

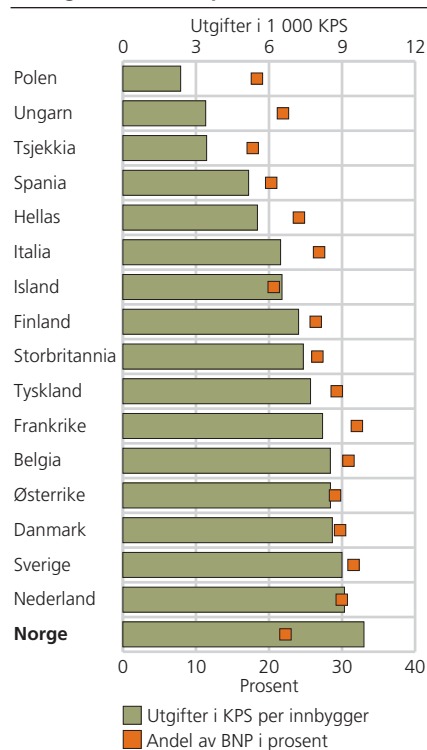
Uførhet er mer enn bare helse

Det å definere seg selv som ufør eller ute av stand til å arbeide er sammensatt. Svekket helse er viktig, men helseforskjeller alene kan ikke forklare hvorfor kvinner er mer utsatt enn menn, og hvorfor personer med lav utdanning er mer utsatt enn de med høy utdanning. I et nordisk perspektiv skiller norske kvinner og finske menn seg ut med høye uføreandeler, mens islendingene er lite uføre. Uførhet gjelder først og fremst de som er over 50 år.

Velferdsstaten står kontinuerlig overfor store utfordringer. En fortsatt høy og stabil yrkesaktivitet er blant de mest sentrale. I lys av dette skal vi i denne artikkelen se nærmere på uførhet i et nordisk og i et europeisk perspektiv.

Det er ikke helt enkelt å måle hvor dyr velferdsstaten er i drift og sammenligne dette med andre land. Tall for sosiale utgifter fra 2006 viser at Norge ligger helt på topp i Europa målt i bruk av penger (KPS), etterfulgt av Nederland, Sverige og Danmark (se figur 1 og tekstboks). De to siste nordiske landene, Finland og Island, har noe lavere utgifter i europeisk sammenheng. De laveste utgiftene målt i KPS per innbygger finner vi likevel sør og øst i Europa (Eurostat 2009).

Figur 1. Sosiale utgifter i KPS¹ per innbygger og som prosent av BNP. Utvalgte land i Europa. 2006



¹ KPS (kjøpekraftsparitetsstandarder) er en enhet som er uavhengig av nasjonale valutaer, og som derfor fjerner effekten av nasjonale prisforskjeller. For nærmere beskrivelse og dokumentasjon, se Eurostat 2009. Kilde: Eurostat 2009.

På den annen side kan man måle de sosiale utgiftene som andel av brutto nasjonalprodukt (BNP). Disse to målene henger i stor grad sammen, men andel av BNP gir likevel et litt annet bilde fordi det vil henge sammen med hvor høyt BNP de ulike landene har. Norge og Island bruker dermed forholdsvis mindre enn andre land når vi måler på denne måten, mens Frankrike, Sverige og Belgia alle bruker over 30 prosent av BNP på sosiale utgifter. Disse målene på utgifter sier heller lite om hvor effektive eller gode de ulike velferdsstatene er, men dersom vi ser mer på hva de totale utgiftene består av, kan vi identifisere sentrale utfordringer i tiden som kommer.

Høy yrkesaktivitet i Norden ...

De nordiske landene er preget av høy sysselsetting både blant kvinner og menn sammenlignet med resten av Europa. I Norden varierte sysselsettingen fra 73,1 prosent i Sverige til 84,6 prosent på Island i 2006. Av de landene vi ofte sammenligner oss med, er det bare Nederland som er på dette nivået (74,3 prosent), mens Finland er et lite nordisk unntak med sine 69,3 prosent (Eurostat).

Tor Morten Normann

Sosiale utgifter og kjøpekraft

Data om sosiale utgifter er hentet fra European system of integrated social protection statistics (ESSPROS). Sosiale utgifter er alle sosiale ytelser og utgifter knyttet til ordninger for sosial beskyttelse.

KPS (kjøpekraftsparitetsstandarder)

KPS er en enhet som er uavhengig av nasjonale valutaer, og som derfor fjerner effekten av nasjonale prisforskjeller. For nærmere beskrivelse og dokumentasjon, se Eurostat 2009.



Tor Morten Normann er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for leveårsstatistikk. Han jobber med analyser av leveårsundersøkelser, og er fagansvarlig for EU-SILC. (tor.morten.normann@ssb.no)

Artikkelen bygger på en rapport som nylig er utgitt av Nordisk Sosialstatistisk Komité (NOSOSKO).

For flere funn og detaljerte tall se Normann, Rønning og Nørgaard (2009), eller se <http://nososco-da.nom-nos.dk>

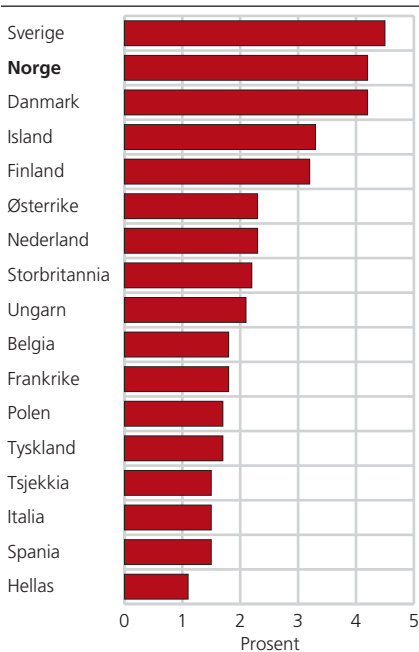
Levekårsundersøkelsen EU-SILC

Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC) er en årlig europeisk utvalgsundersøkelse om inntekt og levekår. Undersøkelsen er samordnet av EUs statistikkorgan Eurostat.

I Norge har undersøkelsen et brutt-outvalg på om lag 8 900 personer i alderen 16 år og over, bosatt i Norge utenfor institusjon. Undersøkelsen gir opplysninger om økonomi, boforhold og boligøkonomi, opplysninger om arbeidssituasjon og arbeid siste kalenderår.

Til undersøkelsen knyttes også en rekke opplysninger fra registre, blant annet om inntekt og utdanning. For nærmere beskrivelse av undersøkelsen, se Andersen mfl. (2006) eller Eurostat (2008).

Figur 2. **Utgifter til uførhet i prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP). Utvalgte land i Europa. 2006**



Kilde: Eurostat 2009.

Forskjellene mellom menns og kvinners sysselsetting varierer mellom 4 og 8 prosentpoeng i de nordiske landene. Så å si ingen andre land i Europa har under 10 prosentpoeng forskjell, og sør i Europa finner vi sågar at kvinners sysselsettingsandel er godt over 20 prosentpoeng lavere enn menns.

I land der uførhet ikke er en så stor utfordring som i de nordiske landene, er kanskje utfordringen først og fremst å øke den generelle yrkesaktiviteten, da spesielt blant kvinner.

I 2006 mottok 297 485 nordmenn uførepensjon (NAV). Våre data vil ikke gi helt samme tall, for her bygger yrkesaktivitet og uførhet på resultater fra den internasjonale levekårsundersøkelsen EU-SILC (se tekstboks). Til forskjell fra annen statistikk er uførhet her basert på egen vurdering av forholdet til arbeidslivet. Det forutsettes dermed ikke mottak av noen form for uførestønad, selv om det naturligvis vil være svært stor overlapping mellom disse to måtene å definere på.

Dessuten vil en kunne anta at ulike velferdsordninger vil påvirke i hvilken grad personer definerer seg selv som uføre eller ikke. Siden tallene våre er fra 2006, er resultatene også upåvirket av den internasjonale finanskrisen som inntraff fra og med høsten 2008.

... og høye utgifter til uførhet

I så godt som alle land er utgifter til alders- og etterlattepensjoner den største posten på budsjettet for sosiale utgifter. Island og Norge representerer imidlertid et unntak siden posten for utgifter til sykdom og helse er større. Legger vi disse to postene sammen, utgjør de fra 60 til 80 prosent av de totale sosiale utgiftene i Europa.

Utgifter til uførhet representerer en betydelig mindre utgift i samtlige land, men her kommer også variasjonene mellom Norden og resten av Europa klarere fram (se figur 2). I de nordiske landene utgjør utgifter til uførhet fra 12,7 prosent av de sosiale utgiftene i Finland til 18,8 prosent i Norge (2006-tall). Ikke i noen andre land i Europa utgjør dette så mye som 10 prosent.

I land som Tyskland, Frankrike og Italia utgjør kostnadene til uførhet rundt 6 prosent av de totale sosiale utgiftene. Selv om dette selvfølgelig reflekterer en stor grad av ulikhet i hvilke velferdsordninger som faktisk finnes i de ulike landene, illustrerer det også at de nordiske landene har en spesiell utfordring. Hvor mange som er uføre, påvirker jo ikke bare utgiftssiden for velferdsstatene, men det tapper også samfunnet for nødvendig arbeidskraft, spesielt når vi vet at andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder i forhold til eldre er synkende.

Mange uføre øst i Europa

Til tross for at vi finner de høyeste utgiftene til uførhet i Norden, er det øst i Europa vi finner de høyeste andelen e gendefinerte uføre i aldersgruppen 20-64 år. Finland og Norge er i det øverste sjiktet med henholdsvis 5,3 og 5,0 prosent (se figur 3). Danmark og Sverige er omtrent midt i fordelingen (4,3 og 3,8 prosent), mens Island har den laveste andelen i Norden med 2,1 prosent. Generelt finner vi de laveste andelen uføre sør i Europa. Vi har ingen gode forklaringer på hvorfor det er slik. Det er vanskelig å se noen direkte sammenheng mellom andelen uføre og nasjonale forskjeller innenfor helse.



Hvor stor andel av de sosiale utgiftene som går til uførhet, er dermed ikke en direkte refleksjon av hvor mange som definerer seg som uføre, men henger også nøye sammen med hvilke rettigheter og ytelser som finnes i de ulike landene.

Norske kvinner og finske menn er mest utsatt ...

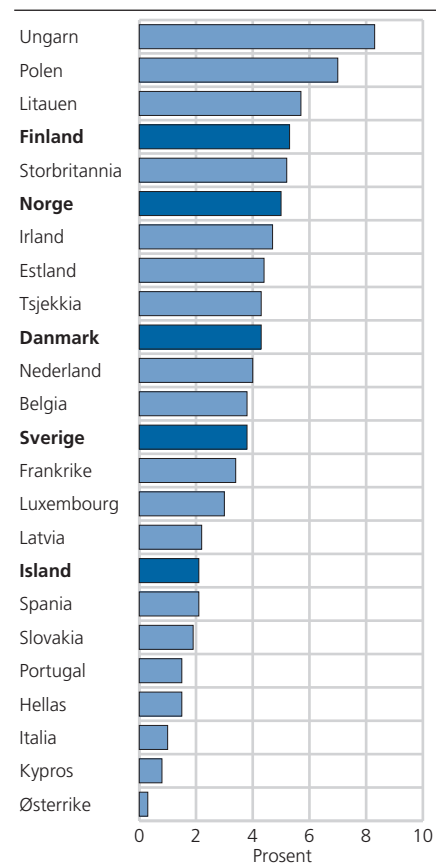
Hvis vi ser på uførhet som en utfordring for velferdsstaten, er det også viktig å se hvilke grupper som er utsatt, og eventuelt hva som kan bidra til at noen faller utenfor arbeidsmarkedet på grunn av dette. Vi skal her konsentrere oss om de nordiske landene, og kan slå fast at kvinner er mer utsatt enn menn. Det tydeligste utslaget finner vi i Norge, der det er 2,7 prosentpoeng forskjell mellom kjønnene (se figur 4). Norske kvinner er også mer utsatt sammenlignet med sine nordiske medsøstre. Men også i Danmark (2,4 prosentpoeng) og på Island (2 prosentpoeng) er det tydelige kjønnsforskjeller. Kjønnsforskjellen er derimot relativt liten i Sverige, og nesten fraværende i Finland.

Finske menn er mer uføre enn sine nordiske brødre, og dette bidrar til å forklare hvorfor totalnivået er så høyt i Finland sammenlignet med resten av Norden. I sammenheng med dette kan det være verdt å nevne at vi i rapporten også slår fast at finske menn oftere rapporterer dårlig helse, kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne sammenlignet med andre nordiske menn.

... og islendingene minst

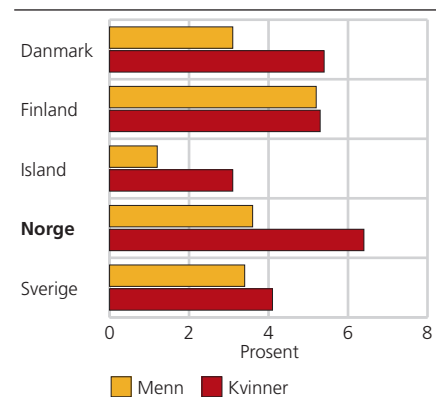
Det å være ufør har naturlig nok en klar sammenheng med alder siden helsen svekkes etter hvert som man blir eldre. Selv om det har vært stor oppmerksomhet rundt unge uføre, er det først og fremst de som er over 50 år dette gjelder.

Figur 3. Andel uføre eller ute av stand til å arbeide. 20-64 år. Utvalgte land i Europa. 2006. Prosent



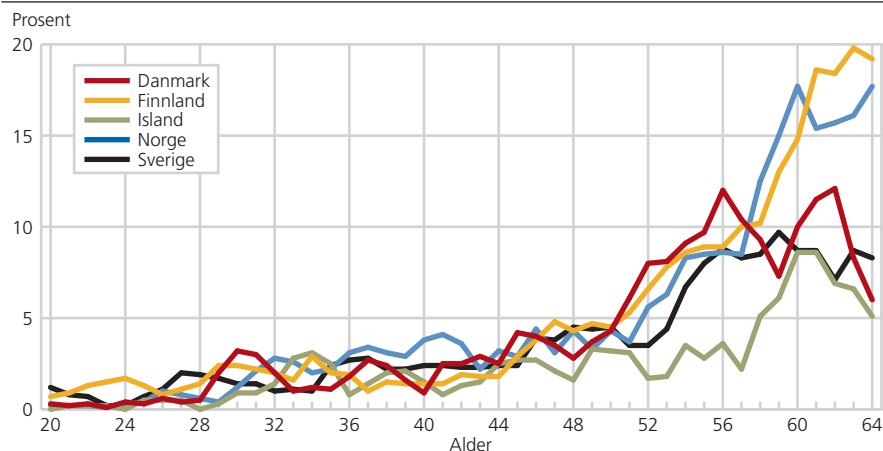
Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

Figur 4. Andel uføre eller ute av stand til å arbeide, etter kjønn. 20-64 år. Norden. 2006. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

Figur 5. Andel uføre, etter alder. 20-64 år. Norden. 2006. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.

For de som er under 50 år, er det omtrent like store andeler uføre i de nordiske landene. Det er først for personer tidlig i 50-årene at vi finner over 5 prosent. Fra og med denne alderen øker andelen uføre noe mer i Norge og Finland enn i de andre landene (se figur 5).

Sverige og Danmark har nokså lik utvikling. Islendinger ser imidlertid ut til å holde seg arbeidsføre lenger enn andre i Norden (se figur 5). Her kommer økningen i andelen uføre først for personer i slutten av femtiårene. Uførhet blant de som er over 60 år, påvirkes dessuten av muligheter for andre pensjonsordninger. Det at

personer går over i andre pensjonsordninger, kan for eksempel bidra til å forklare nedgangen i uførhet for dansker fra og med 62 år.

Helse har minst betydning i Sverige

Svak eller manglende tilknytning til arbeidsmarkedet kan klassifiseres og måles på ulike måter, men uansett hvordan det gjøres, medfører dårlig egenvurdert helse at sjansen for å være i jobb er mindre. Dette er et fellestrekk som gjelder i alle nordiske land, men med visse forskjeller. Totalt kan det se ut til at egenvurdert helse har minst å si for yrkesaktiviteten i Sverige, mens den betyr mest på Island og i Danmark. Dette kan tolkes som en indikator på hvor inkluderende arbeidslivet i de ulike landene er.

Uførhet er naturlig nok den formen for svak tilknytning til arbeidsmarkedet som henger mest sammen med egenvurdert helse. Personer som vurderer sin egen helse som dårlig, er naturlig nok oftere uføre enn andre. Blant personer med dårlig helse i Danmark, Island og Norge definerer over tre av ti seg som uføre eller ute av stand til å arbeide. I Finland og Sverige gjelder det omtrent en av fire. Også personer som vurderer helsen som verken god eller dårlig, er også relativt utsatt sammenlignet med de som har god helse.

Nedsatt funksjonsevne har ulik betydning

Det finnes mange måter å måle nedsatt funksjonsevne på. Den som brukes i den internasjonale levekårsundersøkelsen (EU-SILC), er basert på at man opplever varige begrensninger i daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller skade. På grunn av en feil kan ikke de danske tallene for nedsatt funksjonsevne brukes (Normann og Rønning 2008). For de andre nordiske landene er imidlertid sammenhengen mellom nedsatt funksjonsevne og uførhet som forventet.

Andelen uføre stiger med gradvis nedsatt funksjonsevne. En av tre nordmenn som har sterkt nedsatt funksjonsevne, er uføre. Blant islendinger og svensker gjelder dette drøyt en av fire, mens det gjelder knapt en av fire finner.



Norge skiller seg også ut fra gruppen med noe nedsatt funksjonsevne. Her er det 14,1 prosent uføre i Norge, mens andelene i Finland, Island og Sverige varierer mellom 5,5 og 8,3 prosent.

Nå skal vi også merke oss at andelen som rapporterer nedsatt funksjonsevne, varierer en del mellom de ulike landene. Nesten fire av ti finner har sterkt eller noe nedsatt funksjonsevne, mens dette gjelder rundt to av ti i de tre andre landene. Det kan være at terskelen for å rapportere nedsatt funksjonsevne er noe lavere i Finland enn i de andre landene, og slik sett er det ikke så rart at finner med nedsatt funksjonsevne er de som i minst grad er uføre. Men dette kan ikke forklare forskjellene mellom Norge på den ene side, og Sverige og Island på den annen.

Det finnes også en andel uføre blant de som vurderer sin egen helse som god, eller som ikke har nedsatt funksjonsevne. Dette kan i utgangspunktet virke overraskende og merkelig. En mulig forklaring kan være at det er personer med sykdom eller skader som medfører at man ikke er i stand til å jobbe i enkelte yrker, men som ikke påvirker oppfatningen av egen helse eller funksjonsevne ellers i merkbar grad. En mulighet er også at helsesituasjonen for den enkelte faktisk har bedret seg som følge at man ikke lenger er i jobb. Det å slutte i jobben og bli ufør kan altså bidra til at helsen bedres. Andre studier har vist at helsen faktisk er på sitt dårligste rundt tidspunkt for uførhet, mens den bedres i etterkant (Øverland mfl. 2008).

Lav utdanning forsterker helseeffekten

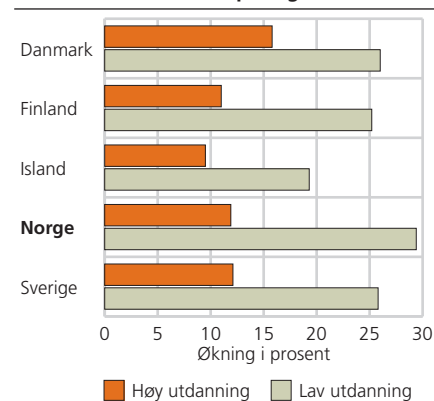
Sammenhengen mellom uførhet og utdanning er mer indirekte og bør ses i sammenheng med både alder og yrke. Ser vi bare på andeler uføre i ulike utdanningsgrupper i Norden, er utslaget størst i Finland, minst på Island, mens det er ganske likt i Danmark, Norge og Sverige. Et steg videre er å se hvordan helse og utdanning sammen påvirker uførhet. Det viser nemlig at den negative effekten som helse har på tilknytning til arbeidslivet, forsterkes av lav utdanning.

Hvordan utdanning forsterker effekten av helse i forhold til det å være ufør, varierer i de nordiske landene. For å finne en indikator på dette har vi regnet ut differansen i andel uføre når vi sammenligner personer med god og svekket helse i to utdanningsgrupper (høy og lav utdanning). Differansen er uttrykt i prosentpoeng og fremstilt i figur 6. I Norge er andelen uføre med lav utdanning og svekket helse hele 29 prosentpoeng høyere enn blant personer med lav utdanning og god helse. Tilsvarende differanse for de med høy utdanning og henholdsvis god og svekket helse er 12 prosentpoeng.

Også i Sverige og Finland finner vi utslag på dette nivået når vi sammenligner de med god og de med svekket helse i ulike utdanningsgrupper, mens forskjellene er minst på Island og i Danmark. For Danmark sin del skyldes dette igjen at andelen uføre blant de med høy utdanning også øker ganske mye når helsen svekkes, mens på Island er det slik at andelen uføre blant de med lav utdanning øker mindre enn i den andre nordiske landene.

Svekket helse bidrar i sterkere grad til at personer med lav utdanning definerer seg selv som uføre eller ute av stand til å arbeide, enn hva det gjør for personer med høy utdanning. Derfor må tiltak for å bekjempe negative helseeffekter i sterkere grad rettes inn mot personer med lav utdanning. Dette vil selvfølgelig henge nøye sammen med hvilke yrker disse personene jobber innenfor. Det er ikke urimelig å tenke seg at de jobber i mer fysisk krevende

Figur 6. Økning i andel uføre som følge av svekket helse, etter utdanning. 20-64 år. Norden. 2006. Prosentpoeng



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2006, Statistisk sentralbyrå.



yrker, og yrker der det er vanskeligere å tilpasse arbeidet dersom helsen svekkes. Dette bildet kompliseres ytterligere av at alder nok spiller en rolle her. Helsen svekkes med alder, og det er også i de eldste aldersgruppene vi finner flest med lav utdanning.

Helse er uansett viktigst

Helse er den aller viktigste faktoren for å forklare uførhet i alle nordiske land, men det forklarer ikke alt. Derfor blir det viktig å se på mer enn dette hvis man skal redusere uførheten. At flere forhold enn helse spiller inn i forhold yrkesaktivitet og uførhet, er i og for seg ikke noe nytt funn (Dahl mfl. 2010).

Personer med lav utdanning er oftere uføre enn de med høyere utdanning, også når vi kontrollerer for andre forhold som alder, kjønn og helse i en såkalt logistisk regresjon (se tekstboks). Da er det altså ikke utdanningen i seg selv som er risikofaktoren, men sannsynligvis hvordan utdanningen påvirker arbeidslivet gjennom yrke og arbeidssituasjon.

Det samme kan vi antagelig hevde i sammenheng med at kvinner er oftere uføre enn menn, også når vi kontrollerer for alder, helse og utdanning. Kvinner er neppe oftere uføre *fordi de er kvinner og ikke menn*. Det er mer sannsynlig at det har sammenheng med et kjønnsdelt arbeidsmarked, arbeidsdeling i hjemmet og andre forhold som skiller menn og kvinner, men som vi ikke har kontrollert for her.

Noen av de samme betraktningene kan vi gjøre når det gjelder husholdningstype. Når vi bruker par med barn som referansegruppe, finner vi at det å tilhøre andre typer husholdninger er forbundet med større risiko for uførhet. I alle land, bortsett fra Island, er aleneboende den husholdningstypen som er mest utsatt. Og selv om også aleneboende islendinger relativt ofte er uføre, er det likevel enslige forsørgere som kommer aller dårligst ut. Til sammenligning kan vi nevne at norske enslige forsørgere har mindre fare for å bli uføre enn personer som tilhører gruppen

Logistisk regresjon

Logistisk regresjon er en multivariat analysemetode som benyttes for å studere den unike effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Metoden er velegnet når den avhengige variabelen er dikotom, altså har to uavhengige verdier, og vi har flere mulige årsaksvariabler. Her brukes analysemetoden for å se på om man definerer seg som ufør eller ikke ut fra utdanning, kjønn, alder, utdanning, husholdningstype, fødeland og helse. For mer om logistisk regresjon, se for eksempel Ringdal (2001).

par med barn, selv når vi altså kontrollerer for helse, utdanning, kjønn og alder.

Uførhet i Norden

Vi har også brukt fødeland som en faktor for å forklare uførhet, men det har relativt liten betydning. I Norge og Sverige har riktignok personer født i utlandet større fare for å bli uføre sammenlignet med de som er født i landet, også når vi kontrollerer for helse, utdanning, kjønn og alder. I Danmark og Finland er denne tendensen svakere.

Men selv om fødeland ikke slår veldig sterkt ut når det gjelder uførhet, viser rapporten som denne artikkelen bygger på, at fødeland er viktig for å forklare andre former for svak tilknytning til arbeidsmarkedet, som marginalisering og ekskludering.

Mange forhold å ta hensyn til

Veien fram til å definere seg selv som ufør eller ute av stand til å arbeide er sammensatt og skyldes flere forhold enn bare helse. Når velferdsstaten skal møte utfordringer når det gjelder at flest mulig i yrkesaktiv alder skal delta i arbeidslivet, kreves derfor tiltak som tar denne kompleksiteten i betraktning. Vi har sett at de nordiske landene bruker relativt sett store summer på uførhet, men også at de nordiske landene er preget av høy yrkesdeltakelse, spesielt blant kvinner og blant eldre. Disse to forholdene må også ses i sammenheng. Andre land med færre uføre har også lavere deltakelse på arbeidsmarkedet.

Referanser

Andersen, Arne, Tor M Normann og Elisabeth Ugreninov (2006): *Intermediate Quality Report EU-SILC 2004. Norway*, Documents 2006/13, Statistisk sentralbyrå.

Dahl Espen, Kjetil A van der Wel, og Ivan Harsløf (2010): *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Helsedirektoratet 1/2010.

Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat (2009): *In 2006, gross expenditure on social protection accounted for 26.9 per cent of GDP in the EU-27*. Eurostat, Statistics in Focus 40/2009.

Eurostat (2008): *Description of SILC user database variables: cross sectional and longitudinal. Version 2006.1 from 01-02-08*. European Commission, Eurostat, Directorate F, Unit F-3.

NAV: <http://www.nav.no/227512.cms>

Normann, Tor Morten, Elisabeth Rønning og Elisabeth Nørgaard (2009): *Utfordringer for den nordiske velferdsstaten – sammenlignbare indikatorer*. NOSOCO Nordisk Sosialstatistisk Komité 41:2.

Normann, Tor Morten og Elisabeth Rønning (2008): *EU-SILC (Norge) som kilde til å avgrense gruppen av personer med nedsatt funksjonsevne*, Notater 2008/39, Statistisk sentralbyrå.

Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig metode og kvantitativ metode*, Fagbokforlaget, Bergen.

Øverland S, N. Glozier, M. Henderson, J.G. Mæland, M. Hotopf and A. Mykletun (2008): *Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK) Occupational and Environmental Medicine 2008.65/11*.

