

Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996

Ágrip

Sigurður
Thorlacius^{1,2},

Sigurjón
Stefánsson¹,

Stefán Ólafsson³,

Vilhjálmur
Rafnsson²

Tilgangur: Að kanna hvaða breytingar hafi orðið á algengi örorku á Íslandi og dreifingu öryrkja með tilliti til kyns, aldurs og helstu sjúkdómsgreiningar á milli árána 1976 og 1996.

Efniviður og aðferðir: Unnar voru upplýsingar um örorkumat, aldur og helstu sjúkdómsgreiningu öryrkja úr örorkuskrá Tryggingastofnunar ríkisins, eins og hún var 1. desember árin 1976 og 1996 og aflað var upplýsinga um aldursdreifingu Íslendinga eftir kynjum á sama tíma. Reiknað var aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir alla örorku og örorku sem var yfir 75% vegna nokkurra aðalsjúkdómsgreiningarflokka.

Niðurstöður: Ekki varð marktæk breyting á hrá

algengitölu fyrir alla örorku á milli árána 1976 og 1996, að teknu tilliti til fólksfjölgunar en ekki skiptingar eftir kynjum eða aldri. Hins vegar varð innbyrðis breyting á örorkustigi, það er marktækt fleiri höfðu verið metnir til örorku yfir 75% og marktækt færri til 50% eða 65% örorku á árinu 1996 miðað við á árinu 1976. Aukningin á örorku yfir 75% kom fram hjá báðum kynjunum og var í stórum dráttum óháð aldri. Marktæk aukning varð hjá báðum kynjum á örorku yfir 75% vegna flestra sjúkdómaflokka. Vegna sjúkdóma í taugakerfi og skynfærum og slysa og eitrona varð einungis marktæk aukning á örorku hjá konum. Marktæk minnkun

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S, Rafnsson V

Changes in the prevalence of disability pension in Iceland 1976-1996

Læknablaðið 2001; 87: 205-9

Objective: To determine changes in the prevalence of disability pension in Iceland and to describe the distribution of those receiving disability pension according to gender, age and main diagnoses between the years 1976 and 1996.

Material and methods: The study includes all those receiving disability pension on the 1st of December in the years 1976 and 1996 as ascertained by the disability register at the State Social Security Institute of Iceland. There are two levels of disability pension, full disability pension (disability assessed as being more than 75%) and reduced disability pension (disability assessed as being 50% or 65%). Information on age and gender distribution of the Icelandic population was obtained. Age-standardized risk ratio between the years 1976 and 1996 was calculated for both pension levels combined and for full disability pension alone.

Results: There was no significant change in crude prevalence rate for both pension levels combined between the years 1976 and 1996, when the increase in the population was accounted for but without paying attention to changes in gender or age distribution. However, the standardized risk ratio showed a significantly decreased risk for both pension levels combined both for men and women in the year 1996 as compared with the year 1976, the age-standardized risk ratio being 0.95 and 0.93 respectively. It also showed a significant change between pension levels with an increased risk of full disability pension and a decreased risk of reduced disability pension. The increase in full disability pension was noted for both males and females and was largely independent of age. There was a significant increase in full disability

pension in most disease categories. Disability due to diseases of the nervous system and sense organs and injury and poisoning increased amongst women only. A significant decrease in full disability pension due to infections and diseases of the digestive system occurred in both men and women.

Conclusion: The prevalence of a disability pension amongst men and women in the year 1996 as compared to the year 1976 was significantly decreased when changes in population size and age distribution had been accounted for. This is particularly interesting because unemployment was increasing just prior to the year 1996. The prevalence of full disability pension had however significantly increased in 1996 compared with 1976. A plausible explanation for the observed change in disability pension levels is a pressure from the labour market, with increasing unemployment and competition. Also, the introduction of a disability card for those with full disability pension in 1980, which granted lower price for medication and the services of physicians, is likely to have increased the pressure for the higher level of disability pension (full disability pension). It seems unlikely that the increase in full disability pension and the decrease in reduced disability pension is due to a deterioration of health of the Icelandic population. Increased disability due to injury and poisoning amongst women is probably a result of their increased participation in the labour market. The decrease in disability due to infections is a result of a reduction in the number of cases of tuberculosis and poliomyelitis. The decrease in disability due to diseases of the digestive system is probably a result of improvement in the treatment of oesophageal reflux and peptic ulcer.

Keywords: disability, prevalence of disability pension, age-standardized, disability benefits, social security.

Correspondence: Sigurður Thorlacius. E-mail: sigurdth@tr.is

¹Tryggingastofnun ríkisins, Læknadeild Háskóla Íslands, ²félagsvísindadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími: 560 4400; bréfasími: 562 4146; netfang: sigurdth@tr.is

Lykilorð: örorka, algengi örorku, aldursstöðlun, örorkubótaþegar, almennatryggingar.

varð á örorku yfir 75% vegna smitsjúkdóma og meltingarsjúkdóma hjá báðum kynjum. Örorka í heild var marktækt fátíðari meðal kvenna sem karla árið 1996 en árið 1976, aldursstöðluðu áhættuhlutföllin voru 0,95 fyrir konur og 0,93 fyrir karla.

Ályktanir: Líklegt er að rekja megi það að hærra örorkustigið varð tíðara og að lægra örorkustigið varð fátíðara til tilkomu örorkuskírteinis árið 1980, sem lækkaði greiðsluþátttöku örorkulífeyrisþega í lækniþjónustu og lyfjaverði. Að öðru leyti er líklegt að rekja megi umrædda breytingu til breytinga á vinnumarkaðnum, það er aukins atvinnuleysis og aukinnar samkeppni á vinnustöðum. Ólíklegt er að rekja megi þessa breytingu til þess að heilsufar Íslendinga hafi versnað. Aukna örorku vegna slysa og eitrana hjá konum má væntanlega rekja til aukinnar atvinnuþátttöku þeirra. Minnkun örorku vegna smitsjúkdóma hjá báðum kynjum má rekja til fækkunar tilvika berkla og mænusóttar og minnkun örorku vegna meltingarsjúkdóma væntanlega til bættrar meðferðar vélindabakflæðis og sárasjúkdóms í maga og skeifugörn. Örorka í heild meðal kvenna sem karla er marktækt fátíðari árið 1996 heldur en árið 1976 þegar tekið hefur verið tillit til fólksfjölda og breyttrar aldursamsetningar þjóðarinnar, þrátt fyrir að aukið atvinnuleysi hefði ríkt um nokkurt árabíl fyrir 1996.

Inngangur

Öryrkjum sem skráðir eru hjá Tryggingastofnun ríkisins (TR) hefur fjölgað ár frá ári á undanförunum árum (1). Jafnframt hefur þjóðinni fjölgað þannig að óljóst er hvort þetta er raunaukning eða hvort öryrkjum hafi fjölgað umfram fjölgun þjóðarinnar. Til að skoða þetta nánar var kannaður fjöldi öryrkja á tveimur tímamörkum með 20 ára millibili og hann tengdur fjölda Íslendinga á sama tíma og tekið tillit til breyttrar aldursamsetningar þjóðarinnar. Jafnframt var kannað hvort breyting hefði orðið á dreifingu öryrkjanna hvað varðaði kyn, aldur og helstu sjúkdómsgreiningu á milli tímamörkanna tveggja.

Örorka var metin á grundvelli lækniþjónu, félagslegra og fjárhagslegra forsendna (2). Lagaákvæði um örorkulífeyri (örorka yfir 75%) og örorkustyrk (örorka 50% eða 65%) höfðu verið óbreytt í áratugi (3) og voru þau sömu árin 1976 og 1996, en árið 1996 hafði bæst við lagaákvæði um endurhæfingarlífeyri (4) (tók það gildi árið 1989). Örorka yfir 75% var metin hjá þeim sem voru öryrkjar til langframa á svo háu stigi að þeir voru ekki færir um að vinna sér inn fjórðung þess er andlega og líkamlega heilir menn voru vanir að vinna sér inn í því sama héraði við störf sem hæfðu líkamskröftum þeirra og verkunnáttu og sanngjarnt var að ætlast til af þeim með hliðsjón af uppeldi og undanfarandi starfa. Heimilt var að veita þeim örorkustyrk sem

skorti að minnsta kosti helming starfsorku sinnar eða sem stunduðu fullt starf, en urðu fyrir verulegum aukakostnaði sökum örorku sinnar. Árið 1996 var auk þess heimilt að veita tímabundið endurhæfingarlífeyri, þegar ekki varð séð hver örorka einstaklings yrði til frambúðar eftir sjúkdóma eða slys. Endurhæfingarlífeyrir svarar fjárhagslega til örorkulífeyris, að því undanskildu að sjúkrahúsvist skerðir ekki endurhæfingarlífeyri. Þeir sem höfðu verið metnir til endurhæfingarlífeyris eru hér flokkaðir með örorkulífeyrisþegum (örorka yfir 75%). Örorkubætur eru bundnar við aldurinn 16 til 66 ára.

Efniviður og aðferðir

Upplýsingar voru unnar úr örorkuskrá TR eins og hún var 1. desember árin 1976 og 1996. Úr skránni voru unnar upplýsingar um kyn, aldur og helstu sjúkdómsgreiningu (þá sjúkdómsgreiningu sem tryggingalæknirinn byggir örorkumat sitt öðru fremur á, ef þær eru fleiri en ein) þeirra einstaklinga sem áttu í gildi örorkumat vegna lífeyrstrygginga og voru búsettir á Íslandi þann 1. desember hvort ár fyrir sig. Árið 1976 voru sjúkdómsgreiningar (ICD greiningar) samkvæmt áttundu útgáfu Hinnar alþjóðlegu sjúkdóma- og dánarmeinaskrár, en árið 1996 samkvæmt níundu útgáfu þessarar skrár. Aflað var upplýsinga frá Hagstofu Íslands um fjölda fólks sem búsettur var á Íslandi á aldrinum 16-66 ára á sama tíma og aldursdreifingu hans (5). Hrá algengitölur örorku á árunum 1976 og 1996 voru bornar saman (ekki skipt á milli kynja né tekið tillit til aldursdreifingar) með kí-kvaðratsprófi (6). Til þess að taka tillit til breytinga sem orðið hafa á aldursdreifingu þjóðarinnar á þessu 20 ára tímabili var gerð aldursstöðlun og reiknað aldursstaðlað áhættuhlutfall (standardized risk ratio, SRR) fyrir konur og karla. Aldursdreifingin árið 1996 var notuð sem staðall og þannig gerð bein aldursstöðlun (7). Þjóðinni 1996 var skipt í 11 aldurslög (16-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-66) fyrir hvort kynið og hlutfall fjöldans í hverju lagi af heildarfjöldanum fundið (lagshlutfall). Stuðull fyrir hvern aðalgreiningarflokk fyrir árið 1976 (til dæmis karla, sem eru öryrkjar vegna hjartasjúkdóma 1976) var reiknaður út með því að margfalda algengi örorkunnar innan hvers aldurslags (til dæmis hlutfall karla með örorku vegna hjartasjúkdóma 1976 af heildarfjölda karla meðal þjóðarinnar 1976 innan hvers aldurslags) með lagshlutfallinu og leggja síðan útkomur allra laga saman. Sams konar stuðull var fundinn fyrir hvern örorkuflokk fyrir árið 1996. Staðlað áhættuhlutfall var síðan reiknað með því að deila stuðlinum fyrir 1976 upp í stuðulinn fyrir 1996. Út frá breytileika áhættuhlutfalls voru síðan fundin 95% öryggismörk (7). Ef staðlaða áhættuhlutfallið er

jafnt og 1 er algengi örorku það sama árið 1976 og árið 1996. Ef staðlaða áhættuhlutfallið er stærra en 1 var örorka tíðari árið 1996 en árið 1976, en fátíðara ef áhættuhlutfallið er minna en 1. Af 95% öryggismörkunum má lesa hvort áhættuhlutfallið er tölfræðilega marktækt á 5% stigi eins og kallað er. Ef bæði efri og neðri mörkin falla sömu megin við töluna 1 er áhættuhlutfallið tölfræðilega marktækt á 5% stigi.

Í örorkuskránni, sem gögnin voru unnin úr, eru upplýsingar um kyn, aldur, örorkumat og sjúkdómsgreiningar, en hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga. Því var ekki ástæða til að sækja um leyfi fyrir rannsókninni hjá Tölvunefnd eða Vísindasíðanefnd.

Niðurstöður

Tafla I sýnir fjölda þeirra sem metnir höfðu verið til örorkubóta 1. desember árin 1976 og 1996. Þar sést að örorkubótaþegum fjölgaði á milli árána úr 6773 í 8714 eða um 28,7%. Á sama tíma fjölgaði Íslendingum á aldrinum 16-66 ára úr 134.027 í 174.008 eða um 29,8% (5). Þegar bornar eru saman hrá algengitölur (bæði kynin saman og ekki tekið tillit til mismunandi aldursdreifingar þjóðarinnar árin 1976 og 1996) fyrir alla örorkubótaþega var ekki marktæk breyting milli árána ($p=0,06$). Hins vegar varð marktæk hækkun á hrá algengitölu fyrir örorkubótaþega sem metnir höfðu verið til örorku yfir 75% og marktæk lækkun á hrá algengitölu fyrir örorkubótaþega sem metnir höfðu verið til 50% eða 65% örorku ($p<0,0001$). Hjá konum varð aukning á örorku yfir 75% í öllum aldursflokkum og hjá körlum í öllum aldursflokkum nema 60-66 ára, en í þeim aldurshópi hafði algengið lækkað lítillega (tafla II).

Tafla III sýnir aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir örorku yfir 75% milli árána 1976 og 1996 vegna allra sjúkdómsgreininga og vegna nokkurra aðalgreiningarflokka samkvæmt Hinni alþjóðlegu sjúkdóma- og dánarmeinaskrá. Þegar litið er á allar sjúkdómsgreiningar, það er alla sem metnir hafa verið til örorku yfir 75%, varð marktæk aukning hjá báðum kynjum. Marktæk aukning varð hjá báðum kynjum á örorku vegna geðraskana, stoðkerfis-sjúkdóma, krabbameina, langvinnra teppusjúkdóma í öndunarfærum, innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma, meðfæddra veilna og húðsjúkdóma, en marktæk minnkun á örorku vegna smitsjúkdóma og sjúkdóma í meltingarfærum. Við nánari skoðun á smitsjúkdómum kom í ljós að örorka vegna berkla og mænúsóttar var miklu fátíðari árið 1996 en 1976. Nánari skoðun á sjúkdómum í meltingarfærum sýndi að örorka vegna sjúkdóma í vélinda, maga og skeifugörn var einnig miklu fátíðari árið 1996 en 1976. Hjá konum varð marktæk aukning á örorku vegna sjúkdóma í taugakerfi og skynfærum og vegna

Table I. Number of persons with disability pension in Iceland in 1976 and 1996.

Level of disability pension	1976			1996		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
Full disability pension (assessed disability >75%)	2378	1730	4108	4286	3029	7315
Reduced disability pension (assessed disability 50-65%)	1647	1018	2665	914	485	1399
All disability pension	4025	2748	6773	5200	3514	8714

Table II. Prevalence (%) of full disability pension (assessed disability more than 75%) by age groups in Iceland in 1976 and 1996.

Age in years	Women		Men	
	1976	1996	1976	1996
16-19	0.2	1.0	0.5	1.0
20-24	0.6	1.4	0.8	1.8
25-29	1.1	1.9	1.0	2.0
30-34	1.5	3.0	1.2	2.4
35-39	1.9	3.9	1.5	2.5
40-44	3.1	4.2	2.1	2.9
45-49	3.6	5.2	2.9	3.6
50-54	5.4	7.0	3.7	4.5
55-59	9.4	10.3	5.1	6.3
60-66	16.4	18.5	12.1	11.6
16-66	3.6	5.0	2.5	3.4

Table III. Standardized risk ratio (SRR) and 95% confidence intervals (CI) for full disability pension (assessed disability more than 75%) in 1976 and 1996 according to selected main groups of diseases (ICD)*.

Groups of diseases	Women		Men	
	SRR	95% CI	SRR	95% CI
Infections	0.13	(0.09;0.19)	0.14	(0.09;0.22)
Malignant neoplasms	1.46	(1.12;1.89)	3.47	(2.27;5.32)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	1.76	(1.29;2.41)	2.54	(1.70;3.80)
Mental disorders	1.23	(1.11;1.34)	1.27	(1.14;1.41)
Diseases of the nervous system and sense organs	1.31	(1.12;1.54)	1.08	(0.91;1.29)
Diseases of the circulatory system	1.01	(0.87;1.17)	0.89	(0.75;1.06)
Chronic obstructive pulmonary diseases	1.69	(1.30;2.19)	1.95	(1.47;2.60)
Diseases of the digestive system	0.48	(0.34;0.69)	0.58	(0.36;0.92)
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	10.38	(4.75;22.67)	8.35	(4.00;17.39)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	2.04	(1.81;2.30)	1.69	(1.46;1.95)
Congenital anomalies	2.96	(2.14;4.10)	3.01	(2.10;4.31)
Injury and poisoning	2.59	(1.94;3.45)	1.14	(0.87;1.51)
Other diagnoses	0.78	(0.62;0.99)	0.81	(0.57;1.14)
All diseases	1.32	(1.27;1.40)	1.29	(1.22;1.37)

* International Classification of Diseases

slysa og eitrona, en þar varð ekki marktæk breyting hjá körlum.

Tafla IV sýnir aldursstaðlað áhættuhlutfall fyrir alla örorkubótaþega (metna til 50%, 65% og örorku yfir 75%) milli árána 1976 og 1996 vegna allra sjúkdómsgreininga og vegna nokkurra aðalgreiningarflokka. Þegar litið er á allar sjúkdómsgreiningar, það er alla sem metnir hafa verið til örorku, var marktæk lækkun á algengi örorku þar sem aldurs-

Table IV. Standardized risk ratio (SRR) and 95% confidence intervals (CI) for all disability pension (assessed disability 50%, 65% and more than 75%) in 1976 and 1996 according to selected main groups of diseases (ICD)*.

Groups of diseases	Women		Men	
	SRR	95% CI	SRR	95% CI
Infections	0.08	(0.05;0.11)	0.08	(0.06;0.12)
Malignant neoplasms	1.23	(0.99;1.53)	3.61	(2.44;5.33)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	1.00	(0.79;1.26)	1.76	(1.29;2.47)
Mental disorders	1.09	(1.00;1.18)	1.19	(1.08;1.31)
Diseases of the nervous system and sense organs	0.99	(0.87;1.13)	0.82	(0.70;0.96)
Diseases of the circulatory system	0.77	(0.68;0.87)	0.67	(0.58;0.77)
Chronic obstructive pulmonary diseases	1.14	(0.92;1.41)	1.32	(1.04;1.67)
Diseases of the digestive system	0.33	(0.24;0.44)	0.40	(0.27;0.61)
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	3.16	(2.05;4.87)	5.62	(3.13;10.09)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	1.20	(1.09;1.31)	0.97	(0.87;1.09)
Congenital anomalies	1.57	(1.24;1.99)	1.70	(1.29;2.24)
Injury and poisoning	1.25	(1.02;1.53)	0.69	(0.56;0.86)
Other diagnoses	0.50	(0.41;0.61)	0.86	(0.65;1.12)
All diseases	0.95	(0.91;0.99)	0.93	(0.89;0.99)

* International Classification of Diseases

staðlaða áhættuhlutfallið fyrir konur var 0,95 og fyrir karla 0,93. Í hvoru tveggja tilvikinu innihalda 95% öryggismörkin ekki 1 heilan, þannig að um er að ræða tölfraðilega marktækar niðurstöður á 5% stigi. Breytingar fyrir einstaka sjúkdómaflokka eru hliðstæðar þeim breytingum sem sjást þegar einungis er horft á þá sem hafa örorku yfir 75% , en hér eru áhættuhlutföllin lægri.

Umræða

Örorka í heild meðal kvenna sem karla er marktækt fátíðari árið 1996 heldur en árið 1976 þegar tekið hefur verið tillit til fólksfjölda og breyttrar aldurs-samsetningar þjóðarinnar, það er að segja þegar gerð er aldursstöðlun við samanburðinn. Aldursstöðlunin er hefbundin grundvallaraðferð til þess að leiðrétta skekkjur við samanburð þegar aldursdreifing er ekki eins í samanburðarhópum og gefur því réttasta mynd (7). Stefán Guðnason kannaði algengi örorku árið 1962 (8). Í rannsókn hans reyndist hrá algengitala 4,7% fyrir fólk á aldrinum 16 til 66 ára þegar litið var á þá sem höfðu fengið örorku metna yfir 50% (3,7% með örorku yfir 75% og 1,0% með 50-65% örorku). Samsvarandi tala úr þessari rannsókn er 5,0% fyrir fólk á aldrinum 16 til 66 ára (4,2% með örorku yfir 75% og 0,8% með 50-65% örorku) sem er álfka og hefur komið fram í fyrri rannsókn árið 1996 (2). Með því að líta á hrá algengitölurnar virðist lítil breyting hafa orðið á fjölda örorkubótaþega frá árinu 1962 til ársins 1996, en eins og áður sagði verður ekki gerður réttur samanburður hér án aldursstöðlunar. (Sama lagaákvæði gildi fyrir mat á örorku vegna lífevris-

trygginga almannatrygginga árið 1962 og árið 1996, en lagaákvæði um endurhæfingarlífeyri kom eins og áður sagði til sögunnar árið 1989.)

Hins vegar varð marktæk fjölgun á þeim sem metnir höfðu verið til örorku yfir 75% og marktæk fækkun á þeim sem metnir höfðu verið til 50% eða 65% örorku. Nokkrar meginskýringar gætu verið á þessu.

Um gæti verið að ræða breytingar á aðráttaraffli og örlæti bótakerfisins. Eftir tilkomu tekjutryggingar örorkulífeyris lækkaði örorkustyrkur (50% eða 65% örorka) sem hlutfall af örorkulífeyri (örorka yfir 75%). Þessi breyting átti sér hins vegar stað fyrir árið 1976 (með tilkomu tekjutryggingar árið 1971). Örorkustyrkur sem hlutfall af örorkulífeyri með tekjutryggingu var 30% árið 1976, en 26% árið 1996 (9) og hafði þannig ekki breyst það mikið að líklegt sé að áhrif hafi á ásókn í herra örorkustigið. Hins vegar höfðu á tímabilinu milli árána 1976 og 1996 komið til ný réttindi þeirra sem metnir höfðu verið til örorku yfir 75%. Frá árinu 1980 gátu þeir framvísað örorkuskírteini sem lækkaði greiðsluþátttöku þeirra þegar þeir leituðu læknis (10) eða keyptu lyf (11). Gera má ráð fyrir að þessi breyting hafi aukið ásókn í að fá metið herra örorkustigið og að hún hafi átt einhvern þátt í framangreindri þróun í átt til herra örorkustigs. Auk þess má búast við að aukin þekking fólks á rétti sínum hafi leitt til aukinnar ásóknar í örorkulífeyri.

Fjölgun þeirra sem metnir voru til örorku yfir 75% kynni að öðru leyti að mega rekja til versnandi heilsufars þjóðarinnar eða breytinga sem orðið hefðu á vinnnumarkaðnum. Hlutfallsleg fækkun örorkubótaþega á tímabilinu bendir ekki til þess að heilsufar þjóðarinnar hafi versnað. Á tímabilinu hafði atvinnuleysi hins vegar aukist (12,13), atvinnuþátttaka kvenna aukist (12,13) og áhersla á afköst aukist umtalsvert, með meiri kröfum um bættu samkeppnishæfni fyrirtækja og stofnana (14,15). Þessi þróun hefur væntanlega dregið úr starfsmöguleikum fólks sem hefur takmarkaða starfsmenntun og á því aðeins kost á almennum, ósérhæfðum störfum. Erlendis hefur sýnt sig að á tímum atvinnuleysis hefur þeim sem búa við skerta starfsorku í auknum mæli verið þrýst út af vinnnumarkaðnum (15-17). Hér á landi gæti slík þróun hafa átt þátt í breytingunum á tíðni örorkustyrks (50-65% örorka) og örorkulífeyris (örorka yfir 75%) sem hér hefur verið lýst.

Marktæk aukning varð hjá báðum kynjum á örorku yfir 75%, hjá konum vegna níu af 13 sjúkdómaflokkum en hjá körlum vegna sex af 13. Vegna slysa og eitrana varð marktæk aukning á örorku hjá konum. Það má væntanlega rekja til aukinnar atvinnuþátttöku þeirra (12,13). Marktæk minnkun varð á örorku yfir 75% vegna smitsjúkdóma hjá báðum kynjum. Hér vegur þyngra fækkun þeirra sem

fengu smitsjúkdóma sem áður ollu mikilli örorku (berklar og mænusótt), heldur en aukning þeirra sem fengu nýjar sýkingar (einkum alnæmi). Einnig varð marktæk minnkun á örorku yfir 75% vegna sjúkdóma í meltingarfærum. Þetta er líklegt að rekja megi til framfara í meðferð sárasjúkdóms í maga og skeifugörn og vélindabakflæðis.

Heildarniðurstaða er þannig að hlutfallslega hefur öryrkjum fækkað milli ára 1976 og 1996, bæði konum og körlum. Að örorka í heild skuli verða fátíðari hér á landi á umræddu tímabili er athyglisvert, þar sem á seinasta hluta rannsóknartímabilsins var hér vaxandi atvinnuleysi (12,13), en á slíkum tímum hefur fólk með skerta starfsorku í auknum mæli færst á örorku eins og dæmin frá nágrannalöndum okkar sýna (16,17). Milli þessara ára hefur orðið breyting á stigun örorkunnar, örorkustyrkur orðið fátíðari en örorkulífeyrir tíðari. Líklegar skýringar eru aukin réttindi og bætur í sjúkratryggingum sem tengjast örorkulífeyri og þrýstingur frá vinnumarkaði, meðal annars vegna aukins atvinnuleysis og aukins álags á vinnustöðum. Þörf er á að kanna nánar samspil örorku og atvinnuleysis.

Þakkið

Birni Önundarsyni og Helga Sigvaldasyni er þökkúð sú framsýni að tölvuvæða örorkuskra Trygginga-

stofnunar ríkisins fyrir rúmum aldarfjórðungi, sem gerði þann samanburð, sem þessi grein byggir á, mögulegan.

Heimildir

1. Staðtölur almannatrygginga 1999. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins; 2000.
2. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
3. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
4. Lög um félagslega aðstoð nr. 118/1993.
5. Upplýsingar frá Hagstofu Íslands.
6. Bland M. An introduction to medical statistics. Oxford: Oxford University Press; 1995.
7. Ahlbom A. Biostatistik för epidemiologer. Lund: Studentlitteratur; 1990.
8. Guðnason S. Disability in Iceland. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins; 1969.
9. Upplýsingar frá hagsýslu Tryggingastofnunar ríkisins.
10. Reglugerð nr. 184/1980.
11. Reglugerð nr. 185/1980.
12. Hagskinnna. Sögulegar hagtölur um Ísland. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.
13. Landshagir, Statistical Yearbook of Iceland, 1997. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.
14. Nososco skýrsla nr. 10/1999. Förtida uttræde frá arbetslivet 1987-1996. Kaupmannahöfn: Nososco; 1999.
15. Ólafsson S. Íslenska leiðin. Almannatryggingar og velferð í fjölbjódlegum samanburði. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins – Háskólaútgáfan; 1999.
16. Halvorsen K. Arbeid eller trygd. Oslo: Pax Forlag; 1977.
17. Berglind H, Olson-Frick H. Förtidspensionering. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, no. 88; 1977.