

Trygdeforbruk ved funksjonelle somatiske lidelser

Bakgrunn. Funksjonelle somatiske lidelser er vanlige tilstander i praksis. I denne artikkelen beskrives konsekvensene i form av trygdeforbruk for fibromyalgi, nakkeslengskade, kronisk tretthetssyndrom, dissosiative og somatoforme lidelser, funksjonelle mage- og tarmlidelser, kroniske underlivssmerter og ikke-kardiale brystsmarter.

Materiale og metode. Datagrunnlaget er hentet fra Rikstrygdeverkets registre over sykepenge og uførepensjon for år 2000. Diagnosene er kodet etter henholdsvis ICPC og ICD-10.

Resultater. De inkluderte lidelsene utgjorde 2,9 % av alle sykefraværstilfeller blant arbeidstakere i år 2000. Mesteparten av disse var tretthet/slapphet og fibromyalgi. Av de nye uførepensjonistene i år 2000 hadde 6,3 % en funksjonell lidelse. To tredeler av disse hadde diagnosen fibromyalgi. Funksjonelle lidelser forekom hyppigere blant kvinner og i aldersgruppen 25–59 år.

Fortolkning. Funksjonelle lidelser, særlig fibromyalgi, er et betydelig problem for trygden. En sterkere vektlegging av ressurser og funksjon, istedenfor sykdom, vil gi bedre oppfølging for disse pasientene.

Funksjonelle somatiske lidelser er tilstander med stor klinisk betydning. Eksempler på slike lidelser er fibromyalgi, nakkeslengskade, kronisk tretthetssyndrom, dissosiative og somatoforme lidelser, funksjonelle mage- og tarmlidelser, kroniske underlivssmerter og ikke-kardiale brystsmarter. I denne artikkelen belyses de økonomiske konsekvensene av disse funksjonelle lidelsene i form av trygdeforbruk.

I tidligere trygdelovgivning var ytelser som sykepenge, rehabiliteringspenge og uførepensjon begrenset til tilstander med objektive, observerbare tegn til sykdom (1). Lidelser uten patofysiologiske forandringer ble vanligvis ikke ansett å oppfylle sykdomskriteriet for trygdeytelser. De siste årtier har det gradvis kommet en økende aksept for at også funksjonelle lidelser kan gi rett til ytelser. Dette gjelder i særlig grad tilstander som er vel etablert i den norske medisinske tradisjonen, og det innbefatter de tilstander som artikkelen omhandler. Andre tilstander uten

Søren Brage

brage@ryggnett.no
Utredningsavdelingen
Rikstrygdeverket
0241 Oslo

Brage S.

National insurance expenditure on functional somatic disorders.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1397–401

Background. Functional somatic disorders are often seen in medical practice. This study describes their financial consequences for the national insurance scheme.

Material and methods. National Insurance Administration data for the year 2000 were collected on sickness leave and disability pensions for fibromyalgia, whiplash injuries, chronic fatigue syndrome, dissociative and somatoform disorders, functional gastrointestinal disorders, chronic pelvic pain, and non-cardiac chest pain.

Results. Functional somatic disorders caused 2.9% of all sick leave among employees. Most of these were caused by fatigue/exhaustion or fibromyalgia. 6.3% of all new disability pensioners had a functional disorder, two thirds of them fibromyalgia. Functional disorders were more frequent in women, and in the 25–59 age group.

Interpretation. Functional disorders, fibromyalgia especially, are a great concern for the national insurance system. More focus on individual functioning rather than the disorder might contribute to better follow-up for these patients.

sikre objektive tegn, som eloverfølsomhet, multipl kjemisk overfølsomhet, candidasyndrom og kroniske smertesyndromer har ikke nådd samme grad av aksept.

Symptombildene ved de inkluderte tilstandene oppviser mange likhetstrekk. Funksjonen er ofte varig redusert på grunn av smerter og /eller tretthet. Diagnosen kan ikke fastsettes før etter lang observasjonstid. Ved blant annet fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom er symptomvarigheten et diagnostisk kriterium (2, 3). De funksjonelle tilstandene har preg av eksklusjonsdiagnoser, og dette krever betydelig tid til utredning og avklaring. Man bør derfor forvente at disse diagnosene vesentlig forekommer i uførepensjonsstatistikken. I sykefravær-fasen vil funksjonelle tilstander oftere forekomme som symptomdiagnoser (4).

De funksjonelle tilstandene som er inkludert i Tidsskriftets serie representerer bare toppen av et isfjell. En rekke andre, svært hyppige tilstander kjennetegnes av at det funksjonelle elementet er dominerende. De

strukturelle årsakene til symptomene er ukjent. Behandlingen rettes mot å forbedre individets funksjon, uansett om man finner en presis strukturell diagnose. Det gjelder blant annet en del lidelser i rygg, nakke og skuldre, samt angst- og depresjonslidelser. Disse tilstandene samlet er årsak til 35 % av sykefraværet i Norge, målt i antall fraværstilfeller (5).

En gjennomgang av trygdeforbruket ved de inkluderte funksjonelle lidelsene kan derfor ikke gi svar på spørsmålet om hvor stor andel av trygdeytelser som forårsakes av funksjonelle lidelser generelt. Imidlertid er trygdeforbruket ved flere av disse tilstandene ikke tidligere belyst, og det vil være av interesse å gi en samlet oversikt over funksjonelle somatiske lidelser.

Metode

Datagrunnlag

Datagrunnlaget ble hentet fra Rikstrygdeverkets sykepenge- og uførepensjonsregistre. Sykepengeregisteret omfatter i hovedsak sykefraværstilfeller lengre enn 16 dager, det vil si utover arbeidsgiverperioden. Statsansatte er inkludert i registeret fra år 2000. Fra dette registeret ble det hentet tall over alle avsluttede sykepengetilfeller blant arbeidstakere i arbeid i år 2000 (n = 498 556).

Fra uførepensjonsregisteret ble det hentet tall på alle personer som ble uføretrygdet i år 2000 (N = 29 679) og på alle som hadde en løpende uførepensjon ved utgangen av 2000 (n = 279 573). I begge tilfeller ble både hel og gradert uførepensjon inkludert.

Dataene er ikke kjønns- og alderstandardisert, men presenteres stratifisert etter kjønn og alder. I tillegg til absolutte tall ble det beregnet andeler, uttrykt i prosent av den undersøkte gruppen.

Medisinske diagnoser

I sykepengeregisteret er medisinske diagnoser kodet etter International Classification for Primary Care – ICPC (6). I uførepensjonsregisteret er de kodet etter International Classification of Diseases, 10. utgave (7). De inkluderte funksjonelle tilstandene har en entydig kode i ICD-10. I ICPC derimot finnes det ingen egen kode for flere av dem, og de kodes da i en gruppe som også inkluderer andre tilstander. I tabell 1 gis en sammenfatning av de brukte diagnosekodene med merknad (*) hvis den brukte koden i tillegg inkluderer andre diagnoser.

For nakkeslengskade er det ikke oppgitt noen kode i ICPC, da alle nakkeskader og

Tabell 1 Diagnosekoder for funksjonelle lidelser

Tilstand	ICD-10-kode	ICPC-kode	Merknad
Fibromyalgi	M79.0	L18	–
Nakkeslengskade	S13.4	– *	*Finnes ikke
Kronisk tretthetssyndrom	F48.0	A04*	*Også akutt tretthet
Dissosiative/somatoforme tilstander	F44, F45	P75	–
Ikke-ulcusdyspepsi	K30	D87	–
Irritabel colon/tarmsyndrom	K58	D93	–
Kroniske underlivssmerter	R10.2	X01*	*Også akutte smerter
Ikke-kardiale brystmerter	R07	L04*	*Også andre plager

-sykdommer kun har én felles kode. På grunn av ulik kategorisering i klassifiseringssystemene er dissosiative og somatoforme lidelser slått sammen i én gruppe.

Frafallet på grunn av manglende koder var lavt. I sykepengeregisteret manglet diagnosekoden i 0,02 % av tilfellene i 2000, i uførepensjonsregisteret manglet 3,0 %. De angitte tall i tabellene er ikke korrigert for frafallet.

Resultat

De funksjonelle somatiske lidelsene utgjorde 2,9 % av alle sykefraværstilfeller blant arbeidstakere i år 2000 (tab 2a). Mesteparten av disse var tretthet/slapphet og fibromyalgi. Antall sykmeldte med funksjonell lidelse var betydelig høyere blant kvinner (n = 10 398) enn blant menn (n = 3 826). Andelen sykmeldte med en funksjonell diagnose var rimelig lik i alle aldersgrupper med en andel på 2–3 % av alle sykmeldte (tab 2b).

Av de nye uførepensjonistene i år 2000 hadde 6,3 % en funksjonell lidelse (tab 3a). To tredeler av disse hadde diagnosen fibro-

myalgi. Antall nye uførepensjonister med funksjonell lidelse var høyere blant kvinner, 1 534, enn blant menn, 342. Blant personer i alderen 16–24 år forekom uførepensjonering med en funksjonell diagnose så å si ikke. Andelen var også lav i aldersgruppen 60–66 år (tab 3b).

Som sykmeldingsdiagnose var fibromyalgi brukt i beskjedent omfang, 0,8 %. Den var vanligst i alderen 45–59 år (tab 2b). Blant nye uførepensjonister, derimot, var diagnosen meget vanlig, unntatt blant de aller yngste. Blant nye kvinnelige uførepensjonister i år 2000 hadde 6,9 % fibromyalgi. Fibromyalgi var hyppigere blant kvinner, med et forholdstall kvinner/menn på 10:1 blant uførepensjonister.

I uførepensjonsregisteret kan diagnosen fibromyalgi følges tilbake til 1989. Antall nye pensjonister med fibromyalgi gikk sterkt ned frem mot 1993, for deretter å øke igjen (fig 1). Det er i dag færre nye uførepensjonister med diagnosen fibromyalgi enn det var i 1989–90.

Nakkeslengskader var årsak til 0,9 % av nye uførepensjonister i år 2000. Andelen var

noe høyere blant kvinner, og klart høyest i aldersgruppen 25–44 år (tab 3b).

Tretthet/slapphet var ikke uvanlig som sykmeldingsdiagnose, spesielt blant kvinner (tab 2a). Blant nye uførepensjonister var diagnosen kronisk tretthetssyndrom mer sjelden, spesielt blant menn og i yngre aldersgrupper (tab 3a). Kronisk tretthetssyndrom var forholdsvis vanligere blant nye uførepensjonister i 2000 enn blant dem med uførepensjon fra tidligere (ikke vist i tabell).

Dissosiative og somatoforme lidelser var sjelden brukt som diagnoser ved sykepengetilfellene i år 2000. Ved varig trygdeytelse i form av uførepensjon hadde de større omfang (tab 3a). De var vanligere blant kvinner og forekom hyppigst i alderen 25–44 år.

Ikke-ulcusdyspepsi og irritabel colon, kroniske underlivssmerter og ikke-kardiale brystmerter gav av og til grunn til sykmelding, men insidensen var lav. Sykefravær på grunn av ikke-kardiale brystmerter var hyppigere blant menn. Tilstandenes betydning som årsaker til uførepensjon var ubetydelig (tab 3a).

Diskusjon

Metodeproblemer

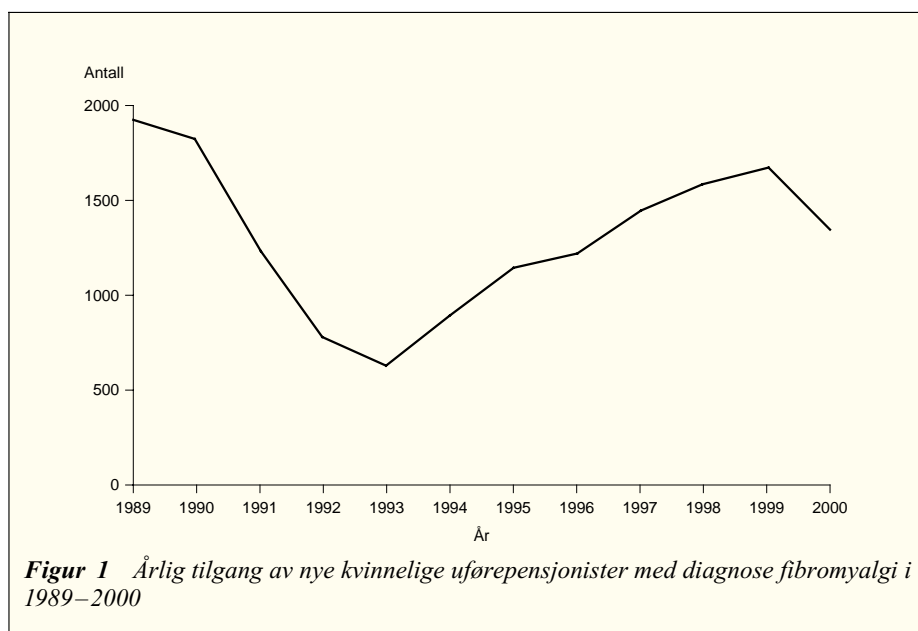
Å undersøke hvor hyppig funksjonelle tilstander forekommer som årsak til sykmelding og uførepensjon i trygderegistre er forbundet med metodeproblemer. Selve registreringer av sykefravær og uførepensjon er vanligvis pålitelig, da registrene er basert på hvem som får utbetalt ytelser. Den angitte diagnosekoden er mer usikker.

Før det første er diagnostikken preget av usikkerhet. Diagnostiske kriterier, hvis de finnes, kan være til noe hjelp, men studier fra andre land har pekt på at mange leger ikke bruker dem i praksis (8). Mer konsekvent og strikt bruk av kriteriene for fibromyalgi vil, som eksempel, sannsynligvis lede til at diagnosen brukes sjeldnere (9). Det er derfor mulig at forekomsten av fibromyalgi er overdrevet på grunn av en slik feilklassifisering i denne studien. Allikevel har sannsynligvis de fleste pasientene med diagnosen fibromyalgi en funksjonell tilstand preget av generaliserte muskelsmerter.

Kriteriene er i seg selv usikre siden de vesentlig baseres på pasientens symptomer og egenrapporterte plager, noe som vil gi varierende resultat alt etter hva pasienten kan og vil formidle.

I tillegg er det vanskelig å finne en entydig kode for en del funksjonelle lidelser i ICPC (tab 1). Klassifikasjonssystemet er grovmasket, og disse lidelsene kan bli kodet som «Andre sykdommer, ikke nærmere angitt». Dette vil da gi for lav forekomst av enkelte funksjonelle lidelser.

De presenterte tall blir preget av en betydelig usikkerhet. Den diagnostiske og kode-messige presisjonen er antakelig best ved uførepensjon, fordi behandlende lege da har kunnet vurdere tilfellet over lengre tid.



Figur 1 Årlig tilgang av nye kvinnelige uførepensjonister med diagnose fibromyalgi i 1989–2000

Funksjonelle somatiske lidelser

De studerte funksjonelle lidelsene var brukt som sykemeldingsdiagnose i 3 % av sykefraværstilfellene. Denne andelen er liten sammenliknet med andre tilstander som ikke var inkludert i studien, men som ofte har et sterkt funksjonelt preg. I 1999 svarte rygg-, nakke- og skulderlidelser, samt angst og depresjonslidelser samlet for 35 % av alt sykefravær (5).

Blant nye uførepensjoner hadde de inkluderte lidelsene større betydning og utgjorde 6 %, mest av alt fordi fibromyalgi var mye brukt som diagnose. Den høyere andelen kan være resultat av lengre observasjonsperiode og klarlegging av diagnose. Det skulle også kunne være en kohorteffekt, det vil si at funksjonelle lidelser tidligere har vært årsak til en større andel av sykefraværet og at dette nå har ført til økt andel av uførepensjoner. Dette er imidlertid ikke sannsynlig da diagnosefordelingen i sykefraværet er stabilt fra år til år (5).

Flere kvinner enn menn hadde trygdeytelser på grunn av en funksjonell lidelse. Liknende funn er gjort tidligere (10, 11). Dette kan bero på kjønns spesifikke reaksjonsmønstre med henblikk på stress og belastning, og på ulikheter og mengde av belastning (11). Forskjellen i diagnosemønstre ser ut å lede til at kvinner får mindre målrettet behandling og rehabilitering i medisinen og mindre oppfølging fra trygden (12).

Trygdeytelser ved funksjonelle somatiske lidelser var hyppigst forekommende blant personer i alderen 25–59 år, det vil si i den delen av befolkningen som har størst yrkesaktivitet. Dette er også observert ved muskel- og skjelettlidelser og ved psykiatriske lidelser og er vanligvis fortolket som et uttrykk for stor yrkesbelastning kombinert med ansvarsoppgaver i hjemmet (13).

Fibromyalgi

En betydelig andel av kvinnelige uførepensjonister hadde diagnosen fibromyalgi – ca. 7 %. Av muskel- og skjelettlidelser er kun rygglidelser hyppigere som årsak til uførepensjon (14). Fibromyalgi har en relativ høy prevalens i den voksne befolkningen, og angis å ligge på 2–13 %, avhengig av kriterier og valg av metode for undersøkelsen (14). Uførheten er ofte mer uttalt ved fibromyalgi enn ved andre muskel- og skjelettlidelser (15). Resultatene fra denne studien peker på at mange får en varig og betydelig nedsettelse av arbeidsevnen.

Utviklingen av antall nye uførepensjonister med diagnosen fibromyalgi viste en kraftig nedgang mot midten av 1990-årene. Dette var antakelig betinget av en generell reduksjon av nye uførepensjonister i disse årene, men også av skjerpede medisinske vilkår, spesielt ved uklare tilstander som fibromyalgi. I denne perioden økte avslagsprosenten på uførepensjonssøknader for fibromyalgi (16). Fra 1995 har antall nye uførepensjonister med fibromyalgi steget igjen.

Tabell 2a Avsluttede sykepengetilfeller i år 2000 blant arbeidstakere i arbeid med funksjonelle somatiske lidelser etter kjønn. Antall og andel i prosent av alle sykepengetilfeller

Diagnose	Kvinner (n = 296 831)		Menn (n = 201 725)		Totalt (N = 498 556)	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Fibromyalgi	3 241	(1,09)	642	(0,32)	3 883	(0,78)
Nakkeslengskade	–	–	–	–	–	–
Tretthet/slapphet	5 576	(1,88)	1 864	(0,92)	7 440	(1,49)
Dissosiativ/somatoform tilstand	68	(0,02)	80	(0,04)	148	(0,03)
Ikke-ulcusdyspepsi	572	(0,19)	548	(0,27)	1 120	(0,22)
Irritabel colon	206	(0,07)	185	(0,09)	391	(0,08)
Underlivssmerter	354	(0,12)	–	–	354	(0,07)
Ikke-kardiale brystplager	381	(0,13)	517	(0,26)	898	(0,18)
Totalt	10 398	(3,50)	3 836	(1,90)	14 234	(2,86)

Tabell 2b Avsluttede sykepengetilfeller i år 2000 blant arbeidstakere i arbeid med funksjonelle somatiske lidelser etter alder. Andel i prosent av alle sykepengetilfeller

Diagnose	Alder (år)				Totalt (N = 498 556) %
	16–24 (n = 35 155) %	25–44 (n = 255 507) %	45–59 (n = 174 521) %	60–66 (n = 33 373) %	
Fibromyalgi	0,25	0,68	1,05	0,72	0,78
Nakkeslengskade	–	–	–	–	–
Tretthet/slapphet	1,04	1,62	1,39	1,51	1,49
Dissosiativ/somatoform tilstand	0,04	0,04	0,02	0,01	0,03
Ikke-ulcusdyspepsi	0,34	0,24	0,19	0,16	0,22
Irritabel colon	0,10	0,08	0,08	0,04	0,08
Underlivssmerter	0,16	0,10	0,02	0,02	0,07
Ikke-kardiale brystplager	0,17	0,17	0,20	0,18	0,18
Totalt	2,10	2,93	2,94	2,64	2,86

Her kan, i tillegg til den generelle økningen i antallet nye uførepensjonister, den såkalte fibromyalgikjennelsen spille inn (17). Dette var en kjennelse i Trygderetten som sidestilte fibromyalgi med lidelser med et mer klart objektivi preg. Antall nye uførepensjonister med diagnosen fibromyalgi var i 1999–2000 høyt, men ikke så høyt som rundt 1990.

Nakkeslengskade

Nakkeslengskader er den hyppigste årsaken til personsaker i trafikken. De utgjør 40 % av alle trafikksaker til forsikringsselskaperne og resulterer ofte i betydelige erstatningsbeløp (18). Kronisk nakkeslengskade var årsak til 261 nye uførepensjoner i år 2000. Flertallet av personene var i alderen 25–44 år, en alder betydelig lavere enn den gjennomsnittlige uførepensjoneringsalder. Liknende kjønns- og aldersfordelinger for trygdeytelser etter nakkeslengskade er rapportert av Borchgrevink og medarbeidere (18). De

viste også at mange får kroniske plager, men funksjonstapet er ikke så stort at det nødvendigvis gjør sykefravær. Uførepensjon blir nødvendig i enda mindre grad.

Kronisk tretthetssyndrom

Kronisk tretthetssyndrom skiller seg fra andre funksjonelle lidelser ved ikke å ha smerter som et hovedsymptom. Som diagnosebetegnelse har den fått økt utbredelse siden 1980-årene, og har erstattet nevralgi som betegnelse på en tilstand med tretthet som hovedsymptom (19).

Kronisk tretthetssyndrom forekom oftere som diagnose blant nye uførepensjonister sammenliknet med dem som hadde uførepensjon fra tidligere. Dette kan tyde på at diagnosen er blitt hyppigere ved uførepensjon i de siste årene.

Omfanget av kronisk tretthetssyndrom er ikke mulig å fastsette i sykefraværstatistikken. Den aktuelle ICPC-koden inkluderer

Tabell 3a Nye uførepensjonister i år 2000 med funksjonelle somatiske lidelser etter kjønn. Antall og andel i prosent av alle nye uførepensjonister

Diagnose	Kvinner (n = 16 150)		Menn (n = 13 529)		Totalt (N = 29 679)	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Fibromyalgi	1 120	(6,94)	120	(0,89)	1 240	(4,18)
Nakkeslengskade	156	(0,97)	105	(0,78)	261	(0,88)
Kronisk tretthetssyndrom	147	(0,91)	56	(0,41)	203	(0,68)
Dissosiativ/somatoform tilstand	97	(0,60)	52	(0,38)	149	(0,50)
Ikke-ulcusdyspepsi	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)
Irritabel colon	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)
Kroniske underlivssmerter	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)
Ikke-kardiale brystmerter	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)	< 10	(< 0,10)
Totalt	1 534	(9,50)	342	(2,53)	1 876	(6,32)

Tabell 3b Nye uførepensjonister i år 2000 med funksjonelle somatiske lidelser etter alder. Andel i prosent av alle nye uførepensjonister

Diagnose	Alder (år)				Totalt (N = 29 679) %
	16–24 (n = 713) %	25–44 (n = 6 146) %	45–59 (n = 14 875) %	60–66 (n = 7 945) %	
Fibromyalgi	0,14	5,17	5,26	1,74	4,18
Nakkeslengskade	0	1,94	0,75	0,39	0,88
Kronisk tretthetssyndrom	0	0,42	0,69	0,93	0,68
Dissosiativ/somatoform tilstand	0	1,01	0,53	0,10	0,50
Ikke-ulcusdyspepsi	0	< 0,10	< 0,10	< 0,10	< 0,10
Irritabel colon	0	< 0,10	< 0,10	< 0,10	< 0,10
Kroniske underlivssmerter	0	< 0,10	< 0,10	< 0,10	< 0,10
Ikke-kardiale brystmerter	0	< 0,10	< 0,10	< 0,10	< 0,10
Totalt	0,14	8,59	7,31	3,27	6,32

akutte tilstander med tretthet og slapphet. Dette var en relativt vanlig sykmeldingsårsak i det studerte materialet. I en ny norsk befolkningsstudie rapporterte 53 % av den voksne befolkningen plager med tretthet i løpet av de siste 30 dager, og 22 % rapporterte betydelig tretthet (20).

Dissosiative lidelser og somatoforme tilstander

Kun et meget lite antall personer sykmeldes hvert år på grunn av en dissosiativ eller somatoform tilstand. Ved nye tilfeller vil diagnosen initialt antakelig gå i retning av en symptomdiagnose. Først etter en lang observasjonsperiode, og når pasienten har vært til psykiatrisk vurdering, vil sykdommens natur bli avdekket.

Andre funksjonelle lidelser

Til tross for at funksjonelle mage- og tarm-lidelser, underlivssmerter og ikke-kardiale

brystmerter er hyppige tilstander i klinisk praksis, gav de små utslag på sykefraværstatistikken (21). Dette kan tyde på at funksjonstapet som følge av disse tilstandene påvirker arbeidsevnen i begrenset grad. Tilstandene forekommer meget sjelden som diagnose ved uførepensjon.

Utviklingstrekk i trygdens syn på funksjonelle lidelser

Trygdens krav til at ytelse skal fordeles på en lik og rettferdig måte har vist seg problematisk i forhold til lidelser uten sikre observerbare tegn, noe som er drøftet inngående av Solli (22). Trygdens krav kan også ha medvirket til å opprettholde skillet mellom somatiske («ekte» og aksepterte) og funksjonelle («ukekte» og ikke-aksepterte) sykdommer. I nyere medisinsk praksis synes et slikt skille langt på vei å være forlatt. Virksom behandling av funksjonelle lidelser er fullt mulig, men da kreves det at man for-

later delingen i psyke og soma, og at rehabiliteringen blir tverrfaglig og integrerer kognitive, følelsesmessige og fysiske aspekter (23).

Det finnes heller ikke nevrofysiologiske argumenter for en strikt oppdeling i somatiske og psykiske prosesser. Disse oppfattes i dag som integrerte. Med basis i nyere stressforskning er det foreslått teorier for å forklare hvordan samspillet mellom fysiske og psykiske prosesser gir opphav til en rekke funksjonelle plager hos individet (24).

Trygdeetaten må regne med at tilstander som eloverfølsomhet, multipel kjemisk overfølsomhet, candidasyndrom og kroniske smertesyndrom stadig vil bli krevd anerkjent som sykdommer. Grunnen til at disse tilstandene ennå ikke er godtatt som grunn for trygdeytelser synes å være at den tentative årsaken ikke vinner medisinsk gehør. Funksjonsnivået blant disse pasienten er minst like nedsatt som ved andre tilstander, og plagenes symptomatologi er til forveksling lik andre og aksepterte lidelser.

I Sandman-utvalgets rapport (25), og i den etterfølgende Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv av 3.10. 2001, har funksjonsvurderinger fått en sentral plass som verktøy i oppfølgingsarbeidet av sykmeldte og for å forhindre varig utstøtning fra arbeidslivet. Dette er en tilsiktet dreining vekk fra betydningen av diagnosen for isteden å feste oppmerksomheten på individets funksjonsevne og ressurser. Kravene til medisinsk dokumentasjon fra legens side vil bestå, men det vil bli økte krav til en beskrivelse av pasientens funksjon.

For pasienter med funksjonelle lidelser har tilværelsen vært preget av usikkerhet med hensyn til behandling og av tvil om rettigheter til trygdeytelser. Forhåpentligvis vil mer nøyaktige funksjonsbeskrivelser resultere i mer vellykket medisinsk behandling og bedret trygdemedisinsk oppfølging.

Jeg takker Ola Thune, Rikstrygdeverket for bistand med analyser av registre.

Litteratur

- Ot.prp. nr. 22, 1959. Om lov om uføretrygd.
- Wolfe F, Smythe H, Yunus M, Bennett R, Bombardier C, Goldenberg D et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–72.
- Fukuda K, Straus S, Hickie I, Sharpe M, Dobbins J, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study: International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
- Brage S, Holm S, Thune O, Nygård J, Sandanger I, Tellnes G. Diagnoseendring ved sykmelding. RTV rapport 01/98. Oslo: Rikstrygdeverket, 1998.
- Opdalshei OA. Diagnoser og sykefravær 1994–1999. RTV rapport 04/2000. Oslo: Rikstrygdeverket, 2000.
- Bentsen BG, red. ICPC. ICHPPC-2-Defined. →

- IC-Process-PC. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo: Tano Forlag, Norsk selskap for allmenmedisin, 1991.
7. Statens helsetilsyn. ICD-10. Norsk utgave. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
8. Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract* 1997; 14: 238–41.
9. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *BMJ* 1991; 303: 216–9.
10. Brage S, Nygård J, Tellnes G. The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 34–43.
11. Malterud K. Kvinner «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1790–3.
12. Norges offentlige utredninger. Kvinner helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykning, 1999.
13. Brage S, Nygård J, Tellnes G. Langtidssykemeldinger i Norge 1989–94. Rapport 98: 3. Oslo: Seksjon for trygdemedisin, IASAM, Universitetet i Oslo, 1998.
14. Bruusgaard D, Brage S. Hva har trygd med medisin å gjøre? Belyst ved eksempelet kroniske, utbredte muskelsmerter. I: Bay A-H, Hvinden B, Koren C, red. Virker velferdsstaten? Oslo: Høy-skoleforlaget, 2001: 198–213.
15. White F, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 76–83.
16. Claussen B. Restricting the influx of disability beneficiaries by law: experiences in Norway. *Scand J Prim Health Care* 1998; 26: 1–7.
17. Øie O-E, red. Avgjørelser i Trygderetten 1994. Oslo: Juristforbundets forlag, 1995.
18. Borchgrevink GE, Lereim I, Røyneland L, Bjørndal A, Haraldseth O. National health insurance consumption and chronic symptoms following mild neck sprain injuries in car collisions. *Scand J Soc Med* 1996; 24: 264–71.
19. Hyams K. Developing case definitions for symptom-based conditions: the problem of specificity. *Epidemiol Rev* 1998; 20: 148–56.
20. Ihlebæk C, Eriksen H, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 20–9.
21. Grimsø A, Grimstad S, Lilleholt O, Snoen S, Storset B. Informasjon til kvalitetssikring og selvevaluering i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1983–7.
22. Solli HM. Uførhet, rettferdighet, objektivitet og menneskesyn. I: Solli HM, red. Etske dilemma i trygdemedisinsk praksis. Oslo: Fag- og kvalitetsutvalget, Norsk Trygdemedisinsk Forening, 1999: 47–56.
23. Mayou R, Sharpe M. Treating medically unexplained physical symptoms. Effective interventions are available. *BMJ* 1997; 315: 561–2.
24. Ursin H. Psychosomatic medicine: state of the art. *Ann Med* 2000; 32: 323–8.
25. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjenester, Seksjon statens trykning, 2000.

○