

FoU rapport nr. 4/2006

## **Tid er ikke alt**

Evaluering av regelverksendringen i  
rehabiliteringspengeordningen

Torunn S. Olsen, Nina Jentoft og Gro Kvåle

Tittel Tid er ikke alt. Evaluering av regelverks-  
endringen i rehabiliteringspengeordningen

Forfattere Torunn S. Olsen, Nina Jentoft og Gro Kvåle

Rapport FoU rapport nr. 4/2006

ISBN-nummer 82-7602-108-5

ISSN-nummer 0803-8198

Trykkeri Edgar Høgfeldt, 4626 Kristiansand

Pris

Bestillingsinformasjon:

Utgiver

Agderforskning  
Serviceboks 415,  
N-4604 Kristiansand

Telefon 48 01 05 20

Telefaks 38 14 22 01

E-post [post@agderforskning.no](mailto:post@agderforskning.no)

Hjemmeside

<http://agderforskning.no>





## Forord

Dette er sluttrapporten fra *Evalueringen av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen*, bestilt av Arbeids- og integreringsdepartementet (AID). Prosjektgruppa omtaler seg som Agdermiljøet siden den er satt sammen av forskere fra både Agderforskning og Høgskolen i Agder. Prosjektgruppa har bestått av seniorforsker Gro Kvåle og forsker Nina Jentoft, begge Agderforskning, og undertegnede fra Høgskolen i Agder. Alle tre har bidratt i forhold til feltarbeidet, analysearbeidet og rapporteringen. Selv om ansvaret for enkeltkapitler har falt mer på enkelte enn andre, er hvert kapittel likevel et resultat av felles diskusjoner og redigering. Rapporten må samlet sett ses på som et felles produkt.

Referansegruppa har bestått av Øystein Haram og Trude Thorbjørnsrud, begge AID, Nina Lysø og Sølvi Nilsen, begge Rikstrygdeverket, Sverre Friis-Petersen fra Aetet Arbeidsdirektoratet, og Marianne Hedlund fra Nord-Trøndelagsforskning. Referansegruppa har hatt to møter, ett ved prosjektstart og ett like før prosjektavslutning. Referansegruppa har også kommentert spørreskjemaet som ble utarbeidet og kommenterte første utkast til sluttrapporten. Alle fortjener en takk for innsatsen.

En spesiell takk går imidlertid til alle saksbehandlerne ved de lokale trygdekontorene som bidro til at evalueringen lot seg gjennomføre og mottakerne av rehabiliteringspenger som ga sitt samtykke til at forskerne fikk innsyn i deres mapper. Vi ønsker også å rette en takk til alle dem som har svart på spørreskjemaet – ingen enkel oppgave i så måte! En spesiell takk går også til Ola Thune og Ulla Gulbrandsen i Rikstrygdeverket for all bistanden vi har mottatt.

Grimstad, juni 2006  
Torunn S. Olsen  
Prosjektleder



## Innholdsfortegnelse

FORORD.....	I
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	III
SAMMENDRAG .....	V
ENGLISH SUMMARY .....	XV
1 INNLEDNING.....	1
1.1 Om rehabiliteringspengeordningen .....	1
1.2 Om regelverksendringen .....	4
1.3 Arbeids- og sosialdepartementets bestilling .....	4
1.4 Evalueringsrapportens innhold.....	5
1.1 Om enkelte begreper .....	6
2 PROBLEMSTILLINGER, METODE OG DATAGRUNNLAGET .....	8
2.1 Fire hovedproblemstillinger .....	8
2.2 En evaluering med tre tilnærminger .....	10
2.3 Spørreundersøkelsen .....	11
2.4 Mappedinnsynet .....	16
2.5 Intervjuer med saksbehandlere og brukere.....	18
2.6 Oppsummering .....	20
3 HOVEDKONKLUSJONENE .....	21
3.1 Raskere avklaring? .....	21
3.2 Større jobbeffekt? .....	25
3.3 Har flere vært nødt til å ty til økonomisk sosialhjelp? .....	35
3.4 Endret tjenestetilbud fra trygdeetaten?.....	36
3.5 Oppsummering .....	38
4 TRYGDEETATEN OG REHABILITERINGSPENGER.....	40
4.1 Saksgangen i rehabiliteringssaker .....	41
4.2 Regelendringens betydning for saksbehandlingen .....	43
4.3 Hvilke hensyn tas og hvilke overveielser gjøres? .....	46
4.4 Etatsspesifikke praksiser, normer og verdier.....	47
4.5 Trygdeetaten er avhengig av andre aktører .....	49
4.6 Brukernes vurderinger av trygdeetatens oppfølging .....	54
4.7 Oppsummering .....	59
5 BRUKERNES MOTIVASJON FOR Å KOMME TILBAKE I ARBEID .....	61
5.1 Motiver for å søke rehabiliteringspenger .....	62
5.2 Motivasjon for å komme tilbake i arbeid .....	64
5.3 Trygdekontorets saksbehandling og endring av brukernes motivasjon .....	68
5.4 Viktigheten av å jobbe.....	71
5.5 Oppsummering .....	71

6	BEHANDLINGSTILBUDET.....	73
6.1	Om behandlingstilbudet .....	73
6.2	Om behandlingstilbudets resultater .....	77
6.3	Saksbehandlerens syn på behandlingstilbudet.....	80
6.4	Oppsummering .....	80
7	REHABILITERINGSORDNINGEN I EN STØRRE KONTEKST .....	82
7.1	Hovedpunkter fra evalueringen .....	82
7.2	Vellykket reform?.....	85
7.3	Hva skal til for å lykkes?.....	86
7.4	Behov for å tenke nytt...??.....	88
	REFERANSER.....	93
	VEDLEGG: FØLGESKRIV OG SPØRRESKJEMAET .....	95
	FOU-INFORMASJON.....	96



## Sammendrag

Denne rapporten er sluttrapporten fra evalueringen av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen. Evalueringen er gjennomført av Agdermiljøet på oppdrag fra den gang Arbeids- og sosialdepartementet. Regelverksendringen det er snakk om er innstramningen av stønadperioden som det er mulig å motta rehabiliteringspenger for etter unntaksbestemmelsene. Regelverksendringen ble iverksatt 1.1.04. Før 1.1.04 var det ingen tidsbegrensning knyttet til unntaksbestemmelsene. Etter 1.1.04 ble det innført en ny hovedregel som tilsa en tidsbegrensning på 52 uker. Det vil si at det bare skal ytes rehabiliteringspenger sammenhengende i to år. Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader, hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid, kan det fortsatt gis rehabiliteringspenger uten tidsbegrensning. Formålet med regelendringen var å motvirke uønsket passivisering hos mottakerne. Ved å stimulere til tidligere avklaring, ville mulighetene for et vellykket attføringsopplegg eller tilbakevending til arbeid, bedres. I forbindelse med regelendringen ble trygdeetaten derfor pålagt å følge opp brukerne tettere, blant annet ved å utarbeide individuelle oppfølgingsplaner og etterstrebe en tettere dialog med brukerne.

Fire problemstillinger står sentralt i denne evalueringen:

- Har flere fått en raskere avklaring etter regelendringen?
- Har flere kommet tilbake i inntektsgivende arbeid etter regelendringen?
- Har flere blitt stående uten inntektssikring etter rehabiliteringspengene opphørte? og
- Har mottakerne av rehabiliteringspenger fått et endret (les: bedre) tjenestetilbud fra trygdeetaten etter regelendringen?

Det er en rekke metodiske utfordringer når vi skal svare på ovennevnte spørsmål. I et forsøk på å overkomme noen av disse, har vi benyttet oss av metodetriangulering (Patton 1990), det vil si at vi benytter ulike metoder for å studere det samme fenomenet. Denne evalueringen er således basert på tre datakilder:

- En spørreundersøkelse blant brukerne med kontroll- og testgruppe.
- Mappedinnsyn
- Intervjuer med sentrale aktører

I dette sammendraget vil vi ikke oppsummere metoden og datagrunnlaget, men henvise til kapittel 2. Det vi kan si er at mappedinnsynet ga oss langt den

største uttelling datamessig, men krevde også mer ressurser enn først antatt på grunn av svært omfangsrike mapper. Vi opplever også at vi har fått relativt gode data fra spørreundersøkelsen, selv om tilbakemeldinger fra brukerne er at ikke alle spørsmålene treffer like godt. Vi ønsker å presisere at brukergruppen i denne evalueringen, både med tanke på spørreundersøkelsen, mappeinnsynet og intervjuene, er personer som har mottatt rehabiliteringspenger i *mer enn 52 uker*. Det vil si at denne evalueringen omhandler de tyngste, eller rettere sagt de lengste rehabiliteringspengesakene.

I det følgende vil vi presentere enkelte hovedfunn. Vi vil først se på problemstillingene over, men vi vil også ta med en rekke andre ”funn” som vi mener er interessante og som kan være til nytte i en framtidig vurdering av tjenestetilbudet til den nye arbeids- og velferdsforvaltningen.

### **Senere avklaring for en del brukere under 55 år**

Våre data indikerer at avklaringen kommer noe senere for en større andel brukere under 55 år (”unge”) etter regelendringen, relativt til før. Dette er en utvikling som går i motsatt retning i forhold til reformens mål. Det kan være flere forklaringer som ligger til grunn for dette. En av forklaringene kan knyttes til ”oppdyddingen” som ble foretatt i kjølvannet av regelendringen og at det stort sett er de vanskelige sakene som krever mye tid som er igjen på unntaksbestemmelsene. Vi har også antydnet at det kan være en sammenheng mellom den noe senere avklaringen og saksbehandlers vurderinger av alternativene til rehabiliteringspenger. Ifølge saksbehandlerne er verken overgang til tidsbegrenset uførestønad eller en forhastet overgang til yrkesrettet attføring formålstjenelig i forhold til å få flere tilbake i arbeid. Trygdeetatens saksbehandlere mener at en del ”unge” har bedre av å gå noe lengre på rehabiliteringspenger for å sikre at overgangen til Aetat og yrkesrettet attføring ikke blir en nedtur og/eller for å sikre at brukerne ikke passifiseres ved overgang til tidsbegrenset uførestønad.

En noe større andel brukere mener de fikk for liten tid på rehabiliteringspenger etter tidsbegrensningen, relativt til før, men forskjellen er ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå. Sett i lys av at en større andel ”unge” faktisk har fått mer tid til disposisjon er dette uventet. Forklaringen kan ligge i at det er større oppmerksomhet om tidsbegrensningen og at det ”stresser” en del brukere. Flere melder gjennom brukerintervjuene og kommentarspalten til spørreundersøkelsen at de ikke får tilstrekkelig ro – at det hele tiden er ”mas” om innhenting av nye legeerklæringer og/eller overgang til yrkesrettet attføring. Dette kan gi en opplevelse av at de ikke får tid til å bli friske.

### Noen flere har blitt aktivisert etter regelendringen

Det er en rekke måleutfordringer knyttet til spørsmålet om regelendringen har gitt større jobbeffekt. Det første er spørsmålet om hva som menes med jobbeffekt. I analysen vi har benyttet er jobbeffekt definert som aktiviteter som peker i retning av aktivisering. Aktiviserte er igjen definert som personer som på undersøkelsestidspunktet er minst 50 % i inntektsgivende arbeid, er på yrkesrettet atferd, eller er studenter eller arbeidssøkere og som ikke er mottakere av full uførepensjon. På bakgrunn av disse definisjonene indikerer våre data en økning av andelen aktiviserte. Blant de "unge" er økningen på 3,8 prosentpoeng, mens blant de "eldre" er økningen på 4,5 prosentpoeng. Forklaringen på at andelen aktiviserte blant de "eldre" er noe høyere enn blant de "unge" har sannsynligvis sammenheng med at det bare er de klareste/enkleste sakene som blir fulgt opp i forhold til aktivisering, og som følge av det blir suksessraten noe høyere. Intervjuene med saksbehandlerne og brukerne viser at trykdeetaten er mindre tilbøyelig til å overtale de "eldre" til å vende tilbake til arbeid relativt til de yngre.

Kontakt med arbeidsplassen er en suksessfaktor for jobbeffekt og tillegges også relativ stor verdi av brukerne selv. Kontakt med arbeidsplassen er imidlertid ingen garanti for senere aktivisering. Det er de "eldre" som er flinkest til å holde kontakt med arbeidsplassen, men mye tyder på at kontakten er av sosial karakter og fører sjelden til aktivisering. Brukerne mener forøvrig at kontakt med arbeidsplassen øker *muligheten* for å komme tilbake i arbeid, men har mindre å si for hvor *raskt* de kan komme tilbake. Inntrykket fra mappesynet og brukerintervjuene er at det først og fremst er helsa som avgjør når de kan vende tilbake til arbeid. Oppsummert kan vi si at kontakt med arbeidsplassen er viktig – men andre faktorer spiller også inn – og kan ha større betydning.

På spørsmål om hva som var viktige faktorer for at de er i arbeid i dag, svarer de med inntektsgivende arbeid at egen motivasjon var den viktigste faktoren, både motivasjon for å komme tilbake i arbeid og motivasjon for å gjennomføre behandlingen. Begge aldersgruppene er også enige om at støtten de mottok fra trykdeetaten var ikke av særlig stor betydning. Av minst betydning var Aetat-relaterte aktiviteter. De aller fleste brukerne svarte "ikke aktuelt" på faktorer som var relatert til Aetats tjenestetilbud. Sistnevnte kan forklares med seleksjon, det vil si at de med de beste forutsetningene for å komme tilbake i arbeid (de friskeste, de med "god" kontakt med arbeidsgiver, osv.), ikke har hatt behov for Aetats tjenester.

### **Inntektssikring ivaretatt**

På spørsmålet om flere har vært nødt til å ty til økonomisk sosialhjelp i kjølvannet av regelendringen, er vårt svar ”nei”. Svaret er basert på mappeinnsynet samt intervjuene med saksbehandlerne og mottakerne av rehabiliteringspenger. Det generelle bildet er at trygdeetaten strekker seg svært langt for at brukerne skal være sikret en inntekt. Trygdekontoret stanser ikke utbetalinger som følge av lang saksbehandlingstid ved søknad om tidsbegrenset uførepensjon, varig uførepensjon eller yrkesrettet attføring. Rehabiliteringspengene stanses heller ikke dersom påkrevd legeerklæring ikke foreligger til den varslede opphørsdatoen dersom trygdeetatens saksbehandler har fått signaler om at det vil foreligge en erklæring i nær framtid. Selv i saker hvor det har vært mye fram og tilbake og avbrutte behandlingsopplegg, har trygdeetaten strukket seg svært langt dersom det er snakk om ”unge” som gir uttrykk for at de ønsker å komme i arbeid.

### **Kursendring tar tid!**

I utgangpunktet ønsker vi å framheve at trygdeetatens saksbehandlere i rehabiliteringssaker er dyktige, hurtige og nøyaktige forvaltere av lover og regler, og av verdiene og normene om ivaretagelse av individuelle rettigheter og individuell inntektssikring i forhold til disse reglene når vilkårene er oppfylt.

Trygdeetatens evne til å iverksette endringer i forhold til praksis som medfører økt kontaktflate og dialog med brukerne og tettere oppfølging, slik det er ønskelig fra politisk hold, er imidlertid mindre å skryte av. For trygdeetaten har kompleksiteten i systemet, mange aktører med ulike mål, interesser og praksiser, og manglende virkemidler gjort at det har tatt tid å gjennomføre reformen vi har sett nærmere på – og målet om tettere oppfølging av brukerne kan neppe sies å være oppfylt. Fra mappeinnsynet, brukerintervjuene og spørreundersøkelsen ser vi lite til en tettere individuell oppfølging. Det er fortsatt skriftlighet som preger kontaktmønsteret mellom trygdekontoret og de sentrale aktørene, herunder brukerne. Blant våre tre trygdekontor, var det kun ett av dem som hadde kommet i gang med å utarbeide en mal for oppfølgingsplaner til bruk ved rehabilitering, og ifølge spørreundersøkelsen hadde i underkant av en av fire mottatt en individuell oppfølgingsplan. I et forsøk på å involvere brukerne mer, har et annet trygdekontor innført praksisen hvor brukerne må selv sørge for å framskaffe nødvendige legeerklæringer.

Med en 100-årig tradisjon med å jobbe med forvaltning av et nasjonalt regelverk og ut fra at nasjonale standarder skal sikre likebehandling (se for

eksempel Kvåle 2000), er ikke trygdeetaten vant til å ta initiativ lokalt. Brukerorientering i trygdeetaten er tradisjonelt å sikre individuelle rettigheter og individuell inntektssikring. Når det er komplisert og ressurskrevende å arbeide med andre tilnærminger og løsninger blir det ofte fokus på hva man er flinke til – nemlig forvaltning av regelverket.

Hovedbildet er ingen radikal endring i trygdeetatens oppfølging og praksis med hensyn til rehabiliteringssaker, men vi sporer en økt bevissthet blant saksbehandlerne om reformens tankegodt. At vi ikke finner de ”store” endringene i praksis hos trygdeetaten etter regelverksendringen kan også dels forklares med saksbehandlerne holdning til selve reformen. Ikke alle så nytteverdien i den, og det var en generell oppfatning at man kan ikke fra politisk hold vedta raskere helsebedring. Det vil ta den tiden det tar. I tillegg oppleves det som uheldig at denne reformen kom parallelt med innføringen av tidsbegrenset uførestønad.

Trygdeetaten er avhengig av andre aktører for å kunne gjøre jobben sin, og er spesielt avhengig av legene og deres legeerklæringer for å kunne vurdere hvorvidt vilkårene for rehabiliteringspenger er oppfylt. Trygdekontorets saksbehandlere er ikke alltid tilfreds med kvaliteten på legenes skjemautfylling. Siden trygdefunksjonærene er avhengig av legeerklæringene for å kunne gjøre sine vurderinger, er det et ønske at legene legger ned noe mer arbeid i disse. Dataene våre indikerer at legene ofte blir budbringere for brukernes vurderinger og ønsker overfor trygdekontoret. Tatt i betraktning hvor mange ulike diagnoser og sykdomsbilder som kom fram i mappeinnsynet, er det tankevekkende at legenes repertoar over behandlingsforslag begrenset seg ofte til fysikalsk behandling eller samtaler hos psykolog. Dataene indikerer også at legenes råd og veiledning om alternativer til rehabiliteringspenger veier tyngre hos brukerne, enn trygdekontorets råd. Dette tyder på at legene spiller en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen, både som medisinske eksperter og som rådgivere.

Overgangen til Aetat oppleves som ”vanskelig” av både saksbehandlere og brukere. Ved flere anledninger fikk vi høre at ”Aetat glemmer at folk har helseproblemer”. Flere etterlyser en smidigere overgang fra behandling (trygdeetaten) til arbeidstrening (Aetat).

Stort sett er brukerne tilfreds med trygdeetatens saksbehandlere og saksbehandling, men en rekke er mindre fornøyd med ”systemet”, det vil si regelverket som trygdeetaten er satt til å forvalte. Kritikken retter seg spesielt mot kravet om at yrkesrettet attføring skal være utprøvd før man kan søke om en uføreytelse.

### **Det store flertallet er motivert for å komme tilbake i arbeid**

Det er behovet for inntektssikring som hyppigst oppgis av brukerne som motivet for å søke om rehabiliteringspenger, etterfulgt av ønsket om å komme tilbake i arbeid. Vi finner imidlertid ikke en sammenheng mellom ønsket om å komme tilbake i arbeid og senere jobbeffekt. Det vil si at vi på statistisk grunnlag ikke finner å kunne si at de som i utgangspunktet ønsket å komme tilbake i arbeid – er de samme personene som senere lykkes med det, eller at de som i utgangspunktet ønsket å søke om uføreytelse – er de samme personene som har blitt ”passifisert”.

Tre av fire i spørreundersøkelsen oppgir at de var motivert for å komme tilbake i arbeid da de søkte om rehabiliteringspenger. Videre fant vi at om lag en av tre endret sin interesse for å komme i arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger: De ”unge” ble i hovedsak *mer* interessert, mens de ”eldre” ble noe *mindre* interessert. Det er tre faktorer som primært påvirker endringer i interessen for å komme tilbake i arbeid: Endringer i brukerens helse, synet på arbeidslivets krav og brukerens tro på hvordan han/hun vil mestre det, samt legenes råd og veiledning.

Relativt få opplever at de har blitt mer motivert til å komme *raskt* tilbake til arbeid som følge av møtet med trygdeetaten. Verken innholdet i informasjonen som ble gitt av trygdekontoret eller tilgjengeligheten til saksbehandler ved trygdekontoret var betydelige motivasjonsfaktorer.

### **Mye behandling – men lite effekt**

Våre data indikerer at mye av behandlingen er brukerinitiert. Det er brukerne som både har funnet fram til behandlingstilbudet og foreslått det overfor legen. Mye av forklaringen for dette kan trolig ligge i at legene opplever at de har kommet til veis ende i behandlingstilbudet, mens pasientene/brukerne fortsetter å lete i håp om å finne noe som hjelper. Når det gjelder bruk av behandlingstilbud finner vi ingen vesentlige forskjeller mellom før og etter regelendringen. I den grad vi kan snakke om en endring, har utviklingen gått i retning av at en noe større andel innen begge aldersgrupper mottar behandling *store deler av tiden*.

En av tre ”unge” melder om at de har opplevd problemer med å gjennomføre behandlingen. Problemet som meldes oftest er at det var for krevende helsemessig. Noe overraskende svarte relativt mange at de ikke kunne gjennomføre behandlingen fordi de manglet økonomisk støtte til det.

Selv om svært mange kunne vise til at de har mottatt behandling mens de mottok rehabiliteringspenger, er det færre som kan vise til at behandlingen

ga en positiv helseeffekt, og enda færre som mener at det de foretok seg gjorde det mulig for dem å vende tilbake til arbeid. Hvorvidt det er helsa eller behandlingstilbudet som har kommet til kort, kan vi ikke si noe sikkert om. Dataene tyder imidlertid på at en del av behandlingen er behandling for behandlingens skyld – og nødvendigvis ikke for helseeffektens skyld. Dette gjelder spesielt for dem med kroniske lidelser knyttet til blant annet rygg, muskel- og skjelett, fibromyalgi samt mer diffuse lidelser. For rus-/psykiatrispasienter tyder dataene på at behandlingstilbudet er mangelfullt i kraft av for få behandlingsplasser, lange ventelister, og at ikke alle blir henvist til det ”meningsfylte” behandlingssystemet. Til sammen kan dette tyde på at behandlingstilbudet og -systemet ikke er så effektivt som man skulle ønske.

### **Ikke særlig vellykket reform**

Totalt sett konkluderer vi med at reformen ikke er særlig vellykket. Selv om trygdeetaten er tiltenkt en sentral rolle som forvalter av rehabiliteringspengeordningen, indikerer denne evalueringen at det ikke er mulig for trygdeetaten å endre kursen alene. Ja, trygdeetaten kunne ha gjort mer for å følge opp brukerne ved å utarbeide oppfølgingsplaner og ved å ha mer løpende kontakt, m.m., men for at flere skal lykkes med sin rehabilitering er trygdeetaten avhengig av at en rekke andre aktører trekker prosessen i samme retning: At brukerne ønsker å komme tilbake i arbeid, at arbeidsgivere er ”positive” og villige til å finne gode løsninger for den enkelte, at legene tar en mer aktiv rolle i forhold til å få personer tilbake i arbeid, at Aetats avklarings- og arbeidstreningstilbud treffer bedre i forhold til brukerne, og at i en rekke av de ”tunge” sakene, kommer samarbeidet med sosialetaten i gang tidligere.

Fortellingene og konklusjonene i denne evalueringen ville høyst sannsynlig blitt annerledes dersom det var arbeidsgiverne, legene, Aetat eller sosialetaten som hadde vært hovedinformanter. Det er vi klar over. Denne evalueringen er imidlertid basert på brukernes og trygdeetatens erfaringer – samt mappesynet. Selv om man i en ideell verden også skulle ha inkludert stemmene til de øvrige aktørene, har vi gjennom denne evalueringen fått ett visst innblikk i hva to av de mest sentrale aktørene mener og erfarer. På bakgrunn av disse erfaringene avrunder vi med å stille spørsmålet om det er behov for å tenke nytt.

### **Behov for en mer helhetlig tilnærming i forvaltningen**

For det første er det nærliggende å se på forvaltningens organisering. Både saksbehandlere og brukere har pekt på at rehabiliteringsarbeidet blir for oppstykket så lenge trygdeetaten har ansvaret for den medisinske

rehabiliteringen og Aetat ansvaret for den yrkesrettede. Forvaltningen bør se på enkeltindividet mer helhetlig, og ikke stykke det opp i forhold til ulike kapitler i Folketrygdloven. Medisinsk og yrkesrettet attføring bør derfor ses mer i sammenheng. For brukeren kommer det mentale skillet først ved overgangen til uførestønad. Å være ”på rehabilitering” eller attføring signaliserer håp, mens en uførepensjon tolkes som spikeren i kista i forhold til arbeidslivet: Dette kan også tyde på at man bør vurdere ordningen med tidsbegrenset uførestønad på nytt. Tidsbegrenset uførestønad ble av brukerne i høy grad likestilt med en varig uførepensjon, bortsett fra at de må gjennom en noe lengre prosess (les: mer byråkrati). Dersom målet med tidsbegrenset uførestønad er å få flest mulig tilbake i arbeid, men riktignok gi dem mer tid til å nå dette målet, bør denne ordningen i større grad skille seg ut fra varig uførepensjon, i navn og i saksbehandling.

NAV er en viktig og nødvendig reform, også i forhold til rehabiliteringsarbeidet. Dette kommer tydeligst fram i forhold til behovet for arbeidstrening før brukerne er ferdigbehandlet medisinsk. Flere av saksbehandlerne og brukerne etterlyste muligheten for å komme i gang med arbeidstrening på et tidligere tidspunkt i rehabiliteringsprosessen, men opplevde at trygdeetaten ikke hadde ressurser eller verktøy til å bistå med dette. Evalueringen tyder på at de mest ”vellykkede” sakene kjennetegnes av at brukerne ikke hatt behov for Aetats tjenester. Det vil si at brukeren har kunnet gå direkte tilbake til sitt tidligere arbeidsforhold uten bistand fra Aetat. Ingenting er bedre enn det. Blant dem som har nyttiggjort seg av Aetats tjenestetilbud, er brukerne imidlertid mindre fornøyd. Både saksbehandlerne og brukerne beskriver overgangen fra trygdeetaten til Aetat som ”vanskelig”. Noe av problemet synes å være at kravene Aetat stiller til brukerne oppfattes som for strenge og man i for liten grad tar hensyn til at brukerne har helseproblemer, samt at Aetat oppleves som for lite fleksible i forhold til brukernes behov. Dette er oppfatninger som også har kommet fram i andre kartlegginger (Kvåle m.fl. 2005, Olsen & Vangstad 2005).

Skal man lykkes med rehabiliteringsarbeidet må man også se på det som ligger utenfor trygdekontorets og Aetats saksområder. Forhåpentligvis vil NAV innebære at forvaltningen får en mer helhetlig opptreden overfor brukerne, men det er også behov for å se på forvaltningens opptreden i forhold til arbeidsgiverne. Evalueringen tyder på at kontakt med arbeidsplassen/arbeidsgiver er viktig for *muligheten* til å komme tilbake i arbeid, men vi fant relativt få eksempler på bedriftsintern rehabilitering og relativt lite kontakt mellom trygdeetaten og arbeidsgiverne. Trygdeetatens arbeidslivssentre var nesten ikke synlige i mappene og lite nevnt av saksbehandlerne. I de tilfellene en arbeidsgiver er en IA-virksomhet, kan en



mer samlet opptreden mellom trygdekontoret og arbeidslivssenteret trolig føre til at henstillingene overfor arbeidsgiverne blir mer virkningsfulle. Flere har også pekt på at skal man lykkes med sin rehabilitering bør man komme i gang i løpet av sykepengeperioden og at det er viktig at arbeidsgiver kommer tidlig med i denne prosessen. Følger man denne tankerekken ut, kan vi si at arbeidslivssentrene bør også arbeide mer aktivt med å få i stand bedriftsintern rehabilitering<sup>1</sup>. Dette kan man søke å gjøre ved å motivere arbeidsgiverne for å ta bedriftsintern rehabilitering mer på alvor, med eller uten nye incentivordninger. Vi har også sett at en del brukere opplevde at de ikke lengre var velkomne tilbake til den ”gamle” arbeidsplassen eller hadde et anstrengt forhold til arbeidsgiver. Mens arbeidsgiverne i privat sektor synes mer ”runderer” i forhold til å opprettholde ansettelsesforholdet (riktignok uten lønn), synes arbeidsgiverne i offentlig sektor mer interessert i å avvikle ansettelsesforholdet når den ansatte går over til rehabiliteringspenger. Ansatte i offentlig sektor viser til at de henstilles til å si opp eller blir sagt opp, for at stillingen skal kunne frigjøres til andre, eksempelvis midlertidig ansatte som har fungert i stillingen under sykefraværperioden. Dersom det er et sterkt ønske at brukerne skal ha kontakt med arbeidsplassen/arbeidsgiver, også i rehabiliteringspengeperioden, bør man vurdere om man skal utvide brukernes rettsikkerhet i forhold til arbeidsmiljølovens oppsigelsesvern.

### **Behov for bedre samarbeid med fastlegene**

Saksbehandlerne ved trygdekontoret etterlyser også et bedre samarbeid med legene. De savner bedre funksjonsvurderinger og mer informasjon om prognoser og behandlingsopplegg. Samtidig finner saksbehandlerne det ”vanskelig” å klage på legenes håndverk fordi de er helt avhengig av et ”godt” forhold til legene, som tross alt besitter den medisinske kompetansen de er helt avhengig av. For å unngå en direkte konfrontasjon med enkelte leger, benytter heller trygdekontorets funksjonærer seg i større grad av rådgivende legers eller spesialist legers vurderinger. For øvrig tyder evalueringen på at det er legene som har størst innflytelse på brukerne når det gjelder råd og veiledning om ulike alternativer til rehabiliteringspenger. Det er imidlertid brukerne som i stor grad foreslår egne behandlingsopplegg, og mye tyder på at legene i stor grad etterkommer brukernes ønsker. I en gjennomgang av rehabiliteringspengeordningen kan det derfor være

---

<sup>1</sup> Med begrepet *bedriftsintern rehabilitering* mener vi rehabilitering som foregår ved arbeidsplassen. Det korrekte uttrykket innen trygdeforvaltningen er ”tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiver” (eller annen arbeidsgiver). Under arbeidstreeningen mottar brukeren rehabiliteringspenger. Dette til forskjell fra bedriftsintern attføring som administreres av Aetat og hvor brukeren mottar attføringspenger under arbeidstreeningen.

hensiktsmessig å se nærmere på hvilke rolle legene bør spille og hvordan man kan få til et bedre samarbeid mellom legene og NAV.

### **Behov for å se på behandlings- og avklaringsstilbudene**

I evalueringen kom det fram kritikk av både behandlings- og avklarings- og arbeidstreningstilbudene. Mangelfulle behandlingstilbud (spesielt innen rus/psykiatrien) hindrer framdriften for en del brukere og mye tyder på at enkelte blir gående uforskyldt lenge ”å surre” i systemet før de får et meningsfylt behandlingssopplegg. I tillegg opplever flere at arbeidstreningstilbudene kommer sent i forhold til deres rehabilitering. En rekke brukere og saksbehandlere i trygdeetaten har også stilt spørsmål ved metodikken som benyttes ved avklaring av arbeidsevnen i regi av Aetat. I lys av brukererfaringene, og det faktum at Aetat har i stor grad satt ut denne tjenesten til underleverandører, er det grunn til å stille spørsmål om avklaringsstilbudet er godt nok kvalitetssikret av bestiller. Trygde- og attføringssystemet er basert på at noen kan definere eller bestemme en persons funksjons- og arbeidsevne. For å ivareta den enkeltes rettssikkerhet er man derfor avhengig av at det ikke er for stor variasjon i innhold og kvalitet siden vurderingene kan være utslagsgivende for om en person oppfyller vilkårene for en stønad eller ytelse, og hvor mye man får. I realiteten er disse begrepene vanskelig å måle, og ens arbeidsevne kan variere over tid og variere i forhold til type arbeid. Likevel brukes disse begrepene som rimelig presise og klare mål. I lys av denne evalueringen vil vi si at det er behov for å se på hvem (hvilken instans) som bør ha kompetanse til å definere og vurdere *arbeidsevnen*. Bør denne kompetansen ligge i forvaltningen, hos legene, hos brukeren, hos arbeidsgiver, eller i et samspill mellom disse aktørene?

## **English summary**

On 1 January 2004 a new amendment to the National Insurance Act was enforced. The general rule is that rehabilitation benefit can be awarded for up to 52 weeks. If certain conditions are met, an exemption from this general rule can be made (hereafter called the exemption clauses). Prior to 1 January there was no time limit linked to the exemption clauses. The amendment, however, introduced a time limit of 52 weeks. This again entails that rehabilitation benefit as a general rule can only be awarded for two consecutive years: One year under the ordinary clauses, followed by one year under the exemption clauses. Persons with very serious illness' or major injuries, where medical treatment takes longer, may still receive rehabilitation benefit for an unlimited period of time. The amendment was introduced in order to counteract unwanted passiveness amongst benefit recipients. The idea being that by stimulating to an earlier (read: more swift) solution/decision, the possibilities of a successful return to work will increase. In connection with the above amendment, the National Insurance Service (NIS) offices were instructed to follow up the benefit recipients more closely, by, amongst other things, drawing up an individual plan and engaging in a closer dialogue with the recipients.

This report is the documentation from the evaluation of the abovementioned amendment. The evaluation is carried out by Agder Research and Agder University College on behalf of the Ministry of Labour and Social Affairs.

Four points of query are central to the evaluation:

Has the amendment had an effect on the duration of the rehabilitation process? Are more recipients leaving rehabilitation benefit earlier?

Has the amendment had an effect on the return-to-work rate?

Has the amendment meant an increase in persons whom have been left with no income, social security or otherwise, when the rehabilitation benefit ceased? and

Has the quality of service provided to recipients of rehabilitation benefit by the NIS-offices improved following the amendment?

### **Method**

When seeking to answer the above questions, one will encounter a number of methodological challenges. In an attempt to overcome some of these, we have employed triangulation (Patton 1990), i.e. we employ different methods

to study the same phenomenon. This evaluation is therefore based on three data sources based on different methods:

A survey with a control and test group

A dossier review

In-depth interviews with central actors

The survey was a postal enquête amongst recipients of rehabilitation benefit with a control and test group. All the respondents have received rehabilitation benefit for at least 52 weeks. Further to this the selection criteria for the control group, the “before” group, was that their rehabilitation benefit had ceased during November 2003. The selection criteria for the test group, the “after” group was that they had received rehabilitation benefit for at least 52 weeks during May 2004. Both the test and control group were stratified according to age (below 55 years and 55 years and above). The survey was conducted during October and November 2005. We received 807 answers, a response rate of 39 per cent, but sufficient number of answers to satisfy a five per cent confidence interval. The data are reasonably representative with regard to age and sex.

The dossier review was undertaken at three separate NIS-offices. The offices were chosen according to the number of rehabilitation cases with at least 52 weeks duration at a specific time. We chose the office which had the largest and the smallest share relative to the workforce in their municipality, as well as the office with the share closest to the national average. From each office the aim was to review 20 dossiers. The “owners” of the dossiers, i.e. the recipients of rehabilitation benefit, had to give their consent prior to the researcher’s admittance to the dossiers. The local NIS-offices made the initial selection and near one hundred recipients were written to and asked for their consent. After a reminder, 34 recipients had given their consent. The dossiers we were able to take a closer look at, were rich with data and more voluminous than first expected, containing up to 60-70 documents on average. Compared to the other sources of data available to us, this was the data source which gave us the most factual and reliable data.

The in-depth interviews were conducted with eight NIS-officers from the three NIS-offices we had selected for the dossier review (see above), along with 16 recipients of rehabilitation benefit. The 16 recipient-informants were chosen from the dossiers review. We used semi-structured interview guides, and each recipient-interview took approximately one hour. Prior to each interview we had studied the dossier, and during the interview the

researchers could pick up on questions which were left unclear from studying the dossier. This field work took place in February 2006.

In the following sections we will present some of the evaluation's major findings. It is necessary to underline once again, that the population for this report are rehabilitation benefit beneficiaries whom have received rehabilitation benefit for *at least 52 weeks*. We will firstly focus on the four key questions in the evaluation, but we will also touch upon other issues which we found interesting.

### **An increase in benefit duration for the under 55 year olds**

Our data indicate that the “young” recipients, i.e. recipients under the age of 55, which have gone over 52 weeks, receive rehabilitation benefit for a longer duration after the amendment compared to prior to the reform. As such, the effect of the reform has been the opposite of the reform's intention. Several factors can explain this. One of them is the “clean-up” at the onset of the reform, leaving only the most demanding cases to run longer than 52 weeks. However, from the interviews with the NIS-officers we have also suggested that these officers are knowingly keeping the recipients on rehabilitation benefit longer so as to defer the transfer to other types of benefits, namely disability benefit or vocational rehabilitation benefit. The officers believe that a too hasty transfer to other benefit types is not expedient in relation to the overall goal of getting people back to work. By remaining on rehabilitation benefit a bit longer, one reduces the chances that the transfer to vocational rehabilitation will become a failure, or that the transfer to disability benefit will entail that the recipients will become even more passive.

We also found an increase in the share of recipients which meant that they did not get sufficient time on rehabilitation benefit after the reform compared to before, however the difference is not statistically significant at the 0.05-level. This is unexpected since many of the “young” have actually received more time after the reform than prior to it. An explanation may be that the increased focus on the time-limit contributes to stress some of the recipients. Several of the interview-informants and respondents to the survey state that they did not receive sufficient rest (quietness) – i.e. there was a constant fuss and nagging about obtaining new medical certificates and questions of transferring to vocational rehabilitation. Hence, some of the recipients felt they were not given sufficient time to get well.

### **More have become “active” after the amendment**

When attempting to answer the question *Has the amendment had an effect on the return-to-work rate?*, we face a number of measurement challenges. The first is defining the return-to-work rate. Shall all employment count, irrespective of how little they work, or is it more correct to define a lower limit, for example half time? Since there is a time lag between the control group and test group, many within the latter group may not yet be back in employment – but on their way... In the analysis in this evaluation we have there chosen to have a wide definition of return-to-work, encompassing activities which point in the direction of increased job-related activities. Hence return-to-work is defined as all persons whom at the time of completing the questionnaire were at least 50 per cent employed, or undergoing vocational rehabilitation, or students or job-seekers whom were not recipients of a full disability pension.

On the basis of the above definition, our data indicate an increase in the return-to-work rate after the amendment relative to before. Amongst the “young” the increase is 3.8 percentage points, while amongst the “older” group the increase is 4.5 percentage points. A viable explanation for why the “older” group’s increase is higher than the “young” group’s, may be that it is the straightforward cases amongst the “older” group which are referred to return-to-work activities, and therefore the success rate amongst this group increases. The interviews with the NIS-officers and the recipients indicate that the NIS-officers are less likely to persuade an “older” recipient to return to work than a “young” one.

To keep in touch with one’s place of employment, is seen as a success factor for return-to-work by both the NIS-officers and the recipients. However, to keep in touch with “the job” is no guarantee for return-to-work. It is the “older” group which is best at keeping in touch, but the data indicate that the contact is more of a social character and seldom lead to return-to-work. Moreover, the recipients see keeping in touch with “the job” as increasing their *possibility* to return to work, but has less influence on how *soon* they can return. Our impression from the dossier review and interviews with the recipients is that it is the recipients’ state of health which is the major determinant for return-to-work. In summary we can say that keeping in touch with “the job” is important - but that other factors may play a more significant role.

When we asked the persons whom are back at work which factors were of significance for their return to work, they report that their own motivation

was the most important factor, i.e. their own motivation to return to work and their motivation to finish the treatment programme they were referred to. Both age groups are in agreement that the support they received from the NIS-office was of less significance. Of least significance were the services or activities offered by the Public Employment Service (PES). Most of the recipients answered “*Not applicable*” to the PES-related factors. This may be explained by selection, i.e. the recipients whom are best qualified to return to work (the ones with the “best” health, the ones with a “good” relationship to their workplace/employer, etc) have no need for the services of the PES.

### **Incomes safeguarded**

With regard to the question of whether or not the amendment has left persons without an income when the rehabilitation benefit ceased, the answer from this evaluation is “*no*”. This answer is based on the dossier review and interviews with the NIS-officers and recipients of rehabilitation benefit. The general picture is that the NIS goes far in ensuring that the recipients are not left without some kind of an income. The NIS-office will not terminate benefit payments due to lengthy processing time with regard to transfers to other benefit systems. Neither are the payments stopped due to late arriving medical certificates. Even in cases with much discontinuance in the rehabilitation process or treatment programmes, the NIS has been very generous, particularly when it comes to young persons which have expressed an interest in returning to the labour market.

### **To change practice takes time!**

The NIS-officers are very proficient, efficient and meticulous administrators of the laws and regulations pertaining to the rehabilitation benefit, and of the values and norms regarding the safeguarding of individual rights and income security once the terms and conditions of eligibility to receive rehabilitation benefit are fulfilled. However, their ability to interact more closely and further the dialogue with the recipients, like the politicians would like, is not as impressive. The complexity of the system, along with many actors with different goals, interests and practices, as well as the lack of means or instruments to enable people back to work, has meant that the implementation of the reform is time consuming. We cannot say that the reform has been implemented to the full, particularly with regard to interacting with and following up the recipients more closely. On the basis of the dossier review, interviews with the recipients and the survey, we find few indications of closer patterns of interaction between the NIS-officers and the recipients. The NIS-offices still largely communicate with recipients by way of writing formal letters of approval. Amongst the three offices we selected for the evaluation, only one had taken steps to implement the

individual plans which were to be introduced, and according to the survey, less than one in five had received an individual plan like the reform prescribed. In an attempt to involve the recipients more, one of the other offices has introduced a new practice where the recipients themselves must procure the necessary documentation, hereunder medical certificates and the like.

With a one hundred year tradition of administrating the National Insurance system and ensuring a national standard of equal treatment (cf for example Kvåle 2000), the NIS is not accustomed to taking initiatives at the local level. Client orientation has traditionally been about securing individual rights and ensuring an income. When it becomes complicated and demanding to work in a new and different manner, it is easy to fall back on what one is good at, i.e. administrating a set of rules and regulations.

The main picture which emerges from the evaluation is that the NIS' practice with regard to interacting with the recipients, have not changed radically. However, we do find an acknowledgement amongst the officers for the ideas which underpin the reform. The fact that we do not find major changes in practice at the local offices may also partially be due to the officers' view of the actual reform. Not all of them saw the need for the reform. In addition there was a general view that one cannot politically decide to hurry up better health or rehabilitation. It will take the time it needs to take. In addition, it was also seen as unfortunate that this reform came parallel to introducing the time-restricted disability benefit.

The NIS depends on other actors in order to do its job, and are in particular dependent on the medical profession and their issuance of medical certificates in order to assess whether or not the applicants are eligible for rehabilitation benefit or not. The NIS-officers are not always satisfied with the quality of the medical certificates and wish that more work had gone into completing them. Our data indicate that the medical physicians are messengers whom convey the wishes of the recipients of rehabilitation benefit to the NIS-office. When considering the multitude of diagnosis and ailments we came across during the dossier review, it is thought provoking that the repertoire of treatments was so narrow, limited often to physiotherapy or counselling/therapy. The data also indicate that the recipients listen to, and act more on, the advice given by the medical physicians, than that given by the NIS-officers. This suggests that the medical physicians play an important role, not only as medical experts, but also as advisors.



The transfer from the NIS to the PES is reported as being "difficult" by both the NIS officers and the recipients of rehabilitation benefit. On several occasions we heard that "*the PES forgets that people have health problems*". Several of the informants call for less friction when moving on from "health treatment" to "work training".

Generally speaking the recipients of rehabilitation benefit are satisfied with the service they receive by the NIS, but a number of the recipients are not content with the "system", i.e. the rules governing the benefit which the NIS officers are employed to administer. The criticism is particularly directed towards the criterion that vocational rehabilitation must be tried out first, before the NIS can consider an application for disability benefit.

### **The large majority are motivated to return to work**

When asked why they had applied for rehabilitation benefit, the most frequent answer was the need for income security, followed by a wish to return to work. However, we find no statistical relationship between the wish to return to work and actual return to work, nor a statistical relationship between an initial desire to apply for disability benefit and actual eligibility for disability benefit later on.

In the survey three out of four state that they were motivated to return to work when they initially applied for rehabilitation benefit. Further to this we found that approximately one out of three changed their point of view during the space of time they received rehabilitation benefit. While the "young" largely became *more* interested in returning to work, the "older" group became *less* interested. With regard to what influenced the change in interest, three factors stand out: Changes in the recipients' health, the recipients' view of how demanding work life is and how they believe they will cope with these demands, and the advice and counselling they have received from their doctor.

Relatively few experience that they have become more motivated to return to work *sooner* (quicker) as a result of the services provided by the NIS. Neither the information provided by the NIS, nor the accessibility to the NIS officers were motivating factors.

### **Ample treatment – but poor effect**

Our data indicate that much of the medical treatment provided is initiated by the recipients. Often it is the recipients whom have "searched out" information about the treatment and proposed it to their doctor. One possible explanation for this may be that the doctors have come to their wits end, in

the sense that everything they can think of treatment-wise has already been tried, while the patient continues the search in the hope that they will find something that will eventually help. We find no difference in how many report that they have received treatment before and after the reform. We do, however, find that for both age groups the share which report that they received treatment *most of the time* has increased after the reform (alternatively to *some of the time*).

One of three from the “young” group report that they have experienced problems with completing the treatment. The problem which is most commonly reported is that the treatment was too demanding on their health. We are somewhat surprised that relatively many stated that they could not complete their treatment because they lacked the financial ability to do so.

Even though many report that they have received treatment while they received rehabilitation benefit, fewer report that the treatment they took part in gave a positive health effect, and even fewer report that what they did during their rehabilitation benefit period made it possible for them to return to work. From our data we cannot conclude whether this is due to poor health or poor treatment. However, there are indications that some have received treatment for the sake of receiving treatment – and not for the sake of the health effect. This is particularly true for the chronically ill, often those with back pains, muscular-skeletal diseases, fibromyalgia and other diffuse illnesses. Our data also indicate that for drug addicts combined psychiatric patients, the medical care on offer is lacking, in the sense that there are not enough health care places available for this patient group. In total this suggests that the health provisions on offer are not adequate or are not as efficient as one would have liked.

### **Not a very successful reform**

Our overall conclusion is that the reform may not yet be labelled a success. Even though it is the NIS which is the responsible administrator of the rehabilitation benefit scheme, the NIS cannot alone enact the desired changes. Yes, the NIS could have done more in order to follow up the recipients by ensuring that individual plans were drawn up and by having more regular contact with the recipients, etc., but for the reform to be a success other actors also need to pull in the same direction. The recipients need to be motivated to return to work, the employers need to be “positive” and willing to find good solutions for the individual returning, the medical physicians need to take a more active role in order to get people back to work, the services on offer by the PES need to be more targeted to meet the needs of this group, while the co-operation with the social services needs to

be extended and employed at an earlier stage when dealing with some of the “toughest” cases.

The stories told and conclusions drawn in this evaluation would most likely be different if our main informants had comprised the employers, the medical physicians, the PES, or the social services. We are aware of this. However, this evaluation is based on the experiences of the recipients of rehabilitation benefit and the NIS-officers, as well as the dossier review. In an ideal world we should have included all the voices and all the stories, but the world is not ideal. This evaluation has, nevertheless, given us a certain insight into how the reform has been received by two of the most central parties to it. This must not be underplayed. On the basis of their experiences, we will in the final section raise some questions which future policy makers might want to consider.

### **The need for a more holistic approach and administration**

Firstly, it is necessary to look at how the administration is organised. Both NIS officers and recipients are concerned with the lack of a holistic approach as long as the NIS is responsible for medical rehabilitation while the PES is responsible for vocational rehabilitation. The public administration should regard the individuals in a more holistic manner, and not divide the individual up according to different chapter in the National Insurance Act. Medical rehabilitation and vocational rehabilitation should therefore be more integrated. For the recipient of welfare provisions/benefits, there is a clear mental divide between the other types and disability pension. To be under medical or vocational rehabilitation signifies hope, while a disability pension is the nail in the coffin with regard to returning to the labour market. This entails that one might have to re-evaluate the temporary disability scheme which was introduced in 2004. The recipients equated temporary disability benefit with the permanent disability pension, with the exception that the road to a disability pension now had become even longer and more bureaucratic when having to go via the temporary disability benefit. If the goal with the new temporary disability benefit is to get more people back to work, but at the same time to give them “more time” to do so, then the new benefit should be more distinct from the traditional disability pension, both in name and in processing.

The new labour and welfare administration (NAV) which is being introduced from 1 July 2006 is an important and necessary reform, also with regard to the rehabilitation area. The need to commence work training before finalising medical treatment, is just one of the issues which hopefully will find a better solution with NAV. The evaluation found that in the most

“successful” rehabilitation cases, there was no need to utilise the services of the PES, i.e. the recipient could go directly from medical rehabilitation back to work. Nothing is better than that. But amongst those that did have to utilise the services of the PES, the recipients were less than satisfied. Both the NIS-officers and the recipients describe the transfer from the NIS to the PES as “difficult”. Part of the problem seems to be that the PES requirements are too stringent and that the PES does not to a sufficient degree take into consideration that the recipients have health problems. Further to this the PES is seen as too rigid in relation to the recipients needs. These same sentiments were expressed in other evaluations/projects where the recipients were disability pensioners whom wanted to return to work (Kvåle et al. 2005, Olsen & Vangstad 2005).

To succeed with rehabilitation it is also necessary to look outside the scope of the NIS and PES. Hopefully the NAV reform will entail that the future administration will have a more holistic approach towards the recipients, but it is also necessary to take a closer look at how the welfare administration performs vis-à-vis the employers. The evaluation indicates that keeping in touch with “the job” is important for the *possibility* of returning to work, but at the same time we found few examples of in-house rehabilitation and relatively little contact between the NIS and the employers. The NIS work life centres (special units within the NIS set up to help implement the tripartite agreement on a more inclusive working life), were hardly “visible” in the dossiers we reviewed and were scarcely mentioned by the NIS-officers in the interviews. In those cases where the employer is an “inclusive working life-employer”, a more collective approach between the local NIS-offices and the work life centres may perhaps contribute to more effective lines of communication with the employers and entail that the NIS-proposals carry more weight. Several of the informants have also emphasised that to succeed it is necessary to start the rehabilitation process while still on sick leave (during the first 52 weeks of the health problem) and that the employer is included in this process. This line of thought entails that the work life centres should also be promoting in-house rehabilitation, either with or without new incentives to spur the employers.

We also saw that not all the recipients felt that they would be welcome back to work. While the employers in the private sector seem to be more “generous” with regard to retain the employment relationship (the employment contract), but without pay, public sector employers seem to be keener to terminate the employment contract when the employee has been away from work for more than 52 weeks. Recipients whom were previously employed in the public sector report that they felt pressured to resign or were

laid off, so that their position could be available for temporary staff whom has filled the position during their sickness absence. If it is a strong desire to ensure that the recipients stay in touch with their job/employer during the rehabilitation period, then one may consider whether the recipients' legal rights to a secure job is adequate.

### **The need for better co-operation with the GPs**

The NIS-officers call for better working relations with the general practitioners (GPs). They would like the GPs to put more effort into the assessments they make of the patients' functionality with regard to work, along with more/better information regarding recommended treatment and patients' prognosis. The NIS-officers find it difficult to complain to the GPs since they are dependent on their medical expertise, and afraid that complaints/comments will put the working relationship to a test. To avoid a direct confrontation, the NIS-officers utilise the NIS advisory physicians or specialist physicians instead. The evaluation also found that it is the GPs, through their advice and counselling, which have the most significant influence on the recipients with regard to which paths to follow post rehabilitation. To a large extent, it is the recipients whom recommend the treatment which the GPs prescribe. When reviewing the rehabilitation benefit system, it might be useful to evaluate the role and practices of the medical physicians, and how the co-operation with the NIS (now NAV) can be improved.

### **The need to review the availability of health care provisions and how to assess a persons' work ability**

The evaluation uncovered criticism of both the health care provisions available and how a person's work ability is assessed. Poor health care provisions for patients with combined drug addiction and psychiatric problems, is just one of the problems emphasised by several of the informants. In addition, work training programmes are often initiated late in the rehabilitation process. Several of the informants have also questioned the methodology used in order to assess a person's work ability. In view of several of the recipients' experiences, and the fact that the assessment of work ability is one of the services the PES has to a large extent outsourced, there is reason to question whether quality control of this service is adequate. The welfare system, particularly the work fare policy which is presently being pursued, depends on that someone, some body, is able and had the competency to determine a person's work ability. The assessment will again have a significant influence on whether or not one is eligible for different welfare benefits. To ensure a person's legal rights, it is therefore important that this assessment does not vary greatly in content and quality. It is no

simple task to operationalise, measure and conclude on a person's work ability, since this ability may vary according to type of work and over time. Despite these difficulties, the concept is nevertheless used as a precise and accurate measurement in the processing of different welfare claims. In light of this evaluation, it is necessary to review whom or which bodies, should have the formal competency to define and assess a person's work ability. Should this competency lie within the welfare administration, amongst the medical profession, amongst the employers, or in a co-operation between these different actors?

# 1 Innledning

## 1.1 Om rehabiliteringspengeordningen

Det er Folketrygdlovens kapittel 10 med forskrifter som regulerer rehabiliteringspenge-ordningen. Formålet med rehabiliteringspenger er å gi ytelse til livsopphold hvis en på grunn av sykdom, skade eller lyte ikke kan utføre arbeid. Ytelsen er i utgangspunktet tenkt som en korttidsytelse som gis i den perioden en er under aktiv behandling med utsikt til bedring av arbeidsevnen.

Rehabiliteringspenger kan gis når man fortsatt er arbeidsufør etter utløpet av sykepengeperioden, eller har vært minst 50 prosent arbeidsufør uavbrutt i 52 uker, eller tidligere har mottatt rehabiliteringspenger og får tilbakefall, eller må avbryte yrkesrettet attføring på grunn av sykdom, eller er student under 26 år og har vært sammenhengende arbeidsufør i minst 20 uker på grunn av en alvorlig sykdom.

Det er satt en rekke vilkår for å få rehabiliteringspenger, blant annet at man er mellom 18 og 67 år, har forutgående medlemskap i folketrygden, oppholder seg i Norge, m.m. Loven åpner imidlertid for visse unntak.

Av Folketrygdlovens § 10-8 går det fram at:

*”Det er et vilkår for rett til rehabiliteringspenger at medlemmet får aktiv behandling med utsikt til å bedre arbeidsevnen. Tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiveren er likestilt med behandling. I særlige tilfeller kan det godkjennes at aktivisering og arbeidstrening skjer hos en annen arbeidsgiver. Dersom bedriftsinterne tiltak ikke fører frem eller medlemmet ikke har et arbeidsforhold, skal trygdekontoret så tidlig som mulig vurdere om yrkesrettet attføring bør prøves. Det skal utarbeides en individuell oppfølgingsplan i samarbeid med medlemmet. Retten til rehabiliteringspenger faller bort dersom medlemmet uten rimelig grunn unnlater å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering, yrkesrettet attføring eller å medvirke til utarbeidelse og oppfølging av individuell oppfølgingsplan.”*

Videre går det fram at:

*”Rehabiliteringspenger ytes ikke sammenhengende i mer enn 52 uker. I særskilte tilfeller kan stønadsperioden forlenges i ytterligere 52 uker. Når medlemmet har mottatt rehabiliteringspenger i seks måneder, skal trygdekontoret vurdere om yrkesrettet attføring bør prøves.*

*Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid, kan det gjøres unntak fra tidsbegrensningen i sjette ledd andre punktum.”*

Departementet har gitt forskrifter om i hvilke tilfeller stønadsperioden kan forlenges. Ifølge Forskrift om rehabiliteringspenger<sup>2</sup> kan det gis unntak fra hovedregelen om maksimalt 52 uker i følgende tilfeller (jf Forskriftenes § 9):

- a) ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid.
- b) for rusmiddelmisbrukere som oppholder seg eller er under ettervern i insitusjon som yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 bokstav a (1) nr 5.
- c) Ved andre sykdomstilstander når medlemmet etter 52 uker fortsatt er under et aktivt behandlings- eller rehabiliteringsopplegg som gir mulighet for bedring av arbeidsevnen. Vedlikeholdsbehandling, egentrening, mestringsiltak likestilles med aktiv behandling når det ikke finnes andre behandlings-tilbud og det er utsikt til bedring av arbeidsevnen på noe lengre sikt.  
Det skal foreligge en erklæring fra spesialist, med beskrivelse av behandlingsopplegg, egentrening m.v., prognose og mulig tidsangivelse for sannsynlig bedring av arbeidsevnen.
- d) i ventetid på behandling hos spesialist, ved sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon og det ikke framstår som hensiktsmessig å sette inn andre tiltak i venteperioden.
- e) Under aktivisering og arbeidstrening som nevnt i § 3 [vår anmerkning: § 3 omhandler aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiver som alternativ til aktiv medisinsk behandling.]

Som følge av henvendelser fra enkeltbrukere og medieoppslag om at medlemmer av folketrygden som fortsatt var for syke til å vende tilbake til

---

<sup>2</sup> F06.06.1997 nr 591 endret med ikrafttreden 1.1.04, og senere med ikrafttreden 1.7.04.



arbeidslivet eller gå over i yrkesrettet atferd, nå ikke lenger fikk rett til rehabiliteringspenger, ble nye instruksjoner om hvordan det nye regelverket skulle tolkes og praktiseres utarbeidet av Arbeids- og sosialdepartementet høsten 2004<sup>3</sup>. Rikstrygdeverket har utdypet praksisendringen i reviderte retningslinjer av 5.11.04 til fylkestyngdekontorene og FFU. Av sistnevnte skriv vises det blant annet til aktivitetskravet samt at trygdeetaten skal aktivt bidra til at brukeren kommer tilbake til arbeid:

”Det betyr at trygdekontoret må sørge for at brukeren blir fulgt tett opp, og oppfølgingen blir strukturert gjennom individuelle oppfølgingsplaner. Slike planer må ta utgangspunkt i en beskrivelse av brukerens ressurser og muligheter. I tillegg må planene være forpliktende både for bruker og for trygdekontor. Planen må inneholde tidspunkter for videre dialog, og tidsintervallene mellom samtalene må være tette nok til å gi en god og individuell oppfølging som skal hjelpe brukeren tilbake i arbeid.”

Det er også gitt instruksjoner om hvordan vilkåret om gjennomgått hensiktsmessig behandling (§12-5) skal tolkes. Videre vises det til at det vil alltid kunne oppstå ”hull” i regelverket som rammer noen urimelig:

”Dette vil gjelde personer som har brukt opp perioden med rehabiliteringspenger uten å ha fått noen særlig oppfølging verken av behandlingsapparatet eller trygdeetaten, men som nå er inne i et behandlingsopplegg med utsikt til friskmelding innen kort tid.... Årsaken til den lange stønadperioden kan være at tilstanden har vært såpass vanskelig å avklare at det ikke har vært mulig å tilby behandling eller oppfølging, eller at stønadsmottakeren uforskyldt har måttet tåle lange venteperioder. I slike tilfeller må det vurderes om rehabiliteringspenger kan gis etter unntaksbestemmelsenes bokstav a”.

Rikstrygdeverket understreker igjen at for disse tilfellene er det viktig at det lages en individuell oppfølgingsplan, slik at man sikrer god og tett oppfølging i stønadperioden.

Søknad om rehabiliteringspenger sendes til medlemmets lokale trygdekontor som vurderer om vilkårene for å motta rehabiliteringspenger er oppfylt. Legeerklæring må følge søknaden.

---

<sup>3</sup> Jf departementets skriv til Rikstrygdeverket av 20.10.04.

## 1.2 Om regelverksendringen

Rehabiliteringspenger skal som hovedregel gis for ett år, men kan ifølge unntaksbestemmelsene forlenges. Før 1.1.04 var det ingen tidsbegrensning knyttet til unntaksbestemmelsene, mens fra 1.1.04 er stønadperioden som det er mulig å motta rehabiliteringspenger for etter unntaksbestemmelsene strammet inn, jf Stortingets behandling av Innst. O. nr. 28 (2003-2004). Den nye hovedregelen knyttet til unntaksbestemmelsene tilsier en tidsbegrensning på 52 uker. Det vil si at det bare skal ytes rehabiliteringspenger sammenhengende i to år. Ved meget alvorlige sykdomstilstander eller større skader, hvor den medisinske behandlingen tar lengre tid, kan det fortsatt gis rehabiliteringspenger uten tidsbegrensning. Fra samme tidspunkt (1.1.04), er trygdeetaten pålagt å vurdere på et så tidlig tidspunkt som mulig i stønadperioden, om yrkesrettet attføring bør iverksettes.

Formålet med å innføre en tidsbegrensning i rehabiliteringspengeordningen var å motvirke uønsket passivisering hos mottakerne. Tanken bak reformen var at ved å stimulere til tidligere avklaring, ville mulighetene for et vellykket attføringsopplegg eller tilbakevending til arbeid, bedres. Det ble lagt til grunn at en sammenlagt stønadperiode på tre år (inklusive ett år med sykepenge), vil den helsemessige situasjoner i de fleste tilfeller være avklart. Videre var det lagt vekt på at aktiv oppfølging både i sykepenge- og rehabiliteringspengefasen er viktig i arbeidet med å få til en tidligst mulig tilbakeføring til arbeid.

Ved behandlingen av lovforslaget uttrykte et mindretall i sosialkomiteen bekymring for at en slik begrensning kunne føre til at for mange for tidlig overføres til yrkesrettet attføring med fare for å måtte falle tilbake på rehabilitering på grunn av sykdom, og for at en reduksjon av muligheten til å oppnå medisinsk rehabilitering etter unntaksbestemmelsene vill kunne føre til at flere mister ytelsen for tidlig og henvises til økonomisk sosialhjelp.

I forbindelse med Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2005 ble følgende vedtak fattet: ”Stortinget ber Regjeringen presentere et opplegg for evaluering av endringene i regelverket for rehabiliteringspenger i forbindelse med revidert Nasjonalbudsjett 2005”.

## 1.3 Arbeids- og sosialdepartementets bestilling

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) lyste ut en effektevaluering av innstramningen i tidsbegrensningen etter unntaksbestemmelsene i DOFFIN-databasen 9.5.05. ASD ønsket en todelt evaluering, hvor Rikstrykdeverket

(RTV) fikk ansvaret for den deskriptive delen, mens oppdraget med å evaluere hvilke effekter regelendringen har hatt for brukerne skulle utføres av et eksternt forskningsmiljø. Departementet ønsket at forskningsmiljøet skulle gjennomføre en utvalgsundersøkelse med saksgjennomgang og en brukerundersøkelse.

Departementet var i sin utlysning opptatt av blant annet følgende problemstillinger:

- Har tidsbegrensningen hatt betydning for hvorvidt brukerne er kommet tilbake i arbeid?
- Hvem har kommet tilbake i arbeid, og hvem har ikke?
- Hvilken oppfølging har de fått fra trygdeetaten?
- Har endringene ført til bedre oppfølgingsløp?
- For de som ikke er i arbeid etter perioden på rehabiliteringspenger, hva livnærer de seg av?
- Er det ulik praksis i trygdeetaten med hensyn til vurdering av regelverket (geografiske ulikheter og forskjeller mellom saksbehandlere/kontorer)?

#### 1.4 Evalueringsrapportens innhold

Dette er sluttrapporten fra evalueringen om regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen. I neste kapittel, **kapittel 2**, kommer vi nærmere inn på Agdermiljøets tolkning av utlysningen samt hvilke evalueringsdesign som er lagt til grunn for oppdraget. Vi tydeliggjør hvilke problemstillinger vi har spesielt fokusert på, samt hvilke tilnærmeringer vi har lagt til grunn for datainnsamlingen. Vi gir også en oversikt over datatilfanget og datakvaliteteten.

I det etterfølgende kapitlet, **kapittel 3**, går vi rett løs på hovedkonklusjonene relatert til hovedproblemstillingene. Målet er å gi leseren et raskt oversiktsbilde over de viktigste hovedfunnene. I dette kapitlet vil vi se om brukerne blir raskere avklart etter regelendringen, om vi finner en større jobbeffekt etter regelendringen, om flere har vært nødt til å ty til økonomisk sosialhjelp, og om tjenestetilbudet fra trygdeetaten har endret karakter. I de etterfølgende kapitler vil enkelte problemstillinger utdypes ytterligere.

I **kapittel 4** ser vi nærmere på trygdeetatens saksbehandling og tjenestetilbud hva gjelder rehabiliteringspenger. Hovedvekten av kapitlet er basert på intervjuer med saksbehandlere fra trygdekontorer og mappeinnsynet. Vi gir først et kort innblikk i sakbehandlingen knyttet til rehabiliteringspenger, etterfulgt av spørsmålet om regelverksendringen førte til endringer i

trygdekontorenes praksis. Vi viser også til at trygdeetaten er avhengig av en rekke andre aktører for å lykkes med å nå målene om at flere skal raskere tilbake til arbeid, og vi viser til samarbeidet med en rekke av de mest sentrale aktørene. Til slutt i dette kapitlet ser vi på hvordan brukerne oppfatter trygdeetatens saksbehandling på dette området.

I **kapittel 5** er det brukernes motivasjon til å komme tilbake i arbeid som står i fokus. Fra mange ulike hold understrekes betydningen av brukerens motivasjon for å gjennomføre en vellykket rehabilitering og for å komme tilbake til arbeid. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvor motiverte brukerne mener de i utgangspunktet var, hvor mange som opplevde en endring av sin motivasjon mens de mottok rehabiliteringspenger, og hva som gjorde at deres motivasjon ble endret. I tillegg vil vi se på om møtet med trygdeetaten har betydning for deres motivasjon for å komme tilbake i arbeid. Til slutt i dette kapitlet berører vi også spørsmålet om hvor viktig det er for mottakere av rehabiliteringspenger utover 52 uker – å jobbe.

En vellykket rehabiliteringsprosess beror nødvendigvis ikke bare på brukernes motivasjon og trygdeetatens oppfølging, alene. Det kan tenkes at behandlingstilbudet også har betydning. I **kapittel 6** ser vi nærmere på dette. Vi ser på hvor mange av brukerne som oppgir at de har mottatt et behandlingstilbud og om de har opplevd problemer med å gjennomføre det. Videre ser vi på om brukerne opplever en helsebedring som følge av behandlingsopplegget og om det de har gjennomført mens de mottok rehabiliteringspenger har gjort det mulig for dem å vende tilbake til arbeid eller søke nye jobber.

Avslutningsvis i **kapittel 7** søker vi å se på rehabiliteringsprosessen under ett. Selv om mye av fokus i evalueringen har vært trygdeetatens bidrag, må trygdeetaten samarbeide med en rekke andre aktører for å kunne lykkes. Dette har vi allerede vært inne på i kapittel 4, men vi kommer tilbake til det i lys av de øvrige kapitlene og i lys av den pågående NAV-reformen.

## 1.1 Om enkelte begreper

I denne rapporten er det enkelte begreper som går igjen og som kan ha ulik betydning i ulike fagmiljøer.

Med *rehabilitering* i denne rapporten mener vi medisinsk rehabilitering, jf kapittel 10 i Folketrygdløven.

Med *rehabiliteringsperioden* mener vi den tiden eller perioden som en person mottar rehabiliteringspenger.

Med *rehabiliteringsprosessen* mener vi det som skjedde (forløpet/handlingene) mens en person mottok rehabiliteringspenger.

Med *aktivitet* og *aktivisering*, spesielt i forhold til kapittel 3, mener vi handlinger som på kort eller lang sikt fører til større deltakelse i arbeidslivet. Begrepene er således ikke kun avgrenset til trygdeverden hvor det betyr overgang til graderte ytelser, aktiv sykemelding eller til yrkesrettet attføring.

Med begrepet *bedriftsintern rehabilitering* mener vi at rehabiliteringen foregår ved arbeidsplassen. Det korrekte uttrykket innen trygdeforvaltningen er "tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiver" (eller annen arbeidsgiver). Under arbeidstreningen mottar brukeren rehabiliteringspenger. Dette til forskjell fra bedriftsintern attføring som administreres av Aetat og hvor brukeren mottar attføringspenger under arbeidstreningen.

## 2 Problemstillinger, metode og datagrunnlaget

I forrige kapittel redegjorde vi for Arbeids- og sosialdepartementets utlysning. I det følgende skal vi se nærmere på hvordan Agdermiljøet har tolket oppdraget, hvilke problemstillinger som er vektlagt og hvilke metoder som er tatt i bruk. Avslutningsvis vil vi også redegjøre for datagrunnlaget som ligger til grunn for konklusjonene som trekkes i denne evalueringen.

### 2.1 Fire hovedproblemstillinger

I vår tolkning av evalueringsoppdraget er det spesielt fire problemstillinger vi vil framheve:

*Har flere fått en raskere avklaring etter regelverksendringen?*

*Har flere kommet tilbake i inntektsgivende arbeid etter regelverksendringen?*

*Har flere blitt stående uten inntektssikring etter rehabiliteringspengene opphørte?*

*Har mottakerne av rehabiliteringspenger fått et endret (les: bedre) tjenestetilbud fra trygdeetaten etter regelverksendringen?*

#### **Raskere avklaring og bedre jobbeffekt?**

Det er flere utfordringer knyttet til å måle om regelverksendringen har gitt raskere avklaring eller større jobbeffekt, sett fra et brukerperspektiv. For det første vil brukerne ikke ha forutsetninger til å vurdere og svare direkte på spørsmålene. For brukerne vil spørsmålene framstå som rent hypotetiske. For å løse dette kan vi ty til en mer indirekte måte å måle jobbeffekt på. Ved bruk av en surveyundersøkelse med en kontrollgruppe og en testgruppe, kan vi se om de to gruppene svarer ulikt før og etter regelverksendringen på en rekke ulike variabler. Kontrollgruppa kan bestå av et representativt utvalg av rehabiliteringsmottakere før regelendringen, mens testgruppa kan bestå av et representativt utvalg av rehabiliteringsmottakere etter regelendringen. Vi kan så måle om testgruppa skiller seg ut på en statistisk signifikant måte i forhold til kontrollgruppa langs en rekke variabler, blant annet hvor lenge de mottok rehabiliteringspenger, om de kom tilbake i inntektsgivende arbeid, og hva brukerne mener er av betydning for å komme tilbake i arbeid. Denne type før-og-etter måling er likevel beheftet med en del usikkerhet. Siden regelverksendringen ikke er foretatt innen et lukket system, men snarere

innen en verden hvor flere andre forhold endres samtidig, er det vanskelig å være klar på årsakssammenhenger. Parallelt med regelverksendringen ble blant annet tidsbegrenset uførestønnad innført fra 1.1.04 og det ble stilt krav til at yrkesrettet attføring skulle vurderes tidligere.

I denne evalueringen har vi valgt å supplere surveyundersøkelsen med innsyn i en rekke rehabiliteringssaker (mappeinnsyn) og intervjuer med sentrale aktører. Dette er gjort fordi en survey aldri vil kunne gå særlig dypt inn i problemkomplekset, slik vi kan med intervjuer og casestudier. Dybdeintervjuene med saksbehandlere og (tidligere) mottakere av rehabiliteringspenger vil således bidra til å gi en bredere forståelse av de mer komplekse sammenhenger og vurderinger som får betydning for brukernes adferd og muligheter til rehabilitering og reaktivisering til ordinært arbeid.

### **Har flere blitt stående uten inntektssikring etter rehabiliteringspengene opphørte?**

Dette er et type faktaspørsmål som det bør være relativt enkelt å måle. For å svare på dette spørsmålet har vi stort sett brukt intervjuene og dokumentinnsynet som hovedkilder. Siden alle kildene støtter opp om det samme bildet – og bildet er relativt entydig – har vi sett oss fornøyd med det. Vi kommer tilbake til hva vi fant i det neste kapitlet.

### **Endring i trygdeetatens tjenestetilbud?**

Spørsmålet om mottakerne av rehabiliteringspenger har fått et endret (les: bedre) tjenestetilbud fra trygdeetaten etter regelverksendringen, er imidlertid langt vanskeligere å svare på. Dels fordi det ikke er en entydig definisjon av hva tjenestetilbudet skal være: Er det tilgjengelighet til saksbehandler, er det saksbehandlers kompetanse, er det saksbehandlers evne til å lytte og sette seg inn i saken, er det de ”gode” rådene og veiledningen, er det saksbehandlingstiden? Og så videre i det nesten uendelige. I tillegg har vi ikke objektive kriterier å måle endring etter. Endringer i utøvelsen av tekniske ferdigheter kan være relativt enkelt å måle, mens anvendelsen av mer abstrakte ferdigheter (som for eksempel effektiv kommunikasjon, imøtekommenhet, bedret dialog med bruker), kan være mye vanskeligere å måle kvantitativt. Det siste måleproblemet vi kan nevne er knyttet til brukernes subjektive oppfatninger: Hva en bruker er svært godt fornøyd med, kan en annen være mindre tilfreds med. Hvem har så den ”riktige” oppfatningen? Begge selvsagt, ut fra deres egen kontekst og forståelsesramme.

Vi har valgt å søke å svare på problemstillingen ved først og fremst å bruke surveydata. I surveyen har vi tatt med en rekke ”fakta” spørsmål, for

eksempel om de har mottatt råd og veiledning fra trygdeetaten, om en oppfølgingsplan har blitt arbeidet, osv, og en del vurderingsspmål knyttet til trygdeetatens tjenester. Som ved problemstillingene knyttet til jobbeffekt, kan vi se om respondentene svarer ulikt før og etter regelverksendringen på en statistisk signifikant måte.

## 2.2 En evaluering med tre tilnærminger

I et forsøk på å overkomme noen av de metodiske utfordringene, kan en benytte metodetriangulering. Metodetriangulering vil si at man benytter ulike metoder for å studere det samme fenomenet (Patton 1990). Mens man kan fange opp mange informanter ved bruk av spørreskjemaer, kan intervjuer og dokumentinnsyn brukes til å kvalitetssikre at dataene fra spørreundersøkelsen er gode indikatorer på det en ønsker å måle. Denne fremgangsmåten vil styrke evalueringens validitet, det vil si at vi vil være i bedre stand til å si hvor relevante dataene er i forhold til problemstillingen i undersøkelsen.

Evalueringen som denne rapporten er en presentasjon av, er således basert på tre datakilder:

- Spørreundersøkelse blant brukere med kontroll- og testgruppe
- Saksgjennomgang – mappeinnsyn
- Intervjuer med sentrale aktører

Vi kan forsåvidt ta med en fjerde kilde, nemlig tilbakemeldingene vi fikk per telefon fra brukergruppen som mottok spørreundersøkelsen. Vi kommer tilbake til dette i 2.3.

Agdermiljøet kunne ikke ha gjennomført datainnsamlingen uten bistand fra Rikstrygdeverket. Som det vil bli klart i det følgende har RTV vært et viktig bindeledd mellom forskningsmiljøet og brukerne, samt har bistått med å trekke utvalg og forestå utsendinger. Evalueringen, med sine ulike metodiske datatilfang, er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, som har gitt sitt samtykke<sup>4</sup>.

Før vi tar for oss de enkelte datakildene i mer detalj, vil vi framheve at datakilden som ga oss det beste tilfanget av informasjon var innsynet i saksmappene! Dette understreker hvor viktig kvalitativ metode er som kilde.

---

<sup>4</sup> Jf NSDs skriv av 28.9.05 med prosjektnummer 13196, og skriv av 10.11.05 med prosjektnummer 13359.



Det er ikke bare et supplement til kvantitativ metode – men må også forstås som et korrektiv. Uten dette datatilfanget hadde vi kommet i skade for å tolke en del av datamaterialet fra surveyundersøkelsen på en alt for overfladisk – og i enkelte tilfeller – feilaktig måte.

### 2.3 Spørreundersøkelsen

For å se om regelendringen har hatt betydning for brukernes vurderinger og adferd, ønsket vi å gjennomføre en spørreundersøkelse blant brukerne hvor utvalget ble trukket fra to ulike tidsperioder. I realiteten kan vi snakke om to utvalg, hvor målet er å sammenligne brukernes svar på tvers av de to tidsperiodene. Undersøkelsens populasjon er mottakere av rehabiliteringspenger utover 52 uker (langtidsmottakere), det vil si om lag 40 % av alle dem som mottar rehabiliteringspenger (jf Arbeids- og sosialdepartementets konkurransegrunnlag av 19.5.05).

Det første utvalget – *kontrollutvalget* – skulle trekkes fra perioden før regelendringen. Det ble besluttet å trekke et utvalg blant rehabiliteringssaker som opphørte i løpet av november 2003 og hvor rehabiliteringspenger hadde blitt utbetalt i mer enn 52 uker. Det andre utvalget – *testutvalget* – skulle trekkes fra perioden etter regelendringen. Det ble besluttet at det skulle trekkes et utvalg blant rehabiliteringssaker som hadde gått over 52 uker i løpet av mai 2004. Tidsmessig vil det si at brukerne i testgruppa skal ha avsluttet sin rehabiliteringspengeperiode på maksimalt to år ved inngangen til juni 2005. Rikstrygdeverket skaffet populasjonstall for de to angitte populasjonene. For at utvalgene skal være representative innenfor et konfidensintervall på 5 %, trenger vi svar fra 287 personer fra kontrollutvalget og 273 personer fra testutvalget, det vil si totalt 560 respondenter.

Etter innspill fra referansegruppa ble det besluttet å stratifiserte utvalgene ut fra alder. Flere av referansegruppas medlemmer ga uttrykk for at alder kan ha betydning for brukernes egen motivasjon for å komme tilbake til arbeid, samt etatenes tjenestetilbud til brukerne. Det ble derfor besluttet å stratifisere de to utvalgene på to alderskategorier: Personer under 55 år, omtalt som de "unge", og personer 55 år og eldre, omtalt som de "eldre". Ut fra det samme resonnementet om konfidensintervall på 5 %, innebar dette at måltallene ble justert til 268 "unge" respondenter og 151 "eldre" respondenter i kontrollgruppen, og 251 "unge" respondenter og 139 "eldre" respondenter i testgruppen, totalt 809 respondenter, jf tabell 1.1.

Agdermiljøet har tidligere erfart at det er vanskelig å oppnå en god svarprosent ved bruk av postal enquête overfor sammenlignbare brukergrupper<sup>5</sup>. Dette er en erfaring som flere av meningsmålingsinstituttene også har gjort seg. Å få svar fra minst 809 personer som tidligere har mottatt rehabiliteringspenger ble ansett som en krevende og stor oppgave. Ikke bare fordi det er en brukergruppe som ofte har lav responsrate. I tillegg ber vi dem svare på spørsmål om forhold som de trolig har lagt bak seg. På grunn av forventet lav svarprosent (ned mot 30 %), ble det derfor besluttet å sende ut relativt mange skjema i håp om å nå måltallene.

Etter Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste hadde gitt sitt samtykke, bisto RTV med å trekke utvalgene og sende ut spørreskjemaene i begynnelsen av oktober 2005. Skjemaene ble nummerert slik at det ville være mulig å purre og det er kun RTV som har identifikasjonsnøkkelen. Skjemaene ble sendt i retur til Agderforskning.

Ved inngangen til november hadde vi mottatt 569 utfylte skjema, en svarprosent på 27,4 %. Dette var vi ikke fornøyd med. Siden det hadde oppstått forsinkelser i forhold til mappeinnsynet, benyttet vi anledningen til å purre. Vi sendte ikke ut nye spørreskjema, kun et purrebrev, men i brevet stilte vi oss til disposisjon til å hjelpe med å fylle ut skjemaet dersom det var et ønske om det. Vi tilbød oss også å sende dem nye skjema dersom skjemaet var forlagt eller kommet bort. Utsendelsen av purrebrevet avstedkom en telefonstorm. En del ringte for å si at de ikke ønsket å svare, men svært mange ringte for å få tilsendt nytt skjema eller for å få bistand til å fylle det ut.

Disse muntlige tilbakemeldingene var nyttige innspill i forhold til hvordan en del brukere opplevde skjemaet eller det å motta det. Et fåtall kunne ikke forstå hvorfor de hadde mottatt det – det måtte være en feil – enkelte andre var irriterte, nær sagt sinte – for at vi ikke lot dem være i fred. Vi sendte ut om lag 50 skjemaer til personer som hadde forlagt dem eller kastet dem i første omgang, og vi hjalp om lag 40 personer med å fylle ut skjemaet over telefonen. Sistnevnte var svært nyttig fordi de resonerte høyt og det ga oss et viktig innblikk i hvordan de tenkte rundt hvert spørsmål. Flere ganger fikk vi aha-opplevelser, andre ganger en illustrasjon på hvor lite egnet skjemaet var for visse grupper, og hvordan skjemaet er preget av den ”friske referanserammen”. Dette kom tydeligst fram i spørsmål 24 hvor vi var ute

---

<sup>5</sup> Agdermiljøet har benyttet postal enquête overfor brukere som avsluttet yrkesrettet atføring. Selv med betydelige svarpremier oppnådde vi kun en svarprosent på 31,3 (Olsen m.fl. 2003). I brukerundersøkelsen blant uføre som var i kontakt med prosjektet *Uføre tilbake til arbeid*, oppnådde vi en svarprosent på 46 (Olsen 2004).

etter å kartlegge brukernes interesse for/motivasjon til å jobbe mer generelt. Utsagnene som ”Selv om jeg vant store pengesummer ville jeg ha et ønske om å arbeide”, ”Det å ha en jobb er svært viktig for meg”, og ”Selv om min trygdeutbetaling oversteg min lønnsinntekt, ville jeg likevel foretrekke å være i arbeid” ble opplevd som et hån mot syke mennesker. Som flere påpekte, man har ikke et reelt valg når helsa svikter. Det er ikke kun et spørsmål om vilje eller interesse – men først og fremst om helsesvikt. Vi fikk også en del tilbakemeldinger på at skjemaet var egentlig tenkt ut fra en som gikk 100 % på rehabiliteringspenger, ikke folk som jobbet noe ved siden av hele tiden. Disse telefonsamtalene og kommentarene kan derfor sies å utgjøre en fjerde datakilde.

### Datagrunnlaget

Etter purrerunden fikk vi inn totalt 807 utfylte skjema, en svarprosent på 39. Uten stratifisering har vi klart mottatt tilstrekkelige svar fra kontrollgruppen og testgruppen, jf tabell 1.1. I fire tilfeller har vi ikke greid å identifisere skjemaene i forhold til hovedgruppe (kontrollgruppe/testgruppe) fordi løpenummeret på skjemaet har blitt fjernet. Disse skjemaene vil derfor i liten grad være til nytte i analysene.

Tabell 1.1 Kontrollgruppe og testgruppe

Utvalg	Pop.	Netto- utvalg ved 5 % konf.- intervall	Svar- prosent med 5 % konf.- intervall	Mottatte svar	Svar- prosent	Konf.- intervall*
Kontrollgruppe (før endring)	1133	287	25,3	402	35,5	3,93
Testgruppe (etter endring)	937	273	29,1	401	42,8	3,7
Ukjent	-			4	-	
Totalt	2070	560	27,0	807	38,98	

\* Utregnet ut fra en ”worst case” scenarie, dvs at svarene fordeler seg jevnt på alle svarkategoriene.

Når vi stratifiserer i forhold til de to omtalte aldersgruppene øker kravet til antall svar totalt sett. Ikke bare øker måltallet, svarene må også fordele seg ”riktig” på de fire utvalgsgruppene. Det manglet kun to svarskjemaer til å nå det totale antallet, men fordelingen innen de fire utvalgsgruppene var noe ujevn (for få svar fra de eldste gruppene). Av tabell 1.2 ser vi at vi har gode data for de ”unge”, mens konfidensintervallet for de to eldste gruppene ligger på henholdsvis 6,3 og 6,88. Det vil igjen si at det er noe større usikkerhet knyttet til svarene som er gitt fra disse gruppene, spesielt i tilfeller der svarene ikke er entydige.

Tabell 1.2 Kontrollgruppe og testgruppe stratifisert på alder

Utvalg	Pop.	Netto- utvalg ved 5 % konf.- intervall	Svar- prosent med 5 % konf.- intervall	Mottatte svar	Svar- prosent	Konf.- intervall*
Kontrollgruppe (under 55 år)	884	268	30,3	290	32,8	4,72
Kontrollgruppe (55 år +)	249	151	60,6	112	45,0	6,88
Testgruppe (under 55 år)	719	251	34,9	286	39,8	4,5
Testgruppe (55 år +)	218	139	63,8	115	52,7	6,3
Ukjent	-			4		
<b>Totalt</b>	<b>2070</b>	<b>809</b>		<b>807</b>	<b>38,98</b>	

\* Utreignet ut fra en "worst case" scenarie, dvs at svarene fordeler seg jevnt på alle svarkategoriene.

Totalt sett er dataene rimelige sikre, med unntak for de eldste respondentene når vi stratifiserer. Hvovidt deres svar er representative avhenger i stor grad av om svarene er entydige eller ikke.

### Hvor representative er respondentene relativt til populasjonen?

RTV har levert bakgrunnsdata vedrørende populasjonen slik at vi kan se om respondentene er representative mht kjønn og alder. Menn er noe underrepresentert i både kontrollgruppen og testgruppen med henholdsvis 4,6 og 2,9 prosentpoeng. Vi anser ikke dette avviket å være stort og regner dersom med at de to utvalgene er representative mht kjønn.

Tabell 1.3 Kjønn. Antall og andel

	Populasjonen*				Utvalget			
	Kontrollgruppen		Testgruppen		Kontrollgruppen		Testgruppen	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Kvinner	742	61,6	594	60,9	264	65,7	255	65,7
Menn	462	38,4	382	39,1	136	33,8	145	33,8
Ukjent	-	-		-	2	0,5	1	0,5
<b>Totalt</b>	<b>1204</b>	<b>100,0</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>	<b>402</b>	<b>100,0</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

\* Populasjonstallene er ikke korrigert for frafall som følge av død, utflytting og retur fra posten/ukjent adressat slik populasjonstallene i tabell 1.1 og 1.2 er.

Når det gjelder aldersfordelingen ser vi av tabell 1.4 at det største avviket mellom populasjonen og respondentene finner vi for aldersgruppen 25-34 år, med et avvik på 5,6 prosentpoeng for kontrollgruppen. Det er respondentene fra 45 år og over som har vært "flinkest" til å svare, mens de yngre er noe underrepresentert. Totalt sett mener vi imidlertid at aldersfordelingen er tilfredsstillende.

Tabell 1.4 Alder. Antall og andel.

	Populasjonen*				Utvalget			
	Kontrollgruppen		Testgruppen		Kontrollgruppen		Testgruppen	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Under 25 år	22	1,8	33	3,4	8	2,0	9	2,2
25-34 år	158	13,1	122	12,5	30	7,5	31	7,7
35-44 år	324	26,9	270	27,7	98	24,4	99	24,7
45-55 år	361	30,0	301	30,8	129	32,1	136	33,9
55 år +	339	28,1	250	25,6	136	33,8	123	30,7
Ukjent	-	-	-	-	1	0,2	3	0,7
Totalt	1204	99,9	976	100,0	402	100,0	401	99,9

\* Populasjonstallene er ikke korrigert for frafall som følge av død, utflytting og retur fra posten/ukjent adressat slik populasjonstallene i tabell 1.1 og 1.2 er.

Vi har også mottatt populasjonsdata vedrørende diagnose fra RTV. Våre data avviker imidlertid noe fra RTVs og vi finner det uriktig å sammenligne datasettene. Våre data er selvrapport diagnose og spørsmålet lød: *"Hvilken sykdom/lidelse var utslagsgivende for at du begynte på rehabilitering?"* Vi benyttet samme svarkategorier som RTV benytter, men svært mange av respondentene krysset av på mer enn et alternativ. Ved punching ble disse svarene kodet som *"Sammensatt sykdom"*. I vårt utvalg ble det registrert 87 tilfeller av sammensatt sykdom blant kontrollgruppen, og 104 tilfeller blant testgruppen, noe som utgjør 20 prosentpoeng mer enn RTVs data for begge utvalgene. Når flere alternativer var krysset av samtidig, var det svært ofte kombinasjonen mental lidelse og muskel- og skjelettsykdom, etterfulgt av mental lidelse pluss en eller flere andre sykdommer/lidelser.

### Et krevende skjema

En av fem (165 personer) benyttet anledningen til å skrive kommentarer i selve spørreskjemaet. Enkelte ga tilbakemelding på at skjemaet ikke passet for dem. Dette var især de kronisk syke med helt spesielle forløp (mange operasjoner m.m.), deltidsansatte og selvstendig næringsdrivende:

*"Dette skjemaet retter seg mot personer som ikke jobbet under rehabiliteringsprosessen, så jeg føler jeg gir feil svar på en del spørsmål"*.

Andre pekte på at spørsmålene var vanskelige å svare på. Hovedsakelig er dette på grunn av at det er lenge siden de var på rehabilitering og av den grunn husker lite, også at det har vært mye fram og tilbake mellom ulike ordninger, og/eller at de av helsemessige årsaker husker dårlig (spesielt for dem med psykiske lidelser). Noen synes at det generelt var vanskelige spørsmål.

Når det gjelder enkelte spørsmål eller tema som var vanskelig å svare på, er det først og fremst spørsmålene om når og hvor lenge de mottok rehabiliteringspenger som voldt respondentene mest bry. Det var så mange som ikke hadde fylt ut disse spørsmålene, at disse data ble hentet fra RTV via løpenumrene. Dette er de eneste data som er blitt lagt på av forskningsmiljøet.

I tillegg er det en del undergrupper (selvstendige næringsdrivende, oppsagte, personer under utdanning) som synes at spørsmålene vedrørende kontakt med arbeidsgiver blir lite relevante for dem.

Det mest kontroversielle i skjemaet synes imidlertid å være spørsmålene vedrørende deres interesse for å jobbe mer generelt, jf over. Her har vi nok irritert en del. Tilbakemeldingene går på at det ikke et spørsmål om interesse eller motivasjon – men hvorvidt helsa holder/tillater dem å jobbe eller ikke – og at vi gjennom å stille slike spørsmål nærmest demonstrerer vår utvitenhet.

I tillegg til kommentarer om selve skjemat og undersøkelsen, er det også mange som har gitt kommentarer vedrørende trygdeetaten og/eller Aetat, og selve rehabiliteringsordningen og omfanget av den økonomiske støtten. Svært få hadde kommentarer som berørte arbeidsgiver. Disse øvrige kommentarene vil vi innarbeide der tematikken tas opp.

## 2.4 Mappedinnsynet

I utgangspunktet ønsket departementet at vi skulle se nærmere på 60 mapper (les: saker). Siden departementet også ønsket å vite noe om det var variasjoner i saksbehandlingspraksis mellom trygdekontor, valgte vi en fremgangsmåte ved seleksjon av mapper som ville ivareta sistnevnte problemstilling. Mappene skulle således velges fra trygdekontor med ulik profil mht omfang av innvilgede rehabiliteringssaker utover 52 uker relativt til arbeidsstyrken. Ved hjelp av data fra RTV over antall rehabiliteringssaker på kommunenivå, koblet mot data over arbeidsstyrken på kommunenivå, kunne vi identifisere hvilke kommuner som hadde *flest* innvilgede søknader om rehabiliteringspenger utover 52 uker relativt til arbeidsstyrken, hvilke som lå rundt *landsgjennomsnittet*, og hvilke som hadde *færrest*. Ved hjelp av RTV og fylkestrygdekontorene (FTK) ble tre trygdekontor tilskrevet med forespørsel om å delta i evalueringen. Et av trygdekontorene ønsket ikke å delta, og neste på lista ble så tilskrevet. Høsten 2005 hadde vi så innhentet samtykke fra tre trygdekontor med ulike profil.

Ved hvert av trygdekontorene var det ønskelig å se på ti saker som hadde gått over på unntaksbestemmelsene like etter regelverksendringen (fra januar 2004) og ti saker etter nye instruksjoner var gitt (senhøsten 2004). Det vil si 20 saker fra hvert trygdekontor, til sammen 60 saker.

I utgangspunktet hadde vi tenkt at trygdekontorets saksbehandlere kunne velge ut mappene etter nærmere instruksjoner fra forskergruppen. RTV hadde imidlertid innvendinger mot dette og stilte krav om informert samtykke fra brukerne. Forskergruppen var redd for at man ikke ville nå måltallet dersom det skulle innhentes et informert samtykke, samt at det ville forsinke evalueringen. Etter en avklaringsrunde mellom RTV og departementet ble det klart at kravet om informert samtykke måtte imøtekommes.

Neste utfordring var å finne fram til de ”riktige” mappene, slik at brukerne kunne forespørres. De lokale trygdekontorene hadde ikke et arkivsystem som tillot at en kunne plukke ut mapper etter de kriteriene vi ønsket. RTV bisto så med å produsere lister over aktuelle kandidater, som de lokale trygdekontorene fikk i oppgave å gå gjennom og sortere i forhold til personer som hadde gått over på rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelsene, eller som hadde fått avslag på rehabiliteringspenger etter hovedregelen. Da de sorterte listene forelå, ble så brukerne tilskrevet av RTV. De som ønsket å gi sitt samtykke, kunne så henvende seg direkte til forskningsmiljøet på Agder. Navnelistene var først klare like opp under jul, og det ble besluttet at forespørslene skulle sendes ut like over nyttår.

I første omgang mottok vi ikke mange nok samtykker, og vi måtte purre. Først i uke 5 (2006) forelå det et tilstrekkelig antall til å forsvare feltarbeidet. Da vi tok kontakt med trygdekontorene om hvilke mapper vi hadde fått innsyn i, viste det seg at mappene var mer omfangsrike enn vi hadde først blitt forespeilet. Ved to av trygdekontorene hadde de ikke ressurser til å kopiere mappene, og vi ble enige om å se på dem ved trygdekontorets lokaler.

Totalt mottok vi 34 samtykker til mappeinnsyn: 15 samtykker fra trygdekontoret med *flest* saker etter unntaksbestemmelsene, 12 samtykker fra trygdekontoret som lå nærmest *landsgjennomsnittet*, og sju samtykker for trygdekontoret med *færrest* saker etter unntaksbestemmelsen.

### **Om feltarbeidet og mappeinnsynet**

Feltarbeidet ble gjennomført i uke 6 og 7 (2006). Forskergruppen besto av tre personer, og vi tok ansvar for hvert vårt trygdekontor med tilhørende mapper. Feltarbeidet strakk seg fra tre til fire dager, avhengig av omfanget.

Feltarbeidet var intenst med mappelesing og påfølgende intervjuer innenfor et relativt stramt tidsskjema. Mappene var, som tidligere antydte, mer omfangsrige enn vi var forespeilet ved prosjektoppstart. De aller fleste mappene inneholdt i overkant av 60-70 dokumenter vedrørende rehabiliteringspenger alene, med noen få unntak med om lag 20-30 dokumenter. Mappene var ikke bare omfangsrike, men også innholdsrike. Det lå stor datarikdom i mappene. Mappene inneholdt selvsagt den opprinnelige søknaden om rehabiliteringspenger, alle vedtaksbrevene vedrørende rehabiliteringspenger (ikke uvanlig med minst ti vedtaksbrev i en sak), alle legeerklæringene, all korrespondanse mellom trygdekontoret og rådgivende lege, spesialistlege og/eller fastlegen, interne notater om telefonsamtaler med bruker eller andre involverte, referat fra møter/samtaler med bruker, korrespondansen med Aetat, m.m.

Det var fullt mulig å rekonstruere svært mye av prosessen fra selve saksmappen og innsynet i saksmappene ble regnet som det mest fruktbare av samtlige tre forskere involvert i evalueringen.

## **2.5 Intervjuer med saksbehandlere og brukere**

I utgangspunktet hadde vi tenkt å intervju 20 (tidligere) mottakere av rehabiliteringspenger, fordelt på de tre trygdekontorene, men med flest på det ”store” trygdekontoret og færrest på det ”lille”. Videre hadde vi tenkt å fordele brukerintervjuene på 12 brukere som hadde gått fra rehabilitering til en mer aktiv tilværelse (arbeid, yrkesrettet attføring), og åtte brukere som har gått over til en mer passiv tilværelse (tidsbegrenset eller varig uførestønad). I tillegg til brukerintervjuene skulle vi intervju deres aktuelle saksbehandlere. Slik sett ville vi få belyst 20 saker fra tre perspektiv: Saksmappen, brukerintervjuet og saksbehandlerintervjuet.

Som det har kommet fram i 2.4 ble vi nødt til å endre framgangsmåten noe på grunn av kravet om informert samtykke. Dette medførte igjen en tidsforskyvning som også fikk ringvirkninger i forhold til valg av brukerinformanter for intervjuene. Da feltarbeidet skulle planlegges hadde vi ikke fått samtykke fra så mange som vi først hadde planlagt med og vi hadde ikke fått innsyn i mappene ved to av trygdekontorene (dette skjedde først under selve feltarbeidet). Dette førte igjen til at vi så oss nødt til å ”booke” opp intervjuer med dem som hadde gitt sitt samtykke og som hadde anledning til å møte oss. Brukerintervjuene ble gjennomført like etter gjennomgang av mappene.



Totalt ble 16 mottakere av rehabiliteringspenger intervjuet og åtte saksbehandlere. Fire av brukerintervjuene falt bort under feltarbeidet pga uventet sykdom. Til sammen 21 saker ble omhandlet av intervjuene, enten av begge parter, eller kun en. Vi hadde utarbeidet halvstrukturerte intervjuguider for både brukerne og saksbehandlerne. I praksis ble brukerintervjuene primært brukt til å utfylle dataene fra mappene, samt å gi brukerne anledning til å gi sine vurderinger av rehabiliteringsprosessen og saksbehandlingen. I saksbehandlerguiden hadde vi også tatt med en del generelle spørsmål om rehabiliteringspengeordningen og regelverksendringen, i tillegg til konkrete spørsmål om de enkelte sakene.

Saksbehandlerintervjuene ble gjennomført ved trygdekontorene, mens intervjuene med brukerne ble foretatt både hjemme hos dem og ved trygdekontoret. Vi opplevde å bli møtt med stor grad av imøtekommenhet, både av de ansatte ved trygdekontoret og av brukerne. Intervjuene med brukerne tok stort sett om lag en time, mens noe mer tid gikk til saksbehandlerne. Vi opplevde en relativt stor bredde blant brukerinformantene. Vi har intervjuet både unge og eldre, men riktignok flest kvinner. I utvalget vårt har vi flere saker hvor bruker har mottatt rehabiliteringspenger i over fem år, vi har tilfeller som bare har "sklidd" over 52 ukers grensa av mer administrative grunner, vi har saker som ikke har funnet en løsning ennå, og vi har noen få solskinnshistorier. Riktignok var relativt få tilbake i ordinært arbeid. Det er svært mange ulike diagnosegrupper i utvalget vårt. Vi har flere brukere med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatri), brukere med diffuse lidelser, og brukere med klare diagnoser men som ikke ønsker å gi opp håpet om å komme tilbake til arbeid.

Det er ingen presise retningslinjer for hvor store utvalgene i kvalitative studier skal være. Det er de finansielle og tidsmessige rammene som ofte setter en grense for hvor omfattende datainnsamlingen kan bli. I en ideell verden er det mer riktig å avslutte datainnsamlingen når man synes å oppnå lite ny informasjon for hvert nytt intervju, observasjon eller lignende (Thagaard 1998). Vi kan ikke si å ha nådd et metningspunkt i forhold til brukerintervjuene, mens vi opplevde relativt like historier fra saksbehandlerne, men riktignok med et vist innslag av variasjon mellom trygdekontorene. Hver historie til brukerne er unik. Når det er sagt, var det likevel en del felles erfaringer mht møte med trygdeetaten og behandlingstilbudet. Dette er spørsmål vi kommer tilbake til i de senere kapitler.

## **2.6 Oppsummering**

Totalt sett vil vi si at vi har gjennomført et vellykket feltarbeid. Som nevnt ga mappesynet langt større uttelling datamessig enn det vi først antok, men det krevde også mer tid og ressurser fordi mappene var så omfangsrike. Vi opplever også at vi har relativt gode data fra surveyundersøkelsen, selv om tilbakemeldinger fra brukerne er at ikke alle spørsmålene treffer like godt. Det siste har vi forsøkt å ta høyde for i de etterfølgende analysene.

### 3 Hovedkonklusjonene

Vi går rett på sak i dette kapitlet og ser på de fire overordnede problemstillingene som er omtalt i kapittel 2, nemlig om flere er *raskere* avklart etter regelverksendringen, om det er en større *jobbeffekt* etter regelverksendringen, om flere har vært nødt til å søke om *økonomisk sosialhjelp* fordi de ble stående uten inntektssikring etter regelverksendringen, og om mottakerne av rehabiliteringspenger har fått et endret *tjenestetilbud* etter regelverksendringen.

Som nevnt i kapittel 2 er det brukt flere datakilder for å svare på ovennevnte problemstillinger. Det er spørreundersøkelsen som er hovedkilden i forhold til de to første problemstillingene, mens det er mappeinnsynet og intervjuene som er hovedkilden til de to siste. Hovedbildet er at det er stor grad av sammenfall mellom datakildene, og vi vil trekke på mer enn en datakilde der det er relevant. Siden vi vil søke å fatte oss i korthet i dette kapitlet, vil vi utdype trygdeetatens tjenestetilbud med hensyn til rehabiliteringspengeordningen i neste kapittel. I neste kapittel vil vi også gi en beskrivelse av den kontekst og kultur som etaten opererer innen og hvilken betydning dette synes å ha hatt for tidsbegrensningens effekter på disse spørsmål.

Som også nevnt i kapittel 2 er datamaterialet stratifisert på alder. Respondentene i surveyen som er under 55 år er definert som ”unge”, mens respondentene som er 55 år eller eldre er her definert som ”eldre”. I presentasjonen som nå følger vil vi opprettholde dette skillet.

#### 3.1 Raskere avklaring?

Departementet er opptatt av spørsmålet om mottakere av rehabiliteringspenger er raskere avklart etter regelverksendringen, relativt til før. Med *avklart* menes i denne forbindelse at man ikke lengre mottar rehabiliteringspenger. Brukeren kan da enten ha gått tilbake til arbeid, over til yrkesrettet attføring, over til tidsbegrenset eller varig uførestønad, eller blitt alderspensjonist. En indikator på hvor raskt man avklares på, er varigheten på rehabiliteringspenger.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål om start og sluttidspunkter for mottak av rehabiliteringspenger, samt hvor lenge de mottok denne stønaden totalt sett. Disse spørsmålene var imidlertid klart dårligst besvart. Mange benyttet kommentarspalten til å beklage at de ikke husket når og hvor lenge. Det var også disse spørsmålene som voldt hodebry for mange av telefoninnringerne. På grunn av svært dårlig

Av tabell 3.1 ser vi at en større andel av de "unge" avklares noe senere etter regelverksendringen, relativt til før. Det vil si flere "unge" går lengre på rehabiliteringspenger etter tidsbegrensningen trådte i kraft, enn før. En mulig forklaring på dette kan være at etter 1.1.04 avklares langt flere før de kommer over på unntaksbestemmelsene, slik at de som går over på unntaksbestemmelsene nå er de "tyngste" av de "tunge" sakene. Denne forklaringen bekreftes ikke av saksbehandlerne vi intervjuet i februar 2006. De viser til at praksis er mer eller mindre lik med hensyn til det første og tildels andre året på rehabiliteringspenger. Bildet som saksbehandlerne ved våre tre trygdekontor tegner er at trygdeetaten i noe større grad "holder igjen" de "unge" på rehabiliteringspenger lenger nå enn før. Dette fordi tidligere erfaringer tilsa at de fikk brukerne relativt raskt tilbake fra Aetat dersom de ikke var "friske nok". Siden saksbehandlerne har et ønske om at brukerne i større grad skal ha en reell sjanse til å lykkes med yrkesrettet attføring, må overgangen til Aetat utsettes noe. Mappedinnsynet og brukerintervjuene bekrefter at overgangen fra medisinsk til yrkesrettet attføring ikke er uten problemer. En annen faktor kan også spille inn her: Saksbehandlerne uttrykker også bekymring over å sende "unge" over til tidsbegrenset uførestønad. Dette fordi brukerne vil få mindre tett oppfølging fra trygdekontoret og aktivitetskravet vil bli redusert. Dette vil gjøre veien tilbake til aktivisering og mulig gjeninntredelse i arbeidslivet enda lengre. Hvis "unge" holdes lengre på rehabilitering er de ett skritt nærmere aktivisering enn det de er på tidsbegrenset uførestønad. Disse to sett med argumenter kan bidra til å forklare hvorfor en større andel "unge" avklares noe senere nå, relativt til før.

Det kan imidlertid tenkes at våre "etter"-data er en konsekvens av "den store oppryddingen" da de nye reglene trådte i kraft. Utvelgelseskriteriet for våre "etter"-informanter er at de hadde mottatt rehabiliteringspenger i minst 52 uker per mai 2004. De første tre månedene i 2004 var preget av overgangsbestemmelsene, mens det store fallet i antall mottakere av rehabiliteringspenger kom etter første kvartal 2004 (RTV 2005 side 13). I mai 2004 var svært mye av "oppryddingen" gjort, og det er derfor rimelig å anta at personene som fortsatt mottok rehabiliteringspenger utover 52 uker var de mest krevende sakene, enten medisinsk eller trygdefaglig. Dataene fra RTV viser for øvrig at andelen som mottar rehabiliteringspenger etter

---

datakvalitet i forhold til rehabiliteringspengenes varighet, valgte vi å koble på data fra Rikstrygdeverket ved hjelp av skjemaenes løpenummer. Dataene skal i så henseende være rimelig sikre så fremt dataene i Rikstrygdeverkets register er pålitelige.

unntaksbestemmelsene hadde en nedgang i 2004 relativt til året før, men at andelen har økt igjen i 2005, og la seg på samme nivå i 2005 som i 2003 (side 20). Dette tilskrives en noe lavere tilgang av nye stønadsmottakere i deler av 2004 og fram til analysetidspunktet i 2005. Videre vises til det at økningen i antallet med unntak kan også være et resultat av praksisjusteringene i november 2004, som innebar en viss utvidelse av unntaksbestemmelsene. Tallene fra RTV skiller ikke mellom "unge" og "eldre" slik vi har gjort. Det sies derfor ikke noe om disse to gruppene har den samme utviklingen, eller har ulike utviklingsbaner.

Tabell 3.1 Hvor lenge respondentene har mottatt rehabiliteringspenger utover 52 uker. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Inntil 6 måneder utover 52 uker	95	32,7	82	28,7	48	42,9	45	39,1
0,5 - 1 år utover 52 uker	100	34,5	77	26,9	32	28,6	37	32,2
1 - 1,5 år utover 52 uker	30	10,3	100	35,0	12	10,7	24	20,9
1,5 - 2 år utover 52 uker	17	5,8	16	5,6	5	4,5	6	5,2
2 - 2,5 år utover 52 uker	11	3,8	3	1,0	4	3,6	-	-
2,5 - 3 år utover 52 uker	10	3,4	-	-	2	1,8	-	-
3 - 3,5 år utover 52 uker	7	2,4	-	-	-	-	-	-
3,5 - 4 år utover 52 uker	1	0,3	-	-	-	-	-	-
4 år eller mer utover 52 uker	2	0,7	-	-	2	1,8	-	-
Ukjent	17	5,9	8	2,8	7	6,3	3	2,6
N/Totalt	290	99,8	286	100,0	112	100,2	115	100,0

Merknad: Vi mangler data fra 25 "unge" og ti "eldre" fordi løpenummeret for dem har blitt fjernet.

Dersom vi ser på de "eldre" i vårt datamateriale, ser vi at de "eldre" skiller seg ut fra de "unge". Det er ikke vesentlige forskjeller i forhold til avklaring i løpet av de to første årene før og etter tidsbegrensningen. Forskjellene blir større når vi går inn i det tredje året på rehabiliteringspenger. En større andel kommer til avklaring i løpet av de seks første månedene over to år etter regelendringen relativt til før, henholdsvis 20,9 % mot 10,7 %.

Det er også klart fra mappeinnsynet og intervjuene med saksbehandlere at alder har betydning for trygdeetatens saksbehandling. I forhold til den eldste gruppen lempes trygdeetaten raskere på attføringskravet, og er mer tilbøyelig til raskere å vurdere varig uførepensjon.

### Opplever brukerne at de fikk nok tid til medisinsk rehabilitering?

I spørreundersøkelsen er det tatt med to spørsmål som berører spørsmålet om brukerne opplevde at de fikk nok til deres medisinske rehabilitering. I det første spørsmålet ble respondentene bedt om å ta stilling til utsagnet: *Jeg fikk*

for liten tid med rehabiliteringspenger. Respondentene kunne angi hvor enige eller uenige de var i dette utsagnet. Svarene er gitt i tabell 3.2. En litt høyere andel svarer at de fikk for liten tid med rehabiliteringspenger etter regelendringen enn før regelendringen, men forskjellen for de to aldersgruppene er ikke statistisk signifikant på 0,05 nivå. Andelen som gir uttrykk for at de fikk for liten med rehabiliteringspenger ligger mellom 10-25 % for de ulike gruppene.

Tabell 3.2 I hvilken grad er du enig i følgende utsagn: *Jeg fikk for liten tid med rehabiliteringspenger.* Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	34	11,7	46	16,1	7	6,3	12	10,4
Nokså enig	24	8,3	27	9,4	5	4,5	12	10,4
Verken/eller	71	24,5	69	24,1	23	20,5	26	22,6
Nokså uenig	52	17,9	35	12,2	19	17,0	11	9,6
Svært uenig	68	23,4	70	24,5	34	30,4	32	27,8
Ukjent	41	14,1	39	13,6	24	21,4	22	19,1
N/Totalt	290	99,9	286	99,9	112	100,0	115	100,0
Gj.snittsverdi*	2,61		2,77		2,23		2,58	
Standardavvik	1,343		1,445		1,248		1,409	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

Det andre spørsmålet om samme tema, lød *Totalt sett hvor fornøyd er du med tiden du fikk til rådighet for rehabilitering?* Svarene er gitt i tabell 3.3. Totalt sett er brukerne mer fornøyd enn misfornøyd med tiden de fikk til rådighet for rehabilitering etter reformen. De "eldre" er noe mer fornøyd enn de "unge". De "unge" brukerne er noe mindre fornøyd med tiden de fikk til rådighet etter regelendringen, sammenlignet med før, men forskjellen er ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå. De "eldre" er noe mer fornøyd etter regelendringen.

Tabell 3.3 Totalt sett hvor fornøyd er du med tiden du fikk til rådighet for rehabilitering? Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
+ 3 Svært godt fornøyd	66	22,8	56	19,6	18	16,1	21	18,3
+ 2	48	16,6	41	14,3	20	17,9	27	23,5
+ 1	37	12,8	25	8,7	19	17,0	15	13,0
0 Både og	75	25,9	71	24,8	34	30,4	26	22,6
- 1	13	4,5	23	8,0	6	5,4	6	5,2
- 2	11	3,8	21	7,3	3	2,7	2	1,7
- 3 Svært lite fornøyd	23	7,9	32	11,2	5	4,5	6	5,2
Ukjent	17	5,9	17	5,9	7	6,3	12	12
N/Totalt	290	100,2	286	99,8	112	100,0	115	100,0
Gj.snittsverdi (mean)	1,83		1,42		1,82		2,01	
Standardavvik	1,817		1,970		1,561		1,642	

Som vi nettopp har sett har de "unge" fått samlet sett mer tid til disposisjon, men noen flere er mindre fornøyd med tiden de fikk til rådighet. Dette kan trolig forklares med at "etter"-sakene er blitt tyngre og derfor har behov for mer tid - eller at brukerne opplever mer "mas" om tiden og derfor opplever mindre ro omkring sin rehabilitering. I brukerintervjuene og kommentarspalten til spørreundersøkelsen er det sistnevnte forklaring som trekkes fram oftest. I brukerintervjuene var de fleste brukerne fornøyd med tiden de hadde fått til rådighet. Enkelte følte seg presset på atføring mot sin vilje, andre syntes ikke de fikk nok ro. Som en av brukerne sa det:

*"Reglene og skjemaene styrer det som blir gjort - det har ikke noe å si hvordan personen er. De kunne ha gitt meg mer ro".*

### **Oppsummering**

Våre data indikerer at avklaringen kommer noe senere for en større andel "unge" etter regelendringen enn før. Dette er en utvikling som går i motsatt retning i forhold til reformens mål. Ifølge våre data er det mye som tyder på at trykdeatens saksbehandlere mener at en del "unge" har bedre av å gå noe lengre på rehabiliteringspenger enn det reformen legger opp til. Dette for å sikre at overgangen til Aetat og yrkesrettet atføring ikke blir en nedtur og/eller for å sikre at brukerne ikke passifiseres ved overgang til tidsbegrenset uførestønad.

For begge gruppene er det en noe større andel etter tidsbegrensningen som mener de fikk for liten tid på rehabiliteringspenger relativt til før, men forskjellen er ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå. Sett i lys av at en større andel "unge" faktisk har fått mer tid til disposisjon er dette uventet. Forklaringen kan ligge i at det er større oppmerksomhet om tidsbegrensningen og at det "stresser" en del brukere. Flere melder gjennom brukerintervjuene og kommentarspalten til spørreundersøkelsen at de ikke får tilstrekkelig ro – at det hele tiden er "mas" om innhenting av nye legeerklæring og/eller overgang til yrkesrettet atføring. Dette kan gi en opplevelse av at de ikke får tid til å bli friske.

### **3.2 Større jobbeffekt?**

Den andre hovedproblemstillingen vi har søkt å svare på er om flere har kommet tilbake til inntektsgivende arbeid etter regelverksendringen, relativt til før. Ved operasjonalisering av dette spørsmålet meldte det seg flere spørsmål: Skulle all inntektsgivende arbeid, uavhengig av stillingsstørrelse, defineres som jobbeffekt, eller skulle vi legge inn en nedre terskel, for

eksempel en stillingsstørrelse på minst 50 %? Tidslaget mellom før- og ettergruppa kan også få betydning for jobbeffekten. Det er rimelig å anta at en større andel i før-gruppa har funnet sin ”endelige” avklaring, relativt til etter-gruppa. I lys av mappeinnsynet og intervjuene, er det klart at en god del som går over til yrkesrettet attføring etter den første rehabiliteringspengeperioden, vil komme tilbake til rehabiliteringspenger eller uførestønad. Det er altså ikke gitt at en overgang fra rehabiliteringspenger til yrkesrettet attføring peker i retning av aktivisering, det kan bare være en midlertidig sløffe for å kunne fylle vilkårene for tidsbegrenset eller varig uførepensjon. Etter innspill fra referansegruppa ble vi derfor enige om å legge en noe videre definisjon for jobbeffekt til grunn som søker å ivareta ovennevnte hensyn.

I analysen av jobbeffekt vil aktiviteter som peker i retning av *aktivisering* defineres som en positiv jobbeffekt. For vårt formål vil det si:

- Alle som oppgir inntektsgivende arbeid som første aktivitet etter rehabiliteringspenger – og som i dag har en arbeidsinntekt på minst 50 %, eller
- alle som oppgir kombinasjoner av inntektsgivende arbeid og yrkesrettet attføring eller uføre som første aktivitet etter rehabiliteringspenger – og som i dag oppgir minst 50 % inntektsgivende arbeid, eller
- alle som oppgir yrkesrettet attføring som første aktivitet etter rehabiliteringspenger – og som i dag ikke oppgir minst 50 % uførestønad, eller
- alle som oppgir at de studerer eller er arbeidssøkere, og som ikke oppgir full uførestønad i dag.

Det motsatte av jobbeffekt er i denne analysen definert som *ikke-aktivisering*, som igjen vil si:

- Alle som oppgir inntektsgivende arbeid som første aktivitet etter rehabiliteringspenger – men som i dag har en arbeidsinntekt på under 50 %, eller
- alle som oppgir at de er uføre eller hjemmeværende som første aktivitet etter rehabiliteringspenger – og som ikke har arbeidsinntekt på 50 % eller mer i dag, eller
- alle som oppgir at de har gått over til alderspensjon, eller
- alle som oppgir at de gikk over til soning etter rehabiliteringspengene opphørte.



Vi mener denne måten å definere jobbeffekt på har den styrke at vi får tatt hensyn til hvilken "vei" brukerne tok etter rehabiliteringspengene opphørte. Det vi måler er selvrapportert aktivitet, med de feilmarginer som kan ligge i det, for eksempel ved at brukerne husker dårlig tilbake i tid. Imidlertid er våre erfaringer knyttet til brukerintervjuene at dette er et spørsmål som brukeren redegjør godt for. For de fleste er spørsmålet om hvorvidt de kom tilbake til jobb eller ikke et hovedanliggende og for flere som mislykkes, et sårt punkt.

### **Er flere blitt aktivisert?**

Tabell 3.4 gir en oversikt over omfanget av aktivisering før og etter tidsbegrensningen i rehabiliteringspengeordningen. Økningen i andelen "unge" aktiviserte er på 3,8 prosentpoeng. Samtidig er andelen ikke-aktiviserte "unge" mindre etter reformen relativt til før (tilbakegang på 15,2 prosentpoeng), og en større andel er uavklart (mottar fortsatt rehabiliteringspenger). En må imidlertid ta hensyn til "tidslaget" når en tolker tabellen. Sakene før tidsbegrensningen er eldre og har derfor i større grad funnet sin "sluttløsning". Fra mappeinnsynet og intervjuene er det grunn til å tro at en del som i dag mottar atferdsrettet hjelp (og er definert som aktivisert i denne analysen), vil likevel ende med en uførepensjon.

Når det gjelder de "eldre" er en noe større andel aktivisert etter tidsbegrensningen relativt til før. Økningen er faktisk litt større for de "eldre" relativt til de "unge" (4,5 prosentpoeng), selv om langt færre "eldre" blir aktivisert totalt sett. Forklaringen på at andelen aktiviserte blant de "eldre" er noe høyere enn blant de "unge" har sannsynligvis sammenheng med at det bare er de klareste/enkleste sakene som blir fulgt opp i forhold til aktivisering, og som følge av det blir suksessraten noe høyere. Intervjuene med saksbehandlerne og brukerne viser at trykdeetaten er mindre tilbøyelig til å overtale de "eldre" til å vende tilbake til arbeid relativt til de yngre.

Tabell 3.4 Aktivitetsretning etter rehabiliteringspengene opphørte. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Aktivisert	141	48,6	150	52,4	31	27,7	37	32,2
Ikke-aktivisert	113	39,0	68	23,8	77	68,7	64	55,6
Uavklart: Mottar fortsatt rehabiliteringspenger	30	10,3	57	19,9	3	2,7	11	9,6
Ukjent/ikke besvart	6	2,1	11	3,8	1	0,9	3	2,6
N/Totalt	290	100,0	286	99,9	112	100,0	115	100,0

Merknad: Utvelgelseskriteriet for før-gruppa er avsluttede saker november 2003. 30 "unge" mottok imidlertid rehabiliteringspenger på undersøkelsestidspunktet, noe som betyr at disse personene er inne i et nytt løp med rehabiliteringspenger (tilbakefallstilfeller). I etter-gruppa er 40 "unge" inne i en ny omgang med rehabiliteringspenger, mens 17 mottar fortsatt rehabiliteringspenger for første gang. Blant de "eldre" er det tre personer i før-gruppa som er inne i en ny runde med rehabiliteringspenger (tilbakefall). Ser vi på RTVs sluttdato for etter-gruppa, kan vi se at det er seks personer som har en sluttdato etter oktober 2005. Det vil si at fem personer i etter-gruppa er inne i en ny runde med rehabiliteringspenger.

### Ga kontakt med arbeidsplassen jobbeffekt?

En antakelse som går igjen i arbeidslinja og som ligger til grunn for mye av arbeidet knyttet til et mer inkluderende arbeidsliv, er at personer som holder kontakt med arbeidsplassen vil lettere komme tilbake til arbeid. Dette tankesettet gjør seg også gjeldende for rehabiliteringspengeordningen. I det følgende skal vi se om vi finner en slik sammenheng i vårt datamateriale. I spørreundersøkelsen ble brukerne bedt om å angi om de har hatt kontakt med arbeidsplassen mens de mottok rehabiliteringspenger.

Tabellene 3.5 og 3.6 gir en oversikt over hvor mange som hadde kontakt med sin arbeidsplass mens de mottok rehabiliteringspenger.

#### De "unge"

Det er flere blant de "unge" som har hatt kontakt med arbeidsplassen etter regelendringen (seks prosentpoeng flere), enn før, totalt sett. Mens 46 % ikke hadde kontakt med arbeidsgiver før regelendringen, falt denne andelen til 40 % etter. Dette stemmer med vårt inntrykk fra feltarbeidet ved tre trygdekontor, nemlig at fokuset i trygdeetaten på at kontakten med gammel arbeidsgiver er viktig har forsterket seg noe etter regelendringen. Men endringen er moderat positiv og representerer ikke et markert skifte.

Videre ser vi at i underkant av 60 % av dem som er aktivisert, har hatt kontakt med arbeidsplassen. Kontakt med arbeidsplassen synes derfor positivt for å komme tilbake i jobb. Men kontakt med arbeidsplassen er imidlertid ingen garanti for å komme tilbake til jobb! Blant dem som har hatt kontakt med arbeidsplassen, er det bare drøyt halvparten som kom tilbake i arbeid.

Totalt er det 13,4 % før regelendringen og 18,9 % etter som oppgir at de har gått på bedriftsintern rehabilitering<sup>7</sup>. Omlag 60 % av dem som har gått på bedriftsintern rehabilitering er i dag aktivisert. Bedriftsintern rehabilitering synes å ha en god effekt for noen, men dette gjelder generelt og er uavhengig av tidsbegrensningen.

Blant dem som stakk innom jobben da de gikk på rehabilitering, er det en av fire som er blitt aktivisert både før og etter regelendringen. Blant dem som ble invitert til samtaler, møter eller andre aktiviteter er andelen under en av seks. Kontakt som et resultat av brukeres initiativ og motivasjon for jobb synes i større grad å føre til aktivitet enn rutinemessige invitasjoner fra arbeidsgivere. Det at bruker tar initiativ og er motivert for å komme tilbake til jobb synes derfor å være viktig. Dette bekreftes for øvrig i intervjuene vi hadde med saksbehandlerne.

Tabell 3.5 Er det en sammenheng mellom kontakt med arbeidsplassen og senere aktivisering? De "unge". Antall og andel av totalt i parentes.

	De "unge"					
	Før			Etter		
	Aktivisert	Ikke aktivisert	Fortsatt på rehab. penger	Aktivisert	Ikke aktivisert	Fortsatt på rehab. penger
1. Nei, hadde ikke noe kontakt	58 (43,0)	52 (48,6)	13 (50,0)	60 (41,2)	26 (38,8)	19 (35,8)
2. Stakk innom jobben av og til da det passet meg	32 (24,0)	32 (29,9)	8 (30,8)	32 (22,2)	18 (26,9)	13 (24,5)
3. Ble invitert til samtaler, møter eller andre aktiviteter	18 (13,3)	7 (6,5)	0 (0,0)	19 (13,2)	10 (14,9)	6 (11,3)
2 + 3 (se over)	5 (3,4)	6 (5,7)	1 (3,8)	4 (3,3)	2 (3,0)	5 (9,4)
4. Bedriftsintern rehabilitering <sup>1)</sup>	22 (16,3)	10 (9,3)	4 (15,4)	29 (20,1)	11 (16,4)	10 (19,0)
Totalt	135 (100)	107 (100)	26 (100)	144 (100)	67 (100)	53 (100)
Ubesvart	22			22		
N	290			286		

1) I spørreskjemaet var ordlyden "Ja, min rehabilitering foregikk ved arbeidsplassen (bedriftsintern rehabilitering)". For nærmere om begrepet bedriftsintern rehabilitering, vises til 1.5 eller fotnote 7.

<sup>7</sup> Med begrepet *bedriftsintern rehabilitering* mener vi at rehabiliteringen foregår ved arbeidsplassen. Det korrekte uttrykket innen trygdeforvaltningen er "tidsbegrenset aktivisering og arbeidstrening hos arbeidsgiver" (eller annen arbeidsgiver). Under arbeidstreeningen mottar brukeren rehabiliteringspenger. Dette til forskjell fra bedriftsintern attføring som administreres av Aetat og hvor brukeren mottar attføringspenger under arbeidstreeningen.

*De "eldre"*

De "eldre" er flinke til å holde kontakt med arbeidsplassen, flinkere enn de "unge". Av tabell 3.6 ser vi at 71,4 % har hatt kontakt med arbeidsplassen før tidsbegrensningen mot 94,3 % etter. Som for de "unge" er det altså flere etter tidsbegrensningen, enn før, som har hatt kontakt med arbeidsplassen i rehabiliteringspengeperioden. Blant dem som har hatt kontakt med arbeidsplassen er om lag 25 % av brukerne før regelendringen aktivisert, mens 37,5 % av brukerne etter regelendringen, er aktivisert.

Tabell 3.6 Er det en sammenheng mellom kontakt med arbeidsplassen og senere aktivisering? De "eldre". Antall og andel i parentes.

	De "eldre"					
	Før			Etter		
	Aktivisert	Ikke aktivisert	Fortsatt på rehab. penger	Aktivisert	Ikke aktivisert	Fortsatt på rehab. penger
1. Nei, hadde ikke noe kontakt	8 (28,6)	13 (18,1)	0 (0,0)	2 (5,7)	16 (25,8)	2 (18,1)
2. Stakk innom jobben av og til da det passet meg	7 (25,0)	32 (44,4)	3 (100)	10 (28,6)	21 (33,9)	7 (63,7)
3. Ble invitert til samtaler, møter eller andre aktiviteter	2 (7,1)	15 (20,8)	0 (0,0)	9 (25,7)	10 (16,1)	1 (9,1)
2 + 3 (se over)	0 (0,0)	4 (5,6)	0 (0,0)	5 (14,3)	4 (6,5)	0 (0,0)
4. Bedriftsintern rehabilitering <sup>1)</sup>	11 (39,3)	8 (11,1)	0 (0,0)	9 (25,7)	11 (17,7)	1 (9,1)
<b>Totalt</b>	<b>28 (100)</b>	<b>72 (100)</b>	<b>3 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>62 (100)</b>	<b>11 (100)</b>
Ubesvart	9			7		
N	112			115		

Merk: Blant de nyeste sakene er det flere som fortsatt mottar rehabiliteringspenger på undersøkelsestidspunktet, og er derfor ikke avklart.

1) I spørreskjemaet var ordlyden "Ja, min rehabilitering foregikk ved arbeidsplassen (bedriftsintern rehabilitering)". For nærmere om begrepet bedriftsintern rehabilitering, vises til 1.5 eller fotnote 7.

Det å ha kontakt med arbeidsplassen er heller ikke noen jobbgaranti blant de "eldre"! Av tabellen ser vi at andelen som stakk innom jobben er relativt høy, men bare 17 % av dem ble aktivisert før regelendringen, og 26 % etter.

Før regelendringen oppgir 19 personer at de har gått på bedriftsintern rehabilitering, hvorav 58 % er aktivisert, mens etter regelendringen oppgir 21 personer at de har gått bedriftsintern rehabilitering, hvorav 43 % er aktivisert.

**Er brukerne enige i at kontakt med arbeidsplassen er viktig?**

I spørreundersøkelsen ble brukerne bedt om å vurdere to påstander vedrørende betydningen av å ha kontakt med arbeidsplassen. Brukerne ble bedt om ta stilling til følgende to påstander:

- a. *Kontakten med arbeidsplassen mens jeg mottok rehabiliteringspenger var viktig for min mulighet til å komme tilbake i arbeid*  
 b. *Det var mulig for meg å komme raskt tilbake i arbeid fordi jeg hadde kontakt med arbeidsplassen*

I analysen tar vi bare med dem som oppga at de hadde hatt kontakt med arbeidsplassen. Av tabell 3.7 ser vi at om lag to av tre av de "unge" og noen færre av de "eldre" er enige i at kontakten med arbeidsplassen mens de mottok rehabiliteringspenger var viktig for deres *mulighet* til å komme tilbake i arbeid. Selv om en litt større andel er mer enig i utsagnet etter regelendringen, enn før, er forskjellen i svargivning ikke statistisk signifikant på 0,05-nivå.

Tabell 3.7 I hvilken grad er du enig i utsagnet: Kontakten med arbeidsplassen mens jeg mottok rehabiliteringspenger var viktig for min mulighet til å komme tilbake i arbeid. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	63	42,6	84	50,6	37	45,1	40	44,9
Nokså enig	32	21,6	32	19,3	13	15,9	18	20,2
Verken/eller	20	13,5	19	11,4	8	9,8	11	12,4
Nokså uenig	7	4,7	4	2,4	4	4,9	5	5,6
Svært uenig	11	7,4	8	4,8	5	6,1	4	4,5
Ubesvart	15	10,1	19	11,4	15	18,3	11	12,4
N/Totalt	148	99,9	166	99,9	82	100,0	89	100,0
Gj.snittsverdi*	3,97		4,22		4,09		4,09	
Standardavvik	1,261		1,121		1,264		1,175	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

Av tabell 3.8 ser vi imidlertid at langt færre mener at det var mulig for dem å komme *raskere* tilbake i arbeid på grunn av kontakten med arbeidsplassen. Heller ikke forskjellene i tabell 3.8 er statistisk signifikante på 0,05-nivå.

Fra tabellene 3.7 og 3.8 kan vi oppsummere med at kontakt med arbeidsplassen øker *muligheten* for å komme tilbake i arbeid, men har mindre å si for hvor *raskt* de kan komme tilbake. Dette tyder igjen på at brukerne mener at det er andre forhold som styrer hvor raskt de kan komme tilbake. Inntrykket fra saksgjennomgangen og intervjuene med brukerne er at det er først og fremst helsa som avgjør når de kan vende tilbake til arbeid - ikke kontakt med arbeidsgiver alene - selv om kontakt med arbeidsplassen også er viktig. Saksbehandlerne støtter brukerne langt på vei i deres vurdering av at kontakten med arbeidsplassen er viktig for brukernes *muligheter* for å komme tilbake i arbeid: En viktig suksesskriterium for en vellykket rehabilitering er, ifølge saksbehandlerne, at man har en "gammel"

arbeidsgiver som man ønsker seg tilbake til og hvor man er velkommen tilbake.

Tabell 3.8 I hvilken grad er du enig i utsagnet: Det var mulig for meg å komme raskt tilbake i arbeid fordi jeg hadde kontakt med arbeidsplassen. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	23	15,5	28	16,9	10	12,2	15	16,9
Nokså enig	14	9,5	28	16,9	11	13,4	13	14,6
Verken/eller	39	26,3	38	22,9	12	14,6	21	23,6
Nokså uenig	17	11,5	12	7,2	7	8,5	9	10,1
Svært uenig	37	25,0	34	20,5	21	25,6	19	21,3
Ubesvart	18	12,2	26	15,7	21	25,6	12	13,5
N/Totalt	148	100,0	166	100,1	82	100,0	89	100,0
Gj.snittsverdi*	2,76		3,03		2,70		2,95	
Standardavvik	1,430		1,439		1,509		1,441	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

### Er det en sammenheng mellom lengden med rehabiliteringspenger og jobbeffekt for de "unge"?

Vi har også sett om det er en sammenheng mellom lengden på rehabiliteringspenger med jobbeffekt for de "unge", jf tabell 3.9. Før regelverksendringen ser vi en betydelig forskjell mellom de aktiviserte og ikke-aktiviserte mht hvor lang tid det tok før de var "avklarte". Etter regelverksendringen er denne forskjellen borte. Det tar omtrent like lang tid for begge grupper.

Tabell 3.9 Varighet på rehabiliteringspenger og jobbeffekt (fram til og med 1,5-2 år utover 52 uker). De "unge". Andel

	De "unge"			
	Før		Etter	
	Aktivisering	Ikke-aktivisering	Aktivisering	Ikke-aktivisering
0-6 mnd utover 52 uker	45,5	18,7	35,4	32,8
6-12 mnd utover 52 uker	30,3	48,6	32,7	34,4
1-1,5 år utover 52 uker	9,1	15,0	31,3	32,8
1,5-2 år utover 52 uker	4,5	4,7	0,7	0,0
Totalt	100	100	100	100

### Hva mener brukerne som har inntektsgivende arbeid er viktig for at de er i arbeid i dag?

De som har svart på spørreundersøkelsen og som var i jobb ved undersøkelsestidspunktet ble bedt om å angi hva de vurderte som viktige

faktorer for at de nå er i arbeid.<sup>8</sup> På en skala fra avgjørende betydning til ingen betydning, men også med muligheten til å svare ”Ikke aktuelt”, ble respondentene bedt om å ta stilling til 14 ulike forhold som det kunne tenkes har hatt betydning for at de nå er i arbeid. I tabell 3.10 har vi rangert faktorene som scoret høyest i forhold til å ha avgjørende og/eller stor betydning for komme tilbake i arbeid. Det er stort samsvar i svargivningen mellom de ”unge” og de ”eldre”. Egen motivasjon for å komme tilbake i arbeid og egen motivasjon for å gjennomføre behandlingen ble vektlagt av begge grupper og rangert helt på topp. Andelen som vektlegger disse forholdene er større etter regelendringen, relativt til før.

Tabell 3.10 Avgjørende faktorer for at brukere som i dag er i inntektsgivende arbeid – er i arbeid. Brukernes egne vurderinger rangert fra mest til minst betydning

De ”unge”	De ”eldre”
1 Motivasjon for å komme tilbake i arbeid	1 Motivasjon for å komme tilbake i arbeid
2 Motivasjon for å gjennomføre behandlingen	2 Motivasjon for å gjennomføre behandlingen
3 Lærte å mestre helsa bedre	3 Støtten fra legen
4 Støtten fra legen	4 Kontakt med kollegaer
5 Behandlingen som ble mottatt	5 Behandlingen som ble mottatt
6 Helsa ble bedre	6 Lærte å mestre helsa bedre
7 Kontakt med arbeidsgiver	7 Helsa ble bedre
8 Kontakt med kollegaer	8 Kontakt med arbeidsgiver
9 Støtten fra trygdeetaten	9 Støtten fra trygdeetaten

Støtten fra trygdeetaten er rangert som det niende av de best besvarte forhold. Basert på våre erfaringer fra feltarbeidet er det ikke overraskende at dette forholdet ikke kommer høyere opp. Mange brukere opplever trygdeetaten som anonym og lite proaktive. For det første er det mange som har lite direkte kontakt med trygdekontoret utover skriftlig saksgang. Møter var lite brukt i våre saker, men dette er trolig i ferd med å snu i takt med økt vektlegging på brukermedvirkning.

Kontakt med arbeidsgiver og kollegaer blir nevnt av begge aldersgrupper blant avgjørende forhold. Kontakt med kollegaer synes mer viktig for de ”eldre”, sannsynligvis som følge av lengre fartstid i arbeidslivet og således en sterkere tilknytning til arbeidskollegaer og arbeidsplassen mer generelt.

Det mest oppsiktsvekkende ved oversikten over er at Aetat-relaterte forhold ikke gjør seg gjeldende. Svært få i begge aldersgrupper viser til Aetat-relaterte aktiviteter som avgjørende for at de nå er i inntektsgivende arbeid. På spørsmålet om hvor stor betydning bistanden fra Aetat under yrkesrettet

<sup>8</sup> Antall som oppgir at de er i arbeid i dag (uavhengig av stillingsstørrelse) er 84 ”unge” og 31 ”eldre” fra kontrollgruppen, og 89 ”unge” og 40 ”eldre” fra testgruppen.

attføring har hatt for at de nå er i jobb svarer bare 4 % av de "unge" etter regelverksendringen at det har hatt stor eller avgjørende betydning. Når det gjelder "*Bistanden Aetat gav i forbindelse med jobbsøk*" og "*Mulighetene i arbeidsmarkedet ble bedre*" er det nesten ingen som vektla disse faktorene. Når det gjelder de Aetat-relaterte faktorene er det svært mange som har svart "*ikke aktuelt*", noe som kan tyde på at brukerne som var i arbeid på undersøkelsestidspunktet i liten grad har hatt befatning med Aetat.

Arbeidsgiverne og Aetat er også lite synlige i saksmappene fra vårt feltarbeid. Selv om saksbehandlerne på trygdekontorene mener at en god dialog med arbeidsgiver er viktig, er det få tegn i sakene til at trygdekontoret er aktive i forhold til arbeidsgivere.

### Oppsummering

Blant de "unge" finner vi ikke ønsket effekt av regelendringen med hensyn til *raskere* avklaring. Vi finner tvert om at en større andel går lengre på rehabiliteringspenger nå, enn før.

Med vårt valg av definisjon av jobbeffekt, finner vi en moderat jobbeffekt for begge aldersgruppene; en økning på 3,8 prosentpoeng blant de "unge" og 4,5 prosentpoeng blant de "eldre". Andelen "eldre" som har blitt aktivisert er riktignok betydelig lavere relativt til de "unge". Det er en større andel "uavklarte" blant de "unge" etter regelverksendringen relativt til før. Dette kan forklares med at disse sakene er yngre og har derfor ikke funnet sin endelige sluttløsning.

Kontakt med arbeidsplassen er en suksessfaktor for jobbeffekt og tillegges også relativ stor verdi av brukerne selv. Kontakt med arbeidsplassen er imidlertid ingen garanti for senere aktivisering. Det er de "eldre" som er flinkest til å holde kontakt med arbeidsplassen, men mye tyder på at kontakten er av sosial karakter og fører ikke til aktivisering. Brukerne mener forøvrig at kontakt med arbeidsplassen øker *muligheten* for å komme tilbake i arbeid, men har mindre å si for hvor *raskt* de kan komme tilbake. Inntrykket fra mappeinnsynet og brukerintervjuene er at det først og fremst er helsa som avgjør når de kan vende tilbake til arbeid. Riktignok er kontakt med arbeidsplassen viktig – men andre faktorer spiller også inn.

På spørsmål om hva som var viktige faktorer for at de er i arbeid i dag, svarer de med inntektsgivende arbeid at egen motivasjon var den viktigste faktoren, både motivasjon for å komme tilbake i arbeid og motivasjon for å gjennomføre behandlingen. Begge aldersgruppene er også enige om at støtten de mottok fra trygdeetaten var ikke av særlig stor betydning. Av



minst betydning var Aetat-relaterte aktiviteter. De aller fleste brukerne svarte ”ikke aktuelt” på sistnevnte faktorer.

### 3.3 Har flere vært nødt til å ty til økonomisk sosialhjelp?

Ifølge daværende Arbeids- og sosialdepartementet<sup>9</sup> førte regelendringen, i kombinasjon med innføringen av tidsbegrenset uførestønad, til at mange mistet ytelse til livsopphold til tross for at de fortsatt var for syke til å vende tilbake til arbeidslivet eller gå over til yrkesrettet attføring. På bakgrunn av dette vil departementet vite om flere har vært nødt til å ty til økonomisk sosialhjelp i kjølvannet av regelendringen. Er det slik at flere verken tilstas rehabiliteringspenger, attføringspenger eller uførestønad når de ikke er i stand til å arbeide på grunn av helsemessige begrensninger?

I intervjuene med saksbehandlerne ble spørsmålet om praksis på dette feltet tatt opp. Selv om praksis på enkelte andre områder kunne fortone seg noe forskjellig mellom trygdekontorene, var dette et saksområde hvor trygdekontorene hadde svært lik praksis, nemlig at man strekker seg svært langt for å sørge for at ingen blir stående uten inntektssikring. Dette bekreftes av mappesynet. Trygdekontoret stanser ikke utbetalinger som følge av lang saksbehandlingstid ved søknad om tidsbegrenset uførepensjon, varig uførepensjon eller yrkesrettet attføring. Rehabiliteringspengene stanses heller ikke dersom påkrevd legeerklæring ikke foreligger til den varslede opphørsdatoen dersom trygdeetatens saksbehandler har fått signaler om at det vil foreligge en erklæring i nær framtid. Dette bildet bekreftes av intervjuene med mottakerne av rehabiliteringspenger. Selv om mange har vært frustrert over korte vedtaksperioder, har de aller fleste likevel vært trygge på at de ikke ville bli stående uten inntektssikring. Selv i saker hvor det har vært mye fram og tilbake og avbrutte behandlingsopplegg, har trygdeetaten strukket seg svært langt dersom det er snakk om ”unge” som gir uttrykk for at de ønsker å komme i arbeid.

Blant våre 34 saker som vi fikk mappesyn i, var det to saker hvor rehabiliteringspenger kom til opphør uten at brukeren var sikret annen inntekt enn sosialhjelp. I den ene saken er det uenighet mellom bruker og trygdekontoret om attføringskravet i forhold til uførestønad er oppfylt. Bruker fikk avslag på sin uføresøknad, men fikk forlenget rehabiliteringsvedtaket slik at hun kunne søke om yrkesrettet attføring. Da denne perioden var utløpt og bruker ikke hadde søkt om dette, opphørte

---

<sup>9</sup> Jf skriv av 20.10.2004 til Rikstrygdeverket.

rehabiliteringspengene og vedkommende måtte ty til sosialhjelp. Brukeren er i ferd med å forberede en anke. I den andre saken opphørte rehabiliteringspengene som følge av manglende oppfølging fra brukers side. Saken gjelder en ”tung” trygdesak med dobbeltdiagnosen rus og psykiatri og hvor bruker har mottatt rehabiliteringspenger sammenhengende i 4,5 år. Etter gjentatte varsler om opphør, ble det til slutt en realitet. Vedkommende mottar sosialhjelp og vil trolig komme tilbake på rehabiliteringspenger når et konkret behandlingstilbud foreligger og brukeren er i gang med denne behandlingen. I denne saken er det opprettet en løpende dialog mellom trygdekontoret og sosialkontoret.

Svaret på spørsmålet om flere står uten ytelse når rehabiliteringspengene opphører, må derfor være et entydig ”nei”. Det generelle bildet er at trygdeetaten strekker seg svært langt for at brukerne skal være sikret en inntekt. Svaret er basert på mappeinnsynet samt intervjuene med saksbehandlerne og mottakerne av rehabiliteringspenger.

### **3.4 Endret tjenestetilbud fra trygdeetaten?**

Fra vårt innsyn i trygdeetatens saksbehandling i rehabiliteringssaker, kan vi si at trygdeetatens saksbehandlere er dyktige, hurtige og nøyaktige forvaltere av lover og regler og av verdiene og normene om ivaretagelse av individuelle rettigheter og individuell inntektssikring i forhold til disse reglene når vilkårene er oppfylt.

Når det gjelder trygdeetatens evne til å gjennomføre reformer og justere praksis, blant annet som følge av politiske pålegg, kan gjennomføringstiden til trygdeetaten sammenlignes med en supertankers evne til å endre kurs. En supertanker trenger stor svingvidde og tilbakelegger mange nautiske mil før skipet kommer på ”rett” kurs. I forhold til reformen vi har sett nærmere på kan vi si at ”skipet” fortsatt er i ferd med å finne sin nye kurs. For trygdeetaten har kompleksiteten i systemet, mange aktører med ulike mål, interesser og praksiser, og manglende virkemidler gjort at reformen har tatt tid til å gjennomføre.

I forbindelse med tidsbegrensningen for unntaksbestemmelsene, la man fra politisk hold også vekt på at trygdeetaten skulle følge brukerne tettere opp, ha en mer individuell tilnærming og utarbeide individuelle oppfølgingsplaner. Fra mappeinnsynet, brukerintervjuene og spørreundersøkelsen ser vi lite til en tettere individuell oppfølging. I praksis er kontakten med brukerne i hovedsak skriftlig og regelstyrt. Blant våre tre trygdekontor, var det kun ett av dem som hadde kommet i gang med å utarbeide en mal for

oppfølgingsplaner til bruk ved rehabilitering. Ifølge spørreundersøkelsen hadde i underkant av en av fire mottatt en individuell oppfølgingsplan. Med en 100-årig tradisjon med å jobbe med forvaltning av et nasjonalt regelverk og ut fra at nasjonale standarder skal sikre likebehandling (se for eksempel Kvåle 2000), er ikke trygdeetaten vant til å ta slike initiativ lokalt. Brukerorientering i trygdeetaten er tradisjonelt å sikre individuelle rettigheter og individuell inntektssikring. Når det er komplisert og ressurskrevende å arbeide med andre tilnærminger og løsninger blir det ofte fokus på hva man er flinke til – nemlig å forvalte et regelverk.

Så langt kan vi si at hovedbildet er ingen radikal endring i trygdeetatens oppfølging og praksis med hensyn til rehabiliteringssaker, men vi sporer en økt bevissthet blant saksbehandlerne ved trygdekontorene vedrørende reformens tankegodt. Uten en uttalt støtte til en mer proaktiv oppfølging av enkeltbrukere i form av verktøy og virkemidler, blir det fort ”business as usual”, og det går sent å endre praksis. At vi ikke finner de ”store” endringene i praksis hos trygdeetaten etter regelverksendringen kan også dels forklares med saksbehandlerne holdning til selve reformen. Ikke alle så nytteverdien i den, og det var en generell oppfatning at man ikke kan fra politisk hold vedta raskere helsebedring. Det vil ta den tiden det tar. I tillegg oppleves det som uheldig at denne reformen kom parallelt med innføringen av tidsbegrenset uførestønad.

Det er fortsatt skriftlighet som preger kontaktmønsteret mellom trygdekontoret og de sentrale aktørene. Trygdeetaten er avhengig av andre aktører for å kunne gjøre sin jobb, og er spesielt avhengig av legene og deres legeerklæringer for å kunne vurdere hvorvidt vilkårene for rehabiliteringspenger er oppfylt. Dataene indikerer at brukeren har et større kontaktmønster med sin lege, enn med trygdekontoret, og legene blir ofte budbringere for brukernes vurderinger og ønsker overfor trygdekontoret. Tatt i betraktning hvor mange ulike diagnoser og sykdomsbilder som kommer fram i mappeinnsynet, er det tankevekkende at legenes repertoar over behandlingsforslag begrenser seg ofte til fysikalsk behandling eller samtaler hos psykolog. Dataene indikerer også at legenes råd og veiledning om alternativer til rehabiliteringspenger veier tungt hos brukerne.

Overgangen til Aetat oppleves som ”vanskelig” av både saksbehandlere og brukere. Ved flere anledninger fikk vi høre at ”Aetat glemmer at folk har helseproblemer”. Flere etterlyser en smidigere overgang fra behandling (trygdeetaten) til arbeidstrening (Aetat).

Stort sett er brukerne tilfreds med trygdeetatens saksbehandlere og saksbehandling, men en rekke er mindre fornøyd med "systemet", det vil si regelverket som trygdeetaten er satt til å forvalte. Kritikken retter seg spesielt mot kravet om at yrkesrettet attføring skal være utprøvd før man kan søke om en uføreytelse.

### 3.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på de fire hovedproblemstillingene. Et av spørsmålene vil bli ytterligere belyst i neste kapittel, nemlig spørsmålet om trygdeetaten har endret praksis med tanke på rehabiliteringspengeordningen.

Kommer så avklaringen av rehabiliteringspengesakene raskere etter regelendringen relativt til før? Vi finner ingen endringer blant den eldste gruppen de to første årene. Men blant de unge blir uventet en større andel av sakene avklart noe senere etter regelendringen - ikke raskere! Samtalene med spesielt saksbehandlerne ved våre tre trygdekontor hjelper oss til å forstå hvordan dette kan være tilfelle. Det synes å være uheldig at tidsbegrenset uførepensjon trådte i kraft fra samme tidspunkt som tidsbegrensningen ble innført. Frykten blant saksbehandlerne om at tidsbegrenset uførestønad skal bli et alternativ for mange "unge" som ikke er klare til å gjennomføre yrkesrettet attføring eller vende tilbake til arbeid, har bidratt til at saksbehandlerne synes det er mer riktig at brukerne blir holdt litt lengre på rehabilitering for å sikre best mulig helsebedring før de skal over til Aetat. Sendes de for tidlig til Aetat, får de brukerne bare i retur – og da er veien til tidsbegrenset uførestønad kort! De "eldre" vurderes imidlertid ikke like ofte opp mot attføringssløyfa.

De fleste brukerne som vi intervjuet mente de fikk nok tid på rehabiliteringspenger. Enkelte mente imidlertid at det ble satt for stort press på dem for å utprøve arbeidsevnen for tidlig, de følte seg presset på attføring mot sin vilje. Andre syntes ikke de fikk nok ro. Ifølge spørreundersøkelsen er en litt mer fornøyd med tiden en fikk til rådighet før regelendringen, men forskjellen er ikke signifikant.

Fant vi så en bedre jobbeffekt etter regelendringen relativt til før? Med vårt valg av definisjon, finner vi en moderat jobbeffekt både blant de "unge" og blant de "eldre". Hvis vi forutsetter at halvparten av de som fortsatt er på rehabiliteringspenger på et senere tidspunkt kan komme i aktivitet, vil endringen bli noe større, men fortsatt ikke representere et markert skifte. Sett opp mot erfaringene i feltarbeidet gjenspeiler dette godt hva som er

situasjonen i etaten. Arbeidsmetoden er stort sett den samme, selv om fokus omkring yrkesrettet attføring og tidligere avklaring er økt noe.

Vi finner at motivasjon og kontakt med arbeidsplassen er suksessfaktorer for jobbeffekt. I omtalen i kapittel 6 vil det også fremgå at behandlingsopplegget og helsebedring ytterligere er to slike suksessfaktorer. Det er her et stort sammenfall mellom svarene fra før og etter regelendringen. Dette betyr trolig at vi har identifisert "generelle" suksessfaktorer - som er uavhengig av regelendringen.

Hvorvidt en bruker kommer i jobb eller ikke vil kunne avhenge av mange faktorer, både hos brukerne, i arbeidsmarkedet, i hjelpemiddelapparatet, og i regelverkets utforming ellers. Vi forstår også at det er vanskelig på et tidspunkt å måle jobbeffekt av et rehabiliteringsløp. For enkelte brukere vil et langt rehabiliteringsløp være positivt for å gi den helsebedring som er nødvendig for å komme i jobb. For andre vil alt annet enn et relativt kort rehabiliteringsløp virke passiviserende og mot sin hensikt i så henseende. For noen vil en rask avklaring i forhold til søknad om uførepensjon være det eneste rette.

Når en skal vurdere jobbeffektens størrelse er det viktig å huske på at vi har analysert resultater i gruppen av rehabiliteringspengemottakere som er gått over på unntaksbestemmelsene, og slik representerer "tung" trygdeproblematikk. Vårt "gløtt" inn i trygdeetaten forteller oss at uten endring i arbeidsmetode og virkemidler kan en ikke ha for høye forventninger til radikale endringer. I dag avhenger resultatene i stor grad av brukeren og deres egen motivasjon for å komme tilbake til jobb, deres motivasjon for å gjennomføre behandlingen, deres evne til å holde kontakt med arbeidsplassen, deres helsetilstand, og legenes råd og vurderinger.

Et av kjerneområdene for trygdeetaten er å sikre inntekt ved sykdom og uførhet og et av spørsmålene vi tok mål av oss å besvare her var om flere brukere var blitt stående uten inntektssikring etter rehabiliteringspengene opphørte som følge av tidsbegrensingen. Basert på mappeinnsynet og intervjuene med saksbehandlerne og brukerne må svaret bli nei. Trygdeetaten strekker seg svært langt for å sørge for at ingen blir stående uten inntektssikring.

## 4 Trygdeetaten og rehabiliteringspenger

I kapittel 3 konkluderte vi med en viss jobbeffekt både blant de ”unge” og ”eldre” etter regelverksendringen, relativt til før. Vi fant også, noe uventet, at en større andel ”unge” avklares noe senere etter regelverksendringen, relativt til før. Det kan være en rekke ulike faktorer som forklarer disse utviklingstrekkene. I dette kapitlet skal vi gå nærmere inn på trygdeetatens rolle i forhold til rehabiliteringspengeordningen og regelverksendringen for å se om noe av forklaringen kan ligge her. De kvalitative dataene tyder på at regelverksendringen ikke har ført til en radikal endring i trygdeetatens oppfølging og praksis med hensyn til rehabiliteringssaker. I dette kapitlet skal vi se nærmere på dette. Vi skal beskrive saksbehandlingen i rehabiliteringspengesaker og hvilken betydning regelverksendringen har hatt for saksbehandlingen sett fra saksbehandlernes ståsted. For det andre vil vi beskrive og drøfte hvilke overveielser som gjøres og hvilke hensyn som tas i saksbehandlingen. For det tredje vil vi drøfte hvilke virkemidler som er stilt til rådighet for trygdeetaten i forbindelse med rehabilitering, og hvilke dominerende normer og verdier som er med på å prege trygdeetatens praksis. Tanken er at en bredere forståelse av hvordan trygdeetaten arbeider med dette saksfeltet, vil gi en bedre forståelse av hovedkonklusjonene som er trukket i kapittel 3. Avslutningsvis i dette kapitlet vil vi også ta med brukernes syn på trygdeetatens saksbehandling og oppfølging i rehabiliteringssaker, både ut fra kvalitative og kvantitative data.

Hovedkilden til data i dette kapitlet er mappeinnsynet og intervjuene med de sentrale aktørene. Disse datakildene gir en dypere innsikt i det konkrete saksbehandlingsarbeidet, hvilken situasjon mottakerne befinner seg i, og hvilke vurderinger som ligger til grunn for deres handlinger. Svært mange av saksmappene vi fikk innsyn i inneholdt om lag 60-70 dokumenter om rehabiliteringspenger alene, og utgjorde mer enn 100 sider og i enkelte tilfeller opp mot 200 sider. Vi ønsker å presisere at vi ikke har hatt innsyn i sykepengeperioden i mappeinnsynet. Sykepengeperioden er ofte en forløper til søknaden om rehabiliteringspenger, og var ofte et naturlig startpunkt for intervjuene med brukerne, men hovedfokus har vært på saksbehandlingen og kontaktmønster under rehabiliteringspengeperioden.

Der ikke annet er angitt, vil drøftingene i dette kapitlet ikke skille mellom de tre trygdekontorene som dannet rammen rundt mappeinnsynet og intervjuene. Hovedbildet er at det er svært mye lik praksis mellom

trygdekontorene, men det forekommer også lokale variasjoner med hensyn til rutiner og servicetilbud.

#### 4.1 Saksgangen i rehabiliteringssaker

En rehabiliteringspengesak begynner når en søknad om rehabiliteringspenger mottas av trygdekontoret, som oftest når det nærmer seg ett års sykmelding. Det er vanlig at trygdekontoret innkaller til en samtale når sykepengeperioden er i ferd med å løpe ut, men det skjer ikke i alle tilfeller. Ved søknad om rehabiliteringspenger er det oftest snakk om langvarig sykdom eller skade, eller en tilstand som er vanskelig å diagnostisere eller vanskelig å behandle. Legeerklæringen som følger søknaden om rehabiliteringspenger skal indikere hvilken behandling som gis, om behandlingen antas å føre til at pasienten får arbeidsførheten tilbake, hvor lang tid dette antas å ta, i hvor stor grad pasienten er arbeidsufør, om vedkommende antas å kunne komme tilbake i tidligere jobb eller i en annen jobb, osv. På bakgrunn av dette, og opplysninger som den sykmeldte selv gir, vurderes det om man har rett til rehabiliteringspenger, det beregnes hvor mye det utgjør per dag og man gjør vedtak for et bestemt tidsrom. Er trygdekontoret i utgangspunktet i tvil om en person oppfyller vilkårene til rehabiliteringspenger, sendes saken til rådgivende lege for uttalelse.

Brukermedvirkning har kommet mer i fokus i trygdeetaten de siste ti årene. Dette har hatt en viss betydning for hvordan det daglige arbeidet forløper ved enkelte av trygdekontorene. Tidligere hentet trygdekontoret inn legeerklæringer for brukerne. Ved et av trygdekontorene var dette endret til at brukerne måtte gjøre dette selv med mindre de ber om hjelp fra trygdekontoret (ved svært dårlig helse) eller at trygdekontoret ønsker en spesiell uttalelse fra legen, eller spesiell informasjon og derfor er tjent med å gjøre det selv. Denne omleggingen av praksis har medført at kontakten med nye brukere er blitt større enn tidligere. Flere tar direkte kontakt, ønsker å diskutere saken og leverer inn aktuell informasjon selv.

Et felles trekk fra mappeinnsynet er at det er sparsomt med kontakt til andre aktører i form av telefonsamtaler og møter. Når det forekommer er det mer unntak enn regelen, og det er da stort sett brukeren som tar kontakt med trygdekontoret per telefon. Datamaterialet tyder også på at det er få uformelle eller planlagte kontakter og møter, enten mellom trygdekontorets saksbehandler og mottakeren, mellom saksbehandler og arbeidsgiver, mellom trygdekontoret og Aetat, eller såkalte basisgruppemøter som kan involvere mottaker, trygdekontoret, lege, arbeidsgiver, Aetat og eventuelle andre. I den grad kontakt i form av basismøter er å spore, er det først og

fremst i sakene som har gått over lang tid, og ofte i tilknytning til dobbeltdiagnoser med rus og psykiatri.

Vi finner lite som vitnet om tett brukerkontakt utover de skriftlige vedtakene. Mappesynet og intervjuene gir et relativt likt bilde av en relativt ”distansert” saksbehandling og måte å følge opp brukerne på i trygdeetaten. Saksbehandlingen synes i stor grad å være preget av skriftlighet i kontakt med mottakeren og de andre involverte aktørene; ikke bare når det gjelder leger og helsetjenesten, men også i forholdet arbeidsgivere og Aetat. Trygdekontorene har for eksempel ingen praksis for å møte brukeren utenfor egne kontorer og svært mye av kommunikasjonen med brukeren foregår skriftlig gjennom vedtaksbrev. Dette er en selvsagt framgangsmåte i myndighetenes saksbehandlingspraksis med tanke på etterrettelighet og rettssikkerhet.

Vedtaksperiodene og mulighetene for å variere disse, blir brukt som en mulighet for kontroll og oppfølging fra trygdeetaten. Dersom saksbehandler er ”usikker” på brukeren og hvilken vei prosessen går, er det ikke uvanlig med relativt korte vedtaksperioder, i enkelte tilfeller helt ned til to uker, men som oftest på en til to måneder. Varigheten av vedtaket er også avhengig av behandling og prognose for effekt av behandling og gjenvinning av arbeidsførhet. Innledningsvis er det ikke uvanlig med en serie korte vedtak mens nødvendige uttalelser og dokumentasjon innhentes. Dersom det er snakk om en langvarig behandling gis det vedtak for tre eller fire måneder. Unntaksvis gjøres det vedtak om rehabiliteringspenger for 6-12 måneder om gangen. Så lange vedtaksperioder synes kun å forekomme i svært alvorlige sykdomstilfeller. Når effekten av behandlingen begynner å komme og man antar at mottakeren er i ferd med å bli ferdigbehandlet, eller i påvente av spesialisterklæringer og lignende, tilstås rehabiliteringspengene gjerne for kortere perioder igjen. Relativt mange av brukerne som ble intervjuet ga uttrykk for at det var slitsomt med korte vedtak. Flere mente at de ikke fikk tilstrekkelig ”ro” til å fokusere på det viktigste – nemlig å bli bedre. Korte vedtak virket negativt inn på deres helse. Flere opplevde det som kontroll, mens andre bekymret seg over hva som kom til å skje og hvor lenge de fikk gå på rehabilitering. Som en uttrykte det:

*”Min generelle oppfatning av rehabiliteringspengeordningen er av vedtaksperiodene var alt for korte. På grunn av psykiske problem ble jeg stressa. Det var mye mas. Jeg fikk lite tid til å bli frisk”. Kvinne, 35 år med muskel- og skjelett og mental lidelse.*



Mappeinnsynet gir også inntrykk av at brukeren oftere kommuniserer muntlig med sin lege enn med trygdeetaten, enten det er fastlegen eller spesialistlegen, og at det er legen som ofte videreformidler brukerens "budskap" til trygdeetaten. Svært mye av kommunikasjonen mellom legen og trygdekontoret er skriftlig. Det vil si standardbrev som sendes ut fra trygdekontoret for å få behandlende leges erklæring om arbeidsuførhet i forbindelse med sykdom. I "retur" får trygdekontoret et mer eller mindre nøyaktig utfylt skjema med opplysninger som er nevnt over. Trygdeetaten er avhengig av legenes vurderinger og uttalelser, men saksbehandlerne er til tider frustrerte og oppgitte over kvaliteten på legeerklæringene. Enkelte av saksbehandlerne karakteriserte mange av legeerklæringene som rent venstrehåndsarbeid, hvor kanskje bare en setning var endret eller lagt til fra gang til gang. Vi kommer tilbake til dette under 4.5.

## 4.2 Regelendringens betydning for saksbehandlingen

Da de første instruksene om regelverksendringen kom måtte trygdekontorene ta stilling til hvordan de skulle informere brukerne og håndtere sakene som hadde gått over tidsgrensen, eller som var i ferd med å gjøre det på nyåret 2004. Ved et av trygdekontorene ventet man bevisst til over jul, for å ikke komme med "dårlige" nyheter i høytiden. Brevene som ble så sendt ut var også et varsel om opphør av rehabiliteringspenger 31.3.04. Reaksjonene uteble ikke, og en del brukere hadde vanskelig med å forholde seg til det. Flere av sakene fikk medias interesse og saksbehandlerne ved trygdeetaten opplevde denne tiden som vanskelig. Flere av saksbehandlerne viser til at de til stadighet fikk nye instruksjoner og opplevde innføringen av regelverksendringen som svært vinglete. Selv opplevde de å bli gjort til latter ved at de gjentatte ganger måtte omgjøre vedtak og at trygdeetaten ble stilt i et uheldig lys. Flere av informantene har flere ganger erfart at når det gjøres regelverksendringer er innstrammingene ofte for sterke – med påfølgende nye instruksjoner. Regelverksendringen vi har sett nærmere på var ikke noe unntak i så måte.

Brukerne som ble berørt ble stort sett innkalt til samtaler, hvor resultatet ofte var en sterk oppfordring om å søke yrkesrettet attføring. Brukerne ble så bedt om å ta kontakt med Aetat, og de som ønsket det fikk hjelp til å bestille time der og det ble gitt veiledning om hvilke papirer de måtte ha med til Aetat. Trygdekontoret kontaktet også Aetat om saken. Det ble gitt rehabiliteringspenger i påvente av vedtak om yrkesrettet attføring. Hovedregelen var da å gi for den inneværende måneden, pluss en måned.

På direkte spørsmål om effekten av regelverksendringen, svarer saksbehandlerne at i enkelte tilfeller kan det være bra å kunne vise til regelverket for å gi enkelte en ekstra "dytt" i riktig retning eller i retning av en avklaring – både i forhold til brukerne og legene. Enkelte av saksbehandlerne synes også at det kan være greit å ha et "stopp-punkt" for en selv, hvor en må gjøre nøyere vurderinger i forhold til videre rehabiliteringspenger. Selv om regelendringen tolkes som et politisk signal om at trygdeetaten må "få opp farta" i forhold til avklaringer, påpeker en av saksbehandlerne at verden er likevel ikke alltid så enkel. I en del tilfeller tar det rett og slett tid til å gjennomføre en rehabiliteringsprosess, og da spiller ikke regelverket så stor rolle: Helsebedringen tar den tiden den tar – det bestemmes ikke av et regelverk.

Som det går fram av det ovennevnte er meningene om regelverksendringen delte blant saksbehandlerne. Flere peker også på at det var uheldig at regelverksendringen kom parallelt med innføringen av tidsbegrenset uførestønad. Enkelte brukere som tidligere kunne gå lengre på rehabiliteringspenger tvinges nå over til enten yrkesrettet attføring eller tidsbegrenset uførestønad "for tidlig". De som går for tidlig over til yrkesrettet attføring kommer ofte i retur ikke lenge etterpå, mens de som går over til tidsbegrenset uførestønad risikerer å få mindre oppfølging fra trygdeetaten siden vilkårene for tilståelse av rehabiliteringspenger krever tettere oppfølging enn det vilkårene for tidsavgrenset uførestønad gjør. Det er også større sannsynlighet at brukerne får behandling mens de mottar rehabiliteringspenger, enn under tidsbegrenset uførestønad. Personer som mottar tidsbegrenset uførestønad risikerer da å bli mer passivisert og veien tilbake til arbeidslivet blir lengre. I tillegg er det en viktig signaleffekt overfor brukerne: At man mottar rehabiliteringspenger viser at man har tro på at de skal bli bedre, mens det ikke alltid er tilfelle for tidsavgrenset uførestønad som uttrykker en mer vent-og-se holdning.

Ved et av trygdekontorene tillegges ikke regelverksendringen særlig betydning i forhold til det andre året, men regelendringen har hatt relativ stor betydning i forhold til det tredje. Som en uttrykte det: "*2-eren stenger ingen dører*", men i forhold til "*3-eren er dørene nå mer stengte*". Sistnevnte innebærer en stor endring sammenlignet med gammel praksis.

Rådgivende lege involveres i de tilfeller trygdeetaten trenger bistand til å tolke hva som skal legges i begrepet meget alvorlige sykdommer. Det skal være klare objektive funn (for eksempel langtkommen kreft, tunge mentale lidelser og alvorlige ulykker), men man ser også på hvordan de har taklet arbeidslivet før. Aktivitetskravet, eller rettene sagt hva som kan regnes som

behandling, er et av områdene som skaper en del usikkerhet blant saksbehandlerne. Er eksempelvis *kontroll* etter en kreftbehandling å regne som behandling i forhold til retten til rehabiliteringspenger? Tilsvarende er det å være i *ro* eller å drive *egen rekreasjon* (for eksempel gå turer i skog og mark) uten annen organisert behandling, tilstrekkelig for å oppfylle aktivitetskravet? Fra brukerintervjuene kom det fram at selv om de selv mente at ro var den beste medisinen (migrene pasienter, slitasje lidelser), ble de oppfordret av trygdekontoret til å "være i aktivitet" (for eksempel gå til fysioterapeut) for å kunne motta rehabiliteringspenger. Ved flere anledninger har trygdekontorets saksbehandlere tatt spørsmålet om hva som kan regnes som aktivitet og behandling opp med rådgivende lege, uten at de har fått avklarende svar.

Samtidig med at tiden til rådighet for rehabiliteringspenger ble innskjerpet 1.1.04, kom det også krav om at det skulle utarbeides oppfølgingsplaner i forbindelse med rehabiliteringssaker. Da vi gjennomførte feltarbeidet i februar 2006 var det ingen av de tre trygdekontorene som hadde kommet i gang med systematisk bruk av oppfølgingsplaner. Ved et av trygdekontorene hadde de utarbeidet en mal som retningsgivende for oppfølgingsplanen, men bruk av oppfølgingsplanen var fortsatt på utprøvningsstadiet. Ved de to andre trygdekontorene ble det vist til manglende opplæring og ressurser da oppfølgingsplanene ble etterlyst. Samtlige av trygdekontorene viser til at det hadde vært en fordel dersom de kunne fått en mal og instruks for bruk fra enten fylkestyret eller Rikstrygdeverket. Å drive utviklingsarbeid lokalt krevde ressurser som de ikke hadde. I de tilfellene oppfølgingsplan var blitt utarbeidet, skjedde det ofte relativt sent i prosessen da trygdekontoret følte et ekstra behov for å få flere faste holdepunkter i forhold til videre framdrift. I et fåtall bedriftsinterne rehabiliteringssaker, ble oppfølgingsplanen utarbeidet mellom arbeidsgiver og brukeren. Surveyundersøkelsen bekrefter at oppfølgingsplaner ikke er svært utbredt, selv etter 1.1.04. Om lag 25 % av de "unge" og 20 % av de "eldre" respondentene etter regelverksendringen kunne vise til at det var utarbeidet en oppfølgingsplan mens de mottok rehabiliteringspenger.

Ifølge saksbehandlerne er målet å bli flinkere til å bli litt strengere på et tidligere tidspunkt og få brukerne raskere over i behandling. Ved trygdekontoret med flest tilfeller av rehabiliteringssaker, vises det til at antall saker på unntaksbestemmelsene er på vei nedover. Dette tilskrives at de har blitt strengere i sine vurderinger og at det nå er mer fokus på yrkesrettet atferd. Det innrømmes at de ikke har vært så nøye på at saker har gått over 52 uker, men "*vi har brukt hodet – vi har vært litt romslige*". Ved dette

trygdekontoret har de imidlertid ikke blitt strengere i forhold til de første 52 ukene.

Det er ikke uvanlig at rehabiliteringssaker ”sklir over” den maksimale tidsgrensa av rent administrative årsaker i påvente av nye dokumenter, nye uttalelser, eller i ventetiden mens søknaden om yrkesrettet attføring, tidsbegrenset uførestønad eller varig uførepensjon er til behandling.

Flere av saksbehandlerne etterlyser imidlertid noe større fleksibilitet i forhold til når man kan begynne med arbeidstrening parallelt med medisinsk behandling. Slik praksis er i dag må brukerne ha gjort seg ferdig med den medisinske behandlingen før Aetat vil ta dem i mot. Dette er noe som også er et ankepunkt blant brukerne. Vi vender tilbake til dette i kapittel 5.

### **4.3 Hvilke hensyn tas og hvilke overveielser gjøres?**

Saksgjennomgang og intervjuer gir et bestemt inntrykk av at Trygdeetatens ansatte er dyktige saksbehandlere. De kan regelverket og de sørger for at folk får det de har krav på når vilkårene er oppfylt. Erfarne saksbehandlere hjelper også medlemmer med å finne fram til og fremme søknader i forhold til andre ytelser innen folketrygden eller fra andre steder som de kan tenkes å ha krav på, for eksempel yrkesskadeerstatning og pensjoner fra andre pensjonsordninger.

Trygdeetaten har blitt svært effektive når det gjelder saksbehandlingstid. På få år har normtiden for saksbehandling i uføresaker gått ned fra åtte måneder eller mer til om lag 4,5 måneder på landsbasis. Ved enkelte trygdekontor kan dette ha sammenheng med, blant annet, at man tok i bruk såkalte serviceavtaler der man overlot til brukeren selv å skaffe nødvendig dokumentasjon i større grad. Dette har fått betydning også for varighet av rehabiliteringspengeperioden, der det har vært tilstøtt i påvente av behandling om søknad om uførestønad.

Saksbehandlerne har vanskelig for å gjenkjenne noe mønster i forhold til når man vurderer alternativer til rehabiliteringspenge. Som oftest er det trygdekontoret som tar opp spørsmålet og motivasjonen til brukeren spiller ofte inn her. En del ønsker å bli ferdig med fullført behandling før de prøver noe nytt. Har brukeren en arbeidsgiver de liker – eller en jobb de trives de – ønsker de seg oftest raskt tilbake. Har de ingen arbeidsgiver å gå tilbake til (en del ble sagt opp eller har kommet i et ”dårlig lys” på grunn av mange og lange sykefravær), ønsker de ofte å være på rehabilitering en stund. Mange brukere synes det er et stort steg å gå over på yrkesrettet attføring.

Dersom trygdekontoret vurderer at brukeren er inne i en positiv utvikling, prøver de å strekke seg langt for at vedkommende kan komme over på yrkesrettet atferd på sikt. Dette gjelder spesielt overfor unge brukere, hvor trygdekontoret er villig til å strekke seg svært langt for å unngå at brukeren havner på uføretrygd. Det vises for øvrig til at det i trygdeetaten legges vekt på å bruke handlingsrommet og å ha brukerne i fokus. Trygdekontoret bruker handlingsrommet maksimalt – spesielt hvis brukeren selv ikke ønsker uførepensjon. *”Vi er nok ikke de strieste regelryttere. Vi bruker handlingsrommet”,* sies det ved et trygdekontor. Som nevnt er det ikke mulig for saksbehandlerne å gi et klart mønster for når det er ”riktig” å gå over til andre stønadsordninger eller tilbake til arbeid. Som en saksbehandler formulerer det: *”Vurderingene som gjøres er mye finere. Vi vet at vi har med syke mennesker å gjøre. Vi må trå veldig forsiktig. Vi er veldig klar over at vi ikke er medisinere. Vi må basere oss på hva legene sier.”*

Vi fant flere eksempler blant mappene på at saksbehandlerne tar en rekke menneskelig hensyn. Kreftpasienter "med en utgang" får gå på rehabiliteringspenger livet ut, hvis de ønsker det. I et tilfelle fikk en ”eldre” bruker gå på rehabiliteringspenger i sju år sammenhengende (to av disse etter regelverksendringen) fordi det å søke uførepensjon ble ansett som et så stort nederlag for brukeren. Trygdekontoret lot han få den tiden han trengte for å modnes til å søke om uførepensjon. Først da det meste var blitt utprøvd innså brukeren at han trolig aldri ville bli bedre og varig uførepensjon ble innvilget på svært kort tid. Dette er et eksempel på en sak som trolig kunne ha vært avklart i løpet av ett år, men hvor brukeren ikke ville gi opp håpet om å komme tilbake til arbeid.

Saksbehandlerne er samstemte i at de prøver å unngå at ytelsen stoppes i påvente av uføreytelser. De ønsker ikke at familier skal stå uten penger. De er flinke til å snakke med hverandre slik at familier har inntekt hele tiden. Hvis ikke uførekontoret kan ta saken innen en til to måneder, bevilges rehabiliteringspenger for to måneder til.

#### **4.4 Etatsspesifikke praksiser, normer og verdier**

Verdiene og normene som ligger til grunn for trygdeetatens saksbehandlingspraksis kan for det første synes vanskelig å endre på. For det andre kan de synes vanskelig å kombinere med en mer proaktiv måte å arbeide på, som det til dels forutsettes med tanke på arbeidslinja generelt og spesielt med tanke på aktivitetskrav i forhold til å få folk tilbake til arbeid. Dette er blant annet fordi man, dersom man regner fra vedtaket om Lov om

Folketrygd, har en minst 40-årig tradisjon med å jobbe med forvaltning av et nasjonalt regelverk og ut fra nasjonale standarder for måter å gjøre ting på.

Et eksempel på det vi kan kalle trygdeetatens "etos" kan vi finne i et vers fra en sang som ble diktet og sunget av trygdeansatte på den tiden da Folketrygden ble vedtatt:

*"Helt fornøyd det kan ikke alle bli,  
lover, regler, rundskriv, det må vi kikke i.  
For å klare å fordele ut til alle krav,  
må vi ikke skille mellom høy og lav."  
(Sang fra Hedmark 1966)*

I dette verset er Folketrygdloven en hovedperson, med en ubestridelig autoritet når det gjelder hvordan trygdekontoret skal drive sin virksomhet. Man må både *kunne* og *følge* reglene og rundskrivene, og framfor alt; man må ikke gjøre forskjell på folk. Derfor er det også helt naturlig og logisk at ikke alle vil få det slik de ønsker. Dette viser at trygdeetaten identifiserte seg sterkt med rettstats- og forvaltingsverdier som rettferdighet, kontroll, regelstyring og likebehandling (Kvåle 2000).

En av saksbehandlerne som vi intervjuet hadde jobbet i trygdeetaten kun et års tid før regelverksendringen. Hun forteller at hun ble lært opp i den gamle måten å tenke på, men at "det er i ferd med å endre seg." Det vil si at oppfølging av den enkelte med tanke på at målet er å komme raskest mulig tilbake i arbeid er kjent og akseptert i trygdeetaten, men dette synes å være best forankret på et teoretisk plan. Man forstår at å holde på eller gjenopprette tilknytningen til arbeidslivet for den enkelte, er viktig. Det har også vært gjort organisatoriske grep enkelte steder der man har gått bort fra den tradisjonelle organiseringen og arbeidsdelingen basert på fødselsdato og gått over til å organisere arbeidet med oppfølging av sykmeldte, rehabiliteringspenger osv. i forhold til hvilken sektor og bransje medlemmene har sin arbeidsplass i. Praksis er imidlertid vanskeligere å endre, blant annet fordi det mangler virkemidler og eksplisitt opplæring. Trygdeetatens enheter og ansatte er vant med å gjøre det de får beskjed om, å lojalt følge opp og iverksette beslutninger tatt i direktorat og departement. Men uten metoder, virkemidler og ressurser er det vanskelig å "oversette" målsetninger og signaler til ny praksis lokalt. Når dette mangler, tyr man gjerne til velkjente og godt utprøvde saksbehandlingsprosedyrer. For eksempel sier et par av saksbehandlerne på spørsmål om hvorfor de ikke benytter oppfølgingsplaner for rehabilitering, at de ikke hadde ressurser til å ta tak i dette. De er heller ikke gitt noen opplæring eller fått noen standarder

i forhold til individuelle planer, noe enkelte saksbehandlere etterlyser. I et av trygdekontorene vi besøkte var man i ferd med selv å utarbeide en mal til oppfølgingsplan for rehabiliteringspengemottakere. Man er imidlertid ikke vant til å ta slike initiativ lokalt. Derfor tar det tid å komme i gang, dersom det ikke kommer utførlige veiledninger eller løsninger fra RTV/FTK.

Saksbehandlerne mener de ikke trenger nye tiltak fra departementet, men ressurser til å gjennomføre de endringer som allerede er gjort. Ressurser kan være tid og personell, men også kunnskap og kompetanse til å iverksette, til å vite hva man skal gjøre. Saksbehandlerne har ikke fått en konkret opplæring i forhold til regelverksendringen 01.01.04. En av saksbehandlerne som nå jobber med uførepensjon var på kurs i forbindelse med tidsavgrenset uførestønad og da ble også regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen kommentert. En annen har vært på kurs om rehabiliteringspengeordningen, men da ble det mest snakk om tidsavgrenset uførestønad. Flere av saksbehandlerne har deltatt på ulike kurs i motivasjonsarbeid og veiledning. Dette er fag som trygdeetaten har tilbudt sine medarbeidere i ulike varianter de siste 10-12 årene. Imidlertid kan det tenkes at denne opplæringen ikke er knyttet tilstrekkelig til konkret praksis, noe som for eksempel Lipsky (1980) mener er avgjørende for utviklingen av evnen til å gjøre bruk av slik kompetanse.

Brukerorientering i trygdeetaten er tradisjonelt å sikre individuelle rettigheter og individuell inntektssikring. Vi har sett at man også strekker seg langt når det gjelder å løse folk sine økonomiske problemer, eller i hvert fall unngå at de får økonomiske problemer. Dette er noe som de trygdetilsatte kan og som de opplever at det tross alt er mulig å gjøre noe med. Når det er komplisert og ressurskrevende å arbeide med andre tilnærminger og løsninger, blir det ofte fokus på dette framfor å finne tiltak som gjør at mennesker fortene blir uavhengig av ytelse fra trygden.

#### **4.5 Trygdeetaten er avhengig av andre aktører**

Trygdeetaten har svært få egne virkemidler i kampen mot passivisering av mennesker på rehabiliteringspenger og i arbeidet for å få tiden på rehabiliteringspenger ned. Trygdeetaten er i de fleste tilfeller avhengig av at andre aktører gjør sin jobb i tide og med god kvalitet. Trygdeetaten kunne eksempelvis tidligere kjøpe helsetjenester og de kan innvilge tidsavgrenset uførestønad, men er i forhold til disse tjenestene avhengig av andre aktører. Kjøp av helsetjenester var kun aktuelt etter at de riktige og relevante legeerklæringene og uttalelsene forelå, mens tidsavgrenset uførestønad, i likhet med varig uførepensjon, skal i prinsippet ikke nyttes før Aetat har

vurdert og utprøvd brukerens arbeidsevne. De viktigste aktørene er helsevesenet, representert ved legene, den enkeltes arbeidsgiver, Aetat og ikke minst mottakeren selv. Vi skal her gå litt nærmere inn på hvordan dette betraktes av trygdeetatens saksbehandlere og hvilket inntrykk mappeinnsynet har gitt av dette avhengighetsforholdet og de ulike aktørenes rolle.

### **Trygdekontorets forhold til legene**

Når det gjelder helsevesenet, er det legeerklæringer og kvaliteten på disse, samt ventetid på undersøkelser, spesialistuttalelser og behandlingstilbud som er det sentrale.

Saksbehandlerne trenger gode legeerklæringer og gode faglige forslag til behandling, men får ikke alltid dette. Som nevnt kan legeerklæringene, som trygdekontoret er helt avhengig av, i en del tilfeller fortone seg som "venstrehåndsarbeid". Ofte er funksjonsvurderingen for dårlig, samt at det mangler forslag til behandlingsplaner og/eller angivelse av forventet progresjon. Flere av saksbehandlerne påpekte at de ofte ikke fikk dekket sitt informasjonsbehov slik at de kunne vurdere hvorvidt vilkårene til retten til rehabiliteringspenger var oppfylt. Mappeinnsynet bekrefter at en rekke legeerklæringer er svært sparsommelig utfylt, med lite ny informasjon fra gang til gang. Et annet inntrykk fra mappeinnsynet er at legene viderefremidler brukernes forslag til behandlingsopplegg, uten å redegjøre for sin vurdering av forslaget. Vi merker oss også at behandlingsforslagene er svært standard. Legene spiller ikke på et stort repertoar av forslag, og vi våger den påstanden at det grenser opp mot det "fantasiløse". Fysikalsk behandling hos fysioterapeut og/eller timer hos psykolog var gjennomgangsforslag. Riktignok finnes det unntak, hvor legene har gjort seg flid med å fylle ut legeerklæringene og er aktive i forhold til pasienten og behandlingsforslag.

På spørsmål om hva saksbehandlerne gjør når de er misfornøyde med legeerklæringene, fikk vi til svar at de av og til tok en telefon til legen og innkalte brukeren til samtale. De få gangene saksbehandleren har tatt en telefon til legen og bedt om en mer utfyllende legeerklæring, har det blitt varierende mottatt. Saksbehandlerne synes det er vanskelig å overprøve legene, og velger heller å legge saken fram for rådgivende lege, eventuelt be om spesialisterklæring, noe som uansett skal foreligge ved 52 uker. Selv om spesialistlegen i de fleste tilfeller kjenner brukeren dårligere enn fastlegen, anses likevel spesialisterklæringen som mer verdifull fordi den er mer utfyllende og begrunner konklusjonene bedre. Mappeinnsynet bekrefter at vurderinger fra rådgivende lege og spesialistuttalelser var flittig brukt.



Ved et av trygdekontorene trekkes fram problemet med ”trygdeshopping”<sup>10</sup> dersom legene er for strenge og ikke ettergir pasientenes ønsker. Spesielt en av saksbehandlerne har sett seg lei på dette og ønsker at RTV bruker det virkemiddel de har overfor legene, nemlig å tilbakeholde (deler av) refusjonen i de tilfeller hvor jobben ikke gjøres etter retningslinjene. Det skal imidlertid sies at det kan også være mange andre grunner til at pasienter bytter leger. En av brukerne opplevde at fastlegen rett og slett ikke hadde tilstrekkelig kompetanse til å kunne hjelpe henne: ”Fastlegen min er ikke noe Gud. Andre har bedre kompetanse enn han.”

Ved et av trygdekontorene var det et spesielt anstrengt forhold mellom trygdekontoret og flere av legene på grunn av en refusjonssak. Dialogen mellom trygdekontoret og legene ble ikke ansett som god og det var få eksempler på møter hvor legene er til stede. Siden saksbehandlerne er avhengig av et godt samarbeid med legene, for å kunne ta kontakt med dem og diskutere sakene, er dette noe de mener man skulle ha ryddet opp i på et mer overordnet nivå.

### **Trygdekontorets forhold til arbeidsgiverne**

Som nevnt i kapittel 3 er kontakt med arbeidsplassen ansett som viktig for å komme raskt tilbake til arbeid. Fra surveyundersøkelsen fant vi at relativt mange oppgir at de har hatt en viss kontakt med arbeidsplassen sin mens de mottok rehabiliteringspenger og at kontakt med arbeidsplassen har vært viktig for deres *mulighet* til å komme tilbake i arbeid, selv om ikke alle har lykkes med det. I det følgende skal vi se nærmere på hva saksbehandlerne sier om deres kontakt med arbeidsgiverne og hva som kom fram av mappeinnsynet og brukerintervjuene. Hovedinntrykket er imidlertid at tilbakeføring til arbeid forutsetter at både arbeidstakeren og arbeidsgiveren må ønske det.

Dersom vi begynner med mappeinnsynet, kan vi si at i om lag halvparten av sakene kommer ansettelsesforholdet til et opphør i løpet av de første 12 månedene på rehabiliteringspenger. Det er ikke bare snakk om at arbeidsgivere går til oppsigelse, enkelte av mottakerne av rehabiliteringspenger sier selv opp sin stilling. Vi merker imidlertid ett visst skille mellom privat og offentlig sektor mht hvor lenge arbeidsgiverne er villige til å vente på at en ansatt skal komme tilbake til arbeid. Det er stort sett i privat sektor hvor ansettelsesforholdet kan fortsette på mer eller mindre ubestemt tid

---

<sup>10</sup> ”Trygdeshopping” vil si at en pasient skifter fastlege dersom pasienten opplever at legen ikke er samarbeidsvillig i forhold til eksempelvis å sykmelde eller skrive ut legeerklæringer som vil gi rett til stønader fra Folketrygden.

(riktignok uten lønn), mens i offentlig sektor er arbeidsgiver i større grad opptatt av å få avklart om stillingen kan frigis til andre.

I de 34 mappene vi fikk nærmere innsyn i, var det relativt få saker hvor vi finner indikasjoner på at arbeidsgiverne var sterkt involvert, hvis i det hele tatt. Kun to av sakene kan beskrives som bedriftsinterne rehabiliteringssaker. I den ene av disse var arbeidsgiver svært imøtekommende helt fra starten og tilrettela arbeidet på en slik måte at vedkommende ikke skulle føle seg tynget av ansvar og oppgaver. Rehabiliteringen kan beskrives som rene solskinnshistorien, hvor den ansatte økte sin arbeidstid ettersom hun opplevde at helsa stadig ble bedre. Riktignok brukte vedkommende i overkant av 52 uker med rehabiliteringspenger, men utsiktene for at hun ville gjeninntre i full stilling var hele tiden regnet for å være svært gode. I denne saken var det imidlertid ingen kontakt mellom trygdeetaten og arbeidsgiver, og kun skriftlig kontakt med brukeren. I det andre tilfellet måtte arbeidsgiver i større grad overtales til å tilby et bedriftsinternt rehabiliteringsopplegg for sin ansatt. Denne virksomheten var en IA-virksomhet og det ble lagt ett viss press på arbeidsgiver fra trygdeetaten om å tilrettelegge arbeidsoppgavene og utarbeide en oppfølgingsplan for mottakeren av rehabiliteringspenger. Arbeidsgiver etterkom disse kravene og vedkommende fikk et tilbud. Saken har ikke funnet sin endelige avklaring ennå, men trygdekontoret har hatt kontakt med både arbeidsgiveren og arbeidstakeren.

Innholdet i saksmappene indikerer at trygdekontorets saksbehandlere står noe mer på i forhold til arbeidsgiverne dersom det er snakk om en "ung" bruker, og "maser" noe mindre på arbeidsgiver dersom det er en "eldre" bruker. I en av sakene var det en "eldre" mottaker som ønsket tilbake til arbeid, men hvor arbeidsgiver ønsket at hun skulle si opp slik at de kunne frigjøre stillingen hennes til en annen. Vedkommende opplevde at hun fikk relativt lite støtte fra trygdekontoret i forhold til å "pushe" arbeidsgiver litt slik at hun kunne få beholde jobben sin.

Mappeinnsynet viser også at det er relativt lite kontakt mellom trygdekontoret og arbeidsgiverne. Ifølge saksbehandlerne har arbeidsgiverne blitt flinkere til å "tenke" tilrettelegging under sykepengeperioden og har i større grad blitt sitt ansvar bevisst, men er mindre bevisst sitt ansvar i rehabiliteringspengeperioden. Saksbehandlerne innrømmer at de også kunne ha gjort mer for å ha kontakt med arbeidsgiverne. *"Det er ikke på det området trygdekontoret har sin styrke"*, sies det. Saksbehandleren viser også til at det ikke er mangel på vilje hos mange arbeidsgivere, men det er begrenset hva arbeidsgiverne får til innenfor de rammene de har når det

gjelder økonomi og arbeidsoppgaver. Kommunene har blitt litt bedre når det gjelder oppfølging og tilrettelegging for ansatte med redusert arbeidsevne. I kommunene er det imidlertid økonomien og ikke vrangvilje, som anses som det største problemet.

### **Trygdekontorets forhold til Aetat**

Ikke alle har en jobb å gå tilbake til eller kan gå tilbake til jobben de utførte tidligere av helsemessige grunner. Aetat skal kunne bidra med å avklare brukernes arbeidsevne og bistå med arbeidstrening for dem som trenger det. Regelverket stiller også krav til at brukerne skal ha utprøvd yrkesrettet attføring før uførestønad kan vurderes, selv om dette kravet kan lempes på. I en rekke tilfeller ble attføringsløpet i regi av Aetat sett på som en ren obligatorisk attføringsløype hvor "alle" (saksbehandler, lege og brukeren selv) forventet at vedkommende ville komme tilbake til trygdeetaten for senere å søke om uførestønad.

Det er liten tvil om at overgangen fra rehabiliteringspenger til yrkesrettet attføring oppleves som et problem for flere av saksbehandlerne og brukerne. Saksbehandlere gir uttrykk for at Aetat glemmer at folk har helseproblemer og at overgangen fra rehabiliteringspenger til Aetat blir for brå. Både saksbehandlerne og brukerne etterlyser en mer glidende overgang mellom behandling og arbeidstrening, og saksbehandlerne ved trygdekontoret håper de kan følge brukerne lengre når NAV-reformen kommer på plass.

Ved et av trygdekontorene kritiseres Aetat også for hvordan arbeidsavklaringen gjennomføres. Denne tjenesten er satt ut til en underleverandør som igjen kritiseres for å ha et for lite variert tilbud og som ikke har forutsetninger for å kunne avklare eller evaluere personer med noe utdanning: "*Å sitte og skru på noen benker er ikke særlig tilfredsstillende*". Saksbehandlerne ved dette trygdekontoret forstår godt at brukerne blir både forbanna og frustrerte. Flere saksbehandlere mener også at det ofte er for strenge krav til full arbeidstid i avklaringsprogrammene. Da blir gjerne konklusjonen at det ikke er noen arbeidsevne eller jobber man kan klare, mens utfallet ville ha vært et annet dersom også arbeidstiden kunne ha vært tilpasset. Saksbehandleren mener også at avklaringsoppleggene ofte sykeliggjør brukerne og at det er for mye fokus på det de ikke kan klare.

Som nevnt tidligere er trygdekontorets kontakt med Aetat stort sett skriftlig, både ved oversending av saken fra trygdekontoret til Aetat, og når saken eventuelt kommer i retur. Når saken kommer i retur pleier Aetat å gjøre kort rede for hva vedkommende har prøvd ut og hvilken arbeidsevne vedkommende vurderes å ha.

## 4.6 Brukernes vurderinger av trygdeetatens oppfølging

I det foregående har vi sett på trygdeetatens oppfølging i forbindelse med rehabiliteringssaker primært fra trygdekontorenes ståsted. I det følgende skal vi se nærmere på hva brukerne mener. Vi vil basere presentasjonen på to datakilder, nemlig surveyundersøkelsen og brukerintervjuene. I spørreskjemaet var det tatt med spørsmål om hvem de har mottatt råd og veiledning fra og om de er fornøyd med den oppfølgingen de har mottatt fra trygdeetaten. Brukerne som ble intervjuet ble også spurt om hvordan de opplevde møtet med trygdeetaten, om de var fornøyd med etaten, og om trygdekontoret kunne ha gjort noe annerledes for å hjelpe dem.

### 4.6.1 Brukernes kontakt med trygdeetaten

Det er en viss forskjell mellom de "unge" og de "eldre" i forhold til om de har mottatt råd eller veiledning i forbindelse med sin rehabilitering. I overkant av 60 % av de "unge" respondentene i surveyundersøkelsen oppgir at de har mottatt råd eller veiledning mens de mottok rehabiliteringspenger, mens mellom 50 og 60 % av de "eldre" har mottatt slike råd. I spørreskjemaet var det spesifisert at det var snakk om råd i forbindelse med rehabiliteringen, eksempelvis råd vedrørende behandlingstilbud, alternative trygde- og stønadsordninger, og muligheter til å komme tilbake i arbeid.

Både blant de "unge" og "eldre" er det fastlegen som oftest har gitt råd. Av tabell 4.1 ser man kontaktmønsteret for de "unge" før og etter regelverksendringen. Som vi allerede har vært inne på tidligere i dette kapitlet, har brukerne mer kontakt med sine leger, enn trygdekontoret. Dette er ikke så unaturlig siden helse er en rimelig sentral faktor for dem som mottar rehabiliteringspenger. Vi kan imidlertid merke oss at legene spiller en noe "større" rolle etter regelendringen i forhold til å gi råd, relativt til før, og at trygdeetatens rolle har gått noe tilbake. Tabellen sier imidlertid ingenting om hvor hyppige kontaktflatene har vært, eller hvilken betydning rådene har hatt for rehabiliteringsprosessen for øvrig. I lys av intervjuene med saksbehandlerne og mappeinnsynet, kan vi imidlertid si at legenes råd veier relativt tungt blant brukerne. Som en av saksbehandlerne uttrykte det: *"Det er vanskelig for trygdefunksjonæren å få folk fra å søke uføretrygd når legen har sagt at det bør man gjøre"*.

Dersom vi ser nærmere på dem som sier at de har mottatt råd fra trygdekontoret, hva har de så mottatt råd om? Tabell 4.2 gir en oversikt. Fra tabellen kan vi si at flere blant de "unge" mottar råd rettet mot "aktivitet" etter regelendringen. Andelen som mottar råd om hvordan søke uføreytelse har gått ned med nesten sju prosentpoeng, mens det har vært en økning i råd

vedrørende behandlingstilbud, mestring av helsa og kontakt med arbeidsplassen. Det er en lavere andel blant de "eldre" som mottar råd rettet mot "aktivitet" sammenlignet med de "unge" (tabell ikke vist). Totalt sett tyder dette på at trygdekontoret har endret fokus noe i hva de gir råd til brukerne om.

Tabell 4.1 *Hvem mottok du råd og veiledning fra? De "unge". Flere avkryssninger er mulig. Antall og andel*

	Før		Etter	
	Antall	Andel*	Antall	Andel*
(Tidligere) kollegaer	17	5,9	10	3,5
(Tidligere) arbeidsgiver	26	9,0	24	8,4
Saksbehandler ved trygdekontoret	116	40,0	101	35,3
Fastlegen	136	46,9	148	51,7
Spesialistlegen	77	26,5	96	33,6
Nærmeste familie/vennekrets	60	20,7	55	19,2
Totalt	432		434	
N	290		286	

\* Andel er regnet ut fra N.

Tabell 4.2 *Hva mottok du råd og veiledning om fra trygdekontoret? De "unge". Flere avkryssninger er mulig. Antall og andel*

	Før		Etter	
	Antall	Andel*	Antall	Andel*
Behandlingstilbud	67	57,7	66	65,3
Hvordan søke yrkesrettet attføring	60	51,7	51	50,5
Hvordan søke uføreytelse	40	34,5	28	27,7
Mestring av helsa	51	44,0	50	49,5
Kontakt med arbeidsplassen	17	14,6	21	20,8
Hvordan komme tilbake i arbeid	43	37,1	47	46,5
Annet	5	4,3	4	4,0
Totalt	283		267	
N	116		101	

\* Andel er regnet ut fra N.

#### 4.6.2 Hvor tilfreds er brukerne med trygdeetatens saksbehandling?

Dette er en problemstilling som er dekket både i surveyundersøkelsen og i brukerintervjuene. Dersom vi tar for oss brukerintervjuene først, kan vi summarisk si at de aller fleste var tilfreds med trygdeetatens saksbehandling. Som nevnt før, var trygdeetaten relativt anonym for en rekke av brukerinformantene – selv om de hadde mottatt rehabiliteringspenger i mange år. I den grad brukerne var mindre tilfreds med noe, var det regelverket og stønadsnivået de var misfornøyd med – og ikke saksbehandlingen eller trygdekontoret som sådann. Det var en generell oppfatning om at saksbehandlerne gjorde så godt de kunne, gitt de rammene de jobbet innenfor. I den grad frustrasjon ble "luftet" under intervjuene, var

det mer rettet mot "systemet", enn saksbehandlerne og kontakten med dem. Som nevnt tidligere, var det regelverket knyttet til kravet om utprøving av attføring som skapte mye harme blant brukerinformantene, samt manglende støtte til alternative behandlingstilbud. Flere brukerinformanter påpekte at det kun er skolemedisinen som har en refusjonsordning med RTV og det legger klare føringer på hva de kan tillate seg å prøve behandlingmessig. Mange av brukerne har ikke økonomi til å betale for alternative behandlingsmetoder av egen lomme, og opplever seg derfor som "offer" for refusjonsordningen. Selv om flere påpeker at alternativ behandling ikke ville ha garantert dem en bedre helse, hadde de hatt interesse av å prøve det ut. Et fåtall av brukerinformantene kunne også vise til at de ikke fikk gjennomført den behandlingen (innen skolemedisinen) som de skulle ha hatt, fordi de ikke fikk tilstrekkelig økonomisk støtte til det. Dette kommer vi mer tilbake til i kapittel 5.

Går vi til spørreundersøkelsen, finner vi at blant de "unge" er flere totalt sett fornøyd enn misfornøyd med oppfølgingen de fikk fra trygdeetaten, jf tabell 4.3. Den største gruppen er dem som er verken fornøyd eller misfornøyd. Av tabellen kan vi også se at respondentene fra etter regelendringen er litt mer fornøyd enn dem fra før regelendringen, men riktignok er spredningen i svarene også noe større for den førstnevnte gruppen.

Tabell 4.3 Totalt sett hvor fornøyd er du med oppfølgingen du fikk i forbindelse med din rehabilitering? De "unge" Antall og andel

	Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel
+ 3 Svært godt fornøyd	33	11,4	43	15,0
+ 2	47	16,2	38	13,3
+ 1	33	11,4	35	12,2
0 Både og	75	25,9	68	23,8
- 1	22	7,6	22	7,7
- 2	18	6,2	25	8,7
- 3 Svært lite fornøyd	39	16,9	46	16,1
Ukjent	13	4,5	9	3,1
Totalt		100,1		99,9
Mean (gj.snittsverdi)	1,08		1,11	
Standardavvik	1,952		2,002	
N	290		286	

I spørreundersøkelsen var det anledning for brukerne å gi kommentarer. Som nevnt i kapittel 2 var det svært mange som benyttet seg av det. I kommentarspalten fant vi både ris og ros til trygdeetaten. Her er et lite knippe:

*"Noe jeg husker godt er den fantastiske saksbehandleren jeg hadde ved trydekontoret. I en tid da jeg ikke selv greide å tenke, førte han*

saken for meg på en fantastisk måte.” Kvinne, 50 år med mental lidelse.

”Jeg opplevde at trygdeetaten brukte sin mulighet til utøvelse av skjønn til mitt beste. Fulgte forelesninger ved universitetet som gav meg påfyll og informasjon, som igjen førte til at jeg tok flere eksamener, besto og fikk tro på yteevne og mestring...” Kvinne, 56 år, utbrent.

”Det mest avgjørende for meg var at saksbehandler ved trygdekontoret ga meg mulighet for rehabiliteringspenger utover 12 måneder, da jeg fikk mulighet for å gå inn i en avtale med arbeidsgiver om aktiv sykmelding. Den jobbtreeningen jeg da fikk, samt at jeg over tid kunne bevise for arbeidsgiver at arbeidsevnen i yrket var vedvarende, gjorde at jeg nå har jobbet 8 måneder 100 % uten en fraværsdag. All honnør til mitt trygdekontor for tillit og tålmodighet!”. Mann, 61 år med hjerte- og karsykdom.

”Trygdesystemet i Norge er (unnskyld uttrykket) en vits! Jeg er 38 år uten familie og null nettverk rundt meg. Jeg sliter med depresjon og sosial angst og får kun hånsord fra trygdekontoret. Jeg er uføretrygdet nå, men får fortsatt ingen oppfølging. Er det noe galt med trygdekontoret her i xxx? Eller er det slik i hele landet? Kvinne, 38 år med depresjon/sosial angst.

”Trygdeetaten bør tro på klienten og klientens lege og ikke henge seg opp i når folk er født. At noen kan ønske å gå uføretrygdet har jeg vondt for å tro. Ingen jobb kan være hardere enn jobben å overbevise ett trygdekontor om at en virkelig er syk. Denne kampen gjør en enda sykere og påfører folk nerver og psykiske problemer.” Kvinne, 37 år med muskel- og skjelettlidelse.

”Jeg går nå på yrkesrettet attføring samt at jeg jobber 30 %. Dette er en jobb jeg har ordnet selv. Jeg synes at jeg får veldig lite oppfølging av Aetat, og når jeg henvender meg dit er de stort sett veldig arrogante. Det er en holdning jeg møtte på trygdekontoret også, og som gjør at jeg kvier meg veldig for å oppsøke dem i det hele tatt. Jeg føler at jeg må bevise dem at jeg ønsker å arbeide, selv om jeg har arbeidet stort sett hele tiden, bare i mindre grad enn før. Jeg vet at dette er noe mange andre opplever, man blir mistenkeliggjort i forhold til sine helseplager. Man er ikke unnsaluntrere selv om man blir syk, og det må de ansatte i Aetat og

*trygdekontor ha forståelse for...*". Kvinne, 44 år med muskel- og skjelettlidelse.

I kommentarspalten til spørreskjemaet finner vi også flere kommentarer som retter seg mot regelverket og "systemet". Som nevnt over, er misnøyen med regelverket også noe som kom fram under brukerintervjuene. Fra kommentarspalten har vi sakset denne kommentaren:

*"Jeg stiller meg uforstående til ressursbruken ved Aetat. Når spesialist og fastlegen mener at jeg ikke er arbeidsfør grunnet helsen min – går jeg likevel over 6 måneder for å utprøve restarbeidsevnen. Også min kontakt ved xxx – hvor jeg var til utprøving – så fort utfallet. (...) Bruk heller ressursene på unge mennesker. Det burde vært litt mer fokusert på enkeltmenneske angående helse, alder og hva fastlegen sier."* Kvinne, 60 år med sammensatt sykdom.

Drøyt halvparten av respondentene er nokså eller svært enige i at de fikk god informasjon fra trygdekontoret. Det er lite forskjell i svargivningen før og etter regelendringen knyttet til begge disse spørsmålene. Dette stemmer godt med funn i feltarbeidet som i stor grad viser at trygdeetaten alt i alt jobber som før: "Business as usual".

I tabell 4.4 belyses spørsmålet om hvorvidt saksbehandleren påvirket respondenten til å endre sine ønsker om behandling. Vi legger merke til at dette gjøres i svært liten grad både før og etter regelendringen. Dette resultatet støttes av funn fra feltarbeidet som vitner om at brukeren i mange tilfeller "styrer løpet selv". Saksbehandlerne lar seg i høy grad lede av brukernes ønsker. Dels fordi de mangler medisinsk kompetanse, noe som gjør at de må følge legenes anbefalinger, og fordi de legger vekt på å bygge opp under brukernes motivasjon og således ønsker langt på vei å støtte brukeren på en positiv måte. Resultatene tyder ikke på at tidsbegrensningen har endret praksis i så måte.



Tabell 4.4 I hvilken grad er du enig i følgende utsagn: *Saksbehandleren påvirket meg til å endre mine ønsker om behandling.* De "unge". Antall og andel

	Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	9	3,1	8	2,8
Nokså enig	13	4,5	8	2,8
Verken/eller	65	22,4	60	21,0
Nokså uenig	34	11,7	41	14,3
Svært uenig	129	44,5	134	46,9
Ubesvart	40	13,8	35	12,2
Totalt		100,0		100,0
Gjennomsnittsverdi (mean)	1,96		1,86	
Standardavvik	1,145		1,083	
N	290		286	

#### 4.7 Oppsummering

Denne evalueringen av rehabiliteringspengeordningen kan bekrefte at trygdeetatens saksbehandlere er dyktige, hurtige og nøyaktige forvaltere av lover og regler og av verdiene og normene om ivaretagelse av individuelle rettigheter og individuell inntektssikring i forhold til disse reglene når vilkårene er oppfylt. Kompleksiteten i systemet, med mange aktører med ulike mål, interesser og praksiser, og manglende virkemidler gjør at en regelverksendring som vi har sett nærmere på, ikke får de helt store utslagene. Hovedbildet er ingen radikal endring i trygdeetatens oppfølging og praksis med hensyn til rehabiliteringssaker.

Uten en uttalt støtte til en mer proaktiv oppfølging av enkeltbrukere i form av verktøy og virkemidler, blir det fort "business as usual", og det går seint å endre praksis. I et av trygdekontorene vi besøkte var man i ferd med å utarbeide en mal til oppfølgingsplan for rehabiliteringspengemottakere. Man er imidlertid ikke vant til å ta slike initiativ lokalt, blant annet fordi man har en 100-årig tradisjon med å jobbe med forvaltning av et nasjonalt regelverk og ut fra at nasjonale standarder skal sikre likebehandling (se for eksempel Kvåle 2000). Det tar derfor tid å komme i gang, dersom det ikke kommer utførlige veiledninger eller løsninger fra RTV/FTK. Brukerorientering i trygdeetaten er tradisjonelt å sikre individuelle rettigheter og individuell inntektssikring. Når det er komplisert og ressurskrevende å arbeide med andre tilnærminger og løsninger blir det ofte fokus på dette.

At vi ikke finner de "store" endringene i praksis hos trygdeetaten etter regelverksendringen kan også dels forklares med saksbehandlerens holdning til selve reformen. Ikke alle så nytteverdien i den, og det var en generell oppfatning at man kan ikke fra politisk hold vedta raskere helsebedring. Det

vil ta den tiden det tar. I tillegg oppleves det som uheldig at denne reformen kom parallelt med innføringen av tidsbegrenset uførestønad.

Det er fortsatt skriftlighet som preger kontaktmønsteret mellom trygdekontoret og de sentrale aktørene. Trygdeetaten er avhengig av andre aktører for å kunne gjøre sin jobb, og er spesielt avhengig av legene og deres legeerklæringer for å kunne vurdere hvorvidt vilkårene for rehabiliteringspenger er oppfylt. Dataene indikerer at brukeren har et større kontaktmønster med sin lege, enn med trygdekontoret, og legene blir ofte budbringere for brukernes vurderinger og ønsker overfor trygdekontoret. Tatt i betraktning hvor mange ulike diagnoser og sykdomsbilder som kommer fram i mappeinnsynet, er det tankevekkende at legenes repertoar over behandlingsforslag er så begrenset. Fysikalsk behandling eller samtaler hos psykolog er de to behandlingsforslagene som går oftest igjen. Dataene indikerer også at legenes råd og veiledning om alternativer til rehabiliteringspenger veier tungt hos brukerne.

Overgangen til Aetat oppleves som ”vanskelig” av både saksbehandlere og brukere. Ved flere anledninger fikk vi høre at ”Aetat glemmer at folk har helseproblemer”. Flere etterlyser en smidigere overgang fra behandling (trygdeetaten) til arbeidstrening (Aetat).

Stort er brukerne tilfreds med trygdeetatens saksbehandlere og saksbehandling, men en rekke er mindre fornøyd med ”systemet”, det vil si regelverket som trygdeetaten er satt til å forvalte. Kritikken retter seg spesielt mot kravet om at yrkesrettet attføring skal være utprøvd før man kan søke om en uføreytelse.

## 5 Brukernes motivasjon for å komme tilbake i arbeid

Trygdedes motivasjon for å komme tilbake til arbeid står sentralt i velferdspolitikken arbeidslinje. Motivasjonsfaktorer som selvrealisering og sosial inkludering anses som menneskelige behov og kulturelle verdier som stikker dypt, og som ligger implisitt i arbeidslinja og Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Samtidig tas det også for gitt, i både folkelige og faglige debatter, at økonomiske fordeler ved lønnsarbeid er en avgjørende drivkraft for den enkeltes tilbøyelighet til å ønske å arbeide. I evalueringen av *Uføre tilbake til arbeid* fant vi imidlertid at motivasjonen for å komme tilbake til arbeid ikke kunne forstås endimensjonalt (Olsen m.fl. 2005): Det er ikke slik at det er en faktor alene som er bestemmende for interessen til å arbeide eller ikke. Fra ovennevnte evaluering er det mye som tyder på at det ikke primært er et ønske om en bedre økonomi som er den viktigste drivkraften for hvorfor uførepensjonister ønsker tilbake til arbeid. Men det er ikke det samme som å si at økonomiske hensyn ikke spiller en rolle. Motivasjon er kontekstavhengig (Berglind & Gerner 2002), og vi konkluderte med at det er fullt mulig å være motivert for å arbeide, men ikke å være motivert for å miste sikkerhetsnettet og tryggheten uførepensjonen representerer (Olsen m.fl. 2005).

I intervjuene med saksbehandlerne ved trygdekontorene ble det gitt uttrykk for at brukernes motivasjon er viktig for en vellykket rehabilitering. I kapittel 3 så vi også at brukerne som i dag har inntektsgivende arbeid, tillegger deres egen motivasjon avgjørende betydning for at de er i arbeid (jf tabell 3.10). I dette kapitlet skal vi derfor se nærmere på mottakere av rehabiliteringspenger og deres motivasjon til å komme tilbake i arbeid. Hvor mange er det som oppgir at de var motivert for å komme tilbake til arbeid, hva er det som påvirker brukernes motivasjon under rehabiliteringsprosessen, og har møtet med trygdeetaten noe å si for brukernes motivasjon for å komme tilbake i arbeid? Avslutningsvis tar vi opp spørsmålet om hvor viktig det er for brukerne å være yrkesaktiv, selv om de skulle være sikret inntektsmessig fra andre kilder. Datagrunnlaget i dette kapitlet er både spørreundersøkelsen og brukerintervjuene.

## 5.1 Motiver for å søke rehabiliteringspenger

Selv om vi ikke tror at regelverksendringen har betydning for *hvorfor* personer søker om rehabiliteringspenger, har vi i spørreundersøkelsen likevel tatt med et spørsmål om hva som er viktige beveggrunner for at mottakerne har søkt om rehabiliteringspenger. I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å ta stilling til hvor stor betydning følgende forhold hadde for deres søknad om rehabiliteringspenger:

- Jeg hadde behov for inntekter etter sykepengene opphørte
- Jeg ønsket å få avklart hvor mye arbeidsevne jeg hadde
- Jeg ønsket å søke om uføreytelse
- Jeg ønsket å komme tilbake i arbeid

For hvert av de fire utsagnene over, ble respondentene bedt om å ta stilling til om forholdet var av svært stor betydning, nokså stor betydning, verken/eller, nokså liten betydning eller svært liten betydning. Som nevnt forventet vi ikke å finne markante forskjeller før og etter regelverksendringen, noe vi heller ikke gjorde, bortsett fra i ett tilfelle: Blant de ”unge” finner vi en statistisk signifikant forskjell på 0,05-nivå i forhold til utsagnet ”Jeg ønsket å få avklart hvor mye arbeidsevne jeg hadde”. Det er respondentene etter regelverksendringen som i mindre grad tillegger denne faktoren betydning, relativt til kontrollgruppa. Vi kan ikke foreslå noen naturlige forklaringer på hvorfor dette skulle være.

Av tabell 5.1 kan vi se at både de ”unge” og ”eldre” oppgir at behovet for inntekter etter sykepengene opphørte var svært viktig for deres søknad om rehabiliteringspenger. Inntektssikringen synes å spille en noe mer avgjørende rolle for de ”unge”, relativt til de ”eldre”. I brukerintervjuene ble informantene bedt om å si noe om hvorfor de hadde søkt om rehabiliteringspenger. Det store flertallet ga til svar at de hadde behov for en inntekt etter sykepengeperioden løp ut. En del supplerte med at de også ønsket å komme tilbake i arbeid. Svært få vurderte andre alternativer på det tidspunktet. Det var stort sett legen eller trygdekontoret som foreslo at de skulle søke rehabiliteringspenger, og en del var så syke på det tidspunktet og at de knapt nok var i stand til å vurdere andre alternativer.

For begge gruppene i spørreundersøkelsen scorer ønsket om å komme tilbake i arbeid nest høyest, og igjen er det de ”unge” som scorer høyest. For begge gruppene kan vi også merke oss at det er en viss økning i andelen som oppgir at de ønsket å komme tilbake i arbeid, og en viss tilbakegang i

andelen som ønsket å søke om uføreytelse. Riktignok svarer en større andel av de "eldre" at de hadde et ønske om uføreytelse allerede den gang de søkte om rehabiliteringspenger, men denne andelen utgjør ikke mer enn om lag en fjerdedel av de "eldre".

Tabell 5.1 Andel som svarte "svært stor betydning" og gjennomsnittsverdien (mean) for fire ulike forhold knyttet til søknaden om rehabiliteringspenger, fordelt på de "unge" og de "eldre".

		Svært stor betydning (andel)		Gjennomsnittsverdi (mean) <sup>1)</sup>	
		Før	Etter	Før	Etter
De unge	Jeg hadde behov for inntekter etter sykepengene opphørte	82,4	81,8	4,73	4,79
	Jeg ønsket å få avklart hvor mye arbeidsevne jeg hadde	53,1	44,8	4,21 <sup>2)</sup>	3,98 <sup>2)</sup>
	Jeg ønsket å søke om uføreytelse	16,6	13,3	2,62	2,46
	Jeg ønsket å komme tilbake i arbeid	63,8	64,7	4,41	4,45
De eldre	Jeg hadde behov for inntekter etter sykepengene opphørte	71,4	61,7	4,72	4,58
	Jeg ønsket å få avklart hvor mye arbeidsevne jeg hadde	38,4	36,5	4,13	3,88
	Jeg ønsket å søke om uføreytelse	28,6	22,6	3,63	3,27
	Jeg ønsket å komme tilbake i arbeid	44,6	46,1	4,06	4,20

1) Gjennomsnittsverdien er basert på følgende verdier: 5=Svært stor betydning, 4=Nokså stor betydning, 3=Verken/eller, 2=Nokså liten betydning, og 1=Svært liten betydning.

2) Statistisk signifikant forskjell på 0,04-nivå.

Et trolig mer interessant spørsmål er om det er en sammenheng mellom respondentenes motiv for å søke rehabiliteringspenger og hvordan det gikk med dem i ettertid: Er det slik at brukerne som ønsket å komme tilbake til arbeid – faktisk har greid det, mens brukerne som ønsket i utgangspunktet å søke om uføreytelse - også har fått sitt "ønske" oppfylt? Siden brukerne selv vektlegger egen motivasjon som en suksessfaktor for tilbakevending til arbeid, er det rimelig å forvente en slik sammenheng. Ifølge våre data finner vi imidlertid ikke en slik statistisk sammenheng<sup>11</sup>. Riktignok er det en større andel blant dem som oppga ønsket om å komme tilbake i arbeid som motiv for å søke rehabiliteringspenger, som er aktivisert – relativt til dem som ikke er aktivisert. Tilsvarende er det en større andel blant dem som oppga at de ønsket å søke uføreytelse da de først begynte å motta rehabiliteringspenger – som nå er passifisert. Men korrelasjonskoeffisientene for disse variablene er ikke særlig sterke.

<sup>11</sup> Ved å benytte Spearmans korrelasjonskoeffisient fant vi ingen klare samvariasjoner.

## 5.2 Motivasjon for å komme tilbake i arbeid

Spørreskjemaet inneholdt et spørsmål om respondentene var motivert for å komme tilbake til arbeid da de begynte å motta rehabiliteringspenger. Av tabell 5.2 kan vi se at om lag 3 av 4 var motivert for å komme tilbake i arbeid, og at det ikke er vesentlige forskjeller mellom gruppene. Det er faktisk de ”eldre” etter regelverksendringen som oppgir hyppigst at de var motivert for å komme tilbake til arbeid da de begynte på rehabiliteringspenger.

Tabell 5.2 Var du motivert for å komme tilbake til arbeid da du begynte å motta rehabiliteringspenger? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	219	75,5	214	74,8	83	74,1	91	79,1
Nei	64	22,1	68	23,8	27	24,1	19	16,5
Ubesvart	7	2,4	4	1,4	2	1,8	5	4,3
N/Totalt	290	100,0	286	100,0	112	100,0	115	99,9

Et sentralt spørsmål i denne evalueringen er om interessen for å komme tilbake i arbeid ble endret mens de mottok rehabiliteringspenger – og i så fall ble interessen større eller mindre – og hva er det som påvirket denne interessen? Det er til disse spørsmålene vi nå skal vende.

For de ”unge” kan vi si at om lag en av tre endret sin interesse for å komme tilbake til arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger. Forskjellen før og etter regelverksendringen for de ”unge” er på om lag fem prosentpoeng. Før regelverksendringen lå de ”eldre” på omtrent det samme nivået som de ”unge”, men etter regelverksendringen har andelen som har endret sin interesse for å komme tilbake til arbeid gått ned med over ti prosentpoeng – en markert nedgang. I tabell 5.4 ser vi om endringene har gått i retning av større eller mindre interesse for å komme tilbake i arbeid.

Tabell 5.3 Ble din interesse for å komme tilbake i arbeid endret mens du mottok rehabiliteringspenger? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	111	38,3	95	33,2	39	34,8	27	23,5
Nei	167	57,6	187	65,4	68	60,7	78	67,8
Ubesvart	12	4,1	4	1,4	5	4,5	10	8,7
N/Totalt	290	100,0	286	100,0	112	100,0	115	100,0

Av tabell 5.4 kan vi se at blant dem som endret sin interesse for å komme tilbake i arbeid, ble et flertall blant de ”unge” mer interessert i å komme tilbake til arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger, og at denne andelen har økt med nærmere seks prosentpoeng. Det er også et knapt flertall blant de ”eldre” som endret interesse i retning av større interesse for å komme tilbake i arbeid. Totalt sett kan vi si at i lys av at mange i utgangspunktet er motivert for å komme tilbake i arbeid (jf tabell 5.2) – og at flertallet av dem som endrer interesse faktisk øker sin interesse for å komme tilbake i arbeid – er det positive resultater sett ut fra arbeidslinjas målsetting.

Tabell 5.4 Dersom din interesse endret seg, ble du i større eller i mindre grad interessert i å komme tilbake i arbeid? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Større grad	59	53,1	56	58,9	14	35,9	8	29,6
Mindre grad	50	45,0	33	34,7	21	53,8	14	51,8
Ubesvart	2	1,8	6	6,3	4	10,2	5	18,5
N/Totalt	111	99,9	95	99,9	39	99,9	27	99,9

Ser vi nærmere på hva som har fått enkelte til å øke sin interesse for å komme tilbake i arbeid, er svarene gitt i tabell 5.5. Grovt sett kan vi si at helsebedring og økt tro på at de kan mestre en jobb, etterfulgt av veiledning/råd fra legen og økonomiske vurderinger, er det som peker seg mest ut. Det er imidlertid verdt å merke seg at veiledningen/rådene fra legene vurderes oftere som mer vesentlig for å øke interessen, enn veiledningen/rådene brukerne mottar fra trygdekontoret. Dette samsvarer bra med kontaktmønsteret vi fant i saksmappene og hva brukerne selv oppgir i brukerintervjuene.

Tabell 5.5 Hva gjorde at din interesse for å komme tilbake i arbeid ble større? Det var mulig å krysse av på mer enn et svaralternativ. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel*	Antall	Andel*	Antall	Andel*	Antall	Andel*
Info. jeg mottok fra tk	8	13,5	7	12,5	2	14,3	2	25,0
Veiledningen/rådene jeg mottok fra tk	6	10,2	8	14,3	2	14,3	2	25,0
Veiledning/råd jeg mottok fra min lege	23	39,0	21	37,5	6	42,8	5	62,5
Øk. vurderinger	22	37,3	16	28,6	3	21,4	3	37,5
Bedret helse	24	40,7	35	62,5	6	42,8	5	62,5
Interessen utvist av min arbeidsgiver	11	18,6	13	23,2	2	14,3	3	37,5
Utsiktene til å få jobb bedret seg	4	6,8	6	10,7	1	7,1	2	25,0
Fikk økt tro på at jeg kunne mestre en jobb	27	45,8	35	62,5	4	28,6	4	50,0
Erfaringene med å leve av rehab.penger gjorde meg mer motivert til å komme i arbeid og tjene penger	19	32,2	17	30,3	4	28,6	1	12,5
Annet	11	18,6	7	12,5	-	-	2	25,0
Totalt	155		165		30		29	
N	59		56		14		8	

\* Andel av N.

Ser vi på forskjeller mellom gruppene, kan vi si at respondentene etter regelverksendringen i større grad vektlegger egen helsebedring, sammenlignet med respondentene før regelverksendringen. Riktignok er antall respondenter, spesielt blant de "eldre" ikke stor, noe som gjør dataene noe usikre og vi bør ikke tolke alt for mye inn i variasjonene.

Blant dem som oppga at deres interesse for å komme tilbake i arbeid ble *mindre* mens de mottok rehabiliteringspenger, oppgir samtlige fire grupper at dette først og fremst kan tilskrives at deres helse endret seg til det verre, etterfulgt av at de tror at presset i arbeidslivet er så stort at de ikke de vil takle det, og at veiledningen/rådene de har mottatt fra sin lege har gjort dem mindre interessert, jf tabell 5.6.



Tabell 5.6 *Hva gjorde at din interesse for å komme tilbake i arbeid ble mindre?* Det var mulig å krysse av på mer enn et svaralternativ. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel*	Antall	Andel*	Antall	Andel*	Antall	Andel*
Info. jeg mottok fra tk	4	8,0	2	6,1	1	4,8	-	-
Veiledningen/rådene jeg mottok fra tk	6	12,0	2	6,1	1	4,8	-	-
Veiledning/råd jeg mottok fra min lege	11	22,0	7	21,2	8	38,1	5	35,7
Øk. vurderinger	1	2,0	2	6,1	-	-	-	-
Helseforverring	43	86,0	19	57,6	13	61,9	14	100,0
Utsiktene til å få jobb var dårlige	7	14,0	3	9,1	6	28,6	1	7,1
Presset i arbeidslivet er så stort at jeg tror ikke jeg vil takle det	12	24,0	11	33,3	7	33,3	5	35,7
Følte meg ikke velkommen tilbake til jobben	3	6,0	7	21,2	5	23,8	2	14,3
Erfaringene med å leve av rehab.penger var ikke så ille som først antatt	1	2,0	1	3,0	2	9,5	-	-
Annet	8	16,0	6	18,2	1	4,8	1	7,1
Totalt	96		60		44		28	
N	50		33		21		14	

\* Andel av N.

### Oppsummering

Totalt sett kan vi si at relativt mange (tre av fire) oppgir at de var motivert for å komme tilbake i arbeid da de søkte om rehabiliteringspenger første gang. Videre fant vi at om lag en av tre endret sin interesse for å komme tilbake i arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger. Vi finner imidlertid forskjeller mellom de "unge" og de "eldre" mht i hvilken retning interessen endret seg. Mens et flertall av de "unge" ble mer interessert i å komme tilbake i arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger, ble et flertall av de "eldre" mindre interessert. Det er primært tre faktorer som peker seg ut i forhold til endringer i interessen for å komme tilbake til arbeid:

- Endringer i brukernes helse
- Synet på arbeidslivets krav og tro på en egen mestringsevne i arbeidslivet, og
- Legenes råd og veiledning.

Dersom opplevd helse har bedret seg, har også interessen for å komme tilbake i arbeid økt, og omvendt. Det var mulig å krysse av på mer enn et svaralternativ, og mange har også oppgitt at tro på egen mestringsevne relativt til arbeidslivets krav også har vært med på å påvirke deres interesse, samt legenes råd og veiledning.

En av respondentene i spørreundersøkelsen benyttet kommentarspalten til å utdype sitt syn på arbeidslivet og hvordan de demotiverte i forhold til videre arbeidsinnsats:

*”Jeg tror at mange flere kunne fortsette i jobben dersom de hadde følt seg trygge og akseptert på arbeidsplassen. Mange jobber seg i hjel og orker ikke lenger fordi de hele tiden må bevise for arbeidskollegaer at de er verdt noe. Selv da blir de ikke akseptert. Tonen og miljøet på mange arbeidsplasser er blitt for hardt for mange mennesker, noe som gjør at vi får fysiske så vel som psykiske sykdommer. Dette sammen med det store arbeidspresset og tidspresset gjør at mange faller av lasset og må slutte å jobbe for i det hele tatt å ha noe liv.” Kvinne, 59 år med muskel- og skjelettsykdom.*

### **5.3 Trygdekontorets saksbehandling og endring av brukernes motivasjon**

Et spørsmål som går igjen i trygdeetaten er hvordan brukerne opplever møtet med dem og om møtet med etaten har bidratt til å motivere dem til å komme tilbake i arbeid. Hvordan brukerne har opplevd møtet med trygdeetaten har vi redegjort for i kapittel 4. Her skal vi se nærmere på om møtet med trygdeetaten har hatt betydning for deres motivasjon. I løpet av de siste årene har man i økende grad lagt vekt på at brukerne skal være aktive i forhold til sin egen rehabiliteringsprosess. I trygdeetaten bruker man begreper som økt brukermedvirkning, mens i Aetat går dette tankesettet under betegnelsen aktørmodellen: Det er brukeren som skal være den sentrale aktøren og som skal ta ansvar for sin egen rehabilitering, enten det er medisinsk eller yrkesrettet rehabilitering, og at dette vil igjen virke inn på brukers motivasjon til å gjennomføre det man har satt seg fore. Vi har tatt med noen få spørsmål i spørreundersøkelsen basert på tankegodset fra aktørmodellen for å se om denne brukergruppen blir motivert av blant annet ansvaret som blir pålagt dem og at det stilles krav til dem.

Først skal vi se på hva brukerne svarte på utsagnet: *Møtet med trygdeetaten bidro til at jeg ble mer motivert til å komme raskt tilbake til arbeid.* Totalt sett viser tabell 5.7 at relativt få opplever at de har blitt mer motivert til å komme raskt tilbake til arbeid som følge av møtet med trygdeetaten, og ingen av forskjellene er statistisk signifikant på et 0,05-nivå. Som vi har sett tidligere i dette kapitlet er det ikke møtet med trygdeetaten som er en viktig motivator for å komme tilbake i arbeid. Dette er i tråd med andre kartlegginger på attførings- og reaktiviseringsområdet (jf Olsen m.fl. 2003, Olsen & Vangstad 2005). I disse tidligere kartleggingene fant vi også at selv om møtet med trygdeetaten i liten grad er en motivasjonsfaktor, kan derimot et ublidt møte med etaten virke demotiverende for den videre prosessen.

Tabell 5.7 I hvilken grad er du enig i følgende utsagn: Møtet med trygdeetaten bidro til at jeg ble mer motivert til å komme raskt tilbake til arbeid. Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	15	5,2	27	9,4	4	3,6	8	7,0
Nokså enig	34	11,7	29	10,1	10	8,9	10	8,7
Verken/eller	87	30,0	87	30,4	38	33,9	43	37,4
Nokså uenig	40	13,8	33	11,5	15	13,4	11	9,6
Svært uenig	79	27,2	74	25,9	17	15,2	21	18,3
Ubesvart	35	12,1	36	12,6	28	25,0	22	19,1
N/Totalt	290	100,0	286	99,9	112	100,0	115	100,1
Gj.snittsverdi*	2,47		2,61		2,63		2,71	
Standardavvik	1,222		1,310		1,084		1,185	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

I spørreskjemaet ble brukerne bedt om å ta stilling til fem andre mulige motivatorer som enten kunne knyttes til trygdeetatens tjenestetilbud eller til aktørmodellen. Brukerne ble bedt om å angi om følgende fem faktorer motiverte, demotiverte, eller ikke hadde noe betydning for deres interesse for å komme tilbake i arbeid:

- Innholdet i informasjonen som ble gitt av trygdekontoret,
- Tilgjengeligheten til saksbehandler ved trygdekontoret,
- Ansvar som ble lagt på brukeren,
- Forventningene til hva brukeren skulle bidra med, og
- At det ble stilt krav til bruker.

I presentasjonen av svarene vil vi se på hvor mange som svarte henholdsvis motiverte, demotiverte og ingen betydning. Dette gjør det enklere å få øye på hvilke faktorer som har betydning for brukerne. Tabellene 5.8 til 5.10 oppsummerer svarene. Av tabellene kan vi se at det er svært mye lik svargivning innbyrdes blant de "unge" og "eldre", uavhengig av før eller

etter regelverksendringen. Dette passer bra med det som kom fram i kapittel 4 om at saksbehandlingspraksis i liten grad har endret seg i denne tidsperioden. Av tabellene kan vi også si at det er ingen av de fem faktorene som i stor grad motiverer eller demotiverer. Minst en av tre sier at disse faktorene har ingen betydning for deres motivasjon.

Tabell 5.8 Antall og andel respondenter som svarte "motiverte" på fem faktorer, fordelt på ulike kategorier respondenter

	De "unge"				De "eldre"			
	Før (N=290)		Etter (N=286)		Før (N=112)		Etter (N=115)	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Innholdet i informasjonen	45	15,5	41	14,3	21	18,8	15	13,0
Tilgjengelighet til saksbehandler	56	19,3	60	21,0	23	20,5	28	24,3
Ansvar som ble lagt på meg	51	17,6	50	17,5	16	14,3	12	10,4
Forventningene til hva jeg skulle bidra med	60	20,7	61	21,3	17	15,2	13	11,3
At det ble stilt krav til meg	68	23,4	63	22,0	19	17,0	17	14,8

Tabell 5.9 Antall og andel respondenter som svarte "demotiverte" på fem faktorer, fordelt på ulike kategorier respondenter

	De "unge"				De "eldre"			
	Før (N=290)		Etter (N=286)		Før (N=112)		Etter (N=115)	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Innholdet i informasjonen	36	15,5	41	14,3	10	8,9	8	7,0
Tilgjengelighet til saksbehandler	58	20,0	54	18,9	12	10,7	12	10,4
Ansvar som ble lagt på meg	52	17,9	58	20,3	9	8,0	8	7,0
Forventningene til hva jeg skulle bidra med	44	15,2	45	15,7	5	4,5	7	6,1
At det ble stilt krav til meg	33	11,4	35	12,2	5	4,5	5	4,3

Tabell 5.10 Antall og andel respondenter som svarte "ingen betydning" på fem faktorer, fordelt på ulike kategorier respondenter

	De "unge"				De "eldre"			
	Før (N=290)		Etter (N=286)		Før (N=112)		Etter (N=115)	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Innholdet i informasjonen	135	46,6	138	48,3	50	44,6	65	56,5
Tilgjengelighet til saksbehandler	101	34,8	112	39,2	43	38,4	50	43,5
Ansvar som ble lagt på meg	101	34,8	107	37,4	44	39,3	56	48,7
Forventningene til hva jeg skulle bidra med	102	35,2	108	37,8	45	40,2	53	46,1
At det ble stilt krav til meg	104	35,9	114	39,9	46	41,1	55	47,8

## 5.4 Viktigheten av å jobbe

I denne siste delen om brukernes motivasjon skal vi se nærmere på hvor viktig det er for brukerne å jobbe – selv om de ikke skulle være nødt til det av økonomiske grunner. For å få svar på dette har vi bedt brukerne svare på enkelte utsagn og hypotetiske spørsmål. Brukerne ble bedt om å angi hvor enig de var i påstandene langs en femdelte skala fra svært enig til svært uenig. Som nevnt i kapittel 2, var dette spørsmålsrekken som skapte mest harme blant respondentene. Flere kommenterte at det blir for enkelt å snakke om motivasjon og vilje til å komme tilbake i arbeid, når helsa svikter. Mange har ikke et reelt valg og derfor blir problemstillinger omkring "arbeidsmoral" en hån mot syke mennesker. Vi tar disse kommentarene til etterretning.

Vi presenterer likevel gjennomsnittsverdiene (mean) for de seks påstandene. Ingen av forskjellene mellom før og etter-svarene er statistisk signifikante på 0,05-nivå. Ut fra tabell 5.11 kan vi si at respondentene gir uttrykk for at det å være yrkesaktiv verdsettes høyt. At ikke like mange svarer at de viktigste hendelser som skjer meg har med arbeidet å gjøre, vil av mange tolkes som et sunnhetstegn. Mange av respondentene skrev kommentarer i margin eller ga uttrykk i telefonen for at de viktigste hendelsene hadde med familien å gjøre, eksempelvis å få og oppdra barn.

Tabell 5.11 Gjennomsnittsverdier<sup>1)</sup> (mean) til seks utsagn om arbeidets betydning.

	De "unge"		De "eldre"	
	Før	Etter	Før	Etter
Selv om jeg vant store pengesummer ville jeg ha et ønske om å arbeide	4,42	4,47	4,29	4,42
Det å ha en jobb er svært viktig for meg	4,57	4,59	4,45	4,54
Jeg liker ikke å være uten arbeid	4,45	4,51	4,29	4,39
Jeg kjeder meg raskt hvis jeg ikke har arbeid	3,84	3,96	3,79	3,69
De viktigste hendelser som skjer meg har med arbeidet mitt å gjøre	2,82	2,99	2,98	3,03
Selv om min trygdeutbetaling oversteg min lønnsinntekt, ville jeg likevel foretrekke å være i arbeid	4,23	4,16	4,14	4,35

1) Gjennomsnittsverdien er basert på følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

## 5.5 Oppsummering

Behovet for inntektssikring er motivet som hyppigst oppgis av brukerne i spørreundersøkelsen og i intervjuene når de blir bedt om å angi hvorfor de søkte rehabiliteringspenger. Svært mange har også svart at de i tillegg hadde et ønske om å komme tilbake i arbeid.

Selv om mange oppgir at deres egen motivasjon var viktig for å komme tilbake i arbeid, finner vi ingen sterk korrelasjon (samvarians) mellom ønsket om å komme tilbake i arbeid og senere jobbeffekt. På et statistisk grunnlag finner vi ikke dekning for å si at de som opprinnelig søkte rehabiliteringspenger fordi de hadde et ønsket om å komme tilbake i arbeid – er de samme personene som senere er aktivisert. Vi finner heller ikke en samvariasjon mellom dem som opprinnelig hadde et ønske om å søke uføreytelse – og dem som senere ble passifisert.

Tre av fire i spørreundersøkelsen oppgir at de var motivert for å komme tilbake i arbeid da de søkte om rehabiliteringspenger første gang. Videre fant vi at om lag en av tre endret sin interesse for å komme i arbeid mens de mottok rehabiliteringspenger. De ”unge” ble i hovedsak *mer* interessert, mens de ”eldre” ble noe *mindre* interessert. Det er tre faktorer som primært påvirker interessen for å komme tilbake i arbeid: Endringer i brukerens helse, synet på arbeidslivets krav og brukerens tro på hvordan han/hun vil mestre det, samt legenes råd og veiledning.

Relativt få opplever at de har blitt mer motivert til å komme *raskt* tilbake til arbeid som følge av møtet med trygdeetaten. Videre fant vi at verken innholdet i informasjonen som ble gitt av trygdekontoret eller tilgjengeligheten til saksbehandler ved trygdekontoret, var betydelige motivasjonsfaktorer. Riktignok scoret *tilgjengelighet til saksbehandler* høyest blant motivasjonsfaktorene, men nesten dobbelt så mange svarte at disse faktorene hadde ingen betydning var deres motivasjon. Det samme fant vi for de tre aktørmodell-variablene. At det ble stilt krav til brukeren scoret høyest blant disse tre variablene, men igjen var det dobbelt så mange som mente at denne faktoren hadde ingen betydning.

Spørreundersøkelsen tyder også på at de aller fleste har et grunnleggende ønske om å jobbe – dersom helsa holdt.

## 6 Behandlingstilbudet

Som vi nettopp har sett i det foregående kapitlet gir det store flertallet av brukerne uttrykk for at de er motiverte for å komme tilbake i arbeid. Vi har også sett at selv om mange oppgir at de er motiverte, er det likevel en del som ikke lykkes med å bli aktivisert. Mange av brukerne har også i intervjuene og i spørreundersøkelsen gitt uttrykk for at det er helsa som avgjør om de kan komme tilbake i arbeid. Siden ett av de viktigste formålene med rehabiliteringspenger er å gi brukerne muligheter til å få behandling for sine helseproblemer, vil vi i dette kapitlet se nærmere på om brukerne har fått et behandlingstilbud og hvilken betydning dette tilbudet har hatt.

Vi vil basere presentasjonen i dette kapitlet på data fra spørreundersøkelsen og brukerintervjuene. I spørreundersøkelsen var det tatt med fire konkrete spørsmål om behandlingstilbudet, herunder om brukeren mottok behandling mens hun/han mottok rehabiliteringspenger; om vedkommende opplevde problemer med å gjennomføre behandlingen; om brukeren opplevde en helsemessig endring mens hun/han mottok rehabiliteringspenger, og om det brukeren foretok seg mens hun/han mottok rehabiliteringspenger gjorde det mulig for vedkommende å søke på jobber eller vende tilbake til arbeid. I intervjuguiden som ble benyttet under brukerintervjuene var det tatt med en rekke spørsmål om behandlingstilbudet, herunder om selve behandlingstilbudet og om tilbudet ga en positiv effekt i forhold til å komme tilbake i arbeid.

### 6.1 Om behandlingstilbudet

I det følgende skal vi se på hvor mange som fikk tilbud om behandling, hvem bestemte hva slags type behandling de skulle få, og om brukerne opplevde problemer med å gjennomføre behandlingen.

#### Hvor mange fikk tilbud om behandling?

Fra tabell 6.1 kan vi se at det store flertallet (over 80 %) mottok en eller annen form for behandling mens de mottok rehabiliteringspenger, og at et klart flertall mottok behandlingstilbudet *store deler av tiden*. Det er ingen vesentlige forskjeller mellom de ”unge” eller ”eldre” før og etter regelverksendringen. Det vi kan si er at utviklingen har gått i retning av at en noe større andel innen begge aldersgrupper har mottatt behandling *store deler av tiden*.

Ved gjennomføring av brukerintervjuene traff vi på en bruker som ikke hadde mottatt noe form for behandling. Dette fordi legene ikke hadde greid å stille en diagnose, og ifølge informanten: Ingen diagnose – ingen behandling! At det er viktig å ha en diagnose er det flere av brukerne som var opptatt av. Flere ga uttrykk for at ”systemet” er basert på at alle har en diagnose. Når legene har problemer med å slå fast en diagnose eller de er uenige seg i mellom – blir dette ofte et ”problem” for brukeren. Flere av brukerne ga uoppfordret uttrykk for at de var glade for at de hadde fått en diagnose, selv om det var snakk om svært alvorlige sykdommer/lidelser:

*”Å få en diagnose er en anerkjennelse av ”systemet” for at man faktisk er syk. Da blir man ikke mistenkeliggjort lengre.”*

Tabell 6.1 Fikk du behandling for din helse da du mottok rehabiliteringspenger? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Nei, jeg fikk ikke behandling	27	9,3	27	9,4	16	14,3	15	13,0
Ja, jeg fikk behandling i en kort periode	57	19,7	43	15,0	24	21,4	22	19,1
Ja, jeg fikk behandling store deler av tiden	197	67,9	211	73,8	68	60,7	74	64,3
Ubesvart	9	3,1	5	1,7	4	3,6	4	3,5
N/ Totalt	290	100,0	286	99,9	112	100,0	115	99,9

### Hvem bestemte behandlingen?

Ifølge spørreundersøkelsen er litt over halvparten av de ”unge”, og litt færre blant de ”eldre”, enige i utsagnet *Jeg kom selv fram til beslutningen om hvilke behandling jeg skulle delta i*, jf tabell 6.2. I den grad man kan snakke om en endring før og etter regelendringen, er det snakk om en svak oppgang i andelen som bestemmer selv hvilken behandling de skal delta i.

Tabell 6.2 I hvilken grad er du enig i følgende utsagn: *Jeg kom selv fram til beslutningen om hvilke behandling jeg skulle delta i*. Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	79	31,1	67	26,4	22	23,9	25	26,0
Nokså enig	53	20,9	74	29,1	21	22,8	23	24,0
Verken/eller	51	20,1	43	16,9	13	14,1	19	19,8
Nokså uenig	25	9,8	30	11,8	10	10,9	9	9,4
Svært uenig	33	13,0	27	10,6	12	13,0	12	12,5
Ubesvart	13	5,1	13	5,1	14	15,2	8	8,3
N/Totalt	241	100,0	241	100,0	92	100,0	96	100,0
Gj.snittsverdi*	3,50		3,51		3,40		3,45	
Standardavvik	1,394		1,317		1,417		1,364	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.



Kommentarspalten til spørreundersøkelsen samt brukerintervjuene bekrefter bildet som tegnes i tabell 6.2 – men brukerne supplerer med at de ikke bare bestemte selv hva de skulle gjøre – i tillegg måtte de finne fram til behandlingstilbudet selv. Her er to eksempler fra kommentarspalten:

*”Det er litt for lenge siden jeg mottok rehabiliteringspenger til at jeg kan huske alle detaljer. Men det er riktig at jeg måtte sette meg inn i det meste selv, særlig alt om behandlingsmuligheter og muligheten for/fremgangsmåten for å få uføretrygd. Det var min egen innsats som gjorde at jeg er i full jobb i dag, selv om jeg fortsatt sliter noe med mitt problem.”* Kvinne, 55 år med dysfoni.

*”Føler en må være frisk i hode for å være syk i Norge – må følge opp, finne alternative behandlingsformer ofte på egenhånd. Lange ventelister for plass på enkelte steder...”* Kvinne, 52 år med ryggskaade.

I intervjuene med flere av brukerne kommer de samme erfaringene fram. Enkelte arbeidet sammen med sin lege om å finne et behandlingstilbud, men flere ga uttrykk for at de måtte "kjøre løpet" selv. Som en av brukerne uttrykte det:

*”Jeg jobbet alene - det er det inntrykket jeg sitter igjen med”.*

En annen uttrykker samarbeidet med legen sin på denne måten:

*”Det er jeg som foreslo behandlingen. Legen skrev bare ut henvisningen... (...) Jeg vurderte ikke andre behandlingsalternativer fordi jeg visste ikke hva det skulle ha vært.”*

Oppsummert kan vi si behandlingen som mange av brukerne har mottatt synes å være styrt av dem selv. Brukerintervjuene tyder også på at det er mange tilfeldigheter ute og går i forhold til hvilke behandlingstilbud som blir foreslått: Noen kjenner noen som har hørt eller lest noe... Det som kjennetegner mange i denne brukergruppen er imidlertid at de har prøvd svært mye allerede – de har ”tråkket” i behandlingsapparatet i mange år. Her er det snakk om pasientgrupper med blant annet rygglidelser, muskel- og skjelettlidelser og diffuse sykdommer. En mulig forklaring på hvorfor legene ikke er særlige aktive med å foreslå behandlingsopplegg overfor denne gruppen, er at de ikke har noe nytt å foreslå innen skolemedisinen – det meste er allerede utprøvd. Mens legene trolig føler at de har kommet til veis

ende, vil pasienten fortsette å lete og prøve ut nye behandlingsalternativer. Svært mange av brukerne var opptatt av alternativ behandling, men dette har en kostnadsside. En av saksbehandlerne bekreftet at mange som mottar rehabiliteringspenger har dårlig råd, og mange av dem har ikke anledning til å nyttiggjøre seg av andre ordninger som ligger utenfor refusjonsordningen. Fra mappeinnsynet kan vi se at det er stort sett legene som er ansvarlige for utredningsforslagene (med noen få unntak hvor trygdekontoret foreslår nye utredninger). Dette er ofte tidligere i prosessen hvor diagnose fortsatt er et tema.

### Problemer med gjennomføringen av behandlingen?

Brukerne som svarte positivt på at de fikk behandling mens de mottok rehabiliteringspenger, ble videre spurt om de opplevde problemer med å gjennomføre behandlingen, og i så fall hva det *største* problemet besto av. Av tabell 6.3 ser vi at de ”unge” opplevde noe oftere problemer enn de ”eldre”. Om lag en av tre ”unge” oppgir at de har opplevd et problem. Vi kan også merke oss at andelen som opplevde problemer gikk noe ned etter regelendringen for begge aldersgruppene.

Tabell 6.3 Opplevde du problemer med å gjennomføre behandlingen? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	94	37,0	77	30,3	23	25,0	14	14,6
Nei	150	59,0	163	64,2	64	69,5	78	81,2
Ubesvart	10	3,9	14	5,5	5	5,4	4	4,2
N/Totalt	254	99,9	254	100,0	92	99,9	96	100,0

Problemet som nevnes oftest før regelendringen er ”*Det var for krevende helsemessig*”, jf tabell 6.4. Dette problemet nevnes også oftest etter regelverksendringen, men ikke med like stor styrke. Det er verdt å merke seg at relativt mange oppgir at de har problemer med å gjennomføre behandlingen på grunn av at det var for kostbart eller at de manglet økonomisk støtte til å gjennomføre behandlingen. Fra kommentarspalten til spørreundersøkelsen har vi sakset denne kommentaren:

*”Hadde jeg ikke mottatt økonomisk støtte fra mine foreldre – hadde jeg ikke kunnet tatt den behandlingen som jeg har tatt og hadde mest sannsynlig vært uføretrygdet. Det må bidras mye mer med å hjelpe til å dekke utgifter til behandling for dem som har dårlig økonomi.”*  
Kvinne, 37 år med mental lidelse.

I brukerintervjuene bekreftes bildet at enkelte har sluttet å gå til behandling fordi de ikke hadde råd til det lengre. Dette gjelder både behandling som

kommer inn under Rikstrygdeverkets refusjonsordning og alternativ behandling som ikke omfattes av denne ordningen. I et fåtall tilfeller var det også snakk om at brukerne heller ikke hadde råd til å dekke transportutgiftene for å komme seg til behandlingen.

Tabell 6.4 Hva besto det største problemet av? Antall og andel

	De "unge"				De "eldre"			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Det var for krevende tidsmessig	-	-	2	2,6	-	-	-	-
Det var for krevende helsemessig	38	40,4	22	28,6	16	69,6	5	35,7
Det manglet tilrettelagt transport	-	-	-	-	-	-	1	7,1
Det var for kostbart/jeg manglet økonomisk støtte til å gjennomføre det	27	28,7	18	23,4	2	8,7	2	14,3
Jeg manglet motivasjon for å gjennomføre behandlingen	-	-	4	5,2	-	-	1	7,1
Forhold i privatlivet mitt gjorde det vanskelig å gjennomføre behandlingen	3	3,2	3	3,9	1	4,3	1	7,1
Behandlingen ga ikke resultater	6	6,4	2	2,6	1	4,3	1	7,1
Jeg fikk feil behandling	-	-	2	2,6	-	-	-	-
Det var mangel på passende/adekvat behandling	2	2,1	-	-	-	-	-	-
Ikke vellykket operasjon(er)	1	1,1	-	-	1	4,3	2	14,3
Annet	14	14,9	20	26,0	1	4,3	2	14,3
Ubesvart	3	3,2	4	5,2	1	4,3	2	14,3
N/Totalt	94	100,0	77	100,1	23	99,8	14	99,9

## 6.2 Om behandlingstilbudets resultater

I det følgende skal vi se nærmere på om brukerne mener at de har fått bedre helse i tiden da de mottok rehabiliteringspenger, og om det de har foretatt seg mens de gikk på rehabiliteringspenger har gjort det mulig for dem å søke på jobber eller vende tilbake til arbeid.

### Har tiden med rehabiliteringspenger gitt helsebedring?

Kun om lag en av fire blant de "unge" oppgir at deres helse ble bedre mens de mottok rehabiliteringspenger. En nesten like stor andel svarte, imidlertid, at selv om de ikke fikk bedre helse, lærte de å takle helsa si på en bedre måte. Totalt sett kan vi da si at om lag halvparten av de "unge" har hatt en "positiv" helseutvikling i løpet av rehabiliteringspengeperioden. I forhold til før/etter regelendringen, ser vi en positiv utvikling i retning av at færre

”unge” melder om at helsa ble verre og at flere oppgir at de lærte å takle helsa på en bedre måte. Denne positive utviklingen kan tolkes på minst to måter: Enten har de ”sykeste” blitt luket bort før de kommer over på unntaksbestemmelsene (noe saksbehandlerne mener ikke er tilfelle), eller så har behandlingstilbudet endret karakter på en slik måte at folk mestrer helsa bedre. Trolig har det blitt et utvidet tilbud i helsemestring.

Blant de ”eldre” er det færre som opplevde en bedring av helsa, men desto flere opplevde at de mestret helsa bedre. Andelen som opplevde at helsa ble verre økte blant de ”eldre” fra før til etter regelendringen. Vi har ingen naturlig forklaring for dette.

Tabell 6.5 Opplevde du helsemessige endringer mens du mottok rehabiliteringspenger? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Nei, ingen endringer	61	21,0	59	20,6	21	18,8	27	23,5
Nei, men jeg lærte å takle helsa mi på en bedre måte	53	18,3	80	28,0	35	31,3	27	23,5
Ja, helsa mi ble bedre	69	23,8	79	27,6	20	17,9	18	15,7
Ja, helsa mi ble verre	96	33,1	64	22,4	34	30,4	38	33,0
Ubesvart	11	3,8	4	1,4	2	1,8	5	4,3
N/Totalt	290	100,0	286	100,0	112	100,2	115	100,0

I brukerintervjuene var det relativt mange som viste til at behandlingen de gikk til, og som de i mange tilfeller hadde gått til i flere år, ikke var av kurativ karakter – men heller en lindrende eller vedlikeholdende karakter. Behandlingen, spesielt den fysikalske, ga ofte en kortvarig positiv effekt, men var ikke tilstrekkelig til å gjøre dem mer arbeidsføre. Flere av brukerne ga uttrykk for at de var fornøyd med behandlingen som de hadde fått – helsepersonalet gjorde sitt beste – problemet var bare at de ikke ble bedre av det. Som en av brukerne uttrykte det:

*”Totalvurderingen av behandlingen er positiv – selv om effekten var liten.”*

### **Ble tilbakevending til jobb eller jobsøk mulig?**

Brukerne ble bedt om å ta stilling til om det de foretok seg mens de gikk på rehabiliteringspenger gjorde det mulig for dem å søke på jobber eller vende tilbake til arbeid. Om lag en av tre blant de ”unge” svarer positivt på dette spørsmålet, mens om lag en av fire blant de ”eldre” svarer det samme. Mens

det har vært en positiv utvikling blant de ”unge” fra før til etter regelendringen, er andelen uforandret blant de ”eldre” før og etter.

Ser vi svarene i tabell 6.6 sammen med svarene i tabell 6.5, kan vi si at ikke alle dem som opplevde en helsemessig positiv utvikling fikk omsatt dette til deltakelse i arbeidslivet.

Tabell 6.6 Har det du foretok deg mens du mottok rehabiliteringspenger gjort det mulig for deg å søke på jobber eller vende tilbake til arbeid? Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Ja	88	30,3	109	38,1	26	23,2	27	23,5
Nei	138	47,6	114	39,9	65	58,0	67	58,3
Det var aldri målet	16	5,5	15	5,2	8	7,1	5	4,3
Vet ikke	36	12,4	38	13,3	6	5,4	12	10,4
Ubesvart	12	4,1	10	3,5	7	6,3	4	3,5
N/Totalt	290	99,9	286	100,0	112	100,0	115	100,0

Den siste tabellen vi skal ta med her, tar for seg spørsmålet om behandlingen brukerne deltok i gjorde det mulig for dem å komme *raskt* tilbake til arbeid. Spørsmålet ble stilt som et utsagn, hvor brukerne ble bedt om å angi hvor enig eller uenig de var i det. Av tabell 6.7 kan vi se at om lag 1 av 5 er enige i utsagnet. Det er ikke store forskjeller verken mellom aldersgruppene eller mellom kontroll- og testgruppene.

Tabell 6.7 I hvilken grad er du enig i følgende utsagn: Behandlingen jeg deltok i gjorde meg i stand til å komme raskt tilbake til arbeid. Antall og andel

	De ”unge”				De ”eldre”			
	Før		Etter		Før		Etter	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Svært enig	19	7,5	26	10,2	9	9,8	11	11,5
Nokså enig	36	14,2	37	14,6	9	9,8	9	9,4
Verken/eller	56	22,0	63	24,8	16	17,4	19	19,8
Nokså uenig	29	11,4	35	13,8	8	8,7	12	12,5
Svært uenig	100	39,4	78	30,7	32	34,8	34	35,4
Ubesvart	14	5,5	15	5,9	18	19,6	11	11,5
N/Totalt	254	100,0	254	100,0	92	100,0	96	100,0
Gj.snittsverdi*	2,35		2,57		2,39		2,42	
Standardavvik	1,358		1,367		1,451		1,434	

\* Gjennomsnittsverdien (mean) er regnet ut fra følgende verdier: 5=Svært enig, 4=Nokså enig, 3=Verken/eller, 2=Nokså uenig og 1=Svært uenig.

Siden *tid* er sett på som en viktig suksessfaktor i rehabiliteringsprosessen (og da fortrinnsvis *kort tid*), hadde vi tatt med tre spørsmål om betydningen av tid i spørreskjemaet: Om kontakt med arbeidsplassen gjorde det mulig å komme *raskt* tilbake i arbeid (jf tabell 3.8); Om møtet med trygdeetaten bidro til at brukeren ble mer motivert til å komme *raskt* tilbake i arbeid (jf tabell 5.7); Og til slutt om behandlingen brukeren deltok i gjorde det mulig å

komme *raskt* tilbake i arbeid (jf tabellen over). Blant disse tre faktorene, er det kontakten med arbeidsplassen som scorer høyest blant brukerne, men det er ikke mer enn 1 av 3 som sier seg enige i det.

### 6.3 Saksbehandlerne syn på behandlingstilbudet

Ved et av trygdekontorene vi besøkte, var det klare syn på behandlingstilbudet innen kommunen og omegn. Mangel på behandlingstilbud, spesielt innen psykiatrien, er et problem for framdriften i rehabiliteringen for flere av deres brukere. Det er ikke nok fagspesialister til å ta inn alle som blir henvist til behandling. Ventelistene er lange og en del blir videresendt til eksempelvis kliniske sosionomer, når henvisningen egentlig er til psykolog. I tillegg er det mange som skyves alt for tidlig over til det kommunale helsesystemet, som verken har ressurser eller kapasitet til å ivareta dem. Saksbehandlerne oppsummerer det med å si at det er rett og slett ikke plass til alle i det ”meningsfylte” behandlingssystemet – og en del får derfor tilbud som langt fra er godt nok.

Saksbehandlerne ved dette trygdekontoret savner også virkemidler som trygdeetaten kan ha til rådighet for å igangsette arbeidstrening parallelt med behandling: Arbeidstrening på brukernes premisser – ikke Aetat. I dag har trygdekontoret kun noen få arbeidstreningstilbud til disposisjon som de samarbeider med frivillig sektor om. Dette trygdekontoret yter reisepenger til og fra arbeidstreningen, men i de aller fleste tilfellene må brukeren finne arbeidsgiver selv. Selv om det hadde vært et ønske, har ikke trygdekontoret tid, ressurser eller virkemidler til å finne arbeidsgivere for dem.

### 6.4 Oppsummering

Når det gjelder bruk av behandlingstilbud finner vi ingen vesentlige forskjeller mellom før og etter regelendringen. I den grad vi kan snakke om en endring, har utviklingen gått i retning av at en noe større andel innen begge aldersgrupper mottar behandling *store deler av tiden*.

Våre data indikerer at mye av behandlingen er brukerinitiert. Det er brukerne som har både har funnet fram til behandlingstilbudet og foreslått det overfor legen. Mye av forklaringen for dette kan ligge i at legene føler de har kommet til vei ende i behandlingstilbudet, mens pasientene/brukerne fortsetter å lete i håp om å finne noe som hjelper.

En av tre ”unge” melder om at de har opplevd problemer med å gjennomføre behandlingen. Problemet som meldes oftest er at det var for krevende

helsemessig. Noe overraskende svarte relativt mange at de ikke kunne gjennomføre behandlingen fordi de manglet økonomisk støtte til det.

Selv om svært mange kunne vise til at de har mottatt behandling mens de mottok rehabiliteringspenger, er det færre som kan vise til at behandlingen ga en positiv helseeffekt, og enda færre som mener at det de foretok seg gjorde mulig for dem å vende tilbake til arbeid. Hvorvidt det er helsa eller behandlingstilbudet som har kommet til kort, kan vi ikke si noe sikkert om. Dataene tyder imidlertid på at en del av behandlingen er behandling for behandlingens skyld – og nødvendigvis ikke for helseeffektens skyld. Dette gjelder spesielt for dem med kroniske lidelser knyttet til blant annet rygg og muskel- og skjelett, samt fibromyalgi og diffuse lidelser. For rus-/psykiatripasienter tyder dataene på at behandlingstilbudet er mangelfullt i kraft av for få plasser, lange ventelister, og at ikke alle blir henvist til det ”meningsfylte” behandlingssystemet. Til sammen kan dette tyde på at behandlingstilbudet og -systemet ikke er så effektivt som man skulle ønske.

## 7 Rehabiliteringsordningen i en større kontekst

### 7.1 Hovedpunkter fra evalueringen

I de foregående kapitlene har vi tatt for oss ulike sider av rehabiliteringspengeordningen. Før vi trekker sammen alle trådene og konkluderer, vil vi i det følgende oppsummere svært kort noen av hovedfunnene.

Sakene vi har fått innsyn i gir et bilde av svært ulike skjebner, hvor mindretallet har lyktes med å komme tilbake i arbeid, enkelte har ikke funnet sin ”endelige” løsning ennå, mens flertallet har fått tilstått en midlertidig eller varig uføreytelse. Med hensyn til hvorfor sakene har gått over 52 uker kan vi si at en del sklir over av rent administrative grunner. Det tar tid å hente inn flere uttalelser og utredninger m.m., spesielt i forhold til diffuse lidelser eller i saker hvor det ikke er klare objektive sykdommer/funn. Andre saker er trygdefaglig vanskelige fordi ingen konkluderer eller fordi ulike leger konkluderer ulikt, både mht diagnose og funksjonsevne. Vi fant også saker hvor diagnosen var klar, men hvor behandlingen tok tid på grunn av tilbakefall. Helsebedring skjer ikke alltid langs en rett akse. Vi kom også over en rekke ”barmhjertighetssaker”, det vil si saker hvor bruker får lov til å motta rehabiliteringspenger inntil han/hun er klar for å søke uførepensjon. I disse tilfellene tar trygdekontoret menneskelig hensyn, i stedet for å presse en bruker over på uførepensjon før vedkommende er klar for det.

Evalueringen finner at en større andel ”unge” (personer under 55 år) avklares noe senere etter regelverksendringen enn før. Det kan være flere forklaringer som ligger til grunn for dette. En av forklaringene kan knyttes til ”oppryddingen” som ble foretatt i kjølvannet av regelendringen og at det stort sett er de vanskelige sakene som krever mye tid som er igjen på unntaksbestemmelsene. Vi har også antydnet at det kan være en sammenheng mellom den noe senere avklaringen og saksbehandlers vurderinger av alternativene til rehabiliteringspenger. Ifølge saksbehandlerne er verken overgang til tidsbegrenset uførestønad eller en forhastet overgang til yrkesrettet attføring formålstjenelig i forhold til å få flere tilbake i arbeid. Selv om en større andel ”unge” avklares noe senere, opplever en større andel blant dem at de ikke har fått tilstrekkelig tid til sin rehabilitering. ”Maset”



som tidsbegrensningen fører med seg "stresser" dem og gir dem mindre ro til å bli friske.

Velmenende forsøk på å avklare tidligere og "hjelp" folk i riktig retning, det vil si over til yrkesrettet attføring, skaper en del misnøye blant brukerne – som opplever det som flere obligatoriske sløyfer og enda mer byråkrati. Både saksbehandlere og brukere mener at regelen som påkrever yrkesrettet attføring før søknad om uførestønning kan vurderes, er for streng.

*"Det har blitt alt for strengt i dag å søke uføretrygd. Når en ikke klarer å arbeide mer og leger og spesialister anbefaler uføre så burde trygdesystemet høre på de som har behandlet folk."* Kvinne, 36 år med muskel- og skjelett- og psykiske lidelser.

Brukerens alder har imidlertid betydning for saksbehandlers vurderinger. Dersom det er snakk om "eldre" brukere presser ikke saksbehandlerne like mye på i forhold til kontakt med arbeidsgiver eller yrkesrettet attføring. Veien fra rehabiliteringspenger til en uføreytelse er kortere for de "eldre", enn de "unge".

Både saksbehandlere og brukere mener at kontakt med arbeidsplassen er viktig for *muligheten* til å komme tilbake i arbeid, men har mindre å si for hvor *raskt* man kan komme tilbake. I forhold til sistnevnte er helsa og eventuell helsebedring av større betydning.

Inntektssikring er motivet som oppgis hyppigst i forhold til hvorfor brukerne har søkt om rehabiliteringspenger.

*"Rehabiliteringspenger er svært viktig når en blir syk. Den syke har mer enn nok med seg selv og behandlinger. Da er det viktig å vite at man får økonomisk hjelp..."* Kvinne, 39 år med angst og depresjon

Brukerne prisgir muligheten for inntektssikring når de er syke, men en del er likevel misfornøyd med stønadsnivået. Enkelte mener at stønadsnivået er så lavt, at det er en av faktorene som hemmer deres rehabilitering:

*"Man kan ikke leve av rehabiliteringspenger per i dag. Det bidrar til at helsa blir verre på grunn av uoverskuelige økonomiske konsekvenser/problemer."* Kvinne, 42 år med kreft.

Det store flertallet av brukerne oppgir at de var motivert for å komme tilbake i arbeid, og de som har lyktes med å komme tilbake oppgir egen motivasjon

som den viktigste faktor. Langt fra alle som oppga at de i utgangspunktet var motiverte for å komme tilbake i arbeid – lyktes med dette.

En del brukere opplever rehabiliteringstiden som vanskelig:

*”Tiden på rehabiliteringspenger har vært vond på grunn av dårlig økonomi og problemer med å bli trodd i forhold til mine lidelser. Ser fram til å få utredning nå, men har mistet motet og selvtilliten i forhold til å komme tilbake i jobb på grunn av de fysiske og psykiske plagene jeg har”.* Mann, 28 år med rygg- og psykiske lidelser

Trygdeetatens saksbehandlere i rehabiliteringssaker er dyktige, hurtige og nøyaktige forvaltere av lover og regler, og av verdiene og normene om ivaretagelse av individuelle rettigheter og individuell inntektssikring i forhold til disse reglene, når vilkårene er oppfylt. Med hensyn til å endre praksis i retning av tettere oppfølging og dialog med brukerne, finner vi ingen radikal endring. Riktignok finner vi en økt bevissthet blant saksbehandlerne om reformens tankegodt.

Trygdeetaten er avhengig av andre aktører for å kunne gjøre jobben sin, og er spesielt avhengig av legene og deres legeerklæringer for å kunne vurdere om vilkårene for tilståelse av rehabiliteringspenger er oppfylt. Legene spiller en sentral rolle i rehabiliteringsprosessen, både som medisinske eksperter og som rådgivere. Det viser seg at brukerne i større grad ”lytter” til legene enn til trygdeetatens saksbehandler. Trygdeetatens saksbehandlere etterlyser derfor et bedre samarbeid med legene, samt at legene legger mer arbeid i funksjonsvurderingen og behandlingsforslagene. Mye tyder på at behandlingsforslagene i stor grad er brukerinitiert. Svært mange av brukerne har mottatt behandling under store deler av tiden med rehabiliteringspenger, men langt færre kan vise til en positiv effekt, helsemessig og/eller i forhold til å komme tilbake i arbeid.

Overgangen til Aetat oppleves som ”vanskelig” av både saksbehandlere og brukere, og ved flere anledninger fikk vi høre at:

*”Aetat glemmer at folk har helseproblemer”.*

Både saksbehandlere og brukere etterlyser en smidigere overgang mellom medisinsk behandling og yrkesrettet attføring.

## 7.2 Vellykket reform?

På spørsmålet om regelverksendringen har vært vellykket – må vi på bakgrunn av det ovennevnte svare: ”Ikke særlig”.

Ser man statistisk på reformen, kan det godt være at man kommer fram til en annen konklusjon. Vi fant flere eksempler på saker hvor brukeren ble overført til yrkesrettet attføring - og slik sett framstår som en vellykket rehabilitering statistisk sett – men hvor brukerne opplevde sin rehabilitering som totalt mislykket. I et av tilfellene opplever brukeren at han knapt nok har 30 % arbeidsevne, mens Aetat har slått fast at han har 50 %. Av den grunn er han 50 % uføretrygdet og mottar attføringspenger for resten. Brukeren er totalt uenig med Aetat i metodikken som er benyttet for å definere hans arbeidsevne. Brukeren opplever det hele som et uverdigg maktspill, er frustrert, og mener det kun er et spørsmål om tid før han er 100 % uføretrygdet. Når brukeren er overført til Aetat fra trygdeetaten, er det lite trygdeetaten kan gjøre for å påvirke den videre prosessen selv om de skulle være enige i brukerens vurdering.

En viktig side av reformen er at mottakerne av rehabiliteringspenger skal avklares raskere ut fra en tro om at da vil veien tilbake til arbeid bli enklere. Dette er en teori som saksbehandlerne er helt enige i: Lang varighet på rehabiliteringspenger reduserer motivasjonen for å komme tilbake til jobb og gir ofte nye vaner som er vanskelig å komme ut av. I tillegg er det en tendens til at det stadig dukker opp nye ting som trenger en ny vurdering (ny diagnose, ulykker, traumatiske opplevelser som for eksempel samlivsbrudd, m.m.). Men, som de sier, er det ikke alltid like enkelt i praksis å få til kortere rehabiliteringsprosesser. I praksis er det ofte andre ting som kommer inn og ”forstyrrer bildet”, for eksempel brukers helse/sykdomsbilde endrer seg til det verre, det er mangel på behandlingstilbud, eller det mangler en ”positiv” arbeidsgiver å gå tilbake til. I tillegg legger saksbehandlerne til at man ikke kan ta alle under en kam. Noen har godt av å bli ”pushet” litt på, mens andre trenger rett og slett mer tid. Saksbehandlerne understreker også at de fleste som går lenge på rehabiliteringspenger har komplekse sykdomsbilder og da er ikke tidsfaktoren så førende som en skulle tro. Det er ingen fasitsvar i forhold til hva som er en ”riktig” tidsanvendelse på rehabilitering. Vi traff på brukere som mente at de hadde gått for lenge på rehabilitering – og vi traff på brukere som mente det motsatte. Flertallet mente imidlertid at tiden de hadde fått til rådighet var grei.

Å lykkes med å få flere tilbake i arbeid avhenger av mer enn trygdeetatens innsats og regelendringer som har som mål å avklare sakene raskere. Det avhenger også av at en rekke andre aktører trekker prosessen i samme retning: At brukerne ønsker å komme tilbake i arbeid, at arbeidsgivere er ”positive” og villige til å finne gode løsninger for den enkelte, at legene tar en mer aktiv rolle i forhold til å få personer tilbake i arbeid, at Aetats avklarings- og arbeidstreningstilbud treffer bedre i forhold til brukerne, og at i en rekke av de ”tunge” sakene kommer samarbeidet med sosialetaten i gang tidligere.

Fortellingene og konklusjonene i denne evalueringen ville høyst sannsynlig blitt annerledes dersom det var arbeidsgiverne, legene, Aetat eller sosialetaten som hadde vært hovedinformanter. Det er vi klar over. Denne evalueringen er imidlertid basert på brukernes og trygdeetatens erfaringer – samt mappesynet. Selv om man i en ideell verden også skulle ha inkludert stemmene til de øvrige aktørene, har vi gjennom denne evalueringen fått ett visst innblikk i hva to av de mest sentrale aktørene mener og erfarer. Det er på bakgrunn av sistnevnte at vi i det neste avsnittet ser på hva som skal til for å lykkes.

### **7.3 Hva skal til for å lykkes?**

Hva mener trygdeetatens saksbehandlere og brukerne selv må til for å lykkes når målet er å få flere tilbake i arbeid?

Under intervjuene ble saksbehandlerne spurt på et generelt grunnlag hva som må til for å lykkes når målet er å få flere tilbake i arbeid. Selv om enkelte temaer gikk igjen, var det også en viss bredde i hva saksbehandlerne la vekt på. Brukerens motivasjon, å komme i behandling og å ha en jobb å gå tilbake til er de tre faktorene som nevnes av omtrent samtlige saksbehandlere. Det var noe mer dissens i spørsmålet om hvor stor betydning brukerens helse har å si for om man lykkes i å komme i arbeid eller ei. Mens enkelte mente at helsen lå i bunnen og styrte alt, var det enkelte som ikke var enige i dette. For øvrig kom følgende ”suksessfaktorer” fram (ikke prioritert rekkefølge):

- Rask medisinsk avklaring
- Å holde kontakt med arbeidsplassen – å ha en god dialog med arbeidsgiver
- Og for dem som ikke har en arbeidsgiver – en god og effektiv oppfølging fra trygdekontoret.

- Brukerne må oppleve trygghet i prosessen og tillit til systemet. Det vil si at brukerne må være klar over sine rettigheter og få en følelse av å bli forstått og ivaretatt.
- Arbeidstrening
- Dårlig økonomi hos brukeren, spesielt i en forsørgersituasjon
- Et godt samarbeid mellom lege, trygdeetaten og Aetat.

Flere av saksbehandlerne påpekte samtidig en del hemmere. Den første av disse er at brukeren ikke har en jobb å komme tilbake til, enten fordi brukeren ikke lenger har et ansettelsesforhold eller fordi det har oppstått en konflikt med gammel arbeidsgiver. Har man dessuten en lav utdanning, kombinert med en "lang" sykdomshistorie, anses det som spesielt vanskelig å bli positivt mottatt av arbeidsgivere. Hjemmesituasjonen for kvinner anses også som en faktor som påvirker sannsynligheten for at en bruker kommer tilbake i arbeid. Kvinner som har omsorg for små barn eller en "opptatt" mann, har mindre sannsynlighet for å komme "raskt" tilbake. Til slutt anses lengden på perioden man har vært borte fra arbeid som viktig. Dess lengre man har vært borte, dess mer blir det en hemmer.

Brukerne fikk det samme spørsmålet. Flere pekte på at overgangen fra sykepenger til rehabiliteringspenger var kunstig: En er ikke nødvendigvis noe mer eller mindre syk når man begynner på rehabiliteringspenger – forskjellen er at man har vært syk i mer enn 52 uker. For å lykkes med sin rehabilitering, må man trolig begynne å tenke rehabilitering *før* man begynner på rehabiliteringspenger, det vil si før det er gått 52 uker og før båndene med eventuell arbeidsgiver svekkes ytterligere. Det vil si at det må være et samarbeid mellom trygdeetaten, arbeidsgiver og bruker så tidlig som mulig. Å ha en positiv arbeidsgiver, som forstår din situasjon, anses som svært viktig. Flere av brukerne opplevde motgang og negativitet fra sine arbeidsgivere, hvorpå de ikke følte seg velkomne tilbake. Enkelte av brukerne savnet også mer informasjon da de gikk langtidssykmeldte. Dette gjaldt spesielt informasjon om rettigheter og behandlingstilbud til dem med sjeldne eller diffuse lidelser/sykdommer. Relativt mange av brukerne etterlyste også økonomisk støtte til alternativ behandling, som eksempelvis akupunktur og osteopati.

Ikke alle brukere har imidlertid en arbeidsgiver å henvende seg til. En av disse, en ung bruker som ikke har noe tidligere arbeidserfaring, legger vekt på følgende faktorer for å lykkes med rehabiliteringen: At man opplever å bli tatt på alvor med det man sliter med; Å kartlegge hva som er realistisk; Å få støtte til det som er mulig å gjennomføre, blant annet ved at det utarbeides en plan som gjør gjennomføringen forutsigbar; Og, for at overgangen til Aetat

ikke skal være så hard, må trygdeetaten tilby mer aktivitet i sin verktøykasse (trening, kurs, m.m.).

Uoppfordret fikk vi denne tilbakemeldingen fra en av respondentene til spørreundersøkelsen:

*”Jeg er veldig positivt overrasket over den støtte jeg har fått i hele min sykmeldings- og rehabiliteringsperiode. Men jeg tror følgende faktorer har vært avgjørende:*

- \* Min innstilling – positiv til kontakt, positiv til jevnlig oppmøte på jobb...*
- \* Min nærmeste sjef – har fulgt opp hele tiden (tilrettelegging av arbeidsoppgaver, omplassering, vært lydhør for mine ønsker)*
- \* HMS-konsulent ved arbeidsplass – helt avgjørende med sin kompetanse på formelle områder.*
- \* Min fastlege – helt fantastisk...*
- \* Min saksbehandler på trygdekontoret – veldig imøtekommende”.*  
Kvinne, 41 år med luftveissykdom

Ovennevnte sitat er enda en bekreftelse på at det er mange faktorer som må spille sammen for å lykkes med rehabiliteringen og å komme tilbake i arbeid.

#### **7.4 Behov for å tenke nytt...??**

Som det har vært pekt på av både saksbehandlere og brukere, er det en rekke utfordringer knyttet til å få folk tilbake i arbeid. Selv om trygdeetaten var tiltenkt en sentral rolle som forvalter av rehabiliteringspengeordningen, indikerer denne evalueringen at det ikke er mulig for trygdeetaten å endre kursen alene. Ja, trygdeetaten kunne ha gjort mer for å følge opp brukerne ved å utarbeide oppfølgingsplaner og ved å ha mer løpende kontakt, m.m., men for at flere skal lykkes med sin rehabilitering er det en rekke andre faktorer man også bør se på.

For det første er det nærliggende å se på forvaltningens organisering. Både saksbehandlere og brukere har pekt på at rehabiliteringsarbeidet blir for oppstykket så lenge trygdeetaten har ansvaret for den medisinske rehabiliteringen og Aetat ansvaret for den yrkesrettede. Brukerne er først og fremst opptatt av at de inntektssikres i tiden de ikke er i stand til å jobbe av helsemessige årsaker, men er mindre opptatt av om det heter sykepenger, rehabiliteringspenger eller attføringspenger. Forvaltningen bør se på

enkeltindividet mer helhetlig, og ikke stykke det opp i forhold til ulike kapitler i Folketrygdloven. Medisinsk og yrkesrettet attføring bør derfor ses mer i sammenheng. For brukeren kommer det mentale skillet først ved overgangen til uførestønad. Den symbolske verdien av å gå over til en uføreytelse er relativ stor for mange brukerne - det er den store bøygen. Å være "på rehabilitering" eller attføring signaliserer håp, mens en uførepensjon tolkes som spikeren i kista i forhold til arbeidslivet:

*"Selv om man innerst inne vet at man aldri kommer tilbake. Ved å søke om uføre, kutter man over navlestrengen. En mister livbøyen tilbake til arbeidslivet."*

Ovennevnte kan også tyde på at man bør vurdere ordningen med tidsbegrenset uførestønad på nytt. Svært få av våre informanter så på tidsbegrenset uførestønad som en måte å holde døren på gløtt i forhold til arbeidslivet. Tidsbegrenset uførestønad ble av brukerne i høy grad likestilt med en varig uførepensjon, bortsett fra at de må gjennom en noe lengre prosess (les: mer byråkrati). Dersom målet med tidsbegrenset uførestønad er å få flest mulig tilbake i arbeid, men riktignok gi dem mer tid til å nå dette målet, bør denne ordningen i større grad skille seg ut fra varig uførepensjon, i navn og i saksbehandling.

NAV er en viktig og nødvendig reform, også i forhold til rehabiliteringsarbeidet. Dette kommer tydeligst fram i forhold til behovet for arbeidstrening før brukerne er ferdigbehandlet medisinsk. Flere av saksbehandlerne og brukerne etterlyste muligheten for å komme i gang med arbeidstrening på et tidligere tidspunkt i rehabiliteringsprosessen, men opplevde at trygdeetaten ikke hadde ressurser eller verktøy til å bistå med dette. Spesielt blant dem med psykiske lidelser ble arbeidstrening sett på som "rene medisinen" for å komme videre i sin rehabilitering. Andre igjen la vekt på at de vil aldri bli ferdigbehandlet medisinsk sett, men det bør ikke utelukke dem fra verken arbeidstrening eller et aktivt yrkesliv.

*"Først skulle jeg behandles for så å bli frisk – så skulle jeg til arbeidstrening. (...) Det som fungerte mindre bra var at trygdekontoret ikke hadde et tilbud om arbeidstrening".*

I spørreundersøkelsen så vi at Aetat spilte en heller fjern rolle når respondentene skulle angi hva som hadde vært viktig for dem for å lykkes med å komme tilbake i arbeid. Evalueringen tyder på at de mest "vellykkede" sakene kjennetegnes av at brukerne ikke hatt behov for Aetats

tjenester. Det vil si at brukeren har kunnet gå direkte tilbake til sitt tidligere arbeidsforhold uten bistand fra Aetat. Ingenting er bedre enn det.

Blant dem som har nyttiggjort seg av Aetats tjenestetilbud, er brukerne imidlertid mindre fornøyd. Både saksbehandlerne og brukerne beskriver overgangen fra trygdeetaten til Aetat som ”vanskelig”. Noe av problemet synes å være at kravene Aetat stiller til brukerne oppfattes som for strenge og man i for liten grad tar hensyn til at brukerne har helseproblemer, samt at Aetat oppleves som for lite fleksible i forhold til brukernes behov. Som nevnt er ikke saksbehandlere fra Aetat intervjuet i forbindelse med denne evalueringen, og det kan tenkes at de ville hatt en noe annen oppfatning. Men bildet som tegnes av overgangen fra trygdeetat til Aetat av informantene i denne evalueringen samsvarer svært godt med tidligere evalueringer og prosjekter som berører mye av den samme tematikken, og hvor også Aetats saksbehandlere har kommet med sine stemmer (Kvåle m.fl. 2005, Olsen & Vangstad 2005).

Skal man lykkes med rehabiliteringsarbeidet må man også se på det som ligger utenfor trygdekontorets og Aetats saksområder. Forhåpentligvis vil NAV innebære at forvaltningen får en mer helhetlig opptreden overfor brukerne, men det er også behov for å se på forvaltningens opptreden i forhold til arbeidsgiverne. I evalueringen er det fra flere kilder kommet fram at kontakt med arbeidsplassen/arbeidsgiver er viktig for *muligheten* til å komme tilbake i arbeid, men når det er sagt, fant vi relativt få eksempler på det vi kaller bedriftsintern rehabilitering og relativt lite kontakt mellom trygdeetaten og arbeidsgiverne. Trygdeetatens arbeidslivssentre var nesten ikke synlige i mappene og lite nevnt av saksbehandlerne. I de tilfellene en arbeidsgiver er en IA-virksomhet, kan en mer samlet opptreden mellom trygdekontoret og arbeidslivssenteret trolig føre til at henstillingene overfor arbeidsgiverne blir mer virkningsfulle. Flere har også pekt på at skal man lykkes med sin rehabilitering bør man komme i gang i løpet av sykepengeperioden og at det er viktig at arbeidsgiver kommer tidlig med i denne prosessen. Følger man denne tankerekken ut, kan vi si at arbeidslivssentrene bør også arbeide mer aktivt med å få i stand bedriftsintern rehabilitering. Dette kan man søke å gjøre ved å motivere arbeidsgiverne for å ta bedriftsintern rehabilitering mer på alvor, med eller uten nye incentivordninger. Vi har også sett at en del brukere opplevde at de ikke lengre var velkomne tilbake til den ”gamle” arbeidsplassen eller hadde et anstrengt forhold til arbeidsgiver. Mens arbeidsgiverne i privat sektor synes mer ”rundere” i forhold til å opprettholde ansettelsesforholdet (riktignok uten lønn), synes arbeidsgiverne i offentlig sektor mer interessert i å avvikle ansettelsesforholdet når den ansatte går over til



rehabiliteringspenger. Ansatte i offentlig sektor viser til at de henstilles til å si opp eller blir sagt opp, for at stillingen skal kunne frigjøres til andre, eksempelvis midlertidig ansatte som har fungert i stillingen under sykefraværperioden. Dersom det er et sterkt ønske at brukerne skal ha kontakt med arbeidsplassen/arbeidsgiver, også i rehabiliteringspengeperioden, bør man vurdere om man skal utvide brukerens rettsikkerhet i forhold til arbeidsmiljølovens oppsigelsesvern.

Som nevnt flere ganger er det ikke alle som har en tidligere arbeidsplass eller arbeidsgiver å gå tilbake til. Flere av brukerne har også innsett at selv om de ønsker å komme tilbake til arbeid, har de få muligheter på grunn av holdninger i arbeidslivet. Tilsvarende kommentarer fikk vi høre under evalueringen av *Uføre tilbake til arbeid* (Kvåle m.fl. 2005), og som i denne evalueringen etterlyses det flere støtteordninger for dem som ønsker å starte egen virksomhet:

*”Ikke lett å komme tilbake til vanlig arbeid når man har vært borte lenge og er pasient i 15 år. Etablerte derfor eget selskap og kan styre arbeid i forhold til sykdom. Savnet et opplegg med støtte i etableringsfasen. Tror mange vil kunne fungere i eget selskap på tross av vedvarende sykdom”.* Mann, 51 år med psykisk lidelse.

I tillegg til samhandlingen mellom trygdeetaten, og henholdsvis Aetat og arbeidsgiverne, ønsker vi avslutningsvis å kommentere legenes rolle. Saksbehandlerne ved trygdekontoret etterlyser et bedre samarbeid med legene. De savner bedre funksjonsvurderinger og mer informasjon om prognoser og behandlingsopplegg. Samtidig finner saksbehandlerne det ”vanskelig” å klage på legenes håndverk fordi de er helt avhengig av et ”godt” forhold til legene, som tross alt besitter den medisinske kompetansen de er helt avhengig av. For å unngå en direkte konfrontasjon med enkelte leger, benytter heller trygdekontorets funksjonærer seg i større grad av rådgivende legers eller spesialistlegers vurderinger. For øvrig tyder evalueringen på at det er legene som har størst innflytelse på brukerne når det gjelder råd og veiledning om ulike alternativer til rehabiliteringspenger. Det er imidlertid brukerne som i stor grad foreslår egne behandlingsopplegg, og mye tyder på at legene i stor grad etterkommer brukernes ønsker. I en gjennomgang av rehabiliteringspengeordningen kan det derfor være hensiktsmessig å se nærmere på hvilke rolle legene bør spille og hvordan man kan få til et bedre samarbeid mellom legene og NAV.

Til slutt ønsker vi å rette fokus mot begrepene funksjons- og arbeidsevne. Trygde- og attføringssystemet er basert på at noen kan definere eller

bestemme en persons funksjons- og arbeidsevne. Disse vurderingene er ofte utslagsgivende for om en person oppfyller vilkårene for en stønad eller ytelse, og hvor mye man får. I realiteten er disse begrepene vanskelig å måle, og ens arbeidsevne kan variere over tid og variere i forhold til type arbeid. Likevel brukes disse begrepene som rimelig presise og klare mål. Dersom Aetat, eksempelvis, har slått fast at en person har 50 % arbeidsevne, er det lite brukeren, legen eller andre etater kan gjøre med dette, selv om man verken skulle være enig i metodikken som ligger til grunn eller slutningen som ble truffet. Som en bruker uttrykte det:

*”Plutselig er det min evne til å sitte og skru noen muttere på en arbeidsbenk ved en arbeidsmarkedsbedrift som er viktigere enn hva min spesialist eller fastlege skulle mene...”*

Ovennevnte eksempel illustrerer at det trolig er behov for å se på hvem (hvilken instans) som bør ha kompetanse til å definere og vurdere *arbeidsevnen*. Bør denne kompetansen ligge i forvaltningen, hos legene, hos brukeren, hos arbeidsgiver, eller i et samspill mellom disse aktørene?

Helt til slutt stiller vi spørsmålet om behandlings- og avklaringstilbudene som tilbys i dag er gode nok. I det foregående kapitlet ble det pekt på at mangelfulle behandlingstilbud (spesielt innen rus/psykiatrien), hindrer framdriften for en del brukere. Riktignok skal vi ikke velte all skyld over på manglende tilbud, men mye tyder på at enkelte blir gående uforskyldt lenge ”å surre” i systemet før de får et meningsfylt behandlingsopplegg. Det tilsvarende kan vi spørre om avklarings- og arbeidstreningstilbudene: Er det som tilbys i dag godt nok? Som vi har påpekt flere ganger opplever brukerne at arbeidstreningstilbudene kommer sent i forhold til deres rehabilitering, og flere har stilt spørsmål ved metodikken som benyttes ved avklaring av arbeidsevnen. Treffer avklaringstilbudene godt nok i forhold til det mangfold av personer som kommer i berøring med det? Med den betydelige økningen i personer som er i berøring med yrkesrettet attføring, er avklaring av arbeidsevnen et av tjenestetilbudene som Aetat har funnet hensiktsmessig å sette ut til underleverandører. I dag utføres denne tjenesten i stor grad av arbeidsmarkedsbedrifter. Spørsmålet som melder seg i lys av brukererfaringene, er om avklaringstilbudet er godt nok kvalitetssikret av bestiller. Dersom det viser seg at det er store variasjoner i innhold og kvalitet mellom de ulike underleverandører, kan dette igjen få betydning for brukernes rettssikkerhet siden vurderingen av arbeidsevnen er en av faktorene som ligger til grunn for vedkommendes rettigheter i henhold til Folketryktdloven.

## Referanser

- Berglind, E. og U. Gerner (2002) "Motivation and return to work among the long-term sicklisted: An action theory perspective". *Disability and Rehabilitation*. 14, 719-726
- Kvåle, G. (2000) *Organisering og identitet. Om organisatorisk identitetsutvikling i trygdeetaten*. Avhandling, dr.polit., Universitetet i Tromsø, Det samfunnsvitenskapelige fakultetet
- Kvåle, G., T.S. Olsen, N. Jentoft, A. Vangstad og K. Andresen (2005) *Evaluering av trygdeetatens og Aetats arbeid med å få uføre tilbake i arbeid. Sammendrag*. Kristiansand: Agderforskning
- Lipsky, M. (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation
- Olsen, T., M.T. Jensen og A.Vangstad (2003) *Veien til arbeid. Aktørmodellen som kilde til motivasjon og jobbeffekt?* FoU-rapport nr 8/2003. Kristiansand: Agderforskning
- Olsen, T. (2004) *Tilbake til arbeid. En brukerundersøkelse i Vest-Agder*. Notat. Kristiansand: Agderforskning
- Olsen, T.S., G. Kvåle og N. Jentoft (2005) *Mellom trygd og arbeid. Motivasjon og risiko i uføres betraktninger om å gå tilbake til arbeidslivet*. FoU rapport nr. 1/2005. Kristiansand: Agderforskning
- Olsen, T.S. og A. Vangstad (2005) *Fra trygd til arbeid. Uførepensjonisters erfaringer og behov*. Del 2 i rapportserien om Inkluderende Arbeidsliv – for hvem? Kristiansand: Trygdeetatens arbeidslivssenter i Vest-Agder
- Patton, M.Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Second Edition. Sage Publications
- Rikstrygdeverket (2005) *Endringer i regelverket for rehabiliteringspenger fra 1. januar 2004. Innstramming i muligheten for å motta rehabiliteringspenger etter unntaksbestemmelser*. Rapport. Oslo: Rikstrygdeverket

Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

**Vedlegg: Følgeskriv og spørreskjemaet**

## FoU-informasjon

Tittel	Tid er ikke alt. Evaluering av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen
Prosjektnummer	1264
Oppdragets tittel	Evaluering av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen
Prosjektleder	Torunn S. Olsen
Forfattere	Torunn S. Olsen, Nina Jentoft og Gro Kvåle
Oppdragsgiver	Arbeids- og integreringsdepartementet
Rapporttype	FoU
Rapportnummer	4/2006
ISBN-nummer	82-7602-108-5
ISSN-nummer	0803-8198
Tilgjengelighet til rapporten	Offentlig
4 emneord	Rehabiliteringspenger, trygdeetaten, arbeidslinja, velferdspolitik

### Sammendrag

Dette er sluttrapporten fra Evalueringen av regelverksendringen i rehabiliteringspengeordningen, bestilt av den gang Arbeids- og sosialdepartementet. Regelverksendringen det er snakk om er innstrammingen av stønadperioden som det er mulig å motta rehabiliteringspenger for etter unntaksbestemmelsene. Endringen ble iverksatt 1.1.04. Fire problemstillinger står sentralt i denne evalueringen: Har flere fått en raskere avklaring etter regelendringen? Har flere kommet tilbake i inntektsgivende arbeid etter regelendringen? Har flere blitt stående uten inntektssikring etter rehabiliteringspenge opphørte? Og har mottakerne av rehabiliteringspenger fått et bedre tjenestetilbud fra trygdeetaten etter regelendringen?