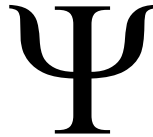




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Er verknaden av angst og depresjon
på uføretrygding undervurdert?*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Simon Nygaard Øverland

Vår 2003

FORORD

Denne oppgåva er eit delarbeid innan Nettverk for Psykiatrisk Epidemiologi (NEPE) sine forskingsprosjekt. I samband med dette vil eg gjerne få retta stor takksemd til professor Alv A. Dahl, Universitetet i Oslo og koordinator for NEPE sine prosjekt, for tilgang til materialet oppgåva er tufta på samt innspel til oppgåva undervegs. Eg vil samstundes takka dei resterande medlemmer av NEPE for å ynskja meg velkomen og for moglegheita til å læra av deira prosjekt. Den største salutten går likevel av til ære for rettleiar Arnstein Mykletun, universitetsstipendiat ved det psykologiske fakultet, for stor entusiasme og hjelp til å unngå ”repetert innsparking av vidåpne dører”!

SAMANDRAG

Formålet med dette studiet var å vurdere i kva grad angst og depresjon utgjer risikofaktorar for uføretrygding. Det empiriske materialet er frå helseundersøkinga i Nord-Trøndelag som vart gjennomført 1995-97, samt data frå rikstrygdeverket som gjev informasjon om deltakarane sin trygdestatus i etterkant av helseundersøkinga. Studiet nyttar eit prospektivt design, der deltakarane gjev informasjon om psykiske plager i ein kontekst uavhengig av trygdespørsmålet. Resultata syner at angstliding og depresjon samt komorbid angstliding og depresjon alle utgjer markante risikofaktorar for å verta uføretrygda. Effektane av angstliding, depresjon og komorbid angstliding og depresjon på uføretrygdingsrisiko er robuste ved kontroll for alder og kjønn, somatiske diagnosar, somatiske symptom og samtidige somatiske symptom og diagnosar. Ved kontroll for alle nemnde variablar, er effektane av depresjon og komorbid angstliding og depresjon stadig signifikante når uføretrygding utan psykiske diagnosar er satt som endepunkt. Resultata syner at effektane av angstliding og depresjon isolert og komorbid er sjølvstendige effektar som ikkje interagerer og reduserast når dei opptreer komorbid med somatisk sjukdom. Avslutningsvis vert det diskutert om resultata indikerar at angstliding og depresjon er undervurdert i statistikk frå rikstrygdeverket, kva implikasjonar resultata har for klinikk og samfunnsintervensjonar, samt korleis psykologisk forskning og kunnskap bør nyttast i høve til uføretrygdingsproblematikk.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to evaluate anxiety and depression as risk factors for receiving disability pension. The empirical data originates from the Nord-Trøndelag health survey conducted in 1995-1997, and information from the National Office for Social Insurance on the participants' beneficial status following the health survey. The study utilizes a prospective design, where participants supply information concerning their psychic health in a context segregated from the application for disability pension. The results demonstrate anxiety and depression as well as comorbid anxiety and depression as marked risk factors for later receiving disability pension. The effects of anxiety, depression and comorbid anxiety and depression on disability pensioning are sturdy after adjustment for age and gender, somatic diagnosis, somatic symptoms and simultaneous somatic symptoms and diagnosis. After adjustment for presented variables, effects from depression and comorbid anxiety and depression remain significant when disability pensioning without psychiatric diagnoses are regarded as end states. The results further suggest that effects from anxiety and depression solely, and comorbid, cause independent effects that do not interact or fade when occurring simultaneous with somatic disease. In closing, anxiety and depression being underestimated in disability statistics are discussed, as well as implications for clinical use and community interventions, and how psychological research and theory applies to this.

INNHALDSFORTEIKNING

FORORD	II
SAMANDRAG	III
ABSTRACT	IV
INNHALDSFORTEIKNING	V
TABELLOVERSIKT	VII
FIGUROVERSIKT	VIII
1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 KVIFOR STUDERA TRYGD?.....	1
1.2 PARADIGME INNAN TRYGDEFORSKING	2
1.2.1 Gjeldande regelverk.....	2
1.2.2 Den trygdemedisinske modellen.....	3
1.2.3 Attraksjonsmodellen.....	4
1.2.4 Sosiologisk utstøyttingsmodell	5
1.2.5 Samanliknande perspektiv.....	6
1.2.6 Plassering av denne studien.....	7
1.3 PSYKISKE LIDINGAR SOM ÅRSAK TIL UFØRETRYGDING.....	7
1.3.1 Depresjon	7
1.3.2 Angst.....	9
1.3.3 Komorbid Angstliding og Depresjon.....	10
1.3.4 Angst og depresjon komorbid med somatisk sjukdom.....	11
1.3.5 Sjølvopplevd arbeidsevne.....	11
1.4 KUNNSKAP OM UFØRETRYGDING I NOREG	12
1.5 VALIDITET OG RELIABILITETSPROBLEM I STATISTIKK FRÅ RIKSTRYGDEVERKET	13
1.5.1 Validitet ved diagnosesetjing	13
1.5.2 Reliabilitet ved diagnosesetjing	14
1.6 FORMÅLET MED STUDIET.....	15
2.0 METODE	16
2.1 STUDIEPOPULASJON OG DATAMATERIALE	16
2.1.1 Studiepopulasjon	16
2.1.2 Trygdestatus	17

2.2	MÅLEINSTRUMENT	17
2.3	OPERASJONALISERING AV UFØRETRYGDING.....	19
2.4	OPERASJONALISERING AV SOMATISK SJKDOM.....	20
2.4.1	<i>Somatiske symptom</i>	20
2.4.2	<i>Somatiske diagnosar</i>	20
2.4.3	<i>Dikotom somatisk sjukdom</i>	21
2.5	OPERASJONALISERING AV PSYKISKE DIAGNOSAR	21
2.6	OPERASJONALISERING AV KONTROLLVARIABLER	21
2.7	STATISTIKK	22
2.8	ETIKK.....	23
3.0	RESULTAT	23
3.1	ALDER OG KJØNNSDISTRIBUSJON PÅ SENTRALE VARIABLER	23
3.2	(A): ER ELEVERT HADS EIN RISIKOFAKTOR FOR UFØRETRYGDING?.....	25
3.3	(B) KAN SOMATISK SJKDOM FORKLARE EFFEKTEN AV HADS PÅ UFØRETRYGDINGSRISIKO?.....	27
3.4	(C) INTERAKSJONSEFFEKT MELLOM SOMATISK SJKDOM OG ELEVERT HADS ..	31
3.5	(D) RESULTATA SAMANLIKNA MED STATISTIKK FRÅ RIKSTRYGDEVERKET	32
4.0	DISKUSJON	33
4.1	OPPSUMMERING AV RESULTAT	33
4.2	DRØFTING AV HOVUDMÅLSETJING	34
4.2.1	<i>Pasientens preferansar</i>	35
4.2.2	<i>Legens preferansar og kompetanse</i>	36
4.2.3	<i>Underrapportering grunna somatisering av psykiske lidingar</i>	36
4.3	METODISKE STYRKER OG SVEKKINGAR, OG KONSEKVENSAV AV DESSE	37
4.4	RESULTATA I HØVE TIL TIDLEGARE UNDERSØKINGAR	39
4.4.1	<i>Resultata i høve til attraksjonsmodellen</i>	42
4.4.2	<i>Resultata i høve til utstøyttingsmodellen</i>	42
4.5	IMPLIKASJONAR AV RESULTATA	43
4.6	KONSEKVENSAV FOR VIDARE FORSKING	44
5.0	REFERANSELISTE	46

TABELLOVERSIKT

Tabell 1 - Deskriptive karakteristika N (%).....	24
Tabell 2 - HADS skåre etter uførestatus.....	25
Tabell 3 - Tabell 3 – Effektar av somatisk sjukdom på uføretrygdingsrisiko for alle diagnosar.	28
Tabell 4 - Effektar av HADS på uføretrygding for alle diagnosar og for somatiske diagnosar.....	29
Tabell 5 - Krysstabell HADS og somatisk sjukdom, N (%).....	31
Tabell 6 – Ledd og svaralternativ i HADS	APPENDIX

FIGUROVERSIKT

Figur 1. – Kjønnsdistribusjon av uføretrygd og HADS.....	24
Figur 2. – Aldersdistribusjon av uføretrygd og HADS, alle tal i present.....	24
Figur 3. – HADS skåre etter uførestatus i present.....	25
Figur 4. – Prosent med angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon hjá uføretrygda	26
Figur 5 – Uføretrygdingsrisiko av HADS justert for alle kontrollvariablar.....	30
Figur 6 – Mogelege interaksjonsmønster mellom HADS og somatisk sjukdom (S).....	41

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Kvifor studera trygd?

Trygdeytingar er eit tema så vel lekmann som minister har ei meining om. I dei seinare åra har det vore stor interesse for alle typar trygdeytingar i høve til arbeidslivet. Interessa syner seg gjennom brei mediedekning og på den politiske dagsorden. Mykje skuldast det nok at statlege kostnader ved trygdeutgifter innan folketrygda, dagpengar og sosialhjelp utgjer ein markant del av det norske brutto nasjonalprodukt (BNP). I år 2000 låg samla kostnader for denne posten på omlag 185 milliardar kroner, 12,6 % av BNP (Rikstrygdeverket, 2002). Det generelle sjukefråværet, samt talet på uføretrygda har auka gjennom heile høgkonjunkturperioden i åra 1994 til 2000 (Rikstrygdeverket, 2000). Denne utviklinga er særleg stor blant yngre arbeidstakarar, der aldersgruppa 20 – 35 syner den største veksten i tal på nye uføretrygdingar. Samstundes aukar talet på personar som har rett på alderspensjon grunna forlenga levealder og store årskull frå etterkrigstida som no når pensjonsalder. Samla utgjer desse utviklingstrekk eit trugsmål mot velferdsstaten avdi ein stadig større del av befolkninga må forsørgjast av ei stadig minkande gruppe arbeidsføre (Rikstrygdeverket, 2002).

For å kunne treffa riktige tiltak mot denne utviklinga er kunnskap om årsak bak sjukdom som gjev arbeidsuføre viktig:

”Årsakskunnskap er første skritt i forebyggende arbeid. Hvis vi kunne forebygge kroniske sykdommer ville det kurative helsevesen, som synes å være i en kontinuerlig krise i dag, avhjelpest. Det ville også ha stor betydning for å fjerne unødig lidelse og tidlig død og det ville spare samfunnet for utbetalinger til trygd. Videre kan årsaksforskning bidra til å forkaste gale hypoteser, og dermed fjerne myter om årsaker som kan koste samfunnet dyrt i unødig investering.” (Statens institutt for folkehelse, 2003).

I den seinare tid er velvære i tillegg til fråvere av sjukdom og død introdusert som ein viktig del av helseomgrepet til Verdas helseorganisasjon. For å kunne samanlikna ulike lidningar på tvers av land, har det blitt utvikla mål på funksjonstap, eksempelvis ”disability adjusted life years” (DALY) (Murray & Lopez, 1997). Epidemiologiske studium basert på slike mål syner at psykiske lidningar er eit veksande helseproblem, ikkje avdi mortalitetsraten er stor, men avdi psykiske lidningar har svært negative verknader på subjektivt velvære. I

forhold til uføretrygding som uttrykk for eit alvorleg helseproblem, ser ein frå norske forhold at psykiske lidningar dominerar i den veksende gruppa yngre uføre i Noreg (Rikstrygdeverket, 2000).

Trass i at trygdespørsmål involverar klinisk forståing av sjukdom, epidemiologisk forskning og helsepolitiske vurderingar, har psykologien som fagdisiplin vore nærast totalfråverande på området. Denne oppgåva representerar eit unntak frå det ovannemnde og, er ei undersøking av i kva grad to sentrale symptom ved psykiske lidningar, nemleg angst og depresjon, utgjer risikofaktorar for å verta uføretrygda. Innleiingsvis vil det verta gjeve ein presentasjon av trygdemedisinsk forskning og kva denne og andre forskingstradisjonar ser som dei viktigaste årsakene til og mekanismane bak at folk vert uføretrygda. Det vil vidare verta presentert forskning og teori som syner korleis angst og depresjon kan gje risiko for redusert arbeidsevne. Tilslutt i innleiinga kjem ein gjennomgang av trugsmål mot validiteten i statistikk frå rikstrygdeverket. Hovudfokus vil gjennom heile oppgåva vera i kva grad angst og depresjon gjev risiko for å verta uføretrygda, og i kva grad dette er underrapportert i litteraturen.

1.2 Paradigme innan trygdeforskning

Norsk forskning på trygdespørsmål har i hovudsak vorte gjort innan perspektiv frå fagfelte medisin, økonomi og sosiologi. Det synast å vera semje om at ikkje nokon av desse kan skilta med ei komplett og uttømmmande skildring og forklaring på trygdespørsmålet, og retningane kan alle kritiserast for å vera relativt ideologiske i si tilnærming. Etter ein kortfatta presentasjon av saksgangen i trygdesaker vert kvar av desse introdusert.

1.2.1 Gjeldande regelverk

Saksgangen ved søknad om uføretrygd byggjer på Lov om folketrygd av 17. juni 1966, og startar med kravskjema frå pasient med legeerklæring frå behandlande lege, og eventuelt anna involvert helsepersonell. Dette vert vurdert hjå lokalt trygdekontor, eventuelt i samråd med rådgjevande lege og ved behov i tillegg spesialistar og arbeidsmarknadsetaten. Til grunn for søknaden skal det føreligga minst ein medisinsk sjukdomsdiagnose som er vitskapeleg basert og medisinsk alminneleg erkjent (Hardtvik, 1999). Trygdekontoret fremjar søknaden med påteikning vidare til fylkestyngdekontor, og eit avslag kan eventuelt ankast til

trygderetten. Ut frå føreliggande sjukdom skal det vurderast i kva grad pasienten vil ha varig funksjonsnedsetjing i forhold til arbeid. Det krevjast at funksjonsreduksjonen skal gje minst 50 prosents tap av arbeidsevne. Før ein slår fast varig funksjonsreduksjon skal tilstrekkelege attføringstiltak prøvast ut slik at det kan dokumenterast at tilstanden i forhold til arbeidsevne er permanent for alle moglege former for arbeid. Eventuelt må lidinga vera av ein slik karakter at behandling eller attføring på førehand kan vurderast som nyttelaust (Rikstrygdeverket, 2001). I samanheng med attføringstiltak vil den generelle situasjonen på arbeidsmarknaden spela inn, då ein arbeidsmarknad der det er få tilgjengelege jobbar gjer det vanskelegare å attføre trygdesøkjaren.

1.2.2 Den trygdemedisinske modellen

Den trygdemedisinske modellen problematiserar ikkje det formelle kravet om ei medisinsk akseptert diagnose som fundament for forskinga. Den er slik sett basert på ei grunnantaking om at sjukdom åleine gjev nedsett arbeidsevne i ein grad som gjer at pasienten reknast som arbeidsufør. I høve til forskning på uføretrygding, vert sjukdomsdiagnosane som er gjeve i statistikk frå Rikstrygdeverket i stor grad nytta som grunnlag for å vurdere korleis diagnostikk, behandling og førebygging av sjukdom påverkar og vert påverka av trygdeytingar som er baserte på medisinske kriteria. Trygdemedisinsk forskning freistar innan desse rammene å finna det diagnostiske, terapeutiske, prognostiske og etiologiske grunnlaget for fastsetjing av trygdeytingar (Brage, Claussen & Bruusgaard, 1999). Forskingsparadigmet har stort sett vore fremja av medisinarar (Bruusgaard, 2002).

I forhold til trygdeforskning som heilskap kan trygdemedisinsk forskning avgrensast ved at den er eit medisinsk fagområde som forklarar trygdeytingar med medisinske årsaker og biologiske mekanismar. Den trygdemedisinske forskinga nyttar oftast medisinske forskingsdesign som epidemiologiske metodar eller kliniske forsøk (Brage, Claussen & Bruusgaard, 1999).

Sjølv om trygdeytingar dreier seg om ytingar gjevne på grunnlag av ei medisinsk vurdering som tilseier at personen er arbeidsufør grunna sjukdom, skade eller lyte, kan ikkje denne problemstillinga reduserast til eit enkelt sjukdomsproblem som kan forståast innan ein snever medisinsk modell (Hansen, 1996). Hansen (1996) har hevda at det er tre hovudgrunnar til det: 1) det er ikkje noko trygderettsleg krav at sjukdomen skal vera av eit fastsett omfang eller at den skal kunna registrerast objektivt. 2) sjukdomsbiletet er i dag dominert av psykiske lidingar og sjukdommar i muskel- og skjelettsystemet, og dette er sjukdomar med få symptom

som kan målast utan pasientens subjektive skildring og innan eit strengt definert biologisk verifiseringskrav. 3) det ligg ofte ein samansett problematikk med samtidige psykiske plager, somatiske symptom og sosiale vanskar bak dei ulike sjukdomsdiagnosane (Hansen, 1996). I yttarste konsekvens kan ein stilla spørsmål om i kva grad sjukdomsomgrepet er eit eigna kriterium for tildeling av trygd (Bjørndal, 1994).

I praksis har legar tradisjon for å vurdere sosiodemografiske forhold i høve til sjukdom, men avdi lovverket krevjar sjukdom vert andre forhold maskert. Det trygdemedisinske paradigmet kan difor kritiserast ved den nyttar sjukdom i seg sjølv som årsak til trygdinga og i liten grad tek høgd for attraksjons- og utstøyttingsmekanismar som og er relevante.

Fleire studiar syner at prevalensen av uføretrygd varierer mellom ulike demografiske grupperingar. Det synast difor naudsynt å ta med andre faktorar enn dei reint medisinske for å forstå faktorar bak uføretrygding (Holte, Krokstad & Magnus 2000). Blant faktorar som har vist å verka inn på risiko for uføretrygd er arbeidsmiljø (Lund, Iversen & Poulsen, 2001), utdanning, økonomiske og sosiale forhold (Grünfeldt, 1991; Lissau et al., 2001) og alder (Sorvaniemi, Helenius & Salonkangas, 2002). Dette får kliniske implikasjonar ved at individuelle rehabiliterings,- og attføringstiltak som ikkje rører ved sosiale og økonomiske forhold truleg vil ha svært avgrensa effekt for tal på nye uførepensjonistar (Krokstad, Johnsen & Westin, 2002; Whooley et al., 2002). For å kunne forklare uføretrygdingsprosessen i høve til andre faktorar enn sjukdomsomgrepet finnast der forskningstradisjonar utanfor den trygdemedisinske som nyttar økonomisk og sosiologisk teori der den trygdemedisinske kjem til kort.

1.2.3 Attraksjonsmodellen

Attraksjonsmodellen innan den økonomiske tradisjonen byggjer på ein skepsis til at helse og sjukdom er den reelle årsak til tidleg yrkesavgang gjennom uføretrygd. Modellen fokuserer på ulike ikkje-medisinske faktorar som aukar sannsynet for at eit individ søker om uføretrygd (Hansen, 1996). Attraksjonsperspektivet hevdar at folk opptrer rasjonelt i forhold til avgrensa gjevne mogelegheiter, slik at dei som har noko å vinne på å søkja om uføretrygd difor har større sannsyn for å gjera det (Blöndal & Scarpetta, 1998). Stønad til dette perspektivet finnast i at det er påvist ein positiv interaksjonseffekt mellom i kva grad aktuell sjukdom kan objektivt verifiserast, og kor høg relativ økonomisk kompensasjon er på risiko for uføretrygd (Mykletun, 2000). Utover dette har det vore vanskeleg å finna empirisk støtte

for attraksjonsmodellen, og insentiv ser ut til å spela ei underordna rolle for kven som vert arbeidsuføre (Hansen, 1996). Intervensjonstiltak innan attraksjonsmodellen er å vurdere dei ulike stønadsordningane i trygdesystemet, og redusere eventuelle insentiv for å søkje om uføretrygd. Ein kan hevda norsk trygdepolitikk i dei seinare åra ber preg av denne haldninga. Sandmannutvalet si utredning om sjukefråvere og uførepensjonering samt tiltak foreslått av Bondevik II-regjeringa rettar seg i stor grad mot å nytta økonomiske innstrammingar for å redusere tilveksten til trygdesystemet (NOU, 2000).

1.2.4 Sosiologisk utstøytingsmodell

Utsøytingsmodellen hevdar vidt definert at ein arbeidstakar er utstøytt frå arbeidslivet om avslutninga av eit arbeidsforhold skjer utanfor individet sin kontroll (Kolberg, 1991). I høve til trygdespørsmål skjer dette om ein arbeidstakar står ufrivillig utanfor arbeidslivet grunna sjukdom, skade eller lyte. Norske normer og kultur kring sysselsetjing tilseier at å vera i arbeid er normaltilstanden for personar fram til 67 år/ pensjonsalder. Denne haldninga dannar grunnlaget for arbeidslinja; eit omgrep som vart lansert på byrjinga av 1990-talet. Målet med arbeidslinja har vore at flest mogeleg skal kunne ta del i arbeidslivet og forsørgje seg sjølve lengst mogeleg (NOU, 2000:27).

Marginaliseringsprosessar skildrar temporære endringar på makronivå som avgjer posisjonen til personar i sjiktet mellom arbeid og utstøytning. Om ein ser for seg at arbeidsevne er normalfordelt (Holte, Krokstad & Magnus et al., 2000), vil det i periodar med høg sysselsetjing vera behov for rekruttering blant personar med låg arbeidsevne. I periodar med tilstramming av arbeidsmarknaden vil dei same personane stå i fare for utstøytning (Mykletun, 2000). I ein slik mellomposisjon har individet låg grad av kontroll over eigen arbeidsstatus. Låg grad av kontroll i ein arbeidssituasjon er ein belastning som i seg sjølv kan vera sjukdomsskapande (Karasek & Theorell, 1990). Om ein i lengre periodar står utanfor arbeidslivet som arbeidsledig kan opplevinga av manglande kontroll over dette gjera individet utsett for uføretrygding. Arbeidsløyse kan vera meir stigmatiserande enn medisinsk legitimert arbeidsuføre. Det er difor rimeleg å tru at risikoen for å verta arbeidsufør vil auke i takt med aukande mangel på arbeidsplassar (Wilson & Walker, 1993). Særleg eldre arbeidstakarar kan erfare uføretrygd som mindre stigmatiserande og truande for sjølvbiletet enn å verta oppsagt. Innan utstøytingsmodellen kan ein slik seie at strukturelle forhold på makronivå får innverknad på individet si helse; Samfunnsskapte problem vert medikaliserte, og det oppstår ei mogelegheit for å nytte sjukdom som løysing på individets vanskar i arbeidslivet, vanskar

som oppstår grunna manglande tilrettelegging av arbeidslivet for individ med låg arbeidsevne. Liknande insentiv for å medikalisere kan finnast for bedrifter, bransjar, myndigheiter, legar og trygdefunksjonærar (Hansen, 1996).

1.2.5 Samanliknande perspektiv

Uføretrygd skal i Noreg gjevast på grunnlag av funksjonsreducerande sjukdom, mens det finnast empirisk belegg for å hevda at andre land nyttar uførepensjonering som ein form for førtidspensjon (Blöndal & Scarpetta, 1998). I Noreg har me ein pensjonsalder som ligg høgare enn i andre vestlege land, og fordi attføring av eldre arbeidarar kan vera urealistisk etter ein lengre periode med sjukemelding, hevdar Grünfeldt (1991) at ein praksis med uførepensjonering som skjult førtidspensjonering, er i ferd med å feste seg i Noreg.

I denne samanhengen er det tydeleg at uføretrygdingsspørsmålet vert influert av utviklingstrekk ved samfunnet og kva andre velferdstilbod som er tilgjengeleg. Det vert difor naturleg å samanlikna resultata frå Noreg med undersøkingar frå dei andre nordiske landa. Dei nordiske sjukelønsordningane har mange fellestrekk, men skilnadene i grad av kompensasjon er store. Trygdeordningane er baserte på ein nær identisk velferdsideologi, men har i kvart land vorte tilpassa aktuell medisinsk, økonomisk, kulturell og politisk tradisjon og utvikling (Brage et al., 2002).

I Norden har Finland utmerka seg med ein sterk tradisjon på trygdeforskning som, i kontrast til den norske, i stor grad baserar seg på utstøyttingsmodellen. Mykje av litteraturen på psykiske lidingar med uføretrygd som endepunkt kjem slik frå finsk forskning.

1.2.6 Plassering av denne studien

Den føreliggande studien kan plasserast under det trygdemedisinske paradigme grunna val av forskingsmetode, og ved at risiko for uføretrygding vert vurdert som ein konsekvens av etablerte medisinske sjukdomsogrep. Attraksjonsperspektivet og utstøyttingsmekanismar vil verta nytta i diskusjonen av resultata.

1.3 Psykiske lidingar som årsak til uføretrygding

I følge rikstrygdeverket sin basisrapport frå 2000 er 23 % av nye uføretrygdingar i perioden 1996 til 2000 grunna psykiske lidningar. Prevalensen av psykiske lidningar som grunn til uføretrygding er veksande, og då særleg for gruppa under 40 år som utgjør 15 % av samla tilgang til uføretrygd i nemnde periode. Av desse har 45 % psykiske lidningar som hovuddiagnose. Gogstad og Bjerkedal (2001) oppsummerar: ”Det kan ikke utelukkes at økningen skyldes en tiltakende forekomst av psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser blant unge. Den kan også tyde på økende krav til yteevne i et konkurranseutsatt og presset arbeidsmarked, der flere unge nå kommer til kort i forhold til tidligere”.

1.3.1 Depresjon

Depressive lidningar syner høge prevalenstal. I forhold til uføretrygding er alvorleg depresjon og dysthymi dei mest nytta diagnosane. For alvorleg depresjon rapporterast ein livstidsprevalens i Noreg på 17,8 % og for dysthymi er tilsvarende 10 % (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Frå USA rapporterer The U.S. National Comorbidity Study (NCS) ein livstidsprevalens på 17,1 % for alvorleg depresjon og 6,4 % for dysthymi (Kessler, McGonagle & Zhao, 1994). Av dei depressive lidingane er dysthymi den vanlegaste diagnosen for uføretrygding, og internasjonale studiar gjev som venta støtte til at psykiske lidningar kan vera ein årsak til funksjonsreduksjon og slik ein veksande risikofaktor for uføretrygding. ”The Global Burden of Disease study” (GBD) gjev eit samanliknbart mål på funksjonstap på tvers av lidingar og på tvers av nasjonar (Murray & Lopez, 1997). For vaksne i industriland rangerer GBD ”major depression”¹ som nest størst etter coronar hjertesjukdom. Det er estimert at depresjon vil rangere som nummer to på same liste i 2020 (Whooley et al., 2002).

Det er veldokumentert at denne lidinga får konsekvensar for i kva grad pasientar er arbeidsføre og deretter etla for trygdeytningar, då funksjonsreduksjon frå depresjonssymptom med eller utan diagnostisert depresjon kan samanliknast eller reknast for meir omfattande enn ved større kronisk somatisk sjukdom (Wells et al., 1989; Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, Spritzer, 1995), og representerer slik ein markant samfunnsøkonomisk byrde (Sanne, Dahl & Tell, 2001).

I Finland var psykiske lidingar den vanlegaste årsak til uføretrygding i 1997, og av dei ulike psykiske lidingane var depresjon den vanlegaste som grunn for uførepensjon same år (Salminen, Saarijärvi & Raitasalo, 1997). I eit prospektivt epidemiologisk studie med eitt års

¹ Frå Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. (DSM-IV).

oppfølgingstid etter kliniske intervju for å kartlegge depresjon, finn Broadhead, Blazer, George & Tse (1990) at pasientar med depresjon har nær fem gonger auka risiko for fråvere frå jobb samanlikna med personar utan symptom på depresjon.

Judd et al. (2000) hevdar depresjon og tilhøyrande symptom er gradvis invalidiserande parallelt med symptomforverring. Samstundes vil grad av funksjonstap reduserast ved symptomlette (Judd et al., 2000). I lys av dette vil det vera rimeleg å tru at behandling og tiltak for symptomlette var omfattande utprøvd for pasientar med depresjon for å kunna unngå uføretrygding. Arbeid frå Finland tyder på det motsette. Dei fleste pasientar har ikkje vore gjennom tilstrekkelege og ulike typar behandlingstiltak før dei vert uføretrygda. Isometsäe, Katila & Aro (2000) fann at dei fleste (87 %) av uføretrygda pasientar fekk behandling med antidepressiv medisin, mens berre ni prosent gjekk i psykoterapi og fire prosent var behandla med ECT i perioden før uføretrygding. I eit prospektivt studie undersøkte Rytsälä et al. (2001) behandling og resultat blant pasientar med diagnostisert depresjon eller tilbakevendande depressive episodar over eitt år. Nitten prosent av dei som ikkje var uføretrygda ved starten av studiet vart det innan oppfølgingstida for studiet. Av desse hadde 67 % berre ein periode med antidepressiver som behandlingforsøk. Räsänen, Hakko, Jokelainen & Tiihonen (1999) finn stor skilnad på risiko for uføretrygd mellom mottakarar av ulike typar medikamentell behandling av depresjon. Ut frå dette studiet konkluderar forfattarane at ein kan spare trygdeutgifter gjennom riktig og god behandling på eit tidleg stadium i sjukdomen.

I ein annan finsk studie mista 1/5 av pasientar evna til å vera i arbeid kort tid etter debuterande depresjonsdiagnose. Tidleg vurdering av risiko for å mista arbeidsevne kan synast viktig å gjennomføra for å kunne intervensere før uføretrygdingsprosessen vert byrja. Studien understrekar samstundes den sosioøkonomiske belastninga forbunde med depresjon (Sorvaniemi, Helenius & Salokongas, 2002).

Oppsummert kan det synast rart at trass tilsynelatande betra kunnskap og behandling for depresjon, ser det likevel ut til at funksjonell kapasitet hjå pasientane er redusert meir enn tidlegare og medfører at fleire vert uføretrygda med denne diagnosen (Salminen, Saaijärvi & Raitasalo, 1997).

1.3.2 Angst

Det finnast markant mindre litteratur når det gjeld samanhengen mellom angstlidingar og trygd enn kva som er tilfellet for depresjon og trygd. Dette trass i at prevalensen for angstlidingar er høg. NCS fann i 1994 ein samla livstidsprevalens for alle angstlidingar på

24.5 % (Kessler, McGonagle & Zhao, 1994). I høve til det føreliggande studiet vil Generalisert Angstliding (GAD) vera av størst interesse grunna val av inventorie i helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (HUNT-II).² For GAD finn Wittchen og Hoyer (2001) i ein oversiktsartikkel ein livstidsprevalens på 5 %.³ I ein norsk studie finn Kringlen, Torgersen & Cramer (2001) ein livstidsprevalens for GAD på 4,5 %. Livtidsprevalensen er høgare for kvinner (6,1 %), men skilnader mellom kjønna reduserast med aukande alder. GAD er ei liding som gjev vesentlege plager i same omfang som depresjon, og kan ha eit kronisk løp med tidvise symptomfrie periodar for nærare 2/3 av pasientane (Wittchen & Hoyer, 2001).

Trass omfattande litteratursøk har det ikkje lukkast å finne undersøkingar av GAD som sjølvstendig faktor for uføretrygding. I rapportar og arbeid frå rikstrygdeverket som omhandlar uføretrygd er angstlidingar sjeldan omtala spesielt, men inngår i kategorien ”psykiske lidingar”. Angstlidingar er derimot omtala i statistikk over sjukemeldingar, der angstdiagnosar utgjer om lag 10 % av alle utbetalingar grunna psykiske lidingar i åra 1995 og 1999 (Rikstrygdeverket, 2000).

I internasjonal litteratur synast angstdiagnosar og angstsymptom å vera nytta mest som indikator på psykiske plager. I studiar med uføretrygd som endepunkt er angst nytta til dømes som symptom blant krigsveteranar (Hardtvik, 1978), angst som indikator på post-traumatisk stressliding (Rezlaff & Cicerello, 1995) og angst som symptom på psykiske plager blant alkoholikarar (Elton & Hoernquist, 1983). I høve til somatiske lidingar vert det hevda at angsttilstandar kan auke smertepersepsjon og slik gje større plager av somatisk sjukdom (Velikova, Selby, Snaith & Kirby, 1995; Manninen, Heliövara, Riihimäki & Mäkelä, 1997).

1.3.3 Komorbid Angstliding og Depresjon

Komorbiditet mellom lidingar tilseier førekomst av to eller fleire lidingar innan eit definert tidsvindaue. Angst og depresjon opptre ofte som komorbide tilstandar og medfører saman større funksjonsreduksjon enn kva som er tilfelle når lidingane opptre kvar for seg (Lecrubier, 2001). ICD-10 introduserte diagnosen F41.2 Blanda angstliding og depresjon for å fange opp dei som har symptom på begge lidingar, samstundes som symptoma er for få eller for lite intense til å tilfredsstille nokon av enkeltdiagnosane (Boulenger, Fournier, Rosales & Lavallé, 1997). I ei større europeisk surveyundersøking gjev depresjon komorbid med angstliding meir alvorleg symptomrapportering enn ved depresjon komorbid med til dømes

² Sjå metodedel for meir utførleg presentasjon av inventorie.

³ Ved bruk av DSM-IV kriterium. Resultata vert noko høgare ved bruk av ICD-10 kriterium (6.5 %)

kroniske fysiske lidningar, sosiale vanskar og depresjon med omfattande søvnevanskar (Tylee, Gastpar & Lépine, 1999). Sartorius, Üstün, Lecrubier & Wittchen (1993) undersøkte risiko for å utvikle depresjon hjå pasientar med andre lidningar i eit større studium gjennomført for Verdas Helseorganisasjon (WHO). Risiko for å utvikle depresjon var 9 gonger større (OR=9) blant pasientar med angst og 6 gonger større (OR=6) for pasientar med to eller fleire kroniske medisinske lidningar samanlikna med ei kontrollgruppe utan andre lidningar. Same studiet viste stor grad av overlapping på symptomrapportering mellom angstlidning og depresjon: 39 % av pasientar med diagnostisert depresjon hadde i tillegg ei angstlidning, 44 % av pasientar med diagnostisert angstlidning hadde komorbid depresjon. Broadhead et al. (1990) finn i sitt studie at angst er hyppig førekommande komorbid med mildare depresjonar og gjev i tilfelle auka risiko for fråvere frå arbeid.

Ut frå litteraturen er det difor grunn til å vente at komorbid angstlidning og depresjon vil gje auka risiko for uføretrygding. Som tilfellet var for angst, er komorbid angst og depresjon som risikofaktor for uføretrygding ikkje funne spesifikt omtala tidlegare. I den grad komorbid angst og depresjon har vore studert med uføretrygd som endepunkt, er det som symptom på psykiske plager og korleis desse samverkar på uføretrygdingsrisiko med komorbide somatiske lidningar.

1.3.4 Angst og depresjon komorbid med somatisk sjukdom

Manninen et al. (1997) understrekar mangelen på studiar av psykiske plagar si innverknad på risiko for å verta uføretrygda av somatiske lidningar:

“Although several studies have addressed psychosocial predictors of disability, most of them have been carried out among patients with low-back disorders and cardiovascular diseases. Only a few studies have focused on disability in populations and only three of them are prospective. In none of them has the association between psychological distress and disability been considered”.

På bakgrunn av dette studerte dei psykiske plager som prediktor for uføretrygding grunna kroniske lidningar blant ein populasjon beståande av 18 – 64 år gamle finske gardbrukarar. Resultata tyder på at psykiske plager predikerar uføretrygding signifikant i høve til hjarte og karsjukdom (RR = 2.12), depresjon (RR = 2.57), uspesifiserte ryggplager (RR = 1.81) og nakke/ skulderlidningar (RR = 2.00) (Manninen et al., 1997).

Frå norske undersøkingar veit me at kroppslege og psykiske plager er sær vanleg i befolkninga. Ihlebæk, Eriksen og Ursin (2002) fann at 96 % av den studerte populasjonen

hadde ein eller annan form for subjektiv helseplage siste 30 døgn, utan at desse ligg til hinder for arbeid eller fritidsaktivitetar. Av resultata klarar dei ikkje å identifisera ei grenseverdi for når ein plage vert så omfattande at personen søker profesjonell hjelp. Om slike plagar er vidt utbreidd i befolkninga, kan det tenkjast at komorbide psykiske og somatiske plager kan gje auka sjølvopplevd funksjonstap sirkulært slik at psykiske plager gjer somatiske plager meir invalidiserande og vice versa. Psykologiske faktorar er identifiserte som ein svært viktig moderator for korleis slike plager vert oppfatta og meistra (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002), og kan slik spela ei sentral rolle i forholdet mellom psykisk helse og somatisk helse i prediksjon av seinare uføretrygding.

1.3.5 Sjølvopplevd arbeidsevne

I høve til forskning på sjukefråvere generelt har sjølvopplevd arbeidsevne vist seg som eit nyttig prognostisk verkty for å estimere kor lenge sjukefråvere vil vare (Reiso, Nygård, Brage, Gulbrandsen & Tellnes, 2001). Frå undersøkingar blant spesielle pasientgrupper med somatiske lidningar har angst og depresjon vist medierande effektar på sjølvopplevd arbeidsevne (Kurze, Gundersen & Svebak, 1999). I Sandemannutvalet si rapport (NOU, 2000:27) har kartlegging av funksjonsvurdering fått ein sentral plass som verkty for oppfølging av langtidssjukemeldte og folk i attføringstiltak. Sjølvopplevd arbeidsevne vil kunne vera ein del av ei slik kartlegging. Funksjonsvurdering skal kunne redusera talet på varig utstøytte frå arbeidslivet gjennom å retta fokus på ressursar og betring av desse, i staden for mot diagnosar og manglande moglege behandlingstiltak (Brage, 2002).

1.4 Kunnskap om uføretrygding i Noreg

Ut frå bidraga frå den sosiologiske og den økonomiske tradisjon innan trygdeforskning i Noreg kan det hevdast at det ikkje er klart kor mykje av uføretrygdinga som skuldast sjukdom generelt og psykiske lidningar spesielt utover dei anslaga som vert gjeve av statistikk frå rikstrygdeverket. Mykletun (2001) freista i si hovudoppgåve i psykologi å predikere uføretrygding på grunn av angstlidningar og depresjon i eit prospektivt design der rapportering av psykiske plager var ein del av ei generell helseundersøking og difor ikkje var hefta med at respondentane svara taktisk for å kunne influere utfallet av trygdesøknaden. Dette studiet hadde likevel fleire problem med forskingsdesignet. For det fyrste bestod kartlegginga av

psykiske plager av ein summert angst og depresjonsindeks (ADI) konstruert frå fire uvaliderte spørsmål om symptom på angst og depresjon. Angst og depresjonsmålet var slik ikkje validert frå andre populasjonar enn dei som deltok i studiet. For det andre var trygdestatus sjølvrapportert og kan slik gje upresist informasjon. For det tredje gjekk undersøkinga over ei 11-års periode der materialet ikkje gav nærare fastsetjing av tidspunkt for trygding. Den lange oppfølgingstida gav samstundes svekkja relevans av angst og depresjonsmålet. Resultata frå studiet tyder likevel på at angst og depresjon utgjer ein klar risiko for å verta uføretrygda, men syner ingen interaksjonseffekt med ulike former for somatisk sjukdom (Mykletun, 2001).

Det meste av arbeidet kring denne problemstillinga vert i Noreg gjort av rikstrygdeverket som har det overordna ansvaret for forvaltning og oppsyn over trygdeytningar i Noreg. Rapportar herifrå vert tillagt stor vekt i offentlege utgreiingar og dannar basis for kva me veit om helsetilhøve for klientar som er forsørgja av trygdesystemet. Statistikk frå rikstrygdeverket byggjer på utbetaling av stønad og vert vurdert som presise i forhold til utbetalte beløp. Det er samstundes viktig å vera klar over at trygdeutbetalingar vert gjevne som konsekvens av sjukdom slik det lokale trygdekontor vurderer det. Statistikk frå rikstrygdeverket er såleis strengt definert eit mål på økonomiske konsekvensar av gjevne diagnosar i form av uføretrygd og ikkje eit uttrykk for førekomsten av sjukdom i befolkninga (Rognerud, Stensvold, Strand, Hesselberg & Lyshol, 2000). Mykje av norsk trygdemedisinsk forskning og politisk handsaming trygdeordningane byggjer såleis på talmateriale som kan vera hefta med vesentlege validitetsproblem.

1.5 Validitet og reliabilitetsproblem i statistikk frå rikstrygdeverket

1.5.1 Validitet ved diagnosesetjing

Validiteten av trygdemedisinsk statistikk som årsaksforklaring i forhold til uføretrygding er avgrensa til i kva grad sjukdom åleine på individnivå er årsak til uføretrygdinga. Ved auke eller reduksjon av hyppigheit for enkelte diagnosar til grunn for uføretrygding, er det ikkje gjeve at ein vil finna tilsvarende endring i epidemiologiske studiar. I tråd med dette kan ein sjå at talet på uføretrygdingar har auka i 1990-åra utan ein tilsvarende auke i dei etablerte sjukdomsgruppene (Hardtvig, 1999). Hardtvik (1999) hevdar auken i stor grad skuldast såkalla diffuse lidningar; lidningar som manglar, heilt eller dels, objektive organiske funn som kan forklare den trygdesøkjandes funksjonsreduksjon. Sidan legen i slike

tilfelle står utan klare objektive kriterium for diagnosesetjing, må vedkommande setja diagnose i stor grad basert på symptompresentasjon. Etersom andre faktorar i tillegg til dei reint medisinske påverkar risiko for uføretrygding, må legane vurdere symptoma og plagene pasienten rapporterer og dels setja diagnose gjennom fortolking, skjønn og samhandling (Malterud, 1999).

Det synast openbart at pasienten kan ha insentiv for å framsette plager og symptom på ein slik måte at det kan prege saksutfallet i ein gjeven retning, jamfør attraksjonsmodellen (Rikstrygdeverket, 2000). Ulike pasientar vil ha ulikt syn på om eit tilvere som uføretrygda er attråverdig eller ei. Grünfeldt (1991) hevdar at haldning til trygd varierer i ulike populasjonar. I kva grad uføretrygding gjev økonomisk tap eller tap av sosioøkonomisk status kan prega pasientens motivasjon for å unngå trygding i utgangspunktet, samt kor motivert personen er for å gjennomføre attføringstiltak Grünfeldt, 1991). I tilfelle med komorbide tilstandar kan pasientar føretrekkje ein diagnose framfor ein annan for til dømes å unngå sosial stigmatisering. Tellnes (1988) hevdar somatiske lidningar ofte vert føretrekt som diagnose på fyrstegongs sjukemelding.

I tilfelle der pasienten ikkje har tilstrekkelege helseplager, men er strukturelt ekskludert frå arbeidsmarknaden kan det i nokre tilfelle vera mindre stigmatiserande å verta erklært sjuk enn at samfunnet ikkje kan ha nytte av eins kompetanse og arbeidsvilje. Festingers teori om kognitiv dissonans (Harmon-Jones & Mills, 1999) og Bems (1967) sjølvpersepsjonsteori er psykologiske bidrag som forklarar korleis haldningar kan gje endra åtferd, i denne samanheng symptomrapportering, som vil kunna auka sjansen for uføretrygding som utfall. Frå litteratur om ”utbrenthet” hevdast det at mange føretrekk å vera ”utbrente” i staden for å få diagnosen depresjon eller andre psykiske lidningar, sjølv om symptoma mellom ved tilstandane er overlappande (Matthiesen & Roness, 2002). I samband med dette kan det nemnast at eit argument for omlegginga til fastlegesystemet var å auka kontinuitet i lege - pasient relasjonen slik at legen i trygdespørsmål kan ha betre oversikt over den totale helsesituasjonen til pasienten.

1.5.2 Reliabilitet ved diagnosesetjing

Legane som vurderer pasienten sine plager vert tillagt stor vekt ved vurderinga av søknaden om uføretrygding. I kva grad ulike legar kjem til same konklusjon i trygdesaker kan vera eit uttrykk for reliabiliteten i statistikken frå rikstrygdeverket. Getz, Westin og Paulsen delar i sitt studie frå 1994 legar inn etter rolleoppfatting i høve til trygdespørsmål og korleis

dei tykkjer trygdespørsmål skal forvaltast av legane. Legar som plasserast i "advokatrolla" er prega av den Hippokratiske tradisjonen og tenkjer og handlar til beste for pasienten i tråd med pasienten sine uttrykte behov. Legane som plasserast i "konsulentrolla" opptrer med distanse til pasienten, er lojale ovanfor systemet og ynskjer ikkje innverknad på sluttresultatet i trygdesaker. Terum og Nergård (1999) hevdar dei skjønsmessige vurderingane legar gjer i høve til trygdesaker er farga av deira verdi- og moraloppfatting. Ei orientering mot "advokatrolla" kan gje ein dreining av diagnosebiletet ved at legar diagnostiserer taktisk slik at trygdekontoret godkjenner diagnosen og utløyser uføretrygd (Rikstrygdeverket 2000; Solvang 1999). I 1991 vedtok Stortinget å innskjerpe dei medisinske vilkåra for uføretrygd for å hindre ei utvikling der sosiale problem skulle gje rett til sjukepengar eller uføretrygd. I etterkant av vedtaket har likevel tilgangen til uføretrygd auka (Gjesdal & Kristiansen, 1997; Claussen & Bjerkedal, 1999).

Når politiske innstrammingar kring utløysande vilkår for uføretrygd vert fatta vil "advokaten" utvikle strategiar som kan medverke til å auke sjansen for at deira pasientar sikrast forsørging frå fellesskapet (Terum & Nergård, 1999).

I slike tilfelle kan rådgjevande lege ved trygdekontoret ha ein kontrollfunksjon som kan etterprøva konklusjonane fatta av pasienten sin primærlege. Getz og Westin undersøkte samsvar mellom primærlegar og rådgjevande legar si vurdering av komplekse uføresaker. Dei fann stor variasjon i synet på trygdesøkjjarane mellom dei to gruppene legar og mellom legar internt i dei to gruppene. Skilnadene var store når det gjaldt kva symptom som kvalifiserte til å godta pasienten si subjektive oppfatning av funksjonstap. Det var òg stor usemje i vurderinga av når tilstrekkelege attføringstiltak og behandling var utprøvd slik at uføretrygding kunne tilrådest. Slike tendensar kan gje ei geografisk avgrensa dreining av diagnosesamansetjingar ved lokale skifte av legar og den diagnosekulturen dei representerer (Getz & Westin, 1995).

Sidan uføretrygdingsprosessen går gjennom mange ledd kan det vera tilfelle der korrekt saksgang ikkje finn stad. Rikstrygdeverket hevdar det er flest feil og manglar i saksgang der psykiske lidingar ligg til grunn for søknaden. Behandlinga er dårleg dokumentert, søkjaren er ikkje tilvist til attføring og somme tider tek trygdekontoret avgjersler på tvers av råd frå sakkunnig (Rikstrygdeverket, 2000).

Samla utgjer manglande konsensus mellom legar og blant dei som skal etterprøva legane sine tilrådingar kombinert med feil i saksgang eit trugsmål for reliabiliteten ved vedtak om uføretrygd. Interbedømmar-reliabiliteten av diagnosane av psykiske lidingar som ligg til grunn for uføretrygding i Noreg er sannsynlegvis låg, men dette er ikkje adekvat dokumentert.

1.6 Formålet med studiet

Ut frå litteraturgjennomgangen kan det oppsummerast at det finnast få gode studiar av angst og depresjon som risikofaktor for uføretrygding. Særleg synast desse manglane å vera store i Noreg. Når ein tek høgde for at nasjonsspesifikke kulturelle og politiske faktorar, samt eit utal individuelle faktorar kan spela inn på diagnosestjing og uføretrygdingsrisiko, vil det vera av stor interesse å få meir kunnskap om risikofaktorar identifisert utan at legen, eller den sakkunnige som skal ta stilling til trygdingsprosessen, er involvert.

Dette studiet vil difor nytte eit prospektivt design der opplysningar om personens helse er innhenta åtskilt frå konteksten der trygdespørsmål avgjerast. Den overordna målsetjinga er å vurdere angst og depresjon som risikofaktorar for uføretrygding, og i kva grad resultata tyder på at denne samanhengen er undervurdert i litteraturen. For å møte målsetjinga vil følgjande underproblemstillingar verta svara på.

(A) Kan ein ut frå det prospektive design hevda at angst, depresjon eller komorbiditet mellom angst og depresjon predikerer risiko for uføretrygding?

(B) Om ein som forventa finn at angst/depresjon predikerer uføretrygding som nemna i problemstilling A, kan resultata forklarast av effektar frå samtidig somatisk sjukdom?

(C) Er der ein interaksjonseffekt mellom samtidig angst/ depresjon og somatisk sjukdom?

(D) Tilslutt vil resultata samanliknast med risiko for uføretrygding på psykiske diagnosar estimert ut frå rikstrygdeverkets statistikk.

2.0 METODE

2.1 Studiepopulasjon og datamateriale

2.1.1 Studiepopulasjon

Basert på oppdaterte folkeregister fekk alle innbyggjarar på 20 år eller eldre i alle 24 kommunar i Nord-Trøndelag ein personleg invitasjon via brev til å delta i den andre Helseundersøkinga i Nord-Trøndelag (HUNT-II) som gjekk føre seg i perioden 1995 til 1997.

Med invitasjonen fylgja det med eit forslag på dato og stad for somatisk helsesjekk og blodprøver. Brevet med invitasjonen inneheldt eit spørjeskjema (skjema 1) deltakarane skulle fylle ut og ta med til undersøkinga. Ved frammøte til dei kliniske undersøkingane vart deltakarane tildelt ytterlegare eitt spørjeskjema (skjema 2) med oppfordring til retur via post. Dette gav ein noko lågare svarprosent for skjema 2 i høve til skjema 1. Variablane som analysane i dette studiet er baserte på er frå skjema 1.

Nord-Trøndelag fylke inneheld om lag 3 % av Noregs befolkning. I forhold til tal frå folkeregisteret var 92 100 personar innan inklusjonskriteria for HUNT-II på 20-89 år for å delta i studiet. Av desse deltok 65 648 personar som gjev ein svarprosent på 71,3 %. Kartlegging av angst og depresjon er gjort gjennom Hospital angst og depresjonsskala (HADS) som er ein del av skjema 1 i HUNT-II. HADS presenterast utførleg i eiga kapittel om måleinstrument. Krav til tal på ledd som må vera utfylt i HADS gjer at talet på deltakarar reduserast til 51 415, som gjev ein svarprosent på 55,8.

Sidan fokus for studiet er prospektive analysar på risiko for uføretrygding var det naturleg å ekskludere personar under 20 og over 68, samt dei som allereie var uføretrygda før HUNT-II (sjå punkt 2.4 for meir utførleg informasjon kring denne prosedyren). Dette gav ei endeleg deltakargruppe på 45 782 personar, 49,7 % av den spurte populasjonen, 22 056 menn og 23 726 kvinner, med snittalder på 42 år (std. 12.31). Grunna manglande informasjon om dei ikkje-frammøtte, var det ikkje mogeleg å eksakt talfesta studiepopulasjonen. Deltakarprosent etter dei definerte eksklusjonskriteria estimerast til i underkant av 70 % basert på kalkulasjon av høvetal mellom den totale populasjonen i Nord-Trøndelag, aldersfordeling og trygdestatistikk.

2.1.2 Trygdestatus

Data om trygdestatus for deltakarane i åra 1996 til og med 1999 er gjevne av rikstrygdeverket, som har det overordna oppsynet med alle trygdeytningar i Noreg. Desse data inneheld diagnosar frå både ICD-9 og ICD-10, sidan omlegginga til ICD-10 fann stad i Noreg 1.januar 1998. Alle diagnosar frå tidlegare utgåve er koda om til kapittelkoder tilsvarande dei ein finn i ICD-10, og kan slik reknast for å vera presise. Ingen av analysane nyttar spesifikke diagnosar som kan vera uteletne, erstatta eller som er nye mellom dei to utgåvene.

2.2 Måleinstrument

The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) er eit spørjeskjema som inneheld 14 ledd i to underskalaer, sju på angst (angstskalaen HADS-A) og sju på depresjon (depresjonsskalaen HADS-D). Spørsmåla er enkelt formulert (Zigmond & Snaith, 1983). Instrumentet vart fyrst konstruert som eit kartleggingsverktøy for angst og depresjon for pasientar ved somatiske sjukehus. For å hindre identifikasjon av falske positive psykiske lidingar er fysiske symptom som ofte er assosiert med depresjon og angst utelatne frå inventoret. Spørsmåla i HADS vart utforma for å fange opp mildare psykopatologi avdi eksisterande instrument var retta inn mot alvorlegare patologi.

Når psykiatriske kartleggingsverktøy vert nytta på ikkje-psykiatriske grupper kan ein somme gonger finna liten variasjon avdi normalbefolkninga svarar jamt i nedre del av skalaen, ofte kalla "floor effect". Det er difor essensielt at HADS er validert for og akseptert brukt innan både psykiatriske og ikkje-psykiatriske grupper. Instrumentet er lett å administrere og let seg fylla ut i løpet av 2 – 6 minutt (Herrmann, 1997).

Ved ufullstendig respons, nyttar ein ofte ein substitusjonsprosedyre. Til dømes har Stordal et al. (2001) definert at valid respons på HADS krevjar svar på fem eller fleire ledd på både HADS-A og HADS-D (Stordal et. al. 2001). Kwart spørsmål vert skåra på ein skala frå 0-3. Skårer på 8 eller meir er nytta som grenseverdi for positiv kausidentifikasjon på både HADS-D og HADS-A. Denne verdien vert anbefala for eit optimalt forhold mellom sensitivitet og spesifisitet (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). I dette studiet vil omgrepa angst og depresjon nyttast om skåre større eller lik 8 på respektivt angstledda og depresjonsledda. Ved å bruke desse grenseverdiane skåra 1 552 (3,4 %) personar positivt for depresjon og 4 480 (9,8 %) for angstlidning. I tillegg vart individa med komorbid angstlidning og depresjon skilte ut i ei eiga gruppe, slik at desse berre inngår i den komorbide gruppa. Til saman skårar 2 197 (4,8 %) personar positivt på både HADS-A og HADS-D og sorterar inn under denne gruppa som i analysane kallast HADS-AD.

HADS-D tappar i hovudsak den affektive komponenten av depresjon som er prega av redusert livsglede (anhedoni). Anhedoni er den eine av dei tre sentrale diagnosekriteria på depresjon i ICD-10. HADS-D tappar og depressiv kjensle, men ikkje det tredje, som er manglande energi. Overlappinga mellom depresjon definert ved HADS og "major depression" i DSM-III/ DSM-III-R er moderat, mens den ikkje er testa for denne diagnosen i ICD-10. I deltakargruppa gav HADS-D ein intern konsistens målt ved Cronbachs alpha på 0,76. HADS-A spørsmåla fokuserer hovudsakleg på uro og har eitt ledd som tappar panikkangst. Ledda HADS-A sitt innhald gjer at positiv skåre ligg nærast generalisert angstlidning (GAD) av ICD-10 diagnosane. Overlappinga av angstlidning definert ved HADS

og angstlidingane i DSM-IV og ICD-10 har ikkje vore testa. I deltakargruppa gav HADS-A intern konsistens ved Cronbachs alpha på 0,79. Alle ledd og svaralternativ i instrumentet er vedlagt i tabell 7 i appendiks.

Den norske oversettinga av HADS syner gode og stabile psykometriske eigenskapar i HUNT-befolkninga, samt i undergrupper definert ut frå utdanningsnivå, psykiatriske og somatiske symptom, og i tillegg for begge kjønn i 10-års aldersgrupper frå 20 – 89 år (Mykletun, Stordal & Dahl, 2001).

2.3 Operasjonalisering av uføretrygding

Deltakarane fordelast på uføretrygdingsvariabelen etter følgjande kriterium: Dei som inngår i gruppa uføretrygda har innan to år etter gjennomføringa av HUNT-II undersøkinga for fyrste gong fått innvilga søknad om uføretrygd. Sidan HUNT-II data vart innhenta over ein toårs periode, er oppfølgingsperioden på to år individuelt tilpassa etter tidspunkt for frammøte til helseundersøkinga. Dei som inngår i gruppa av ikkje-uføretrygda har ikkje fått innvilga uføretrygd i denne perioden, og er heller ikkje uføretrygda tidlegare då dei som er uføretrygda før HUNT-II, vart fjerna frå datasettet. Sidan datatilgangen frå rikstrygdeverket til dette studiet er avgrensa bakover til 1984, kan det finnast enkelte innan gruppa ikkje-uføretrygda som har fått uføretrygd før 1984 og dermed i fylgje eksklusjonskriteria skulle vore fjerna frå datasettet. Desse personane må ha vore maksimum 54 år i 1983 for å kunne delta i HUNT-II i 1995 før oppnådd pensjonsalder og såleis eksklusjon frå studia. Grunna demografisk aldersfordeling på dei nye uføretrygda (sjå tabell 1 og figur 2) vil mange av dei som vart uføretrygda før 1984 ha vorte pensjonerte før HUNT-II og nokre vil vera borte ved naturleg avgang. Mange får dessutan justeringar i trygdedata etterkvart⁴, som gjer at dei vert registrerte i trygdedata etter 1984 og såleis fjerna frå datasettet. Oppsummert vil dei falske negative uføretrygda vera få og ikkje kunna påverka resultata nemneverdig.

Data frå rikstrygdeverket presenterer primærdiagnosen som ligg til grunn for uføretrygdinga, samt eventuelle sekundærdiagnosar som opptrer komorbid og bidreg til nedsett arbeidsevne. I tillegg kan enkelte som tidlegare nemna ha fleire oppføringar over tid. I analysane er uføretrygdingsdiagnose operasjonalisert som primærdiagnose ved fyrste innvilga uføretrygding og dermed fyrste oppføring i trygdedata. Dette er i tråd med praksis frå

⁴ 53,8 % av dei som er uføretrygda i 1984 får endra oppføring i perioden 1985 til 1999.

rikstrygdeverket som oftast nyttar primærdiagnosar i sine rapportar om diagnosefordeling blant uføretrygda.

Etter desse inklusjonskriteria utgjer talet på uføretrygda i oppfølgingsperioden 1065 personar, 483 menn og 582 kvinner.

2.4 Operasjonalisering av somatisk sjukdom

2.4.1 Somatiske symptom

Somatiske symptom er sjølvrapportert og tappa frå delspørsmål i HUNT-II skjema 1 og 2. Det blir spurt etter omfang av gastrointestinale plager, migrene og hjertebank siste tolv månader, muskel-, skjelettsmerter i minst tre månaders samanhengande utstrekning og hovudpine ein gong per sju dagar eller oftare. For å vurdere somatiske symptom som risiko for uføretrygd vart det konstruert ein sumskåre for alle symptom. Prevalensen av muskel-, og skjelettplager var svært høg i deltakargruppa, og i tråd med prevalenstal frå undersøkingar i andre norske utval (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002).

Somatiske symptom er det sjølvopplevde resultatet av somatisk og psykisk sjukdom, men gjev ikkje alltid naudsynt styrke, varigleik eller funksjonssvikt tilsvarande kriteria for ein diagnose. Etiologisk kan somatiske symptom samstundes vera eit derivat av både psykiske lidingar gjennom somatisering og somatiske lidingar ved smerte. Det kan ikkje utelukkast at somatiske symptom gjev risiko for uføretrygding både grunna somatisk sjukdom og psykiske lidingar. For å få ein meir klinisk valid differensiering mellom gruppene på somatiske symptom som dominerast av dei høge prevalenstala for muskel og skjelettplager, vart to eller fleire symptom satt som grenseverdi for variabelen somatiske symptom. Dette gjev ei gruppe på 4 557 (10%) med somatiske symptom og 41 225 (90%) utan.

2.4.2 Somatiske diagnosar

Ved kontroll for somatiske diagnosar nyttast informasjon frå HUNT-II skjema 1. Diagnosane er sjølvrapporterte etter spørsmål om ein har hatt diagnosane, om ein har fått påvist diagnosar eller om legen har sagt at ein har dei ulike diagnosane. Diagnosane det blir spurt etter er kreft, hjarte-, karsjukdomar (hjarteinfarkt, angina og hjerneslag), diabetes, stoffskiftesjukdomar, fibromyalgi og andre diagnostiserbare muskel-, og skjelettlidningar og i

t tillegg astma. Det er ikkje den same tradisjonen for vurdering av validitet og reliabilitet av spørsmåla om diagnosar og symptom slik det er vanleg innan psykometrisk testing. Det finnast ingen publikasjonar på desse eigenskapane for dei aktuelle spørsmåla. Dei er heller ikkje stadfesta hjå deltakarane sine legar eller på dei to sjukehusa i Nord-Trøndelag. I analysane delast gruppene på variabelen somatiske diagnosar mellom dei med ein eller fleire diagnosar (N = 10 210, 22 % av utvalet) og dei som seier dei ikkje har nokon diagnostisert sjukdom (N = 35 572, 78 % av utvalet).

2.4.3 Dikotom somatisk sjukdom

I interaksjonsanalysen er somatisk sjukdom representert ved den konstruerte variabelen S. Den skiljar ved positivt utslag på enten somatisk diagnose, somatiske symptom eller samtidige somatiske diagnosar og somatiske symptom eller ingen positive utslag på dei nemnde variablane. Til saman har 13 079 (29 %) utslag på ein av indikatorane på somatisk sjukdom, og er difor S-positiv.

2.5 Operasjonalisering av psykiske diagnosar

I fleire av analysane vert psykiske diagnosar frå trygdestatistikken nytta som filter for å studere risiko for uføretrygding på somatiske lidingar. I denne samanhengen er psykiske diagnosar operasjonalisert ut frå ICD-10 og ICD-9 diagnosar i statistikk frå rikstrygdeverket. I ICD-9 omhandlar punkt 290-320 desse lidingane. I våre data er desse koda om og plassert i samsvar med inndelinga i ICD-10, der dei finnast i kapittel F frå F00 til F99. Når me skal finne i kva grad psykiske plager målt gjennom HADS inventoret gjev risiko for uføretrygding med somatiske diagnosar, fjernar me dei med primær eller sekundær uføretrygdingsdiagnose frå kapittel F frå analysane. Av dei som er i gruppa uføretrygda er det 255 personar med F-diagnose, som tilsvarar 24 % av dei uføretrygda. Sidan 68 av desse har psykiske diagnosar som sekundærdiagnose, er det 18 % av dei uføretrygda som har F-diagnose som primærdiagnose som er noko lågare enn talet på primærdiagnosar i uførestatistikk i nasjonale oversikter der psykiske diagnosar i 1995 utgjorde 22 %, og i år 1999 24 %.

2.6 Operasjonalisering av kontrollvariablar

For å unngå spuriøsitet vil alle analysar verta kontrollerte for å sjå om effekten av HADS på uføretrygdingsrisiko skuldast andre assosierte variablar. Dei openbare kontrollvariablane er alder og kjønn der aldersgrupper er presentert som dummykategoriar med 10-års intervall og alder 20-29 som referanse. Bruk av andre kontrollvariablar er gjort frå eit utval i tråd med tilsvarande inndeling av HUNT-II data i Stordal, Mykletun og Dahl (2003).

Nokre av variablane som kan relaterast til symptom eller konsekvensar av depresjon eller angstliding vart utelatne for å unngå sirkulær argumentasjon. Variabelen ”subjektivt funksjonstap” tener som eit døme på dette då angstliding og depresjon gjev auka oppleving av funksjonstap (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002). samstundes som det gjev risiko for uføretrygding og sjukefråvere (Reiso et al., 2001). Ved å kontrollere for denne variabelen kan ein gjera seg skuldig i såkalla ”overjustering” og slik svekkja resultatata unødig.

I analysane er det lagt vekt på å vurdere i kva grad helsetilhøve gjennom dei tidlegare operasjonaliserte somatiske sjukdomsindikatorane forklarar effektane av HADS på uføretrygdingsrisiko. I forkant av analyser der desse vert nytta som kontrollvariablar vart det gjort analysar for å vurdere i kva grad desse i seg sjølve gav risiko for uføretrygding. I desse analysane vert somatiske diagnosar sin effekt på risiko for uføretrygding kontrollert for effekten av somatiske symptom og vice versa. I tillegg vert effektane av respektivt somatiske diagnosar og effektane av somatiske symptom kontrollerte for effektane av HADS, alder og kjønn.

Variabelen samtidige somatiske symptom og diagnosar (SSD) er konstruert for å vurdere effekt på uføretrygdingsrisiko ved samtidige somatiske diagnosar og symptom. Variabelen vil vidare verta nytta som kontrollvariabel i forhold til effekten av HADS på uføretrygdingsrisiko. SSD er konstruert slik at dei som har samtidige somatiske symptom og diagnosar vert tatt ut frå gruppene som har somatiske symptom og somatiske diagnosar kvar for seg, på same måte som det vart gjort for angst, depresjon og komorbid angst og depresjon i HADS inventoret. Ved å nytte ein slik prosedyre hindrar ein at kvart individ teljast med i fleire variablar på somatisk sjukdom. I alt 1 688 (4 %) har samtidig somatisk sjukdom og somatiske diagnosar og fell inn under variabelen SSD.

2.7 Statistikk

Alle statistiske analysar er utført med Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versjon 11.01. Hypotesetestande statistikk for estimering av risikofaktorar for uføretrygd er gjort ved logistisk regresjon. Alle resultat er presentert som odds ratio (OR). Interaksjonseffektar er innleiingsvis vurdert ved samvarians mellom HADS skåre (sjå kap. 2.3 for operasjonalisering) og rapportert somatisk sjukdom (sjå kap. 2.5 for operasjonalisering). Retning og styrke av moglege interaksjonseffekt er testa gjennom bivariat logistisk regresjon der uføretrygding er satt som dikotom avhengig variabel. HADS skåre og somatisk sjukdomsdiagnose, samt produktet av HADS og somatisk sjukdomsdiagnose er inkludert i modellen.

2.8 Etikk

HUNT-II er godkjend av Datatilsynet og Regional komité for medisinsk forskingsetikk i Helseregion IV. Alle deltakarane har levert skriftleg samtykke etter skriftleg informasjon om undersøkinga.

3.0 RESULTAT

3.1 Alder og kjønnsdistribusjon på sentrale variablar

Totalt 45 782 personar tilfredsstilte inklusjonskriteria for undersøkinga. Talet på nye uføretrygda aukar jamt med stigande alder før ein ser ein svak reduksjon i den eldste aldersgruppa samstundes som det er ein svak overvekt av kvinner blant dei nye uføretrygda. Fordeling etter kjønn på uførestatus og HADS-skåre er vist i tabell 1 og framstilt grafisk i figur 1, tilsvarande for alder er vist i tabell 1 og framstilt grafisk i figur 2.

Tabell 1 – Deskriptive karakteristika N (%)

Variablar	Kjønn		Alder				
	Kvinne	Mann	20-29	30-39	40-49	50-59	60-68
UT							
Ja	582 (3)	483 (2)	27 (0)	93 (1)	181 (1)	459 (5)	305 (7)
Nei	23144 (97)	21573 (98)	8416 (100)	11024 (99)	12377 (99)	8704 (95)	4196 (93)
HADS							
Ref	19136 (81)	18417 (84)	7142 (85)	9181 (83)	10149 (81)	7359 (80)	3722 (83)
A	2767 (12)	1731 (8)	961 (11)	1192 (11)	1274 (10)	763 (8)	290 (6)
D	617 (3)	935 (4)	102 (1)	243 (2)	433 (3)	481 (5)	293 (7)
AD	1206 (5)	991 (4)	238 (3)	501 (4)	702 (6)	560 (6)	196 (4)

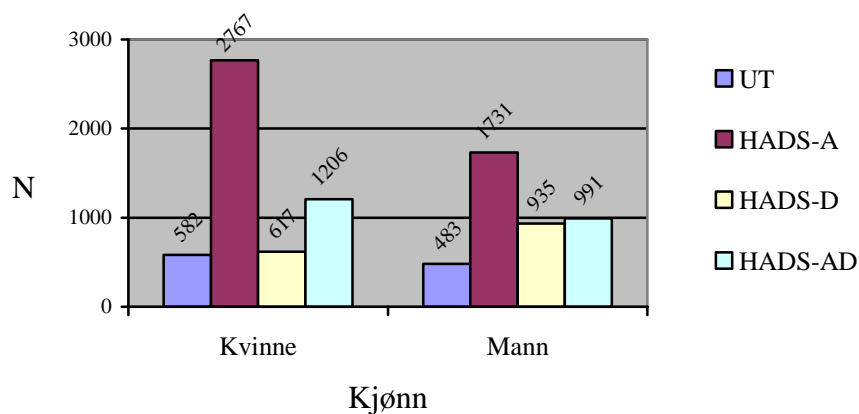
UT: Uføretrygding

A: HADS-A skåre større eller lik 8.

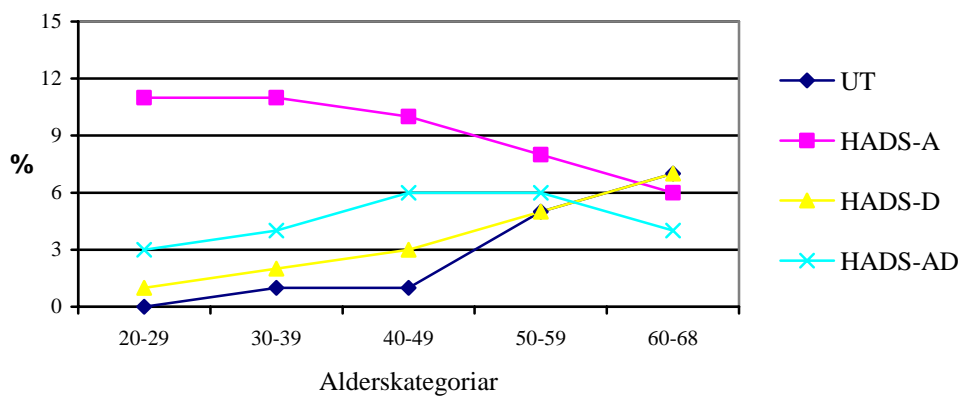
D: HADS-D skåre større eller lik 8.

AD: HADS-A skåre og HADS-D skåre større eller lik 8.

Figur 1. – Kjønnsdistribusjon av uføretrygd og HADS



Figur 2. – Aldersdistribusjon av uføretrygd og HADS, alle tal i prosent



3.2 (A): Er elevert HADS ein risikofaktor for uføretrygding?

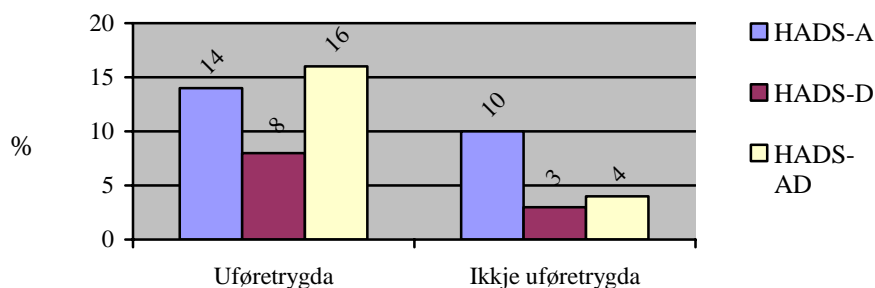
Førekost av angstlidning, depresjon og komorbid angstlidning og depresjon fordelar seg på uføretrygdingsstatus som vist i tabell 2 og figur 3. Av dei som vert mottakarar av uføretrygd innan to år etter HUNT-II, er prosentdelen med angstlidning, depresjon og komorbid angstlidning og depresjon større enn kva tilfellet er for gruppa som ikkje vert uføretrygda. Skilnaden er særleg stor for personar med komorbid angst og depresjon.

Tabell 2 - HADS skåre etter uførestatus to år etter helseundersøkinga

	Uføretrygd N (%)		Total N (%)
	Ja	Nei	
Ref	662 (62)	36891 (83)	37553 (82)
HADS-A større eller lik 8	147 (14)	4333 (10)	4480 (10)
HADS-D større eller lik 8	83 (8)	1469 (3)	1552 (3)
HADS-AD større eller lik	173 (16)	2024 (4)	2197 (5)
Total	1065 (100)	44717 (100)	45782 (100)

Pearson chi-square: 430.45, $p < .001$.

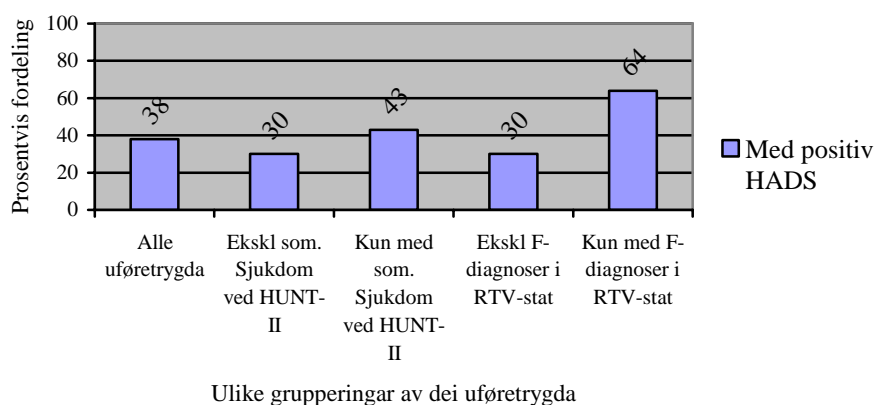
Figur 3 – HADS skåre etter uførestatus i prosent.



Figur 4 syner kor mange prosent av dei uføretrygda som skårar positivt på ein av HADS kategoriane for alle uføretrygda, uføretrygda med og utan somatisk sjukdom i HUNT-II, og uføretrygda med og utan psykiske diagnosar. Av dei som vert uføretrygda innan to år etter HUNT-II har 38 % (N = 403) positivt utslag på ein av HADS-skalaene, mot 18 % (N = 7 826) av dei som ikkje vert uføretrygda. Når dei som har somatisk sjukdom (enten somatiske symptom eller somatiske diagnosar) vert fjerna frå analysane er det 30 % (N = 120) av dei uføretrygda som ved HUNT-II hadde positiv HADS-skåre. Når ein berre ser på dei uføretrygda som har somatisk sjukdom, aukar prosentdelen av dei med positiv HADS til 43 % (N = 283). Det er særskilt grunn til å merka seg at 30 % (N = 243) av dei som er uføretrygda

utan at psykiske diagnoser er nemnd, to år tidlegare har positiv HADS-skåre, mens av dei 255 personane som er uføretrygda med psykiske diagnoser har 64 % (N = 163) positiv HADS. Prosentdelen av dei uføretrygda som har elevert HADS-skåre er større blant dei med somatisk sjukdom enn dei utan, og blant dei som vert uføretrygda utan at psykiske lidningar er nemnt, har nær 1/3 positiv HADS ved HUNT-II. Ut frå dette ser det ut til at positiv HADS samvarierer med somatisk sjukdom.

Figur 4 – Prosent med angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon hjå uføretrygda



Nullhypotesen for problemstilling (A) postulerer at der ikkje skal vera nokon positiv effekt av angstliding og depresjon isolert eller komorbid liding på risiko for seinare uføretrygding, verken med eller utan kontroll for andre variablar. Resultata av regresjonsanalysar kring denne og neste problemstilling finnast i tabell 3 og 4 og er grafisk framstilte i figur 5. Resultata av analysane på i kva grad HADS-skåre predikerar uføretrygding vil verta gjevne med indikasjon på om dei er (1) Direkte effektar av angst og depresjon på uføretrygdingsrisiko; (2) Justert for alder og kjønn; (3) Justert for alder, kjønn og somatiske symptom; (4) Justert for alder, kjønn og somatiske diagnoser og tilslutt (5) Justert for alder, kjønn og SSD.

Med gruppa som ikkje rapporterer verken klinisk relevant angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon som referanse (OR = 1.00) ser me ein auka risiko for uføretrygding hjå personar med angst (OR = 1.89), depresjon (OR = 3.15) og personar med komorbid angst og depresjon har heile 4.76 gonger større odds for å verta uføretrygda enn referansegruppa utan angst eller depresjon. Når me justerer for alder og kjønn vert effekten av angst noko sterkare (OR = 2.21), effektane av depresjon og komorbid angst og depresjon vert redusert noko, men resultata syner enno ein signifikant auka uføretrygdingsrisiko ved

respektivt depresjon (OR = 2.19) og komorbid angst og depresjon (OR = 4.47). Alder og kjønn utgjør ikkje ein vesentleg forskjell i analysane og alle resultat vil vidare verta presenterte etter justering for alder og kjønn.

Både angst, depresjon og komorbid angst og depresjon aukar risikoen for å verta uføretrygda innan to år etter HUNT-II. Sidan HADS skal måle psykiatriske symptomnivå, synast det naturleg at positive skåre på HADS skal predikere utfall i form av uføretrygding på psykiatriske diagnosar. For å finne i kva grad positive HADS skårar har effekt på uføretrygdingsrisiko for somatiske diagnosar, fjernar me dei som er uføretrygda med psykiatriske diagnosar frå analysane.

Elevert HADS gjev ein auka risiko for uføretrygding på diagnosar der psykiske diagnosar ikkje er nemna. For dei ulike HADS inndelingane gjev angst ein oddsratio på 1,57, depresjon gjev 1,94 mens komorbid angst og depresjon gjev odds på 2,62 for uføretrygding samanlikna med dei utan positiv angst, depresjon eller komorbid angst og depresjon. Alle effektar er etter kontroll for alder og kjønn statistisk signifikante.

Oppsummert kan me sjå at elevert HADS aukar uføretrygdingsrisiko signifikant for alle diagnosar til grunn for uføretrygding og i tillegg når ein berre ser på uføretrygding med somatiske diagnosar sjølvstendig etter justering for alder og kjønn.

3.3 (B) Kan somatisk sjukdom forklare effekten av HADS på uføretrygdingsrisiko?

Analysar vist i tabell 3 syner at både somatiske diagnosar, somatiske symptom og samtidige somatiske diagnosar og symptom (forkortinga SSD nyttast vidare) gjev effekt på uføretrygdingsrisiko etter suksessiv justering for alder og kjønn, samt psykiske lidingar målt med HADS. I desse analysane vert i tillegg somatiske diagnosar justert for somatiske symptom og omvendt. I alle tilfelle endrast effektane av respektivt somatiske diagnosar, somatiske symptom og SSD på uføretrygdingsrisiko av justering for dei ulike variablane, men er framleis sterke. Effektane av dei ulike inndelingane av somatisk sjukdom ser slik ut til å vera sjølvstendige.

Tabell 3 – Effektar av somatisk sjukdom på uføretrygdingsrisiko for alle diagnosar.

Somatisk sjukdom	Justering for kontrollvariablar	OR	95 % CI
Somatiske diagnosar	Direkte effekt	4.48	3.96 – 5.06
	Alder og kjønn	3.21	2.83 – 3.65
	Somatiske symptom	2.99	2.63 – 3.96
	HADS	2.98	2.63 – 3.39
Somatiske symptom	Direkte effekt	2.83	2.45 – 3.28
	Alder og kjønn	2.72	2.34 – 3.16
	Somatiske diagnosar	2.31	1.98 – 2.69
	HADS	2.25	1.93 – 2.62
SSD	Direkte effekt	5.41	4.55 – 6.42
	Alder og kjønn	4.45	3.72 – 5.32
	HADS	3.57	2.97 – 4.29

SSD: Samtidige somatiske symptom og somatiske diagnosar

HADS: Angst, depresjon eller komorbid angst og depresjon

Den allereie demonstrerte effekten av HADS på risiko for uføretrygding kan vera spuriøs om somatiske symptom, somatiske diagnosar og begge samstundes samvarierer med HADS og står for den verkelege grunnen til auka uføretrygdingsrisiko. Av resultata i tabell 4 kan ein sjå at to eller fleire somatiske symptom og ein eller fleire somatiske diagnosar kvar for seg samt når dei opptrer saman reduserer effekten av HADS på uføretrygdingsrisiko utover resultata etter justering for alder og kjønn.

Tabell 4 – Effektar av HADS på uføretrygding for alle diagnosar og for somatiske diagnosar.

Kontrollvariablar		Alle nye uførepensjonar etter HUNT-II			Nye uførepensjonar etter HUNT-II utan trygdingar med F-diagn.		
		OR	95 % CI	Sig.	OR	95 % CI	Sig.
Direkte effekt	Ref.			.000			.000
	HADS-A	1.89	1.58 – 2.67	.000	1.31	1.04 – 1.64	.021
	HADS-D	3.15	2.49 – 3.98	.000	2.92	2.25 – 3.78	.000
	HADS-AD	4.76	4.01 – 5.66	.000	2.81	2.24 – 3.54	.000
Justering for alder og kjønn	Ref.			.000			.000
	HADS-A	2.21	1.83 – 2.66	.000	1.57	1.24 – 1.98	.000
	HADS-D	2.19	1.72 – 2.78	.000	1.94	1.49 – 2.53	.000
	HADS-AD	4.47	3.74 – 5.35	.000	2.62	2.08 – 3.32	.000
Justering for somatiske symptom	Ref.			.000			.000
	HADS-A	1.96	1.62 – 2.36	.000	1.40	1.11 – 1.77	.005
	HADS-D	2.09	1.64 – 2.65	.000	1.86	1.42 – 2.42	.000
	HADS-AD	3.94	3.29 – 4.72	.000	2.35	1.85 – 2.98	.000
Justering for somatiske diagnosar	Ref.			.000			.000
	HADS-A	2.02	1.67 – 2.44	.000	1.43	1.13 – 1.80	.003
	HADS-D	2.06	1.62 – 2.62	.000	1.82	1.40 – 2.38	.000
	HADS-AD	3.98	3.32 – 4.77	.000	2.31	1.82 – 2.93	.000
Justering for SSD	Ref.			.000			.000
	HADS-A	1.84	1.52 – 2.22	.000	1.31	1.03 – 1.66	.026
	HADS-D	1.99	1.57 – 2.54	.000	1.76	1.35 – 2.30	.000
	HADS-AD	3.58	2.98 – 4.30	.000	2.11	1.66 – 2.68	.000

HADS-A: sumskåre på 8 eller meir på dei sju angstledda i HADS

HADS-D: sumskåre på 8 eller meir på dei sju depresjonsledda i HADS

HADS-AD: sumskåre på 8 eller meir på begge delskalaene i HADS

SSD: Samtidige somatiske symptom og somatiske diagnosar

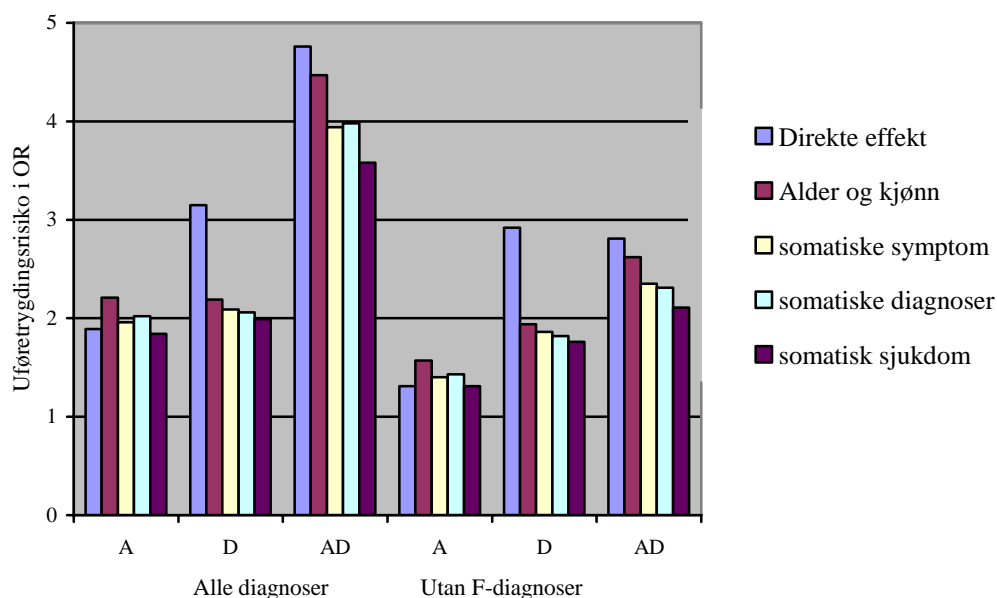
Resultata syner at elevert HADS er ein tydeleg risikofaktor for å verta uføretrygda, ved at komorbid angst og depresjon gjev 3.58 gonger auka risiko for UT samanlikna med dei som ikkje skårar 8 eller meir på angst eller depresjon.

Grunna det same resonnementet som vart nytta for å finne direkte effekt av angst og depresjon på uføretrygdingsrisiko for somatiske diagnosar, vart dei med F-diagnosar fjerna frå

datasettet på same vis som tidlegare skildra. Ved kontroll for somatiske symptom og diagnosar er effekten av angst svakt signifikant for kontroll med dei to komponentane kvar for seg. Når det kontrollerast for variabelen SSD er effekten av angst på uføretrygdingsrisiko for somatiske diagnosar ikkje lenger signifikant. Dette kan tyde på at angst åleine ikkje er ein tilstrekkeleg risikofaktor for uføretrygging med somatiske diagnosar. Effektane av depresjon og komorbid depresjon er signifikante for alle kontrollvariablar. Det er verd å merka seg at komorbid angst og depresjon gjev i overkant av to gonger så stor risiko (OR = 2.11) for å verta uføretrygda sjølv etter kontroll for ulike former for somatisk sjukdom.

Oppsummert tilseier dette at angst og depresjon kvar for seg og komorbid, uavhengig av somatisk sjukdom, i seg sjølv er risikofaktorar for å verta uføretrygda. Som tidlegare nemna vil det intuitivt vera nærliggjande å tru at dette skuldast det store talet på uføretryggingar på psykiatriske diagnosar, der angst og depresjon og tilhøyrande symptom ofte er ein del av diagnosegrunnlaget. Samstundes ser me at elevert HADS, og særleg depresjon og komorbid angst og depresjon, gjev ein høg risiko for uføretrygging gjennom diagnosar der psykiske lidningar ikkje er nemna. Resultata er framstilte grafisk på figur 3.

Figur 5. – Uføretrygdingsrisiko av HADS justert for alle kontrollvariablar



3.4 (C) Interaksjonseffekt mellom somatisk sjukdom og elevert HADS

Som vist er angstliding, depresjon og komorbid angstliding og depresjon alle risikofaktorar for uføretrygging. Det same er vist for somatiske diagnosar og somatiske

symptom. I dette avsnittet vil det studerast korleis kombinasjon av desse påverkar risiko for uføretrygding og om ein interaksjonseffekt mellom desse kan observerast. Eit krav for å vurdere interaksjonseffektar mellom ledd er at ledda skal syna ein intern assosiasjon samstundes som begge skal ha effekt på avhengig variabel. Litteraturgjennomgangen syner at angstliding og depresjon ofte opptrer komorbid med somatisk sjukdom og kan gje auka risiko for funksjonstap med tilhøyrande risiko for uføretrygding (Manninen et al. 1997). Komorbiditet mellom HADS og somatisk sjukdom i HUNT-II inndelt etter uførestatus, er gjeve i tabell 5.

Tabell 5 – Krysstabell HADS og somatisk sjukdom, N (%).

		Ikkje uføretrygda, N = 44 717		Kun uføretrygda, N = 1 065	
		Somatisk sjukdom		Somatisk sjukdom	
		Nei	Ja	Nei	Ja
HADS	Nei	27 532 (75)	9 359 (25)	281 (42)	381 (58)
	Ja	4 770 (61)	3 056 (39)	120 (30)	283 (70)

Pearson chi-square ikkje uføretrygda; 602.46, $p < .001$.

Pearson chi-square kun uføretrygda; 17.13, $p < .001$.

Komorbiditet mellom HADS og somatisk sjukdom er vesentleg større blant dei uføretrygda (70 %) enn dei som ikkje er uføretrygda (39 %). Dette, samt samsvaret mellom somatisk sjukdom og HADS vist i figur 4, gjev grunn til å studere om der kan finnast ein interaksjonseffekt av samtidig somatisk sjukdom og HADS på risiko for uføretrygding.

For å teste om det er ein interaksjonseffekt og i så fall kva retning den går i ut frå oversikta i figur 5, vert resultat frå regresjonsanalysar presenterte. Effekten vil verta testa for alle uføretrygdingar, og for uføretrygdingar der psykiske diagnosar ikkje er nemnt. Resultata svarar på om produktet av HADS og somatisk sjukdom gjev ein signifikant effekt på risiko for uføretrygding etter kontroll for alder og kjønn. Interaksjonsleddet gjev for uføretrygdingsrisiko på alle diagnosar ein oddsratio på 1.02 (95 % CI låg = 0,78 høg = 1.34) og er ikkje signifikant, noko som avkreftar ein interaksjonseffekt. Ved å replisere analysane utan dei som er uføretrygda med psykiske diagnosar får me ein oddsratio på 1,05 (95 % CI låg = 0,75 høg = 1,46), som heller ikkje er signifikant. Dette syner at det heller ikkje er ein interaksjonseffekt ved komorbid somatisk sjukdom og HADS-skåre på uføretrygdingsrisiko med utelukkande somatiske diagnosar.

3.5 (D) Resultata samanlikna med statistikk frå rikstrygdeverket

Vurderinga av i kva grad resultata indikerer at verknaden av angst og depresjon er underestimert i statistikken frå rikstrygdeverket gjerast ut frå tre forhold:

1) Førekomen av enten angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon blant dei uføretrygda er som vist i figur 4 på 37,8 % (95 % CI = låg 34.9, høg 40.8). Tilsvarande for gruppa som ikkje vert uføretrygda er mykje gjev eit vesentleg lågare anslag på 17,5 % (95 % CI = låg 17.1, høg 17.9). Dette syner at elevert HADS er langt vanlegare for gruppa som vert uføretrygda.

2) Ut frå statistikk frå rikstrygdeverkets statistikk har 255 av dei 1065 uføretrygda ein psykisk diagnose som enten primær- eller sekundærdiagnose til grunn for søknaden om uføretrygding. I oddsratio gjev dette ein estimert risiko for uføretrygding med psykiske diagnosar på 23,9 (95 % CI låg 21.4, høg 26.5). Ut frå resultata i denne undersøkinga og vist i tabell 4, har 38 % av dei uføretrygda positivt utslag på enten angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon i HUNT-II. Estimert risiko for uføretrygding med elevert HADS gjev ein som vist ovanfor ein oddsratio på 37,8 (95 % CI låg 34.9, høg 40.8). Skilnaden mellom dei to estimata er signifikant og resultata frå dette studiet indikerer at angstliding, depresjon og komorbid angstliding og depresjon utgjer ein større risikofaktor for uføretrygding enn korleis det framkjem av statistikk frå rikstrygdeverket.

3) Depresjon samt komorbid angstliding og depresjon gjev signifikant effekt på risiko for uføretrygding utan at psykiske lidningar er nemnt som sjukdomsdiagnose. For depresjon finn me ein oddsratio på 1,76 (95 % CI låg = 1.35, høg = 2.30), og for komorbid angstliding og depresjon ein oddsratio på 2,11 (95 % CI låg = 1.66, høg = 2.68).

4.0 DISKUSJON

I diskusjonen vil fyrst resultata verta kort oppsummerte før det vert omfattande diskutert i kva grad angstliding, depresjon og komorbid angstliding og depresjon sin påverknad på risiko for å verta uføretrygda er undervurdert i litteraturen. Etter drøftinga av hovudmålsetjinga vert metodologiske vurderingar i form av sterke og svake sider ved studiedesign og konsekvensar av desse drøfta. Resultata frå underproblemstillingane vil deretter vurderast i forhold til funn frå tidlegare undersøkingar. Mot slutten vil det kort

drøftast korleis resultata kan tolkast i høve til attraksjons- og utstøyttingsmodellen, før det vert presentert kva implikasjonar resultata frå dette studiet kan ha for klinisk praksis og samfunnsintervensjonar, samt kva psykologisk forskning og teori kan yta i høve til problemstillingar kring uføretrygd.

4.1 Oppsummering av resultat

Fire empirisk testelege hovudproblemstillingar vart lansert for dette studiet, og resultata kan kort oppsummerast som fylgjande:

(A) Ut frå prospektive analyser med kontroll for alder og kjønn finn me at angstliding, depresjon samt komorbid angstliding og depresjon ved HUNT-II er risikofaktorar for å verta uføretrygda innan to år seinare. Den mest markante risikofaktoren av desse er komorbid angstliding og depresjon som gjev ein oddsratio på 4,47. Når ein vurderer alle inndelingane i HADS under eitt ser ein at dei predikerar uføretrygding utan at psykiske diagnosar er nemnt nesten like sterkt som dei gjer for alle uføretrygdingsdiagnosar samla. Etter justering for alder og kjønn er effekten av depresjon er stabil, noko sterkare enn effekten av angstliding og svakare enn effekten av komorbid angstliding og depresjon.

(B) Etter kontroll for alder og kjønn, somatiske symptom, somatiske diagnosar og samtidige somatiske symptom og diagnosar gjev framleis angstliding, depresjon og komorbid angstliding og depresjon signifikante effektar på risiko for uføretrygding. Ved å studere alle uføretrygdingar uavhengig av diagnose gjev komorbid angstliding og depresjon den sterkaste effekten. Som i problemstilling A er det effektane av angstliding og komorbid angstliding og depresjon som reduserast mest når me utelukkar dei som er uføretrygda med psykiske diagnosar. Angstliding gjev ikkje lenger signifikant effekt, mens effekten av depresjon synast å vera stabil og vert i liten grad redusert. Effekten av komorbid angstliding og depresjon er framleis størst, og gjev etter kontroll for somatisk sjukdom og etter å ha filtrert ut alle med F-diagnosar ein oddsratio på 2,11. Dei som rapporterte komorbid angstliding og depresjon ved HUNT-II hadde slik i overkant av to gonger så stor risiko for å verta uføretrygda med ein somatisk diagnose etter to år samanlikna med dei som ikkje hadde positive utslag på HADS.

(C) Interaksjonsanalysar syner at det ikkje er verken ein positiv eller negativ interaksjonseffekt på risiko for uføretrygding mellom somatisk sjukdom og psykiske lidingar. Dette betyr at ved rapportering av både psykiske og somatiske helseproblem i HUNT-II aukast uføretrygdingsrisikoen kumulativt. Det er ikkje ein "kvantumsrabatt" ved kombinasjonar av somatiske og psykiske risikofaktorar. Ei heller er det ein positiv interaksjon der den summerte risikoen ved både somatiske og psykiske HUNT-II risikofaktorar aukar risikoen for uføretrygding meir enn summen av dei to til saman.

(D) Resultata tyder på at angstliding og depresjon er underrapportert i statistikk frå rikstrygdeverket, og at litteratur som baserar seg på denne difor kan undervurdere verknaden av angst og depresjon på risiko for uføretrygding. Konklusjonen baserar seg på at førekomsten av elevert HADS-skåre er langt høgare for dei som vert uføretrygda (37,8 %) i høve til dei som ikkje vert trygda i etterkant av HUNT-II (17,5 %). Risiko for å verta uføretrygda estimert av resultata i dette studiet er i tillegg større enn tilsvarande anslag frå rikstrygdeverket sin statistikk.

4.2 Drøfting av hovudmålsetjing

Ei svekking av estimatet frå dette studiet er at funnet er basert på resultata i HADS. Cut-off skåren som er nytta er godt etablert i litteraturen (Bjelland et al. 2002), men sidan HADS ikkje inneheld somatiske symptom som inngår særleg ved depresjon, kan målet verta noko "mildt" og gje ei overvurdering av førekomst av angstliding, depresjon og komorbid angst og depresjon. På den andre sida kan ein verta uføretrygda for psykiske diagnosar utover angstliding og depresjon, til eksempel personlegdomsforstyrningar og psykisk utviklingshemming, utan at ein samstundes fyller kriteria for angstliding og depresjon. Når risiko for uføretrygding med alle F-diagnosar i rikstrygdeverkets statistikk estimerast, er dette eit meir omfattande anslag enn om ein hadde basert det utelukkande på dei F-diagnosar som inneheld angstlidingar og depresjon. Som nemna i metoden har analysane i oppgåva vore basert på kapittelkodar, og me har difor ikkje eit anslag på kor stor del av F-diagnosane dei ulike enkeltdiagnosane står for. Dette kan medføre at skilnaden mellom dei estimerte risiko skulle vore større.

Meininga med analysane utan dei uføretrygda med F-diagnosar var å unngå sirkulær argumentasjon gjennom å predikere angst og depresjon som risikofaktor for uføretrygding på

angst- og depresjonsdiagnosar. Når alle med F-diagnosar vert fjerna, utelukkast samstundes ein del individ med diagnosar der angst og depresjon ikkje inngår i diagnosekriteria. Dette kan gje eit lågare estimat av HADS sin effekt på uføretrygdingsrisiko for diagnosar som ikkje avheng av angstliding og depresjon. Oppsummert er det grunn til å tru at estimata av risiko for uføretrygding av angstliding og depresjon kunne vore noko større.

Det vil vidare verta drøfta kva som kan vera grunnane til at angstliding og depresjon vert underrapportert i statistikken til rikstrygdeverket.

4.2.1 *Pasientens preferansar*

Pasienten kan ha preferansar for kva diagnosar vedkommande vil ha vurdert av legen. I høve til litteraturgjennomgangen og særleg skissert innan attraksjonsmodellen, kan pasienten ha fleire insentiv i forhold til dette. Grünfeldt (1991) peikar til at folk vurderar tilværet som uføretrygda ulikt, og at dette kan prege motivasjon for attføringstiltak og kva mogelegheiter pasientar har til å unngå å verta uføretrygda. Hartvik (1999) framhevar at diagnosar ofte må setjast nær utelukkande basert på pasientens symptompresentasjon. Folks oppfatning av ulike lidningar og kor stigmatiserande dei vil vera, kan gjera at pasientar fargar symptompresentasjon for å prega oppnå enkelte diagnosar framføre andre.

4.2.2 *Legens preferansar og kompetanse*

Legen kan tenkjast å føretrekkja somatiske diagnosar avdi det er nærare vedkommandes kompetanseområde. I Noreg føreligg det ingen studier av legars evne til å diagnostisere og behandle depresjon (Sanne, Dahl & Tell, 2001), men utanlandske arbeid fastslår at førekomsten av udiagnostisert og ubehandla depresjon er stor (Hirschfeldt et al., 1997).

Psykiske lidningar opptrer ofte komorbid med somatisk sjukdom. Resultata frå problemstilling (C) i dette studiet syner at det ikkje finnast nokon interaksjonseffekt av slik komorbiditet på risiko for å verta uføretrygda. Dette tilseier at effektane er sjølvstendige – dei opptrer samstundes men verkar ikkje inn på ein annan. Analyser av psykiske lidningar og somatisk sjukdom syner at baa desse to faktorane gjev risiko for uføretrygding. Om dei same individa har baa former for liding, og begge gjev risiko for uføretrygding, kan ein ha ein situasjon der legen kan velja mellom desse for å argumentera for at personen skal få uføretrygd. Det kan hevdast at psykisk sjukdom framleis er meir stigmatiserande og sosialt

belastande enn somatiske lidningar. I så fall vil fleire truleg "velja" somatiske diagnosar som igjen gjev underrapportert førekomst av psykiske lidningar til grunn for uføretrygding.

4.2.3 *Underrapportering grunna somatisering av psykiske lidningar*

Somatisering er ein tendens til å erfare og kommunisere somatiske symptom og smerter der patogenesen ikkje let seg spora til fysiologiske årsaker. Definisjonar inkluderar ofte pasientar sin attribusjon til fysiologisk sjukdom og deira målretta søk etter hjelp i tråd med denne attribusjonen (Lipowski, 1988). Somatisering er eit akseptert omgrep innan medisinsk nosologi og finnast som diagnose i dei mest nytta diagnoseoversiktene ICD-10 og DSM-IV. I undersøkingar av konsultasjonsgrunnar i medisinsk allmennpraksis reknast somatisering for å ha høg prevalens. Eldre arbeid hevdar omfanget av psykiske lidningar som årsak til medisinsk konsultasjon er så høgt som kring 30 %, der halvparten av desse vert presenterte som somatiske plager (Bridges & Goldberg, 1985; Kessler, Cleary & Bruke, 1985; Lipowski, 1988). Ei undersøking av nyare dato hevdar omfanget av subsyndromal somatiseringsliding i allmennpraksis ligg på 22 % (Allen, Gara, Escobar, Waitzkin & Silver, 2001).

Grunna dei høge estimat på kor ofte psykiske lidningar vert presentert som somatiske i medisinsk allmennpraksis, kan ein del av pasientane i deltakargruppa med psykiske lidningar ha presentert desse hjå lækjaren som somatisk sjukdom. Det kan tenkjast at terskelen for å rapportere om psykiske plager er lågare når HADS vert fylt ut av pasienten sjølv enn ansikt til ansikt med lækjaren. Kasuistikk ved diffuse muskel og skjelettsmerter har vist tilfelle der pasienten presenterar somatiske smerter og reagerer kraftig om det vert foreslått at plagene og smertene kan skuldast psykiske plager eller vera psykogene. I slike tilfelle kan lækjarens oppfatning av legerolle spela inn der lækjarar innan "advokatrolla" kan nytta dei somatiske symptoma som indikatorar på ein somatisk diagnose utan vurdering om det kan vera somatiserte psykiske plager eller lidningar. Diagnosane kan deretter vidare verta nytta som grunnlag for søknad om uføretrygd.

Legane som skal vurdere symptomframlegginga kan og ha ulik toleranse og interesse for pasientar sine vanskar av psykososial karakter. Gjennomsnittleg tid for konsultasjonar hjå allmennlækjar er estimert til om lag 11 minuttar i ei større europeisk undersøking (Deveugele et al., 2002). Om ein legg dei høgt estimerte prevalenstal for psykiske plager i allmennhelsetenesta til grunn, synast det rimeleg å tru at nokre lækjarar grunna tidsnaud eller

manglande interesse og kompetanse for psykiske lidingar kan koma til å setja somatiske diagnosar på somatiserte psykiske lidingar.

Resultata i dette studiet syner at elevert HADS gjev risiko for uføretrygding med somatiske diagnosar, og kan slik gje næring til denne tolkinga.

4.3 Metodiske styrker og svekkingar, og konsekvensar av desse

Utover avgrensingane som allereie er nemna i høve til HADS, er designet ved dette studiet velegna til å studere problemstillingane av fem hovudgrunnar: (1) For det fyrste vert det nytta eit prospektivt design som gjer det mogeleg å vurdere kva som er årsak og verknad i angst, depresjon og komorbid angstlidning og depresjon si påverknad på risiko for uføretrygding. Som nemna i innleiinga finnast der få tidlegare studiar som nyttar eit slikt design på denne problemstillinga (Manninen et al., 1997). Dei fleste studie nyttar tverrsnittundersøkingar og ser på assosiasjonar mellom uførestatus og indikatorar helse, og kan ikkje vurdere om rapporterte helseplager er eit resultat av inaktivitet som uføretrygda. (2) Vidare vert symptoma på angstlidning, depresjon og somatisk sjukdom rapportert i ein kontekst uavhengig av trygdingsprosessen. Designet er dobbelt blindt avdi verken legane som set trygdingsdiagnose eller pasientane som presenterar plager veit noko om forskingshypotesane eller at data skal nyttast i høve til trygdestatus. Dette gjer at personane i undersøkinga truleg i mindre grad har insentiv i forhold til å presentera helsetilstanden sin på måtar for å fremjar saksutfallet i ei bestemt retning. (3) Datamaterialet er befolkningsdata der alle i Nord-Trøndelag er inviterte og svarprosenten er høg. Sjølv om der kan vera skilnader mellom Nord-Trøndelag og den norske befolkning som heilskap (Stordal et al., 2001) vert kravet om representativitet godt handsama. Andre undersøkingar frå det same datamaterialet har nytta vektingsprosedyrar for å justere for demografisk ulikskap mellom deltakarane og populasjonen i Nord-Trøndelag utan at dette påverkar resultata nemneverdig (Stordal, Mykletun & Dahl, 2003). Det store talet på deltakarar gjer det og mogeleg å vurdere den relative påverknaden angst og depresjon har på uføretrygdingsstatus. (4) Data som gjev informasjon om trygdestatus og diagnose for trygding er ikkje sjølvrapportert men henta frå offisiell statistikk. (5) Den korte oppfølgingstida mellom registrering av helsetilhøve og trygdestatus styrker antakingar om årsak og verknad.

Ein sentral metodologisk svekking av studiet er kartlegginga av somatiske diagnosar og somatiske symptom i HUNT-II. Somatiske diagnosar er sjølvrapporterte og såkalla

”sjølvdiagnostisering” kan gje falske negative og falske positive. Falske negative kan finnast i dei tilfelle der pasientar har tilstandar som ikkje er diagnostisert eller at pasientar med diagnostisert sjukdom kan vera uvillige til å rapportera om sjukdom trass lovnader om konfidensialitet. Når det gjeld somatiske symptom er desse på same vis sjølvrapporterte, og grad samt frekvens av plager som tilfredsstillar rapportering vert difor eit individuelt spørsmål. Frå studiar om subjektive helseplager (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2002) veit me at førekomsten av slike er svært høg, samt at subjektive somatiske plager syner samvarians med psykiske plager. Ved kontroll for somatiske symptom kan ein difor stå i fare for å overjustere effekten av angst og depresjon på risiko for uføretrygding. I HADS er dei somatiske komponentane av depresjon og angstliding fjerna for å unngå det same problemet i motsatt retning. Trass denne innvendinga vil det vera vanskeleg innan rammene for dette studiet å innhenta slik informasjon frå til dømes pasientjournalar som er underlagt strenge konfidensialitetskrav.

Me har ikkje noko informasjon om dei som får avslag på søknad om uføretrygd. Om det ligg diagnosekulturelle skilnader til grunn for avslaga, kan det vera enkelte av dei som ikkje får innvilga uføretrygd endar opp som mottakarar av andre trygdeytningar, som tildømes arbeidsledigheitsstrygd eller sosialstønad. Sidan dette studiet baserar seg på statistikk frå rikstrygdeverket får me ikkje informasjon frå dei som er utstøytte frå arbeidslivet av helsemessige årsaker og ikkje forsørgjar seg sjølve gjennom løna arbeid, men som likevel ikkje finnast blant dei uføretrygda.

I vårt datamateriale er det ingen informasjon om vedkommande er i gang med søknad om uføretrygding ved deltaking i HUNT-II. Om så er tilfelle kan psykologiske mekanismar som kognitiv dissonans auka sjansen for meir omfattande presentasjon av symptom på både psykisk og somatisk lidning. Enkelte kan i tråd med dette oppleve og deretter rapportera meir plagar for å rettferdiggjera sin eigen trygdingsprosess. Ei følgje av dette er at dei som sidan endar i gruppa av uføretrygda synast å vera sjukare enn kva dei ville vore dersom trygdingsprosessen og deltaking i HUNT-II ikkje var samanfallande i tid.

4.4 Resultata i høve til tidlegare undersøkingar

I høve til problemstilling (A) syner resultata ikkje overraskande at depresjon gjev ein markert risiko for uføretrygding. Samstundes ser me at resultata synast å vera i tråd med funna frå Manninen et al. (1997) sitt studium der psykiske plager viste seg å utgjera ein

markert risikofaktor for å verta uføretrygda med somatiske diagnosar. Sjølv om dette studiet ikkje nytta HADS-D som uttrykk for psykiske plager kan anhedoni reknast som ein sentral komponent i ulike former for psykiske plager. Effekten av depresjon er den mest stabile av dei tre ulike grupperingane med positiv HADS og svekkast minst etter kontroll for somatisk sjukdom.

Angstliding synast å gje den svakaste effekten på uføretrygdingsrisiko av dei studerte i denne oppgåva. Det kan henga saman med at angstliding syner langt høgare prevalens blant kvinner enn menn. Kvinner får samstundes langt oftare avslag på søknader om uføretrygd, i perioden 1995 – 1999 fekk kvinner avslag 1,23 gonger oftare enn menn (Rikstrygdeverket, 2001). Når kvinner såleis har psykiske lidningar i form av angstliding, vert desse oftare enn menns depresjon vurdert til å vera ikkje tilstrekkelege for å gje løyve til uføretrygding. I forhold til angstliding som risiko for uføretrygd finnast det som tidlegare nemna ingen andre undersøkingar å vurdere resultatane opp mot.

Komorbid angstliding og depresjon gjev største effekten på uføretrygdingsrisiko, noko som støttast frå andre arbeid som hevdar komorbiditet mellom angst og depresjon er vanleg og aukar funksjonstap i forhold til når lidningane opptre kvar for seg (Broadhead et al. 1990; Tylee, Gastpar & Lepine, 1999)

Resultata frå problemstilling (B) i dette studiet tyder på at angstliding utgjer ein risikofaktor for uføretrygding, men at ein del av effekten av angstlidinga forsvinn ved kontroll for somatisk sjukdom. Dette kan vera eit uttrykk for at HADS-A etterspør uro som ofte kan opplevast som eit kroppsleg ubehag. Blant pasientar med kronisk somatisk sjukdom har det vorte demonstrert at angstnivået aukar ved endring i symptomintensitet av sjukdomen (Härkäpää, 1992). Velikova et al. (1995) hevdar angstliding målt med HADS-A influerer smertepersepsjon blant kreftpasientar, og at det difor er viktig å kartleggja angstnivået til pasientar ved somatiske sjukehus før ein vedtek kva form for palliativ behandling som skal nyttast. Ut frå dette kan det tenkjast at dei som skårar over grenseverdien på HADS-A, samstundes rapporterar somatiske symptom, og slik gjer at desse to variablane syner større kovarians enn kva tilfellet er for depresjon.

I tråd med dette kan det vera at reduksjonen av effekt for komorbid angstliding og depresjon ved kontroll for somatisk sjukdom skuldast at angstledda samvarierer med somatiske symptom. Samstundes verkar effektane av komorbid angstliding og depresjon sterkare på risiko for uføretrygding enn kva tilfellet er for depresjon åleine. I fylgje litteraturgjennomgangen finn fleire at angstliding og depresjon ofte opptre som komorbide tilstandar og syner dels stor grad av symptomoverlapping (Sartorius et al., 1993; Boulenger et

al., 1997). Om symptoma målt gjennom HADS syner stor overlapping, kan det tenkjast at gruppa med komorbid angstliding og depresjon er ei meir belasta gruppe, og at det er dette som gjer at dei syner større risiko for å verta uføretrygda.

Problemstilling (C) spør etter moglege interaksjonseffektar mellom somatisk sjukdom og eleverte HADS-skårer. Mykletun fann i si hovudoppgåve i psykologi (2001) ingen interaksjonseffektar mellom mål på angstliding og depresjon og komorbid somatisk sjukdom. Resultata i dette studiet syner komorbiditet mellom psykiske- og somatiske lidingar. Om den observerte samvariansen gjev auka risiko for uføretrygding kan vurderast i høve til tre moglege interaksjonsmønster vist i figur 6.

Figur 6 – Moglege interaksjonsmønster mellom HADS og somatisk sjukdom (S)

Namn	Predikert resultat	Effekt av HADS	Effekt av S	Effekt av int. HADS x S
I. Negativ interaksjon, ”kvantumsrabatt”	HADS ved S aukar risiko for UT, men mindre enn summen av risiko assosiert med HADS og S kvar for seg.	Positiv	Positiv	Negativ
II. Ingen interaksjon, kumulativ risiko	HADS ved S aukar risiko for UT, og auken er lik summen av risiko for HADS og S kvar for seg.	Positiv	Positiv	Ingen
III. Positiv interaksjon, ”bonus”	HADS ved S aukar begge risiko for UT, og auken er større enn summen av HADS og S kvar for seg.	Positiv	Positiv	Positiv

S: Positivt utslag på enten somatiske symptom, somatiske diagnosar eller samtidig somatisk sjukdom og diagnose.

HADS: Positivt utslag på enten angstliding, depresjon eller komorbid angstliding og depresjon.

Ein oddsratio på 1,00 tilseier at leddet ikkje har nokon effekt på avhengig variabel (i dette tilfellet uføretrygding) i det heile. Resultata frå interaksjonsanalysane gjev ein oddsratio på risiko for uføretrygding på alle diagnosar på 1,02 og på utelukkande somatiske diagnosar på 1,05. Ut frå dette tolkast resultata til at det ikkje er ein interaksjonseffekt av somatisk sjukdom og HADS-skåre på uføretrygdingsrisiko, slik som predikert av interaksjonsmønster II i figur 5. Tidlegare analyser har vist at dei to faktorane gjev begge auka risiko for uføretrygding. Når dei opptrer samstundes gjev dei ikkje ein ”kvantumsrabatt” som kan forklarast som at risiko for uføretrygding når eit ”tak” der fortsette akkumulerte helsepåkjenningar ikkje lenger gjev auka risiko tilsvarende kva dei ville gjort isolert. Dei gjev

heller ikkje ei "bonus" der multiple påkjenningar gjer at den summerte risikoen er større enn bestanddelane skulle tilseie. Effektane er i staden sjølvstendige og ser ikkje ut til å påverka kvarande i forhold til uføretrygdingsrisiko. Dette kan støtte at måleinstrumenta og konstruksjonen av variablane på somatisk sjukdom gjev uttrykk for ulike faktorar som kvar gjev risiko for å verta uføretrygda.

4.4.1 Resultata i høve til attraksjonsmodellen

Eit sentralt argument for attraksjonsmodellen er at den somatiske helsa vert betre mens talet på uføretrygda likevel aukar. Attraksjonsteoretikarar nyttar dette som ein indikasjon på at folk tilsnik seg trygdeytningar utan at sjukdom ligg bak, då betre helse skulle tilseie færre trygda om det medisinske kravet til utløyising av trygd held seg konstant.

Som tidlegare vist hevdar "The global burden of disease study" at alvorleg depresjon er nummer to på lista over funksjonsreduksjon grunna sjukdom for vaksne i industriland (Murray & Lopez, 1997). Fleire studie syner at førekomsten av ulike lidningar er i endring og at psykiske lidningar generelt er eit aukande helseproblem (Whooley et al. 2002). Det kan hevdast at attraksjonsmodellen difor er for fokusert på somatisk sjukdom når tilhengjarane argumenterer med at helsetilhøve er betra og burde medføra reduksjon i talet på uføretrygda. Sidan resultata frå denne oppgåva indikerar at psykiske lidningar ved angst og depresjon vert underrapportert i statistikken frå rikstrygdeverket, kan dette så tvil om påstanden i attraksjonsmodellen. Slutninga om misforhold mellom førekomst av sjukdom og trygdeytningar vert feil avdi ein ikkje kan nytta trygdestatistikk som mål på helsetilhøve (Rognerud et al., 2000). Ut frå dette kan det hevdast at attraksjonsmodellen overvurderar somatisk sjukdom som grunn til uføretrygding når den hevdar auken i trygdeytningar skuldast insentiva til trygdesøkjjarane.

4.4.2 Resultata i høve til utstøyttingsmodellen

Fleire studie hevdar at somme psykiske lidningar kan gje funksjonstap samanliknbart og større enn for alvorlege somatiske lidningar (Wells et al. 1989; Hays et al. 1995; Sanne, Dahl & Tell, 2001; Wittchen & Hoyer, 2001). Funksjonstap kan dels verta synleg som vanskar med å meistre krav i høve til arbeidslivet. Arbeidsmiljølova vart innført og arbeidstilsynet etablert for å verna arbeidstakarane fyrst og fremst mot fysiske risikofaktorar, og kan kritiserast for ikkje i tilstrekkeleg grad vera eigna til å skåna arbeidstakarar mot

psykiske arbeidsmiljøbelastningar (Mykletun, 2000). Arbeidsgjevarar pliktar å tilrettelegga arbeidsforholda for tilsette slik at dei ikkje vert helsemessig utstøytte, det vil seie påført sjukdom grunna trekk ved arbeidet. Arbeidsgjevvars mogelegheit til å tilpasse arbeidsstaden til den enkeltes sjukdom kan derimot vera mindre ved psykiske lidningar enn ved fysiske funksjonshemmingar.

Den aukande prevalensen av psykiske lidningar kan slik gjera utstøyttingsmodellen meir aktuell, då konkrete eller strukturelle tiltak i høve til slike lidningar truleg vil ha liten effekt. Ved manglande samsvar mellom den tilsettes arbeidsevne og arbeidsstadens krav vil ofte moegelege tiltak falla på individet i form av til dømes behandling, rehabilitering eller skifte av arbeidsstad. Dette kan støtta hypotesen i utstøytningsteori om at strukturelle problem vert medikaliserte og gjev konsekvensar for individa sin helsesituasjon.

4.5 Implikasjonar av resultatata

Som vist gjennom den føregåande drøftinga kan somatisering og personavhengige faktorar gjera at statistikk frå rikstrygdeverket gjev eit underestimert uttrykk for angst og depresjon som risikofaktorar for å verta uføretrygda. Ved somatisering kan diagnose verta satt utan at mogelegheit for at psykiske lidningar ligg til grunn for symptoma vert kartlagt, og lege og pasient kan prega kva diagnose som følgjer søknaden om uføretrygd.

Desse to punkta i samanheng med resultatata frå analysane i dette studiet, gjer det sannsynleg at angstlidning og depresjon gjev bidrag til uføretrygding i Noreg i større grad enn offentleg statistikk gjev inntrykk av. Stabiliteten i effekten av depresjon på uføretrygdingsrisiko etter kontroll for somatisk sjukdom syner at depresjon gjev risiko for uføretrygding med somatiske diagnosar. HADS-D måler anhedoni, som er den affektive komponenten i depresjonsomgrepet, og karakteriserast av manglande lyst og livsglede. Slik livsglede og overskot kan vera naudsynt i pasientars møte med sjukdom, då attføringstiltak og behandling er vanskelege å gjennomføre om pasienten manglar motivasjon og evne til å gjennomføre føreslegne tiltak. Samstundes finnast det døme på dei som trass store handikap, er i arbeid og forsørgjar seg sjølve. Det ser såleis ikkje ut som om det er berre sjukdom i seg sjølv som gjev risiko for uføretrygding, men samansette verknader av sosiale, politiske og økonomiske vilkår, samt korleis pasienten sjølv taklar den oppståtte situasjonen.

Diagnosestatistikken frå rikstrygdeverket har som nemna i innleiinga ein del viktige funksjonar. Dei store utgiftene til trygdebudsjettet gjer at ein vil freiste å redusere talet på dei

som er uføretrygda, samstundes som arbeidslinja legg føringar som gjer det viktig at så mange som råd er skal vera i løna arbeid. Intervensjonar på individ og samfunnsnivå vert ofte utarbeida etter kva helsevanskar som vert demonstrerte i statistikk. Samstundes kan statistikk over lidingar oppretthalde eit syn på kva som er helseproblem, og slik kva diagnosar som vil tena til å utløyse uføretrygd. Om angstliding og depresjon er underrepresentert i statistikk, kan det medføra at lækjarar som er opptekne av å fremja pasientens eventuelle ynskje om uføretrygding nyttar andre diagnosar for å auka sjansane for at søknaden skal verta godkjend (Terum & Nergård, 1999).

Det kan ut frå dette vera helsepolitiske grunnar til å fremja innsats for å unngå ei vidare underrapportering av angstliding og depresjon blant uføretrygda. I den grad statistikken vert nytta som basis for stortingsmeldingar og offentlege utreiingar kring uførespørsmålet, vil ei vedvarande skeiv framstilling av diagnosebiletet medføre at ein går glipp av kunnskap om årsakssamanhenger bak sjukdom og trygding og held fram med kostbare intervensjonstiltak som ikkje gjev ynskja effekt. Tilslutt er trygdestatistikk samstundes eit uttrykk for kva me som samfunn aksepterar som gyldig grunn til at enkelte får høve til å trekkja seg ut av arbeidslivet og verta forsørgde av fellesskapet.

4.6 Konsekvensar for vidare forskning

Dei empiriske analysane som er gjort i dette arbeidet er forenkla skildringar av prosessar som er samansette og kompliserte. Sjølv om innhaldet og perspektivet i dette studiet kan plasserast innan trygdemedisinsk forskning, syner litteraturgjennomgangen at dette problemet ikkje kan forklarast av ei tilnærming åleine. Slik kan ein hevda at ei mogleg implikasjon av resultata vist gjennom dette studiet vil vera å gjera primærlækjarar involverte i trygdespørsmål og rådgjevande trygdelegar meir observante på kva diagnosar som vert nytta i tilfelle der det kan vera mistanke om komorbide somatiske og psykiske lidingar eller somatisering av psykiske lidingar.

Som nemna har forskning og teoribygging på trygdespørsmål i stor grad vorte gjort innan medisin, økonomi og sosiologi. Psykologien har vore nærast totalfråverande, trass at denne fagretninga kan gje viktige bidrag på fire måtar: 1) Psykologien har teoretisk kunnskap som kan forklara mekanismar i trygdingsprosessen og foreslå intervensjonar for å motverka desse. Særleg synast det å mangla teori om kognitive prosessar og korleis desse kan påverka korleis presentasjon av helse hjå individa som søkjer uføretrygd. 2) Psykologisk forskning kan

skilta med psykometrisk validerte metodar og instrument som er grundigare enn den tilsvarande tradisjon innan trygdemedisinsk forskning. 3) Risiko for uføretrygd er ei samansatt problemstilling som krevjar integrasjon av ulike perspektiv. Psykologisk teori kan nyttast som eit midtpunkt mellom den medisinske, den økonomiske og den sosiologiske tradisjonen, og kombinere forståing av økologiske påverknadsagentar og klinisk sjukdom hjå individet. 4) Om prognosane for helsevanskar foreslått av GBD (Murray & Lopez, 1997) realiserast vil psykologar kunne spela ei sentral rolle som sakkyndige ved funksjonsvurdering og spørsmål kring tilråding om uføretrygding.

5.0 REFERANSELISTE

- Allen, L.A., Gara, M.A., Escobar, J.I., Waitzkin, H., Silver, R.C. (2001). Somatization; A deliberating Syndrome in Primary Care. Psychosomatics, 42; 63-67.
- Bem, D.J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. Psychological Review, 74; 183-200.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D.O.G. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression scale. An updated literature review. J Psychosom Res, 52; 69-77.
- Bjørndal, A. (1994). Er sykdom et egnet kriterium for rasjonering av trygd? Tidsskr Nor Lægeforen, 114; 361-4.
- Blöndal, S., Scarpetta, S. (1998). The retirement decisions on OECD countries. Workingpaper AWD 1.4. Paris: OECD.
- Bridges, R.N., Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. Journal of Psychosom Res, 29; 563-569.
- Brage, S., Claussen, B., Bruusgaard, D. (1999) Kunnskapsstatus over trygdmedisinsk forskning i Norden 1990-98. Seksjon for trygdmedisin, UiO; Rapport 99:2
- Brage, S., Krohg, M., Klockars, M., Mikaelsson, B., Permin, H., Thorlacius, S. (2002). Trygdeordninger i Norden, Tidsskr Nor Lægeforen, 122; 1486-91.
- Brage, S. (2002). Trygdeforbruk ved funksjonelle somatiske lidelser, Tidsskr Nor Lægeforen, 122; 1397-401.
- Broadhead, W., Blazer, D., George, L., Tse, C. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. J. Am. Med. Assoc., 264; 2524-2528.
- Bruusgaard, D. (2002). Norsk trygdmedisinsk forskning, Tidsskr Nor Lægeforen, 122; 1501-3.
- Boulenger, J-P., Fournier, M., Rosales, D., Lavallée, Y-J. (1997). Mixed Anxiety and Depression: From Theory to Practice. J Clin Psychiatry, 58 (suppl 8); 27-34.
- Claussen, B., Bjerkedal, T. (1999). Applications for disability pension before and after the 1991 restrictions. Tidsskr Nor Lægeforening, 119; 2182-6.
- Deveugele M , Derease A , van den Brink-Muinen A , Bensing J, De Maeseneer J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ Clinical research ed. 325 (7362); 472.

- Elton, M., Hoernquist, J. (1983). Abusers of alcohol immediately prior to pension, Acta-Psychiatrica-Scandinavica; Vol 68(1); 44-54.
- Getz, L., Westin, S., Paulsen, B. (1994). Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid. Tidsskr Nor Lægeforen, 12; 1435 – 4.
- Getz, L., Westin, S. (1995). Rådgivende legers og primærlegers vurdering av komplekse uførepensjonssaker, Tidsskr Nor Lægeforen, 115; 1748-53.
- Gjesdal, S., Kristiansen, A.M. (1997). Den norske fibromyalgi-epidemiens vekst – og mulige fall, Tidsskr Nor Lægeforen, 117; 2449-53.
- Gogstad, A., Bjerkedal, T. (2001). Stadig flere unge uføretrygdede, Tidsskr Nor Lægeforen, 121; 1452-6.
- Grünfeldt, B. (1991). Uførepensjonering og langtidssykemelding i Oslo – en bydelsundersøkelse, Tidsskr Nor Lægeforen, 111; 1088-92.
- Hardtvik, P. (1999). Trygdeerklæring fra psykiater ved diffuse lidelser, Tidsskr Nor Lægeforen, 119; 4363.
- Hartvig, P. (1978) Untreated psychiatric disability. A study of disabled persons with major psychiatric health impairment, having never received psychiatric treatment. Scand J Soc Med; 6(3): 117-24
- Härkäpää, K. (1992). Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain, Journal of Psychosomatic Research, 36; 553-9.
- Harmon-Jones, E., Mills, J. (1999) Cognitive dissonance: Progress on a pivotal theory in social psychology. Washington, DC, US: American Psychological Association. (1999). xviii, 411 pp.
- Hansen, H.T. (1996). Sammenhenger mellom sykepengen, attføring og uførepensjon. SNF-rapport 74/96
- Hays, R., Wells, K., Sherbourne, C., Rogers, W., Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Arch. Gen. Psychiatry, 52; 11-19.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital anxiety and depression scale – a review of validation data and clinical results. J Psychosom Res, 42; 17-41.
- Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F. (1997) The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. J Am Med Assoc; 277; 333 - 40.

- Holte, H., S. Krokstad og P. Magnus (2000). Årsaker til uførepensjonering. Rapport 2000:5, Folkehelsa.
- Ihlebak, C., Eriksen, H.R., Ursin, H., (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway, Scandinavian Journal of Public Health, 30; 20-29.
- Isometsä, E.T., Katila H., Aro, T. (2000). Disability pension for Major Depression in Finland. American journal of Psychiatry, 157; 1869-72.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Zeller, P.J., Paulus, M., Leon, A.C., Maser, J.D., Endicott, J., Coryell, W., Kunovac, J.L., Mueller, T.I., Rice, J.P., Keller, M.B., (2000). Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. Arch Gen Psych, 57; 375-80.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic books.
- Kessler, L.G., Cleary, P.D., Bruke, J.D (1985). Psychiatric disorders in primary care. Arc. Gen. Psych, 42; 583-587.
- Kessler, R.C., McConagle, K.A., Zhao, K.A. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united States: results from the National Comorbidity survey. Arch General Psychiatry, 51; 8-19.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry, 157; 1091-98.
- Kolberg, J.E. (1991) En empirisk utprøving av utstøtingsmodellen. I Aksel Hatland (red.) Trygd som fortjent? Oslo: Ad Notam.
- Krokstad, S., Johnsen, R. Westin, S.(2002). Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon, Tidsskr Nor Lægeforen, 122; 1479-85.
- Kurtze, N., Gundersen, K.T., Svebak, S. (1999) Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of fibromyalgia patients: The significance of anxiety and depression. British journal of medical psychology, 72; 471-484.
- Lecrubier, Y. (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine, J Clin Psychiatry, 62 (suppl 8); 4-9; discussion 10-1.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry, 145; 11, 1358-1368.
- Lissau, I., Rasmussen, N.K., Hesse, N.M., Hesse, U. (2001). Social differences in illness and health-related exclusion from the labor market in Denmark from 1987 to 1994. Scandinavian Journal of Public Health, 29 (suppl 55); 19-30.
- Lund, T., Iversen, L., Poulsen, K.B. (2001) Work environment factors, health, lifestyle

- and marital status as predictors of job change and early retirement in physically heavy occupations. Am J Ind Med 40(2); 161-9
- Malterud, K. (1999). Kvinners "ubestemte" helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 12, 119; 1790-1793.
- Manninen, P., Heliövaara, M., Riihimäki, H., Mäkelä, P. (1997). Does Psychological Distress Predict Disability? International Journal of Epidemiology, 26; 163-70.
- Matthiesen, S.B., Roness, A. (2002). Utbrenthet: krevende jobber - gode liv? Bergen: Fagbokforlaget.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. The Lancet, 349; 1436-42.
- Mykletun, A., Stordal, E. Dahl, A.A. (2001) Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. Br J Psychiatry, 179; 540-4
- Mykletun, A. (2000). Overgang fra arbeid til trygd: attraksjon eller utstøtning? Hovedoppgave i sosiologi ved universitetet i Bergen. Bergen: Sosiologisk institutt.
- Mykletun, A. (2001). Angst og depresjon som risikofaktorer for uføretrygding. Hovedoppgave i psykologi ved universitetet i Bergen. Bergen: Psykologisk fakultet.
- Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykking 2000.
- Räsänen, P., Hakko, H., Jokelainen, J., Tiihonen, J. (1999). Outcome of different types of long-term antidepressant treatments: a 3-year follow-up study of 14 182 patients, Journal of affective Disorders, 55; 67-71.
- Rikstrygdeverket (2002). Basisrapport 2001. Rapport 02/2002 – sammendrag. Rikstrygdeverket: Utredningsavdelingen.
- Rikstrygdeverket (2001). Basisrapport 2000. Rapport 01/2001. Rikstrygdeverket: Utredningsavdelingen.
- Rikstrygdeverket (2000). Diagnoser og sykefravær. Rapport 04/2000 Rikstrygdeverket: Utredningsavdelingen.
- Rikstrygdeverket (2000). Uførepensjonering av unge mennesker i NORGE. Rapport 07/2000. Rikstrygdeverket: Utredningsavdelingen.

- Reiso, H., Nygård, J.F., Brage, S., Guldbrandsen, P., Tellnes, G. (2001). Work ability and duration of certified sickness absence. Scandinavian Journal of Public Health, 29; 218-25.
- Retzlaff, P., Cicerello, A. (1995). Compensation and pension evaluations: Psychotic, neurotic, and post-traumatic stress disorder Millon Clinical Multiaxial Inventory II profiles. Military Medicine 160(10); 493-496.
- Rognerud, M., Stensvold, I., Strand, B.H., Hesselberg, Ø., Lyshol, H. (2000). Nasjonalt helseindikatorsystem og helsedatabasen i år 2000, Norsk institutt for folkehelse, juli 2000.
- Rytsälä, H.J., Melartin, T.K., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P., Isometsä, E.T. (2001). Journal of Clinical Psychiatry, 62:9; 701-6.
- Salminen, K., Saarijärvi, S., Raitasalo, R. (1997). Depression and disability pension in Finland. Acta psychiatrica Scandinavica, 95; 242-3.
- Sanne, B., Dahl, A.A, Tell, G.S. (2001) Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver. Tidsskr Nor Lægeforen, 121; 590-6.
- Sartorius, N., Üstün, T.B., Lecrubier, Y. Wittchen, H.U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on Psychological disorders in Primary Health Care. Br J Psychiatry, 168 (suppl 30); 38-43.
- Sorvaniemi, M., Helenius, H., Salokangas, R.K.R. (2002). Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. Journal of affective disorders 1, 000-000.
- Solvang, P. (1999). Legen som takstmann og portvakt, Tidsskr Nor Lægeforen, 119; 2156.
- Stordal, E., Mykletun, A., Dahl, A.A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. Acta Psychiatrica Scandinavica, 107; 132-41.
- Stordal, E., Kruger, M.B., Dahl, N.H., Kruger, O., Mykletun, A., Dahl, A.A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). Acta Psychiatrica Scandinavica, 104; 210-216.
- Tellnes, G. (1988) Legens sykemeldingspraksis. Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo.
- Terum L.I., Nergård, T.B. (1999). Medisinsk skjønn og rettstryggleik, Tidsskr Nor Lægeforen, 119; 2192-6.
- Tylee A., Gastpar, M., Lépine J.P., Mendlewicz, J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and

- current management of depression in the community. Int Clin Psychopharmacol, 14; 139-151.
- Velikova, G., Selby, P., Snaith, P., Kirby, P. (1995). The relationship of Cancer Pain to Anxiety, Psychoter Psychosom, 63; 181-4.
- Wells, K., Stewart, A., Hays, R., Burnam, A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. (1989). The functioning and well being of depressed patients, J. Am. Med. Assoc., 262; 914-9.
- Whooley, M.A., Kiefe, C.I., Chesney, M.A., Markovitz, J.H., Matthews, K., Hulley, S.B. (2002). Depressive symptoms, Unemployment and Loss of income. Archives of International Medicine, 162; 2614-20.
- Wilson, S.H., Walker, G.M. (1993). Unemployment and health: a review. Public Health, 107; 153-162.
- Wittchen, H-U., Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and Course, J Clin Psychiatry, 62 (suppl 11); 24 – 34.
- Zigmond, A.S., Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67; 361-70.

APPENDIX

HVORLEDES FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig? 162	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du følt deg:				
Nervøs og urolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst? 165	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom? 168	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Her kommer noen flere spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uka**. Ikke tenk for lenge på svaret - de spontane svarene er best

Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før 169

- Avgjort like mye 1 Bare lite grann 3
Ikke fullt så mye 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje 170

- Ja, og noe svært ille 1 Litt, bekymrer meg lite . 3
Ja, ikke så veldig ille ... 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner 171

- Like mye nå som før 1 Avgjort ikke som før 3
Ikke like mye nå som før 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg har hodet fullt av bekymringer 172

- Veldig ofte 1 Av og til 3
Ganske ofte 2 En gang i blant 4

Jeg er i godt humør 173

- Aldri 1 Ganske ofte 3
Noen ganger 2 For det meste 4

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet 174

- Ja, helt klart 1 Ikke så ofte 3
Vanligvis 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg føler meg som om alt går langsommere 175

- Nesten hele tiden 1 Fra tid til annen 3
Svært ofte 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen 176

- Ikke i det hele tatt 1 Ganske ofte 3
Fra tid til annen 2 Svært ofte 4

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut 177

- Ja, har sluttet å bry meg 1 Kan hende ikke nok 3
Ikke som jeg burde 2 Bryr meg som før 4

Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv 178

- Uten tvil svært mye 1 Ikke så veldig mye 3
Ganske mye 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting 179

- Like mye som før 1 Avgjort mindre enn før . 3
Heller mindre enn før ... 2 Nesten ikke i det hele tatt 4

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk 180

- Uten tvil svært ofte 1 Ikke så veldig ofte 3
Ganske ofte 2 Ikke i det hele tatt 4

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV 181

- Ofta 1 Ikke så ofte 3
Fra tid til annen 2 Svært sjelden 4