

Kronikk

Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygning

Ifølge Rikstrygdeverket er mentale lidelser årsak til 30 % av uføretrygdene i 2004. Vi mener dette er et underestimat, og anfører fem argumenter for påstanden. Vi tror at det eksisterer et forebyggingspotensial for uføretrygning gjennom bedret diagnostisering og behandling.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Arnstein Mykletun

arnstein.myleketun@uib.no
HEMIL
Det psykologiske fakultet
Universitetet i Bergen
Christiesgt. 13
5015 Bergen
og
Divisjon for psykisk helse
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Simon Øverland

HEMIL
Universitetet i Bergen

Ved utgangen av 2004 var det ca. 310 000 uføretrygdede i Norge. Det utgjør 12 % av populasjonen i alderen 18–67 år (1). Til tross for en økning i antall uføretrygdede, er det ikke noe som tyder på at folkehelsen blir dårligere, snarere tvert imot. Selv om flere enn før søker hjelp for mentale lidelser, er det heller ikke dokumentert noen reell økning i forekomst av slike helseproblemer (2). Misforholdet mellom bedring i folkehelsen og en økning i helserelaterte trygdeytelser har medført at flere stiller spørsmål ved betydningen av helse for uføretrygning. Fra tid til annen rapporterer mediene om folk som sies å ha blitt uføretrygdet for økonomisk nød eller arbeidsløshet, men også historier der det er mistanke om trygdesvindler.

Vi vet ganske lite om årsaker til uføretrygning. Denne kunnskapsmangelen står i grell kontrast til at Norge i 2004 brukte over 41 milliarder kroner på direkte utgifter til

uføretrygd. I tillegg kommer indirekte kostnader gjennom tapt produktivitet og tapte skatteinntekter for det offentlige.

Enkelte leger sier at de føler seg maktesløse i forhold til spørsmål om trygd i sitt praktiske arbeid (3). I likhet med de fleste andre OECD-land tildeles uføretrygd i Norge etter innvilget søknad, hvor en lege vurderer om og i hvilken grad pasienten har redusert arbeidsevne som følge av diagnostiserbar sykdom. Legene kan her oppleve en rollekonflikt: På den ene siden fungerer de som *portvoktere* på samfunnets vegne og skal begrense tilgangen til velferdsgodet uføretrygd. På den andre siden skal de ta vare på pasientens interesser og handle i samsvar med det man anser som pasientens beste, beskrevet som *advokatrollen* (3).

Mennesker som tildeles uføretrygd, har ofte mange og sammensatte symptomer. Det gjør det vanskeligere for legen å identifisere den underliggende årsaken og stille korrekt diagnose. Rikstrygdeverket publiserer årlig oversikter over hvilke diagnoser uføretrygd blir tildelt på grunnlag av. Muskel- og skjelettlidelser utgjør den klart største gruppen (33 % i 2004), etterfulgt av mentale lidelser (30 %), herunder depresjon (1). Andelen uføretrygder som tildeles på grunnlag av mentale lidelser har økt de siste tiårene (1, 4, 5).

Mentale lidelser undervurderes

Statistikk som er basert på diagnoser anført i trygdeerklæringer, er sårbar for eventuelle systematiske feilkilder. Vi presenterer i det følgende fem argumenter for at statistikk basert på trygdeerklæringer undervurderer betydningen av mentale lidelser for uføretrygning:

Britiske studier har vist at allmennlegers ferdigheter i å oppdage mentale lidelser er begrenset, og kurs rettet mot å bedre legenes kompetanse på dette området har gitt begrenset utbytte (6). Dette er trolig en viktig årsak til at de fleste pasienter med angst og depresjon sier at de aldri er blitt behandlet for dette (7). En pågående studie antyder også at en del norske allmennleger overvurderer sine ferdigheter i å diagnostisere mentale lidelser, men at de som har potensial for forbedring ikke nødvendigvis har innsikt i dette. En annen studie har vist at enkle selvrapporteringsskjemaer for forekomst av 14 symptomer på angst og depre-

sjon (HADS) identifiserer disse mentale lidelsene bedre enn allmennlegers kliniske skjønn (8). Det kan derfor tenkes at allmennleger tenderer til å stille somatiske diagnoser i tilfeller der symptomene overlapper med kriterier for psykiatriske diagnoser (9, 10). Vi kan heller ikke utelukke at pasienter og trygdemyndigheter kan ha preferanser i samme retning.

Mildere depresjoner under kliniske grenseverdier har i befolkningsstudier vært vist å forårsake flere sykmeldingsdager enn kliniske depresjoner (11). Selvsagt er risikoen for sykmelding større ved alvorlige tilstander enn milde, men ettersom det finnes langt flere pasienter med milde tilstander enn alvorlige, blir det samlede bidraget fra milde tilstander likevel større. Det eksisterer ingen slik studie i forhold til uføretrygd, men resultatene har trolig likevel relevans. Det er sannsynlig at milde mentale tilstander blir oversett av allmennleger og derfor ikke angitt som årsak til pasientens reduserte arbeidsevne. Dette kan imidlertid være rimelig ut fra den enkelte leges ståsted, all den tid slike subterskeltilstander per definisjon ikke tilfredsstillende diagnostiske kriterier. På gruppenivå vil likevel disse lettere, men hyppige, subterskeltilstandene av mentale lidelser trolig bidra til insidens av uføretrygd.

Den kanskje sterkeste vitenskapelige indikasjonen til støtte for hypoteser om mentale lidelser som undervurdert årsak til uføretrygning, kommer fra en studie fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (12). Her ble ca. 45 000 personer i arbeidsfør alder fulgt opp etter en kartlegging av mentale og fysiske helseproblemer. Angst og depresjon var ikke bare selvstendige risikofaktorer for uføretrygd, men også for uføretrygd som var innvilget for andre diagnoser enn mentale lidelser.

I en oppfølgingsstudie i Nord-Trøndelag ble det vist at også søvnvansker øker sannsynligheten for uføretrygd (13), selv om denne diagnosen ikke er nevnt i noen trygdeerklæringer i 2004 (1). Med andre ord kan også kroniske søvnvansker, som forekommer svært hyppig, være undervurdert som årsak til uføretrygd.

Ifølge lovverket skal medisinsk rehabilitering (i praksis ofte overlappende med behandling) forsøkes før uføretrygd inn-

vilges, med mindre det kan slås fast at ingen slike tiltak vil ha effekt. Likevel sier en betydelig andel av dem som nylig har fått innvilget uføretrygd for mentale lidelser at de aldri har vært i behandling for slike lidelser (14). Dette kan være en praktisk konsekvens av at den mentale helsens bidrag til redusert arbeidsevne blir undervurdert eller at pasienten eller lege ikke har tiltro til at behandlingstiltak vil kunne gi effekt. Det kan innvendes mot dette funn at behandlere leger ville rapportert at behandling for mentale lidelser var forsøkt. Det er imidlertid rimelig å forvente at adekvat medisinsk rehabilitering for mentale lidelser er såpass omfattende og eksplisitt at den uføretrygdde selv kjenner til hvilke helseproblemer tiltakene rettes mot.

Vi mener disse fem argumentene gir grunnlag for å mistenke at mentale lidelser er undervurdert som årsak til uføretrygding.

Kan betydningen av mentale lidelser for uføretrygding øke når prevalensen ikke øker (2)? Noe av økningen i mentale lidelser som årsak til uføretrygding kan trolig tilskrives økt aksept for slike diagnoser blant pasienter og kanskje også i trygdesystemet. Det kan imidlertid ikke utelukkes at mentale lidelser blir stadig mer uforenlig med et yrkesliv som er stadig sterkere innrettet mot krav til produktivitet, effektivitet, omstillingsevne, kompetanse og service.

Hva kan vi gjøre?

Uføretrygd medfører enorme kostnader for samfunnet, og er i mange tilfeller heller

ikke heldig for dem som blir trygdet. Bedrer man diagnostisering og behandling av mentale lidelser i primærhelsetjenesten, kan det tenkes å virke forebyggende på uføretrygding. Det har siden introduksjonen av selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) i 1990 vært en betydelig økning i behandling av mentale lidelser i allmennpraksis. Det er uklart om dette har hatt betydelig positiv effekt på den mentale folkehelsen. Amerikanske studier antyder at flertallet av behandlingsforløp for mentale lidelser holder lavere kvalitet enn foreslåtte minimumsstandarder (15). Siden behandling for mentale lidelser vanligvis er kortvarig, vil den trolig påvirke varigheten av en episode snarere enn 12-månedersprevalensen (2). Endelig er det også innvendt at en stor andel av pasienter som blir behandlet for mentale lidelser i allmennpraksis, ikke tilfredsstiller diagnostiske kriterier, eller de mottar behandling man ikke finner evidens for i randomiserte kontrollerte studier (2).

De sentrale spørsmålene blir derfor hvorvidt det eksisterer et underutnyttet potensial for forebygging av uføretrygding gjennom å bedre diagnostisering og behandling av mentale lidelser i allmennpraksis, eventuelt også hvordan dette kan realiseres.

Manuskriptet ble godkjent 22.2. 2006.

Litteratur

- Olsen H. Trygdestatistisk årbok 2005. Oslo: Rikstrygdeverket, 2005. www.trygdeetaten.no/generelt/pub/trygdestatistisk_aarbok_2005.pdf (17.2.2006).
- Kessler RC, Demler O, Frank RG et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005; 352: 2515–23.

- Wahlström R, Alexanderson K. Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scand J Public Health* 2004; 32: 222–55.
- Salminen JK, Saarijärvi S, Raitasalo R. Depression and disability pension in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 242–3.
- OECD. Policy Brief: Disability programmes in need of reform www.oecd.org/dataoecd/5/10/2496616.pdf (17.2.2006).
- Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185–91.
- Rønne A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 51–8.
- Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* 2005; 5: 46.
- Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 95–6.
- Nimmuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S et al. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001; 51: 549–57.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264: 2524–8.
- Mykletun A, Øverland S, Dahl AA et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorder on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006; godkjent for publisering.
- Sivertsen B, Øverland S, Neckelmann D et al. The long term effect of insomnia on work disability. E-publisert *Am J Epidemiol* 12.4.2006.
- Mykletun A, Øverland S, Glozier N. Is the impact of mental health problems on disability pension award underestimated? Abstract. *Eur J Public Health* 2005; 15 (suppl 1): 80–1.
- Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent core of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 284–92.