

## Fra langtids sykefravær til uførepensjon – kan veksten i uførepensjonen begrenses?

av Sturla Gjesdal



Sturla Gjesdal  
sturla.gjesdal@isf.uib.no

*Uføretrygden ble innført i Norge i 1961. På det tidspunkt antok myndighetene at ca 70 000 personer ville være kvalifisert til å motta ytelse fra ordningen. Ved utgangen av 2005 var 320 000 personer uførepensjonert. I denne artikkelen diskuterer forfatteren hva årsaker til at utviklingen har tatt en annen retning enn forventet.*

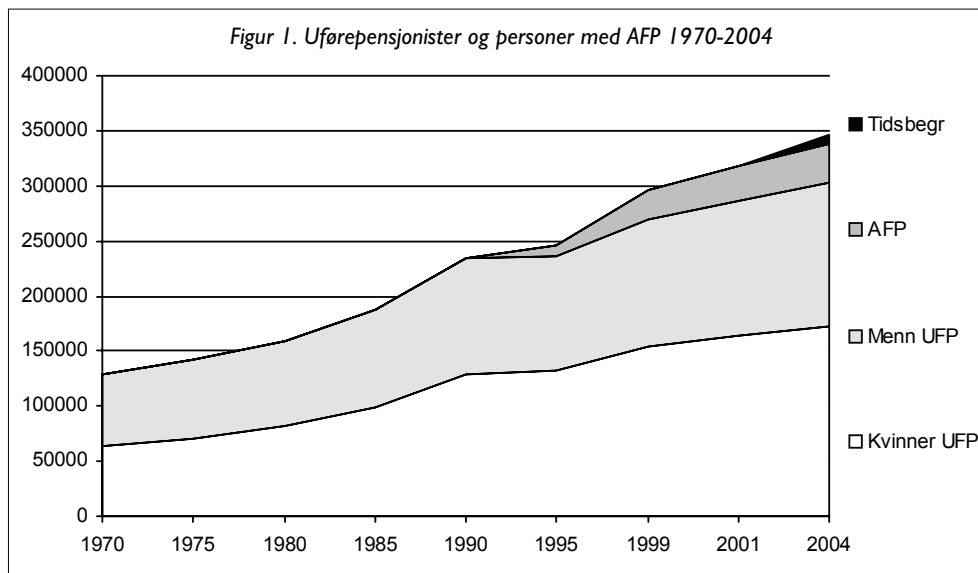
### Medisinsk baserte trygdeordninger i Norge og i andre Vesteuropiske land

Da *uføretrygden* ble innført i Norge i 1961, trodde mange at man kunne begrense ordningen til å gjelde svært syke mennesker. All tilgjengelig behandling skulle være prøvd og i tillegg attføring. Lovteksten sa at bare personer med *alvorlig* sykdom med *objektivt registrerbare tegn* på dette, skulle få trygd. Sosialdepartementets anslag var at 70 000 personer ville være kvalifisert til ordningen. Dette var i en tid da det fortsatt fantes et betydelig antall krigsskadde og personer som var invalidisert av alvorlige infeksjonssykdommer som tuberkulose og polio (1). Ved utgangen av 2005 var uførebekstanden økt til cirka 320 000 personer, 184 000 kvinner og 136 000 menn (se figur 1, basert på data fra Trygdestatistiske årbøker).

I tillegg mottok knapt 28 000 kvinner og 20 000 menn rehabiliteringspenger, en viss nedgang i forhold til 2002–03. I den samme tidsperioden på vel 40 år, har medisinsk vitenskap og behandlingsmuligheter utviklet seg med stormskritt, og forventet levealder i Norge har øket betydelig, særlig for kvinner.

Hva har skjedd siden uførepensjonen har utviklet seg så annerledes enn det pionerene så for seg i 1961? For det første har uførepensjonen blitt en helt sentral ordning i den norske velferdsstaten, sammen med sykelønnsordningen. I forhold til andre europeiske velferdsstater står Norge, til en viss grad sammen med Sverige og Nederland, i en særstilling ved at støtteordninger med en *medisinsk inngangsbillett* utgjør en så stor del av de samlede

*Sturla Gjesdal, dr.med. Forsker II ved Helseøkonomi Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen og Seksjonen for Personskadeprevention, Karolinska Institutet, Stockholm.*



trygdeoverføringene og av brutto nasjonalprodukt (2). Norge står også i en spesiell stilling idet uførepensjonen i hovedsak har blitt oppfattet som en *varig* ordning for den enkelte. Man har tenkt seg at alvorlighetsgraden av sykdommen, kombinert med en grundig vurdering av søkerne, har gjort det svært usannsynlig at uførepensjonister skulle gå tilbake til arbeidslivet. I andre europeiske velferdsstater er hyppige revurderinger, eller tidsbegrensede ytelser mer vanlig på dette området. Likevel har man i hele EU-området satt en modernisering av uførestønadene på dagsordenen, med sterkere fokus på å bringe mennesker med svekket helse tilbake til arbeidslivet (3). I Norge har vi sett noen eksempler på det samme, ved innføring av ”frysordninger” for uførepensjonerte som ønsker å prøve seg i jobb, samt innføring av tidsbegrenset uførestønad i 2004.

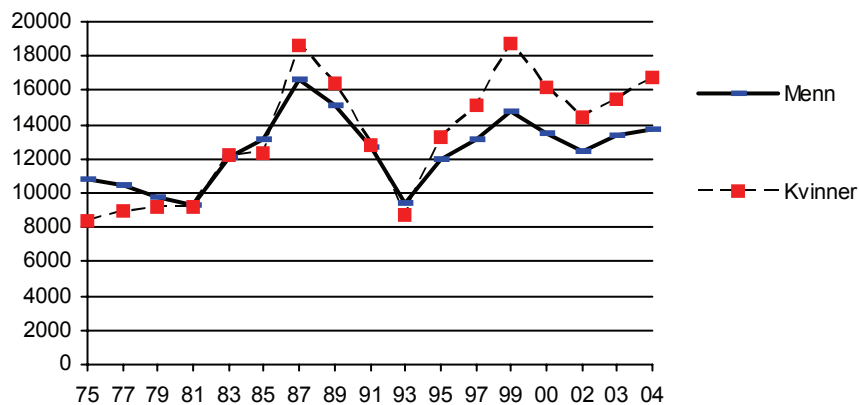
### To ulike strategier for å stoppe veksten i uføreytelsene

Både i 1970-årene og 1980-årene skjedde det en gradvis liberalisering av sykdomsbegrepet

i den norske Folketrygden. Skillet mellom alvorlig og ikke-alvorlig sykdom ble fjernet (vanskelig grense å trekke), og bestemmelsen om objektivt registrerbare tegn ble også forlatt. I uførepensjonens første 10-år sto striden om hvorvidt tilstander med tradisjonelt moralske implikasjoner som alkoholisme og narkotikaavhengighet skulle aksepteres som sykdom (4). I 1980-årene ble sykdom som følge av arbeidsledighet satt på dagsordenen (5, 6) og i tillegg kom muskelsmertepidemien, som i en helt spesiell grad ser ut til å ha rammet norske kvinner (7, 8). Dette medførte rekordhøy tilgang til uførepensjonen i slutten av 1980-årene (se figur 2, som er basert på data fra trygdestatistiske årbøker).

Kombinert med den økonomiske lavkonjunkturen som også preget Norge i slutten av 1980-tallet, ønsket myndighetene å stramme inn på tilgangen til uførepensjon. I 1990-91 ble det gjort innstramninger i lovgrunnlaget, og i 1992 kom en egen forskrift om ”sykdomskravet” der man slo fast at uføresøkninger basert på sykdommer uten objektive funn skulle behandles mye grundigere enn andre saker. I ettertid har det blitt pekt på at fallet i

Figur 2. Effekt av økonomiske og politiske konjunkturer på tilgang av nye uførepensjonister 1975-2004  
(2004:Inkluderer tidsbegrenset)



uføretilgangen kom før lovendringene var på plass (9), men 1993 ble likevel det eneste året da de nye reglene ble praktisert for fullt, med den laveste tilgangen siden 1975.

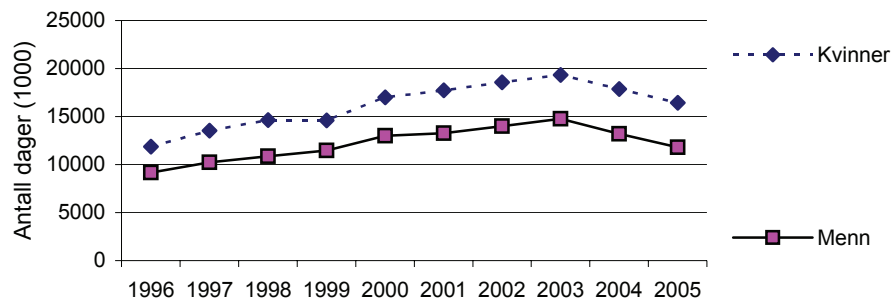
Det er også grunn til å merke seg at 1993 er det eneste året i moderne tid, hvor like mange menn som kvinner fikk uførepensjon (figur 2). Ellers er kvinnenes "overforbruk" av de medisinske baserte trygdeordningene et sentralt trekk ved den norske velferdsstaten, og dette har utviklet seg videre etter at innstrammningene ble opphevet i 1994 (10). Opphevelsen av "sykdomsforskriften" skjedde i stor grad p.g.a. "fibromyalgi-dommen" i Trygde-

retten og sterke protester fra medisinsk(11) og kvinnepolitisk hold (12).

Utover 1990-årene økte utbetalingene til de medisinske baserte trygdeordningene på nytt. Det ble rekord i tilgang til uførepensjonen i 1999, mens sykefraværet fortsatt å øke fram til 2003 (se figur 2 ovenfor og figur 3, begge basert på data fra Trygdestatistiske årbøker).

Myndighetene valgte denne gang å avstå fra innstramminger i regelverk og i de økonomiske ytelsene. Sandmann-utvalget lanserte i stedet slagordet *Inkluderende Arbeidsliv*, IA (13). En strategi basert på dette fikk tilslutning fra myndigheter og partene i arbeidslivet. Ho-

Figur3. Langtidsfraværet siste 10 år: Antall sykedager erstattet av Folketrygden (i 1000).  
Sykefravær > 14(16) dager



vedfokus har vært å få ned sykefraværet, særlig langtidsfraværet, da dette ved siden av å koste mye i seg selv (med 100 % lønnskompensasjon), sannsynligvis også i stor grad påvirker tilgangen til uførepensjon.

Igen hadde tilgangen til uførepensjonsordningen kulminert før IA tiltakene var på plass, og utviklingen de siste årene har ikke vært entydig i retning av lavere tilgang. Det gjenstår også å se hva som blir effekten av nye regler for rehabiliteringspenger, og innføring av tidsbegrenset uføreytelse. På samme måte som en annen IA-oppfinnelse, ”aktiv sykmelding”, kan tidsbegrenset uføreytelse meget vel føre med seg øket liberalisering og høyere trygdeforbruk.

I 2004 og 2005 kom endelig nedgangen i sykefraværet ( se figur 3), men det er ikke sikkert at dette blir en permanent reduksjon til et lavere nivå, jfr. sykefraværstallene for siste kvartal 2005.

### **Overgang fra langtids sykefravær til uførepensjon – egen forskning**

I hovedsak er det to veier til uførepensjon: Den ene utgjøres av personer som aldri har etablert seg i arbeidslivet. Ved utgangen av 2004 hadde 43 559 av totalt 302 369 uførepensjonister status som ”ung ufør”, dvs at de var blitt arbeidsufør før fylte 26 år. Langtidsmottakere av kommunal sosialhjelp er et annet ”reservoar” for uførepensjonen, og mange sosialkontor arbeider aktivt for å hjelpe mennesker fra denne gruppen, som ofte har dårlig helse, med å komme over på uførepensjon.

Hovedstrømmen til uførepensjon kommer likevel fra arbeidslivet. De fleste gjennomgår en *prosess* som starter med langtidssykmelding. Hvis man ikke er arbeidsfør etter 52 uker, går veien videre gjennom rehabilitering, og eventuelt forsøk på yrkesrettet attføring. Det trygdemedisinske og helseøkonomiske miljøet ved Universitetet i Bergen har gjennomført flere studier av denne prosessen. Vi

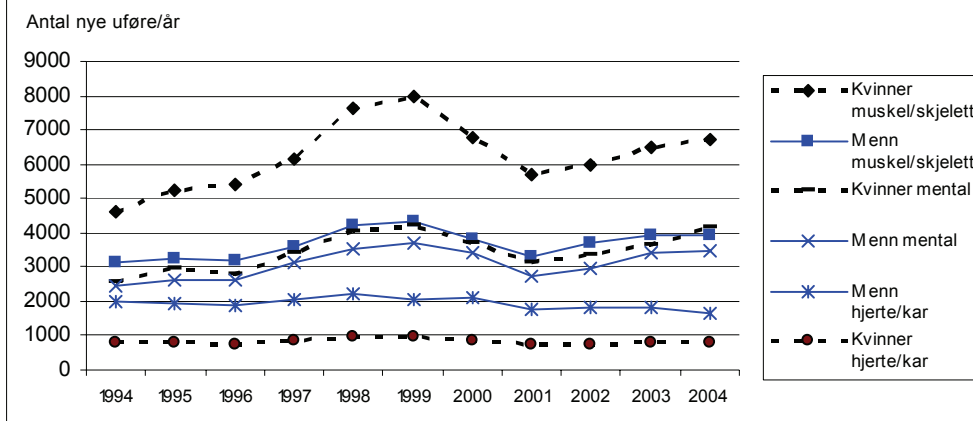
har prøvd å finne prediktorer for at langtidssykmeldte ikke kommer tilbake til arbeidslivet, men i stedet havner på uførepensjon noen år senere (14). Målet vårt har vært å bidra til mer ”evidensbaserte” intervensjoner eller oppfølging av langtidssykmeldte, noe som har vært en sentral arbeidsoppgave for trygde-etaten i mange år.

Vi har funnet at risikoen for framtidig uførepensjonsstatus ved 8 uker sykmelding i gjennomsnitt ligger rundt 25 %. Ved 52 uker, eller maksimal sykepengeperiode, har denne risikoen økt til 40 % (15). Den sterkeste risikofaktoren er, ikke overraskende, alder. I en undersøkelse fra Hordaland i slutten av 1990-årene fant vi at personer mellom 40-49 år hadde en uførerisiko på 20-25% ved 8 ukers sykefravær, mens den samme risikoen for personer mellom 50-59 år lå på 38-45% (16). En annen faktor med stor betydning for uførerisiko er utdanning. Høyere utdanning ”beskytter” mot uførepensjonering, faktisk sterkere enn høy lønn. Sammenhengen mellom inntekt og overgang til uførhet er svak hos kvinner når det er korrigert for heltid/deltid. Tabell 1 (se nedenfor) viser dette blant kvinner som er langtidssykmeldt med muskel/skjelett plager.

### **Betydningen av kjønn og diagnose for overgang fra langtidssykmelding til uførepensjon**

Kvinner er betydelig overrepresentert når det gjelder langtidssykefraværet i Norge. Dette samsvarer med en rekke undersøkelser som viser at kvinner bruker helsetjenester oftere enn menn: ”Kvinner blir syke, mens menn dør”. I Norge er antall kompenserte sykefraværsdager blant kvinner ca. 50 % høyere enn for menn. De siste årene har antall sykedager kompensert av Folketrygden (stort sett fravær lenger enn 2 uker) ligget mellom 10 og 11 hos menn og mellom 15 og 17 for kvinner – per sysselsatt (17).

Figur 4: Muskel/skjelett diagnosene og tilgang til den norske uførepensjonen: Årlig tilgang til uførepensjon etter kjønn og de tre viktigste sykdomsgruppene



De to største diagnosegruppene i trygdesammenheng er muskel/skjelett lidelser og psykiske lidelser. Kvinner er mer sykmeldt enn menn innen begge disse gruppene. Nyere data fra FD-trygd (18) viser at kvinner ved muskel/skjelett diagnoser også har en høyere overgangsrate til uførepensjon enn menn, noe som gir kvinner med muskel/skjelett diagnoser en helt dominerende plass i uførestatistikken (figur 4, basert på Trygdestatistisk Årbok). Hvorfor det er slik, vet vi dessverre lite om. Tabell 1 viser at risiko for varig uførhet varierer mye i henhold til ulike undergrupper av muskel/skjelett plager, og påvirkes av sosio-demografiske karakteristika.

Bildet er mer nyansert i den psykiske diagnosegruppen, det menn ser ut til å ha en høyere risiko for uførhet når de først er blitt langtids-sykmeldt med en slik diagnose (14, 15). Dette oppveier kvinnes høyere fraværshyppighet, og vi ser i figur 4 at menn og kvinner med psykiske diagnoser utgjør en like stor andel av nye uførepensjonister, omtrent på samme nivå som menn med muskel/skjelett lidelser.

### Øker de geografiske forskjellene i trygdeforbruket?

Fordommene vil gjerne ha det til at det er folk i Nord-Norge som går mest på trygd. De siste 10 årene er det imidlertid Sørlandet og de indre Østlandsfylkene som Oppland og særlig Hedmark, som har hatt den sterkeste økningen. Dette gjelder både sykefravær og uførepensjonering. Per 31.12.2004 var 13,5 % av befolkningen i alderen 18-66 år i Hedmark uførepensjonert, i Aust Agder 13,3 % og i Finnmark 12,6 %. Oslo (7,6 %), Akershus (8,0 %), Rogaland (7,9 %), og til dels Hordaland (8,7%) har befestet sin posisjon på den andre enden av skalaen (17). Det er ikke vanskelig å tenke seg at høyt trygdeforbruk på en måte er "smittsomt", at det etableres normer på dette området som blir grunnlag for en selvforsterkende utvikling. Samtidig ligger avgjørelsesmyndigheten for innvilgelse på fylkesnivå, noe som også kan føre til at ulik praksis blir forsterket og videreført over tid. At lavforbruksfylkene samtidig utgjør områder med den mest aktive økonomien og størst andel av BNP per innbygger, indikerer imidlertid at også økonomiske forhold påvirker trygdeforbruket.

Tabell 1. Resultat av Cox<sup>1</sup> regresjonsanalyse: Risiko for overgang fra langtidssykmelding med muskel/skjelett plager til uførepensjon i Norge 1997-2002. N= 37 670 kvinner og 26 106 menn i alder 16-62 år. Hazard ratio for ulike underdiagnoser, samt for alder, utdanningsnivå, inntekt, omsorgsansvar for barn og avtalt arbeidstid ved baseline i 1997. Data fra FD-trygd. (Gjesdal, Bratberg & Mæland 2006)

Undergruppe muskel/skjelett	Menn			Kvinner		
	Hazard rate	95% CI	95% CI	Hazard rate	95% CI	95% CI
Leddgikt og lignende	3,70	3,10	4,42	4,62	4,03	5,28
Slitasjegikt	2,54	2,11	3,05	2,85	2,46	3,30
Myalgier/fibromyalgi	2,30	1,81	2,91	3,71	3,26	4,22
Nakkeplager	2,30	1,99	2,66	2,16	1,92	2,43
Ryggplager	1,80	1,60	2,04	2,15	1,93	2,39
Annet	1,60	1,33	1,91	1,87	1,64	2,12
Plager fra ekstremiteter	1,47	1,28	1,68	1,61	1,44	1,80
Brudd og andre skader	1,00			1,00		
Test for homogenitet	<0,001			<0,001		
<b>Barn</b>						
Med barn <18 år	1,00					
Ikke barn	1,25	1,15	1,36	1,21	1,13	1,30
P	<0,001			<0,001		
<b>Ukentlig arbeidstid</b>						
30+	1,00					
20-29	1,84	1,50	2,25	1,36	1,27	1,45
0-19	2,81	2,44	3,24	1,90	1,77	2,04
P	<0,001			<0,001		
<b>Årsinntekt før skatt, omregnet til Euro</b>						
<10.000E	1,40	1,06	1,85	0,95	0,70	1,29
10.000-14.999E	1,41	1,07	1,85	1,06	0,79	1,41
15.000-19.999E	1,43	1,13	1,81	1,15	0,87	1,53
20.000-24.999E	2,05	1,75	2,41	1,52	1,15	2,01
25.000-29.999E	1,73	1,49	2,02	1,37	1,04	1,81
30.000-34.999E	1,64	1,40	1,92	1,15	0,86	1,55
35.000-39.999E	1,15	0,94	1,39	1,03	0,74	1,45
40.000E+	1,00			1,00		
Test for trend	<0,001			0,02		
<b>Utdannelse</b>						
7-9 år	1,75	1,45	2,12	1,67	1,50	1,87
10-11 år	1,57	1,30	1,89	1,44	1,29	1,59
12 år	1,42	1,15	1,75	1,38	1,22	1,56
13-14 år	1,31	1,08	1,58	1,08	0,96	1,21
15 år+	1,00			1,00		
Test for trend	<0,001			<0,001		
<b>Alder</b>	<0,001			<0,001		

Data fra FD trygd som er grunnlag for tabell 1 er utlevert med bistand fra NSD, Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste, men forfatterne er ansvarlig for analyse og presentasjon.

### Finnes det en vei ut av uføret?

Regjeringen og partene i arbeidslivet har bestemt seg for å satse på den "myke" inkluderingsstrategien i enda fire år, i håp om at dette til slutt skal føre til lavere langtidsfravær og en langsommere økning av uførebekstanden. Alternativet m.h.t. sykefraværet og sykelønnsordningen er selvsagt å senke ytelsene, dvs. å innføre en viss egenandel også i denne forsikringsordningen. Dette er gjort i en rekke Vest-europeiske velferdsstater, og har medført en reduksjon av sykefraværet, i alle fall på kort sikt. En systematisk gjennomgang av sykefraværslitteraturen har vist at det er vitenskapelig belegg for at redusert kompensasjonsgrad gir lavere sykefravær. (19)

Når et mindre antall når 52 ukers sykefravær, er det samtidig færre kandidater for senere uførepensjonering, og det er også færre personer som skal følges opp av Trygde-etaten. En kan også tenke seg innstramminger i inngangsvilkårene til uførepensjonen, selv om forsøkene på dette i 1992-93 ikke var videre vellykket. Hva som blir fremtiden for *AFP-ordningen* (AvtaleFestet Pensjon, gjør det mulig å gå av med pensjon ved 62 år) vil også berøre uførepensjonen, idet en del av de som i dag velger AFP, ville være kandidater for uførepensjon i et annet regime.

#### Referanser:

1. Haavet IE. Uføretrygd mellom behandlingsoptimisme og styringskrise. I: Bjørnson Ø, Haavet IE, (red). Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894-1994. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1994.
2. Stattin M. Retirement on grounds of ill health. *Occup Environ Med* 2005;62(2):135-40.
3. Marin B, Prinz C, Queisser M. Transforming Disability Welfare Policies. Towards Work and Equal Opportunities. Vienna: Ashgate; 2004.
4. Sundby P. Uførhet som helsens paradoks. *Tidsskr Nor Legeforen* 1994;114:2093.
5. Bjørndal A, Johnsen B, Clementsen PI. Konsekvenser av en delvis nedlegging av en hjørnesteinsbedrift. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1990;110:239-42.
6. Westin S. The structure of a factory closure: individual responses to job-loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study. *Soc Sci Med* 1990; 31:1301-11.
7. Bruusgaard D, Evensen AR, Bjerkedal T. Fibromyalgia – a new cause for disability pension. *Scand J Soc Med* 1993;21:116-9.
8. Gjesdal S, Kristiansen AM. Den norske fibromyalgiepidemiens vekst og mulige fall. Hva viser uførestatistikken?. *Tidsskr Nor Legeforen* 1997;117:2449-53.
9. Westin S. Uførepensjonering på retur. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993;113:2229-30.
10. Brage S, Nygard JF, Tellnes G. The gender gap in musculoskeletal-related long-term sickness absence in Norway. *Scand J Soc Med* 1998;26(:34-43.
11. Bruusgaard D, Heiberg A, Lie R, Malterud K, Noreik K, Westin S. Sykdomsbegrepet i Folketrygdløven. Oslo: Trygderetten; 1994.
12. Claussen B. Restricting the influx of disability beneficiaries by means of law: experiences in Norway. *Scand J Soc Med* 1998;26:1-7.
13. Norges offentlige utredninger NOU 2000: 27. Sykefravær og uførepensjonering Et inkluderende arbeidsliv Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 9. april 1999.
14. Gjesdal S. From Long-term sickness absence to disability pension. Studies on predictors of disability pension in Norway. Bergen: University of Bergen; 2003.
15. Gjesdal S, Bratberg E. Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi-register based\* and prospective study. *Scand J Public Health* 2003;31(4):246-54.
16. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Mæland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health* 2004;14(4):398-405.
17. [www.trygdeetaten.no/generelt/Pub/trygdestatistisk\\_aarbok\\_2005](http://www.trygdeetaten.no/generelt/Pub/trygdestatistisk_aarbok_2005)
18. Gjesdal S, Bratberg E, Mæland JG. Social insurance and musculoskeletal disorders in Norway: The gender-gap revisited. Results from a multi-registry based study. Helseøkonomi Bergen, Working Paper 2006-
19. Alexanderson K, Norlund A Editors. Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32. Supplement 63; p 1-263.