

# Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990–2000

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Antall uføretrygdede i Norge økte med 19,3 % i perioden 1990–2000. Vi ønsket å undersøke endringer i folks mestring av kravene i samfunnet. Hypotesen var at endrede krav til tilpasning skaper økt psykisk stress, som igjen fører til økt uføretrygding pga. psykiske lidelser.

**Materiale og metode.** Vi undersøkte selvforsørgingsevnen til samfunnets tradisjonelt mest tilpasningsdyktige, aldersgruppen 20–39 år, ved å telle antall tilfeller i kategoriene ett års sammenhengende sykmelding, yrkesrettet attføring, medisinsk rehabilitering, langtidsarbeidsledighet, sosial støtte uten andre trygdeytelser og uføretrygd. Vi så på diagnoser ved ett års sammenhengende sykmelding, medisinsk rehabilitering og uføretrygd. Data ble hentet fra Rikstrygdeverket, Aetat og Statistisk sentralbyrå.

**Resultater.** Prevalens av offentlig forsørging økte fra 6,4 % i 1994 til 7,7 % i 2000, en økning på 20,3 %. Insidensen av uførediagnosene «lettere psykiske lidelser» og «ryggsykdommer, myalgier og andre» økte mest, henholdsvis med 152 % og 111 % i perioden 1992–2000.

**Fortolkning.** Endrede krav i arbeidslivet skaper økt psykisk stress. Men endrede krav i privatlivet bidrar også, særlig i forhold til økte krav til livskvalitet parallelt med reduksjon av sosial støtte. Resultatene kan tyde på at det er et økende misforhold mellom samfunnets tilpasningskrav og mestringsressursene i befolkningen. Hjelpesystemet greier ikke å utbedre dette, men kan snarere være en bidragsyter ved at pasientene møter for få krav og sosialiseres til syke-rollen. Økende psykisk stress kan være del av en større utviklingstendens i overgangen mellom industri- og kunnskaps-samfunn.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

> Se også side 2010

### Aksel Tveråmo

[akseltv@frisurf.no](mailto:akseltv@frisurf.no)  
Jessheimklinikken, Akershus Universitetssykehus  
Trondheimsveien 82  
2050 Jessheim

### Odd Steffen Dalgard Bjørgulf Clausen

Institutt for allmenntilleggsmedisin og  
samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Oslo

Risikoen for å utvikle en psykisk lidelse øker ved psykisk stress, og psykisk stress øker ved misforhold mellom tilpasningskrav og mestringsressurser (fig 1) (1–8). Lazarus & Folkman definerer mestring av psykisk stress som de stadig tilpassede tanke- og atferdsmessige anstrengelser som individet bruker for å hanske med spesifikke ytre og eller indre krav som oppleves som krevende eller som overgår personens ressurser (4). Psykisk stress oppstår hovedsakelig når kravene er høyere enn mestringsressursene, man føler seg overbelastet. Men psykisk stressopplevelse kan også oppstå når kravene er mindre enn mestringsressursene, når man opplever ikke å få brukt sine evner og anlegg tilfredsstillende (fig 1).

Når flere nordmenn er blitt avhengige av offentlig forsørging, kan det skyldes at tilpasningskravene er blitt høyere enn manges mestringsressurser, men også at individet ikke opplever å få brukt seg selv tilfredsstillende. Hjelpesystemets mål er å øke det hjelpetrengende individets mestringsressurser, for å bringe vedkommende tilbake til selvforsørging, blant annet via hjelpetiltakene sykmelding, attføring, rehabilitering, arbeidsledighetstrygd og sosialhjelp. Uføretrygd er sluttresultatet hvis hjelpesystemet mislykkes. I perioden 1990–2000 økte antall uføretrygdede i Norge med 19,3 % (9). Det var store samfunnsendringer i dette tidsrommet. Hvis den økende andelen mennesker med uføretrygd henger sammen med økende psykisk stress, skulle man forvente en særlig økning i uførediagnoser med psykiske lidelser. Ved å undersøke den mest omstillingsdyktige populasjonen i forhold til avhengighet av offentlig forsørging, og ved å se på de hyppigst forekommende diagnosene, kan man si noe om graden av hele befolkningens mestring av kravene i samfunnet. Unge voksne har bedre somatisk helse enn eldre. Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 viser at unge voksne i Norge også har

bedre psykisk helse enn eldre voksne (10). I denne undersøkelsen brukes derfor aldersgruppen 20–39 år som en indikator for hele befolkningens psykiske helse.

Lettere psykiske lidelser som angst, depresjon og utbrenthet (11, 12) kan forstås i et stress- og mestringsperspektiv som symptomtilstander vedlikeholdt av kronisk psykisk stress. Muskel- og skjelettplager kan komme av somatisering ved psykisk stress (13). Disse tilstandene kan oppstå når kravene overstiger mestringsressursene, slik at man blir hjelpetrengende. I denne undersøkelsen var hypotesen at endrede tilpasningskrav i samfunnet i perioden 1990–2000 har skapt økt psykisk stress. Formålet med undersøkelsen var å beskrive endringer i befolkningens mestring av kravene i samfunnet, målt ved prevalens av offentlig forsørging og prevalens og insidens av diagnoser ved offentlig forsørging. Psykiske diagnoser og muskel- og skjelett-diagnoser ble brukt som markør for psykisk stress.

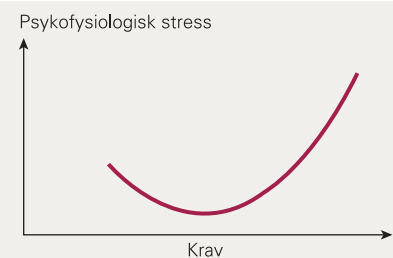
## Materiale og metoder

Studiepopulasjonen var antallet personer i aldersgruppen 20–39 år i Norge som ble forsørgt ved offentlig bistand. Data ble hentet fra Rikstrygdeverket, Aetat og Statistisk sentralbyrå. Det ble ikke skilt mellom kjønn eller undergrupper av alder i datamaterialet. For perioden 1990–2000 ble det målt antall tilfeller for hvert år med sammenhengende ett års sykmelding, yrkesrettet attføring, medisinsk rehabilitering, registrert arbeidsledighet mer enn seks måneder, sosialtrygd

## Fakta

- Den tradisjonelt mest tilpasningsdyktige andelen av befolkningen har i økende grad tilpasningsproblemer
- Hjelpesystemet greier ikke å øke befolkningens mestringsressurser like mye som samfunnets tilpasningskrav øker
- Sykdomspanoramaet som helsevesenet møter, forskyves fra objektive sykdommer (disease) til subjektive tilstander (distress)
- Økt psykisk stress i befolkningen kan være knyttet til akselererende overgang mellom industrisamfunn og kunnskapssamfunn

**Figur 1**



Modell for sammenheng mellom krav og psykofysiologisk stress. Etter Selye (1936), Levi (1972), fra (7)

uten å motta annen form for offentlig støtte, eller uføretrygd. Det summerte antallet av disse kategoriene er beregnet som mål på antall personer som var avhengig av offentlig forsørging. Nevneren i ratetallene i figur 2 var hele befolkningen i aldersgruppen 20–39 år (14).

#### Sammenhengende sykmeldt i ett år

Hos personer som hadde vært sykmeldt i ett år, ble det foretatt målinger for hvert år i perioden 1990–2000. Tallene inkluderte ikke folk som fikk sykepenger under barns sykdom, sjømenn, eller statsansatte som omfattes av summarisk oppgjør.

#### Yrkeshemmede

Antallet yrkeshemmede ble hentet fra Aetat betegnelse på personer under yrkesrettet attføring, fordelt på henholdsvis vente- og utredningsfaser, formidlings tiltak, arbeids- og trenings tiltak, kvalifiseringstiltak og vernet arbeid. Fra 1994 hadde Aetat eneansvaret for statistikken, og disse tallene er brukt her. Før 1994 er tallene usikre på grunn av ulik statistikkføring i Aetat og Rikstrygdeverket.

#### Medisinsk rehabilitering

Utvalget var antall personer under medisinsk rehabilitering. Før 1994 benyttet man i Rikstrygdeverket betegnelsen medisinsk attføring, men kategorien ble holdt mindre klart atskilt fra yrkesrettet attføring, som lå under både Rikstrygdeverket og Aetat. Fra 1994 hadde bare Rikstrygdeverket ansvar for medisinsk rehabilitering, og denne statistikken er brukt her.

#### Arbeidsledighet mer enn seks måneder

Antallet langtidsledige i aldersgruppen 20–39 år ble estimert ved å ta 70 % av antallet langtidsledige i gruppen 20–49 år.

#### Sosialklienter uten andre trygdeytelser

Sosialhjelp er ofte en tilleggsytelse til andre stønader. For dette prosjektet har Statistisk sentralbyrå hentet ut sosialklientene som har mottatt sosialhjelp hele året og som ikke mottok andre trygdeytelser.

#### Uføretrygd

Antallet personer med uføretrygd i aldersgruppen 20–39 år ved årets slutt, er hentet fra Rikstrygdeverket.

#### Diagnoser

Diagnoser ved sykmelding og medisinsk rehabilitering kodes av Rikstrygdeverket i ICPC (15), ved uføretrygd i ICD-10 (16). For prevalenstall ble diagnosegruppene delt i psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, samt alle andre diagnosegrupper. For insidens av uførediagnoser ble kategoriene psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser oppdelt i underkategorier. Psykiske lidelser ble splittet i «lettere psykiske lidelser» og «alvorlige psykiske lidelser». Med vår kategori «lettere psykiske lidelser» er vi ute etter psykiske plager og lidelser der sosiale forhold er en viktig risikofaktor (17). For å operasjonalisere lidelser hos voksne der sosiale forhold er en viktig risikofaktor, har vi i vår kategori «lettere psykiske lidelser» definert inn summen av Rikstrygdeverkets uførediagnoser nevrososer og atferds- og personlighetsforstyrrelser, psykiske lidelser på grunn av rusmiddel- eller tablettbruk, og affektive lidelser. Vi har ekskludert selvmord. Affektive lidelser er inkludert, fordi Rikstrygdeverket innførte denne uførekategorien fra 1998. Denne omfatter ICD-10-diagnosene F30–F39 (16). Sosiale forhold er en viktig risikofaktor for «F32 Depressiv episode» og «F38 Andre affektive lidelser», og mindre viktig for de resterende affektive lidelsene. Med vår kategori «alvorlige psykiske lidelser» er vi ute etter psykiske lidelser der sosiale forhold er av mindre betydning som årsaksfaktor (17). Mani og bipolare affektive lidelser skulle vært tatt med her, men på grunn av Rikstrygdeverkets manglende segregering av undergrupper i uførekategorien affektive lidelser, er disse tatt med i vår kategori «lettere psykiske lidelser».

Muskel- og skjelettlidelser ble splittet i to grupper. Den første gruppen er summen av uførediagnosene «ryggsykdommer, myalgier og andre». Disse tilstandene kan inneholde en del somatisering, fordi en vesentlig del ikke er radiologisk påvisbare, og således vil høre til under psykiske lidelser hos voksne der sosiale forhold er en viktig risikofaktor (17). Vår andre gruppe av muskel- og skjelettsykdommer består av radiologisk påvisbare tilstander, og er definert ved summen av uførediagnosene «revmatoid artritt og artroser». Vår restkategori «andre» oppstår ved å trekke summen av «ryggsykdommer», «myalgier», «revmatoid artritt og artroser» fra totalantallet muskel- og skjelett-uføretilfeller. Vi fører gruppen «andre» inn under tilstandene som er mindre radiologisk påvisbare.

Diagnoser ved uføretrygd ble brukt fra og med 1992. Rikstrygdeverket hadde før 1995 for usikre data om diagnoser koblet til sykmeldings- og rehabiliteringstilfeller. Derfor brukes diagnosedata fra og med 1995 for sykmelding og rehabilitering.

#### Resultater

##### Prevalens av offentlig forsørging

Andelen av befolkningen i aldersgruppen 20–39 år som ble forsørgt av det offentlige, økte fra 6,4 % i 1994 til 7,7 % i 2000. Dette tilsvarer en økning på 20,3 %. I samme periode gikk andelen langtidsledige ned fra 1,1 % til 0,6 %, samtidig som andelen yrkeshemmede økte fra 2,2 % til 2,8 %, rehabiliteringstilfeller fra 0,6 % til 1,0 % og uførettygdede fra 1,9 % til 2,6 % (fig 2).

##### Diagnoser ved sykmelding, rehabilitering og uføretrygd

Psykiske lidelser utgjorde 27 % av vår aldersgruppe som var sykmeldt sammenhengende i ett år i år 2000, muskel- og skjelettlidelser 49 % og alle andre diagnosegrupper 24 % (tab 1). Psykiske diagnoser økte mest, dvs. med 115 % fra 1995 til 2000. Muskel- og skjelettlidelser og alle andre diagnoser økte med henholdsvis 21 % og 37 %.

Ved rehabilitering utgjorde psykiske diagnoser 45 % av tilfellene i år 2000, muskel- og skjelettlidelser 35 % og alle andre diagnosegrupper 19 % (tab 1). Prevalensen av alle andre diagnoser økte mest, dvs. med 90 % fra 1995 til 2000. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser økte med henholdsvis 87 % og 67 %.

Av samlet antall uførettygdede i aldersgruppen 20–39 år hadde 52 % psykiske lidelser i år 2000. Muskel- og skjelettlidelser stod for 11 %, og alle andre diagnosegrupper 38 % (tab 1). Prevalensen av psykiske lidelser økte mest, dvs. 35 % fra 1992 til 2000, muskel- og skjelettlidelser økte med 14 % og alle andre diagnoser med 27 %.

Vi har sett spesielt på diagnosefordelingen blant nye uførepensjonister. I år 2000 hadde 50 % av alle nye uførepensjonister i aldersgruppen 20–39 år psykiske diagnoser, 36 % «lettere psykiske lidelser», hvorav 26 % var nevrososer og atferds- og personlighetsforstyrrelser, 8 % affektive lidelser, og 3 % psykiske lidelser på grunn av rusmiddel- eller tablettbruk (fig 3). 16 % av alle nye uførepensjonister hadde muskel- og skjelett-diagnoser, hvorav 15 % var «ryggsykdommer, myalgier og andre». Insidensen av psykiske lidelser ved uførettygd økte mest, dvs. med 100 % fra 1992 til 2000. Muskel- og skjelettlidelser og alle andre diagnoser økte henholdsvis med 97 % og 46 %. Det er verdt å merke seg at undergruppene «lettere psykiske lidelser» og «ryggsykdommer, myalgier og andre» økte mest, henholdsvis med 152 % og 111 %. Disse undergruppene utgjorde til sammen 51 % av alle nye uførettygder i år 2000 i vår aldersgruppe.

#### Diskusjon

I perioden 1994–2000 økte prevalensen av offentlig forsørging i aldersgruppen 20–39 år med 20,3 % (fig 2). Insidensen av våre kategorier «lettere psykiske lidelser» og «ryggsykdommer, myalgier og andre» økte mest, henholdsvis med 152 % og 111 % i

perioden 1992–2000 (fig 3). Disse undergruppene viser samme utviklingsmønster, noe som kan tyde på at de deler vesentlige innbyrdes fellesfaktorer. Insidensen av «alvorlige psykiske lidelser» og muskel- og skjelett-undergruppen «revmatoid artritt og artroser» er stabil i samme periode. Disse funnene tyder på at det er et økende psykisk stress i befolkningen. Kan vi stole på disse resultatene?

#### Rateberegning

Befolkningen og antall yrkesaktive i denne aldersgruppen har vært stabil i perioden (18). I telleren er ikke studenter utenfor arbeidsstyrken og hjemmевærende forsørgt av partner tatt med. Individuer som bruker studielån/studiestipend som forsørgelsesmåte og/eller er forsørgt av familien, og som ikke får inntekt fra arbeid eller fra hjelpesystemet, kan senere bli kandidater for offentlig forsørging når de skal ut i arbeidsmarkedet. I figur 2 vil denne gruppen bli inkludert som sosialklienter uten andre ytelser hvis de ikke får jobb når studiene er avsluttet, eller når status som forsørgt hjemmевærende opphører.

Gruppen delvis uførepensjonerte kan være telt både i kategorien uføretrygdet og i kategoriene yrkeshemmet eller rehabilitert eller langtidsledig. For år 2000 var 15% av uføre personer i aldersgruppen 20–39 år 50–99% ufør (19), og kan da teoretisk være mottakere av de nevnte ytelsene i påvente av 100% uføretrygd. Totalt sett fremstår derfor ratene i figur 2 som minimumstall.

#### Materialutvalgets homogenitet

Aldersgruppen 20–39 år er homogen ved at avhengigheten av offentlig forsørging ikke har sin grunn i fysiologisk aldringsprosess. Gruppen er heterogen når det gjelder kjønn,

fordi det ikke er skilt mellom kjønnene i datamaterialet. Når det gjelder tilpasningskrav, er 20–29-åringene i større grad studenter, har mindre forsørgeransvar, mindre ansvarsfulle jobber og mer fritid enn 30–39-åringene. Det er sannsynlig at avhengighet av offentlig forsørging øker mer i gruppen 30–39 år enn i gruppen 20–29 år, og at denne effekten blir mindre synlig ved å betrakte begge aldersgrupper under ett. Menn og kvinner vurderes likt i forhold til offentlig forsørging. Tallene bygger på hele landet, og det er ikke tatt hensyn til regionale forskjeller. Dette er svakheter ved undersøkelsen.

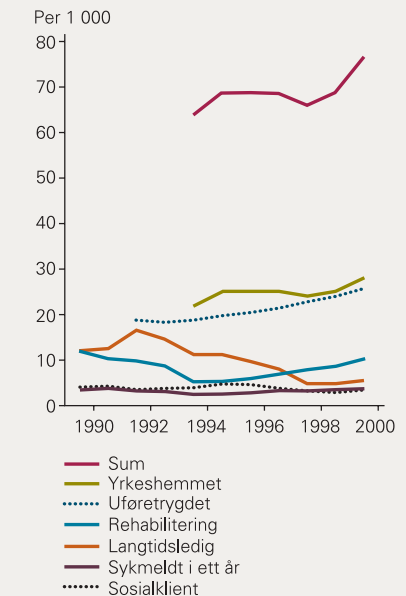
#### Diskontinuerlig statistikk

Det mangler tall for yrkeshemmede før 1994 og uføretrygdede før 1992 i figur 2. I tidsrommet 1994–2000 er det en trend at flere unge voksne kommer inn under offentlig forsørging, og at reduksjonen i antallet langtidsledige er koblet til en parallell økning av antallet personer under ordningene yrkesrettet attføring, medisinsk rehabilitering og uføretrygd.

#### Periodeeffekter

I 1991 strammet Stortinget inn regelverket for uføretrygding (20–23). Inntil 1994 kunne rehabiliteringsperioden være ubegrenset tid. Men fordi de fleste personene ikke kom i arbeid og det ble betraktet som inadekvat med uføretrygding, økte antallet under rehabilitering. Etter 1994 økte antallet som ble uføretrygdet. I 1995 skjedde det en lovendring der diagnosen fibromyalgi kunne kvalifisere for uføretrygd (24). Senere del av perioden 1990–2000 var preget av økonomisk høykonjunktur og behovet for arbeidskraft var stort (25). I 2000 ble det avslått flere uføresøknader enn tidligere (26).

Figur 2



Prevalensratene per 1 000 personer for mottak av trygdeytelser, og summen av personer forsørgt av offentlige hjelpetiltak i aldersgruppen 20–39 år etter år

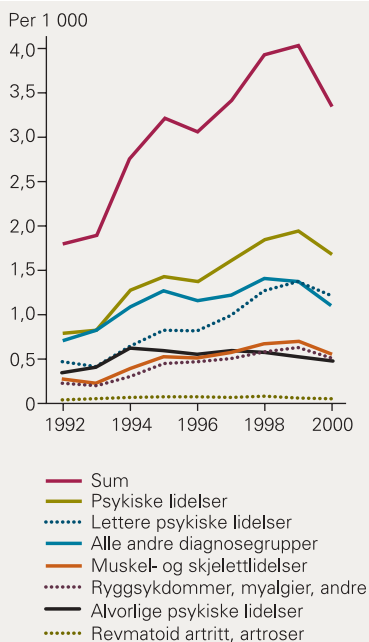
#### Mulige årsaksfaktorer

I aldersgruppen 20–39 år økte arbeidsstyrken med 4% i perioden 1990–99. Samtidig gikk befolkningen i samme aldersgruppe ned 4%. Perioden var preget av behov for arbeidskraft. Økt sysselsetting målt ved 4% økning i arbeidsstyrken er ikke tilstrekkelig for å forklare at antall nye uføretrygdede med lettere psykiske lidelser i aldersgruppen 20–39 år økte med 152% 1992–2000. Trenden kan belyses av faktorene tilpas-

**Tabell 1** Prevalens per 1 000 av diagnosetilfeller i gruppene psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og alle andre diagnosegrupper ved sammenhengende sykmelding i ett år, ved medisinsk rehabilitering og ved uføretrygd i aldersgruppen 20–39 år etter år. *n* er alle registrerte i aldersgruppen i Norge

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Sykmeldt i ett år (ICPC)</i>									
Muskel- og skjelettlidelser	–	–	–	1,43	1,66	1,85	1,73	1,7	1,83
Psykiske lidelser	–	–	–	0,45	0,52	0,68	0,79	0,88	1,02
Alle andre diagnosegrupper	–	–	–	0,61	0,68	0,79	0,78	0,79	0,88
Sum	–	–	–	2,49	2,86	3,32	3,3	3,37	3,73
<i>Medisinsk rehabilitering (ICPC)</i>									
Muskel- og skjelettlidelser	–	–	–	2,06	2,31	2,67	2,94	3,17	3,65
Psykiske lidelser	–	–	–	2,36	2,7	3,09	3,6	3,93	4,68
Alle andre diagnosegrupper	–	–	–	0,97	1,1	1,24	1,46	1,69	1,96
Sum	–	–	–	5,39	6,11	7	8	8,79	10,29
<i>Uføretrygd (ICD-10)</i>									
Muskel- og skjelettlidelser	2,25	2,03	1,98	2,06	2,12	2,25	2,44	2,6	2,72
Psykiske lidelser	9,25	9,04	9,33	9,75	10,16	10,75	11,48	12,26	13,23
Alle andre diagnosegrupper	7,21	7,25	7,49	7,86	8,06	8,39	8,89	9,18	9,66
Sum	18,71	18,32	18,8	19,67	20,34	21,39	22,81	24,04	25,61
Antall (20–39 år)	1 305 909	1 310 497	1 312 133	1 308 917	1 301 963	1 296 025	1 292 800	1 290 608	1 236 377

Figur 3



Insidens av diagnosetilfeller (ICD-10) i gruppe psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og alle andre diagnosegrupper, ved uføretrygd i aldersgruppen 20–39 år etter år. Psykiske diagnoser er splittet i «lettere psykiske lidelser» og «alvorlige psykiske lidelser». Muskel- og skjelettdiagnoser er splittet i gruppene «ryggsykdommer, myalgier og andre», og «revmatoid artritt og artroser»

ningskrav i arbeidslivet, morbiditet og liberalitet i hjelpesystemet.

Tilpasningskravene i arbeidslivet øker med samfunnets endringshastighet. Perioden 1990–2000 representerer en fase med økte omstillingskrav. Fra 1997 var det flere ledige arbeidsplasser registrert ved Aetat enn langtidsledige i aldersgruppen 20–39 år (25). I år 2000 var det 18 423 ledige stillinger registrert ved Aetat, og 6 637 langtidsledige i aldersgruppen 20–39 år. 18% av de ledige stillingene var knyttet til primær- og sekundærnæringer, 59% knyttet til helseomsorg, service, handel og undervisning. Det foreligger ikke sikker informasjon om hvorfor de langtidsledige i vår aldersgruppe ikke tar – eller får – de aktuelle ledige stillingene, men over- og underkvalifisering kan være en årsak. Dette kan igjen ha sammenheng med samfunnets utdanningspolitikk og arbeidstakernes forventninger til arbeidslivet.

Norsk arbeidsliv er under omstilling til et mer kunnskapsintensivt arbeid. Dette medfører økte krav til mental fungering, og kan skape psykisk stress (fig 1). Figur 2 viser at antall langtidsledige ble redusert parallelt med økningen i yrkesrettet atferd, rehabilitering og uføretrygd. Dette impliserer at hjelpesystemet ikke øker individets mest-

ringsressurser like mye som arbeidslivets tilpasningskrav øker.

Mestringsevnen øker med opplevelsen av kontroll over arbeidssituasjonen (6, 7). Endring av arbeidslivet fra industri til kunnskapsbasert produksjon, setter større krav til individets mentale ytelse. Westin har vist hvordan nedleggning av industriarbeidsplasser fører til økt avhengighet av offentlig forsørging (27). I et mer krevende arbeidsliv vil dette komme tydeligere til syne. Det er derfor sannsynlig at den påviste økningen i offentlig forsørging i aldersgruppen 20–39 år i en høykonjunkturperiode, vil bli enda større ved en lavkonjunktur med underskudd på arbeidsplasser. «Lettere psykiske lidelser» skyldes hovedsakelig mistilpasning, og insidensen av uføretrygd med disse diagnosene ble tredoblet i perioden 1990–2000. Muskel og skjelett-tilstandene «ryggsykdommer, myalgier og andre» ble doblet i samme periode (fig 3), noe som kan implisere at psykisk stress var en viktig årsaksfaktor. Dette støtter en hypotese om økende psykisk stress i forhold til jobbkrav.

### Morbiditet

Antall personer i vår kategori «lettere psykiske lidelser» er vårt viktigste morbiditetsmål. Sykeligheten vil øke når tilpasningskravene i arbeidslivet øker, hvis ikke mestringressursene øker like mye (1–8). Hjelpesystemet skal øke individets mestringressurser, slik at morbiditeten kan reduseres.

Morbiditeten kan øke også uavhengig av tilpasningskravene i arbeidslivet. HEMIL-senteret (28) har påvist økt forekomst av selvrapporterte psykiske og somatiske plager hos tenåringer, målt ved tverrsnittundersøkelser hvert fjerde år i perioden 1983–97. Breidablik & Meland har ved skoleundersøkelser vist en reduksjon i ungdoms egenvurderte globale helseopplevelse 1989–1997 (29). Holsen og medarbeidere (30) har vist at selvrapportert depresjon er stabil hos 15–19-åringene, og påpeker at andre undersøkelser (31–33) viser at dette kan predikere senere depressive episoder. Hvis ungdom tar med sin mestringstil/livsstil inn i aldersgruppen 20–39 år, kan dette medføre økt sykelighet i denne aldersgruppen. Vestens ungdomsideal og frigjorte livsstil sannsynliggjør en slik hypotese.

HEMIL og Holsen og medarbeidere har brukt spørreskjemaer i undersøkelse av subjektiv helseoppfatning. Selv om den observerbare symptomintensitet er lik, kan individet ved økte krav til livskvalitet tolke dette som nedsatt helse. Individet er da mer sårbar for psykisk stress og kan raskere utvikle «lettere psykiske lidelser», ved at individets krav overstiger mestringressursene. Rikstrygdeverket påviste i en undersøkelse av unge uføretrygdede at det var diffuse psykiatriske diagnoser som stod for den største økningen fra 1992 til 1997, og at psykososiale og eksistensielle problemer dominerte

de ufullstendig behandlede sakene (34). HUNT-undersøkelsen viser at sosiale og økonomiske forhold har stor betydning for insidensen av uførepensjon i befolkningen (35). Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser øker også utenfor lavstatusgrupper. En undersøkelse av sykehjelpsdata fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) viste at norske privatpraktiserende legers gjennomsnittlige sykefravær var konstant i perioden 1990–1999, men det var en sterk økning i psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser (36).

Også før 1990 var det en trend med økende antall psykiske diagnoser. Svenske og amerikanske befolkningsundersøkelser har påvist økende forekomst av depresjon de senere tiår (37). En årsak til nedsatt mestringsevne som ikke er knyttet direkte til arbeidslivets krav, men mer til privatlivets krav, kan være redusert sosial støtte ved forvitring av sosiale nettverk (38). Folke- og boligtellingen 2001 viser at andelen enpersonshusholdninger i aldersgruppen 20–39 år i 1990 utgjorde 15,9%, i 2001 var det 19,0%, det vil si en økning på 19,5% (39).

Den medisinske sosiologen Antonovsky fant at mestringsevnen øker med den subjektive opplevelsen av sammenheng (sense of coherence) i livet (40). Det postmodernistiske prosjektet med å skape sin identitet uten tradisjonsbundne forbilder, stiller krav om å forme en meningsfylt personlig verden i en globalisert medieverden, og dette kan utgjøre en stressfaktor i privatlivet.

Samlet tyder dette på at morbiditeten i aldersgruppen 20–39 år er økt, og at sykeligheten kan være økt allerede før unge voksne møter arbeidslivets krav. Dermed støttes en hypotese om økt psykisk stress i 1990-årene i forhold til krav både innenfor og utenfor arbeidslivet.

### Liberaliteten i hjelpesystemet

Liberaliteten i hjelpesystemet defineres som hvor lett det er å få innvilget offentlig forsørging. Helsevesenet ble mer omfattende i 1990-årene, slik at medikaliseringen økte (41). Claussen & Bruusgaard påpeker at diffuse helsetilstander ofte omdefineres av trygdesystemet til en medisinsk diagnose, for at et individ skal få innvilget uføretrygd (42). Samtidig ble det i 1990-årene foretatt en innstramning av kriterier i forhold til krav om funksjonsnedsettelse (20, 24). Men den positivistiske biomedisinske sykdomsmodellen som krever objektiv funksjonsnedsettelse i uførevurderingen, er tilpasset industrisamfunnet, og er utilstrekkelig i forhold til tilstander uten objektive funn (43–50).

Yngre generasjoner, 15–19 år og 20–39 år, viser mindre motivasjon til å være yrkesaktiv enn eldre (51). Men det foreligger ikke sikker informasjon om hvorvidt befolkningens holdning til bruk av trygdeytelser kan være endret fra opplevelsen av stigmatiserende avhengighet til opplevelsen av å få

et forbrukergode. Samlet er det derfor vanskelig å trekke en entydig konklusjon om hvorvidt liberaliteten i hjelpesystemet er endret.

### Konklusjon

I aldersgruppen 20–39 år i perioden 1992–2000 økte uføretrygddiagnosene tilsvarende «lettere psykiske lidelser» og «ryggsykdommer, myalgier og andre» mest. Disse diagnosene er hovedsakelig knyttet til tilpasningsproblemer. I 2000 utgjorde disse diagnosene 51 % av nye tilfeller av tilkjent uføretrygd i vår aldersgruppe.

Det ser ut til å være et misforhold mellom tilpasningskrav og mestringsressurser i en økende del av befolkningen. Misforholdet er sannsynligvis mest uttalt i arbeidslivet på grunn av endrede krav, men det er tegn til at endrede krav også i privatlivet er medvirkende.

Aktuelle årsaker til reduserte mestringsressurser kan være økt sårbarhet på grunn av høyere forventninger til livskvalitet enn før, redusert opplevelse av sammenheng i livet, redusert sosial støtte på grunn av individfokus og løsere sosiale nettverk. Det er usikkert om trykkesystemet er mer liberalt enn før, men yngre generasjoner er mindre motivert for å være yrkesaktiv enn eldre.

Mestring av psykisk stress kan skje ved å redusere kravene og ved å øke mestringsressursene. Dette er prinsippet bak hjelpesystemet. Derimot bør man også merke seg at hvis individet møter for milde krav – at man ikke får brukt sine evner og anlegg – kan også dette gi opphav til psykisk stress. En slik situasjon kan oppstå når individet er kommet inn i hjelpesystemet, og sosialiseres til sykerollen.

Det er grunn til å vektlegge trenden med økende psykisk stress i samfunnet målt ved gruppen unge voksne. Tendensene kan være en del av en større trend som gjelder overgangen mellom industrisamfunn og kunnskapssamfunn, og vil i så tilfelle bli ytterligere forsterket ved avindustrialisering. Sykdomspanoramaet endres fra objektive sykdommer til subjektive tilstander, fra *disease* til *distress*.

En psykobiososial tilnærming til dette diagnosespekteret må videreutvikles, for bedre å kunne møte utviklingen med mer krevende enkeltpasienter og samfunnets økende trykdebyrde.

*Prosjektet er delvis finansiert fra Norsk selskap for allmennmedisin. Vi takker dem i det allmenn- og samfunnsmedisinske og psykiatriske miljø som har kommet med innspill underveis.*

### Litteratur

- Weisæth L, Dalgard OS, red. Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Dalgard OS, Døhlie E, Ystgaard M. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- Lazarus RS. Stress and emotion – a new synthesis. London: Free Association Books, 1999.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental health: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285–308.
- Karasek RA, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.
- Knardahl S. Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Nøkkeltall per 30.6.2001. Tabell 30. Oslo: Rikstrygdeverket, 2001. <http://trygdeetaten.no/stat/index.html> (20.2.2002).
- Rognerud M, Strand BH, Dalgard OS. Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. I: Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. Tabell 1. *Norsk epidemiologi* 2002; 12: 239–48.
- Roness A. Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
- Falkum E. Utbrenthet – begrepsdimensjoner, mål og forklaringer. I: Roness A, Matthiesen SB, red. Utbrent. Krevende jobber – gode liv. Bergen: Fagbokforlaget, 2002: 57–71.
- Malt UF, Årslund D, Lund A. Biologisk psykiatri. Atferds-genetikk, etologi og stress. Oslo: Universitetsforlaget, 1999: 11–28.
- Statistisk årbok 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Folke-mengde etter kjønn, ekteskapelig status og alder. Oslo: Statistisk sentralbyrå. [www.ssb.no/folke-mengde/tab-2001-04-19-01.html](http://www.ssb.no/folke-mengde/tab-2001-04-19-01.html) (20.2.2002).
- Norsk selskap for allmennmedisin. ICPK. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo: Tano, 1991.
- ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
- Faktarapport om årsak til psykiske plager og lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
- Statistisk årbok 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Systselsatte etter kjønn, ekteskapelig status og alder. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Trygdestatistisk årbok 2001. Tabell 9.15, Uførepensjonister etter alder, kjønn og uføregrad. Oslo: Rikstrygdeverket, 2001: 142.
- Ot.prp. nr. 62 (1990–1991). Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i visse andre lover. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1991.
- Claussen B, Bjerkedal T. Søknader om uførepensjon før og etter innstramningen i 1991. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2182–6.
- Claussen B, Bjerkedal T. Kilder til livsopphold etter avslag på søknad om uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 2187–91.
- Claussen B. Restricting the influx of disability beneficiaries by means of law: experiences in Norway. *Scand J Soc Med* 1998; 26: 1–7.
- Ot.prp. nr. 42 (1994–1995). Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i enkelte andre lover. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1995.
- Historisk statistikk. Tabell 22. Beholdning ledige stillinger fordelt på yrker. Oslo: Aetat. Årsgjen-nomsnitt 1995–2000. [www.aetat.no/InfoWeb/arbeidsmarkedet/index.html](http://www.aetat.no/InfoWeb/arbeidsmarkedet/index.html) (6.12.2002).
- Basisrapport 2001. 4.5.4. Oslo: Rikstrygdeverket, 2001. [www.trygdeetaten.no/stat/basisrapport.html](http://www.trygdeetaten.no/stat/basisrapport.html) (26.2.2002)
- Westin S. Unemployment and health. Medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study. Trondheim: Tapir, 1990: 60–3.
- Wold B, Hetland J, Aarø LE, Samdal O, Torsheim T. Utvikling i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales. Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, 2000.
- Breidablik H-J, Meland E. Mørke skyer i horisonten – utviklingstrekk i selvopplevd helse under oppveksten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 970–2.
- Holsen I, Kraft P, Vittersø J. Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence* 2000; 29: 61–78.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. *Am Psychol* 1993; 48: 155–68.
- Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptom. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 255–62.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57: 316–32.
- Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretrygdede. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1452–6.
- Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1479–85.
- Høie IM. Økt sykefravær blant privatpraktiserende leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2101.
- Sosial- og helsedepartementet: Om folkehelsen. Helseminister Dagfinn Høybråten's redegjørelse i Stortinget 10. mai 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
- Falkum E, Larsen Ø. Hva former befolkningens oppfatninger om helse og sykdom? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4488–91.
- Statistisk sentralbyrå. Folke- og boligtellingen 2001.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. 5. utg. London: Jossey-Bass Publishers 1987; 89–127.
- Illich I. Medisinsk nemesis. Oslo: Pensumtjeneste, 1996.
- Nordland E. Legeerklæringer blir skreddersydd. *Dagsavisen* 5.11.2001.
- Solli HM. Trygdemedisin ved et veiskille? *Velferd* 2000; nr. 2: 35–7.
- Malt UF, Malt EA, Blomhoff S, Refnir I. Funksjonelle somatiske lidelser – en oversikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1379–84.
- Malt EA, Sundet K. Nakkeskader med whiplash-mekanisme – et psykosomatisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1291–5.
- Wigers SH. Fibromyalgi – en oppdatering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1300–4.
- Kirkengen AL. Begrepet «funksjonelle lidelser» vitner om biomedisinsens dysfunksjonelle teorigrunnlag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2647–9.
- Haugli L, Finset A. Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1123–5.
- Holtedah R. Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1130–2.
- Blomhoff S, Diseth TH, Jacobsen MB, Vatn M. Irritabel tarm-syndrom – multifaktoriel lidelse hos barn og voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1213–7.
- MIMI. Norsk Monitor 2001. Oslo: Markeds- og Mediainstituttet, 2001.