

# Norsk trygdemedisinsk forskning



## Kommentar og debatt

**Trygdemedisin generelt og trygdemedisinsk forskning spesielt har fått økt oppmerksomhet de siste vel ti år. Flere trygdemedisinske doktoravhandlinger er forsvart. Samfunnets behov for informasjon og kontroll har i stor grad vært styrende for utviklingen. Fremtidig trygdemedisinsk forskning bør i større grad ta utgangspunkt i trygdemottakernes behov, spesielt de svakest stilte gruppene.**

**Artikkelen gir en kort oppsummering av trygdemedisinsk forskning i Norge i etterkrigstiden og skisserer udekkede behov og utfordringer.**

I 1894 ble ulykkesforsikringsloven for industriarbeidere vedtatt, en forløper for vårt velferdssystem (1). I 1912, for 90 år siden, kom den første utgaven av *Sykeforsikringsbladet* ut, forløperen til magasinet *Velferd* (2).

Ordet «trygd» kommer fra gammelnorsk og betyr avtalt/lovett sikkerhet. Etter hvert ble dette begrepet benyttet, og i lov av 6. juni 1930 ble kretssykekassene omdøpt til trygdekasser. I 1951 ble det etablert en lærestol i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo, med professor Axel Strøm som den første innehaver (3), og i 1952 ble Norsk trygdemedisinsk forening startet.

Rundt 1975 etablerte en gruppe forskere fra ulike akademiske miljøer et samarbeidsforum for trygdeforskning. Gruppen har senere arrangert årlige trygdeforskerseminarer. Det startet med en liten, eksklusiv gruppe, der Per Sundby representerte legestanden. Gruppen har etter hvert ekspandert og har nå deltakere fra en rekke miljøer med interesse for trygdeforskning (4).

Trygdemedisinsk forskning fikk en oppblomstring i slutten av 1980-årene, parallelt med og delvis som et resultat av en politisk og departemental bekymring for stort sykefravær og økningen i antall uførepensjonerte. To offentlige utredninger så dagens lys i 1990: Uførepensjon (5) og en innstilling om sykelønn (6). Etter disse utredningene kom attføringsmeldingen, der arbeidslinjen ble befestet som det overordnede sosialpolitiske mål, og der det for alvor ble tatt til orde for en aktiv inngripen for å redusere antall nordmenn som ble avhengige av permanente trygdeytelser (7). I disse utredningene ble det også foreslått å styrke trygdeforskningen. Omtrent samtidig (1990) forsvarte Gunnar Tellnes sin doktoravhandling, *Sickness*

---

**Dag Bruusgaard**

*dag.bruusgaard@samfunnsmed.uio.no*

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

---

☞ Se også side 1454

*certification. An epidemiological study related to community medicine and general practice* (8).

Gruppe for trygdemedisin (fra 2000 Seksjon for arbeids- og trygdemedisin) ble etablert i 1991 som en enhet innen Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Dette skjedde etter initiativ fra Sosialdepartementet med midler fra trygdebudsjettet og var ledd i en generell satsing på trygdeforskning. Med dette vedtaket ble det første fulltids professorat med trygdemedisin som hovedfelt etablert i Skandinavia, sannsynligvis også i resten av verden.

Midler ble også gitt til Institutt for økonomi ved Universitet i Bergen, Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning (INAS, nå NOVA) i Oslo og Rikstrygdeverkets utredningsavdeling.

### Økt forskningsaktivitet

Parallelt med, og muligens delvis på grunn av etablering av en egen trygdemedisinsk enhet i Oslo, ble det en økt interesse for trygdemedisinsk forskning ved alle våre fire medisinske fakulteter. Trygderelevante spørsmål er dessuten inkludert i befolkningsundersøkelsene rundt om i landet. Nasjonalt folkehelseinstitutt arbeider med trygdemedisin, og utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket har knyttet til seg leger med forskningserfaring.

Norge er gjennom dette blitt et foregangsland for akademisk trygdemedisin. Dette er blant annet markert i den europeiske forsikrings- og trygdemedisinske foreningen (European Union of Medicine in Assurance and Social Security, EUMASS), der norske representanter har bidratt til økt interesse for formidling av forskningsresultater. EUMASS holder sin 14. kongress i Oslo 13. til 15. juni 2002 som ledd i feiringen av Norsk trygdemedisinsk forenings 50-årsjubileum. I den europeiske foreningen for samfunnsmedisin (European Public Health Association, EUPHA) har Norge i sam-

arbeid med svenske trygdeforskere lyktes med å etablere en egen trygdemedisinsk seksjon.

### Noen sentrale trygdemedisinske forskningsprosjekter

I *Sykeforsikringsbladets* annen årgang i 1914 dristet man seg til å servere en vits som i det minste viser at forskning rundt trygdemedisinske forhold kunne være aktuelt (2).

Sygekassemanden til lægen: «Kan doktoren gi opplysning om naar medlemmets sygdom er opstaaet?»

Lægen: «Det beror paa hvor længe han har været medlem av kassen. Efter de tre sidste aars forskninger er der nemlig visse sygdomme som er avhengige av medlemsforholdet.»

I Norge er det lang tradisjon for trygdeforskning, spesielt i samfunnsvitenskapelige miljøer. Innfallsporren har vært at trygd og trygdeytelser er kompliserte anliggender der samfunnsforhold betyr like mye som sykdom og individuell funksjonssvikt. Medisinere har selv bidratt til å redusere interessen for sykdom som forklaring på trygdebehov.

Axel Strøm viste at tidligere psykiske og fysiske belastninger kunne påvirke aktuell uførhet i forbindelse med krigspensjonering (3), Victor Lindén viste at fysisk form var viktig for behovet for trygdeytelser (9), Rolf Hanoa påpekte betydningen av sosial klasse (10) og Steinar Westin har vist at arbeidsmarkedsforhold betyr mye (11).

At sykdomsdiagnoser i seg selv har begrenset verdi i trygdemedisinske vurderinger, synes for øvrig å være en gammel erkjennelse. Distriktslege Engvald Hansen sier i *Sykeforsikringsbladet* i 1913 noe retorisk (2): «Gir de forlagte sykdomsdiagnoser noget virksomt middel til kontroll? Ovenstående spørsmåal maa nemlig ubetinget besvares med «Nei!»»

Fra Sosialdepartementets satsing i 1991 har det skjedd en markert økning i den trygdemedisinske forskningen. Denne forskningen kan grovt todeles. For det første gjelder det forskning med det mål å få større kunnskap om trygdemedisinske problemstillinger (primær trygdemedisinsk forskning), til disse hører Lindéns og Tellnes' arbeider (7, 9) og Søren Brages doktorgrad *Musculoskeletal health problems and sickness absence* (12). For det andre gjelder det forskning der behovet for trygdeytelser har vært benyttet som effektmål på ulike intervensjoner, det være seg forebygging, behandling eller rehabilitering, og epidemiologiske prosjekter der trygdestatus og trygdebehov er benyttet som en indikator på funksjon (sekundær trygdemedisinsk forskning). Typisk for denne typen prosjekter er Åge Indahls intervensjon overfor ryggpasienter der sykmelding har vært brukt som effektmål (13). Også Ellen Haldorsens evaluering av intervensjoner overfor personer med muskel- og skjelettplager (14) og Bård Natvigs epidemiologiske studie over forekomst av slike plager

**Tabell 1** Ulike typer trygdemedisinsk forskning

Deskriptiv trygdeepidemiologi – hvem får trygdeytelser

Årsaksforskning – hvorfor får de trygdeytelser

Intervensjonsforskning – hva gjør vi for å hjelpe dem som trenger trygdeytelser og å hindre eller redusere behovet for trygd

Forløpsforskning (prognostisk forskning) – hvem vil trenge, og hvordan går det med dem som søker trygdeytelser

Diagnostisk forskning – hvorledes er den trygdemedisinske praksis, så vel praktiske som etiske aspekter

(15) har benyttet sykefravær som indikasjon på intervensjonseffekt, alvorlighetsgrad og funksjonssvikt.

Flere trygdemedisinske doktorgradsarbeider pågår. Primære trygdemedisinske arbeider gjelder blant annet oppfølging av sykmeldte, funksjonsvurdering i trygden, trygdebehov hos renholdere og intervensjonsforsøk for å vurdere effekten av aktiv sykmelding.

Mange av de trygdemedisinske prosjektene har dreid seg om muskel- og skjelettlidelser, både fordi disse tilstandene utgjør den største diagnosegruppen innen uførhet og sykefravær, men også fordi de representerer spesielle utfordringer, grunnet mangelfull diagnostikk og dårlige metoder for forebygging, behandling og rehabilitering.

### Trygdemedisinsk forskning

Trygdemedisinsk forskning gjelder alle områder dekket av trygden der sykdom er et tildelegningskriterium og der legene inngår i beslutningsprosessen. I praksis vil det si at det har vært mest oppmerksomhet rundt ytelse, sykepenger, medisinsk rehabilitering og uførepensjon. Arbeidsmedisinske miljøer har interessert seg mest for yrkesskader, mens medisinsk stønad (legetjenester, fysioterapi, psykologhjelp, legemidler, opphold ved opptreningsinstitusjon o.l.), i den grad det har vært gjenstand for forskning, har vært en del av helsetjenesteforskningen. Miljøet i Oslo har i en kunnskapsstatus over nordisk trygdeforskning valgt å innele trygdemedisinsk forskning i fem (16) (tab 1).

### Datagrunnlaget

Mye av forskningen som er foretatt, har benyttet data fra Rikstrygdeverkets registre. Med basis i disse data ble KIRUT-basen (Klientstrømmer Inn i, Rundt i og Ut av Trygdesystemet) etablert. I databasen kobles trygderegistre med andre befolkningsregistre, basert på et tiprosents utvalg av den norske befolkning i alderen 16–66 år.

Statistisk sentralbyrå har fulgt opp KIRUT-basen ved å etablere en database som dekker hele befolkningen, FD-trygd (forløpsdatabasetrygd).

De viktigste data i FD-trygd er opplysninger om pensjoner og folketrygdytelser av mer kortvarig karakter, som overgangsstønad, sykepenger og atføringpenger. I tillegg inneholder basen data om utdanning, økonomisk sosialhjelp, sysselsetting, formue og inntekt. Det er også planer om å utvide FD-trygd til å omfatte pensjonsordninger utenom folketrygden. Basen inneholder opplysninger fra og med 1992 og representerer en unik mulighet for trygdemedisinsk forskning i årene som kommer.

### Noen utfordringer

Det epidemiologiske trygdekart har fortsatt utforskede områder. Et eksempel er at tomelfingerregelen om at det totale fravær de første 14 dager i omfang tilsvarende fraværet over 14 dager, fortsatt savner empirisk belegg og høyst sannsynlig er feil.

Både den offentlige debatt og den trygdemedisinske forskning ville tjene på en bedre avklaring av sentrale begreper som langtidssvikt og korttidssvikt. Bakgrunnen for fravær av kort og lang varighet er svært ulik, og det er nødvendig å presisere og synliggjøre de forskjeller som eksisterer. Først da kan forebyggende innsats være målrettet.

Den trygdemedisinske forskning har til nå i liten grad påvist prediktorer som indikerer fare for uførepensjonering på et tidlig tidspunkt.

Våre myndigheter har stor tro på intervensjoner overfor langtidssykmeldte for å redusere fraværet. Vi mangler metoder for slik oppfølging. Dessuten mangler vi kunnskap om hvem som best kan nyttiggjøre seg slike tiltak. Noen bør ikke følges opp fordi de likevel er på vei til en uunngåelig uførepensjon, eller fordi de høyst sannsynlig vil komme tilbake i jobb uten ekstraordinære tiltak. For sistnevnte gruppe kan unødige intervensjoner i verste fall føre til forsinket friskmelding.

Både internasjonalt og i Norge er det i de senere år blitt større interesse for begrepet «funksjon» og for ressursorientert behandling og rehabilitering. Her har de trygdemedisinske miljøer så vidt kommet i gang. Ideelt sett burde trygdemedisinen kunne gi viktige bidrag til avklaring og operasjonalisering av begreper som ressurser og funksjon.

I *Sykeforsikringsbladet*, tredje nummer i oppstartingsåret 1912 (2), har A. Palmstrøm en artikkel om «Lægespørsmålet», der han hevder at «... der utvises en altfor stor redbonhet fra lægernes side til at gi attest for, at arbeidsudyktighet er tilstede.»

Mens den trygdemedisinske forskning frem til ca. 1990 ofte omhandlet pasientenes situasjon og prøvde å forklare deres behov for ytelse fra det offentlige, har de senere års forskning i større grad konsentrert seg

om samfunnets behov for informasjon og kontroll. Her er utgangspunktet at for mange får trygdeytelser for lenge, at hjelpeapparatet ikke er dyktig nok til å forebygge, behandle og rehabilitere disse personene, og at legene ikke er dyktige nok til å skille dem som har krav på trygdeytelser fra dem som ikke fyller kriteriene.

I tråd med økt interesse for fattigdomsproblemet bør den trygdemedisinske forskningen i årene som kommer se på trygdens rolle både som mulig skaper av fattigdom, gjennom manglende eller for lave ytelser, og som metode for å hindre at fattigdom oppstår. Dette kan gjøres ved å se mer på trygdemottakerne, spesielt på de svakest stilte gruppene.

#### Litteratur

1. Bjørnson Ø, Haavet IE. Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
2. Sykeforsikringsbladet 1912–15. Kristiania: Eksamensstrykkeriet, 1915.
3. Sundby P, Axel Strøm – pioner for sosialmedisin og en administrativ kraft. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 62–3.
4. Kjønstad A. Trygdeforskningens pionerperiode. I: Bay AH, Hvinden B, Koren C. Virker velferdsstaten? Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2001.
5. Norges offentlige utredninger. Uførepensjon. NOU 1990: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990.
6. Norges offentlige utredninger. Sykelønnsordningen. NOU 1990: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990.
7. St.meld nr. 39 (1991–92). Attføringsmeldingen
8. Tellnes G. Sickness certification. An epidemiological study related to community medicine and general practice. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 1990.
9. Lindén V. Absence from work and work capacity. Bergen: Rikstrygdeverket Bergen, 1967.
10. Hanoa R. Sosialmedisinske behov og uførhet i et saneringsstrøk i Oslo. Oslo: Institutt for sosialmedisin, Universitetet i Oslo, 1977.
11. Westin S. Unemployment and health. Medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, 1990.
12. Brage S. Musculoskeletal health problems and sickness absence. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 1998.
13. Indahl A. Low back pain – a functional disturbance. Oslo: Senter for ortopedi, Rikshospitalet, 1999.
14. Haldorsen EMH. Return to work in low back patients. Bergen: Institutt for psykologi, Universitetet i Bergen, 1998.
15. Natvig B. Musculoskeletal pain. From humdrum nuisance to chronic, disabling disease. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2001.
16. Bruusgaard D, Claussen B, Brage S. Sykefravær, rehabilitering og uførepensjon i trygdemedisinsk forskning. I: Hansen HT. Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, 1999.

## Komplett praktverk om barneurologi

Belman AB, King LR, Kramer SA  
**Clinical pediatric urology**  
4. utg. 1 374 s, tab, ill. London: Martin Dunitz, 2002. Pris GBP 175  
ISBN 1-901865-630

Barneurologi er ingen egen spesialitet i Norge, men er likevel et stort fagområde som angår barnekirurgi, urologi, pediatri, generell kirurgi, gynekologi, radiologi og nukleærmedisin. I Europa organiseres barneurologi nå som en egen seksjon under den europeiske urologforeningen.

Denne boken er fjerde utgave av barneurologiens viktigste lærebok og oppslagsverk. Alle kapitlene er imidlertid nyskrevet, de fleste med nye forfattere som alle er amerikanske. Boken er organisert i 43 kapitler og dekker alle relevante, kliniske barneurologiske emner. Den er praktisk orientert, og rikt illustrert med didaktiske tegninger og flotte fotografier.

Nytt i den foreliggende utgaven er omtale av epiteldyrking *ex vivo* og anvendelse av slikt vev. Nye operasjoner for hypospadi blir grundig presentert. Dette er teknikker som gir vesentlig reduksjon i antall postoperative fistler. Medfødte misdannelser er naturlig nok viet bred plass, men også vanlige tilstander som infeksjoner, vesikoureteral refluks og bildediagnostikk, får fylldig og meget god omtale. Presentasjonen av nevrourologi, urinavledning, konkreter, traumer og svulster er pedagogisk glimrende og faglig oppdatert.

Innenfor enkelte områder av barneurologien er det ulike oppfatninger av forskjellige aspekter ved utredning og behandling. Dette gjelder bl.a. føtal hydronefrose, intersex og vesikoureteral refluks. I slike tilfeller er de ulike syn presentert på en saklig måte slik at leseren kan danne seg sin egen oppfatning.

Ved hjelp av en omfattende indeks finner leseren enkelt frem både til sjeldne tilstander og mer hverdagspreget barneurologi. Blant referansene finnes mange svenske barneurologiske arbeider, som rimelig er. Norske referanser er det få av, men det er hyggelig å lese at Willy Mathisens metode for reimplantasjon av ureter ved vesikoureteral refluks fra 1964, fortsatt gis hederlig omtale. Boken bør være tilgjengelig for alle leger som på en eller annen måte har befattning med barneurologi. Dette er en fantastisk bok som gjør det lett for leseren å tilegne seg ny kunnskap om praktisk, klinisk barneurologi.

Truls E. Bjerklund Johansen  
Sykehuset Telemark  
Porsgrunn

## Lett tilgjengelig om medisinsk statistikk på dansk

Johansen K  
**Basal sundhedsvidenskabelig statistikk**  
Begreber og metode. 170 s, tab, ill. København: Munksgaard, 2002. Pris DKK 228  
ISBN 87-628-0229-1

Boken er en lærebok i medisinsk statistikk, skrevet på dansk. Den har til hensikt å gi en lett tilgjengelig innføring i medisinsk statistikk for alle yrkesgrupper innen medisinsk forskning. Forfatteren ønsker å forklare statistisk tankegang og gjøre leseren i stand til å forstå og utføre de mest alminnelige statistiske analyser. Selv om statistisk programvare utfører analysene enkelt, er det nødvendig å forstå metodene slik at man kan velge riktig metode og unngå feilkildene.

I de første kapitlene gis en generell introduksjon til statistikk. Deretter beskrives begreper og sannsynlighetsfordelinger brukt i medisinsk statistikk. I siste halvdel av boken presenteres og forklares de fleste statistiske metoder som anvendes i medisinsk forskning. I begynnelsen av hvert kapittel blir den enkelte metoden presentert. Hvert kapittel inneholder dessuten eksempler som forklarer metoden og dens anvendelse nærmere. Eksemplene kan utregnes ved hjelp av vanlig kalkulator. For å gjøre boken lettere tilgjengelig, er den matematiske utledningen av formlene utelatt.

Forfatteren har etter min mening lyktes i å gjøre medisinske statistiske metoder lettere tilgjengelig for medisinske forskere. Han forklarer hvilke metoder som skal anvendes ved de ulike medisinske analysene. En svakhet er at det forekommer mange skrivefeil, spesielt i eksemplene. Hvis man prøver å regne gjennom eksemplene, kan disse skrivefeilene av og til virke forvirrende.

Når man skriver en lærebok, er det alltid et spørsmål om hvor omfattende den skal være. De viktigste metodene brukt i medisinsk forskning er beskrevet. Forfatteren har derimot valgt bare kort å nevne multiplere regresjonsanalyse, da han sier at denne ligger utenfor rammen for denne boken. Innen epidemiologi er dette en mye brukt (og misbrukt) metode som krever mye erfaring og ikke bare teoretisk kunnskap.

Boken anbefales personer som er interessert i medisinsk forskning, både forskere og dem som leser medisinske artikler. For å ha nytte av boken, trengs ingen forkunnskaper i statistikk. Personer som ønsker å fordype seg i metodene henvises til supplerende litteratur.

Kåre Osnes  
Blakstad sykehus  
Asker