

Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser

En analyse basert på FD-trygd

Arnstein Mykletun
Ann Kristin Knudsen

Rapport 2009:4
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Tapte arbeidsår ved
uførepensjonering for psykiske lidelser
En analyse basert på FD-trygd

Forfattere

Arnstein Mykletun
Ann Kristin Knudsen

Publisert av :

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tel: 21 07 70 00
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Design:

Per Kristian Svendsen

Layout:

Grete Sømmer

Forsideillustrasjon:

www.colourbox.com

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

500

Bestilling:

publikasjon@fhi.no
Fax: +47-21 07 81 05
Tel: +47-21 07 82 00

ISSN: 1503-1403
ISBN: 978-82-8082-304-5 trykt utgave
ISBN: 978-82-8082-303-8 elektronisk utgave

Forord

Det er med stor glede Folkehelseinstituttets Divisjon for psykisk helse presenterer rapporten "Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser". Behovet for en slik rapport er stort. Epidemiologisk forskning har vist at psykiske lidelser er en undervurdert risikofaktor for uførepensjonering. Tilstrømningen til uførepensjon er større enn befolkningsaldring skulle tilsi. Det er derfor et stort behov for forskning omkring årsaker til uførepensjonering. Denne rapporten tar utgangspunkt i diagnoser som uførepensjon er gitt for i perioden 1992 til 2003. Datamaterialet består av alle tildelinger av uførepensjon i denne perioden.

Rapporten viser at andelen som uførepensjoneres for en psykisk lidelse har økt fra 1992 til 2003. Psykiske lidelser er den nest hyppigste diagnose ved tildeling av uførepensjon etter muskel- og skjelettlidelser. Men tildeling av uførepensjon for psykiske lidelser skjer ved yngre alder enn for andre diagnoser, og derved medfører uførepensjonering for psykiske lidelser flere tapte arbeidsår enn noen annen diagnosegruppe.

Johannes Wiik fortjener en stor takk for initiering og oppfølging av dette prosjektet, og Cathrine Storeng Ikhsani har vært en viktig administrativ støtteperson. Viktige fagfellevurderinger er levert av Erik Nord, Bjørgulf Claussen (Seksjon for arbeids- og trygdemedisin, Universitetet i Oslo), John Gunnar Mæland (Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen) og Simon Øverland (HEMIL senteret, Universitetet i Bergen). Deler av arbeidet med prosjektet er gjennomført ved HEMIL senteret, Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Universitetet i Bergen bidro med infrastruktur og praktisk tilrettelegging for prosjektet. Data ble levert av Statistisk Sentralbyrå. Ann Kristin Knudsen utførte analyser for denne rapporten, og Arnstein Mykletun hadde det overordnede ansvaret for rapporten.

Arne Holte
Professor dr. philos.
Divisjonsdirektør

Innhold

Forord	3
Sammendrag	5
Innledning	5
Metode	5
Resultater	5
Konklusjon	5
Innledning	6
Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen	6
Økning i andelen uførepensjonister	6
Helse som årsak til uførepensjon	6
Uførepensjonering for psykiske lidelser	7
Underbehandling av psykiske lidelser før uførepensjonering	7
Tapte arbeidsår og psykiske lidelser	7
Problemstillinger i prosjektet	7
Materiale og metode	8
Datagrunnlag	8
Alder	8
Analyseperiode	8
Forløpsvariabler	8
Diagnoser	9
Statiske analyser	9
Resultater	10
Har vi sett en absolutt økning i uførepensjonering og insidens for psykiske lidelser i perioden 1992 til 2003?	10
Har det skjedd en endring i andelen nye uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser i perioden 1992-2003?	10
Hvilke psykiske lidelser ble uførepensjon innvilget for?	11
Tapte arbeidsår	12
Diskusjon	15
Oppsummering av resultater	15
Tolkning av resultatene: Gjenspeiler den økte andelen uførepensjonering på grunn av psykiske lidelser en generell økning i forekomst av psykiske lidelser blant befolkningen? ...	15
Primærdiagnose som årsak til uførepensjonering	16
Psykiske lidelser er underestimert som årsak til uførepensjonering	17
Styrker og svakheter ved studien	17
Er resultatene nye?	18
Hvilken betydning har disse resultatene?	18
Referanser	19
Appendix	21

Sammendrag

Innledning

Mer enn hver tiende person i arbeidsfør alder i Norge mottar uførepensjon, og denne andelen har de siste årene vært økende, som i de fleste andre OECD medlemsland. Kostnaden av utbetalte ytelser til uførepensjon i Norge overstiger 41 milliarder kroner årlig. Som i andre land, er psykiske lidelser blant de vanligste diagnosene for tildeling av uførepensjon. I denne studien ser vi på om det har funnet sted en økning i andelen som mottar uførepensjon for en psykisk lidelse i perioden fra 1992 til 2003. Videre sammenligner vi antall tapte arbeidsår som følge av uførepensjon gitt på bakgrunn av en psykisk lidelse med uførepensjon for andre lidelser og sykdommer.

Metode

Data fra FD-trygd basert på 405.910 innvilgelser av uførepensjon i Norge fra 1992 til 2003 ble anvendt. Sentrale variabler var primærdiagnose for innvilgelse av uførepensjon, alder ved innvilgelse samt kjønn.

Resultater

I rapporten presenteres tre hovedresultater: (1) Innvilgelse av uførepensjon for psykiske lidelser har økt i forhold til andre diagnoser fra 18,2 % i 1992 til 24,4 % i 2003. Økningen har funnet sted i alle aldersgrupper, men har vært sterkest i den yngre delen av befolkningen. (2) Uførepensjon for psykiske lidelser har vært innvilget ved yngre alder (46,0 år) enn for muskel- og skjelettlidelser (54,9 år) og andre sykdommer (53,4 år). (3) Ved oppfølgingens slutt var psykiske lidelser den nest største diagnosegruppen innen uførepensjonering etter muskel- og skjelettlidelser. Dersom alder ved innvilgelse legges til grunn, tyder resultatene på at uførepensjonering på grunn av psykiske lidelser medfører flest tapte arbeidsår.

Konklusjon

Uførepensjonering for psykiske lidelser er blitt mer vanlig, skjer ved yngre alder og forårsaker dermed flere tapte arbeidsår enn noen andre diagnosegrupper. Økningen kan skyldes en økt forekomst av psykiske lidelser i samfunnet. Andre mulige forklaringer er at psykiske lidelser i større grad enn tidligere er akseptert som årsak til nedsatt arbeidsevne, samt at endringer i arbeidslivet kan ha gitt en redusert mulighet for arbeidsdeltakelse for personer med psykiske lidelser.

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen

Halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og en tredjedel vil tilfredsstillende de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år (1). De hyppigst forekommende psykiske lidelsene er angstlidelser, affektive lidelser (herunder depresjon), og avhengighetslidelser (1, 2). Verdens helseorganisasjon (WHO) har gjennom sin Global Burden of Disease studie beregnet at depresjon vil være den diagnosen som i størst grad reduserer antall "friske" leveår i den vestlige verden, og som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnader i 2020 (3, 4). Resultater fra Verdens Helseundersøkelser (World Health Surveys) har vist at depresjon gir en større reduksjon i pasientenes opplevelse av fungering enn kroniske somatiske sykdommer som angina pectoris, artrose, diabetes og astma. Når depresjon opptrer samtidig med noen av disse andre sykdommene, reduseres pasientenes opplevde funksjon mer enn noen annen kombinasjon av flere slike lidelser uten depresjon (5). Psykiske lidelser utgjør med andre ord et betydelig folkehelseproblem.

Økning i andelen uførepensjonister

Andelen av den norske befolkningen som forlater arbeidslivet via uførepensjon har vært økende de siste tiårene. Ved utgangen av 1995 fantes det 236 300 uførepensjonister i Norge. Ved årsskiftet 2004/2005 hadde dette tallet steget til vel 302 000 (6), og utgjorde mer enn hver tiende person i arbeidsfør alder. En tilsvarende trend med økende andel av befolkningen på uførepensjon finner vi også i andre OECD medlemsland (7). Utgifter knyttet til uførepensjon koster det norske samfunnet over 41 milliarder i året bare i trygdeytelser (6), og det er derfor av stor samfunnsøkonomisk betydning å overvåke årsaker til arbeidsuførhet.

Helse som årsak til uførepensjon

Uførepensjon skal tildeles på grunnlag av en medisinsk vurdering av helsetilstand og arbeidsevne. Det stilles krav om varig nedsatt arbeidsevne som følge av sykdom, skade eller lyte, og at avgjørelsen om sykdom skal gjøres på bakgrunn av vitenskapelig basert og medisinsk anerkjent praksis, i praksis ved at diagnostiske kriterier skal være tilfredsstillende, Folketrygdloven § 12-6 (8). Utover gradering av uførepensjon (50 til 100%) eksisterer det ingen registrering i FD-trygd av funksjonstap, verken type, grad, vurderingsmåte eller annet. Denne rapporten kan derfor kun ta utgangspunkt i diagnose for tildeling av uførepensjon. I de fleste tilfeller er det pasientens allmennlege som gjør disse vurderingene og hjelper pasienten med å utferdige en eventuell søknad om uførepensjon. Allmennleger beskriver vurderingene av slike spørsmål som vanskelige (9), og vurderingene deres varierer betydelig (10, 11). Enkelte diagnoser kan vurderes ut fra objektive medisinske kriterier, mens andre i hovedsak beror på informasjon som gis av pasienten. I forbindelse med uførepensjon, dominerer de sistnevnte tilstandsbildet (12). Det synes også som allmennleger finner det lettere å stille diagnose enn å vurdere hvorvidt den aktuelle medisinske lidelsen medfører en varig funksjonsnedsettelse, som videre nedsetter pasienten sin arbeidsevne. Helseplager kan også bli påvirket av selve trygdingsprosessen. Resultatene fra en norsk studie indikerer at både psykiske plager og somatiske symptomer øker i omfang fram til tildeling av uførepensjon, hvorpå nivået av de samme plagene avtar i årene etter tildelingen. Studien kan ikke endelig forklare hvorfor dette skjer, men bedringen etter innvilgelse av uførepensjon kan skyldes at belastningen ved å være i en vurderingsprosess forsvinner. Forklaringer omkring økt fokus på symptomer og plager i trygdingsprosessen kan heller ikke utelukkes. Somatiske indikatorer på helse, som for eksempel blodtrykk, så imidlertid ut til å holde seg stabile i den samme perioden (13).

Personer som tildeles uførepensjon har ofte mange og sammensatte plager, og denne kompleksiteten kan nødvendigvis ikke fullt gjenspeiles gjennom hvilken

primærdiagnose uførepensjon tildeles for. Det vil som regel også være mange mulige og komplekse bakenforliggende årsaker til enhver helseplage som uførepensjon tildeles for. Videre er det kjent at demografiske forhold som høy alder og lavt utdanningsnivå, er selvstendige risikofaktorer for uførepensjon (14), som bare delvis kan forklares med dårlig helse i disse gruppene (15). Det er betydelig variasjon i uførepensjoneringsrate mellom ulike land, og dette skyldes neppe tilsvarende forskjell i helse mellom disse landene (16). Både i Norge og andre land beskriver mange mottakere av uførepensjon sin helse og funksjon som god eller forholdsvis god (7). Oppsummert tilsier alle disse forholdene at primærdiagnosen ved tildeling av uførepensjon i de fleste tilfeller ikke representerer den hele og fulle årsak.

Uførepensjonering for psykiske lidelser

I internasjonal forskningslitteratur finnes det forholdsvis lite forskning omkring psykiske lidelser som årsak til uførepensjonering. I en finsk studie fra 1997 ble det rapportert at psykiske lidelser oftere var oppgitt som årsak til uførepensjonering enn kardiovaskulær sykdom og muskel- og skjelettlidelser. En sterk økning i uførepensjonerte med affektive lidelser som primærdiagnose plasserte depresjon som den vanligste enkeltdiagnosen for uførepensjon (17). Resultater fra prosjektet "Social Insurance and Mental Health around Skagerrak" viste moderate generelle endringer i insidens av uførepensjon utløst av psykiske diagnoser i perioden 1988-2000, men en klar økning i den yngste aldersgruppen (16-29 år) (18). På begynnelsen av 90-tallet ble reglene for tildeling av uførepensjon strammet inn. Det ble presisert at den medisinske tilstanden skulle være hovedårsaken til nedsatt arbeidsevne, og at uførepensjon ikke skulle innvilges på bakgrunn av sosiale og økonomiske årsaker (NOU 2000:27). Nyere epidemiologisk forskning har antydnet at psykiske lidelser er undervurdert som årsak til uførepensjonering (19, 20).

Underbehandling av psykiske lidelser før uførepensjonering

De fleste med alvorlige psykiske lidelser (schizofreni, demens, psykisk utviklingshemming m.m.) blir behandlet i spesialisthelsetjenesten. De hyppigere forekommende psykiske lidelser, som angst og depresjon, blir derimot i stor grad behandlet av allmennleger innen fastlegeordningen, og da stort sett ved hjelp av psykofarmaka (21, 22). Internasjonale studier har vist

en sterk økning i foreskrivning av psykofarmaka fra 1990 til 2003, uten at forekomsten av psykiske lidelser har endret seg (23). Forfatterne fant at økningen i behandling hovedsakelig fant sted blant pasienter som ikke tilfredsstilte diagnostiske kriterier for psykiske lidelser (23), mens meta-analyser av moderne antidepressiva har vist at disse er mer effektive sammenlignet med placebo ved alvorlig depresjon enn ved milde og moderate tilstander (24). Pasienter med psykiske lidelser blir sjeldnere tilbudt psykologiske behandlingsmetoder, selv om disse vurderes som effektive ved angst og depresjon (21). Studier tyder også på at mange med psykiske lidelser ikke søker eller får behandling, både blant voksne (25) og ungdom (26). I noen grad kan slik underbehandling være et resultat av at behandler ikke identifiserer psykiske lidelser hos pasienter med sammensatte problemer (22, 27, 28). Programmer som er rettet mot å trene allmennleger i gjenkjenning av psykiske lidelser har ikke alltid innfridd forventningene (29).

Tapte arbeidsår og psykiske lidelser

Psykiske lidelser debuterer ofte forholdsvis tidlig i livet (30) sammenlignet med andre sykdommer som hjertekarsykdommer og kreft. Psykiske lidelser er også en sterkere risikofaktor for uførepensjonering blant unge enn blant eldre arbeidstakere (20, 31). Dersom en blir uførepensjonert i ung alder resulterer dette nødvendigvis i et høyere antall år utenfor arbeidslivet. I denne rapporten vil vi beregne forskjeller i antall tapte arbeidsår mellom ulike diagnosegrupper uførepensjon tildeles for.

Problemstillinger i prosjektet

Denne rapporten er basert på data fra FD-trygd som omfatter over 400.000 innvilgelser av uførepensjon i perioden 1992 til 2003. Vi vil undersøke tre forhold:

1. Er det en relativ økning i tildeling av uførepensjon for psykiske lidelser i dette tidsrommet? Trenden vil beskrives på diagnosnivå, og fordelt på alder og kjønn.
2. Skjer tildeling av uførepensjon for psykiske lidelser ved yngre alder enn for andre lidelser? Er alderen ved tildeling for psykiske lidelser synkende?
3. Hvor mange tapte arbeidsår medfører tildeling for psykiske lidelser når vi tar alder ved tildeling i betraktning?

Materiale og metode

Datagrunnlag

Denne rapporten baserer seg på data fra Forløpsdatabasen Trygd (FD-Trygd) som er forvaltet av Statistisk Sentralbyrå. Databasen ble opprettet i 2000 og inneholder registreringer tilbake til 1992 med årlig forløp hos mottakere av pensjoner, grunn- og hjelpestønader. Dataene hentes fra administrative registre i Statistisk Sentralbyrå, tidligere Aetat og tidligere Rikstrygdeverket (32, 33). Alle individer som mottar offentlige stønader og hjelpeordninger fra den norske stat er registrert i denne databasen, og registeret er således komplett for befolkningen (32). Tre av datafilene i FD-Trygd har vært relevante for denne rapporten: fil om årlig forløp for mottakere av uførepensjon (F_UFP), fil med informasjon om uførepensjon mottakeres primærdiagnose (TAB_UFP_DIAG) og fil med informasjon om individenes fødselsår og kjønn (FAAR_KJONN) (33). Datagrunnlag for undersøkelse av endring i årlig prevalens av uførepensjon er hentet fra Trygdestatistisk Årbok (6) og befolkningsoversikt på SSB sine hjemmesider (www.ssb.no).

Alder

I følge Folketrygdlovens § 12-4 må man være mellom 18 og 67 år for å få rett til uførepensjonsytelser. Det eksisterer imidlertid registreringer av tildeling av uførepensjon i FD-Trygd for individer yngre enn 18 og eldre enn 67. Vi har i denne analysen inkludert individer fra og med 16 til og med 67 år på tildelingstidspunktet siden man ved alder 16 og 17 kunne bli tildelt uførepensjon fram til 1998. Totalt n=376 individer under 16 år og over 67 år ble ekskludert fra analysen da disse ble vurdert som feilkodinger. I forhold til materialets størrelse utgjør disse en neglisjerbar feilkilde.

Analyseperiode

Analysene baserer seg på årlige tildelinger av uførepensjon (insidens av uførepensjon) i perioden 1992 til 2003. Vi hadde også tilgang til informasjon om tildelt uførepensjon for 2004 og 2005, men kunne ikke anvende

denne informasjonen da andelen innvilgelser som stadig var uten gyldig informasjon om primærdiagnose var vesentlig høyere for 2004 og 2005 enn de forutgående årene. Dette kommer trolig av at diagnose for uførepensjon ofte registreres noe senere enn det tidspunktet hvor uførepensjonen innvilges. For å følge årlige endringer i diagnosenes relative andel hos de uførepensjonerte, gjennomsnittsalder og kjønn, ble informasjon fra hele perioden (1992 til 2003) anvendt (N=405 910), mens deskriptive analyser av uførepensjonering for psykiske lidelser alene og de største enkeltdiagnosene for uførepensjon ble gjort for årene 2000 til 2003 (N=139 256). Forut for år 2000 var stadig diagnoseklassifiseringssystemet ICD-9 i utstrakt bruk, mens diagnoser i perioden 2000 til 2003 i overveiende grad er basert på diagnoser i klassifiseringssystemet ICD-10. For deskriptive analyser av diagnosefordeling for 2000 til 2003 ble kun uførepensjon tildelt for ICD-10 diagnoser lagt til grunn.

Forløpsvariabler

Relevant informasjon for vårt formål var informasjon om kjønn, fødselsår, pensjonskode (tilgang, endring eller venstresensur), år for innvilgelse av uførepensjon, diagnoseklassifiseringssystem (ICD-9 eller ICD-10) samt mottakers primærdiagnose. Alle individer som ble innvilget uførepensjon, det vil si med pensjonskode "tilgang" i perioden 1992 til 2003, ble inkludert i studien. Det ble ikke skilt mellom innvilgelse av full (100%) uførepensjon eller gradert uførepensjon ettersom flertallet tilhører førstnevnte gruppe, og siden mindretallet som blir innvilget gradert uførepensjon i stor grad senere blir innvilget full uførepensjon. På bakgrunn av informasjonen nevnt ovenfor dannet vi de variabler som skulle anvendes i analysene. Alder ved pensjonstilgang ble beregnet som årstallet ved innvilgelse av uførepensjon minus fødselsåret, avrundet til hele tall. Denne variabelen ble videre brukt i variabel for aldersgruppe ved tildeling, kodet 16-19, og deretter i dekadere fra 20-29.

Et hovedpoeng i rapporten er å skille mellom insidens av uførepensjon og teoretisk tapte arbeidsår, frem til antatt avgang ved alderspensjon. Den relative betyd-

ningen av de ulike diagnosene vil i en slik sammenheng være avhengig av alder ved innvilgelse. Teoretisk antall tapte arbeidsår ble basert på differansen mellom dato hvor den uførepensjonerte vil fylle henholdsvis 62 og 67 år (separate analyser) og dato for innvilgelse av uførepensjon. Resultatet av beregningen ble ansett som individets tapte arbeidsår som følge av uførepensjonering. Forutsetninger for beregningen vil bli drøftet i diskusjonen.

Diagnoser

I FD-trygd er primærdiagnosen som anført i den innvilgede uførepensjonsøknaden gjengitt. Diagnosene blir oppdatert kontinuerlig, og blir for mange endret i starten av trygdeforløpet, samt ved endringer av grad av uførepensjon. I analysene har vi tatt utgangspunkt i den siste oppgitte diagnose, ut fra en antakelse om at endringer av diagnoser kan representere korreksjon av feil.

Informasjonen er kodet etter Verdens Helseorganisasjon sitt diagnosesystem (International Classification of Diseases) versjon 9 og 10 (ICD-9 og ICD-10) (34, 35). Manualene er ulike i form av antall diagnoser og kode angitt for de ulike diagnosene. Siden årsskiftet 1998-1999 er det den 10. utgaven av diagnosemanualen som har vært gjeldende i Norge, men det har forekommet kodinger etter ICD-9 også etter den tid. Mange av diagnosene i ICD-9 er videreført i ICD-10 uten annen redigering enn omgjøring av diagnosekode, mens andre er vesentlig endret. ICD-10 inneholder langt flere diagnoser enn ICD-9, blant annet fordi enkeltdiagnoser i ICD-9 har blitt delt inn i flere diagnoser i ICD-10 eller er gitt i nye underkategorier. Dette gjelder blant annet for angst og depresjon, som i ICD-9 var klassifisert sammen under "300: Nevroser" i ICD-9. I ICD-10 er disse delt inn i to ulike kategorier: "F30-F39: Affektive lidelser" og "F40-F48: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser". De største forskjellene mellom de to manualene angår nettopp diagnosekapitlene om psykiske lidelser (kap. V, Sinnsliedelser, i ICD-9 og kap. F, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, i ICD-10). Såpass omfattende endringer i et diagnosesystem vil kunne medføre endringer i prevalens av psykiske lidelser. Dette gjør det vanskelig å direkte sammenlikne den innbyrdes fordelingen av uførepensjon for psykiske lidelser mellom ICD-9 og ICD-10 systemet, og da særlig fordelingen mellom affektive lidelser og angstlidelser. ICD-9 diagnoser er i denne rapporten oversatt til ICD-10 diagnoser.

Vår oversetting av ICD-9 til ICD-10 koder for sammenligning ble basert på konverteringstabeller fra den svenske National Board of Health and Welfare (36), og konverteringen ble basert på de tre første tegnene i

diagnosekodene i ICD-9 og ICD-10. Alle enkeltdiagnoser med ICD-9 koder ble oversatt til korrespondende kapittelnivå i ICD-10 (for eksempel M00-M99: Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, og C00-D48: Svulster). Analysene for perioden 1992 til 2003 ble kun gjort på kapittelinnlednings nivå for de 8 største diagnosegruppene, det vil si de primærdiagnosene som flest uførepensjoner var innvilget for.

For perioden 2000 til 2003 laget vi i tillegg en variabel basert på diagnosegruppe på totegnsnivå for psykiske lidelser (for eksempel F00-F09, F10-F19 og så videre), samt identifisering av de største enkeltdiagnosene på tretegnsnivå. Endelig ble det dannet en variabel med verdiene 'psykiske lidelser', 'muskel-skjelett og bindevevslidelser', 'andre diagnoser' og 'manglende diagnose', samt en variabel som anga de åtte største gruppene primærdiagnoser uførepensjon ble tildelt for. Diagnoser i denne perioden var i hovedsak gitt i ICD-10 koder.

Den registerbaserte informasjonen var stort sett fullstendig for alle variabler vi var interessert i, med unntak av informasjon om diagnose, som i enkelte tilfeller (N=18 565) manglet eller var angitt som ikke-eksisterende koder. Disse tilfellene er inkludert i kategorien "andre diagnoser".

Statistiske analyser

Analysene ble foretatt i programvarene SPSS-15 og Microsoft Excel. Årlig utvikling mellom andel psykiske lidelser versus muskel-skjelett sykdommer og andre sykdommer (samlet og fordelt mellom kvinner og menn), identifisering av de største enkeltdiagnosene, prosentvis fordeling mellom diagnosekapitler og kategorier i mentale lidelser er gjort via frekvensopptelling i SPSS. Gjennomsnittsalder i de 8 største diagnosegruppene ble beregnet via stolpediagram i SPSS med angitte stolpeverdier. Endring per år i andel mellom diagnosene og gjennomsnittsalder er beregnet ved hjelp av regresjonsanalyser. Vi brukte krysstabeller for å se på sammenhengen mellom aldersgruppe og primærdiagnose. Totalt antall tapte arbeidsår for de ulike diagnosegruppene ble beregnet via krysstabeller mellom variabelen antall tapte arbeidsår og variabelen for de 8 største gruppene primærdiagnoser. Gjennomsnittlig tapte arbeidsår per individ i de 8 største diagnosegruppene ble beregnet via stolpediagram i SPSS med angitte stolpeverdier. Alle figurer og grafer ble produsert i Excel med verdier beregnet i SPSS, med unntak av figur 5, som er et linjediagram konstruert i SPSS. Da datasettet omfatter hele populasjonen på uførepensjon er det ikke behov for å signifikanteste resultatene.

Resultater

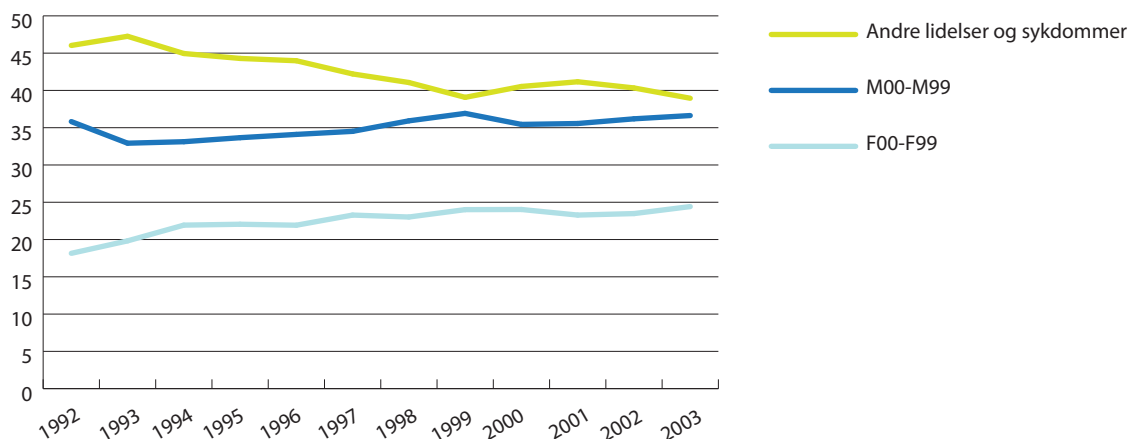
Har vi sett en absolutt økning i uførepensjonering og insidens for psykiske lidelser i perioden 1992 til 2003?

I perioden 1995 til 2003 har det funnet sted en absolutt økning i uførepensjonering i befolkningen, uttrykt som økt prevalens (Appendix: tabell 1). Dette skyldes i noen grad aldring av befolkningen. Insidensen av uførepensjon har generelt økt i de yngre aldersgruppene. Det har vært omkring en dobling i insidens av uførepensjon i aldersgruppene 16 til 19 og 20 til 29, og også en betydelig økning i aldersgruppen 30 til 39 (Appendix: tabell 2). Økningen i insidens har imidlertid vært lavere i aldersgruppene 40 til 67, hvor flesteparten av tildelingene skjer. Insidensen av uførepensjonering for psykiske lidelser (relativt til den norske befolkningen av uførepensjonister) har økt betydelig, særlig i de yngste aldersgruppene i perioden 1992 til 2003 (Appendix: tabell 3). I aldersgruppene 16 til 19, 20 til 29 og 30 til 39 ble det observert omtrent en dobling i insidens, mens økningen i de eldre gruppene har vært svakere, men stadig observerbare.

Har det skjedd en endring i andelen nye uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser i perioden 1992-2003?

Andelen uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser har økt i perioden fra 1992 til 2003 (figur 1). I 2003 ble 24,4 % av alle nye tildelinger av uførepensjon gitt for en psykisk lidelse som primærdiagnose, mot 18,2 % i 1992. Estimert som en lineær regresjonslinje tilsvarer dette en økning på 0,445 prosentpoeng per år i perioden, eller estimert til en 4,9 prosentpoengs økning hele perioden sett under ett. Ingen annen diagnosegruppe har økt tilsvarende i perioden (Appendix: tabell 4).

Psykiske lidelser (F00-F99) var den nest største diagnosegruppen blant innvilgede uførepensjoner både ved start og slutt i perioden, etter diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser (Appendix: tabell 4). Andelen som uførepensjoneres for muskel- og skjelettlidelser har også økt i perioden, men i mindre grad enn psykiske lidelser: Ved samme beregningsmetode finner vi en relativ økning i denne gruppen på 0,257 prosentpoeng per år, eller 2,8 prosentpoeng over hele perioden fra 1992 til 2003.



Figur 1. Andel psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser samt andre lidelser og sykdommer, årlig utvikling 1992 – 2003

Den relative økningen i andel innvilgelser for både psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser betyr at innvilgelser for andre diagnosegrupper må ha blitt redusert. En slik reduksjon er observert for de fleste andre diagnosegrupper inklusiv skader og forgiftninger, sykdommer i sirkulasjonssystemet og i åndedrettssystemet, samt "andre sykdommer og lidelser" (Appendix: tabell 4). Disse utgjør en rekke diagnosegrupper som hver for seg er av lav forekomst. Insidens av uførepensjonering for svulster, sykdommer i nervesystemet og sykdommer i åndedrettssystemet har holdt seg relativt stabil i perioden.

Disse hovedtendensene (økning i andel innvilgelser for psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, samt reduksjon i innvilgelser for andre årsaker) ble funnet for både kvinner og menn (Appendix: figur 2 og 3). Inngangsnivåene i starten av perioden var imidlertid svært ulike: Andelen innvilgelser for psykiske lidelser var relativt lik for menn og kvinner (henholdsvis 25,4 og 23,5 % i 2003, Appendix: tabell 5). Kvinner fikk imidlertid mye oftere uførepensjon på grunnlag av en muskel- og skjelettlidelse enn menn (kvinner 42,9 versus menn 29,4 % i 2003, Appendix: tabell 5), mens menn mye oftere fikk uførepensjon på grunnlag av andre lidelser, psykiske lidelser og muskel-skjelett lidelser ekskludert (menn 45,2 versus kvinner 33,6% i 2003, Appendix: tabell 5). Selv om vi fant en parallell utvikling for menn og kvinner, var det noen forskjeller: Andelen innvilgelser for psykiske lidelser økte mer for menn enn for kvinner (6,5 versus 3,3 prosentpoeng i løpet av perioden, Appendix: tabell 5). Kvinner fikk oftere uførepensjon for muskel- og skjelettlidelser, og denne forskjellen økte i perioden (kvinner 2,7 versus menn 1,3 prosentpoeng økning i perioden, Appendix: tabell 5). Tilsvarende har begge kjønn hatt en betydelig nedgang i innvilgelser for andre lidelser og sykdommer (menn 8,0 og kvinner 6,0 prosentpoeng nedgang i perioden, Appendix: tabell 5).

Gjennomsnittsalderen ved tildeling av uførepensjon sank i løpet av perioden (Appendix: tabell 6); uførepensjon ble tildelt ved ett år yngre alder i 2003 (52,1 år) enn i 1992. Den største nedgangen i alder fant sted i starten av denne perioden. Det var dels store forskjeller i gjennomsnittsalder ved tildeling av uførepensjon mellom diagnosegruppene (Appendix: tabell 7). De som ble tildelt uførepensjon for psykiske lidelser var i snitt yngre enn de som ble tildelt uførepensjon for muskel- og skjelettlidelser (45,5 versus 54,9 år i 2003). Alder ved uførepensjonering for psykiske lidelser holdt seg stabilt lav i hele denne perioden, mens alder ved tildeling for muskel- og skjelettlidelser sank med 1,3 år fra 1992 til 2003. Detaljer for de største diagnosegruppene er gjengitt i tabell 6 i appendix. Individuer som ble

uførepensjonert med psykisk utviklingshemming eller utviklingsforstyrrelser, fikk innvilgelse i ung alder (16 – 30 år), mens innvilget uførepensjon med affektive og nevrotiske lidelser øker fra 30 års alder og oppover.

Hvilke psykiske lidelser ble uførepensjon innvilget for?

Blant psykiske lidelser var angstlidelser (F40 – F49: "Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser") den største diagnosegruppen (33,0 %), etterfulgt av "Affektive lidelser" (F30 – 39) med 30,2 %. Der var en overvekt av kvinner (omkring 60 %) i disse diagnosegruppene, og uførepensjon ble innvilget ved høyere alder for angstlidelser og affektive lidelser enn for de fleste andre psykiske lidelser (tabell 8, se neste side).

Den tredje største gruppen innen psykiske lidelser som grunnlag for uførepensjonering var "Personlighets- og atferdsforstyrrelser" (F50 – 59 med 9,9 %). Gjennomsnittlig alder ved uførepensjonering var forholdsvis lav i denne gruppen (40,6 år), og lik for menn og kvinner. "Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser" (F20 – 29) utgjorde 7,8 % av de som ble uførepensjonert for en psykisk lidelse. Uførepensjon på bakgrunn av disse lidelsene ble også innvilget i forholdsvis ung alder (36,7 år), og sjeldnere blant kvinner (41,3%).

For de øvrige psykiske lidelser uførepensjon ble innvilget for, var mottakerne kjennetegnet ved at de hadde yngre alder, og var oftere menn: I de "yngste" gruppene ble uførepensjon innvilget med en gjennomsnittsalder i 20-årene. Dette gjaldt for "Psykisk utviklingshemming" (F70 – F79, som utgjorde 4,4 % av psykiske lidelser), "utviklingsforstyrrelser" (F80 – F89) samt "Atferdsforstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalderen" (F90 – F98). Menn var også i flertall i gruppen som var uførepensjonert med "Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer" (F10 – F19) som primærdiagnose, men her var gjennomsnittsalderen 46 år (tabell 8).

Analyser av enkeltdiagnoser angitt som ICD-10 treetegnsnivå gav et noe annet bilde, med en fordeling preget av noen få hyppige samt en rekke sjeldent forekommende enkeltdiagnoser (Appendix: tabell 9). De hyppigst forekommende enkeltdiagnosene ved uførepensjonering for psykiske lidelser var F41: "Andre angstlidelser" (20,1 % av alle psykiske lidelser), F34: "Vedvarende affektive lidelser" (15,5 %) og F60: "Spesifikke personlighetsforstyrrelser" (8,6 %). "Fobiske angstlidelser" (F40) utgjorde 2,3 % av psykiske lidelser, som kanskje er overraskende høyt tatt i betraktning behandlbarheten av tilstanden. Innvilgelse for "Spiseforstyrrelser" (F50) var også

Tabell 8. Fordeling uførepensjon innen kategorier, psykiske lidelser. 2000-2003.

Diagnose	N	% innen psykiske lidelser	% innen total	Gjennom snitts-alder UP	Andel kvinner %
F00 – F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	972	2,9	0,7	49,2	37,7
F10 – F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	1 955	5,9	1,4	46,4	21,1
F20 – F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	2 577	7,8	1,9	36,7	41,3
F30 – F39 Affektive lidelser	10 005	30,2	7,2	51,7	58,9
F40 – F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	10 957	33,0	7,9	49,1	61,2
F50 – F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer ¹	171	0,5	0,1	40,3	87,7
F60 – F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	3 269	9,9	2,3	40,6	46,5
F70 – F79 Psykisk utviklingshemming	1 465	4,4	1,1	26,3	48,3
F80 – F89 Utviklingsforstyrrelser	679	2,0	0,5	26,5	37,0
F90 – F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	518	1,6	0,4	29,9	31,9
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	612	1,8	0,4	44,1	52,5
Total	33 180	100	23,8	46,0	52,9

¹N=138 med diagnose F50: Spiseforstyrrelser Tabell 9. Uførepensjon psykiske lidelser, enkeltdiagnoser på tretegningsnivå¹.

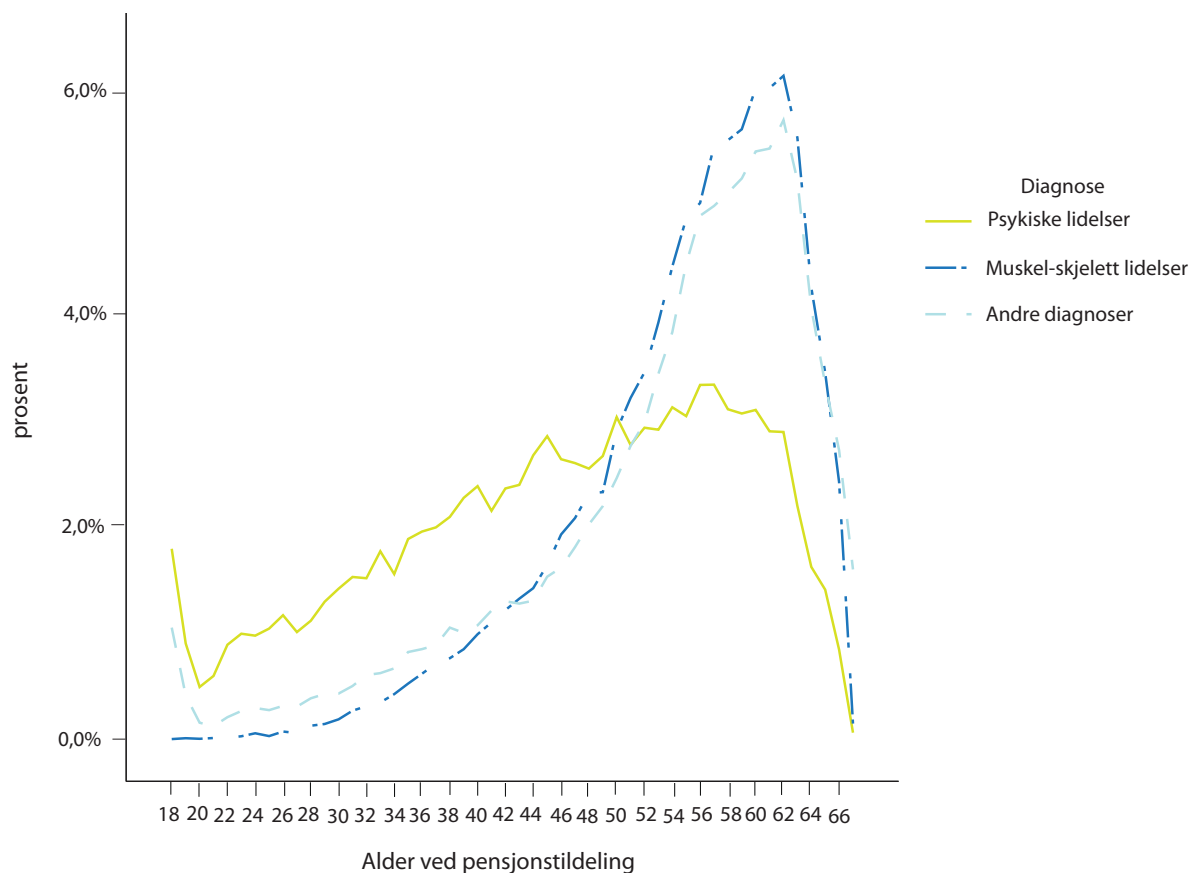
forholdsvis sjelden (0,4 % av psykiske lidelser), likeledes uførepensjon innvilget for "Somatoforme lidelser" (F45) som somatisering og hypokondri.

De to største enkeltdiagnosene (tretegningsnivå i ICD-10) blant nye uførepensjonister var imidlertid ikke psykiske lidelser, men M54: "Ryggsmerter" (5,0 % av alle nye uførepensjonister) og M79: "Andre bløtvevssykdommer, ikke klassifisert annet sted" (4,9 %) (Appendix: tabell 10 og tabell 11). Andre hyppig forekommende enkelt-diagnoser utover psykiske lidelser var "Andre lidelser i mellomvirvelskivene" (M51) og "Skulderlidelser" (M75) (Appendix: tabell 10). Disse diagnosene stilles normalt på grunnlag av symptomer, og i mindre grad på grunnlag av organiske funn. Til sammenligning var tildelinger for "Somatoforme lidelser" (F45) meget sjelden

(0,4% av alle tildelinger) sammenlignet med den svært høye tildelingsraten for rent symptombaserte tilstander.

Tapte arbeidsår

Oppsummert viser resultatene at uførepensjon for psykiske lidelser ofte skjedde i yngre alder (46,0 år) enn ved muskel- og skjelettlidelser (54,9 år) og andre lidelser (53,4 år) (figur 4).

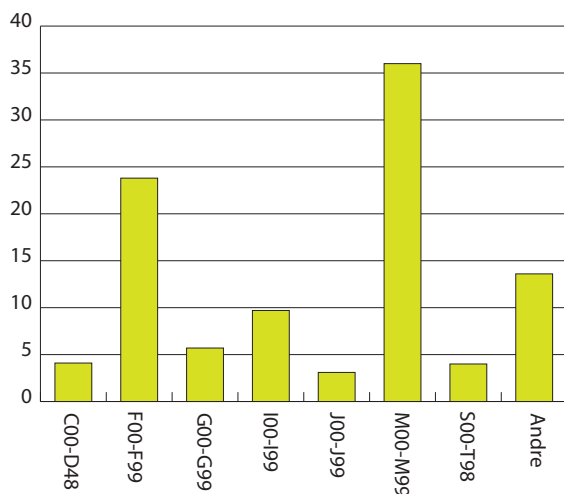


Gjennomsnittsalder ved tildeling:
 Psykiske lidelser (F00-F99): 46,0
 Muskel-skjelett lidelser (M00-M99): 54,9
 Andre lidelser: 53,4

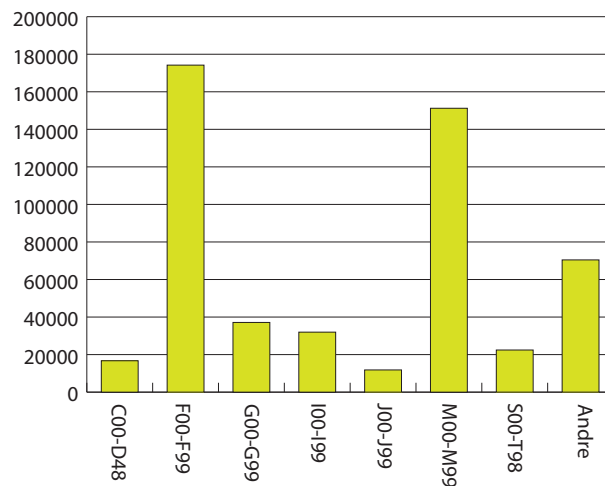
Figur 4. Alder ved tildeling av uførepensjon. 2000-2003

Tabell 12 i appendix viser insidens av nye innvilgete uførepensjoner for alle diagnosegruppene (toteignsnivå). Psykiske lidelser utgjorde som sagt den nest største gruppen nye uførepensjoner med 23,8 %

insidens, mens muskel- og skjelettlidelser (M00-M99) utgjorde den største gruppen, med 36,0 % insidens (Appendix: tabell 12, figur 5).

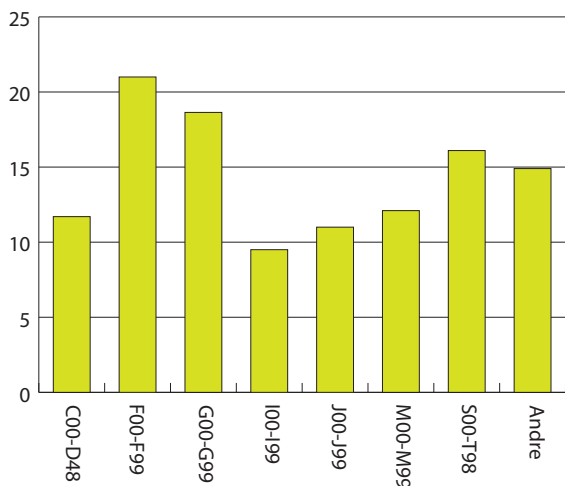


Figur 5. Fordeling andel nye tilfeller 2000 – 2003 etter diagnoser.



Figur 6. Fordeling tapte arbeidsår etter diagnose. Forutsatt arbeid til 67 år.

Basert på oppgitt alder ved tilgang til uførepensjon beregnet vi hvor mange teoretisk antatt tapte arbeidsår (YWL) som kan tilskrives hver diagnosegruppe, forutsatt en modell der personen ville fortsatt i arbeid til fylte 67 år (figur 6), og dernest en annen modell som forutsetter arbeid til fylte 62 år (Appendix: figur 7). Etter våre beregninger medførte uførepensjonering for psykiske lidelser (F00 – F99) gjennomsnittlig 21,0 tapte arbeidsår per individ (Appendix: tabell 12, figur 8).



Figur 8. Gjennomsnittlig tapte arbeidsår pr individ etter diagnose. Nye tilfeller 2000 - 2003
Forutsatt pensjonsalder 67 år.

Vurdert etter teoretisk tapte arbeidsår utgjør psykiske lidelser den største diagnosegruppen for tildeling av uførepensjon. Forutsatt fortsatt arbeid til 67 år medfører ett års tildeling av uførepensjon for psykiske lidelser 174 205 tapte arbeidsår (Appendix: tabell 12, figur 6), som etterfølges av 151 223 tapte arbeidsår for tildelinger for muskel- og skjelettlidelser. Den reelle pensjonsalderen er imidlertid lavere enn 67 år. Dersom vi forutsetter fortsatt arbeid til 62 år blir det relative bidraget fra psykiske lidelser enda større (Appendix: figur 7). Dette skyldes både at uførepensjoner på bakgrunn av psykiske lidelser ble tildelt i yngre alder, og at psykiske lidelser samlet var en stor årsak til arbeidsuførhet. Da uførepensjon for muskelskjelettlidelser innvilges forholdsvis sent i arbeidsfør alder, utgjør disse individene færre teoretisk tapte arbeidsår, til tross for at andelen innvilgelser i denne gruppen er større enn for psykiske lidelser.

Oppsummering av resultater

I denne rapporten presenterer vi fire hovedresultater:

1. Andelen av befolkningen i arbeidsfør alder (16-67 år) som mottar uførepensjon har økt i perioden 1992 til 2003. Noe av denne økningen skyldes at befolkningen har blitt eldre, men samtidig har innvilgelser av uførepensjon blant yngre (særlig 16 til 29) økt betydelig i perioden. For yngre uførepensjonister var psykiske lidelser den vanligste årsaken til innvilgelse. Gjennomsnittsalderen ved innvilgelse for psykiske lidelser ble redusert med omkring ett år i perioden.
2. Andelen uførepensjoner innvilget for en psykisk lidelse økte jevnt med 0,445 prosentpoeng per år fra 18,2 % i 1992 til 24,4 % i 2003. Psykiske lidelser var dermed den nest største årsaken til uførepensjonering, etter muskel- og skjelettlidelser, hvis andel også økte i den samme perioden. Vi fant en tilsvarende reduksjon i innvilgelser for de fleste andre diagnoser. Den relative økningen i uførepensjonering for psykiske lidelser forekom for både menn og kvinner.
3. Innen psykiske lidelser var angstlidelser den vanligste diagnosegruppen (33,0 %) uførepensjon ble innvilget for, etterfulgt av affektive lidelser (30,2 %) og personlighets- og atferdsforstyrrelser (9,9 %). De vanligste muskel- og skjelettlidelsene ved nye uførepensjoner var symptombaserte og ikke de diagnoser som har en organisk etiologi.
4. Uførepensjon for psykiske lidelser ble i gjennomsnitt innvilget ved yngre alder (46,0 år) enn for muskel- og skjelettlidelser (54,9 år) og andre lidelser (53,4 år). Dermed bidro psykiske lidelser til flere teoretisk tapte arbeidsår enn muskel- og skjelettlidelser. Gjennomsnittsalderen ved innvilgelse for psykiske lidelser holdt seg relativt stabil i perioden.

Tolkning av resultatene: Gjenspeiler den økte andelen uførepensjonering på grunn av psykiske lidelser en generell økning i forekomst av psykiske lidelser blant befolkningen?

Resultatene var basert på 405.910 innvilgede uførepensjoner i perioden 1992 til 2003, samt alder, kjønn, og primærdiagnose for innvilgelsene. Datakilden er generert for administrative formål, og sekundært anvendt til forskningsformål. Dette har konsekvenser for hvordan resultatene kan forstås. Studiens hovedfunn er at andelen som innvilges uførepensjon for psykiske lidelser økte i perioden fra 1992 til 2003.

Denne observasjonen kan forklares på flere måter:

1. Funnet kan gjenspeile en faktisk økning i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen, og dermed at flere personer nådde et nivå av psykiske plager som ikke lot seg kombinere med fortsatt arbeid. Det eksisterer dessverre ingen store norske studier som på diagnostisk nivå har sett på endringer i forekomst av psykiske lidelser. Den mest omfattende studien av dette er fra USA, og gir ikke støtte til antagelser om en reell økning i forekomst av psykiske lidelser fra 1990 til 2003 (23). En norsk studie basert på selvrapporterte symptomer av angst og depresjon i 1998, 2002 og 2005 kom i det vesentligste fram til samme konklusjon (37). Men på tross av disse studiene mangler vi dessverre gode norske studier av om det er noen økning eller reduksjon i forekomsten av psykiske lidelser. Vi kan derfor ikke utelukke at økningen i innvilgelser av uførepensjon for psykiske lidelser gjenspeiler en økning i forekomst av psykiske lidelser generelt i befolkningen. I perioden 1977 til 2006 har det vært en økning i uførepensjonering for utviklingsforstyrrelser blant unge (16-24 år), og det spekuleres i om denne økningen gjenspeiler økt forekomst av utviklingsforstyrrelser (38). Dette kan eventuelt forklare en liten andel av økningen i uførepensjon innvilget for psykiske lidelser fra 1992 til 2003.

2. En annen forklaring på den relativt økte andelen innvilgede uførepensjoner for psykiske lidelser kan være at psykiske lidelser i økende grad har blitt inkompatibelt med lønnsarbeid. Man kan se for seg at det samme nivå av for eksempel angst, depresjon eller personlighetsforstyrrelser nå i større grad fører til eksklusjon fra arbeidsmarkedet (39, 40). Vi har ikke gode data til å belyse dette, men i den offentlige debatt forekommer ofte påstander om en "brutalisering av arbeidslivet", som impliserer økte krav til omstilling, kompetanse, kreativitet, produktivitet og lønnsomhet. Man kan ikke utelukke at eventuelle slike utviklinger i arbeidslivet har ført til at det blir for tøft for enkelte med psykiske lidelser slik at de har falt ut av arbeidsmarkedet og over på uførepensjon.
3. Økningen i innvilgelser av uførepensjon for psykiske lidelser kan også være et resultat av endret praksis ved diagnostisering av psykiske lidelser, og da særlig i førstelinjetjenesten. De fleste som uførepensjoneres har mange og sammensatte helseproblemer. Angst og depresjon opptrer ofte sammen med somatiske symptomer og kroppslige sykdommer (41). Psykiske lidelser som angst og depresjon blir ofte underdiagnostisert av allmennleger (29), som igjen leder til underbehandling (25). Igjen mangler vi data for å trekke endelige konklusjoner, men det kan ikke utelukkes at økningen i innvilgelser for psykiske lidelser skyldes økt gjenkjenning og diagnostisering, og ikke økt forekomst.
4. Endelig må det legges til at det også muligens har blitt økt aksept for psykiske lidelser i samfunnet, noe som bereder grunnen for anvendelse av disse diagnosene i trygdespørsmål.

Primærdiagnose som årsak til uførepensjonering

Overordnet disse tre forklaringene må det imidlertid fremheves at vi her har anvendt et trygdemedisinsk årsaksbegrep, nemlig at årsaken til uførepensjon reflekteres gjennom primærdiagnosen som er anført på pensjonssøknaden (42). Denne diagnosen er ofte stilt av pasientens primærlege, og i andre tilfeller av en spesialist. Som årsaksforklaring er dette en reduksjonistisk modell for forklaring av uførepensjonering som trolig bare er delvis korrekt. Fire forhold utfordrer denne årsaksmodellen:

1. Våre resultater har vist en økning i uførepensjonering (som bare delvis kan forklares med aldring av befolkningen). Det er imidlertid lite som tyder på at dette kan forklares gjennom en generell forrin-

gelse av befolkningens helsetilstand: Dødeligheten i befolkningen har sunket i perioden 1992 til 2003 i Norge (tall fra www.ssb.no). Det er som nevnt liten grunn til å tro at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen er kraftig endret, trolig er den relativt stabil (23, 37). Kreft og hjerte- og karsykdom er stadig de vanligste dødsårsakene, men disse rammer i hovedsak seinere enn det som regnes som arbeidsfør alder. Oppsummert er det altså et sprik mellom utviklingen i nøkkelindikatorer i befolkningens helsetilstand og økningen i uførepensjon.

2. Et annet paradoks er at Norge bruker vesentlig mer på helserelaterte ytelser enn andre OECD land. Økonomer tilskriver dette til strukturelle forhold ved våre ytelser snarere enn dårligere helse i Norge (16): Norge ligger blant de OECD land som har det høyeste nivået av uførepensjonering (7, 43), mens det er lite som tyder på at Norge har høyere forekomster av de mer alvorlige sykdommer og helseplager. Hvilken uførepensjoneringsrate som er "riktig" er ikke et medisinsk eller empirisk spørsmål, men i all hovedsak et spørsmål om politikk og verdier. Man kan altså hevde at det ikke er Norge som ligger høyt, men at andre land ikke ser seg råd til å forsørge befolkningen som ikke deltar i arbeidsstyrken over offentlige budsjetter. Uansett svekker slike betraktninger gyldigheten av primærdiagnose som fullverdig årsaksforklaring for uførepensjonering.
3. Det må også påpekes at demografiske forhold som lav utdanning (14, 44) og høy alder er assosiert med økt risiko for uførepensjonering, utover det som kan tilskrives dårligere helse i disse gruppene (20).
4. Somatiske symptomer uten organisk forklaring forekommer svært hyppig i den generelle befolkningen (45), blant pasienter i førstelinjetjenesten (46) og spesialisthelsetjenesten (47). Slike symptomer omtales ofte som somatisering, som i diagnostisk forstand faller inn under somatoform lidelse (F45). Svært få uførepensjoneres for denne diagnosen sammenlignet med hvor vanlige slike symptomer er. Uførepensjonerte opplever sin funksjonsevne som vesentlig dårligere enn folk som er i lønnet arbeid, men denne forskjellen kan bare delvis forklares helsemessig (48). Oppsummert kan vi si at forholdet mellom helse og uførepensjon er forholdsvis svakt og uklart (49), og i det internasjonale forskningsfeltet er det nå økende interesse for å identifisere hvilke faktorer utover det tradisjonelle helsebegrepet som forklarer hvem som blir uførepensjonert og hvem som ikke blir det. Uansett viser også disse momentene at å anvende primærdiagnose som fullverdig årsak til uførepensjon blir en problematisk forenkling.

Psykiske lidelser er underestimert som årsak til uførepensjonering

Resultatene vi har presentert viser at psykiske lidelser er den nest største årsaken til uførepensjonering etter muskel- og skjelettlidelser. Men siden uførepensjon for psykiske lidelser i gjennomsnitt innvilges for yngre mennesker, går det flest potensielle årsverk tapt som følge av denne diagnosegruppen. Disse konklusjonene baserer seg på diagnoser slik de fremkommer i trygdeerklæringer. Norsk epidemiologisk forskning antyder imidlertid at disse diagnosene trolig representerer et underestimat, altså at psykiske lidelser er en større årsak til uførepensjonering enn hva som gjenspeiles i trygdeerklæringer. Dette er basert på en rekke argumenter (19):

En oppfølgingsstudie av 45.000 mennesker i Nord-Trøndelag viste at angst og depresjon øker uførepensjonering generelt, også for uførepensjoner innvilget for somatiske diagnoser (20). Mange av de som er uførepensjonert for psykiske lidelser hevder også at de ikke har mottatt behandling for slike lidelser før uførepensjon ble innvilget (50), noe som ytterligere indikerer at psykiske lidelser blir undervurdert eller underdiagnostisert i forhold til psykiske lidelser.

Ifølge denne rapporten forekommer angstlidelser og depresjon (affektive lidelser) ofte som primærdiagnose i trygdeerklæringer. Men det finnes også en rekke andre psykiske syndromer (ansamling av ulike symptomer) samt psykiske symptomer og plager som sjelden er angitt i trygdeerklæringer, men som likevel kan antas å ha en sterk effekt arbeidsuførhet. Nyere epidemiologiske studier har sett på hvorvidt psykiske lidelser som i liten grad forekommer som primærdiagnose for uførepensjon kan være selvstendige risikofaktorer for senere arbeidsuførhet. I slike studier er det blant annet vist at insomni (kroniske søvnvansker) er en selvstendig risikofaktor for uførepensjonering (51), og at effekten av denne lidelsen er omtrent på størrelse med effekten av depresjon (31). Dette på tross av at insomni knapt forekommer som diagnose for uførepensjonering. Et annet eksempel er somatoform lidelse, ofte kalt somatisering, som kjennetegnes ved gjentatt presentasjon av fysiske symptomer og tilhørende ønsker om medisinske utredninger på tross av gjentatte negative funn og forsikringer fra leger om at symptomene ikke har noen organisk årsak (35). Somatisering kjennetegnes gjerne ved at symptomer rapporteres på tvers av organsystemer. En norsk epidemiologisk studie viste at slike kroppslige symptomer har en svært sterk effekt på risiko for uførepensjonering, en effekt sterkere enn angst og depresjon samlet (20). I følge våre resultater utgjør imidlertid somato-

form lidelse kun 0,4 % av de diagnosene uførepensjon innvilges for. De fleste innvilgelser for muskel- og skjelettlidelser er for rent symptombaserte diagnoser. Det er grunn til å tro at enkelte av disse pasientene ville tilfredsstillende diagnostiske kriterier for somatiseringslidelse. Et siste eksempel på neglisjerte psykiske lidelser er helseangst eller hypokondri. Diagnosen brukes svært sjelden som primærdiagnose for uførepensjon. Likevel viser en fersk norsk studie at helseangst er en sterk risikofaktor for uførepensjonering, en effekt som faktisk er sterkere enn effekten av generell angst og sammenlignbar med effekten av depresjon (52).

Psykiske lidelser har ofte et kronisk forløp (53). En studie fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag fant at nivået av angst og depresjon var omtrent like stabilt som nivået av blodtrykk (54). Angst, depresjon, insomni og somatiske symptomer er vesentlig forhøyet allerede 3-7 år før innvilgelse av uførepensjon (13). Derfor er det sannsynlig at mennesker som innvilges uførepensjon for psykiske lidelser har hatt et løser forhold til arbeidslivet enn de som innvilges uførepensjon for organiske lidelser som opptrer plutselig, som for eksempel hjerte- og karsykdom eller kreft.

Styrker og svakheter ved studien

Studien inkluderer hele populasjonen av nye uførepensjonister fra 1992 til 2003. Som en studie av utvikling av diagnoser for tildeling av uførepensjon er studiens design svært godt. De viktigste svakheter i forhold til dette forskningsspørsmålet er at informasjon om sekundærdiagnose ikke var tilgjengelig, samt at mer spesifikke studier av dreining av diagnosefordeling i form av enkeltdiagnoser (på to- og tretegnsnivå i ICD-10) ikke var mulig på grunn av omfattende revisjoner fra ICD-9 til ICD-10.

Som beskrevet ovenfor representerer ikke diagnosene for tildeling av uførepensjon den hele og fulle årsak til uførepensjonen. I det vesentligste har dette å gjøre med en kontrast mellom bedring i folkehelsen og en stadig økning i uførepensjonering, særlig blant unge. Videre vet vi at en rekke faktorer utover helse har stor betydning for uførepensjonering.

Vi gjorde i denne analysen ikke noe forsøk på å skille mellom full og gradert uførepensjon. En stor majoritet får innvilget 100% uførepensjon ved søknad (6), og gradert uførepensjon etterfølges ofte av 100% uførepensjon ved senere søknad. Konsekvensen av at vi i denne analysen ikke har skilt mellom full og gradert uførepensjon er at vi overvurderer antall tapte

arbeidsår. Vi har imidlertid ikke data som tyder på at dette påvirker den relative forskjellen mellom uførepensjon innvilget for psykiske versus andre årsaker. Det er også adgang for uførepensjonister å ha lønnsinntekt tilsvarende opp til grunnbeløpet i folketrygden (6) ved siden av full uførepensjon, og selvsagt en større inntekt ved gradert uførepensjon. Dette bidrar ytterligere til at vi overestimerer antall tapte arbeidsår.

Et av studiens hovedpoeng handler om tapte arbeidsår ved uførepensjonering, nemlig at uførepensjonering som følge av psykiske lidelser får enda større samfunnsmessig betydning når alder ved avgang fra arbeidslivet med i betraktning. Svakheterne ved denne modellen hviler på dens forutsetninger: Den første forutsetningen er at det antas full yrkesdeltakelse fram til alderspensjonering, gitt at man teoretisk kunne forhindre uførepensjonering via dens årsaker. Som tidligere nevnt er det antatt at mange personer med langvarige psykiske lidelser har en løsere tilknytning til arbeidslivet i perioden forut for uførepensjonering. Videre tyder studier på at psykiske lidelser ofte underbehandles (22, 25, 26, 28, 29), også i tilfeller hvor personen senere innvilges uførepensjon for nettopp psykiske lidelser (50, 55). Ved enkelte tilstander, som de fleste angstlidelser, er prognosen for bedring svært god ved intervensjoner i form av kognitiv terapi (21). Det finnes ingen norske studier av hvilken behandling man faktisk mottar før uførepensjonering, men fra Finland vet vi at den vanligste forsøkte behandlingen før innvilgelse av uførepensjon for depresjon er ett forsøk med ett antidepressiva (55). En norsk studie viste senere at mange som er uførepensjonert for angstlidelser (16 %) og depresjon (38 %) selv mener de ikke har vært i behandling for disse problemene før uførepensjon ble innvilget. Behandlingsraten for alvorligere psykiske lidelser er bedre (50). Trolig ville man ved målrettede tiltak av høy kvalitet kunne redusere noe uførhet som følge av psykiske lidelser, men ikke i den grad som YWL modellen teoretisk forutsetter.

Den andre forutsetningen handler om arbeidsdeltakelse forut for uførepensjonering. Vi har ikke tatt høyde for faktisk arbeidsdeltakelse fram til tidspunkt for uførepensjonering. Som nevnt ovenfor er denne trolig lavere for mennesker som uførepensjoneres for psykiske lidelser enn for lidelser som har en mer markant overgang fra frisk til syk ved sykdomsutbrudd.

Er resultatene nye?

Resultatene i denne rapporten er nye i norsk sammenheng, men vil også være relevante i andre land siden få slike studier eksisterer. Muligheten FD-Trygd gir til å studere diagnostiske endringer ved innvilgelse av uførepensjon blant hele befolkningen over en lengre tidsperiode har internasjonalt ikke tidligere blitt publisert. Frem til og med 2005 utga Rikstrygdeverket årlige oversikter over hvilke primærdiagnoser uførepensjoner ble tildelt for gjennom publikasjonsrekken "Trygdestatistisk Årbok", men disse dataene har ikke tidligere vært brukt som grunnlag studier av utviklingen. Det eksisterer enkelte interne dokumenter omkring endringer i diagnoseforekomst blant uførepensjonister, blant annet NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering (Arbeids- og Inkluderingsdepartementet) og interne arbeidsdokumenter i NAV. Innen internasjonal litteratur finnes det kun et finsk studie basert på finske registerdata, som allerede i 1997 viste at depresjon var gått forbi muskel- og skjelettlidelser som årsak til uførepensjonering (17). Denne rapporten inneholder med andre ord nye resultater både i norsk og internasjonal sammenheng.

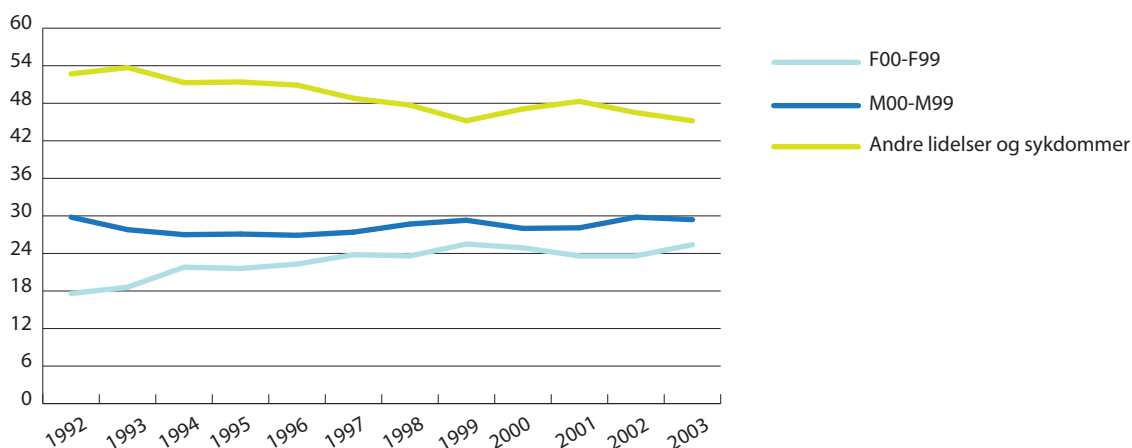
Hvilken betydning har disse resultatene?

Med de forbehold som er gitt viser denne studien at psykiske lidelser er den største årsak i diagnostisk forstand til uførepensjonering når man tar alder ved innvilgelse i betraktning. Videre viser rapporten at andelen uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser har vært økende fra 1992 til 2003. Uførepensjon for psykiske lidelser skjer i yngre alder enn ved andre diagnoser, noe som medfører at psykiske lidelser er den diagnosegruppen som gir flest tapte arbeidsår. I lys av tidligere studier om underbehandling før uførepensjonering for psykiske lidelser (50) kan vi ikke utelukke at det eksisterer et potensial for forebygging av uførhet gjennom målrettede tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser som står i fare for permanent arbeidsuførhet.

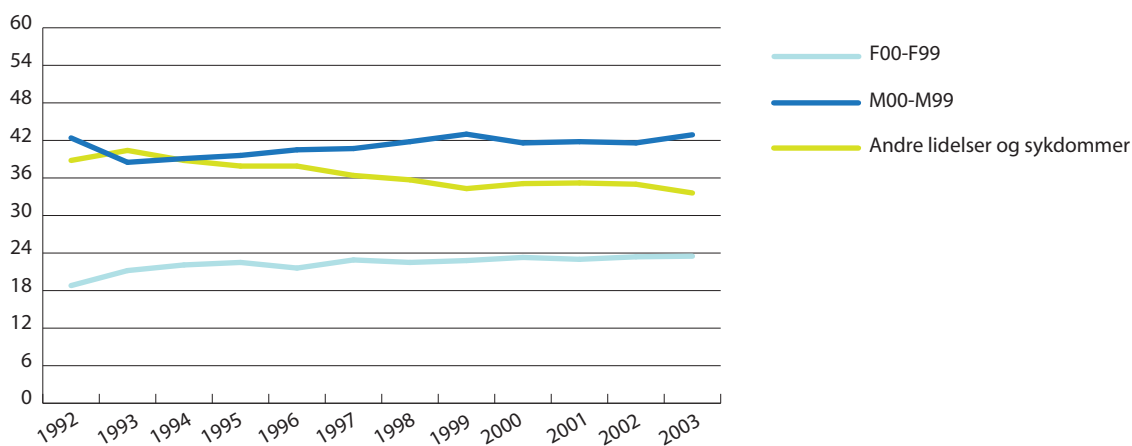
Referanser

1. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 2001 JUL;158(7):1091-8.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
3. Lopez AD, Murray CJL. The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*. 1998;4(11):1241-3.
4. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349(9064):1498-504.
5. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007 Sep;370(9590):851-8.
6. Olsen H. Trygdestatistisk Årbok 2005. Rikstrygdeverket, editor. Oslo: Rikstrygdeverket; 2005.
7. OECD. Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: OECD Publications Service; 2003 Contract No.: Document Number].
8. Folketrygdenloven - LOV-1997-02-28-19 [Act of Social Insurance]. 1997).
9. Cassis I, Dupriez K, Burnand B, Vader JP. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996 Dec;8(6):567-75.
10. O'Fallon E, Hillson S. Brief report: Physician discomfort and variability with disability assessments. *Journal of General Internal Medicine*. 2005 Sep;20(9):852-4.
11. Getz L, Westin S. Rådgivende legers og primærlegers vurdering av komplekse uførepensjonssaker. [Assessment by consulting physicians and general practitioners about complex disability pension matters]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1995;115(14):1748-53.
12. Overland R, Overland S, Johansen KN, Mykletun A. Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on "gatekeeping" among general practitioners in Norway. *Bmc Public Health*. [Article]. 2008 Apr;8:9.
13. Øverland S, Glozier N, Henderson M, Mæland J, Hotopf M, Mykletun A. Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine*. 2008;doi:10.1136/oem.2007.037861.
14. Krokstad S. The importance of social characteristics of communities for the medically based disability pension. *The European journal of public health*. 2004;14(4):406-12.
15. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkset O, Glozier N, et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Aug;163(8):1412-8.
16. OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Norway, Poland and Switzerland. Paris: Organisation for Economic Corporation and Development; 2006 Contract No.: Document Number].
17. Salminen J-K, Saarijarvi S, Raitasalo R. Depression and disability pension in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997;95(3):242-3.
18. Andersson L, Wiles N, Lewis G, Brage S, Hensing G. Disability pension for psychiatric disorders: Regional differences in Norway 1988-2000. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60:255-62.
19. Mykletun A, Overland S. Mentale lidelser under vurderes som årsak til uføretrygning [Mental disorders are underestimated as a cause of disability]. *TidsskrNor Lægeforen*. 2006;126(11):1491-2.
20. Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkset O, Glozier N, et al. A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*. 2006 August 1, 2006;163(8):1412-8.
21. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ*. 2006 April 29, 2006;332(7548):1030-2.
22. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode. A cross-sectional study among general practitioners. *The Primary Care Companion*. 2006;8:340-7.
23. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(24):2515-23.
24. Kirsch I, Deacon B, Huedo-Medina T, Scoboria A, Moore T, Johnso B. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*. 2008;5(2).
25. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(1):51-8.
26. Zachrisson HD, Rodje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC public health [electronic resource]*. 2006 Feb 16;6.
27. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry*. 2005;5(1):46.
28. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;30(2):21.

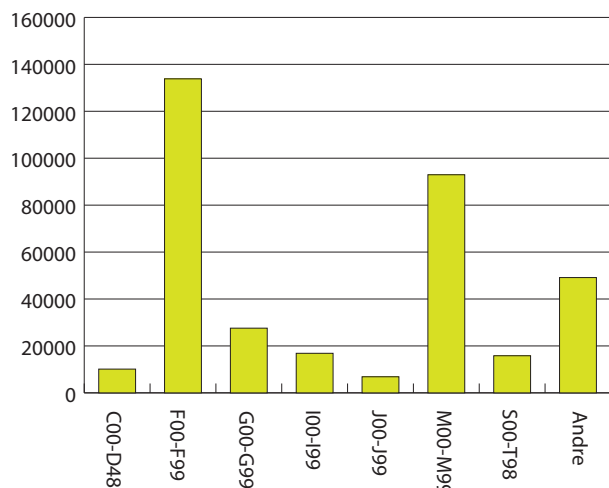
29. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9199):185-91.
30. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
31. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, et al. A Comparison of Insomnia and Depression as predictors of Disability Pension. *The HUNT Study*. *Sleep*. 2008;31(6):875-80.
32. Akselsen A, Lien S, Sandnes T. FD-trygd dokumentasjonsrapport. Pensjoner. Grunn og hjelpestønader 1992-2001. Oslo: Rikstrygdeverket; 2003. Report No.: 26 Contract No.: Document Number|.
33. Akselsen A, Lien S, Siverstøl Ø. FD-Trygd. List of Variables. Oslo: Statistics Norway; 2007. Report No.: 5 Contract No.: Document Number|.
34. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
35. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 2005.
36. Sosialstyrelsen. Sosialstyrelsen; [cited December 2008]; Available from: (<http://www.sosialstyrelsen.se/Amnesord/klaskifikationer/specnavigasjon/Hamta/Konvertering/>).
37. Johansen R, Rognerud M, Sundet J. Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008 Contract No.: Document Number|.
38. Brage S, Thune O. Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977-2006. *Arbeid og Velferd*. 2008.
39. Westin S. The structure of a factory closure: Individual responses to job-loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study. *Social Science & Medicine*. 1990;31(12):1301-11.
40. Westin S, Schlesselman JJ, Korper M. Long-term effects of a factory closure: Unemployment and disability during ten years' follow-up. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1989;42(5):435-41.
41. Stordal E, Bjelland I, Dahl AA, Mykletun A. Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. *The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*. *ScandJPrimHealthCare*. 2003;21(3):136-41.
42. Alexanderson K, Norlund A. Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scandinavian journal of public health*. 2004;32:12-30.
43. OECD. Disability programmes in need of reform: OECD Policy Brief 2003 Contract No.: Document Number|.
44. Krokstad S. Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Scandinavian journal of public health*. 2002;30(2):113-24.
45. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(6):845-51.
46. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *AmJMed*. 1989;86(3):262-6.
47. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms - An epidemiological study in seven specialities. *Journal of psychosomatic research*. 2001 Jul;51(1):361-7.
48. Overland S, Glozier N, Mæland J, Aarø L, Mykletun A. Employment Status and Perceived Health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC public health [electronic resource]*. 2006;6:219.
49. Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of epidemiology and community health*. 2005;59(6):450-4.
50. Overland S, Glozier N, Krokstad S, Mykletun A. Under-treatment prior to disability pension award for mental illness. *The HUNT study*. *Psychiatric Services*. 2007;58(11):3.
51. Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, et al. The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American journal of epidemiology*. 2006;163(11):1018-24.
52. Mykletun A, Heradstveit O, K E, Glozier N, Øverland S, Mæland J, et al. Health anxiety and disability pension award. *Psychosomatic Medicine*. 2009;in press.
53. Kessler RC. Sex and depression in the national comorbidity survey. 1. Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of affective disorders*. 1993;29(2-3):85-96.
54. Hildrum B, Mykletun A, Holmen J, Dahl AA. Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study *British Journal of Psychiatry*. 2008;193:6.
55. Isometsa ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. *AmJPsychiatry*. 2000;157(11):1869-72.



Figur 2. Andel psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser samt andre lidelser og sykdommer, årlig utvikling 1992 – 2003. Menn



Figur 3. Andel psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser samt andre lidelser og sykdommer, årlig utvikling 1992 – 2003. Kvinner



Figur 7. Fordeling tapte arbeidsår etter diagnose. Forutsatt arbeid til 62 år.

Tabell 1. Prevalens uførepensjon, årlig 1995-2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Endring pr år
Befolkning 16-67 år	2 865 337	2 878 033	2 890 552	2 906 705	2 926 135	2 948 400	2 966 228	2 985 284	3 012 223	15 578,8
Totalt antall uføre	236 301	239 429	246 541	258 103	269 840	279 573	285 364	292 224	301 214	8 713,8
Prevalens (%)	8,2	8,3	8,5	8,9	9,2	9,5	9,6	9,8	10,0	0,250

Tabell 2. Insidens uførepensjon, årlig 1992-2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Befolkning												
16-19	246 019	235 745	226 276	218 532	214 193	212 467	212 928	213 381	212 949	212 674	213 407	215 714
20-29	668 126	672 784	673 220	668 886	660 110	647 946	635 256	623 619	611 559	601 258	588 461	579 679
30-39	629 493	633 125	637 277	643 247	648 807	654 017	660 769	669 181	679 049	685 119	691 021	697 355
40-49	589 407	602 840	613 468	617 510	620 255	617 065	616 056	617 789	622 120	625 136	630 220	634 556
50-59	385 276	392 598	406 816	427 260	449 700	477 508	501 513	522 184	540 440	556 425	572 408	585 481
60-67	310 903	304 092	297 036	289 902	284 968	281 549	280 183	279 981	282 283	285 616	289 767	299 438
Nye uføre												
16-19	249	281	389	434	354	433	276	164	360	413	448	482
20-29	894	979	1 509	1 655	1 472	1 679	1 798	1 634	1 359	1 108	1 191	1 300
30-39	2 012	2 050	3 065	3 446	3 390	3 698	4 360	4 523	3 692	2 776	2 873	3 159
40-49	4 315	4 715	6 017	6 861	6 270	7 029	8 378	8 305	7 025	5 527	5 749	6 556
50-59	7 657	7 272	9 194	9 990	10 399	12 352	14 929	15 495	14 120	12 610	13 461	14 338
60-67	12 117	10 343	10 112	9 779	9 761	10 560	12 423	11 637	10 928	9 503	9 887	10 391
Insidens												
16-19	0,10	0,12	0,17	0,20	0,17	0,20	0,13	0,08	0,17	0,19	0,21	0,22
20-29	0,13	0,15	0,22	0,25	0,22	0,26	0,28	0,26	0,22	0,18	0,20	0,22
30-39	0,32	0,32	0,48	0,54	0,52	0,57	0,66	0,68	0,54	0,41	0,42	0,45
40-49	0,73	0,78	0,98	1,11	1,01	1,14	1,36	1,34	1,13	0,88	0,91	1,03
50-59	1,99	1,85	2,26	2,34	2,31	2,59	2,98	2,97	2,61	2,27	2,35	2,45
60-67	3,90	3,40	3,40	3,37	3,43	3,75	4,43	4,16	3,87	3,33	3,41	3,47

Tabell 3. Insidens uførepensjon for psykiske lidelser, årlig 1992-2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Endring pr år
Befolkning													
16-19	246 019	235 745	226 276	218 532	214 193	212 467	212 928	213 381	212 949	212 674	213 407	215 714	-2 305,9
20-29	668 126	672 784	673 220	668 886	660 110	647 946	635 256	623 619	611 559	601 258	588 461	579 679	-9 246,0
30-39	629 493	633 125	637 277	643 247	648 807	654 017	660 769	669 181	679 049	685 119	691 021	697 355	6 466,2
40-49	589 407	602 840	613 468	617 510	620 255	617 065	616 056	617 789	622 120	625 136	630 220	634 556	2 934,9
50-59	385 276	392 598	406 816	427 260	449 700	477 508	501 513	522 184	540 440	556 425	572 408	585 481	19 843,2
60-67	310 903	304 092	297 036	289 902	284 968	281 549	280 183	279 981	282 283	285 616	289 767	299 438	- 1 361,5
Nye uføre													
16-19	116	133	180	229	151	212	145	94	195	212	220	257	7,5
20-29	466	489	849	881	788	991	1026	956	860	694	744	844	20,3
30-39	849	878	1349	1446	1449	1593	1948	2087	1751	1313	1314	1513	51,6
40-49	1145	1422	1787	1987	1838	2225	2674	2670	2343	1830	1948	2171	73,6
50-59	1133	1210	1518	1632	1737	2174	2599	2923	2572	2263	2452	2781	151,1
60-67	1227	968	963	908	940	1104	1309	1288	1298	1124	1221	1288	25,4
Insidens													
16-19	0,05	0,06	0,08	0,10	0,07	0,10	0,07	0,04	0,09	0,10	0,10	0,12	0,004
20-29	0,07	0,07	0,13	0,13	0,12	0,15	0,16	0,15	0,14	0,12	0,13	0,15	0,005
30-39	0,13	0,14	0,21	0,22	0,22	0,24	0,29	0,31	0,26	0,19	0,19	0,22	0,006
40-49	0,19	0,24	0,29	0,32	0,30	0,36	0,43	0,43	0,38	0,29	0,31	0,34	0,011
50-59	0,29	0,31	0,37	0,38	0,39	0,46	0,52	0,56	0,48	0,41	0,43	0,47	0,015
60-67	0,39	0,32	0,32	0,31	0,33	0,39	0,47	0,46	0,46	0,39	0,42	0,43	0,011

Tabell 4. Andel nye uførepensjoner fordelt på de største diagnosegruppene, årlig utvikling 1992 – 2003

Årstall	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Endring pr. år
C00-D48 Svulster	3,6	3,9	4,2	4,1	4,0	4,0	3,7	3,7	3,9	4,2	4,2	4,1	0,021
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	18,2	19,9	21,9	22,0	21,8	23,2	23,0	24,0	24,1	23,3	23,5	24,4	0,445
G00-G99 Sykdommer i nervesystemet	4,5	5,2	5,1	5,3	4,9	4,6	5,2	5,3	5,5	5,6	5,9	5,8	0,094
I00-I99 Sykdommer i sirkulasjons-systemet	12,8	11,9	11,5	10,6	10,4	9,7	9,5	9,0	10,0	9,9	9,5	9,3	-0,275
J00-J99 Sykdommer i åndedretts-systemet	3,9	3,6	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3	3,1	3,2	3,2	3,0	2,9	-0,052
M00-M99 Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev	35,8	32,8	33,1	33,7	34,5	34,5	35,9	36,9	35,4	35,5	36,1	36,7	0,257
S00-T98 Skader, forgiftninger og lignende	5,5	6,6	6,5	6,3	5,9	5,6	4,1	4,2	4,2	4,1	4,0	3,8	-0,266
Andre sykdommer og lidelser	15,7	16,2	14,6	14,9	15,3	15,1	15,4	13,7	13,7	14,2	13,7	13,0	-0,229
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabell 5. Andel psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser samt andre lidelser og sykdommer, årlig utvikling 1992 – 2003. Kvinner og menn.

Årstall	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Endring pr år
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	Menn	17,6	18,6	21,8	21,6	22,3	23,8	23,6	24,9	23,6	23,6	25,4	0,592
	Kvinner	18,8	21,2	22,1	22,5	21,6	22,9	22,5	23,3	23,0	23,4	23,5	0,297
M00-M99 Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	Menn	29,8	27,8	27,0	27,1	26,9	27,4	28,7	28,0	28,1	29,8	29,4	0,120
	Kvinner	42,4	38,5	39,1	39,6	40,5	40,7	41,8	43,0	41,6	41,6	42,9	0,248
Andre lidelser og sykdommer	Menn	52,7	53,7	51,3	51,4	50,9	48,8	47,7	47,1	48,3	46,5	45,2	-0,727
	Kvinner	38,8	40,4	38,8	37,9	37,9	36,4	35,7	35,1	35,2	35,0	33,6	-0,547

Tabell 6. Gjennomsnittsalder ved tildeling av uførepensjon i de største diagnosegruppene, årlig utvikling 1992 – 2003

Årstall	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2002	2003	Total	Endring pr år
C00-D48 Svulster	56,0	56,5	54,2	53,9	54,1	54,2	54,3	54,5	55,3	55,3	54,8	-0,008
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	47,4	46,3	44,2	43,9	44,7	44,6	45,2	45,6	46,3	46,1	45,5	0,035
G00-G99 Sykdommer i nerve- systemet	48,0	47,4	45,5	46,0	45,7	46,3	47,7	48,2	48,3	48,0	47,4	0,183
I00-I99 Sykdommer i sirkula- sjonssystemet	59,1	58,8	57,9	57,8	58,0	57,6	57,7	57,3	57,5	57,3	57,9	-0,126
J00-J99 Sykdommer i ånde- drettsystemet	57,8	56,7	56,9	55,6	55,9	55,9	55,2	55,1	56,0	56,2	56,0	-0,108
M00-M99 Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev	57,0	56,5	55,1	54,2	54,4	54,4	54,3	54,2	55,2	54,8	54,9	-0,122
S00-T98 Skader, forgiftninger og lignende	51,7	51,0	49,5	49,3	48,6	49,4	50,0	48,8	50,2	51,3	50,1	0,050
Andre sykdommer og lidelser	54,6	53,4	52,0	51,1	51,6	51,6	52,2	52,1	51,9	52,8	52,2	-0,094
Alle diagnoser	54,4	53,4	51,8	51,2	51,5	51,4	51,7	51,6	51,9	52,3	52,1	-0,093

Tabell 7. Aldersgruppe og uførepensjoneringsdiagnose, psykiske lidelser. 2000-2003.

Diagnose	16 – 19 N (%)	20 – 29 N (%)	30 – 39 N (%)	40 – 49 N (%)	50 – 59 N (%)	60 – 69 N (%)	Total N (%)
F00 – F09 Organiske, inklusive symptoma- tiske, psykiske lidelser	3 (0,3)	64 (6,6)	167 (17,2)	209 (21,5)	302 (31,1)	227 (23,4)	972 (100,0)
F10 – F19 Psykiske lidelser og atferdsfor- styrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	3 (0,2)	70 (3,6)	406 (20,8)	700 (35,8)	609 (31,2)	167 (8,5)	1 955 (100,0)
F20 – F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	29 (1,1)	757 (29,4)	877 (34,0)	535 (20,8)	301 (11,7)	78 (30,)	2 577 (100,0)
F30 – F39 Affektive lidelser	2 (0,0)	253 (2,5)	1 114 (11,1)	2 155 (21,5)	4 056 (40,5)	2 425 (24,2)	10 005 (100,0)
F40 – F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	7 (0,1)	376 (3,4)	1 660 (15,2)	3 150 (28,7)	3 925 (35,8)	1 839 (16,8)	10 957 (100,0)
F50 – F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0 (0,0)	27 (15,8)	72 (42,1)	35 (20,5)	25 (14,6)	12 (7,0)	171 (100,0)
F60 – F69 Personlighets- og atferdsforstyr- relser hos voksne	12 (0,4)	436 (13,3)	1 064 (32,5)	1 112 (34,0)	557 (17,0)	88 (2,7)	3 269 (100,0)
F70 – F79 Psykisk utviklingshemming	521 (35,6)	579 (39,5)	178 (12,2)	104 (7,1)	66 (4,5)	17 (1,2)	1 465 (100,0)
F80 – F89 Utviklingsforstyrrelser	230 (33,9)	284 (41,8)	78 (11,5)	45 (6,6)	33 (4,9)	9 (1,3)	679 (100,0)
F90 – F98 Atferdsforstyrrelser og følel- sesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	64 (12,4)	226 (43,6)	146 (28,2)	64 (12,4)	16 (3,1)	2 (0,4)	518 (100,0)
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	13 (2,1)	71 (11,6)	135 (22,1)	172 (28,1)	159 (26,0)	62 (10,1)	612 (100,0)
Total N (%)	884 (2,7)	3 143 (9,5)	5 897 (17,8)	8 281 (25,0)	10 049 (30,3)	4 926 (14,8)	33 180 (100,0)

Tabell 9. Uførepensjon psykiske lidelser, enkeltdiagnoser på tretetegnivå¹. 2000-2003

ICD-10 kode	Navn	N	% total	% innen psykiske lidelser
F41	Andre angstlidelser	6 710	4,8	20,1
F34	Vedvarende affektive lidelser	5 182	3,7	15,5
F60	Spesifikke personlighetsforstyrrelser	2 866	2,1	8,6
F32	Depressiv episode	1 903	1,4	5,7
F33	Tilbakevendende depressiv lidelse	1 631	1,2	4,9
F20	Schizofreni	1 358	1,0	4,1
F43	Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning	1 336	1,0	4,0
F48	Andre nevrotiske lidelser	1 204	0,9	3,6
F31	Bipolar affektiv lidelse	1 198	0,9	3,6
F10	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol	1 152	0,8	3,5
F79	Uspesifisert psykisk utviklingshemming	900	0,6	2,7
F40	Fobiske angstlidelser	778	0,6	2,3
F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av multiple stoffer eller andre psykoaktive stoffer	672	0,5	2,0
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA	612	0,4	1,8
F07	Personlighetsforstyrrelser og atferdsforstyrrelser som skyldes sykdom, skade eller dysfunksjon i hjernen	544	0,4	1,6
F45	Somatoforme lidelser	505	0,4	1,5
F22	Paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelser)	504	0,4	1,5
F70	Lett psykisk utviklingshemming	415	0,3	1,2
F90	Hyperkinetiske forstyrrelser	381	0,3	1,1
F84	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	304	0,2	0,9
F06	Andre psykiske lidelser som skyldes skade eller dysfunksjon i hjernen eller fysisk sykdom	283	0,2	0,9
F25	Schizoaffektiv lidelse	254	0,2	0,8
F61	Blandede og andre personlighetsforstyrrelser	231	0,2	0,7
F29	Uspesifisert ikke-organisk psykose	224	0,2	0,7
F42	Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse)	208	0,1	0,6
F81	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker	161	0,1	0,5
F21	Schizotyp lidelse	153	0,1	0,5
F62	Vedvarende personlighetsforandringer som ikke skyldes skade eller sykdom i hjernen	140	0,1	0,4
F50	Spiseforstyrrelser	138	0,1	0,4
F71	Moderat psykisk utviklingshemming	118	0,1	0,4
F03	Annen og uspesifisert demens	100	0,1	0,3

Appendix

F89	Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling	82	0,1	0,2
F44	Dissosiative lidelser (konversjonslidelser)	75	0,1	0,2
F11	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater	71	0,1	0,2
F95	"Tics"	68	0,0	0,2
F39	Uspesifisert affektiv lidelse	60	0,0	0,2
F83	Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter	47	0,0	0,1
F23	Akutte og forbigående psykoser	45	0,0	0,1
F82	Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	44	0,0	0,1
F51	Ikke-organiske søvnforstyrrelser	28	0,0	0,1
F09	Uspesifisert organisk eller symptomatisk psykisk lidelse	24	0,0	0,1
F80	Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	21	0,0	0,1
F30	Manisk episode	14	0,0	0,0
F91	Atferdsforstyrrelser	14	0,0	0,0
F98	Andre atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	13	0,0	0,0
F28	Andre ikke-organiske psykoser	13	0,0	0,0
F88	Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling	11	0,0	0,0
F15	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inkludert kaffein	10	0,0	0,0
F94	Forstyrrelser i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder	9	0,0	0,0
F78	Annen psykisk utviklingshemming	9	0,0	0,0
F72	Alvorlig psykisk utviklingshemming	8	0,0	0,0
F92	Blandede atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser	7	0,0	0,0
F01	Demens ved Alzheimers sykdom (G30)	6	0,0	0,0
F05	Delirium som ikke er utløst av alkohol eller andre psykoaktive stoffer	5	0,0	0,0
F38	Andre affektive lidelser	5	0,0	0,0
F54	Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med forstyrrelser eller lidelser klassifisert annet sted	5	0,0	0,0
F24	Indusert psykose	3	0,0	0,0
F73	Dyp psykisk utviklingshemming	3	0,0	0,0
F13	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika	3	0,0	0,0
F93	Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen	3	0,0	0,0
F66	Psykiske og atferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning	3	0,0	0,0
F63	Vane- og impulsforstyrrelser	3	0,0	0,0

F18	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flyktige løsemidler	3	0,0	0,0
F04	Organisk amnestisk syndrom (spesifikk hukommelseslidelse) ikke utløst av alkohol eller psykoaktive stoffer	2	0,0	0,0
F64	Kjønnsidentitetsforstyrrelser	2	0,0	0,0
F16	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av hallusinogener	1	0,0	0,0
F17	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av tobakk	1	0,0	0,0
F68	Andre forstyrrelser av voksen personlighet og atferd	1	0,0	0,0
F69	Uspesifisert forstyrrelse av voksen personlighet og atferd	1	0,0	0,0
F12	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider	1	0,0	0,0
Total		33 180	23,8	100,0

¹N=289 (0.9%) diagnostisert med ICD-9 diagnose, disse er ekskludert fra analysen.

Tabell 10. Største enkeltdiagnosene for uførepensjon. Nye tilfeller 2000-2003

Diagnose	N	%
M54 Ryggsmerte	6 926	5,0
M79 Andre bløtvevssykdommer, ikke klassifisert annet sted	6 779	4,9
F41 Andre angstlidelser	6 710	4,8
F34 Vedvarende affektive lidelser	5 182	3,7
M51Andre lidelser i mellomvirvelskivene	4 130	3,0
M75 Skulderlidelser	3 588	2,6
I69 Følgetilstander etter hjernekar sykdom	3 479	2,5
F60 Spesifikke personlighetsforstyrrelser	2 866	2,1
I20 Angina pectoris	2 844	2,0
M47 Spondylose	2 836	2,0
M17 Kneleddsartrose	2 471	1,8
I25 Kronisk iskemisk hjertesykdom	2 326	1,7
M16 Hofteleddsartrose	2 243	1,6
M06 Annen reumatoid artritt	2 164	1,6
J44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom	1 980	1,4
M50 Lidelser i cervikalskive	1 962	1,4
M15 Polyartrose	1 915	1,4
F32 Depressiv episode	1 903	1,4
M19 Annen artrose	1 879	1,3
M53 Andre ryggglidelser, ikke klassifisert annet sted	1 730	1,2
F33 Tilbakevendende depressiv lidelse	1 631	1,2
Total	67 544	48,6

Tabell 11: Enkeltdiagnoser, sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev (M00-M99) sortert etter forekomst. Nye tilfeller 2001-2003.

Diagnose	N	%
M54 Ryggsmerte	6 926	5,0
M79 Andre bløtvevssykdommer, ikke klassifisert annet sted	6 779	4,9
M51 Andre lidelser i mellomvirvelskivene	4 130	3,0
M75 Skulderlidelser	3 588	2,6
M47 Spondylose	2 836	2,0
M17 Kneleddsartrose	2 471	1,8
M16 Hofteleddsartrose	2 243	1,6
M06 Annen rheumatoid artritt	2 164	1,6
M50 Lidelser i cervikalskive	1 962	1,4
M15 Polyartrose	1 915	1,4
M19 Annen artrose	1 879	1,3
M53 Andre rygglidelser, ikke klassifisert annet sted	1 730	1,2
M45 Ankyloserende spondylitt	1265	0,9
M96 Lidelse i muskel-skjelettsystemet etter behandling, ikke klassifisert annet sted	1199	0,9
M48 Andre lidelser i ryggstøtten	1036	0,7
M77 Andre entesopatier	936	0,7
M35 Annen systemisk affeksjon av bindevev	845	0,6
M25 Andre leddtilstander, ikke klassifisert annet sted	717	0,5
M42 Spinal osteokondrose	601	0,4
M43 Andre deformerende rygglidelser	554	0,4
M23 Kneleddlidelser	507	0,4
M62 Andre muskelsykdommer	501	0,4
M13 Annen artritt	364	0,3
M05 Seropositiv rheumatoid artritt	303	0,2
M41 Skoliose	280	0,2
M32 Systemisk lupus erythematosus	254	0,2
M24 Annen spesifisert uorden i ledd	209	0,2
M81 Osteoporose uten patologisk brudd	186	0,1
M80 Osteoporose med patologisk brudd	164	0,1
M18 Artrose i første karpometakarpalledd	141	0,1
M70 Bløtvevssykdommer etter bruk, overbelastning og trykk	135	0,1
M72 Sykdommer i fascier og gannet fibrøst vev	88	0,1
M10 Urinsyregikt	81	0,1
M31 Andre nekrotiserende vaskulitter	69	0,0
M20 Ervervede deformiteter i fingre og tær	68	0,0

M02 Reaktive leddlidelser	59	0,0
M89 Andre lidelser i knokler	59	0,0
M22 Lidelser relatert til leddskål	58	0,0
M84 Avbrudd i knokkelkontinuitet	48	0,0
M08 Juvenil artritt	47	0,0
M65 Synovitt og tenosynovitt	41	0,0
M34 Systemisk sklerose	40	0,0
M46 Andre inflammatoriske lidelser i ryggstølen	40	0,0
M21 Andre ervervede deformiteter i ekstremiteter	38	0,0
M33 Dermatopolymyositt	37	0,0
M91 Juvenil osteokondrose i hoft og bekken	32	0,0
M86 Osteomyelitt	31	0,0
M76 Entesopatier i underekstremitet, unntatt fot	27	0,0
M87 Osteonekrose	15	0,0
M66 Spontan ruptur i synovialhinne og sene	11	0,0
M12 Andre spesifiserte ryggglidelser	10	0,0
M71 Andre lidelser i slimpose	10	0,0
M40 Kyfose og lordose	9	0,0
M00 Pyogen artritt	8	0,0
M67 Andre lidelser i synovialhinne og sene	7	0,0
M30 Polyarteritis nodosa og beslektede tilstander	7	0,0
M83 Osteomalasi hos voksne	5	0,0
M07 Leddlidelser ved psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom	4	0,0
M11 Andre krystallinduserte leddlidelser	4	0,0
M60 Myositt	4	0,0
M93 Andre osteokondropatier	4	0,0
M85 Andre forstyrrelser i bentetthet og benstruktur	3	0,0
M92 Annen juvenil osteokondrose	3	0,0
M94 Andre brusklidelser	3	0,0
M63 Muskelsykdommer ved sykdommer klassifisert annet sted	2	0,0
M49 Lidelser i ryggstølen ved sykdommer klassifisert annet sted	1	0,0
M88 Pagets sykdom i knokler	1	0,0
M90 Benaffeksjon ved sykdommer klassifisert annet sted	1	0,0
M95 Andre ervervede deformiteter i muskel-skjelettsystemet og bindevev	1	0,0
M99 Biomekaniske lesjoner, ikke klassifisert annet sted	1	0,0
Total	50 074	35,8

Tabell 12. Andel uførepensjon versus tapte arbeidsår etter diagnose. Tall basert på innvilgelser i 2000 til 2003. Forutsatt pensjonsalder 67 år.

Diagnose	N	Andel UP (%)	Sum tapte arbeidsår	Gjennomsnitt tapte arbeidsår pr individ
C00-D48 Svulster	5 703	4,1	16 722	11,7
F00-F99 Psyriske lidelser og atferdsforstyrrelser	33 180	23,8	174 205	21,0
G00-G99 Sykdommer i nervesystemet	7 967	5,7	37 129	18,6
I00-I99 Sykdommer i sirkulasjonssystemet	13 474	9,7	31 962	9,5
J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet	4 314	3,1	11 831	11,0
M00-M99 Sykdommer i muskel- skjelettsystemet og bindevev	50 074	36,0	151 223	12,1
S00-T98 Skader, forgiftninger og lignende	5 593	4,0	22 446	16,1
Andre sykdommer og lidelser	18 951	13,6	70 446	14,9

