

Psykiske lidelser og arbeidsuførhet

Simon Øverland , Ann Kristin Knudsen og Arnstein Mykletun

Psykiske lidelser og arbeidsuførhet

Psykiske lidelser er en av hovedårsakene til sykefravær og uførepensjonering. Vi trenger mer kunnskap om hvordan vi best hjelper mennesker med psykiske lidelser til deltagelse i arbeidslivet.

ILLUSTRASJON: HELGE STILAND



Norge har hatt en sterk forbedring i folkehelsen etter andre verdenskrig, og vi har aldri vært friskere enn nå (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010). Likevel står mer enn 600 000 nordmenn i arbeidsfør

alder (18–64 år) utenfor arbeidslivet på helserelaterede stønadstyper. Dette innebærer store kostnader og konsekvenser for den enkelte, men også enorme økonomiske utgifter for samfunnet – utbetalinger til uførepensjon alene var for 2011 beregnet til over 56 milliarder kroner (Finansdepartementet, 2010).

Mildere psykiske lidelser utgjør en nøkkelutfordring ved sykefravær og uførepensjonering. Vi vet imidlertid lite om hva som hindrer varig utgang fra arbeid for denne gruppen

I media og offentlig debatt blir arbeidslivet hyppig forbundet med ulike former for helsefare, slik som belastningsskader og stress. Deltagelse i arbeid må likevel regnes som normaltilstanden for voksne i arbeidsfør alder og kan også ha en rekke helsefremmende effekter (Waddell & Burton, 2006). Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, og inngår i sentrale mål på sosioøkonomisk posisjon, som igjen er assosiert med helse (Elstad, 2005). Arbeidsrutiner gir struktur på hverdagen, med sannsynlige effekter på kosthold, søvn, fysisk aktivitet og rusbruk. For mange er arbeidet en viktig del av ens identitet, og gir muligheter til å bruke evner og utdanning. Arbeidslivet kan også bidra til samhørighet og fellesskap i form av felles erfaringer, målsettinger og referanserammer. Tap av arbeid, som ved arbeidsledighet, er assosiert med både fysiske og mentale helseproblemer (Mathers & Schofield, 1998; Fryers, Melzer & Jenkins, 2003), mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse (Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2005). Det er større forskjell i helse mellom folk som jobber og folk som mottar trygdeytelser (Overland, Glozier, Maeland, Aarø & Mykletun, 2006) enn mellom folk i ulike yrkesgrupper (Sanne, Mykletun, Dahl, Moen & Tell, 2003). Det finnes få gode studier som direkte omhandler konsekvenser av sykefravær, men det er indikasjoner på at sykefravær og uførepensjonering i seg selv kan ha negativ innvirkning på helse (Øverland et al., 2008), og at sykefravær kan være uheldig for mange med psykiske lidelser (Joner, 2008).

Vi har foreløpig lite kunnskap om mekanismene på veien fra helseproblemer til arbeidsuførhet (Alexanderson & Hensing, 2004). Til tross for at det finnes et vell av tiltak for å hindre personer med helseproblemer i å falle ut av arbeidslivet, vet vi lite om hvor godt disse virker.

Utforming av bedre tiltak på dette området krever blant annet kunnskap om helseproblemer i befolkningen og hvor potensialet for forbedring finnes. I det følgende vil vi fokusere på utbredelsen av psykiske lidelser i befolkningen og i hvilken grad dette bidrar til arbeidsuførhet. Vi vil også vise til tiltak som iverksettes for å holde folk i arbeid, samt mulige forbedringer av disse.

Psykiske lidelser er vanlige og rammer i ung alder

Psykiske lidelser er svært vanlige. I løpet av et år vil omtrent en tredjedel av den voksne befolkningen tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst én psykisk lidelse, mens cirka halvparten vil rammes av en slik lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). I motsetning til andre store folkehelseutfordringer som diabetes, hjerte- og karlidelser og kreft debuterer psykiske lidelser vanligvis i ung alder (Mykletun et al., 2009), noe som gjør disse helseproblemene spesielt relevante for befolkningen i arbeidsfør alder. Psykiske lidelser følger også ofte et forløp med periodevise tilbakefall.

Helsepolitiske prioriteringer, som behandlingsdekning, baseres delvis på hva som er prognose uten behandling, hvor effektiv tilgjengelig behandling er, og kostnaden av den. Slike vurderinger gjøres også i forhold til hvor utbredt helseproblemet er, og hvilke konsekvenser det gir. Psykiske lidelser kan ha stor betydning for livskvalitet, nære relasjoner og familieliv, og kan gjøre det vanskeligere å fullføre utdanning og tilegne seg evner for å delta i arbeidslivet. Slike konsekvenser for enkeltindividet er ofte åpenbare ved alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon, og synliggjør behovet for et godt tilbud til disse pasientene. Dersom vi ser på hva som forårsaker de største andelene av konsekvenser av psykiske lidelser i befolkningen, er bildet imidlertid noe annerledes. Det er de mildere psykiske lidelsene, som angst og depresjon, som er mest utbredt, og vil ramme rundt en av fire i løpet av livet (Mykletun et al., 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) konkluderte i sin Global Burden of Disease-studie med at depresjon er den enkeltdiagnosen som forårsaker flest tapte friske leveår hos befolkningen i den vestlige verden (Horton, 2007). En annen WHO-studie viste at depresjon gir større reduksjon i selvopplevd helse enn kroniske sykdommer som astma, angina, artrose og diabetes (Moussavi et al., 2007). Angstlidelser er ikke inkludert i WHO sine beregninger, men vi vet at mange angstlidelser gir tilsvarende prognose som depresjon (Andrews, Sanderson & Beard, 1998).

Tap av arbeid, som ved arbeidsledighet, er forbundet med fysiske og mentale helseproblemer, mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse

Psykiske lidelser forekommer også ofte sammen med fysiske symptomer og sykdommer. Samtidig forekomst av flere helsevansker vil naturlig nok føre til økt sykdomsbelastning (Buist-Bouwman, de Graaf, Vollebergh & Ormel, 2005; Sareen et al., 2006; Merikangas et al., 2007), men det ser ut til at det å ha både fysisk og psykisk sykdom samtidig gir større reduksjon i selvopplevd

helse og større økning i sykdomsbelastning og andre konsekvenser enn hva summen av disse teoretisk sett skulle forårsaket (Moussavi et al., 2007; Scott et al., 2009). Psykiske lidelser som tilleggsbelastning ved fysisk helsesvikt kan være den avgjørende faktoren som skyver vedkommende ut av arbeidslivet og over på langvarig sykefravær eller arbeidsuførhet (Henderson, Harvey, Øverland, Mykletun & Hotopf, 2011).

Den høye utbredelsen av angst- og depresjonslidelser i kombinasjon med alvorlige konsekvenser utgjør en vesentlig folkehelseutfordring, hvor tap av arbeid og tilknytning til arbeidslivet anses å være blant de mest alvorlige konsekvensene (Harvey, Henderson, Lelliott & Hotopf, 2009).

Psykiske lidelser og arbeidsuførhet

Psykiske lidelser har lenge vært anerkjent som en sentral årsak til sykefravær (Stansfeld et al., 1995). Aktuell NAV-statistikk bekrefter dette: I løpet av fjerde kvartal i 2008 ble 6 % av alle arbeidstakere sykmeldt, og psykiske lidelser utgjorde 13,7 % av det innmeldte sykefraværet (NAV, 2009a). Denne andelen har endret seg over tid; i perioden 1994 til 2000 økte sykefraværet for psykiske diagnoser, i første rekke blant kvinner og middelaldrende (Hensing, Andersson & Brage, 2006). Fra 2001 til 2008 var det en kraftig økning i sykefravær for lettere psykiske lidelser, spesielt blant menn (NAV, 2009b). Økningen gjenspeiler sannsynligvis større aksept for at psykiske lidelser skal gi rett til sykepenger, økt fokus på psykiske lidelser hos allmennlegene og kanskje også et arbeidsliv som er vanskeligere å kombinere med en psykisk lidelse enn tidligere. Slike forklaringer synes mer plausible enn at endringene er forårsaket av tilsvarende faktiske økninger i forekomst av psykiske lidelser.

Psykiske lidelser blir imidlertid ofte underrapportert som årsak til sykmelding (Thompson et al., 2000), og den reelle andelen sykefravær på grunn av psykiske lidelser kan stadig være høyere enn tallene tilsier. I tillegg til å være blant de vanligste årsakene til sykefravær varer fraværperioder med bakgrunn i psykiske lidelser i snitt lenger enn for eksempel sykefravær for muskel- og skjelettlidelser (Shiels, Gabbay & Ford, 2004; Aakvik, Holmas & Islam, 2010).

Én av ti i arbeidsdyktig alder er uførepensjonert i Norge i dag (SSB 2011). Psykiske lidelser, i stor grad i form av angst og depresjon, er angitt som hovedårsak til omtrent en tredjedel av dagens uførepensjoner, både i Norge (Mykletun & Knudsen, 2009) og i resten av OECD-området (OECD, 2003). Andelen nye uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser har økt fra 18,2 % i 1992 til 24,4 %

i 2003 (Mykletun & Knudsen, 2009). Utover andelene er det viktig å merke seg at innvilgelse av uførepensjon for psykiske lidelser i gjennomsnitt skjer 9 år tidligere enn for somatiske sykdommer og lidelser. Dette gjør at uførepensjonering gjennom psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår enn uførepensjonering for somatiske sykdommer og lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009).

Norske studier har vist at angst og depresjon også er risikofaktorer for uførepensjon innvilget med somatiske lidelser som hoveddiagnose (Mykletun et al., 2006; Knudsen et al., 2010). En nærliggende forklaring kan være at fysiske diagnoser lettere anføres som hovedårsak ved komorbiditet (for eksempel både depresjon og kardiovaskulær sykdom), både for å unngå stigma ved psykiske lidelser, men også for å kunne lette saksgang hos NAV (Mykletun & Overland, 2006).

Milde eller alvorlige psykiske lidelser?

Internasjonale studier tyder på at arbeidsdeltakelse blant personer med alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni, ligger på mellom 11 % og 37 % (Kooyman, Dean, Harvey & Walsh, 2007). Vi har langt mindre kunnskap om hvor stor andel av personer med mildere psykiske lidelser som til enhver tid er ute av jobb. På et befolkningsnivå vet vi imidlertid mer; selv om den individuelle risiko for sykefravær og uførepensjonering er høyere ved alvorlige psykiske lidelser, er det de mildere, men langt mer vanlige psykiske lidelsene i befolkningen, som angst og depresjon, som bidrar mest til sykefraværet (Broadhead, Blazer, George & Chiu, 1990; Henderson, Glozier & Elliott, 2005). Det tilsvarende synes også å være tilfellet for uførepensjonering, der symptomer på angst og depresjon under kliniske nivå synes å bidra like mye til antallet uførepensjonister som høyere symptomnivåer – igjen fordi førstnevnte er langt mer utbredt (Knudsen et al., 2010). En lignende svensk studie viste at «bekymringer», økte risikoen for sykefravær for alle diagnoser (Savikko, Alexanderson & Hensing, 2001). I den grad «bekymringer» kan inkluderes langs en kontinuumsforståelse av angst og depresjon, understøtter dette at lave nivåer av psykiske plager bidrar til langtidssykefravær, også for somatiske diagnoser.

Utover angst og depresjon forekommer også rusavhengighet og søvnlidelser hyppig i befolkningen (Ohayon, 1997; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001; Ohayon, 2002; Kessler et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Alkoholforbruk og alkoholproblemer har også effekt på sykefraværet, og norske og svenske studier viser at en økning på en liter årlig i totalkonsum av alkohol i befolkningen er assosiert med 13 % økt sykefravær blant menn (Norstrom & Moan, 2009).

Alkoholinntak har vist seg å ha en U-formet sammenheng med sykefravær, hvor både avholdenhet og høyt alkoholinntak øker risikoen for sykefravær (Vahtera, Poikolainen, Kivimaki, Ala-Mursula & Pentti, 2002). Det er også etter hvert god dokumentasjon for at kroniske søvnforstyrrelser og søvnproblemer som insomni øker risikoen for langtidssykefravær og uførepensjon (Sivertsen et al., 2006; Overland et al., 2008; Sivertsen, Overland, Bjorvatn, Mæland & Mykletun, 2009).

Eksisterende tiltak og mulige forbedringer

Det finnes allerede en rekke tiltak som skal hindre varig arbeidsuførhet og hjelpe folk tilbake til arbeid, og vi vil i det følgende diskutere noen mulige forbedringer og videreutvikling av disse. En grov inndeling i milde og alvorlige psykiske lidelser kan være strukturerende for å synliggjøre spennet i mulige tiltak.

Tiltak ved milde psykiske lidelser

De fleste mennesker med milde psykiske lidelser oppsøker ikke behandling, og vanskene er ofte ikke kjent for arbeidstaker, arbeidsgiver eller øvrige omgivelser, noe som understreker behovet for universelle tiltak for forebygging av langtidssykefravær og eventuell senere uførhet. Det er verken mulig eller ønskelig at alle som har symptomer på psykiske lidelser skal behandles, og ofte brukes sykmelding som en måte å la folk «hente seg inn igjen» på ved slike vansker. Samtidig er det sannsynlig at langvarig uteblivelse fra arbeidslivet for mildere psykiske lidelser kan forsterke vanskene for noen (Joner, 2008). Ved for eksempel sosial fobi kan fravær fra arbeidsplassen fungere som en opprettholdende faktor, og passivitet og færre mestringsopplevelser vil kunne øke symptomene på depresjon. Vi trenger mer kunnskap om når sykefravær kan være til skade, og hvilke betraktninger en bør gjøre før en bruker sykmelding som intervensjon ved psykiske vansker.

Ett av siktemålene i «Avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)» er at arbeidsplassene skal legge til rette for å opprettholde tilknytningen til arbeidet tross sykdom. Det legges stor innsats i å finne strukturelle tiltak som bidrar til en slik utvikling. Den tidligere ordningen med «aktiv sykmelding» fases nå ut, med en sterkere satsing på «gradert sykmelding» for å hindre fullt fravær fra arbeidsplassen (Mykletun et al., 2010). Tanken bak er at fortsatt kontakt med arbeidslivet (gjennom gradert sykmelding) vil være gunstig: Daglig aktivitet er normalt kurativt ved vanlige psykiske

lidelser som angst, depresjon og rus, og dette kan oppnås ved fortsatt deltakelse i arbeidslivet, om nødvendig i kombinasjon med gradert sykmelding. Hensikten er også å forebygge at fokus dreies mot en trygdekarriere og ensidig fokus på symptomer og sykdom. Selv om den nye IA- avtalen legger disse premissene til grunn og satser på gradert sykmelding som hovedvirkemiddel, trengs det mer forskning før vi kan fastslå om disse tiltakene virkelig er hensiktsmessige. Vi vet imidlertid at pasienter av fastleger som ofte benytter gradert sykmelding, blir mindre sykmeldte i framtiden og er oftere i jobb igjen etter to år (Markussen, Mykletun & Røed, 2010).

Dersom inkludering og opprettholdt kontakt med arbeidslivet tross helsevansker skal lykkes, må den strukturelle arbeidsledigheten holdes lav, slik at individer med nedsatt arbeidsevne skal ha reell mulighet til å kunne søke arbeid. Dette har vi lyktes godt med i Norge. Vi har også et sterkt oppsigelsesvern og svært begrenset bruk av midlertidige stillinger, som beskytter gruppen med lettere psykiske lidelser mot å falle ut av arbeidslivet (Waddell & Burton, 2006).

Sykmelding over tid skal følges opp av fastlege. Psykiske lidelser er blant hovedårsakene til sykmelding, men fastlegene beskriver både den kliniske verktøykassen og henvisningsmulighetene de har til rådighet for å hjelpe personer med psykiske lidelser, som begrensede (Mykletun, Knudsen, Tangen & Øverland, 2010). Misforholdet mellom behovet for psykologisk oppfølging og den store andelen sykefravær som følge av psykiske lidelser var et av hovedargumentene for innføringen av IAPT («Improving access to psychological therapies») i Storbritannia (Layard, 2006; Olsen & Berge, 2008). I Norge pågår nå en eksperimentell utprøving av tiltak spesifikt utformet for mennesker med milde psykiske lidelser og utfordringer i forhold til arbeid (Senter for jobbmestring (NAV, 2010)). Utprøvingen vil gi verdifull kunnskap om hvordan vi kan jobbe effektivt for å hindre langvarige sykefravær for den store gruppen med milde psykiske lidelser.

Tiltak ved alvorlige psykiske lidelser

I motsetning til mildere psykiske lidelser blir *moderate og alvorlige* psykiske lidelser oftere gjenkjent og diagnostisert og får bedre behandlingsoppfølging. Disse tilstandene vil derfor også langt oftere være kjent for både arbeidstaker, arbeidsgiver og omgivelser. Som nevnt utgjør gruppen med moderate og alvorlige psykiske lidelser færre individer, men hver enkelt har større risiko for uførepensjonering (Mykletun et al., 2006; Knudsen et al., 2010). Det finnes en rekke tiltak og programmer for å hjelpe mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser tilbake til arbeid,

men generelt blir de gjennomført uten samtidig praksis for vitenskapelig dokumentasjon av effekten av disse rehabiliterings- og atføringstiltakene (Mykletun et al., 2010). Internasjonale studier har imidlertid dokumentert at strukturert oppfølging og tilrettelegging for arbeidsdeltakelse (IPS, individual placement and support) kan være til stor hjelp for å øke deltakelsen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i arbeidslivet. En omfattende internasjonal studie viste at aktiv og praktisk hjelp til integrering i arbeidslivet gav større reduksjon i sykdomsbyrde og behandlingsbehov for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, enn mer tradisjonell poliklinisk behandling (Burns et al., 2007).

Behandling for å forebygge arbeidsuførhet

Trolig ligger det også et potensial for forebygging av arbeidsuførhet gjennom bedret behandling av psykiske lidelser. I en norsk studie opplyste 25 % av de som hadde fått innvilget uførepensjon med en psykisk lidelse som primærdiagnose, at de ikke hadde mottatt behandling for dette (Overland, Glozier, Krokstad & Mykletun, 2007). For de med en psykisk lidelse som sekundærdiagnose var tallet 53 %. Anslagene er trolig større enn de reelle tallene, men antyder likevel at behandling for psykiske lidelser ikke alltid er gitt, og i det minste ikke alltid gjort eksplisitt for pasienten. Fra finske journalldata vet vi at ett forsøk med antidepressiver er vanligste behandlingsforsøk i forkant av uførepensjonering for depresjon (Isometsä, Katila & Aro, 2000; Honkonen, Aro, Isometsä, Virtanen & Katila, 2007). Vi har sett en kraftig økning i foreskriving av slike medikamenter de siste tiårene (Rønning et al., 2009), men nyere studier tyder på at moderne antidepressiver er mindre effektive ved milde og moderate depresjoner enn først antatt (Kirsch et al., 2008; Fournier et al., 2010). For angst og depresjon finnes det etter hvert et godt kunnskapsgrunnlag for gode og effektive psykologiske intervensjoner (Hunot, Churchill, Teixeira, Silva de Lima, 2007; NICE, 2007; Helsedirektoratet, 2009). Norske fastleger er imidlertid misfornøyde med sine muligheter for å henvise til andrelinjetjenesten innenfor psykisk helse, og de savner også muligheter for veiledning og samarbeid med denne i de tilfellene hvor de selv står for behandling og oppfølging (Mykletun et al., 2010b). Et bedre integrert behandlingstilbud for psykiske lidelser, med samarbeid på tvers av tjenester, vil trolig i noen grad også kunne forebygge arbeidsuførhet.

Utfordringer for klinisk arbeidspsykologi

Med en økende bevissthet rundt psykiske lidelsers betydning for sykefravær og uførepensjon, samt et ønske om sykmeldingsrett for psykologer, blir kunnskap om psykiske lidelser og arbeidsuførhet viktig kompetanse for psykologer. En spesialitet innenfor klinisk arbeidspsykologi er et godt utgangspunkt for å fremme systematisering og utvikling av slik kompetanse. Arbeidsfeltet er komplisert og sammensatt; arbeid er anerkjent som helsefremmende, men faktorer på arbeidsplassen kan i seg selv bidra til utvikling av psykiske lidelser og sykefravær. Individuell sykdom kan gi nedsatt arbeidsevne, samtidig som samfunnsmessige forhold har sterk påvirkning på sykefravær og uførepensjonering. Vi trenger mye mer kunnskap om hvordan disse faktorene henger sammen og hvordan vi kan arbeide med mennesker med psykiske lidelser og deres tilknytning til arbeidslivet.

Konklusjon

Psykiske lidelser er svært vanlige i befolkningen og utgjør en nøkkelutfordring i forhold til sykefravær og uførepensjonering. Det store volumet utgjøres av gruppen med mildere psykiske lidelser, men vi vet lite om hva som er virksomt for å hindre varig utgang fra arbeid for denne gruppen. Omfanget av problemet tilsier at vi trenger systematisk utprøving av tiltak og bedre kommunikasjon om erfaringer. Psykologer har relevant faglig kompetanse, men utdanning og spesialisering har i liten grad hatt fokus på sykefravær og arbeidsuførhet. Oppbygging av et fagmiljø innenfor klinisk arbeidspsykologi kan bidra til at vi kan hjelpe individer bedre og mer treffsikkert enn vi gjør i dag. Gode og fungerende tjenester er svært viktig for enkeltindividet men også avgjørende for legitimiteten til velferdsordningene.

Referanser

Alexanderson, K. & Hensing, G. (2004). More and better research needed on sickness absence.

ScandiNavian journal of public health, 32(5), 321–323.

Andrews, G., Sanderson, K. & Beard, J. (1998). Burden of disease – Methods of calculating disability from mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 123–131.

Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K. & Chiu, K. T. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2524–2528.

- Buist-Bouwman, M. A., de Graaf, R., Vollebergh, W. A. M. & Ormel, J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica ScandiNavica*, 111(6), 436–443.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146–1152.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial og heldedirektoratet.
- Finansdepartementet (2010). Prop. 1 S (2010–2011) Gul bok Statsbudsjettet 5. Folketrygdens utgifter og inntekter. Oslo: Finansdepartementet.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., et al. (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity A Patient-Level Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 303(1), 47–53.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders – A systematic review of the evidence. [Article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229–237.
- Harvey, S. B., Henderson, M., Lelliott, P. & Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 201–203.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henderson, M., Glozier, N. & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence – Is caused by common conditions and needs managing. [Editorial Material]. *British Medical Journal*, 330(7495), 802–803.
- Henderson, M., Harvey, S. B., Øverland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011) Work and Common Psychiatric Disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*;104:198–207, doi: 10.1258/jrsm.2011100231 (IF=1.4)
- Hensing, G., Andersson, L. & Brage, S. (2006). Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine*, 4(1), 19.
- Honkonen, T. I., Aro, T. A., Isometsä, E. T., Virtanen, E. M. & Katila, H. O. (2007). Quality of treatment and disability compensation in depression: Comparison of 2 nationally

- representative samples with a 10-year interval in Finland. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12), 1886–1893.
- Horton, R. (2007). Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, 370(9590), 806.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Isometsä, E., Katila, H. & Aro, T. (2000). Disability pension for major depression in Finland. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1869–1872.
- Joner, A. (2008). Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 940–941.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627.
- Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T. & Johnso, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2).
- Knudsen, A. K., Øverland, S., Aakvaag, H. F., Harvey, S. B., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 59–67.
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S. & Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. [Review]. *British Journal of Psychiatry*, 191, S29–S36.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.
- Layard, R. (2006). Health policy – the case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332(7548), 1030–1032.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2010) The case for presenteeism. *IZA Discussion Paper No. 5343, 2010*.
- Mathers, C. D. & Schofield, D. J. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. [Article]. *Medical Journal of Australia*, 168(4), 178–182.

- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, T. B., Von Korff, M., et al. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*, *64*(10), 1180–1188.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, *370*(9590), 851–858.
- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., et al. (2010a). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværreform Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10 ifølge mandat av 27.11.09. Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, *126*(11), 1491–1492.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T. & Øverland, S. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*, *10*(35).
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., et al. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*, *163*(8), 1412–1418.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010). *Rapport 2010:2 Folkehelse rapport 2010 Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- NAV (2009a). Sykefraværstatistikk: Sykefraværstilfeller 4 kv 2001–2008. Diagnose og kjønn. Prosent Retrieved 04.05, 2009, from <http://www.nav.no/191026.cms>
- NAV (2009b). *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2008*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikk og utredning.
- NAV (2010). Senter for jobbmestring – et forskningsprosjekt, Retrieved 04.05.2011 from <http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Tiltak+og+tilbud/187380.cms>
- NICE (2007). *Depression (amended) Management of depression in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Norstrom, T. & Moan, I. S. (2009). Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway. *European Journal of Public Health, 19*(4), 383–388.
- OECD (2003). Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: OECD Publications Service.
- Ohayon, M. M. (1997). Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: Distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal of Psychiatric Research, 31*(3), 333–346.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews, 6*(2), 97–111.
- Olsen, B. & Berge, T. (2008). Britisk storsatsing på psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*, 579–585.
- Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. & Mykletun, A. (2007). Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The HUNT Study. *Psychiatric Services, 58*(11), 1479–1482.
- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J. G., Aaro, L. E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health, 6*.
- Overland, S., Glozier, N., Sivertsen, B., Stewart, R., Neckelmann, D., Krokstad, S., et al. (2008). A Comparison of Insomnia and Depression as predictors of Disability Pension. The HUNT Study. *Sleep, 31*(6), 875–880.
- Rønning, M., Sakshaug, S., Strøm, H., Berg, C. L., Litleskare, I., Blix, H. S., et al. (2009). *Legemiddelforbruket i Norge 2004 – 2008 [Drug consumption in Norway 2004–2008]*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E. & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland Health Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 45*(6), 628–638.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I. & Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine, 166*(19), 2109–2116.
- Savikko, A., Alexanderson, K. & Hensing, G. (2001). Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases? [Article]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*(6), 310–316.

- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., et al. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33–43.
- Shiels, C., Gabbay, M. B. & Ford, F. M. (2004). Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *British Journal of General Practice*, 54(499), 86–91.
- Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. G. & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. [Article]. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 67–74.
- Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., et al. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(11), 1018–1024.
- SSB (2011). Helsetilstand: Nøkkeltall Retrieved 06.06, 2011, from <http://www.ssb.no/helsetilstand/>
- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F. & Marmot, M. (1995). Sickness Absence for Psychiatric Illness: The Whitehall II Study. *Social Science & Medicine*, 40(2), 189–197.
- Thomas, C., Benzeval, M. & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of epidemiology and community health*, 59(3), 243–249.
- Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., et al. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355(9199), 185–191.
- Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimaki, M., Ala-Mursula, L. & Pentti, J. (2002). Alcohol intake and sickness absence: A curvilinear relation. [Article]. *American Journal of Epidemiology*, 156(10), 969–976.
- Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: Stationery Office.
- Øverland, S., Glozier, N., Henderson, M., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2008). Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine*;65(11):769–773.

Aakvik, A., Holmas, T. H. & Islam, M. K. (2010). Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1590–1598.