

Ordningen med hjelpestønad er hjemlet i folketrygdloven kapittel 6. Rikstrygdeverket har utarbeidet et eget rundskriv med utfyllende kommentarer. For å være stønadsberettiget må det foreligge et privat pleieforhold, og hjelpestønad til et barn gis bare for omsorgs- og pleiebehov som friske barn på samme alder ikke har. Forhøyet hjelpestønad (sats 2–4) ytes når det foreligger et vesentlig større behov for tilsyn, pleie og annen hjelp enn det som ordinær hjelpestønad (sats 1) dekker.

Riksrevisjonen har undersøkt i hvilken utstrekning ulikheter i saksbehandlingspraksis, søkertilbøyelighet og eventuelt sykkelighet, kan forklare variasjoner mellom fylkene i tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år.

Riksrevisjonens rapport ble oversendt Sosial- og helsedepartementet ved brev av 30. juni 2000. Rapportens revisjonskriterier og faktadel var tidligere forelagt Rikstrygdeverket, som ikke hadde bemerkninger eller rettelser til det tallmessige faktagrunnlaget. Rikstrygdeverkets kommentarer er i hovedsak knyttet til enkelte sider av det metodiske opplegget for undersøkelsen. Det ble tatt hensyn til Rikstrygdeverkets kommentarer ved utarbeidelsen av den endelige rapporten. Departementet har i brev av 24. august 2000 avgitt uttalelse til de forholdene som er

tatt opp i rapporten. Departementets merknader er gjengitt i punkt 3.

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen er basert på en gjennomgang av dokumenter, statistikk for hele populasjonen, intervjuer med representanter for Rikstrygdeverket, fylkestrygdekontorer og trygdekontorer, samt en vignettundersøkelse. De samme ni sakene (vignettene), som tok utgangspunkt i faktiske, anonymiserte saker, ble distribuert til et utvalg trygdekontorer som behandlet disse etter gjeldende prosedyre. Ved å benytte like saker som behandles på samme måte som ordinære krav, kan eventuelle variasjoner i vedtak og skjønnsutøvelse påvises med relativt stor sikkerhet.

Regelverket på hjelpestønadsområdet gir rom for stor grad av skjønnsutøvelse, og undersøkelsen viser stor variasjon i skjønnsutøvelsen ved behandlingen av like krav om hjelpestønad. Som nevnt over er de samme ni sakene behandlet av trygdeetaten i alle landets fylker. I to av sakene varierer vedtakene fra avslag til tilståelse av høyeste sats. I fire saker sprer fylkenes vedtak seg på tre ulike satser, mens vedtakene i de øvrige tre sakene er fordelt på to alternativer. Inntrykket av uensartet saksbehandling forsterkes ved at det i et flertall av sakene ikke er noe klart tyngdepunkt i vedtakene. Den variasjonen i vedtak som undersøkelsen viser, gjør at det er grunn til å stille spørsmål om trygdeetatens saksbehandling bygger på en rimelig ensartet og sikker skjønnsutøvelse, og om hensynet til likebehandling ivaretas i tilstrekkelig grad.

Fylkesvise variasjoner i antallet hjelpestønadmottakere under 18 år

Krav om hjelpestønad skal sendes trygdekontoret i søkerens bokommune. For søkere under 18 år skal trygdekontoret alltid vurdere kravet i forhold til forhøyet hjelpestønad. Trygdekontoret kan fatte vedtak om avslag, sats 1 eller sats 2. Trygdekontoret skal sende kravet videre til fylkestrygdekontoret dersom trygdekontoret tilstår sats 2 eller tilrår høyere sats.

Fylkestrygdekontoret fatter deretter vedtak om avslag ut over sats 2 eller tilståelse av høyere sats.

Undersøkelsen viser at det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder andelen stønadsmottakere blant barn og unge. Det er i alle fylkene registrert en økning i tildelingen av hjelpestønad i perioden fra og med 1991 til og med 1999, men i hovedsak synes ikke dette å ha jevnet ut forskjellene mellom fylkene.

Ved utgangen av 1999 er det store variasjoner fylkene imellom, også når det gjelder hvordan stønaden er utmålt på de enkelte satsene. Variasjonen er størst når det gjelder ordinær hjelpestønad. Det synes imidlertid ikke å være slik at fylker med et høyt antall mottakere av ordinær hjelpestønad ligger høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder mottakere av forhøyet hjelpestønad. Dette indikerer at det i enkelte fylker kan være lettere å komme inn under ordningen enn i andre fylker. Samtidig synes det som om trygdeenhetene i fylker med en tilsynelatende liberal vurdering av inngangsvilkåret ikke har en mer liberal praksis når det gjelder utmålingen av forhøyet hjelpestønad.

Antallet søknader varierer mye fylkene imellom, men antallet søknader synes ikke alene å forklare variasjonene i tildelingen av hjelpestønad. Det er i hovedsak slik at innvilgelsesprosenten er lav i fylker med høy søkning, mens innvilgelsesprosenten er høy i de fylkene hvor søkningen er lav.

Mottakerne av hjelpestønad fordeler seg i hovedsak på seks diagnosegrupper. Variasjonene mellom fylkene er størst når det gjelder diagnosegruppene «Sykdommer i åndedrettssystemet», «Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer» og «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser». Spesielt store er variasjonene når det gjelder sykdommer i åndedrettssystemet, hvor flere fylker har et antall mottakere pr. 1 000 barn som er fire til fem ganger så høyt som i andre fylker. Selv om det ikke foreligger statistikk over sykkeligheten blant barn, er det grunn til å tro at variasjonene, både med hensyn til tildeling av hjelpestønad og utmåling av sats, er større enn det eventuelle variasjoner i sykkeligheten skulle tilsi. Dette indikerer at det kan være ulik praksis og vurdering fylkene imellom, både i synet på om barn og unge med disse sykdommene fyller inngangsvilkåret for hjelpestønad, og i synet på hvor belastende disse sykdommene er.

Saksbehandlingspraksis

Hjelpestønad er en rettighetsbasert ordning, hvor trygdeetatens vedtak vil kunne ha stor økonomisk betydning for barnet og familien. Vedtaket om hjelpestønad vil ofte gjelde i flere år. Det gjør at de økonomiske konsekvensene av forskjellig valg av sats i tilnærmet like tilfeller, vil være betydelige for den enkelte. For de to sakene i vignettundersøkelsen hvor det både er gjort vedtak om avslag og høyeste

sats, utgjør differansen mer enn 60 000 kroner pr. år. Selv om hjelpestønad er en skjønnsbasert ytelse, noe som gjør at det må påregnes noe variasjon, er variasjonene likevel så store at det er grunn til å stille spørsmål om barn med likeartet omsorgsbehov blir behandlet likt.

Gjennomgangen av trygdekontorenes og fylkestrygdekontorenes begrunnelser i de enkelte sakene, viser at det er ulike oppfatninger av hvilke saksopplysninger som er relevante, og hvordan disse skal vurderes. Eksempler på forhold som er vurdert forskjellig er blant annet hjelpe- og pleiebehovet i forhold til friske barn på samme alder, om det foreligger et privat pleieforhold, familiesituasjonen, avlastningstiltakene og sykdommens alvorlighetsgrad. De store forskjellene i synet på hvilke opplysninger som er relevante, og vektleggingen av disse, bidrar til å forklare den store spredningen i vedtak.

Undersøkelsen viser at hjelpestønadsområdet er lite fokusert i plansammenheng i etaten, og trygdekontorene har opplyst at fylkestrygdekontorene i hovedsak følger dem opp på saksbehandlingstider. Rikstrygdeverket bruker i dag kun et halvt årsverk på dette området.

Rikstrygdeverket har framhevet at prinsippkjennelsene fra Trygderetten er en viktig kilde for erfaringsutveksling i etaten. Undersøkelsen viser imidlertid at disse kjennelsene er lite brukt i saksbehandlingen. Prinsippkjennelsenes betydning for å sikre en ensartet saksbehandlingspraksis i etaten antas å være spesielt stor i en situasjon hvor hvert trygdekontor behandler få saker.

Regelverket på hjelpestønadsområdet ses på som skjønnspreget, både av Rikstrygdeverket og ytre etat. I intervjuene har de fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene uttalt at de opplever det som vanskelig å utøve dette skjønnet, og at det derfor ligger til rette for variasjoner i saksbehandlingen. Til tross for dette er det få som ønsker seg et regelverk med mindre rom for skjønn. Et flertall av de intervjuede mener at variasjonene ikke skyldes utformingen av regelverket i seg selv, men manglende kjennskap til eller forståelse av regelverket.

Intervjuene dokumenterer at det er lite samarbeid mellom fylkene på hjelpestønadsområdet, og det er også forholdsvis begrenset samarbeid mellom trygdekontorer innenfor det enkelte fylket. Saksbehandlerkompetanse bygges stort sett opp gjennom «skulder til skulder»-opplæring og egenopplæring. Selv om de fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene er tilfredse med sin egen kompetanse, savner enkelte kontorer mer samordning av praksisen på området. Når denne typen saker blir behandlet av mange enheter, uten at enhetenes praksis blir sammenlignet og samordnet, er det en risiko for at det etableres en uensartet praksis i behandlingen av slike saker.

En forsvarlig og korrekt saksbehandling forutsetter at nødvendig og detaljert kompetanse blir bygd

opp og vedlikeholdt, blant annet gjennom å behandle et visst antall saker. Nær halvparten av trygdekontorene mottok i 1999 fem eller færre søknader om hjelpestønad, samtidig som det i liten grad er etablert regionsamarbeid på området. For å sikre en ensartet praksis i etaten er det et spørsmål om ikke Rikstrygdeverket bør vurdere hvorvidt vesentlig færre kontorer bør behandle denne typen saker. Rikstrygdeverket bør dessuten forsterke veilednings- og oppfølgingsfunksjonen overfor ytre etat på dette området.

3 SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Sosial- og helsedepartementet har i brev av 24. august 2000 avgitt uttalelse til rapporten.

Departementet synes Riksrevisjonens rapport gir et godt og nyttig innspill til arbeidet med å utvikle sikrere og mer ensartet skjønnsutøvelse i trygdeetaten.

Generelle merknader

Lovbestemmelsen er ifølge departementet utformet slik at det må foretas en rekke skjønnsmessige avveininger når retten til ytelsen blir vurdert. Det gjelder særlig lidelsens art og varighet, og omfanget av det nødvendige tilsyns- og pleiebehovet som sykdommen medfører, sett i forhold til det behovet friske personer i samme aldersgruppe har. Samme diagnose kan gi seg utslag i svært ulike pleie- og tilsynsbehov, også avhengig av hjelpetjenestetilbudet lokalt. Utøvelse av skjønn tilsier konkret og individuell behandling av hvert tilfelle, og muligheten for ulik behandling av tilnærmet like tilfeller er da til stede. Begrunnelsen for å velge en så skjønnspreget utforming av loven og de administrative retningslinjene, er at mer «firkantete» regler vil kunne føre til enda større ulikheter i forhold til formålet med ytelsen.

I forhold til praktiseringen av en så skjønnspreget stønadsordning mener departementet at det er viktig å utvikle gode tiltak, rutiner og hjelpemidler for å sikre mest mulig lik og betryggende behandling av sakene.

Supplerende undersøkelse og handlingsplan

Departementet opplyser at Rikstrygdeverket nå skal følge opp problemstillinger som Riksrevisjonens rapport reiser gjennom en supplerende undersøkelse. Det er ønskelig med mer eksakt kunnskap om hvor og hvordan svikten i saksbehandlingen er, slik at det er mulig å definere kvalitetskrav mer eksplisitt. Internrevisjonen har fått i oppdrag å belyse kvaliteten på etatens behandling av hjelpestønadssaker gjennom en egen utvalgsundersøkelse høsten 2000.

Undersøkelsen skal munne ut i en handlingsplan

for hvordan trygdeetaten skal følge opp etatens behandling av hjelpestønadssaker, med fokus på følgende områder:

- Korrekt saksbehandling og likebehandling
- Definere kvalitetskrav
- Skissere oppfølgings- og kvalitetssikringssystem på ulike nivå i etaten
- Etablere hensiktsmessig organisering av saksbehandlingen
- Vurdere bruken av rådgivende lege i forbindelse med hjelpestønadssaker
- Vurdere om det skal innføres en sjekklister på trygdekontornivå som sikrer at alle relevante opplysninger er sjekket ut

På bakgrunn av internrevisjonens rapport skal Rikstrygdeverket innen utgangen av 2000 utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak for oppfølging av saksbehandlingen på hjelpestønadsområdet. Sosial- og helsedepartementet vil i samråd med Rikstrygdeverket ta stilling til handlingsplanen, slik at den nedfelles i etatens virksomhetsplaner for 2001. Gjennomføringen vil bli fulgt opp i den løpende etatsstyringen.

Bruk av regionale og andre organisatoriske løsninger for behandling av hjelpestønadssaker

Det går fram av Riksrevisjonens rapport at relativt mange trygdekontorer behandler få saker på hjelpestønadsområdet i løpet av ett år, og det er pekt på at Rikstrygdeverket bør vurdere om vesentlig færre kontorer bør behandle denne typen saker.

Regionalisering vil ifølge departementet kunne gi større fagkompetanse og fagmiljø der hvor sakene behandles. Dette vil kunne gi bedre forutsetninger for en kvalitetssikring av saksbehandlingen. På den annen side vil økt regionalisering på hjelpestønadsområdet kunne føre til at kunnskap om søkerens lokale forhold ikke blir tatt med i vurderingene i tilstrekkelig grad.

Departementet opplyser at Rikstrygdeverket vil vurdere regionalisering av saksbehandlingen på dette området. Grunnlaget for vurderingen vil være en rapport om regionalt samarbeid som skal avgis til trygdedirektøren i september i år. Viktige kriterier for gjennomgangen vil være:

- Brukerorientering og behovet for nærhet til og kvalitet i møte med brukeren
- Effektiv oppgaveløsning
- Opprettholdelse av trygdefaglig kvalitet over tid

Departementet vil be Rikstrygdeverket om å prioritere dette tiltaket med sikte på at eventuelle endringer i saksbehandlingsrutinene kan iverksettes i løpet av første halvår 2001.

Andre tiltak for å sikre god kvalitet i behandlingen av hjelpestønadssaker

Uavhengig av undersøkelsen som internrevisjonen skal gjennomføre, viser departementet til at følgende tiltak skal prioriteres i løpet av høsten 2000 og i 2001:

Bruk av statistikk og analyser

Departementet vil i samarbeid med Rikstrygdeverket arbeide videre med et opplegg for bedre statistikk- og analysemateriale for blant annet hjelpestønad til barn og unge under 18 år i løpet av våren 2001.

Standardvedtak

Det er laget nye standardvedtak til alle kapitler i folketrygden. De nye standardvedtakene vil blant annet sikre at saken blir sendt til fylkestyngdekantoret for vurdering mot høyere sats dersom trygdekantoret tilstår sats 2, en praksis som skal sikre at barn og ungdom under 18 år får den stønaden de har krav på.

Opprettelse av referansegruppe

Rikstrygdeverket har opprettet en referansegruppe for grunn- og hjelpestønad med medlemmer fra ytre etat og Rikstrygdeverket. Gruppen skal være en faglig ressursgruppe for trygdeetaten. Gruppen skal initiere nødvendige endringer på de aktuelle områdene, bidra til informasjon, råd og veiledning med sikte på mer ensartet skjønnsutøvelse.

Gjennomgang av rundskriv og opplæringsmateriell

Rundskrivet om grunn- og hjelpestønad er ifølge departementet omfattende. Rundskrivet er ment å tilrettelegge for anvendelse av godt og enhetlig skjønn i saksbehandlingen. Departementet mener at Riksrevisjonens undersøkelse tilsier at det bør foretas en kritisk gjennomgang av rundskrivet. Rikstrygdeverket skal derfor gjøre dette i løpet av første halvår 2001.

Det er utarbeidet et omfattende opplæringsmaterieil (TESO-modul) på hjelpestønadsområdet til bruk i etaten. Rikstrygdeverket skal i løpet av høsten 2000 undersøke nærmere bruken av denne, og om det er behov for endringer.

Aktiv bruk av trygderettskjennelser

En viktig kilde til utvikling av praksis på hjelpestønadsområdet er Trygderettens kjennelser. Disse finnes nå i anonymisert utgave på intranett som vil være tilgjengelig for alle trygdekantorene i løpet av neste år.

Rikstrygdeverket har også sitt eget manuelle prinsippkjennelsesarkiv som er tilgjengelig på papir i etaten. Rikstrygdeverket skal i løpet av høsten 2000 vurdere tiltak som kan fremme aktiv bruk av slike

prinsippkjennelser som kunnskapstilfang i saksbehandling, for eksempel ved at de legges ut på intranett.

Bedre kunnskap hos saksbehandler

Det er ifølge departementet viktig at de ansatte som arbeider med hjelpestønadssaker, har en felles forståelse av grunnleggende begreper, tverrfaglig samarbeid, hvilke saksopplysninger som er relevante, og hvordan disse opplysningene skal vurderes. Rikstrygdeverket vil prioritere denne oppgaven. Det vil bli arrangert kurs og konferanser med fylkene for å oppnå denne målsettingen.

Bedre rettighetsinformasjon

Riksrevisjonens rapport viser at det er store fylkesvise forskjeller i befolkningens tilbøyelighet til å søke om hjelpestønad. Det framgår også av den omtalte rapporten fra Statistisk sentralbyrå at informasjonskanalen for denne stønadsordningen i det vesentlige er i helsetjenesten. Leger og helseinstitusjoner har Rikstrygdeverkets brosjyrer om hjelpestønadsordningen, men undersøkelsen viser at det kan være nødvendig med ytterligere orientering til leger og helsepersonell. Rikstrygdeverket skal innen utløpet av 2000 vurdere behovet for ytterligere informasjon til leger og sykehus, og eventuelt på hvilken måte informasjonen skal gis.

Rikstrygdeverket skal ellers innskjerpe overfor trygdekantorene at de bør informere om hjelpestønadsordningen når foreldre henvender seg til trygdekantoret om andre ytelser, for eksempel tekniske hjelpemidler, bilstønad og omsorgspenger.

Videre oppfølging

På grunnlag av Riksrevisjonens rapport og internrevisjonens supplerende gjennomgang i høst, vil Rikstrygdeverket utforme, og Sosial- og helsedepartementet ta stilling til, en handlingsplan for sikrere og mer ensartet skjønnsutøvelse ved årsskiftet 2000/2001.

Sosial- og helsedepartementet vil følge opp Rikstrygdeverkets gjennomføring av de øvrige administrative tiltakene og virkningen av tiltakene, ved rapportering og statusvurderinger gjennom den løpende etatsstyringen, i første omgang høsten 2000 og våren 2001.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Undersøkelsen viser at trygdeetatens behandling av krav om hjelpestønad til barn og unge under 18 år ikke bygger på en tilstrekkelig betryggende og ensartet skjønnsutøvelse. Riksrevisjonen er tilfreds med at Sosial- og helsedepartementet vil følge opp at Rikstrygdeverket iverksetter tiltak for å sikre en vesentlig bedre forvaltning av ordningen.

Både departementet og Rikstrygdeverket har framhevet at hjelpestønad er en stønadsordning som i høy grad er preget av skjønn. Etter Riksrevisjonens vurdering burde nettopp den skjønnspregede utformingen av regelverket tilsi at det i oppfølgingen av ordningen legges avgjørende vekt på om dette skjønnnet blir forvaltet i tråd med intensjonene. Undersøkelsen viser imidlertid at hjelpestønadsområdet over år er viet liten oppmerksomhet fra departementets og Rikstrygdeverkets side. Manglende overordnet oppfølging og samordning i etaten gjør at det i for stor grad synes å ha vært opp til det enkelte fylkestrygdekontor og trygdekontor å etablere sin egen praksis for tildeling og utmåling av hjelpestønad. Det har som følge av dette, etter Riksrevisjonens vurdering, oppstått et betydelig behov for å iverksette tiltak med sikte på å etablere og sikre en mer ensartet skjønnsutøvelse på dette området.

Riksrevisjonen er i tvil om det innenfor rimelige tids- og ressursrammer vil være mulig å oppnå den nødvendige kvalitetsforbedring og samordning av praksis på området dersom dagens organisering av saksbehandlingen i hovedsak legges til grunn. Det er derfor positivt at Rikstrygdeverket nå vil vurdere bruk av regionale og andre organisatoriske løsninger for å behandle hjelpestønadsaker. For å etablere tilstrekkelig trygghet i oppgaveløsningen, viser undersøkelsen at det er nødvendig med en viss saksmengde på området, noe som tilsier at langt færre trygdeenheter bør behandle denne typen saker. Det er heller ikke i dag slik at alle stønadsområder behandles av alle trygdekontorer. Det antas at det også for hjelpestønad vil være mulig å etablere rutiner som sikrer at alle relevante opplysninger i saken blir innhentet og vurdert, selv om saksbehandlingen skjer noe mer sentralisert.

Av trygdeetatens strategiplan framgår det at sikring av rett ytelse til rett tid er etatens kjerneoppgave, og at etaten skal sikre riktige avgjørelser og lik behandling av like tilfeller. Familier med hjelpetrengende barn må derfor kunne forvente at et krav om hjelpestønad behandles tilnærmet likt, uavhengig av bosted og saksbehandler i trygdeetaten. Vignettundersøkelsen viser at den utmålte stønaden kan variere med mer enn 60 000 kroner i året. Da vedtaket om hjelpestønad som regel vil gjelde for en lengre periode, vil forskjellen i utbetalt stønad til den enkelte familie kunne bli betydelig over år. Riksrevisjonen er derfor enig med departementet i at det ved praktiseringen av en så skjønnspregt stønadsordning er viktig å utvikle gode tiltak, rutiner og hjelpemidler for å sikre mest mulig lik og betryggende behandling av sakene. Riksrevisjonen har merket seg at departementet vil følge opp virkningen av de tiltakene som iverksettes, og mener det nå er viktig at departementet forvisser seg om at de administrative tiltakene faktisk fører til økt likebehandling.

5 SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Sosial- og helsedepartementet som i brev av 10. oktober 2000 har svart:

«Sosial- og helsedepartementet viser til Riksrevisjonens brev av 25. september 2000 vedlagt utkast til Dokument nr. 3:5 om Riksrevisjonens undersøkelse om tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år.

Riksrevisjonens undersøkelse har påvist store variasjoner mellom fylkene når det gjelder andel stønadmottakere blant barn og unge. Det er også store variasjoner fylkene imellom når det gjelder hvordan stønaden er utmålt på de enkelte satsene. Variasjonen er størst når det gjelder ordinær hjelpestønad, og spesielt stor når det gjelder sykdommer i åndedrettssystemet. Gjennom en vignettundersøkelse har Riksrevisjonens undersøkelse vist stor spredning i skjønnsutøvelsen ved behandling av like krav om hjelpestønad.

Sosial- og helsedepartementet ser alvorlig på at familier med funksjonshemmede barn har så ulik tilgang på trygdeytelser som de etter folketrygdloven har rett til. Hjelpestønad kan ha stor økonomisk betydning for en familie, og det er svært viktig å sikre mest mulig lik og riktig utmåling av stønaden. For å sikre like rettigheter er det også nødvendig med god og hensiktsmessig informasjon, slik at familier det gjelder blir klar over hvilke rettigheter de har.

Det skjønnsmessige aspektet ved hjelpestønadsordningen gjør det spesielt viktig å utvikle gode tiltak, rutiner og hjelpemidler for å sikre mest mulig lik og betryggende behandling av sakene. Departementet viser til de tiltak som er og vil bli satt i verk i løpet av høsten 2000 og våren 2001, og som det er redegjort for i brev av 24. august 2000.

Dette gjelder følgende tiltak:

- *Rikstrygdeverket har satt i gang en supplerende undersøkelse som skal gjennomføres av Rikstrygdeverkets internrevisjon, for å få mer eksakt kunnskap om hvor og hvordan svikten i saksbehandlingen er. Dette er nødvendig for å kunne definere kvalitetskrav mer eksplisitt. Undersøkelsen skal munne ut i en handlingsplan for etatens oppfølging av etatens behandling av hjelpestønadsaker innen utgangen av 2000.*
- *Rikstrygdeverket skal vurdere regionalisering av saksbehandlingen på dette området. En overføring av saksbehandlingen til vesentlig færre trygdekontorer vil kunne gi større fagkompetanse og fagmiljø der hvor sakene behandles. Arbeidet med dette tiltaket skal prioriteres slik at eventuelle endringer i saksbehandlingsrutinene kan iverksettes i løpet av første halvår 2001.*
- *Det skal arbeides videre med et opplegg for bedre statistikk- og analysemateriale for blant annet hjelpestønad til barn og unge under 18 år i løpet av våren 2001.*

- Det er utarbeidet nye standardvedtak som blant annet skal sikre at saken blir sendt til fylkestrygdekontoret for vurdering mot høyere sats dersom trygdekontoret tilstår sats 2.
- Rikstrygdeverket har opprettet en referansegruppe for grunn- og hjelpestønad med medlemmer fra ytre etat og Rikstrygdeverket.
- Rikstrygdeverket skal revidere rundskrivet om grunn- og hjelpestønad.
- Trygderettens kjennelser på hjelpestønadsområdet finnes nå i anonymisert utgave på Intranett som vil være tilgjengelig for alle trygdekontorene i løpet av neste år. Rikstrygdeverket skal i løpet av høsten 2000 vurdere tiltak som kan fremme aktiv bruk av prinsippkjennelser som kunnskapstilfang i saksbehandlingen.
- For å sikre bedre kunnskap hos saksbehandlere vil det bli arrangert kurs og konferanser med deltakelse fra alle nivåer i etaten.
- Leger og helseinstitusjoner har Rikstrygdeverkets brosjyrer om hjelpestønadsordningen. Rikstrygdeverket skal vurdere behovet for ytterligere informasjon til leger og sykehus og eventuelt på hvilken måte informasjonen skal gis, innen utløpet av 2000. Rikstrygdeverket skal også innskjerpe at trygdekontorene har plikt til å informere om hjelpestønad når foreldrene fremsetter andre krav eller forespørsel om stønad på grunn av barns sykdom.

Sosial- og helsedepartementet skal ta stilling til handlingsplanen for oppfølging av etatens behandling av hjelpestønadssaker ved årsskiftet 2000/2001. Departementet vil påse at arbeidet med regionalisering av saksbehandlingen blir prioritert i etaten.

Handlingsplanen og de øvrige tiltakene vil bli fulgt opp gjennom den løpende etatsstyringen.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonen konstaterer at det har vært manglende overordnet oppfølging fra både Sosial- og helsedepartementet og Rikstrygdeverket og manglende samordning i trygdeetaten. Dette synes å ha medført at det enkelte fylkestrygdekontor og trygdekontor i for stor grad har etablert sin egen praksis for tildeeling og utmåling av hjelpestønad. Riksrevisjonen har stilt spørsmål om ikke hensynet til forsvarlig saksbehandling og mer ensartet skjønnsutøvelse tilsier at vesentlig færre kontorer bør behandle denne typen saker. Departementet har uttalt at det vil påse at arbeidet med regionalisering av behandlingen av hjelpestønadssaker blir prioritert i trygdeetaten, slik at eventuelle endringer kan iverksettes i løpet av første halvår 2001.

Riksrevisjonen har merket seg at Sosial- og helsedepartementet ser alvorlig på at familier med funksjonshemmede barn har ulik tilgang på trygdeytelser som de etter folketrygdloven har rett til. Riksrevisjonen viser til at dersom den utmålte stønaden ikke står i forhold til den merbelastningen ordningen er ment å kompensere for, vil dette kunne svekke det økonomiske grunnlaget for å yte nødvendig omsorg for barnet. Det er derfor nødvendig at de tiltakene som er og vil bli satt i verk, blir fulgt nøye opp fra departementets side slik at en sikrer mest mulig lik og riktig utmåling av stønaden.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 24. oktober 2000

Bjarne Mørk-Eidem

Tore Haugen

Eivind Eckbo

Helga Haugen

Therese Johnsen

Vedlegg

Rapport

Hjelpestønad til barn og unge under 18 år

Innhold

	Side
Sammendrag	9
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Formål og problemstillinger	11
2 Metoder og gjennomføring	12
3 Revisjonskriterier	16
3.1 Stortingsdokumenter	16
3.2 Dokumenter fra Rikstrygdeverket	16
3.3 Hjelpstønad	16
3.4 Forhøyet hjelpstønad	17
4 Faktagrunnlag	19
4.1 Hjelpstønadmottakere	19
4.1.1 Utviklingen i antallet hjelpstønadmottakere	19
4.1.2 Hjelpstønadmottakere etter fylke	20
4.1.3 Hjelpstønadmottakere etter sats ved utløpet av 1999	21
4.1.4 Variasjoner i antallet hjelpstønadmottakere etter størrelsen på kommunen	23
4.2 Søknader	24
4.2.1 Søknader til trygdekontorene	24
4.2.2 Søknader til trygdekontorene etter fylke	24
4.2.3 Innvilgelser i forhold til søkning	25
4.3 Hjelpstønad etter diagnose	26
4.3.1 Stønadmottakere uten diagnose	26
4.3.2 Hjelpstønadmottakere etter diagnosegrupper	27
4.3.3 Nærmere om de største diagnosegruppene	27
4.4 Saksbehandlingen	31
4.4.1 Vignettundersøkelsen i trygdeetaten	32
4.4.2 Nærmere om de enkelte sakene i vignettundersøkelsen	36
4.4.3 Organisering og ressurser	43
4.4.4 Styring, oppfølging og kompetanse	44
4.4.5 Regelverk	46
4.4.6 Dokumentasjon	49
5 Vurderinger	51
5.1 Generelt	51
5.2 Fylkesvise variasjoner i antallet hjelpstønadmottakere	51
5.3 Saksbehandlingspraksis	52

Sammendrag

Hjelpestønad er en rettighetsbasert stønadsordning som skal gi økonomisk kompensasjon for særskilt tilsyn eller pleie på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Hjelpestønad er en skattefri ytelse, som i 1999 utgjorde 10 800 kroner pr. år for sats 1. For forhøyet hjelpestønad (sats 2–4), som bare kan tilstås personer under 18 år, utgjør satsene henholdsvis to, fire og seks ganger dette beløpet. Det har de siste ti årene vært en jevn økning i antallet hjelpestønadmottakere blant barn og unge under 18 år, og i 1999 ble det utbetalt mer enn 500 mill. kroner i hjelpestønad til denne gruppen.

Krav om hjelpestønad skal sendes trygdekontoret i søkerens bokommune. For søkere under 18 år skal trygdekontoret alltid vurdere kravet i forhold til forhøyet hjelpestønad. Trygdekontoret kan fatte vedtak om avslag, sats 1 eller sats 2. Trygdekontorene skal sende kravene videre til fylkestrygdekontoret dersom trygdekontoret tilstår sats 2 eller tilrår høyere sats. Fylkestrygdekontoret fatter deretter vedtak om avslag ut over sats 2 eller tilståelse av høyere sats.

Tildeling og utmåling av rett ytelse er en grunnleggende oppgave for trygdeetaten. Formålet med denne analysen er å undersøke i hvilken utstrekning ulikheter i saksbehandlingspraksis, søkertilbøyelighet og eventuelt sykelighet, kan forklare variasjoner mellom fylkene i tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år.

Undersøkelsen viser at det er store fylkesvise variasjoner både i tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år, både samlet sett og for de ulike diagnosegruppene. Dette indikerer at det i enkelte fylker kan være lettere å komme inn under ordningen enn i andre fylker. Derimot synes det ikke som om trygdeenhetene i fylkene med en tilsynelatende liberal vurdering av inngangsvilkåret også har en mer liberal praksis når det gjelder utmålingen av forhøyet hjelpestønad. Antallet søknader varierer mye fylkene imellom, men antallet søknader synes ikke alene å forklare variasjonene i tildelingen av hjelpestønad. Det er i hovedsak slik at innvilgelsesprosenten er lav i fylker med høy søkning, mens innvilgelsesprosenten er høy i de fylkene hvor søkningen er lav.

Når det gjelder fylkesvise variasjoner for de enkelte diagnosegruppene, er variasjonene størst mellom fylkene når det gjelder diagnosegruppene «Sykdommer i åndedrettssystemet», «Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer» og «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser». Spesielt store er vari-

asjonene når det gjelder sykdommer i åndedrettssystemet, hvor antallet mottakere i flere fylker er fire til fem ganger så høyt som i andre fylker. Selv om det ikke foreligger statistikk over sykeligheten blant barn, er det grunn til å tro at variasjonene, både med hensyn til tildeling av hjelpestønad og utmåling av sats, er større enn eventuelle variasjoner i sykeligheten skulle tilsi. Dette indikerer at det kan være ulik praksis og vurdering fylkene imellom, både når det gjelder hvorvidt medlemmer med disse sykdommene fyller inngangsvilkåret for hjelpestønad, og i synet på hvor belastende disse sykdommene er.

Undersøkelsen avdekker stor variasjon i skjønnsutøvelsen ved behandlingen av like krav om hjelpestønad. For to av de ni undersøkte sakene varierer vedtakene fra avslag til tilståelse av høyeste sats. Denne forskjellen utgjør mer enn 60 000 kroner i året. Den variasjonen i vedtak som undersøkelsen viser, gjør at det er grunn til å stille spørsmål om hensynet til likebehandling av likeartete saker ivaretas i tilstrekkelig grad.

Gjennomgangen av trygdekontorenes og fylkestrygdekontorenes begrunnelser i de enkelte sakene, viser at det er ulike oppfatninger av hvilke saksopplysninger som er relevante, og hvordan disse skal vurderes. Eksempler på forhold som er vurdert forskjellig er blant annet hjelpe- og pleiebehovet i forhold til friske barn på samme alder, om det foreligger et privat pleieforhold, familiesituasjonen, avlastningstiltakene og sykdommens alvorlighetsgrad. Det synes også å være ulik oppfatning av om praktiske oppgaver, for eksempel renhold, er en del av pleie- og tilsynsoppgavene. De store forskjellene i synet på hvilke opplysninger som er relevante, og vektleggingen av disse, bidrar til å forklare den store spredningen i vedtak.

Rikstrygdeverket har framhevet at prinsippkjennelsene fra Trygderetten er en viktig kilde for erfaringsutveksling i etaten. Undersøkelsen viser imidlertid at disse prinsippkjennelsene er lite brukt i saksbehandlingen. Prinsippkjennelsenes betydning for å sikre en ensartet saksbehandlingspraksis antas å være spesielt stor i en situasjon hvor trygdekontorene primært synes å bli fulgt opp på saksbehandlingstider, og i mindre grad på kvaliteten i saksbehandlingene.

Et flertall av trygdekontorene og fylkestrygdekontorene mener at variasjonene i vedtak beror på manglende kjennskap til eller forståelse av regelverket, som blant annet kan skyldes at kontorene behandler for få saker, manglende opplæring og for lite

erfaringsutveksling. En forsvarlig og korrekt saksbehandling forutsetter at nødvendig og detaljert kompetanse blir bygd opp og vedlikeholdt, blant annet gjennom behandling av et visst antall saker. For å sikre en ensartet praksis i etaten, er det et spørsmål

om ikke Rikstrygdeverket bør vurdere hvorvidt vesentlig færre kontorer bør behandle denne typen saker. Rikstrygdeverket bør dessuten forsterke veilednings- og oppfølgingsfunksjonen overfor ytre etat på dette området.

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

Formålet med hjelpestønad er ifølge folketrygdloven å gi økonomisk kompensasjon til medlemmer for særskilt tilsyn eller pleie på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Hjelpestønad er en skattefri ytelse, som i 1999 utgjorde 10 800 kroner pr. år for sats 1. For forhøyet hjelpestønad (sats 2–4), som bare kan tilstås personer under 18 år, utgjør satsene henholdsvis to, fire og seks ganger dette beløpet. Forhøyet hjelpestønad etter sats 3 og 4 gir dessuten omsorgspersonen automatisk rett til omsorgspoeng.

Utgifter til hjelpestønad bevilges over Folketrygdens kapittel 2660 Uførhet, post 75 Hjelpestønad,

overslagsbevilgning. I 1999 var de regnskapsførte utgiftene 1 284 mill. kroner, som er økning på 48 mill. kroner fra 1998.

Undersøkelsen omfatter hjelpestønad til barn og unge under 18 år. Begrunnelsen for denne avgrensningen er at denne gruppen har særlige behov for støtte, noe som også reflekteres i nevnte bestemmelser om at det for denne gruppen kan gis forhøyet hjelpestønad. Stønaden for mottakere over 18 år er ellers begrenset til sats 1.

Av ca. 90 000 hjelpestønadmottakere ved utgangen av 1999, var 25 576 under 18 år. Disse fordeler seg slik på sats:

Sats 1 hjelpestønad	12 218 mottakere	Utbetalt ca. 132 mill. kroner
Sats 2 forhøyet hjelpestønad	8 547 mottakere	Utbetalt ca. 185 mill. kroner
Sats 3 forhøyet hjelpestønad	3 298 mottakere	Utbetalt ca. 142 mill. kroner
Sats 4 forhøyet hjelpestønad	1 513 mottakere	Utbetalt ca. 98 mill. kroner

For stønadmottakere under 18 år utgjør de bergnede utgiftene ca. 550 mill. kroner i 1999.

Krav om hjelpestønad skal sendes trygdekonto- ret i søkerens bokommune. For søkere under 18 år skal trygdekonto- ret alltid vurdere kravet i forhold til forhøyet hjelpestønad. Trygdekonto- ret kan fatte vedtak om avslag, sats 1 eller sats 2.

Trygdekonto- ret skal sende kravene videre til fylkestrygdekonto- ret dersom trygdekonto- ret tilstår sats 2 eller tilrår høyere sats. Fylkestrygdekonto- ret fatter deretter vedtak om avslag ut over sats 2 eller tilståelse av høyere sats.

Trygdekonto- rets vedtak kan klages inn for fylkestrygdekonto- ret, og fylkestrygdekonto- rets vedtak kan ankes inn for Trygderetten. Klager og anker skal sendes trygdekonto- ret i hjemkommunen. Både trygdekonto- ret og fylkestrygdekonto- ret kan omgjøre egne vedtak.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med denne analysen er å undersøke i hvilken utstrekning ulikheter i saksbehandlingspraksis, søkertilbøyelighet og eventuelt sykkelighet, kan forklare variasjoner mellom fylkene i tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år.

Formålet belyses gjennom følgende problemstillinger:

Problemstilling 1:

- Hvilke variasjoner er det mellom fylkene når det gjelder antallet mottakere av hjelpestønad?
- I hvilken grad varierer fylkenes tildeling og utmåling av hjelpestønad innenfor ulike diagnosegrupper?

Problemstilling 2:

- Hvilke variasjoner er det mellom fylkene når det gjelder mottak av søknader?
- I hvilken grad varierer fylkenes tildeling av hjelpestønad med tilgangen på søknader?

Problemstilling 3:

- Hvilke variasjoner i tildeling og utmåling av hjelpestønad kan påvises ved å sammenligne behandlingen av like saker ved trygdekonto- retene og fylkestrygdekonto- retene?
- I hvilken grad fremmer planlegging, samarbeid og rapportering likebehandling og god måloppnåelse?
- I hvilken grad kan variasjonene ha sammenheng med ulikheter i organisering, bemanning og kompetanse ved trygdekonto- retene og fylkestrygdekonto- retene?
- Hvilken rolle spiller kravet til tilstrekkelig dokumentasjon?
- Hvilke typer kriterier vektlegges i skjønnsutøvelsen?

2 Metoder og gjennomføring

Riksrevisjonens undersøkelse om hjelpestønad til barn og unge under 18 år har foregått i to faser. I foranalysen ble stortingsdokumenter, styringsdokumenter fra Rikstrygdeverket og rapporter fra trygdeetaten og andre gjennomgått¹. Det ble videre gjennomført intervjuer med representanter for Sosial- og helsedepartementet, Rikstrygdeverket, to fylkestrygdekontorer og ett trygdekontor i hvert av disse fylkene. I foranalysen ble det videre innhentet hjelpestønadsstatistikk fra Rikstrygdeverket.

Hovedanalysen, som legges fram i denne rapporten, ble gjennomført fra høsten 1999 til våren 2000. Problemstillingene er belyst ved hjelp av en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode og ved bruk av ulike datakilder. Undersøkelsen er basert på gjennomgang av dokumenter, statistikk for hele populasjonen, en vignettundersøkelse og intervjuer.

Rapportens revisjonskriterier ble oversendt Rikstrygdeverket ved brev av 17. november 1999. Kriteriene ble diskutert i møte mellom Rikstrygdeverket og Riksrevisjonen 30. november 1999, og førte til justering av utkastet på ett punkt. Revisjonskriteriene ble i brev av 7. januar 2000 oversendt Sosial- og helsedepartementet, som i brev av 25. januar 2000 meddelte at det ikke hadde merknader til kriteriene.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 gitt kommentarer til undersøkelsens metode og faktadel. Det er tatt hensyn til disse kommentarene i rapporten.

Dokumenter

Hjelpestønad omtales under kapittel 2660 Uførhet i St.prp. nr. 1 Folketrygden, og omtalen i budsjettproposisjonene er gjennomgått for de senere årene. Rammer og retningslinjer for trygdeetatens forvaltning av ordningen med hjelpestønad er videre gitt i *lov om folketrygd*, kapittel 6, med rundskriv gitt av Rikstrygdeverket. Hovedanalysen bygger videre på gjennomgang av tildelingsbrev fra Sosial- og helse-

departementet til Rikstrygdeverket og Rikstrygdeverkets mål- og prioriteringsdokumenter for årene 1997–99.

Statistikk

I forbindelse med undersøkelsen er det innhentet stønadsstatistikk og saksstatistikk fra Rikstrygdeverket. *Stønadsstatistikken* er hentet fra det sentrale folketrygdsystemet og Rikstrygdeverkets statistikkbase. Statistikken omfatter blant annet antallet mottakere av hjelpestønad og kjennetegn ved dem som mottar stønad, så som sats og diagnose. Stønadsstatistikken omfatter perioden fra og med 1991 til og med 1999, og er gitt for hele landet, pr. fylke og pr. trygdekontor (ved utgangen av 1998 og 1999). Ifølge Rikstrygdeverket foreligger det ikke pålitelig statistikk fra 1990 eller tidligere år. *Saksstatistikken* hentes fra Infotrygdsystemet og viser saksproduksjonen ved trygdekontorene og fylkestrygdekontorene. Saksstatistikken omfatter blant annet søknader, innvilgelser og klager/anker. Saksstatistikken er gitt for hele landet, fylker og trygdekontorer ved utløpet av 1996, 1998 og 1999. Når det gjelder befolkningstall, er Statistisk sentralbyrås offisielle statistikker benyttet.

Vignettundersøkelse

For å belyse saksbehandlingspraksisen ved trygdekontorene og fylkestrygdekontorene nærmere, har Riksrevisjonen gjort bruk av vignettmetoden. De samme sakene (vignettene) ble distribuert til et utvalg trygdekontorer som saksbehandlet disse etter gjeldende prosedyre. Dersom trygdekontoret fattet vedtak om avslag eller tilståelse av sats 1, skulle trygdekontoret returnere sin besvarelse direkte til Riksrevisjonen. Dersom trygdekontoret fattet vedtak om sats 2 eller innstilte på høyere sats, skulle trygdekontoret påføre sin begrunnelse på et eget ark i saken og på vanlig måte sende denne videre til fylkestrygdekontoret for endelig avgjørelse. Fylkestrygdekontoret skulle deretter ferdigbehandle saken, påføre vedtak og begrunnelse, og returnere besvarelsen til Riksrevisjonen.

Grunnen til at vignettmetoden er valgt, er at den gir en unik mulighet til å studere eventuelle variasjoner i saksbehandlingen og vedtakene. Ved å benytte like saker som behandles på samme måte som ordinære krav, kan ulik saksbehandlingspraksis påvises med stor sikkerhet. Variasjonene kan i sin tur analyseres i lys av saksbehandlingsorganisasjonen.

¹ Rapporter fra Rikstrygdeverket omfatter «Grunnstønad og hjelpestønad til barn 0–15 år i årene 1967–1993» (RTV-rapport 4/94), «Fylkenes bruk av hjelpestønad/forhøyet hjelpestønad» (Intern dokumentasjon 1/96), basisrapporter og trygdestatistiske årbøker. Andre dokumenter fra trygdeetaten består av «Forhøya hjelpestønad sats 2» (Trygderevisjonen i Hordaland, 1997) og «Hjelpestønad i Telemark. En undersøkelse av kvaliteten på saksbehandlingen» (Fylkestrygdekontoret i Telemark, 1998). Rapporter fra andre er «Kronisk syke barn. Stønadsforskjeller» (Norsk senter for barneforskning, 1998) og «Funksjonshemmedes omsorgssituasjon. En undersøkelse av mottakere av hjelpestønad» (Norsk institutt for by- og regionforskning, 1998).

ke og institusjonelle omgivelser. Fordelen med denne metoden er også at den gjør det mulig å studere mange respondenter, og at datainnsamlingen tar relativt kort tid.

Til sammen ble ni forskjellige saker benyttet i vignettundersøkelsen. Alle sakene tok utgangspunkt i virkelige saker som Riksrevisjonen hadde innhentet fra ett trygdekontor på Østlandet, ett på Vestlandet og ett i Nord-Norge. Det ble benyttet tre saker fra hvert av disse trygdekontorene. Sakene ble opprinnelig behandlet i 1998. Alle navn, personnummer og andre opplysninger som kunne være egnet til å identifisere søkeren, dennes familie eller bosted, ble endret. Med unntak av enkelte opplysninger uten betydning for behandlingen av kravet om hjelpestønad, var dokumentasjonen den samme som i den opprinnelige saken.

Utvalget av saker bestod av tilfeller hvor hjelpestønad var tilstått, og skjedde med utgangspunkt i datalister tatt ut av Rikstrygdeverket. Utvalget omfattet med andre ord ingen saker hvor det opprinnelig ble gitt avslag. Begrunnelsen for det er at disse sakene ikke registreres på en slik måte at det kan tas ut oversikter over dem i ettertid.

Ved utvalget av saker ble ellers følgende kriterier lagt til grunn:

- Vedtakene skulle være spredt på satsene 1, 2, 3 og 4
- De seks største diagnosegruppene skulle være representert
- Søkerne skulle ha en spredning på alder

For undersøkelsen var det viktig at sakene skulle være tilstrekkelig dokumentert, og at utvalget ikke skilte seg ut fra vanlige saker. Som en del av kvalitetssikringen ble et første utvalg av saker forelagt et trygdekontor. Tilbakemeldingen førte til at én sak ble byttet ut fordi den manglet tilstrekkelig dokumentasjon. Trygdekontoret savnet ellers diagnosen diabetes i utvalget, og en slik sak ble tatt inn. I forbindelse med den senere besvarelsen av sakene og i oppfølgingsintervjuene er det få fylkestrygdekontorer og trygdekontorer som har hatt innvendinger til dokumentasjonen i sakene eller til sakenes representativitet.

Hver av de ni sakene ble sendt til ett trygdekontor i hvert fylke, men sakene ble ikke sendt til de fylkene som behandlet saken opprinnelig. Hver sak er med andre ord behandlet i 18 fylker. Innenfor hvert fylke ble sakene fordelt på ett lite, ett middels og ett stort trygdekontor². Begrunnelsen for denne fordelingen er at det kan tenkes at saksbehandlingspraksisen kan variere avhengig av størrelsen på trygdekontoret, blant annet fordi det kan være forskjeller i sakstilgangen og muligheten for å etablere et tilstrekkelig fagmiljø på trygdekontoret. Hvert av de utvalgte trygdekontorene fikk tre saker til behandling. Sammensetningen av saker til det enkelte tryg-

dekontoret varierte fra fylke til fylke, men på en slik måte at hver sak ble behandlet av omtrent like mange små, middels og store trygdekontorer. Hensikten med å legge behandlingen av den enkelte saken til både små, middels og store trygdekontorer, var å unngå skjevheter som følge av eventuelle forskjeller i saksbehandlingspraksis avhengig av størrelsen på trygdekontoret.

Det ble videre lagt vekt på å få en geografisk spredning av trygdekontorer innenfor fylkene. Begrunnelsen for det var at noen regioner i fylkene samarbeider om hjelpestønad, og spredningen av saker hadde til hensikt å unngå at sakene ble behandlet av ett eller flere trygdekontorer i den samme regionen. For å unngå for stor belastning på enkeltkontorer, ble sakene fortrinnsvis sendt til trygdekontorer som ikke tidligere hadde vært direkte berørt av Riksrevisjonens forvaltningsrevisjoner. Utvalget av trygdekontorer var ellers tilfeldig.

Sakene ble 29. september 1999 distribuert til 54 trygdekontorer³. Samtidig ble Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene informert om undersøkelsen, men ikke om hvilke trygdekontorer som hadde mottatt saker til besvarelse. Av brevene framgår det at det var viktig at saksbehandlingen ikke involverte andre enn dem som normalt deltar i saksbehandlingen, og at svarene ikke ble koordinert for de enhetene i trygdeetatene som mottok saker til besvarelse. I oppfølgingsintervjuene har så godt som alle fylkestrygdekontorene og trygdekontorene gitt uttrykk for at sakene ble behandlet som normale saker, og det er ingen ting som tyder på at besvarelsene har vært samordnet.

Det viste seg at åtte av trygdekontorene i utvalget ikke selv behandler krav om hjelpestønad, og i disse tilfellene ble sakene videresendt til og besvart av det trygdekontoret i regionen som behandler slike saker. Dette førte ellers til at ett trygdekontor fikk seks saker til behandling. To trygdekontorer ga beskjed om at de på grunn av sykdom og/eller ferieavvikling ikke hadde mulighet til å behandle sakene innen rimelig tid. I disse tilfellene ble henholdsvis et annet trygdekontor og det aktuelle fylkestrygdekontoret bedt om å overta behandlingen⁴. Etter dette har i alt 52 trygdekontorer og samtlige 19 fylkestrygdekontorer deltatt i besvarelsen av vignettundersøkelsen.

² Små trygdekontorer omfatter kommuner med færre enn 1 000 barn, middels trygdekontorer omfatter kommuner med mellom 1 001 og 5 000 barn og store trygdekontorer omfatter kommuner med mer enn 5 001 barn. Kommunenes innbyggertall er som regel fire ganger større enn barnetallet. Noen fylker har ikke kommuner med flere enn 5 000 barn, og i disse fylkene ble sakene sendt til et av de største trygdekontorene i fylket.

³ I 16 fylker ble sakene sendt til tre trygdekontorer, og i tre fylker til to trygdekontorer.

⁴ I det tilfellet der Riksrevisjonen ba om at fylkestrygdekontoret behandlet sakene, skyldes det at henvendelsen til Riksrevisjonen først kom etter at fristen for besvarelse var ute. For øvrig kom fylkestrygdekontoret til at forhøyet hjelpestønad burde innvilges i alle disse tre sakene.

Den samlede saksbehandlingstiden for trygdekantoret og fylkestrygdekantoret ble satt til én måned. For at fylkestrygdekantoret skulle få rimelig tid til sin del av saksbehandlingen ble trygdekantorene bedt om å videresende sakene innen to uker. Ved utløpet av svarfristen, 1. november 1999, hadde Riksrevisjonen mottatt 72 prosent av besvarelsene. De resterende besvarelsene ble innsendt i november 1999, slik at svarprosenten er 100.

Riksrevisjonen har registrert de 18 vedtakene i hver av de ni sakene. Dette gir grunnlag for å si noe om hvorvidt det er variasjoner i saksbehandlingspraksisen. Begrunnelsene for vedtakene tjener deretter som grunnlag for å si noe om hva som kan være årsakene til variasjonene.

Intervjuer

For å få belyst nærmere behandlingen av de enkelte sakene og forhold som kan ha betydning for saksbehandlingen på området, så som blant annet organisering, bemanning og kompetanse, ble det gjennomført intervjuer med representanter for seks fylkestrygdekantorer og to trygdekantorer i hvert av disse fylkene. Disse 18 intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2000. Intervju med representanter for Rikstrygdeverket ble gjennomført i mars 2000.

Kriterier for valg av fylkestrygdekantorer har vært spredning i geografisk beliggenhet og innbyggertall. Det er gjennomført intervjuer med representanter for fylkestrygdekantorene i Akershus, Oppland, Rogaland, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland. De trygdekantorene som ble intervjuet, deltok også i besvarelsen av vignettundersøkelsen. Kriterier for valg av trygdekantorer for intervju var spredning i størrelse karakterisert ved innbyggertall⁵. Som tidligere nevnt, kan det tenkes at saksbehandlingspraksisen avhenger av størrelsen på trygdeenheten, og det er begrunnelsen for at innbyggertall ble brukt som kriterium ved valg av både fylkestrygdekantorer og trygdekantorer til intervjuene.

Intervjuguider var utarbeidet på forhånd. Referatene fra intervjuene ble sendt dem som var intervjuet til gjennomsyn og godkjenning. Det er tatt hensyn til kommentarene og tilføyelsene som framkom i denne sammenheng. Sitater fra intervjuene er brukt i rapporten. Disse er i de fleste tilfellene brukt for å illustrere synspunkter som flere i etaten fremmet, eller for å vise bredden i synspunkter.

Synspunkter på utvalget av saker, framgangsmåten og dokumentasjonen

De seks fylkestrygdekantorene og 12 trygdekantorene som ble intervjuet i etterkant av vignettundersø-

kelsen, fikk blant annet spørsmål om hvor typiske de oversendte sakene var i forhold til de sakene kantorene vanligvis behandler. Et stort flertall av kantorene oppfattet sakene som typiske. De øvrige fire kantorene, i hovedsak små trygdekantorer, mente at diagnosene i sakene var alvorligere enn i de sakene trygdekantoret ellers mottar. Alle disse hadde imidlertid behandlet saker med tilsvarende diagnoser tidligere.

Sakene i undersøkelsen er behandlet i henhold til gjeldende delegasjonsbestemmelser for slike saker i trygdeetaten. Ifølge intervjuene ble sakene i undersøkelsen i all hovedsak behandlet på samme måte som reelle hjelpestønadsaker. Ved de fleste kantorene har den interne fordelingen av sakene, drøftingen, tidsbruken og den øvrige saksbehandlingen fulgt kantorenes normale rutiner. Noen få kantorer har opplyst at de brukte mindre tid enn normalt på behandlingen, og at sakene ble drøftet mindre enn det som er vanlig. Dette ble begrunnet med tidspress eller at sakene ikke gjaldt utbetalinger til virkelige personer. Disse kantorene understreket imidlertid at selve vedtaket i sakene ikke ville blitt et annet med en grundigere saksbehandling.

Dokumentasjonen som fulgte sakene i undersøkelsen, ble generelt karakterisert som god, og i flere tilfeller som bedre enn normalt. Flere kantorer uttalte i intervjuene at dokumentasjonen fra legen, foreldrene og andre ofte er mer mangelfull i sakene de behandler til vanlig. Noen kantorer ville, dersom sakene hadde vært reelle, ha innhentet tilleggsopplysninger, blant annet sosialrapport og supplerende opplysninger fra foreldrene. Det varierer imidlertid hvilken dokumentasjon kantorene eventuelt ville ha innhentet i den enkelte saken. I forbindelse med den skriftlige besvarelsen av sakene i vignettundersøkelsen, var det nesten ingen kantorer som hadde innvendinger til dokumentasjonen i sakene.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 til Riksrevisjonen vist til at sakene i vignettundersøkelsen ikke inneholder opplysninger om bokommune. Ifølge Rikstrygdeverket har bosted som regel stor betydning for fastsettelse av hjelpestønadsatsen, og blant annet vil bosted kunne si noe om hvilket tilbud barnet får, og hvilken avlastning foreldrene har. Direktoratet har videre pekt på at undersøkelsen ikke aktiverer «taus kunnskap» som etaten kan sitte inne med, for eksempel i forbindelse med andre saker på vedkommende eller saker på andre familiemedlemmer.

Trygdekantorenes og fylkestrygdekantorenes begrunnelsene for det enkelte vedtak i vignettundersøkelsen er ifølge Rikstrygdeverket ikke fullt ut representative for dagens situasjon, da etaten etter at undersøkelsen ble gjennomført, har tatt i bruk nye standardbrev med skjerpede krav til begrunnelser. Det synes videre ifølge Rikstrygdeverket å være en tendens til at saksbehandlere vurderer casene strengere enn de ville ha gjort i virkeligheten, noe som et-

⁵ De 12 trygdekantorene som er intervjuet, fordeler seg med tre trygdekantorer i kommuner med færre enn 1 000 barn, seks i kommuner med mellom 1 001 og 5 000 barn og tre i kommuner med mer enn 5 000 barn.

ter Rikstrygdeverkets oppfatning er en generell svakhet ved kontrollgjennomganger.

Etter revisjonens vurdering er spørsmålet om bosted mindre relevant for vignettundersøkelsen. Alle trygdeenhetene har mottatt den samme dokumentasjonen, og har således behandlet hver sak med tilgang til de samme opplysningene. Selv om det kan være slik at saken ville fått et annet utfall med tilgang til ytterligere opplysninger, eventuelt slik «taus kunnskap» som Rikstrygdeverket har vist til at etaten kan sitte inne med, kan vi ikke se at dette skulle ha betydning for å forklare spredningen i vedtak i de samme sakene mellom ulike trygdekontorer og ulike fylkestrygdekontorer.

De opprinnelige vedtakene kan heller ikke oppfattes som «fasit» i sakene. Intensjonen med å bruke vignetter har vært å undersøke hvorvidt det er variasjoner i saksbehandlingen og vedtakene. Ved å la saker som faktisk er behandlet i ett fylke bli behandlet av de andre 18 fylkene, er det framskaffet et systematisk grunnlag for å kunne si noe om administrativ praksis i samtlige fylker. Samtidig gir denne metoden mulighet for å kunne si noe om sakene systematisk er vurdert på en annen måte enn da de ble behandlet opprinnelig. Det framgår for eksempel av rapportens punkt 4.4.1 at det ikke er en tendens til at vignettene gjennomgående har blitt behandlet strengere enn da kravene opprinnelig ble behandlet.

3 Revisjonskriterier

3.1 STORTINGSdokumenter

De sosiale velferdsordningene skal gi trygghet mot tap av inntekt, og sikre den enkelte hjelp og omsorg når behovet melder seg – uavhengig av inntekt, bosted og sosial bakgrunn, jf. St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen og Innst. S. nr. 180 (1995–96).

I St.prp. nr. 1 Folketrygden er følgende hovedmål angitt på uføreområdet (inkludert hjelpestønad) i de senere årene:

- 1 Sikre inntekt ved varig nedsatt inntektsevne/arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte
- 2 Kompensere for merutgifter ved sykdom og funksjonshemming
- 3 Bedre livskvaliteten for yrkeshemmede
- 4 Støtte opp under arbeidet med å opprettholde og/eller tilbakeføre til og tilrettelegge for inntektsgivende arbeid
- 5 Øke gjennomsnittlig avgangsalder

I tildelingsbrevet fra Sosial- og helsedepartementet til Rikstrygdeverket for 1997 framheves ikke hjelpestønad som et prioritert område ut over at satsene skal forbedres, jf. endringer i regelverket pr. 1. januar 1997 og behandlingen i Stortinget av St.meld. nr. 35 (1994–95) Velferdsmeldingen. I tildelingsbrevet for 1999 går det fram at etatens hovedoppgave er «å sikre rett tildeling og utmåling av ytelse». Trygdeetaten bes derfor om å fokusere spesielt på områder hvor det er fare for feil. Brukerorienteringen i etatens tjenesteyting framheves også.

3.2 DOKUMENTER FRA RIKSTRYGDEVERKET

Tildeling og utmåling av rett ytelse er en grunnleggende oppgave for trygdeetaten. I 1997 var Rikstrygdeverket, ifølge mål- og prioriteringsdokumentet, «særlig innstilt på å gjøre forbedringer i arbeidet med rett tildeling av ytelser på områdene med stort innslag av skjønnsmessig vurdering». I den forbindelse framheves forhøyet hjelpestønad som et risiko-område, da det er avdekket «stor ulikhet i bruk av satser». Variasjon i bruk av satser mellom fylker er satt opp som en resultatindikator.

Hjelpestønad inngår ikke som et eget område i mål- og prioriteringsdokumentene for 1998 og 1999. I dokumentet for 1998 er det imidlertid nevnt at det på noen områder er fylkesvise forskjeller, og det

framgår at «Dette betyr at det enkelte fylke kritisk må vurdere egen status før det med utgangspunkt i Mål og prioriteringer fastsetter sine resultatmål».

Normtiden for behandling av søknader om hjelpestønad er i mål- og prioriteringsdokumentet for 1999 satt til seks måneder, med en ytre grense på ni måneder.

3.3 HJELPESTØNAD

Ordningen med hjelpestønad er hjemlet i folketrygdloven kapittel 6.

Etter § 6-4 ytes hjelpestønad til et medlem som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte har behov for særskilt tilsyn og pleie. Hjelpestønad gis bare dersom det foreligger et privat pleieforhold, som også omfatter barn plassert i et fosterhjem etter barnevernloven § 4-14. Hjelpestønad til et barn gis bare for omsorgs- og pleiebehov som friske barn på samme alder ikke har.

Ifølge rundskriv fra Rikstrygdeverket, kommentarer til § 6-2, må den lidelsen som er årsak til medlemmets hjelpebehov, vare i to-tre år eller mer for å kunne betraktes som *varig*. Det er ikke nødvendig å avklare i det enkelte tilfellet om lidelsen skal kategoriseres som *sykdom*, *skade* eller *lyte*, siden disse er likestilte når det gjelder ytelser etter kapitlet. Når det skal avgjøres om det foreligger sykdom, legges det vekt på om vedkommende er syk i medisinsk forstand.

Etter kommentarene til § 6-4 er innholdet i begrepet *særskilt tilsyn og pleie* ikke nærmere definert, men skal forstås som tilsyn eller hjelp til personlige gjøremål som andre mennesker ikke trenger. Det er bare det særskilte hjelpebehovet som skal legges til grunn, som innebærer at behov for hjelp som også friske har, må holdes utenfor. Hvilken hjelp som anses nødvendig må vurderes skjønnsmessig i det enkelte tilfellet. Når det gjelder barns omsorgsbehov spesielt, må omfanget av barnets funksjonshemming og størrelsen på pleiebehovet vurderes i forhold til friske barn på samme alder. Det er ingen øvre eller nedre aldersgrenser for rett til hjelpestønad. Når det gjelder barn, er det i praksis fastsatt en øvre grense for rett til hjelpestønad for enkelte lidelser, fordi man regner med at barnet ved en viss alder vil være tilstrekkelig selvhjulpent.

Et *privat pleieforhold* foreligger når noen, for eksempel familien, naboer eller andre, utfører arbeidet med tilsynet/pleien. I praksis kreves det ikke at

det påløper utgifter til leie, siden hjelpebehovet ofte blir dekket ved innsats fra andre uten at det ytes vederlag. I kommentarene er det framhevet at det er tilstrekkelig at det er påvist et hjelpebehov, og at dette er av et slikt omfang at det normalt vil medføre en økonomisk belastning for medlemmet å dekke det. Denne belastningen må minst svare til hjelpestønadsatsen dersom behovet skulle vært dekket med leid hjelp, som omregnet tilsvarer 2–2,5 timer hjelp pr. uke.

I praksis gjøres det fradrag for *rimelig familiehjelp* før grunnlaget fastsettes. Det er i folketrygdloven ikke nevnt noe særskilt om hvilken plikt familie-medlemmer har til å yte ekstra pleie til andre uføre eller syke familiemedlemmer, men ifølge Rikstrygdeverkets kommentarer har det utviklet seg en sikker praksis på dette punkt når det gjelder hjelpestønad. Av kommentarene framgår det at den vederlagsfrie hjelpen som bør ytes, må vurderes konkret i det enkelte tilfellet, med utgangspunkt i de retningslinjene som er tatt inn i rundskrivet.

Kommentarene til folketrygdloven gir nærmere retningslinjer om hjelpestønad/forhøyet hjelpestønad for visse typer lidelser. Dette gjelder diagnosene astma, blindhet, blødersykdommer, cystisk fibrose, diabetes, Downs syndrom, døvhet/sterk tunghørhet, Føllings syndrom, hofteladdysplasi hos barn og kreft hos barn.

3.4 FORHØYET HJELPESTØNAD

Etter folketrygdloven § 6-5 ytes forhøyet hjelpestønad til medlemmer under 18 år som har et vesentlig større behov for tilsyn, pleie og annen hjelp enn det som hjelpestønad etter § 6-4 dekker. Forhøyet hjelpestønad ytes bare dersom denne stønaden gir medlemmet bedre muligheter til å bli boende i familie-hjemmet.

Forhøyet hjelpestønad kan gis etter tre satser, som er henholdsvis to, fire og seks ganger satsen for ordinær hjelpestønad for tilsyn og pleie.

Når det skal avgjøres om og eventuelt etter hvilken sats forhøyet hjelpestønad skal tilstås, legges det vekt på

- hvor mye den fysiske og psykiske funksjonsevnen er nedsatt
- hvor omfattende pleieoppgaven og tilsynet er
- hvor stort behovet er for stimulering, opplæring og trening
- hvor mye pleieoppgaven binder den som gjør arbeidet

Av Rikstrygdeverkets kommentarer til § 6-5 framgår det at det skal legges vekt på størrelsen på den faktiske arbeidsinnsatsen tilsynet og/eller pleien krever, ved vurderingen av hjelpebehovets omfang. Når det gjelder begrepet *vesentlig større*, har Riks-

trygdeverket lagt til grunn at det ekstra behovet for tilsyn og pleie må svare til minst sju timer pr. uke, sammenlignet med omsorgsbehovet til friske barn på samme alder.

Det er et vilkår for rett til forhøyet hjelpestønad at ytelsen gir barnet bedre mulighet til å bli *boende i familiehjemmet*. Selv om barnet delvis må oppholde seg i institusjon/offentlig bolig med heldøgns omsorgstjeneste, vil dette vilkåret være oppfylt hvis den forhøyede hjelpestønaden gjør at barnet i alle fall delvis bor fast i familiehjemmet. Ulike typer avlastningstiltak eller skolegang skal heller ikke ha noen betydning for om hjelpestønad gis og hvilken sats som tilstås, med mindre avlastningstiltakene blir så omfattende at barnet i praksis får dekket det meste av pleiebehovet utenfor hjemmet.

Det er som utgangspunkt viktig at ethvert tilfelle vurderes mot samtlige av de kriteriene som loven nevner. I Rikstrygdeverkets rundskriv er det gitt korte, generelle kommentarer til disse kriteriene og eksempler på tilstander som normalt medfører en stor pleiebelastning. Satsen fastsettes på grunnlag av en samlet vurdering av hjelpebehovet. Av kommentarene framgår det at det ikke er nødvendig at samtlige vilkår er oppfylt, men at en av oppgavene alene kan være så omfattende at vilkårene for stønad er oppfylt.

Når det gjelder bruken av de ulike satsene, sier kommentarene blant annet følgende:

- Sats 2:
Når omfanget av tilsynet og pleien krever så mye ekstra tid at vilkårene for forhøyet hjelpestønad er oppfylt. Som eksempler på tilstander er nevnt funksjonshemminger i moderat grad, at barnet krever jevnlig tilsyn utendørs, eller at barnet har behov for et relativt betydelig omfang av opplæring, trening eller behandling.
- Sats 3:
Arbeidsinnsatsen som pleien medfører, må være av et betydelig omfang, og det vil som regel være tilfelle når omsorgen hindrer pleieren i å utføre andre, nødvendige daglige gjøremål og influerer på familiens øvrige aktiviteter. Eksempler på slike pleietilfeller er delvis sengeliggende barn, barn som krever jevnlig tilsyn hele dagen eller intensivt tilsyn i perioder av dagen, eller barn som har et vesentlig større behov for opplæring, trening eller behandling i forhold til kravene for sats 2.
- Sats 4:
Arbeidsinnsatsen som pleien medfører, må være av et slikt omfang at hverdagen i stor grad domineres av omsorgen for det funksjonshemmede barnet, og arbeidsinnsatsen må derfor være meget omfattende. Dette vil normalt være tilfelle når barnets funksjonsevne er nedsatt i sterk grad, eller når barnet lider av en meget alvorlig sykdom og/eller en sykdom som kan føre til kritiske

situasjoner dersom barnet ikke er under stadig tilsyn.

Etter § 6-7 i folketrygdloven skal saken tas opp til ny behandling dersom det skjer vesentlige endringer i de forholdene som har vært avgjørende for innvilging av hjelpestønad eller for størrelsen på støna-

den. Retten til forhøyet hjelpestønad skal vurderes på nytt hvert tredje år.

Av kommentarene framgår det at det må avgjøres etter et konkret skjønn hvorvidt en endring er vesentlig, og at endringen dessuten må være varig. Når en sak om forhøyet hjelpestønad vurderes på nytt, skal alle sidene av saken prøves.

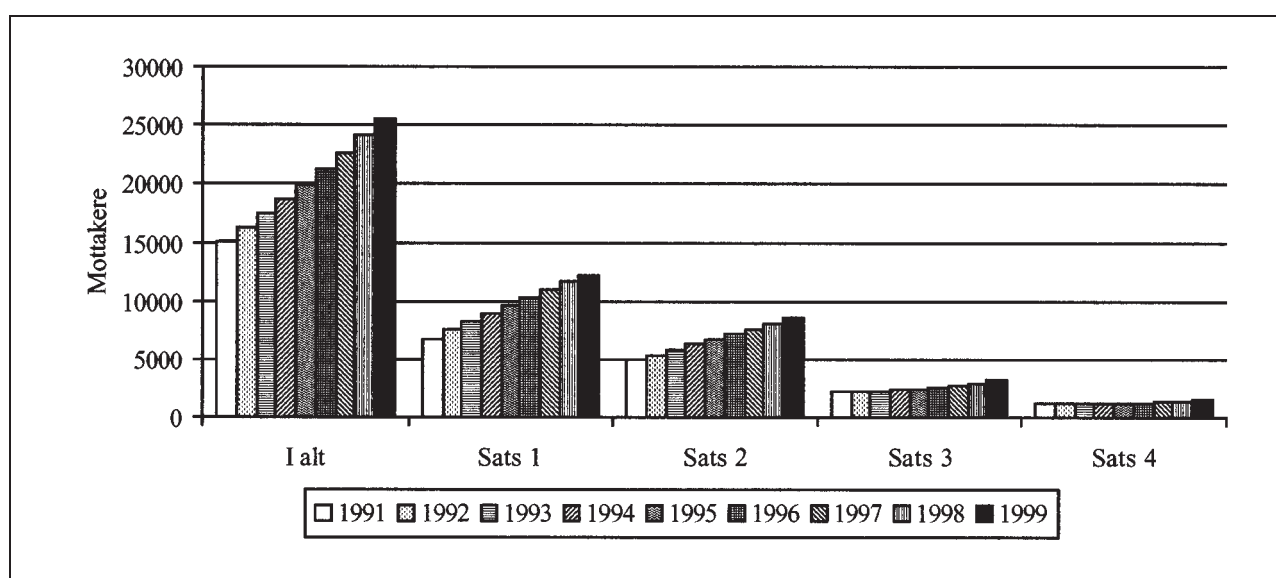
4 Faktagrunnlag

4.1 HJELPESTØNADSMOTTAKERE

4.1.1 Utviklingen i antallet hjelpetønadsmottakere

I perioden fra og med 1991 til og med 1999 har det

vært en jevn økning i antallet mottakere av hjelpetønad blant barn og unge under 18 år. Denne utviklingen gjelder både tilfeller i alt og de enkelte satsene, jf. figur 1:



Figur 1 Hjelpetønadsmottakere under 18 år i perioden 1991–99. Hele landet

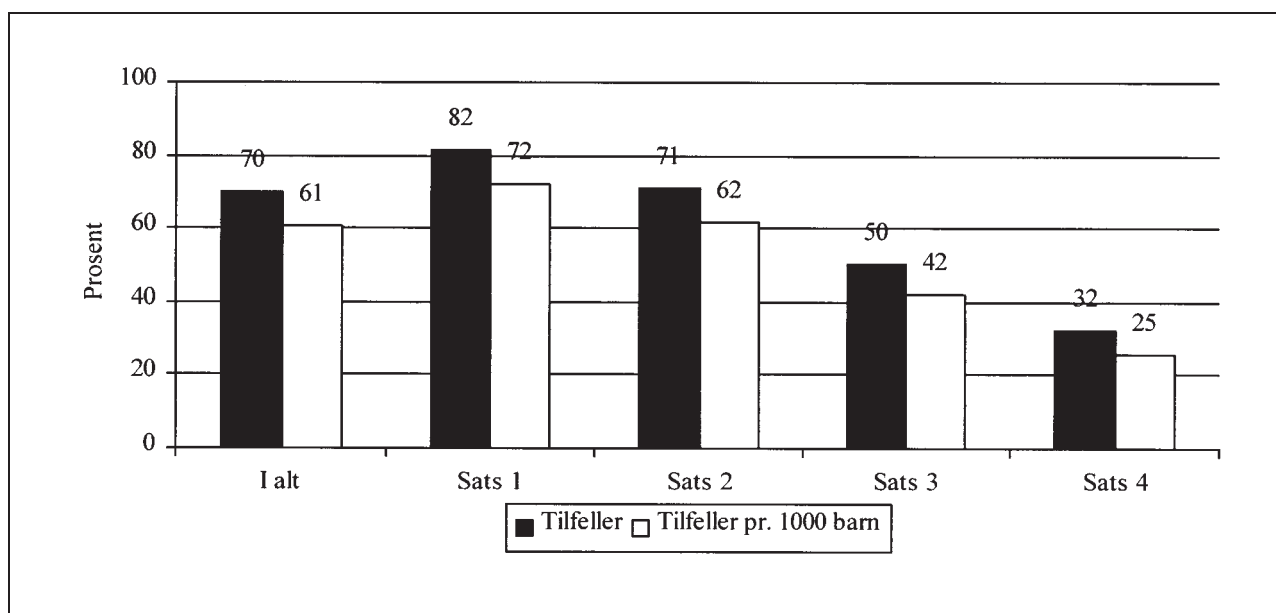
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket

Ved utløpet av 1991 var det 15 063 personer under 18 år som mottok hjelpetønad, mens det ved utløpet av 1999 var 25 576 mottakere av hjelpetønad i denne aldersgruppen. Antallet mottakere av ordinær hjelpetønad (sats 1) steg i den samme perioden fra 6 725 til 12 208. Antallet mottakere av høyeste sats (sats 4) har vært mer stabil, og har steget fra 1 142 i

1991 til 1 513 i 1999. I de senere årene har antallet avslåtte krav om hjelpetønad ligget stabilt på rundt 2 000 pr. år.

Fra 1991 til 1999 steg antallet hjelpetønadsmottakere fra 15,4 til 24,8 mottakere pr. 1 000 barn⁶. Den absolute og relative økningen, i alt og for de ulike satsene, er vist i figur 2:

⁶ Fra 1. januar 1991 til 1. januar 1999 steg antallet personer under 18 år i befolkningen med 5,6 prosent – fra 977 680 til 1 032 528. Det foreligger ennå ikke befolkningstall pr. 1. januar 2000. Utviklingen i befolkningstall og mottakere pr. 1 000 barn er derfor beregnet med utgangspunkt i befolkningstallene ved begynnelsen av årene 1991 og 1999.

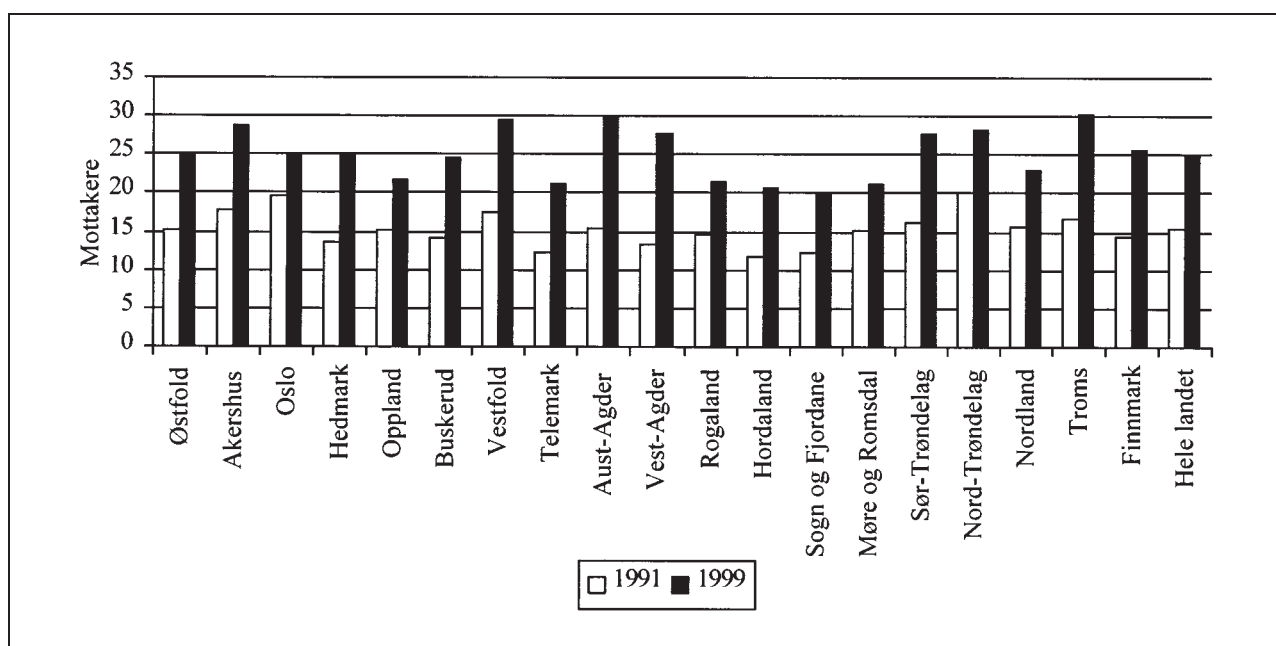


Figur 2 Hjelpetønadsmottakere under 18 år. Prosentvis økning i perioden 1991–99. Hele landet
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Det framgår av figur 2 at antallet mottakere i alt økte med 70 prosent i perioden, og at økningen var på 61 prosent når det gjelder mottakere pr. 1 000 barn. Det framgår videre av figuren at økningen er størst for de laveste satsene og minst for de høyeste. Antallet mottakere av sats 1 økte med 82 prosent i perioden 1991–99, mens tilsvarende økning for sats 4 var 32 prosent.

4.1.2 Hjelpetønadsmottakere etter fylke

Både ved utløpet av 1991 og 1999 var det store variasjoner mellom fylkene når det gjelder antallet mottakere av hjelpetønad pr. 1 000 barn i fylket, jf. figur 3:



Figur 3 Hjelpetønadsmottakere pr. 1 000 barn i 1991 og 1999. Hele landet og fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

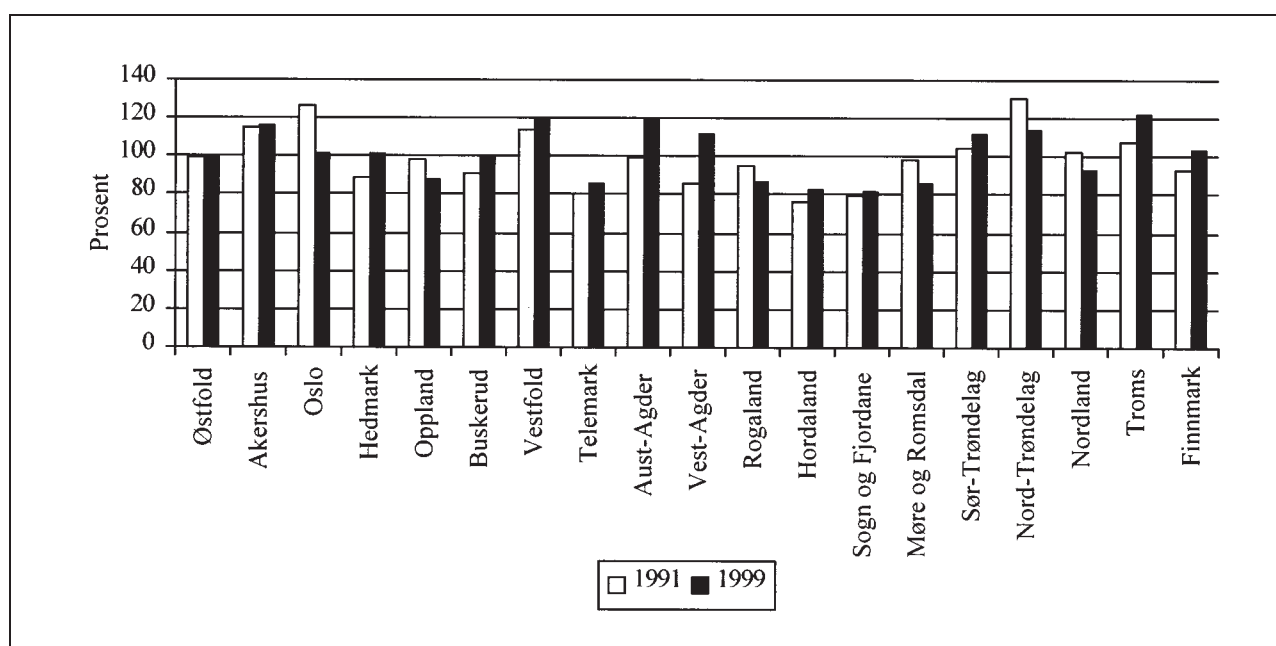
Antallet hjelpetønadsmottakere pr. 1 000 barn i fylket varierer fra ca. 20 til ca. 30 ved utløpet av 1999.

Rikstrygdeverket antar at variasjoner i bruken av hjelpetønad kan henge sammen med hvor godt utbygd rehabiliteringsapparatet i kommunene er, hvil-

ke heldøgns omsorgstilbud som tilbys, og hvorvidt fylket eller kommunen har regionsykehus eller tilsvarende med spesielt god kompetanse. Ifølge Rikstrygdeverket øker presset mot trygden jo mindre kommunene følger opp sitt ansvar, og dette kommer blant annet til uttrykk i Rehabiliteringsmeldingen, jf. St.meld. nr. 21 (1998–99). Rikstrygdeverket ser ikke bort fra at det kan være slik at foreldre til svært syke barn velger å flytte til kommuner med gode tilbud for barna. Med 7 000 ansatte ser Rikstrygdeverket heller ikke bort fra at holdningene og kompetansen til den enkelte trygdefunksjonæren kan påvirke saksbehandlingen.

Det framgår videre av figur 3 at alle fylker har hatt en markert økning i antallet mottakere pr. 1 000 barn fra 1991 til 1999. Fylkene med den største prosentmessige økningen er Vest-Agder (109 prosent) og Aust-Agder (95). Lavest økning har det vært i Oslo (29 prosent), Møre og Romsdal (40), Nord-Trøndelag (41) og Oppland (44).

For 1991 og 1999 er det beregnet hvor mange hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn det enkelte fylke hadde i forhold til landsgjennomsnittet. Det beregnede forholdstallet viser hvor høy bruken er i prosent av landsgjennomsnittet på de to aktuelle tidspunktene, jf. figur 4⁷:



Figur 4 Hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn i prosent av landsgjennomsnittet. Fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 4 viser at det i 1991 var sju fylker som hadde flere mottakere pr. 1 000 barn enn landsgjennomsnittet. Av disse er det ett fylke (Nordland) som ligger under landsgjennomsnittet i 1999. Blant de fylkene som lå under landsgjennomsnittet i 1991, er det fire fylker (Hedmark, Aust-Agder, Vest-Agder og Finnmark) som i 1999 ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder antallet hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn.

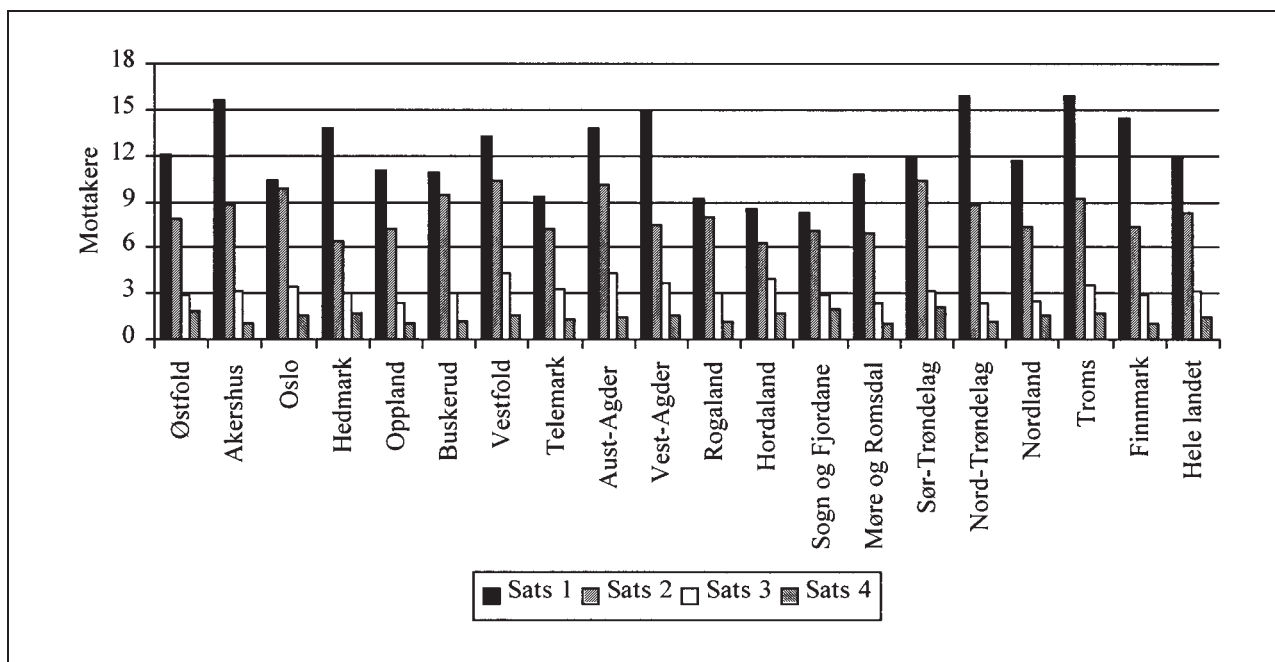
De fylkene som hadde færrest hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn i 1991 (Telemark, Hordaland

og Sogn og Fjordane), har lavest antall mottakere også i 1999. Disse fylkene ligger likevel marginalt nærmere landsgjennomsnittet i 1999 enn i 1991.

4.1.3 Hjelpestønadsmottakere etter sats ved utløpet av 1999

Antallet hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn i fylkene framgår av figur 3 foran. Figur 5 viser antallet hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn i fylkene, fordelt på sats:

⁷ Landsgjennomsnittet er 100 prosent.

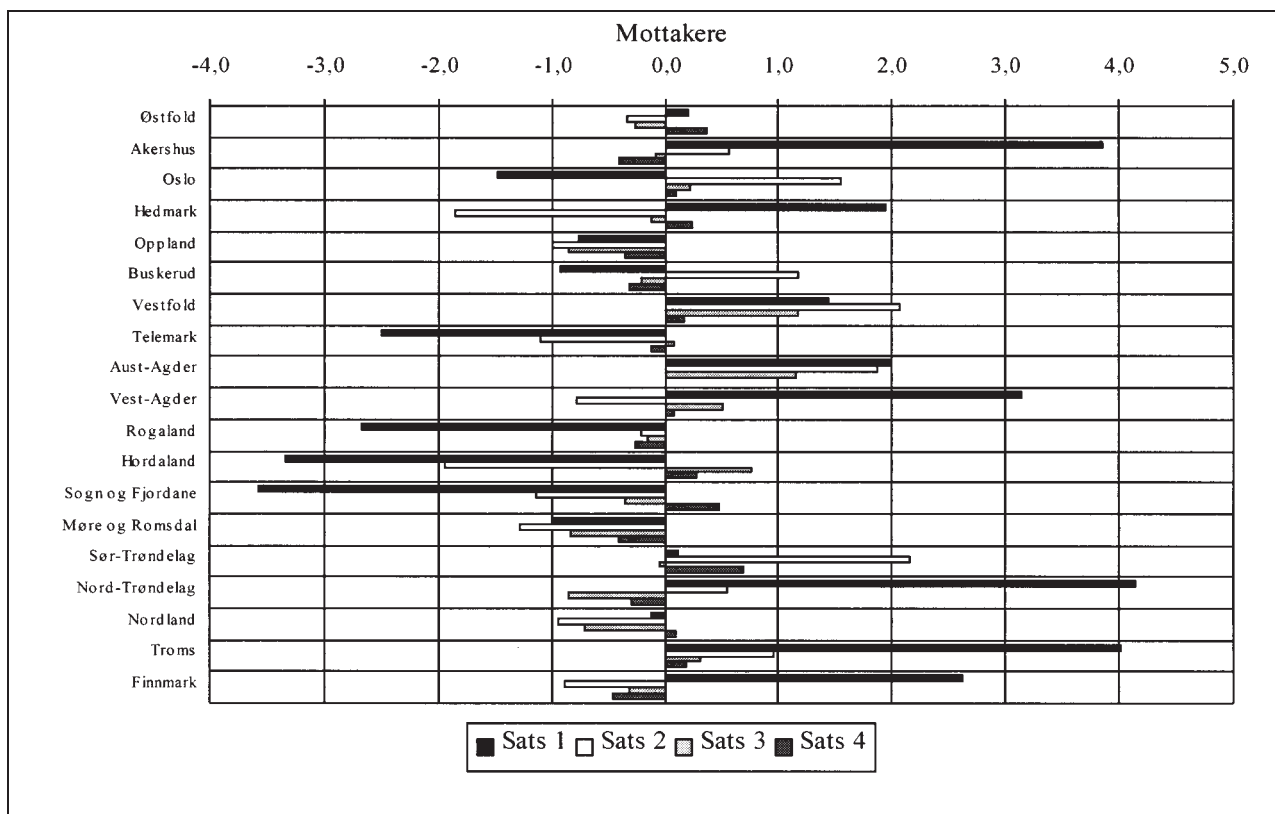


Figur 5 Hjelpstønadsmottakere etter sats pr. 1 000 barn ved utløpet av 1999. Hele landet og fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 5 viser at det ved utløpet av 1999 er store variasjoner fylkene imellom i antallet mottakere av de ulike satsene. Flest mottakere av sats 1 har Nord-Trøndelag, med 16 pr. 1 000 barn, mens antallet i Sogn og Fjordane er ca. halvparten (8,3). Flest mottakere av sats 2 er det i Sør-Trøndelag (10,4), mens Hordaland ligger lavest (6,3). Vestfold ligger høyest

når det gjelder antallet mottakere av sats 3 (4,4), mens Oppland og Nord-Trøndelag begge ligger på ca. halvparten (2,3). Antallet mottakere av sats 4 er mer enn dobbelt så stort i Sør-Trøndelag (2,2) som i Finnmark (1).

Avviket for fylkene i forhold til landsgjennomsnittet for de ulike satsene, er vist i figur 6:



Figur 6 Satsvis avvik mot landsgjennomsnittet pr. 1 000 barn ved utløpet av 1999. Fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

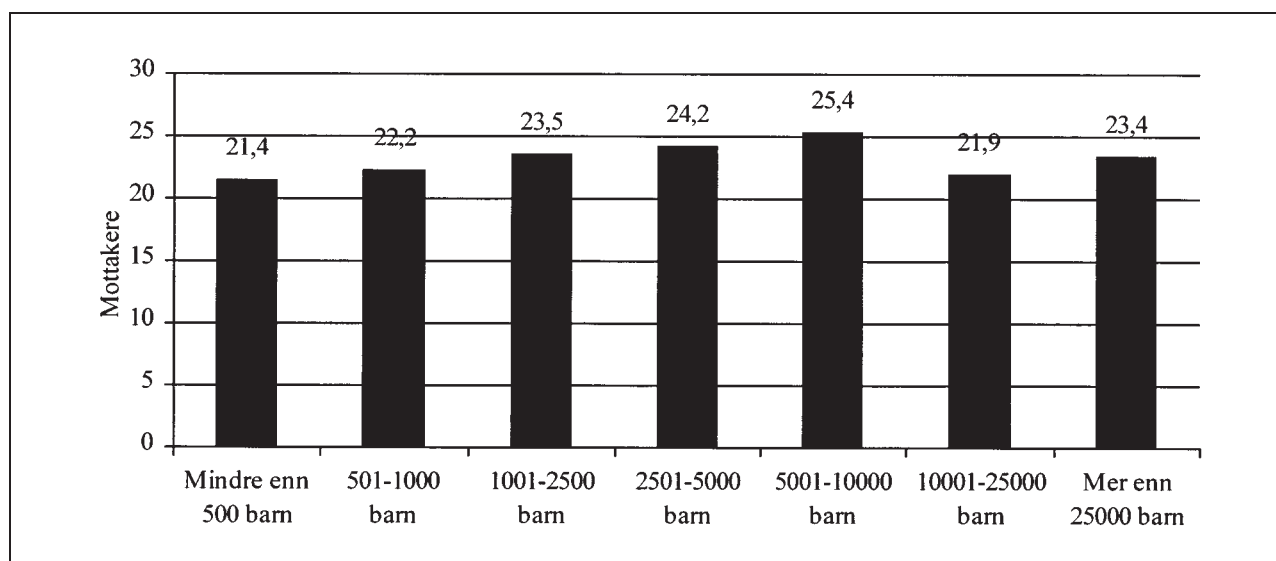
Figur 6 viser at det ved utløpet av 1999 er store variasjoner mellom fylkene i antallet mottakere av de enkelte satsene. Tre fylker (Oppland, Rogaland og Møre og Romsdal) ligger under landsgjennomsnittet for alle satsene. Tre fylker (Vestfold, Aust-Agder og Troms) ligger over landsgjennomsnittet for alle satsene.

Det framgår videre av figur 6 at fem fylker (Akershus, Vest-Agder, Nord-Trøndelag, Troms og Finnmark) har et antall mottakere av sats 1 som overstiger landsgjennomsnittet med mer enn to mottakere pr. 1 000 barn. Av disse fem fylkene er det tre som ligger markert under landsgjennomsnittet når det gjelder antallet mottakere av sats 4. Tilsvarende har de to fylkene som har færrest mottakere av sats 1 (Hordaland og Sogn og Fjordane), et antall mottakere av sats 4 som er høyere enn landsgjennomsnittet pr. 1 000 barn.

4.1.4 Variasjoner i antallet hjelpestønadsmottakere etter størrelsen på kommunen

En mulig forklaring på variasjoner i antallet hjelpestønadsmottakere, kan tenkes å være kommunestørrelsen karakterisert ved antallet barn i kommunen. I små lokalsamfunn kan det for eksempel tenkes at trygdekontoret og helsetjenesten har bedre oversikt over barn med mulige behov for hjelpestønad enn i større kommuner, og dette skulle da tilsi en relativt høyere bruk av hjelpestønad i små kommuner. På den andre siden kan det være slik at helsetilbudet er bedre utbygd i større kommuner, noe som vil kunne føre til at de aktuelle barna lettere fanges opp av helsetjenesten, eller at foreldrene til barn med særskilte behov velger å bosette seg i disse kommunene.

Med utgangspunkt i befolkningsstatistikk pr. 1. januar 1997 er kommunene inndelt i ulike grupper etter antallet barn i kommunen, jf. figur 7 under⁸. For disse gruppene er det gjennomsnittlige antallet hjelpestønadsmottakere beregnet ved å summere antallet mottakere i gruppen, som så er delt på det samlede barnetallet i disse kommunene⁹.



Figur 7 Hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn ved utløpet av 1998. Hele landet etter kommunestørrelse
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 7 viser at de minste kommunene har det laveste antallet hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn, og at antallet stiger jevnt til og er høyest for kommuner med mellom 5 001 og 10 000 barn. For større kommuner er antallet mottakere lavere¹⁰. Variasjonene er likevel ikke store og synes ikke å gi grunnlag

for å anta at størrelsen på kommunene i de enkelte fylkene skulle forklare de variasjonene som ellers er påvist mellom fylkene.

⁸ Så vidt Riksrevisjonen vet, foreligger det ikke nyere statistikk fra Statistisk sentralbyrå over innbyggere under 18 år i de enkelte kommunene, og det er grunnen til at befolkningsstatistikken pr. 1. januar 1997 er lagt til grunn.

⁹ Gruppen «Mer enn 25 000 barn» består av Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Trygdeataten i de tre førstnevnte byene er organisert i såkalte bydelstrygdekontorer (Stavanger fikk bydelstrygdekontorer sommeren 1999). Disse trygdekontorene er ikke fordelt på de øvrige intervallene, fordi barnetallet i de bydelene disse trygdekontorene dekker ikke er kjent.

¹⁰ For gruppen med mer enn 25 000 barn (de fire største byene) varierer bruken av hjelpestønad svært mye. Det er derfor egentlig ikke særlig relevant å forholde seg til et gjennomsnitt for denne gruppen.

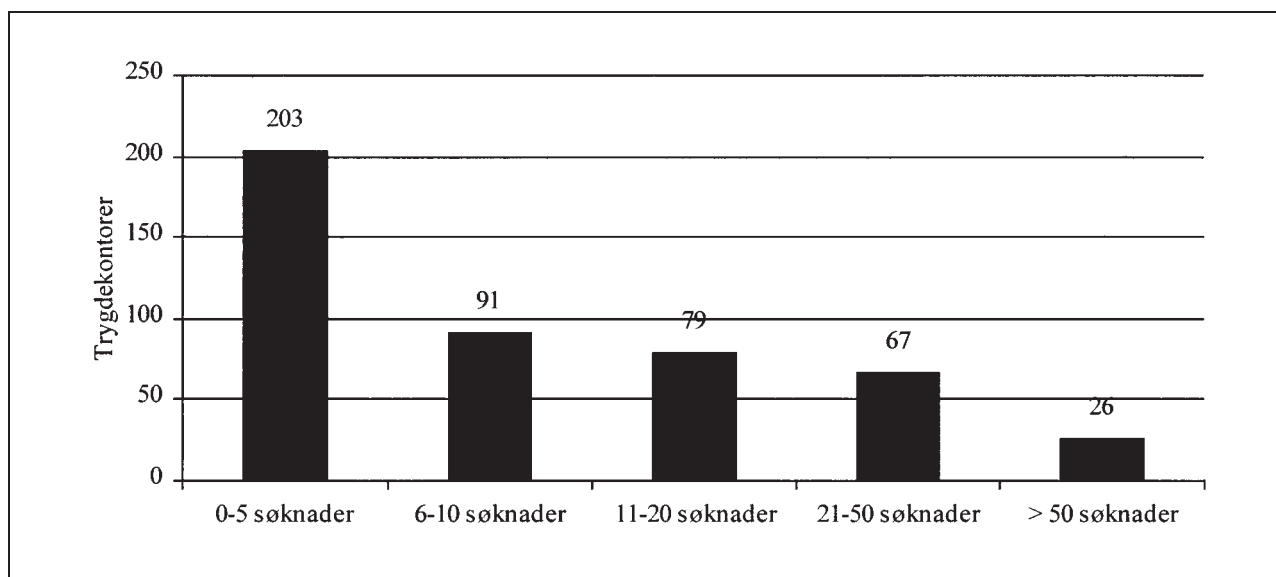
4.2 SØKNADER

4.2.1 Søknader til trygdekontorene

Data om søknader hentes fra trygdeetatens Info-trygdsystem. Riksrevisjonen har mottatt statistikk over søknader pr. trygdekontor for 1999, som viser

at trygdekontorene i dette året mottok til sammen 6 405 søknader om hjelpestønad til barn og unge under 18 år¹¹.

Trygdekontorene er gruppert etter hvor mange søknader de mottok i 1999, fordelt på fem intervaller, jf. figur 8.



Figur 8 Søknader til trygdekontorene i 1999. Trygdekontorer gruppert etter antall søknader

Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket, N=466¹²

Det framgår av figur 8 at i underkant av halvparten av trygdekontorene mottok fem eller færre søknader i 1999. I forhold til det totale tallet på søknader sto disse trygdekontorene for ca. sju prosent av søknadsmassen. Statistikk fra Rikstrygdeverket viser for øvrig at 41 trygdekontorer ikke mottok noen krav om hjelpestønad i 1999, og at 43 kontorer mottok én søknad hver om hjelpestønad dette året.

Figur 8 viser videre at 91 trygdekontorer mottok mellom seks og ti søknader i 1999, mens 79 kontorer mottok mellom 11 og 20 søknader. Disse stod ellers for til sammen henholdsvis 11 prosent og 18 prosent av søknadsmassen. 67 trygdekontorer mottok mellom 21 og 50 søknader, mens 26 trygdekontorer mottok mer enn 50 søknader. Disse mottok til sammen henholdsvis 31 prosent og 34 prosent av kravene om hjelpestønad i 1999.

På spørsmål om det oppleves som problematisk for kvaliteten på saksbehandlingen at mange av tryg-

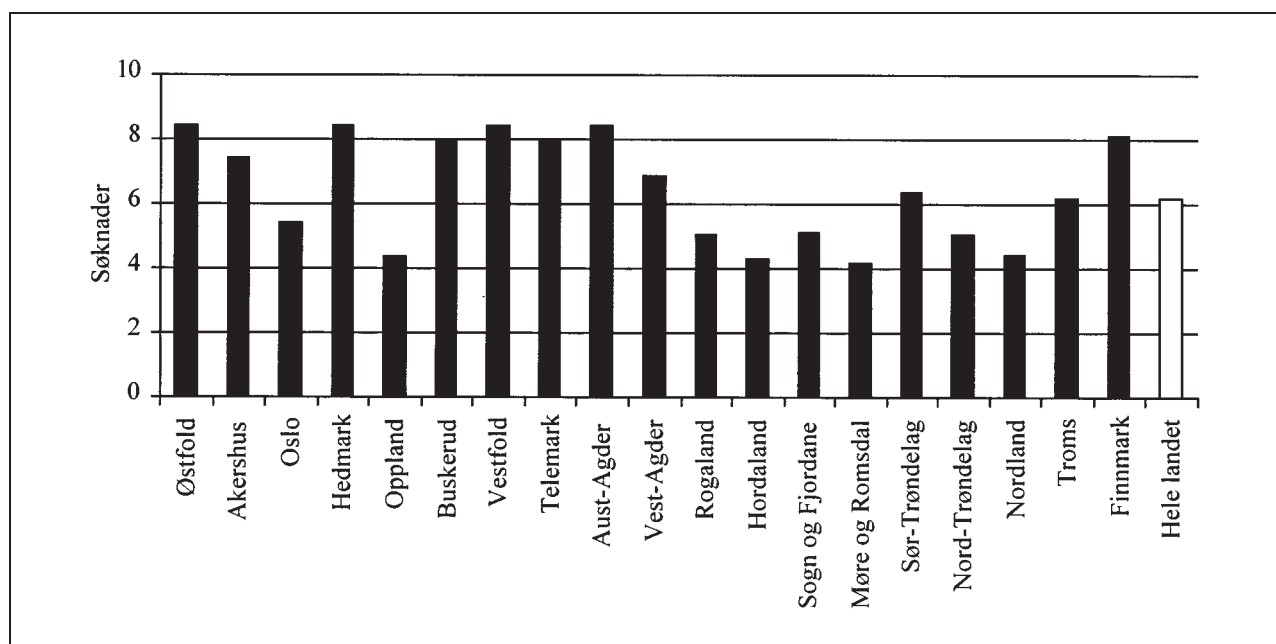
dekontorene mottar få søknader om hjelpestønad i året, har Rikstrygdeverket uttalt at dette er en aktuell problemstilling innenfor de fleste stønadsområdene. Rikstrygdeverket satte i 1999 ned en gruppe som tar for seg stønadsområdene etter tur, med henblikk på om oppgaveløsningen skal ligge på alle trygdekontorene, eller om områdene skal regionaliseres eller sentraliseres i fylket. Arbeidet skal være avsluttet innen 1. juli 2000. I andre halvår 2000 vil Rikstrygdeverket drøfte forslagene med det enkelte fylket før det tas endelig stilling til organiseringen innenfor de ulike områdene. Valget av organisering må ifølge Rikstrygdeverket baseres på en avveining mellom hensynet til brukernærhet og fordelene med å etablere spisskompetanse i større fagmiljøer. Signalene fra ytre etat til Rikstrygdeverket er at hjelpestønad er et område som det kan være hensiktsmessig å regionalisere i større grad.

4.2.2 Søknader til trygdekontorene etter fylke

De 6 405 søknadene som trygdekontorene mottok i 1999, fordeler seg slik på fylkene, sett i forhold til antallet barn og unge under 18 år i fylkene:

¹¹ Grunnet omlegging til nye sakskort i 1997, kan det ikke tas ut søknadsstatistikk for årene 1991 og 1993, slik Riksrevisjonen har bedt om. Det er derfor ikke mulig å vise utviklingen i søkningen over tid.

¹² Trygdekontoret i Stavanger ble sommeren 1999 omorganisert til bydelstrygdekontorer, som gjør at antallet trygdekontorer i landet er 472 ved utgangen av 1999. I summen på 466 er Stavanger regnet som ett trygdekontor.



Figur 9 Søknader til trygdekontorene etter fylke i 1999. Pr. 1 000 barn i fylkene
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (søknader) og Statistisk sentralbyrå (befolkingstall)

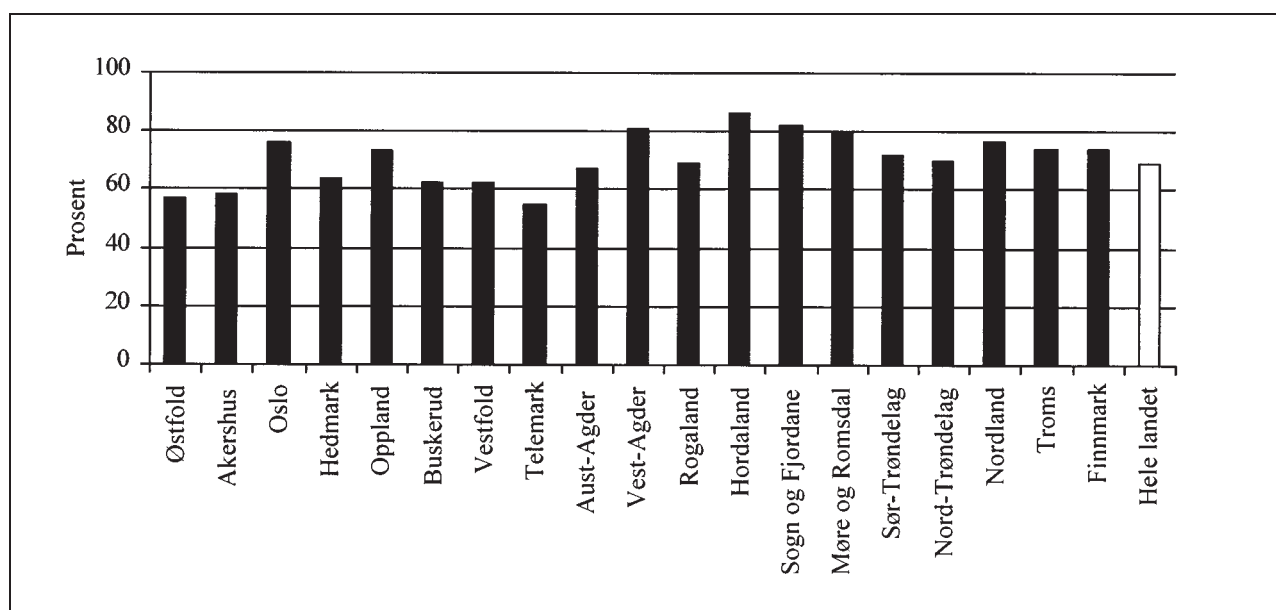
Figur 9 viser at det i 1999 var store variasjoner fylkene imellom når det gjelder antallet søknader til trygdekontorene om hjelpestønad, og at antallet søknader varierte fra ca. fire til ca. åtte pr. 1 000 barn i fylkene. De sju fylkene som mottok flest søknader pr. 1 000 barn i fylket, mottok om lag dobbelt så mange søknader som de fire fylkene som mottok færrest.

De fire fylkene som mottok færrest søknader pr. 1 000 barn i 1999 (Oppland, Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland), er også blant de fylkene som hadde færrest hjelpestønadmottakere ved utgangen av 1999, jf. punkt 4.1.2. Det synes ellers ikke å være en klar sammenheng mellom antallet mottatte søk-

nader og antallet hjelpestønadmottakere. Både Østfold, Hedmark, Buskerud og Telemark er blant de fylkene som mottok flest søknader i 1999, samtidig som tallet på hjelpestønadmottakere ligger på eller under landsgjennomsnittet i disse fylkene. Tilsvarende mottok både Nord-Trøndelag og Troms færre søknader enn landsgjennomsnittet i 1999, selv om disse fylkene har flere hjelpestønadmottakere enn landsgjennomsnittet.

4.2.3 Innvilgelser i forhold til søkning

Statistikk fra Rikstrygdeverket viser at 4 408 av de 6 405 søknadene fra barn og unge om hjelpestønad



Figur 10 Andel søknader innvilget av trygdekontorene i 1999 i prosent. Fylkesvis
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket

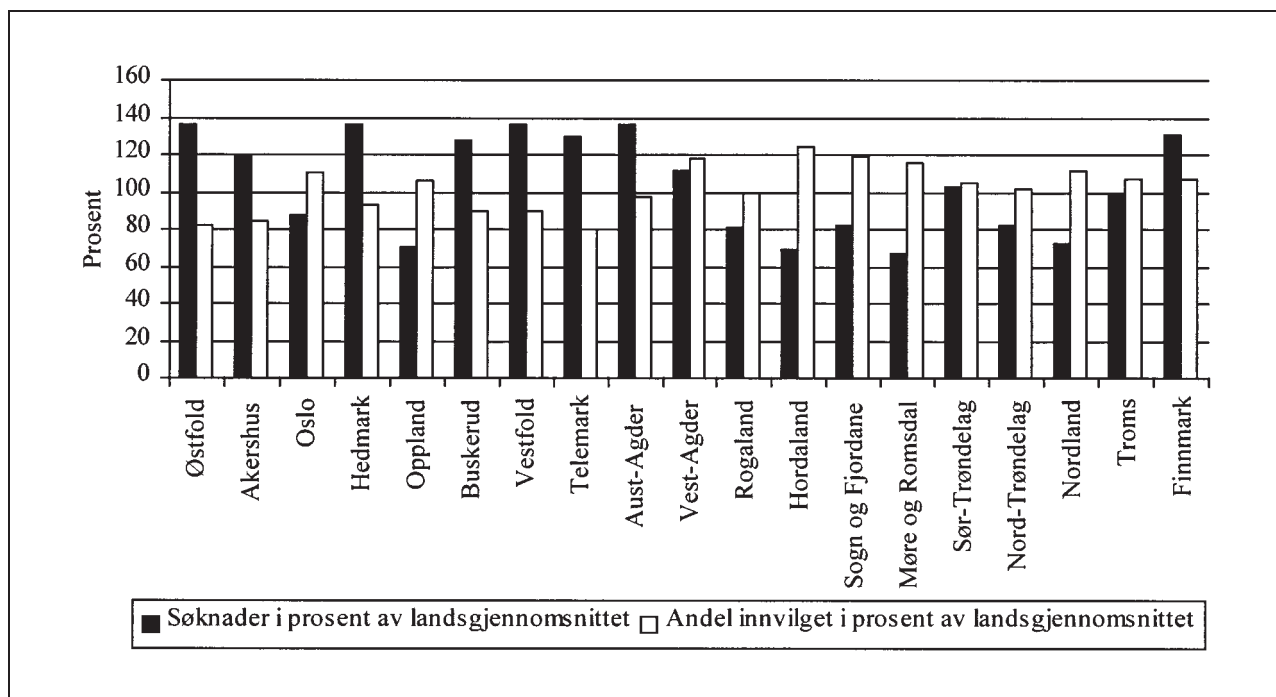
ble innvilget i 1999¹³. Det gir en innvilgelsesprosent for hele landet på 69 prosent.

Innvilgelsesprosenten for trygdekontorene i de ulike fylkene framgår av figur 10 foran.

Figur 10 viser at det er fylkesvise variasjoner i andelen innvilgede søknader i 1999. Mens flere fylker innvilget rundt 80 prosent av søknadene, er an-

delen på rundt 60 prosent i flere andre fylker. Telemark har lavest innvilgelsesprosent (55 prosent), mens Hordaland ligger høyest (86 prosent).

Søkningen til trygdekontorene i fylkene er sammenholdt med andelen innvilgede søknader, jf. figur 11. Både søkningen og innvilgelsene er uttrykt i prosent av landsgjennomsnittet i 1999¹⁴.



Figur 11 Søknader og innvilgelser i 1999 i prosent av landsgjennomsnittet. Fylkesvis
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (søknader/innvilgelser) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 11 viser at det for de fleste fylkers vedkommende er en sammenheng mellom antallet søknader og innvilgelsesprosent, på den måten at fylker med høyere søkning enn landsgjennomsnittet har en innvilgelsesprosent som ligger under landsgjennomsnittet, og omvendt for fylker med lav søkning. De ni fylkene som har lavere søkning enn landsgjennomsnittet, har alle en høyere innvilgelsesprosent enn gjennomsnittet for landet. Av de ti fylkene som har høyere søkning enn landsgjennomsnittet, er det sju fylker som har lavere innvilgelsesprosent enn landsgjennomsnittet. Sør-Trøndelag ligger ubetydelig over begge gjennomsnittene, mens Vest-Agder og Finnmark ligger noe høyere i begge forholdstallene.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at årsaken til at noen fylker mottar få krav og har høy innvilgelsesprosent, kan være at trygdekontorene i disse fylkene utøver sin veiledningsoppgave godt, og dermed unngår at urealistiske krav blir framsatt.

4.3 HJELPESTØNAD ETTER DIAGNOSE

4.3.1 Stønadmottakere uten diagnose

Trygdekontorene skal årlig rapportere inn til Rikstrygdeverket diagnosekoder for nye tilfeller av hjelpestønad. Rikstrygdeverket legger deretter disse opplysningene inn i det sentrale folketrygdsystemet. Statistikk som Riksrevisjonen har mottatt fra Rikstrygdeverket, viser at det i perioden fra 1991 til 1996 til enhver tid var ca. 2 500 hjelpestønadmottakere som ikke var registrert med diagnose. Ifølge Rikstrygdeverket skyldes det trolig at enkelte trygdekontorer har unnlatt å rapportere inn diagnoser for nye tilfeller, og kanskje også at Rikstrygdeverket kan ha unnlatt å registrere opplysninger som er sendt inn.

Problemet med manglende innrapportering og/eller registrering av diagnoser har vært økende i pe-

¹³ Tallene er hentet fra Infotrygd. Tall hentet fra det sentrale folketrygdsystemet viser en tilgang i 1999 på 3 785, det vil si 623 færre nye saker enn tilsvarende tall fra Infotrygd. Ifølge Rikstrygdeverket skyldes differansen trolig periodisering, det vil si at søknaden og vedtaket er registrert i ulike år i disse statistikkbasene.

¹⁴ Landsgjennomsnittet er 100 prosent.

rioden fra og med 1997. Statistikk fra Rikstrygdeverket viser at det ved utløpet av 1999 var 6 776 mottakere uten diagnose (26 prosent av alle mottakere). Denne andelen inkluderer nye tilfeller i 1999, hvor diagnoser først vil bli lagt inn i folketrygdsystemet i mai/juni 2000.

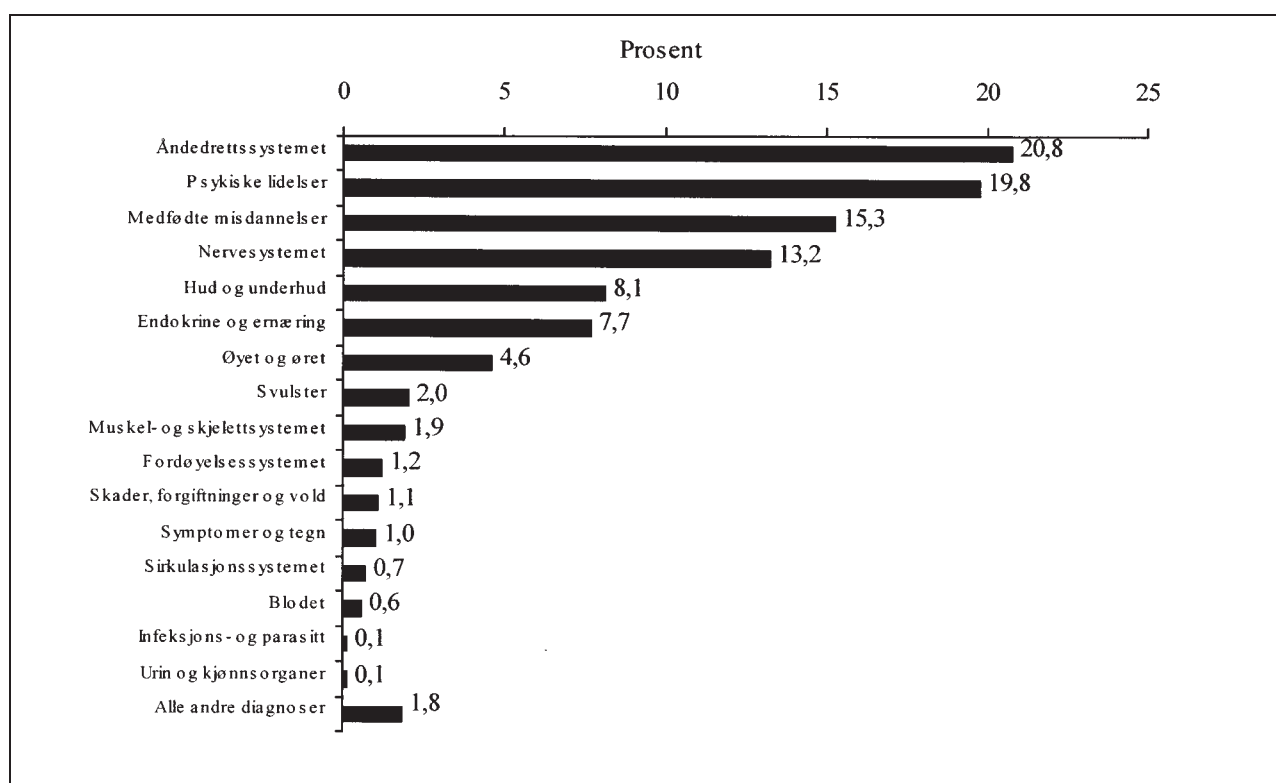
Det er ifølge Rikstrygdeverket ikke grunn til å tro at disse tilfellene, dersom de hadde vært rapportert inn, ville ha fordelt seg etter et annet mønster enn de diagnosene som er registrert.

Riksrevisjonen har derfor valgt å legge statistikken ved utløpet av 1999 til grunn for beskrivelsen av diagnosegrupper for hjelpestønadsmottakere. I de tilfellene der det er beregnet forholdstall pr. 1 000 barn, vil ikke disse være fullt ut korrekte. Siden andelen hjelpestønadsmottakere uten diagnose varierer

lite mellom fylkene, og i de aller fleste fylkene ligger på mellom 20 og 30 prosent, antas denne andelen ikke å være til hinder for å foreta en fylkesvis sammenligning av antallet hjelpestønadsmottakere i ulike diagnosegrupper. Oslo har ellers den markert høyeste andelen uten registrert diagnose (42 prosent av mottakerne).

4.3.2 Hjelpestønadsmottakere etter diagnosegrupper

Ved utgangen av 1999 var det 6 776 hjelpestønadsmottakere som ikke var registrert med diagnose. Når disse tilfellene trekkes fra de 25 576 hjelpestønadsmottakerne, fordeler de resterende 18 800 mottakere seg slik på diagnosegrupper:



Figur 12 Hjelpestønadsmottakere etter diagnosegrupper ved utløpet av 1999. Hele landet

Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket

De seks største diagnosegruppene representerer til sammen 85 prosent av alle mottakerne.

Rikstrygdeverket gikk fra 1. januar 1998 over fra å registrere diagnosene etter standarden ICD-9 til ICD-10¹⁵. Siden diagnosegruppene ikke vil være fullt ut sammenlignbare over tid, presenteres i denne undersøkelsen ikke utviklingen i antallet hjelpestønadsmottakere pr. diagnosegruppe.

4.3.3 Nærmere om de største diagnosegruppene

Det foreligger ifølge Rikstrygdeverket ingen nasjonale statistikker over sykkeligheten blant barn. Det foreligger med andre ord ikke et grunnlag for å sam-

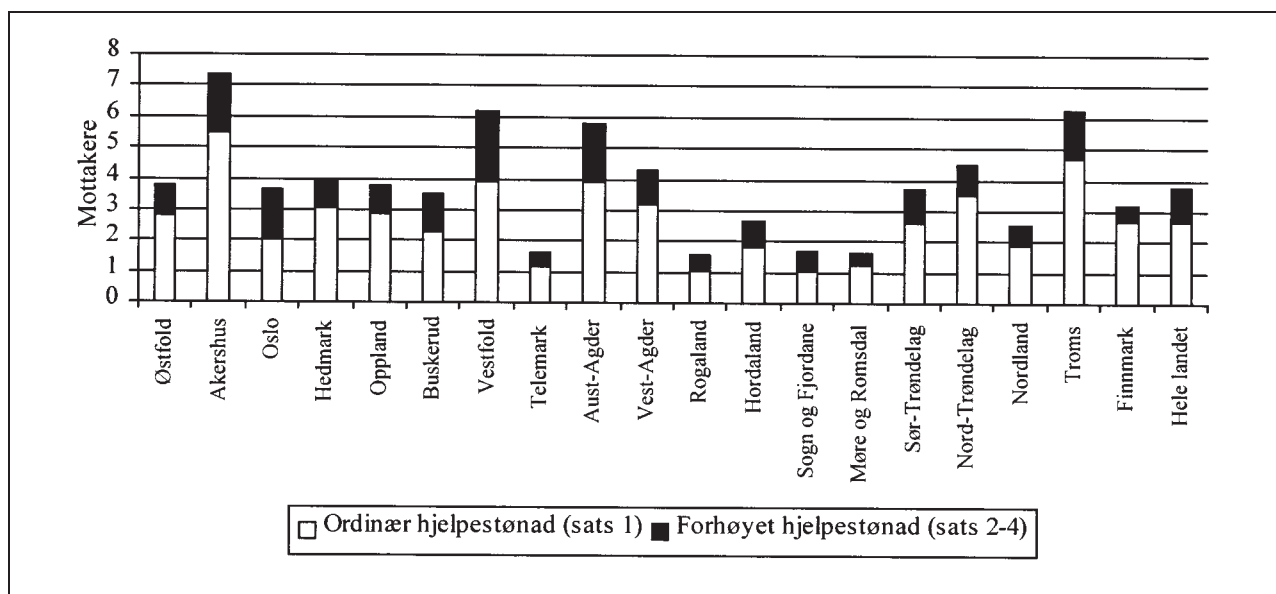
menholde antallet hjelpestønadsmottakere innenfor ulike diagnosegrupper med dokumenterte geografiske forskjeller i sykkelighet. I det følgende gjennomgås de seks største diagnosegruppene med henblikk på antallet hjelpestønadsmottakere.

Sykdommer i åndedrettssystemet

Denne diagnosegruppen utgjør 20,8 prosent av alle hjelpestønadsmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. De aller fleste hjelpestønadsmottakerne i denne diagnosegruppen lider av astma¹⁶. Figur 13 viser antallet hjelpestønadsmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:

¹⁵ International Classification of Diseases.

¹⁶ Trygdestatistisk årbok 1998, tabell 8.5.



Figur 13 Sykdommer i åndedrettssystemet pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker

Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Høyden på hver stolpe i figur 13 viser mottakere i denne diagnosegruppen i alt. Figuren viser at det er store variasjoner fylkene imellom både når det gjelder tildeling og utmåling av sats for barn i denne diagnosegruppen. Mens antallet mottakere pr. 1 000 barn er 1,5 i Rogaland, er antallet fem ganger så høyt i Akershus.

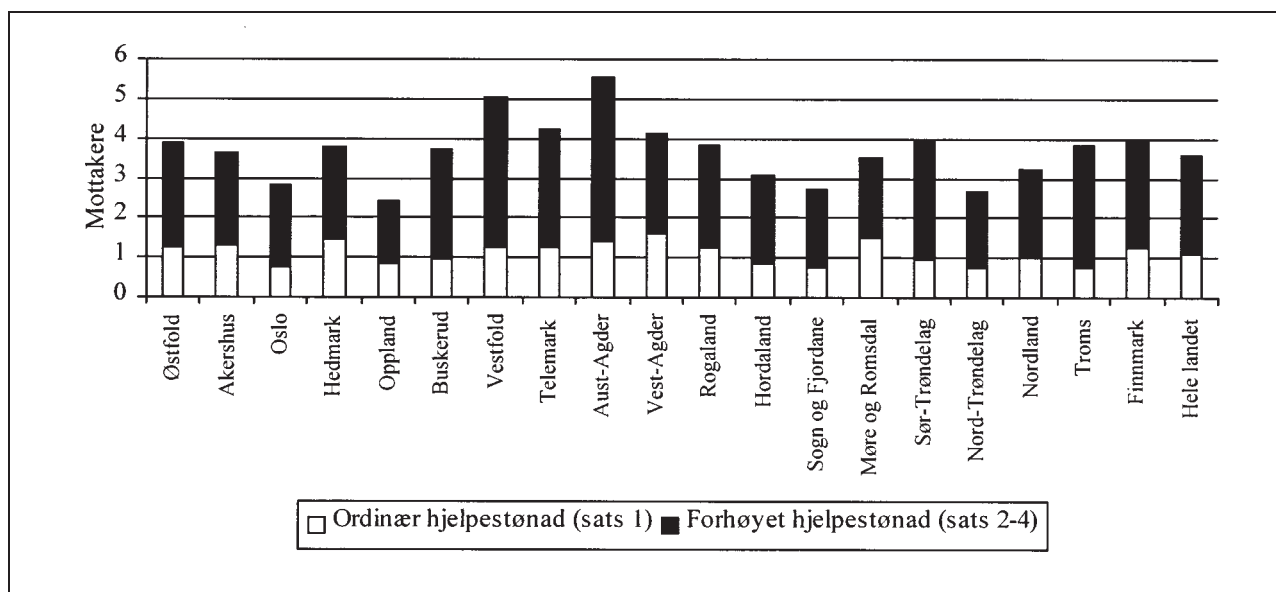
Antallet mottakere av ordinær hjelpestønad varierer svært mye mellom fylkene. Rogaland og Sogn og Fjordane har én mottaker av sats 1 pr. 1 000 barn i fylket, mens det tilsvarende antallet i Akershus og Troms er fem ganger høyere.

De fylkene som har det høyeste antallet mottake-

re i denne diagnosegruppen, har også flest mottakere av forhøyet hjelpestønad. Her ligger Vestfold høyest (2,3 mottakere pr. 1 000 barn), mens antallet er lavest i Telemark og Møre og Romsdal (0,4 mottakere pr. 1 000 barn).

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

Denne diagnosegruppen utgjør 19,8 prosent av alle hjelpestønadmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. Figur 14 under viser antallet hjelpestønadmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:



Figur 14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker

Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

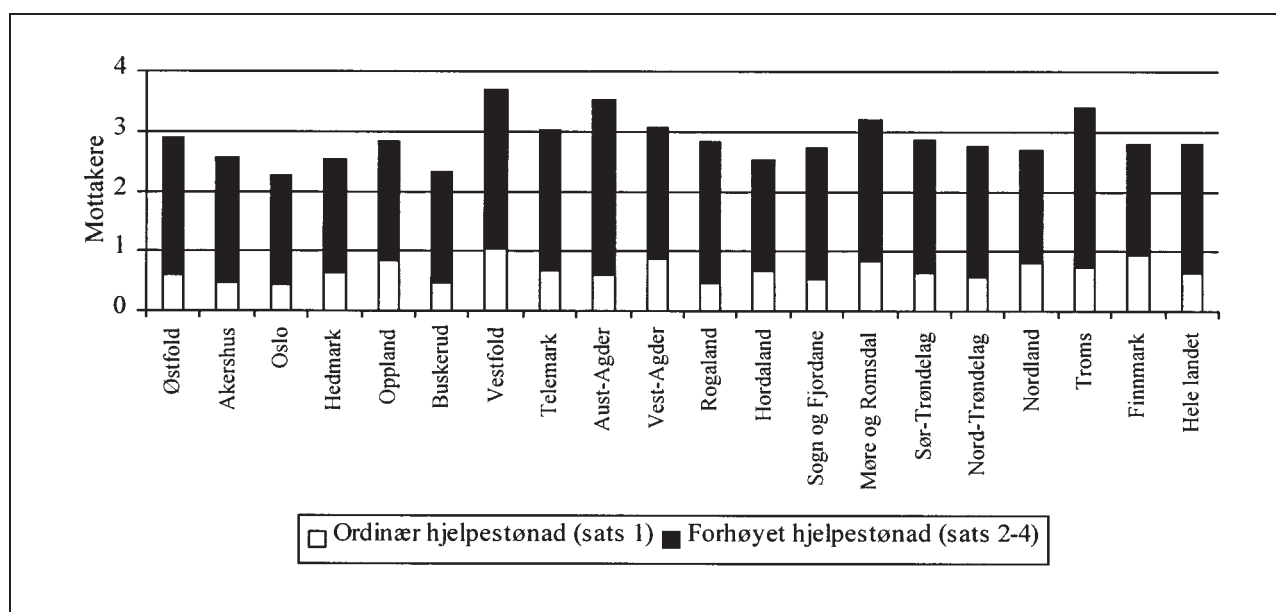
Også for denne diagnosegruppen er det store variasjoner mellom fylkene, særlig med hensyn til forhøyet hjelpestønad. Mens Oppland har 2,4 mottakere pr. 1 000 barn i fylket, er det tilsvarende antallet i Aust-Agder 5,5 mottakere. Det er de samme fylkene som ligger lavest og høyest også når det gjelder antallet med forhøyet hjelpestønad, med henholdsvis 1,5 og 4,1 mottakere pr. 1 000 barn i fylket.

Figur 14 viser videre at de fleste innenfor denne diagnosegruppen har forhøyet hjelpestønad, og at antallet mottakere av ordinær hjelpestønad varierer

mindre (mellom 0,7 og 1,6 mottakere pr. 1 000 barn i fylket).

Medfødte misdannelser og kromosomavvik

Denne diagnosegruppen utgjør 15,3 prosent av alle hjelpestønadmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. Figur 15 under viser antallet hjelpestønadmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:



Figur 15 Medfødte misdannelser og kromosomavvik pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

For denne diagnosegruppen er variasjonene relativt mindre enn for de diagnosegruppene som er omtalt tidligere. Antallet mottakere er likevel nær 70 prosent høyere i det fylket som har flest mottakere, i forhold til fylket hvor antallet er lavest. Flest mottakere har Vestfold, med 3,7 mottakere pr. 1 000 barn i fylket, mens Oslo ligger lavest med 2,2 mottakere¹⁷.

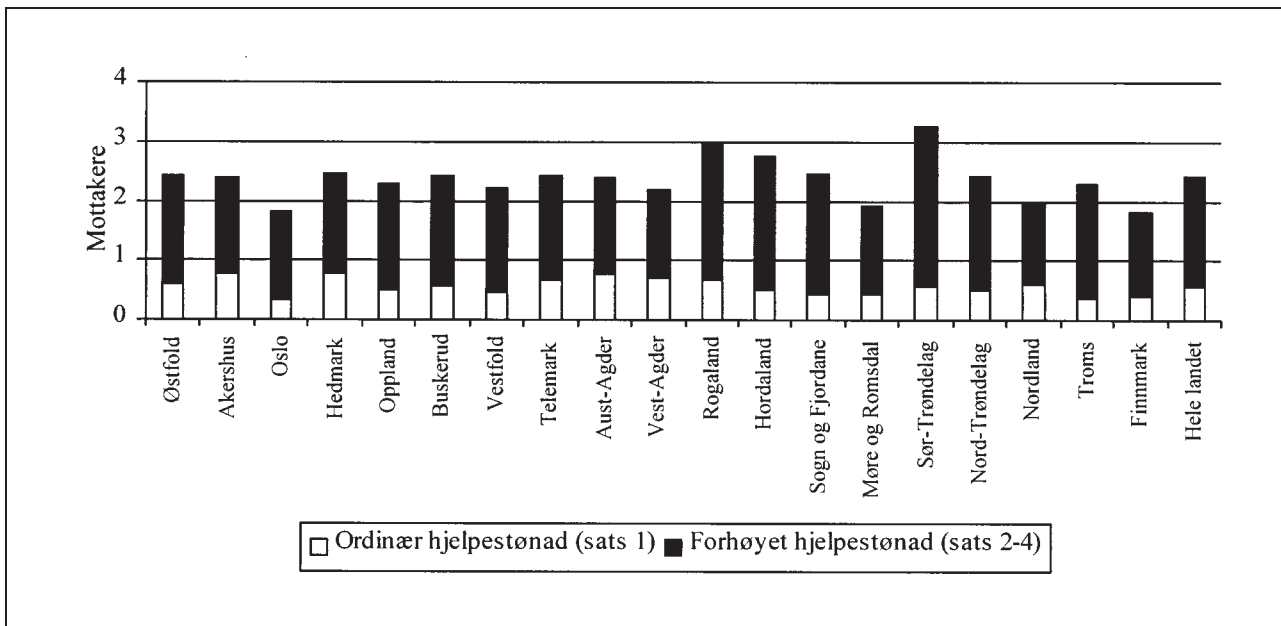
Figur 15 viser videre at de fleste innenfor denne diagnosegruppen har forhøyet hjelpestønad, og at antallet med ordinær hjelpestønad varierer mindre (mellom 0,5 og 1 mottaker pr. 1 000 barn i fylket).

Færrest mottakere av forhøyet hjelpestønad har Oslo og Finnmark (1,8 mottakere pr. 1 000 barn), mens Aust-Agder har flest mottakere med 2,9.

Sykdommer i nervesystemet

Denne diagnosegruppen utgjør 13,2 prosent av alle hjelpestønadmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. Figur 16 viser antallet hjelpestønadmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:

¹⁷ Oslo er det fylket som har flest hjelpestønadmottakere uten registrert diagnose (42 prosent), slik at den reelle andelen mottakere innenfor denne diagnosegruppen trolig er høyere i Oslo enn det figur 15 viser.



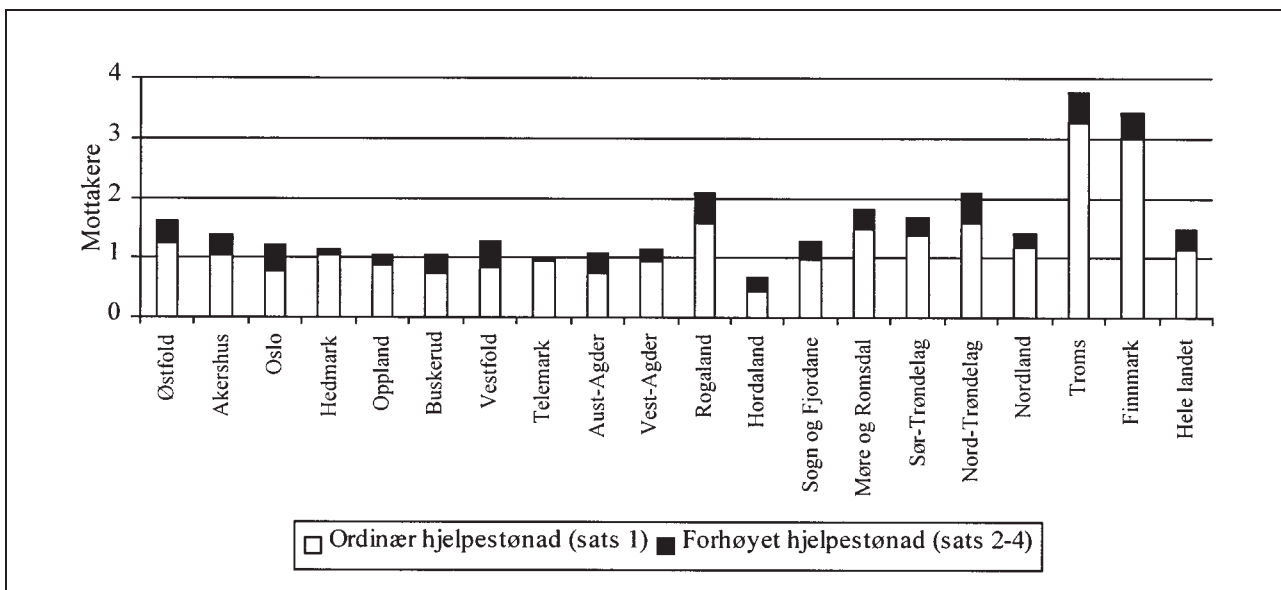
Figur 16 Sykdommer i nervesystemet pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker
Kilde: Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 16 viser at antallet mottakere pr. 1 000 barn varierer relativt lite. Høyest ligger Sør-Trøndelag med 3,3 mottakere pr. 1 000 barn, mens antallet er lavest i Oslo og Finnmark med 1,8 mottakere.

Antallet mottakere av ordinær hjelpetønad varierer forholdsvis lite mellom fylkene og ligger på mellom 0,3 og 0,8 mottakere pr. 1 000 barn. Antallet mottakere av forhøyet hjelpetønad viser større variasjoner. Også her har Sør-Trøndelag det høyeste antallet (2,7), mens Nordland og Finnmark har et antall som er ca. halvparten så stort (1,4).

Hud og underhud

Denne diagnosegruppen utgjør 8,1 prosent av alle hjelpetønadsmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. Figur 17 under viser antallet hjelpetønadsmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:



Figur 17 Sykdommer i hud og underhud pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

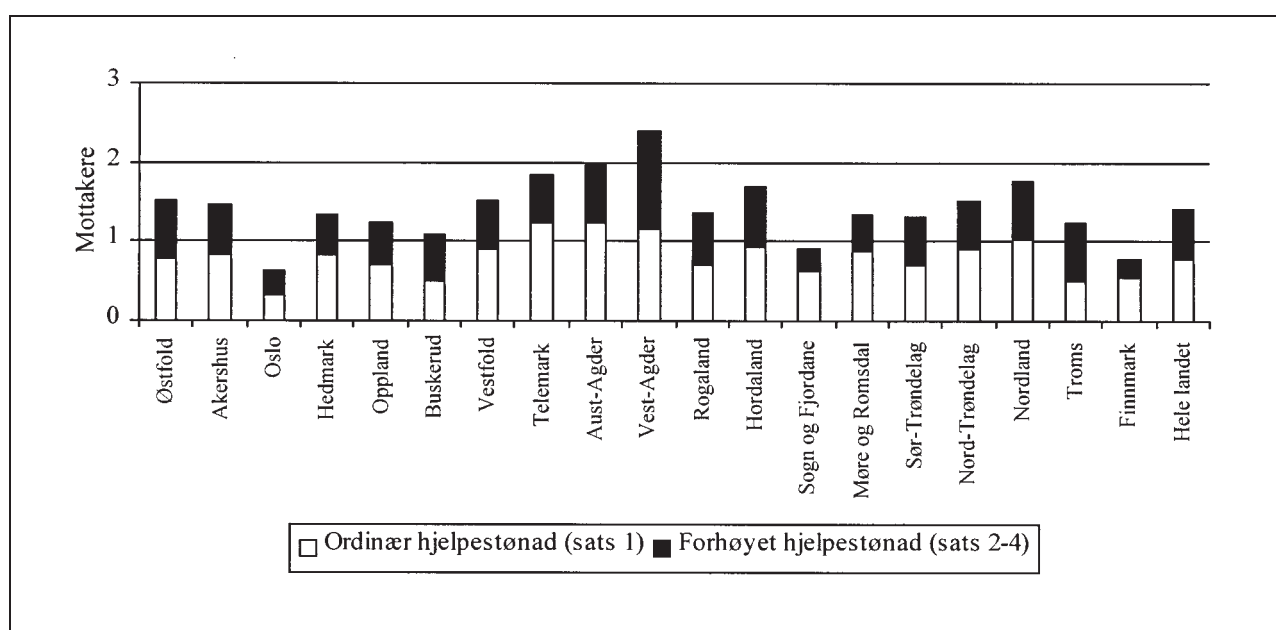
Som det framgår av figur 17, er det i denne diagnosegruppen store variasjoner fylkene imellom når det gjelder antallet mottakere av hjelpestønad. Troms og Finnmark har det markert høyeste antallet mottakere pr. 1 000 barn i fylket, med henholdsvis 3,7 og 3,4 mottakere. Rogaland og Nord-Trøndelag ligger også høyt, med 2,1 mottakere pr. 1 000 barn. Hordaland ligger markert lavest, med 0,7 mottakere av hjelpestønad pr. 1 000 barn i fylket.

Det er først og fremst antallet med ordinær hjelpestønad som varierer. Finnmark har 3,2 mottakere av sats 1 pr. 1 000 barn i fylket, mens det tilsvarende antallet er 0,4 i Hordaland. Antallet mottakere av

forhøyet hjelpestønad pr. 1 000 barn er relativt lite i alle fylker, og varierer mellom 0,1 (Hedmark og Telemark) og 0,5 (Rogaland, Nord-Trøndelag og Troms).

Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer

Denne diagnosegruppen utgjør 7,7 prosent av alle hjelpestønadmottakere med registrert diagnose ved utløpet av 1999. Mange i denne diagnosegruppen har diabetes¹⁸. Figur 18 under viser antallet hjelpestønadmottakere pr. 1 000 barn for denne diagnosegruppen:



Figur 18 Endokrine, ernærings- og metabolske sykd. pr. 1 000 barn pr. 31.12.99. Hele landet og fylker
Kilde: Statistikk fra Rikstrygdeverket (mottakere) og Statistisk sentralbyrå (befolkningstall)

Figur 18 viser at det også for denne diagnosegruppen er betydelige variasjoner mellom fylkene. Flest mottakere i forhold til antallet barn i fylket har Vest-Agder (2,4), mens både Oslo, Sogn og Fjordane og Finnmark har under én mottaker pr. 1 000 barn i fylket.

Variasjonene synes i noen grad å henge sammen med ulikheter i antallet mottakere av ordinær hjelpestønad. I Oslo er det 0,3 mottakere av sats 1 pr. 1 000 barn, mens antallet er 1,2 i Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Antallet mottakere av forhøyet hjelpestønad ligger i de fleste fylkene på mellom 0,5 og 0,7 pr. 1 000 barn. Antallet er imidlertid 0,2 i Sogn og Fjordane og Finnmark, mens Vest-Agder har 1,2 mottakere pr. 1 000 barn.

4.4 SAKSBEHANDLINGEN

Under dette punktet redegjøres det for behandlingen av de ni sakene som er benyttet i vignettundersøkelsen, og som er besvart av i alt 52 trygdekontorer og samtlige 19 fylkestygdekontorer. I tillegg til variasjoner i vedtak, er det beskrevet hvilke vurderingskriterier som er benyttet, og hvordan disse er vektlagt (punkt 4.4.1). Videre er den enkelte saken gjennomgått med henblikk på forhold som kan forklare spredning i vedtak (punkt 4.4.2). I etterkant av selve undersøkelsen er det gjennomført intervjuer med representanter for Rikstrygdeverket, seks fylkestygdekontorer og to trygdekontorer i hver av de seks fylkene. Hensikten med disse intervjuene har vært å få belyst faktorer som antas å kunne påvirke saksbehandlingen, som for eksempel overordnet styring og oppfølging, kompetanse, regelverk og dokumentasjon (punktene 4.4.3–4.4.6).

¹⁸ Trygdestatistisk årbok 1998, tabell 8.5.

4.4.1 Vignettundersøkelsen i trygdeetaten

Det er benyttet ni saker i vignettundersøkelsen. Hver av disse er behandlet i 18 fylker, det vil si alle fylker unntatt det fylket som opprinnelig behandlet saken. I hvert fylke ble sakene sendt til to eller tre trygdekontorer, som hver fikk tre saker til behandling. I de tilfellene der trygdekontoret fattet vedtak om avslag eller tilståelse av ordinær hjelpetønad (sats 1), ble saken returnert direkte til Riksrevisjonen. Saker hvor trygdekontoret fattet vedtak om tilståelse av sats 2 eller tilrådte høyere sats, er også behandlet av fylkestrygdekontoret.

Resultater

Vignettundersøkelsen viser at det er stor spredning i vedtak i de enkelte sakene, jf. tabell 1. Vedtakene er fordelt på flere alternativer i samtlige av sakene. I to av sakene fordeler vedtakene seg på samtlige alternativer, fra avslag til tilståelse av forhøyet hjelpetønad etter sats 4. Fire saker fordeler seg på tre forskjellige vedtak, mens tre saker fordeler seg på to ulike vedtak.

Det framgår av tabell 1 at bare i to av de ni sakene i vignettundersøkelsen har et flertall av kontorene tilstått den samme satsen som i det opprinnelige vedtaket (sakene 2 og 7).

Tabell 1 Fordeling av vedtak i sakene i vignettundersøkelsen

Sak	Diagnosegruppe	Barnets alder	Opprinnelig vedtak (sats)	Vedtak i vignettundersøkelsen					Sum
				Avslag	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Sats 4	
				n	n	n	n	n	
1	Nervesystemet	16 md.	4	1	2	5	8	2	18
2	Åndedrettssystemet/hud og underhud .	11 år	1	7	11				18
3	Psykiske lidelser	15 år	2	1	2	11	3		18
4	Åndedrettssystemet/hud og underhud .	3 år	2		8	9	1		18
5	Misdannelser/nervesystemet	4 år	4				13	5	18
6	Endokrine og ernæring	5 år	1		7	11			18
7	Nervesystemet/åndedrettssystemet	3 år	3			3	14	1	18
8	Psykiske lidelser	11 år	3		3	9	6		18
9	Hud og underhud	4 år	1	2	5	11			18
Sum			11	37	50	53	11	162

Kilde: Ni virkelige saker og vignettundersøkelsen i trygdeetaten, N=162

Som det framgår av tabell 1, er det i flere av sakene ikke noe klart tyngdepunkt i vedtakene. Av de seks sakene med spredning på tre vedtak eller mer, er det bare i tre saker (sakene 3, 7 og 9) at mer enn halvparten av kontorene har tilstått samme sats i saken. I de øvrige av disse seks sakene (sakene 1, 4 og 8) er samme sats tilstått i mindre enn halvparten av vedtakene. I de tre sakene der vedtakene fordeler seg på to alternativer (sakene 2, 5 og 6), er vedtakene relativt jevnt fordelt. Den ene av disse sakene (sak 5) er imidlertid sammen med sak 7 de av sakene med flest likelydende vedtak, med henholdsvis 13 og 14 vedtak om sats 3. Nærmere omtale av de enkelte sakene følger i punkt 4.4.2.

Det framgår videre av tabell 1 at variasjonen i vedtak er særlig stor i de sakene der barna har psykiske lidelser og sykdommer i nervesystemet. I de fire sakene hvor disse lidelsene synes å være hoveddi-

agnose (sakene 1, 3, 7 og 8), er vedtakene spredt på tre alternativer eller mer. I de to andre sakene med spredning på tre ulike vedtak, lider søkeren av sykdommer i henholdsvis åndedrettssystemet (sak 4) og huden (sak 9).

Stønad pr. sak

Da de ni sakene ble behandlet i virkeligheten, var den gjennomsnittlige stønaden pr. sak ca. 32 400 kroner, jf. tabell 2. Gjennomsnittlig stønad for de samme ni sakene i vignettundersøkelsen, er ca. 27 700 kroner, det vil si 4 700 kroner mindre pr. sak. Det er i vignettundersøkelsen fattet forholdsvis færre vedtak om sats 4 enn da sakene ble behandlet opprinnelig, og dette trekker ned den gjennomsnittlige stønaden i vignettundersøkelsen.

Tabell 2 Opprinnelig stønad og gjennomsnittlig stønad i vignettundersøkelsen. Kroner. Satser for 1999

Sak	Diagnosegruppe	Opprinnelig Stønad	Vignettene (gjennomsnitt)	Differanse
1	Nervesystemet	64 800	33 600	- 31 200
2	Åndedrettssystemet/ hud og underhud	10 800	6 600	- 4 200
3	Psykiske lidelser	21 600	40 200	18 600
4	Åndedrettssystemet/ hud og underhud	21 600	18 000	- 3 600
5	Misdannelser/nervesystemet	64 800	49 200	- 15 600
6	Endokrine og ernæring	10 800	17 400	6 600
7	Nervesystemet/åndedrettssystemet	43 200	40 800	- 2 400
8	Psykiske lidelser	43 200	27 000	- 16 200
9	Hud og underhud	10 800	16 200	5 400
Gjennomsnitt for alle sakene:		32 400	27 700	- 4 700

Kilde: Ni virkelige saker og vignettundersøkelsen i trygdeetaten, N=162

Det framgår av tabell 2 at seks av sakene i vignettundersøkelsen har en lavere gjennomsnittlig utbetaling enn den stønaden som ble tilstått da saken opprinnelig ble behandlet. I halvparten av disse sakene (sakene 1, 5 og 8) er differansen på mer enn 15 000 kroner. På den andre siden har tre saker i vignettundersøkelsene en gjennomsnittlig utmålt stønad som er høyere enn det som opprinnelig ble tilstått. Differansen er størst i sak 3 (18 600 kroner).

Vanskelighetsgrad

En forklaring på den store variasjonen i vedtak som undersøkelsen viser, kan tenkes å være at kontorene har oppfattet sakene som vanskelige. I oppfølgingsintervjuene til vignettundersøkelsen ble fylkestrygdekontorene og trygdekontorene derfor bedt om å angi vanskelighetsgraden til sakene de hadde behandlet. I tabell 3 nedenfor er svarene fra kontorene kategorisert etter vanskelighetsgrad for hver av de ni sakene.

Tabell 3 Kontorenes vurdering av vanskelighetsgrad for sakene i vignettundersøkelsen (prosent)

Sak	Diagnosegruppe	Vanskelighetsgrad			Sum
		Lett	Middels	Vanskelig	
1	Nervesystemet	25	63	12	100
2	Åndedrettssystemet/ hud og underhud	33	34	33	100
3	Psykiske lidelser	22	56	22	100
4	Åndedrettssystemet/ hud og underhud	29	14	57	100
5	Medfødte misdannelser/nervesystemet	20	40	40	100
6	Endokrine og ernæring	51	40	49	100
7	Nervesystemet/åndedrettssystemet	33	34	33	100
8	Psykiske lidelser	30	50	20	100
9	Hud og underhud	50	50		100
(Antall vurderinger)		(22)	(27)	(20)	(69)

Kilde: Vignettundersøkelsen i trygdeetaten, intervjuer, N=18

Som det framgår av tabell 3, har kontorene ulike oppfatninger av vanskelighetsgraden til samtlige av sakene. Vanskelighetsgraden er i flest saker kategorisert som middels, og i færrest saker som vanskelig.

Når det gjelder de to sakene hvor spredningen i vedtak mellom kontorene er størst (sakene 1 og 3), mener de fleste kontorene at disse er middels vanskelige. For de sakene med spredning på tre vedtak (sakene 4, 7, 8 og 9), er det bare i én sak at et flertall av kontorene opplever den som vanskelig (sak 4).

Det finnes i materialet ingen indikasjoner på at saker med stor spredning i vedtak opplever som

vanskeligere enn saker der spredningen mellom kontorene er mindre. Tendensen er derimot at saker med spredning på to vedtak (sakene 2, 5 og 6) i større grad blir vurdert som vanskelige enn saker med tre eller flere forskjellige vedtak.

Endring av satsfastsettelse ved fylkestrygdekontorene

Det er i undersøkelsen tilstått forhøyet hjelpstønad i 114 tilfeller. I 111 av disse tilfellene er innstillingene foretatt av trygdekontorene og deretter oversendt

fylkestrygdekontorene for endelig vedtak¹⁹. Fylkestrygdekontoret har i om lag 70 prosent av tilfellene

fattet vedtak i samsvar med trygdekontorets innstilling, jf. tabell 4.

Tabell 4 Endring av satsfastsettelse ved fylkestrygdekontorene

	Antall	Prosent
Vedtak i samsvar med trygdekontorets innstilling	77	69
Økning på to satser i forhold til trygdekontorets innstilling	1	1
Økning på én sats i forhold til trygdekontorets innstilling	22	20
Reduksjon på én sats i forhold til trygdekontorets innstilling	11	10
Sum	111	100

Kilde: Vignettundersøkelse i trygdeetaten, N=162

Det framgår av tabell 4 at fylkestrygdekontorene i 22 tilfeller, eller i om lag 20 prosent av sakene, har funnet grunnlag for å tilstå hjelpestønad som er én sats høyere enn foreslått i trygdekontorenes innstillinger. Kun i ett tilfelle har fylkestrygdekontoret vedtatt å tilstå hjelpestønad to satser høyere enn det trygdekontoret innstilte på. I 11 tilfeller, det vil si i ca. 10 prosent av sakene, har fylkestrygdekontoret vedtatt en lavere sats enn foreslått av trygdekontoret.

Nærmere om kontorenes begrunnelser

Som et ledd i undersøkelsen er trygdekontorenes og fylkestrygdekontorenes begrunnelser for vedtakene systematisert. Begrunnelsene er kategorisert i tråd

med regelverket på hjelpestønadsområdet. I om lag 85 prosent av sakene har kontorene begrunnet sine vedtak med to eller flere elementer (kriterier). I avsnittene nedenfor gis det en nærmere beskrivelse av antall og type kriterier som er registrert for de ulike vedtakene (avslag og satser).

Antall kriterier

En indikator på hvordan hjelpestønadssaker med ulike vedtak er behandlet ved kontorene, kan være å beregne gjennomsnittlig antall vektlagte kriterier for de ulike vedtakene (avslag og satser). Tabell 5 viser en slik beregning for sakene i undersøkelsen.

Tabell 5 Antall vektlagte kriterier fordelt på vedtak (gjennomsnitt)

Vedtak	Avslag	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Sats 4	Alle
Gjennomsnitt	1,4	2,1	2,9	3,1	3,2	2,6

Kilde: Vignettundersøkelsen i trygdeetaten, N=162

Det framgår av tabell 5 at det i gjennomsnitt er lagt vekt på om lag 2,5 kriterier i hver sak som er behandlet av kontorene. Tabellen viser videre at antall vektlagte kriterier i gjennomsnitt øker fra avslagssaker til sats 1, og ytterligere fra sats 1 til forhøyet hjelpestønad (sats 2–4). Vurderingene som ligger til grunn for vedtakene, synes altså å bli mer omfattende jo høyere sats som tilstås.

Det er imidlertid i materialet en rekke eksempler på at det ikke synes å være noen sammenheng mellom hvilken sats kontorene har tilstått, og antall kriterier som er vektlagt i saken. I flere tilfeller har kontorer som har tilstått hjelpestønad etter de to laveste satsene, vektlagt flere kriterier og understreket disse sterkere, enn kontorer som har tilstått stønad etter de to høyeste satsene. I flere vedtak hvor hjelpestønad

etter sats 4 er tilstått, er det kun henvist til at vedtaket er fattet etter gjeldende retningslinjer på området, uten noen nærmere begrunnelse for tilståelsen av den aktuelle satsen.

Type begrunnelser gitt i vedtakene

Det er fattet i alt 11 vedtak om avslag på kravet om hjelpestønad. I de fleste tilfellene er avslaget begrunnet med at kontorene vurderer tilsyns- og pleiebehovene til ikke å være omfattende nok til å nå opp til stønadssatsen for ordinær hjelpestønad. I to tilfeller er avslaget begrunnet med at det ikke foreligger et privat pleieforhold. De øvrige avslagene er begrunnet med at det ikke er dokumentert tilsyns- og pleiebehov, at diagnosen ikke er dokumentert, eller at varighetskravet ikke er oppfylt.

For de 151 tilfellene der hjelpestønad er tilstått, er det identifisert en rekke begrunnelser for vedtaket.

¹⁹ I tre av tilfellene er hele behandlingen av saken blitt foretatt av fylkestrygdekontoret.

Ved noen kontorer foretas det kun en helhetsvurdering av omsorgs- og pleiebehovet. De øvrige kontorene har lagt vekt på flere spesifikke forhold i saken.

Tabell 6 gjengir fordelingen av kontorenes begrunnelser i de 151 sakene der hjelpestønad er tilstått. Tallene uttrykker den prosentandelen av vedta-

kene hvor kriteriet (radene 1–10) er angitt i kontorenes begrunnelser. Andelen er beregnet i forhold til alle vedtak på samme nivå, for eksempel sats 1. Kolonnen til høyre («Alle») viser forekomsten av kriteriet i forhold til alle de 151 vedtakene²⁰.

Tabell 6 Begrunnelser for tilståelse av hjelpestønad etter sats (prosent)

Begrunnelse	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Sats 4	Alle
1 Helhetsvurdering (generell)	22	16	9	18	15
2 Funksjonsevne/sykdomsbilde/diagnose	43	56	72	0	54
3 Tilsyns- og pleieoppgaver	78	84	87	90	84
4 Stimulering/opplæring/trening	5	12	19	27	14
5 Bindende pleieoppgave	0	0	19	0	7
6 Selvhjulpenhet	0	0	0	9	1
7 Innsats fra foreldre	5	18	26	9	17
8 Støtte og avlastning fra andre	0	0	2	9	1
9 Familietsituasjon	3	4	9	9	6
10 Alder	57	50	68	82	60
Antall saker (N)	(37)	(50)	(53)	(11)	(151)

Kilde: Vignettundersøkelsen i trygdeetaten, N=151

Kriterium 2 i tabell 6, «Funksjonsevne/sykdomsbilde/diagnose», er vedtak som er kategorisert etter hvorvidt det er foretatt en skriftlig vurdering av barnets medisinske tilstand. Tilsvarende kategorisering er gjort for de øvrige forholdene som inngår i begrunnelsene, som vurderinger foretatt av graden av bundethet pleieoppgavene medfører for foreldrene, vurderinger av selvhjulpenhet, foreldrenes arbeidsinnsats, muligheten for støtte og avlastning fra andre og familietsituasjonen (søsken, sosiale forhold, inntekt og så videre). Kriterium nummer 10, «Alder», består av vedtak der det er foretatt vurderinger av omsorgs- og pleiebehovet i forhold til friske barn på samme alder.

Som tabell 6 viser, er det i om lag 15 prosent av alle vedtakene bare gitt generelle begrunnelser. Slike begrunnelser, som kun henviser til regelverket på området, forekommer i åtte av de ni sakene i undersøkelsen. En typisk begrunnelse av generell karakter er:

«Behov utover det vanlige. Se § 6-4 fra s. 73 – og utover»

Som det framgår av tabell 6, er andelen slike begrunnelser størst i de tilfellene der satsene 1 og 4 er tilstått.

Omfanget av tilsyns- og pleieoppgavene er det kriteriet som gjennomgående vektlegges i flest vedtak i undersøkelsen. Samlet inngår dette kriteriet i begrunnelsen til om lag 85 prosent av sakene der hjelpestønad er tilstått. Som det framgår av tabell 6, er andelen slike begrunnelser økende med økende sats.

Vurderinger av barnets funksjonshemminger og størrelsen på pleiebehovet i forhold til friske barn på samme alder, er gjort i om lag 60 prosent av begrunnelsene. Også dette kriteriet er angitt oftest i de tilfellene der de høyeste satsene er tilstått.

En hovedtendens i kontorenes begrunnelser er at det synes å være ulike oppfatninger om hva som er det normale hjelpe- og pleiebehovet for barn i ulike aldersgrupper. Vurderingene av barnas behov i forhold til jevnaldrende blir dermed også ulike ved kontorene. Spesielt er spriket i kontorenes vurderinger stort i de sakene der det er yngre barns hjelpe- og pleiebehov i forhold til jevnaldrende som er vurdert. Når det gjelder eldre barn, finnes det imidlertid i materialet også flere eksempler på at de samme barna anses for å være henholdsvis «relativt selvhjulpne» og «svært omsorgstrengende».

I om lag 55 prosent av samtlige saker der det er tilstått hjelpestønad, er det foretatt vurderinger av barnets funksjonsevne, sykdomsbilde og/eller diagnose i forhold til den foreliggende dokumentasjonen i saken. Som det framgår av tabell 6, er det store forskjeller mellom kontorer som har tilstått ulik sats når det gjelder forekomsten av disse kriteriene i begrunnelsene. Andelen som vektlegger disse hensynene som del av sitt beslutningsgrunnlag, er økende fra sats 1 til sats 3, der den er på i overkant av 70 prosent. Ingen av kontorene som har tilstått sats 4, har i begrunnelsen lagt vekt på disse opplysningene.

De øvrige kriteriene er, som det framgår av tabell 6, angitt i relativt få tilfeller. En hovedtendens

²⁰ Med unntak for de sakene der det kun henvises til regelverket på området, er den enkelte begrunnelse del av et sett med kriterier kontorene legger til grunn for sine vedtak.

for disse kriteriene, er at de benyttes mer jo høyere sats som er tilstått.

Begrunnelser for ikke å tilstå høyere sats i saken

I 60 prosent av sakene der det tilstås hjelpestønad et-

ter satsene 1–3, gis det begrunnelser for hvorfor søkeren ikke er berettiget til hjelpestønad etter en høyere sats. Som det framgår av tabell 7, er forekomsten av slike begrunnelser størst der det er tilstått hjelpestønad etter sats 2. Fordelingen er ellers nokså lik der det er tilstått sats 1 og 3.

Tabell 7 Andel vedtak med og uten begrunnelser for ikke å tilstå høyere sats

	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Alle
Begrunnelse gis	46	76	47	60
Begrunnelse gis ikke	54	24	53	40
Sum	100	100	100	100

Kilde: Vignettundersøkelse i trygdeetaten, N=140

Den hyppigst forekommende begrunnelsen for ikke å tilstå høyere sats, er at pleie- og tilsynsoppgavene ikke vurderes til å være omfattende nok. 70 prosent av kontorene gir denne begrunnelsen. I om lag 20 prosent av vedtakene tilstås det ikke høyere sats fordi en avventer utviklingen av diagnosen. I de fleste av disse vedtakene er dette sett i sammenheng med barnets lave alder. I om lag 10 prosent av vedtakene gis det kun generelle begrunnelser med henvisning til regelverket på området for hvorfor søkeren ikke fyller kravene til en høyere sats enn det som tilstås.

4.4.2 Nærmere om de enkelte sakene i vignettundersøkelsen

Presentasjonen av de enkelte sakene i vignettundersøkelsen som følger nedenfor, tar i første rekke sikte på å belyse de forholdene i kontorenes vurderinger som kan forklare at vedtakene varierer i identiske saker. Variasjonene i begrunnelser i saker med samme vedtak, som også er store i undersøkelsen, behandles i mindre grad.

I framstillingen av den enkelte saken, gis det først et kort sammendrag av sakens ulike forhold slik de framkommer i beskrivelsen fra barnets foreldre, fra behandlende lege og den øvrige dokumentasjonen i saken. Deretter følger en beskrivelse av de hovedforskjellene i begrunnelser som lar seg identifisere mellom grupper av vedtak (avslag og sats) i den enkelte saken.

Datagrunnlaget for saksgjennomgangen er både kontorenes innstillinger og vedtak i sakene, og de intervjuene som ble gjennomført med representanter for seks fylkestrygdekontorer og 12 trygdekontorer i etterkant av vignettundersøkelsen.

Sak 1

16 måneder gammel gutt som ved ett års alder ble akutt syk med symptomer i form av stivhet i ekstremiteter og ekstensjon av hode og kropp med dystone bevegelser. Ifølge legeerklæring er det mistanke om at symptomene skyldes en progredierende hjernesykdom, og det forventes svar på prøver. Guttungen har spasmer som hindrer ham i all form for viljestyrt aktivitet. Han har ikke egen sittefunksjon, og har mistet de ordene han har utviklet. Spasmen medfører også at han er mye våken og urolig om nettene. Legen konkluderer med at barnet har behov for tilsyn og hjelp langt utover det andre barn på hans alder har behov for. Dette vil kreve en betydelig ekstra innsats fra foreldrene, i tillegg til at de vil ha behov for støtte og avlastning utover det de selv kan stille opp med. For noen måneder siden var barnet innlagt på sykehus i sju uker, og har etter det vært innlagt på sykehus i to kortere perioder.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 4.

Denne saken er vurdert svært forskjellig av kontorene. Ved ett kontor gis det avslag på kravet om hjelpestønad, ved to tilstås sats 1, ved fem sats 2, ved åtte sats 3 og ved to kontorer tilstås sats 4. Saken kjennetegnes også av at det i mange tilfeller er uenighet mellom trygdekontoret og fylkestrygdekontoret. I fire tilfeller har fylkestrygdekontoret gått én sats opp, og i fire tilfeller har fylkestrygdekontoret gått én sats ned.

Fire av kontorene gir, uavhengig av sats, kun generelle begrunnelser for tilståelsen under henvisning til vilkårene for hjelpestønad. Det er ellers vanskelig ut fra kontorenes vurdering av pleie- og tilsynsbehovet å se hvorfor utmålingen av sats varierer. Et trygdekontor som har gitt sats 1, sier for eksempel:

«Selv om små barn generelt har et stort hjelpebehov antar vi at gutten har så store funksjonsforstyrrelser at han har et langt større omsorgs- og pleiebehov enn det friske barn i samme alder har. Hans funksjonsforstyrrelser synes å kreve en overvåking og pleie og en stimulering og trening som langt overgår det friske barn krever.»

Et fylkestrygdekontor som har tilstått sats 4, sier:

«Alle barn på samme alder har et omfattende behov for tilsyn/pleie/oppfølging. På bakgrunn av opplysningene som foreligger i saken fra lege og fra foreldrene har barnet et meget stort behov for tilsyn og pleie. Selv om han bare er halvannet år gammel, er vi av den oppfatning at hans ekstra behov for tilsyn, pleie og oppfølging er av en slik art at vilkårene for å tilstå forhøyet hjelpestønad etter høyeste sats er oppfylt.»

Det er bred enighet om at dette barnet har en alvorlig diagnose. Det er likevel vanskelig å se hvilken innvirkning vurderingen av diagnosen har for valg av sats. To fylkestrygdekontorer har opplyst at det trekkes satsen ned at diagnosen er uavklart.

At så små barn har et stort pleie- og tilsynsbehov oppgis gjennomgående som en årsak til at høyere sats ikke er gitt, uansett om satsene 1, 2 eller 3 er tilstått. Barnets unge alder er også opplyst å være årsaken til at noen fylkestrygdekontorer har redusert satsen i forhold til trygdekontorets innstilling.

Åtte kontorer nevner institusjonsoppholdet, men det gis forskjellig betydning når sats skal fastsettes. Opplysningene om institusjonsoppholdene kan trekke satsen i begge retninger. Hos trygdekontoret som ga avslag, heter det:

«For tiden oppholder han seg på et habiliteringssenter som hjelper medlemmet. Det er ikke opplyst om noe privat pleieforhold.»

Et fylkestrygdekontor som har gitt sats 3, sier derimot:

«Medlemmet har vært mye innlagt på sykehus. Dette krever mye oppfølging fra foreldrene siden gutten er så liten at han trenger foreldrene hele tiden.»

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at det tydeligvis er uenighet om hvorvidt innleggelse i institusjon utelukker privat pleie i tillegg, og at dette kan bero på ulike erfaringer ved de institusjonene de forskjellige trygdekontorene vanligvis forholder seg til.

Sak 2

11 år gammel gutt som har hatt moderat astma siden han var fire år. Gutten lider også av husstøvmiddallergi. Han har i noen år fått mat etter egen liste og har fungert bedre etter dette. Ifølge guttens mor, som er student og er alene om omsorgen, trenger han likevel i store deler av året ekstra tilsyn på grunn av sin sykdom. Barnet har fem kilometers skolevei, og mor kjører ham til og fra skolen.

Legen uttaler at barnets astma er moderat, varig og krever en del mer tilsyn og pleie enn det som er vanlig blant jevnaldrende. Husstøvmiddallergien krever også en del med hensyn til renhold. Transport med egen bil til skole anbefales i dårlige perioder.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 1.

Saken vurderes ulikt ved de sju trygdekontorene som gir avslag på hjelpestønadskravet, og de 11 som tilstår sats 1 i saken.

I begrunnelsene kommer det til uttrykk ulike oppfatninger med hensyn til 11-åringens selvhjelpenhet. Et trygdekontor som gir avslag i saken, legger til grunn at hjelpebehovet ikke er omfattende nok, sett i forhold til barnets alder:

«Da barnet er i en alder av 11 år mener vi han stort sett kan greie medisineringsen selv.»

Flere av kontorene som tilstår sats 1 i saken, er av en helt annen oppfatning, og en typisk begrunnelse er:

«I vurderingen er det lagt vekt på den hjelp han trenger til medisineringsen.»

Det synes også å være ulike oppfatninger med hensyn til hva som kan regnes som ekstra tilsyns- og pleieoppgaver mellom kontorer som gir avslag, og de som tilstår sats 1. To kontorer som gir avslag, sier det slik:

«Renhold kan ikke likestilles med pleie/behandling, og det kan ikke tas i betraktning ved utmåling av hjelpestønad.»

«Det står i saken at astmaen krever en del mer tilsyn og pleie enn for jevnaldrende. Støvsuging og mopping er jo noe som folk vanligvis pleier å gjøre.»

Typiske uttalelser ved kontorene som tilstår sats 1 i saken, er derimot:

«(...) hyppig renhold antas å overstige et normalt tilsyns- og pleiebehov for alderen.»

«Det er i tillegg lagt vekt på det tidsforbruk mor trenger til rengjøring av hus og vasking av klær på grunn av husstøvmiddallergi.»

De kontorene som gir avslag i saken, skiller seg også fra kontorene som tilstår hjelpestønad med hensyn til å vurdere barnets familiesituasjon. Ingen av kontorene som gir avslag, vurderer mors rolle som eneforsørger og student, mens forholdet vektlegges ved mange av kontorene som tilstår sats 1.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at spørsmålet om hvorvidt renhold kommer inn under begrepet tilsyn og pleie, er uavklart.

Sak 3

15 år gammel gutt med diagnosene Tourettes syndrom og Obsessive Compulsive Disorder. Ifølge beskrivelsen fra foreldrene, foreligger det et omfattende hjelpe-, pleie-, tilsyns-, omsorgs- og stimuleringsbehov som følge av guttens sykdommer. Han er intens og krever mye oppmerksomhet fra foreldrene. Guttens mål er hjelp til påkledning, toalettbesøk, ved måltider og så videre. Guttens har en rekke ritualer, som gjør at alle gjøremålene tar lang tid. Han opplever dessuten som oppfarende og aggressiv. Foreldrene må kjøre ham til skolen og på vennebesøk. Det hender også at foreldrene må kjøre lange turer for å lete etter gutten. Foreldrene anslår den ekstra kjørelengden til 150–200 kilometer pr. uke.

Ifølge legeerklæringen har situasjonen forverret seg de senere årene. Legen oppfatter tilstanden som kronisk og støtter foreldrenes framstilling av saksforholdet. Dette etter de observasjonene som er gjort av gutten på et seks ukers opphold ved sykehusets barne- og ungdomspsykiatriske avdeling. Søkeren fyller, ifølge legen, helt klart kravene til hjelpestønad.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 2.

Kravet om hjelpestønad er avslått av ett kontor, tilstås sats 1 av ett, sats 2 av to, sats 3 av 11 og sats 4 av tre kontorer.

Variasjonene i begrunnelser mellom kontorene som har kommet til ulike vedtak i saken, er stor. En hovedtendens er at de kontorene som har tilstått hjel-

pestønad etter de to høyeste satsene, legger vekt på flere aspekter i vurderingene. Disse kontorene gir dessuten en mer utfyllende begrunnelse for vedtaket enn kontorene som tilstår hjelpestønad etter de to laveste satsene. Vurderinger av behovet for stimulering, opplæring og trening, og graden av bundethet og foreldreinnsats, er eksempler på forhold som bare vurderes der de to høyeste satsene er tilstått.

En annen hovedtendens er at den dokumentasjonen som foreligger av pleie- og tilsynsbehovet i saken, vurderes som mer troverdig, og i større grad vektlegges jo høyere sats som tilstås. Ved trygdekontoret som ga avslag i saken, vurderes pleie- og tilsynsbehovet til å være lite:

«Hjelpen er mest til praktiske ting, mindre til spesielt tilsyn og pleie.»

Sitatene nedenfor, fra kontoret som tilsto sats 1, og uttalelser som er typiske for kontorene som tilsto sats 2, 3 og 4, illustrerer den ulike vekten som legges på pleie- og tilsynsbehovet:

Sats 1: «Vi kan imidlertid (...) godta at barnet har et særskilt behov for tilsyn. (...) Det er imidlertid ikke dokumentert at barnet må ha hjelp til påkledning, smøring av mat etc. av fysiske grunner. Det samme gjelder den omfattende transport som de (foreldrene) bedriver.»

Sats 2: «Medlemmet trenger omfattende tilsyn og pleie.»

Sats 3: «Ut fra de medisinske opplysningene og foreldrenes beskrivelse av tilsyns- og hjelpebehovet finner fylkestyregkontoret at medlemmets helsetilstand representerer et utvilsomt tungt hjelpetilfelle.»

Sats 4: «Av medisinske opplysninger i saken framkommer det at du har en meget invalidiserende sykdom. Fylkestyregkontoret mener ut fra legeerklæring at ditt hjelpe- og tilsynsbehov er svært stort sammenlignet med andre femtenåringer.»

Når det gjelder å vurdere størrelsen på pleiebehovet i forhold til friske barn på samme alder, gjøres dette ved sju kontorer, og bare ved kontorer som har tilstått de to høyeste satsene.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at det trygdekontoret som har gitt avslag, har tolket begrepet «tilsyn og pleie» svært strengt og feilaktig.

Sak 4

Tre år gammel gutt med astma og melkeallergi. Sykdommene ble oppdaget ved ett års alder. Ifølge guttens mor er melkeallergien både kostbar og tidkrevende. Han kan kun spise rene kjøtt- og fiskeprodukter, og mange produkter må kjøpes i spesialforretninger. Guttens astma innebærer, ifølge moren, at han ofte er sliten og orker mindre enn andre barn. Han er mer mottakelig for infeksjoner enn andre barn og er ofte syk. Barnet orker kun korte dager i barnehagen. Astmaen innebærer også mye renhold, noe som er tidkrevende. Gutten har en bror på to år.

Ifølge barnelegens uttalelse, er vilkårene for stønad til stede. Barnets astma har det siste året forverret seg til grad 4, og han er avhengig av daglig inhalasjonsbehandling med lokale steroider. Astmaen er verst i vinterhalvåret. Reaksjonene på melkeintoleransen er bedret til moderat eksem etter at gutten gikk over til melkefritt diett.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 2.

Vedtaket i saken varierer fra sats 1 til sats 3. Ved åtte kontorer tilstås sats 1, ved ni sats 2 og ved ett sats 3.

En hovedtendens som framkommer ved gjennomgang av begrunnelsene, er at de kontorene som tilstår forhøyet hjelpestønad, oftere forholder seg til begge diagnosene enn kontorer som tilstår ordinær hjelpestønad. Det er oftest barnets melkeallergi som ikke tas med i vurderingen ved disse kontorene. Dette medfører at tilsyns- og pleiebehovet anses å være mindre ved kontorene som tilstår sats 1, enn ved de som tilstår sats 2 og 3. Sitatet nedenfor, der kun diagnosen astma omtales, er typisk for kontorene som har tilstått sats 1:

«Astma grad 4 medfører et behov for større tilsyn enn det som er normalt for barn på samme alder, og hjelpestønad sats 1 vurderes å dekke hjelpebehovet.»

Sitatene nedenfor er hentet fra kontorer som har tilstått henholdsvis sats 2 og 3 i saken:

«Barnet har behov for tilsyn (også om natta) på grunn av astma. Hans melkeallergi innebærer at det medgår ekstra tid til matlaging.»

«Medlemmet er en tre år gammel gutt som lider av alvorlig grad astma og melkeallergi.»

En annen hovedtendens som gjør seg gjeldende, er at barnets sykdom anses for å være av mindre alvorlig karakter der det er tilstått sats 1, enn der det er tilstått sats 2 og 3. Et trygdekontor som tilstår sats 1, formulerer seg slik:

«Beskrivelsen tyder på at barnet har moderat astma som etter Rikstrygdeverkets rundskriv kan gi rett til hjelpestønad. (...) Melkeallergi medfører ikke store pleiebelastninger.»

En typisk uttalelse fra kontorer som har tilstått forhøyet hjelpestønad, er derimot:

«I tillegg til allergien har han alvorlig astma (grad 4).»

Et tredje forhold som kan synes å være ulikt vurdert av kontorene som tilstår henholdsvis ordinær og forhøyet hjelpestønad, er pleie- og tilsynsbehovet i forhold til friske barn på samme alder. Flere av kontorene som tilstår sats 1, mener at barn i denne alderen generelt krever mye tilsyn, og at det etter fra trekk for dette ikke foreligger et behov som tilsier høyere sats i saken. Et av disse kontorene konkluderer slik:

«På grunn av sin unge alder finner vi ikke at vilkårene for forhøyet hjelpestønad er oppfylt.»

Kontoret som tilstår sats 3 i saken vurderer pleie- og tilsynsbehovet til treåringen slik:

«På bakgrunn av sakens opplysninger finner fylkestyregdekontoret at barnets lidelse utvilsomt krever betydelig mer tilsyn og pleie i forhold til friske barn på samme alder.»

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at det er ulike syn på pleiebehov på grunn av allergi.

Sak 5

Fire år gammel jente med diagnosene hydrocephalus («vannhode») og epilepsi. Ifølge legeerklæring fra sykehus er barnet varig og betydelig mentalt og motorisk retardert. Hun har ikke språk og ikke selvstendig gangfunksjon. Epilepsien krever kontinuerlig kvalifisert tilsyn. Hennes tilstand innebærer betydelig økt omsorgsarbeid fra foreldrene, og mye tid går med til å opprettholde kontakten med hjelpeapparatet.

Ifølge sosialrapport er barnet under utredning for å komme nærmere en forklaring på den dårlige fungeringen. Hun trenger støtte og hjelp til alt, og foreldrene bruker mye tid på daglige gjøremål og på å holde kontakten med henne (tegnspråk, stimulering, lek). Foreldrene, som har et annet barn på seks år, har ingen mulighet for støtte/avlastning fra andre i familien. Familien er også presset økonomisk. Far har ikke vært i lønnet arbeid tidligere. Mor har en krevende jobb og reiser mye. Dette vil far også gjøre i sin nye stilling.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 4.

Vedtakene i saken er spredt på de to høyeste satsene. 13 kontorer tilstår sats 3 og fem sats 4.

Hovedinntrykket etter gjennomgangen av begrunnelsene i denne saken, er at det jevnt over foretas vurderinger av mange aspekter ved saksforholdet, som familiesituasjonen, muligheten for støtte og avlastning fra andre og av graden av bundenhet for foreldrene.

Det som først og fremst ser ut til å ha vært utslagsgivende for kontorene som har tilstått sats 3, er barnets lave alder. Avviket i tilsyns- og pleiebehovet i forhold til friske fireåringer anses ikke å være stort nok til at hjelpestønad etter den høyeste satsen kan tilstås. Fra et typisk vedtak der et kontor har tilstått sats 3, heter det:

«Avstanden mellom søkeren og andre barn på samme alder er ikke tilstrekkelig stor til at vilkårene for å få forhøyet hjelpestønad sats 4 er oppfylt.»

Flere av disse kontorene utdypet dette i intervjuene:

«Denne saken var vanskelig fordi det er en tung diagnose og fordi det er vanskelig å vite hvor langt en skal strekke seg i forhold til hennes alder.»

«Denne saken synes jeg var vanskelig i den forstand at jeg spekulerte mye på hvor stor vekt jeg skulle legge på alder.»

Flere av kontorene som tilstår sats 3, ønsker å vente noen år før det tas stilling til tilståelse av høyere sats. Et kontor skriver i begrunnelsen:

«Jo eldre denne jenta blir, jo dårligere blir hun, så hun vil jo med tid og stunder sannsynligvis gå opp i sats.»

Kontorene som har tilstått sats 4, synes å ha en klar oppfatning om at avstanden til friske barn på samme alder er stor nok til at hjelpestønad etter høyeste sats er berettiget. Et av dem vurderer det slik:

«Alle funksjoner som en fireåring normalt har er her mer eller mindre fraværende. I realiteten er foreldrene bundet hele døgnet. Dette er derfor en klar sats 4.»

En annen typisk kommentar, framkommet i intervju, er:

«Vi har satt sats 4 nesten uten å blunke. (...) Dette er en fullstendig pleiepasient. Selv om alle barn på dette alderstrinn krever betydelig omsorg av foreldre og det skal tas hensyn til vederlagsfri familiehjelp, mener vi at vilkårene for høyeste sats er oppfylt.»

Rikstrykdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at variasjonene enhetene imellom er små, og at det ikke har noen kommentarer til saken.

Sak 6

Fem år gammel gutt med nyoppdaget diabetes mellitus. Ifølge sykehuslege er dette en varig tilstand. Gutten trenger daglige injeksjoner med insulin og regelmessige urinprøve- og blodprøvekontroller, som utføres av foreldrene. Legen vektlegger også viktigheten av at barnet deltar i alderstilpassede aktiviteter, og understreker at betydelig innsats fra foreldrene er viktig for å forebygge komplikasjoner som sykdommen kan medføre.

Ifølge standardskriv utarbeidet av diabetesgruppen ved det sykehuset som har behandlet gutten, krever diabetes hos barn oppfølging fra foreldrene ved regulering av kosthold, ved stimulering til fysisk aktivitet og gjennom psykisk omsorg. Barn med diabetes krever daglig minimum to timer ekstra tilsyn/pleie i forhold til friske barn, og i perioder betydelig mer.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 1.

Vedtakene i saken er spredt på de to laveste satsene. Sju kontorer tilstår sats 1 og 11 tilstår sats 2.

Det foreligger en prinsippkjennelse fra Trygde retten i en tilsvarende sak, og lidelsen står nærmere omtalt i rundskrivet fra Rikstrygdeverket. I de skriftlige begrunnelsene er det bare ett kontor som viser til prinsippkjennelsen. Ett fylkestrygdekontor og ett trygdekontor har i intervju vist til trygderettskjennelsen, men disse har likevel vedtatt forskjellige satser.

Denne saken skiller seg noe ut i forhold til de foregående sakene ved at flere kontorer gir nokså like lydende begrunnelser. En hovedtendens synes å være at kontorene i stor grad vektlegger de samme kriteriene, men at de tilstår ulik sats. Det er først og fremst pleie- og tilsynsbehovet som vurderes forskjellig. Kontorene som har tilstått sats 2, legger mer vekt på ekstraarbeidet med insulininjeksjoner og tilpassing av riktig kost. For eksempel skriver et trygdekontor som har tilstått sats 1:

«Det framgår ikke at diabetesen er vanskelig å regulere. Vi kan derfor ikke se at hjelpebehovet er vesentlig større enn det som sats 1 er ment å dekke. Vi har også tatt hensyn til at friske barn på samme alder har behov for omsorg og tilsyn når det gjelder å spise riktig sammensatt kost.»

Et trygdekontor som har tilstått sats 2, sier derimot:

«Det ekstra tilsyns- og pleiebehovet er relativt omfattende og tidkrevende. Blodsukkeret skal måles flere ganger per dag. Det skal settes insulin to til fem ganger daglig. Han må ha regelmessig insulin for å unngå for lavt / for høyt blodsukker. Det må foretas hyppige kontrollbesøk på sykehus. Han bør ha konstant tilsyn ved infeksjonssykdommer. Foreldrene må videre sørge for regulert kost, stimulere til fysisk aktivitet og gi psykisk omsorg. Investeringer i denne aldersgruppen vil lønne seg med tanke på å forhindre eventuelle senkomplikasjoner.»

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at variasjonene enhetene imellom er små, og at det ikke har noen kommentarer til saken.

Sak 7

Tre år gammel gutt med diagnosene epilepsi og astma. Ifølge legeerklæring fra sykehus, er gutten hardt og varig rammet av epilepsi. Diagnosen epilepsi ble fastsatt for ett år siden. Det er nylig også konstatert forsinket språkutvikling og infantil autisme. Ifølge legen krever barnet, på grunn av sin epilepsi og infantile autisme, langt tettere oppfølging enn det som er vanlig for andre barn. Når det gjelder astmaen, gis barnet ifølge legeerklæringen forebyggende astmamedisin to ganger daglig, i tillegg til medisinerer ved behov.

Ifølge notat fra sosionom ved sykehuset innebærer guttens sykdom at familien blir svært bundet til hjemmet. Mor er enslig forsørger for sine to barn og får liten avlastning. Gutten har stort behov for behandling, trening, opplæring, stimulering, aktivisering og tilsyn.

I et notat fra habiliteringsenheten ved sykehuset, framgår det at gutten krever mye av sine omgivelser, med mye uro og hyperaktivitet, noe han også vil kreve i framtiden. Han er betydelig forsinket i sin mentale utvikling, og ligger innenfor diagnoseområdet psykisk utviklingshemming.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 3.

Vedtaket i saken er spredt på forhøyet hjelpetstønad. Hovedtyngden av kontorene, 14, har tilstått sats 3, mens tre kontorer har tilstått sats 2 og ett sats 4.

Kontoret som har gitt sats 4, skiller seg lite fra de som har gitt sats 3. Pleie- og tilsynsbehovet betones imidlertid jevnt over litt sterkere av kontorene som har gitt sats 3 og 4 enn de som har gitt sats 2. De som har tilstått sats 3 og 4, legger dessuten mye mer vekt på at det er vanskelig å få tak i barnepass på grunn av barnets sykdom, at barnet har få avlastningstiltak, og at mor er alene om omsorgen. Bare ett av de tre trygdekontorene som har tilstått sats 2, tar disse forholdene i betraktning. I begrunnelsen til et trygdekontor som har gitt sats 2, heter det for eksempel:

«Medisinsk tilstand medfører behov for medisinerer, trening, opplæring, stimulering og aktivisering. Han må skifte klær fire til fem ganger i døgnet på grunn av oppkast og medisinsøl.»

Et trygdekontor som innstilte på sats 3, sier dette:

«Astmaen medisineres ved behov, dog krever forebyggende medisinerer mye tid slik at selv om alvorlighetsgraden ligger i grensen mild/moderat, bør den fylle kravet til hjelpetstønad. Barnet lider også

av psykisk utviklingshemming og av epilepsi. I sum krever dette omfattende tilsyn døgkontinuerlig både ute og inne. Pleieoppgavene er i sum betydelige, både i form av medisinerings, ekstra av- og påkledning på grunn av epilepsien, vask av klær og trening, stimulering og aktivisering. Avlastningsbehovene er små selv om de blir noe bedre til høsten med barnehageplass. Dog har moren en sosial situasjon som enslig mor som er ekstra krevende.»

Alle trygdekontorene unntatt ett nevner alder. Også i denne saken trekker den lave alderen satsen ned i noen tilfeller. Dette gjelder i størst grad kontorene som har valgt sats 2. Hos kontorene som har tilstått sats 3, er det snarere en tendens til at barnet får sats 3 selv om alderen er lav.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at variasjonene enhetene imellom er små, og at det ikke har noen kommentarer til saken.

Sak 8

11 år gammel gutt med diagnosen ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder). Ifølge far krever gutten kontinuerlig oppmerksomhet og tilsyn. Barnet må ha hjelp til daglige gjøremål, som vask, tannpuss og påkledning. Gutten har svært dårlig motorikk, er lite samarbeidsvillig og har i perioder stor ødeleggelsestrang. Foreldrene får noe avlastning fra guttens besteforeldre, støttekontakt og fritidshjem etter skoletid. Far uttaler imidlertid at ingen av foreldrene er i arbeid på grunn av barnets store behov for tilsyn og oppfølging.

Ifølge legen er gutten hyperaktiv, har problemer med konsentrasjonen, oppmerksomhet, impuls kontroll, samt påfølgende lærevansker. Problemene har vært økende fra småbarnsalderen, og læreproblemene og problemene med sosial tilpasning betegnes som varige. Ifølge legen avtar hyperaktivitet gjerne med økt alder. Legen mener at barnet har et klart behov for støtte i dagliglivet, og uttaler at fars anførsler synes realistiske.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 3.

Vedtaket i saken er spredt på satsene 1–3, med tyngdepunkt på sats 2. Tre kontorer tilstår sats 1, ni sats 2 og seks sats 3.

Igen synes det ikke å være noen systematikk i hvilke kriterier som vektlegges, og den satsen som tilstås. Ett trygdekontor viser til en prinsippkjennelse fra Trygderetten.

Diagnosen i seg selv ser ikke ut til å innvirke på

valg av sats. Det er først og fremst pleie- og tilsynsbehovet som vektlegges. Framstillingen av tilsyns- og pleiebehovet er nokså likelydende uansett valg av sats, og det er jevnt over vanskelig å se av begrunnelsen hvorfor den ene eller andre satsen er gitt. Det er likevel en tendens til at de som har valgt sats 3, vektlegger flere forhold, og at deres betydning er sterkere betonet enn der det er valgt sats 1. For eksempel sier et kontor som har tilstått sats 1:

«Trygdekontoret kommer fram til at han må ha hjelp til noe personlig hygiene, trening, opplæring, stimulering og aktivisering.»

Et kontor som har tilstått sats 3, sier dette sterkere:

«Pleie- og tilsynsbehovet er betydelig og reelt sammenlignet med barn på medlemmets alder. Han trenger hjelp til dagligdagse aktiviteter, ekstra innsats til læring og lekselesing. På grunn av ødeleggelsestendenser må foreldrene følge ham opp hele tiden. Omsorgen hindrer foreldrene i å utføre andre nødvendige daglige gjøremål.»

Foreldrene oppgir at det er nødvendig at de er hjemme med gutten. Dette nevner trygdekontoret eller fylkestygdekontoret i seks av fylkene. Bare to kontorer sier at de har tatt hensyn til denne opplysningen ved utmåling av sats. I intervju sier et fylkestygdekontor som ga avslag utover sats 2:

«Foreldrenes beskrivelse stemmer ikke overens med den øvrige dokumentasjonen i saken.»

Et trygdekontor som innstilte på sats 3, sier derimot:

«Foreldrenes opplysninger om implikasjonene med denne diagnosen er godt underbygget av legeerklæringen.»

Avlastningstiltakene i form av støttekontakt, skolefritidsordning og annet nevnes av fire trygdekontorer i de skriftlige begrunnelsene, og ytterligere to fylkestygdekontorer kommer inn på dette i intervju. Også denne opplysningen vurderes forskjellig. Noen mener dette trekker satsen ned. Andre mener det er med på å bekrefte inntrykket av en gutt med stort pleie- og tilsynsbehov, og mener det trekker satsen opp.

Bare i ti tilfeller er søkerens alder vurdert, og da er det bred enighet om at dette barnet har et langt større behov enn friske barn på samme alder.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at det er tydelig at fylkestygdekontorene har lagt ulik vekt på foreldrenes syn på egen innsats.

Sak 9

Fire år gammel jente med diagnosene eksem og allergi. Ifølge mor er barnet født med atopisk eksem, og hun er konstant plaget av eksemutbrudd. Barnet reagerer også kraftig på melkeholdige produkter. Foreldrene bruker mye tid på behandling, omsorg og planlegging som følge av barnets lidelser. Tidsbruken anslås til 1,5–2 timer pr. dag, i tillegg til kontakt med helsevesenet og andre.

I legeerklæringen bekreftes det at barnet har atopisk dermatitt (barneeksem) i uttalt grad. Dette har medført flere sykehusopphold og intensiv behandling med ulike preparater. Ifølge legen er diagnosen allergi foreløpig uavklart, men det kan synes som om hun reagerer på kumelkproteiner. Legen har anført at de fleste barn pleier å få mindre plager av eksem etter småbarnsalderen.

I den opprinnelige saken ble det fattet vedtak om tilståelse av sats 1.

To kontorer gir avslag i saken, fem tilstår sats 1 og 11 tilstår sats 2.

En hovedtendens i denne saken er, når en ser bort fra kontorene som har gitt avslag, at variasjonene i de vektlagte kriteriene er liten. Dette gjelder både når en ser på kontorene som har tilstått samme sats, og mellom kontorene som har tilstått ulik sats. Det synes altså ikke å være en tydelig sammenheng mellom begrunnelsene som gis, og tilståelse av sats 1 eller 2.

Kontorene som gir avslag i saken, anser pleie- og tilsynsbehovet for å være mindre enn kontorene som tilstår hjelpestønad. Kontorene som gir avslag, stiller seg tvilende til om barnets diagnose er varig, og om den medfører tilstrekkelig ekstra hjelpebehov.

Typiske uttalelser ved kontorer som tilstår hjelpestønad er:

«Trygdekontoret finner at medlemmet har et ekstra hjelpebehov på grunn av sin medisinske tilstand i forhold til friske barn på samme alder.»

«Søkeren er nå fire år gammel. Normalt har så små barn et stort omsorgsbehov. Ifølge saksopplysningene framgår det at merarbeidet med henne på grunn av eksemet er svært omfattende.»

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at selv om det er noe forskjellige resultater i saken, så er det små variasjoner i de kriteriene trygdekontorene legger til grunn. Skjønnnet er imidlertid ulikt når det gjelder omsorgsbehovet i forhold til friske barn på samme alder.

4.4.3 Organisering og ressurser

Som tidligere nevnt, vil det i punktene 4.4.3–4.4.6 bli gjort rede for ulike faktorer som antas å kunne påvirke saksbehandlingen på hjelpestønadsområdet.

Organisering

I Rikstrygdeverket var hjelpestønadsområdet inntil 1. mars 2000 tillagt Uførhetskontoret i Stønadsavdeling I. Etter Rikstrygdeverkets vurdering er det mer logisk å samle ansvaret for grunnstønad, hjelpestønad, tekniske hjelpemidler og bilstønad i Hjelpemiddelkontoret i Stønadsavdeling III. Ifølge Rikstrygdeverket vil hjelpestønad muligens komme mer i fokus når et annet kontor skal profilere seg i ytre etat, enn det som har vært naturlig i en avdeling som i hovedsak arbeider med helseaksen, og hvor hjelpestønad ikke har stått sentralt i hele avdelingens virksomhet.

Det framgår av intervjuene med fylkestrygdekontorene at det er stor variasjon med hensyn til hvor arbeidsområdet er plassert organisatorisk. Enkelte kontorer har valgt å plassere området under egen pensjonsseksjon, mens andre kontorer har plassert området under helse- eller familieseksjonen.

Ved trygdekontorene varierer den organisatoriske plasseringen mellom familie- og helseseksjonen. Intervjuene viser at området som oftest er plassert under helseseksjonen. Et trygdekontor uttrykker:

«Fra 1. oktober 1999 er arbeidet med hjelpestønad tillagt helsegruppen, det vil si den gruppen som arbeider med blant annet oppfølging av sykmeldte, uførepensjon og yrkesskader. Med denne organiseringen har saksbehandleren på hjelpestønad en gruppetilhørighet for å diskutere blant annet den medisinske problematikken.»

De minste kontorene er ikke organisert i grupper. Her er det ofte trygdesjefen som er saksbehandler.

Det er ifølge intervjuene lite samarbeid mellom fylkestrygdekontorene på hjelpestønadsområdet. Når det gjelder samarbeid innad i fylket trygdekontorene imellom, så er trygdekontorene organisert i regioner. Ifølge intervjuene varierer regionsamarbeidet litt etter hvilket fagområde en er inne på. De færreste regionene har formalisert samarbeid på hjelpestønadsområdet, i den forstand at ett eller flere trygdekontorer behandler alle sakene innen regionen. For øvrig er det en tendens til at klagesaksbehandlingen i større grad er regionalisert enn førstegangsbehandlingen av hjelpestønad.

I enkelte fylker praktiseres nabohjelp, det vil si at kontorer i perioder kan bli avlastet av andre kontorer i den løpende saksbehandlingen. Enkelte regioner har opprettet faggrupper eller ressursgrupper på området med formål å bedre kvaliteten på saksbehandlingen. For øvrig arrangeres fagsamlinger der ulike stønadsområder behandles. Hjelpestønadsområdet har med enkelte unntak i liten grad blitt be-

handlet spesielt på disse fagsamlingene de siste årene.

Ifølge Rikstrygdeverket skjer erfaringsutveksling generelt både skriftlig og muntlig, og både prinsippkjennelsene fra Trygderetten og tilbakemeldinger fra ytre etat til Rikstrygdeverket er viktige kilder for erfaringsutveksling. Rikstrygdeverket har ellers opplyst at erfaringer blir utvekslet på fagsamlinger og regionmøter i fylkene og på møter mellom fylkestrygdekontorene. I noen fylker er det dessuten nettverk av fagpersoner, men ifølge Rikstrygdeverket er dette kanskje ikke så vanlig på hjelpestønsområdet som på andre områder. Dette er et konsept som Rikstrygdeverket finner interessant, og som vil bli fulgt opp i forhold til fylkestrygdedirektørene.

Ressurser

Rikstrygdeverket bruker ca. et halvt årsverk på hjelpestønad på saksbehandlernivå, samt involvering fra kontorsjef.

Det framgår av intervjuene at et flertall av både fylkestrygdekontorene og trygdekontorene anser at ressursituasjonen på området er tilfredsstillende sammenlignet med andre områder.

På spørsmål om ressursituasjonen på hjelpestønsområdet har endret seg de siste tre årene, svarer en overveiende del av fylkestrygdekontorene at ressursituasjonen ikke har endret seg i noen særlig grad i denne perioden. Bemanningen har vært forholdsvis stabil på området i den samme perioden.

Åtte av de tolv trygdekontorene gir uttrykk for at de har hatt tilnærmet stabil bemanning på hjelpestønsområdet de siste tre årene. Halvparten av trygdekontorene har imidlertid opplyst at de har fått redusert ressursene til området i den samme perioden. I enkelte tilfeller skyldes dette høyt sykefravær, og at det er vanskelig å skaffe stabil arbeidskraft. Men hovedgrunnen er de andre arbeidsoppgavene som har kommet til. Et trygdekontor sier:

«De nye arbeidsoppgavene vi har fått ved kontoret, blant annet oppfølging av sykmeldte, vil nødvendigvis gå ut over andre oppgaver. Dette er en balansegang som vi hele tiden må ta hensyn til. Oppgavene skal gjøres, og de skal gjøres på en kvalitativt riktig måte. En må derfor prøve å fordele ressursknappheten jevnt utover slik at det blir forsvarlig det vi driver med.»

4.4.4 Styring, oppfølging og kompetanse

Styring og oppfølging

Fra Rikstrygdeverket er det opplyst at man vurderer om det bør brukes noe mer ressurser sentralt på dette området framover. Ressursene vil i tilfelle bli brukt til å styrke det systematiske innsynet i forvaltningen av området i ytre etat, som er nødvendig både for å kunne utstede pålegg og direktiver og i forhold til

opplærings siden. Som direktorat ønsker Rikstrygdeverket å spisse sin rolle innenfor rådgivning, veiledning og opplæring i forhold til fylkestrygdekontorene.

Rikstrygdeverket behandler selv ingen enkeltsaker, men har opplyst at det går igjennom alle kjennelser fra Trygderetten. Dersom Rikstrygdeverket mener at vedtaket skal danne presedens, blir saken tatt inn i etatens prinsippkjennelsesarkiv, som kommer i tillegg til rundskrivet til loven og andre retningslinjer gitt av Rikstrygdeverket. I tillegg består de viktigste oppgavene for Rikstrygdeverket i å utarbeide retningslinjer og i å motta tilbakemeldinger fra ytre etat om problemer knyttet til regelverk og retningslinjer og til etatens EDB-systemer. Det er ifølge Rikstrygdeverket ikke mange tilbakemeldinger fra ytre etat som er gitt når det gjelder hjelpestønad.

Rikstrygdeverket har i intervju med Riksrevisjonen gitt uttrykk for at det i det siste er fokusert spesielt på at det på dette området er en risiko for at kravene ikke blir vurdert mot høyere sats, og for at begrunnelsene ikke er tilstrekkelig konkrete. En tidligere rapport fra 1996 vedrørende hjelpestønad til barn og unge under 18 år (Intern dokumentasjon 1/96), er fulgt opp med fylkesvise undersøkelser av dokumentasjonen i slike saker i 1999/2000. Det vil ifølge Rikstrygdeverket bli utarbeidet en endelig rapport for denne undersøkelsen når alt materialet er mottatt fra fylkene. Rikstrygdeverket har opplyst at det innkomne materialet tyder på at det er fylkesvise forskjeller når det gjelder kvaliteten i saksbehandlingen.

Hjelpestønsområdet er ikke blant de prioriterte oppgavene i det overordnede mål- og prioriteringsopplegget fra Rikstrygdeverket, og dette reflekteres ved at verken fylkestrygdekontorene eller trygdekontorene har omtalt området i plansammenheng. Kontorene har generelt uttalt til Riksrevisjonen at hjelpestønad prioriteres på lik linje med andre områder.

Rikstrygdeverket har presisert at det ikke er slik at områder som ikke er omtalt eksplisitt i mål- og prioriteringsdokumentet, ikke vies oppmerksomhet. Rikstrygdeverket følger også disse områdene, og stiller oppfølgingsspørsmål til fylkene hvis det er grunnlag for det. De siste årene har ikke hjelpestønad vært tatt opp i møter med fylkestrygdedirektørene, men det er opplyst at det vil være naturlig å gjøre det når undersøkelsen på området er ferdigstilt. Det er ifølge Rikstrygdeverket ikke satt noen spesielle kvalitetsmål for hjelpestønad ut over det som vektlegges om kvalitet i andre styringsdokumenter.

Rikstrygdeverket har framhevet at fylkestrygdekontorene generelt på den ene siden skal drive resultatoppfølging, og på den andre siden kvalitetssikring. Ifølge Rikstrygdeverket skal fylkestrygdekontoret være et kompetansesenter for trygdekontorene i fylket, og bidra med veiledning og opplæring på de

ulike områdene. Det følger av delegeringen at det er fylkestrygdekontoret som har fagansvaret. For Rikstrygdeverkets egen oppfølging er det derfor viktig å stille spørsmål om hvordan fylkestrygdekontorene har organisert sin egen virksomhet for å ivareta disse oppgavene, og om de har god nok kompetanse på alle deler av regelverket. Det framgår av mål- og prioriteringsdokumentet at rollefordelingen og oppgaveforståelsen i ytre etat vil bli gjennomgått når organisasjonsgjennomgangen i Rikstrygdeverket er ferdigstilt, ventelig i andre halvår 2000.

Fylkestrygdekontorene får ikke tilsendt saker hvor trygdekontoret tilstår ordinær hjelpetønad (sats 1), som i antall utgjør de fleste sakene. Et fylkestrygdekontor uttaler:

«Ressursknappheten har gått på bekostning av å følge opp kvaliteten på behandlingen ved trygdekontorene, og pr. i dag har vi for få opplysninger om kvaliteten på saksbehandlingen ved de ulike trygdekontor, men rådgivningsdelen har vi greid å ivareta.»

Samtlige trygdekontorer uttaler at det er normtidene for saksbehandlingen som det i hovedsak blir fokusert på fra fylkestrygdekontorenes side. Uttalelsen nedenfor fra et trygdekontor illustrerer dette:

«I statistisk sammenheng er det alltid med, blant annet på disse evinnelige saksbehandlingstidene, men det sier jo ingenting om kvaliteten på vedtakene.»

Med unntak for to trygdekontorer, har samtlige fylkestrygdekontorer og trygdekontorer opplyst i intervjuene at de ligger under trygdeetatens normtider for behandling av søknader om hjelpetønad. Der som all dokumentasjon foreligger, tar selve behandlingen i fylkestrygdekontorene og trygdekontorene ikke lang tid. Hvor lang den effektive saksbehandlingstiden er, avhenger av sakens vanskelighetsgrad. Det er opplyst at normale saker krever fra en halv time til tre timer effektiv saksbehandlingstid, og at det på vanskelige saker brukes opp mot én arbeidsdag.

Rikstrygdeverket mener at det ikke er noe motsetningsforhold mellom det å behandle sakene riktig og det å gjøre det raskt. Rikstrygdeverket har opplyst at det i kontakten med ytre etat jevnlig blir framholdt at etaten følges opp på tre grunnleggende elementer: saksbehandlingstid, kvalitet og brukerorientering.

Fylkestrygdekontorene og trygdekontorene opplyser at dokumentasjonsinnhentingen er det tidkrevende i saksbehandlingen. Ifølge intervjuene gjelder dette spesielt legeerklæringer, som skal foreligge i alle saker. Mange trygdekontorer opplever at sakene ligger lenge hos legen, og noen trygdekontorer sier i intervjuene at de bruker mye tid på å purre opp legene. Noen av trygdekontorene erkjenner samtidig at

de selv ikke er flinke nok til å følge opp de enkelte sakene.

Kompetanse

Ifølge Rikstrygdeverket er direktoratet ansvarlig for opplæringen av fylkestrygdekontorene. Rikstrygdeverket har utarbeidet såkalte TESO-moduler, som er grunnstammen i fylkestrygdekontorenes opplæring av trygdekontorene²¹. Rikstrygdeverket har framhevet at enkelte fylker er flinke til å invitere Rikstrygdeverket med på fagsamlinger, og enkelte fylker har utmerket seg ved å ha oppmerksomhet om hjelpetønad. Trygdekontorene skal forholde seg til fylkestrygdekontorene i opplæringsspørsmål, så Rikstrygdeverket har dermed ikke oversikt over situasjonen ved hvert enkelt trygdekontor.

Rikstrygdeverket forventer at hvert fylkestrygdekontor har innsyn i kompetansesituasjonen ved trygdekontorene i fylket, og at de aktivt bruker det TESO-materialet Rikstrygdeverket har utarbeidet. Rikstrygdeverket har ellers ikke lagt opp til detaljstyring av ytre etat når det gjelder opplæring. Dette har sammenheng med rollefordelingen. Det Rikstrygdeverket må ha visshet om, er at fylkestrygdekontorene forstår og ivaretar sin rolle i oppgaveløsningen, og ikke minst at fylkestrygdekontorene selv har tilstrekkelig kompetanse til å fylle denne rollen. Rikstrygdeverket har opplyst at tilsynsansvaret ivaretas ved å gjennomføre systematiske undersøkelser av områdene. Ifølge Rikstrygdeverket var direktoratet tidligere mer ad-hoc-preget i oppfølgingen, mens det nå arbeider mer systematisk for å ha innsyn i kvaliteten.

I intervjuene med fylkestrygdekontorene og trygdekontorene ble det stilt spørsmål om formal- og realkompetansen til dem som arbeider med hjelpetønad. Ved fylkestrygdekontorene er det ofte en blanding av jurister og personer med arbeidserfaring i etaten. For de to fylkestrygdekontorene som kun har personer med trygdefaglig bakgrunn i etaten, har disse lang fartstid på området, ofte over 20 år.

Fire av de undersøkte trygdekontorene har personer med primært arbeidserfaring i etaten. Også her var området besatt med personer med betydelig erfaring på området, helt opp til 30 år. De resterende åtte kontorene har personer med høgskoleutdannelse eller embetseksamen. Det er fire kontorer hvor de ansvarlige på området har under to års erfaring på området. De resterende kontorene har personer med over fem års erfaring på området.

Fylkestrygdekontorene uttaler at deres inntrykk er at kompetansen på hjelpetønad ved trygdekontorene er relativt god, om enn noe varierende.

De fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene uttaler at de ikke savner noen kompetanse in-

²¹ TESO er en forkortelse for Trygdeetatens Egen SaksbehandlerOpplæring.

nenfor hjelpestønsområdet. Men enkelte kontorer nyanserer bildet noe. Fra et fylkestrygdekontor sies følgende på spørsmål om noen form for kompetanse savnes:

«Nei, ikke direkte, men det kunne vært fint om det fantes noen med ansvar for å samordne praksisen på området i fylket og også mellom fylker. Når det gjelder situasjonen ute ved trygdekontorene, ser vi etter gjennomgang av en rekke saker at enkelte kontorer kunne hatt bedre kompetanse på området.»

Noe tilsvarende blir uttalt fra et trygdekontor:

«Vi savner mer samkjøring innad i fylket. Fylkestrygdekontoret burde ha satt i gang opplæring på området, som er et tilbud vi ikke får i dag. Før hadde vi etatsskolen, og det var virkelig bra saker. Med dagens TESO-modell har trygdekontorene ansvaret, og da flyter alt mye mer. Dessuten burde fylkestrygdekontoret og trygdekontorene hatt fagsamlinger, der konkrete saker kunne vært diskutert og erfaringer utvekslet.»

Et annet trygdekontor uttaler:

«Hyppigere møter med fylkestrygdekontoret savnes for klargjøring. Dette går på det generelle. Det er betydelige forskjeller i fylket når det gjelder oppfattelse av rundskriv med videre.»

På spørsmål om hvordan saksbehandlerkompetanse bygges opp, har flere fylkestrygdekontorer og trygdekontorer vist til at egenopplæring og «skulder til skulder»-opplæring fra erfaren medarbeider til nyansatt er det mest vanlige. Det er generelt opplyst at saksbehandlerkompetansen holdes ved like gjennom å behandle saker og ved faglige diskusjoner saksbehandlerne imellom, eventuelt på fagmøter.

Saksbehandlingsrutiner

Antallet som arbeider med hjelpestøns ved fylkestrygdekontorene, varierer fra to til fire personer. Hjelpestøns utgjør en forholdsvis liten del av arbeidet for disse. Ingen har derfor hjelpestøns som hovedarbeidsområde. Sakene behandles og underskrives stort sett av én saksbehandler alene. Det er som regel to saksbehandlere som underskriver på vedtak i klagesaker. De fleste kontorene har opplyst at en del av sakene i praksis blir diskutert uformelt med andre saksbehandlere, enten ved at sakene diskuteres enkeltvis med kolleger eller tas opp i fagmøter ved kontoret.

Ved trygdekontorene varierer bemanningen på området fra én til tre personer. Heller ikke ved trygdekontorene er det noen som har hjelpestøns som hovedarbeidsområde. Halvparten av trygdekontorene har opplyst at saksbehandlingen ivaretas og ved-

takene underskrives av én person alene, mens den andre halvparten har opplyst at vedtakene krever medunderskrift, som regel fra gruppeleder. Enkelte trygdekontorer har opplyst at de mangler dobbeltkompetanse på området, slik at det ikke er mulig å få til delt saksbehandling. Også ved trygdekontorene er det opp til den enkelte saksbehandler å avgjøre om sakene skal diskuteres med andre.

Intervjuene viser at saksbehandlere ved fylkestrygdekontorene oftere diskuterer saker med kolleger, enn ansatte ved trygdekontorene. Ved fylkestrygdekontorene ivaretas dette arbeidet av flere saksbehandlere, noe som gjør at det ved kontoret er et fagmiljø som det oppleves som nyttig å drøfte saker i. Selv om de fleste trygdekontorene opplever samtaler med kolleger som nyttig i arbeidet med saker om hjelpestøns, har flere vist til at manglende dobbeltkompetanse, mangel på fagmiljø eller knappe ressurser begrenser muligheten for slik drøfting. Et av trygdekontorene sier dette om sin situasjon:

«Hjelpestønsaker har vært lite diskutert internt på kontoret – det burde det absolutt vært mer av. Det skyldes nok i stor grad den pressede arbeidssituasjonen. Det hender at vi tar kontakt med kolleger ved andre kontorer og ved fylkestrygdekontoret, og da diskuterer vi oss fram til enighet. På sikt er det meningen at vi skal kunne diskutere disse sakene i gruppen, men foreløpig er ikke kompetansen vår god nok til at gruppen kan fungere som et forum å løse vanskelige saker i.»

4.4.5 Regelverk

Rundskriv

Ifølge Rikstrygdeverket er selve utformingen av regelverket rimelig vagt, men det gir normer for hvor stort behovet for pleie og tilsyn skal være. Rikstrygdeverket mener at retningslinjene bør være til god hjelp for ytre etat og bidra til å sikre at selve fagområdet blir godt ivaretatt. Direktoratet mener at skjønnutøvelsen på hjelpestønsområdet er omfattende, noe som medfører en høy risiko for feil. Det er lite faste diagnoser å gå ut i fra. Dette skyldes at det er hjelpebehovet som skal dokumenteres og vurderes. Noen tilstander gir automatisk rett til hjelpestøns, mens andre krever at mange sider av saken belyses. Rikstrygdeverket har framhevet at risikoen består i at det skal samles inn mange opplysninger, som så skal vurderes. Det er ikke alltid så lett å avgjøre hva som er tilsyn og pleie ut over det normale, eller å avgjøre når saken er fullstendig opplyst. Rikstrygdeverket mener at det ut fra ordningens egenart er vanskelig å forenkle regelverket.

Rikstrygdeverket har i brev av 18. mai 2000 uttalt at det har vært nærliggende å søke å hekte omfanget av pleiebehovet til medisinske kjennetegn – diagnoser, diagnosegrupper og/eller visse fellestrekk ved funksjonshemningens art. Dette har vært vurdert

både som «inngangsbillett» og som hjelpemiddel til å fastsette satsen. Imidlertid viser det seg at barn med samme diagnose kan ha både alvorlig og lettere funksjonshemming. Når det gjelder variabler som har vist seg hensiktsmessige som hjelpekriterier, har Rikstrygdeverket først og fremst lagt vekt på pleiebehovet, og dernest på den faktiske arbeidsinnsatsen som forpleierne utøver. Ved vurderingen av den faktiske arbeidsinnsatsen, skal det i følge Rikstrygdeverket ikke bare legges vekt på tilsynsbehovet og pleieoppgavens art, men også frekvensen av dette og forpleierens bundethet.

Rikstrygdeverket har registrert at kravene om hjelpestønad ofte ikke har blitt vurdert mot høyere sats, og at begrunnelsene ikke har vært tilstrekkelig konkrete. Disse risikoene er ifølge Rikstrygdeverket redusert betydelig med nye standardvedtak iverksatt med virkning fra oktober 1999. Rikstrygdeverket anser dessuten de nye standardvedtakene som et kvalitetssikrende virkemiddel for å unngå utilsiktede variasjoner.

På spørsmål om hvordan Rikstrygdeverkets rundskriv fungerer i saksbehandlingen, har de fleste av de intervjuede fylkestrygdekontorene og trygdekontorene gitt uttrykk for at de er tilfredse med rundskrivet. Noen har framhevet at de opplever retningslinjene som vage, samtidig som de har uttrykt forståelse for at det ikke er gitt flere konkrete føringer i rundskrivet.

Fylkestrygdekontorene og trygdekontorene som er intervjuet, er enige om at hjelpestønadsregelverket gir mer rom for skjønn enn regelverket på folkestrygdens øvrige områder. De fleste opplever hjelpestønad som det mest skjønnspregede området.

De aller fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene mener at det er vanskelig å utøve dette skjønnen. Et mindretall opplever det som greit, og begrunner det med at de har et godt fagmiljø med mye saksbehandlingserfaring ved kontoret. De andre kontorene opplever det som vanskelig å utøve skjønn, blant annet fordi de behandler få saker, fordi det ikke gis opplæring på dette området, og fordi det er lite erfaringsutveksling med andre trygdekontorer og fylkestrygdekontorer.

Selv om området av de fleste oppleves som vanskelig, føler de fleste saksbehandlerne seg komfortable med å utøve skjønn. Mange mener at bruken av skjønn gjør arbeidet interessant og spennende, og et fylkestrygdekontor sier det på denne måten:

«Det er vanskelig å utøve skjønn, men vi trives med det. Det gir en større selvstendighet, og arbeidet blir mer attraktivt og utfordrende.»

Flere av dem som føler seg mer usikre, har vist til at regelverket ikke gir fasit, og at det kan være vanskelig å begrunne de vedtakene som fattes. Det gjør at det kan oppleves som ubehagelig å bli konfrontert med skjønnsutøvelsen, for eksempel i for-

bindelse med klagesaksbehandling og i møtet med foreldre. Et fylkestrygdekontor sier dette på spørsmålet om de føler seg komfortable med å utøve skjønn:

«Nei, slettes ikke. Vi blir stadig konfrontert med at det er to nabounger som har fått tilstått ulike satser for samme type sykdom.»

Rikstrygdeverket ser ikke bort fra at holdningene og kompetansen til den enkelte trygdefunksjonæren kan påvirke saksbehandlingen. De aller fleste av dem som ellers er intervjuet, mener det er grunn til å tro at tilnærmet like saker blir behandlet forskjellig av ulike trygdekontorer og fylkestrygdekontorer. Et mindretall mener at dette skyldes regelverket i seg selv, mens et flertall tror dette snarere skyldes manglende kjennskap til eller forståelse av regelverket. Det er i den forbindelse vist til at saksbehandlerne har ulik erfaringsbakgrunn og holdninger, og at dette ikke bare påvirker vurderingene i sakene, men også hvilke krav den enkelte stiller til dokumentasjon. Mange mener at problemer med kompetansen kan tilskrives manglende prioritering av og opplæring på området, samtidig som det er lite utveksling av erfaringer og sammenligning av praksis. Et trygdekontor oppsummerer det slik:

«Vi kan ikke skylde på regelverket når det viser seg at saksbehandlingspraksisen varierer. Inntrykket er at hjelpestønadsområdet har vært temmelig stemoderlig behandlet i trygdeetaten, både organisatorisk og kompetansemessig, og har hatt preg av «venstrehåndsarbeid». Det som må til er vilje til å prioritere arbeidet med denne stønaden, og ikke minst utveksling av erfaringer med andre.»

Noen mener at det må gjøres større grep enn som så for å oppnå en likere behandling av saker, og at arbeidet med hjelpestønad bør sentraliseres i større eller mindre grad. Et fylkestrygdekontor uttrykte seg på denne måten:

«Her ligger det til rette for variasjoner. Så lenge det er mennesker som sitter rundt om i trygdeetaten, hvor hver har ulike verdier og innfallsvinkler, vil vi aldri greie å få til helt lik behandling av disse sakene. Vi må jo likevel bestrebe oss på å få behandlingen mest mulig lik, men vi er usikre på hvor mye som kan reguleres og avklares i rundskrivet. Det som skal til for å få en mer rettferdig skjønnsutøvelse, er heller at sakene behandles av færre kontorer i hvert fylke, og mer erfaringsutveksling mellom de trygdekontorene som behandler slike saker.»

Et trygdekontor sier dette:

«Vi har overhodet ingen tro på at like saker behandles likt. Dersom kompetansen ikke blir bedre,

for eksempel ved mer opplæring og erfaringsutveksling, mener vi at arbeidet med slike saker bør sentraliseres i fylket. Små trygdekontorer, som oss selv, er veldig sårbare dersom noen slutter, så det skal litt til å bygge opp og holde på kompetansen. På den annen side er dette et område som bør ligge så nær brukerne som mulig. En løsning kunne da være at trygdekontorene kun får innstillingsrett og ikke avgjørelsesmyndighet i alle saker, også sats 1 og eventuelt avslag.»

Noen fylkestrygdekontorer og trygdekontorer mener at en viss geografisk variasjon i behandlingen av hjelpestønadsaker må kunne påregnes og være akseptabel, blant annet fordi saksbehandlerne er ulike. De fleste intervjuobjektene ser det likevel slik at det ikke er akseptabelt med variasjoner i tildeling og utmåling av hjelpestønad, og at vedtaket i saken ikke bør avhenge av hvor i landet vedkommende søker bor. En trygdesjef reflekterer slik over situasjonen:

«Jeg synes det er fint at det vurderes om det er andre måter å behandle sakene på, enten ved sentralisering eller på annet vis. Det vil sikkert vise seg at det er behov for å gjøre noe med dem. På et lite kontor med to og en halv stilling klarer man ikke å opparbeide seg den erfaringen som er nødvendig. For en som er ny tar det veldig lang tid. Men det er jo flere måter å løse det på. Man kunne jo spre sakene slik at kontorene fikk flere saker for å bli flinkere til å utøve skjønn. Mer samarbeid og arbeid i grupper kunne kanskje også vært interessant å prøve. Det er litt farlig hvis det forsvinner helt fra de minste kontorene, for det er der man treffer foreldre og søkere, og man skal fortsatt informere og holde seg oppdatert på området, og da er man avhengig av å behandle saker.»

I intervjuene har de fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene gitt uttrykk for at de ikke ønsker seg et regelverk med mindre rom for skjønn. Det er framhevet at ingen hjelpestønadstilfeller er like. Med mer firkantede bestemmelser ser mange en fare for at variasjoner i blant annet sykdom, hjelpebehov, selvhjelpenhet og livssituasjon ikke vil bli fanget opp i vurderingene. Et trygdekontor uttaler følgende:

«Dersom reglene hadde vært mer firkantede, ser jeg en fare for at de som ikke er innenfor, ville falle utenfor. Når innslaget av skjønn er så stort som på hjelpestønadsområdet, er det helt nødvendig at vi blir bedre på erfaringsutveksling og å sammenligne praksis, både over kontor- og regiongrenser. For å få til dette må fylkestrygdekontoret være langt mer aktive enn de er i dag, ikke bare når det gjelder forhøyet hjelpestønad, men også sats 1.»

I intervjuene er mange inne på at barn med diagnoser som er spesielt nevnt i rundskrivet, har lettere

tilgang til hjelpestønad enn barn med diagnoser som ikke er nevnt. Det oppleves videre av mange som enklere å forholde seg til fysiske lidelser enn til psykiske, som dessuten ofte er av en diffus karakter. Mange har pekt på at det er grunn til å tro at barn med atferdsvansker, for eksempel barn med diagnosen ADHD²², kommer skjevt ut med dagens regelverk. Et fylkestrygdekontor sier det slik:

«Når det gjelder diagnosen ADHD, har vi undret oss over hvorfor denne ikke er omtalt under for eksempel firkantdiagnosene i rundskrivet. Det er forholdsvis mange barn etter hvert med denne eller tilsvarende diagnose/problematikk som søker om hjelpestønad. Diagnosen kan kanskje være vanskelig å stille, men vi mener at rundskrivet burde gi noe mer informasjon om den sammensatte og krevende tilsynsoppgaven for barn med atferdsvansker.»

Flere av fylkestrygdekontorene og enkelte av trygdekontorene mener ellers at det er for lett å få ordinær hjelpestønad, og at inngangsvilkåret bør heves.

Prinsippkjennelser

På spørsmål om i hvilken grad prinsippkjennelser fra Trygderetten brukes i saksbehandlingen av hjelpestønad, har de fleste fylkestrygdekontorene opplyst at disse brukes aktivt. Noen av fylkestrygdekontorene og de fleste trygdekontorene har imidlertid uttalt at disse kjennelsene sjelden kommer til anvendelse i forbindelse med saksbehandlingen. Et fylkestrygdekontor sier dette om sin egen bruk av slike kjennelser:

«Hittil har ikke prinsippkjennelsene blitt brukt aktivt i saksbehandlingen. Det er mer slik at den enkelte saksbehandler har merket seg dem. Ikke alle kjennelser fra Trygderetten er like gode. Kjennelsene har til en viss grad blitt systematisert og lagt tilgjengelig for de fleste, men de har ikke blitt brukt aktivt eller tatt opp på fagmøter. I prinsippet skal trygderettskjennelsene ha stor betydning dersom de er direkte relevante. Det er det som skal være praksis i etaten. Dette er én av de tingene fylkestrygdekontoret ønsker å ta tak i i forbindelse med kvalitetshevingen.»

Trygdekontorene har ulike begrunnelser for ikke å legge slike kjennelser til grunn i saksbehandlingen. De fleste sier at de i praksis ikke har tid til å lese dem eller å lete i kjennelsene etter sammenlignbare saker, mens andre stoler på at egen kompetanse er tilstrekkelig. Enkelte har også vist til at de viktigste kjennelsene innarbeides i Rikstrygdeverkets rundskriv. Noen trekker ellers kvaliteten på kjennelsene i tvil, som dette sitatet fra et trygdekontor viser:

²² Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.

«Vi har brukt prinsippkjennelser en del, men vi ser at vi må bli flinkere til å bruke dem. I trygdeetaten ligger det nok en holdning om at kjennelsene ikke alltid er riktig rettesnor, og i den siste tiden skyldes dette særlig at kjennelsene har kommet i rask rekkefølge fordi Trygderetten skal ha ned restansene sine. Selv om vi ikke alltid er enige i kjennelsene, må vi bli flinkere til å ta inn over oss de dreiningene som skal gjelde hele etaten, men i en stor etat som vår kan jo dette ta litt tid.»

Det er overraskende for Rikstrygdeverket at prinsippkjennelsene ikke brukes aktivt av trygdekontorene. Rikstrygdeverket kan være enig i at kvaliteten på trygderettskjennelsene varierer, og i noen tilfeller er direktoratet raskt ute med å varsle at dette er en enkeltstående sak. De kjennelsene som gjøres til prinsippkjennelser, skal imidlertid danne premiss, og Rikstrygdeverket ser alvorlig på det dersom det viser seg at disse ikke blir brukt. Fylkestrygdekontorene har et ansvar for å gjøre viktigheten av disse kjent, og dette forholdet vil bli tatt opp med fylkestrygdedirektørene.

4.4.6 Dokumentasjon

Krav om dokumentasjon

Når det gjelder dokumentasjon, har samtlige fylkestrygdekontorer og trygdekontorer opplyst at det som minimum skal foreligge et riktig utfylt kravskjema fra omsorgspersonen, som regel foreldrene, og en legeerklæring. I mange saker har ikke trygdekontorene behov for ytterligere dokumentasjon. Hvorvidt det foreligger eller innhentes ytterligere dokumentasjon, avhenger ifølge intervjuene av søkerens diagnose og øvrige situasjon. Det hender at trygdekontorene innhenter spesialisterklæring. Dersom barnet har vært innlagt på sykehus eller habiliteringssenter, vil det i mange tilfeller foreligge epikriser eller uttalelse fra institusjonens sosionomtjeneste. Flere trygdekontorer har ellers opplyst at kommunen er en viktig kilde til informasjon, spesielt pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnehager, skoler og sosialkontor. Når det gjelder bruk av rådgivende leger, vises det til nærmere omtale under.

Synet på hvorvidt det er nødvendig med sosialrapporter i sakene, varierer blant intervjuobjektene. Et mindretall krever slike rapporter i en stor del av sakene, og mener at slike rapporter utgjør en viktig del av informasjonsgrunnlaget. Et flertall innhenter sjelden eller aldri slike rapporter, og begrunner det med at disse ikke inneholder informasjon ut over det trygdekontoret kan få fra foreldrene, og at det ellers kan ta lang tid å få inn slike rapporter.

Legeerklæringer

Når det gjelder hjelpestønad, mener Rikstrygdeverket at legeerklæringene skal belyse den medisinske

tilstanden og pleiebehovet. Rikstrygdeverket har opplyst at det ikke skal spørres om vedkommende fyller vilkårene for hjelpestønad, om utmåling av sats eller lignende spørsmål av trygdefaglig karakter. Rikstrygdeverket har ikke gjort noen systematiske undersøkelser av kvaliteten på legeerklæringene i hjelpestønadssaker.

På spørsmål om hvordan kvaliteten på dokumentasjonen vanligvis er, har de fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene mest å utsette på legeerklæringene. Selv om enkelte opplever at kvaliteten på disse gjennomgående er god, mener de fleste at det er store variasjoner i kvaliteten på disse erklæringene, og at mange leger gir utilstrekkelige erklæringer i forhold til behovet for informasjon. Et trygdekontor uttaler dette:

«Legeerklæringene er stort sett dårlige. De er korte og mangelfulle, og legens arbeid med dem står ikke i forhold til den godtgjørelsen de får. Ofte inneholder de bare noen linjer. De burde absolutt vært returnert oftere. Det kan vi ikke gjøre, for da ville alt ha stoppet opp.»

Mange av intervjuobjektene mener avklaring av medisinsk diagnose ikke er tilstrekkelig, og ofte savnes en beskrivelse av framtidsutsikter og konsekvensene av den enkelte lidelsen. Flere erkjenner imidlertid at trygdekontorene ikke har vært flinke nok til å be om en beskrivelse fra legen av disse forholdene. I kommuner med ustabil legedekning opplever trygdekontorene at situasjonen i forhold til legene er spesielt vanskelig.

Opplysninger fra foreldrene

Også kvaliteten på kravskjemaene utfylt av foreldrene oppleves som varierende, og mange trygdekontorer har opplyst at de ofte bistår foreldrene ved utfyllingen av disse. Noen trygdekontorer har ellers laget en momentliste til hjelp for foreldrene i utfyllingen av skjemaet, som skal ha bedret kvaliteten. Mange av intervjuobjektene har ellers uttrykt forståelse for at ikke alle foreldre har like lett for å framstille sin situasjon skriftlig.

Ifølge trygdekontorene er det særlig beskrivelsen av og tidsanslaget for hjelpe- og tilsynsbehovet som foreldrene finner det vanskelig å framstille skriftlig. Ett av trygdekontorene har tatt i bruk et skjema for å bedre kvaliteten på denne informasjonen:

«Vi har sett at de opplysningene vi får inn med søknadsskjemaet ofte ikke er nok. For at vi skal bli bedre i stand til å forstå belastningen på foreldrene, har vi tatt i bruk en ordning med såkalt «døgnklokke». Det vil si at foreldrene hver time i en periode fører dagbok eller «logg» over gjøremålene med barnet. I enkle tilfeller kan det være tilstrekkelig å føre dagbok for ett døgn, mens det i andre tilfeller kan

pågå over et par uker. Denne dokumentasjonen gir langt bedre informasjon enn det de fleste foreldrene greier å anslå eller beskrive i kravskjemaet.»

Bruk av rådgivende leger

Det er ifølge Rikstrygdeverket ikke sagt noe spesielt om bruken av rådgivende leger i hjelpestønadsaker. Rikstrygdeverket har opplyst at det sender ut signaler om at bruken av rådgivende leger skal være systematisk og knyttet til vanskelige saker, med andre ord ikke rutinesaker. Rikstrygdeverkets inntrykk er at legene brukes i tvilstilfeller, hvor trygdekontoret føler at de selv ikke har tilstrekkelig medisinsk innsyn. Medisinske forhold vil i forhold til hjelpestønad både omfatte diagnose og funksjonsnivå. Den medisinske kompetansen varierer ellers mye fra et trygdekontor til et annet, som ifølge Rikstrygdeverket kan forklare variasjoner i bruken av den rådgivende legen.

Fylkestrygdekontorene har i intervjuene opplyst at den rådgivende overlegen blir lite brukt i behandlingen av hjelpestønadsaker. I de få tilfellene der saker forelegges for denne legen, er det for å få en vurdering av de medisinske forholdene. Noen fylkestrygdekontorer gir uttrykk for at trygdekontorenes bruk av rådgivende leger er problematisk, enten fordi det er vanskelig å beholde disse legene, eller fordi bruken av dem ikke er i tråd med intensjonene. Et fylkestrygdekontor oppsummerer det på denne måten:

«Trygdekontorene skal bruke rådgivende lege ved behov, men etter gjennomgåelse av en rekke saker har vi sett at praksisen på området er svært varierende. (...) Legene kan få for stor innflytelse og bli styrende framfor å være rådgivende. Mange trygdekontorer er ukritiske til bruken av de rådgivende legene og godtar uten videre den satsen legen mener bør tilstås. (...) Ideelt sett skulle alle de rådgivende legene vært plassert på fylkestrygdekontoret slik at

de kunne koordineres av rådgivende overlege og bli brukt mest mulig målrettet.»

Flere av trygdekontorene har gjort seg noen av de samme tankene, og et av dem uttaler dette:

«Det hender at vi bruker rådgivende lege på hjelpestønadsaker, men kanskje ikke alltid på rett måte. Det har hendt at vi har spurt legen om vedkommende søker fyller vilkårene for hjelpestønad, og det er det jo vi selv som skal avgjøre. Ved andre trygdekontorer ber de den rådgivende legen om å fastsette satsen, og det er jo helt meningsløst. Vi ser at bruken må begrenses til å vurdere det rent medisinske i saken.»

Tilbakemeldingen fra noen av de rådgivende legene er at de opplever at trygdekontorene bruker dem på feil måte, noe dette sitatet fra et fylkestrygdekontor viser:

«De rådgivende legene sier selv at de blir litt misbrukt når de blir bedt om å ta stilling til omfanget av hjelp og tilsyn da dette er trygdejuridiske vurderinger. Det legene skal ta stilling til er om det er varig sykdom, og om det er behandlingsmuligheter.»

Litt under halvparten av de intervjuede trygdekontorene har opplyst at den rådgivende legen sjelden er inne i behandlingen av krav om hjelpestønad, mens de resterende opplyser at vedkommende brukes mye. De sistnevnte trygdekontorene opplyser at andelen saker som forelegges den rådgivende legen, er på mellom 30 og 100 prosent av alle saker om hjelpestønad. Når rådgivende lege brukes, er det som regel for å få en avklaring av de medisinske forholdene, og de fleste opplever bruken av legen som nyttig. Enkelte trygdekontorer bruker også denne legen dersom de vurderer å innhente spesialistklæring, både med henblikk på om dette skal gjøres, og hvilken spesialist som skal forespørres.

5 Vurderinger

5.1 GENERELT

Hjelpestønad er en rettighetsbasert stønadsordning som skal gi økonomisk kompensasjon for særskilt tilsyn eller pleie på grunn av varig sykdom, skade eller lyte. Medlemmene skal ha de samme rettighetene uavhengig av hvor i landet de bor.

Det har de siste ti årene vært en jevn økning i antallet hjelpestønadmottakere blant barn og unge under 18 år. I 1999 ble det til denne gruppen utbetalt mer enn 500 mill. kroner i slik stønad. Undersøkelsen viser at det er store fylkesvise variasjoner både i tildeling og utmåling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år, både samlet sett og for de ulike diagnosegruppene. Det foreligger ingen nasjonale statistikker over sykkeligheten blant barn. Variasjonene i bruken av hjelpestønad for de ulike diagnosegruppene er imidlertid så store at det ikke er sannsynlig at forskjellene bare kan forklares med ulikheter i sykkelighet.

Trygdeetatens vedtak i hjelpestønadsaker vil kunne ha stor økonomisk betydning for dem det gjelder. Vignettundersøkelsen viser at vedtakene for like krav om hjelpestønad i noen tilfeller varierer fra avslag til tilståelse av høyeste sats. For to medlemmer med samme behov betyr dette en forskjell på 60 000 kroner i årlig stønad. Selv om hjelpestønad er en skjønnsbasert ytelse, som gjør at det må påregnes noe variasjoner, er variasjonene likevel så store at det er grunn til å stille spørsmål om hensynet til likebehandling av likeartede tilfeller ivaretas i tilstrekkelig grad.

Tildelingen av hjelpestønad styres i stor grad av trygdekontoret, som etter gjeldende delegasjonsbestemmelser har fullmakt til å fatte vedtak om avslag, sats 1 eller sats 2. Vignettundersøkelsen viser dessuten at fylkestrygdekontorene følger trygdekontorenes innstillinger i de fleste sakene om forhøyet hjelpestønad. En forsvarlig og korrekt saksbehandling forutsetter at nødvendig og detaljert kompetanse blir bygd opp og vedlikeholdt, blant annet gjennom behandling av et visst antall saker. Nær halvparten av trygdekontorene mottok i 1999 fem eller færre søknader om hjelpestønad, samtidig som det i liten grad er etablert regionsamarbeid på området. De fleste kravene om hjelpestønad behandles av større trygdekontorer. For å sikre en ensartet praksis i etaten, er det et spørsmål om ikke Rikstrygdeverket bør vurdere hvorvidt vesentlig færre kontorer bør behandle denne typen saker. Rikstrygdeverket bør dessuten forsterke veilednings- og oppfølgingsfunksjonen overfor ytre etat på dette området.

5.2 FYLKESVISE VARIASJONER I ANTALLET HJELPESTØNADMOTTAKERE

Antallet mottakere av hjelpestønad har vært jevnt økende i perioden fra og med 1991 til og med 1999. Økningen har vært størst for de laveste satsene. Antallet hjelpestønadmottakere har økt i samtlige fylker, men det er i hovedsak fortsatt slik at fylker som lå høyt i 1991 også ligger høyt i 1999, og tilsvarende for de fylkene som lå lavest i 1991. Undersøkelsen viser at det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder andelen stønadmottakere blant barn og unge, og at en registrert økning i tildelingen av hjelpestønad i hovedsak ikke synes å ha jevnet ut forskjellene mellom fylkene.

Ved utgangen av 1999 er det store variasjoner fylkene imellom også når det gjelder hvordan stønaden er utmålt på de enkelte satsene. Variasjonene i forhold til antallet barn og unge i fylkene er størst når det gjelder mottakere av ordinær hjelpestønad (sats 1), som ikke er unaturlig siden denne gruppen utgjør nær halvparten av alle mottakere. De enkelte fylkene synes imidlertid ikke å ligge systematisk over eller under landsgjennomsnittet for alle satsene. Det synes heller ikke å være slik at fylker med et høyt antall mottakere av ordinær hjelpestønad (sats 1) ligger høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder mottakere av forhøyet hjelpestønad (sats 2–4). Dette indikerer at det i enkelte fylker kan være lettere å komme inn under ordningen enn i andre fylker. Samtidig synes det som om trygdeenheter i fylker med en tilsynelatende liberal vurdering av inngangsvilkåret ikke har en mer liberal praksis når det gjelder utmålingen av forhøyet hjelpestønad.

Antallet søknader varierer mye fylkene imellom i 1999, og det samme gjelder hvor mange av søknadene som ble innvilget. I hovedsak er det slik at innvilgelsesprosenten er lav i fylker med høy søkning, mens innvilgelsesprosenten er høy i de fylkene hvor søkningen er lav. Tendensen synes med andre ord ikke å være at det er antallet søknader som alene forklarer variasjonene i tildelingen av hjelpestønad. Fra Rikstrygdeverket er det framhevet at ulikheter i søkningen og innvilgelsesfrekvensen kan ha sammenheng med trygdekontorenes utøvelse av veiledningsopp-gaven.

Mottakere av hjelpestønad fordeler seg i hovedsak på seks diagnosegrupper. Selv om diagnose eller diagnosegruppe i seg selv ikke utløser hjelpestønad, kan diagnosegruppe likevel være et egnet kjenne-tegn for å karakterisere mottakere av hjelpestønad,

og derigjennom finne indikasjoner på eventuelle variasjoner i saksbehandlingspraksis mellom fylkene. Størst er variasjonene mellom fylkene når det gjelder diagnosegruppene «Sykdommer i åndedrettssystemet», «Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer» og «Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser». Spesielt store er variasjonene når det gjelder sykdommer i åndedrettssystemet, hvor antallet mottakere i flere fylker er fire til fem ganger så høyt som i andre fylker. Når det gjelder diagnosegruppene vedrørende åndedrett og ernæring, er variasjonene store både når det gjelder antallet mottakere av ordinær og av forhøyet hjelpestønad, mens det innenfor diagnosegruppen psykiske lidelser er antallet med forhøyet hjelpestønad som varierer mest. Selv om det ikke foreligger statistikk over sykkeligheten blant barn, er det grunn til å tro at variasjonene, både med hensyn til tildeling av hjelpestønad og utmåling av sats, er større enn det eventuelle variasjoner i sykkeligheten skulle tilsi. Dette indikerer at det kan være ulik praksis og vurdering fylkene imellom, både når det gjelder hvorvidt medlemmer med disse sykdommene fyller inngangsvilkåret for hjelpestønad, og i synet på hvor belastende disse sykdommene er.

Minst variasjoner fylkene imellom er det når det gjelder diagnosegruppene «Medfødte misdannelser og kromosomavvik» og «Sykdommer i nervesystemet». De fleste av stønadsmottakerne innenfor disse diagnosegruppene er tilstått forhøyet hjelpestønad, som ikke bare indikerer at vedkommende mottakere har behov som overstiger det normale for hjelpestønadsmottakere, men også at trygdeenheter vurderer disse tilfellene relativt likt når stønaden utmåles. Den siste av de seks største diagnosegruppene, «Sykdommer i hud og underhud», er spesiell på den måten at noen fylker skiller seg ut ved å ha mange hjelpestønadsmottakere i forhold til de øvrige fylkene. For denne diagnosegruppen er det først og fremst antallet mottakere av ordinær hjelpestønad som varierer mellom fylkene, noe som kan tyde på at trygdekontorene i fylkene kan ha ulike terskler for innvilgelse av stønad til medlemmer med slike sykdommer.

5.3 SAKSBEHANDLINGSPRAKSIS

Vignettundersøkelsen avdekker stor spredning i skjønnsutøvelsen ved behandlingen av like krav om hjelpestønad. Av de ni sakene som ble benyttet i vignettundersøkelsen, er vedtakene i to saker fordelt på samtlige alternativer, fra avslag på søknaden til tilståelse av hjelpestønad etter høyeste sats, mens fire saker er fordelt på tre vedtak og tre saker på to vedtak. Inntrykket av uensartet saksbehandling forsterkes ved at det i et flertall av sakene ikke er noe klart tyngdepunkt i vedtakene.

Hjelpestønad er en rettighetsbasert ordning, hvor trygdeetatens vedtak vil kunne ha stor økonomisk

betydning for det enkelte medlem og dennes familie. Vedtaket om hjelpestønad vil ofte gjelde i flere år, som gjør at den økonomiske konsekvensen av forskjellig valg av sats i tilnærmet like tilfeller, vil være betydelig for den enkelte. For de to sakene hvor det både er gjort vedtak om avslag og høyeste sats, utgjør differansen mer enn 60 000 kroner pr år. Stønnen øker ellers med mer enn 10 000 kroner fra sats 1 til sats 2, med mer enn 20 000 kroner til sats 3, og med tilsvarende beløp til sats 4. Rikstrygdeverket har framhevet at regelverket for hjelpestønad gir rom for stor grad av skjønnsutøvelse. Den variasjonen i vedtak som undersøkelsen viser, gir grunnlag for å stille spørsmål om dette skjønnet blir utøvd på en tilstrekkelig ensartet og betryggende måte i trygdeetaten.

Hovedinntrykket etter gjennomgangen av kontorenes begrunnelser for vedtakene, er at det i mange tilfeller ikke synes å være en klar sammenheng mellom begrunnelsene og den satsen som tilstås. Variasjonen i skjønnsutøvelsen kan illustreres ved at de vektlagte saksopplysningene sjelden er de samme i de tilfellene der samme sats er tilstått. I andre tilfeller er det lagt vekt på de samme opplysningene i saken, samtidig som det er foreslått helt ulik stønads-sats. Det synes spesielt å være forskjellige oppfatninger om hva som er det normale hjelpe- og pleiebehovet for barn i ulike aldersgrupper. Regelverket for hjelpestønad krever at omfanget av barnets funksjonshemming og størrelsen på pleiebehovet må vurderes i forhold til friske barn på samme alder. Det synes således ikke å være etablert en rimelig ensartet og sikker praksis i trygdeetaten når det gjelder vurdering av dette sentrale kriteriet i ordningen.

Gjennomgangen av trygdekontorenes og fylkes-trygdekontorenes begrunnelser i de enkelte sakene, viser som nevnt at det er ulike oppfatninger av hvilke opplysninger som er relevante, og hvordan saksopplysningene skal vurderes. De samme forholdene brukes både som begrunnelse for å tilstå høy og lav sats. Eksempler på forhold som er vurdert forskjellig, er blant annet om det foreligger et privat pleieforhold, familiesituasjonen, avlastningstiltakene og sykdommens alvorlighetsgrad. Det synes også å være ulik oppfatning av om praktiske oppgaver, for eksempel renhold, er en del av pleie- og tilsynsoppgavene. De store forskjellene i synet på hvilke opplysninger som er relevante, og vektleggingen av disse, bidrar til å forklare den store spredningen i vedtak som vignettundersøkelsen viser, og forsterker inntrykket av at nødvendige forutsetninger for likebehandling og forutsigelighet ikke er til stede.

Regelverket på hjelpestønadsområdet ses på som skjønnspreget, både av Rikstrygdeverket og ytre etat. I intervjuene har de fleste uttalt at de opplever det som vanskelig å utøve dette skjønnet, og at det derfor ligger til rette for variasjoner i saksbehandlingen. Til tross for dette er det få som ønsker seg et regelverk med mindre rom for skjønn. Et flertall av de

intervjuede mener at variasjonene ikke skyldes utformingen av regelverket i seg selv, men manglende kjennskap til eller forståelse av regelverket. Årsakene til dette er blant annet opplyst å kunne være at kontorene behandler for få saker, manglende opplæring og for lite erfaringsutveksling.

Intervjuene dokumenterer dessuten at det er lite samarbeid mellom fylkene på hjelpestønadsområdet, og det er også forholdsvis begrenset samarbeid mellom trygdekontorer innenfor det enkelte fylket. Saksbehandlerkompetanse bygges stort sett opp gjennom «skulder til skulder»-opplæring og egenopplæring. Selv om de fleste fylkestrygdekontorene og trygdekontorene er tilfredse med sin egen kompetanse, framkommer det at enkelte kontorer savner mer samordning av praksisen på området. Flere av de intervjuede trygdekontorene har vist til at manglende dobbeltkompetanse og utilstrekkelig fagmiljø i eget kontor begrenser muligheten for erfaringsutveksling og drøfting av saker med andre. Når denne typen saker blir behandlet av mange enheter, uten at enhetenes praksis blir sammenlignet og samordnet, er det en risiko for at det etableres en uensartet praksis i behandlingen av slike saker. Denne risikoen antas å være spesielt stor på et område hvor det i mange tilfeller ikke synes å være etablert et fagmiljø ved det enkelte trygdekontor, og hvor mange kontorer behandler et lite antall saker.

Ressurssituasjonen oppleves generelt som tilfredsstillende og stabil av ytre etat sammenlignet med andre områder. Området er lite fokusert i plan-

sammenheng i etaten, og trygdekontorene har opplyst at fylkestrygdekontorene i hovedsak følger dem opp på saksbehandlingstider. Rikstrygdeverket bruker i dag kun et halvt årsverk på dette området, men har opplyst at direktoratet nå vurderer å bruke noe mer ressurser sentralt.

Rikstrygdeverket har framhevet at prinsippkjennelsene fra Trygderetten er en viktig kilde for erfaringsutveksling i etaten. Undersøkelsen viser imidlertid at disse prinsippkjennelsene er lite brukt i saksbehandlingen ved noen fylkestrygdekontorer og de fleste trygdekontorene. Prinsippkjennelsenes betydning for å sikre en ensartet saksbehandlingspraksis antas å være spesielt stor i en situasjon hvor trygdekontorene primært synes å bli fulgt opp på saksbehandlingstider, og i mindre grad på kvaliteten i saksbehandlingen.

Når det gjelder legenes rolle på hjelpestønadsområdet, synes mange trygdeenheter å være misfornøyde med kvaliteten på legeerklæringene. I behandlingen av hjelpestønadssaker vil opplysningene fra den behandlende legen kunne ha avgjørende betydning for om slik stønad tilstås, og eventuelt etter hvilken sats. Det er derfor viktig at vedtakene bygger på tilstrekkelige medisinske opplysninger til å kunne fatte et forsvarlig vedtak i saken, og at det eventuelt innhentes supplerende opplysninger dersom slike mangler. Det kan også stilles spørsmål ved hensiktsmessigheten av at rådgivende leger i noen tilfeller brukes både i rene rutinesaker og i trygdefaglige spørsmål.