

# Uførepensjonering – medisinsk vurdering eller sosial sortering?

*Michael 2009;6:425–9.*

*Sykdom, skade eller lyte er krav som stilles for innvilgelse av uførepensjon. Uførepensjonering varierer imidlertid kraftig med utdanningsnivå, betydelig mer enn det som kan forklares med tilsvarende helseforskjeller. Utdanning, kompetanse og erfaring er kanskje viktigere enn helse som årsak til marginalisering av deler av arbeidsstyrken.*

## Introduksjon

Aldri har den norske befolkning vært friskere og aldri har så mange vært uføre. Ca. 11% av befolkningen i alderen 18-67 år har nå uførepensjon. Dette presenteres som et paradoks, men er i realiteten ikke så vanskelig å forklare.

Det har vært påstått at økt trygdebehov er et resultat av et brutalisert arbeidsliv. Det synes jeg er vel drøyt. Arbeidslivet stiller imidlertid endrete og til dels økende krav. Den fysiske belastningen avtar (selv om renholdsyrket og pleie- og omsorgsektoren stadig stiller tøffe fysiske krav), mens krav til kunnskaper øker som ledd i rasjonalisering og effektivisering og befolkningens økte utdanningsnivå.

Ethvert arbeidsliv stiller krav og i enhver befolkning er det noen som har problemer med å fylle disse kravene, personer som sliter med å holde seg i arbeidslivet og personer som sliter med å komme inn i eller tilbake til arbeidslivet. Denne gruppen utgjør den marginale arbeidskraft.

Hvorvidt et arbeidsliv lykkes i å være inkluderende, er hvor stor del av den marginale arbeidskraft den lykkes i å beholde «innenfor», dvs. beholde som yrkesaktive. Antall uførepensjonerte avspeiler den del av den marginale arbeidskraft som må kaste inn håndklede.

Trygdelovgivningen opererer imidlertid ikke med begrepet marginal arbeidskraft, men krever *sykdom, skade eller lyte* som inngangskriterium.

Da Otto von Bismarck (1815-98) i sin tid introduserte velferdsordninger for å stagge den revolusjonære opposisjon, ble kriterier for tildeling diskutert. Det var viktig å skille de verdige fra de uverdige trengende. Ryktene sier at det var Bismarcks finansrådgiver, Gerson von Bleichröder (1822-93) som foreslo å bruke sykdom som tildelingskriterium fordi det var så vanskelig å måle verdighet.

Den medisinske vitenskap var i rask utvikling og troen på robuste objektive sykdomskriterier var stor. Forslaget ble akseptert, og senere har vi som leger sittet med den problematiske oppgaven å bidra til fordeling av trygdegoder.

Yrkesskade ble ansett som en spesielt verdig grunn til å få samfunnets oppmerksomhet. Slike skader ble gjenstand for de første trygdeordninger i mange land, inkludert Norge. Lov om ulykkesforsikring for industriarbeidere ble innført i 1894 som det første bidrag til norsk trygdelovgivning.

Det er altså ikke den marginale arbeidskraft som er problemet, men sykdom. Trygdestatistikken kan fortelle at muskel-skjelett-lidelser og psykiske lidelser er de viktigste årsaker til uførepensjonering. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv har som mål å få ned sykefraværet, få flere med sykdommer og plager til å fortsette i arbeid og få flere eldre til å forbli yrkesaktive. I tråd med dette innføres nye behandlingstilbud for å redusere antall som blir avhengig av trygdeytelser. Flere hundre millioner kroner er bevilget til tiltak for å få folk raskere tilbake (RATI).

Millioninnsprøytingen i spesialisthelsetjenesten har resultert i en formidabel idédugnad med økonomiavdelingene på sykehusene som ivrige pådrivere. Satsingen er både et eksempel på politikernes behov for å markere handlekraft og helsevesenets villighet til å prioritere de oppgavene der det gis økonomiske incentiver. Det rapporteres jevnlig entusiastisk om vellykkete prosjekter for å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid. Sykefraværet synes imidlertid å være upåvirket og det er ikke satt av penger til å evaluere tiltakene.

Det har vært lansert en rekke forslag til å neddempe betydningen av sykdom ved tildeling av trygdeytelser. De siste ti år har vi hatt en periode der det skulle legges større vekt på *funksjon* enn *diagnose*. NAV har gått et skritt videre og lansert begrepet *arbeidsevnevurdering* som inkluderer en rekke forhold ved siden av helse, som utdanning, motivasjon, yrkeserfaring og kompetanse, både sosial og human kapital.

Mange er uføre på grunn av sykdom, det være seg medfødte lidelser, alvorlig psykisk sykdom, skader, nervesykdommer eller kreft. Problemet er imidlertid den store gruppen som ikke klarer seg i arbeidslivet og der diagnosen er mer uklar. Velferdsmeldingen ble forventet å støtte opp under

ønsket om å utvide tildelingsgrunnlaget. Den konkluderte imidlertid med at kravet om *sykdom, skade eller lyte* bør opprettholdes.

## Metode

Vi har nærmet oss problemet med den marginale arbeidskraft ved å se på forholdet mellom utdanningsnivå og uførepensjonering i en artikkel innsendt til *Scandinavian Journal of Public Health* (1). I en stor undersøkelse basert på landsdekkende tall har vi analysert andel uførepensjonerte i ulike utdanningsgrupper.

Siden vi har et så stort materiale, har vi kunnet inndele utdanningsnivå i hele seks kategorier, der grunnskole er lavest og forskerutdanningsnivå høyest. I undersøkelsen har vi bare inkludert etniske nordmenn, fordi opplysning om utdanningsnivå er noe mangelfull blant innvandrerne og fordi det blant innvandrerne er vanligere å ha arbeid som ikke korresponderer med utdanningsnivået.

Siden 1992 er alle nordmenn (befolkning i 2003: 4 577 457) inkludert i en stor datafil, (FD-trygd). Denne inneholder opplysninger om alle trygdeytelser og blant annet diagnoser ved de sykdomsbaserte ytelsene. Filen er koplet med Statistisk sentralbyrås fil med demografiske data, der vi har benyttet informasjon om høyeste utdanningsnivå. I vår studie har vi inkludert innbyggere i alderen 18–66 år 31. desember 2003 (N=2 522 430).

Som utdanningsnivåer har vi benyttet: grunnskole (7-9 år), videregående skole, lavt nivå (10–11 år), videregående skole (12 år), universitet/høyskole, lavt nivå (14–15 år), universitet (16–18 år), forsker (18+ år ofte i betydningen doktorgrad).

## Resultater

Vi har funnet at risikoen for uførhet reduseres dramatisk med antall år utdanning, i ulike aldersgrupper og for begge kjønn. Dette er knapt overraskende og heller ikke særlig nytt. Vi har imidlertid funnet større forskjeller enn det som er vist ved tidligere undersøkelser (2,3).

Kontrollert for alder og kjønn er den relative risiko for uførepensjonering for en med grunnskole, sammenliknet med en med universitetsutdanning vel 12. Forskjellene eksisterer mellom alle utdanningsnivåene, og de med forskerutdanning har en relativ risiko som bare er 1/3 av den for dem med lang universitetsutdanning.

Forskjellene er spesielt store for dem som uførepensjoneres med en muskel-skjelett-diagnose. De som bare har grunnskole har en alders- og kjønnskorrigert relativ risiko på 23, og sammenlikner vi dem med gruppen som har forskerutdanning blir den relative risiko svimlende 110.

## Diskusjon

Vi vet at folk med kort utdanning har dårligere helse enn dem med lang utdanning. Årsakene er flere. Grovt sett gjelder det seleksjon av de friskeste inn i de lengste utdanningsløp, og mer belastende og dermed mer sykdoms- skapende yrker for dem med dårlig utdanning.

De velkjente sosiale helseforskjellene kan imidlertid ikke forklare de dramatiske forskjellene vi har funnet. En forklaring er at de dårlig utdannede har jobber som stiller større krav til god helse. Dette skyldes først og fremst at det dreier seg om yrker med fysiske arbeidskrav og forklarer dermed den spesielt store forskjellen når det gjelder muskel- og skjelettlidelser. Det er altså ikke bare et problem at ulike yrker skaper ulike helseproblemer (yrkesrelaterte helseproblemer), men at like helseproblemer skaper ulike konsekvenser i ulike yrker (helserelaterte yrkesproblemer).

Det store spørsmålet blir hvorvidt det er rimelig å tro at disse årsakene alene kan forklare våre funn. Når en enkel forklaringsvariabel som utdanning gir så store utslag, kan en mistenke at helseproblemer er av underordnet betydning for mange med kort utdanning som søker om uførepensjon. Det kan hende at det er den manglende utdanning som har bidratt mest til å marginalisere dem.

Hvis vi går ut i befolkningen, finner vi at mange mennesker forteller om mange plager og symptomer: smerter og ubehag i muskler og ledd, svimmelhet, romling i magen, søvnløshet, humørløshet, tretthet, angst og generelt ubehag. De som har flest symptomer fungerer dårligst, dels uavhengig av diagnose (4).

Det vil si at de fleste som tilhører gruppen med marginal arbeidskraft også har plager. Hos en marginalisert arbeidstaker som er på jakt etter en diagnose og således er ute etter en sosialt og trygdemessig akseptabel sorti fra yrkeslivet, kan slike plager med en viss velvilje gis en medisinsk diagnose.

Siden muskel- og skjelettplager er så vanlig i befolkningen og mange ufaglærte yrker er fysisk belastende, er det ikke rart at så mange nettopp får muskel-skjelett-diagnoser når de søker om uførepensjon.

Det kan altså hende at trygdelovgivningen, godt hjulpet av legestanden, bidrar til å medikalisere den marginale arbeidskraft og feilaktig attesterer at de som har problemer med å forbli yrkesaktive, har problemer fordi de er syke. På den måten blir sykdom årsaken til uførheten, og forebygging og behandling av sykdom den viktigste metoden til å redusere antall uførepensjonerte.

Hvis det er sykdom som er avgjørende, vil altså fokus på forebygging og behandling være en rimelig fremgangsmåte. Hvis det har med utdanning og kompetanse å gjøre, kan vi enten øke kompetansen i befolkningen (med derav oppjusterte krav i arbeidslivet) eller arbeide for at også de med begrenset kompetanse og de med minst sosial og human kapital får anledning til å realisere sine evner i arbeidslivet.

I stedet for å foreta arbeidsevnevurdering av individer, må vi satse på en inkluderingsevnevurdering av den enkelte arbeidsplass med mål at flere arbeidsplasser ansetter flere med kort utdanning.

De som uførepensjoneres etter dagens sykdomsbaserte ordning, er uten tvil marginale i forhold til arbeidslivets krav. Kanskje er den nåværende ordning rimelig treffsikker som tildelingsprinsipp.

Det er likevel grunn til å diskutere mulige konsekvenser av sykdomskriteriet. Det medisinske tildelingskriteriet, vår diagnostisering og de trygde-statistiske diagnoseoversiktene kan bidra til en tilsynelatende orden i et komplisert sosialt fenomen. En orden som kan tilsløre reelle underliggende problemene. Vi kan ikke forebygge eller behandle vekk den marginale arbeidskraft. Vi kan muligens inkludere den i et raust arbeidsliv, men da må ressursene settes inn her, heller enn på nye RATI-poliklinikker.

## Konklusjon

Ved tildeling av trygdeytelser til enkeltindivider bør vi for fremtiden basere oss på en bred arbeidsevnevurdering der utdanning og erfaring tillegges stor vekt. For å forebygge marginalisering og utestengning av dem som har kortest utdanning, må vi foreta inkluderingsevnevurdering av den enkelte arbeidsplass ut fra et mål om å få et genuint inkluderende arbeidsliv.

Det kan se ut som om uførepensjonering for store grupper er en sosial sortering basert på medisinsk vurdering.

## Litteratur

1. Bruusgaard D, Smedby L, Claussen B. Can health-related work problems explain the educational divide in disability pensioning. Innsendt *Scand J Public Health* 2009
2. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. *Int J Epidemiol* 2002;31:1183-91.
3. Krokstad S, Westin S. Disability in society-medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. *Soc Sci Med* 2004;58:1837-48.
4. Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Bruusgaard D. Does the number of musculoskeletal pain sites predict work disability? A 14-year prospective study. *Eur J Pain* 2009;141:426-30.

*Dag Bruusgaard*

*dag.bruusgaard@medisin.uio.no*

*Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin*

*Seksjon for sosialmedisin*

*Universitetet i Oslo*