

Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002

Ágrip

Sigurður
Thorlacius^{1,2}

SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA-
OG TAUGASJÚKDÓMUM

Sigurjón B.
Stefánsson^{1,2,3}

SÉRFRÆÐINGUR Í GEDLÆKN-
INGUM OG KLÍNÍSKRI TAUGA-
LÍFEDLISFRÆÐI

Tilgangur: Að kanna umfang og einkenni örorku á Íslandi í desember 2002 og hvaða breytingar hafi orðið frá því í desember 1996.

Efniviður og aðferðir: Unnar voru upplýsingar úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins um aldur, kyn, búsetu, örorkumat og helstu sjúkdómsgreiningu öryrkja búsettra á Íslandi 1. desember 2002 og 1. desember 1996 og aflað var upplýsinga um aldursdreifingu Íslendinga eftir kynjum á sama tíma. Reiknað var aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir örorku vegna helstu sjúkdómsgreiningarflokka.

Niðurstöður: Þann 1. desember 2002 hafði 11.791 einstaklingi búsettum á Íslandi verið metin örorka vegna lífeyristrygginga almannatrygginga, 7044 konum (59,7%) og 4747 körlum (40,3%). Þar af hafði 10.960 verið metið hærra örorkustigið (að minnsta kosti 75% örorka), 6500 konum (59,3%) og 4460 körlum (40,7%). Algengi örorku var 6,2%, þar af hærra örorkustigsins 5,8% en þess lægra 0,4%. Algengi örorku var hærra á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu hjá konum, en hjá körlum var ekki marktækur munur á algengi örorku eftir búsetu. Algengi örorku óx með aldri. Í heildina var örorka marktækt algengari hjá konum en körlum, en í aldurshópnum 16-19 ára var tíðnin hærri meðal karla en kvenna. Geðraskanir og stoðkerfisraskanir voru algengustu orsakir örorku. Marktæk aukning varð á örorku hjá báðum kynjum á milli árána 1996 og 2002, bæði hærra örorkustigsins og örorku í heild.

Ályktun: Líklegt er að aukna tíðni örorku á milli árána 1996 og 2002 megi einkum rekja til gildistöku örorkumatsstaðals árið 1999 og breyttra aðstæðna á vinnumarkaði með auknum kröfum um vinnuafköst og auknu atvinnuleysi. Geðraskanir eru algengasta orsök örorku á Íslandi og veruleg aukning hefur orðið á örorku vegna þeirra frá árinu 1996.

Inngangur

Örorka er metin á grundvelli almannatryggingalaganna (1). Samkvæmt tólftu grein laganna er hærra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu á starfsgetu, en samkvæmt þrettándu grein laganna er lægra örorkustigið (örorka að minnsta kosti 50% en lægri en 75%) metið þeim sem hafa minna skerta starfsgetu eða verða

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB

Prevalence of disability in Iceland in December 2002

Læknablaðið 2004; 90: 21-5

Objective: To determine the size and main medical and social characteristics of the group of individuals receiving disability benefits in Iceland in December 2002 and compare the results with figures from 1996.

Material and methods: The study includes all those receiving disability benefits on December 1st 2002 and December 1st 1996 as ascertained by the disability register at the State Social Security Institute of Iceland. Information on age and gender distribution of the Icelandic population was obtained. Age-standardized risk ratio between the years 1996 and 2002 was calculated for both pension levels combined and for full disability pension alone.

Results: On December 1st 2002 there were 11,791 individuals receiving disability benefits, 7044 women (59.7%) and 4747 men (40.3%). Of these there were 10,960 individuals receiving full disability pension, 6500 women (59.3%) and 4460 men (40.7%). The prevalence of all disability pension was 6.2%; full disability pension 5.8% and partial disability pension 0.4%. The prevalence of disability was lower in the capital region compared with other regions of Iceland among women, but among men there was no significant difference in the prevalence of disability according to residence. The prevalence of disability increased with age. On the whole disability was more common among women than men, but in the age group 16-19 years it was more common among men than women. Mental and behavioural disorders and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue were the most prevalent causes of disability. The standardized risk ratio showed a significantly increased risk for both pension levels combined and for full disability pension alone both for men and women in the year 2002 as compared with the year 1996.

Conclusion: The increase in the prevalence of disability in Iceland between the years 1996 and 2002 is probably mainly due to the introduction of a new method of disability evaluation in 1999 and increased pressure from the labour market, with increasing unemployment and competition. Mental and behavioural disorders are the most common cause of disability in Iceland and there has been a marked increase in disability due to these disorders since 1996.

Keywords: disability, prevalence of disability, benefits, social security.

Correspondence: Sigurður Thorlacius,
sigurdur.thorlacius@tr.is

¹Tryggingastofnun ríkisins,
²læknadeild Háskóla Íslands,
³taugasjúkdómadeild
Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sigurður Thorlacius,
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114, 150 Reykjavík.
Sími 5604400,
bréfsími 5604461.
sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: örorka, örorkumat,
algengi örorku,
almannatryggingar.

Table I. Percentage of age group of individuals with disability grade assessed as being at least 75% in Iceland on December 1st 2002 according to gender and place of residence.

Place of residence	Both genders	Females	Males	Female:male ratio
Akureyri	7.8	9.7	5.9	1.64
Siglufjörður	7.4	10.4	4.6	2.26
Ólafsfjörður	7.1	8.3	6.1	1.36
Vestmannaeyjar	7.0	9.2	4.9	1.88
Grindavík	6.8	9.6	4.2	2.29
Reykjanesbær	6.6	9.1	4.3	2.12
Árborg	6.6	8.3	5.1	1.63
Sandgerði	6.4	9.7	3.5	2.77
Gerðahreppur	6.4	8.5	4.3	1.98
Reykjavík	6.4	7.2	5.6	1.29
Vatnsleysustrandarhreppur	6.1	7.5	4.9	1.53
Seyðisfjörður	6.1	5.3	6.9	0.77
Skagafjörður	5.7	7.3	4.2	1.74
Húsavík	5.7	6.3	5.2	1.21
Dalvík	5.4	6.0	4.9	1.22
Akranes	5.3	7.0	3.8	1.84
Hafnarfjörður	5.2	6.6	3.8	1.74
Snæfellsbær	5.0	6.2	3.9	1.59
Mosfellsbær	5.0	5.8	4.1	1.41
Kópavogur	4.8	6.0	3.6	1.67
Ísafjarðarbær	4.6	5.4	3.8	1.42
Fjarðabyggð	4.3	5.4	3.4	1.59
Bolungarvík	4.2	6.4	2.1	3.05
Bessastaðahreppur	3.2	3.1	3.3	0.94
Garðabær	3.1	4.0	2.1	1.90
Seltjarnarnes	3.1	3.2	2.9	1.10
Other places	5.4	6.6	4.3	1.53
The whole country	5.8	7.0	4.7	1.49

Table II. Distribution of individuals with disability grade assessed as being at least 75% in Iceland on December 1st 1996 and December 1st 2002 according to gender and residence.

	Females		Males	
	1996	2002	1996	2002
The capital region*	2598 (63.4%)	3924 (60.4%)	1916 (66.0%)	2831 (63.5%)
Other regions	1503 (36.6%)	2576 (39.6%)	988 (34.0%)	1629 (36.5%)
The whole country	4101 (100%)	6500 (100%)	2904 (100%)	4460 (100%)

*Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavogur, Bessastaðahreppur, Garðabær, Hafnarfjörður, Mosfellsbær, Kjós-
arhreppur.

fyrir umtalsverðum aukakostnaði vegna örorku sinnar. Fram til 1. september 1999 var herra örorkustigið metið á grundvelli læknisfræðilegra, fjárhagslegra og félagslegra aðstæðna, en eftir það einungis á læknisfræðilegum forsendum, samkvæmt sérstökum örorkumatstaðli (2-4). Fjöldi öryrkja á Íslandi hefur farið vaxandi á undanförunum árum (5). Ástæða var til að skoða hvort sú aukning væri umfram það sem búast má við út frá breytingum á fjölda og aldurssamsetningu þjóðarinnar.

Í þessari rannsókn er unnið úr upplýsingum um þá einstaklinga sem áttu í gildi örorkumat vegna lífeyrstrygginga almannatrygginga og voru búsettir á Íslandi 1. desember 2002. Skoðað er hvort hlutfallslegur mismunur sé á örorku eftir kyni, aldri og búsetu.

Niðurstöðurnar eru bornar saman við niðurstöður frá árinu 1996 (6).

Efniviður og aðferðir

Unnar voru úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins (TR) upplýsingar um aldur, kyn, búsetu, örorkumat og fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningu samkvæmt ICD flokkunarskránni (7) þeirra einstaklinga sem áttu í gildi örorkumat vegna lífeyrstrygginga og voru búsettir á Íslandi 1. desember 2002 og 1. desember 1996. Um 60% af þeim sem metnir höfðu verið til örorku vegna lífeyrstrygginga þann 1. desember 2002 voru metnir samkvæmt eldra lagaákvæðinu, en um 40% samkvæmt lagaákvæðinu sem gildi eftir 1. september 1999. Aflað var upplýsinga frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga á aldrinum 16-66 ára á sama tíma og aldursdreifingu þeirra eftir kyni og búsetu (8). Þessar upplýsingar voru notaðar til að reikna hundradshlutfall öryrkja af jafngömlum Íslendingum. Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrat marktækniþróf (9).

Niðurstöðurnar frá 1. desember 2002 voru bornar saman við sambærilegar niðurstöður frá 1. desember 1996 úr örorkuskrá TR og frá Hagstofu Íslands (8). Á þeim tíma voru allir öryrkjarnir metnir samkvæmt eldra lagaákvæðinu. Til þess að taka tillit til breytinga sem orðið hafa á aldursdreifingu þjóðarinnar á þessu sex ára tímabili var gerð aldursstöðlun og reiknað aldursstaðlað áhættuhlutfall (standardized risk ratio, SRR) fyrir konur og karla (10-12). Ef staðlaða áhættuhlutfallið er jafnt og einn var algengi örorku það sama árið 2002 og árið 1996. Ef staðlaða áhættuhlutfallið er stærra en einn var örorka tíðari árið 2002 en árið 1996, en fátíðari ef áhættuhlutfallið er minna en einn. Af 95% öryggismörkunum má lesa hvort áhættuhlutfallið er tölfræðilega marktækt á svokölluðu fimm prósent stigi. Ef bæði efri og neðri mörkin falla sömu megin við töluna einn er áhættuhlutfallið tölfræðilega marktækt á fimm prósent stigi.

Í örorkuskránni sem gögnin voru unnin úr eru upplýsingar um kyn, aldur, búsetu, örorkumat og sjúkdómsgreiningar, en hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga.

Niðurstöður

Þann 1. desember 2002 hafði 11.791 einstaklingi búsettum á Íslandi verið metin örorka vegna lífeyrstrygginga almannatrygginga, 7044 konum (59,7%) og 4747 körlum (40,3%). Þar af hafði 10.960 verið metið herra örorkustigið (að minnsta kosti 75% örorka), 6500 konum (59,3%) og 4460 körlum (40,7%). Hjá 831 hafði verið metið lægra örorkustigið (50% eða 65% örorka), 544 konum (65,5%) og 287 körlum (34,5%). Örorka var marktækt algengari hjá konum en körlum ($p < 0,0001$), bæði hvað varðar herra og

Table III. Distribution of individuals aged 16 to 66 years living in Iceland on December 1st 1996 and December 1st 2002 according to gender and residence.

	Females		Males	
	1996	2002	1996	2002
The capital region*	52,889 (61.4%)	59,561 (63.9%)	52,264 (59.4%)	59,049 (62.2%)
Other regions	33,231 (38.6%)	33,640 (36.1%)	35,660 (40.6%)	35,892 (37.8%)
The whole country	86,120 (100%)	93,201 (100%)	87,924 (100%)	94,941 (100%)

*Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavogur, Bessastaðahreppur, Garðabær, Hafnarfjörður, Mosfellsbær, Kjósarhreppur.

lægra örorkustigið. Algengi hærra örorkustigsins var 5,8% og þess lægra 0,4%.

Þann 1. desember 1996 hafði 8404 einstaklingum verið metin örorka vegna líffeyrstrygginga almannastrygginga, þar af 7005 hærra örorkustigið og 1399 lægra örorkustigið. Þannig var algengi hærra örorkustigsins 4,0% og þess lægra 0,8%.

Tafla I sýnir fjölda einstaklinga í einstökum byggðarlögum sem metnir höfðu verið til hærra örorkustigsins 1. desember 2002 sem hlutfall af íbúum byggðarlagsins á aldrinum 16-66 ára. Þar sést að örorka var í heild algengust í þremur byggðarlögum á Norðurlandi – Akureyri, Siglufirði og Ólafsfirði. Á Seyðisfirði var örorka talsvert algengari hjá körlum en konum, en í öðrum byggðarlögum var örorka almennt algengari hjá konum. Mestur var munurinn á milli kynjanna á Bolungarvík og í Sandgerði.

Tafla II sýnir skiptingu þeirra sem metnir höfðu verið til hærra örorkustigsins 1. desember 1996 og 1. desember 2002 eftir kyni og búsetu. Miðað við íbúafjölda á aldrinum 16-66 ára (tafla III) bjuggu marktækt fleiri öryrkjar á höfuðborgarsvæðinu en utan þess árið 1996, bæði karlar ($p<0,0001$) og konur ($p=0,0095$). Árið 2002 var örorka hins vegar marktækt algengari hjá konum á landsbyggðinni en á höfuðborgarsvæðinu ($p<0,0001$), en ekki var marktækur munur á fjölda karla hvað þetta varðar ($p=0,07$). Hér er um hráan samanburð að ræða, það er án aldursstöðlunar.

Tafla IV sýnir aldursdreifingu karla og kvenna sem metin höfðu verið til hærra örorkustigsins 1. desember 1996 og 1. desember 2002 sem hundraðshlutfall af 16-66 ára gömlum Íslendingum. Þar sést að aldursdreifingin er áþekkt bæði árin og að hlutfall öryrkja vex smám saman með aldri. Jafnframt sést að eftir að 25 ára aldri var náð voru almennt hlutfallslega fleiri öryrkjar meðal kvenna en karla, en á aldrinum 16-19 ára var tíðni hærri meðal karla.

Tafla V sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu eftir sjúkdómaflokkum (7) hjá körlum og konum sem metin höfðu verið til annars vegar hærra örorkustigsins og hins vegar annað hvort hærra eða lægra örorkustigsins 1. desember 2002. Þetta er sú sjúkdómsgreining sem tryggingalæknirinn byggir örorkumat sitt öðru fremur á. Marktækur munur er í báðum tilvikum og hjá báðum kynjum á dreifingu sjúkdómsflokka

Table IV. Percentage of age group of individuals with disability grade assessed as being at least 75% in Iceland on December 1st 1996 and December 1st 2002.

Age in years	1996		2002	
	Females	Males	Females	Males
16-19	0.8	1.3	0.9	1.4
20-24	1.7	1.7	1.8	1.8
25-29	2.8	2.4	2.8	2.3
30-34	3.0	2.5	3.5	2.9
35-39	5.7	3.9	5.8	4.0
40-44	7.9	5.1	7.3	4.8
45-49	9.3	6.4	8.1	5.6
50-54	12.3	7.9	10.0	6.5
55-59	18.3	11.6	13.6	8.3
60-64	20.3	12.9	20.0	12.3
65-66	26.4	14.5	29.2	16.3
16-66	7.3	4.9	7.0	4.7

Table V. First (main) diagnosis according to the ICD* among recipients of disability pension in Iceland December 1st 2002.

	Full disability pension		All disability pension (partial and full pension)	
	Females	Males	Females	Males
Infections	0.8%	1.0%	0.8%	0.5%
Malignant neoplasms	1.9%	2.0%	2.1%	2.0%
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	2.3%	1.7%	2.8%	2.3%
Mental and behavioural disorders	32.3%	41.6%	30.7%	39.6%
Diseases of the nervous system and sense organs	9.1%	11.6%	9.1%	12.0%
Diseases of the circulatory system	5.0%	9.5%	5.3%	8.4%
Diseases of the respiratory system	3.1%	1.9%	3.0%	2.0%
Diseases of the digestive system	1.1%	0.4%	1.2%	0.5%
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	1.2%	0.5%	1.3%	0.5%
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	33.9%	16.6%	34.1%	16.8%
Congenital mal/deformations and chromosomal abnormalities	2.3%	3.7%	2.4%	3.9%
Injuries	4.7%	8.0%	4.8%	9.4%
Other diagnoses	2.3%	1.5%	2.4%	2.1%
Total	100%	100%	100%	100%

* International classification of diseases (7).

($p<0,0001$). Geðraskanir og stoðkerfisraskanir voru algengustu sjúkdómaflokkarnir hjá báðum kynjum (til samans 66% tilvika hjá konum og 58% hjá körlum hjá þeim sem metnir voru til hærra örorkustigsins, en til samans 65% tilvika hjá konum og 56% hjá

Table VI. Standardized risk ratio (SRR) and 95% confidence intervals (CI) for full disability pension (assessed disability at least 75%) in 1996 and 2002 according to selected main groups of diseases (ICD)*

Groups of diseases	Females		Males	
	SRR	95% CI	SRR	95% CI
Infections	1.48	(0.93 to 2.33)	1.66	(1.00 to 2.74)
Malignant neoplasms	0.74	(0.58 to 0.93)	0.67	(0.51 to 0.88)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	1.04	(0.82 to 1.31)	0.70	(0.52 to 0.94)
Mental and behavioural disorders	1.62	(1.51 to 1.74)	1.87	(1.73 to 2.02)
Diseases of the nervous system and sense organs	1.28	(1.13 to 1.46)	1.59	(1.38 to 1.84)
Diseases of the circulatory system	0.74	(0.64 to 0.86)	1.41	(1.21 to 1.64)
Diseases of the respiratory system	1.00	(0.82 to 1.23)	0.48	(0.37 to 0.63)
Diseases of the digestive system	1.49	(1.01 to 2.19)	0.52	(0.29 to 0.94)
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	0.68	(0.50 to 0.91)	0.22	(0.14 to 0.35)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	2.10	(1.94 to 2.26)	1.16	(1.04 to 1.30)
Congenital mal/deformations and chromosomal abnormalities	0.79	(0.63 to 0.98)	1.07	(0.85 to 1.34)
Injuries	1.37	(1.15 to 1.64)	2.59	(2.11 to 3.18)
Other diagnoses	0.99	(0.79 to 1.25)	0.88	(0.63 to 1.25)
All diseases	1.44	(1.39 to 1.50)	1.39	(1.33 to 1.46)

* International Classification of Diseases (7).

körlum hjá þeim sem metnir voru annað hvort til herra eða lægra örorkustigsins).

Tafla VI sýnir aldrursstaðlað áhættuhlutfall fyrir þá sem metnir hafa verið til herra örorkustigsins (að minnsta kosti 75% örorku) milli árána 1996 og 2002 vegna allra sjúkdómsgreininga og vegna nokkurra aðalgreiningarflokka samkvæmt Hinni alþjóðlegu sjúkdóma- og dánarmeinaskrá (7). Þegar litið er á alla sem metnir hafa verið til herra örorkustigsins varð aukning hjá báðum kynjum, þar sem aldrursstaðlaða áhættuhlutfallið er 1,44 fyrir konur og 1,39 fyrir karla og 95% öryggismörkin innihalda ekki einn heilan, þannig að um er að ræða tölfraðilega marktækur niðurstöður á fimm prósent stigi. Marktæk aukning varð hjá báðum kynjum á örorku vegna geðraskana, stoðkerfissraskana, sjúkdóma í taugakerfi og skynfærum og slysa og hjá körlum vegna hjartasjúkdóma. Marktæk minnkun varð á örorku hjá báðum kynjum vegna krabbameins og húðsjúkdóma, hjá körlum vegna innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma og sjúkdóma í öndunarferum og meltingarfærum og hjá konum vegna hjartasjúkdóma og meðfæddra vandamála.

Þegar skoðað er aldrursstaðlað áhættuhlutfall fyrir alla öryrkja (metna til 50%, 65% eða að minnsta kosti 75% örorku) milli árána 1996 og 2002 kemur í ljós marktæk aukning á algengi örorku, þar sem aldrursstaðlaða áhættuhlutfallið er 1,27 fyrir bæði konur og karla og 95% öryggismörkin innihalda ekki einn heilan (eru 1,23 til 1,32 fyrir konur og 1,22 til 1,33 fyrir karla). Breytingar fyrir einstaka sjúkdómflokkanna eru hliðstæðar þeim breytingum sem sjást þegar einungis er horft á þá sem metnir hafa verið til

að minnsta kosti 75% örorku, en hér eru áhættuhlutföllin lægri.

Umræða

Frá 1. desember 1996 til 1. desember 2002 jókst algengi örorku á Íslandi úr 4,8% í 6,2%, þar af herra örorkustigsins úr 4,0% í 5,8%. Aldursstöðlun er hefðbundin grundvallaraðferð til þess að leiðrétta skekkjur við samanburð þegar aldrursdreifing er ekki eins í samanburðarhópum (10). Þegar tekið hefur verið tillit til fólksfjölda og breyttrar aldrurssamsetningar þjóðarinnar með aldrursstöðlun reynist hafa orðið marktæk aukning á örorku hjá bæði konum og körlum á þessum sex árum, hvort heldur litið er til herra örorkustigsins eins eða beggja örorkustiganna samanlagt. Líklegt er að þessa aukningu megi einkum rekja til breyttra forsendna örorkumats með tilkomu örorkumatsstaðals og breyttra aðstæðna á vinnumarkaði.

Örorkumatsstaðallinn er sóttur til Stóra-Bretlands. Við samanburð á niðurstöðum örorkumats fyrir og eftir gildistöku staðalsins hér á landi kom í ljós að martæk fjölgun hafði orðið á konum sem metnar höfðu verið til herra örorkustigsins eftir tilkomu örorkumatsstaðalsins (4). Fjölgunin varð hjá konum eldri en 30 ára með stoðkerfissraskanir (einkum mjúkvæfjaraskanir). Ekki varð hins vegar marktæk breyting á heildarfjölda nýrra öryrkja (þeim sem fengu metið annaðhvort herra eða lægra örorkustigið). Þessi rannsókn á nýgengi örorku náði aðeins fram til loka árs 2000, en núverandi rannsókn á algengi örorku allt til desember 2002. Nú er komin fram marktæk aukning hjá báðum kynjum á bæði herra örorkustiginu og báðum stigunum samanlagt. Þessi aukning er mun meiri en gert var ráð fyrir að kæmi fram eftir gildistöku örorkumatsstaðalsins. Aukninguna má sennilega að einhverju leyti rekja til mismunandi beitingar staðalsins hér og í Stóra-Bretlandi. Þar hefur mun stærri hluti umsækjanda verið boðaður í viðtal og skoðun hjá lækni á vegum tryggingastofnunarinnar heldur en hér, þannig að matsferlið hefur þar verið hlutlægara. Frá og með mars 2003 hefur hins vegar verið mun algengara en áður hér á Íslandi að umsækjendur um örorkubætur séu boðaðir í viðtal og skoðun hjá lækni. Forvitnilegt verður að sjá hvort það kemur til með að hafa áhrif á tíðni örorku hér.

Þegar kreppir að á vinnumarkaði með aukinni samkeppni, auknum kröfum um vinnuafköst og auknu atvinnuleysi má búast við að þeir sem hafa skerta vinnufærni vegna afleiðinga sjúkdóma og fötlunar detti fyrr út af vinnumarkaðnum en aðrir og sæki þá um örorkubætur (6, 13, 14). Auk þess ýtir atvinnuleysi undir heilsubrest, sérstaklega andlegan heilsubrest (14-16). Í Svíþjóð hefur vaxandi tíðni örorkulfeyris meðal annars verið tengd vaxandi tíðni atvinnuleysis

(17). Í könnun á högum þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997 reyndust 45,1% þátttakenda einhvern tíma hafa verið atvinnulausir, þar af 35,2% á undanförunum fimm árum (18). Í Svíþjóð hefur stór hluti öryrkja einnig verið atvinnulaus áður en sótt var um örorkubætur (14). Atvinnuleysi hefur verið umtalsvert á Íslandi undanfarinn áratug og mun meira en næstu fjóra áratugi þar á undan (8, 19). Þetta ýtir stoðum undir þá ályktun að breyttar aðstæður á vinnu- markaðnum eigi þátt í auknu algengi örorku.

Almannatryggingakerfið á Íslandi er einna líkast kerfunum á hinum Norðurlöndunum. Því er eðlilegt að bera tíðni örorku hér saman við tölur þaðan. Þótt algengi örorku hafi aukist mikið á Íslandi á undanförunum sex árum þá er það enn talsvert lægra en í Finnlandi, Noregi og Svíþjóð, en nokkru herra en í Danmörku (20-22). Vaxandi tíðni örorku í Noregi og Svíþjóð hefur kallað á sérstakar aðgerðir í þessum löndum, meðal annars með aukinni áherslu á starfsendurhæfingu og samvinnu almannatryggingakerfisins við atvinnulíf (22, 23). Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra hefur skipað starfshóp til að skoða slíkar lausnir hér á landi.

Örorka á Íslandi var í desember 2002 talsvert algengari hjá konum en körlum. Þetta er í samræmi við niðurstöður fyrri rannsókna á Íslandi (6, 24, 25) og tölur frá hinum Norðurlöndunum (20). Mesti munurinn á milli kynjanna var í Bolungarvík, þar sem örorka var þrefalt algengari hjá konum en körlum, en munurinn var einnig mikill í Sandgerði, Grindavík, Reykjanesbæ og á Siglufirði. Þörf er á að kanna hvers vegna örorka er algengari hjá konum en körlum.

Í desember 1996 var örorka marktækt algengari hjá báðum kynjum á höfuðborgarsvæðinu en utan þess. Í desember 2002 var algengi örorku hins vegar orðið herra á landsbyggðinni en höfuðborgarsvæðinu hjá konum. Við nánari skoðun á örorku í einstökum byggðarlögum reyndist örorka í desember 2002 algengust í þremur sveitarfélögum á Norðurlandi, það er Akureyri, Siglufirði og Ólafsfirði. Þetta má sennilega rekja til þess að á þessu landssvæði hefur atvinnuleysi verið tiltölulega mikið (8, 19). Fyrir gildistöku örorkumatsstaðals haustið 1999 átti að taka tillit til félagslegra aðstæðna umsækjenda við örorkumat, þar á meðal aðstæðna í heimabyggð, en eftir gildistöku staðalsins hefur einungis átt að taka tillit til skertrar færni af völdum sjúkdóma eða fötlunar. Því kemur á óvart að á milli árána 1996 og 2002 hefur orðið hlutfallsleg aukning á örorku á landsbyggðinni, miðað við höfuðborgarsvæðið. Aukið atvinnuleysi undanfarin ár á væntanlega sinn þátt í aukinni örorku utan höfuðborgarsvæðisins, þar sem atvinnutækifæri fyrir fólk með skerta starfsgetu eru ekki eins fjölbreytt á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu.

Hlutfallslega meira er af yngri öryrkjum (yngri en 40 ára) og minna af eldri öryrkjum á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum (20-22). Þetta má rekja til þess

að í þessum löndum hafa örorkubætur beinlínis verið notaðar til að rýma til á vinnu- markaði, en á Íslandi hefur atvinnuþátttaka í eldri aldurshópum verið hærri en í þessum löndum (13). Á hinum Norðurlöndunum er nú verið að reyna að snúa þessari þróun við og auka atvinnuþátttöku eldri aldurshópanna (20).

Ef horft er til fyrstu sjúkdómsgreiningar á örorkumati sem meginforsendu örorku, þá eru algengustu forsendur örorku á Íslandi í desember 2002 geðraskanir og stoðkerfissraskanir. Niðurstöður frá Noregi, Svíþjóð og Stóra-Bretlandi eru sambærilegar (21, 22, 26). Á Íslandi hefur algengi örorku vegna geðraskana aukist verulega hjá báðum kynjum frá því árið 1996 og geðraskanir eru algengasta orsök örorku. Því væri vert að skoða örorku vegna geðraskana nánar.

Heimildir

1. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
2. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
3. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
4. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
5. Staðtölur almannatrygginga 2002. Tryggingastofnun ríkisins 2003: 47-8.
6. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. World Health Organization, Geneva, 1994.
8. Heimasíða Hagstofu Íslands www.hagstofa.is
9. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford University Press, 1995.
10. Anders Ahlbom. Biostatistik för epidemiologer. Lund, Studentlitteraturen, 1990.
11. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S, Rafnsson V. Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
12. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S, Rafnsson V. Changes in the prevalence of disability pension in Iceland 1976-1996. Scand J Public Health 2002; 30: 244-8.
13. Ólafsson S. Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölþjóðlegum samanburði. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins – Háskólaútgáfan, 1999.
14. Selander J, Marnetoft SU, Ekholm J, Bergroth A. Unemployment among the long-term sick. Eur J Phys Med Rehabil 1996; 6: 150-3.
15. Jónsdóttir GA, Ólafsson S. Atvinnulausir á Íslandi 1993. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 1993.
16. Marnetoft SU, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Unemployed long-term sicklisted people in rural Jämtland compared with circumstances in the city of Stockholm, Sweden. Work 1998; 10: 3-8.
17. Lidwall U, Thoursie PS. Sjukfrånvaro och förtidspension – en beskrivning och analys av utvecklingen under de senaste decennierna. Riksförsäkringsverket, Stokkhólm, febrúar 2000.
18. Thorlacius S, Stefánsson SB, Jónsson FH, Ólafsson S. Social circumstances of recipients of disability pension in Iceland. Disability Medicine 2002; 2: 141-6.
19. Hagskinna. Sögulegar hagtölur um Ísland. Hagstofa Íslands 1997.
20. Social Protection in the Nordic Countries 2000. Scope, expenditure and financing. Nordic Social-Statistical Committee, 8, Copenhagen 2002.
21. Folketrygden – Nøkkeltall 2002. Rikstrygdeverket, Ósló janúar 2003.
22. Heimasíða Riksförsäkringsverket, Stokkhólm www.rfv.se
23. Heimasíða Tryggingastofnunar Noregs www.trygdeetaten.no
24. Guðnason S. Disability in Iceland. Reykjavík 1969.
25. Sæmundsson J. Orsakir örorku á Íslandi. Árbók Tryggingastofnunar ríkisins 1943-1946. Reykjavík 1951.
26. Incapacity Benefit and Severe Disablement Allowance. Quarterly Summary Statistics. Department for Work and Pensions, London nóvember 2002.