

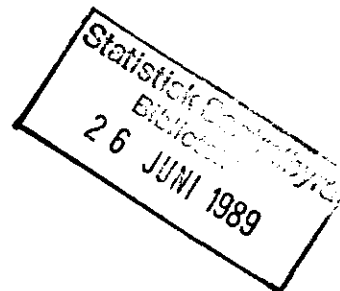
RAPPORTER

88/16

INDIVIDUELLE FAKTORER VED REKRUTTERING TIL UFØREPENSJONSORDNINGEN

- EN EMPIRISK STUDIE 1977-1983

AV
ELLEN J. AMUNDSEN



11.3931
529ra
ex. 3

STATISTISK SENTRALBYRÅ
CENTRAL BUREAU OF STATISTICS OF NORWAY



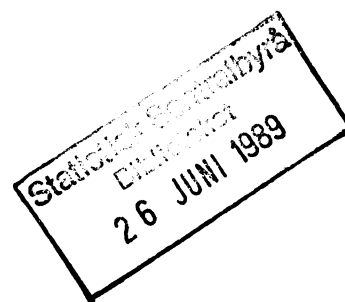
RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ 88/16

**INDIVIDUELLE FAKTORER
VED REKRUTTERING TIL
UFØREPENSJONSORDNINGEN**

– EN EMPIRISK STUDIE 1977-1983

AV

ELLEN J. AMUNDSEN



STATISTISK SENTRALBYRÅ
OSLO—KONGSVINGER 1988

ISBN 82-537-2728-3
ISSN 0332-8422

EMNEGRUPPE
25 Sosiale forhold og sosialvesen

ANDRE EMNEORD
Folketrygd
Overgangsrate
Pensjonister
Trygd

lop 28578

FORORD

Denne publikasjonen beskriver ulike individuelle trekk ved de nye uførepensjonistene i 1977 og i 1983. Dessuten beskrives hvordan overgangen til uførepensjon for syke mennesker varierer med de samme individuelle trekk og hvordan dette har forandret seg i perioden 1977 til 1983.

Arbeidet er delvis finansiert av Rådet for forskning for samfunnsplanlegging/Norges råd for anvendt samfunnsforskning i 1985-1987.

Statistisk sentralbyrå, Oslo, 17. januar 1989

Gisle Skancke

	Side
FIGURREGISTER	6
TABELLREGISTER	8
1. FORMÅL OG BAKGRUNN	9
1.1. Formål	9
1.2. Bakgrunn og innhold	9
1.2.1. Lovverket	9
1.2.2. Befolknings sammensetningens betydning for veksten i uførepensjonen	10
1.2.3. Uførepensjonsordningens innebygde dynamikk	13
2. HOVEDRESULTATER	16
2.1. Bakgrunn	16
2.2. Hvem var de nye uførepensjonistene i 1977?	16
2.3. Endringer fra 1977 til 1983	17
2.4. Overgangshyppigheter til uførepensjon i 1977	17
2.5. Overgangshyppigheter til uførepensjon i 1983 og endringer fra 1977 til 1983	18
2.6. Utstøting fra arbeidsmarkedet for de nye uførepensjonistene i 1983	18
2.7. Oppsummering	19
3. MODELL OG DATA	19
3.1. Fra frisk til ufør	19
3.2. Sykdom som grunnlag for uførepensjonering	22
3.3. Helsevesenets rolle	25
3.4. Familien	25
3.5. Arbeidsmarked og varig sykkelighet	26
3.6. Trygdesystemet og trygdekarrierer	28
3.7. Andre faktorer som påvirker tildeling av uførepensjon	28
3.8. Valg av metode og kjennemerker	29
3.8.1. Metode	29
3.8.2. Kjennemerker	29
3.9. Dataene	30
4. NYE UFØREPENSJONISTER 1977	31
4.1. Nye uførepensjonisters sykdommer	31
4.1.1. Detaljerte primærdiagnosegrupper	34
4.1.2. Nye uførepensjonisters sekundærdiagnoser	35
4.1.3. Enkle og sammensatte sykdomsbilder	36
4.2. Sykdomstype og ekteskapeleg status	37
4.3. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister i 1977	41
4.3.1. Tidligere yrkesaktivitet og sykdomstype	41
4.3.2. Tidligere yrkesaktivitet og ekteskapeleg status	42
5. OVERGANGSHYPPIGHETER TIL UFØREPENSJON I 1977	44
5.1. Overgangshyppigheter til uførepensjon for befolkningen og for syke personer	44
5.2. Forhold som påvirker sammenligning mellom den syke befolkning og nye uførepensjonister	45
5.3. Overgangshyppigheter til uførepensjon for ulike sykdomstyper	46
5.4. Overgangshyppigheter til uførepensjon for ulike ekteskapeleg status	49
5.4.1. Variasjon i overgangshyppigheter etter ekteskapeleg status og diagnose	49
5.5. Overgangshyppigheter til uførepensjon for yrkesaktive	51
5.5.1. Yrkesaktive under 50 år	51
5.5.2. Yrkesaktive over 50 år	52
5.5.3. Overgangshyppigheter for yrkesaktive med ulike sykdommer	52

	Side
6. NYE UFØREPENSJONISTER 1983 OG ENDRINGER FRA 1977 TIL 1983	54
6.1. Endringer i alders-, kjønns- og sykdomsmønster	54
6.1.1. Hyppigheter av ulike primærdiagnoser	54
6.1.2. Mer detaljert sammenligning	55
6.1.3. Hvilke sykdomstyper har økt?	57
6.1.4. Sekundærdiagnoser	58
6.1.5. Sammensatte sykdomsbilder	59
6.2. Sammenheng mellom ekteskapelig status og type sykdom	60
6.3. Endringer i fordeling av ekteskapelig status	62
6.4. Tidligere yrkesaktivitet	62
7. OVERGANGSHYPPIGHETER TIL UFØREPENSJON I 1983 OG ENDRINGER FRA 1977 TIL 1983	66
7.1. Bakgrunn	66
7.2. Overgangshyppigheter til uførepensjon og endringer fra 1977 til 1983	66
7.3. Betydningen av type sykdom ved rekruttering i 1983 og endringer fra 1977 til 1983	67
7.3.1. Nervøse lidelser	67
7.3.2. Hjerter- og karsykdommer	68
7.3.3. Skjelett- og muskelsykdommer	69
7.4. Betydning av ekteskap og samboforhold i 1983	69
7.4.1. Overgangshyppigheter for ulik ekteskapelig status	69
7.4.2. Kontroller av endringer i ekteskapelig status	72
7.5. Overgangshyppigheter for yrkesaktive med ulike sykdommer	73
7.6. Samspill mellom type sykdom, ekteskapelig status og yrkesaktivitet	75
7.6.1. Modeller	75
7.6.2. Samspill mellom ekteskapelig status og yrkesaktivitet	75
8. ARBEIDSHISTORIE FOR DE NYE UFØREPENSJONISTENE I 1983	76
8.1. Arbeidshistorien 1976 til 1984	77
8.1.1. Ventetid på uførepensjon	78
8.1.2. Personer med korte ventetider	80
8.2. Betydningen av type sykdom og ekteskapelig status for arbeidshistorien	81
8.2.1. Type sykdom og tidligere yrkesaktivitet	81
8.2.2. Ekteskapelig status og yrkesaktivitet	83
8.2.3. Tidligere inntekt for de nye uførepensjonistene	85
Litteratur	89
Vedlegg	
1. Beregning av overgangshyppigheter til uførepensjon	90
2. Beregning av et rekrutteringsgrunnlag til uførepensjonsordningen i befolkningen	91
3. Varig syke personer i 1985 uten uførepensjon	92
4. Beregning av gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for befolkningen med slik inntekt i 1976	93
Utkommet i serien Rapporter fra Statistisk sentralbyrå (RAPP)	94

Standardtegn i tabeller

: Tall kan ikke offentliggjøres

- Null

0,0 Mindre enn 0,05 av den brukte enheten

FIGURREGISTER

	Side
1.1. Folkemengden, 15-69 år, ved utgangen av året, etter kjønn og alder. 1973, 1983	12
1.2. Folkemengden, 15-69 år, ved utgangen av året, etter kjønn og alder. Framskrevet år 2000. (Alternativ K185)	12
1.3. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. Menn. 1965, 1970, 1975, 1980, 1985	14
1.4. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. Kvinner. 1965, 1970, 1975, 1980, 1985	15
3.1. Faktorer av betydning for sykkelighet, egenomsorg og legesøkning i befolkningen	20
3.2. Overgang fra frisk til ufør	21
3.3. Hyppigheten av gifte i grupper for kjønn og alder. Uførepensjonister og befolkningen. 1983	26
4.1. Hyppigheten av fire hovedtyper av primærdiagnoser for uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn. Prosent. 1977	32
4.2. Hyppighet av fire hovedtyper av primærdiagnoser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1977	32
4.3. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	33
4.4. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	33
4.5. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	33
4.6. Hyppighet av sykdommer i nervesystemer og sanseorganer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	34
4.7. Hyppighet av metale forstyrrelser, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for ekteskapeleg status. Prosent. 1977	38
4.8. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapeleg status. Prosent. 1977	39
4.9. Hyppigheten av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapeleg status. Prosent. 1977	40
4.10. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapeleg status. Prosent. 1977	40
4.11. Yrkesaktivitet i 1970 blant nye uførepensjonister i 1977, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	41
4.12. Yrkesaktivitet i 1970 blant nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent. 1977	42
4.13. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder og ekteskapeleg status. Prosent. 1977	42
4.14. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder, ekteskapeleg status og diagnose. Prosent. 1977	43
5.1. Hyppighet av varig syke og nye uførepensjonister med diagnosen nervøse lidelser, i grupper for kjønn og alder. Prosent	47
5.2. Hyppigheten av varig syke og av nye uførepensjonister med hjerte- og karsykdommer, i grupper for kjønn og alder. Prosent	47
5.3. Hyppigheten av varig syke og av nye uførepensjonister med skjelett- og muskelsykdommer, i grupper for kjønn og alder. Prosent	48
5.4. Nye uførepensjonister 1977 og syketilfelle 1975 etter ekteskapeleg status, i grupper for kjønn og alder	49
5.5. Nye uførepensjonister 1977 og syketilfelle 1975 etter ekteskapeleg status, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent	50
5.6. Yrkesaktivitet blant nye uførepensjonister og i den syke befolkning, i grupper for kjønn og alder. Prosent	51

	Side
5.7. Yrkesaktivitet for nye uførepensjonister og i den syke befolkning, i grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent	53
6.1. Hyppighet av fire hovedtyper av primærdiagnoser for nye uførepensjonister, 20-66 år, i grupper for kjønn. Prosent. 1983	54
6.2. Hyppigheten av fire hovedtyper av primærdiagnose for nye uførepensjonister, 20-66 år, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1983	55
6.3. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	55
6.4. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	56
6.5. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	56
6.6. Hyppighet av sykdommer i nervesystem og sansorganer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	57
6.7. Nye uførepensjonister etter diagnose og ekteskapeleg status. Prosent. 1983	61
6.8. Nye uførepensjonister etter ektekapelig status, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	62
6.9. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	63
6.10. Yrkesaktivitet i 1976 for nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent. 1983	63
6.11. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder og ekteskapeleg status. Prosent. 1983	64
6.12. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder, ekte- skapeleg status og diagnose. Prosent. 1983	65
7.1. Hyppighet av nervøse lidelser hos varig syke og nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	68
7.2. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer blant varig syke og nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985	68
7.3. Hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer blant varig syke og nye uføre- pensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983	69
7.4. Nye uførepensjonister 1983 og varig syke 1985 etter ekteskapeleg status, i grupper for kjønn og alder	70
7.5. Nye uførepensjonister 1983 og varig syke 1985 i grupper for kjønn, alder og diagnose, etter ekteskapeleg status. Prosent	71
7.6. Yrkesaktivitet i 1976 for nye uførepensjonister i 1983 og yrkesaktivitet i den varig syke befolkning i 1980 og 1985. Prosent	73
7.7. Tidligere yrkesaktivitet blant nye uførepensjonister i 1983 og yrkesaktivitet blant varig syke, i grupper for kjønn, alder og sykdomstype. Prosent	74
8.1. Andelen av nye uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i årene 1976- 1984. Prosent	77
8.2. Andelen av de nye uførepensjonistene i 1983 som ikke hadde pensjonsgivende inntekt i 1976-1984. Grupper for uføretidspunkt. Prosent	78
8.3. Andelen av nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt før 1981. Grupper for kjønn, alder, type sykdom og ekteskapeleg status. Prosent	80
8.4. Nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt samme år. Andelen yrkesaktive i perioden 1976-1984, i grupper for kjønn og alder. Prosent	81
8.5. Andel av nye uførepensjonister i 1983, 30-66 år, uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984, i grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent	82
8.6. Andelen nye mannlige uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i 1976- 1984, i grupper for alder og ekteskapeleg status. Prosent	83
8.7. Andelen nye kvinnelige uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i 1976- 1984, i grupper for alder og ekteskapeleg status. Prosent	83
8.8. Gifte nye mannlige uførepensjonister i 1983 i aldersgruppen 30-49 år, i grupper for type sykdom. Andelen uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984. Prosent	84

TABELLREGISTER

	Side
3.1. Hyppigheten av ulike langvarige sykdommer for personer. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985	24
3.2. Sysselatte gifte kvinner i ulike aldersgrupper, etter arbeidstid. Prosent. 1980 og 1986	27
4.1. Nye uførepensjonister, 30-66 år. Menn og kvinner, etter primærdiagnose. Prosent. 1977	34
4.2. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose i grupper for kjønn, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1977	35
4.3. Hyppighet av fire hovedprimærdiagnosegrupper som primær- eller sekundærdiagnose for nye uførepensjonister. Prosent. 1977	36
4.4. Nye uførepensjonister, 30-36 år, i grupper for primærdiagnose, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1977	37
4.5. Nye uførepensjonister, 30-36 år, med både primær- og sekundærdiagnose, etter primær- og sekundærdiagnose. Prosent. 1977	37
5.1. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. 1977	44
5.2. Andelen av befolkningen uten uførepensjon som fikk innvilget uførepensjon, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	45
5.3. Andelen av personer og syke personer uten uførepensjon som fikk innvilget uførepensjon, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977	45
6.1. Nye uførepensjonister, 20-66 år. Menn og kvinner, etter primærdiagnose. Prosent. 1983	58
6.2. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose i grupper for kjønn, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1983	58
6.3. Hyppigheten av fire hovedgrupper av diagnose som primær- eller sekundærdiagnose for nye uførepensjonister, 20-66 år. Prosent. 1983	59
6.4. Nye uførepensjonister, 20-66 år, i grupper for primærdiagnose, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1983	60
6.5. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose, etter primær- og sekundærdiagnose. Prosent. 1983	60
7.1. Overgangshyppigheter til uførepensjon i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977 og 1983	66
8.1. Andel av nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt før 1981. Grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent	79
8.2. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye uførepensjonister i 1983 og i befolkningen. 1976. Kroner	85
8.3. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye mannlige uførepensjonister i 1983, i grupper for alder, ekteskapelig status og type sykdom. Kroner	86
8.4. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye kvinnelige uførepensjonister i 1983, i grupper for alder, ekteskapelig status og type sykdom. Kroner	87

1. FORMÅL OG BAKGRUNN

1.1. Formål

Både tallet på uførepensjonister og andelen uførepensjonister i befolkningen har vært stigende i de aller fleste aldersgrupper siden folketrygden ble innført i 1967. Dette har mange ulike årsaker. De fleste analyser av rekrutteringen til uførepensjonsordningen er foretatt med aggregerte data, f. eks. med kommune som enhet. I denne analysen skal vi analysere opplysninger om nye uførepensjonister på individnivå. Delvis skal vi gi oversikter over sammensetningen av gruppen nye uførepensjonister og delvis skal vi prøve å finne fram til grupper som spesielt hyppig går over på uførepensjon.

Formålet med analysen er å bygge opp modeller som beskriver variasjoner i overgangshyppigheten til uførepensjon. Analysen bygger på sammenligning av Helseundersøkelsene (1975, 1985) og nye uførepensjonister. Det er lagt mer vekt på å presentere empiriske resultater enn å studere ulike teorier og teste disse.

1.2. Bakgrunn og innhold

For å få en bakgrunn for resten av rapporten vil det først bli gitt en kort historisk oversikt over lovgivningen for uførepensjonsordninger fra 1936 til 1967 og kommentert hvilke endringer som har skjedd (avsnitt 1.2.1). Deretter ser vi på om endringer i befolkningssammensetningen har medvirket til at tallet på uførepensjonister har økt og hvilken betydning befolkningssammensetningen får framover (avsnitt 1.2.2).

I avsnitt 1.2.3 beskrives utviklingen av andelen uførepensjonister i befolkningen. Det gir innblikk i hvordan uførepensjonsordningen som et dynamisk system med tilgang og avgang av pensjoner har utviklet seg fra 1965 til 1985. Spesielt når en skal se på sammenhenger mellom endringer i samfunnet og rekruttering til uførepensjonsordningen, er det viktig å se på de som til enhver tid går inn i ordningen.

I kapittel 2 gjengis hovedresultatene fra denne rapporten.

I kapittel 3 bygges det opp en modell for å studere overganger fra det å være syk til å bli uførepensjonist. Det er de individuelle trekk som er sentrale, men det er også viktig å undersøke hvordan disse er påvirket av og påvirker ulike sider ved samfunnet.

I kapitlene 4 og 5 analyseres data fra 1977. Kapittel 4 gir en oversikt over nye uførepensjonisters sykdommer, familieforhold og tilknytning til arbeidsmarkedet. I kapittel 5 studeres hvordan overgangen fra syk til ufør varierer med de ulike typer sykdommer, ulik ekteskapeelig status og yrkesaktivitet.

I kapittel 6 tar vi for oss data om de nye uførepensjonistene i 1983 og sammenligner med resultater fra 1977. I kapittel 7 ser vi på om rekrutteringsmønsteret i 1977 har endret seg til 1983. Deretter er inntektshistorien fra 1976 til 1984 beskrevet for grupper av nye uførepensjonister i 1983 (kapittel 8).

1.2.1. Lovverket

De nærmeste forløperne til dagens uførepensjonsordning var blinde- og vanførehjelpen fra 1936¹ og uføretrygden fra 1960².

Betingelsene for å få støtte etter blinde- og vanførehjelpen var knyttet til tilnærmet objektive kriterier for hvilken type sykdom som den enkelte hadde. Blind var den "som mangler synsevne eller har et så dårlig syn at han/hun etter at lysbrytningsfeil er rettet, ikke kan rettlede seg ved hjelp av synet eller ikke kan telle fingrer i god belysning mot mørk bakgrunn i mer enn 1 meters avstand". Og en vanfør var "den som er hjelpeløs på grunn av medfødt eller ervervet feil med funksjonsforstyrrelser i støtte- eller bevegelsesorganer". Forholdet til yrkesaktivitet ble bare trukket inn som en følge av at den som "er i slike økonomiske kår at det ikke er rimelig at staten yter blindehjelp (hhv. vanførehjelp)" ikke hadde rett til hjelp etter loven.

Lov om uføretrygd fra 1960 legger også vekt på at sykdommen eller symptomene på sykdom var objektivt målbare eller synlige. "Ufør etter denne lov er den som etter å ha gjennomgått hensiktsmessig behandling frembyr alvorlige og varige, objektivt registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte."

¹ Lov om hjelp til blinde og vanføre av 16. juli 1936, nr. 3. ² Lov om uføretrygd av 22. januar 1960, nr. 1.

I paragraf 4 i loven sies det så at rett til uførepensjon forutsetter uførhet som spesifisert over og at personen i tillegg ikke kan anses i stand til å yte mer enn en tredel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for ham. Dermed trekkes forholdet til arbeid (inntektsgivende eller ulønnet hjemmearbeid) inn som en tilleggsvurdering ved siden av den medisinske vurdering. Først må to tredeler av arbeidsevnen være tapt og i tillegg skal det vurderes hvilke arbeidsområder som høver for den enkelte person. Formuleringen i loven fra 1936 var antakelig strengere på dette punkt idet den forutsatte "hjelpeløshet" som en betingelse. De medisinske betingelser knytter seg ikke lenger bare til blindhet og funksjonsforstyrrelser i støtte- eller bevegelsesapparat, men til alle registrerbare symptomer på sykdom, skade eller lyte. Samlet er det derfor naturlig å se det som lettere å bli tilstått uførepensjon etter 1960 enn tidligere og at rekrutteringsgrunnlaget dermed blir større.

Folketrygdloven³ som trådte i kraft fra 1. januar 1967 bruker formuleringer som er i tråd med loven fra 1960. I paragraf 8-3 sies det "Den som er 18 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som anses hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte". Nå er det ervervsevnen som nevnes først, ikke den medisinske betingelse. Men den reduserte ervervsevne skal ha sin bakgrunn i sykdom, skade eller lyte og ikke f.eks. manglende mulighet for inntektsgivende arbeid eller generelle forhold på arbeidsmarkedet. Andre og siste ledd i paragraf 8-3 åpner imidlertid for at forhold på arbeidsmarkedet trekkes aktivt inn i vurderingen av i hvilken grad arbeidsevnen anses nedsatt. Det står "Ved bedømmelse av i hvilken grad arbeidsevnen skal anses nedsatt, tas hensyn til den tryggedes reelle muligheter for ervervsinntekt eller innsats i et arbeid som høver for ham, sammenlignet med tilsvarende muligheter før han ble ufør". Det er altså den tryggedes reelle muligheter på arbeidsmarkedet som skal legges til grunn for fastsettelse av uføregrad, men ikke for om en person har en varig sykdom, skade eller lyte.

Sykdomsbegrepet er ikke fastlagt en gang for alle og i tillegg vil det i mange situasjoner være en stor grad av skjønn ved fastsettelsen av den ervervsmessige uførhet. I vanskelige tider på arbeidsmarkedet åpner loven for at det blir lettere å få en høyere uføregrad og resultatet kan bli en økt rekruttering til uførepensjonsordningen når flere passerer den magiske grense på 50 prosent.

Etter 1967 har diskusjonene om hva "sykdom, skade eller lyte" skal omfatte fortsatt. I 1976 kom utredningen om folketrygdens uførebegrep, NOU 1977:14. Ifølge mandatet for utredningsgruppen skulle det spesielt legges vekt på å klargjøre sykdomsbegrepets forhold til alkoholisme, narkomani, lettere mentale lidelser, psykopati, sosiale tilpasningsproblemer (miljøskader) og kriminelle tilbøyeligheter. Gruppen foreslo at kravet om at uførheten skyldes "sykdom, skade eller lyte" skulle sløyfes, men at det fortsatt skulle legges vekt på vedkommendes helsesituasjon ved den ervervsmessige uførevurdering. Oppfølgingen av utredningen førte ikke til at kravet om at uførheten skyldes sykdom mv. ble fjernet.

Både i loven fra 1960 og i folketrygdloven er det en forutsetning for å få pensjon at en har gjennomgått hensiktsmessig attføring. Dermed er det rom for vurderinger av hva dette innebærer. Dessuten vil tilgjengelighet av ulike typer attføringstiltak og varighet av disse være med og påvirke om og når en syk person blir uførepensjonert.

1.2.2. Befolkningssammensetningens betydning for veksten i uførepensjonen

Befolkningens sammensetning etter alder endrer seg over tid både på grunn av at størrelsen på fødselskullene endrer seg og fordi dødelighet og innvandring/utvandring endrer seg. Uførepensjonister blir i hovedsak rekruttert i aldersgruppene 50-66 år. Når tallet på personer i denne aldersgruppen øker vil det forventes at også tallet på uførepensjoner øker, med den forutsetning at andel uføre er konstant.

Det har vært framsatt påstander om at økningen i tallet på uførepensjonister har sin bakgrunn i økt antall personer i de aldersgrupper som rekrutterer flest personer til uførepensjonsordningen.

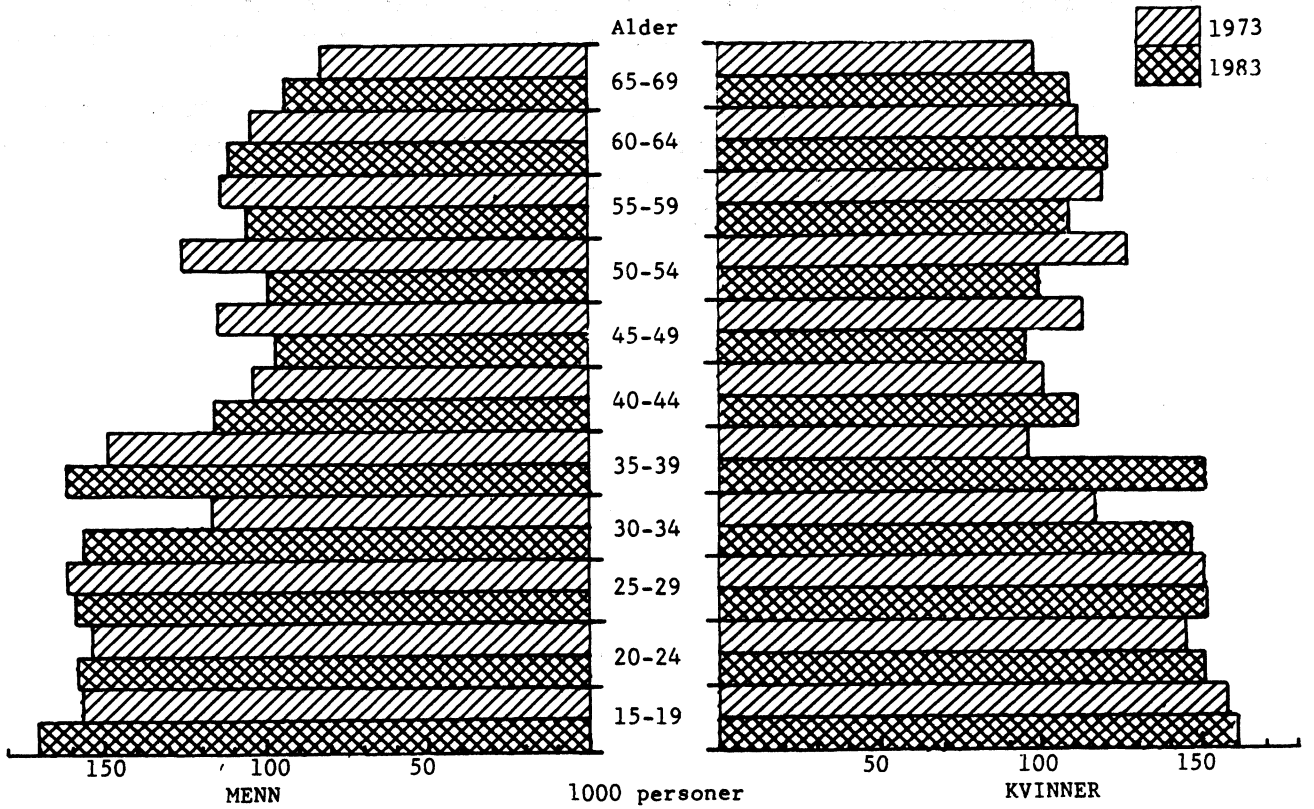
Fra 1973 til 1983 økte tallet på personer i aldersgruppene 60-66 år, mens tallet på personer i aldersgruppen 50-59 år avtok. Se figur 1.1. Siden rekrutteringen til uførepensjon er aller størst blant personer over 60 år, men også stor blant de som er 50-59 år, er det vanskelig bare utifra befolkningsendringer å si hvilke endringer vi vil få i tallet på uførepensjonister.

³ Lov om folketrygd av 17. juni 1966

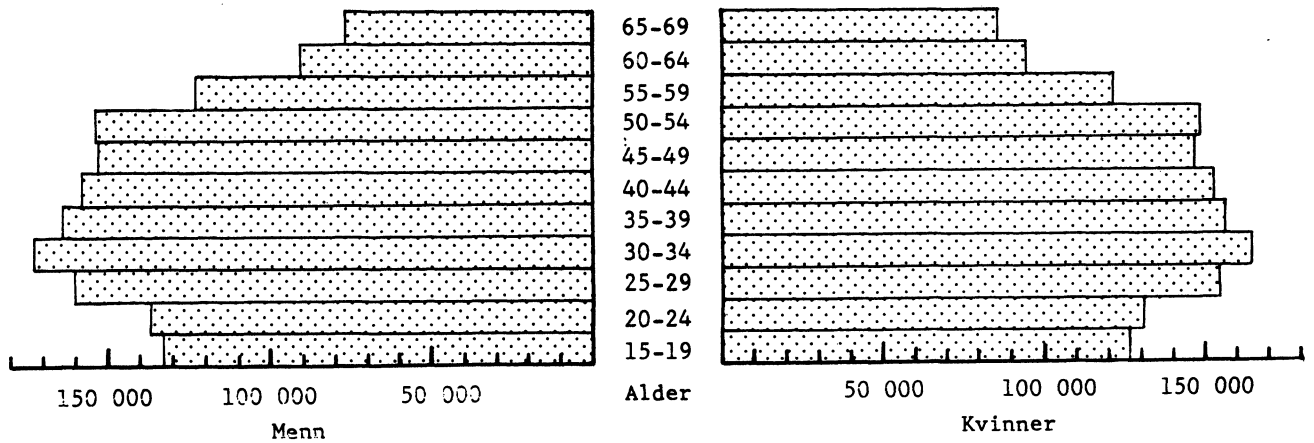
En måte å måle effekten av befolkningsendring i tallet på uførepensjonister i 10-årsperioden er å fastholde andelen uføre i 5-års aldersgrupper fra 1973 og multiplisere med tallet på personer i 1983 i de samme aldersgrupper. Det viser seg da at tallet på mannlige uførepensjonister (20-66 år) ville ha økt med knappe 2 prosent fra 1973 til 1983, mens tallet på kvinner med uførepensjon ville ha økt med under en prosent.

Den faktiske økning i tallet på mannlige uførepensjonister i perioden var 20 prosent og for kvinner 36 prosent. Den demografiske forklaring på økningen i tallet på uførepensjonister begrenser seg derfor til at under 10 prosent av økningen for menn og under 2 prosent av økningen for kvinner kan tilskrives befolkningsendringer fra 1973 til 1983.

Figur 1.1. Folkemengden, 15-69 år, ved utgangen av året, etter kjønn og alder. 1973, 1983



Figur 1.2. Folkemengden, 15-69 år, ved utgangen av året, etter kjønn og alder. Framskrevet år 2 000. (Alternativ K185)



Nå er det lite realistisk at andelen uførepensjonister i befolkningen skal holde seg konstant i alle aldersgrupper, dette blir omtalt i neste avsnitt. De beregninger som er gjort her måler bare effekten av befolkningsendringen under de forutsetninger som er lagt til grunn.

Først når de store fødselskullene som i 1983 var under 40 år, blir 50 år og over, kan vi regne med at tallet på uførepensjonister øker som en følge av de store fødselskullene. Det vil si fra 1993 og utover. Den store virkningen av endring i befolkningssammensetningen for tallet på uførepensjonister vil vi først få etter år 2000. Figur 1.2. viser folkemengden framskrevet til år 2000. Endringer i lovverket, sykkelighet, arbeidsmarkedsforhold etc. vil også påvirke rekrutteringen til uførepensjonsordningen.

1.2.3. Uførepensjonsordningens innebygde dynamikk

Uførepensjonsordningen har mange "innganger", konkretisert ved at personer kan bli uførepensjonister på alle alderstrinn fra 16-66 år (siden 1976). De kan også gå ut på alle alderstrinn, og dette skjer hovedsakelig på grunn av død. Hovedtyngden av uførepensjonistene lever imidlertid til de blir 67 år og går over på alderspensjon. Avgang ved død utgjør mindre enn en firedel av all avgang i løpet av ett år.

Loven forutsetter varig uførhet før pensjon kan tilstås og denne forutsetning ser ut til å være oppfylt for de fleste i den forstand at svært få går ut av ordningen og blir "friske" når de først er kommet inn.

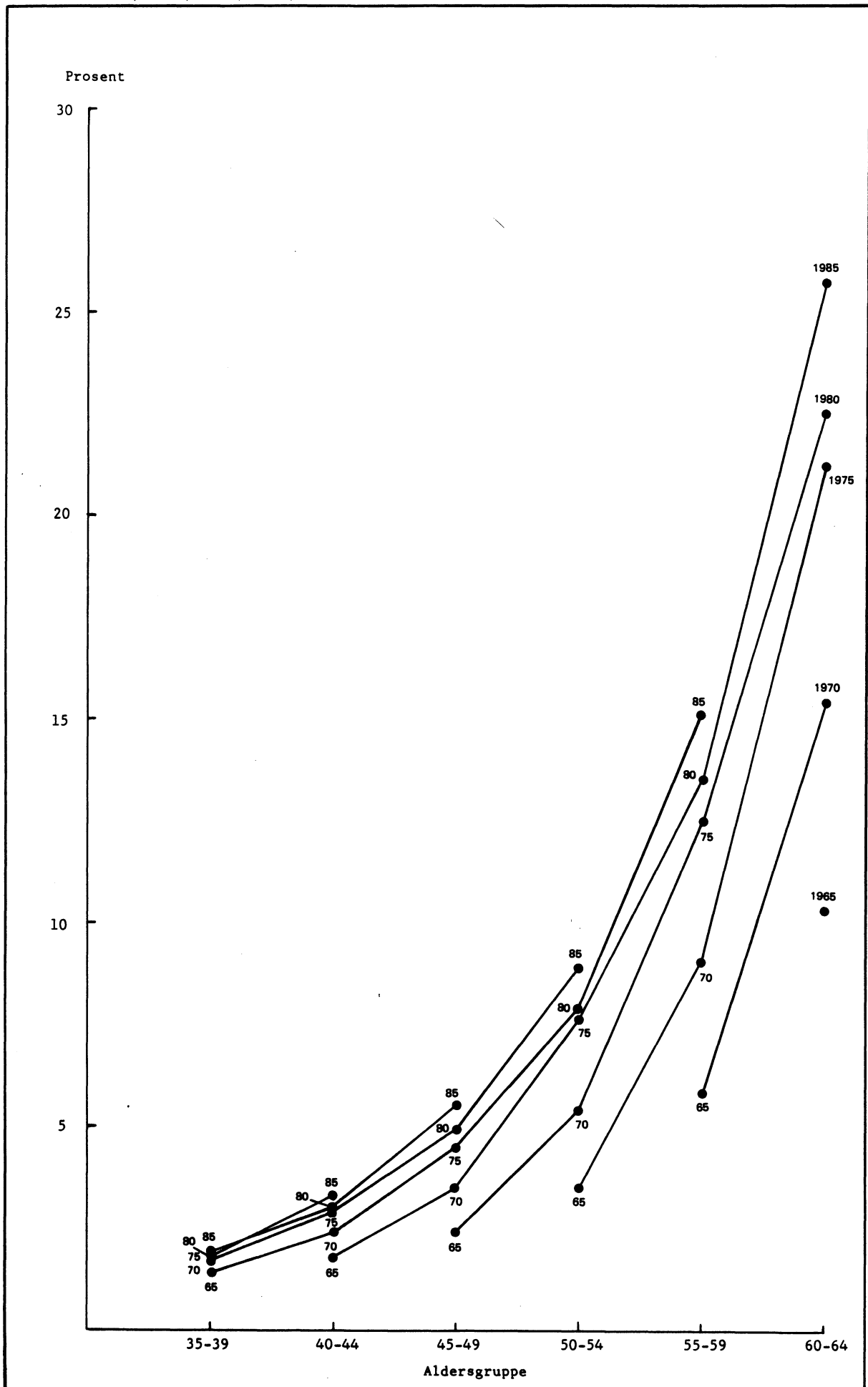
I perioder med økt rekruttering vil andelen uførepensjonister i de enkelte aldersgrupper i befolkningen øke. Ved en senere utflating eller reduksjon i rekrutteringen vil uføreandelene i aldersgruppene fortsette å øke, bortsett fra for de aller yngste. Hvis vi sammenligner flere fødselskull kan andelen uføre på et gitt alderstrinn være høy enten ved at det er mange som går inn i uførepensjonsordningen på dette alderstrinnet eller at det er mange som er blitt uførepensjonister tidligere i det fødselskullet som er kommet til dette alderstrinnet.

Andelen mannlige uførepensjonister i befolkningen i 20-årsperioden fra 1965 til 1985 har økt i alle aldersgrupper fra 35 til 64 år. Se figur 1.3. Men økningen har ikke vært like sterk i hver 5-årsperiode. Rekrutteringen i perioden fra 1970 til 1975 var større enn fra 1965 til 1970. Året 1973 var tilveksten aller høyest. Deretter var det en periode fram til 1980 hvor rekrutteringen avtok og andelen uføre menn økte bare fordi det var mange som hadde kommet inn i uførepensjonen tidligere. Fra 1980 til 1985 har vi igjen sett en økende rekruttering. Rekrutteringen er høyere enn i 1970-1975 i aldersgruppen under 50 år og omtrent den samme som i 1970-1975 i aldersgrupper over 50 år.

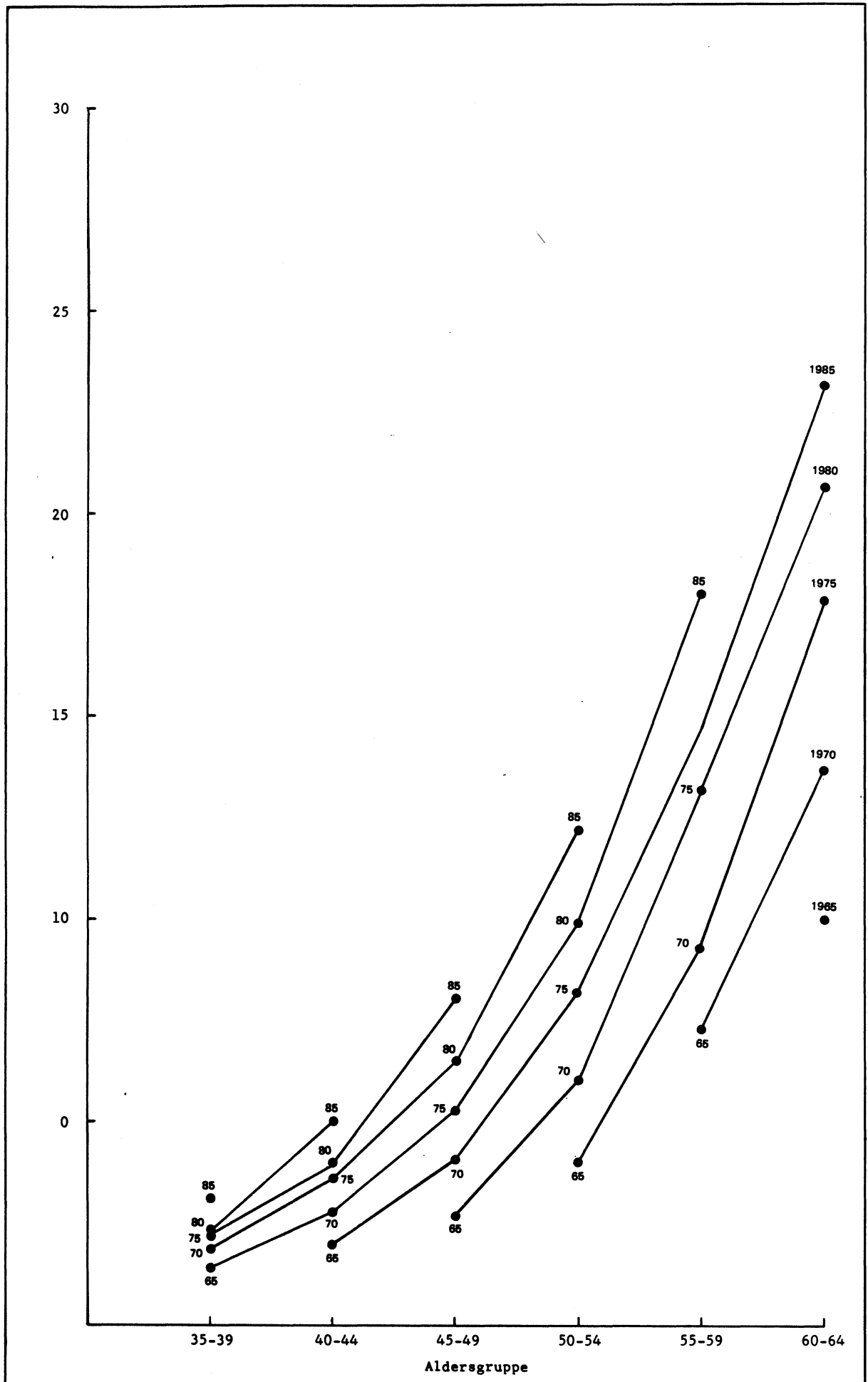
I figur 1.3 er fødselskullene forbundet med linjer og vi ser at ingen av dem krysser hverandre. Dette er ingen nødvendig sammenheng, men en beskrivelse av situasjonen i 20-årsperioden. Dersom rekrutteringen blir vesentlig lavere, uførepensjonister går tilbake til arbeidslivet igjen eller dødeligheten for uførepensjonister blir vesentlig høyere enn hittil, kan det tenkes at andelen uførepensjonister i befolkningen går ned.

Kvinnene har hatt et noe annerledes mønster for rekruttering til uførepensjonsordningen enn menn. Det var et tilløp til stagnasjon i rekrutteringen i perioden 1975-1980, men ingen reduksjon slik som for menn. Se figur 1.4. Veksten i uføreandeler i befolkningen mellom 1980 og 1985 var klart større enn veksten i periodene 1965-1970 og 1970-1975. Av figur 1.4 ser vi at linjene som følger fødselskullene ikke viser noen tendens til å nærme seg hverandre. Og andelen kvinner med uførepensjon er større enn andelen menn med uførepensjon i alle aldersgruppene 35-59 år.

Figur 1.3. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. Menn.
1965, 1970, 1975, 1980, 1985



Figur 1.4. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. Kvinner.
1965, 1970, 1975, 1980, 1985



2. HOVEDRESULTATER

2.1. Bakgrunn

Lovgivningen for uførepensjonsordninger fra 1936 til 1967 har endret seg fra å legge mest vekt på synlig funksjonshemming til å legge mest vekt på uførhet i forhold til å skaffe seg inntekt av eget arbeid.

Økningen i tallet på uførepensjonister kan i svært liten grad forklares ved endringer i befolknings sammensetningen i perioden 1965 til 1985.

Rekrutteringen til uførepensjonsordningen var jevnt stigende i perioden 1965-1975 både for menn og kvinner. Økningen i uføreandeler i befolkningen i perioden 1975 til 1980 skyldes at mange allerede var kommet inn i ordningen og ikke økt rekruttering. Fra 1980 og utover er det både rekrutteringen og de allerede etablerte uførepensjonister som fører til at andelen uførepensjonister i befolkningen er så høy.

Endringene i varig sykkelighet mellom 1975 og 1985 tilsier ikke en økt rekruttering til uførepensjonsordningen. Snarere tvert imot. Siden hyppigheten av uførepensjon har økt og den varige sykkeligheten i hvert fall ikke er høyere i 1985 enn tidligere, blir det enda færre varig syke igjen å rekruttere. Det må derfor være andre faktorer som virker inn og ligger bak den økte rekruttering til uførepensjonsordningen på 80-tallet.

2.2. Hvem var de nye uførepensjonistene i 1977 ?

Blant de nye uførepensjonistene i 1977 var det 22 prosent som hadde primærdiagnosen mentale forstyrrelser, 19 prosent hadde hjerte- og karsykdommer, 26 prosent hadde skjelett- og muskelsykdommer og 9 prosent hadde sykdommer i nervesystem eller sanseorganer.

Blant de som også hadde registrert en sekundærdiagnose, var det 22 prosent som hadde sekundærdiagnosen mentale forstyrrelser, 18 prosent hadde hjerte- og karsykdommer, 19 prosent skjelett- og muskelsykdommer og 7 prosent hadde sekundærdiagnosen "sykdommer i nervesystem og sanseorganer".

Omfanget av primærdiagnoser som baserte seg på symptomer og ubestemte tilstander hos pasienten var lite, knappe 3 prosent av de nye uførepensjonistene hadde en slik diagnose. For noen av disse var det registrert en mer spesifikk sekundærdiagnose, slik at bare 1,5 prosent av de nye uførepensjonistene i aldersgruppen 30-66 år hadde fått innvilget uførepensjon på et diagnosegrunnlag som var ubestemt eller symptombasert.

De nye uførepensjonistene er sjeldnere gift enn gjennomsnittet i befolkningen uansett kjønn og alder. Spesielt nye mannlige uførepensjonister under 50 år var sjeldnere gift enn blant tilsvarende gruppe i befolkningen.

For nye uførepensjonister i 1977 var hyppigheten av nervøse lidelser, hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer ulik for gifte/enker/enkemenn og andre. Gifte og enker/enkemenn hadde sjeldnere nervøse lidelser enn andre og de hadde hyppigere hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer.

Tidligere yrkesaktivitet for de nye uførepensjonistene i 1977 var for menn 86 prosent i aldersgruppen 30-49 år og 95 prosent i aldersgruppen 50-66 år. Blant kvinnene var 46 prosent tidligere yrkesaktive i aldersgruppen 30-49 år og 62 prosent i aldersgruppen 50-66 år. Nye uførepensjonister over 50 år kommer derfor i større omfang enn de yngre fra en yrkesaktiv tilværelse, uansett kjønn.

Tidligere yrkesaktivitet for de nye uførepensjonistene i 1977 varierte dessuten med diagnose-type og ekteskapeleg status. Menn med en nervøs lidelse hadde markert lavere tidligere yrkesaktivitet enn menn med andre sykdommer. Gifte menn hadde en markert høyere tidligere yrkesaktivitet enn andre menn som ble uførepensjonert. Før gifte kvinner hadde en lavere tidligere yrkesaktivitet enn andre kvinner.

2.3. Endringer fra 1977 til 1983

De nye uførepensjonistene i 1983 har mange likhetstrekk med de som ble rekruttert i 1977. Fordelingen etter alder over og under 50 år er den samme, og likedan var det 52 prosent menn begge år. Fordelinger etter primærdiagnose har endret seg noe. Hyppigheten av mentale forstyrrelser var noe lavere i 1983 enn i 1977, likedan hyppigheten av hjerte- og karsykdommer og sykdommer i nervesystem og sanseorganer. Det er en markert økning i hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer.

Selv om hyppigheten av de ulike sykdommer har endret seg, ser vi mange likhetstrekk fra 1977 til 1983 mht. forskjeller mellom hyppigheter av sykdomstyper mellom menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Omfanget av diagnoser som er basert på symptomer og ubestemte tilstander har ikke økt.

Fordelingen av sekundærdiagnoser endret seg mindre enn fordelingen av primærdiagnoser. Hyppigheten av sekundærdiagnosen mentale forstyrrelser var redusert både for menn og kvinner, mens hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer som sekundærdiagnose økte.

Vi ser den samme variasjon i fordelinger av diagnosetyper for ulik ekteskapelig status i 1983 som i 1977. Gifte og enker/enkemenn har sjeldnere mentale forstyrrelser enn andre og hyppigere hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer.

Yrkesaktivitet før uførepensjonering er mer utbredt blant nye uførepensjonister i 1983 enn blant nye uførepensjonister i 1977. Endringen er større for kvinner enn for menn og større for de som er under 50 år enn for de som er over 50 år. For nye mannlige uførepensjonister kan en høyere tidligere yrkesaktivitet spores tilbake til at enslige menn med nervøse lidelser hadde en høyere tidligere yrkesaktivitet i 1983 enn i 1977.

En høyere tidligere yrkesaktivitet for nye kvinnelige uførepensjonister i 1983 enn i 1977 er i liten grad knyttet til en type sykdom som for menn, men til ekteskapelig status gift og før gift. Forskjellen i tidligere yrkesaktivitet kan derfor delvis tilskrives den generelle økningen i yrkesaktivitet for kvinner på 70-tallet, men økningen er større enn økningen i yrkesaktivitet for kvinner generelt.

2.4. Overgangshyppigheter til uførepensjon i 1977

I 1977 gikk 0,3 prosent av menn og 0,4 prosent av kvinner i alderen 30-49 år over på uførepensjon. I alderen 50-66 år var tilsvarende tall 2,8 prosent for menn og 2,1 prosent for kvinner.

En justering av rekrutteringsgrunnlaget for uførepensjon til varig syke personer gir høyere overgangshyppigheter. For varig syke menn i alderen 30-49 år var det 0,8 prosent som gikk over på uførepensjon og tilsvarende for kvinner 0,9 prosent. I aldersgruppen 50-66 år var overgangshyppigheten til uførepensjon for en varig syk mann 4,9 prosent og for en varig syk kvinne 3,6 prosent.

Personer med en nervøs lidelse gikk hyppigere over på uførepensjon enn personer med andre sykdomstyper. Dette gjelder for menn uansett alder og for kvinner i aldersgruppen 30-49 år. Ellers gikk menn med hjerte- og karsykdommer hyppigere over på uførepensjon enn gjennomsnittlig blant syke menn. Personer med skjelett- og muskelsykdommer gikk sjeldnere over til uførepensjon enn gjennomsnittet, bortsett fra kvinner over 50 år med slik sykdom. For disse kan vi ikke påstå at overgangshyppigheten var forskjellig fra overgangshyppighet for alle kvinner over 50 år.

Sammenligning av nye uførepensjonister i 1977 med syketilfelle i befolkningen i 1975, viser at overgangshyppigheten til uførepensjon er lavere for gifte enn for andre uansett kjønn, alder og diagnose. Gifte med nervøse lidelser hadde en lavere overgangshyppighet til uførepensjon enn gifte med andre sykdommer.

Yrkesaktive under 50 år gikk sjeldnere enn andre over på uførepensjon, uansett kjønn. Men trekker vi inn diagnosetype og ekteskapelig status, varierer det om yrkesaktive går sjeldnere eller hyppigere over på uførepensjon.

Yrkesaktive over 50 år gikk oftere enn andre over på uførepensjon. For menn varierte dette med diagnose og ekteskapelig status, mens for kvinner var det et gjennomgående trekk.

De relativt enkle sammenhenger som vi finner fram til ved å sammenligne hvor hyppig store grupper går over på uførepensjon, blir derfor nyansert når flere faktorer trekkes inn.

2.5. Overgangshyppigheter til uførepensjon i 1983 og endringer fra 1977 til 1983

Overgangshyppigheten til uførepensjon var større i 1983 enn i 1977 for både menn og kvinner i de fleste aldersgrupper. Det var 0,9 prosent av varig syke menn og 1,2 prosent av varig syke kvinner i aldersgruppen 30-49 år som gikk over på uførepensjon i 1983. Tilsvarende var det 6,5 prosent av varig syke menn og 5,3 prosent av varig syke kvinner i alderen 50-66 år som gikk over på uførepensjon i 1983.

Personer med nervøse lidelser gikk på samme måte som i 1977 hyppigere over på uførepensjon enn gjennomsnittlig for varig syke. I 1983 gjaldt dette også for kvinner over 50 år, noe vi ikke kunne påvise i 1977.

Personer med hjerte- og karsykdommer hadde en lavere overgangshyppighet til uførepensjon enn gjennomsnittet for varig syke i 1983, og dette er en endring i forhold til 1977 hvor overgangshyppigheten til uførepensjon var lik eller høyere enn gjennomsnittet for varig syke dengang.

Personer med skjelett- og muskelsykdommer over 50 år gikk i 1983 hyppigere over til uførepensjon enn i 1977 og økningen var høyere enn den generelle økning i overgangshyppigheten til uførepensjon.

Det er et stabilt trekk at gifte sjeldnere går over på uførepensjon enn andre. Samboende par uten formell vigsel har derimot en større overgangshyppighet til uførepensjon enn gjennomsnittet, på samme måte som enslige.

Tidligere yrkesaktivitet var vanligere blant nye uførepensjonister i 1983 enn i 1977. Blant nye uførepensjonister var menn med nervøse lidelser og gifte og før gifte kvinner oftere tidligere yrkesaktive i 1983 enn i 1977. Overgangshyppigheten til uførepensjon for yrkesaktive økte mer enn den gjennomsnittlige overgangshyppighet.

Til tross for dette er det ikke yrkesaktivitet som er viktigst når en ser på variasjoner i overgangshyppigheten til uførepensjon. Variasjonene er større når en ser på hvilken sykdom som foreligger, om en er gift eller ikke og naturligvis kjønn og alder.

2.6. Utstøting fra arbeidsmarkedet for de nye uførepensjonistene i 1983

Utsøtingen fra arbeidslivet for de nye uførepensjonistene i 1983 startet rundt 1979 for kvinner og rundt 1980 for menn. Yrkesaktiviteten var tilnærmet konstant fra 1976 til 1980 for de nye mannlige uførepensjonistene, mens yrkesaktiviteten blant nye kvinnelige uførepensjonister økte noe fra 1976 til 1979 før utstøtingen startet.

Av de nye uførepensjonistene i 1983 (30-66 år) var det 35 prosent som hadde fastsatt et uføretidspunkt til 1981, 34 prosent til 1982 og 4 prosent til 1983. For de aller fleste er uføretidspunktet fastsatt i samsvar med avslutningen av yrkesaktiviteten.

For de som ikke hadde vært yrkesaktive og ble uførepensjonert i 1983, var fordelingen av uføretidspunkt ulik for menn og kvinner. For menn uten tidligere yrkesaktivitet tok det lang tid fra ervervsevnen ble ansett nedsatt til uførepensjonen ble innvilget. For kvinner som ble uførepensjonister og ikke var tidligere yrkesaktive, var det liten forskjell fra de som var tidligere yrkesaktive mht. avstanden fra uføretidspunktet til uførepensjonene ble innvilget.

Andel av nye uførepensjonister i 1983 som hadde uføretidspunkt før 1981, varierte også med alder og type sykdom, men lite med ekteskapelig status. Det var de yngre som hadde lengst ventetid og dessuten personer med nervøse lidelser.

Blant de nye mannlige uførepensjonistene i 1983 var det de som hadde nervøse lidelser som forlot arbeidslivet lengst tid før uførepensjonering. Det samme gjelder ugifte og før gifte sammenlignet med gifte. Gifte menn i aldersgruppen 30-49 år med nervøse lidelser startet å forlate arbeidslivet allerede 7 år før de ble innvilget uførepensjon.

Blant yrkesaktive kvinner var det de som hadde hjerte- og karsykdommer som startet å forlate arbeidslivet senest, og dessuten gifte kvinner.

De nye uførepensjonistene i 1983 som var yrkesaktive i 1976, tjente gjennomsnittlig mindre i 1976 enn den yrkesaktive befolkning. En inndeling etter kjønn og alder viser at dette ikke gjelder for kvinner over 50 år i 1983. Pensjonsgivende inntekt varierte med diagnose og ekteskapelig status for de nye uførepensjonistene. Tilsvarende tall finnes ikke for befolkningen og det er mulig at noe av den forskjell i gjennomsnittlig inntekt som observeres mellom menn samlet og de nye mannlige uførepensjonistene kan tilskrives at det er så stor andel enslige blant de nye uførepensjonistene.

2.7. Oppsummering

Denne analysen av kjennemerker ved de nye uførepensjonistene og betydningen av ulike faktorer for rekruttering til uførepensjonordningen viser at type sykdom, ekteskapelig status og om en er yrkesaktiv eller ikke har betydning for om en person går over på uførepensjon. Det er entydig slik at personer med nervøse lidelser hyppigere går over på uførepensjon enn andre, og at gifte sjeldnere går over på uførepensjon. Yrkesaktivitet har ulik betydning ved overgang til uførepensjon for de forskjellige kombinasjoner av type sykdom og ekteskapelig status. For enkelte kombinasjoner av sykdomstype og ekteskapelig status, er det samme sjansene for å gå over på uførepensjon for yrkesaktive som for andre.

En ensidig fokusering på endringer i arbeidsmarkedet er derfor ikke tilstrekkelig for å forstå hvorfor så mange uførepensjoneres. Det er også nødvendig å se på hvordan arbeidsmarkedet og samfunnet som helhet forholder seg til personer med mentale problemer, forebygging av skjelett- og muskelsykdommer og spesielt hvilket apparat som enslige med sykdom kan støtte seg på.

Utviklingen fra 1977 til 1983 tyder på at forholdene på arbeidsmarkedet og utstøttingsmekanismerne er sterkere på 80-tallet enn tidligere. Samtidig har vi hatt en vekst i tallet på enslige og samboende uten formell vigsel som i møte med sykdom har større sjansene enn gifte for å gå over på uførepensjon.

Kravet om høy produktivitet og avkastning av kapital forutsetter friske, mobile, arbeidsføre mennesker med evne og mulighet til egenreparasjon når sykdommen truer. Kan dette kombineres med et ønske om lave utgifter til helsestell og uførepensjon?

3. MODELL OG DATA

Ut ifra folketrygdlovens forutsetning om at det skal foreligge en varig sykdom, skade eller lyte for at uførepensjon kan tilstås, er det et naturlig utgangspunkt å studere rekruttering fra gruppen varig syke mennesker. Selv om det er problemer med å fastsette skillet mellom frisk og syk og mellom medisinsk og ervervsmessig ufør, gjør vi i denne rapporten det valg å ta utgangspunkt i personer som har rapportert at de har en varig sykdom.

3.1. Fra frisk til ufør

Overgangen for en person fra frisk til syk, fra syk til varig syk og fra varig syk til uførepensjonering er tre ikke helt avgrensede stadier i en prosess som vi for enkelthetens skyld ser på som om de følger direkte etter hverandre.

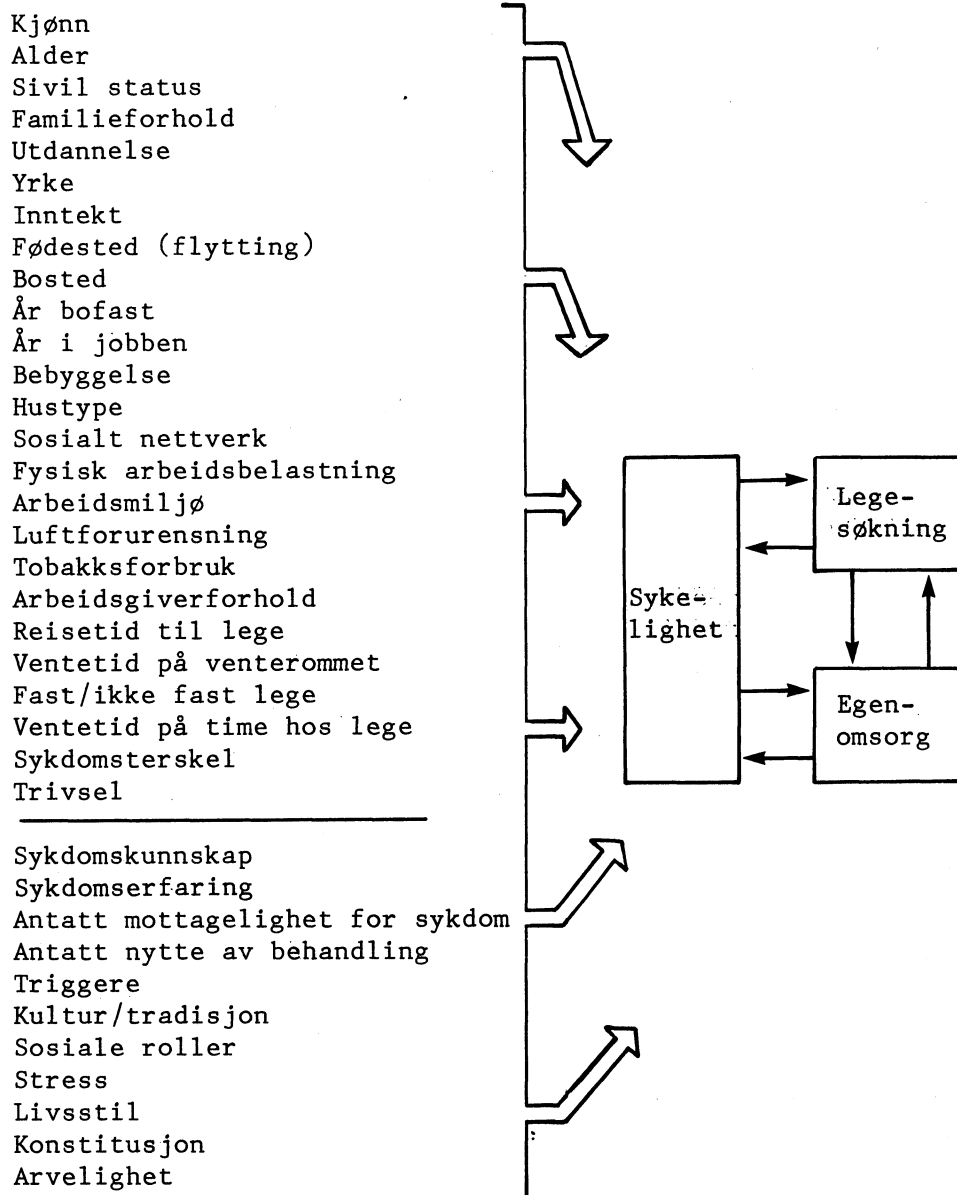
Det er en rekke mer eller mindre godt klarlagte faktorer som har betydning for overgangen fra frisk til syk. Anders Grimsmo (1984) har skrevet om noen av disse og vi har gjengitt en av hans figurer som figur 3.1.

En rekke av de samme faktorer har betydning for om sykdom blir helbredet eller går over til varig sykdom. Dessuten vil noen av de samme faktorer ha betydning for videre overgang til uførepensjon. Espen Dahl (1985) gir en omfattende beskrivelse av sammenheng mellom langtidssykemelding og bl.a. overgang til uførepensjon. Knudsen og Sand (1982) gir i sin studie av søkere til uførepensjon og hvem som får avslag også en god innsikt i ulike forhold ved søkerprosessen.

Kolberg (1974, 1976, 1977) har framskaffet mye av den kunnskap som vi i dag har om rekruttering til uførepensjonsordningen og har lagt grunnlaget for teorier om, og nye studier av, rekrutteringen.

I figur 3.2 er de ulike muligheter for overgang skissert. Først har vi overgangen fra frisk til syk. Deretter til varig syk og videre som søker av uførepensjon og eventuell tilståelse av pensjon. Dessuten har vi lagt inn fire faktorer som påvirker overgangene på ulike måter. Det er naturligvis mulig å gå fra syk tilbake til frisk igjen etc., men vi tar utgangspunkt i denne enkle framstillingen. Pilene kunne også snus fordi det er mulig at sykdommen i befolkningen er med på å påvirke utviklingen i helsetjenesten, at sykdom i familien påskynder en eventuell skilsmisse etc.

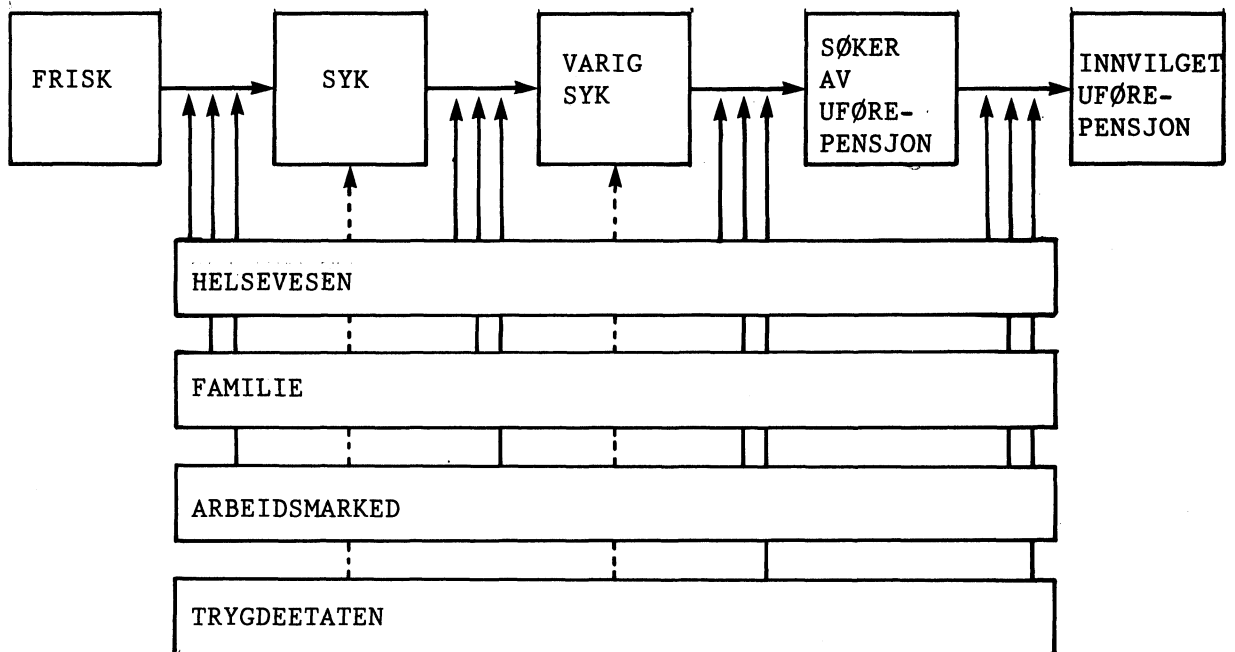
Figur 3.1. Faktorer av betydning for sykkelighet, egenomsorg og legesøkning i befolkningen



Det er overgangen fra varig syk til uførepensjonist som vi skal studere nærmere. Vi skal i senere avsnitt presisere og kort diskutere hvordan de fire faktorene helsevesen, familie, arbeidsmarked og trygdestaten har betydning for eventuell overgang fra varig syk til uførepensjon. I resten av dette avsnittet skal vi gi litt av bakgrunnen som resten av analysen hviler på.

Når en sykdomstilstand inntreffer er det eventuell familie og arbeidsplass som i første omgang må "absorbere" følgene av dette. En syk trenger omsorg og økonomisk støtte, avhengig av sykdommens art og alvorlighetsgrad. Familien bidrar med omsorg og eventuell økonomisk støtte. Ekteskapet som sikkerhetsnett mot sykdom er vel etablert innen medisinsk forskning (Nathanson 1975). Blom og

Figur 3.2. Overgang fra frisk til ufør



Listhaug (1988) påviser at gifte og samboere rapporterer høyere tilfredshet og lykke enn øvrige sivilstatuskategorier. Dette gjelder både menn og kvinner. I artikkelen sin summerer de også opp forsøkene på å ta stilling til om gifte rapporterer om høyere livskvalitet fordi de er "selektert" til ekteskapet eller om det er beskyttelsessiden ved ekteskapet som er viktigst. Deres konklusjon er at seleksjonen spiller en forholdsvis beskjeden rolle.

I Helseundersøkelsen 1985 (1987) er det imidlertid slik at i aldersgruppen 45-66 år er det de ugifte som rapporterer om færrest syketilfelle, deretter de gifte, så de separerte og enker/enkemann som rapporterer om flest syketilfelle. Dette varierer imidlertid med type sykdom. Blant personer med nervøse lidelser er det de gifte som rapporterer om færrest syketilfelle.

Det å ha en plass i arbeidslivet kan ha positive og negative konsekvenser for helsen. Det er etablert at det å miste arbeidet sitt har store sosiale konsekvenser av negativ karakter, noe som vil disponere for sykdom (Halvorsen, Bakken og Fugelli 1987). Det å ha et arbeid er for de fleste et gode i forhold til ikke å ha det.

Men et dårlig fysisk eller psykisk arbeidsmiljø disponerer for sykdom og sykefravær (Grimsmo 1984). Arbeidskamerater og arbeidsgiver kan i beste fall være en støtte og bidra til at den syke blir frisk. I verste fall kan sykdommen forverres av den utstøtingsprosess som starter når sykdommen får en karakter som er vanskelig å forene med det arbeid som skal utføres. Undersøkelser om mobbing i arbeidslivet påviser at sjefer og kolleger kan bidra aktivt til at lidelser oppstår og utvikler seg.

Sykdommens art vil ha betydning for den sykes sjanser til å bli frisk og komme tilbake til arbeidslivet. Personer med nervøse lidelser har store problemer med å slippe til i behandlingsapparatet fordi det er stor mangel på psykiatere og psykologer. Behandlingen er langvarig og det er usikkert om resultatet av behandlingen medfører at den syke kan arbeide igjen. Andre sykdommer som f. eks. trenger kirurgiske inngrep og hvor behandlingsutfallet er forutsigbart, er det enklere å forholde seg til for den syke selv og arbeidsgiver. Men her kan køer og eventuell venting ha innflytelse på om det er mulig å vende tilbake til arbeidslivet.

Disse tre faktorer, familien, arbeidslivet og helsevesenet kan ses på som sikkerhetsnett som bidrar til at behovet for hjelp fra det offentlige trygdeapparat til atfering eller uførepensjon reduseres og/eller utsettes. En som er enslig og har et periodisk eller skiftende forhold til arbeidslivet vil ha behov for offentlig hjelp tidlig i sykeperioden. En hjemmearbeidende, gift kvinne vil på den annen side kunne gå med sin sykdom i lang tid uten at det tas kontakt med trygdeetaten.

Kolberg (1983) summerer opp diskusjonen om hvorvidt familien tømmes for oppgaver og om det offentlige hjelpe- og stønadsapparat har overtatt mange av disse. Hans konklusjon er at familien verken er tømt for omsorgsoppgaver eller produktivt innhold. Han mener at offentlig sosialpolitikk supplerer familiesituasjonen.

Det diskuteres også om arbeidslivet tømmes for det sosiale ansvar for sine arbeidstakere. Tallet på retrettstillinger reduseres og med den nye sykepengeordningen fra 1978 er det intet økonomisk tap for de aller fleste å gå på sykepenger det første året. Her er det flere tegn på at det offentlige går inn og avlaster bedriftene for utgifter til mindre produktiv arbeidskraft.

3.2. Sykdom som grunnlag for uførepensjonering

Modellen i figur 3.2 tar utgangspunkt i friske mennesker og ender opp med uførepensjonister. Her skal en spesielt se på overganger fra syk/varig syk til ufør.

Sykdom er ingen klart definert tilstand, og omfanget kan være vanskelig å tallfeste. Sykdom har en diagnostiseringsside, en selvopplevende, subjektiv side og en sosial side. Sykdom kan være til stede for en person uten at legen greier å finne noe avvik fra kroppens normale funksjoner.

Søknad om uførepensjon må begrunnes med at personen har en varig sykdom eller skade. Legen er derfor sentral ved søknad om uførepensjon. Det skal fastsettes en primær- og eventuelt en sekundærdiagnose. I kapitlene 4 og 6 skal vi gå relativt grundig inn på hvilke diagnoser som ble registrert i 1977 og 1983 for de nye uførepensjonistene.

Uførhet har også flere sider og det er vanlig å skille mellom den medisinske og den ervervsmessige uførhet. En medisinsk ufør kan ha full dags arbeid, det er først når arbeidsevnen er redusert at personen blir karakterisert som ervervsmessig ufør. Og arbeidsevnen vil i de aller fleste situasjoner variere med ulike typer arbeid og også bli målt i forhold til tilgjengeligheten av ulike typer arbeid.

Grunnlaget for debatten om at uførepensjonsordningen er en skjult arbeidsledighetstrygd kan ha sitt utspring i at det ser ut til å være nok at en person er ervervsmessig ufør for å få uførepensjon. Dvs. at det er nok når arbeidsevnen ikke strekker til for de ytelseskrav som arbeidsmarkedet setter. Men det skal ifølge lovens intensjoner være mangelen på relevant arbeid for en medisinsk ufør som gir grunnlag for å få uførepensjon. Definisjonen av medisinsk uførhet vil imidlertid også være vanskelig å bruke til å tallfeste omfanget av medisinsk uførhet.

Det finnes uførepensjonister som ikke oppfatter seg som syke og som sier at de ikke føler seg hemmet av sin sykdom eller skade. I undersøkelsen Arbeid og helse 1982 (1983) var det imidlertid bare 3-5 prosent (avhengig av aldersgruppe) av de intervjuede uførepensjonistene som svarte at de ikke var hemmet av sin sykdom eller skade.

Blant uførepensjonister over 50 år i den samme undersøkelsen svarte 94 prosent at de må unngå anstrengelser og 61 prosent var sterkt eller noe bevegelseshemmet. Uførepensjonistene har også en rekke andre typer hemninger, f.eks. har ca. 30 prosent en svekkelse pga. psykiske lidelser.

Det generelle inntrykket er at uførepensjonister er syke og at det vil være et fruktbart utgangspunkt å se på overgang fra syk til ufør. Skillet mellom personer som blir definert som medisinsk uføre og ervervsmessig uføre er kanskje heller ikke så stort i praksis.

Selv om hovedtyngden av uførepensjonistene vil bli karakterisert både som medisinsk og ervervsmessig uføre i forhold til dagens innhold av begrepene, vil det være de usikre tilfellene som avklarer hvordan loven praktiseres og gir informasjon om i hvilken retning innholdet i begrepene forandrer seg. Det er også viktig å få innsikt i størrelsen av de usikre tilfellene. Utgjør de 5 prosent eller 20 prosent av de nye uførepensjonistene?

Er det en utvikling i sykkeligheten som tilsier at vi bør få flere uførepensjonister? Helseundersøkelsene 1975 (1977) og 1985 (1987) gir forskjellige mål på sykkelighet. Et mål for omfanget av varig sykkelighet i befolkningen på de to tidspunkter er andelen personer med ulike langvarige sykdommer ved starten av den 14-dagers intervjuperioden.

Det viser seg at i de aktuelle aldersgrupper kan vi ikke påstå at det har skjedd noen faktisk endring i sykkeligheten fra 1975 til 1985 med de usikkerheter som er knyttet til målingene i Helseundersøkelsene. Dette er i og for seg en interessant observasjon. Tendensene kommer fram i tabell 3.1.

Det har heller ikke vært signifikante økninger i de sykdomstyper som er vanligst blant nye uførepensjonister.

Tabell 3.1. Hyppigheten av ulike langvarige sykdommer for personer. Tall for alder og kjønn. Pr. 1 000 personer. 1975 og 1985

Kjønn og sykdomsgruppe	1975			1985		
	Alle	Av dette		Alle	Av dette	
		25-44 år	45-66 år		25-44 år	45-66 år
Begge kjønn						
Alle sykdomsgrupper	474	451	642	464	432	608
Nervøse lidelser	74	81	123	61	60	90
Sykdommer i nervesystemet	49	68	78	33	43	47
Øye- og øresykdommer	63	48	69	55	39	58
Hjerte- og karsykdommer	96	35	174	108	38	196
Sykdommer i åndedretsorganene	73	69	80	59	56	64
Magesår, magekatarr og funksjonsforstyrrelser i magen	31	30	60	18	14	36
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene ...	22	16	32	20	15	30
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	37	27	50	26	23	35
Sykdommer i hud og underhud	61	70	60	101	120	86
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet .	156	139	255	155	141	260
Andre sykdommer	68	54	90	66	52	95
Skader	26	20	34	28	25	37
Menn						
Alle sykdomsgrupper	460	423	640	444	413	584
Nervøse lidelser	52	51	91	44	41	62
Sykdommer i nervesystemet	42	54	66	24	29	29
Øye- og øresykdommer	65	52	76	57	45	62
Hjerte- og karsykdommer	81	34	166	99	39	202
Sykdommer i åndedretsorganene	82	70	80	65	59	69
Magesår, magekatarr og funksjonsforstyrrelser i magen	41	39	86	22	22	43
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene ...	21	16	31	19	16	21
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	23	11	33	20	11	22
Sykdommer i hud og underhud	57	61	54	91	102	70
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet .	152	153	247	136	136	227
Andre sykdommer	53	37	62	53	34	75
Skader	33	27	46	35	35	50
Kvinner						
Alle sykdomsgrupper	486	477	644	482	451	631
Nervøse lidelser	95	111	152	78	78	117
Sykdommer i nervesystemet	56	82	88	42	57	65
Øye- og øresykdommer	60	44	61	52	32	54
Hjerte- og karsykdommer	110	35	181	116	38	191
Sykdommer i åndedretsorganene	64	68	80	53	54	60
Magesår, magekatarr og funksjonsforstyrrelser i magen	22	22	36	14	5	29
Andre sykdommer i fordøyelsesorganene ...	24	16	33	22	13	39
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	50	43	67	32	34	47
Sykdommer i hud og underhud	64	78	65	111	138	101
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet .	161	124	262	173	146	291
Andre sykdommer	82	71	116	80	69	114
Skader	19	14	23	20	15	24

3.3. Helsevesenets rolle

Helsevesenets rolle ved uførepensjonering er stor på flere forskjellige måter. Det er behandlende lege som sykemelder, fastsetter diagnose og bedømmer om sykdommen er av varig karakter. Legen har en avgjørende rolle ved søknad om uførepensjon og det sitter også leger i fylkesnemdene som i de fleste tilfelle avgjør om søknaden skal innvilges.

Også på andre måter spiller helsevesenet en rolle. De ulike typer sykdommer har ulike behandlingsopplegg. Tilgjengeligheten av disse varierer og køer for behandling er en kjent situasjon. Behandlingsopplegg for enkelte sykdommer kan forbedres over tid og det blir endringer i synet på om det er mulig å rehabilitere en person til inntektsgivende arbeid.

Bedre diagnostisering av sykdommer kan være et grunnlag for at nye personer rekrutteres til uførepensjonsordningen. F.eks. har løsemiddelskader vært vanskelig å påvise og malere med slike skader er uførepensjonert med andre diagnoser. Det er først når en annen sykdom blir alvorlig nok at personer med løsemiddelskader blir uførepensjonert. En undersøkelse av Tvedt og Skyberg som er referert i Sosial trygd nr. 3, 1987 påviser bl. a. dette. Etter hvert som diagnostiseringen av slike og andre vanskelig påvisbare sykdommer blir enklere vil personer med slike skader lettere få tilgang til uførepensjonsordningen.

3.4. Familien

Det første sikkerhetsnett ved sykdom er i de aller fleste tilfelle familien. Det er tidligere nevnt at den omsorg og støtte en familie kan gi vil være med på å bidra til at syke blir friske. Når sykdommen utvikler seg og får en varig karakter vil det ofte bli omstillinger som ikke er lette å forholde seg til. Det kan derfor tenkes at denne fasen blir vanskelig i mange familier.

En annen side ved familien er dens rolle som forsørgelsesgrunnlag. Et eventuelt inntektsbortfall må som regel kompenseres. Har den sykes inntekter bare vært en liten del av familiens samlede inntekter, vil ikke kompensasjonsbehovet være så stort. På den annen side koster det som regel noe ekstra å være syk. Det er derfor uklart hvordan familien virker som et økonomisk sikkerhetsnett i de situasjoner hvor den syke bare har et perifert eller intet etablert forhold til arbeidsmarkedet og sykepengeordningen.

Blant yrkesaktive vil en enslig og en som er eneforsørger i en familie trenge bistand umiddelbart. Familier med flere "inntektsbein" å stå på kan lettere klare noe inntektstap. Sykdommens art og alvorlighet vil naturligvis påvirke når det er behov for hjelp.

Når kvinnen er hjemmearbeidende og forsørget kan vi regne med at mye langvarig sykkelighet blir "absorbent" i familien. Ved separasjon og skilsmisse vil slik "skjult" sykkelighet dukke opp og ved mangel av andre forsørgelsesmåter, eller som et valg mellom dem, kan uførepensjon være et alternativ.

Menn forsørger seg hovedsakelig ved inntektsgivende arbeid, men dette varierer også med ekteskapeleg status. Blant gifte menn uten uførepensjon arbeider nesten 100 prosent, mens blant ugifte og før gifte er andelen yrkesaktive rundt 90 prosent. Ved langvarig sykdom anses det naturlig at inntektsbortfall kompenseres. Menn anses i utgangspunktet for å være forsørgere og trygdesystemet er bygd ut for å kompensere inntektsbortfall ved forsørgelse.

Med kvinners økte yrkesdeltaking og de stadig mindre familiene vil det sikkerhetsnett som familien representerer få stadig større masker og mindre betydning som en bremse overfor søkning til uførepensjonsordningen.

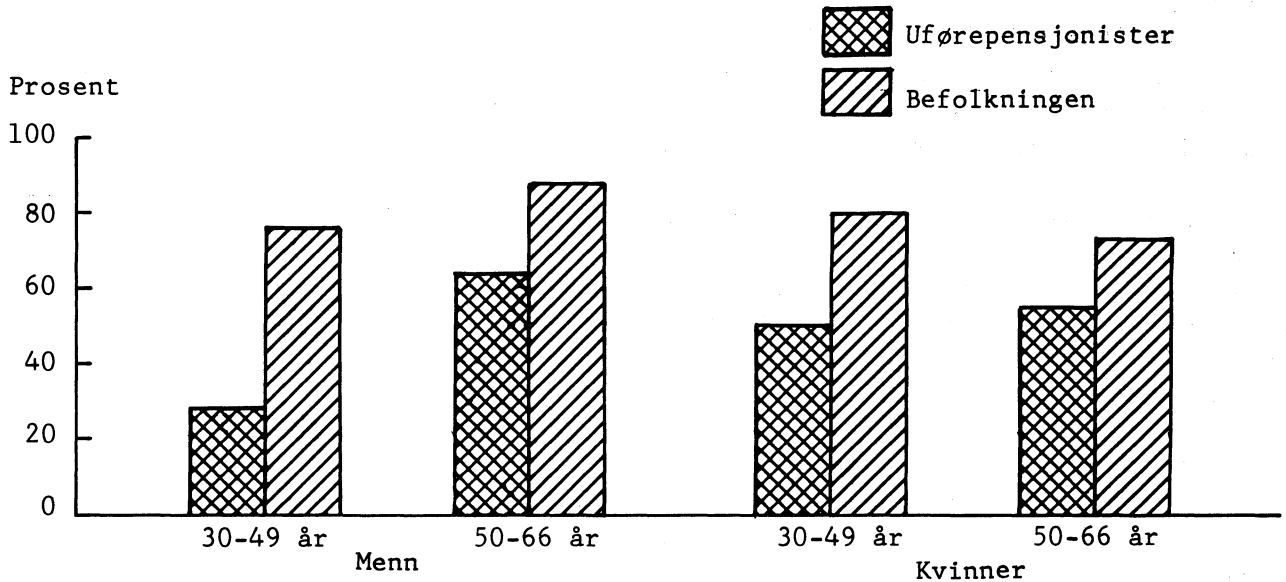
En tredje side ved familien ved siden av omsorgs- og forsørgelsesfunksjonene er at hjemmeværende gifte ved søknad om uførepensjon vurderes i forhold til sin evne til å utføre husarbeid. Vi vet ikke hvorvidt dette i praksis bare benyttes i vurderingen av kvinner eller om ikke yrkesaktive gifte menn blir underlagt slik vurdering.

Blom og Listhaug (1988) påviser at både gifte og samboende rapporterer om høyere livskvalitet enn enslige. Økonomisk er imidlertid samboere dårligere sikret ved eget eller samboerens inntektsbortfall. Ektefelletillegg ytes f.eks. bare til formelt gifte.

Knudsen og Sand (1981) påviser at det er en klar ulempe å være kvinne ved søknad om uførepensjon og å være gift. Deres undersøkelse omfatter personer som søker om uførepensjon og studerer hvilke grupper som hyppigere får avslag. Deres analyse trekker imidlertid ikke inn samspill mellom faktorene og en kan derfor ikke se om det spesielt er gifte kvinner som får avslag i større grad enn andre.

I figur 3.3 vises hyppigheten av gifte i hele gruppen av uførepensjonister og i befolkningen. Spesielt blant ugifte menn i aldersgruppen 30-49 år er forskjellen mellom hyppigheten av gifte blant uførepensjonister (28 prosent) og i befolkningen (76 prosent) stor.

Figur 3.3. Hyppigheten av gifte i grupper for kjønn og alder. Uførepensjonister og befolkningen. 1983



3.5. Arbeidsmarked og varig sykkelighet

I avsnitt 3.1 nevnes arbeidsmarkedet som et sikkerhetsnett som kan "absorbere" en viss mengde sykkelighet. Type sykdom og type arbeid vil spille en viktig rolle for hvem som kan fortsette i arbeid. Arbeidsgiverens og arbeidskameratenes/fagforeningenes ønske om og mulighet for å bidra til at en syk kan fortsette i sitt tidligere arbeid eller på samme arbeidsplass med en annen jobb, er andre viktige momenter som bestemmer om og hvor lenge en varig syk kan være i arbeid. Hvis bedriften går dårlig eller bedriftens ledelse ønsker mer produktiv arbeidskraft, vil maskene i nettet bli for store og den syke falle gjennom.

Personer med gode ressurser, f. eks. en etterspurt utdanning, vil ha lettere for å finne seg arbeid enn andre. Det er påvist en klar sammenheng mellom utdanning og rekruttering til uførepensjonsordningen på 70-tallet (Trygdestatistikk Uføre 1977 (1982)). Personer med bare folkeskole hadde den markert høyeste andel uførepensjonister og andelen med uførepensjon var lavere jo høyere avsluttet utdanning personene hadde. Dette resultatet gjelder for begge kjønn og i aldersgrupper mellom 30 og 59 år i 1970.

Når en hel bedrift legges ned vil varig sykkelighet komme til syne. Personer med slik sykdom får størst problemer med å skaffe seg nytt arbeid, spesielt hvis det er mangel på alternative arbeidsplasser i området. Undersøkelsen til Westin og Norum (1977) påviser slike forhold. Hvis situasjonen på arbeidsmarkedet er slik at hele yrker og likeartede bedrifter raderes bort vil maskene i sikkerhetsnettet bli svært store.

Paal Sand (1982) skriver at i 1970-åra var det økonomiske/politiske opplegget fram til årskiftet 1977/78 preget av en aktiv stimulerings- og stønadspolitik for å opprettholde sysselsettingen gjennom den økonomiske krisen. Politikken ble lagt vesentlig om fra 1978 da det ble klart at den internasjonale krisen ville bli mer langvarig og dyptgående enn tidligere kriser. Politikken fra 1978 og framover til 1982 innebar bl.a. nedtrapping av en rekke av de ekstraordinære og særskilt innrettede støttetiltak til utsatte industrier og en innstrammingspolitikk overfor den offentlige sektor som medførte et vesentlig fall i veksten i offentlig forbruk.

Fra 1976 til 1982 økte tallet på registrerte arbeidsledige fra 20 000 til 41 000 og tallet på sysselsatte i arbeidsmarkedstiltak fra 9 000 til 18 000 (Statistisk ukehefte nr. 4/87). Tallet på registrerte arbeidsledige steg først markert etter 1980, mens tallet på personer i arbeidsmarkedstiltak økte jevnt i hele perioden.

De som gikk over på uførepensjon i 1977 hadde derfor ikke en generell bakgrunn av problemer på arbeidsmarkedet som påskyndet uførepensjoneringen. Dette betyr ikke at den enkelte pensjonist ikke har hatt vansker med å fortsette i arbeidslivet. I perioden 1978 til 1980 kan innstramningstiltakene ha begynt å sette preg på utviklingen og for de nye uførepensjonistene i 1983 kan den stadig vanskeligere situasjonen på arbeidsmarkedet ha hatt innflytelse ved vurderingen av restarbeidsevnen til den enkelte søker.

Sammenholder vi Sands beskrivelse med den historiske oversikten over rekruttering til uførepensjon i avsnitt 1.2.3, ser vi at lav rekruttering i 1975-1980 for menn faller sammen med en aktiv arbeidsmarkedspolitik. Rekrutteringen av menn til uførepensjonsordningen øker så i 1980-åra etter at arbeidsmarkedstiltakene er trappet ned. For kvinner finner vi ikke et slikt sammenfall av begivenheter.

Vi kan teoretisk tenke oss at samme sykdomsbilde vil gi forskjellig uføregrad under forskjellige forhold. Når arbeidsmarkedet er stramt og det er lett å få eller beholde arbeid vil restervervsevnen bli satt høyere enn når det er vanskelig å få eller beholde arbeid. I tider med stor ledighet vil det ikke være mulig å bruke en eventuell restarbeidsevne og den vil systematisk bli nedvurdert i forhold til bedre tider på arbeidsmarkedet.

Kvinner har på mange vis et annet forhold til arbeidsmarkedet enn menn. Den tradisjonelle rolle for gifte kvinner er å bli forsørget, mens den for menn er å forsørge. Her har det imidlertid skjedd store forandringer siden begynnelsen av 70-tallet. Den økte yrkesaktivitet for kvinner på 70-tallet var hovedsakelig i deltidsarbeid og dette skaper i og for seg en større mulighet for å få sykepenger og komme i kontakt med trygdekontoret og attføringsapparatet. Knudsen og Sand (1982) fant som tidligere nevnt at det var en klar ulempe å være kvinne ved søknad om uføretrygd. Dette kan ha sammenheng med den lavere andel yrkesaktive, men også at fastsettelsen av tapt ervervsevne ved deltidsarbeid blir så lav at det ikke kvalifiserer til uførepensjon.

På 80-tallet går utviklingen i retning av at gifte kvinner i aldersgruppen 30-49 år arbeider lenger tid. Arbeidsmarkedsundersøkelsene for 1980 (1982) og 1986 (1987) gir tall over sysselsatte kvinner etter alder, ekteskapelig status og arbeidstid. Endringen er signifikant for gifte kvinner samlet, men ikke i hver enkelt aldersgruppe slik som i tabell 3.2.

Tabell 3.2. Sysselsatte gifte kvinner i ulike aldersgrupper, etter arbeidstid. Prosent. 1980 og 1986

Alder	Arbeidstid pr. uke							Tallet på sysselsatte
	I alt, medregnet uopp-gitt	0 timer (midler-tidig fra-værende)	1-9 timer	10-19 timer	20-29 timer	30-39 timer	40 timer og over	
1980								
30-39 år	100	10	9	18	24	21	18	157 000
40-49 "	100	7	6	15	28	23	21	124 000
50-59 "	100	9	7	13	25	25	21	113 000
60-66 "	100	:	:	14	21	21	21	42 000
1986								
30-39 år	100	12	6	14	21	24	22	197 000
40-49 "	100	8	5	12	25	26	23	166 000
50-59 "	100	10	7	13	25	24	20	106 000
60-66 "	100	14	11	18	20	18	16	44 000

Tendensen er at det i aldersgruppen 50-59 år ikke er endring i fordelingen av arbeidstid, mens i aldersgruppen 60-66 år er det en mindre andel av gifte kvinner som arbeider over 30 timer.

Tallet på sysselsatte kvinner i aldersgruppen 30-66 år har økt med 88 000 fra 1980 til 1986 ifølge Arbeidskraftundersøkelsene og av disse var 77 000 gifte. Også disse tallene er det knyttet usikkerhet til.

Både relativt og absolutt er det flere gifte kvinner som er yrkesaktive utover i 1980-åra og dermed har inngangsbilletten til uførepensjonsordningen klar dersom sykdom inntreffer.

I utredningen NOU 1977:25 om Ytelser til hjemmearbeidende ektefeller ved uførhet sies det at halvdagsarbeidende gifte kvinner gjerne ble tilstått halv uførepensjon, uten at det ble sett på at hun mistet hele sin inntekt. Det sies: "Når hele ervervsevnen er tapt, er det sterk grunn til tvil om rimeligheten av om gjenværende evne til husarbeid skal føre til lavere pensjonsgrad. Tvilen forsterkes med at Fylkesnemdene synes å falle tilbake på en lite nyansert praktisering som ytterligere forstyrrer balansen mellom bortfalt ervervsinntekt og tilstått pensjon." For kvinner i deltidsarbeid har det derfor vært usikkert om de får tilstått uførepensjon i det hele tatt. Med stadig økende antall kvinner i arbeid og en økende andel som arbeider over halv tid, vil denne praktisering av regelverket ikke være til hinder for at store grupper av uføre kvinner kan få uførepensjon.

3.6. Trygdesystemet og trygdekarrierer

Det er de siste årene registrert at når en person først har hatt lengre sykemeldingsperioder er det stor sjanse for at han/hun forblir stønadsmottaker. Veien fra sykepenger til attføringspenger til uførepensjon er en standard "karriere" for mange. Det administrative apparatet som er bygd opp for å bidra til at syke mennesker rehabiliteres til arbeid har ikke kapasitet til å ta imot alle de som er i køen og arbeidsmarkedet har ikke rom for rehabilitering av arbeidskraft. Espen Dahl (1982) gir i sin rapport fra forprosjektet "Klientkarrierer" en oversikt over innhold i eksisterende litteratur om administrative årsaker til slike klientkarrierer.

Møtet med trygdekontoret kan virke passiviserende, både fordi en møter et ukjent system og fordi det for mange, bevisst eller ubevisst, er naturlig å legge vekt på sin passive sykerolle når en får stønader til livsopphold nettopp for sin sykdom. Det er nå satt i verk oppfølging av langtidssykemeldte etter to måneder med den hensikt snarest mulig å komme i gang med rehabilitering.

Nå viser Berit Brandth (1985) at flere bedrifter aktivt bruker det offentlige trygdesystem til å "sluse ut" arbeidstakere som de ikke ser seg tjent med å ha i tjeneste lenger. Da nytter det lite for trygdekontoret å gå tilbake til bedriften etter to måneder og spørre om det finnes passende arbeid for den syke å vende tilbake til.

3.7. Andre faktorer som påvirker tildeling av uførepensjon

Det finnes ingen allmenn offentlig førtidspensjonsordning i Norge. Sverige har sin deltidspensjon og sin førtidspensjon som er alternativer til uførepensjonen. Norge har hatt utredninger om en førtidspensjonsordning (NOU 1980:54, Deltidspensjon og førtidspensjon fra folketrygden), men det er ikke foreslått av noen regjering senere å innføre det. Enkelte grupper av arbeidstakere har en lavere pensjonsalder og mange bedrifter har egne pensjonsordninger som finansieres av bedriftenes egne fond.

Vi har tidligere nevnt at bedriftene aktivt bruker sykepenger og uførepensjonering som ledd i en førtidspensjonsordning. Nå kan ikke bedriftene bevilge dette til seg selv. Både lege, trygdekontor og fylkesnemd må følge de spilleregler som råder. Det må derfor være en felles forståelse i lokalmiljøet for at dette er en mulig løsning når det blir vanskelig for arbeidstakere å fortsette i arbeidslivet på de premisser som settes.

Norge har en rekke ensidige industristeder hvor det er svært få alternativer til den dominerende bedrift eller aktivitet i lokalsamfunnet. Da vil selv små utslag av varig sykkelighet føre til at en blir over 50 prosent ervervsmessig ufør.

Tidlig på 70-tallet pågikk det en diskusjon om trygdemisbruk som stemplet mange uførepensjonister som "uverdige" trengende. Spesielt personer med sykdommer som ikke var lett synlige kunne bli utsett for negative uttrykk. Denne debatten kan ha vært med på å påvirke enkeltpersoner som har hatt et reelt valg mellom videre yrkesaktivitet og uførepensjonering på slutten av 70-tallet til å velge yrkesaktiviteten. Med den økende arbeidsledighet på begynnelsen av 80-tallet er valget for mange mindre reelt og uførepensjoneringen blir den eneste mulige inntektskilde.

Holdningene til å gå over på uførepensjon kan også ha blitt påvirket av andre forhold. Uførepensjonen er bygget opp delvis som en forsikringsordning hvor yrkesaktive betaler inn gjennom skattene. Det vil derfor være lettere for den enkelte å godta en forsørgelse hvor en selv har vært med på å betale inn gjennom lengre tid. For kvinner vil det også bli lettere å godta eller prøve å oppnå en uførepensjon når de har deltatt i yrkeslivet og betalt inn til ordningen.

En rådende ideologi for velferdsstatens stønadsordninger er at kompensasjonsnivået i forhold til tidligere inntekt skal være under 100 prosent. Det skal i prinsippet aldri "lønne" seg å ha trygd istedenfor arbeid. For en som ikke er yrkesaktiv vil dette prinsipp ikke kunne følges opp med mindre søknaden avvises eller ikke-inntektstakere holdes utenfor ordningen. Dette er noe av bakgrunnen for at kvinner med liten eller ingen inntekt kan ha vansker med å få innvilget uførepensjon.

Størrelsen av en senere uførepensjon ser imidlertid ikke ut til å friste mange til faktisk å gå over på uførepensjon eller attføringspenger når en har vært sykmeldt. Espen Dahl (1985) påviser at svært få kjenner til hva slags nivå uførepensjonen eller attføringspenger vil ligge på for eget vedkommende. Og blant de som kjenner til hva slags stønad de har rett til etter at sykepengene faller bort, er det de med utsikt til lavere ytelser enn sykepengene som fortsetter som stønadsmottakere. De som vet at de får en god kompensasjon etter at sykepengene opphører, slutter som stønadsmottakere og går tilbake til yrkeslivet.

I hvilken grad overgang til uførepensjon er et personlig valg, et valg som lege/trygdekontor gjør for deg eller stort sett kan ses som en konsekvens av trygdesystemet og forholdene på arbeidsparkedet, er allerede et viktig tema i debatten om rekruttering til uførepensjon.

3.8. Valg av metode og kjennemerker

3.8.1. Metode

Vi skal studere individuelle trekk hos syke mennesker som går over på uførepensjon. I framstillingen skal vi først se på fordelinger for de nye uførepensjonistene og deretter sammenligne med tilsvarende fordelinger for syke mennesker. Vi kan altså ikke følge de samme mennesker fra sykdom til uførhet. Men ved å sammenligne fordelinger kan vi allikevel uttale oss om sjansen for å gå over fra det å være syk til å være syk med uførepensjon, se vedlegg 1.

Helseundersøkelsen 1975 (1977) omfatter et utvalg av befolkningen og registrerer blant annet ulike typer syketilfelle ved intervjuetidspunktet. For de nye uførepensjonistene har vi en totaltelling av de som ble registrert i 1977. Tidsintervallet fra 1975 til 1977 er en noe kort avstand mellom det å være syk til det å få uførepensjon på grunn av at saksbehandlingstiden for en søknad om pensjon kan være lang. Men sykkeligheten endrer seg ikke drastisk fra et år til det neste slik at resultatene av sammenligningen er holdbare.

Helseundersøkelsene 1975 og 1985 er utvalgsundersøkelser hvor tallene som kommer fram er heftet med usikkerhet. Størrelsen på usikkerheten kan beregnes. Dermed er det mulig å se om forskjeller mellom to tall er så stor at vi kan påstå, med en viss sannsynlighet, at den skyldes annet enn tilfeldigheter ved utvalgene. I denne rapporten er noen forskjeller kommentert selv om de ikke er signifikante på et 5-prosentsnivå. Det er gjort oppmerksom på dette i teksten.

3.8.2. Kjennemerker

Utifra problemstillingene som er skissert i dette kapittel vil det være viktig å se på sammenhengen mellom sykdommens art, ekteskapelig status og yrkesaktivitet og hvordan overganger til uførepensjon varierer med disse kjennemerker.

Kjønn og alder er to viktige kjennemerker når en skal studere forhold ved sykkelighet. Menn og kvinner utvikler til dels ulik grad av sykdom og ulike typer sykdommer. Sykdom er dessuten sterkt aldersavhengig idet eldre er mer syke enn yngre. Kjønn og alder er også viktige bakgrunnskjennemerker når en ser på ekteskapelig status og yrkesaktivitet.

Type sykdom hentes fra Helseundersøkelsene (1977, 1987) og måles ved egenrapporterte syketilfelle. Grimsmo (1984) finner at denne målemetoden er bra, men meningene er delte om hvorvidt folk rapporterer ulikt og om de rapporterer den sykdom som legen vil diagnostisere.

For uførepensjonistene er det legenes primær- og eventuelle sekundærdiagnose ved søknad om uførepensjon som brukes som mål på type sykdom. Diagnosene blir kodet ved registreringsseksjonen i Rikstrygdeverket. Noen uføre vil ha et sammensatt sykdomsbilde og det kan være tilfeldig hvilken diagnose som blir ført opp først og dermed registreres som primærdiagnose. Det er også mulig at noen sykdommer erfaringsmessig gir lettere adgang til uførepensjonsordningen. Enkelte sykdommer er så vanskelige å diagnostisere at selv om de kan være primærårsaken til ervervsevnetapet er det andre sykdommer som må komme i tillegg før det innvilges uførepensjon.

Ekteskapelig status er for de syke målt på intervju tidspunktet, mens det for de nye uførepensjonister er målt det året de ble registrert som nye uførepensjonister. Eventuell endring i status i perioden fra sykdommen inntreffer til uførepensjon innvilges, vil føre til at gruppen ugifte reduseres. Gruppen gifte kan øke eller avta, alt etter som hvor mange gifte som skifter til før gift og hvor mange ugifte og før gifte som gifter seg. Likedan kan gruppen før gifte øke eller avta, avhengig av hvor mange gifte som skifter til før gift og omvendt. Hvis sykdom eller eventuelt sykdommens art påvirker sjansen for å skifte status fra gift til før gift, må dette tas hensyn til ved tolkning av resultatene.

Det å være gift kan ses på som et mål for at en har personlig støtte og et større sosialt nettverk å trekke veksler på i en utsatt posisjon. Ekteskapelig status er også et mål på om en har en mulig alternativ forsørgelse i ektefellen. For gifte hjemmearbeidende er uføregraden hittil utmålt i forhold til evnen til å utføre husarbeid. Dette er en tredje side ved å trekke inn ekteskapelig status.

Yrkesaktivitet er målt ved Folketellingen 1970 for de nye uførepensjonistene i 1977. Yrkesaktivitet omfatter arbeid helt ned til en times varighet i løpet av perioden 1. november 1969 til 31. oktober 1970. For de aller fleste nye uførepensjonister i 1977 er da yrkesaktiviteten målt før sykdommen inntreffer. Uføretidspunktet for de nye uføre i 1977 er ikke med i datagrunnlaget. Det er heller ikke lagt inn opplysninger om antall timer personene arbeidet i 1970.

For de nye uførepensjonistene i 1983 kjenner vi yrkesaktivitet, målt ved pensjonsgivende inntekt i årene fra 1967 til 1984. For å kunne sammenligne yrkesaktiviteten før uførepensjonering av nye uføre i 1983 med de nye uføre i 1977, ser en på yrkesaktiviteten i 1976, også her 7 år før uførepensjonering.

I publiserte tall fra Helseundersøkelsene 1975 (1977) er yrkesaktive definert som personer som utførte minst 21 timer lønnet arbeid i uken før intervju tidspunktet, eller som i den uken var midlertidig borte fra slikt arbeid. Vi har foretatt noen beregninger for å kunne sammenligne yrkesaktivitet for nye uførepensjonister og i den syke befolkning. Usikkerheten ved sammenligningen blir naturligvis større enn om definisjonene hadde vært like.

Fra Helseundersøkelsen 1985 (1987) er det tilgjengelig tall over yrkesaktivitet med varighet ned til en time i uken før intervju tidspunktet. Det blir derfor definisjonsforskjeller som medfører at usikkerheten ved sammenligning av fordelinger er større enn hva utvalgsusikkerheten alene tilsier.

3.9. Dataene

Til Uførestatistikken for 1977 og 1983 (1982, 1986) som Statistisk sentralbyrå har publisert, er det utarbeidet datasett med de nye registrerte uførepensjonister i de to årene. Dataene er koblet med andre registre som Det sentrale personregister, Ligningsregisteret og med Folketellingen 1970 eller med folketellingsopplysninger som er kombinert fra 60-, 70- og 80-tellingene.

Nye uførepensjoner er definert som nye registrerte uførepensjoner i Rikstrygdeverkets sentrale registre i de to år. Det betyr at en uførepensjon må være innvilget og registrert av registreringsseksjonen i RTV. Spesielt ved utgangen av 1983 var det store restanser av saker som skulle registreres i registreringsseksjonen og disse er ikke kommet med i vårt datasett.

De nye uførepensjonistene i 1983 har uføretidspunkt i tidsrommet fra 1967 og fram til registreringsåret. Den enkelte pensjonists ervervsmessige uførhet er derfor ikke ny i det året de registreres. Uføretidspunktet er det tidspunkt ervervsevnen anses nedsatt femti prosent eller mer. En tilgangsstatistikk basert på uføretidspunkt kan imidlertid lages først lenge etter det aktuelle år. Det har det ikke vært tilgang til.

I 1977 ble det registrert 19 862 nye uførepensjoner. Av disse er det 2 553 pensjoner som det er svært få opplysninger om. Den ene gruppen vi mangler er de som kom til og gikk ut samme år, dvs. de som døde eller gikk over på alderspensjon samme år som pensjonen ble registrert. Den andre gruppen er personer som var under 27 år i 1977. Disse har vi enten ikke funnet igjen i Folketellingen 1970 eller de er utelatt fordi koblingen mellom uførepensjonistene i 1977 ble utelatt for personer under 20 år i 1970. Vi sitter da igjen med et "rent" datasett som omfatter nye uførepensjonister som fortsatt var registrert i RTV ved utgangen av året 1977, var i alderen 27-66 år, og hvor det er fullstendige opplysninger om diagnoser, ekteskapelig status og yrkesaktivitet i 1970. I tabellene og figurene regner vi aldersgrensen fra 30 til 66 år.

I 1983 ble det registrert 24 869 nye uførepensjonister ifølge Trygdestatistikk Uføre 1983 (1986). Av disse var det 2 226 personer som ble registrert samme år som de gikk ut av uførepensjonsordningen og som vi dermed har svært få opplysninger om. Disse er ikke tatt med i datagrunnlaget for denne analysen. I de aller fleste tabeller er personer i aldersgruppen 16-29 år utelatt pga. sammenligningen med datasettet for 1977. Personer som det ikke er funnet opplysninger om i Folketellingen 1980 er ikke medregnet. Tilbake er det et datasett med 21 732 personer i alderen 30-66 år som ble registrert med ny uførepensjon i 1983 og som fortsatt stod registrert ved utgangen av året.

4. NYE UFØREPENSJONISTER 1977

I dette kapitlet beskrives størrelsen av ulike grupper av nye uførepensjonister i 1977.

De nye uførepensjonistene i 1977 fordeles etter de fem kjennemerkene kjønn, alder, diagnose, ekteskapelig status og tidligere yrkesaktivitet. Diagnoseinndelingen er behandlet relativt detaljert fordi det ikke er publisert slike opplysninger i andre sammenhenger. Lesere som bare er interessert i hovedtrekk kan lese avsnittene 4.1, 4.2 og 4.3 og utelate underpunktene.

4.1. Nye uførepensjonisters sykdommer

Uførepensjonistenes sykdommer kan vi beskrive ved hjelp av den primærdiagnose og eventuell sekundærdiagnose som er fastsatt av behandlende lege og notert på søknaden om uførepensjon.

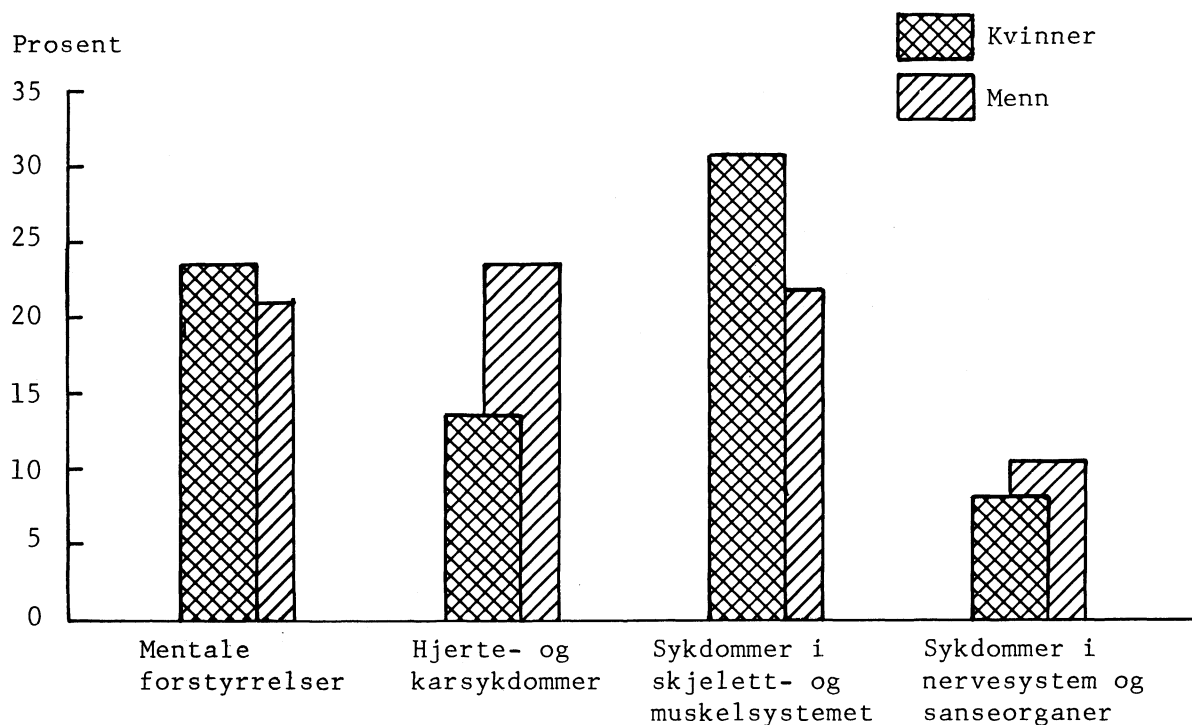
De 17 309 nye uførepensjonistene i 1977 fordeler seg på 374 ulike tresifrede diagnosekoder for primærdiagnose og 294 for sekundærdiagnose. Kodene gjelder 7. revisjon av den internasjonale sykdoms- og dødsårsaksnomenklatur. Kodenummer 723, Osteo-arthritis et morbi similis ("aldersgikt", "slitasjegikt" o.l.) er den hyppigst forekommende og omfatter 2 119 personer. Deretter følger "Arterio-sklerotisk hjertesykdom inkludert coronarsykdom med åreforkalkning" (kode 420) som omfatter 1 723 personer. Disse to kodene omfatter 22 prosent av nye uførepensjonister i 1977.

Når samspillet mellom diagnosetype og en rekke andre faktorer skal studeres, er det nødvendig å holde seg til grove inndelinger. En grov inndeling kan imidlertid være uheldig fordi sykdommer av ulik karakter grupperes sammen. En vanlig inndeling er:

1. Mentale forstyrrelser
2. Hjerte- og karsykdommer
3. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet
4. Sykdommer i nervesystem og sanseorganer
5. Andre sykdommer

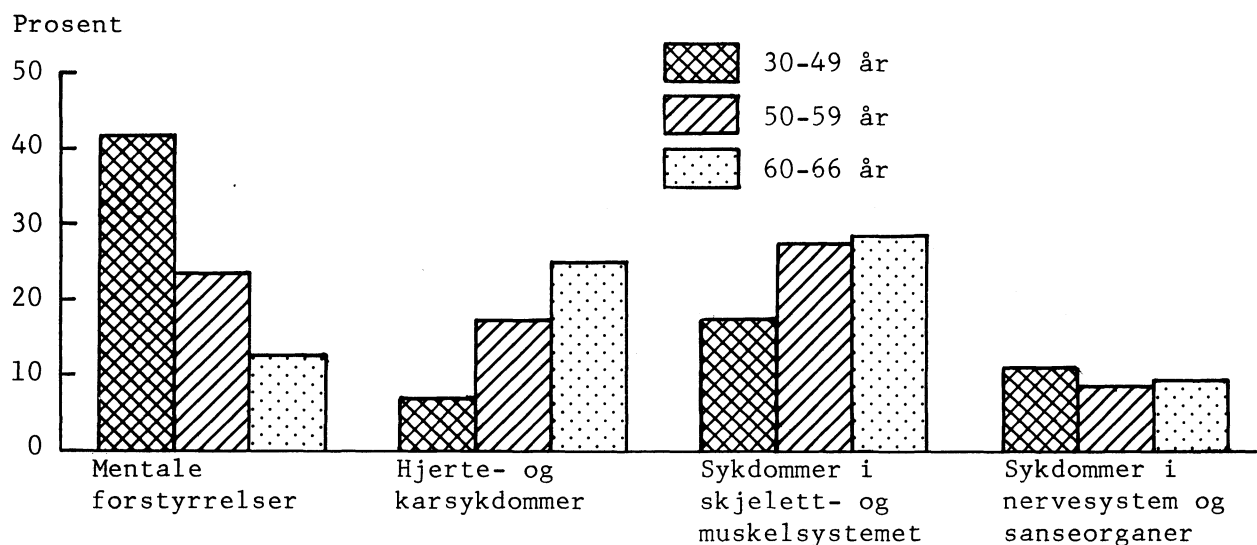
De fire første gruppene omfatter 76 prosent av de nye pensjonistene, og denne andel er ikke forskjellig for menn og kvinner. Nye mannlige og kvinnelige uførepensjonister har også nesten samme andel med mentale forstyrrelser og andel med sykdommer i nervesystem og sanseorganer. Men andelen nye mannlige uførepensjonister med hjerte- og karsykdommer er 10 prosentpoeng høyere enn andelen nye kvinnelige uførepensjonister med tilsvarende diagnose (hhv. 23 og 13 prosent). Av nye kvinnelige uførepensjonister har så 31 prosent diagnosen sykdommer i skjelett- og muskelsystemet, mens tilsvarende andel for nye mannlige uførepensjonister er 22 prosent, se figur 4.1.

Figur 4.1. Hyppigheten av fire hovedtyper av primærdiagnoser for uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn. Prosent. 1977



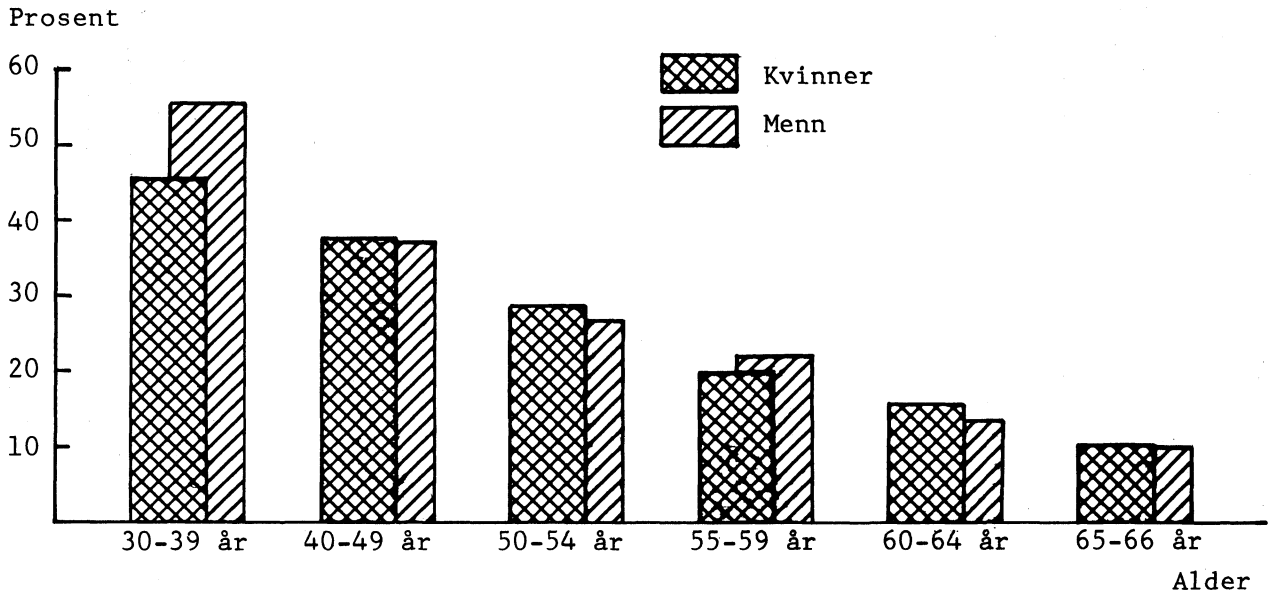
Diagnosesammensetningen varierer med alder. Blant de yngste (gruppen 30-39 år) er andelen med mentale forstyrrelser ca. 50 prosent og denne andelen er lavere jo eldre de nye uførepensjonistene er. I aldersgruppen 60-66 år er det 10 prosent som har slik diagnose. Andelen med hjerte- og karsykdommer er lavest for de yngste (2-3 prosent) og er større jo eldre de nye pensjonistene er (25 prosent over 60 år). Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er også mer utbredt for de nye uførepensjonistene over 50 år enn for de under 50 år. Den siste hovedgruppen av diagnoser, sykdommer i nervesystem og sanseorganer, er mest utbredt for de yngste (ca. 13 prosent i aldersgruppen 30-39 år), mens andelen med slik diagnose er lik i aldersgrupper over 40 år (8-10 prosent). I figur 4.2 er vist andelen med de ulike diagnoser for tre aldersgrupper.

Figur 4.2. Hyppighet av fire hovedtyper av primærdiagnoser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1977

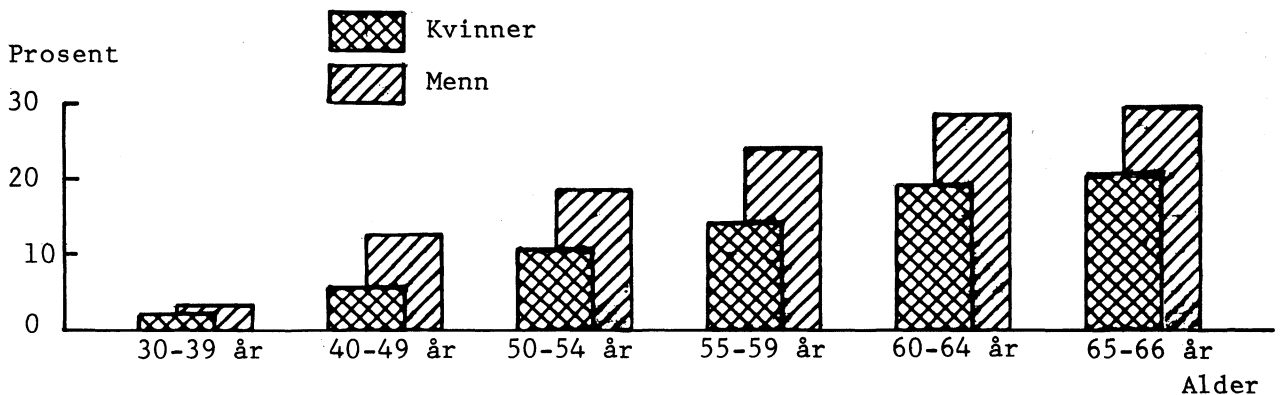


Forskjellen i fordelingen av diagnoser for menn og kvinner som er beskrevet over, jfr. figur 4.1, finner vi stort sett også innen de ulike aldersgrupper. De nye pensjonistene under 40 år skiller seg noe ut idet andelen menn med mentale forstyrrelser er større enn andelen kvinner med slike diagnoser. I figurene 4.3 til 4.6 er hyppigheten av de fire forskjellige diagnosegruppene vist for nye mannlige og kvinnelige uførepensjonister.

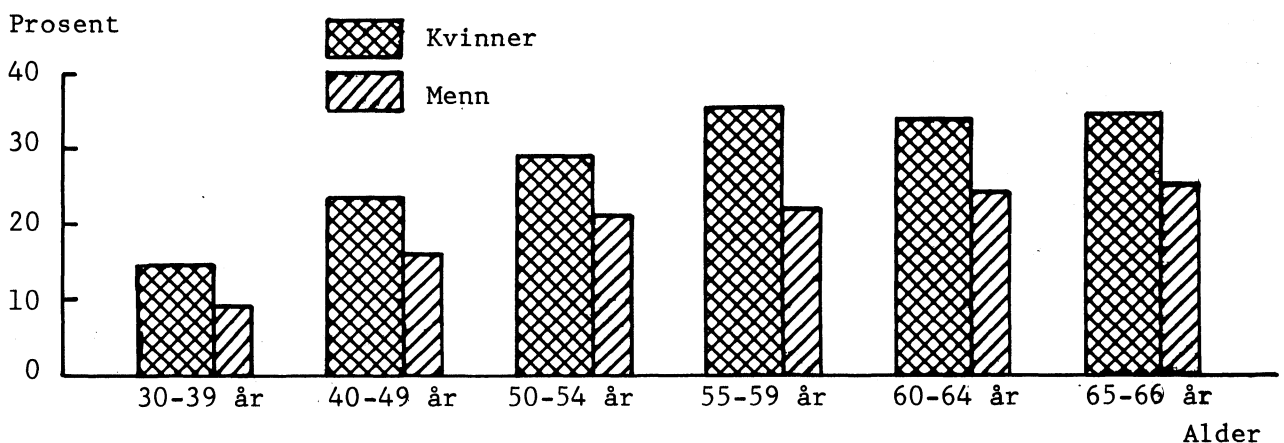
Figur 4.3. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977



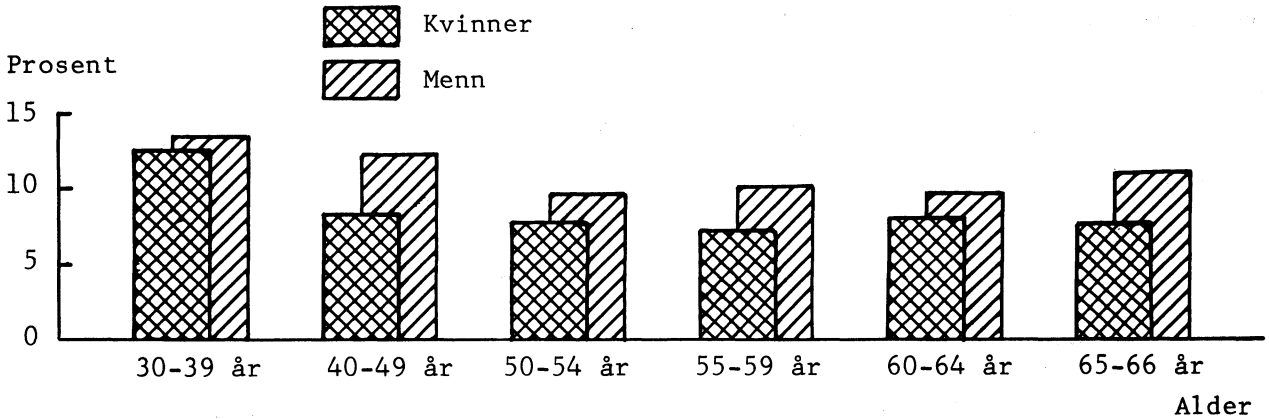
Figur 4.4. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977



Figur 4.5. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977



Figur 4.6. Hyppighet av sykdommer i nervesystemer og sanseorganer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977



4.1.1. Detaljerte primærdiagnosegrupper

Personer med andre diagnoser enn de fire hovedgruppene utgjør 24 prosent av alle nye uførepensjonister. Tabell 4.1 viser en inndeling av nye uførepensjonister etter 17 spesifiserte grupper for menn og kvinner. Det er ingen andre grupper av diagnoser som omfatter mer enn 5 prosent av de nye uførepensjonistene.

Tabell 4.1. Nye uførepensjonister, 30-66 år. Menn og kvinner, etter primærdiagnose¹. Prosent. 1977

Primærdiagnose	Alle	Menn	Kvinner
I alt	100,0	100,0	100,0
Infeksiøse og parasittære sykdommer	1,8	1,8	1,9
Svulster	4,2	3,2	5,4
Indresektoriske sykdommer	3,7	3,3	4,2
Sykdommer i blodet og bloddannende organer .	0,1	0,1	0,2
Mentale forstyrrelser	22,2	21,1	23,5
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	9,4	10,6	8,1
Hjerte- og karsykdommer	18,8	23,4	13,6
Sykdommer i åndedretsorganene	2,4	3,2	1,5
Sykdommer i fordøyelsesorganene	2,1	2,4	1,9
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	0,6	0,6	0,7
Komplikasjoner ved svangerskap, fødsel og børselseng	0,0	-	0,0
Sykdommer i hud og underhud	0,6	0,5	0,8
Skjelett- og muskelsykdommer	26,0	21,8	30,7
Medfødte misdannelser	1,5	1,1	2,0
Sykdommer spesifikke for barn under ett år .	0,0	0,0	0,0
Symptomatiske diagnoser, alderdom og ubestemte tilstander	2,9	2,9	3,0
Ulykker, forgiftninger og ytre vold	3,0	3,7	2,3
Uoppgitt primærdiagnose	0,4	0,4	0,4

¹ 7. revisjon av ICD.

Primærdiagnosen svulster forekommer hyppigere hos nye kvinnelige uførepensjonister (5.4 prosent) enn hos nye mannlige uførepensjonister (3.2 prosent). Forskjellen mellom menn og kvinner finnes i alle aldersgrupper.

Diagnosegruppen indresektoriske sykdommer (allergier, endokrine sykdommer, ernærings- og stoffskiftesykdommer) omfatter 3,3 prosent av nye mannlige og 4,2 prosent av nye kvinnelige uførepensjonister. Andelen nye uførepensjonister med slik diagnose er lik for aldersgruppene.

Nye mannlige uførepensjonister har hyppigere sykdommer i åndedretsorganene (3,2 prosent) enn nye kvinnelige uførepensjonister (1,5 prosent).

Diagnosekoder i gruppen "symptomer og ubestemte tilstander" finnes like hyppig blant menn og kvinner, ca. 3 prosent. Hyppigheten av slike diagnoser er størst for personer i aldersgruppen 65-66 år, 4,1 prosent av nye mannlige uførepensjonister og 5,1 prosent av nye kvinnelige uførepensjonister har en slik diagnose. Sykdommer som kommer under betegnelsen alderssvekkelse er med her, men denne diagnosekoden forekommer nesten ikke (under fem personer).

Det er derfor ingen stor gruppe som får innvilget uførepensjon hvor primærdiagnosen er spesifisert til å være ubestemt.

Personer med diagnoser "ulykker, skader, forgiftninger og vold" omfatter 3 prosent av de nye uførepensjonistene. Det var 3,7 prosent av nye mannlige uførepensjonister med slik diagnose og 2,3 prosent av nye kvinnelige uførepensjonister. Hyppigheten av denne diagnosegruppe varierer lite med alder for menn. For kvinner er hyppigheten høyere blant de eldste.

4.1.2. Nye uførepensjonisters sekundærdiagnoser

Det er litt under halvparten av de nye uførepensjonistene som har registrert både en primær- og en sekundærdiagnose. Mentale forstyrrelser, sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og hjerte- og karsykdommer er de tre største gruppene av sekundærdiagnoser. Disse gruppene var også vanligst blant primærdiagnoser.

Mentale forstyrrelser er sekundærdiagnosen for 22 prosent av de som har registrert en slik diagnose. Hyppigheten av hjerte- og karsykdommer er 18 prosent og av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet 19 prosent. Sykdommer i nervesystem og sanseorganer som sekundærdiagnose finnes blant sju av de som har en sekundærdiagnose, se tabell 4.2.

En sammenligning av fordelingen av primærdiagnoser med fordelingen av sekundærdiagnoser viser at fordelingene er ganske like, med unntak av at skjelett- og muskelsykdommene forekommer sjeldnere som sekundærdiagnose, hhv. 19 prosent og 26 prosent.

Fordeling av sekundærdiagnoser er lik for menn og kvinner og vi finner ikke den forskjell som for fordelingen av primærdiagnoser, se tabell 4.2. Forskjellen ved fordelingen av primærdiagnoser for alle nye uførepensjonister var at andelen med hjerte- og karsykdommer var 10 prosentpoeng høyere for nye mannlige uførepensjonister enn for nye kvinnelige uførepensjonister. Og omvendt var andelen med skjelett- og muskelsykdommer 9 prosentpoeng høyere for nye kvinnelige uførepensjonister enn for nye mannlige uførepensjonister. Dette betyr at forskjellene ved fordeling av primærdiagnose ikke blir oppveid av den motsatte forskjell i sekundærdiagnoser.

Tabell 4.2. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose i grupper for kjønn, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1977

Sekundærdiagnose	Alle	Menn	Kvinner
I alt	100,0	100,0	100,0
Mentale forstyrrelser	22,4	21,6	23,3
Hjerte- og karsykdommer	18,2	18,0	18,4
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet ..	18,7	17,7	19,7
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer ..	7,4	8,2	6,5
Andre sykdommer	33,4	34,6	32,1
Tallet på personer	8 003	4 174	3 829

Regnet i prosent av alle nye uførepensjonister er hyppigheten av indresektoriske sykdommer og sykdommer i fordøyelsesorganene som sekundærdiagnose større enn hyppigheten av disse sykdommene som primærdiagnose. Dersom en person søker om uførepensjon og har en av de nevnte sykdommer, så er det for de fleste en annen sykdom som blir oppført som primærdiagnose.

Gruppen av nye uførepensjonister med symptomer og ubestemte tilstander som sekundærdiagnose utgjør ca. 2 prosent av alle nye uførepensjonister eller noe over 4 prosent av de som har to diagnoser. Kombineres opplysningene om primær- og sekundærdiagnoser, finner en at 265 personer eller 1,5 prosent av de nye uførepensjonistene i 1977 har fått uførepensjon på et symptomatisk eller ubestemt grunnlag. En rekke andre diagnoser kan også ha et ubestemt eller diffust preg, men da er det i hvert fall lokalisert av legen eller legen har vurdert, utifra sin pasients informasjon, lidelsen knyttet til en mer spesifisert diagnose.

Mentale forstyrrelser forekommer hyppigst blant sekundærdiagnosene, samlet er det 32 prosent av de nye uførepensjonistene som har denne diagnosetype som primær- eller sekundærdiagnose. Det er imidlertid sykdommer i skjelett- og muskelsystemet som er vanligst, 34,6 prosent har denne diagnosetype. Tabell 4.3 viser andelen av nye uførepensjonister som har de fire hovedgruppene av diagnoser som primær- eller sekundærdiagnose. Under personer med sekundærdiagnose er ikke regnet med de som har tilsvarende diagnose som primærdiagnose. Det betyr at ingen personer er telt to ganger hvis de har samme primær- og sekundærdiagnose.

Tabell 4.3. Hyppighet av fire hovedprimærdiagnosegrupper som primær- eller sekundærdiagnose for nye uførepensjonister. Prosent. 1977

Diagnosegruppe	I alt	Primær- diagnose	Sekundær- diagnose
Mentale forstyrrelser	31,5	22,2	9,3
Hjerte- og karsykdommer	26,7	18,8	7,9
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet ..	34,6	26,0	8,6
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer ..	12,6	9,4	3,2

4.1.3. Enkle og sammensatte sykdomsbilder

Vi bruker uttrykket enkelt sykdomsbilde når det bare er registrert primærdiagnose og sammensatt sykdomsbilde når det er registrert to. Denne definisjonen har minst to ulemper. Eventuell forskjellig praksis blant legene mht. å føre opp sekundærdiagnoser fører til at noen sykdomsbilder framstår som enkle mens de kan være sammensatte. Dessuten vil enkelte kombinasjoner av to diagnoser være et naturlig enkelt sykdomsbilde, for eksempel ved at en sykdom er en vanlig følge av en annen.

Nye uførepensjonister med sykdommer i nervesystem og sanseorganer har oftest enkle sykdomsbilder (62 prosent). Nye uførepensjonister med sykdommer i sirkulasjonsorganene har sjelden enkle sykdomsbilder (45 prosent).

Fordelinger av sekundærdiagnosene for de fire gruppene sekundærdiagnose er vist i tabell 4.4.

Det er sykdommer i skjelett- og muskelsystemet som er den vanligste sekundærdiagnose for mentale lidelser (14 prosent) og omvendt er det mentale lidelser som er den vanligste sekundærdiagnose for de som har sykdommer i skjelett- og muskelsystemet (16 prosent).

For nye uførepensjonister med sykdommer i sirkulasjonsorganene som primærdiagnose er det muskel- og skjelettsykdommer som er den vanligste sekundærdiagnose. Og for de som har sykdommer i nervesystem og sanseorganer som primærdiagnose er det hjerte- og karsykdommer som er den vanligste sekundærdiagnose.

Av de som har registrert både primær- og sekundærdiagnose er det kombinasjonen av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet og mentale lidelser som er den vanligste. Deretter følger kombinasjonen av skjelett- og muskelsykdommer med hjerte- og karsykdommer. I tabell 4.5 er de nye uførepensjonistene med to diagnoser fordelt etter både primær- og sekundærdiagnose.

Tabell 4.4. Nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for primærdiagnose, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1977

Sekundærdiagnose	Alle	Primærdiagnose				
		Mentale forstyrrelser	Hjerte- og karsykdommer	Skjelett- og muskelsykdommer	Sykdommer i nervesystem og sansorganer	Andre sykdommer
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mentale forstyrrelser	10,4	4,7	10,1	15,6	7,4	11,3
Hjerte- og karsykdommer	8,4	6,7	2,8	12,1	9,3	10,2
Skjelett- og muskelsykdommer	8,6	14,3	16,0	0,3	6,5	7,5
Sykdommer i nervesystem og sansorganer	3,4	3,5	5,1	3,2	2,5	2,6
Andre sykdommer	15,4	16,8	20,8	14,1	12,4	12,6
Uten sekundærdiagnose	53,8	54,0	45,2	54,9	61,9	55,9
Tallet på personer	17 309	3 849	3 252	4 503	1 628	4 077

Det er 20 prosent av kvinnene som kombinerer sykdommer i skjelett- og muskelsystemet med mentale lidelser, mens 11 prosent av mennene har en slik kombinasjon. Både menn og kvinner i denne gruppen har imidlertid samme andel med muskel- og skjelettsykdom som primærdiagnose (55 prosent). Det er derfor ikke slik at kvinner i større grad enn menn har mentale lidelser som primærdiagnose eller omvendt.

Tabell 4.5. Nye uførepensjonister, 30-66 år, med både primær- og sekundærdiagnose, etter primær- og sekundærdiagnose. Prosent. 1977

Sekundærdiagnose	Alle	Primærdiagnose				
		Mentale forstyrrelser	Hjerte- og karsykdommer	Skjelett- og muskelsykdommer	Sykdommer i nervesystem og sansorganer	Andre sykdommer
Alle	100,0	22,1	22,3	25,4	7,8	22,5
Mentale forstyrrelser	22,4	2,3	4,1	8,8	1,5	5,8
Hjerte- og karsykdommer	18,2	3,2	1,2	6,8	1,9	5,2
Skjelett- og muskelsykdommer	18,7	6,9	6,5	0,2	1,3	3,8
Sykdommer i nervesystem og sansorganer	7,4	1,7	2,1	1,8	0,5	1,4
Andre sykdommer	33,4	8,1	8,5	7,8	2,5	6,4

Hjerte- og karsykdom kombinert med skjelett- og muskelsykdommer forekommer blant 12-13 prosent av både nye mannlige og kvinnelige uførepensjonister. Men her har menn oftere hjerte- og karsykdom som primærdiagnose enn kvinner, hhv. 56 prosent og 41 prosent.

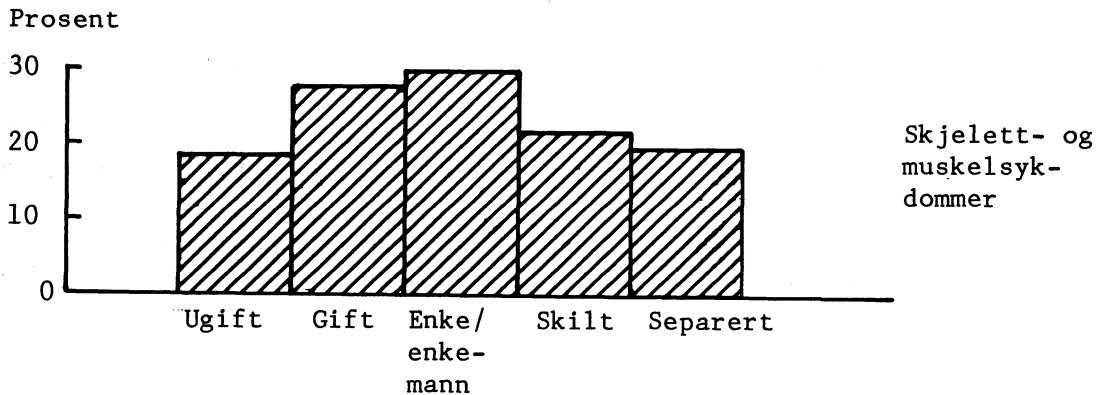
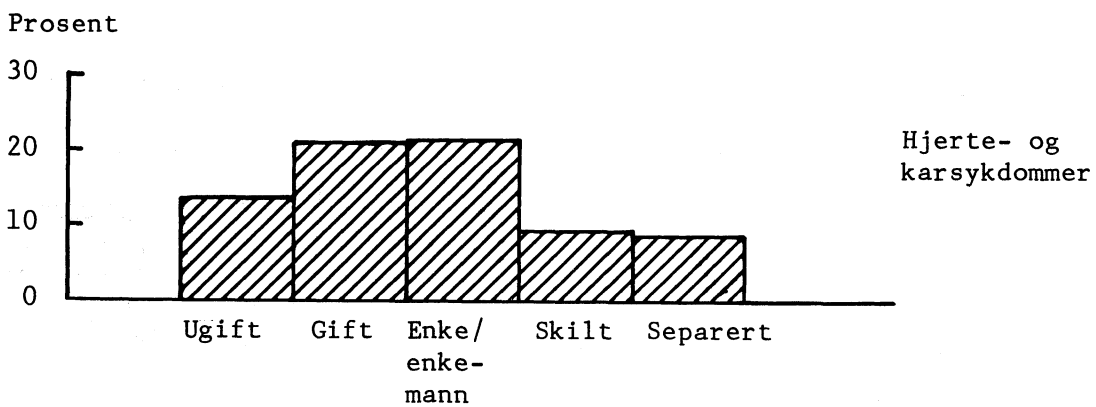
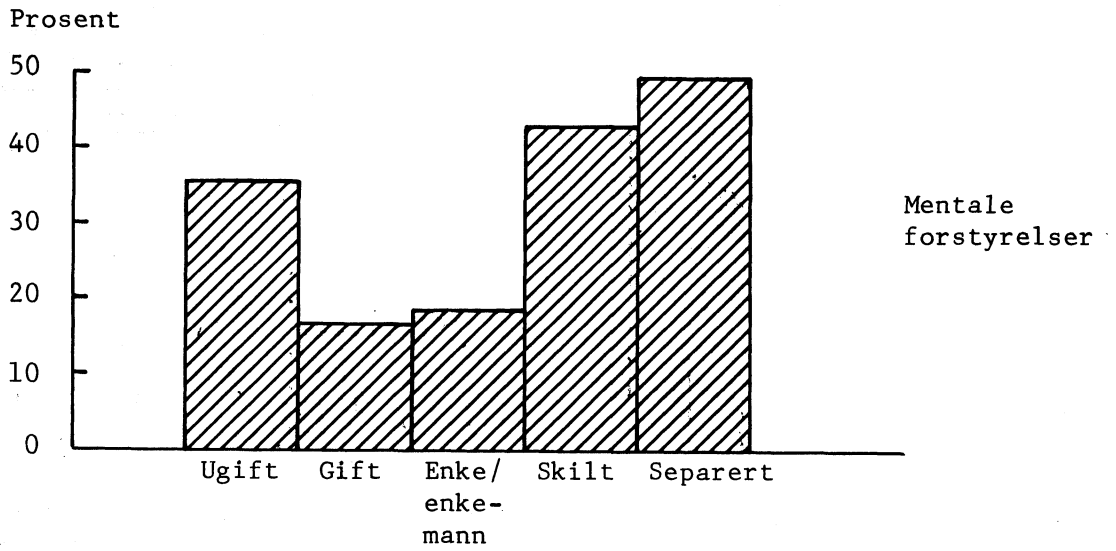
En spesiell kombinasjon som er hyppigere for menn enn kvinner, er å ha en mental forstyrrelse både som primær- og sekundærdiagnose. Nesten 4 prosent av menn med to diagnoser har en dobbel mental forstyrrelse, mens under 1 prosent av kvinnene har det.

4.2. Sykdomstype og ekteskabelig status

Det er trukket fram i avsnitt 3.4 at ekteskap på flere måter kan spille en rolle ved tildeling av uførepensjon. Dessuten er det påpekt at ekteskabelig status kan påvirke sykdomsutvikling. Her skal vi se om ekteskabelig status har en sammenheng med fordelingen av diagnoser for de nye uførepensjonistene.

Vi skal se på de tre største diagnosegruppene hvor det er nok observasjoner til å studere simultanfordelingen mellom kjønn, alder, diagnosegruppe og ekteskabelig status.

Figur 4.7. Hyppighet av mentale forstyrrelser, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for ekteskapelig status. Prosent. 1977



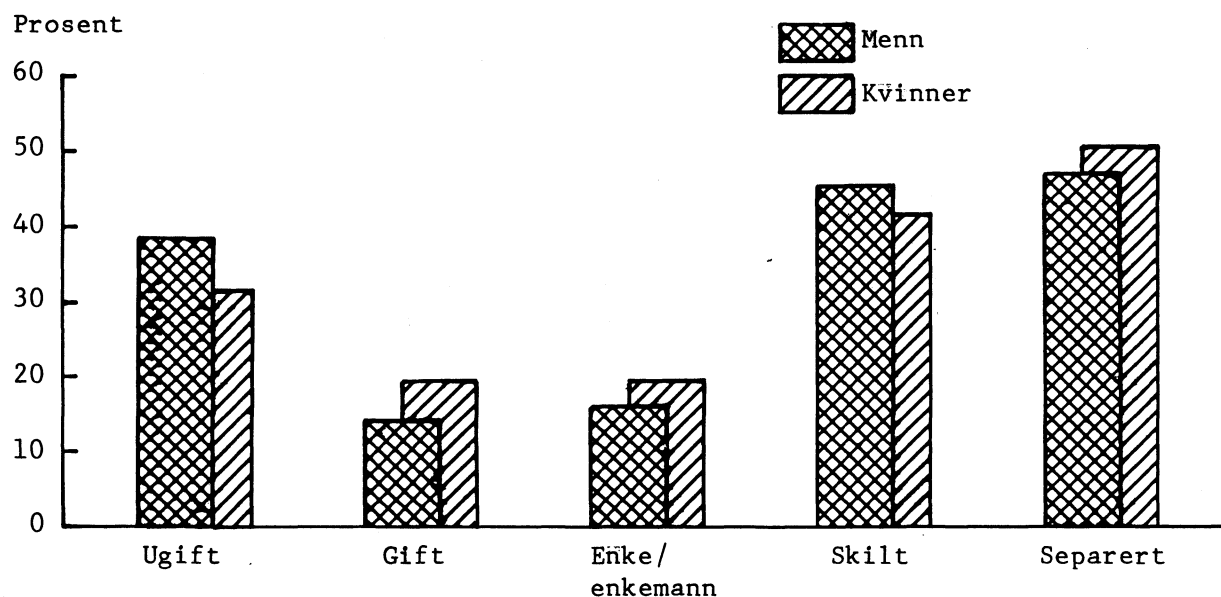
Det viser seg at fordelingen av mentale forstyrrelser, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet varierer i stor grad med ekteskapelig status, se figur 4.7.

Følgende tre trekk er klare:

1. Mentale forstyrrelser forekommer sjeldnere blant gifte/enker/enkemenn enn blant ugifte. Blant ugifte forekommer mentale forstyrrelser sjeldnere enn blant skilte/separerte.
2. Hjerte- og karsykdommer finnes hyppigere blant gifte/enker/enkemenn enn blant ugifte. Ugifte har hyppigere hjerte- og karsykdommer enn skilte/separerte, men forskjellen mellom ugifte og skilte/separerte er ikke stor.
3. Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet forekommer hyppigere blant gifte/enker/enkemenn enn blant ugifte/skilte/separerte.

Disse trekkene finner vi igjen for både menn og kvinner, men med visse modifikasjoner. For personer med mentale forstyrrelser er det liten forskjell for menn og kvinner, se figur 4.8. Gifte kvinner og enker har noe oftere mentale forstyrrelser enn gifte menn og enkemenn. Og omvendt har ugifte og skilte menn noe oftere mentale forstyrrelser enn ugifte og skilte kvinner.

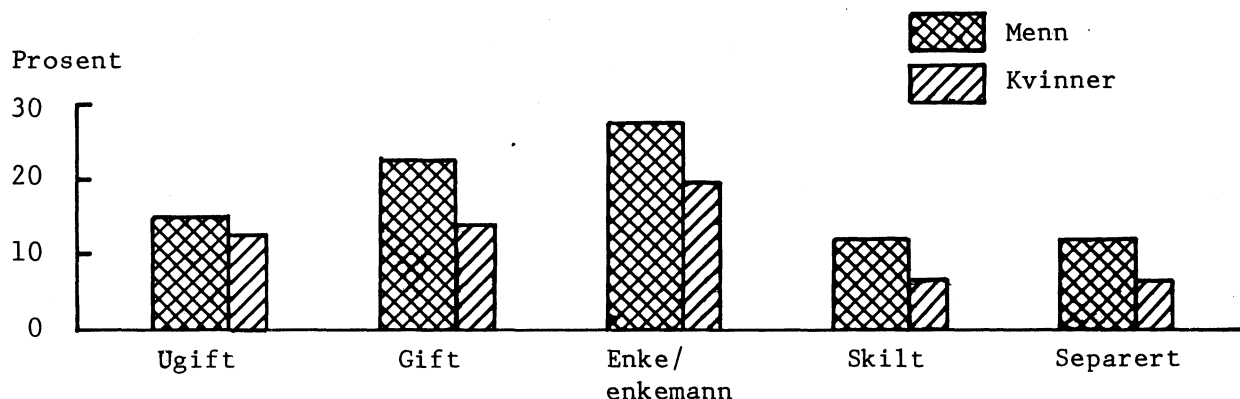
Figur 4.8. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapelig status. Prosent. 1977



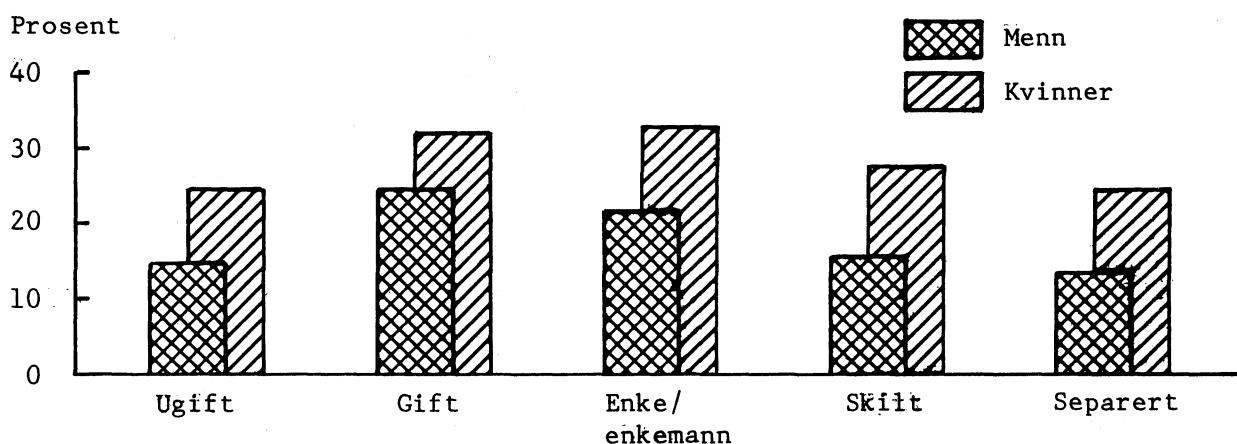
I diagnosegruppen mentale forstyrrelser finnes personer som er født med sin sykdom og det er en delforklaring på at denne sykdomstypen finnes hyppigere hos ugifte. Forskjellen mellom ugifte og gifte forsvinner imidlertid ikke om de medfødte forstyrrelsene tas ut av sammenligningsgrunnlaget. Menn og kvinner følger det samme mønster.

Blant nye mannlige uførepensjonister er hyppigheten av hjerte- og karsykdommer omtrent like stor for ugifte og skilte/separerte, og fra disse er det et sprang opp til de gifte og enkemennene, se figur 4.9. For nye kvinnelige uførepensjonister med slik diagnose er det hyppighetene for ugifte og gifte med slik sykdom som er nesten like store. Dette er det eneste eksemplet på at vi ikke finner forskjeller mellom ugifte og gifte for de diagnosene som undersøkes.

Figur 4.9. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapeleg status. Prosent. 1977



Figur 4.10. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn og ekteskapeleg status. Prosent. 1977



Av figur 4.9 ser vi også at nye mannlige uførepensjonister hyppigere har hjerte- og karsykdommer enn kvinner uansett ekteskapeleg status. Denne spesielle forskjellen i primærdiagnose bevares altså, men den er ikke like stor for ulik status.

Giftede og enker/enkemenn har hyppigere skjelett- og muskelsykdommer enn ugifte og skilte/separerte både blant menn og kvinner. Men forskjellen i hyppighet med slik sykdom mellom kjønnene finnes uansett status. Figur 4.10 viser hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer blant de nye uførepensjonistene for menn og kvinner.

Fordelingen av diagnosene varierer med alder, men dette ligger ikke bak de forskjeller som er funnet. Innen aldersgruppene finner vi i store trekk igjen forskjellene mellom diagnosefordelinger for gifte/enker/enkemenn og ugifte/skilte/separerte.

Tiltak som settes inn for å gi varig syke et alternativ til uførepensjon, bør derfor ta hensyn til at enslige i mye større grad har nervøse lidelser og andre mentale forstyrrelser enn de som er gift eller er enker/enkemenn.

4.3. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister i 1977

I hvilket omfang kommer uførepensjonister fra et tidligere arbeid? Spesielt er dette et dårlig kartlagt spørsmål for kvinner.

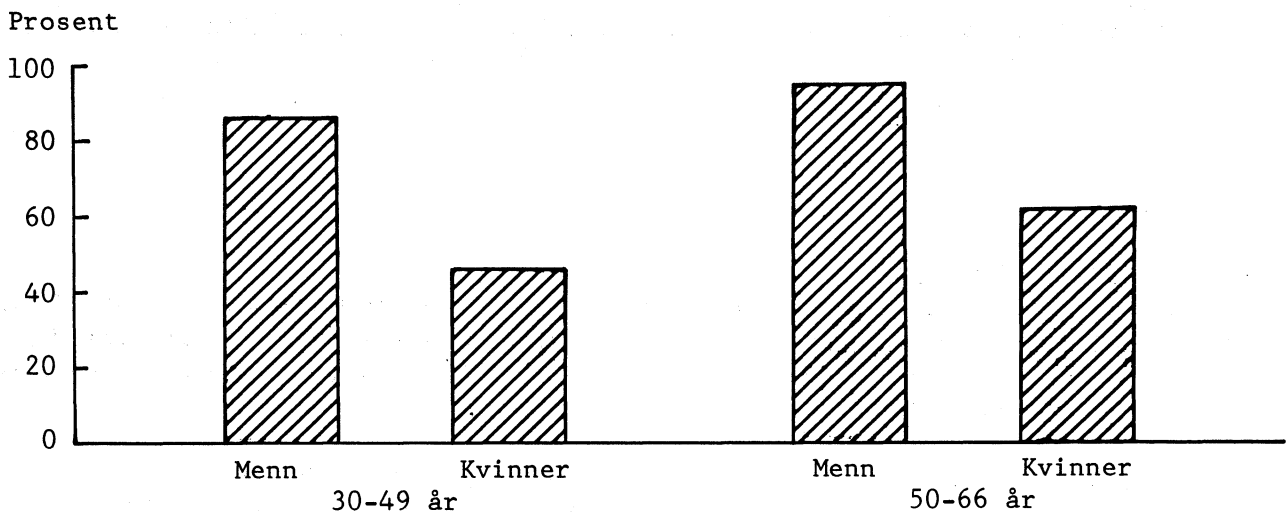
I sykdomsgruppen mentale forstyrrelser er det en del personer som er født med sin sykdom. Dette medførte at de i liten grad var aktuelle på arbeidsmarkedet tidlig i 1970-åra. I dette avsnittet bruker vi derfor en diagnoseinndeling hvor de medfødte sykdomstypene i gruppen mentale forstyrrelser ikke regnes med. I dette og en del senere avsnitt benyttes da betegnelsen nervøse lidelser istedenfor mentale forstyrrelser for å skille de to gruppene.

Siden yrkesaktivitet varierer med ekteskapeleg status i befolkningen, vil det være viktig å kontrollere sammenhengene mellom tidligere yrkesaktivitet og ekteskapeleg status også for de nye uførepensjonistene.

Siden det er 7 år mellom opplysningene om yrkesaktivitet og innvilgelse av uførepensjon, vil vi for de aller fleste nye uførepensjonistene ha fanget opp forholdet til arbeidsmarkedet før ervervsevnen ble redusert med over halvparten. Men det er mulig at noen allerede har redusert sin yrkesaktivitet på grunn av sykdom 7 år før uførepensjonering eller sluttet helt og at det bare er veien til å søke og få innvilget uførepensjon som har vært lang.

Blant nye mannlige uførepensjonister i alderen 30-49 år var det 86 prosent som var tidligere yrkesaktive, mens det for menn over 50 år var 95 prosent, se figur 4.11.

Figur 4.11. Yrkesaktivitet i 1970 blant nye uførepensjonister i 1977, 30-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977



Av nye kvinnelige uførepensjonister i alderen 30-49 år var det 46 prosent som var tidligere yrkesaktive. Blant nye kvinnelige uførepensjonister over 50 år var andelen tidligere yrkesaktive høyere, 62 prosent.

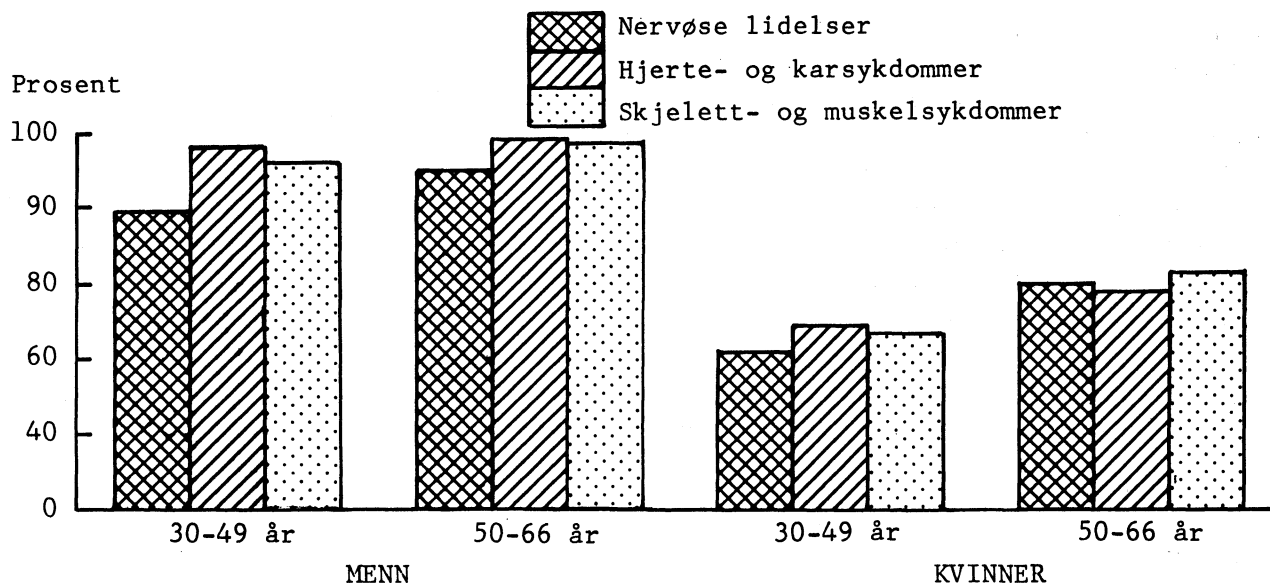
For menn i de to aldersgruppene er det nærliggende å si at hhv. 15 og 5 prosent av de nye uførepensjonistene er utestengt fra arbeidsmarkedet, og 85 og 95 prosent er skjøvet ut. For kvinner har vi ikke mulighet for å skille mellom de som aldri har vært aktuelle for arbeidsmarkedet og de som har vært aktuelle, men er blitt utestengt. Derfor må vi begrense oss til å si at hhv. 46 og 62 prosent ble skjøvet ut.

4.3.1. Tidligere yrkesaktivitet og sykdomstype

Tidligere yrkesaktivitet er forskjellig for sykdomstypene. Menn med nervøse lidelser er sjeldnere tidligere yrkesaktive enn menn med de to andre sykdomstypene. Forskjellen er størst for de yngste. Hhv. 20 og 10 prosent av nye mannlige uførepensjonister med nervøse lidelser i de to aldersgruppene er utestengt fra arbeidsmarkedet, se figur 4.12.

Også de yngste nye kvinnelige uførepensjonister med nervøse lidelser er sjeldnere tidligere yrkesaktive enn blant de to andre typer diagnose. For de eldste nye kvinnelige uførepensjonistene er andelen yrkesaktive størst for kvinner med skjelett- og muskelsykdommer, og andelen yrkesaktive er lik for kvinner med nervøse lidelser og hjerte- og karsykdommer.

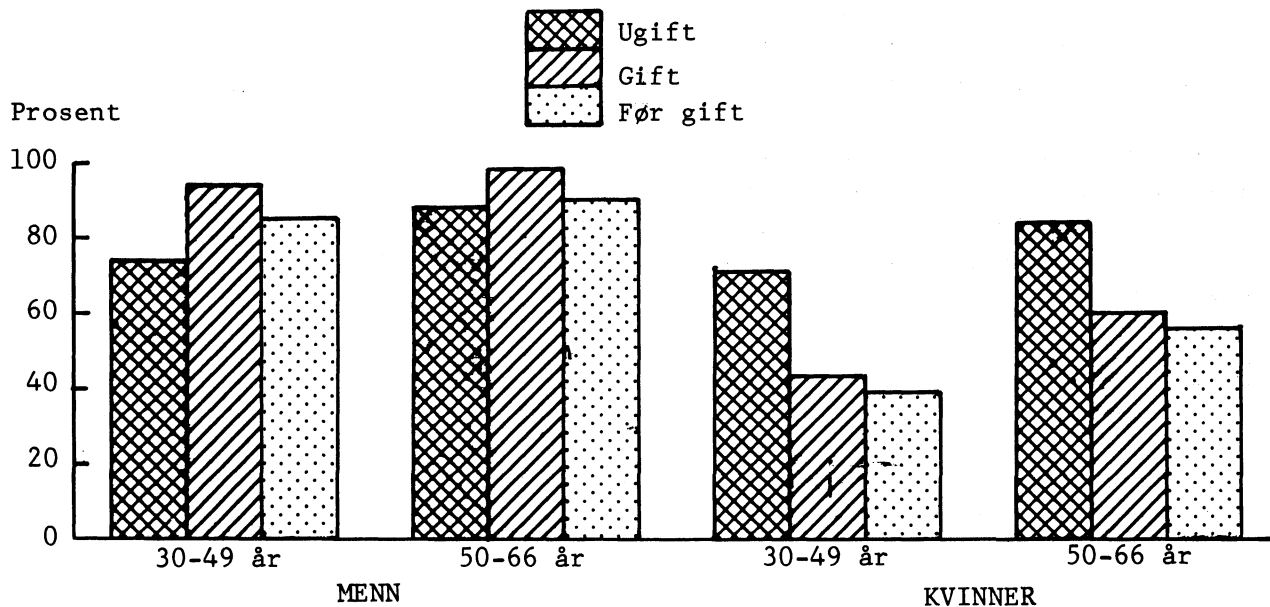
Figur 4.12. Yrkesaktivitet i 1970 blant nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent. 1977



4.3.2. Tidligere yrkesaktivitet og ekteskapelig status

Hyppheten av tidligere yrkesaktive er forskjellig for ulik ekteskapelig status, noe vi også finner i befolkningen som helhet. Blant ugifte menn som ble uførepensjonister i 1977 var bare 74 prosent yrkesaktive i aldersgruppen 30-49 år. Tilsvarende tall blant gifte var 94 prosent og blant før gifte 85 prosent, se figur 4.13.

Figur 4.13. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder og ekteskapelig status. Prosent. 1977

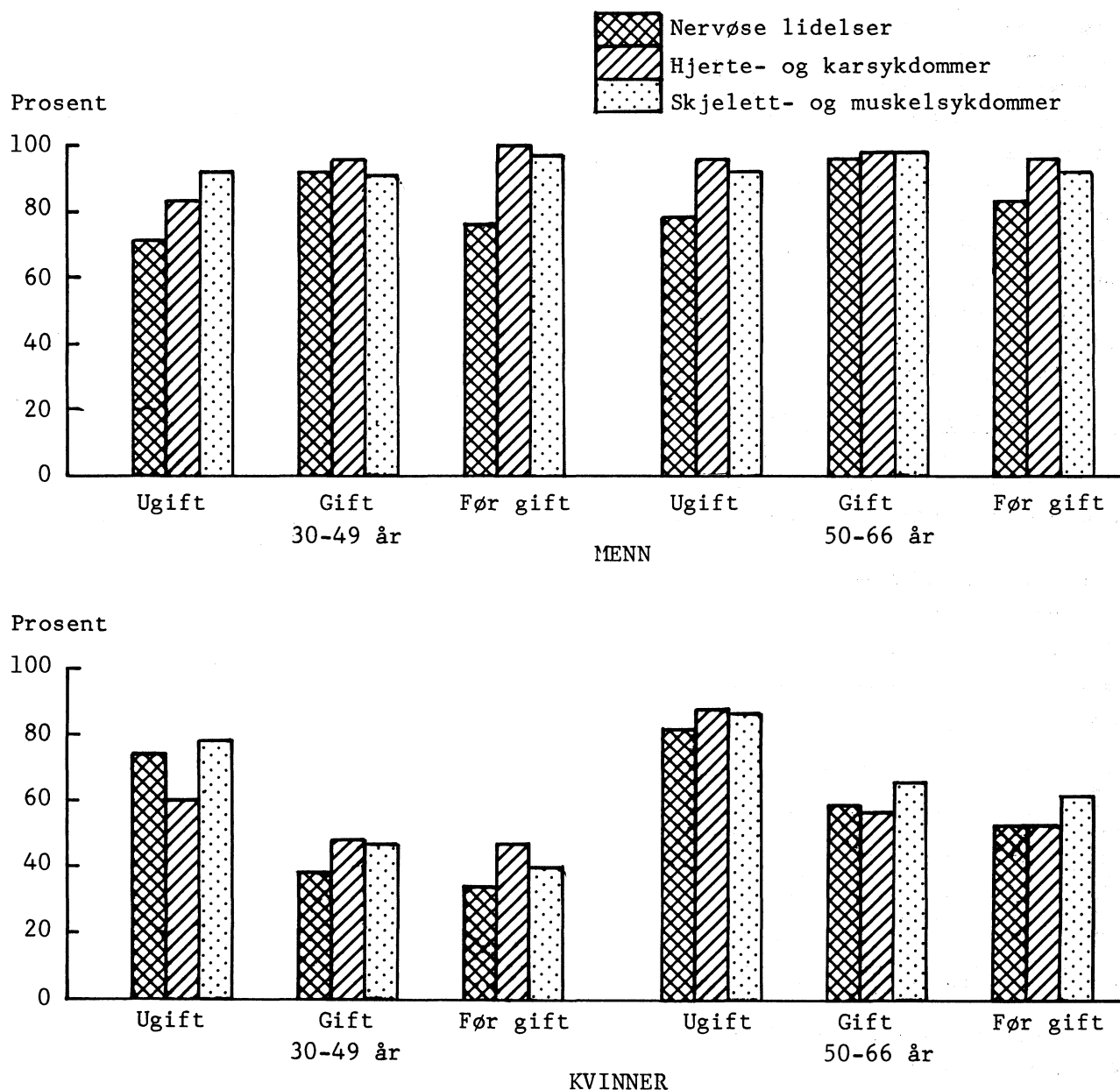


Blant nye kvinnelige uførepensjonister er det de ugifte som oftest var tidligere yrkesaktive, 71 prosent i aldersgruppen 30-49 år og 84 prosent i aldersgruppen over 50 år. De gifte hadde en markert lavere yrkesaktivitet, 43 prosent i den yngste gruppen og 60 prosent av de som er over 50 år var yrkesaktive i 1970. Lavest tidligere yrkesaktivitet hadde imidlertid de før gifte, hhv. 39 prosent og 56 prosent. Dette trekk finner vi ikke generelt for kvinner i befolkningen.

Siden tidligere yrkesaktivitet blant nye uførepensjonister med nervøse lidelser er lavere enn for andre og det er en høy andel med nervøse lidelser blant nye enslige uførepensjonister, kan det være den lave yrkesaktiviteten blant nye mannlige uførepensjonister med nervøse lidelser som er med på å trekke yrkesaktiviteten ned for enslige.

I figur 4.14 er hyppigheten av tidligere yrkesaktivitet gitt for personer med de ulike sykdommer og ekteskapelig status. For menn som ikke var gift er andelen tidligere yrkesaktive markert lavere blant de som hadde nervøse lidelser enn for de to andre sykdomstypene. For gifte var hyppigheten av tidligere yrkesaktive blant personer med nervøse lidelser også lavere enn for de to andre sykdomstypene, men forskjellen er ikke så stor, bare 2 prosentpoeng.

Figur 4.14. Yrkesaktivitet i 1970 for nye uførepensjonister, 30-66 år, i grupper for kjønn, alder, ekteskapelig status og diagnose. Prosent. 1977



Ellers er det et interessant trekk at tidligere yrkesaktivitet var høyere blant menn med hjerte- og karsykdommer enn blant menn med skjelett- og muskelsykdommer for de fleste kombinasjoner av alder og ekteskapeleg status. For ugifte menn under 50 år holder ikke dette. Tallet på observasjoner i denne gruppen er ikke stort, men blant de som faktisk er registeret i 1977 er andelen tidligere yrkesaktive bare 83 prosent. For gifte over 50 år var det ingen forskjell i tidligere yrkesaktivitet mellom de to sykdomstypene.

For nye kvinnelige uførepensjonister var sammenhengen mellom tidligere yrkesaktivitet, nervøse lidelser og det å være enslig ikke så klar som for menn. Tidligere yrkesaktivitet blant ugifte kvinner med nervøse lidelser var høyere enn for alle ugifte (30-49 år), men dette var den eneste gruppen hvor dette forekom. Ellers var tidligere yrkesaktivitet lavere for kvinner med nervøse lidelser enn andre kvinner når det er tatt hensyn til alder og ekteskapeleg status (sammenlign figurene 4.13 og 4.14).

For kvinner over 50 år med skjelett- og muskelsykdommer var tidligere yrkesaktivitet høy uansett ekteskapeleg status, mens for kvinner under 50 år med slik sykdom var andelen tidligere yrkesaktive høy for ugifte og gifte. Blant kvinner med hjerte- og karsykdommer er det ingen entydig sammenheng mellom tidligere yrkesaktivitet, alder og ekteskapeleg status.

5. OVERGANGSHYPPIGHETER TIL UFØREPENSJON I 1977

I forrige kapittel ble størrelsen av ulike grupper nye uførepensjonister beskrevet. Her skal vi sammenligne slike opplysninger med tilsvarende opplysninger for syke personer. Dette gir innsikt i hvilke grupper som hyppigere går over på uførepensjon enn andre grupper. Denne kunnskap, satt sammen med kunnskap om størrelsen av de tilsvarende grupper i befolkningen, gir et redskap for å vurdere hvor ressursene skal settes inn dersom en ønsker å forebygge de tilstander som medfører tilstrømming til uførepensjonsordningen.

Vi skal måle tilbøyeligheten for å gå over på uførepensjon med overgangshyppigheter. Overgangshyppigheter defineres som antall personer som går over på uførepensjon i løpet av ett år, dividert med antall som kan rekrutteres til uførepensjon samme år. Antall som kan gå over på uførepensjon i løpet av ett år kan enten defineres som alle personer uten uførepensjon i alderen 16-66 år, eller alle varig syke uten uførepensjon i samme aldersgruppe. Overgangshyppighetene kan beregnes innen forskjellige grupper, f.eks. for ulike sykdomstyper.

Definisjonen er bare en tilnærming til en mer presis matematisk definisjon.

5.1. Overgangshyppigheter til uførepensjon for befolkningen og for syke personer

Uførepensjonistene utgjorde 5,9 prosent av befolkningen i 1977 og andelen var like stor for menn og kvinner. Andelen uførepensjonister i befolkningen varierte fra 0,3 prosent for kvinner i alderen 16-19 år og opp til 30,7 prosent for menn i alderen 64-66 år, se tabell 5.1.

Tabell 5.1. Andel uførepensjonister i befolkningen i ulike aldersgrupper. Prosent. 1977

Alder	Alle	Menn	Kvinner
Alle	5,9	5,8	5,9
16-19 år	0,4	0,4	0,3
20-24 "	0,7	0,7	0,6
25-29 "	1,0	1,0	1,1
30-34 "	1,4	1,3	1,5
35-39 "	2,1	1,9	2,2
40-44 "	3,3	3,0	3,7
45-49 "	5,3	4,8	5,8
50-54 "	8,3	7,7	9,0
55-59 "	13,0	13,0	13,0
60-64 "	20,3	22,1	18,6
65-66 "	26,7	30,7	23,0

K i l d e: Trygdestatistikk Uføre 1977. Tabell 2.

Overgangshyppighetene til uførepensjonen i 1977 viser noe av det samme bilde mht. alder og kjønn, men størrelsen er naturligvis lavere, se tabell 5.2.

Overgangshyppigheten for personer over 60 år var mye høyere for menn enn for kvinner. I alderen 65-66 år var overgangshyppigheten for menn over dobbelt så høy som for kvinner.

Tabell 5.2. Andelen av befolkningen uten uførepensjon som fikk innvilget uførepensjon, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977

Alder	Alle	Menn	Kvinner
Alle	0,79	0,84	0,73
16-19 år	0,13	0,15	0,11
20-29 "	0,09	0,09	0,09
30-39 "	0,18	0,15	0,21
40-49 "	0,61	0,56	0,66
50-54 "	1,22	1,12	1,33
55-59 "	1,98	2,06	1,91
60-64 "	3,16	3,91	2,50
65-66 "	4,26	5,94	2,77

K i l l e: Trykdestatistikk Uføre 1977. Tabell 23.

Det ble i kapittel 3 argumentert for at det er varig syke mennesker som er rekrutteringsgrunnlag for uførepensjonsordningen. Tallene bør derfor beregnes som antall nye uførepensjonister dividert med antall varig syke uten uførepensjon. Fra Helseundersøkelsen 1975 er det utarbeidet tall som viser andelen personer med ulike langvarige sykdommer på intervju tidspunktet, se tabell 3.1. Langvarig sykdom skal ha vart 6 måneder eller mer. I aldersgruppen 25-44 år var det 42 prosent av mennene som oppgav at de hadde en langvarig sykdom og 48 prosent av kvinnene. I aldersgruppen 45-66 år var det 64 prosent av både menn og kvinner som oppgav at de led av en langvarig sykdom.

Tabell 5.3. Andelen av personer og syke personer uten uførepensjon som fikk innvilget uførepensjon, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977

Alder	Alle personer	Varig syke personer
Menn		
30-49 år	0,3	0,8
50-66 "	2,8	4,9
Kvinner		
30-49 år	0,4	0,9
50-66 "	2,1	3,6

I tabell 5.3 er overgangshyppighetene regnet ut i de aldersgrupper som blir brukt gjennomgående i denne rapporten. I venstre kolonne gis tall hvor alle personer uten uførepensjon er brukt i nevneren, mens i høyre kolonne er det gitt tall hvor varig syke uten uførepensjon er brukt i nevneren.

Uansett om rekrutteringsgrunnlaget er befolkning uten uførepensjon eller varig syke uten uførepensjon, har kvinner en litt større sjanse enn menn for å gå over på uførepensjon i aldersgruppen 30-49 år, mens det er omvendt i aldersgruppen 50-66 år. Spesielt har menn over 60 år en mye større sjanse for å gå over på uførepensjon enn kvinner.

5.2. Forhold som påvirker sammenligning mellom den syke befolkning og nye uførepensjonister

Ved utarbeidelse av resten av dette kapittel var det bare tabell 3.1 og tabellpublikasjonen fra Helseundersøkelsen 1975 (1977) som var tilgjengelig. Vi skal bruke de tallene som er publisert for varige syke der dette er mulig og ellers gi tall for syketilfelle. Dette innebærer inntil tre tilnæringer.

Bruk av tall for varig syke innebærer en noe annerledes aldersinndeling. Der det er nødvendig, blir det vurdert hvilken betydning dette har for resultatene.

Den andre tilnærming er at syke personers fordelinger på ulike kjennemerker erstattes med syketilfellenes fordeling etter de samme kjennemerker. Mange personer har flere enn ett syketilfelle og disse personer vil derfor være med flere ganger med ulike diagnoser.

For det tredje brukes altså tall for alle syketilfelle og ikke for de varige. Dette kan slå ulikt ut for ulike grupper. I Helseundersøkelsen 1985 (1987) viser det seg at andelen varig syke med mentale forstyrrelser er omtrent lik andelen syketilfelle av typen mentale lidelser. Men andelen varig syke med hjerte- og karsykdommer eller med skjelett- og muskelsykdommer er høyere enn andelen syketilfelle med tilsvarende sykdommer.

Et annet usikkerhetsmoment er at det allerede er en viss andel uførepensjonister i befolkningen som er intervjuet i helseundersøkelsen. Vi er primært interessert i å se på overganger fra det å være varig syk til å bli uførepensjonist, men vi har ingen mulighet for å plukke ut uførepensjonistene fra helseundersøkelsen. For de under 50 år vil andelen uførepensjonister være så lav at det ikke påvirker resultatene. For befolkningen over 50 år utgjorde uførepensjonistene ca. 14 prosent i 1975. Hvis diagnosefordelingen for disse avviker markert fra resten av befolkningen kan det påvirke konklusjonene som trekkes. Vi skal komme tilbake til den enkelte diagnosegruppe senere og diskutere hvilken vei innblandingen av diagnosefordelingen for allerede etablerte uførepensjonister vil påvirke resultatene.

I tallene som følger er definisjonene av nervøse lidelser, hjerte- og karsykdommer og sykdommer i skjelett- og muskelsystemet samsvarende med definisjoner i Helseundersøkelsen 1975. Definisjonene er derfor noe annerledes enn i avsnittene 4.1 og 4.2. Forskjellen mellom mentale forstyrrelser og nervøse lidelser er at de nervøse lidelsene ikke omfatter medfødte sykdommer. For de to andre sykdomstypene er imidlertid medfødte sykdommer tatt med i de respektive grupper i dette kapitlet. Dessuten er diagnoser basert på symptomer tatt med i alle tre gruppene.

Fordelingen av varig syke personer etter ekteskapelig status er ikke vesentlig forskjellig fra fordelingen av syketilfelle ifølge Helseundersøkelsen 1985 (1987). Dermed vil resultater basert på syketilfelle ikke være vesentlig ulike resultater for varig syke. Helseundersøkelsen grupperer alle før gifte sammen, mens vi fra avsnitt 4.2 vet at for nye uførepensjonister har gifte og enker/enkemenn like fordelinger av diagnoser. Nå betyr ikke det at enker/enkemenn følger samme mønster som gifte mht. overgang fra varig syk til ufør. Uføre enker/enkemenn vil i tillegg ofte ha valget mellom overgangsstonad/pensjon som etterlatt og uførepensjon.

For de nye uførepensjonistene i 1977 har vi opplysninger om de utførte inntektsgivende arbeid i perioden ett år før folketellingstidspunktet 1. november 1970. Det er beregnet tall for deltidsarbeid blant syke slik at definisjonen av yrkesaktivitet i Helseundersøkelsen 1975 kommer mest mulig nær definisjonen av tidligere yrkesaktivitet for de nye uførepensjonistene. Utgangspunktet har vært deltidsarbeid i 1970 og endringer i generell yrkesaktivitet fra 1970 til 1975. Dessuten er det tatt hensyn til at uførepensjonister også yter en viss arbeidsinnsats og at disse ikke kan rekrutteres til uførepensjonsordningen på nytt.

5.3. Overgangshyppigheter til uførepensjon for ulike sykdomstyper

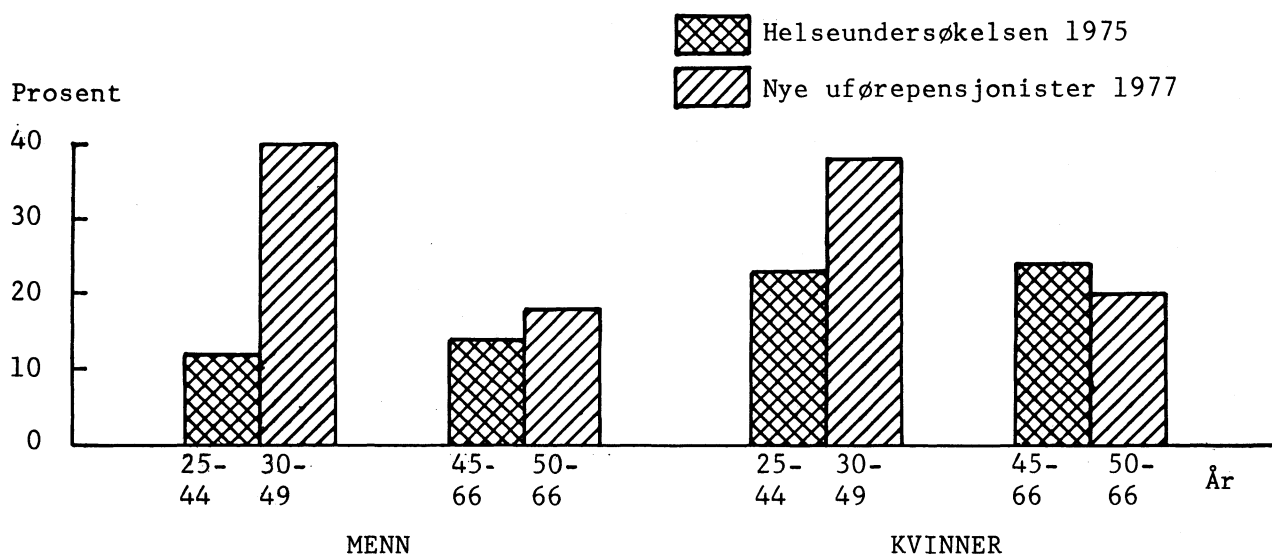
I avsnitt 5.1 ble det påvist at overgangshyppighetene varierte med kjønn og alder. Når en skal sammenligne overgangshyppigheter for ulike sykdomstyper gjøres dette for menn og kvinner innen de to aldersgruppene hver for seg. Dermed ser vi effekten av sykdomstypen innen gruppene for kjønn og alder. Sammenligninger med "gjennomsnittlig overgangshyppighet" er da i forhold til beregninger av overgangshyppigheter for menn og kvinner i de to aldersgruppene, hhv. 0,8 og 0,9 prosent for menn og kvinner i aldersgruppen 30-49 år og 4,9 og 3,6 prosent for menn og kvinner i aldersgruppen 50-66 år.

Nervøse lidelser er den sykdomstype hvor overgangshyppigheten er høyest, for menn i begge aldersgrupper og for kvinner 30-49 år. Overgangshyppigheten for menn, 30-49 år, er over tre ganger større enn gjennomsnittet. For kvinner, 30-49 år, med nervøse lidelser er overgangshyppigheten 60 prosent høyere enn gjennomsnittet. Se figur 5.1 over andelen med nervøse lidelser blant varig syke og nye uførepensjonister.

Alle figurene viser andeler eller hyppigheter for varig syke og nye uførepensjonister og ikke selve overgangshyppighetene. I vedlegg 1 er sammenhengen mellom hyppigheter og overgangshyppigheter forklart. Figurene gir oss tilleggsinformasjon om omfanget av de ulike sykdomstyper etc. i de to populasjoner som sammenlignes.

For menn over 50 år med nervøse lidelser er overgangshyppigheten ca. 25 prosent høyere enn gjennomsnittlig, mens den for kvinner i samme aldersgruppe er ca. 15 prosent lavere enn gjennomsnittlig. Dette kan tyde på at det er vanskeligere for kvinner enn for menn å få uførepensjon med denne sykdomstype.

Figur 5.1. Hyppighet av varig syke og nye uførepensjonister med diagnosen nervøse lidelser, i grupper for kjønn og alder. Prosent

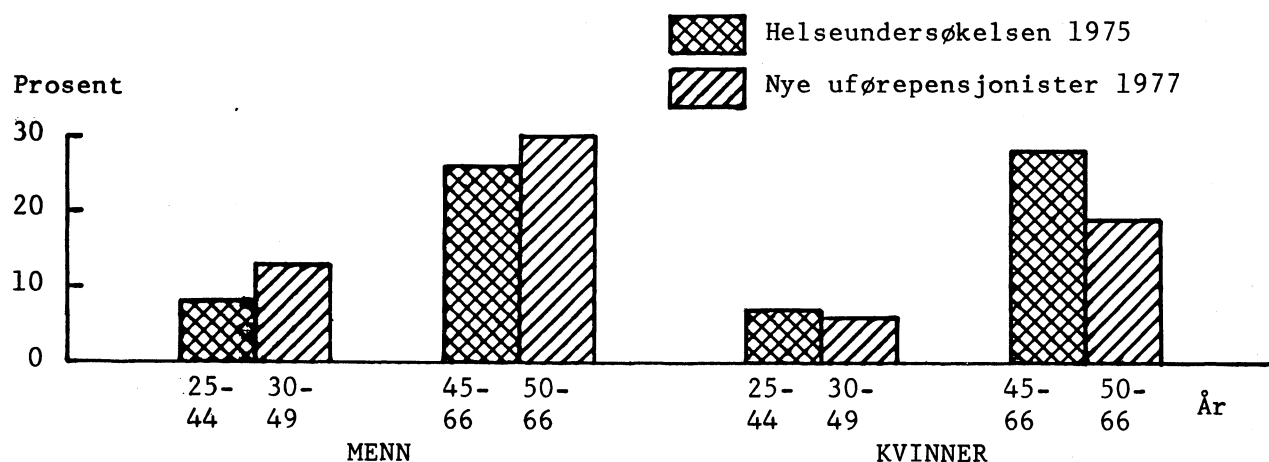


De beregnede tall er minimumstall fordi en del av de helseundersøkelsen har registrert med nervøse lidelser allerede er uførepensjonister.

For menn med hjerte- og karsykdommer er overgangshyppigheten til uførepensjon over gjennomsnittet i begge aldersgrupper. For kvinner under 50 år kan vi ikke påstå at det er noen forskjell fra gjennomsnittet, mens kvinner over 50 år med hjerte- og karsykdommer har en høyere overgangshyppighet enn gjennomsnittet.

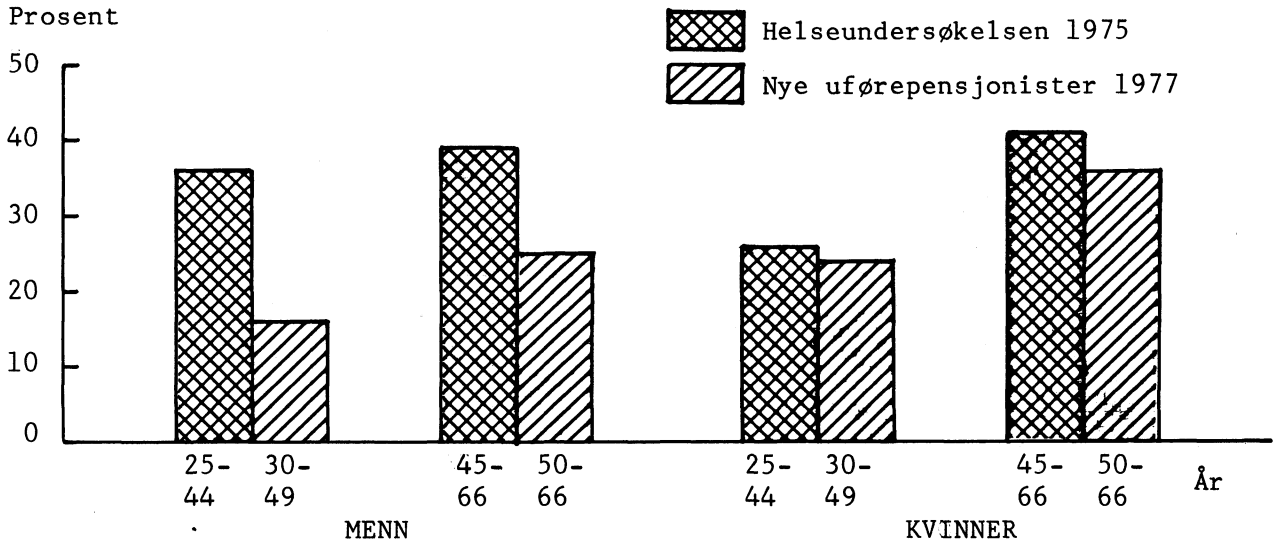
Uførepensjonister med hjerte- og karsykdommer som er med i helseundersøkelsen forstyrrer ikke resultatene over hvis de er representert i samme omfang som de finnes i befolkningen.

Figur 5.2. Hyppigheten av varig syke og av nye uførepensjonister med hjerte- og karsykdommer, i grupper for kjønn og alder. Prosent



For sykdommer i skjelett- og muskelsystemet er overgangshyppighetene annerledes enn for de to andre sykdomstypene, se figur 5.3. For menn med slik diagnose er overgangshyppigheten til uførepensjon klart lavere enn gjennomsnittlig i begge aldersgrupper. Dette endres ikke når en tar hensyn til at det er uførepensjonister i befolkningen med slik diagnose. Forskjellen blir bare større.

Figur 5.3. Hyppigheten av varig syke og av nye uførepensjonister med skjelett- og muskelsykdommer, i gruppen for kjønn og alder. Prosent



Kvinner under 50 år med skjelett- og muskelsykdommer kan vi ikke påstå har en overgangshyppighet ulik gjennomsnittet. For kvinner over 50 år med skjelett- og muskelsykdommer er overgangshyppigheten lavere enn gjennomsnittlig.

Overgangshyppigheten til uførepensjon varierer altså med sykdomstypen, i tillegg til at vi har variasjoner for menn og kvinner i ulike aldersgrupper.

Er det så noe ved sykdommens art som kan forklare hvorfor overgangshyppighetene er så ulike for sykdomstypene? Personer med nervøse lidelser møter et helsevesen som har dårlig kapasitet for denne type sykdom. Ventetiden for å få plass hos psykiatere og psykologer er lang og behandlingstiden er også lang med et uvisst utfall. En eventuell posisjon i arbeidslivet kan derfor være vanskelig å forsvare og vanskelig å komme tilbake til. I mange tilfelle kan det være nettopp det å være i arbeid som framstår som problemet. At kvinner over 50 år ikke har en høyere overgangshyppighet enn gjennomsnittlig kan forklares ved at denne sykdomstypen i stor utstrekning kan kombineres med husarbeid. Nå er ikke sykdomsbildet likt for gruppen med nervøse lidelser. Her vil en finne alt fra mindre tunge nervøse tilstander eventuelt kombinert med andre sykdommer til alvorlige psykotiske tilstander.

Menn med hjerte- og karsykdommer gikk hyppigere over på uførepensjon enn gjennomsnittlig. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er høy, men det er også sykdomstyper som mange lever med. I perioden fram til slutten av 70-tallet var det mer vanlig at slike sykdommer ikke skulle kombineres med yrkesaktivitet. Men det ser ut til at det er lettere for menn å få uførepensjon med slik sykdom enn for kvinner med slik sykdom.

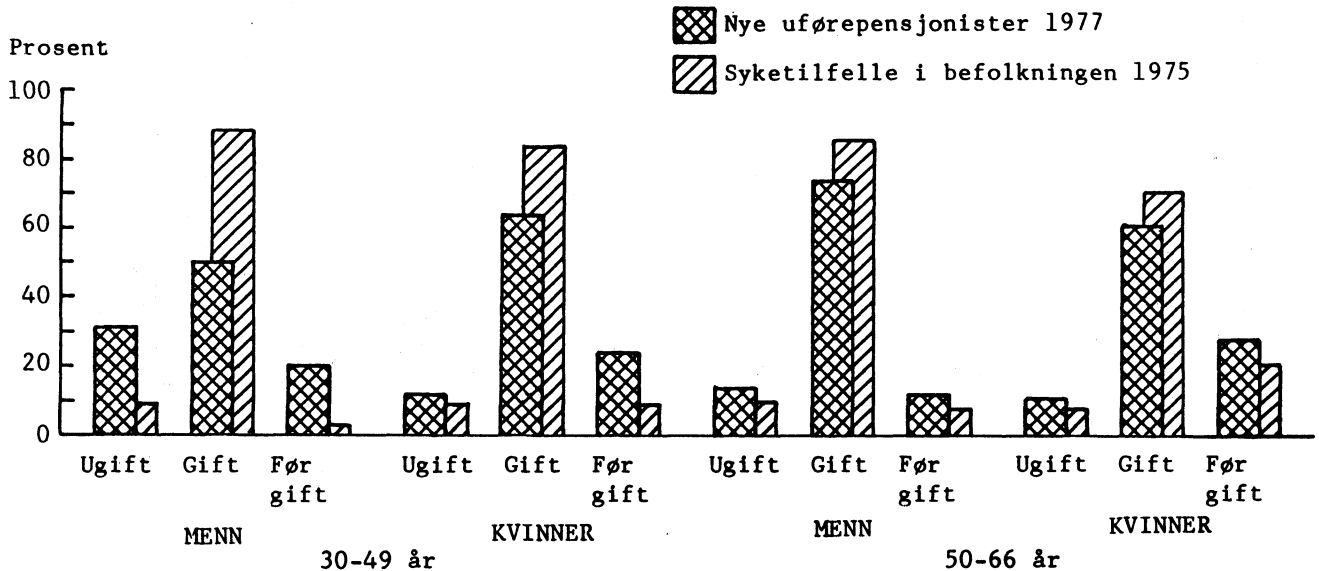
Skjelett- og muskelsykdommene er en sammensatt gruppe av sykdommer. Rygglidelser og muskeloverbelastninger setter mange ut av arbeid i perioder, men helsevesenet, tiden og attføringsapparatet kan få mange tilbake i arbeid igjen. Hvorfor hadde så ikke kvinner under 50 år en lavere overgangshyppighet enn gjennomsnittet på samme måte som menn og kvinner over 50 år? Følgende forhold kan være utslagsgivende for det som er observert:

- Sykdommene er mer alvorlige for kvinner enn menn.
- Sykdommen har oppstått i en yrkesaktiv posisjon som det ikke er mulig å rehabilitere dem tilbake til.
- Sykdommen kan i mindre grad kombineres med husarbeid og dermed vil ikke-yrkesaktive lettere få uførepensjon.
- Mulighetene og motivasjonen for attføring er større for menn.

5.4. Overgangshyppigheter til uførepensjon for ulike ekteskapelig status

Overgangshyppigheten til uførepensjon er lavere for gifte enn andre, uansett kjønn og alder. At det er så få gifte uførepensjonister i denne gruppen i forhold til i befolkningen skyldes derfor at tilgangen av gifte er lav.

Figur 5.4. Nye uførepensjonister 1977 og syketilfelle 1975 etter ekteskapelig status, i grupper for kjønn og alder



For begge kjønn var overgangshyppigheten høyere for både ugifte og før gifte enn for gifte. I forhold til gjennomsnittlig overgangshyppighet innen aldersgruppen, hadde de skilte og separerte en høyere overgangshyppighet enn de ugifte. Unntaket er kvinner over 50 år. For disse var overgangshyppigheten relativt like høy for ugifte og skilte/separerte.

De uførepensjonister som er i befolkningen og eventuelt er intervjuet i helseundersøkelsen kan som tidligere nevnt ikke rekrutteres til uførepensjonsordningen på nytt. I figur 3.3 er det vist at gifte er underrepresentert blant alle uførepensjonister og en korreksjon av fordelingen i den syke befolkning ved å ta ut uførepensjonistene vil ha som resultat at andelen gifte blir enda høyere for den syke befolkning. Og dermed blir forskjellene og overgangshyppighetene for gifte enda større enn de som framgår av figur 5.4 over.

5.4.1. Variasjon i overgangshyppigheter etter ekteskapelig status og diagnose

Nå vet vi fra avsnitt 5.3 at overgangshyppigheten til uførepensjon varierer med diagnose. Siden gifte har andre fordelinger av sykdomstyper enn ugifte/før gifte, er det mulig at den forskjellen i overgangshyppighet som er observert for gifte og ugifte/før gifte har sin bakgrunn i ulike sykdomsfordelinger.

Det viser seg at forskjellen på overgangshyppigheter for gifte og ugifte/før gifte er til stede for alle tre diagnosegruppene. I figur 5.5 vises fordelingen etter ekteskapelig status for syketilfelle og for nye uførepensjonister. Hyppigheten av gifte er lavere blant de nye uførepensjonistene enn for de syke uansett sykdomstype. Dette gjelder særlig menn, 30-49 år, med nervøse lidelser.

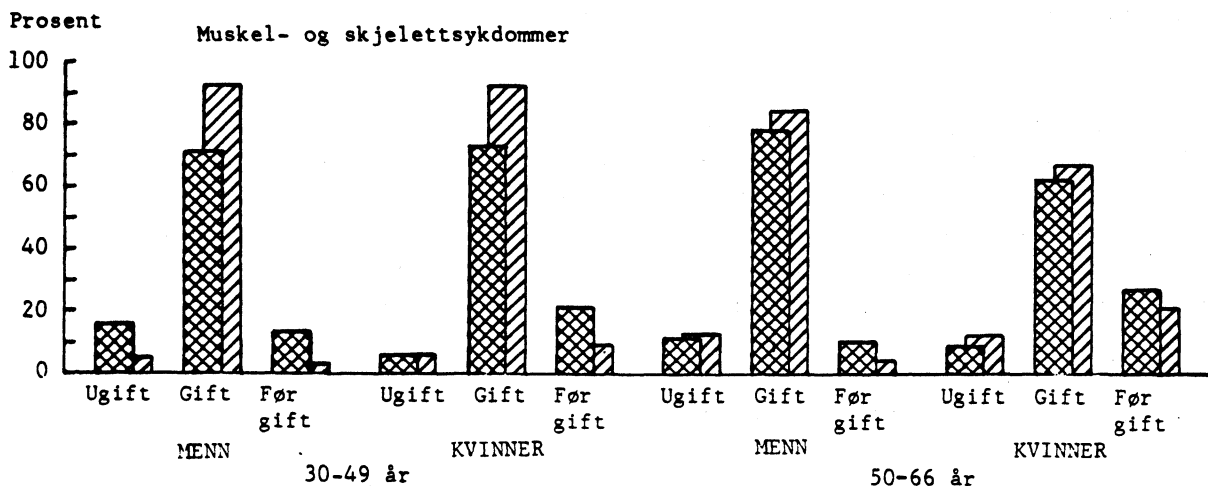
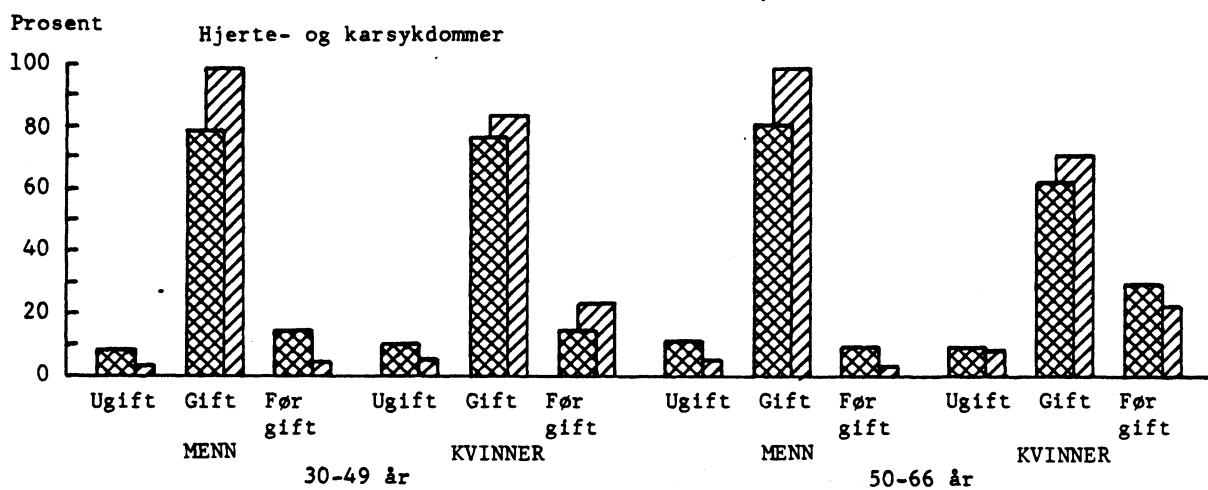
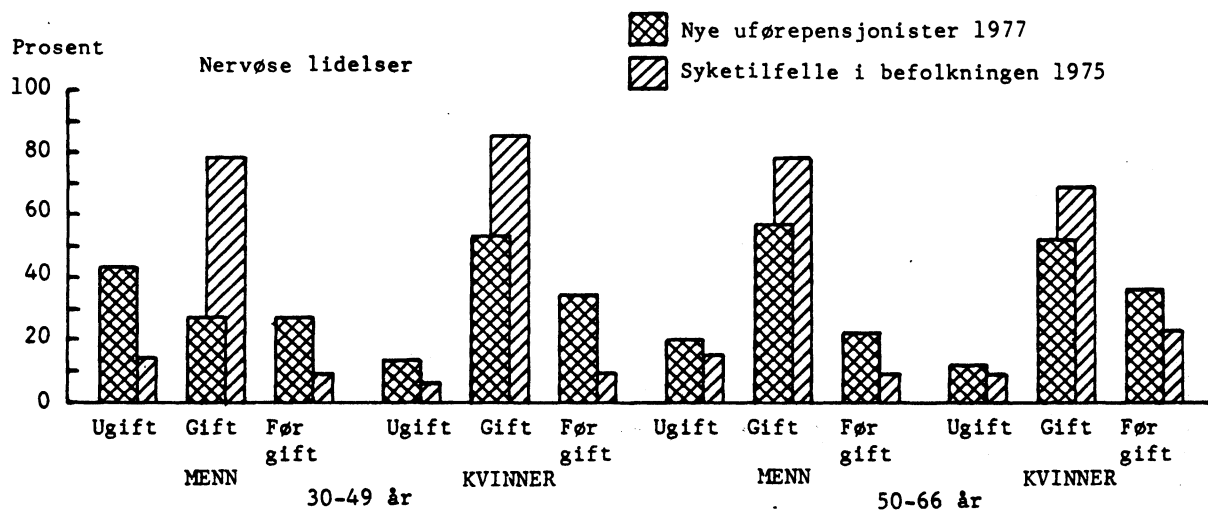
Hvis dette er et stabilt trekk ved overgangen fra syk til uførepensjonsordningen vil den stadig økende andel enslige i befolkningen føre til at rekrutteringen til uførepensjon vil øke. Før gifte har en større sykdomshyppighet enn gifte og dessuten går både ugifte og før gifte hyppigere over på uførepensjon enn gifte.

Det er bare to grupper gifte som vi ikke kan påstå har en lavere overgangshyppighet enn andre selv om andelen gifte er lavere blant nye uførepensjonister enn blant varig syke. Det er for kvinner under 50 år med hjerte- og karsykdommer og for kvinner over 50 år med skjelett- og muskelsykdommer. For alle de andre grupper i figur 5.5 kan vi påstå at gifte sjeldnere går over på uførepensjon.

Det ser altså ut til at ekteskapet har en funksjon, enten som støtte til helbredelse, som forsørgelsessted for syke mennesker, at det gir mulighet for å kombinere sykdom og arbeid og/eller at

gifte har større problemer med å få uførepensjon. De to siste begrunnelsene ville medført at gifte kvinner var mer underrepresentert enn gifte menn. For gitt diagnose, kjønn og alder kan vi imidlertid ikke se en slik tendens. Det er imidlertid mulig at forklaringene kan være forskjellig for menn og kvinner. For menn kan det være helbredelsesforklaringen som er viktigst og for kvinner de to andre.

Figur 5.5. Nye uførepensjonister 1977 og syketilfelle 1975 etter ekteskapelig status, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent



5.5. Overgangshyppigheter til uførepensjon for yrkesaktive

Yrkesaktiviteten blant syke er beregnet utifra publiserte tall over syketilfelle for yrkesaktive fra Helseundersøkelsen 1975, og oppgaver fra Folketellingen 1970 over yrkesaktivitet av 1-19 timers varighet.

Når vi skal trekke inn yrkesaktivitet for syke med de ulike diagnosene, gjør vi følgende tilleggsantakelser i beregningene av yrkesaktivitet blant syke uten uførepensjon: At andelen som arbeidet deltid var lik uansett type sykdom, at uførepensjonister som ble intervjuet i Helseundersøkelsen 1975 oppgav et syketilfelle som svarer til den diagnosegruppen de ble uførepensjonert for, og at andelen yrkesaktive uførepensjonister er lik den andel som hadde pensjonsgivende inntekt.

5.5.1. Yrkesaktive under 50 år

Yrkesaktive menn gikk sjeldnere over på uførepensjon enn de som ikke var tidligere yrkesaktive i aldersgruppen 30-49 år. I den syke befolkning var 97 prosent yrkesaktive, mens 86 prosent av de nye mannlige uførepensjonister var tidligere yrkesaktive, se figur 5.6.

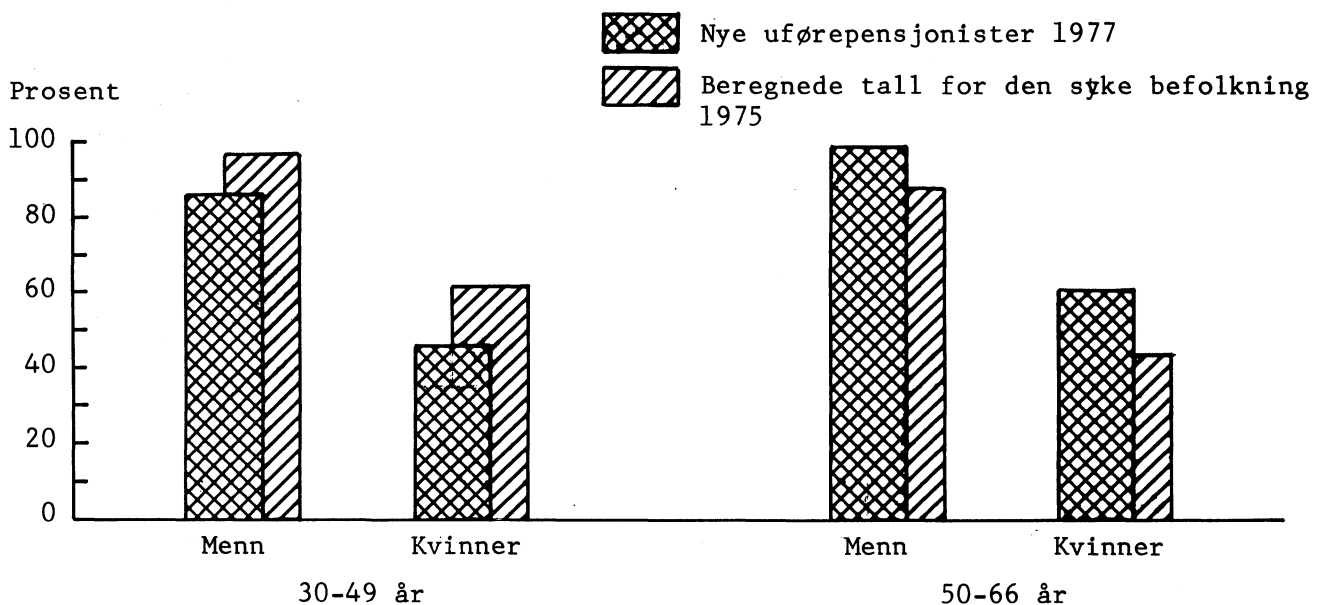
Blant syke kvinner under 50 år var 62 prosent yrkesaktive, mens av de nye kvinnelige uførepensjonistene i denne gruppen var 46 prosent tidligere yrkesaktive. Dermed er også overgangshyppigheten for yrkesaktive kvinner lavere enn for de ikke-yrkesaktive i denne aldersgruppen.

Hvis det er slik at ikke-yrkesaktive gjennomsnittlig har flere syketilfelle enn de som er yrkesaktive (uførepensjonister ikke medregnet) vil dette bety at yrkesaktiviteten er enda høyere i den syke befolkning enn figur 5.6 viser og resultatet enda mer slående.

Hvem er de syke som ikke er yrkesaktive? Blant menn vil det være en liten gruppe under utdanning, det vil være menn under attføring og menn med sosialhjelp som inntektskilde. Dessuten er det en del menn som forsørgeres av familien. Ved sykdom vil de tre siste gruppene være et naturlig rekrutteringsgrunnlag for uførepensjonsordningen. Det tar imidlertid lang tid fra menn er ute av arbeidsmarkedet (eller ikke kommer inn) til de blir uførepensjonert, 7 år er perioden i dette materialet. Alle som var yrkesaktive i 1970 og framover til f. eks. 1974 før de sluttet i arbeidslivet har vi registrert som yrkesaktive.

For yrkesaktive menn er det mange krefter som vil beholde dem på arbeidsmarkedet, spesielt når de er under 50 år. Egne og andres forventninger, egen fleksibilitet og attføringsapparatet er noen faktorer.

Figur 5.6. Yrkesaktivitet blant nye uførepensjonister og i den syke befolkning, i grupper for kjønn og alder. Prosent



Den største gruppen av ikke-yrkesaktive kvinner vil være forsørget av ektemenn eller annen familie. I tillegg vil det være en gruppe som har samme forsørgingsgrunnlag som ikke-yrkesaktive menn. Det er derfor mer forbausende at ikke-yrkesaktive kvinner har en større sjanse for å få uførepensjon enn de yrkesaktive. Vi har tidligere argumentert for at yrkesaktivitet vil være en positiv faktor for kvinner for å få uførepensjon, men det ser ikke slik ut for kvinner under 50 år.

5.5.2. Yrkesaktive over 50 år

For personer over 50 år var overgangshyppigheten for yrkesaktive høyere enn for andre og dermed mer i tråd med det som var forventet. For menn var yrkesaktiviteten i den syke befolkning 88 prosent og blant nye uførepensjonister 95 prosent. For kvinner var yrkesaktiviteten i den syke befolkning 44 prosent og blant nye uførepensjonister 61 prosent.

Her ser vi altså at de yrkesaktive hyppigere gikk over på uførepensjon enn de som ikke var yrkesaktive. Har vi fanget opp det vesentlige aldersskillet i arbeidslivet i prosesser hvor mennesker ønskes og ikke ønskes? Og skillet mellom når personen selv ønsker en pensjonering og når de ikke gjør det?

En mulig forklaring er at det ikke nødvendigvis er mindre rekrutteringsgrunnlag blant de ikke-yrkesaktive, men at kreftene som driver yrkesaktive ut av arbeidsmarkedet er så mye sterkere enn for de yngre. Samtidig gir det næring til tanken om at gifte kvinner over 50 år uten inntektsgivende arbeid har små sjanser for å gå over på uførepensjon.

5.5.3. Overgangshyppigheter for yrkesaktive med ulike sykdommer

Yrkesaktiviteten blant de nye uførepensjonistene varierte med type sykdom. Det gjorde den også for syke mennesker. Menn med nervøse lidelser har en lavere yrkesaktivitet enn menn med hjerte- og karsykdommer eller skjelett- og muskelsykdommer. Ved videre overgang til uførepensjon var overgangshyppigheten for yrkesaktive menn under 50 år med nervøse lidelser og skjelett- og muskelsykdommer lavere enn for ikke-yrkesaktive med de samme sykdommer, se figur 5.7.

Vi ser derfor tre ulike situasjoner for menn under 50 år:

Menn med nervøse lidelser var sjeldnere yrkesaktive enn andre menn og overgangshyppigheten til uførepensjon var lavere for yrkesaktive enn for menn som ikke var yrkesaktive.

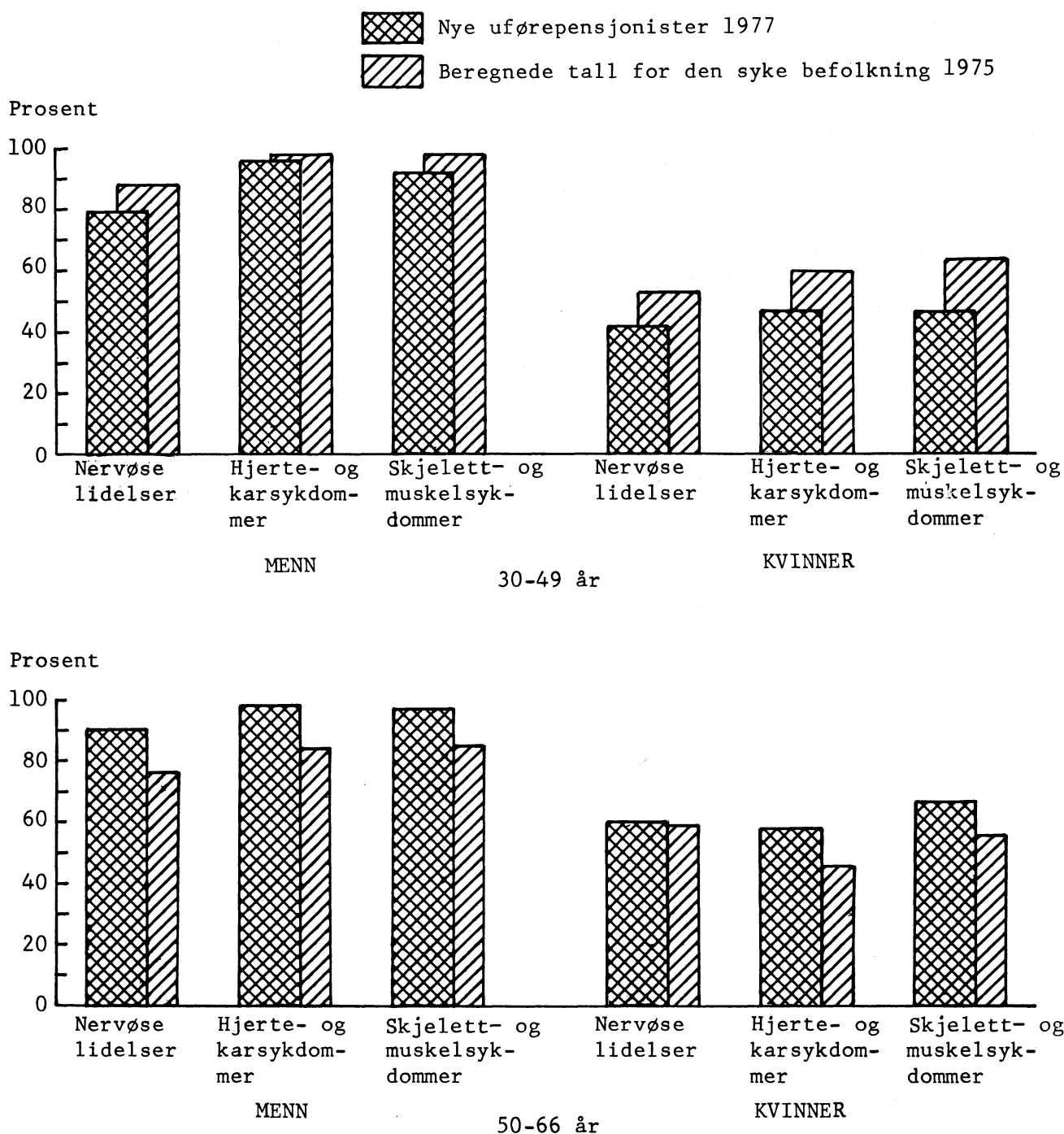
For menn med hjerte- og karsykdommer var overgangshyppigheten lik for yrkesaktive og andre og den lave overgangshyppighet for yrkesaktive menn finner vi derfor ikke for denne sykdomsgruppen.

For menn med skjelett- og muskelsykdommer var overgangshyppigheten større for ikke-yrkesaktive enn for yrkesaktive.

Selv om både yrkesaktive menn med nervøse lidelser og med skjelett- og muskelsykdommer er underrepresentert i forhold til de ikke-yrkesaktive, er det trolig to ulike prosesser som pågår. Vi vet at menn med nervøse lidelser er overrepresentert blant nye uførepensjonister og menn med skjelett- og muskelsykdommer er underrepresentert (avsnitt 5.3). Menn med nervøse lidelser kan ha et lengre opphold mellom yrkesaktiviteten og tilståelse av uførepensjon, dvs. at de støtes ut uten at de fanges umiddelbart opp av uførepensjonsordningen. Dette kan også bety at noen får nervøse lidelser av å være yrkespassive. For menn med skjelett- og muskelsykdommer er det krefter som binder disse til arbeidsmarkedet, f. eks. er attføringsapparatet i stor grad innrettet på å behandle personer med slike sykdommer. De blir helbredet eller arbeider kanskje videre med sin sykdom. Ved bedriftsnedleggelse vil det imidlertid bli slike grupper som får størst problemer med å få nytt arbeid og som fanges opp av uførepensjonsordningen når tidene på arbeidsmarkedet blir vanskelige.

For kvinner under 50 år hadde de yrkesaktive en lavere overgangshyppighet enn andre for alle tre diagnosetyper. Yrkesaktiviteten blant syke kvinner er lavest for de som har nervøse lidelser og det gjelder også for de nye uførepensjonistene i denne gruppen.

Figur 5.7. Yrkesaktivitet for nye uførepensjonister og i den syke befolkning, i grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent



I datasettet for 1977 er det ikke mulig å se om sykdommene har inntruffet før eller etter yrkesaktiviteten har opphørt. For nye uførepensjonister i 1983 har vi bedre muligheter til å studere dette.

For menn og kvinner over 50 år er yrkesaktive overrepresentert uansett kjønn og diagnosegruppe. Unntaket fra denne regelen er kvinner med nervøse lidelser som har samme andel yrkesaktive i den syke befolkning som blant nye uførepensjonister (figur 5.7). Dette betyr ikke at andre grupper ikke får uførepensjon, for kvinner er det 30-40 prosent som ikke er tidligere yrkesaktive. Utstøtingen fra arbeidsmarkedet forekommer imidlertid hyppigere enn overganger fra en tilværelse uten tilknytning til arbeidsmarkedet.

6. NYE UFØREPENSJONISTER 1983 OG ENDRINGER FRA 1977 TIL 1983

I dette kapitlet beskrives sammensetningen av gruppen nye uførepensjonister i 1983 etter de samme kjennetegn som er beskrevet for de nye uførepensjonistene i 1977. Dermed kan vi se hva som er stabile trekk og hva som endres i sammensetningen av gruppen.

Hovedresultatene er her presentert i avsnittene 6.1.1, 6.2, 6.3 og 6.4. Resten av kapitlet er mer detaljorientert for den spesielt interesserte leser.

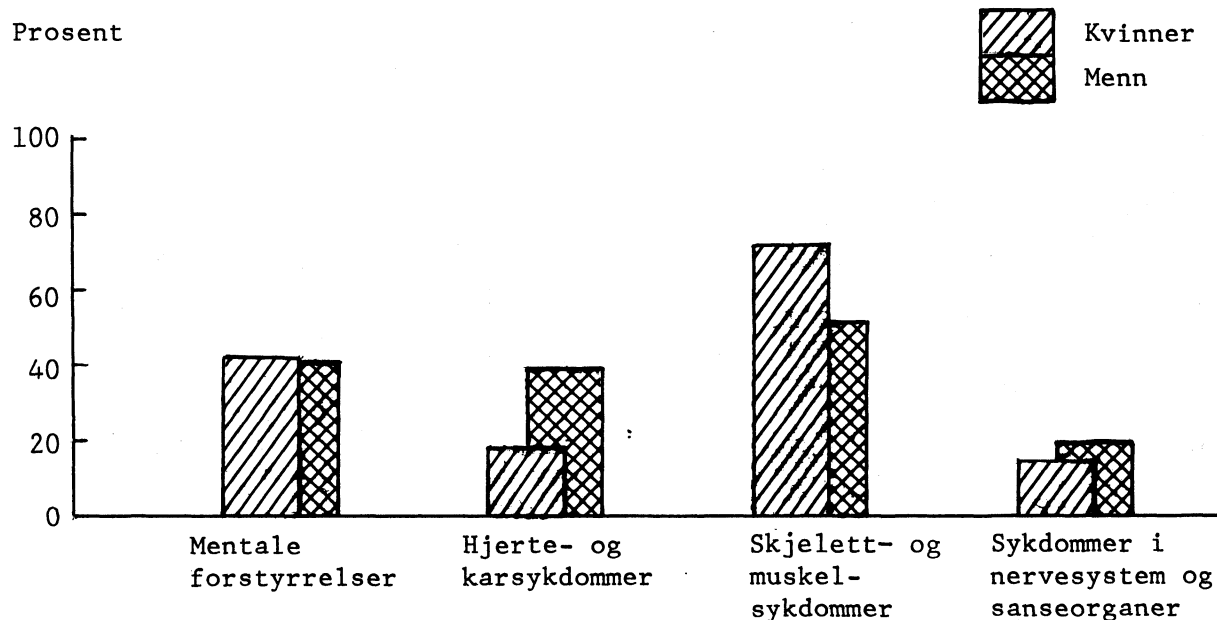
6.1. Endringer i alders-, kjønns- og sykdomsmønster

De nye uførepensjonistene i 1983 har nøyaktig den samme aldersfordeling som i 1977. 81 prosent var i aldersgruppen 50-66 år og de resterende 19 prosent i alderen 30-49 år. Andelen nye mannlige uførepensjonister over 50 år var 85 prosent og andelen kvinnelige nye uførepensjonister var 77 prosent. Dette er også minimale avvik fra situasjonen i 1977. Fordelingen etter kjønn var også lik i 1977 og 1983, det er fortsatt 52 prosent menn blant de nye uførepensjonistene. Det blir gitt resultater for aldersgruppen 20-66 år der dette er naturlig, men for sammenligning med tall for 1977 blir det vesentlig brukt tall for aldersgruppen 30-66 år.

6.1.1. Hyppigheter av ulike primærdiagnoser

Hyppigheten av de fire hovedtypene av sykdommer har endret seg noe, se figur 6.1. Hyppigheten av mentale lidelser har gått noe ned fra 1977 til 1983. For kvinner er den sunket fra 24 prosent i 1977 til 21 prosent i 1983. For menn er reduksjonen uvesentlig, fra 21 til 20 prosent.

Figur 6.1. Hyppighet av fire hovedtyper av primærdiagnoser for nye uførepensjonister, 20-66 år, i grupper for kjønn. Prosent. 1983

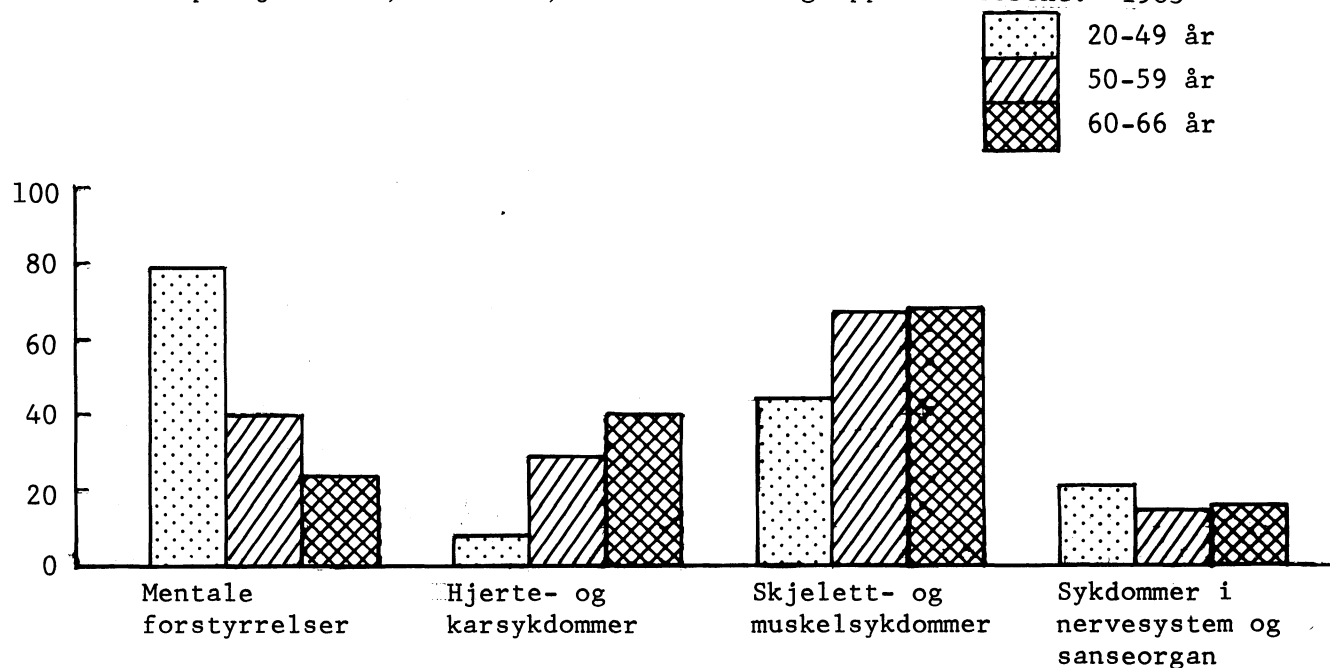


Hyppigheten av diagnosetyperne hjerte- og karsykdommer og sykdommer i nervesystem og sanseorganer er også redusert. Endringen er størst for kvinner med hjerte- og karsykdommer.

Den lavere hyppighet av de overnevnte sykdommer motsvares av en økning i hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer. Hyppigheten av slik sykdom blant nye kvinnelige uførepensjonister økte fra 31 til 36 prosent på seks år. For nye mannlige uførepensjonister økte hyppigheten av slik sykdom fra 22 til 26 prosent i samme periode.

Sammenligningen mellom 1977 og 1983 påvirkes noe av at i datasettet fra 1977 var nedre aldersgrense 30 år, mens vi her bruker 20 år som nedre grense. Dette betyr imidlertid bare at endringene blir mer markert.

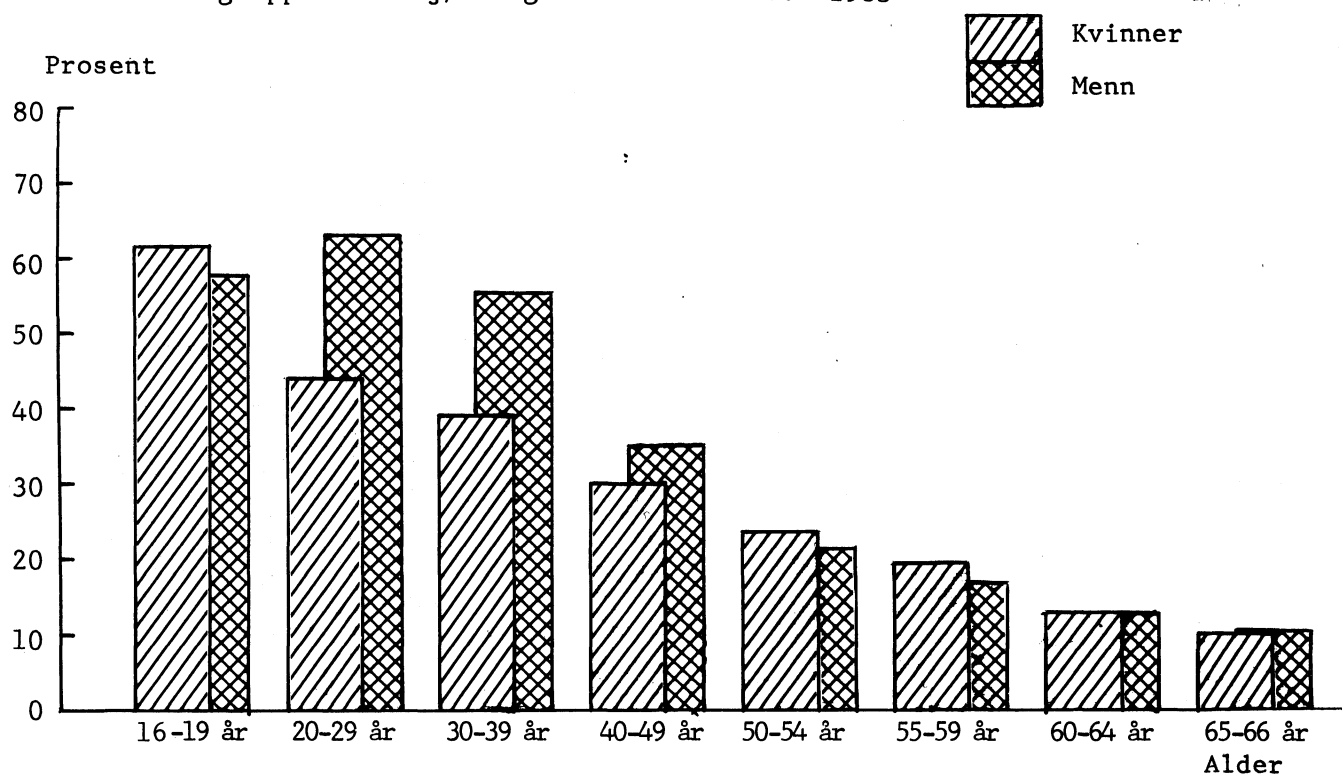
Figur 6.2. Hyppigheten av fire hovedtyper av primærdiagnose for nye uførepensjonister, 20-66 år, i ulike aldersgrupper. Prosent. 1983



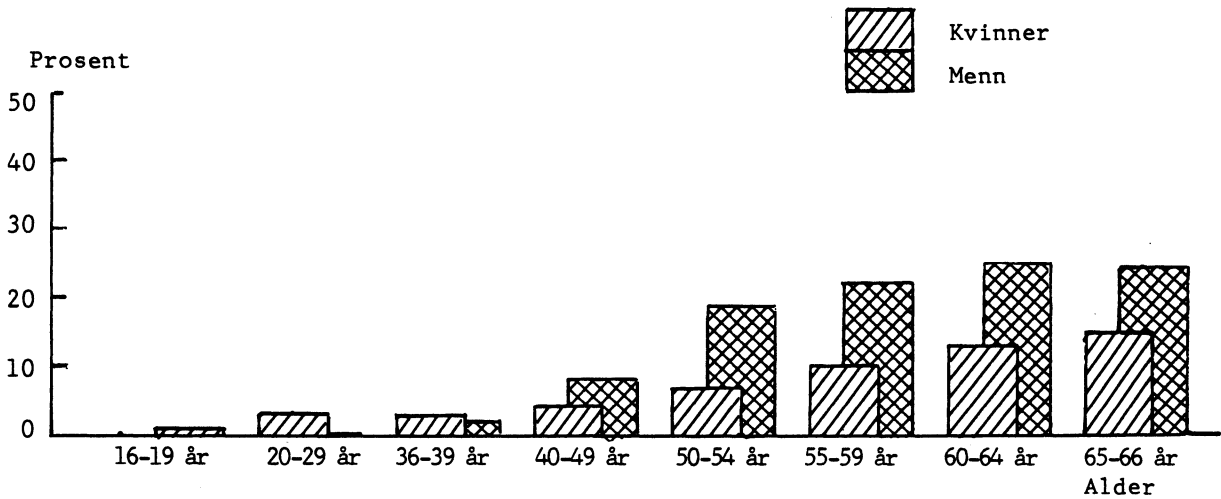
6.1.2. Mer detaljert sammenligning

En mer detaljert oversikt over hyppigheten av de fire sykdomstypene i ulike aldersgrupper og for begge kjønn er vist i figurene 6.3-6.6. I aldersgruppen 30-39 år har det vært liten endring fra 1977 til 1983 for menn, mens kvinner sjeldnere hadde mentale forstyrrelser og hyppigere skjelett- og muskelsykdommer. Endringene i aldersgruppen 40-49 år følger det generelle mønster som allerede er skissert for menn og kvinner. Spesielt for nye mannlige uførepensjonister ble hyppigheten av sykdom i nervesystem og sanseorganer redusert fra 18 til 10 prosent.

Figur 6.3. Hyppighet av mentale forstyrrelser for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983

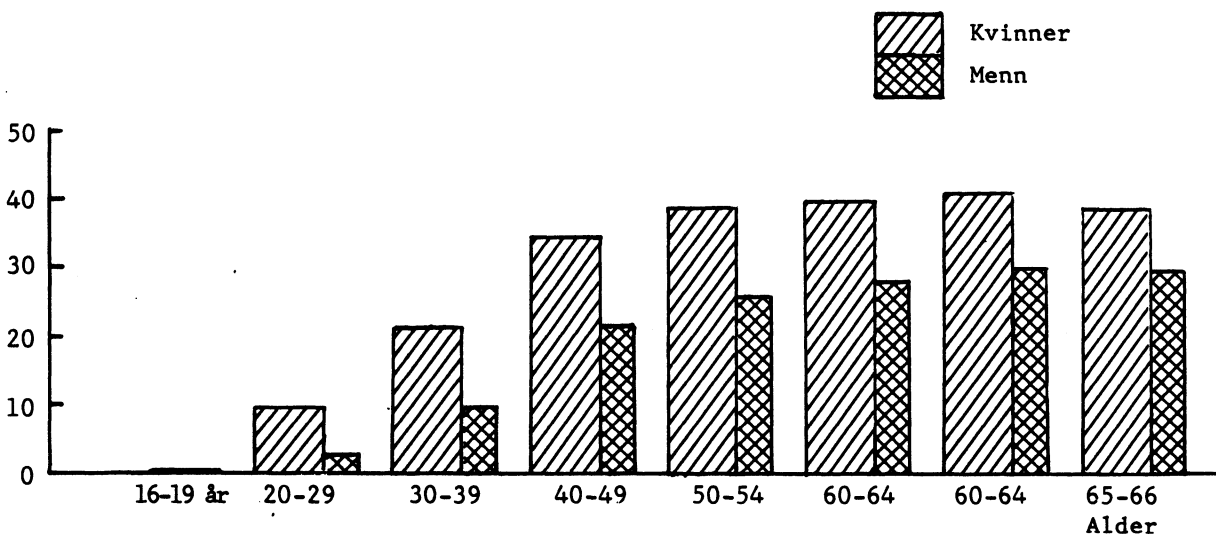


Figur 6.4. Hyppighet av hjerte- og karsykdommer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983

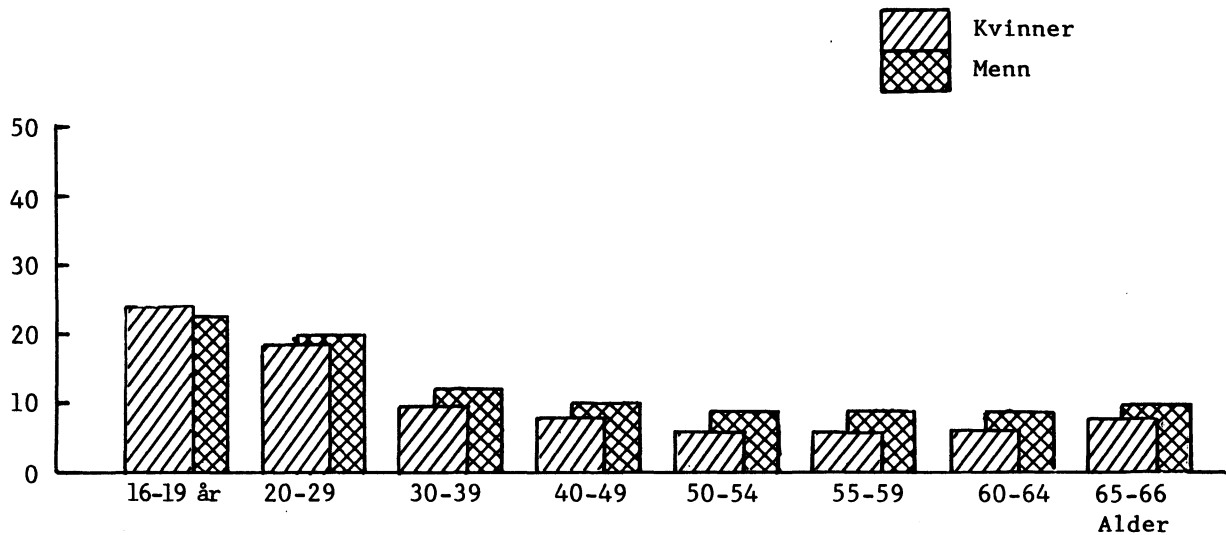


I aldersgruppen 50-54 år var hyppigheten av hjerte- og karsykdom blant nye mannlige uførepensjonister ikke redusert. Men vi finner en lavere hyppighet av mentale forstyrrelser og oftere i skjelett- og muskelsykdommene for begge kjønn. I aldersgruppen 55-59 år var det kvinnene som ikke har hatt en redusert hyppighet av mentale forstyrrelser, men ellers følger menn og kvinner det generelle mønster.

Figur 6.5. Hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983



Figur 6.6. Hyppighet av sykdommer i nervesystem og sanseorganer for nye uførepensjonister, 16-66 år, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983



En sammenligning av figurene 4.3-4.6 for 1977 med figurene 6.3-6.6 viser et grunnleggende stabilt mønster. Forskjellen på knappe 10 prosentpoeng mellom hyppigheten av hjerte- og karsykdommer hos menn og kvinner finnes begge år. Likedan er hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer for kvinner over 10 prosentpoeng høyere enn for menn med samme sykdom. Også dette er bevart siden 1977.

6.1.3. Hvilke sykdomstyper har økt?

Den detaljerte diagnosefastsettelse på tre siffer gir grunnlag for en noe mer detaljert beskrivelse av hvilke sykdommer som har økt og hvilke som har avtatt blant de nye uførepensjonistene. Betydningen av slike endringer må vurderes med et visst måtehold. Både legene og koderne kan ha endret vaner og instruksjoner i løpet av seks år. De to siste måneder av 1983 gikk Rikstrykdeverket over til den 8. revisjon av den internasjonale sykdoms- og dødsårsaksnomenklatur. Dette har hatt en viss betydning for klassifisering av enkelte sykdommer.

Hyppigheten av mentale forstyrrelser gikk ned med ca. 2 prosentpoeng fra 1977 til 1983. Av dette kan 1 prosentpoeng av reduksjonen føres tilbake til at psykoser som følge av alkoholmisbruk gikk ned. Men alkoholisme som primærdiagnose gikk opp med 0,5 prosentpoeng. Ellers har blandede og ikke nærmere spesifiserte nervøse forstyrrelser gått ned.

Nedgangen for hjerte- og karsykdommer er samlet på 4 prosentpoeng. Nesten 3 prosentpoeng skyldes en nedgang i diagnosene angina pectoris, kronisk ischemisk hjertesykdom og akutt hjerteposebetennelse som ikke er revmatisk.

Nedgangen for sykdommer i nervesystem og sanseorganer var bare noe over 1 prosentpoeng. Nedgangen er i ikke spesifiserte grupper. Dessuten har det en liten effekt at sentralnervesystemets karsykdommer er tatt ut av denne gruppen og ført over i gruppen for hjerte- og karsykdommer ved overgang fra 7. til 8. revisjon av sykdomsnomenklaturet.

Økningen i skjelett- og muskelsykdommene på over 5 prosentpoeng kan tilbakeføres til bl.a. en økning på 2 prosentpoeng med revmatiske muskelsmerter. Dessuten var det en økning på 1,5 prosentpoeng for kvinner med sykdommer i bruskskivene mellom ryggvirvlene og skiveprolaps. Ellers var økningen fordelt på en rekke av enkeltgruppene av sykdommer.

I tabell 6.1 er det vist en oversikt over diagnosene i 18 grupper. En sammenligning med tabell 4.1 viser at hyppigheten av svulster gikk noe ned, fra 4,2 til 3,3 prosent. Nedgangen her kan tilskrives en nedgang for de fleste typer svulster. En annen gruppe som økte er gruppen "ulykker, forgiftninger og ytre vold", fra 3 til 4,7 prosent av de nye uførepensjonistene. Lårhalsbrudd utgjør 0,3 prosentpoeng og andre skader 0,2 prosentpoeng.

Diagnosegruppen som inkluderer sykdommer basert på symptomer og ubestemte diagnoser har ikke økt.

Tabell 6.1. Nye uførepensjonister, 20-66 år. Menn og kvinner, etter primærdiagnose¹. Prosent. 1983

Primærdiagnose	Alle	Menn	Kvinner
I alt	100,0	100,0	100,0
Infeksiøse og parasittære sykdommer	1,5	1,6	1,4
Svulster	3,3	2,6	4,0
Indrektoriske sykdommer	3,6	3,1	4,1
Sykdommer i blodet og bloddannende organer	0,2	0,2	0,2
Mentale forstyrrelser	20,3	19,9	20,8
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	8,3	9,5	7,0
Hjerte- og karsykdommer	14,8	20,0	9,3
Sykdommer i åndedretsorganene	2,5	3,3	1,6
Sykdommer i fordøyelsesorganene	1,9	2,1	1,6
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	0,4	0,3	0,5
Komplikasjoner ved svangerskap, fødsel og barselseng	0,1	-	0,1
Sykdommer i hud og underhud	0,6	0,5	0,7
Skjelett- og muskelsykdommer	31,3	26,1	36,7
Medfødte misdannelser	1,8	1,3	2,3
Sykdommer spesifikke for barn under ett år	0,2	0,2	0,3
Symptomatiske diagnoser, alderdom og ubestemte tilstander ..	2,9	2,4	3,5
Ulykker, forgiftninger og ytre vold	4,7	5,1	4,2
Uoppgitt primærdiagnose	1,8	1,8	1,7

¹ 7. og 8. revisjon av ICD.

6.1.4. Sekundærdiagnoser

Halvparten av de nye uførepensjonistene i 1983 hadde registrert en sekundærdiagnose slik det også var i 1977. Fordelingen av sekundærdiagnoser på de fire hovedgruppene har endret seg noe mindre enn fordelingen for primærdiagnosene, men ikke etter det samme mønster.

Hypptigheten av mentale forstyrrelser som sekundærdiagnose er gått ned fra 22 til 18 prosent. Reduksjonen var den samme for menn og kvinner (se tabell 6.2 og tabell 4.2). Reduksjonen i tilsvarende sykdom som primærdiagnose var 3 prosentpoeng for kvinner og 1 prosentpoeng for menn. Det har derfor vært en betydelig nedgang i registreringen av mentale forstyrrelser som diagnose for nye uførepensjonister fra 1977 til 1983.

Tabell 6.2. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose i grupper for kjønn, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1983

Sekundærdiagnose	Alle	Menn	Kvinner
I alt	100,0	100,0	100,0
Mentale forstyrrelser	18,3	17,2	19,5
Hjerte- og karsykdommer	19,6	20,8	18,3
Sykdommer i skjelett- og muskelsystemet ..	17,6	16,6	18,7
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer ..	8,6	9,3	7,9
Andre sykdommer	35,8	36,1	35,6
Tallet på personer	10 946	5 661	5 285

Hyppigheten av hjerte- og karsykdommene som primærdiagnose var redusert med 5 prosentpoeng for kvinner og 3 prosentpoeng for menn. Hyppigheten av nye kvinnelige uførepensjonister med samme sykdom som sekundærdiagnose var uendret, men hyppigheten av slik sykdom blant nye mannlige uførepensjonister økte med 2 prosentpoeng. Når en ser primær- og sekundærdiagnosene samlet er derfor reduksjonen ikke så stor for menn, mens den har vært betydelig for kvinner.

Sykdommer i nervesystem og sanseorganer som sekundærdiagnose har økt med et drøyt prosentpoeng fra 1977 til 1983. Siden hyppigheten av slik sykdom som primærdiagnose ble redusert med et knapt prosentpoeng i samme periode, er den samlede effekt en minimal reduksjon i denne sykdomstype.

Økningen i hyppigheten av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet på 5 prosentpoeng for kvinner og 4 prosentpoeng for menn følges opp av en økning i hyppigheten av slik sykdom som sekundærdiagnose. Men denne økningen er mindre. Et samlet bilde er at det har vært en klar økning av sykdommer i skjelett- og muskelsystemet fra 1977 til 1983. Tabell 6.3 viser hyppigheten av de omtalte sykdommer blant nye uførepensjonister i 1983 som primær- eller sekundærdiagnose. Tabell 4.3 viser tilsvarende tall for 1977.

Tabell 6.3. Hyppigheten av fire hovedgrupper av diagnose som primær- eller sekundærdiagnose for nye uførepensjonister, 20-66 år. Prosent. 1983

Diagnosegruppe	I alt	Primærdiagnose	Sekundærdiagnose
Mentale forstyrrelser	27,9	20,3	7,6
Hjerte- og karsykdommer	24,2	14,8	9,4
Skjelett- og muskelsykdommer	39,6	31,3	8,3
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer ..	12,3	8,3	4,0

Samlet har hyppigheten av mentale forstyrrelser som primær- eller sekundærdiagnose avtatt med 4 prosentpoeng, mens hyppigheten av hjerte- og karsykdommer har avtatt med 2,5 prosentpoeng. Hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer som primær- eller sekundærdiagnose har økt med 5 prosentpoeng. Gruppen av nye uførepensjonister med symptomer og ubestemte tilstander som sekundærdiagnose var omtrent like stor i 1977 og 1983. I alt 283 personer eller 1,3 prosent av de nye uførepensjonistene hadde symptomatiske diagnoser både som primær- og sekundærdiagnose i 1983. I 1977 hadde 1,5 prosent en slik diagnosekombinasjon.

6.1.5. Sammensatte sykdomsbilder

Hyppighetene av sammensatte diagnoser var noe lavere i 1983 enn i 1977, hhv. 51 og 54 prosent. Det er mindre utbredt å ha en mental forstyrrelse som sekundærdiagnose, bortsett fra når primærdiagnosen er en mental forstyrrelse. Tabell 6.4 viser hvordan sekundærdiagnosene fordeler seg for de ulike primærdiagnosene og tabell 4.4 viser tilsvarende tall for 1977.

Tabell 6.4. Nye uførepensjonister, 20-66 år, i grupper for primærdiagnose, etter sekundærdiagnose. Prosent. 1983

Sekundærdiagnose	Alle	Primærdiagnose				
		Mentale forstyrrelser	Hjerte- og karsykdommer	Skjelett- og muskelsykdommer	Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	Andre sykdommer
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mentale forstyrrelser	9,0	7,1	7,5	11,6	5,0	9,6
Hjerte- og karsykdommer	9,6	7,4	1,6	13,2	10,2	11,6
Skjelett- og muskelsykdommer .	8,6	12,7	17,4	1,1	8,0	9,8
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	4,2	4,0	5,5	3,9	3,0	4,5
Andre sykdommer	17,5	16,6	23,3	17,1	14,3	16,7
Uten sekundærdiagnose	51,1	52,2	44,6	53,1	59,6	47,9
Tallet på personer	22 346	4 542	3 313	6 992	1 857	5 540

Kombinasjonen av mentale forstyrrelser og skjelett- og muskelsykdommer var mindre vanlig i 1983 enn i 1977. Blant de som hadde et sammensatt diagnosebilde var det i 1977 16 prosent som hadde en slik kombinasjon, mens det i 1983 var 13 prosent. Se tabellene 6.5 og 4.5. Reduksjonen gjaldt både for menn og kvinner.

Tabell 6.5. Nye uførepensjonister med både primær- og sekundærdiagnose, etter primær- og sekundærdiagnose. Prosent. 1983

Sekundærdiagnose	Alle	Primærdiagnose				
		Mentale forstyrrelser	Hjerte- og karsykdommer	Skjelett- og muskelsykdommer	Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	Andre sykdommer
Alle	100,0	19,8	16,8	29,9	6,9	26,6
Mentale forstyrrelser	18,3	2,9	2,3	7,4	0,8	4,9
Hjerte- og karsykdommer	19,6	3,1	0,5	8,4	1,7	5,9
Skjelett- og muskelsykdommer .	17,6	5,3	5,3	0,7	1,4	5,0
Sykdommer i nervesystem og sanseorganer	8,6	1,7	1,7	2,5	0,5	2,3
Andre sykdommer	35,8	6,9	7,1	10,9	2,4	8,4

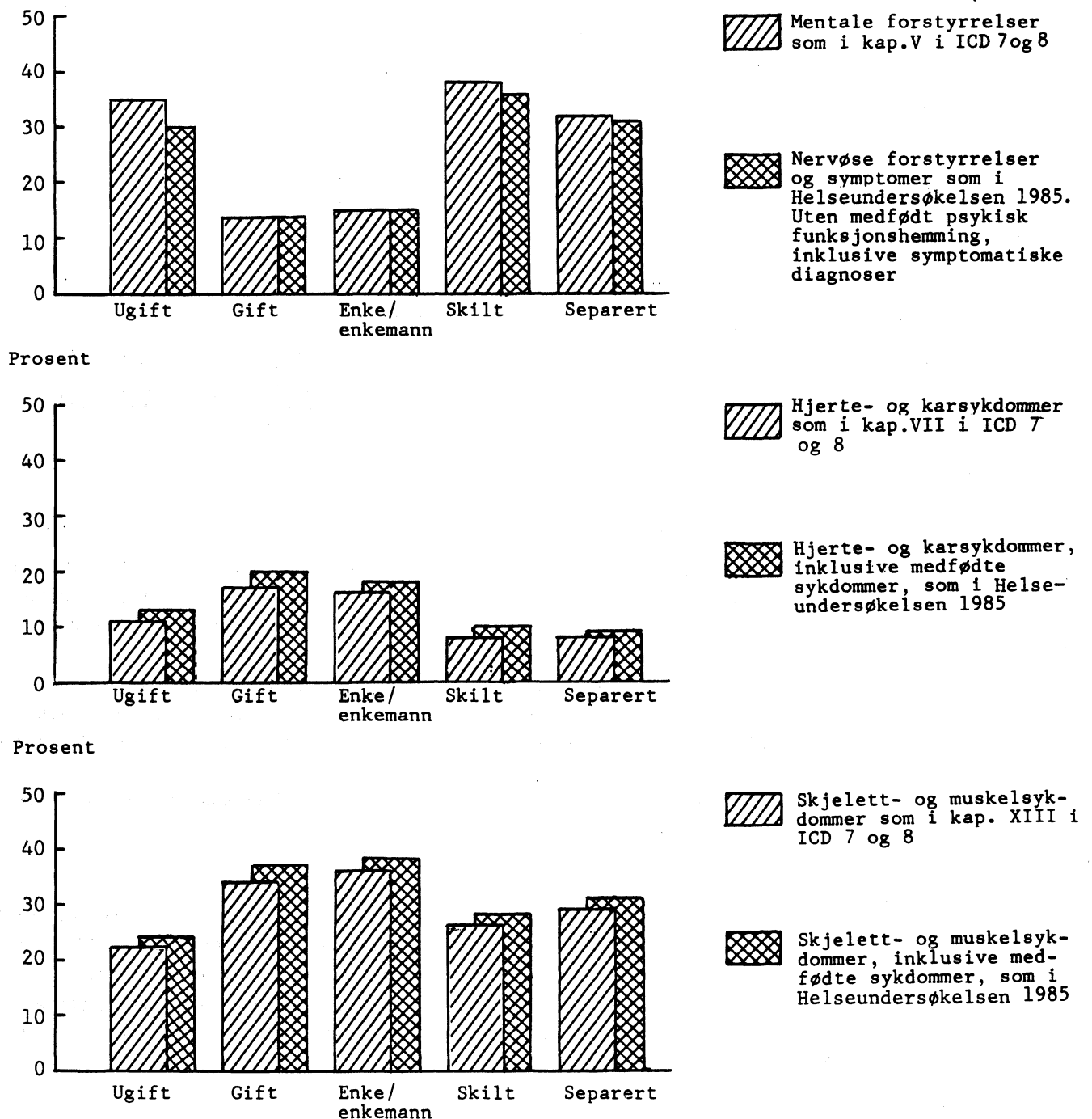
6.2. Sammenheng mellom ekteskapelig status og type sykdom

Vi fant klare sammenhenger mellom ekteskapelig status og hyppigheten av de tre største hovedgruppene av diagnoser i 1977. Sammenhengene var stort sett de samme i 1983, og dette betyr at følgende er stabile trekk blant nye uførepensjonister:

- (i) Hyppigheten av mentale forstyrrelser blant gifte og enker/enkemenn er ca. halvparten så stor som blant ugifte/skilte/separerte.
- (ii) Hyppigheten av hjerte- og karsykdommer er høyere blant gifte og enker/enkemenn enn blant ugifte/skilte/separerte, fra en halv gang høyere til dobbelt så høy.
- (iii) Hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer er høyere blant gifte og enker/enkemenn enn blant ugifte/skilte/separerte, fra en femdel til en halv gang høyere.

De faktiske hyppigheter av de ulike sykdommer i 1983 er gitt i figur 6.7. For de nye uførepensjonistene er det også vist hvordan definisjonene av sykdomsgrupper som brukes i dette kapitlet avviker fra de definisjonene som brukes i helseundersøkelsene og dermed i kapitlene 5 og 7. Hovedforskjellen er at sykdommer basert på symptomer og ubestemte tilstander er inkludert i helseundersøkelsens grupper. Dessuten er medfødte mentale forstyrrelser medregnet i dette kapitlet, mens medfødte hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer er utelatt her. De medfødte mentale sykdommer finner vi stort sett blant ugifte. For de to andre sykdomstypene er forskjellene små og uavhengig av ekteskapelig status.

Figur 6.7. Nye uførepensjonister etter diagnose og ekteskapelig status. Prosent. 1983

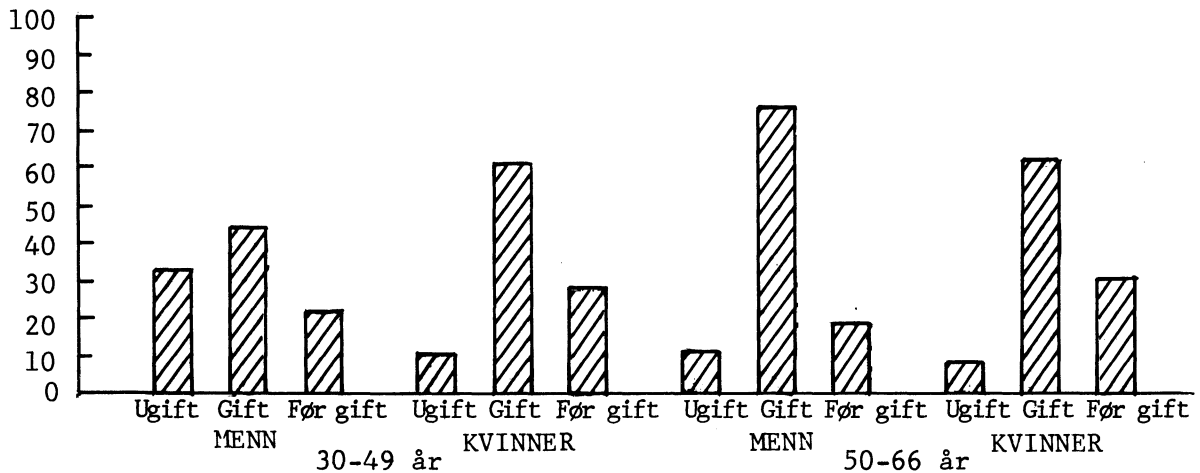


Den prosentvise endring i forekomsten av de ulike sykdomstyper var stort sett den samme fra 1977 til 1983, uansett ekteskapelig status. Det var imidlertid to grupper som skilte seg ut. Andelen med mentale lidelser blant ugifte var ikke redusert. De separerte skilte seg ut uansett sykdomstype. Andelen med skjelett- og muskelsykdommer økte mer, andelen med mentale forstyrrelser avtok mer enn for annen ekteskapelig status og andelen med hjerte- og karsykdommer endret seg ikke.

6.3. Endringer i fordeling av ekteskapelig status

Også blant de nye uførepensjonistene i 1983 var andelen gifte lavest for menn i aldersgruppen 30-49 år, 44 prosent. Nye kvinnelige uførepensjonister var like hyppig gift i de to aldersgruppene, hhv. 61 prosent i aldersgruppen 30-49 år og 62 prosent i aldersgruppen 50-66 år. Blant nye mannlige uførepensjonister over 50 år var andelen gifte i 1983 76 prosent.

Figur 6.8. Nye uførepensjonister etter ekteskapelig status, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983



Det var færre gifte nye mannlige uførepensjonister i 1983 (44 prosent) enn i 1977 (50 prosent) i alderen 30-49 år. Blant nye kvinnelige uførepensjonister i denne aldersgruppen er andelen gifte gått ned fra 64 prosent i 1977 til 61 prosent i 1983. Nye uførepensjonister over 50 år var like hyppig gift i 1977 og 1983.

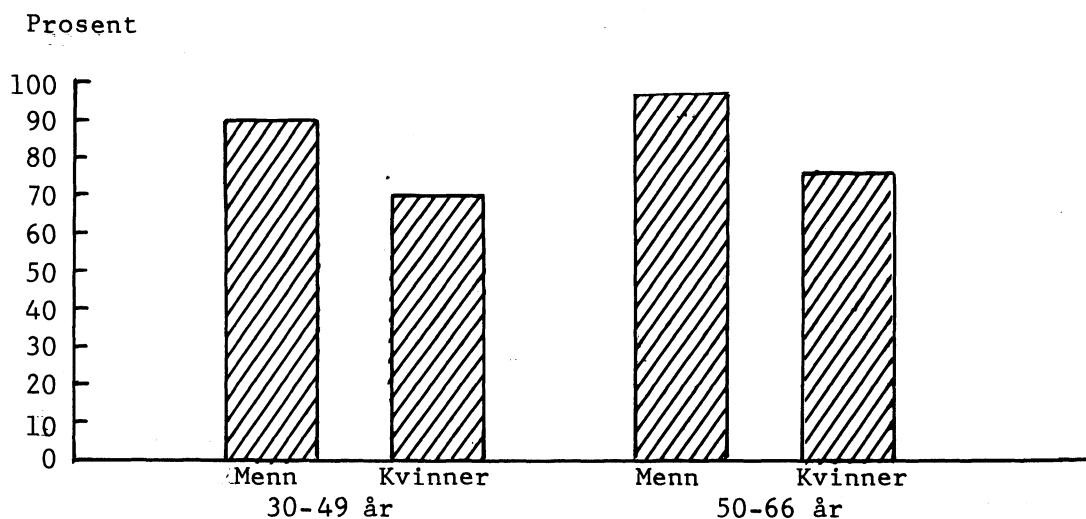
Nye mannlige uførepensjonister i aldersgruppen 30-49 år er både oftere ugift og oftere før gift enn tilsvarende i befolkningen. Nye kvinnelige uførepensjonister er oftere før gifte enn tilsvarende i befolkningen. Nye kvinnelige uførepensjonister var dessuten noe sjeldnere ugifte i 1983 (10 prosent) enn i 1977 (12 prosent).

For menn er dermed både ugifte og før gifte mer utsatt for uførepensjonering, mens det for kvinner er de før gifte som er mest utsatt.

6.4. Tidligere yrkesaktivitet

De nye uførepensjonistene i 1983 var oftere tidligere yrkesaktive enn de nye uførepensjonistene i 1977. Blant menn under 50 år var 90 prosent tidligere yrkesaktive, mot 86 prosent i 1977. For menn over 50 år var 97 prosent tidligere yrkesaktive mot 95 prosent i 1977. Forskjellen i tidligere yrkesaktivitet for nye kvinnelige uførepensjonister er større. For kvinner under 50 år var 70 prosent tidligere yrkesaktive i 1983 og 46 prosent i 1977. For kvinner over 50 år var de tilsvarende tall 76 prosent i 1983 og 62 prosent i 1977, se figur 6.9.

Figur 6.9. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983

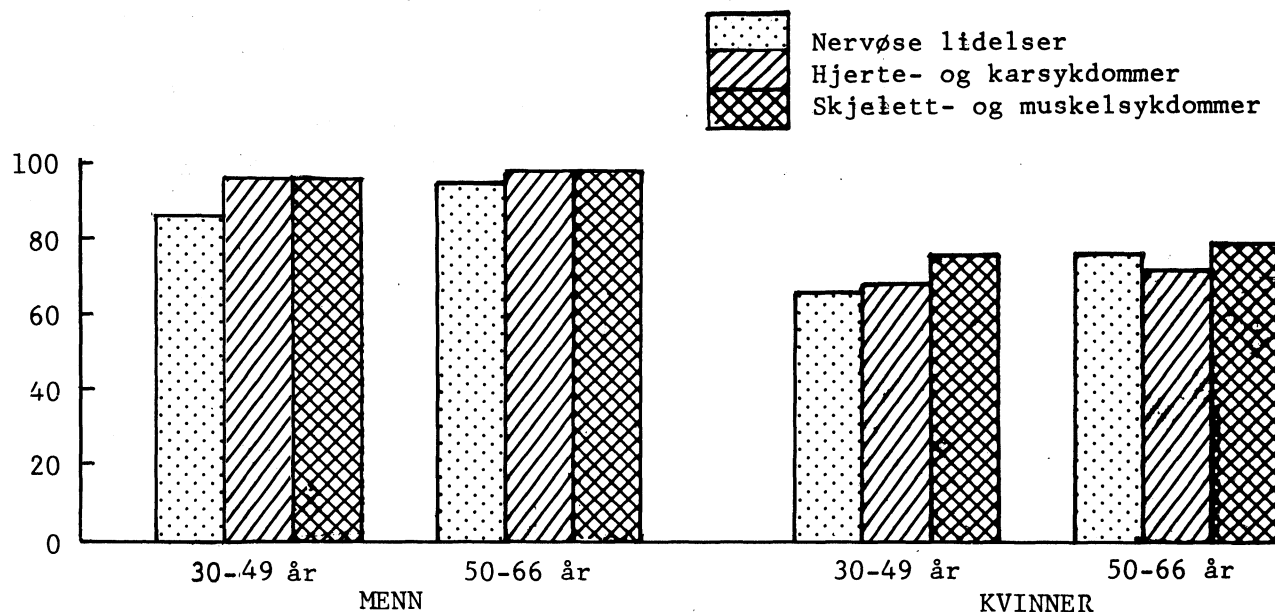


Tidligere yrkesaktivitet for de nye uførepensjonistene i 1983 med ulike diagnoser er vist i figur 6.10. For menn i aldersgruppen 30-49 år var den tidligere yrkesaktivitet lavere for menn med nervøse lidelser (86 prosent) enn for menn med hjerte- og karsykdom eller skjelett- og muskelsykdommer (96 prosent). Økningen i tidligere yrkesaktivitet fra 1977 til 1983 finner vi blant menn med nervøse lidelser og i en viss grad menn i aldersgruppen 30-49 år med skjelett- og muskelsykdommer.

Nye kvinnelige uførepensjonister med skjelett- og muskelsykdommer var oftest tidligere yrkesaktive i begge aldersgrupper, hhv. 76 prosent i aldersgruppen 30-49 år og 79 prosent i aldersgruppen 50-66 år. For kvinner under 50 år var den tidligere yrkesaktivitet 66 prosent for de som hadde en nervøs lidelse og 68 prosent for de som hadde hjerte- og karsykdommer. For kvinner over 50 år var tilsvarende tall 76 prosent og 72 prosent for de to sykdomstypene.

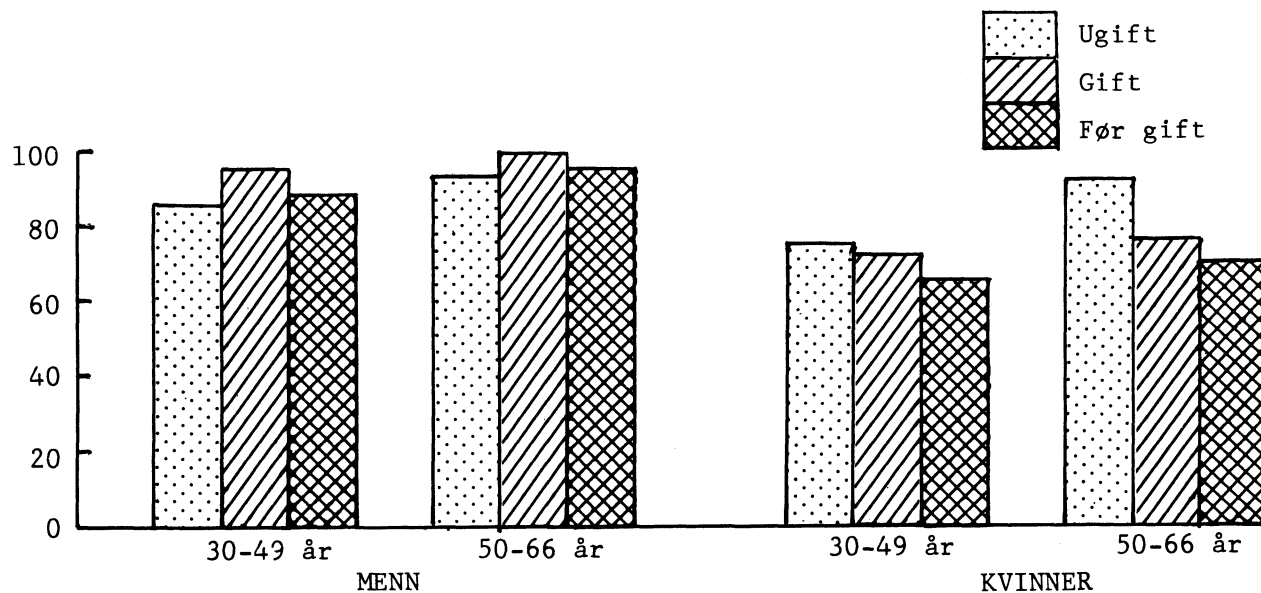
Sammenligner vi med de nye uførepensjonistene i 1977 (figur 4.12), viser det seg at tidligere yrkesaktivitet var høyere i 1983 uansett sykdomstype for kvinnene. Blant kvinner i aldersgruppen 30-49 år var økningen i tidligere yrkesaktivitet minst for hjerte- og karsykdom, ca. 40 prosent, mens det for de to andre sykdomstypene er en økning på ca. 60 prosent. For kvinner over 50 år var økningen i tidligere yrkesaktive mellom 20 og 30 prosent fra 1977 til 1983 for de tre diagnosegruppene.

Figur 6.10. Yrkesaktivitet i 1976 for nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder og diagnose. Prosent. 1983



Sammenhengen mellom tidligere yrkesaktivitet og ekteskapelig status for nye mannlige uførepensjonister er den samme i 1983 som i 1977 (figurene 6.11 og 4.13). 86 prosent av ugifte nye mannlige uførepensjonister i aldersgruppen 30-49 år var tidligere yrkesaktive, mens tilsvarende tall i 1977 var 74 prosent. Dette henger sammen med økningen i tidligere yrkesaktivitet for menn i denne aldersgruppen med nervøse lidelser. For andre som ikke var gift, var andelen tidligere yrkesaktive 3-5 prosentpoeng høyere i 1983 enn i 1977. Økningen i tidligere yrkesaktivitet fra 1977 til 1983 for de nye uførepensjonistene var ubetydelig for gifte menn.

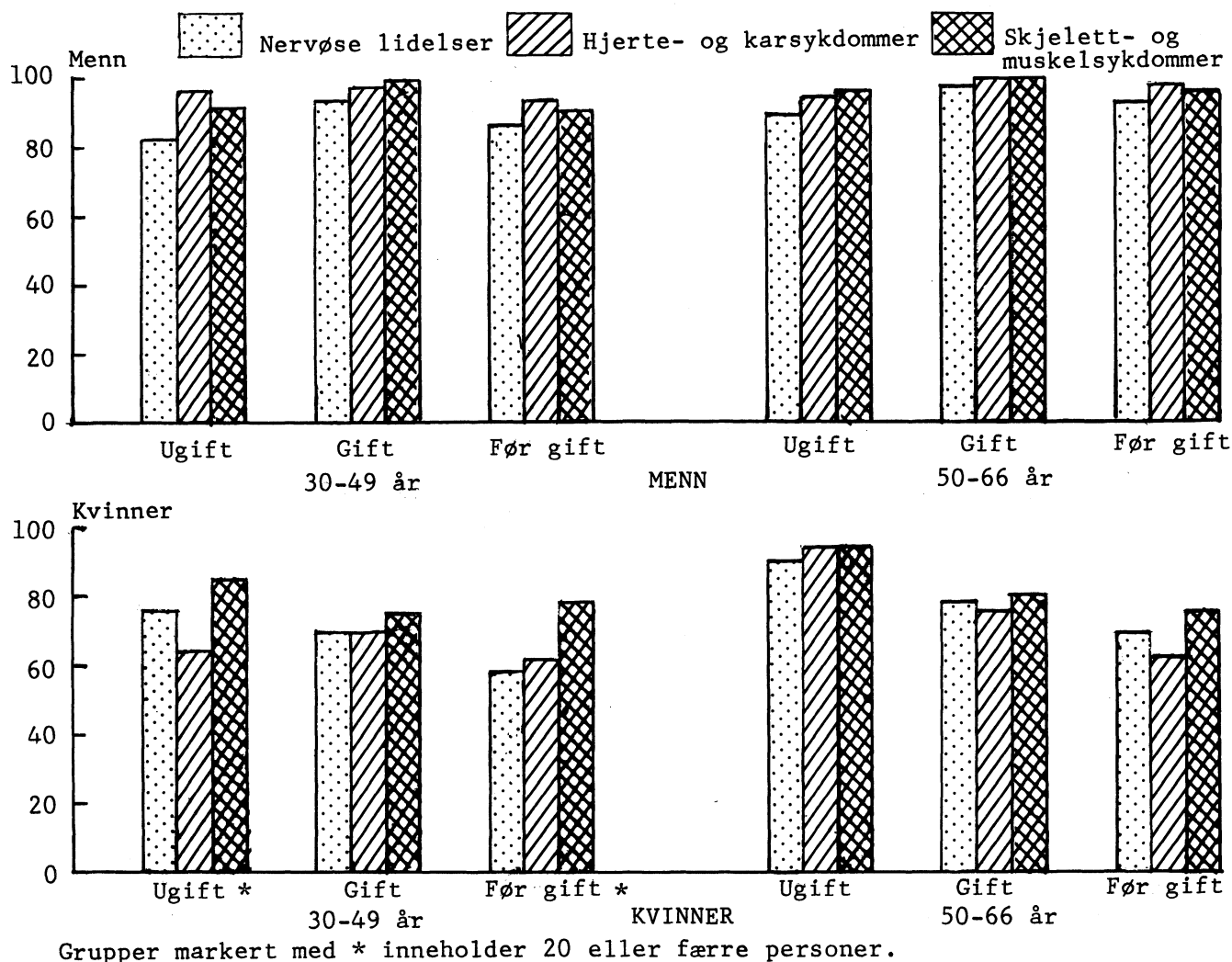
Figur 6.11. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder og ekteskapelig status. Prosent. 1983



Blant nye kvinnelige uførepensjonister i 1983 var det fortsatt de ugifte som hyppigst var tidligere yrkesaktive og de før gifte som hadde lavest tidligere yrkesaktivitet. Økningen i tidligere yrkesaktivitet var minst for de ugifte og like stor for gifte og før gifte.

Ved å trekke inn samspillet mellom diagnose, ekteskapelig status og tidligere yrkesaktivitet viser det seg at økningen i tidligere yrkesaktivitet for enslige menn ikke finnes for alle sykdomstypene. Enslige omfatter da alle som ikke er formelt gift. For før gifte menn i aldersgruppen 30-49 år var det en nedgang i tidligere yrkesaktivitet for menn som hadde hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer. For ugifte menn i samme aldersgruppe og for enslige menn over 50 år var det også bare de som hadde en nervøs lidelse som også hadde en høyere tidligere yrkesaktivitet i 1983 enn i 1977. Men for disse andre gruppene er det liten eller ingen nedgang i tidligere yrkesaktivitet. For gifte er det en ubetydelig økning i tidligere yrkesaktivitet uansett alder og diagnose, med et lite unntak for menn i aldersgruppen 30-49 år med skjelett- og muskelsykdommer.

Figur 6.12. Yrkesaktivitet i 1976 blant nye uførepensjonister, i grupper for kjønn, alder, ekteskapelig status og diagnose. Prosent. 1983



Hovedinntrykket av endringer i tidligere yrkesaktivitet for nye mannlige uførepensjonister fra 1977 til 1983 er at det var en økt tidligere yrkesaktivitet for enslige menn med nervøse lidelser og liten endring for andre. Dette tyder på en utvikling hvor en nervøs lidelse lettere kvalifiserer til uførepensjon og ikke bare til utestengning fra arbeidsmarkedet.

For nye kvinnelige uførepensjonister var det de som hadde en skjelett- og muskelsykdom som hadde høyest tidligere yrkesaktivitet uansett ekteskapelig status. Tidligere yrkesaktivitet varierte fra 75 til 94 prosent, se figur 6.12. Endringen i tidligere yrkesaktivitet fra 1977 til 1983 for kvinnene kjennetegnes ved at den økningen vi har konstatert tidligere finnes for alle typer diagnoser og type ekteskapelig status. Men økningen var markert høyere for de gifte og før gifte enn for de ugifte.

7. OVERGANGSHYPPIGHETER TIL UFØREPENSJON I 1983 OG ENDRINGER FRA 1977 TIL 1983

7.1. Bakgrunn

De nye uførepensjonistene i 1983 hadde en noe annen bakgrunn for sin sykdomssituasjon enn de nye uførepensjonistene i 1977. Arbeidsmarkedet ble vanskeligere tilgjengelig fra begynnelsen av 1980-åra. Hovedtyngden av de nye uførepensjonistene hadde sitt uføretidspunkt i 1981 til 1983, dvs. at de ble ervervsmessig uføre etter lovens bokstav i en periode hvor problemene på arbeidsmarkedet økte.

Yrkesaktiviteten for gifte kvinner økte i 1970- og 1980-åra, og det kan også ha hatt en innflytelse på kvinners holdninger og reelle muligheter til å gå over på uførepensjon.

Det var også en endring i familiesammensetningen i perioden 1975-1985, med flere skilsmisser og senere giftermål. Dermed var det en større del av familiene som bestod av en person. Men samboforhold uten et formelt ekteskap forekom også hyppigere enn tidligere.

I kapittel 5 ble det påvist at type sykdom, ulik ekteskapeleg status og tidligere yrkesaktivitet hadde innflytelse på rekrutteringen til uførepensjonsordningen. I kapittel 6 ble endringene fra 1977 til 1983 for disse kjennmerkene beskrevet. I dette kapitlet skal vi se om overgangshyppighetene til uførepensjonen har endret seg.

7.2. Overgangshyppigheter til uførepensjon og endringer fra 1977 til 1983

Hyppigheten av overgang til uførepensjonsordningen var større både for menn og kvinner i 1983 enn i 1977. Dette gjaldt i alle aldersgrupper med ett unntak, menn i alderen 40-49 år, se tabell 7.1. Den prosentvise økning i overgangshyppighetene var større for kvinner enn menn og større for eldre enn yngre.

Tabell 7.1. Overgangshyppigheter til uførepensjon i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1977 og 1983

Alder	Menn		Kvinner	
	1977	1983	1977	1983
30-39 år	0,2	0,2	0,2	0,3
40-49 "	0,6	0,5	0,7	0,8
50-54 "	1,1	1,4	1,3	1,7
55-59 "	2,1	2,5	1,9	2,5
60-64 "	3,9	4,9	2,5	4,0
65-66 "	6,1	8,2	2,8	4,0

Bare for aldersgrupper over 60 år i 1983 hadde menn fortsatt en høyere sjanse enn kvinner for å gå over på uførepensjon. Disse tallene gir imidlertid ikke innblikk i hva eventuelle endringer i den varige sykkelighet betyr for sjansen for å gå over på uførepensjon.

Den varige sykkeligheten er ikke endret fra 1975 til 1985, se tabell 3.3. Den del av befolkningen som hadde uførepensjon var større i 1983 enn i 1977. Økningen i overgangshyppigheten til uførepensjon for varig syke uten uførepensjon blir derfor enda større enn forskjellene i tabell 7.1 viser. Rekrutteringsgrunnlaget blir jo redusert. Det viser seg at den prosentvise økning i overgangshyppighetene er 4 til 12 prosent høyere når en beregner overgangsratene på grunnlag av antall varig syke uten uførepensjon istedenfor med grunnlag i hele den del av befolkningen som ikke har uførepensjon.

Ved å ta utgangspunkt i varig syke mennesker ved beregning av overgangshyppigheter til uførepensjon, viser det seg at 0,9 prosent av varig syke menn i alderen 30-49 år gikk over på uførepensjon i 1983, mens 1,2 prosent av kvinner i samme alder gikk over på uførepensjon. For menn over 50 år var overgangshyppigheten 6,5 prosent og for kvinner over 50 år var den 5,3 prosent.⁴ Hvis sykkeligheten avtar og praktisering og oppfatning av ervervsuførhetsbegrepet ikke endrer seg vesentlig, vil rekrutteringsgrunnlaget til uførepensjonsordningen stadig bli mindre.

⁴ Forutsetningen for at tallene er presise er at andelen varig syke i 1983 var tilnærmet lik andelen varig syke i 1985 og at alle uførepensjonister anser seg selv som varig syke.

Men fortsatt er det en stor gruppe varig syke som ikke har uførepensjon og med vanskelige forhold på arbeidsmarkedet er det mange av disse som kan gå over på uførepensjon.

De tendenser til endring i den varige sykkeligheten som ses i tabell 3.3, kan oppsummeres slik: skjelett- og muskelsykdommer har økt for kvinner, hjerte- og karsykdommer har økt og nervøse lidelser har gått ned for både menn og kvinner. I kapittel 6 ble det påvist at omfanget av disse tre sykdomstyper har endret seg for nye uførepensjonister. Vi skal derfor se på om overgangshyppigheten for de ulike sykdomstyper har endret seg.

På grunnlag av data fra Helseundersøkelsen 1985 kan vi se på samspill mellom alle de fem kjennemerker som ble trukket inn i kapitlene 4-6, kjønn, alder, diagnose, ekteskapelig status og yrkesaktivitet. Dataene omfatter varige sykdommer og teller personer istedenfor syketilfelle. Det er derfor færre usikkerheter når en beregner overgangshyppigheter for 1983 enn for 1977. Helseundersøkelsen har ingen registrering av hvem som har uførepensjon, slik at det må gjøres en korreksjon for å ta ut uførepensjonister. Denne korreksjonen er beskrevet i vedlegg 2. Datasettet som er gitt i vedlegg 3 danner grunnlag for alle videre beskrivelser av varig syke.

Som i kapittel 5 gis det i dette kapitlet figurer med hyppigheten av ulike kjennemerker for varig syke og nye uførepensjonister, mens det er overgangshyppigheter som kommenteres. Figurene gir da en tilleggsinformasjon om hvor store grupper overgangene gjelder. Sammenhengen mellom overgangshyppigheter og figurene er forklart i vedlegg 1.

7.3. Betydningen av type sykdom ved rekruttering i 1983 og endringer fra 1977 til 1983

Har det vært endringer i oppfatninger hos folk og/eller leger om hva som er sykdom fra 1977 til 1983? Og har det vært endringer i sykemeldingspraksis og behandlingstilbud? Sundby (1986) tar opp de nye utfordringer for trygdemedisinen som uklare medisinske tilstander representerer. Er det noen av disse tilstandene som er bakgrunn for den økte hyppighet av skjelett- og muskelsykdommer fra 1977 til 1983 blant nye uførepensjonister? Ifølge diagnoseregistreringene for de nye uførepensjonistene økte ikke diagnoser basert på symptomer og ubestemte diagnoser fra 1977 til 1983, se avsnittene 6.1.2 og 6.1.3. Men dette er jo ikke et endelig svar på om det faktisk har skjedd en glidning av sykdomsbildet.

7.3.1. Nervøse lidelser

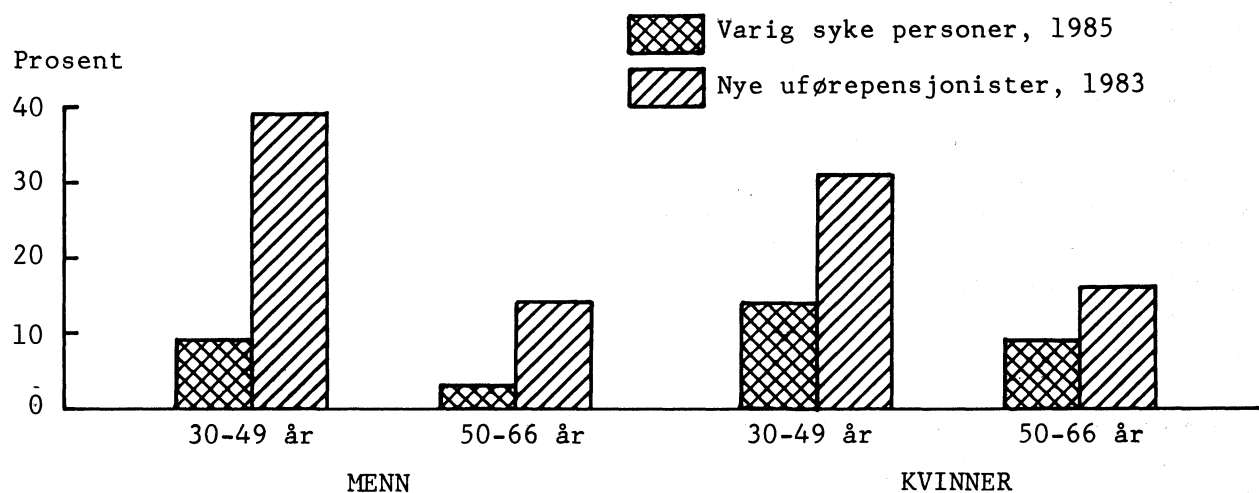
Gruppen nervøse lidelser i Helseundersøkelsen 1985 omfatter i hovedtrekk personer med "lettere" nervøse lidelser og de som har en mer symptomatisk nervøs lidelse. Utvalgsundersøkelsen omfatter ikke personer i institusjoner. Dette betyr at personer med tyngre psykiske lidelser blir underrepresentert. Omfanget av nervøse lidelser i helseundersøkelsene kan være noe undervurdert.

Blant nye uførepensjonister med nervøse lidelser utgjorde de tyngre psykotiske tilstander ca. 40 prosent, og det var svært få med diagnoser basert på symptomer. Størrelsen av overgangshyppigheten er ikke så gal allikevel fordi omfanget (målt i prosent) av mer symptomatiske diagnoser i Helseundersøkelsen 1985 er noe mindre enn omfanget av tyngre psykotiske tilstander.

Personer med nervøse lidelser gikk hyppigere over på uførepensjon enn gjennomsnittet uansett kjønn og alder. I 1977 gjaldt ikke dette for kvinner over 50 år. For menn i alderen 30-49 år med en nervøs lidelse var overgangshyppigheten til uførepensjon fire ganger høyere enn gjennomsnittet for menn i denne aldersgruppen. Også for menn over 50 år med nervøse lidelser var overgangshyppigheten til uførepensjon fire ganger større enn gjennomsnittet.

Kvinner med nervøse lidelser gikk dobbelt så hyppig over på uførepensjon enn gjennomsnittet for alle kvinner, se figur 7.1.

Figur 7.1. Hyppighet av nervøse lidelser hos varig syke og nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983



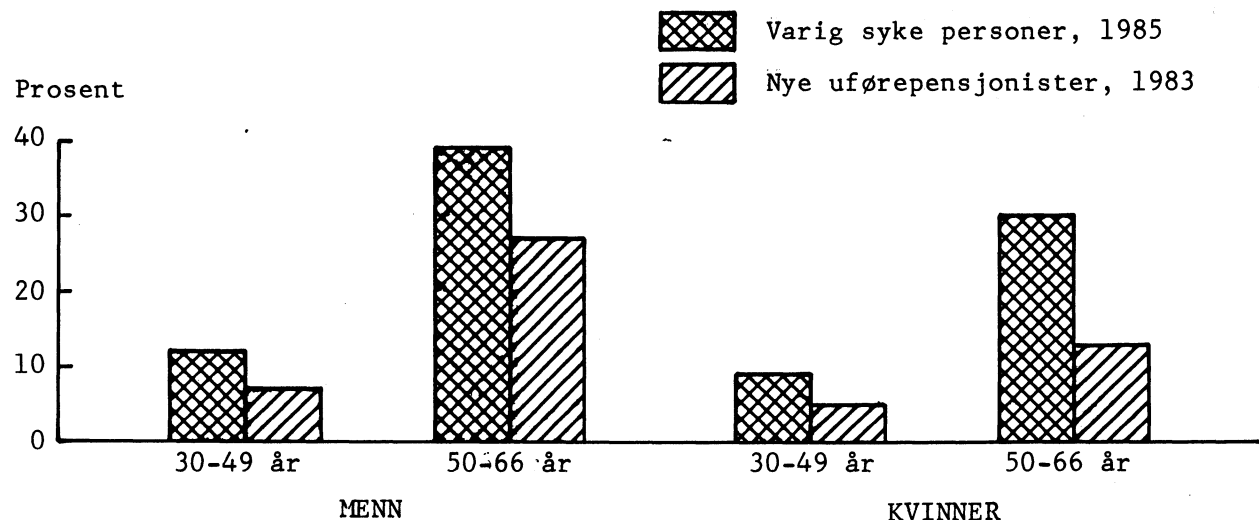
Lavere hyppighet av nervøse lidelser blant de nye uførepensjonistene i 1983 enn i 1977 har derfor ikke sin bakgrunn i en lavere overgangshyppighet til uførepensjon med slik sykdom, men at det er en reduksjon av slik sykdom i befolkningen.

7.3.2. Hjerter- og karsykdommer

Både menn og kvinner med hjerter- og karsykdommer gikk sjeldnere over på uførepensjon enn gjennomsnittet i 1983. Underrepresentasjonen er størst for personer over 50 år og spesielt stor for kvinner, se figur 7.2. Dette betyr at en rekke varig syke mennesker enten fortsetter i arbeid eller livnærer seg på annen måte i større grad enn gjennomsnittet. Å ha en hjerter- eller karsykdom i 1980-åra betyr ikke nødvendigvis uførhet i forhold til arbeid. Det er en endring siden 1977 hvor overgangshyppigheten til uførepensjon var høyere eller lik gjennomsnittet, se figur 5.2.

Nå er hjerter- og karsykdommer den vanligste dødsårsak i Norge i dag og dette kan være en årsak til at sjansen for å gå over på uførepensjon er lavere enn gjennomsnittet. Dødeligheten er mye høyere for menn enn kvinner med hjerter- og karsykdommer, men dette gjenspeiles ikke i variasjonene i overganger til uførepensjon. Dessuten er dødeligheten av slik sykdom lavere i 1983 enn i 1977. Dødelighet av hjerter- og karsykdom kan derfor ikke være en hovedgrunn til endringen i overgangshyppighet med slik sykdom.

Figur 7.2. Hyppighet av hjerter- og karsykdommer blant varig syke og nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1985

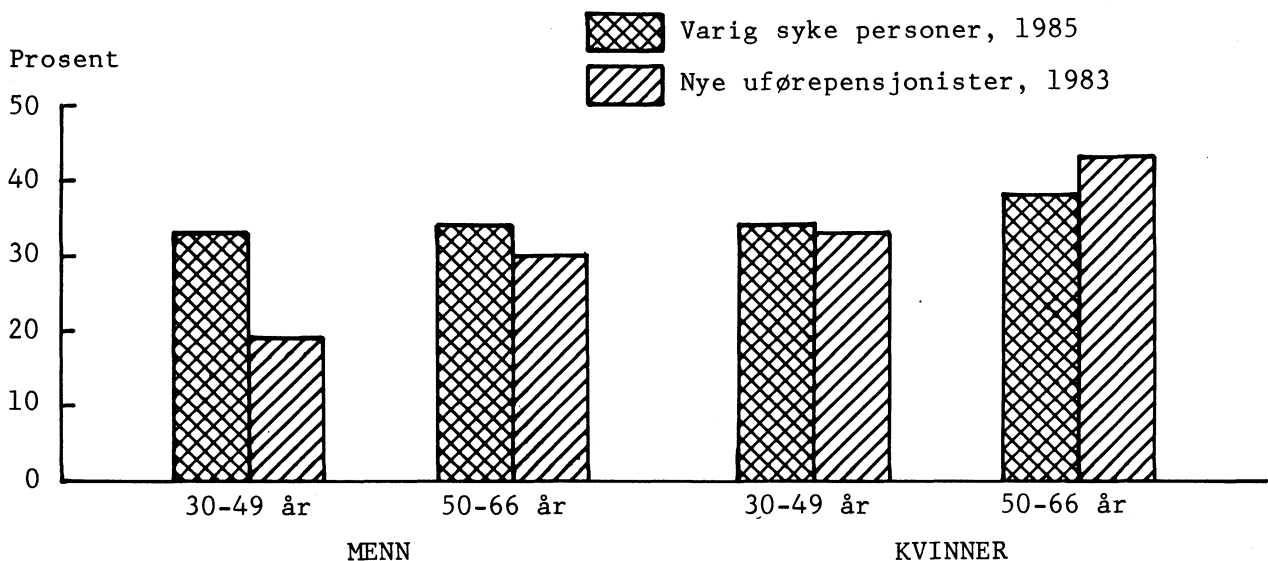


At hyppigheten av hjerte- og karsykdommer blant nye uførepensjonister var redusert i 1983, hadde derfor sin bakgrunn i at overgangshyppigheten til uførepensjon med denne sykdomstypen var mindre enn før. Dette kan skyldes en endring i behandlingsideologi for denne sykdomstype.

7.3.3. Skjelett- og muskelsykdommer

Blant personer med skjelett- og muskelsykdommer var overgangshyppigheten større eller mindre enn gjennomsnittet for ulike grupper etter alder og kjønn. Det var ingen felles overgangshyppighet større enn gjennomsnittet, som for de nervøse lidelsene, eller en felles lavere overgangshyppighet enn gjennomsnittet, som for hjerte- og karsykdommene. Menn under 50 år med slik sykdom gikk sjeldnere enn gjennomsnittet over på uførepensjon, menn over 50 år og kvinner under 50 år skiller seg ikke ut fra gjennomsnittet, mens kvinner over 50 år gikk oftere over på uførepensjon enn gjennomsnittet, se figur 7.3.

Figur 7.3. Hyppigheten av skjelett- og muskelsykdommer blant varig syke og nye uførepensjonister, i grupper for kjønn og alder. Prosent. 1983



I 1977 var overgangshyppigheten til uførepensjon med en muskel- og skjelettsykdom mindre eller lik gjennomsnittet, se figur 5.3. Det har ikke skjedd noen endring i overgangshyppigheten fra 1977 til 1983 for denne sykdomstypen utover den generelle økning. For menn og kvinner over 50 år har overgangshyppigheten til uførepensjon for denne sykdomstypen økt mer enn den generelle økning.

Men hvorfor har sjansen for å gå over på uførepensjon med gikt, ryggplager o.l. økt? En mulig forklaring er at skjelett- og muskelsykdommene ofte er sykdommer en kan arbeide med. Men ved bedriftsnedleggelse eller innskrenkninger vil det være nærliggende å sykmelde personer med slike sykdommer, istedenfor å tilby arbeidsledighetstrygd. En annen mulig forklaring er at uførepensjonsordningen var mer innarbeidet og akseptabel på begynnelsen av 80-tallet enn tidligere og at folk som ble syke så det som mer akseptabelt å gå ut av arbeidslivet.

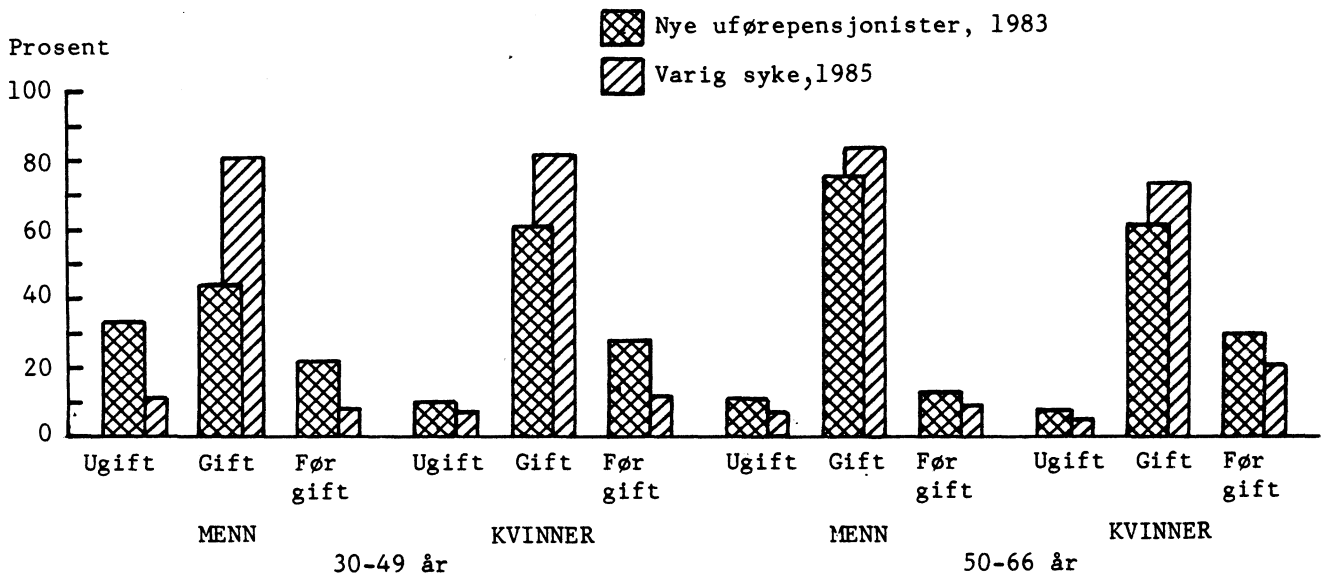
7.4. Betydning av ekteskap og samboerforhold i 1983

Antall inngåtte ekteskap har gått ned i perioden 1977-1983, mens antall skilsmisser og separasjoner har gått opp. Andelen enslige i befolkningen øker og hyppigheten av barn født utenfor ekteskap øker. Det er vanskelig å få gode tall over samboere uten formell vigsel, men denne gruppen øker også.

7.4.1. Overgangshyppigheter for ulik ekteskapsstatus

Overgangshyppigheten til uførepensjon var lavere for gifte enn for andre i 1977 innen grupper for kjønn, alder og type sykdom, figurene 5.4 og 5.5. Det samme resultat ser vi for 1983 (se figurene 7.4 og 7.5). Dette er altså et stabilt trekk ved rekrutteringen til uførepensjonsordningen.

Figur 7.4. Nye uførepensjonister 1983 og varig syke 1985 etter ekteskapelig status, i grupper for kjønn og alder

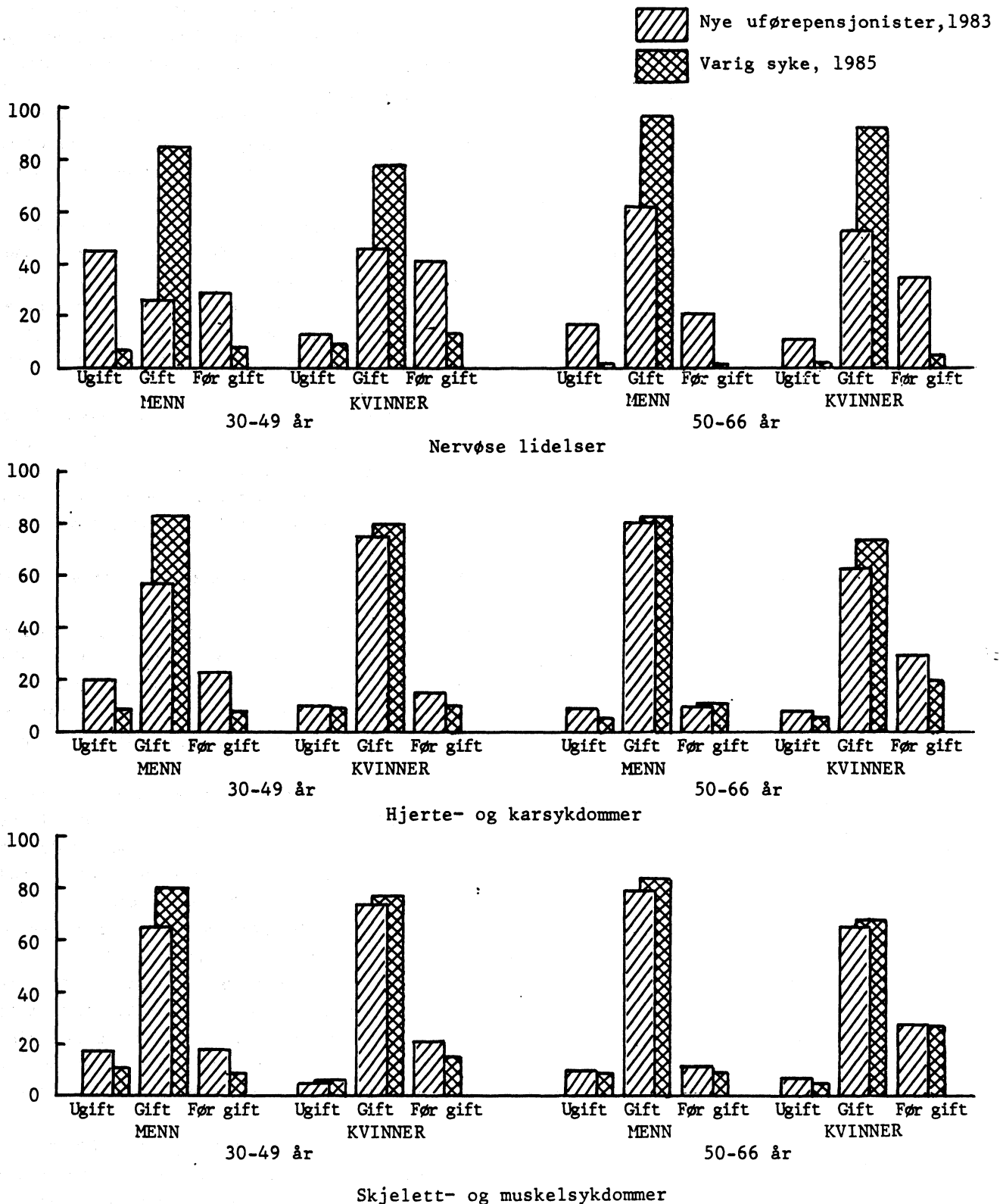


Den lavere overgangshyppighet for gifte i 1983 var mest markert for menn under 50 år og for personer med nervøse lidelser, se figur 7.5. For andre gifte er forskjellene mindre.

Tilsvarende utregninger for par som bor sammen, uavhengig om de er gift eller ikke, viser at samboende par uten formell vigsel ikke har den samme lavere overgangshyppighet til uførepensjon som formelt gifte. Dette tyder på at et formelt ekteskap gir en tryggere situasjon når det inntreffer sykdom enn et samboforhold kan gi. Tryggheten i et formelt ekteskap kan være av økonomisk karakter i den forstand at det foreligger en gjensidig forsørgelsesplikt. Denne formelle trygghet kan mangle i de papirløse samboforhold.

Siden det ble gitt tall for syketilfelle i 1977 og varig syke personer i 1983, er det vanskelig å si om det har skjedd endringer fra 1977 til 1983. Dersom fordelingen av tallet på syketilfelle etter ekteskapelig status er det samme som fordelingen av varig syke etter ekteskapelig status, er underrepresentasjonen av gifte like stor i 1983 som i 1977 for de nye uførepensjonistene. Og det er fortsatt en tendens til at ugifte er mindre overrepresentert enn før gifte blant kvinnelige uførepensjonister i alderen 30-49 år og blant nye mannlige uførepensjonister i aldersgruppen over 50 år. For menn i aldersgruppen 30-49 år og kvinner i aldersgruppen over 50 kan vi ikke si at overgangshyppigheten er forskjellig for ugifte og før gifte.

Figur 7.5. Nye uførepensjonister 1983 og varig syke 1985 i grupper for kjønn, alder og diagnose, etter ekteskapsstatus. Prosent



Andelen av befolkningen som lever utenfor formelle ekteskap er stadig økende og både enslige og "papirløse" samboende går hyppigere over på uførepensjon enn formelt gifte. På grunn av at det er store kull under 50 år i befolkningen, vil rekrutteringen til uførepensjon øke når stadig større kull med enslige skal leve med sykdom.

7.4.2. Kontroller av endringer i ekteskapeleg status

I denne undersøkelsen er det ekteskapeleg status ved tidspunktet for registrering av varig sykdom som sammenlignes med ekteskapeleg status det året en blir uførepensjonert. I perioden fra en blir syk til en uførepensjoneres er det mange som skifter ekteskapeleg status. Noe av forklaringen på at gifte har mindre sjanse enn andre for å gå over på uførepensjon kan være at det er flere som skifter status fra gift til en annen ekteskapeleg status enn omvendt. Dermed blir det færre gifte blant nye uførepensjonister enn blant varig syke. Det er mulig å belyse dette til en viss grad fordi vi kjenner ekteskapeleg status både i 1980 og 1983 for de nye uførepensjonistene.

For nye mannlige uførepensjonister i 1983 som var gift i 1980, var det 2,2 prosent som var skilt eller separert i 1983 og 1,6 prosent som var blitt enkemann. Samtidig var det 3 prosent av de som var ugift eller før gift i 1980 som var gift i 1983. Disse overgangene er så små at det vil influere lite på variasjonen i overgangsrate for gifte og andre.

Av nye kvinnelige uførepensjonister i 1983 som var gift i 1980, var det 4,3 prosent som var skilt eller separert i 1983 og 7,6 prosent som var blitt enker. For disse er det altså en større endring enn for menn. Samtidig var det 2,9 prosent av ugifte og før gifte i 1980 som var gift i 1983. Dette er som for nye mannlige uførepensjonister. For kvinnene er det dermed en mindre andel som er gift når de blir uførepensjonert enn tre år før. Det vil derfor være en delforklaring på at gifte kvinner sjeldnere går over på uførepensjon at i prosessen fra sykdom til uførepensjon er det mange som blir enslige. Spesielt er det mange som blir enker.

For kvinner er det trukket fram at de som ikke er gift har lettere for å få uførepensjon fordi regelverket fastsetter at ugifte og før gifte skal vurderes som yrkesaktive ved overgang til uførepensjon, uansett om de er yrkesaktive eller ei. Det er mulig å se om gifte som blir enslige (skilt/separert/enke) i perioden 1981-1983 hadde en lavere yrkesaktivitet enn de som fortsatt var gift i 1983. Hvis så er tilfelle, er trolig den nye status som enslig en medvirkende årsak til at uførepensjonen er innvilget.

Yrkesaktiviteten er målt i 1976, sju år før uførepensjonering, for å være sikker på at det er yrkesaktivitet før sykdom inntreffer som måles.

Blant nye kvinnelige uførepensjonister i aldersgruppen 30-49 år var yrkesaktiviteten i 1976 på 65 prosent og den var lik for de som skiftet status før 1981 og de som skiftet status i 1981-1983. Blant gifte i samme aldersgruppe var yrkesaktiviteten i 1976 på 72 prosent, dvs. en forskjell på 7 prosent i yrkesaktivitet mellom gifte og gifte som skilte seg i treårsperioden før de fikk uførepensjon. Dette antyder at 7 prosent av de som ble enker/separert eller skilte seg fikk uførepensjon pga. sin nye status. Dette tilsvarer bare 12 kvinner i denne aldersgruppen.

I aldersgruppen 50-66 år er det en stor forskjell i tidligere yrkesaktivitet mellom de som skiftet status fra gift til før gift før 1981 og de som skiftet status i 1981-1983. I den første gruppen var yrkesaktiviteten i 1976 77 prosent og i den siste 54 prosent. Vi får derfor en innblanding av gifte med lav yrkesaktivitet som trekker yrkesaktiviteten blant før gifte nye uførepensjonister nedover. Yrkesaktiviteten blant gifte kvinner som går over på uførepensjon i 1983 var 76 prosent i 1976. Dermed antydes at for 22 prosent av de kvinnene som skiftet status i 1981-1983 var den nye statusen som før gift med på å bidra til at kvinnen fikk uførepensjon. Dette utgjorde 160 kvinner i 1983.

Samlet antydes da at 172 kvinner av i alt over 10 000 nye kvinnelige uførepensjonister fikk uførepensjon etter skifte av ekteskapeleg status. Men status som enslig kommer i betraktning også for de som har vært dette i lang tid slik at betydningen av ekteskapeleg status er større enn dette. Blant ugifte og den gruppen av før gifte som skiftet status før 1981 var det minimum 643 kvinner som ikke hadde vært yrkesaktive i det hele tatt. Da er det tatt utgangspunkt i maksimalt antall gjennomsnittlig yrkesaktive i perioden 1976-1979.

Forskjellen i yrkesaktivitet mellom gifte kvinner som får uførepensjon og før gifte som ble enslige i 1981-1983 og som fikk uførepensjon i 1983, antyder at det er en rekke gifte kvinner som er syke nok til å få uførepensjon dersom de ble vurdert som yrkesaktive. Ettersom nye grupper av kvinner passerer 50 år og har en sterkere tilknytning til arbeidslivet, vil dette medføre en økende rekruttering til uførepensjonsordningen uten at dagens regelverk og praksis blir endret.

Skilsmisse- og separasjonstilbøyeligheten er mye høyere for nye uførepensjonister med nervøse lidelser enn for nye uførepensjonister med andre sykdomstyper. Av de nye uførepensjonistene i 1983 som var gift i 1980, var det 3,2 prosent som var separert eller skilt i 1983. Tilsvarende tall for personer med nervøse lidelser var 7 prosent. Personer med hjerte- og karsykdommer har en mye lavere skilsmissetendens, av de som var gift i 1980 var bare noe over 1 prosent skilt eller separert i 1983. For

skjelett- og muskelsykdommer var det 2,6 prosent som var skilt eller separert i 1983. Den høye skilsmisseraten for personer med nervøse lidelser er da også en delforklaring på hvorfor gifte med nervøse lidelser er underrepresentert blant nye uførepensjonister.

7.5. Overgangshyppigheter for yrkesaktive med ulike sykdommer

Et velferdssamfunn som etablerer en sykepengeordning som den vi fikk i 1978 kan kanskje også ha råd til å la syke mennesker få pensjon uansett om de er, har vært eller skal bli yrkesaktive. Yrkesaktivitetens betydning ved overgang til uførepensjon kan derfor tenkes å ha gått ned etter 1978. På den annen side kan de økonomisk trangere tider som kom på 80-tallet, ha ført til at personer som ikke var "forsikret" gjennom yrkesaktivt arbeid fikk større problemer med å få uførepensjon.

De nye uførepensjonistene i 1983 var hyppigere tidligere yrkesaktive enn de nye uførepensjonistene i 1977. Menn i den syke befolkning (uten uførepensjon) var yrkesaktive i like stort omfang i 1975 som i 1985, mens andelen yrkesaktive blant kvinner i den syke befolkning (uten uførepensjon) økte betraktelig over samme tidsperiode.

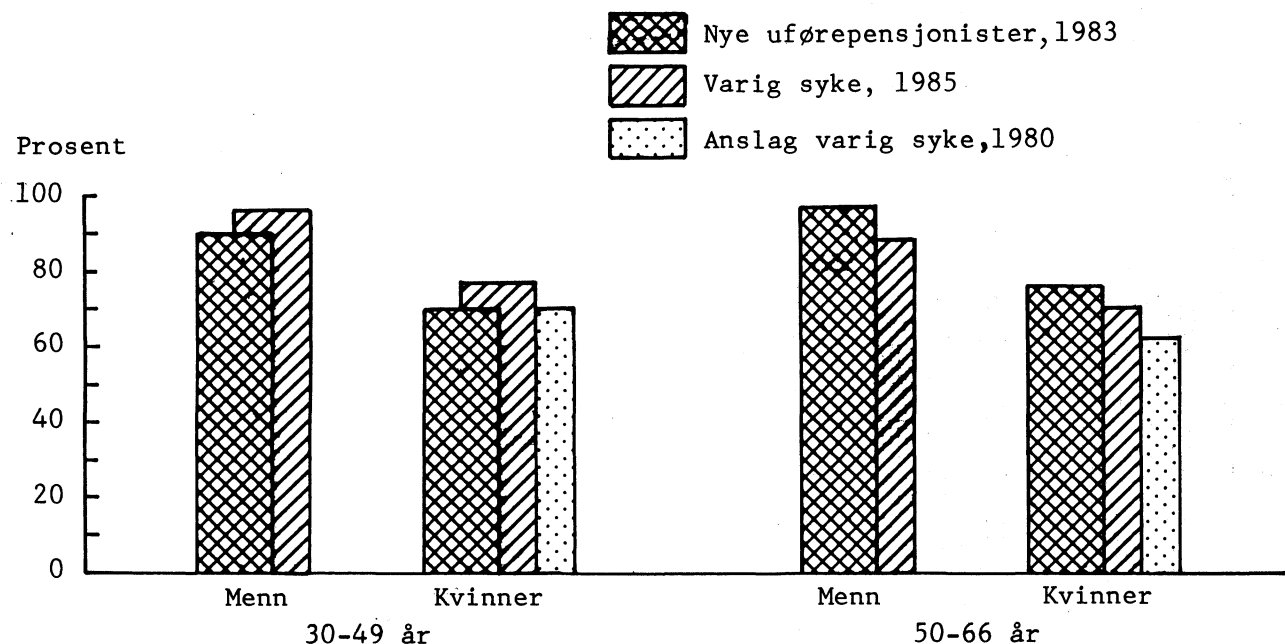
Yrkesaktive menn under 50 år gikk sjeldnere over til uførepensjon i 1983 enn de som ikke var yrkesaktive, men i noe mindre grad enn i 1977. Og yrkesaktive menn over 50 år gikk hyppigere over på uførepensjon enn de som ikke var yrkesaktive i noe større grad enn i 1977. Dette betyr at utstøtingen fra yrkeslivet ble større i perioden. Vi bruker da samme metode for sammenligning som for de nye uførepensjonistene i 1977, dvs. andelen yrkesaktive sju år før uførepensjonering. Figurene 7.6 og 5.6 viser andelen tidligere yrkesaktive blant nye uførepensjonister og andelen yrkesaktive blant varig syke uten uførepensjon i 1983 og 1977.

Siden yrkesaktiviteten for kvinner har økt i perioden 1975 til 1985, noe som også gjenspeiles i den økte andel yrkesaktive blant syke, må vi finne et anslag for yrkesaktiviteten blant syke kvinner rundt 1980. Da startet utmarsjen fra arbeidsmarkedet for kvinner som ble uførepensjonister i 1983, se avsnitt 8.1. Hvis økningen i yrkesaktivitet for kvinner har vært jevn i perioden, er det et rimelig anslag å si at andelen yrkesaktive blant varig syke kvinner i 1980 var 70 prosent i aldersgruppen 30-49 år og 52 prosent i aldersgruppen 50-66 år, dvs. midt mellom situasjonen i 1975 og 1985.

I 1983 hadde yrkesaktive kvinner og andre samme overgangshyppighet til uførepensjon i aldersgruppen 30-49 år, mens i 1977 var overgangshyppigheten til uførepensjon lavere for yrkesaktive enn for andre. Også for kvinner over 50 år er derfor betydningen av yrkesaktivitet viktigere i 1983 enn i 1977.

Økende yrkesdeltaking blant kvinner og hyppigere overganger til uførepensjon for yrkesaktive forklarer delvis at kvinner over 50 år i økende omfang går over på uførepensjon.

Figur 7.6. Yrkesaktivitet i 1976 for nye uførepensjonister i 1983 og yrkesaktivitet i den varig syke befolkning i 1980 og 1985. Prosent

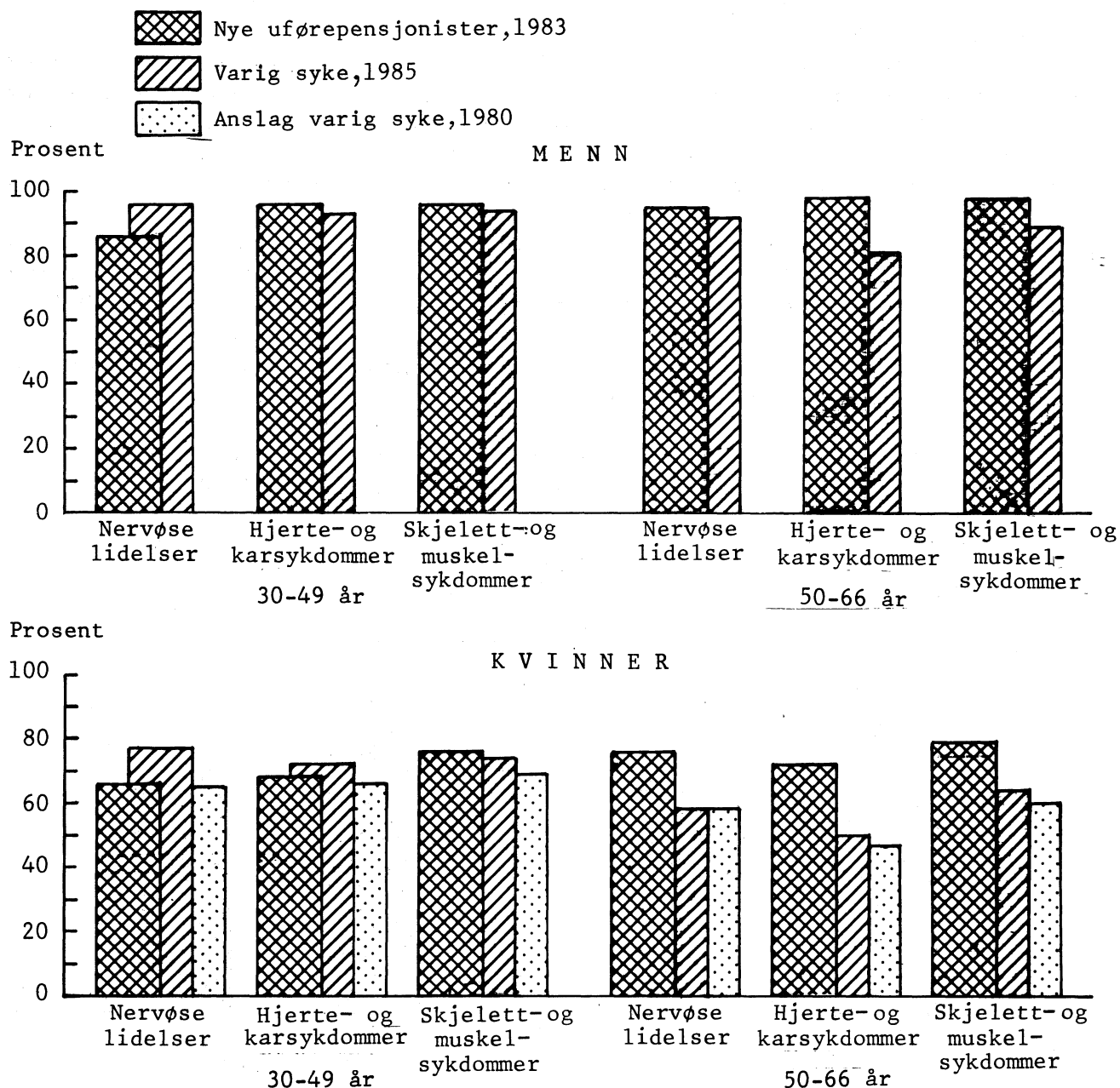


I kapittel 5 ble det påvist at yrkesaktivitetens betydning for overgang til uførepensjon varierte med type sykdom. For menn under 50 år var det i 1983 bare overgangshyppigheten for yrkesaktive med nervøse lidelser som var lavere enn gjennomsnittet. For yrkesaktive menn med hjerte- og karsykdommer eller skjelett- og muskelsykdommer var overgangshyppigheten større enn gjennomsnittlig. Det er fortsatt de nervøse lidelsene som dominerer blant de nye mannlige uførepensjonistene i denne aldersgruppen. Dette forklarer at overgangshyppigheten for yrkesaktive er lavere enn gjennomsnittet for menn under 50 år, se figur 7.7.

For kvinner under 50 år i 1977 var overgangshyppigheten blant yrkesaktive lavere enn gjennomsnittet uansett type sykdom. I 1983 hadde yrkesaktive kvinner med skjelett- og muskelsykdommer en overgangshyppighet større enn gjennomsnittet, mens for andre sykdomsgrupper var det ikke noen forskjell for yrkesaktive og andre.

For kvinner over 50 år var overgangshyppigheten til uførepensjon i 1977 større for yrkesaktive enn andre, men ikke for kvinner med nervøse lidelser. I 1983 var overgangshyppigheten til uførepensjon større for yrkesaktive enn andre, uansett sykdomstype. Forskjellene for yrkesaktive og andre var større i 1983 enn i 1977.

Figur 7.7. Tidligere yrkesaktivitet blant nye uførepensjonister i 1983 og yrkesaktivitet blant varig syke, i grupper for kjønn, alder og sykdomstype. Prosent



Også blant kvinner er da betydningen av yrkesaktivitet ved overgang til uførepensjon økt og for alle typer sykdommer. Yrkesaktiviteten i den syke befolkning har økt, bortsett fra for kvinner over 50 år med nervøse lidelser. Inngangsbilletten til uførepensjonsordningen er da tilgjengelig for stadig flere, samtidig som det er viktigere å ha en yrkesaktiv bakgrunn.

7.6. Samspill mellom type sykdom, ekteskapelig status og yrkesaktivitet

Ved hjelp av mer avanserte statistiske metoder er det mulig å se hvordan overgangshyppigheten til uførepensjon varierer med verdiene av alle de fem faktorene kjønn, alder, type sykdom, ekteskapelig status og yrkesaktivitet under ett. Først beregnes tallet på varig syke uten uførepensjon i befolkningen på grunnlag av Helseundersøkelsen 1985 og deretter ser vi hvor mange som har gått over på uførepensjon i ulike grupper. Det nye i forhold til de tidligere presentasjoner i denne rapporten er at overgangshyppigheten så dekomponeres med en regresjonslignende teknikk. Da kan en også teste om enkelte samspillsfaktorer er av betydning eller ei. Et mål er å lage en så enkel modell som mulig for overgangshyppigheten til uførepensjon, dvs. å fjerne flest mulig av samspillsfaktorene uten at modellen ikke lenger "passer" til de observasjoner som vi faktisk har.

Resultatene som presenteres her er et eksempel hentet fra Amundsen og Rygh Swensen (1988) og vi henviser til dette notatet for en beskrivelse av modeller og metoder. Her skal vi bare referere den ekstra informasjon som analysen gav utover det som allerede er påvist tidligere i rapporten.

7.6.1. Modeller

Det ble laget separate modeller for overgangshyppigheten til uførepensjon for menn og kvinner med ulike typer sykdommer. Dette danner åtte ulike modeller, fire for hvert kjønn slik vi har valgt å dele inn diagnosene. Innen hver modell ser en så på betydningen av alder, ekteskapelig status og yrkesaktivitet samt samspillet mellom dem. Koeffisienten i de ulike modellene kan også sammenlignes direkte.

For de åtte ulike modellene var det lite tap av tilpasning til dataene å fjerne andre ordens samspill, dvs. samspillet mellom alle tre forklaringskjenmerkene. Men for kvinner var det ikke grunnlag for å fjerne noen av de andre samspillsleddene. Det vil si at overgangen til uførepensjon varierer både med alder og ekteskapelig status, alder og yrkesaktivitet og ekteskapelig status og yrkesaktivitet i tillegg til de tre kjennmerkene hver for seg.

For menn var det mulig å fjerne samspillet mellom ekteskapelig status og yrkesaktivitet i tre av de fire modellene.

Dette betyr at det ikke er noen enkel modell som tar vare på det vi vet om overgang til uførepensjon. Ved å trekke inn ytterligere kjennemerker som geografisk region (fylke) og forhold på arbeidsmarkedet er det lite trolig at modellen blir enklere, snarere tvert imot. Yrkesaktivitet vil trolig ha ulik betydning i ulike regioner. Datagrunnlaget utelukker imidlertid at flere kjennemerker kan trekkes inn i analysen.

7.6.2. Samspill mellom ekteskapelig status og yrkesaktivitet

I avsnittene 7.4 og 7.5 har vi analysert fire kjennemerker samtidig. Det en mangler er å se på betydningen av ekteskapelig status og yrkesaktivitet når andre faktorer holdes fast eller kontrolleres. I varianskomponentmodellen i Amundsen og Rygh Swensen kan vi se hovedeffektene av ekteskapelig status og yrkesaktivitet og samspillseffekten mellom dem når kjønn og alder holdes fast. Dessuten ser vi forskjellene i disse effektene for de ulike sykdomstyper. Med effekt mener vi da at overgangshyppigheten til uførepensjon varierer med verdien på kjennmerkene. En positiv effekt betyr at sjansen for å gå over på uførepensjon er større enn et generelt gjennomsnitt.

For menn med nervøse lidelser er den positive effekt av det å ikke være gift større enn den positive effekt av det å være yrkesaktiv. Hovedeffekten av yrkesaktivitet er tilnærmet lik null. En positiv effekt av yrkesaktivitet får vi fordi det er en positiv samspillseffekt når en er yrkesaktiv og ikke gift. Det å være yrkesaktiv og gift gir en liten reduksjon i overgangshyppigheten til uførepensjon. Samspillseffekten er da også positiv når en er ikke yrkesaktiv og gift. Det betyr altså litt høyere sjanse for å gå over på uførepensjon med disse kombinasjonene. Men de må ses i sammenheng med hovedeffektene.

Yrkesaktive menn med nervøse lidelser har i denne modellen lik overgangshyppighet til uførepensjon som en som ikke er yrkesaktiv med en nervøs lidelse. Resultatet i avsnitt 7.4 hvor ikke yrkesaktive menn under 50 år hadde en større sjanse enn yrkesaktive for å gå over, dekker derfor over at det er så mange enslige blant de som ikke er yrkesaktive. Og det er de enslige som i større omfang går over på uførepensjon.

For menn med hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer er effekten av å ikke være gift mindre enn det å være yrkesaktiv, men begge effektene gir et positivt bidrag til sjansen for å gå over på uførepensjon. Samspillseffekten gir lite i tillegg eller fradrag i sjansen for å gå over på uførepensjon.

Også for kvinner med nervøse lidelser er den positive effekt av det å ikke være gift større enn den positive effekt av yrkesaktiviteten. I tillegg er det en positiv effekt av yrkesaktivitet alene. Samspillseffekten mellom ekteskapelig status og yrkesaktivitet er svært liten. Overgangshyppigheten til uførepensjon er derfor ikke lavere for gifte yrkesaktive enn for andre yrkesaktive utover de effektene en ser av ekteskapelig status og yrkesaktivitet hver for seg.

For kvinner med hjerte- og karsykdommer er effekten av det å ikke være gift ganske lik effekten av å være yrkesaktiv. Begge trekker i retning av høyere overgangshyppighet til uførepensjon. Men virkningen reduseres av et samspilledd som er negativt når en ikke er gift og samtidig yrkesaktiv.

Dette samspillet er positivt når en er gift og yrkesaktiv. Den samlede effekt på sjansen for å gå over på uførepensjon er tilnærmet null når en er gift og samtidig yrkesaktiv. Det betyr at sjansen for å gå over på uførepensjon reguleres av hovedgjennomsnittet og alder og samspilledd mellom alder og ekteskapelig status og alder og yrkesaktivitet.

For kvinner med skjelett- og muskelsykdommer betyr yrkesaktivitet en del, mens det å være gift eller ei betyr lite for sjansen for å gå over på uførepensjon. Samspilleddet mellom yrkesaktivitet og ekteskapelig status er nesten null.

De forskjellige betydninger av yrkesaktivitet og ekteskapelig status for de ulike sykdomstyper ved overgang til uførepensjon er interessante og det er viktig å finne forklaringer i sykdommens natur og hvordan sykdommene oppleves, oppfattes og behandles i samfunnet i 1980-åra. Dette er en viktig forskningsoppgave.

Det er naturligvis mulig at det er andre faktorer som vi ikke har med i vår modell som fører til de observerte forskjeller. Men med forbehold om at de faktorer vi ikke har trukket inn i modellene ikke vil endre vesentlig på resultatene, er det interessant å merke seg at tidligere yrkesaktivitet har så ulik betydning for de ulike sykdomstypene og i samspill med ekteskapelig status.

8. ARBEIDSHISTORIE FOR DE NYE UFØREPENSJONISTENE I 1983

I dette kapitlet skal vi beskrive arbeidshistorien for grupper av nye uførepensjonister med det for øyet å belyse de prosesser som leder fram til uførepensjonering. Dermed får vi også ytterligere belyst de sammenligninger som er gjort tidligere om yrkesaktivitetens betydning for overgang til uførepensjon.

Vi får belyst forholdet mellom sykdom og arbeidsopphør. Er det sykdommen som kommer før arbeidsopphør eller slutter en å arbeide før sykdommen kommer? Det er mulig å tallfeste størrelsen av den gruppen som går ut av arbeid før uføretidspunktet.

I tillegg til å se på om de nye uførepensjonistene hadde pensjonsgivende inntekt eller ei før uførepensjonering, skal vi se på størrelsen av den pensjonsgivende inntekt og sammenligne med foreliggende tall for befolkningen på samme tidspunkt.

Først skal vi beskrive hvordan de nye uførepensjonistene går ut av arbeidslivet, sett i forhold til sykdomstidspunktet (uføretidspunktet) og det året de er registrert som nye uførepensjonister. Det er datasettet om nye uførepensjonister i 1983 som analyseres og i tillegg til tidligere kjennemerker om den enkelte person, bruker vi de nye uførepensjonisters uføretidspunkt, ekteskapelig status i 1980 og oppgaver over pensjonsgivende inntekt i tidsperioden 1976 til 1984.

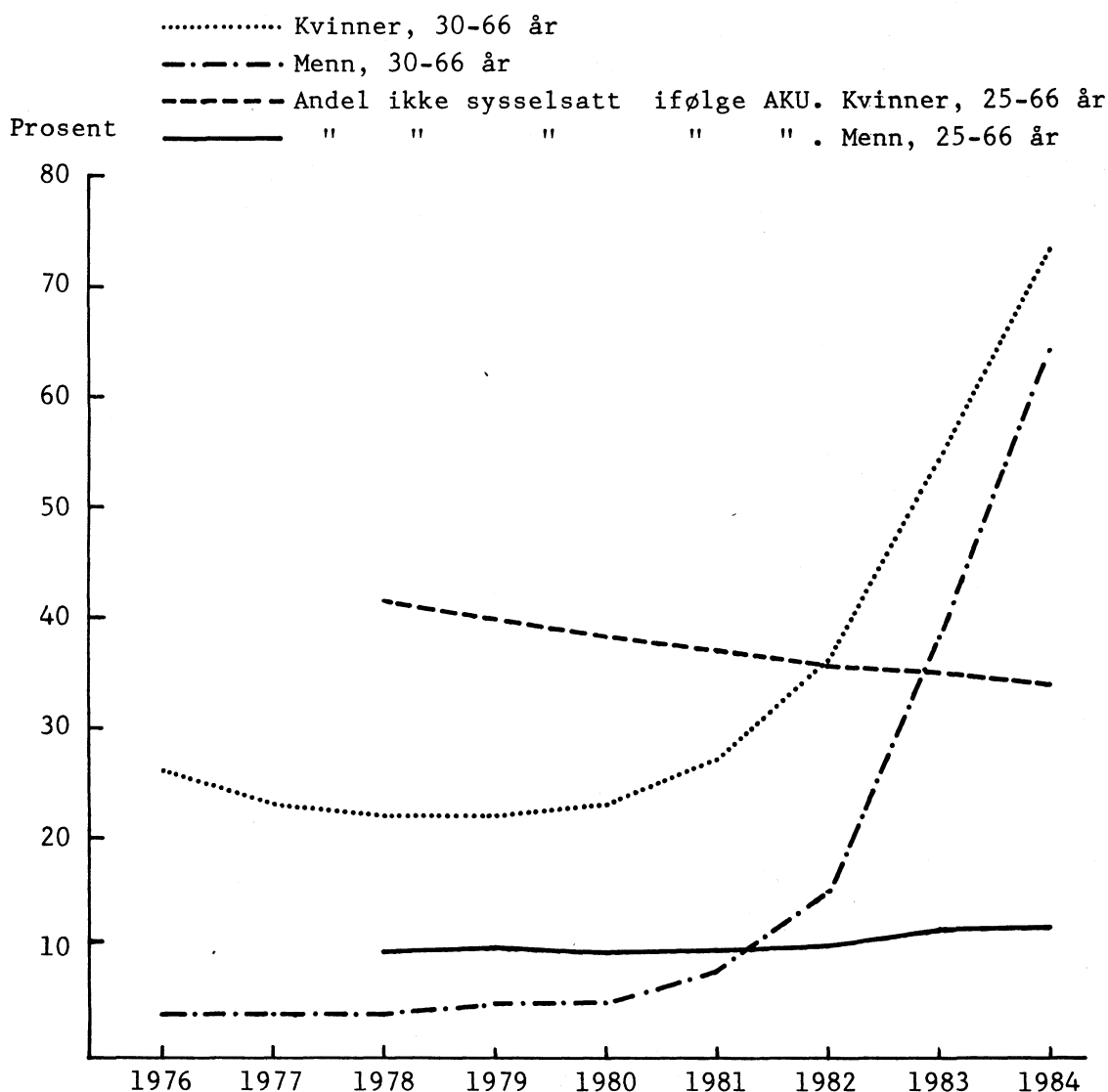
8.1. Arbeidshistorien 1976 til 1984

For de nye uførepensjonistene i 1983 skal vi se på tidligere arbeidshistorie, målt ved pensjonsgivende inntekt fra 1976 og framover til 1984. For hvert år ser vi hvor stor del som var uten pensjonsgivende inntekt og dermed uten tilknytning til yrkeslivet.

Pensjonsgivende inntekt har sine svakheter som mål på yrkesaktivitet, bl.a. ble sykepenger tatt med som pensjonsgivende inntekt fra 1978. For de nye uførepensjonistene ser vi derfor at det er en stor del som har pensjonsgivende inntekt også året etter uføretidspunktet, noe som trolig skyldes etterslep av sykepenger. Uføretidspunktet er det tidspunkt ervervsevnen anses nedsatt med 50 prosent eller mer. To år etter uføretidspunktet er 60-70 prosent av de nye uførepensjonistene uten pensjonsgivende inntekt.

I figur 8.1 vises hvor stor del av de nye uførepensjonistene i 1983 som var uten pensjonsgivende inntekt i perioden 1976 til 1984. Vi kan ikke se om enkeltpersoner går ut og inn av arbeidslivet eller om inntekten omfatter sykepenger.

Figur 8.1. Andelen av nye uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i årene 1976-1984. Prosent



I figuren er det også tegnet inn hyppigheten av ikke sysselsatte menn og kvinner i aldersgruppen 25-66 år ifølge Arbeidskraftundersøkelsene 1978-1984. Disse tallene er ikke korrigert for at uførepensjonister har en lavere yrkesaktivitet enn resten av befolkningen og dessuten ikke kan rekrutteres til uførepensjonsordningen på nytt.

Utstøtingen fra arbeidslivet startet rundt 1979 for kvinner og rundt 1980 for menn for de som ble registrert som nye uførepensjonister i 1983. Knappe 5 prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene har vært uten pensjonsgivende inntekt i perioden før utmarsjen startet.

Kurvene i figur 8.1 er imidlertid satt sammen av personer med ulike uføretidspunkter, og inntrykket endres noe når en ser på tilsvarende kurver for grupper med samme uføretidspunkt (uføreår).

Et annet moment er at andelen uten pensjonsgivende inntekt blant de nye mannlige uførepensjonistene er tilnærmet konstant fra 1976 til 1980. Dermed er pensjonsgivende inntekt 7 år før uførepensjonering et godt mål på tidligere yrkesaktivitet. For de nye kvinnelige uførepensjonistene økte yrkesaktiviteten fra 1976 til 1979 på samme måte som for andre kvinner. Så startet utmarsjen i 1979. Resultatene i kapittel 7 bør derfor ses i lys av at yrkesaktiviteten for de nye kvinnelige uførepensjonistene var ca. 5 prosentpoeng lavere i 1976 enn i 1979. Dette betyr at overgangshyppigheten til uførepensjon for yrkesaktive kvinner har økt mer enn det ble påpekt i forrige kapittel. Dette gjelder imidlertid gruppen som helhet og ikke for hver undergruppe som er omtalt i kapittel 7.

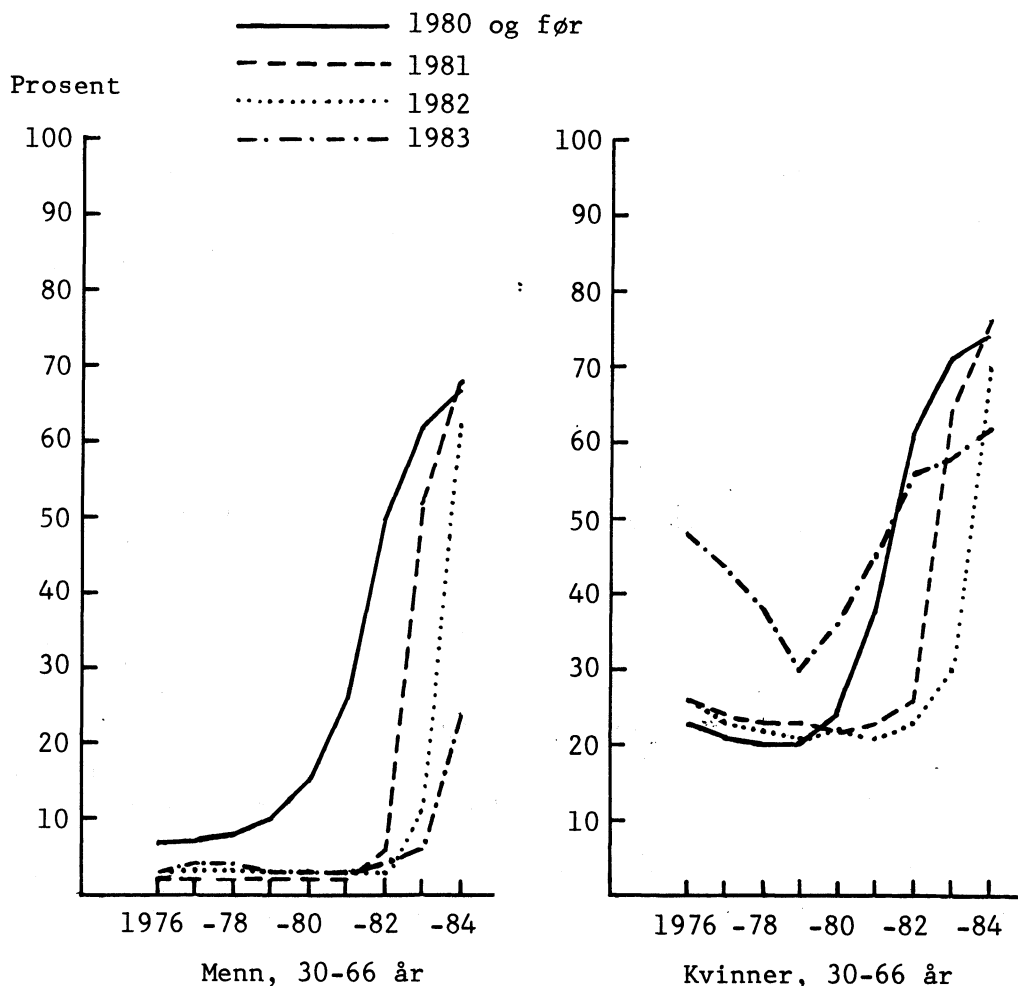
8.1.1. Ventetid på uførepensjon

Tiden fra en blir varig syk til uførepensjonen innvilges vil teoretisk sett variere bl.a. med sykdommens alvorlighetsgrad, eventuell ventetid på attføring, om attføringen forsøkes eller ei, ventetid på operasjoner og om den syke tilhører en gruppe hvis rettighet til uførepensjonsordningen er uklar. Dataene i denne undersøkelsen gir ikke opplysninger om hvorfor ventetiden er lang, men det er mulig å beskrive hvilke grupper som har lange ventetider.

Av de som fikk sin uførepensjon i 1983, har noen få uføretidspunkt helt tilbake i 1967. Hovedtyngden i aldersgruppen 30-66 år har mistet ervervsevnen i 1981 (35 prosent) og 1982 (34 prosent), målt ved det fastsatte uføretidspunktet. Det var 4 prosent som hadde uføretidspunkt i 1983. Dette er trolig mennesker som er alvorlig syke siden de får uførepensjon så raskt.

Uføretidspunktet skal fastsettes til det tidspunkt en eventuell yrkeskarriere avsluttes eller reduseres. Når en deler inn de nye uførepensjonistene i grupper etter uføretidspunkt viser det seg at avslutningen på yrkeskarrieren henger nøye sammen med uføretidspunktet, se figur 8.2.

Figur 8.2. Andelen av de nye uførepensjonistene i 1983 som ikke hadde pensjonsgivende inntekt i 1976-1984. Grupper for uføretidspunkt. Prosent



Hvor lang tid tar det å få uførepensjon for de som ikke var yrkesaktive? Blant menn uten tidligere yrkesaktivitet var det nesten 50 prosent som hadde uføretidspunkt i 1980 eller tidligere. Blant alle nye mannlige uførepensjonister var det bare ca. 25 prosent av hele gruppen som hadde uføretidspunkt så lang tid før uførepensjonen ble innvilget. Nå er det ingen stor del av de nye mannlige uførepensjonistene som var uten tidligere yrkestilknytning. I alt var det 4 prosent eller ca. 450 av de nye mannlige uførepensjonistene som var uten arbeid i perioden fram til 1980. Denne gruppen utgjør ingen stor belastningen på uførepensjonsordningen. Det er de tidligere yrkesaktive som utgjør hovedtyngden av rekruttene og disse har altså kortere ventetid enn menn som har stått utenfor arbeidsmarkedet i mange år.

Nye kvinnelige uførepensjonister følger ikke det samme mønster som menn. Uansett om uføretidspunkt var fastsatt til før 1981, i 1981 eller i 1982, er andelen uten tidligere yrkesaktive omtrent den samme, ca. 20 prosent. Blant de tidligere ikke yrkesaktive hadde 27 prosent uføretidspunkt før 1981, mens tilsvarende for tidligere yrkesaktive nye kvinnelige uførepensjonister var 29 prosent. Det er nærliggende å spørre om dette kan skyldes at gifte kvinner som ikke er yrkesaktive verken søker eller får innvilget uførepensjon dersom de søker.

Fordelingen av nye uførepensjonister etter uføretidspunktet varierte med alder. For personer i alderen 30-49 år var det 50 prosent som hadde uføretidspunkt i 1980 eller tidligere, mens det var 20 prosent for personer over 50 år. Det var derfor ingen kort og lett vei fram til uførepensjon for personer under 50 år, verken for menn eller kvinner. Det er de yrkesaktive som dominerer for begge kjønn og ventetiden for disse var lang.

Det er påvist at type sykdom har stor betydning for hvor hyppig folk går over på uførepensjon og det viser seg at type sykdom også har betydning for ventetiden. Menn og kvinner med hjerte- og karsykdommer har en lav andel med lang ventetid, mens personer med nervøse lidelser har en større andel med lang ventetid. Personer med skjelett- og muskelsykdommer har lang ventetid når de er under 50 år, se tabell 8.1.

Tabell 8.1. Andel av nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt før 1981. Grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent

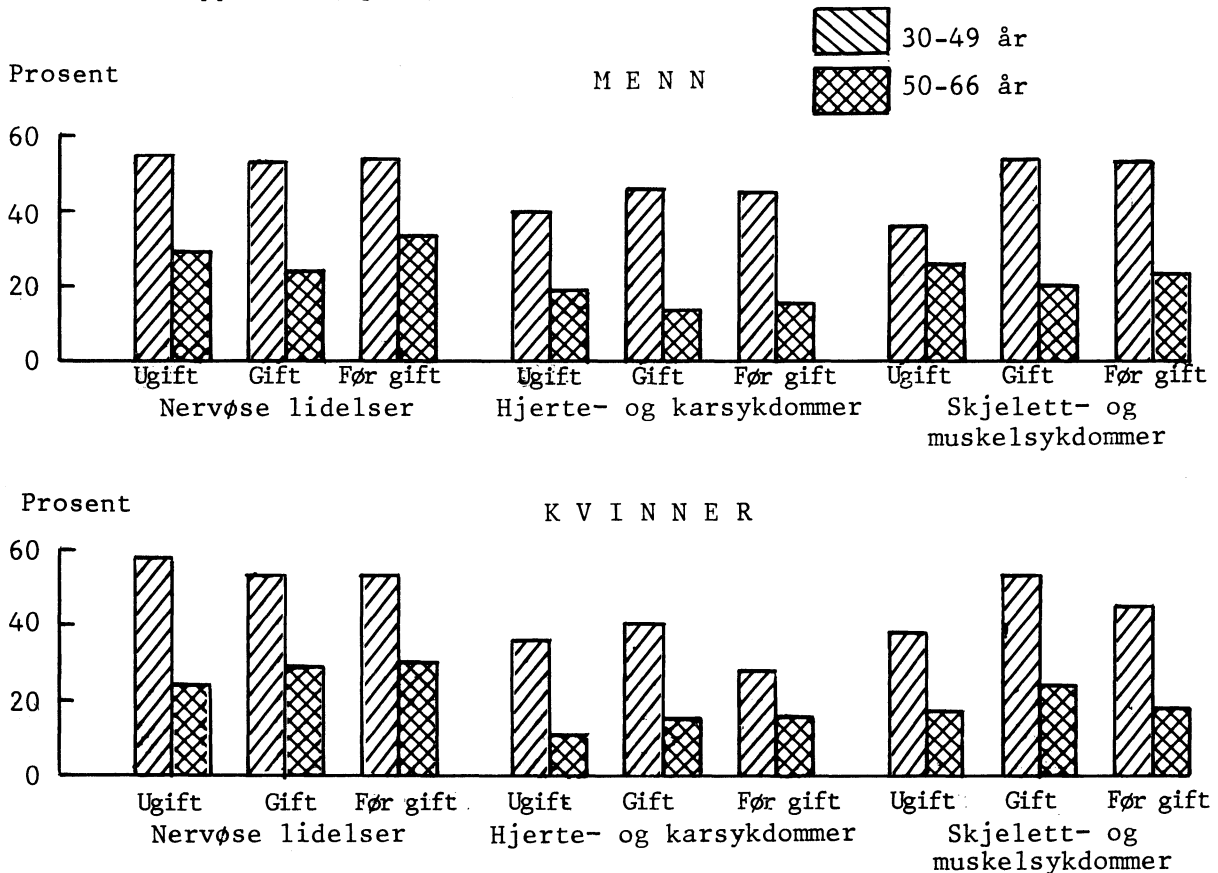
Kjønn og alder	Alle	Nervøse lidelser	Hjerte- og karsykdommer	Skjelett- og muskelsykdommer
Menn				
30-49 år	50	54	44	51
50-66 år	19	27	14	21
Kvinner				
30-49 år	49	54	39	51
50-66 år	22	29	15	22

Siden en lang ventetid kan avspeile at attføring har vært forsøkt, kan en ikke umiddelbart si at en lang ventetid er et onde. Det er mer uheldig hvis attføringstilbudet mangler og søkeren må vente i mange år før en blir vurdert "verdigg" til uførepensjon. De lange ventetidene for personer med nervøse lidelser har ikke bakgrunn i at attføringsapparatet er godt utbygd for denne gruppen, det er heller problemene med å finne et attføringsopplegg som er framtreddende. Det er noe paradoksalt at personer som har så mye større sjanse enn andre for å gå over på uførepensjon skal bruke lang tid fra ervervsevnen er redusert til de får innvilget uførepensjon.

Det er også påvist at ekteskapeleg status har betydning ved overgang til uførepensjon. Teoretisk kan det være flere ulike forhold som tilsier at gifte og andre har ulike ventetider. F. eks. vil gifte menn lett bli sett på som familieforsørgere som det er viktig å finne et attføringstilbud til. Hvis attføringen mislykkes, vil de ved innvilgelse av uførepensjonen ha en lang ventetid. Gifte hjemmeverende kvinner kan ha lange ventetider fordi det tar lang tid å vurdere deres stilling som

hjemmearbeidende. På den annen side kan det hende at gifte som søker om uførepensjon har forsøkt andre løsninger på arbeidsmarkedet først og dermed er svært syke når de går ut av arbeidsmarkedet og søker om uførepensjon. Hjemmевærende kvinner er trolig svært syke før det blir aktuelt å søke og effekten av dette er at gifte har korte ventetider. Dermed slår de ulike påvirkningene hverandre ut når en skal vurdere om det er forskjeller i ventetid mellom gifte og andre.

Figur 8.3. Andelen av nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt før 1981. Grupper for kjønn, alder, type sykdom og ekteskapelig status. Prosent



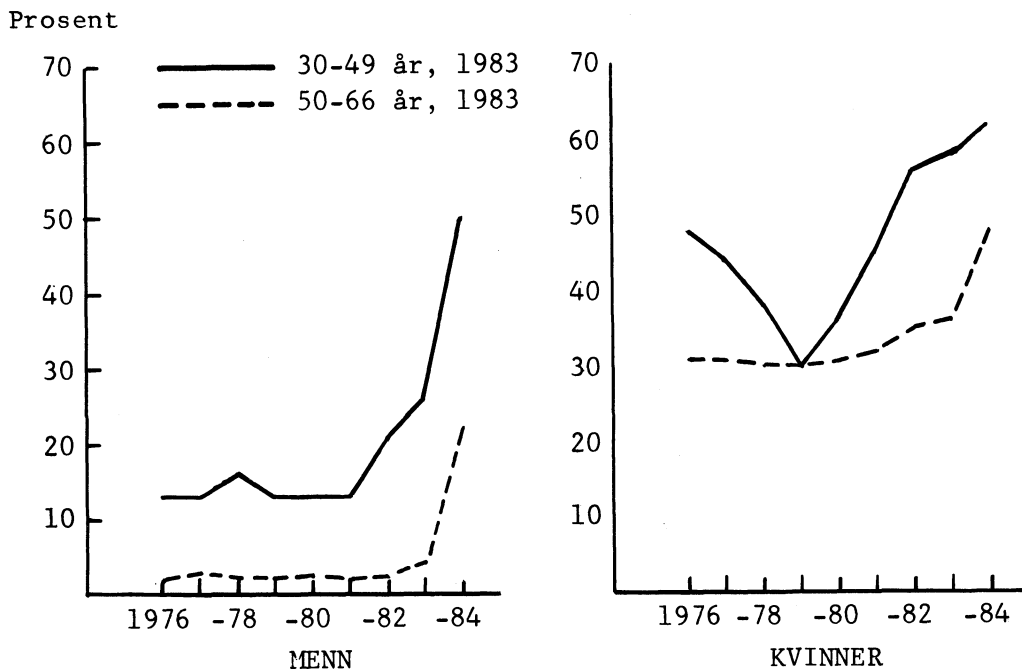
Empirien forkaster ikke denne teoretiske vurdering. Det er ingen systematisk forskjell i andelen med lang ventetid mellom gifte og andre på tvers av kjønn, alder og sykdomstype. Ugifte personer under 50 år med skjelett- og muskelsykdommer har en lavere andel med korte ventetider enn andre med slik sykdom i samme aldersgruppe, og vi ser tendenser til det samme for enkelte andre grupper, se figur 8.3. Type sykdom medfører større forskjeller i ventetidene enn ekteskapelig status.

8.1.2. Personer med korte ventetider

Det var noen få personer som ble registrert som uførepensjonister samme år som ervervsevnen ble nedsatt, ca. 400 av hvert kjønn. Disse hadde trolig en meget alvorlig sykdom siden ventetiden var så kort. I aldersgruppen over 50 år avvok ikke diagnosefordelingen blant nye uførepensjonister med kort ventetid fra diagnosefordelingen for alle nye uførepensjonister. For både menn og kvinner under 50 år med korte ventetider var det en større gruppe med skjelett- og muskelsykdommer og en mindre gruppe med nervøse lidelser enn blant alle nye uførepensjonister i denne aldersgruppen.

Menn over 50 år med kort ventetid forlot arbeidslivet i 1983, samme år som de ble registrert som uførepensjonister. De skiller seg derfor ikke stort fra andre nye mannlige uførepensjonister med hensyn til utmarsjen fra arbeidsmarkedet, de er bare kommet noe kortere på veien. Blant nye mannlige uførepensjonister under 50 år viser figur 8.4 at det var en større gruppe som ikke har vært yrkesaktive, ca. 13 prosent. Dermed har vi fått isolert en gruppe som har vært lenge ute av arbeidsmarkedet, men uføretidspunktet er fastsatt samme år som de fikk uførepensjon. Tallmessig er denne gruppen uinteressant liten, bare 5 personer.

Figur 8.4. Nye uførepensjonister i 1983 med uføretidspunkt samme år. Andelen yrkesaktive i perioden 1976-1984, i grupper for kjønn og alder. Prosent



Kvinnene med uføretidspunkt i 1983 var sjeldnere tidligere yrkesaktive enn kvinner med et tidligere uføretidspunkt, se figur 8.4. Yrkesaktiviteten ligger rundt de 65 prosent som tilsvarer yrkesaktiviteten for syke kvinner i befolkningen. Dette underbygger at når kvinner blir alvorlig syke, spiller det mindre rolle om de har vært yrkesaktive eller ei ved innvilgelse av uførepensjon.

Blant de yngre kvinnene gikk noen inn på arbeidsmarkedet i perioden 1976 til 1979, men forlot arbeidet igjen for 1983 som uføretidspunktet er fastsatt til. Dette tyder på at de har gått ut av arbeidsmarkedet på grunn av sykdom, men at trykkesystemet ikke vurderte sykdommen som alvorlig nok til at uføretidspunktet ble fastsatt til det tidspunktet de gikk ut av arbeidslivet. Noe bevis for dette ligger imidlertid ikke i dataene. Gruppen som dette omfatter er liten, bare 20 kvinner gikk ut av arbeidslivet før uføretidspunktet.

Kvinnene over 50 år med kort ventetid går ut av arbeidsmarkedet etter uføretidspunktet slik som menn.

8.2. Betydningen av type sykdom og ekteskapelig status for arbeidshistorien

I resten av avsnittet skal vi se på sammenhenger mellom type sykdom, ekteskapelig status og utstøtingen fra arbeidsmarkedet. Derved får vi en bedre beskrivelse av betydningen av type sykdom enn det vi har hatt muligheter til når det bare er brukt tverrsnittsdata. Vi skal først beskrive arbeidstilknytningen og forskjeller i denne for menn og kvinner med de tre hovedgruppene av sykdom og deretter ekteskapelig status. Vi skiller ikke på uføretidspunkt. I figurene som følger vil lav yrkesaktivitet bety en kombinasjon av lange ventetider og lav yrkesaktivitet.

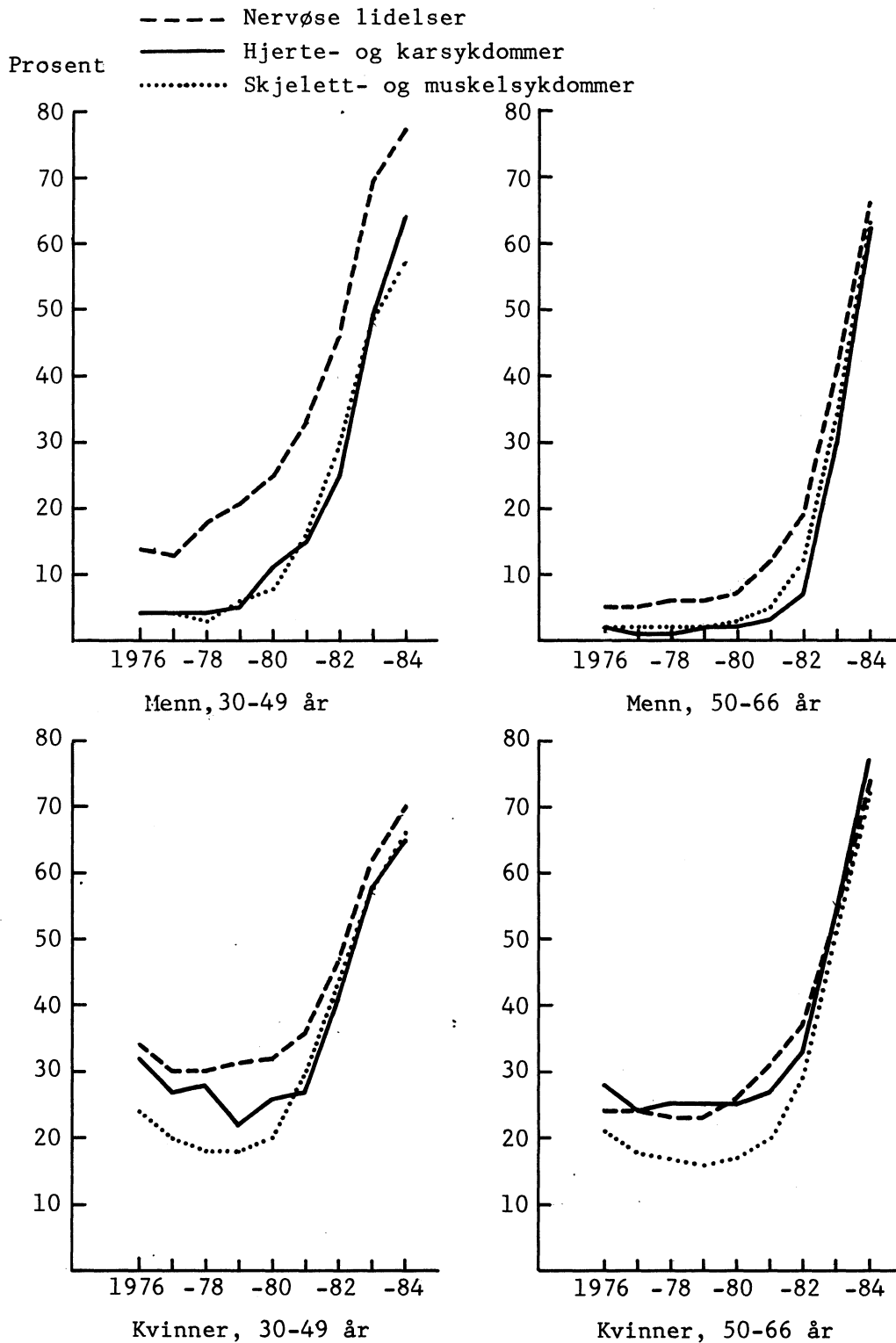
Figurene viser hele tiden andelen nye uførepensjonister i 1983 som ikke var yrkesaktive i perioden 1976 til 1984, målt ved pensjonsgivende inntekt.

Det er i en viss utstrekning mulig å belyse om skiftet av ekteskapelig status kommer før eller etter sykdommen bryter ut, når sykdomsutbruddet måles ved uføretidspunkt.

8.2.1. Type sykdom og tidligere yrkesaktivitet

For menn med nervøse lidelser var ventetiden på uførepensjon lengre og yrkesaktiviteten lavere enn for menn med andre sykdommer. Dette gjaldt uansett alder, men forskjellene var større for de som var under 50 år enn for de som var over. Tidligere yrkesaktivitet blant nye mannlige uførepensjonister, 30-49 år, med nervøse lidelser var under 85 prosent, mens den var 97-98 prosent for menn med en annen sykdom, se figur 8.5. Det er derfor belegg for påstanden om at menn med nervøse lidelser i større omfang enn andre forsørges av andre inntektskilder enn eget arbeid i mange år før uførepensjonering. Etter uførepensjonering er de yrkesaktive i mindre omfang enn menn med hjerte- og karsykdommer eller skjelett- og muskelsykdommer.

Figur 8.5. Andel av nye uførepensjonister i 1983, 30-66 år, uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984, i grupper for kjønn, alder og type sykdom. Prosent

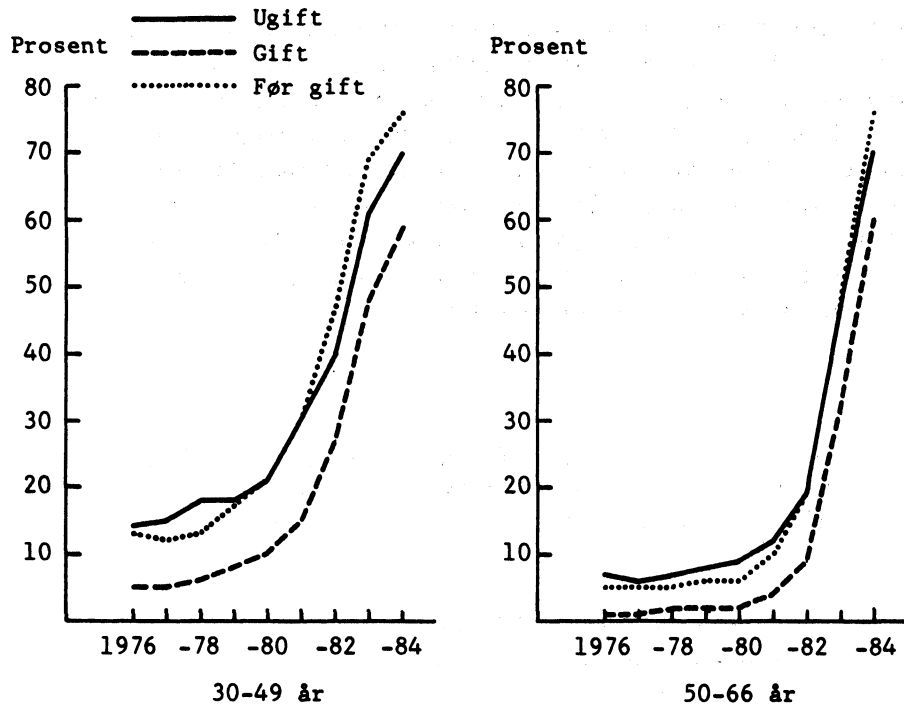


For nye kvinnelige uførepensjonister under 50 år ser vi det samme som for menn, at de som hadde nervøse lidelser hadde lavere tidligere yrkesaktivitet og lengre ventetid på uførepensjon enn gjennomsnittet. For kvinner over 50 år var det liten forskjell mellom tidligere yrkesaktivitet for de som hadde nervøse lidelser og de som hadde hjerter- og karsykdommer. Kvinner med disse sykdomstypene hadde en lavere tidligere yrkesaktivitet enn kvinner med skjelett- og muskelsykdommer.

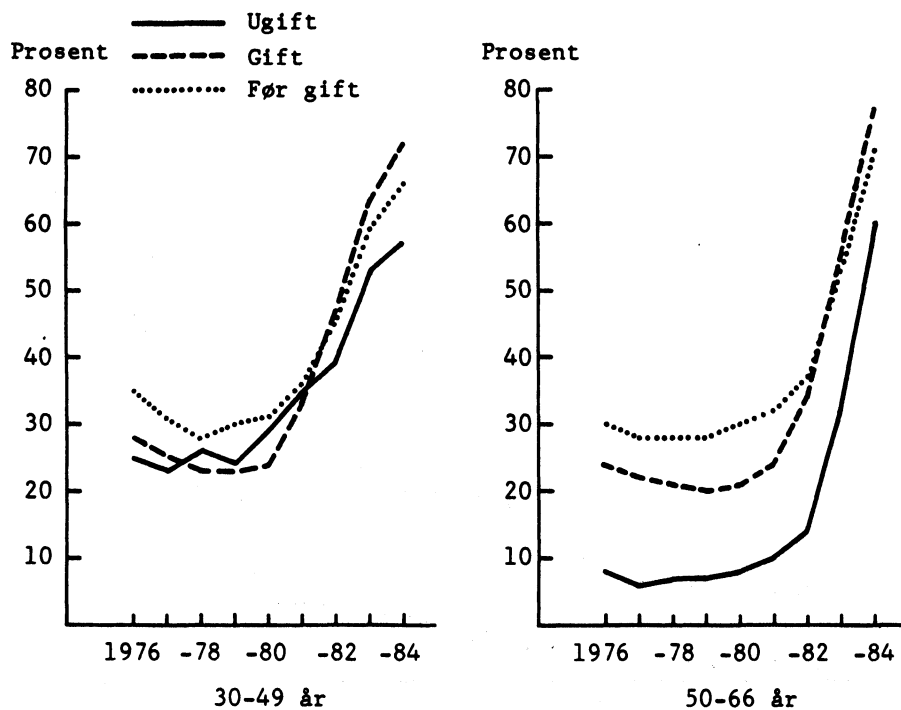
8.2.2. Ekteskabelig status og yrkesaktivitet

Nye mannlige uførepensjonister som var gift på pensjoneringstidspunktet var hyppigere tidligere yrkesaktive enn ugifte og før gifte, se figur 8.6. Det er et gjennomgående trekk at enslige menn hadde en lavere yrkesaktivitet enn gifte, enten en ser på befolkningen som helhet eller bare syke menn.

Figur 8.6. Andelen nye mannlige uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984, i grupper for alder og ekteskabelig status. Prosent



Figur 8.7. Andelen nye kvinnelige uførepensjonister i 1983 uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984, i grupper for alder og ekteskabelig status. Prosent



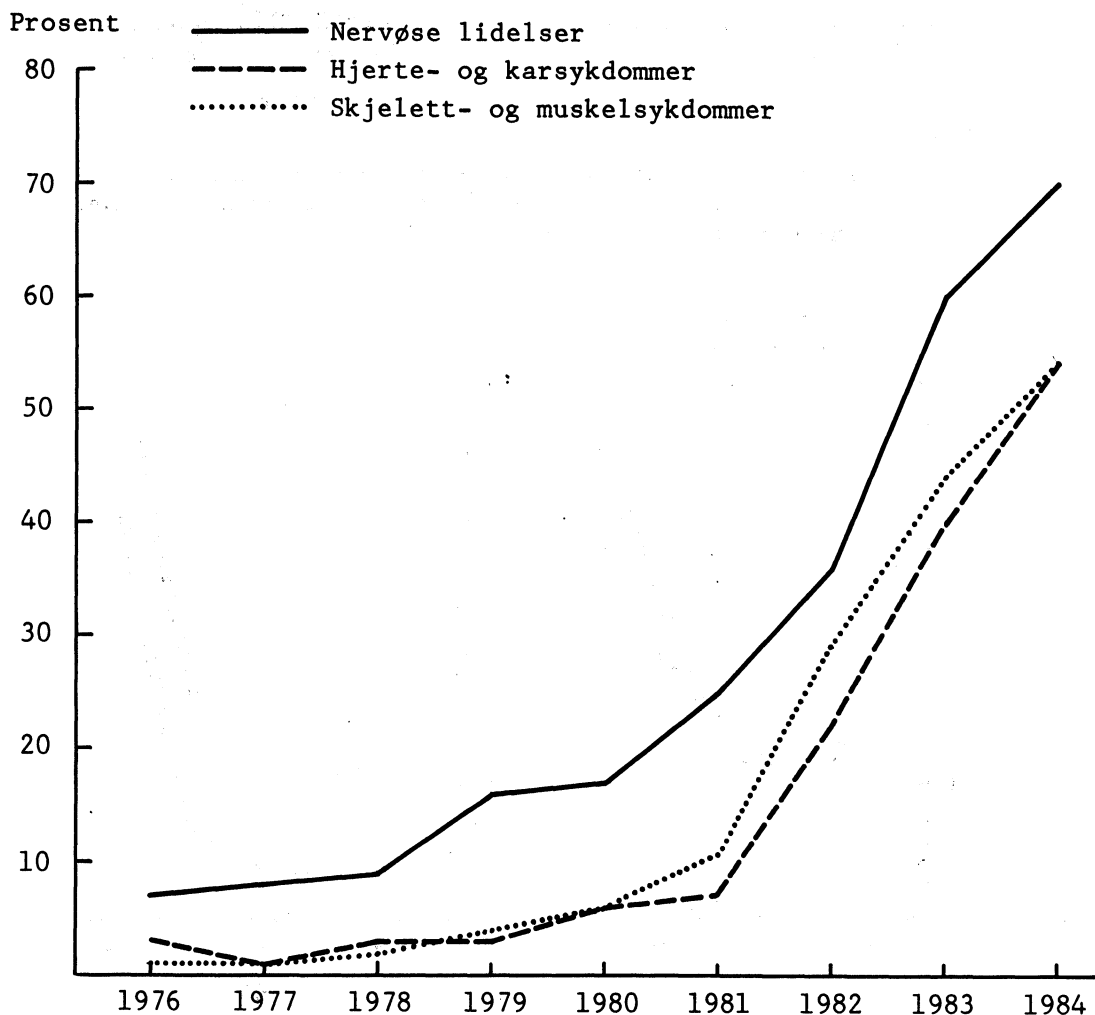
Utmarsjen fra arbeidslivet startet tidligere for de yngre enn de eldre, uansett ekteskapelig status. De ugifte hadde en tendens til å ikke være yrkesaktive og startet utmarsjen noe tidligere enn gifte og før gifte. Men uansett alder og ekteskapelig status var yrkesaktiviteten sju år før et godt mål på yrkesaktivitet før uførepensjonering.

For kvinner under 50 år var det liten forskjell i tidligere yrkesaktivitet mellom gifte og ugifte. De gifte starter utmarsjen noe senere enn andre. Gifte og før gifte var hyppigere yrkesaktive i 1978 enn i 1976, mens for ugifte kan en ikke se noen slik tendens. Det betyr at tidligere yrkesaktivitet var viktigere for før gifte og gifte enn resultatene i kapittel 7 påviste. Men dette varierer med type sykdom også. For de gifte kvinner i denne aldergruppen med nervøse lidelser var yrkesaktiviteten tilnærmet konstant fra 1976 til 1980. Mens blant kvinner med hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer var andelen yrkesaktive høyere i 1979 enn i 1976.

For kvinner over 50 år er det bare de gifte som har hatt en viss økning i yrkesaktiviteten. Men dette begrenser seg til de gifte kvinner som har en sykdom i skjelett- og muskelsystemet. Også dette medfører at tidligere yrkesaktivitet blir viktigere enn tidligere påvist for denne gruppen.

Ved ytterligere differensiering for de ulike sykdomstypene for menn med ulik ekteskapelig status, viser det seg at menn med nervøse lidelser starter med en lavere andel yrkesaktive sju år før og har en klart tidligere utmarsj fra arbeidslivet enn menn med hjerte- og karsykdommer og skjelett- og muskelsykdommer, uansett alder og ekteskapelig status. Utmarsjen starter ett til tre år før. Figur 8.8 viser utmarsjen for gifte menn i alderen 30-49 år.

Figur 8.8. Gifte nye mannlige uførepensjonister i 1983 i aldersgruppen 30-49 år, i grupper for type sykdom. Andelen uten pensjonsgivende inntekt i 1976-1984. Prosent



For kvinner er betydningen av type sykdom mer sammensatt. Uansett ekteskapeleg status er yrkestilknytningen lavere når en har en nervøs lidelse enn ved en skjelett- og muskelsykdom og utmarsjen starter tidligere. Kvinner med hjerte- og karsykdommer har en utmarsj fra arbeidslivet som for noen grupper følger skjelett- og muskelsykdommene, i andre grupper de nervøse lidelsene, men også følger et eget mønster i noen grupper.

8.2.3. Tidligere inntekt for de nye uførepensjonistene

I tillegg til beskrivelsen av tilknytningen til arbeidsmarkedet målt ved om personene har hatt en pensjonsgivende inntekt, skal vi nå se på størrelsen av inntektene for de som har hatt inntekt. For de aller fleste nye uførepensjonistene vil pensjonsgivende inntekt i 1976, sju år før uførepensjonering, være et godt mål på inntektsnivå før sykdommen har slått alvorlig ut. Men det kan være grupper som har slitt med sykdom lenge og dermed fått redusert sin inntekt allerede så lang tid før de går ut av arbeidsmarkedet.

Det er foretatt beregninger av gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i befolkningen i 1976 som et sammenligningsgrunnlag, se vedlegg 4. Gjennomsnittstallene er noe for lave. Uførepensjonisters pensjonsgivende inntekt er stort sett ikke med i tallene for befolkningens inntekt. I tabell 8.2 er det vist tall for gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for den del av befolkningen som har slik inntekt i aldersgruppene 20-39 år og 40-59 år. For de nye uførepensjonistene i 1983 er de aktuelle aldersgrupper 23-42 år og 43-59 år i 1976. Også for de nye uførepensjonistene er det bare de som har pensjonsgivende inntekt som er med i tabellen.

Nye mannlige uførepensjonister har en lavere gjennomsnittlig inntekt enn i tilsvarende aldersgrupper i befolkningen. Forskjellen er størst for de som er under 50 år i 1983. For disse var gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt 26 prosent lavere for nye uførepensjonister enn for menn i befolkningen. For menn over 50 år var forskjellen 14 prosent.

Tabell 8.2. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye uførepensjonister i 1983 og i befolkningen. 1976. Kroner

Kjønn	Nye uførepensjonister 1983		Befolkningen	
	Alder i 1976		Alder i 1976	
	23-42 år	43-59 år	20-39 år	40-59 år
Menn	42 748	58 659	57 782	68 166
Kvinner	26 290	35 314	33 496	34 348

De nye kvinnelige uførepensjonistene i 1983 som var under 50 år på det tidspunkt hadde også en gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 som var lavere enn gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for kvinner i befolkningen i samme aldersgruppe. Forskjellen var 22 prosent og nesten like stor som for menn i samme alder. For nye kvinnelige uførepensjonister over 50 år er gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 faktisk høyere enn i befolkningen. Dette tyder på at det er mer ressurssterke kvinner i denne aldersgruppen som rekrutteres til uførepensjonsordningen.

Pensjonsgivende inntekt varierer med kjønn, alder, ekteskapeleg status og type sykdom for de nye uførepensjonistene. Hovedtrekkene er at menn tjener mer enn kvinner, de eldre mer enn de yngre, gifte menn mer enn andre menn, og gifte kvinner mindre enn andre kvinner. Se tabellene 8.3 og 8.4. Dette er ikke oppsiktsvekkende.

Tilsvarende tall for befolkningen er ikke laget og vi har derfor ikke mulighet for å sammenligne gjennomsnittlig inntekt for ulik ekteskapeleg status direkte. Det kan være forskjeller i hyppighet av gifte i befolkningen og blant nye uførepensjonister som er bakgrunn for en del av de forskjeller som en ser i tabell 8.3.

Tabell 8.3. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye mannlige uførepensjonister i 1983, i grupper for alder, ekteskapeleg status og type sykdom. Kroner

Alder og type sykdom	Ekteskapeleg status			
	Alle	Ugift	Gift	Før gift
30-49 år	42 748	32 236	51 012	40 341
Nervøse lidelser	35 243	28 278	45 274	35 397
Hjerte- og karsykdommer	54 275	44 788	58 804	50 967
Skjelett- og muskelsykdommer	47 782	38 608	51 362	42 258
Andre sykdommer	45 490	34 439	52 359	45 221
50-66 år	58 659	41 050	61 830	54 772
Nervøse lidelser	59 148	42 349	65 876	50 978
Hjerte- og karsykdommer	61 332	44 618	63 457	58 112
Skjelett- og muskelsykdommer	56 388	40 593	58 615	54 075
Andre sykdommer	58 309	38 267	62 052	56 217

For menn under 50 år var det store inntektsforskjeller avhengig av type sykdom. Menn med hjerte- og karsykdommer hadde høyest inntekt, over 25 prosent mer enn gjennomsnittet. Deretter fulgte menn med skjelett- og muskelsykdommer hvis gjennomsnittlige inntekt var 12 prosent over gjennomsnittet for nye mannlige uførepensjonister i denne aldersgruppen. Lavest kom menn med nervøse lidelser, gjennomsnittlig inntekt lå 18 prosent lavere enn gjennomsnittet for hele gruppen av mannlige uførepensjonister i denne aldersgruppen.

Dette mønsteret finner vi igjen uansett ekteskapeleg status. Forskjellene er størst for ugifte, noe mindre for før gifte og minst for gifte.

Selv om nye mannlige uførepensjonister med hjerte- og karsykdommer hadde høyest gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt blant nye uførepensjonister, var dette gjennomsnittet lavere enn gjennomsnittet for menn i befolkningen i "samme" aldersgruppe i 1976⁵. Det er altså ingen høystatusgruppe som rekrutteres med hjerte- og karsykdommer selv om disse har høyere gjennomsnittlig inntekt enn andre nye uførepensjonister. Det er de andre som kommer fra enda dårligere betalte yrker eller de har allerede lenge før de går ut av arbeidslivet redusert timetallet i arbeid.

For menn i aldersgruppen 50-66 år var forskjellene i gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt mye mindre mellom grupper med ulik type sykdom. Menn med nervøse lidelser hadde gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt som var 1 prosent over gjennomsnittet for nye mannlige uførepensjonister, men dette varierte med ekteskapeleg status. Menn med hjerte- og karsykdommer hadde en gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt som var 5 prosent høyere enn gjennomsnittet for nye mannlige uførepensjonister, og dette varierte fra 3 til 9 prosent for ulik ekteskapeleg status. I denne aldersgruppen var det menn med skjelett- og muskelsykdommer som hadde lavest inntekt. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for disse var 4 prosent lavere enn gjennomsnittet for nye mannlige uførepensjonister i denne aldersgruppen og dette varierer fra 1 til 5 prosent for ulik ekteskapeleg status.

⁵ Sammenlignet med gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for menn i alderen 20-39 år i 1976, dvs. de som er 27-46 år i 1983. Uførepensjonisters inntekter er stort sett utelatt.

Tabell 8.4. Gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt i 1976 for nye kvinnelige uførepensjonister i 1983, i grupper for alder, ekteskapeleg status og type sykdom. Kroner

Alder og type sykdom	Alle	Ekteskapeleg status		
		Ugift	Gift	Før gift
30-49 år	26290	32269	26107	24243
Nervøse lidelser.....	25598	29720	26434	22736
Hjerte- og karsykdommer	24596	35071	22648	28560
Skjelett- og muskelsykdommer	26222	34524	26279	23938
Andre sykdommer.....	27311	33606	26236	26427
50-66 år.....	35314	46376	33308	35969
Nervøse lidelser.....	36499	46342	34487	35823
Hjerte- og karsykdommer	34388	45608	31784	36704
Skjelett- og muskelsykdommer	34835	45121	33255	35550
Andre sykdommer.....	35844	48630	33478	36473

Kvinnenes inntekter varierte mindre med sykdomstypen enn menns inntekter gjorde. For nye kvinnelige uførepensjonister med nervøse lidelser og hjerte- og karsykdommer i alderen 30-49 år var gjennomsnittlig inntekt lavere enn gjennomsnittlig inntekt for alle nye kvinnelige uførepensjonister i denne aldersgruppen. Kvinner med skjelett- og muskelsykdommer hadde gjennomsnittlig inntekt svært lik gjennomsnittet, mens det er restgruppens gjennomsnitt som ligger over. Kvinner med hjerte- og karsykdommer i denne aldersgruppen som var ugifte og før gifte hadde på samme måte som menn en gjennomsnittlig inntekt som lå over gjennomsnittet. Gifte kvinner med hjerte- og karsykdommer hadde imidlertid en gjennomsnittlig inntekt som var 13 prosent lavere enn gjennomsnittet for alle gifte nye uførepensjonister.

Nye kvinnelige uførepensjonister over 50 år med nervøse lidelser hadde en gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt som var høyere enn gjennomsnittet, mens kvinner med de to andre sykdomstypene hadde gjennomsnittlig inntekt som var lavere enn gjennomsnittet. Dette varierte imidlertid med ekteskapeleg status.

Kvinner har derfor ikke "høystatus"-sykdommer og "lavstatus"-sykdommer på samme måte som menn. Sammenhengen mellom inntekt i god tid før uførepensjonering, sykdom og ekteskapeleg status er mer sammensatt for kvinner enn for menn.

I de fleste sammenhenger i arbeidslivet har menn større inntekt enn kvinner. Også for de nye uførepensjonistene i 1983 som hadde pensjonsgivende inntekt i 1976, var dette tilfelle. Gjennomsnittlig inntekt for tidligere yrkesaktive nye mannlige uførepensjonister var 42 000 kroner i 1976, mens tilsvarende for kvinner var 26 300 kroner. En sammenligning for ulik ekteskapeleg status (tabellene 8.3 og 8.4.) viser at blant ugifte i 1983 var det kvinnene som hadde høyere inntekter enn menn. I aldersgruppen 30-49 år er forskjellen minimal. Men i aldersgruppen 50-66 år er forskjellen markert og ugifte nye kvinnelige uførepensjonister tjener mer enn ugifte menn uansett type sykdom.

Følgende rekrutteringsmønster avtegner seg for de yrkesaktive: Menn som blir uførepensjonister tilhører mindre ressurssterke grupper med inntekter under gjennomsnittet. Kvinner under 50 år tilhører også de mindre ressurssterke. Kvinner over 50 år har derimot inntekter som avviker lite fra gjennomsnittet i befolkningen. Dette kan tolkes på to måter. Enten er de ressurssvake underrepresentert, dvs. at de ikke når fram til uførepensjonsordningen, men får f. eks. hjelpestønad istedenfor. Eller de ressurssvake er representert, men det rekrutteres også så mange ressurssterke at gjennomsnittlig inntekt trekkes opp.

Det mangler oppgaver over pensjonsgivende inntekt i befolkningen etter kjønn, alder og ekteskapelig status og vi kan derfor ikke få kontrollert for slike forskjeller i befolkningen. Hvis gifte menn tjener mer enn andre menn og gifte kvinner tjener mindre enn andre kvinner, så kan forskjellene i gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt delvis ha sin forklaring i at det er en mindre andel gifte blant de nye uførepensjonistene enn i befolkningen.

Sykeligheten er lavere jo høyere sosioøkonomisk status en person har, se f.eks. Helseundersøkelsen 1985, tabell 1.5. Dersom det fortsatt er mange kvinner med lav sosioøkonomisk status som inntil 1983 ikke er kommet inn i uførepensjonsordningen, kan det bety følgende: For det første vil det fortsatt være et grunnlag for økt tilvekst når kombinasjonene av arbeid og sykdom ikke kan fortsette for de som i dag er over 50 år. For det andre vil nye kohorter av kvinner som passerer 50 år ha en sterkere binding til arbeidsmarkedet og dermed en lettere tilgang til uførepensjon uten at sykdomsbegrepet endres.

LITTERATUR

- Amundsen, Ellen J. og Anders Rygh Swensen (1988): Livsløpsanalyse anvendt på rekruttering til og avgang fra uførepensjonsordningen. Internt notat. Statistisk sentralbyrå.
- Blom, Svein og Ola Listhaug (1988): Familie og livskvalitet. I Tidsskrift for samfunnsforskning, årgang 29.
- Brandth, Berit (1985): Langtidsfravær og sysselsetting. Institutt for industriell miljøforskning. Trondheim.
- Dahl, Espen (1985): Langtidssykemeldte - hvor kommer de fra, hva slags hjelp får de, hvor går de? Sosialdepartementets utredningsserie, rapport nr. 9.
- Grimsø, Anders (1984): Fra å bli syk - til å bli pasient. Rapport nr. 1/1984 fra Gruppe for helse-tjenesteforskning.
- Halvorsen, Knut, Odd Bakken og Per Fugelli (1986): Arbeidsløs i velferdsstaten: Helse- og velferdsfølger av å være uten lønnet arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
- Knudsen, Knud og Rasmus Sand (1982): Individuelle ressurser, arbeidsmarked og uførepensjonering. Rapport fra forskningsprosjektet "Hvem kan/skal attføres?" Stavanger/Bergen 1982.
- Kolberg, Jon E. (1974): TrygdeNorge. Gyldendal.
- Kolberg, Jon E. (1976): Hvorfor kom så mange på trygd og flere enn man forventet?
- Kolberg, Jon E. (1977): Uførepensjon og samfunnsstruktur. NOU 1977:2.
- Kolberg, Jon E. (1983): Farvel til velferdsstaten? Cappelen.
- Nathanson, Constance A. (1975): Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review. Sos. Sci. & Med. Vol. 9.
- NOU (1977): Folketrygdens uførebegrep. Norges offisielle utredninger 1977:14. Universitetsforlaget i Oslo.
- NOU (1977): Ytelser til hjemmearbeidende ektefeller ved uførhet. Norges offisielle utredninger 1977:25. Universitetsforlaget i Oslo.
- NOU (1980): Deltidspensjon og førtidspensjon fra folketrygden. Norges offisielle utredninger 1980:54. Universitetsforlaget i Oslo.
- Sand, Paal (1982): I "Velferd eller nød. Helse- og sosialpolitikk i 80-åra". Steinar Stjernø (red.). Pax Forlag A.S.
- Statistisk sentralbyrå (1982): Arbeidsmarkedstatistikk 1980, NOS B 210.
- Statistisk sentralbyrå (1985): Arbeidsmarkedstatistikk 1984, NOS B 545.
- Statistisk sentralbyrå (1987): Arbeidsmarkedstatistikk 1986, NOS B 703.
- Statistisk sentralbyrå (1983): Arbeid og helse 1982. Rapport 83/8.
- Statistisk sentralbyrå (1985): Framskrivning av folkemengden 1985-2050. Regionale tall, NOS B 583.
- Statistisk sentralbyrå (1977): Helseundersøkelsen 1975, NOS A 894.
- Statistisk sentralbyrå (1987): Helseundersøkelsen 1985, NOS B 692.
- Statistisk sentralbyrå (1982): Trygdestatistikk Uføre 1977, NOS B 255.
- Statistisk sentralbyrå (1986): Trygdestatistikk Uføre 1983, NOS B 646.
- Sundby, Per (1986): Trygden og de uklare sykdomstilstandene. Sosial Trygd nr. 5, 1986.
- Westin, Steinar og Dag Norum (1977): Når sardinfabrikken nedlegges. Universitetet i Bergen.

Beregning av overgangshyppigheter til uførepensjon

Datagrunnlaget i denne rapporten er ikke tilrettelagt for beregning av levetidsfordelinger som kan gi opplysninger om hvor lenge personer er varig syke før de går over på uførepensjon. En røff tilnærming for et gitt år kan vi få ved å sammenligne fordelinger etter de samme kjennetegn for syke/varig syke og nye uførepensjonister.

Først er det i kapitlene 5 og 7 beregnet hvor mange prosent av varig syke uten uførepensjon som går over på uførepensjon i hhv. 1977 og 1983 i to aldersgrupper og for menn og kvinner.

Ved deretter å fordele syke mennesker etter f. eks. diagnose og tilsvarende nye uførepensjonister etter diagnose innen de fire gruppene, kan vi se om det er ulikheter i fordelingene. Dersom det er 20 prosent med nervøse lidelser blant varig syke og 40 prosent med nervøse lidelser blant nye mannlige uførepensjonister i aldersgruppen 30-49 år, vil overgangshyppigheten til uførepensjon være dobbelt så høy for menn med nervøse lidelser i denne aldersgruppen som for alle menn i denne aldersgruppen. Like fordelinger gir lik sjanse for å gå over på uførepensjon i et gitt år.

Når det er knyttet usikkerhet til de fordelinger vi sammenligner, som i Helseundersøkelsene 1975 og 1985, kan en bruke usikkerhetsberegningene i disse undersøkelsene som en pekepinn på hvor store forskjeller det må være mellom fordelinger fra disse undersøkelsene og for de nye uførepensjonistene for at en kan påstå at forskjeller i fordeling skyldes annet enn tilfeldigheter.

Beregning av et rekrutteringsgrunnlag til uførepensjonsordningen i befolkningen

Med data fra Helseundersøkelsen 1985, Folketellingen 1980 og tallet på uførepensjonister pr. 31. desember 1983 skal vi beregne et rekrutteringsgrunnlag til uførepensjonsordningen. Vi antar at det er varig syke mennesker som kan rekrutteres og vi skal bruke resultatene fra sammenligningen mellom Helseundersøkelsen 1975 og nye uføre 1977. Det betyr at vi skal trekke inn kjønn, alder, ekteskapelig status, yrkesaktivitet og diagnose ved bestemmelsen av et rekrutteringsgrunnlag.

I Helseundersøkelsen 1985 er syketilfellene klassifisert etter om de er kroniske eller ei. Syketilfelle som har vart lenger enn et halvt år blir automatisk regnet som kroniske eller varige. En del andre sykdommer blir regnet som kroniske pga. sykdommens art, uten hensyn til hvor lenge sykdommen har vart på intervjuetidspunktet.

I aldersgruppen 30-66 år er det registrert opptil ni syketilfelle pr. person. Det er i praksis en umulighet å finne fram til den sykdom som blir oppført som en eventuell primærdiagnose ved søknad om uførepensjon. Vi valgte følgende prosedyre: Til hver person i helseundersøkelsen med en varig lidelse knyttet vi primært en varig nervøs lidelse, deretter en varig hjerte- og karsykdom og deretter en varig skjelett- og muskelsykdom dersom det var registrert slike sykdommer. Varigenervøse lidelser ble altså prioritert foran varige hjerte- og karsykdommer som igjen ble prioritert foran varige skjelett- og muskelsykdommer. Deretter ble personer med andre varige lidelser telt opp. Denne prosedyren kan bety at antall personer med varige hjerte- og karsykdommer er noe underestimert.

Helseundersøkelsen 1985 har ingen registrering av uførepensjonister. Vi beregner derfor hvor mange uførepensjonister som vi kunne forventet å finne på følgende måte:

(i) Bestanden av uførepensjonister pr. 31. desember 1983 ble fordelt etter kjønn, alder (fem grupper), ekteskapelig status (ugift, gift, før gift), yrkesaktivitet (pensjonsgivende inntekt > 0 eller = 0) og diagnose i fire hovedgrupper.

(ii) Befolkningen pr. 1. november 1980 ble fordelt etter kjønn, alder (fem grupper), ekteskapelig status (ugift, gift, før gift) og yrkesaktivitet (mer enn 100 timer inntektsgivende arbeid siste år eller ei).

(iii) Det beregnes hvor stor andel av befolkningen som har uførepensjon i de 240 ulike grupper som kommer fram ved å dele inn etter de fem kjennemerker som er nevnt i pkt. (i).

(iv) Varige syketilfelle i helseundersøkelsen fordeles i de samme 240 grupper etter de fem kjennemerker som er nevnt i pkt. (i). Forventet andel uførepensjonister trekkes fra og vi står tilbake med forventet antall personer med varige sykdommer som kan rekrutteres til uførepensjonsordningen.

Siden tallet på personer som ble intervjuet ikke er stort, vil det bli svært få observasjoner igjen i enkelte av de 240 grupper, ja faktisk får vi igjen null eller et negativt antall personer i noen grupper. Vi summerer derfor sammen til to aldersgrupper, 30-49 år og 50-66 år. Totalt sitter vi da igjen med 96 grupper. Fortsatt er det noen grupper som har null eller færre observasjoner. Det er viktig å legge merke til at det stort sett er enslige personer med nervøse lidelser som har null observasjoner. Dette tyder på at helseundersøkelsen har for få observasjoner av denne type. Det er flere mulige forklaringer på dette. En er at folk som intervjues ikke oppgir at de har en nervøs lidelse, en annen at enslige med nervøse lidelser bor på institusjon eller er vanskelige å få intervjuet av andre grunner.

For å fylle grupper med null observasjoner, utnyttes sammenhenger i det observerte datasett av varig syke uten uførepensjon til å fordele observasjonene noe annerledes i gruppene. Først settes negative verdier lik null. Så brukes en prosedyre i SAS som heter Iterative Proportional Fitting. Metoden bevarer marginalfordelinger i den utstrekning en selv bestemmer samtidig som den fyller opp grupper med null observasjoner på grunnlag av strukturen ellers i datamaterialet.

Usikkerheten ved de estimerte tallene er stor og en skal være forsiktig med bombastiske konklusjoner om forskjeller mellom varig syke og nye uførepensjonister på et detaljert nivå. Men ved å aggregere opp til færre grupper er en på tryggere grunn.

De estimerte tallene er gjengitt i vedlegg 3.

Varig syke personer i 1985 uten uførepensjon

	Nervøse lidelser	Hjerte- og karsyk- dommer	Skjelett- og muskelsyk- dommer	Andre sykdommer	I alt
Menn i alt	63.001	214.000	320.000	371.002	968.001
30-49 år	51.001	69.001	192.999	277.001	590.002
Ugift	3.816	6.110	21.750	34.324	66.000
Yrkesaktiv	3.665	4.733	19.105	34.028	61.531
Ikke yrkesaktiv	0.151	1.377	2.645	0.296	4.469
Gift	43.353	57.141	154.734	222.773	478.001
Yrkesaktiv	42.232	54.064	148.023	221.661	465.980
Ikke yrkesaktiv	1.121	3.077	6.711	1.112	12.021
Før gift	3.832	5.750	16.515	19.904	46.001
Yrkesaktiv	3.055	5.118	13.594	19.724	41.491
Ikke yrkesaktiv	0.777	0.632	2.921	0.180	4.510
50-66 år	12.000	144.999	127.001	94.001	378.001
Ugift	0.184	8.890	9.250	8.676	27.000
Yrkesaktiv	0.163	4.513	7.315	8.477	20.468
Ikke yrkesaktiv	0.021	4.377	1.935	0.199	6.532
Gift	11.647	120.859	106.266	77.228	316.000
Yrkesaktiv	10.793	102.006	97.998	76.224	287.021
Ikke yrkesaktiv	0.854	18.853	8.268	1.004	28.979
Før gift	0.169	15.250	11.485	8.097	35.001
Yrkesaktiv	0.092	10.565	7.965	7.888	26.510
Ikke yrkesaktiv	0.077	4.685	3.520	0.209	8.491
Kvinner i alt	125.998	191.999	382.001	374.001	1073.999
30-49 år	87.999	59.999	214.000	272.001	633.999
Ugift	8.184	5.890	17.250	11.676	43.000
Yrkesaktiv	7.509	4.105	14.127	10.728	36.469
Ikke yrkesaktiv	0.675	1.785	3.123	0.948	6.531
Gift	68.647	47.859	164.265	236.228	516.999
Yrkesaktiv	53.399	33.718	121.067	188.838	397.022
Ikke yrkesaktiv	15.248	14.141	43.198	47.390	119.977
Før gift	11.168	6.250	32.485	24.097	74.000
Yrkesaktiv	7.140	5.262	24.083	22.024	58.509
Ikke yrkesaktiv	4.028	0.988	8.402	2.073	15.491
50-66 år	37.999	132.000	168.001	102.000	440.000
Ugift	0.816	8.110	8.751	3.324	21.001
Yrkesaktiv	0.662	3.649	6.453	2.768	13.532
Ikke yrkesaktiv	0.154	4.461	2.298	0.556	7.469
Gift	35.352	97.140	113.735	79.772	325.999
Yrkesaktiv	20.576	45.211	72.912	51.278	189.977
Ikke yrkesaktiv	14.776	51.929	40.823	28.494	136.022
Før gift	1.831	26.750	45.515	18.904	93.000
Yrkesaktiv	0.713	17.055	28.358	15.365	61.491
Ikke yrkesaktiv	1.118	9.695	17.157	3.539	31.509

Beregning av gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for befolkningen med slik inntekt i 1976

Vi skal beregne gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for den del av befolkningen som har slik inntekt, men de som har uførepensjon skal ikke være med. Det aktuelle år er 1976 og vi ønsker gjennomsnittlig inntekt for menn og kvinner i aldergruppene 20-39 år og 40-59 år. Slike tall kan ikke leses direkte ut av noen publiserte tabeller. Følgende datakilder og beregninger er benyttet:

- (i) I Rikstrygdeverkets årsmelding og regnskap for 1977 er det i tabell 55 gitt tall for personer som tjente opp tilleggspong i 1976, unntatt personer som ble godskrevet pensjonspong etter særregler for uføre. Herfra kan en beregne gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt for personer som har tjent 12 100 kroner og mer. Uførepensjonistene er ikke med.
Personer som tjente over 144 000 kroner fikk "avkortet" pensjonspong til 8.33. De beregnede gjennomsnittsinntekter er derfor noe for lave.
- (ii) I Rikstrygdeverkets kvartalshefte for 1. kvartal 1978, vedleggene 6a og 6b, er det gitt oppgaver over personer med pensjonsgivende inntekt i 1976. Her er uførepensjonister medregnet. For personer som tjente 6 600 til 12 000 kroner kan en her finne gjennomsnittlig inntekt.
- (iii) Personer som tjente 100 til 6 500 kroner må beregnes. I Skattestatistikk 1976 fra SSB, tabell 15, finnes tall for hvor mange som tjente 100-5 900 kroner. Ved å sette, noe tvilsomt, at alders- og kjønnsfordelingen for de som hadde inntekter i dette intervallet lik den fordelingen som personer med inntekter i intervallet 6 600-12 000 kroner, kan vi også finne et gjennomsnitt for de som tjener lite i de aldersgrupper som er aktuelle.

En samlet vurdering av de tre datakildene tilsier at de beregnede gjennomsnitt av pensjonsgivende inntekt for befolkningen uten uførepensjon er noe for lave.

UTKOMMET I SERIEN RAPPORTER FRA STATISTISK SENTRALBYRÅ ETTER 1. JANUAR 1988 (RAPP)
 Issued in the series Reports from the Central Bureau of Statistics since 1 January 1988 (REP)
ISSN 0332-8422

- 87/11 Four Papers on the Theory of Unemployment/Fritz C. Holte. 1988-149s. (RAPP; 87/11) 50 kr
ISBN 82-537-2508-6
- 87/22 Friluftsliv og helse/Tiril Vogt. 1987-76s. 40 kr ISBN 82-537-2562-0
- 87/23 Prisdannelse på importvarer En MODAG-rapport/Nils Henrik Mørch von der Fehr. 1988-67s.
40 kr ISBN 82-537-2569-8
- 88/1 Naturressurser og miljø 1987 Energi, petroleumsøkonomi, mineraler, fisk, skog,
jordbruksareal, vann, luft, globale luftforurensninger, miljøverninvesteringer
Ressursregnskap og analyse. 1988-145s. (RAPP; 88/1) 45 kr ISBN 82-537-2623-6
- 88/2 NORDHAND Et modellsystem for de nordiske land/Paal Sand og Gunnar Sollie. 1988-68s.
40 kr ISBN 82-537-2570-1
- 88/3 Hovedtrekk ved den økonomiske og demografiske utviklingen i fylkene etter 1960/Tor
Skoglund, Erik Stordahl og Knut Ø. Sørensen. 1988-81s. 40 kr ISBN 82-537-2572-8
- 88/4 Kohort- og periodefruktbarhet i Norge 1845-1985 Cohort and Period Fertility for
Norway/Helge Brunborg. 1988-135s. 45 kr ISBN 82-537-2573-6
- 88/5 Yrkesdeltakelse for personer over aldersgrensen En log-lineær analyse/Grete Dahl
1988-38s. (RAPP; 88/5) 30 kr ISBN 82-537-2593-0
- 88/6 Skilsmisser i Norge 1965-1985 En demografisk analyse/Øystein Kravdal og Turid Noack.
1988-147s. 45 kr ISBN 82-537-2587-6
- 88/7 Oljeinvesteringer og norsk økonomi i 1987-95/Ingvild Svendsen. 1988-88s. 40 kr
ISBN 82-537-2596-5
- 88/8 Hvem reiser ikke på ferie? En analyse av ikke-reisende i Norge, Sverige, Danmark og
Finland Who Spends their Holiday at Home? An Analysis on Non-Travellers in Norway,
Sweden, Denmark and Finland/Ragni Hege Kitterød. 1988-47s. (RAPP; 88/8) 40 kr
ISBN 82-537-2597-3
- 88/9 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Landsoversikt for programdagene 30. januar -
5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-91s. (RAPP; 88/9) 40 kr ISBN 82-537-2653-8
- 88/10 Radiolytting og fjernsynsseing vinteren 1988 Fylkesoversikt for programdagene 30. januar -
5. februar/Gustav Haraldsen. 1988-168s. (RAPP; 88/10) 50 kr ISBN 82-537-2654-6
- 88/11 Ressursregnskap for skog 1970-1985/Erik Næsset. 1988-68s. (RAPP; 88/11) 40 kr
ISBN 82-537-2661-9
- 88/12 Statistisk sentralbyrå Langtidsprogram 1987-1990. 1988-55s. (RAPP; 88/12) 40 kr
ISBN 82-537-2655-4
- 88/13 Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1970-1988.
1988-64s. (RAPP; 88/13) 40 kr ISBN 82-537-2656-2
- 88/14 Drifts- og yrkesstrukturen i jordbruket i 1985/86/Berit Bjørlo, Audun Loen og Elin Ouren.
1988-56s. (RAPP; 88/14) 40 kr ISBN 82-537-2669-4
- 88/15 Inntektsulikhet i Norge 1973-1985/Rolf Aaberge og Tom Wennemo. 1988-94s. (RAPP; 88/15)
45 kr ISBN 82-537-2671-6

- 88/17 Modeller for beregning av nasjonale og regionale utslipp til luft/Odd Kristian Selboe. 1988-139s. (RAPP; 88/17) 45 kr ISBN 82-537-2682-1
- 88/18 Kommentarer til standard for inndeling etter sosioøkonomisk status/Dag Album. 1988-49s. (RAPP; 88/18) 40 kr ISBN 82-537-2679-1
- 88/19 Verdsetting av skog Estimering av hjelpefunksjoner basert på data fra flybilder og økonomisk kartverk/Erik Næsset. 1988-133s. (RAPP; 88/19) 45 kr ISBN 82-537-2705-4
- 88/20 Skatter og overføringer til private Historisk oversikt over satser mv. Årene 1970-1988. Revidert utgave. 1988-64s. (RAPP; 88/20) 40 kr ISBN 82-537-2685-6
- 88/21 Barnetall i ekteskap. 1988-39s. (RAPP; 88/21) 30 kr ISBN 82-537-2689-9
- 88/23 Helse og livsstil i figurer og tekst Utviklingstrekk 1975-1985/Liv Grøtvedt og Otto Carlson. 1988-44s. (RAPP; 88/23) 30 kr ISBN 82-537-2686-4
- 88/24 Aktuelle skattetal 1988 Current Tax Data. 1988-42s. (RAPP; 88/24) 30 kr ISBN 82-537-2688-0
- 88/25 Merarbeid Om arbeid utover ordinær arbeidstid/Anne Lise Ellingsater. 1988-32 s. (RAPP; 88/25) 30 kr ISBN 82-537-2692-9
- 88/26 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Fylkesoversikt for programdagene 1.-7. oktober/ Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-130s. (RAPP; 88/26) 50 kr ISBN 82-537-2699-6
- 88/27 Radiolytting og fjernsynsseing Høsten 1988 Landsoversikt for programdagene 1.-7. oktober/ Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-85s. (RAPP; 88/27) 40 kr ISBN 82-537-2700-3
- 88/28 Radiolytting og fjernsynsseing blant barn og ungdom høsten 1988 Programdagene 1.-7. oktober/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1988-55s. (RAPP; 88/28) 40 kr ISBN 82-537-2703-8
- 88/29 Kommunehelsetjenesten Årsstatistikk for 1987. 1988-67s. (RAPP; 88/29) 40 kr ISBN 82-537-2698-8
- 88/30 Regionale nærings- og arbeidsmarkedsperspektiver/Tor Skoglund og Knut Ø. Sørensen. 1988-66s. (RAPP; 88/30) 40 kr ISBN 82-537-2701-1
- 88/31 Luftforurensning og materialskader: Samfunnsøkonomiske kostnader/Solveig Glomsrød og Audun Rosland. 1989-70 s. (RAPP; 88/31) 40 kr ISBN 82-537-2727-5
- 88/32 Den norske informasjonssektoren - Hvor stor del av totaløkonomien har med informasjon å gjøre?/Jan Brunsgaard og Erling Joar Fløttum. 1989-73s. (RAPP; 88/32) 40 kr ISBN 82-537-2707-0
- 89/01 Naturressurser og miljø 1988 Energi, petroleumsøkonomi, mineraler, fisk, skog, jordbruk, avfall, avløp og vannforsyning, luft Ressursregnskap og analyser. 1989-116s. (RAPP; 89/1) 75 kr ISBN 82-537-2765-8
- 89/2 KVARTS-86 A Quarterly Macroeconomic Model Formal Structure and Empirical Characteristics/ Einar Bowitz and Torbjørn Eika. 1989-104s. (RAPP; 89/2) 45 kr ISBN 82-537-2714-3
- 89/3 Lønnsrelasjoner i en kvartalsmodell for norsk økonomi En KVARTS-rapport/Einar Bowitz. 1989-87s. (RAPP; 89/3) 70 kr ISBN 82-537-2738-0
- 89/4 Innvandringens betydning for befolkningsutvikling i Norge/Inger Texmon og Lars Østby. 1989-55s. (RAPP; 89/4) 70 kr ISBN 82-537-2723-2

- 89/5 Statistisk sentralbyrå Hovedtrekk i arbeidsprogrammet for 1989. 1989-53s. (RAPP; 89/5) 60 kr ISBN 82-537-2720-8
- 89/6 Utbyggingsregnskap Dokumentasjon av metode og resultater fra prøveregnskap 1986 og 1987/ Øystein Engebretsen. 1989-58s. (RAPP; 89/6) 70 kr ISBN 82-537-2724-0
- 89/7 Sociodemographic Differentials in the Number of Children A Study of Women Born 1935, 1945 and 1955/Øystein Kravdal. 1989-138s. (RAPP; 89/7) 75 kr ISBN 82-537-2766-6
- 89/8 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Landsoversikt for programdagene 4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-69 s. (RAPP; 89/8) 70 kr ISBN 82-537-2769-0
- 89/9 Radiolytting og fjernsynsseing Vinteren 1989 Fylkesoversikt for programdagene 4. - 10. februar/Gustav Haraldsen og Odd Frank Vaage. 1989-130s. (RAPP; 89/9) 85 kr ISBN 82-537-2770-4

Pris kr 45,00

Publikasjonen utgis i kommisjon hos H. Aschehoug & Co. og
Universitetsforlaget, Oslo, og er til salgs hos alle bokhandlere.

ISBN 82-537-2728-3
ISSN 0332-8422