

Stadig flere unge uføretrygdde



Medisin
og vitenskap

Uførepensjonering er et økende problem i det norske samfunn. Særlig bekymringsfull er den sterke økningen i uførepensjonering av unge under 35 år som har funnet sted i 1990-årene. Den var nær tredoblet i en rekke kommuner fra 1992 til 1997, og den viktigste årsak til uføretrygd var nervøse lidelser.

Som en av flere utredninger iverksatte Rikstrygdeverket høsten 1999 en kasuistisk-statistisk studie av alle innvilgede søknader om uførepensjon hos personer under 35 år fra 1992 og 1997 i 19 kommuner, en kommune fra hvert fylke, i alt 239 saker. Alle saker ble gjennomgått, og en rekke sosiale og demografiske variabler, medisinsk bakgrunn og elementer i saksbehandlingene ble registrert og statistisk behandlet.

Noen vesentlige forskjeller mellom søkerne i de to årene ble ikke påvist med unntak for de medisinske diagnoser, idet det i 1997 ble registrert en betydelig økning av psykiske lidelser både pro rata og totalt i forhold til i 1992. De psykiatriske karakteristikkene og betegnelser var ofte ufullstendige og uklare. «Personlighetsforstyrrelser» forekom særlig ofte.

Det kan ikke utelukkes at økningen skyldes en tiltakende forekomst av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant unge. Den kan også tyde på økende krav til yteevne i et konkurranseutsett og presset arbeidsmarked, der flere unge nå kommer til kort i forhold til tidligere.

Tendensen til økning av antallet unge uføretrygdde i Norge har tidligere vært omtalt i Tidsskriftet (1). Senere års trygdestatistikk har bekreftet en sterk økning i uførepensjoneringen av personer under 35 år. Etter 1992 har den årlige tilgangen på nye uførepensjonerte i aldersgruppene 18–34 år relativt sett vært større enn for personer over 35 år (fig 1).

Det årlige antall uførepensjonerte i alderen 18–34 år var i tiden 1978–82 ca. 1 000 årlig. Senere toppes antallet til 2 200 i 1987 for så å synke til i overkant av 1 200 i 1992. Deretter er antallet igjen blitt nær tredoblet til ca. 3 000 i 1999 (tab 1). Det årlige antall uføretrygdde 18–34 år er i de siste årene således ca. 2 000 personer flere enn bare for få

Anders Gogstad

Elgfaret 12
3790 Helle

Tor Bjerkedal

Utredningsavdelingen
Rikstrygdeverket
Drammensveien 60
0241 Oslo

Gogstad A, Bjerkedal T.

The increasing number of young Norwegians drawing disability pensions.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1452–6.

Background. A considerable increase was noticed in Norway over the 1990s in the incidence of persons below 34 drawing disability pensions. In certain communities, the number almost tripled from 1992 to 1997.

Material and methods. In order to study the causes of this increase, we examined all applications for disability pension from persons below 34 in the years 1992 and 1997 drawn from 19 selected local communities all over Norway, a total of 239 files. Social and medical variables and elements of the application procedure were registered and subjected to statistical analysis.

Results. Apart from the medical diagnoses used, there were only small differences between the characteristics of applicants in the two years under study. The number of persons with a psychiatric diagnosis was, however, considerably higher in 1997 than in 1992, in relative as well as in absolute terms.

Interpretation. We cannot say for certain whether the higher number of applicants registered with a mental disorder really reflects an increase in such disorders among young people, but the observations may reflect a higher incidence, probably caused by more pressure in the workplace in terms of competition and the level of qualifications required.

☞ Se også side 1451

år tilbake. Det er ingen tegn til at trenden snur (2).

Det foreligger et sterkt behov både hos helsefaglige, trygdefaglige og politiske myndigheter for å få bedre innsyn i de åpenbart kompliserte årsaksmekanismer som måtte ligge til grunn for denne økningen.

Som en av flere utredninger med dette siktemål iverksatte Rikstrygdeverkets Utredningsavdeling fra oktober 1999 til april 2000 en detaljundersøkelse av innvilgede saker fra unge uføretrygdsøkere (3).

Materiale og metoder

Undersøkelsen omfattet innvilgede saker for 16–34-åringer i 1992 og 1997 fra en middelstor kommune i hvert fylke, kommuner der

det hadde skjedd en særlig stor økning. I alle de 19 utvalgte kommuner var der skjedd en nær tredobling av innvilgede saker fra 1992 til 1997. Undersøkelsen ble konsentrert om direkte sammenlikninger mellom demografiske og sosiale data og en rekke omstendigheter og faktorer i begge grupper. Eventuelle forskjeller vil kunne generere nye hypoteser og kunne styrke eller avkrefte antakelser om sammenheng mellom trygdevedtak og mulige bakgrunnsfaktorer. Ved detaljgjennomgang av samtlige saksdokumenter i hver enkelt sak var det særlig viktig å studere tre elementer som er vesentlige når vedtak skal fattes: saksbehandlingen i Trygdekontoret, de medisinske forutsetninger og Aetatens håndtering av tilfellene.

Det må her understrekes at kategoriseringer, klassifiseringer og dataregistreringer fra et ustrukturert saksbehandlingsmateriale nødvendigvis for en stor del må bygge på skjønn og fortolkninger av innholdet i de tallrike dokumenter, erklæringer, interne notater og korrespondanser i hver enkelt sak.

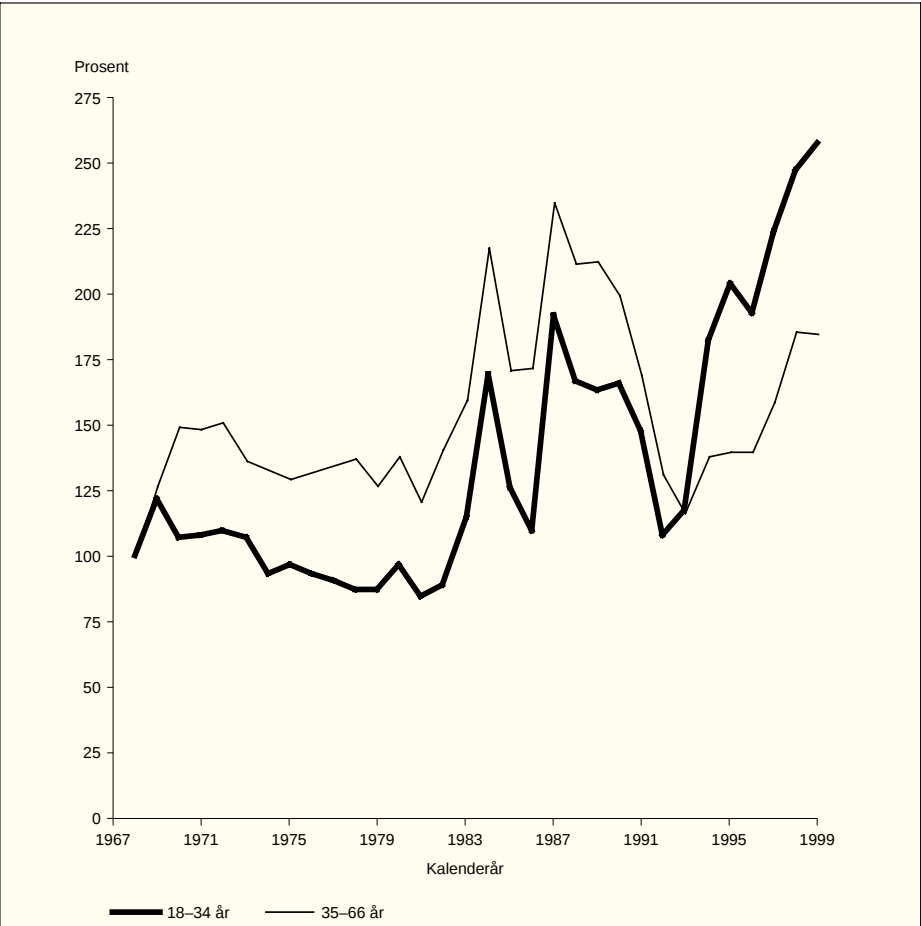
I de utvalgte 19 kommuner var det registrert 297 saker. I alt 239 saker (80 %) ble innsendt til Rikstrygdeverket. Antallet innsendte fra de enkelte kommuner varierte fra 50 % til 100 %. I det registrerte utvalg fantes 81 uførepensjonerte i 1992 og 217 i 1997. I forhold til det totale antall 18–34-åringer som ble uførepensjonert disse to årene, utgjør antallet i 1992 5,5 % (81 av 1473) og antallet i 1997 7,6 % (217 av 2858). Av de innsendte saker var 61 fra 1992, 178 fra 1997. Uførepensjoneringsraten i de utvalgte kommuner var 1,15 i 1992 og 3,23 i 1997 per 1 000 ikke-uførepensjonerte 16–34-åringer. Utvalget er verken representativt eller tilfeldig, men ble gjort på en måte som skulle sikre det beste grunnlag for en kvalitativ analyse.

Hver enkelt av de innsendte sakene ble gjennomgått og vurdert (AG). Registrerte karakteristika ble kodet og databehandlet og resultatene sammenfattet (TB). Et utvalg av sakene ble også vurdert med sikte på revurdering av trygdefaglig sakkyndig (E. de Vries-Enger, Vestfold Fylkestyngdekantor, personlig meddelelse). Det ble forsøkt å gi en helhetsvurdering av hver sak etter en grov krakteristikk: adekvat, tvilsom eller mangelfull. En slik totalvurdering må nødvendigvis bli rent skjønnsmessig.

Resultater

Undersøkelsen viste at det største tilsig av uførepensjonerte i de 19 kommunene i perioden 1992–99 var i aldersgruppene 25–29 år og 30–34 år og større for kvinner enn for menn. Det er det samme forhold som vi finner i landsstatistikkene (fig 2).

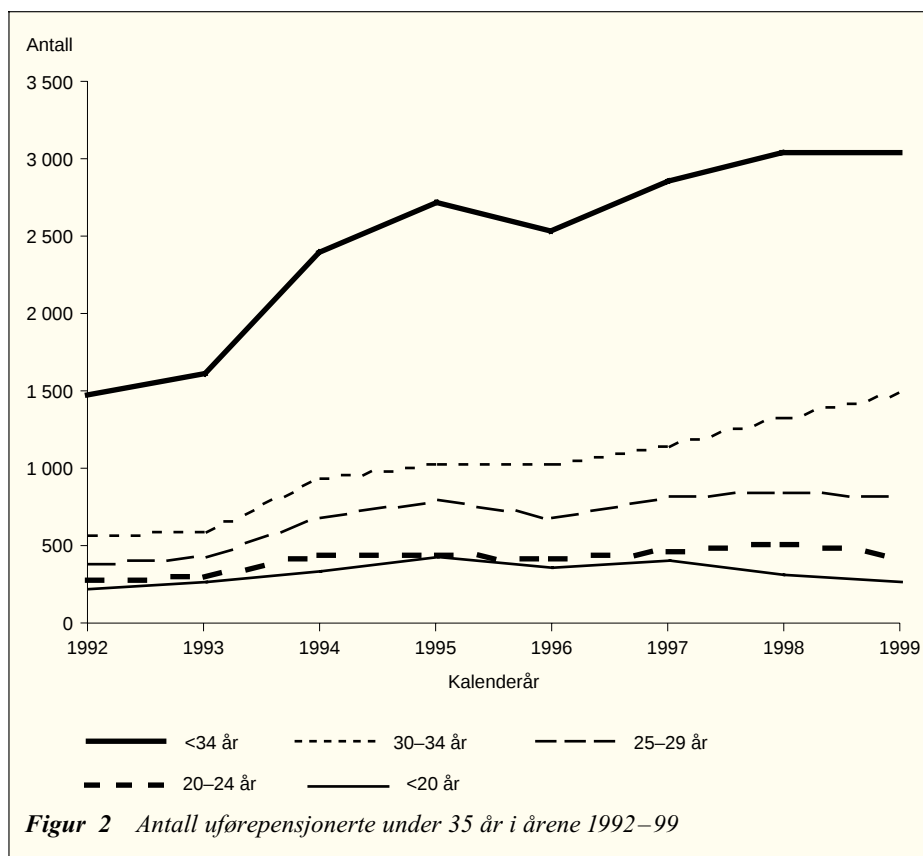
Vel 70 % av de uførepensjonerte var enslige både i 1992 og 1997, men blant de øvrige 30 % var det en høyere andel av samboere enn gifte i 1997 enn i 1992. Utdanningsnivået var i begge år omtrent jevnt. De fleste hadde en skole- og videreutdanning på



Figur 1 Uførepensjonering i årene 1968–99 i prosent av raten i 1968 for aldersgruppene 18–34 år og 35–66 år

Tabell 1 Årlig antall uførepensjonerte i alderen 18–34 år i Norge, 1978–99

Kalenderår	Alder (år)				Totalt
	18–19	20–24	25–29	30–34	18–34
1978	53	188	296	449	986
1979	51	183	314	441	989
1980	48	228	301	514	1 091
1981	34	174	299	446	953
1982	60	173	300	475	1 008
1983	69	222	404	604	1 299
1984	79	364	607	884	1 934
1985	47	267	441	690	1 445
1986	30	217	402	628	1 277
1987	90	423	658	1 071	2 242
1988	52	317	560	1 035	1 964
1989	46	320	585	997	1 948
1990	55	368	585	970	1 978
1991	50	443	518	743	1 754
1992	45	285	385	572	1 287
1993	73	307	432	588	1 400
1994	103	437	684	936	2 160
1995	124	429	805	1 035	2 393
1996	89	424	693	1 037	2 243
1997	142	457	833	1 149	2 581
1998	124	510	859	1 338	2 831
1999	145	432	836	1 505	2 918



Figur 2 Antall uførepensjonerte under 35 år i årene 1992–99

10–12 år. Av disse hadde 45 % gått på videregående skole og 30 % på ungdomsskole. Det var imidlertid noen flere som bare hadde barneskole i 1992 enn i 1997.

Hvem som tok initiativ til at pasienten fremmet krav om uføretrygd, ser vi på som et viktig spørsmål, men kunne være vanskelig å fastslå. Ut fra skjønsmessige vurderinger av saksdokumentene syntes det i de fleste tilfeller å ha vært et samarbeid mellom lege, pasient, trygdekontor og arbeidsformidling. I vel 50 % av sakene syntes den direkte initiativtaker til pasientens søknad i begge år å ha vært trygdekontoret, i 30 % den behandlende lege. Det er også en markert større andel av dem som ble uførepensjonert i 1997 enn i 1992, som av Aetaten ble tilrådet uførepensjon: 31 % i 1997 mot 20 % i 1992.

Gjennomsnittstiden fra krav til vedtak var i 1992 6,8 måneder, i 1997 8,2 måneder. Vedtakene ble fattet dels av det lokale trygdekontoret, dels av fylkesttrygdekontoret. Praksis varierte betydelig mellom kommunene. I 1997 ble færre saker avgjort av trygdekontoret som kurantsaker enn i 1992. Regelverket var uforandret. Ca. 8 % av vedtakene ble avgjort etter anke.

Andelen unge uføretrygdte i de 19 kommuner i 1992 og 1997 som hadde mottatt forskjellige typer trygdeytelser frem til vedtak om uføretrygd, fremgår av tabell 2.

Prosentene for enkeltytelser vil overstige 100, da mange mottok flere ytelser. Hjelpetønad var gitt noe oftere til dem som ble

uførepensjonert i 1992 enn i 1997. Grunnstønad forekom i omtrent samme omfang.

Opplysningene om henholdsvis rehabiliteringspenger og attføringspenger forut for vedtak var unøyaktige. Regelverket for disse ytelser fikk endrede betegnelser og kriterier i løpet av perioden. Samlet kunne slike ytelser ha vært tilstått i årevis og med lange avbrudd innimellom. Alle hadde mottatt den ene eller begge av disse ytelser.

Bare 63 (30 %) av samtlige hadde mottatt sykepenger. Av disse var bare 40 % fulgt opp i henhold til reglene om trygdekontorets plikt til regelmessig oppfølging og kontroll av langtidssykmeldte. Andelen var noe større i 1992 (55 %) enn i 1997 (35 %). I mange saker går det heller ikke klart frem på hvilken måte oppfølging hadde skjedd. Tallene illustrerer at yrkesaktiviteten hos søkerne hadde vært lav.

Tabell 2 Trygdeytelser til uførepensjonerte 16–34-åring i utvalgte kommuner i 1992 og 1997

Trygdeytelse	1992 (n = 61) (%)	1997 (n = 178) (%)
Grunnstønad	26,2	26,4
Hjelpetønad	32,8	23
Rehabilitering	11,5	39,9
Attføring	77	64
Sykepenger	27,9	26,4

Medisinsk rehabilitering var iverksatt bare rent unntaksvis. Ingen av personene i materialet, verken i 1992 eller 1997, hadde vært behandlet i opptrenings- eller rehabiliteringsinstitusjon, bortsett fra noen få tilfeller innen barnehabilitering.

Av klientene i 1997 ble 59 % henvist Aetaten (116 av 197); i 1992 64 % (39 av 61). I 1992 ble 51 % av disse tilvist opplæring og kurs, i 1997 38 % (tab 3). I 1997 var derimot relativt flere i arbeidstrening og prøveplassering. I begge årene var det bare ca. 1/3 som fullførte opplegget. I ca. 45 % av forsøkene ble opplegget avbrutt av Aetaten, i langt mindre utstrekning av den henviste selv. De som ble uføretrygd i 1997 hadde i noe større utstrekning vært prøveplassert. Begge år hadde Aetaten avvist ca. 10 %, litt flere i 1997 enn i 1992.

Sosialfaglige utredninger forekom bare sporadisk så vel i 1992 som i 1997. Basis-team var bare benyttet i 20 % av sakene, litt oftere i 1992 enn i 1997.

Av samtlige saker var 60 % klassifisert som adekvate i 1992, 58 % i 1997, de øvrige som mangelfulle eller ufullstendige. Det var stor variasjon mellom de enkelte kommuner – andelen adekvat behandlede saker kunne variere fra 20 % til 100 %.

Andelen adekvat behandlede saker var klart høyere for de yngste – (under 20 år), og best syntes saksbehandlingen å være hos trygdte med medfødte misdannelser. Mest utilstrekkelig var den i de mange tilfellene som hadde psykiske forstyrrelser som årsak til uføretrygd. Spesielt syntes saksbehandlingen å være mangelfull i saker der det forelå alkoholmisbruk/narkomani.

Den alt overveiende del av de medisinske diagnoser som var grunnlaget for innvilget trygd, betegnet i begge år psykiatriske lidelser, men det var forholdsvis langt flere av disse i 1997 enn i 1992 (tab 4).

Diagnosebetegnelsene var ofte lite eksakte og kunne i mange tilfeller mer ha preg av «karakteristikk» enn medisinske diagnoser. Ut fra saksdokumentene syntes i bestemte kommuner alkohol- og narkotikaproblemer å foreligge som kompliserende faktorer, men ble sjelden presentert som hoveddiagnose alene. Også sykdommer og smertetilstander i bevegelsesapparatet forekom noe hyppigere i 1997 enn i 1992.

Nye sykdomstilstander som kan forklare den sterke økningen av trygdte i 1997 er ikke registrert.

Diskusjon

De mangelfulle og ufullstendige sakene
De mest mangelfulle og ufullstendige sakene i 1997 og 1992 viser i prinsipp de samme mangler begge år. De fleste gjelder de uførepensjonerte som er eldre enn 24 år, og alle disse sakene har to eller flere vesentlige mangler. Nesten samtlige har en ufullstendig psykiatrisk diagnose/karakteristikk. Spesialistuttalelser mangler. «Evnesvakhet»

er utilstrekkelig dokumentert. Legeerklæringene er meget kortfattede eller kan mangle. Funksjonsbedømmelse mangler. Psykososiale og eksistensielle problemer synes å dominere i nesten alle de tvilsomme og ufullstendig behandlede tilfellene.

Attføringsforsøkene er i disse sakene også særlig kortvarige eller ustrukturerte. Slutt-rapporter preges av manglende innsikt og forståelse for klientens helseproblemer. Attføringsforsøk blir avbrutt med anbefaling om uføretrygd uten at andre vilkår er spesifisert. I flere tilfeller tar trygdekontoret avgjørelsen på tvers av sakkyndiges råd.

Aktiviserende og opptrenende medisinsk rehabilitering ville i mange av disse tilfellene vært ønskelig før yrkesrettet attføring ble påbegynt, men dette ble bare iverksatt i helt ubetydelig grad.

Saksgangen i mange av disse sakene synes også svært forenklet: saken avsluttes med vedtak om trygd, av og til med høyere prosent enn foreslått av medisinske rådgivere og uten innhenting av oppdaterte opplysninger. Sosialetaten er helt fraværende i disse sakene, bedømt ut fra dokumentene. Basisteam er ikke innkalt i noen av disse tilfellene.

De medisinske forutsetningene

I en annen nylig avsluttet undersøkelse i Rikstrygdeverket ble det påvist at fravær pga. «psykisk lidelse» økte med 150 % fra 1994 til 1999 (7).

Tilstander som depresjoner, angst, søvnforstyrrelser og sosiale tilpasningsvansker medfører ifølge undersøkelsen også et lengre gjennomsnittsfravær per tilfelle enn andre fraværsårsaker.

Vanlige sykmeldingsårsaker som ledd- og muskelsmerter er ofte ledsagesymptomer ved mange psykiske lidelser. Leger foretrekker ofte i slike tilfeller en somatisk diagnose både ved sykmeldinger og søknad om uføretrygd. Økningen i muskel- og leddlidelser som årsaker til uføretrygd i seksårsperioden 1992–97 kan også ha en slik sammenheng.

Ved de innvilgede søknader om uføretrygd i vårt materiale dominerer således også psykiske lidelser. Antallet saker med den statistiske diagnosebetegnelsen «nevrose/psykopati», inneholder et stort antall tilstander som i sakene er betegnet som «personlighetsforstyrrelser». Antallet er firedoblet fra 1992 til 1997 og utgjorde da den viktigste diagnosegruppen under 34 år i alle 19 kommuner. Her finner vi de mest markerte forskjeller fra 1992, da både det absolutte og relative antall av personer med disse betegnelser var vesentlig mindre. Det synes imidlertid å ha vært et svakt grunnlag i mange av disse tilfellene for denne diagnostiske karakteristikken. Bare i få av våre tilfeller er «diagnosen» begrunnet eller nærmere spesifisert. I de fleste psykiatriske tilfellene mangler prognosevurdering samt helhetsvurdering og prestasjonsevne i forhold til arbeidslivet. I flere saker mangler også lege-

Tabell 3 Tiltak for Aetaten etter henvisning av 16–34-åringer som ble uførepensjonert i 1992 og 1997 fra utvalgte kommuner

Tiltak	1992 (n = 40 av 61) Andel (%) med tiltak	1997 (n = 119 av 178) Andel (%) med tiltaket
Kvalifisering/opplæring	55	38
Arbeidstrening	30	43
Prøveplassering	25	36
Vernet arbeid	28	26
Aetatens rådgivningskontor (ARK)	28	33
Avvist	10	13

erklæring, og i andre saker er det psykologer som fastsetter både diagnose og uføegrad. De synes ofte å gå inn for 100 % uførhet ut fra en snever bedømmelsesramme. I flere slike saker mangler også de somatisk medisinske og helhetlige vurderinger av pasientens helse og arbeidsførhet.

I andre tilfeller fattes vedtak på bakgrunn av enkle testresultater, av og til helt tilbake til barnealderen uten tanke på at personlighet og evnemessige ressurser stadig utvikler seg i unge år. I de fleste av slike kompliserte saker ansees det nødvendig med en samlet vurdering fra både psykologisk, psykiatrisk-medisinsk og sosialmedisinsk synsvinkel og helst i samarbeid med sosialetat og Aetat. I vårt utvalg av saker er behandling i basisteam som nevnt de rene unntak.

Prosedyrene i disse tilfeller avspeiler både kunnskapsmangel og ressursmangel, til dels også handlingslammelse i arbeidet med psykiatriske pasienter, som dessuten ofte får en forenklet tilleggskarakteristikk med diffuse betegnelser som «Sammensatt diagnose» eller «Psykososiale problemer». Diagnosen alkoholmisbruk/narkomani var ventet å være høyere, men her er det trolig mørketall, og av saksdokumentene fremgår det at slike problemer muligens kan ha ligget bak i flere

av de tilfeller som er diagnostisert som personlighetsforstyrrelser.

Aetatens attføringstiltak

Konklusjonene fra attføringsforsøkene var vanligvis lite tilfredsstillende.

Ofte forelå det i høyden en overfladisk vurdering av formodet arbeidsførhet i forhold til det normale arbeidslivet. I alle saker mangler det dokumentasjon på utprøving og bedømmelse av prestasjonsevne i forhold til fysisk og psykisk funksjonsnivå.

Konklusjonene viser ofte til en ren legmannsvurdering av arbeidsmulighetene, bedømt av en tilfeldig arbeidsgiver, f.eks. fra tiltak som «arbeid med bistand» eller prøveplasseringer. Noen attføringstiltak innskrenker seg til rene sommerjobber som også blir kalt «arbeid med bistand». Attføringsforsøkene blir ofte avbrutt etter kort tid på bakgrunn av uttalelse fra veiledere med varierende kvalifikasjoner, instruktører i arbeidsforberedende trening eller tilfeldige uttalelser fra arbeidsgivere etter prøveplasseringer.

De foreslåtte tiltakene er ofte uegnede og ensidige, sett i lys av pasientens handicap.

Et enkelt «legmannsskjønn» kan således avgjøre saken og foranledige at en ung pasient innvilges 100 % uføretrygd og settes

Tabell 4 Sammenlikning av forekomst av medisinske årsaker til uførepensjonering av personer 16–34 år i utvalgte kommuner i 1992 og 1997

Diagnosegrupper	Utvalg 1992		Utvalg 1997	
	Antall	Per 1 000	Antall	Per 1 000
Mental retardasjon	18	0,244	15	0,212
Psykosier	7	0,095	32	0,452
Nevrosier/psykopati	15	0,204	59	0,833
Alkoholmisbruk/narkomani	1	0,014	4	0,056
Nervesystemet	9	0,122	23	0,325
Sanseorganer	1	0,014	5	0,071
Muskel- og skjelettsykdom	9	0,122	15	0,212
Medfødte misdannelser	4	0,054	17	0,240
Ulykker/skader etc.	7	0,095	16	0,226
Alle andre diagnoser	8	0,109	20	0,282
Diagnose mangler	2	0,027	11	0,155
I alt	81	1,100	217	3,063

utenfor arbeidslivet for uoverskuelig fremtid. Aetaten er åpenbart blitt noe markedsorientert, og de mest formidlingsklare prioriteres. Selv personer med lettere psykiatiske plager synes mange steder å få liten eller ingen hjelp fra attføringstjenesten. Det synes ofte å ligge utenfor Aetatens ansvar; det henvises vanligvis til helsevesenet. Det må på den annen side også understrekes at det i flere tilfeller åpenbart var gjort adekvate og iherdige attføringsforsøk av kvalifiserte attføringsfunksjonærer. Arbeidsmarkedstiltakene for yrkeshemmede synes for tiden ikke å være tilpasset mentalt sett ressursvak ungdom. Det er imidlertid vinteren 2001 bebudet at gjennomgripende reformer forestår, og det er å håpe at det vil medføre mer effektive tilbud.

Vet vi noe mer om årsakene til de stadig flere unge uføretrygdede?

Det er påvist omtrent de samme mangler i saksbehandlingen ved trygdekontorene både i 1992 og i 1997. De medisinske forutsetninger for tilståelse av uføretrygd er likeledes like mangelfullt dokumentert begge årene, og det er heller ikke påvist vesentlige forskjeller i pasientenes sosiale og demografiske data i 1992 og 1997.

Det er diffuse psykiatiske diagnoser og karakteristika som svarer for den sterke økningen av antall unge uføretrygdede. Om økningen skyldes at disse tilstandene er blitt hyppigere i befolkningen eller om unge med disse tilstander møter større vanskeligheter nå enn for få år siden, kan det ikke gis svar på. I bakgrunnen skimter vi et arbeidsliv som tilsynelatende har stadig mindre plass for den marginelle arbeidskraften.

Forklaring på økningen i antall psykisk belastede unge som innvilges uføretrygd må vi søke i et multifaktorielt årsaksmønster, der både holdninger, økonomiske prioriteringer, lovgivningen på arbeidsmarkedet og helse- og utdanningspolitikk inngår. Regelverk og oppfølgingsrutiner innen yrkesrettet attføring er også viktige komponenter. Omfattende revisjoner av lover og regelverk krever langsiktige tiltak av politisk karakter. I dette perspektivet må vi også se situasjonen til mange ressursvake barn og unge i dagens samfunn.

På kort sikt bør det imidlertid ikke være umulig å redusere eller reversere noe av omfanget av innvilgede søknader om uføretrygd hos unge. Tar man utgangspunkt i en gjennomsnittlig uførepensjon på kroner 100 000 per år, vil den årlige tilgangen på unge uførepensjonerte forutsatt uforandret årlig tilgang, koste 150–200 millioner kroner per år. Selv en begrenset reduksjon av tilgangen på nye unge uføretrygdede vil bety vesentlige gevinster.

Forslag til noen justerende tiltak

På bakgrunn av det ervervede kjennskapet til sviktende rutiner, dårlig samarbeid mellom etatene og utilstrekkelig medisinsk ut-

redning, vil følgende tiltak kunne være aktuelle.

Ufullstendige og overfladiske legeerklæringer honoreres ikke uten videre. Diagnostisk utredning må suppleres med funksjonsbedømmelse. Regningen bør følge saksbehandleren som bedømmer honorarsatsen og ev. innhenter supplerende opplysninger hos legen.

Rådgivende lege bør forelegges samtlige søknader om uførepensjon for personer under 30 år. Det bør gis utvidet adgang til personlig samtale.

Det må presiseres at erklæringer fra psykologer ikke kan være gyldige som eneste premiss for vedtak om uføretrygd. Det samme gjelder uttalelser fra fysioterapeuter og andre helsearbeidere.

De rådgivende leger må få større kompetanse og myndighet. De må i større utstrekning enn nå formidle kunnskap om trygdemedisin til legene i sine områder.

Det må på ny innskjerpes at det på det lokale plan må etableres tettere samarbeid med sosialetaten. Det gjelder særlig representasjon i basisteam og ved tilfeller med psykososiale problemer. Basisteam må benyttes i flere saker enn hittil.

Opptreningsinstitusjoner og andre medisinske rehabiliteringstiltak bør trekkes mer aktivt inn i behandlingen. Den altfor høye egenandelen for de fleste sykdommer ved disse institusjoner må reduseres eller fjernes for unge funksjonshemmede.

Det bør også snarest skje en nytenkning med sikte på en omfattende revisjon av regelverk og samarbeidsrutiner i Aetatens attføringsordninger når det gjelder marginal arbeidskraft. Det skarpe skillet mellom etatene i attføringssaker må snarest oppheves.

Litteratur

1. Bjerkedal T. Uførepensjon i ung alder i Norge i årene 1976–96. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2305–7.
2. Trygdestatistiske årbøker i Rikstrygdeverket. Kapittel «Uførepensjon». Oslo: Rikstrygdeverket, 1993–98.
3. Uførepensjonering av unge mennesker i Norge. Nr. R 07/2000. Oslo: Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket, 2000.
4. Trygdeetaten. Oversikt over lovendringer på uførepensjons-, rehabiliterings-, attførings- og sykepengeområdet frem til 1997. Intern rapport 01/98. Oslo: Rikstrygdeverket, 1998.
5. St.meld. nr. 39 (1991–92). Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenges og uførepensjon. (Attføringsmeldingen).
6. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
7. Opdalshei OA. «Diagnoser i sykefraværet 1994–1999». Oslo: Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket, 1999.

Summaries in English



- 1452 Gogstad A, Bjerkedal T
The increasing number of young Norwegians drawing disability pensions
- 1458 Røhme K, Kjekshus LE
When time counts – physicians' work assignments and use of time
- 1464 Sandbu S, Nøkleby H, Helland OS, Feiring B, Bondevik M, Sundelin F, Storsæter J
Should schoolchildren receive pertussis vaccine?
- 1469 Nygaard HA
Chronicity of drug treatment in nursing home residents
- 1473 Malt UF, Fladvad T
Lamotrigine in the treatment of psychiatric disorders
- 1478 Knutsen H, Hysing J
Anagrelide in essential thrombocythaemia
- 1484 Husted H, Winge S
Clinical testing of the knee: which tests are useful in diagnosing meniscal or ligamentous injuries?
- 1489 Todnem K, Lundemo GH
Symptoms and clinical course in carpal tunnel syndrome
- 1493 Flesland Ø, Bengtsson A
Are patients treated with blood letting potential blood donors?
- 1496 Hem E, Børdahl PE
Kielland's forceps – a Norwegian contribution to international obstetrics
- 1502 Strand R, Schei E
Harmful knowledge?
- 1507 Heidenreich KS
Empathy in the physician-patient relationship: a therapeutic tool or a question of moral values?