

Risiko for uførepensjonering blant unge langtidsykmeldte

Sammendrag

Bakgrunn. I siste del av 1990-årene var det igjen økt tilgang til uførepensjon i Norge, særlig blant unge mennesker. Vi har undersøkt risiko og prediktorer for overgang fra langtidsykmelding til uførepensjon blant personer under 40 år.

Materiale og metode. Studien inkluderte alle nye langtidsykmeldte under 40 år i Hordaland (unntatt svangerskapsrelatert fravær) i seks måneder i 1994. Denne kohorten, 618 menn og 683 kvinner, ble fulgt opp til utgangen av 1999, med innvilget uførepensjon som utfallsvariabel. Sosiodemografiske og medisinske variabler ble brukt som forklaringsvariabler i Cox' regresjonsanalyse.

Resultater. Femårsrisiko for overgang til uførepensjon var 7,9 % (95 % KI 5,8–10,0) for menn og 10,3 % (8,5–13,1) for kvinner. Ved psykisk lidelse ble 24 % (15–33) av mennene og 11 % (6–16) av kvinnene uførepensjonert. Ved muskel- og skjelettilstander var overgangsratene 5 % (3–7) for menn og 11 % (8–14) for kvinner, og her hadde kvinnene høyere uføreandel ved alle undergrupper. I totalmaterialet viste Cox' regresjonsanalyse ingen signifikant kjønnsforskjell. Følgende variabler økte risiko for uførepensjon: psykiatrisk diagnose (bare menn), lav inntekt (begge kjønn), økende alder (bare kvinner) og tidligere langtidsfravær (bare menn).

Fortolkning. Unge menn som er langtidsykmeldt med psykiatrisk diagnose og unge kvinner med muskel-skjelett-plager kan trenge spesiell oppfølging fra behandlende leger og trygdeetaten.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Sturla Gjesdal

sturla.gjesdal@isf.uib.no
Program for helseøkonomi og
Seksjon for sosialmedisin

Kjell Haug

Seksjon for sosialmedisin

Peder R. Ringdal

Seksjon for sosialmedisin og
Fylkestyngdekantoret i Hordaland

Stein Emil Vollset

Seksjon for epidemiologi og medisinsk statistikk

John Gunnar Mæland

Seksjon for sosialmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Kalfarveien 36
5018 Bergen

Uførepensjonen har siden 1961 vært en hjørnestein i den norske velferdsstaten (1). I perioder har imidlertid vekst i antallet uførepensjonister skapt bekymring (2, 3). Etter innstrammingsårene 1991–93 økte antall nye uførepensjonister igjen frem til 2000. Det kom rapporter om sterk økning av antall yngre uførepensjonister (4, 5). Negative aspekter ved uførepensjonering, både for samfunnet og den enkelte, er særlig fremtredende når unge mennesker er involvert, og det virker rimelig at man prøver å forebygge dette.

Kjennskap til prediktorer eller risikofaktorer er viktig for å utforme forebyggende tiltak. Generelle prediktorer for uførepensjon er blitt påvist i Norge og i andre nordiske land. Ulike mål på sosioøkonomisk status har høy prediksjonsverdi (6–8). Oppfølgingsstudier har i tillegg påvist effekt av selvopplevd helse, livskvalitet og tilstedeværelse av somatisk eller psykisk sykdom (9–12).

Vi ønsket å undersøke om sosiodemografiske og medisinske faktorer knyttet til langtidsykmelding blant personer under 40 år kan brukes som prediktorer for overgang til uførepensjon. Målet var å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for oppfølging av yngre langtidsykmeldte.

Materiale og metode

I 1994 hadde Hordaland 422 554 innbyggere, 9,7 % av Norges befolkning. I alderen 16–66 år var 6,6 % uførepensjonert, mot 8,3 % for hele landet. Sykefraværstid per sysselsatt var 86 % av landsgjennomsnittet (13).

Utvalg

I to perioder på til sammen seks måneder (1.3.–30.4 og 1.9.–31.12) ble alle sykmelding 2-attester i fylket gjennomgått av en av forfatterne. Dette utgjorde 3 628 personer sykmeldt i over åtte uker (14). Av disse var 42 % under 40 år. 230 (25 %) av kvinnene hadde en svangerskapsrelatert hoveddiagnose og bare én av disse fikk senere uførepensjon. Denne gruppen ble derfor holdt utenfor analysen. Utvalget bestod da av 618 menn og 683 kvinner.

Variabler

Trygdeetatens sakrapporter omfattet informasjon om kjønn, alder, bostedskommune, antall sykefraværstid betalt av Folketrygden og bruttoinntekt i årene 1990–93. Tilknytning til arbeidslivet i årene før inklusjon ble målt med en variabel kalt antall år med inntekt over 3 G. G er Folketrygdens grunnbeløp, som i 1994 var 38 080 kroner.

Sykmelding 2 inneholdt de følgende medisinske variablene:

- Diagnose basert på The International Classification of Primary Care (ICPC), som er brukt av Trygdeetaten siden 1990 (15). Plager fra muskel- og skjelettsystemet (L i ICPC) var den dominerende fraværårsaken for begge kjønn, fordelt på 44 ulike ICPC-koder. Disse ble kategorisert som ryggplager, nakke- og skulderplager, brudd og andre skader samt andre muskel-skjelett-plager. De psykiatriske hoveddiagnosene (P i ICPC) ble inndelt i depresjoner, angst, psykoser, stoff-/alkoholproblemer og andre psykiske problemer.
- Prognose vurdert av behandlende lege, delt inn i tre grupper: a) bare behov for medisinsk behandling, b) uklar tilstand, c) trenger tiltak utover medisinsk behandling.



Hovedbudskap

- Uførepensjonering av unge mennesker er som regel uheldig både for samfunnet og den det gjelder
- I siste halvdel av 1990-årene var det likevel en økning av antall unge uføre
- Lav inntekt, muskel-skjelett-tilstander for kvinner og psykiatriske diagnoser hos menn gav økt risiko for uførepensjonering

Tabell 1 Oversikt over studiepopulasjonen, 1 301 langtidssykmeldte under 40 år, og andel (%) som gikk over til uførepensjon i oppfølgingstiden, etter sosioøkonomiske og medisinske variabler

	Menn N = 618				Kvinner N = 683			
	N	%	Uførepensjonerte %	95 % KI	N	%	Uførepensjonerte %	95 % KI
Sosioøkonomiske variabler								
<i>Aldersgrupper</i>								
16–24	91	15	7	1–12	88	13	6	1–11
25–29	164	27	7	3–11	179	26	6	2–9
30–34	174	28	6	3–10	196	29	13	8–17
35–39	189	31	12	8–17	220	32	16	11–20
Totalt	618	100	8,3	6–11	683	100	10,8	8–13
<i>Inntekt 1993</i>								
< 100 000	96	16	9	4–15	196	29	14	9–19
100 000–149 999	76	12	16	8–24	199	29	11	7–15
150 000–199 999	177	29	10	5–14	191	28	8	4–12
200 000–249 999	144	23	5	1–8	65	10	8	1–14
250 000+	115	19	5	1–9	24	4	13	0–26
<i>År med brutto inntekt > 3 G 1990–93</i>								
Ingen	48	8	6	0–13	128	19	13	7–18
1	52	8	12	3–20	85	12	7	2–13
2	70	11	11	4–19	112	16	12	1–18
3	72	12	8	2–15	105	15	11	5–16
4	376	61	7	5–10	253	37	11	7–15
Medisinske variabler								
<i>Diagnoser</i>								
Muskel-skjelett-lidelser	401	65	5	3–7	418	61	11	8–14
Psykiske lidelser	84	14	24	15–33	139	20	11	6–16
Alle andre diagnoser	133	22	9	4–14	126	18	12	6–17
<i>Prognose i sykmelding 2</i>								
A (trenger bare medisinsk behandling)	381	62	5	3–7	475	70	8	5–10
B (uklar ved åtte uker)	106	17	20	12–27	92	13	23	14–31
C (trenger andre tiltak)	25	4	20	4–36	34	5	21	7–34
Ikke angitt	106	17	7	2–11	82	12	12	5–19
<i>Sykefraværskategorier 1990–93¹</i>								
Ingen	247	40	6	3–9	274	40	10	6–13
1–20	102	17	7	2–12	105	15	9	3–14
21–50	85	14	6	1–11	93	14	11	4–17
51–100	75	12	7	1–12	93	14	12	5–18
101–250	87	14	17	9–25	102	15	15	8–22
250 og over	22	4	18	2–34	16	2	13	0–29
<i>Sykmelding 2 utfylt av</i>								
Allmennlege	383	62	6	4–8	541	79	10	7–13
Bedriftslege	32	5	6	0–15	16	2	0	0
Privatpraktiserende spesialist	14	2	14	0–33	32	5	13	1–24
Sykehuslege	164	27	14	9–19	82	12	20	11–28
Annen eller ukjent	25	4	4	0–12	12	2	0	0

¹ Dager betalt av folketrygden, fravær >14 dager

Oppfølging og utfall

Utvalget ble fulgt opp fra åtte ukers sykefravær i 1994 frem til 31. januar 1999. 30 personer døde eller emigrerte i oppfølgingstiden uten å få uførepensjon. Dato for innvilget uførepensjon var tilgjengelig i Rikstrygdeverkets uførerregister, som anses som komplett.

Statistisk analyse

Sosiodemografiske og medisinske faktorer ble brukt som forklaringsvariabler i overlev-

velsesanalyse, med innvilget uførepensjon som utfallsvariabel. Kaplan-Meiers kurver (stratifisering) og Cox' regresjonsanalyse ble brukt for å identifisere prediktorer for uførepensjon (16). Variablene ble kategorisert og representert med indikatorvariabler. For hver variabel ble relativ uførerisiko estimert med 95 % konfidensintervall (KI) og med signifikanstesting for trend eller homogenitet. Analysene ble foretatt ved hjelp av SPSS 11.0.

Resultater

51 menn og 74 kvinner fikk uførepensjon i oppfølgingstiden. Kaplan-Meiers estimat for uførepensjon innen fem år var 9,2 % for alle, 7,9 % for menn og 10,3 % for kvinner.

Gjennomsnittsalder ved inklusjon var 30,8 år for menn og 31,1 år for kvinner (tab 1). Det var betydelige kjønnsforskjeller i inntekt og år med heltids sysselsetting. Høy inntekt i 1993 reduserte risiko for uførepensjonering, mest tydelig for menn. Det var ikke forskjell i uføreandel mellom by og land.

I muskel-skjelett-gruppen fikk 11 % av kvinnene og 5 % av mennene uførepensjon (tab 1). Psykiatriske diagnoser var hyppigere hos kvinnene enn hos mennene, men andelen som fikk uførepensjon i denne diagnosegruppen var høyere for menn (24 %) enn for kvinner (11 %).

Ved ryggplager hadde kvinnene klart høyest uførerisiko (tab 2, fig 1). «Brudd og andre skader» var en stor undergruppe blant menn, med god prognose. Depresjon var den dominerende psykiatriske undergruppen, særlig blant kvinner, med relativt lav overgang til uførepensjon. Blant menn var det en større andel sykmeldte med psykoser og alkohol-/stoffproblemer. Her var uføreandelen høy.

Få pasienter var plassert i prognosegruppe c, mens 10 % av mennene og 12 % av kvinnene var i gruppe b (uklar tilstand). Disse hadde samme uføreandel som c.

En større andel menn enn kvinner var behandlet på sykehusnivå ved åtte ukers sykmelding (skader og alvorlig psykiatri). For 62 % av mennene og 79 % av kvinnene ble sykmelding 2 skrevet av allmennlege. Kvinner behandlet på sykehusnivå hadde høyest risiko for uførepensjon og menn behandlet av primærlege lavest.

Cox' regresjonsanalyse

Analysen av hele utvalget ble utført i tre modeller (tab 3): Modell 1 inkluderte kjønn og alder og viste en klar alderseffekt (p for trend = 0,001) men ingen kjønnseffekt (p = 0,14). Modell 2 inkluderte også de sosioøkonomiske variablene inntekt i 1993 og antall år med inntekt > 3 G. Høyere inntekt gav signifikant redusert risiko for overgang til uførepensjon (p for trend < 0,001). For gruppen med inntekt under 100 000 kroner var risiko for uførepensjon 3,2 ganger høyere (95 % KI 1,4–7,3) enn referansegruppen (inntekt > 250 000). Inntektsgruppen 100 000–149 999 kroner hadde en uførerisiko på 2,5 (95 % KI 1,1–5,3). I modell 3 ble også de medisinske variablene diagnose og tidligere sykefravær inkludert, med ubetydelig endring av alders- og kjønnseffekt. Det var en klar effekt av diagnose (p for homogenitet = 0,007). Relativ uførerisiko ved psykisk lidelse var 1,9 (95 % KI 1,3–2,9) og for andre diagnoser 1,6 (95 % KI 1,0–2,5) med muskel-skjelettgruppen som referanse. Det var også en signifikant effekt av tidligere sykefravær (p for

trend = 0,005), selv om bare gruppen med 101–250 fraværsdager hadde signifikant høyere risiko enn referansegruppen uten fraværsdager. Inntektseffekten ble forsterket i denne modellen.

For å undersøke kjønnsforskjellene nærmere ble det gjort en analyse for menn og kvinner separat, basert på modell 3, men uten variabelen år med 3 G, siden denne hadde liten effekt. Analysen (tab 4) viste en klar alderseffekt hos kvinner ($p < 0,001$), mens det ikke var alderseffekt blant menn ($p = 0,10$). Variabelen tidligere fravær økte risiko for uførhet bare blant menn ($p = 0,016$). Det samme gjaldt effekten av diagnose: Menn sykmeldt med psykiatrisk diagnose hadde en relativ risiko på 4,8 (95 % KI 2,5–9,1) sammenliknet med menn sykmeldt for plager fra muskel-skjelett-systemet. Blant kvinner var det lik risiko for de diagnostiske hovedgruppene.

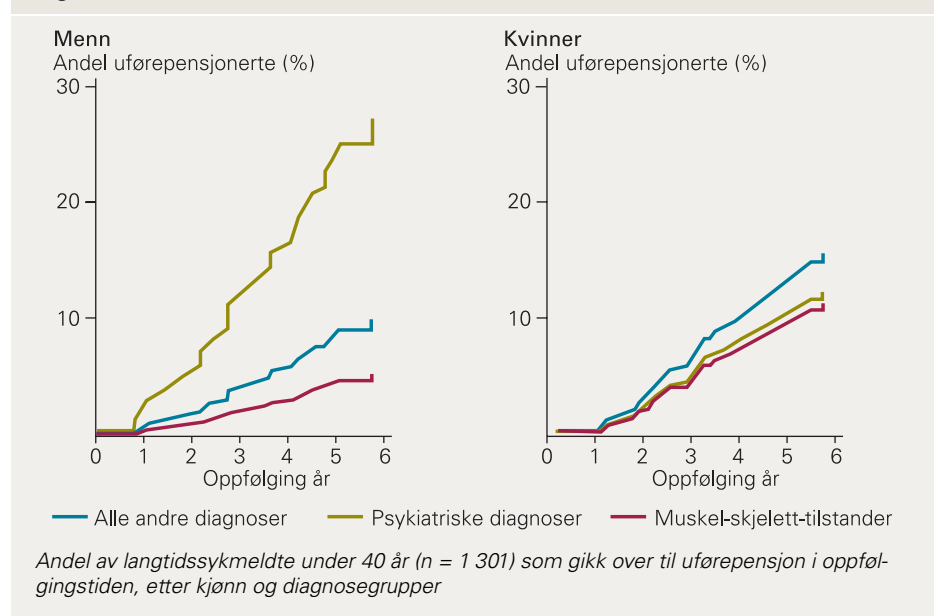
Diskusjon

Så langt vi kjenner til, er dette første gang (også internasjonalt) at risiko og prediktorer for permanent uførhet er studert blant yngre langtidssykmeldte, av begge kjønn og med alle diagnosegrupper. Femårs risiko for overgang til uførepensjon var 9 %, litt høyere for kvinner enn for menn. Betydningen av noen sosiodemografiske faktorer ble bekreftet, og vi fant at *medisinske* aspekter ved langtidsfraværet også hadde effekt: Legenes prognose hadde betydelig prediksjonsverdi, mens tidligere sykefravær hadde mindre betydning enn forventet, særlig hos kvinner. De viktigste funnene var imidlertid knyttet til diagnosen på sykmelding 2.

Psykisk lidelse

Psykiske lidelser er en økende årsak til sykefravær og uførhet (17, 18). Det er vist tidligere at kvinner er sykmeldt oftere for psykiske plager, men at menn som er sykmeldt for dette, har lengre sykefravær og dermed økt risiko for å falle ut av arbeidslivet

Figur 1



(17–19). I denne studien var 14 % av mennene sykmeldt med en slik diagnose sammenliknet med 20 % for kvinnene. Dette kan skyldes at psykiske lidelser er mer utbredt blant kvinner, og at kvinner har lettere for å søke hjelp. Imidlertid var det stor forskjell i uførerisiko. Menn med en psykiatrisk diagnose hadde en dårligere prognose for fremtidig tilbakeføring til arbeidslivet, både sammenliknet med kvinner med psykiske plager og med menn langtidssykmeldt med andre diagnoser. Høy uføretilbøyelighet hos unge menn med psykiatrisk diagnose forklarte at total uføreandel var nesten lik mellom menn og kvinner, selv om kvinnene hadde høyere uføreandel ved alle andre diagnoser. En betydelig del av uførepensjoneringen av menn med psykiske lidelser skjedde allerede før 30 års alder. Depresjoner utgjorde 68 % av de psykiatrelaterte sykefraværene hos kvinner og 43 % blant menn. Alvorlige

sinnslidelser og alkohol-/stoffproblemer var vanligere sykmeldingsårsak hos menn.

Muskel-skjelett-lidelser

I en svensk studie ble unge langtidssykmeldte med muskel-skjelett-lidelser fulgt opp i 11 år med tanke på overgang til uførepensjon (20). 27 % av kvinnene og 14 % av mennene ble uførepensjonert. Også i vår studie var uførerisikoen dobbelt så høy blant unge kvinner i forhold til menn med slike diagnoser. Dette gjaldt hele muskel- og skjelettområdet, med ryggliedelser som den største undergruppen. Her fikk 3 % (95 % KI 0–6) av mennene uførepensjon i oppfølgingstiden, mens andelen for kvinner var 11 % (95 % KI 6–16), altså en statistisk signifikant forskjell. Ulik fordeling på undergruppene brudd og andre skader (lav uførerisiko) og andre muskel-skjelett-lidelser (høy risiko), bidro også.

Tabell 2 Langtidssykmeldte under 40 år. Fordeling på undergrupper innenfor muskel-skjelett-lidelser (N = 809) og psykiatriske diagnoser (N = 223), med andel uførepensjonerte i oppfølgingstiden

Undergrupper	ICPC-koder	N	Menn		Kvinner		
			Uførepensjonerte %	95 % KI	Uførepensjonerte %	95 % KI	
Muskel-skjelett-lidelser							
Ryggliedelser	L02,L03,L84,L85,L86	137	3	0–6	153	11	6–16
Nakke- og skulderlidelser	L01,L83,L08,L92	66	5	0–10	94	7	2–13
Brudd og andre skader	L72,L73,L74,L75,L76,L77,L78,L79,L80,L81,L96	116	5	1–9	33	9	0–19
Andre muskel-skjelett-lidelser	L04,L09,L10,L11,L12,L13,L14,L15,L16,L17,L18,L19,L20,L29,L70,L71,L82,L88,L89,L90,L91,L93,L94,L95,L97,L99	82	7	2–13	138	11	4–19
Psykiske lidelser							
Depresjon	P03,P76	36	8	0–17	95	5	1–10
Angst	P01,P74	14	29	5–52	22	14	0–28
Psykose	P72,P71,P73,P98	15	60	35–85	6	33	0–71
Alkohol-/stoffproblemer	P15,P16,P18,P19	8	25	0–55	3	67	13–100
Andre psykiske problemer	P02,P06,P20,P28,P29,P71,P75,P78,P79,P80,P85,P99	11	18	0–41	13	23	0–46

Tabell 3 Resultat av Cox' regresjonsanalyse for hele utvalget (n = 1 301) i tre modeller. Relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervall for å bli uførepensjonert for hver kategori

		Modell 1			Modell 2			Modell 3		
		P-verdi	RR	95 % KI for RR	P-verdi	RR	95 % KI for RR	P-verdi	RR	95 % KI for RR
<i>Kjønn</i>	P	0,14			0,75			0,77		
Kvinner versus menn			1,3	(0,9–1,9)		1,1	(0,7–1,5)		0,9	(0,6–1,4)
<i>Alder</i>	P for trend	< 0,001			< 0,001			< 0,001		
16–24			Ref			Ref			Ref	
25–29			1,0	(0,5–2,0)		1,2	(0,6–2,6)		1,1	(0,5–2,4)
30–34			1,6	(0,8–3,1)		2,3	(1,1–4,6)		2,0	(1,0–4,2)
35–39			2,4	(1,2–4,5)		3,2	(1,6–6,5)		2,8	(1,4–5,7)
<i>Inntekt, brutto 1993</i>	P for trend				< 0,001			< 0,001		
Under 100 000						3,2	(1,4–7,3)		4,4	(1,7–11,5)
100 000–149 999						2,5	(1,1–5,3)		2,7	(1,2–6,2)
150 000–199 999						1,6	(0,7–3,3)		1,5	(0,7–3,2)
200 000–249 999						0,9	(0,4–2,2)		0,8	(0,4–2,0)
250 000 +						Ref			Ref	
<i>År med inntekt > 3 G 1990–93</i>	P for trend				0,431			0,081		
0						1,1	(0,3–4,8)		0,5	(0,2–1,1)
1						0,6	(0,2–1,7)		0,6	(0,3–1,4)
2						0,8	(0,3–1,7)		0,9	(0,5–1,7)
3						0,9	(0,5–1,6)		0,9	(0,5–1,6)
4 år						Ref			Ref	
<i>Sykefraværsdager 1990–93¹</i>	P for trend							0,005		
Ingen									Ref	
1–20									0,9	(0,5–1,7)
21–50									1,1	(0,6–2,0)
51–100									1,2	(0,7–2,2)
101–250									1,9	(1,2–3,1)
> 250									2,1	(0,9–5,5)
<i>Diagnosegrupper</i>	P for homogenitet							0,007		
Muskel-skjelett-lidelse									Ref	
Psykisk lidelse									1,8	(1,2–2,8)
Alle andre diagnoser									1,7	(1,1–2,6)

¹ Betalt av folketrygden, fravær > 14 dager

Tabell 4 Resultat av Cox' regresjonsanalyse separat for hvert kjønn. Relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervall for uførepensjon i oppfølgings-tiden angitt for hver kategori

		Kvinner N = 683			Menn N = 618		
		P-verdi	RR	95 % KI for RR	P-verdi	RR	95 % KI for RR
<i>Alder</i>	P for trend	< 0,001			0,10		
16–24			Ref			Ref	
25–29			1,2	(0,4–3,5)		1,1	(0,4–3,1)
30–34			2,9	(1,1–7,6)		1,0	(0,3–3,1)
35–39			3,6	(1,4–9,4)		2,0	(0,7–5,5)
<i>Tidligere sykefravær</i>	P for trend	0,16			0,016		
Ingen			0,8	(0,2–3,2)		0,4	(0,1–1,2)
1–20			0,7	(0,1–3,1)		0,4	(0,1–1,4)
21–50			0,8	(0,2–3,5)		0,4	(0,1–1,5)
51–100			0,9	(0,2–4,2)		0,5	(0,1–1,7)
101–250			1,2	(0,3–5,2)		0,9	(0,3–2,9)
> 250 dager			Ref			Ref	
<i>Inntektsgruppe 1993</i>	P for trend	0,013			0,009		
Under 100 000			1,6	(0,5–5,2)		2,4	(0,8–7,4)
100 000–149 999			1,1	(0,3–3,6)		3,5	(1,3–9,5)
150 000–199 999			0,7	(0,2–2,4)		1,7	(0,6–4,4)
200 000–249 999			0,6	(0,1–2,4)		1,0	(0,3–2,9)
250 000 +			Ref			Ref	
<i>Diagnosegruppe</i>	P for homogenitet	0,30			< 0,001		
Alle andre diagnoser			Ref			Ref	
Muskel-skjelett-lidelser			0,7	(0,4–1,2)		0,5	(0,3–1,1)
Mental			0,6	(0,3–1,2)		2,4	(1,2–5,2)

Det har de siste 10–20 år vært satset mye på rehabiliteringstiltak overfor langtidssykmeldte med muskel-skjelett-lidelser, særlig ryggpasienter (21). Funnene fra denne undersøkelsen bekrefter at man er kommet kortest med å finne metoder for å få de *kvinnelige* pasientene med muskel-skjelett-plager tilbake til jobb.

Studiens sterke og svake sider

Studien var populasjonsbasert og vi antar at registreringen av langtidssykmeldte var komplett i inklusjonsperioden. Fem års oppfølging er en hensiktsmessig lengde: Regelverket krever at yngre personer skal gjennomgå en omfattende prosess med forsøk på medisinsk behandling og yrkesrettet attføring før uførepensjon blir aktuelt. Med lengre oppfølging kan kausale sammenhenger svekkes, fordi både medisinske og sosiale forhold endres over tid.

Studien har viktige begrensninger. Noen variabler med kjent effekt på uførerisiko manglet: Familieinntekt, utdanningsnivå, antall barn og opplysninger om yrke og arbeidsforhold. Utdanningsnivå har vært en viktig prediktor i tidligere studier, og inntektsvariabelen kunne slått annerledes ut hvis vi hadde kjent til ukentlig arbeidstid (22). Regresjonsanalysen viste at høyere inntekt reduserte risiko for fremtidig uførepensjon betydelig også hos personer under 40 år, men dette var signifikant bare for menn. Effekten av sosioøkonomisk status er imidlertid bekreftet i nær sagt alle tidligere studier om årsaker til uførepensjon (6–8, 23, 24). Studien omfattet ca. 10% av de langtidssykmeldte i Norge, men generaliseringsverdien hadde vært større hvis studien hadde omfattet flere fylker.

Kjønnsroller og trygdeforbruk

Det var store kjønnsforskjeller i fordeling på sosiodemografiske variabler som inntekt og erfaring på arbeidsmarkedet. Dette avspeiler at unge kvinner og menn også i siste halvdel av 1990-årene hadde ulike posisjoner i arbeidsmarkedet, med lavere yrkesdeltakelse, mye deltidsarbeid og lavere inntekt blant kvinner. Dette mønsteret har i flere studier vist samvariasjon med økt risiko for sykefravær og uførepensjonering blant kvinner (22).

Oppfølging av unge langtidssykmeldte

Generelt er alder den desidert viktigste prediktoren for uførepensjonering, både blant sykmeldte (14) og i totalbefolkningen (9). I aldersgruppene over 40 år har vi i Hordaland funnet fem års overgangsrater fra langtidssykmelding til uførepensjon av en annen størrelsesorden: 22% for 40–49 år, 42% for 50–59 år og 60% blant langtidssykmeldte i gruppen 60–62 år (14).

I 1999 var bare 6% av nye uførepensjonister i Norge under 40 år (25). Intervensjoner overfor unge langtidssykmeldte vil derfor ikke ha stor virkning på den totale insidensen av nye uføre. Men fordi yngre uføre

forblir pensjonert i lang tid, vil de bidra betydelig til prevalens og kostnader knyttet til uføreordningen.

Personer under 40 år utgjør imidlertid en betydelig andel av de langtidssykmeldte (42% i Hordaland i 1994). Denne gruppen er derfor sentral når sykefraværarbeidet nå skal revitaliseres (3).

Unge uføre – andre inngangskanaler

Mange unge blir uførepensjonert uten å ha fungert i lønnet arbeid, eller de faller ut av arbeidslivet før 26 års alder. Unge uføre mottar et tillegg i pensjonen som kompensasjon for manglende pensjonspoeng. Ved utgangen av 1999 gjaldt dette 48% av kvinnelige uførepensjonister mellom 16–44 og 54% av mennene (25). For å forebygge videre økning av antallet uførepensjonister under 40 år, er hjelpetiltak blant yngre personer *utenfor* arbeidsmarkedet (f.eks. sosialklienter) like viktig som oppfølging av unge langtidssykmeldte.

Stort behov for videre forskning

For å få bedre forståelse av uførepensjonsprosessens trengs studier med landsomfattende data, hvor man kan studere utviklingen i ulike landsdeler. Få studier har undersøkt forhold på arbeidsplassene som prediktorer for varig arbeidsuføret. Med større datasett kan også detaljerte studier av langtidssykmeldte fra ulike diagnosegrupper bli mulig. I tillegg til epidemiologiske studier er det behov for kvalitative undersøkelser for å forstå *hvorfor* mange langtidssykmeldte finner det vanskelig å gå tilbake til arbeidslivet.

Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket ved Ola Thune har gitt god hjelp med innhenting av oppfølgingsdata.

Litteratur

1. Haavet I. Uførepensjon mellom behandlingsoptimisme og styringskrise. I: Haavet I, Bjørnson Ø, red. Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdens historie 1894–1994. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
2. Norges offentlige utredninger. Uførepensjon. NOU 1990: 17. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, 1990.
3. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Statens trykning, 2000.
4. Bjerkedal T. Uførepensjonering i ung alder i Norge i årene 1976–96. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2305–7.
5. Gogstad A, Bjerkedal T. Stadig flere unge uføretyrdede. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1452–6.
6. Månsson NO, Rastam L, Eriksson KF et al. Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-aged men. Int J Epidemiol 1998; 27: 1019–25.
7. Hagen KB, Holte HH, Tambs K et al. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983–1993 population-based prospective study in Norway. Spine 2000; 25: 2480–7.
8. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. Int J Epidemiol 2002; 31: 1183–91.
9. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. Spine 2002; 27: 1790–6.

10. Månsson NO, Rastam L. Self-rated health as a predictor of disability pension and death – a prospective study of middle-aged men. Scand J Public Health 2001; 29: 151–8.
11. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J et al. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 533–40.
12. Kinge FO. Work and disability at the age of 30 years. A sociomedical study of a birth-cohort from Bergen. II. Frequency of disability. Scand J Soc Med 1978; 6: 79–83.
13. Trygdestatistisk årbok 1995. Oslo: Rikstrygdeverket, 1995.
14. Gjesdal S, Haug K, Ringdal PR et al. Medical predictors of disability pension in long-term sickness absence. Eur J Public Health 2004; 14: 398–405.
15. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T et al. ICPC as a standard classification in Norway. Fam Pract 1996; 13: 391–6.
16. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1992.
17. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. Scand J Public Health 2001; 29: 175–182.
18. Hensing G, Brage S, Nygard JF et al. Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35: 335–40.
19. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P et al. Sick leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. Br J Psychiatry 1996; 169: 740–6.
20. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension – an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder, or back diagnoses. Scand J Public Health 2001; 29: 104–12.
21. Haldorsen EM, Grasdahl AL, Skouen JS et al. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002; 95: 49–63.
22. Gjesdal S, Bratberg E. The role of gender in long-term sickness absence and transition to permanent disability benefits. Results from a multiregister based, prospective study in Norway 1990–1995. Eur J Public Health 2002; 12: 180–6.
23. Holte HH, Tambs K, Bjerkedal T. Manual work as predictor for disability pensioning with osteoarthritis among the employed in Norway 1971–1990. Int J Epidemiol 2000; 29: 487–94.
24. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske riskofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
25. Trygdestatistisk årbok 2000. Oslo: Rikstrygdeverket, 2000.