

Legenes oppgaver i folketrygden

Michael 2007;4:130–5.

Sammendrag

Siden trygdekontorer, arbeidskontorer og sosialkontorer ble slått sammen og ble NAV den 1. juli 2006, er det blitt påfallende stille om legenes oppgaver i trygden. Andre forandringer har også gitt grunn til å tro at trygden ikke er så opp-tatt av legenes rolle som tidligere. Funksjon skal nå tillegges større betydning i de fleste trygdesaker og diagnose mindre. Lengre sykemeldinger skal avgjøres mer i møter mellom arbeidstaker, linjeleder og trygden enn av legenes syk-meldinger. Er det en viktig trend i tiden at legenes rolle i trygden skal reduseres?

Det har alltid vært klart at alle trygdeytelser avgjøres av trygden og ingen av legen. Men særlig for sykmeldingene har legens attest som oftest avgjort saken. Ved rehabilitering, attføring og uførepensjon har legeattestene stått ganske sentralt i de fleste sakene. Dette er vi leger vant med, og vi har tenkt lite på at det ikke trenger å være slik. Bør dette systemet avløses av andre ordninger for tildeling av trygderettigheter?

Sykdom som tildelingskriterium

Vi bør først diskutere hvorfor det har vært slik det er siden vi fikk sykmeldingene fra 1911 og de andre trygdeordningene fra 1937 og utover på 1950- og 60-tallet. Opphavet var som kjent den tyske «jernkansleren» Otto von Bismarck (1815-1898). Han ville slenge et bein «til ulvene», som han sa, dvs. til de tyske sosialdemokratene som vokste i antall. Partiet ble forbudt, samtidig som staten ga penger til noe helt nytt, velferdsordninger. Hvordan skulle så de fordeles til de verdig trengende?

Det sies at det var Bismarcks finansminister som fant på å bruke «sykdom, skade eller lyte» som det viktigste tildelingskriteriet. Disse tilstandene var ikke selvforskyldte, og de fleste mente at kriteriene i all hovedsak plukket ut de verdige trengende. Forsikringselskapene hadde allerede en viss erfaring med å

bruke leger til å vurdere om sykdommen eller skaden var alvorlig nok til å gi redusert inntektsevne, og legene sa seg villige til å ta flere slike oppgaver.

Dette systemet ble innført i Tyskland i 1880-årene. I Norge fikk vi de første små sykepengene i Lov om syketrygd av 1907, samtidig med at de nye offentlige sykekassene dekket mye av utgiftene til medisinsk behandling. Legene var fornøyd med den nye loven, kanskje mest fordi det nå var blitt for mange leger i forhold til folks betalingsevne. Hvilke helsetjenester den nye trygden skulle betale, ble mye diskutert den gang, men ikke sykmeldingene.

Problemer med sykdomskriteriet

I de senere årene er imidlertid problemene blitt tiltagende mange. Antallet trygdemottakere øker til tross for myndighetenes mange forsøk på å begrense tilstrømningen. I det siste har de i stigende grad gitt «slepphendte» leger skylden. Argumentene, selv i stortingsmeldinger, har til dels fått et preg som med et pent ord kan kalles unyanserte, for eksempel fra den siste Arbeids-, velferds- og inkluderingsmeldingen (2006):

Terum m.fl. (1999) har i en undersøkelse påpekt at legenes vurdering i forbindelse med søknad om uførepensjon i stor grad er basert på skjønn, og at legenes moral og verdiopfatning har betydning for utfallet av søknaden.

OECD (2006) har i flere rapporter pekt på fastlegenes sentrale rolle ved tildeling av trygdeytelser som et problem, bl.a. at legenes nære kjennskap til pasienten kan svekke vedkommendes nøytralitet. (side 86).

Et grunnleggende problem er sykdomsbegrepet. Hvem er «syke» i folketrygdens forstand, og hvem har redusert inntektsevne på grunn av sykdom? Det ser ut til at sykdom er et for viktig begrep til at noen får rett til å definere det. Før baserte trygden seg på at legene kunne avgrense begrepet på en rimelig måte. Med en legestand som antakelig tar hensyn til sykdomsbegrepet blant pasientene i større grad enn før, blir legene mindre velansette som sakkyndige på vegne av samfunnet, slik sitatet over viser.

Jeg tror at denne kritikken av legene som sakkyndige for trygden er uhensiktsmessig. Selvfølgelig kan ikke medisinen si klart hvem som er syke til å forsørge seg selv. Slik sett kan kritikken mot legenes rolle i trygden være prinsipielt riktig. Legeattestene må basere seg på en stor grad av skjønn, slik Terum og Nergård sier i sitatet. Hvor velbegrunnet skjønn er, kommer for det første an på hvor klar sammenhengen er mellom den aktuelle sykdommen og arbeidskravene. For det annet blir rommet for skjønn mindre jo bedre legen kjenner både sykdommen og arbeidsplassen.

Sagt på denne måten blir det klinkende klart at rommet for skjønn blir stort i de aller fleste saker. Unntaket er de søkerne som har et alvorlig tap av arbeidsevne på grunn av en opplagt sykdom, for eksempel hjertesvikt hos

arbeidstakere med kroppsarbeid eller markante smerter på grunn av kreft. Slike søkere er det få av. En del flere bør sykmeldes fordi sykdomsbehandlingen krever avlastning, for eksempel ved senebetennelse i en skulder eller fremmøte til cellegiftbehandling for kreft. Da er både samfunn og pasient tjent med at behandlingen gjennomføres for å redde arbeidskraft for fremtiden.

Men de opplagte tilfellene av sykmelding eller uførepensjon utgjør en mindre andel av alle som søker slike ytelser. Flere syke kunne gått på jobb. Mange har tilstander som ikke opplagt er en sykdom, for eksempel lumbago eller depresjon. Noen har en veldefinert sykdom, for eksempel hjerteinfarkt eller angina pectoris, men det er ofte mindre klart at de er arbeidsuføre enn mange tror. Veldefinerte diagnoser gir ikke veldefinerte grenser for arbeidsfunksjon eller andre former for gradering av plagene. Slik sett skiller de seg ikke fra lumbago eller neuroser.

Er det så rimelig å bruke leger i trygden? Jeg tror ja, av flere grunner som blir lite diskutert i dagens trygdepolitiske klima. Den viktigste grunnen er at legen er den eneste som gjerne *følger søkeren tett over lengre tid*.

Søkerens rådgiver

Det blir ofte glemt i dagens debatt at legene slett ikke ønsker trygdede pasienter, men pasienter som gjenvinner flest mulig funksjoner, inklusive arbeidsevne. I denne prosessen er vi gjerne «pasientens advokat», som det ofte heter i dag, fordi det er pasienten som vi vil skal følge rådene våre og bli frisk.

Vi rår ofte folk til å ta i mot en trygdeytelse, for eksempel sykmelding, og vi forsøker en sjelden gang å overbevise en som ikke vil, til å bli sykmeldt. Det kan for eksempel gjelde en sykmelding ved senebetennelse som vi tror blir mye mer langvarig om den ikke får ro nå. Men mye oftere rår vi folk til å fortsette i arbeid i stedet for å være sykmeldt eller å søke uførepensjon. Det kan være en pasient som optimistisk håper å bli bedre av en artrose med ro og behandling, og som får avslag av legen fordi en slik behandling ikke hjelper. Langt viktigere er det store antallet som vi holder i arbeid i årevis med korte sykemeldinger og gode råd.

Medisinsk riktig sykmelding

Kort oppsummert kan vi si at legens oppgave er å skrive sykmeldinger som er mest mulig medisinsk riktige, det vil si slike som fører til bedring av tilstanden med minst mulig bivirkninger (Wergeland 2006). Samtidig skal vi ikke påføre samfunnet større utgifter med sykmeldingen enn det som står i forhold til den medisinske gevinsten.

Myndighetene undervurderer grovt denne rådgivingsprosessen overfor

potensielle trygdesøkere. Det virker som de tror at i dag har vi det maksimale tenkelige antallet sykmeldte og uførepensjonerte, så høye som disse ratene er nå. Alle de som ikke søker trygd, kjenner de i ethvert fall ikke til. Jeg kan forsikre om at det kunne vært mange flere. Det får vi et godt indisium på når vi ser andelen av befolkningen som er i arbeidsstyrken. Den andelen er overlegent størst i de tre skandinaviske landene, og forholdene er ganske like i hvert av dem. Selv om statistikken ikke viser det, er det antakelig flest i betalt arbeid i Norge, fordi vi har få arbeidsløse og mange 60-åringer i arbeid.

Men myndighetene synes kanskje det er en mager trøst at vi har flest i arbeid, når så mange er sykmeldt eller på uførepensjon? Det kunne jo vært enda flere i arbeid, «om ikke legene var så snille».

Det spørres om vi er så «snille». For en del år siden leste jeg over tusen saker om søkere på uførepensjon. Det ga meg ikke inntrykk av at legene var snille. De hadde bidratt til å holde mange i arbeid i årevis ved sykmeldinger og kanskje attføring. Av de som søkte på uførepensjon, anbefalte legene avslag i 9% av sakene, for det aller meste hos søkere som de kjente godt og hadde fulgt i årevis (Claussen og Bjerkedal 1999). Av disse fikk likevel 29% pensjon av trygden.

Hvem andre kan gi råd til søker og NAV?

Trygdeytelsene bør fordeles mest mulig rettferdig i overensstemmelse med allmenn rettsoppfatning. Det kan absolutt diskuteres hvor godt vi greier det i Norge i dag. Det er lett å tenke seg at det kan bli verre. Hvordan det kan bli bedre, er vanskeligere å foreslå. Vi vet i ethvert fall at et slikt system er nødt til å bli langt fra perfekt.

Alternativet til legene er vel helst det vi finner i det danske systemet. Ved søknad om invalidepensjon gjør funksjonæren på trygdekontoret en funksjonsvurdering. Det går, antakelig fordi trygdesystemet er mer kommunalt enn vi er vant til og likner mer på våre sosialkontorer (Brage og medarbeidere 2002). En annen grunn kan være at trygdesystemet alltid har vært mindre strengt enn i Norge. For eksempel er tidlig avgang fra arbeidslivet mye mer akseptert enn hos oss. Sykmeldinger er det derimot ikke mye spørsmål etter, fordi arbeidsgiverne stort sett godtar egenmeldinger. Til gjengjeld har danskene ingen beskyttelse mot oppsigelse ved sykdom, slik Norge og Sverige har. Tvert i mot blir mange rutinemessig sagt opp etter for eksempel seks måneders sykefravær. Det går fordi oppsigelser og jobbbytte er mye vanligere i Danmark enn vi er vant med.

Noen tror at et juridisk system burde erstatte det medisinske i trygden. Avgjørelsene om trygdeytelser er jo juridiske (Kjønstad 1998). Kanskje ville en rettsakslignende prosedyre gi mer rettferdighet? Antakelig ville det

være tilfellet, om det lot seg gjennomføre. Husk at her er det snakk om store mengder avgjørelser. I 2004 behandlet trygden tretti tusen saker om uførepensjon, ca. femti tusen saker om attføring eller rehabilitering, og i alt ca. 535 000 tilfeller av sykmelding. Vi leger tilhører en yrkesgruppe som er vant til å få saker unna, juristene er ikke det.

Avskaffe folketrygden?

Dette er det prinsipielt rettferdige standpunktet som de ekstreme markedsliberalsitene går inn for. De vil som regel støtte en sosialhjelp som hindrer at folk forkommer helt i en vanskelig situasjon. Ellers vil markedet løse de sosiale spørsmålene, bare det får virke fritt (Hodne 1981). Ved arbeidsløshet vil lønningene snart falle, det vil lønne seg å investere og så blir arbeidsmarkedet klarert igjen.

Dermed er de mange problemene med en sosialforsikring løst. Enkeltindivider og familier får ansvaret for seg selv. Og problemene er som nevnt mange, både prinsipielle og praktiske. Den amerikanske sosiologen Deborah Stone (1984) mener disse problemene er uløselige og anbefaler ikke USA å innføre et slikt system som det hun studerte i Tyskland.

Det tok da også tid å få til en folketrygd i Norge. De første forslagene kom fra Arbeiderkommisjonen av 1894, nye fulgte i 1907, 1918, 1920, 1923 og 1935, mens en allmenn folketrygd først kom i 1967 (Seip 1994). Både finansiering, medlemskap og kriterier for ytelsene var vanskelige spørsmål med mange mulige svar.

Folketrygd er bra

Når vi likevel fikk en forholdsvis omfattende folketrygd i vår del av verden, er det fordi sosialforsikring har mange gode og viktige sider. For det første har mange familier ikke ressurser til å ta seg av syke og uføre medlemmer. Erfaring viser at en fattigkasse er alternativet for en ganske stor del av befolkningen. En liten velstående del vil greie seg brukbart på familieøkonomien, eventuelt støttet opp av private forsikringer. Men forsikringer er ingen god løsning på økonomiske påkjenninger ved sykdom, fordi de fleste av oss blir syke og trenger erstatning. Og en ganske stor del av de litt bedrestilte var redd deklassering, som det het i gamle dager da vi ikke hadde trygd, ved sykdom og uførhet.

Dette er de viktigste grunnene til at folketrygden alltid har vært populær. Ved galluper svarer fra 60% til 80% at de er positive til folketrygden, litt avhengig av hvordan spørsmålet stilles (Øverbye 2000). Samtidig svarer stadig flere, særlig unge voksne, at de er bekymret for om folketrygden vil dekke behovene deres i fremtiden. Private forsikringer øker samtidig. Det

er en dårlig utvikling, for forsikring er dyrt når det gjelder vanlige foreteelser som sykdom og alder. Kanskje er de lite å stole på i dårlige tider også. Folketrygden garanteres derimot av en sterk stat.

Minstelønn er et alternativ til folketrygden som er programfestet av partiet Venstre. Da får alle en sum fra staten hver måned og de fleste av oss en litt redusert lønn i tillegg. Fordelene er enkelhet og ingen administrasjon av en masse kompliserte støtteordninger.

Ulempene ved minstelønn kunne være små om beløpet omtrent svarte til uførepensjon for en arbeider, for eksempel 14 000 kr per måned. Da ville mange av de som ønsket mer, kunne tegne en mindre forsikring. Sosialklienter og studenter ville fått vesentlig mer enn i dag. Men en så romslig minstelønn virker helt urealistisk i dagens politiske situasjon. Den ville antakelig ligge nærmere en gjennomsnittlig sosialhjelp på 7 000 kr per måned (inklusive et sted å bo). Da er dagens kompliserte og nyanserte folketrygd bedre, fordi den gir en rimelig økonomisk trygghet til storparten av befolkningen.

Jeg tror at folketrygden er tjent med å beholde legerollen omtrent som i dag. Myndighetene bør bli flinkere til å se fordelene med legenes innsats i folketrygden og ikke bare håpe på strengere leger.

Litteratur

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. *St.meld. nr. 9 (2006-07). Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006.
- Brage S, Krohg M, Klockars M et al. Sosialforsikring i de nordiske landene. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002; 122: 1486-91.
- Claussen B, Bjerkedal T. Søknader om uførepensjon før og etter innstrammingen i 1991. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2182-6.
- Hodne F. *Norges økonomiske historie 1815-1970*. Oslo: Cappelens forlag, 1981.
- Kjønstad A. *Innføring i trygderett*. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
- OECD. *Sickness, disability and work – breaking the barriers*. Paris: OECD, 2006.
- Seip AL. *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo: Gyldendal, 1994.
- Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press, 1984.
- Terum LI, Nergård TB. Medisinsk skjønn og rettstryggleik. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1999; 119: 2192-6.
- Wergeland E. *Arbeidsmiljøloven, sykefraværet og sekstimersdagen*. Oslo: Transit forlag, 2006.
- Øverbye E. *Commitment to welfare – a question of trust*. Oslo: NOVA, 2000.

Bjørgulf Claussen

bjorgulf.claussen@medisin.uio.no

Om forfatteren

Bjørgulf Claussen (f. 1944) er professor i trygdemedisin ved Universitetet i Oslo.