

Trygdeordninger i Norden

Bakgrunn. Vi mangler en sammenliknende oversikt over trygdeordninger ved sykefravær, rehabilitering og uførepensjon i de nordiske land.

Metode. Basert på foreliggende skriftlige kilder har en nordisk arbeidsgruppe av eksperter i trygde- og forsikringsmedisin sammenliknet viktige sider ved trygdeordningene.

Resultater. De nordiske sykelønnsordningene har mange fellestrekk, men det er betydelige forskjeller i grad av kompensasjon ved sykefravær, med 100 % kompensasjon i Danmark og Norge og lavere grad ellers. Egenmeldingsperiodens lengde varierer fra en til 14 dager. Sykefravær utover dette må attesteres av behandlende lege. Som tiltak mot økende sykefraværskostnader prøver man nå med tettere oppfølging av sykmeldte. Man satses også på tidligere og mer omfattende medisinsk og yrkesrettet rehabilitering for å motvirke økende uførepensjonering. De tiltak som hittil er satt i verk, har hatt liten effekt på utstøting fra arbeidslivet ved sykdom.

Fortolkning. Grunnleggende behov for sosial trygghet dekkes fortsatt av offentlige forsikringsordninger i alle de nordiske land. Private ordninger kompletterer disse i varierende grad.

I de siste årene har det skjedd store forandringer i trygdeordningene i Norden. Med utgangspunkt i en tilnærmet felles velferdsideologi, er trygdesystemet i hvert enkelt land blitt tilpasset den medisinske, økonomiske, kulturelle og politiske utviklingen.

Det presenteres ofte tall for å vise forskjeller mellom de nordiske land i kostnader for trygd og forsikring. Kunnskap om ulikheter ved trygdeordningene er nødvendig for å kunne tolke slike data, spesielt fordi de ofte blir brukt som grunnlag for helse- og sosialpolitiske beslutninger og sammenlikninger.

For leger som arbeider med forsikrings-spørsmål og trygdemedisinske spørsmål finnes ingen skriftlig og kortfattet oversikt av ulikheter mellom trygdeordningene i Norden. Enkelte sammenlikninger er gjort i nasjonal eller nordisk regi, men disse har vært regelorientert eller lite tilgjengelige (1–3). Denne artikkelen er et resultat av en nordisk konferanse i forsikringsmedisin, der det ble påpekt at vi mangler grunnleggende og systematisk kunnskap om ordningene i våre naboland.

Oversikten omfatter Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Den beskriver de

Sören Brage

soren.brage@samfunnsmed.uio.no
Rikstrygdeverket
0241 Oslo

Marit Krohg

If skadeforsikring
Postboks 1374 Vika
0114 Oslo

Matti Klockars

Institutionen för folkhälsovetenskap
Postbox 41
F-00014 Helsingfors universitet
og Ömsesidiga försäkringsbolaget
Varma-Sampo
Postbox 1
F-00098 Varma-Sampo

Bo Mikaelsson

Försäkringskassan
Box 531
S-631 07 Eskilstuna

Henrik Permin

Epidemiklinikken
Rigshospitalet
D-2100 København

Sigurður Thorlacius

Tryggingastofnun ríkisins
Laugavegur 114
I-150 Reykjavík

Brage S, Krohg M, Klockars M, Mikaelsson B, Permin H, Thorlacius S.

Social insurance schemes in Nordic countries.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1486–91

Background. There is no previous comparative review available of Nordic social insurance schemes for sickness benefits, rehabilitation allowance and disability pensions.

Methods. Based on existing publications, a Nordic expert group in social insurance and insurance medicine has compared important aspects of the Nordic schemes.

Results. The Nordic sickness benefit schemes have many similarities, but differ considerably in degree of compensation, with 100 % coverage of salary in Denmark and Norway and less coverage in the other three countries. The length of the self certification period varies from 1 to 14 days. Longer sickness absence have to be certified by a doctor, usually the family physician. To counteract the increasing costs for sickness benefits, the follow-up of sick-listed persons is being intensified. Efforts are also directed towards earlier and more extensive medical and vocational rehabilitation. So far these efforts have had only marginal effect on sickness absence and disability pensioning.

Interpretation. Basic needs for social security are still met by public insurance schemes in all Nordic countries. Private insurance schemes complement these to varying extent.

☞ Se også side 1454

ordninger som har størst relevans for leger – erstatninger ved kortvarig sykefravær (sykepenger, dagpenger ved sykdom), rehabilitering og attføring samt permanent sykefravær (uføre-, invalide- og førtidspensjon). Den drøfter også kortfattet legenes rolle ved disse ordningene.

Metode

Datamaterialet er basert på skriftlige kilder og på informasjon fra en arbeidsgruppe der minst én forsikrings- eller trygdelege fra hvert land i Norden deltok. De skriftlige kildene var først og fremst Nordisk sosialstatistisk komité's rapporter «Social protection in the Nordic countries» fra 1999 og 2001 (1, 2) og Försäkringskassaförbundets oversikt «Socialförsäkringen i Norden» (3). På grunnlag av det skriftlige materialet ble det laget oversiktstabeller (tab 1, tab 2, tab 3), som deretter ble revidert av hvert lands representant.

Begreper

Bruken av trygdetermer er uensartet i Norden. I denne artikkelen vil vi i hovedsak beskrive ytelsene med vanlige norske trygdemedisinske begreper. Således vil vi bruke «trygd» og ikke «sosialforsikring», som er et vanligere begrep i andre land.

Som betegnelser på erstatningene for inntektsbortfall ved kortvarig sykefravær brukes i Norden «sykepenger» eller «dagpenger ved sykdom». I denne sammenhengen skal de oppfattes som synonymer.

I rehabiliteringsavsnittet brukes begreperne «medisinsk rehabilitering» og «yrkes- og arbeidslivsrettet rehabilitering». Det sistnevnte heter i Norge «yrkesrettet attføring». I dansk språkbruk er betegnelsen «revalidering».

I oversikten benyttes «uførepensjon», selv om denne termen bare brukes i Norge. Tilsvarende pensjonsordninger benevnes «invalidepensjon» i Finland og på Island og «førtidspensjon» i Danmark og Sverige.

For å øke lesbarheten er nasjonale valutaer omregnet til euro. Det er da ikke korrigert for ulikheter i inntektsnivå mellom landene, slik at tallene må anvendes med forsiktighet.

Ytelser ved arbeidsledighet og andre overføringer kunne ha vært inkludert for å gi et mer fullstendig bilde av de ulike lands stønader, men er utelatt for å begrense omfanget. Et land kan derfor ha fordelaktige ordninger totalt sett uten at det fremkommer i artikkelen.

Sykepenger/dagpenger ved sykdom

Sykefraværet i europeiske land har en del felles trekk. Det er som regel høyere blant lønnstakere med manuelt arbeid, spesielt i

Tabell 1 Nordiske trygdeordninger for sykepenger/dagpenger ved sykdom

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Ansvarlig	Socialministeriet, Sundhedsministeriet	Folkpensjonsanstalten (FPA)	Tryggingastofnun rikisins (Riksforsikringen)	Rikstrygdeverket	Riksförsäkringsverket
Betalingsansvarlig	Kommunen eller offentlig arbeidsgiver	FPAs lokalbyråer og arbeidsplasskontor	Riksforsikringen + lønn fra arbeidsgiver + sykefond	Trygdekantoret	Försäkringskassan
Er forsikringen obligatorisk?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Finnes frivillig, offentlig forsikring?	Ja, for selvstendige	Nei	Ja	Ja, for selvstendige	Ja, for selvstendige og pensjonister i arbeid
Arbeidsgiverperiode ¹	14 dager	9 hverdager ²	3 måneder	16 dager	14 dager
Sykepengenes størrelse (i prosent av lønn)	100 %	Regressiv, i gjennomsnitt 66 %	5,40 euro/dag + barnetillegg	100 %	80 %
Maksimumsbeløp per år	21 100 euro	Ikke relevant	Ikke relevant	37 500 euro	28 100 euro
Karensdager ³	Arbeidstaker: 0 Selvstendige: 21	Arbeidstaker: 0 Selvstendige: 9 hverdager	14	Arbeidstakere: 0 Selvstendige: 14	1 Selvstendige: 3–30
Tidsbegrensning	1 år	1 år	1 år	1 år	Ingen
Graderte sykepenger	Ja	Nei	Ja ⁴	Ja	Ja
Legeerklæring	Kreves fra dag 15	Kreves fra dag 1	Kreves fra dag 4	Kreves fra dag 4 (dag 8 for noen)	Kreves fra dag 8

¹ Med arbeidsgiverperiode menes den periode som private arbeidsgivere utbetaler lønn for

² Lovfestet minimumsperiode, ofte forlenget til 1–3 måneder i arbeidsavtaler

³ Med karensdager menes den periode som verken dekkes av sykepenger eller lønn

⁴ Begrenset til tilfeller som innledes med 100 % sykmelding

yrker med dårlig arbeidsmiljø og tung fysisk belastning. Det er avhengig av hvor god kompensasjon den sykmeldte får og av selssetningsgraden i arbeidslivet (4–6). I 1999 hadde Island den høyeste andelen sysselsatte i alderen 16–64 år (86 %), mens Finland hadde den laveste andelen (66 %). Arbeidsledigheten var samme år høyest i Finland (8 %) og lavest på Island (2 %) (1).

Sammenliknet med andre europeiske land er ikke sykefraværet i Norden spesielt høyt (tab 4). Danmark har lavt sykefravær (7). Beregninger gjort på arbeidskraftsundersøkelser kan tyde på at sykefraværet på Island er enda lavere enn i Danmark (1).

Fellestrekk

Trygdeordningene ved sykdomsbetinget fravær er basert på et sterkt offentlig engasjement som er inspirert av tyske sosialforsikringsordninger fra slutten av 1800-tallet (8). De nordiske landene har egne statlige institusjoner for utbetaling av sykepenger, med unntak av Danmark, der ansvaret for sykepenger, rehabilitering og uførepensjon ligger hos kommunene (tab 1).

Den offentlige trygdeordningen er obliga-

torisk og omfatter alle som bor i landet. I flere land er ikke selvstendig næringsdrivende dekket i samme utstrekning som lønnsstakere, men de kan tegne frivillig offentlig tilleggstrygd.

Arbeidsgiverne dekker en del av de samlede sykepengeutgiftene ved å betale ut lønn i arbeidsgiverperioden. I Danmark, Norge og Sverige er denne perioden 14–16 kalenderdager. I Finland er arbeidsgiverperioden lovfestet til ni hverdager, men den er ofte forlenget til 1–3 måneder i arbeidsavtaler (1).

I alle de nordiske land finnes muligheter for frivillige, private tilleggsforsikringer for inntektsbortfall ved sykdom. Disse tegnes i betydelig utstrekning på Island. Etter innskrenkningene i sykelønnsordningen i 1991 så man i Sverige en sterk økning i private sykefraværersforsikringer.

Ulikheter

Sykepengeordningen på Island skiller seg fra andre lands. Bidraget fra den statlige Tryggingastofnun rikisins (Riksforsikringen) har et minimumspreg, og utgjør en forholdsvist liten andel av utbetalingene til de sykmeldte. Mesteparten kommer fra ar-

beidsgiverne som utbetalt lønn og fra sykefond i fagforeningene.

I Finland brukes et regressivt system for beregning av sykepenger. Den sykmeldte får utbetalt 70 % av den del av inntekten som ligger under 23 700 euro/år, 40 % av den del som ligger mellom 23 700–36 500 euro/år og 25 % av den del av inntekten som overskrider 36 500 euro/år. Den gjennomsnittlige dekningsgraden er beregnet til 66 % (3).

Danmark, Norge og Sverige har tak for utbetalinger. Manglende dekning til full lønn kompenseres iblant av lønnsavtaler mellom arbeidsgivere og arbeidstakere eller av private tilleggsforsikringer.

Verken Danmark eller Norge har karensdager for lønnsstakere, men henholdsvis 21 og 14 dager for selvstendig næringsdrivende.

Med unntak av Finland har de nordiske landene graderte sykepenger ved redusert arbeidsevne. Dette er en ordning som er ment å ivareta restarbeidsevnen. I Danmark beregnes utbetalingen på basis av innteksttap etter spesielle regler. På Island kan 50 % sykepenger kombineres med 50 % arbeid i bedringsfasen. I Norge reduseres sykepen-

Tabell 2 Nordiske trygdeordninger for rehabilitering

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Lokalt ansvarlig	Kommunen	Folkpensionsanstalten, arbeidspensjonsselskap (etter 1 år)	Tryggingastofnun rikisins	Trygdekontor og arbeidskontor	Försäkringskassan koordinerer
Mål	Komme tilbake til arbeidslivet, forsørge seg selv	Komme tilbake til arbeidslivet. Få tilbake best mulig funksjonsevne	Få tilbake best mulig funksjonsevne	Kunne få og beholde passende arbeid	Få tilbake best mulig funksjonsevne og forutsetninger for et normalt liv
Former av rehabilitering	Yrkes- og arbeidslivsrettet	Yrkes- og arbeidslivsrettet, sosial, medisinsk, pedagogisk	Yrkes- og arbeidslivsrettet (kalles rehabiliteringspensjon)	Yrkes- og arbeidslivsrettet (yrkesrettet attføring), medisinsk	Yrkes- og arbeidslivsrettet, sosial, medisinsk
Vilkår	Syk i 2 måneder, godkjent rehabiliteringsplan	Syk i 2 måneder, godkjent rehabiliteringsplan	Nedsatt ervervsgrad på grunn av sykdom eller skade	Funksjonsnedsettelse pga. sykdom eller skade under aktiv behandling, eller nedsatt ervervsevne	Ved nedsatt arbeidskapasitet som følge av sykdom eller skade
Rehabiliteringspengenes størrelse	Tilsvarende sykepenger	Tilsvarende sykepenger	Tilsvarende uførepensjon	Første året sykepenger. Deretter tilsvarende uførepensjon	Tilsvarende sykepenger
Tidsbegrensning	5 år	Ingen, bestemmes av rehabiliteringsplanen	18 måneder	1 år for medisinsk rehabilitering. 2–3 år for yrkesrettet attføring	1 år for rehabiliteringspenger

gene proporsjonalt med økende arbeidsdelaktelse. I Sverige kan sykepenger utbetales som 25 %, 50 % og 75 % av full kompensasjon. I Norge er en femdel av alt sykefravær gradert (9).

Behandlerne leger i Norden må attestere

sykefravær som overskrider en viss lengde. Denne varierer fra land til land (tab 1). Arbeidsfordelingen mellom behandlere leger og forsikrings- eller trygdeleger ved vedtak om sykmelding er noe ulik. I Danmark har behandlere leger lite å gjøre med de fleste

sykmeldinger. Ved kortvarig sykefravær i de andre nordiske landene har behandlere leger egentlig en rådgivende funksjon, men i praksis blir deres attestering akseptert. Ved langvarig sykefravær har forsikringslegene i Finland og Sverige en viktig rolle som delta-

Tabell 3 Nordiske trygdeordninger for uførepensjon (invalide-, førtidspensjon)

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Regionale og lokale organer	Kommunen	Folkpensionsanstalten (FPA), arbeidspensjonsselskap (AP)	Tryggingastofnun rikisins filialer	Fylkestygde- og trygdekontor	Försäkringskassan
Personkrets	Alle innbyggere, 18–64 år	Alle innbyggere, 16–64 år (FPA) Arbeidshistorie > 1 år (AP)	Alle innbyggere, 16–66 år	Alle innbyggere, 16–66 år	Alle innbyggere, 16–64 år
Pensjonens størrelse (i prosent av tidligere disponibel inntekt) ¹	a) 76 % b) 129 %	a) 65 % b) 100 %	Ikke beregnet	a) 64 % b) 85 %	a) 73 % b) 134 %
Gradert pensjon	Fire forskjellige grupper. 1.1. 2003 ny reform med én pensjon	Hel (FPA), hel eller halv pensjon (AP)	Inntektsprøvd hel eller delpensjon	Hel eller gradert (minst 50 %) uførepensjon	Hel, ¾, ½, ¼ pensjon
Krav til minste uføregrad	50 % ved alminnelig førtidspensjon	60 % (hel) 40 % (halv)	75 % (hel) 50 % (del)	50 %	25 %

¹ Baseres på beregning av disponibel inntekt før og etter pensjon for såkalte typetilfeller. I dette eksemplet 50 år gammel produksjonsarbeider, enslig og uten barn som har vært i fullt arbeid. Vi har brukt to typetilfeller med a) gjennomsnittsinntekt og b) lav inntekt (50 % av gjennomsnittsinntekt) (kilde: NOSOSCO, 2001). I Danmark har således typetilfellet med lav inntekt 29 % høyere disponibel inntekt etter tilstått uførepensjon enn før

kere i en felles administrativ-juridisk gruppe som fatter vedtak om videre ytelser. De norske trygdelegene har ikke samme sentrale rolle i selve beslutningsprosessen. I Danmark har kommunens sosiallege det medisinske ansvaret i spørsmål om sykefravær, rehabilitering og uførepensjon.

Tendenser

I de nordiske land har myndighetene vist en tiltakende bekymring for veksten i sykefraværskostnader. Gjennomgående mottrekk har vært å stramme inn trygdeordningene, øke innsatsen for å føre sykmeldte tilbake til arbeidslivet og skyve kostnader over fra det offentlige til arbeidsgiverne. Eksempler på sistnevnte er forlengelser av arbeidsgiverperioden i Danmark, Norge og Sverige.

Danmark har siden 1990 hatt føringer på en «aktivlinje» som har til hensikt å skape et romsligere arbeidsmarked med plass for personer med nedsatt arbeidsevne. Man har satset på aktivisering, rehabilitering og oppfølging av sykmeldte. Det kreves at kommunen lager en oppfølgingsplan for den som har vært sykmeldt lenger enn to måneder. Denne ordningen fungerer stedvis i Danmark, men en undersøkelse fra den Sociale ankestyrelse i 1999 viste at oppfølgingsarbeid forekom i mindre enn halvparten av tilfellene (4).

I Finland inngår to kontrolltidspunkter, ved henholdsvis 60 og 150 dagers sykefravær, da Folkpensjonsanstalten vurderer behovet for økt innsats. Man diskuterer nå ytterligere økt aktivitet for tidlige rehabiliteringstiltak. Det diskuteres også om kravet til legeerklæring ved meget korte sykefravær skal fjernes.

På Island pågår en diskusjon om en betydelig økning av sykepengesatsene for å motvirke et press på uførepensjonsordningen. Begrensningen av sykepengenes størrelse i den statlige forsikringen er antatt å ha ført til flere søknader om uførepensjon, som gir større ytelser.

Norge har i lang tid hatt høye sykepengeutbetalinger sammenliknet med de andre nordiske land. En rekke tiltak har vært prøvd – med bedre oppfølging av sykmeldte og «aktiv sykmelding», dvs. arbeidstakerne møter på arbeidet når de er sykmeldt. Ifølge den nye intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv mellom arbeidslivets parter og regjeringen vil man ytterligere styrke oppfølgingen av de sykmeldte. Det legges større vekt på individets ressurser og funksjon enn sykdom, og på tilrettelegging på arbeidsplassen for individer med nedsatt funksjon (10). Ifølge avtalen kan samarbeidende bedrifter utvide egenmeldingsperioden fra tre til sju dager.

Sverige har siden 1991 hatt hyppige og omfattende forandringer i karenstider, arbeidsgiverperiode og dekningsgrad. Etter innskrenkningene i sykelønnsordningen i 1991 kom først en uttalt reduksjon i sykefraværet, men etter 1997 har sykefraværskostnadene økt meget sterkt.

Tabell 4 Andel av arbeidsstyrken som er fraværende på grunn av sykdom på en bestemt dag. Offisiell statistikk fra 1997 (7)

Land	Fravær på grunn av sykdom (%)
Danmark	3,5
Finland	2,0 (funksjonærer) 4,5 (arbeidere)
Island	Ikke tilgjengelig
Norge	5,0
Sverige	4,4
Portugal	8,0
Frankrike	5,6
Tyskland	5,6
Nederland	5,5
England	3,6

Et interessant begrep i nyere svensk trygdeforskning er «sykenærvær». Etter innføring av karenstider ble det observert at arbeidstakere i større grad enn tidligere møtte på arbeid når de var syke. Det er blitt diskutert hvorvidt dette gir økt sykelighet med mer langtidsfravær ved et senere tidspunkt. Det er også blitt pekt på risikoen for økt korttidsfravær på grunn av spredning av smittsomme sykdommer.

Rehabilitering

Målet med medisinsk rehabilitering er å gjenvinne best mulig funksjon på tross av sykdom eller skade. Målet med yrkes- og arbeidslivsrettet rehabilitering er å gi individet muligheter til å forsørge seg selv.

Antall personer som får rehabiliteringspenger er høyt i Norge og lite på Island og i Sverige (tab 5). Hvem som inkluderes i statistikken fra de ulike landene, er imidlertid forskjellig. Personer med særlige ytelser under rehabilitering i Danmark og Sverige er for eksempel ikke inkludert (1).

Tabell 5 Antall personer og andel av befolkningen i alderen 18–64 år som mottok rehabiliteringspenger i 1999 (1)

Land	Antall personer	Andel av befolkningen 18–64 år (%)
Danmark	36 488	1,1
Finland ¹	53 935	1,7
Island	651	0,4
Norge ²	100 953	3,7
Sverige	44 355	0,8

¹ Inkluderer kun personer med rehabiliteringspenger fra Folkpensjonsanstalten (ca. 80% av alle utbetalinger)

² Personer med rehabiliteringspenger og attføringspenger

Fellestrekk

I alle de nordiske land ligger rehabilitering innenfor trygdens ansvarsområder. Det overordnede ansvaret er lagt til samme institusjoner som har ansvar for sykepengene (tab 2). Stønad til yrkes- og arbeidslivsrettede tiltak inngår i alle ordningene.

Ulikheter

I Finland har Folkpensjonsanstalten ansvaret for å innvilge rehabilitering. Dessuten har private arbeidspensjonsanstalter et selvstendig rehabiliteringsansvar ved tilfeller av arbeidsuførhet som varer lenger enn ett år. Arbeidspensjonsanstaltene gir i hovedsak yrkesrettet rehabilitering, både for å beholde personer i arbeid og for å gjenreise arbeidsevnen blant arbeidsuføre. Folkpensjonsanstalten har ansvaret for rehabiliteringen hvis den forsikrede ikke har rettigheter etter andre lover. Den plikter å utrede rehabiliteringspotensialet for personer som er sykmeldt mer enn to måneder, og å undersøke muligheten for rehabilitering før uførepensjon kan innvilges. Den finske modellen skiller seg dermed fra de andre nordiske land, der rehabiliteringsansvaret er samlet til én myndighet under sykepengeperioden.

I Norge fungerer rehabiliteringspenger ofte som forlenget sykmelding. Personer under aktiv medisinsk behandling med utsikt til å bedre arbeidsevnen har krav på rehabiliteringspenger etter ett års sykepenge, selv om det ikke foregår egentlig rehabilitering.

Tendenser

I Danmark har man hatt en økning i bruk av rehabiliteringsmidler i 1990-årene, i tråd med myndighetenes aktivlinje. I 1994 ble det startet en kampanje for å styrke rehabiliteringen, med det formål å forebygge utstøtning og integrere yrkeshemmede og andre utsatte grupper i arbeidslivet (4).

I Finland vil det bli fremmet et lovforslag som vil gi den enkelte rett til yrkesrettet rehabilitering hvis arbeidsevnen er truet. Denne lovforandringen vil føre med seg et stort utdanningsprogram.

På Island er Tryggingastofnun ríkisins de siste årene blitt pålagt økt rehabiliteringsinnsats, blant annet ved å organisere yrkesrettet rehabilitering for personer som har vært yrkeshemmet i mer enn 2–3 måneder.

I Norge skal trygdekontorene vurdere om vilkårene er til stede for medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring, mens arbeidsmarkedsetaten har ansvaret for tiltakene under yrkesrettet attføring. Samarbeidet mellom trygdekontor og arbeidskontor har vist seg å være vanskelig fordi en rekke personer med krav på yrkesrettet attføring er blitt avvist av arbeidsmarkedsetaten på grunn av «manglende attføringspotensial» (4).

I Sverige ble rehabiliteringserstatningen innført 1992. Arbeidsgiverne har fått ansvaret for arbeidsmiljøarbeid og aktiv rehabilitering. De plikter å ta initiativ til rehabiliteringsutredning ved fire ukers sykdom eller

Tabell 6 Andel av befolkningen i alderen 16–64 år som hadde uførepensjon i 1999 og gjennomsnittlig utbetalt månedlig uførepensjon i 1999 (1)

Land	Andel av befolkningen 16–64 år som var uførepensjonert (%)	Gjennomsnittlig månedlig pensjon (euro)
Danmark ¹	4,3	1 017
Finland	8,3	749
Island	6,1	837
Norge	8,8	823
Sverige	7,7	722

¹ For Danmark 18–64 år

når den sykmeldte selv ønsker det. Man har imidlertid fra myndighetenes side ingen mulighet for å følge opp dette. I budsjettproposisjonen 2000 ble det bemerket at resultatet av rehabiliteringssatsingen så langt har vært skuffende (4).

Uførepensjon (invalidpensjon, førtidspensjon)

Personer med varig fysisk eller psykisk uføret kan, i alle de nordiske land, ha krav på pensjon når uføreten gjør dem ute av stand til å skaffe seg tilstrekkelig inntekt. Det finnes også andre pensjonsordninger før normal alderspensjon som stiller mindre krav til sykdom, men disse beskrives ikke her.

Nivået på andelen uførepensjonerte i befolkningen er høyt i de nordiske land sammenliknet med de fleste andre europeiske land (4). En forklaring er at grunnpensjonsdelen av uførepensjonen i de nordiske ordningene dekker alle innbyggere i landet. I resten av Europa inkluderes vanligvis bare yrkesaktive.

I 1999 hadde Danmark den laveste andelen uførepensjonerte og de høyeste gjennomsnittlige utbetalingene til uførepensjonerte (tab 6).

Fellestrekk

Det er store likheter mellom de nordiske landene i hvem som inkluderes og hvilke aldersgrupper som dekkes (tab 3). Vanlig alderspensjon trer i kraft ved 65 år i Danmark, Finland og Sverige og ved 67 år på Island og i Norge.

Ulikheter

Utformingen av pensjonene skiller seg markant. Det stilles også ulike krav til hvor mye arbeidsevnen må være nedsatt før det gir rett til uførepensjon, dette er delvis koblet til muligheten for å få gradert pensjon.

I Danmark forekommer i dag fire forskjellige typer uførepensjon. Høyeste sats gis til personer under 60 år med ingen eller lav restarbeidsevne, og der tapet av arbeidsevne er forårsaket av sykdom. De laveste satsene gis ved behovsprøvd førtidspensjon hvor arbeidsevnen i hovedsak er nedsatt på grunn av sosiale forhold.

I Finland består uførepensjonen av to de-

ler. En begrenset grunnpensjon (folkpensjon) gis til alle som er bosatt i landet. Denne utbetales av Folkpensionsanstalten. Personer med tidligere arbeidsforhold og minimumsinntekt kan også innvilges en «arbeidspensjon», som er betydelig større enn grunnpensjonen. Det administrative ansvaret og arbeidet med medisinske vurderinger for denne ligger hos private forsikringsselskaper.

I den svenske ordningen tas avgjørelsen om uførepensjon av en nemnd sammensatt av lekmenn. I andre land bruker man eksperter (saksbehandlere, leger, jurister) for dette formålet.

Tendenser

I Danmark, Island, Norge og Sverige har det i de siste årene vært en skjerpelse av de medisinske vilkårene for uførepensjon. I Finland er det krav på en mer nøyaktig vurdering med begrunnede beslutninger ved avslag og tilståelse av uførepensjon. Man legger dermed større vekt på legenes erklæringer om sykdom og invaliditet og forholdet mellom subjektive symptomer og objektive funn. Det stilles også større krav til at rehabilitering må være prøvd før uførepensjon innvilges. Denne skjerpelsen har økt forventningene til oppfølgingsinnsats i kommunene og forsikringskontorene.

I Danmark ble det krevd, etter aktiveeringsloven fra 1998, at alle arbeidsmarkedsmuligheter skal være prøvd før pensjon er aktuelt. Man har deretter sett at andelen avslag har økt, og de siste årene har det vært en svak nedgang i antall nye uførepensjonister. Fra 1.1. 2003 blir det gjennomført en pensjonsreform med kun én type pensjon.

På Island ble vilkårene for uførepensjon endret ved en lovforandring i 1999. Tidligere ble det tatt hensyn til medisinske, sosiale, økonomiske og geografiske faktorer, men nå kun til medisinske. Vurderingen baseres på søkerens funksjon. Man anvender de britiske kriteriene fra All Work Test. Etter innføringen av den nye metoden har antall uførepensjonister økt, spesielt kvinner med muskel- og skjelettproblemer (11).

I Finland har man sett en økning av antall nye uførepensjonister med lettere psykiatriske lidelser, spesielt depresjon. En liknende

utvikling har det også vært i Norge, med en kraftig økning i uførepensjoner fra 1997. Spesielt bekymringsfullt er tilveksten blant personer under 30 år med mentale lidelser. Mange yngre klarer ikke å komme inn på arbeidsmarkedet og starte et yrkesaktivt liv (12).

De seneste årene har antall uførepensjonister i Sverige totalt sett vært relativt stabilt, men man har sett en økning blant kvinner. I 1997 ble inngangsvilkårene skjerpet, med større vekt på medisinske forhold og strengere krav til sammenheng mellom sykdom og arbeidsuføretet.

Diskusjon

Ulikheter i sykepengeordningene kan delvis forklares ut fra forhold knyttet til økonomi og arbeidsmarked i de enkelte land. Det mest uttalte eksemplet har vært Sverige, som siden 1991 har hatt hyppige og omfattende forandringer i karensdager, arbeidsgiverperiode og dekningsgrad som konsekvens av store svingninger i svensk økonomi og arbeidsliv (4). Det er vist at innføring av karensdager og redusert dekningsgrad førte til en reduksjon av sykefraværet, men det er også blitt vist at arbeidsmarkedsforhold hadde betydning (13).

I Danmark er det registrerte sykefraværet lavt, samtidig som man har gunstige økonomiske ordninger for arbeidstakerne med 100 % kompensasjon og ingen karensdager. Man har imidlertid et forholdsvis lavt tak for full kompensasjon. Flere faktorer kan ha medvirket til lavt fravær, deriblant gunstige ordninger ved barns sykdom, større arbeidsgiveransvar for tilbakeføring av sykmeldte, manglende ansettelsestrygghet ved sykdom, periodevis betydelig arbeidsledighet, samt at den sykmeldte «på eget ansvar» kan være sykmeldt i 14 dager.

I alle de nordiske land går utviklingen nå mot mer og tidligere igangsatt yrkes- og arbeidslivsrettet rehabilitering. Foreløpig har satsingen på rehabilitering hatt liten effekt på uførepensjoneringen, uansett hvordan den har vært organisert. Det er en utfordring å finne rasjonelle og effektive ordninger. Kanskje kan utviklingen i Finland være verdt å studere. Man satser her på en blanding av offentlig og privat virksomhet, der rehabiliteringssentre og nettverk av sentre har en viktig rolle.

Danmark hadde den laveste andelen uførepensjonister og den økonomisk sett beste ordningen for uførepensjonerte i Norden. Den lave andelen uførepensjonerte har antakelig en sammenheng med et tilbud av alternative ytelser for eldre arbeidstakere, slik som overgangsytelser, delpensjon og etterlønn. Det er ikke nødvendig å være «syk» i samme utstrekning i Danmark som i nabolandene for å få en tidlig pensjon. De høye gjennomsnittlige utbetalingene skyldes i vesentlig grad utbetalingene til personer med høyeste uførepensjonsgrad (1). I tillegg er lønnsnivået høyt.

I dag dekkes de grunnleggende behov for sosial trygghet i alle de nordiske land ved obligatoriske lovbestemte forsikringer. Dette oppfattes fortsatt som et offentlig ansvar. Det er imidlertid tendenser til et svakere offentlig engasjement, og til at arbeidstakere og arbeidsgivere i større grad enn tidligere forventes å finansiere og opprettholde sykelønns- og rehabiliteringsordningene. Private forsikringer kommer i tillegg til de offentlige, først og fremst i land med mindre god kompensasjon og for personer i høye inntektsgrupper som vil sikre seg at de kan beholde sin levestandard ved sykdom og uførhet.

Litteratur

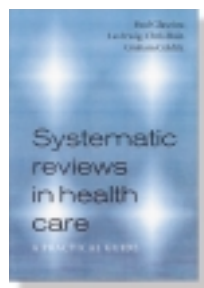
1. NOSOSCO. Social Protection in the Nordic Countries 1999. Scope, expenditure, financing. København: Nordic Social Statistical Committee, 2001.
2. NOSOSCO. Social Protection in the Nordic Countries 1997. Scope, expenditure, financing. København: Nordic Social Statistical Committee, 1999.
3. Försäkringskassförbundet. Socialförsäkringen i Norden – en översikt. Stockholm: Försäkringskassförbundet, 1996.
4. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykning, 2000.
5. Knutsson A, Goine H. Occupational and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish counties. Soc Sci Med 1998; 47: 25–31.
6. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie J. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health and employees: longitudinal cohort study. BMJ 2000; 320: 971–5.
7. Eide A, Hem K-G, Gibb N. Sykelønnsordninger i Europa. Oslo: SINTEF Unimed, 1999.
8. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University, 1984.
9. Rikstrygdeverket. Folketrygden. Nøkkeltall 1. halvår 2001. Statistikk 06/2001. Oslo: Rikstrygdeverket, 2001.
10. St.prp. nr. 1, tillegg nr. 1 (2001–2002). Intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv – budsjettmessige konsekvenser mv.
11. Thorlacius S, Stefansson S, Johannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsadals. (Incidence of disability in Iceland before and after introduction of a new method of disability evaluation.) Læknablaðið 2001; 87: 721–3.
12. Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdede. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1452–6.
13. Edgerton D. The effects of cutbacks in Swedish sickness benefits – an analysis using the Labour Force Survey. Lund: Ekonomiska Institutionen, Lunds universitet, 1997. ○

Systematisk om å skaffe seg oversikt i medisin

Glasziou P, Irwig L, Colditz G, Bain C

Systematic reviews in health care

A practical guide. 136 s, tab, ill. Cambridge: Cambridge University Press, 2001
ISBN 0-521-79962-7



Boken kommer som et viktig bidrag fra samfunnsmedisin i å spre vitenskapelig baserte verktøy for å sammenfatte kunnskap om helsetjenester. Helt siden Archie Cochrane gjorde sine refleksjoner om helsetjenestens og medi-

sinens kunnskapsgrunnlag, har den kunnskapsbaserte medisinen utviklet seg og ligger an til å få enorm betydning for helsetjenestens mange små og store spørsmål – kanskje med uante konsekvenser.

Imidlertid har kunnskapsmedisinen fått en noe skjev fremstilling siden det i hovedsak er metodene rundt de randomiserte kontrollerte forsøkene som har fått oppmerksomhet. Ikke alle behandlingstilbud kan randomiseres, og i tillegg må helsetjenestene basere seg på kunnskap fra observasjonsstudier. Det siste gjelder for eksempel prognostisering og diagnostikk. På dette punktet lider ikke boken av særlig skjevhetlig fremstilling. I stedet bør den få ros for at den trekker frem alle sidene ved helsetjenester hvor det kan være aktuelt å gjøre systematisk litteraturgjennomgang. Dessuten formidler den noe om hva hele prosessen innebærer, for eksempel hvordan spørsmålet man vil ha besvart utvikles fra idé til prosjekt. Dette gjøres både i den generelle delen og i hvert enkelt kapittel som tar for seg intervensjon, sykdomsrate, diagnostiske tester, etiologi og prognostisering.

En komisk detalj unnslipper ikke denne

leserens øyne når forfatterne legger frem en litteraturoversikt over hvor mye tid det tar å lage en systematisk oversikt og dertil presenterer dette i en matematisk formel. Kan dette skyldes overdreven tro på egen metodens fortrefelighet? I så fall blir det tragikomisk hvis liknende utskudd skulle bre om seg og stå uimotsagt. Men lite tyder på at det er forfatternes holdninger. Imidlertid er det grenser for hvor mye som kan presenteres på 136 sider om slike holdninger og problematisering av metodenes vitenskapelige kvalitet. Her lider nok boken en del. Den vil passe for dem som trenger en inspirerende introduksjon til feltets mange fasetter, men kan bli litt tynn dersom detaljer ved metodene er ønsket. Mer detaljert definisjon av målgruppen for en slik allmenn bok enn dem som ønsker en oversiktlig og bred innføring i et viktig tema, trengs vel ikke.

Øyvind Næss

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo