

Arnulf Kolstad

UFØREPENSJONERTE MED PSYKIATRISKE DIAGNOSER

Den utstrakte psykiatriske diagnostiseringen av befolkningen med livs- og arbeidsproblemer under kapitalismen viser seg også i tallene for uførepensjon. Historisk sett er uførepensjonering en arv fra den sosialpolitiske lovgivning etablert i kjølvannet av den industrielle revolusjon i Bismarcks Tyskland og Disraelis England. Det skjedde i slutten av det 19. århundre.¹ Her i landet er kriteriene for å bli uførepensjonert nedfelt i *Lov om folketrygd* fra 1967, der det «medisinske vilkår» er formulert. For å bli uførepensjonert må det foreligge en sykdom, skade eller «lyte».²

Paragrafen som angir betingelsene for uførepensjon krever ikke bare at personen er syk. «Ervervsevnen» skal være varig nedsatt. Med dette kriteriet blir betingelsene relative og historiske: pensjonering avhenger av situasjonen på arbeidsmarkedet og de kravene som der stilles til «ervervsevne». Hvorvidt «evnen» er tilstede endrer seg med produksjonsforhold og arbeidsbetingelser. Kravene til arbeidskraften øker med intensiveringen av arbeidet i konkurranseøkonomien, og er strengere i dag enn for 20-30 år siden, for ikke å snakke om for 100 år siden. Folks helse er ikke forverret i denne perioden. Helsen har faktisk bedret seg betraktelig. Men «ervervsevnen» er svekket som følge av økte krav i produksjon og arbeidsliv.

I forbindelse med psykiske lidelser er det ikke lett å avgjøre om det foreligger «sykdom, skade eller lyte». Psykiske lidelser er selvopplevde og subjektive plager uten klare objektive sykdomskriterier. Mange mener de fleste lidelser som har med følelseslivet og funksjonsevnen å gjøre ikke bør kalles sykdom. Men i psykiatrien blir stadig flere problemer fra dagligliv og arbeidsliv sett på som sykdomssymptomer og underlagt medisinsens domene. Nå er f.eks. angsten for å kjøre bil i tunnel og lysten til å spille på hest blitt behandlingsoppgaver for psykiatrien.

Antallet med psykiatriske diagnoser øker kraftig

Antallet som uførepensjoneres med psykiatriske diagnoser har steget sterkt fra slutten av 1970-årene og fram til i dag.³ I 1977 ble 4,315 uførepensjonert med psykiatrisk hoveddiagnose, i 2003 var det 6,980, en økning på 62%. I 2003 var det en tilgang på i alt 28,843 nye uførepensjonister, 24,4% hadde psykiatriske lidelser/«sykdommer» som primærdiagnose. Over ti prosent av arbeidsstyrken mellom 16 og 67 år er nå uførepensjonert. Ca 1/3 av disse, over 3% av befolkningen mellom 16 og 67, er utestengt fra arbeidslivet med en diagnose som forteller at de har dårlig mental helse. Mange av dem er

unge. I tillegg er 0,6% langtids sykemeldte som følge av psykiske lidelser. I 2003 var kostnadene for uførepensjonering p.g.a. psykiske lidelser anslått til 40 milliarder kroner.⁴ Produktivitetstap er ikke inkludert.

Tabell 1: Andel uførepensjonerte (per 10,000) etter psykiatrisk diagnose og kjønn ved utgangen av 2003.

	Menn	Kvinner	Totalt
Alle psykiske lidelser og atferdsproblemer (F00-99)	329	279	300
Schizofreni o.a. (F20-29)	59	32	44
Psykiske lidelser som følge av misbruk (F10-19)	33	6	18
Følelssvingninger (F30-39)	40	49	45
Psykisk utviklingshemming (F70-79)	52	34	42
Andre psykiske lidelser (F40-69, F80-99)	145	158	152

**Symbolene i parantes viser til the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume 1 (World Health Organization, Geneva 1992), and its revision in 1996.⁵*

Av 10.000 innbyggere mellom 16 og 67 år var 300 uførepensjonerte med en psykisk «sykdom»: De med alvorlige psykotiske lidelser og psykisk utviklingshemming utgjør et mindretall, mens halvparten har fått en mer diffus diagnose: «Andre psykiske lidelser». Bak denne betegnelsen skjuler det seg mange ulike lidelser og problemer. Økningen er særlig stor innenfor diagnosegruppene «Nevroser og atferds- og personlighetsforstyrrelser o.l.» og for «Psykiske lidelser på grunn av rusmidler eller tablettbruk». Trygdemottakere med alvorlige psykiske lidelser utgjør et mindretall og psykosene (inkludert schizofreni), øker ikke (941 i 1977, 692 i 2003).⁶ Den sterke veksten skyldes altså uførepensjonister med mer diffuse plager og problemer. Psykiske lidelser, og spesielt betegnelser som «angst», «depresjon» og «nevroser», blir sekke kategorier for en rekke vanskeligheter i forhold til arbeidet. Det er tilstander det er vanskelig å plassere under andre medisinske diagnoser. «Psykiske lidelser» er god å ty til når det ved vurdering av arbeidsevnen skal gis en proforma medisinsk begrunnelse for utstøting og uførepensjon.

Det er vanskelig å finne *medisinske* årsaker til den sterke økningen. Ingenting tyder på at sykdommen i befolkningen er så drastisk forverret som (økningen i) uføretallene tyder på. Forventet levealder har for eksempel steget. Helsetilstanden er generelt bedret de siste tiårene. Men samtidig er det mange indikasjoner på at folks forhold til arbeidet og konsekvensene av lønnsarbeidet har endret seg til det verre de siste 30 år. Antall sosialhjelpsmottagere har økt kraftig. I 1972 fikk 37,000 personer sosialhjelp, i 2003 var det 135,000. I samme periode økte antall helt arbeidsløse fra 20,000 til ca. 100,000. De tre indikatorene: uførepensjon, sosialhjelp og arbeidsløshet er forskjellige fremtredelser for samme underliggende samfunnsmessige forhold: økt utstøting. Det er ikke tre «beklagelige forhold» i en ellers lytefri

kapitalisme, arbeidsløshet, uførepensjonering og sosialhjelp er «naturlige» og nødvendige konsekvenser av en bestemt samfunnsform og produksjonsmåte. Det er en del av systemets nødvendige logikk og som i våre dager trer tydeligst fram gjennom det store og økende antallet som forlater lønnsarbeidet før pensjonsalder.

Diagnosene er misvisende

De sykdommene legene diagnostiserer som psykiske lar seg ikke fastslå med moderne billeddiagnostikk, urin- eller blodprøver. Legene må forholde seg til folks personlige oppfatning og fremstilling når de skal avgjøre om det subjektive ubehaget skal defineres som sykdom, som slitasje, som kontaktvansker, mobbing, manglende sosial støtte, eller noe annet. Legene har lett for å fremstille vanskelige sosiale omstendigheter og den følelsesmessig reaksjonen som følger, som individuell (psykisk) sykdom. Det er denne problemforståelsen de profesjonelt behersker. Men det får som konsekvens at store deler av befolkningen ender opp med psykiatriske diagnoser og som behandlingstrengende som følge av utstøting fra og slitasje i et arbeidsliv som blir stadig mer krevende. Problemene med livet og lønnsarbeidet under kapitalismen tilsløres ved å gjøre enkeltindivider til pasienter og pensjonister med stadig mer diffuse «sykdommer» folk ikke engang har kontroll over, ettersom det er feil i nervesystemet eller transmittersubstansene, feil som må rettes opp med piller, psykoterapi eller elektrosjokk.

De som uførepensjoneres med psykiatrisk diagnose har ofte en helt annen problemforståelse enn legene.⁷ Få uførepensjonister nevner en diagnose eller noe som fører tankene hen på individuell sykdom. De beskriver problemene med helt andre ord og erfaringer, knyttet til konkret sosial praksis: vanskelige leveforhold og belastninger i arbeid eller familie, som «økonomiske problemer», «pengemangel», «sosiale problemer», eller slitasje og fysiske/somatiske plager: «ryggproblemer», «angina pectoris», «dårlige ben», «magesmerter» osv. En medisinsk, psykiatrisk diagnose gir derfor i mange tilfelle en misvisende karakteristikk og forklaring på av de uførepensjonertes problemer og livssituasjon.

Alternative forklaringer på økt «psykiatrisk sykkelighet»

Hvilke andre forklaringer enn økt sykkelighet kan vi gi på den eksplosjonsartede økningen i uførepensjoner de siste 40 år? Den periodevis høye arbeidsløsheten, økt konkurranse på arbeidsmarkedet og et generelt mer brutalt og psykisk krevende arbeidsliv er vesentlige faktorer. Kravene til arbeidskraften er blitt strengere og vanskeligere å oppfylle fram til ordinær pensjonsalder. Virksomhetsområdet for utfoldelse i arbeidslivet innskrenkes, styringen mer upersonlig og strengere. De som lettest lar seg disiplinere og kan utføre arbeidet mest effektivt, etterspørres først. De som ikke lever opp til normene

og de hardere kravene får ikke beholde lønnsarbeidet under dårlige konjunkturer og mange ender som arbeidsløse, sosialhjelpsmottakere eller uførepensjonister med psykiatrisk diagnose.

Når arbeidsuførhet kalles sykdom

Sosialmedisineren Per Sundby hevdet for 20 år siden at uførepensjoneringen ble foretatt ved hjelp av «flytende og skjønnsmessige kriterier», og at konsekvensene av å bruke en «pseudoobjektiv, medisinsk fagsjargong innebar en kamuflering av viktige samfunnsproblemer». ⁸ Det som skjer er at samfunnsmessige, sosiale og økonomiske forhold som viser seg ved at et stigende antall mennesker utstøtes fra arbeidslivet, blir forklart ved henvisning til deres dårlige mentale eller fysiske helse. Dermed er den utbredte uførediagnostiseringen med på å kamuflere de reelle årsakene til sykkeliggjøringen. ⁹ De pseudomedisinske begrunnelsene er med på å hindre at problemene med folks vanskelige livsvilkår reises i en sammenheng og på en måte som gjør at de kan løses. Mestringsforsøkene blir individuelle. Hver enkelt blir oppfordret til å definere sitt problem som sykdom, på en måte som gjør at kan få økonomisk hjelp, og samtidig oppnå en ærefull retrett fra arbeidsmarkedet. Per Sundby sier: «En kunne nesten tro befolkningen er i stand til å utvikle spontant de tilstander legestanden ikke har annet å stille opp mot enn piller og penger». ¹⁰ Vi kunne snu på det og hevde at legene som profesjonsutøvere ikke har stort annet å stille opp med enn «penger og piller» overfor de tilstander av sosial nød, meningsløshet og utslitthet som brer seg i befolkningen. Spørsmålet er, som professor i sosialmedisin Steinar Westin stiller, om legene skal fortsette «å akseptere at samfunnet benytter oss til å omdefinere næringspolitiske problemer til medisinske anliggender og spørsmål om folks sviktende helse?» ¹¹

Mange leger er selv klar over at uførepensjonering ikke primært skyldes medisinske forhold eller at det foreligger en sykdom. Det går fram av Lien's undersøkelse. ¹² I 16 av 45 tilfelle anså legene økonomiske forhold som viktigste grunn til uførepensjonering, dernest kom medisinske årsaker og at pasienten følte seg sliten/lei i nåværende arbeide. I et fåtall saker (7) ble det utelukkende tatt medisinske hensyn. Som en av legene sa: «...når ressursene er små, blir uførepensjon ofte brukt som en kriseløsning for pasienter med økonomiske og arbeidsmarkedsmessige problemer.» ¹³

Konsekvensene av den psykiatriske sykkeliggjøringen

Hvilke konsekvenser har det at en stor og økende del av befolkningen blir stemplet som varig arbeidsuføre på grunn av psykiatrisk «sykdom»? Ved å sykdomsstemple dem som ikke er etterspurt på arbeidsmarkedet er legene med på å innskrenke rammene for funksjonsdyktighet og hva som er friskt og normalt. Det sosialt og økonomisk uønskede, det som ikke bidrar til å øke produktiviteten, fremstilles som sykt. Det letes først og fremst etter individ-

uelle sykdomstegn fremfor å se arbeidsuføre som samfunnselendighetens symptombærere. Den profesjonelle tilnærmingen og de sosialpolitiske «løsningene» får også konsekvenser for hvordan folk selv oppfatter sine problemer: Det blir mer vanlig å definere egne vanskeligheter som sykdom. Det er hos legene og i psykiatrien hjelpen tilsynelatende finnes.

Problemforståelsen med utgangspunkt i trygdestatistikken

Gjennom epidemiologien og trygdestatistikken konstitueres sosiale og individuelle fenomener på en bestemt måte. Statistikken representerer det Dag Østerberg kaller «sosiografi», et uttrykk for individualisering av sosiale forhold. Denne fremstillingen av individ og samfunn er samtidig et makt-instrument for dem som vil ha kontroll over borgerne i samfunnet.¹⁴ Den sikrer staten og det offentlige et redskap som kan brukes til å skape orden og oversikt, og dermed kontroll over enkeltindividene. Gjennom uførestatistikken som del helse- og sosialstatistikken blir samfunnsmedlemmene fremstilt som (syke) enkeltindivider og ikke som kollektiv eller klasser. Sosial- og trygdestatistikken skaper en oppsplitting av det sosiale fellesskap ved å konsentrere oppmerksomheten om det individuelle eller personlige, og i dette tilfelle: det syke. Det eksisterer ikke noe fellesskap i den erkjennelses-måte helse- og sosialstatistikken representerer. Der er enkeltindividet den viktigste samfunnsmessige og sosiale enhet. For å få en annen forståelse av utbredelsen av de psykiatriske lidelsene må fenomenet angripes fra et annet utgangspunkt enn den individualiserende uførestatistikken. Framfor å starte med sykdommen, lidelsen eller den enkelte uførepensjonerte, må vi først se på samfunnet og de forhold som råder der. Ved i utgangspunktet å knytte psykiske uhelse til lønnsarbeidet under kapitalismen, kan problemet konstitueres på en annen måte, og virkemidlene for å redusere det vil bli tilsvarende annerledes.

I psykiatrien og i trygdemedisinen eksisterer imidlertid ikke begreper som lønnsarbeid, utbytting eller kapitalisme. Det siste er erstattet med eufemismer som velferds-, blandings-, industri- eller informasjonssamfunnet. I den biologiske orienterte psykiatrien er det nærmest tabu å se på fremstilling og analyse av det sosiale og av samfunnet som et vitenskapelig spørsmål overhodet. Det er i beste fall irrelevant for å forstå folks psykiske «sykdommer». Det er tilstrekkelig å *scanne* hjernen.

Arbeidet under kapitalismen

Arbeid under de nåværende samfunnsmessige betingelser er lønnsarbeid, og ikke «arbeid» i abstrakt betydning, som «stoffveksling med naturen». I kapitalismen er det lønnsarbeidet folk ikke kan eller vil delta i, og som gjør at deres «erhvervsevne er varig nedsatt».

Å få lønnsarbeid på et konkurransepreget arbeidskraftmarked i dag er vanskelig for dem som allerede i utgangspunktet har dårlige kvalifikasjoner eller forutsetninger. Marginalgruppene utestenges. Man skal ikke være særlig gammel, *shaky* eller engstelig, ha smerter o.l. for å tape konkurransen overfor de sterke og unge. Resultatet av utstøtingen fra arbeidmarkedet er ytterligere plager og bekymringer, et selvbylde som svekkes. Noen taper grundigere i denne konkurransen enn andre. Det er gjerne dem som har mange nederlagsopplevelser tidligere. Slik er kapitalismen innrettet. De med få ressurser får færre.

Nye og strengere krav til arbeidskraften oppstår ikke som følge av ond vilje. Kravene om mer intensiv utnyttelse av arbeidskraften setter seg gjennom bak ryggen også på bedriftsledere, politikere og psykiatere. Det er uttrykk for produksjonsmåtenes logikk. Det er den intensive utnyttelsen av arbeidskraften og spesielt det psykiske belastningen parett med meningsløsheten og konkurransen som både forårsaker problemene og som øker merverdien (og profitten). Den intensive utbyttingen av arbeidskraften gjør at bedriften kan klare seg i konkurransen. Heller ikke dette er noe onde bedriftsledere med flosshatt og fete sigarer velger å gjøre. Det er få muligheter for ikke å følge konkurransens spilleregler for dem som skal delta i den kapitalistiske produksjonsprosessen.

Nye krav til arbeidskraften

«Sykdom» som følge av nerver, en vanskelig livssituasjon og knappe ressurser blir i denne sammenheng noe relativt. Hvem som skal få sykdomsstemplet blir delvis bestemt av produktivkraftenes utvikling, arbeidets organisering og «konkurranseevnen». Legene er med på å skjule de egentlige grunnene til både pensjonering og arbeidsløshet. De blir medansvarlige for at økonomiske og sosiale problemer tilsløres i en medisinsk sjargong. Arbeidsbetingelsene og slitastjen i arbeidslivet omskrives til individuelle psykiatriske og somatiske sykdomstilfelle. På denne måten svekkes mulighetene for å gripe virkningsfullt inn overfor problemets årsaker. De ødeleggende arbeidsforholdene som utestenger hundretusenvis opprettholdes ved å sykdomsstempele og medisinere ofrene med oppfordring til individuell, privat mestring.

Det at mange ikke kan eller vil delta i lønnsarbeidet, sier i virkeligheten mer om arbeidsbetingelsene enn om de som utestenges eller ønsker å trekke seg ut av arbeidmarkedet. At 300,000 i arbeidsdyktig alder er utestengt, og mange med et psykiatrisk sykdomsstempel sier mye om måten arbeidet organiseres på, hvilken mening folk finner i det, og hva det gjør med vanlige folk. Det er hardt å leve under kapitalismen. Det krever ressurser, økonomisk, sosialt og psykologisk. Det er heller ikke vanskelig å forstå at de som taper konkurransen på arbeidmarkedet foretrekker trygd eller sosial støtte framfor å tigge. Men etter hvert som flere utestenges er heller ikke uførepensjon noen holdbar løsning. Derfor er det på tide å konsentrere seg om arbeidsforholdene

under kapitalismen og deres bidrag til at så mange ikke kan delta i «verdiskapingen» fram til ordinær pensjonsalder. De skjerpede kravene til arbeidskraften og til «erhvervsevnen» er uttrykk for kapitalismens krav til produktivitetsokning, noe ingen kan stanse uten at kapitalismen avskaffes. Dette er systemtrekk ingen statsmakt eller noe politisk parti kan få dispensasjon fra, men bare redusere og tilsløre virkningene av ved for eksempel å kamuflere konsekvensene ved å stemple ofrene som syke uten ervervsevne.

NOTER

- 1) Steinar Westin, *Unemployment and Health*, Tapir, Trondheim, 1990.
- 2) 2 I paragraf 8-3 heter det: «Den som er 16 år eller eldre, har rett til uførepensjon dersom hans ervervsevne etter gjennomgått behandling, arbeidstrening, opplæring eller annen form for attføring som ansees hensiktsmessig, fortsatt er varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom, skade eller lyte».
- 3) Tallene i dette avsnittet er hentet fra Rikstrygdeverkets publikasjoner, fortrinnsvis fra Trygdestatistisk årbok.
- 4) Helse- og omsorgsdepartementet, *Statsbudsjettet, St.prp.1, 2005*.
- 5) Kilde: *Mental Health Services in Norway. Prevention – Treatment – Care* Norwegian Ministry of Health and Care Services, Oslo 2005.
- 6) Se Arnulf Kolstad, «Utvikling i uførebestanden». I A. Kolstad (red), *Uførepensjonister med psykiatriske diagnoser*, SESAM, Trondheim, 1983.
- 7) Det gikk tydelig fram av svarene de pensjonerte selv ga på spørsmålet om «Årsak til uførhet og grad av uførhet: Hvilke sykdommer/plager har gjort at du er uførepensjonert?» (Arnulf Kolstad (red), *Uførepensjonister med psykiatrisk diagnose*, SESAM, Trondheim, 1993).
- 8) Per Sundby, «Sosialmedisinske og kulturelle synspunkter på sosialpolitikken», i A. Kjønstad (red) *Folketrygden i støpeskjeen*, Oslo, Universitetsforlaget, 1984.
- 9) Thomas Scheff sa det slik: «den medisinske synsvinkel tilslører systematisk viktige psykologiske og sosiale prosesser når den anvendes på psykisk sykdom» T.J. Scheff, (red): *Mental Illness and Social Processes*. Harper & Row, 1967.
- 10) Per Sundby, *Velferdens uføreproblem. Uløselig på grunn av for mange diagnostiske og byråkratiske kategorier?* Foredrag på den 11. Nordiske Sosialmedisinske kongress, Geilo, juni, 1991.
- 11) Westin, *Unemployment and Health*, op.cit.
- 12) L. Lien, «Legers initiativ, samarbeidsevne og holdning til arbeidet med uførepensjonistsaker» *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 1992, 112, 210-2
- 13) Lien, *Legers initiativ*, op. cit.
- 14) Dag Østerberg, *Metasociology*, Universitetsforlaget, Oslo, 1988.