

Selv om aktiv oppfølging av sykmeldte har slått feil, har legene et ansvar for å hindre unødig uførepensjonering

Oppfølging av sykmeldte – en feilslått strategi?

Hver tiende person i Norge mellom 18 og 66 år er nå uførepensjonist. Nær halvparten av arbeidstakerne forlater arbeidslivet med en uførepensjon, de fleste riktignok i eldre år, men den relative økning er likevel størst blant de yngre. Årlig utbetales 33 milliarder kroner fra folketrygden til de 285 000 uførepensjonistene. Men om ordningen er dyr for samfunnet, blir ingen rike av å motta trygd. Slik sett kan vi si at uførepensjon er en belastning både for den enkelte og for fellesskapet.

Det er ikke bare i Norge at trygdeordningene er under press. Som Brage og medarbeidere gjør rede for i en av flere artikler om trygdemedisin i dette nummer av Tidsskriftet (1), leter man også i de andre nordiske landene etter bedre måter å holde de sykdomsrelaterte ytelsene under kontroll på. Forsøk på tidligere og tettere oppfølging av langtidssykmeldte har til nå hatt liten effekt. Forklaringene kan være flere: Innsatsen har i praksis vært langt mindre enn forutsatt, vi mangler fortsatt kunnskap om hvem som har trygdemessig dårlig prognose, og vi har ennå ikke funnet frem til effektive rehabiliteringsmodeller. Dag Bruusgaard konkluderer da også i sin artikkel om norsk trygdemedisinsk forskning at behovet for ny kunnskap er stort (2).

I Norge startet arbeidet med å styrke oppfølgingen av sykmeldte i 1980-årene. Dette har resultert i en rekke tiltak, som Sykmelding II (1988), basisgrupper (1988), styrking av den trygdemedisinske rådgivningstjenesten (1991), 12-ukersvedtaket (1993), aktiv sykmelding (1993) samt handlingsplaner for trygdeetatens oppfølging av sykmeldte (1996–98). Dessverre har vi ingen dokumentasjon for at de nevnte tiltakene enkeltvis eller i sum har hatt tilstrekkelig effekt. Det vi vet, er at kontrollordningene koster penger og legger beslag på behandlingsmessige og administrative ressurser. Bare de 200 000 Sykmelding II-erklæringene som skrives hvert år, koster folketrygden 100 millioner kroner i legehonorarer og krever minst 50 legeårsværk. I tillegg kommer tidsbruken innen trygde-etaten for å håndtere denne informasjonen. Når 98 % av 12-ukersvedtakene likevel går ut på videre utbetaling av sykepenger, må man spørre seg om sykmelding II-ordningen virkelig kan forsvares (3, 4).

Den viktigste forklaringen på at sykepengesforbruket og uførepensjoneringen fortsetter å øke til tross for intensivert oppfølging, er kanskje at man har valgt feil strategi. Som påpekt av Krokstad og medarbeidere (5) er oppfølging av langtidssykmeldte en høyrisikostrategi, det gjør lite eller ingenting med

de forhold som bidrar til å rekruttere trygdeforbrukere fra befolkningen. Først når man angriper problemene på samfunnsnivå, kan man ha håp om å redusere insidensen av langtidssykmelding og uførhet.

Uførhetens epidemiologi avspeiler de sosiale helseforskjeller på en særdeles skarp måte. I Nord-Trøndelag hadde yngre personer med grunnskoleutdanning 6–7 ganger så høy uførerisiko som de personer med høyskole/universitetsutdanning (5). Selv når man justerer for forskjeller i helse, arbeidsforhold og livsstil, gjenstår 3–5 ganger økt uførerisiko blant de lavt utdannede i denne omfattende prospektive undersøkelsen for perioden 1984–94.

Likevel viser andre tall fra Nord-Trøndelagsundersøkelsene at uførepensjonering er blitt vanligere i alle utdanningsgrupper i samme tidsperiode (6). Dette minner oss på at vi står overfor et fenomen som ikke bare gjelder høyrisikogrupper. Vi forstår ennå ikke nok av de bakenforliggende kreftene som driver denne utviklingen. Sannsynligvis gjenspeiler økningen i trygdeforbruket mange samtidige samfunnsendringer:

- Demografiske forskyvninger mot en eldre arbeidsstokk
- Et stramt arbeidsmarked som har absorbert også marginale arbeidstakere
- Et stadig mer intensivt arbeidsliv, hvor økte krav til ytelse, tempo og omstilling skyver flere ut i en relativ funksjonssvikt (7)
- Endrede holdninger til arbeid og trygd, hvor avtakende sosiale stigma ved trygde-rollen kombinert med økende vektlegging av fritid minsker motivasjonen for å forbli i et krevende arbeidsliv (8)

Til dette kommer en medikaliseringkultur, hvor stadig flere livsproblemer får sin diagnostiske merkelapp med tilhørende trygderettigheter. Trygderettens stadig mer liberale praksis når det gjelder saker med personlighetsforstyrrelser, slik Herman Anker dokumenterer (9), er symptomatisk i så måte. Selv om dette gjenspeiler en i og for seg positiv faglig utvikling, kan det føre til økende helsebegrunnet utstøtning fra arbeidslivet av personer med annerledes atferd og personlighet.

Aktiv oppfølging av sykmeldte vil neppe kunne bremse opp for de underliggende kreftene som driver trygdeutviklingen. Likevel kan innsats for å forhindre uførepensjonering begrunnes på annen måte, nemlig at det kan være til pasientens beste. For legene gjelder det å utnytte de muligheter som trygden tilbyr som alternativ til fortsatt passiv sykmel-

ding. Å la pasienten holde kontakten med arbeidsplassen gjennom gradert eller aktiv sykmelding og å få til bedre dialog mellom arbeidsgiver og den sykmeldte kan nok hindre utskyvning fra arbeidslivet i noen tilfeller. Likeledes må det være et stort utnyttet potensial i den medisinske og yrkesrettede attføring, som har gått fra vondt til verre i Norge de siste ti årene. Spesielt ille er at stadig flere unge ender opp som uførepensjonister uten at attføring har vært forsøkt (10). Her har legene et særlig ansvar for at alle muligheter er uttømt før uførepensjon blir løsningen. Samfunnet må sørge for at et inkluderende arbeidsliv blir mer enn tomme ord.

John Gunnar Mæland

john.meland@isf.uib.no
Seksjon for sosialmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

John Gunnar Mæland (f. 1947) er professor i sosialmedisin og hovedlege i Vital Forsikring ASA. Han arbeider også som rådgivende lege (bistilling) for trygdekontoret.

Litteratur

1. Brage S, Krohg M, Klockars M, Mikaelsson B, Permin H, Thorlacius S. Trygdeordninger i Norden. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1486–91.
2. Bruusgaard D. Norsk trygdemedisinsk forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1501–3.
3. Ringdal P, Haug K, Mæland JG. Fører systematisk vurdering av Sykmelding II til lavere trygdeforbruk? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 157–60.
4. Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeetatens oppfølging av sykmeldte. Dokument nr. 3: 9 (1998–99). Oslo: Riksrevisjonen, 1999.
5. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
6. Holte HH, Krokstad S, Magnus P. Årsaker til uførepensjonering. Rapport 2000: 5. Oslo: Seksjon for epidemiologi, Avdeling for samfunnsmedisin, Statens institutt for folkehelse, 2000.
7. Sørensen BA. Det grådige arbeidslivet. I: Ronness A, Matthiesen SB, red. Utbrent – krevende jobber – gode liv? Bergen: Fagbokforlaget, 2002: 116–43.
8. Bratberg E, Risa AE, Vaage K. Sosial utjevning og veksten i uføretrygden. Tidsskrift for Velferdsforskning 2001; 4: 169–82.
9. Anker H. Trygderettens grunngitte kjennelser i saker med personlighetsforstyrrelser 1986–2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1497–500.
10. Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1452–6.