
Arbeidsledighet og psykiske vansker

REDAKSJONELT

PÅL GULBRANDSEN

Email: pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

I en tverrsnittundersøkelse fra 1993 – 94 beskriver Tore Ytterdahl & Per Fugelli i dette nummer av Tidsskriftet hvordan langtidsledige oppfatter sin helse (1). De undersøkte hadde vært ledige i mer enn 12 uker, dvs. de hadde vært helt uten ordinært arbeid, og deltok heller ikke i noe konkret arbeidsmarkedstiltak eller var under attføring. Man fant, ikke overraskende, en overhyppighet av somatoforme sykdommer, angsttilstander og depresjon.

I denne studien, som så ofte ellers, er det ikke undersøkt om tilstandene var til stede før arbeidsledigheten inntraff. Konklusjoner om kausal sammenheng kan ikke trekkes av tverrsnittundersøkelser. En av de få studier som er gjort prospektivt, har kunnet dokumentere økt forbruk av sykmeldinger og uførepensjon som følge av arbeidsledighet (2). Men forskning om helse og arbeidsledighet byr på mange problemer. Hvem som defineres som arbeidsledige varierer. Begrepet langtidsledig er brukt om personer med mer enn fire ukers ledighet i Levekårsundersøkelsen 1995 og over seks måneders ledighet i Levekårsundersøkelsen 1991. Gruppen som omfattes av ledighetsbegrepet, vil være ulik i tider med lavkonjunktur sammenliknet med i gode tider. Endringer i regelverket for uførepensjon vil også spille inn. I perioden 1989 – 95 ble det gjort endringer ti ganger (3).

Mennesker har behov for et økonomisk utkomme, og i perioden fra folketrygden ble innført til tidlig i 1990-årene var det en klar sammenheng mellom stigende arbeidsledighet og økt press på trygdeytelser basert på medisinske vilkår (3). I perioden 1993 – 98 ble dette bildet endret, med et stigende antall søknader om uførepensjon til tross for vedvarende fall i arbeidsledigheten. Den relative økningen var særlig stor i aldersgruppen 25 – 34 år og gjaldt i hovedsak psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. I gruppen psykiske lidelser var økningen av innvilgede uførepensjoner innen diagnosegruppene nevrososer og personlighetsforstyrrelser på 86 % i perioden (3). En oppfølgingsstudie av langtidsledige har ellers påvist at personer med personlighetsforstyrrelser hadde lavest sjanse for å være i arbeid to år senere (4).

Diagnosen personlighetsforstyrrelse stilles kanskje for hyppig under forløpet av forbigående psykisk lidelse, f.eks. en depresjon. Begrepet innbefatter *varig* avvikende personlighetstrekk som viser seg i klart urimelige reaksjoner innen de fleste personlige og sosiale relasjoner. Atferden avviker betydelig fra forventningene i den enkeltes kultur, og viser seg bl.a. gjennom tanker om seg selv og andre, mellommenneskelige relasjoner, følelsesliv og evne til impuls kontroll (5). En slik beskrivelse bærer bud om at denne gruppen mennesker vil være utsatt på arbeidsmarkedet. Dessverre finnes ikke tall om sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelser, sykdomsrelatert trygdeytelse og arbeidsledighet (Einar Kringlen, personlig meddelelse). De mer alvorlige personlighetsforstyrrelsene disponerer for konflikter, utagering eller isolasjon. Mennesker med slike problemer møter neppe den samme forståelse i helse- og trygdevesenet som personer som får angstlidelser eller depresjon – hvis de da overhodet oppsøker lege.

Prevalensen av personlighetsforstyrrelser i Oslo er ca. 13 % (6), et tall så høyt at man kan spørre seg om hva som definerer en normal personlighet. Hvor normalt må et menneske være for at det skal være bruk for det? Mennesker med personlighetsavvik (og mange andre!) er ofte avhengige av en forutsigbar livssituasjon for å kunne fungere. Siden næringsliv og politikere unisont roper etter større omstillingsevne og fleksible, allsidige arbeidstakere i en tilsynelatende akselererende prosess, er det kanskje ikke så underlig at vi ser lavere arbeidsledighet og stigende press på uførepensjonen samtidig? Leger bør spørre seg om diagnoser innen området psykiske lidelser generelt, og personlighetsforstyrrelser spesielt, er tjenlig for å sikre den enkeltes levebrød. Spørsmålet er: Skal samfunnets usunne utvikling kamufleres med legeerklæringer – eller kan leger gjøre opprør på en mer konstruktiv måte?

LITTERATUR

1. Ytterdahl T, Fugelli P. Helse og livskvalitet blant langtidsledige Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1308 – 11.
2. Westin S, Schlesselman JJ, Korper M. Long-term effects of a factory closure: unemployment and disability during ten years" follow-up. J Clin Epidemiol 1989; 42: 435 – 41.
3. Utviklingen i uførepensjonsordningen på 1990-tallet – endring i praksis? Rapport 07/99. Oslo: Trygdeetaten, 1999.
4. Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and reemployment in a two year follow up of long term unemployed. J Epidemiol Community Health 1993; 47: 14 – 8.
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utg. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994: 633.
6. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000: 17.

Publisert: 30. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.