

DIAGNOSEENDRING VED SYKMELDING

Rapport nr 1/98

Sören Brage, Steinar Holm, Ola Thune
Utredningsavdelingen
Rikstrygdeverket

Jan F Nygård, Inger Sandanger og Gunnar Tellnes
Seksjon for trygdemedisin
Universitetet i Oslo

FORORD

Formålet med rapporten «Diagnoseendring ved sykmelding» er å beskrive forandringer i diagnosefordelingen blant langtidssykmeldte i 1989-95, samt å beskrive forekomsten av diagnoseendring blant langtidssykmeldte og gjengangere.

Resultatene fra undersøkelsen kan ha betydning for sentrale myndigheter og institusjoner for planlegging av nye tiltak for de langtidssykmeldte. Avsnittet om skifte av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger vil også ha interesse for landets allmennpraktiserende leger.

Rapporten er en del av prosjektet «Langtidssykmeldinger for muskel- og skjelettsmerter og psykiske problemer 1989-95», som inngår i NORSICK-studien. NORSICK-studien er finansiert av Sosial- og helsedepartementet og NHOs Arbeidsmiljøfond.

Denne rapporten er et samarbeidsprosjekt mellom Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket og Seksjon for trygdemedisin, Universitetet i Oslo.

Rikstrygdeverket

Februar 1998

Arild Sundberg

Trygdedirektør

Drude Berntsen

Avdelingsdirektør

SAMMENDRAG

Langtidsfraværet har gjennom en årrekke vært den delen av det samlede sykefraværet som har kostet mest og som har blitt viet størst oppmerksomhet. For å begrense langtidsfraværet har ulike tiltak med forankring i medisinske forhold vært prøvd. Mest oppmerksomhet har langtidsykmeldte med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer fått. For å kunne identifisere disse gruppene, og for å gi dem riktig behandling, er det helt avgjørende at de medisinske diagnosene er korrekte, og at endringer av dem bare skjer ved forandringer i underliggende sykdommer.

Denne studien er den første som spesifikt ser på omfanget og mønstret av diagnoseendring blant de langtidsykmeldte. Endring av diagnose blant sykmeldte kan forekomme enten som endring mellom tilfellene eller i løpet av et tilfelle. I denne rapporten undersøkes spesielt tendensen til endring blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og med psykiske sykdommer. Disse gruppene er de største i sykmeldingssammenheng. Det har vært antatt at det skjer en betydelig vandring mellom disse diagnosegruppene. Blant gruppen av sykmeldte har de sk. gjengangerne vært undersøkt spesielt. Gjengangere er sykmeldte med gjentatte fraværstilfeller der tiden mellom fraværstilfellene er kortere enn seks måneder. Diagnosemønstret og diagnoseendringer blant gjengangere har ikke vært undersøkt tidligere.

Hovedproblemstillingene var:

- Har diagnosefordelingen av langtidsykmeldinger blitt forandret i perioden 1989-95?
- Hvor stort var omfanget av diagnoseendring blant de langtidsykmeldte, og forekom diagnoseendring oftere blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer enn ved andre sykdommer?
- Hvor stort var omfanget av diagnoseendring blant gjengangere, og forekom diagnoseendring oftere blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer enn ved andre sykdommer?
- Hvor vanlig var endring av diagnose i løpet av sykepengetilfellene og var det oftere endring blant de med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer? Gjenspeilte diagnosene den diagnostiske prosess, dvs. var andelen sykdomsdiagnoser høyere ved avslutningen av sykepengetilfellene?

Rapporten er basert på analyser av Rikstrygdeverkets register over sykepengetilfeller. For å kunne belyse de ulike problemstillingene er rapporten delt i fire delstudier:

1. forandringer i diagnosefordeling 1989-95

2. tidligere diagnoser hos langtidssykmeldte
3. diagnoseendring blant gjengangere
4. endringer av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger

Resultatene fra delstudie 1 tydet ikke på noen større forskyvinger mellom diagnosegrupper i perioden 1989-1995. Andelen med muskel- og skjelettsykdom syntes å være stabil - rundt 46% av alle tilfeller med langtidsfravær. Andelene med psykiske sykdommer minket fra ca 15% til 12-13% i løpet av perioden, og svangerskapsrelaterte sykdommer minket fra ca. 8% til 6-7%. Forandringene er dog meget usikre p.g.a. et stort antall ikke kodete fraværstilfellene i 1989-92 og endrete klassifiseringssystem og koding i perioden. Det var ikke tegn til at helsetjenestens, trykdeetatens og medias fokusering på muskel- og skjelettsykdommer og på psykiske sykdommer hadde ført til noen betydelig forskyving av det diagnostiske mønstret.

Delstudie 2 viste at omtrent halvparten av de langtidssykmeldte hadde den samme diagnosegruppe ved to på hverandre følgende sykefraværstilfeller. Personer med muskel- og skjelettsykdommer endret sjeldnere diagnosegruppe ved gjentatte sykepengetilfeller enn alle andre undersøkte grupper, men også personer med psykiske sykdommer viste stor diagnosestabilitet.

Delstudien av gjengangere viste at disse hadde en enda større stabilitet i diagnoser, mest uttalt for pasienter med muskel- og skjelettsykdommer og med psykiske sykdommer. Stabiliteten øket ved flere sykepengetilfeller. Dette skulle tale for at gruppen domineres av personer med kroniske sykdommer. Tiltak for å begrense sykefraværet bør derfor rettes mot de underliggende medisinske realitetene, dvs. øket rehabiliteringsinnsats og tilrettelegging av arbeidssted for å kunne beholde personer med kroniske sykdommer i arbeid.

Minst diagnoseendring forekom blant personer med muskel- og skjelettsykdommer, deretter fulgt av de med psykiatriske sykdommer, det være seg langtidssykmeldte eller gjengangere. Disse endret også diagnose minst i løpet av sykmeldingene. Dette taler for at spesielt muskel- og skjelettsykdommene etter hvert vil utgjøre en vesentlig del av de med kroniske sykdommer. Attføringstiltak bør i stor utstrekning fortsatt rettes mot denne gruppen av personer.

Delstudien av endring i løpet av langtidssykmeldinger viste at dette forekom sjelden - i rundt 12% av alle langtidsstilfeller. Studien ble utført på detaljert diagnosnivå, og skulle dermed avspeile reelle forandringer i diagnosesetting. Diagnoseendring var mest sjelden blant pasienter med psykisk sykdom, svangerskapsrelatert sykdom og muskel- og skjelettsykdom. Dette skulle tale for at disse tilstandene er lette å identifisere tidlig, og bekrefter tilsvarende funn av stor stabilitet blant langtidssykmeldte og gjengangere med muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom.

I løpet av langtidssykmeldingene skjedde en meget beskjeden endring av diagnoser fra symptomdiagnoser til sykdomsdiagnoser. Dette kan indikere svak kvalitet i allmennpraksis på det diagnostiske arbeidet blant langtidssykmeldte. Det bør gis retningslinjer fra trygdeetatens side hvordan dette arbeidet bør utføres - for eksempel i øket møtevirksomhet mellom de lokale trygdekontorene og de allmennpraktiserende legene. Den svake kvaliteten kan også bero på lav legestabilitet i enkelte distrikter. Dette kan undersøkes i studier på kommunenivå.

INNLEDNING

Langtidsfraværet er den delen av det samlede sykefraværet som koster mest og som har blitt viet størst oppmerksomhet. For å begrense langtidsfraværet har ulike tiltak med forankring i medisinske forhold vært prøvd. Mest oppmerksomhet har langtidssykmeldte med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer fått. For å kunne identifisere disse gruppene, og for å gi dem riktig behandling, er det helt avgjørende at de medisinske diagnosene er korrekte, og at endringer av dem bare skjer ved forandringer i underliggende sykdommer.

I perioden 1988-93 har oppfølgingen av langtidssykmeldte blitt forandret. Det har skjedd en øket satsing på tidlig intervensjon og på aktiv behandling (1). Det medisinske vilkår for sykmelding er blitt presisert (2). Spesielt har det blitt fokusert på vilkårene for sykmelding blant pasienter med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer. Denne interessen er avspeilet i utrednings- og forskningsvirksomhet (3) med etablering av større forskningsprogram, eksempelvis Trygd- og rehabiliteringsprogrammet (4). Interessen har vært stor i massemedia, og det er mulig at en slik fokusering på bestemte diagnosegrupper kan påvirke diagnosesettingen ved sykmelding.

Endringer av diagnoser har vært forholdsvis lite studert. I sin avhandling fra 1967 analyserte Lindén diagnosemønstret blant pasienter med repeterende syketilfeller (5). Det har dog i de siste ti årene blitt et øket interesse for diagnoser ved sykmelding (6-9). Det er først med innføringen av obligatorisk koding av sykmeldingsdiagnoser at det er blitt mulig å følge større utvalg av de sykmeldtes diagnoser over tid (10). I og med at denne kodingen gjøres av legen selv, har det blitt reist spørsmål om dess pålitelighet og nøyaktighet.

Endring av diagnose blant sykmeldte kan forekomme enten som endring mellom tilfellene eller i løpet av et tilfelle. I denne rapporten undersøkes spesielt tendensen til endring blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og med psykiske sykdommer. Disse gruppene er de største i sykmeldingssammenheng (11). Det har vært antatt at det skjer en betydelig vandring mellom disse diagnosegruppene.

Gjentatte lengre sykepengetilfeller kan ses på som enten en konsekvens av kroniske lidelser eller av øket sårbarhet. Personer med kroniske sykdommer med vekslende funksjonsnivå (som angina pectoris, reumatoid artritt og depresjon) og med stadige tilbakefall (som urinsyregikt og migrene) vil kunne få et mange repeterende sykepengetilfeller. Arbeidsføre perioder veksler med arbeidsuførhet, og sykepengetilfellene vil hver gang henføres til samme diagnose. Tallmessig flest kroniske lidelser er antagelig å finne blant muskel- og skjelettsykdommer, psykiske sykdommer, og hjerte-karsykdommer. Øket antall repeterende tilfeller kan også opptre blant

personer med øket generell sårbarhet, som ved generelt sviktende helse, nedsatt immunforsvar, og nedsatt motstandskraft mot sykdom. I slike tilfeller vil man forvente mange syketilfeller med vekslende diagnoser, ofte infeksjonstilstander.

Med økende alder vil belastede personer også kunne få flere sykdommer - komorbiditet. Det kan være tilfeldig hvilken sykdom som oppfattes som årsak til sykmelding, og komorbiditet kan gi mange sykepengetilfeller med ulike diagnoser. Personer med langvarig alkohol- eller stoffmisbruk får antagelig repeterende syketilfeller med diagnoser som ikke nødvendigvis reflekterer det egentlige problemet. Alkoholproblemer (og psykiske sykdommer generelt) blant kvinner diagnostiseres ofte som andre sykdommer, f.eks muskel- og skjelettlidelser (7). Omfanget av problemet i norsk sykefraværstatistikk er ikke kjent.

Rent misbruk av sykepengesystemet kan selvfølgelig være en årsak til repeterende fravær, men hvis slikt forekommer er det sannsynligvis mest relevant for det kortere fraværet.

Sannsynligvis er de faktorer som er assosierte med gjentatt kortvarig fravær forskjellig fra faktorer som påvirker det langvarige fraværet (5). Blank og Diderichsen har hevdet at det kortvarige repeterende fraværet er tett assosiert med den selvopplevde helsen, og at kortvarig fravær kan ses som en del av en mestringstrategi i belastede arbeids- eller livssituasjoner (12). Det foreliggende datamaterialet til denne rapporten har ikke gjort det mulig å se på dette aspektet av fravær.

Blant gruppen av sykmeldte har personer med tette gjentatte fraværstilfeller - s.k. gjengangere - vært undersøkt spesielt, bl.a. av Melsom (13) og Holm og Kolstø (14,15). En gjenganger var definert som en person med minst to sykepengetilfeller der avstanden i tid mellom tilfellene var mindre enn seks måneder. På grunn av de korte periodene med arbeidsførhet, bruker personer i denne gruppen raskt opp sine sykepengerettigheter. Gjengangerne svarer for en stor del av fluktuasjonene i sykefraværet og de fungerer marginalt i forhold til arbeidsmarkedet (14).

Diagnosemønstret og diagnoseendringer blant gjengangere har ikke vært undersøkt spesielt. I sin studie hevdet Lindén at mange av disse tilhørte en spesielt sårbar personlighetstype, ofte med kroniske sykdommer, og med flere sykdommer (5). Det er behov for mere studier over hvilke sykdommer gjengangerne har, og hvordan deres diagnoser eventuelt endres.

For å kort omtale endringer i diagnoser i løpet av sykmeldinger, har dette fenomen antagelig størst betydning for den allmennpraktiserende legen. I allmennmedisinsk forskning har det først i de siste årene blitt mulig å bruke kodete data for å observere forandringer i diagnoser i løpet av et syketilfelle (16,17). I den diagnostiske prosessen øker innsikten i pasientens sykdom (18). Legen baserer sine arbeidshypoteser på pasientens symptomer og på kliniske tegn. Disse formuleres som

foreløpige diagnoser, som undergår kontinuerlig revisjon basert på seinere ervervet informasjon. En diagnostisk prosess kan gå over lang tid.

I klassifiseringssystemet ICPC vil tidlige og uklare diagnoser formuleres som symptomdiagnoser - «brystsmerter», «anspenhet», «nakkesmerter». Disse klassifiseres vanligvis i symptomdelen i hvert kapittel, med nummer fra 1-29. Når pasientens tilstand avklares, kan en mer bestemt sykdomsdiagnose anføres -«angina pectoris», «angstnevrose», «nakkeprolaps» - i numrene 70-99 i respektive kapittel. I tidligere studier, bl.a. fra nederlandsk allmennpraksis, har man påvist at diagnosene ofte endres fra symptomdiagnoser til sykdomsdiagnoser i forløpet av syktilfellene (16). Diagnoseendring i løpet av et sykepengetilfelle er ikke blitt undersøkt tidligere. Det er dog grunn å anta at legen følger den samme prosesstenkingen, og at denne kommer til uttrykk som en økning av andelen sykdomsdiagnoser når sykmeldingene følges over tid. I løpet av en langtidssykmelding kan selvfølgelig interkurrente sykdommer opptre hos personen. Disse vil opptre mer eller mindre tilfeldig i alle kapitler og med rimelig konstant frekvens gjennom hele sykepengetilfellet.

Problemstillinger

Formålet med prosjektet «Diagnoseendring ved sykmelding» var å undersøke i hvilket omfang diagnosene blant de langtidssykmeldte var blitt forandret i perioden 1989-95, og å undersøke i hvilken utstrekning de sykmeldte fikk en annen diagnose i løpet av et syketilfelle eller fra et syketilfelle til et annet.

Hovedproblemstillingene var:

- Har diagnosefordelingen av langtidssykmeldinger blitt forandret i perioden 1989-95?
- Hvor stort var omfanget av diagnoseendring blant de langtidssykmeldte, og forekom diagnoseendring oftere blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer enn ved andre sykdommer?
- Hvor stort var omfanget av diagnoseendring blant gjengangere, og forekom diagnoseendring oftere blant personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer enn ved andre sykdommer?
- Hvor vanlig var endring av diagnose i løpet av sykepengetilfellene og var det oftere endring blant de med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer? Gjenspeilte diagnosene den diagnostiske prosess, dvs. var andelen sykdomsdiagnoser høyere ved avslutningen av sykepengetilfellene?

For å kunne belyse de ulike problemstillingene ble rapporten delt i fire avsnitt:

1. forandringer i diagnosefordeling 1989-95
2. tidligere diagnoser hos langtidssykmeldte
3. diagnoseendring blant gjengangere
4. endringer av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger

De ulike delene vil bli omtalt separat gjennom rapporten. Mulige systematiske feil ved kodingen av diagnoser omhandles i diskusjonsdelen.

MATERIALE OG METODE

Rapporten er basert på analyser av Rikstrygdeverkets register over sykepengetilfeller. Dette registret omfatter alle utbetalinger av sykepenger fra trygden til arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og arbeidsledige. Statsansatte er ikke inkludert. For å få så aktuelle data som mulig er avsnittene om gjengangere og diagnoseendring i løpet av sykepengetilfellene baserte på material fra 1995-96. I tillegg har de andre avsnittene utvidet sitt tidsvindu til perioden 1989-95.

I hovedsak omfatter undersøkelsene langtidstilfeller, dvs. sammenhengende sykepengetilfeller med varighet over åtte uker, regnet fra registrert uførhetsdato. I avsnittet om gjengangere er dog undersøkt alle sykepengetilfeller med varighet over to uker.

Diagnoser

Fra mars 1988 innførte Rikstrygdeverket en 61-punktsliste med diagnosekoder basert på International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2), som igjen var avledet fra International Classification of Diseases (ICD), 9. utgave. Kodene skulle brukes ved utstedelse av sykmelding 2-attester.

1.10.1992 ble 61-punktslisten erstattet med International Classification in Primary Care (ICPC). ICPC er inndelt i 17 kapitler, vesentlig på basis av kroppens ulike organsystemer. Innenfor hvert kapittel, som har en egen bokstavkode, gjøres en inndeling i symptomdiagnoser (med tall fra 1-29), prosesskoder (30-69), og sykdomsdiagnoser (70-99). For koding av diagnoser ved sykmelding skal legen fortrinnsvis bruke sykdomsdiagnoser, der det er medisinsk forsvarlig, i annen hånd symptomdiagnoser. Prosesskoder og koder fra kapittel Z «Sosialt» skal normalt ikke brukes.

Etter 1.10.1992 er behandlende lege pliktet å kode alle sykmeldingsdiagnoser. Hvis ICD brukes til koding, så konverteres ICD-koden til en ICPC-kode på det lokale trygdekontoret.

Omlaggingen til ICPC medførte startvansker. Diagnosene ble ikke korrekt registrert før i 1994. Diagnosefordelingen for siste kvartal 1992 og for hele 1993 er av den grunn svært usikre.

For å sammenligne diagnosedata fra periodene før og etter 1.10.1992 har en av forfatterne (SB) utarbeidet en konvertering mellom ICPC og 61-punktslisten. På grunn av ulikhetene i diagnosesetting og koding på basis av de to systemene blir allikevel ikke diagnosedata før og etter 1992 helt sammenlignbare.

I rapportens ulike avsnitt er ulike design, utvalg og mål brukt:

Tabell A Oversikt over datamateriale og metoder i rapportens enkelte avsnitt

	Forandringer i diagnosefordeling	Tidligere diagnoser blant langtids-sykmeldte	Endring blant gjengangere	Endringer i løpet av langtids-sykmeldinger
Utvalg	sykepengetilfeller i 1989-95	langtidssykmeldte i 1995	gjengangere i 1996	langtidssykmeldte i januar 1996
Aldersgruppe	16-66 år	25-66 år	16-66 år	16-66 år
Type sykmelding	>8 uker	>8 uker	>2 uker	>8 uker
Antall	923 550 sykepengetilfeller	109 372 personer	68 700 personer	16 612 personer
Tidsvindu	1989-95	1989-95	1995-96	1.1-31.12 1996
Diagnosenivå	diagnosegruppe (61-punktlisten)	diagnosegruppe (61-punktlisten)	diagnosekapittel (ICPC)	enkeltdiagnose (ICPC)
Uavhengige variabler	kjønn alder	kjønn alder	kjønn alder	kjønn alder tidligere sykmeldt

Forandringer i diagnosefordeling 1989-95.

I dette avsnittet ble forandringer i diagnosefordelingen blant langtidssykmeldte i de siste årene undersøkt. Studien baserer seg på totale tall for langtidsfraværet. Alle erstattede sykepengetilfeller >8 uker (N=923 550) i perioden 1989-95 blant personer i alderen 16-66 år ble inkludert. For hvert av årene 1989-95 ble alle sykepengetilfeller >8 uker fordelt etter kjønn og registrert diagnose. Fordelingene var derigjennom baserte på den årlige insidensen.

Grunnet manglende koding i mange tilfeller og forandringer i kodesystemer i løpet av perioden, ble det, for å få et tilfredsstillende sammenligningsgrunnlag, foretatt en meget grov sykdomsinndeling i fem grupper: 1) muskel- og skjelettsykdommer, 2) psykiske sykdommer, 3) hjerte-karsykdommer, 4) svangerskapsrelaterte sykdommer, og 5) alle andre sykdommer. Sykepengetilfeller med manglende diagnose eller koding ble registrerte som «ikke kodet», og disse ble behandlet særskilt i analysen (se Resultat). Infeksjoner og svulster i muskel- og skjelettsystemet, hjerte-karsystemet, og relaterte til svangerskap var i dette avsnittet inkluderte i gruppen «alle andre sykdommer», da dette var grunnlaget for 61-punktlisten. Skader i muskel- og skjelettsystemet var også inkludert i denne gruppen. En fullstendig oversikt over hvilke tilstander som inngikk i de ulike gruppene er gitt i appendiks.

Tidligere diagnoser blant langtidssykmeldte

For å undersøke diagnoseendring blant de langtidssykmeldte ble det valgt en retrospektiv tilnærming, dvs. blant en gruppe langtidssykmeldte ble diagnoser ved tidligere langtidstilfeller undersøkt. I studien ble inkludert alle personer, 25-66 år, som hadde minst et sykepengetilfelle med en varighet av over åtte uker i 1995 (N= 109 372). Derved ble inkludert alle personer der 8 ukers-tidspunktet inntraff i perioden 1.1.1995-31.12.1995, dvs. at uferhetsdatoen er i perioden 6.11.1994-5.11.1995. Aldersgruppen 16-24 ble utelatt fordi mange i denne gruppen ikke hadde sykepengetilfeller i hele studieperioden 1989-95. I dette utvalget undersøkte vi alle tidligere sykepengetilfeller >8 uker i perioden 1989-1995 etter alder, kjønn og diagnose.

I dette avsnittet måtte samme inndeling i sykdomsgrupper brukes som i det foregående avsnittet om fordelingen av diagnoser i perioden 1989-1995, dvs. i 1) muskel- og skjelettsykdommer, 2) psykiske sykdommer, 3) hjerte-karsykdommer, 4) svangerskapsrelaterte sykdommer, og 5) alle andre sykdommer.

Diagnoseendring var derigjennom definert som endring av diagnosegruppe i dette avsnittet, dvs. enten endring fra en diagnosegruppe til en annen, eller endring fra ikke kodet diagnose til en diagnosegruppe.

Diagnoseendring blant gjengangere

For å undersøke endring av diagnose blant personer med repeterende sykepengetilfeller var det mulig å bruke en prospektiv tilnærming, dvs å følge et utvalg gjennom flere sykepengetilfeller. For å samordne denne studien med tidligere studier over gjengangere (14), ble alle tilfeller med varighet over 2 uker fra uferhetsdato inkludert.

Blant personer med minst et påbegynt sykepengetilfelle med varighet over 2 uker i 1996 ble alle gjengangere tatt ut for analyse (N=70 058). En gjenganger var definert som en person med minst to sykepengetilfeller der avstanden i tid mellom tilfellene var mindre enn seks måneder. 1 358 (1,9%) av gjengangerne hadde ingen gyldig diagnosekode og ble ekskludert. Nettoutvalget består derfor av 68 700 gjengangere (28% av alle sykmeldte >2 uker i 1996).

I studien ble alle sykepengetilfeller i 1995 og 1996 inkludert. I noen få tilfeller utbetales sykepenger fra første fraværsdag. Disse tilfellene ble også inkludert.

Diagnosene var i 1995-1996 basert på koding etter ICPC, og de ble slått sammen til ICPC kapittelnivå. Diagnoseendring ble definert som endring av diagnosekapittel i dette avsnittet, dvs. at en person i to på hverandre følgende sykepengetilfelle hadde diagnoser fra to ulike diagnosekapitler etter ICPC.

Som beregningsgrunnlag for en «forventet» diagnosefordeling blant gjengangere ble data over alle påbegynte sykepengetilfeller i 1995 brukt. Av totalt 305 331 påbegynte sykepengetilfeller i 1995 var 3 707 ikke kodet (1,8%), og disse ble trukket fra ved beregningen av denne fordelingen.

Endringer av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger

For å studere omfanget og mønstret av diagnoseendring i løpet av langtidssykmeldinger ble foretatt en kohort-studie. I denne inngikk alle personer i alderen 16-66 år med en langtidssykmelding påbegynt i januar 1996 (N=16 612). Opplysninger om aktuell diagnose blant disse ble overført fra de s.k. månedsregistrene t.o.m. desember 1996. Endringer av diagnosene er notert løpende i månedsregistrene, men ofte med betydelige forsinkelser p.g.a. sein innrapportering.

I denne studien var det mulig å undersøke endring av diagnose på spesifikt nivå. Diagnoseendring ble definert som endring av diagnose på enkeltkodenivå etter ICPC, for eksempel fra R05 til R73. Startdiagnose var i dette avsnittet definert som den første registrerte diagnosen i hvert sykepengetilfelle. Sluttdiagnose var definert som den siste registrerte diagnosen. 47 individer (2%) hadde mer enn to diagnoser i løpet av sitt sykepengetilfelle. Tallet var for lite for å tillate analyse. I dette avsnittet ble også antall tidligere sykepengetilfeller >2 uker i løpet av 1994 og 1995 brukt som uavhengig variabel.

Statistiske beregninger

Komplisert statistiske beregninger var ikke nødvendige. Endringer av diagnosegruppe, diagnosekapittel og diagnose er uttrykt i prosent. De enkelte avsnittene baseres på totaltall for landet, og statistiske mål for presisjon eller avvik har derfor ikke blitt beregnet.

RESULTAT

Forandringer i diagnosefordeling i perioden 1989-95

I perioden 1989-95 var det 923 550 sykepengetilfeller >8 uker. Fordelingen etter diagnose domineres av et stort antall ikke kodete tilfeller. I 1989-91 var andelen ikke kodete tilfeller ca 27%. Etter innføringen av nytt kodesystem økte denne andelen og var i 1993 61%. Etter 1994 har andelen ikke kodete tilfeller vært sterkt synkende.

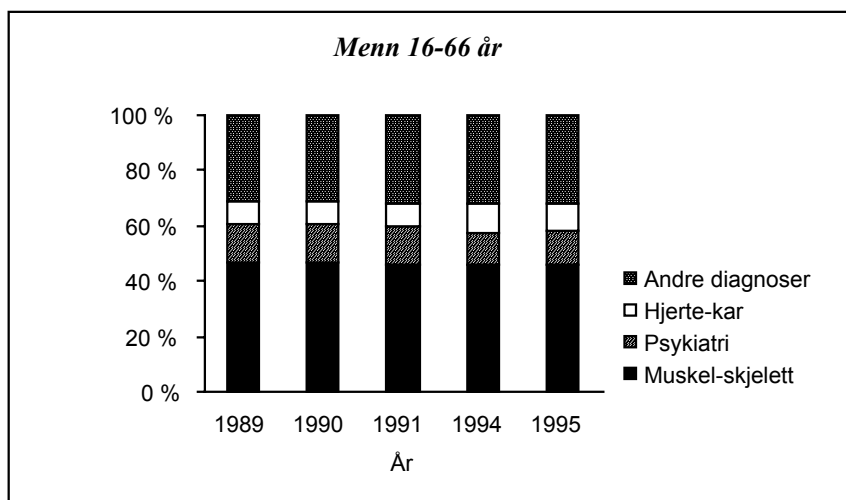
På grunn av de store andelene av ikke kodete diagnoser i 1992-93 var det ikke hensiktsmessig å sammenligne diagnosefordelingen uten korreksjoner for den manglende kodingen. I tabell 2 og i figur 1 og 2 er ikke kodete tilfeller utelatt, og prosentfordelingen er beregnet på basis av tilfeller med kodete diagnoser. I samme tabell og figurer har vi også valgt å ikke legge frem tall for 1992 og 1993 fordi frafallet der var svært stort.

Tabell B Fordeling (i prosent) etter diagnosegruppe av alle erstattede sykepengetilfeller >8 uker i 1989-1991 og 1994-95, basert på årlig insidens. Kun kodete tilfeller er inkludert

Diagnosegruppe	År			År	
	1989 N=103380	1990 N=108231	1991 N=101998	1994 N=98599	1995 N=127634
	%	%	%	%	%
Muskel- og skjelettsykdom	46	45	44	47	46
Psykisk sykdom	15	15	15	12	13
Hjerte-kar sykdom	5	5	5	6	6
Svangerskapsrelatert sykdom	7	8	9	6	7
Andre sykdommer	26	26	27	29	28
Sum	100	100	100	100	100

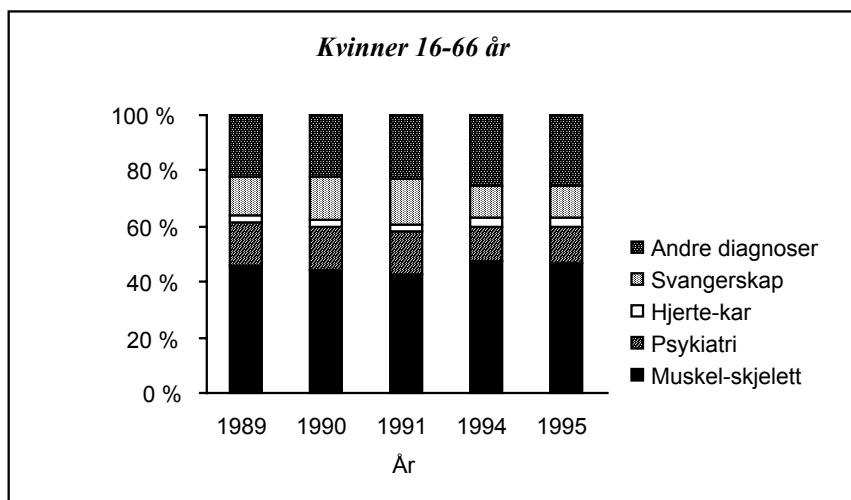
Forandringene fra 1989-91 til 1994-95 var små. Andelene langtidstilfeller med psykiatrisk sykdom minket fra 15% til 13% og med sykdom relatert til svangerskap med ca 1%. Andelene med hjerte-karlidelser og «andre sykdommer» økte med ca 1%. Andelen med muskel- og skjelettsykdom var stabilt.

Figur A Fordeling etter diagnosegruppe av erstattede sykepengetilfeller >8 uker i 1989-1991 og 1994-95 for menn



For menn lå andelen langtidstilfeller med muskel- og skjelettsykdom og «andre sykdommer» stabilt i perioden. Andelen med psykisk sykdom minket, mens hjerte-karlidelser viste en økning.

Figur B Fordeling etter diagnosegruppe av erstattede sykepengetilfeller >8 uker i 1989-1991 og 1994-95 for kvinner



For kvinner vekslet andelen med muskel- og skjelettsykdom, men var i 1995 på samme nivå som i 1989. Andelene tilfeller med psykisk sykdom og med svangerskapsrelatert sykdom var mindre i

1994-95 enn i 1989-91. Nedgangen av svangerskapsrelatert sykdom som grunn til langtidssykmelding var ikke større enn at den kan forklares med forandringer i diagnoseklassifiseringer. Det er imidlertid også mulig at det har skjedd en reell nedgang p.g.a innføringen av mere gunstige regler for svangerskapspermisjon.

Tidligere diagnoser blant langtidssykmeldte

De tidligere diagnosene blant langtidssykmeldte i 1995 ble undersøkt med tanke på endringer spesielt hos personer med muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer. I forholdsvis mange av de tidligere tilfellene blant de langtidssykmeldte - rundt en femtedel - manglet diagnose, og dette ble korrigert for i analysen.

Utvalgets sammensetning

I 1995 hadde 109 372 personer i alderen 25-66 år minst et påbegynt sykepengetilfelle >8 uker (langtidssykmeldte).

Tabell C Fordeling av personer med påbegynte sykepengetilfeller >8 uker og sykepengetilfeller >2 uker i 1995 etter kjønn og alder

Aldersgrupper	Personer med tilfeller >8 uker (N=109 372)	Personer med tilfeller >2 uker (N=231 178)
	%	%
Menn		
25-44 år	20	23
45-59 år	17	16
60-66 år	6	5
Kvinner		
25-44 år	32	32
45-59 år	20	20
60-66 år	5	4
Totalt	100	100

Fordelingen etter kjønn og alder av de langtidssykmeldte sammenlignet med sykmeldte >2 uker skilte seg lite. Yngre menn hadde en mindre andel av de langtidssykmeldte.

Tidligere sykepengetilfeller >8 uker i 1989-95

Først ble omfanget av tidligere sykepengetilfeller blant de langtidssykmeldte i 1995 undersøkt. Her er også inkludert tidligere tilfeller som ikke hadde kodete diagnoser:

Tabell D Antall tidligere sykepengetilfeller >8 uker i 1989-95 blant langtidssykmeldte 1995

Tidligere tilfeller	Antall personer	%
0	52 431	48
1	31 713	29
2	15 251	14
3	6 529	6
4	2 315	3
5	783	1
6	250	0
7	72	0
8	22	0
9	5	0
10	1	0
Total	109 372	100

48% av personene med sykepengetilfelle >8 uker i 1995 hadde intet tidligere langtidstilfelle i perioden 1989-95. 29% hadde ett tidligere tilfelle, 14% hadde to og 9% hadde tre eller flere tidligere tilfeller. Menn og kvinner hadde det samme gjennomsnittlige antall sykepengetilfeller >8 uker i perioden 1989-95. Det gjennomsnittlige antallet var noe høyere i aldersgruppen 45-59 år for begge kjønn. Forskjellene var små. Antallet tidligere sykepengetilfeller >8 uker var imidlertid sterkt relatert til diagnosegruppe ved siste tilfelle:

Tabell E Antall tidligere sykepengetilfeller >8 uker i 1989-95 blant langtidssykmeldte 1995 etter diagnosegruppe ved siste tilfelle

Diagnosegruppe	Antall tidligere sykepengetilfeller > 8 uker				
	0	1	2	3	4 eller flere
	(N=52 431) %	(N=31 713) %	(N=15 251) %	(N=6 529) %	(N=3 448) %
Muskel- og skjelettsykdom	41	47	51	54	57
Psykisk sykdom	13	14	14	15	14
Hjerte-kar sykdom	7	6	6	5	5
Svangerskapsrelatert sykdom	7	6	4	2	1
Andre sykdommer	31	27	25	24	23
Ikke kodet	1	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100	100

Muskel- og skjelettsykdommer forekom som sykmeldingsdiagnose blant 41% av de personer som ikke hadde hatt tidligere sykepengetilfeller >8 uker. Med økende antall tidligere tilfeller øket andelen med muskel- og skjelettsykdommer. Blant personer med fire eller flere tidligere tilfeller hadde 57% en muskel- og skjelettsykdom som diagnose ved det siste tilfellet.

På tilsvarende måte utgjorde psykiatriske diagnoser 13% av de med ingen tidligere tilfeller av langtidssykmelding. Andelen med psykiatrisk diagnose var forholdsvis stabilt uansett antall tidligere sykmeldinger. For personer med hjerte-karsykdommer, svangerskapsrelaterte tilstander og med «andre sykdommer» sank andelen med økende antall tidligere sykmeldinger.

Kjønn, alder og diagnose

Av 109 372 personer med sykepengetilfeller >8 uker i 1995, hadde 56 941 (52%) minst ett tidligere langtidstilfelle i 1989-95. Når diagnoseendring mellom siste og nest siste tilfelle ble undersøkt, ble først alle tidligere tilfeller inkludert, dvs. en endring kan her bety at personen ved det tidligere tilfellet enten hadde en diagnose fra en annen diagnosegruppe, eller ingen diagnosekode i det hele tatt:

Tabell F Endring av diagnosegruppe fra nest siste til siste sykepengetilfelle >8 uker blant langtidssykmeldte 1995 etter kjønn, alder og diagnose ved siste tilfelle

Karakteristika	Langtidssykmeldte	Andel med endring
	i 1995	av diagnosegruppe (N=31 562)
	Antall	%
Menn		
25-44 år	10 950	51
45-59 år	9 890	53
60-66 år	3 382	55
Kvinner		
25-44 år	17 354	60
45-59 år	12 279	54
60-66 år	3 086	57
Diagnosegruppe ved siste tilfelle		
Muskel- og skjelettsykdom	28 213	48
Psykisk sykdommer	7 967	62
Hjerte-karsykdommer	3 353	70
Svangerskapsrelatert sykdommer	2 789	65
Andre sykdommer	14 526	62
Ingen diagnosekode ved siste tilfelle	93	-
Totalt	56 941	55

55% av personene med minst to langtidstilfeller hadde endring av diagnosegruppe fra nest siste til siste tilfelle. Blant menn øket endringsandelen med alderen. Kvinner endret oftere diagnosegruppe enn menn. Blant kvinner hadde de yngre størst tendens til å få endret diagnose. Den høye andelen med endring blant yngre kvinner - 60% - kunne bare i liten grad forklares av svangerskapsrelaterte sykdommer. Når disse ble ekskludert (ikke vist i tabell), sank andelen til 59%.

Av personer med muskel- og skjelettsykdom i 1995 hadde 48% hatt en endring av diagnosegruppe, av personer med psykisk sykdom hadde 62% endring, og av personer med hjerte-karsykdommer hadde 70% endring. Av de undersøkte diagnosegruppene viste, med andre ord, muskel- og skjelettgruppen den største stabiliteten. Som nevnt tidligere er disse tallene for høye, da noen av de tidligere tilfellene ikke var kodet. I neste avsnitt ble det derfor foretatt korleksjon for kodede tilfeller.

Langtidssykmeldte med muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom

Omtrent en femtedel av de nest siste tilfellene var ikke kodet. Ved undersøkelsen av hvilken diagnosegruppe de langtidssykmeldte med muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom hadde ved sitt tidligere tilfelle ble det antatt at diagnosefordelingen blant ikke kodete tilfeller var den samme som blant de kodete (se diskusjon). Dette angis som «korrigert %» i tabellene:

Tabell G Tidligere diagnosegruppe blant personer med sykepengetilfelle >8 uker grunnet muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom i 1995.

Diagnosegruppe	Langtidssykmeldte med muskel-skjelettsykdom		Langtidssykmeldte med psykisk sykdom	
	Antall	korrigert % (N=22 422)	Antall	korrigert % (N=6 206)
Muskel- og skjelettsykdom	14 632	65	1414	23
Psykisk sykdom	1 484	7	3064	49
Hjerte-karsykdom	373	2	128	2
Svangerskapsrelatert sykdom	1 130	5	259	4
Andre sykdommer	4 803	21	1341	22
Ingen diagnosekode	5 791	-	1761	-
Total	28 213	100	7967	100

65% av de langtidssykmeldte med muskel- og skjelettdiagnose i 1995 hadde en muskel- og skjelettdiagnose også ved det tidligere tilfellet >8 uker. Psykisk sykdom, hjerte-karsykdom og svangerskapsrelatert sykdom forekom mere sjelden ved det tidligere sykepengetilfellet.

49% av de langtidssykmeldte med en psykisk diagnose i 1995 hadde en psykisk diagnose også ved det tidligere sykepengetilfellet. 23% hadde en muskel- og skjelettdiagnose, 4% hadde svangerskapsrelatert sykdom og 2% hadde hjerte-karlidelse.

Av 14 632 personer med muskel- og skjelettdiagnoser ved nest siste og siste tilfelle hadde 8 278 (57%) hatt ytterligere minst ett syketilfelle >8 uker. Av 3 064 med psykisk sykdom ved to tilfeller, hadde 1 672 (55%) ytterligere minst ett sykepengetilfelle >8 uker. For disse gruppene undersøkte vi hvilke diagnoser de hadde ved tidligere tilfeller. Her ble også «korrigert %» brukt.

Tabell H Tidligere diagnosegruppe blant personer med to sykepengetilfelle >8 uker grunnet muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom.

Diagnosegruppe	Langtidssykmeldte med muskel-skjelettsykdom		Langtidssykmeldte med psykisk sykdom	
	Antall	korrigert % (N=6678)	Antall	korrigert % (N=1 307)
Muskel- og skjelettsykdom	4 995	75	188	14
Psykisk sykdom	327	5	871	67
Hjerte-karsykdom	62	1	17	1
Svangerskapsrelatert sykdom	207	3	26	2
Andre sykdommer	1 087	16	205	16
Ingen diagnosekode	1 600	-	365	-
Total	8 278	100	1672	100

75% av dem med to langtidssyketilfeller p.g.a muskel- og skjelettsykdom hadde en slik diagnose også ved det tredje tilfellet. 67% av personene med to tilfeller med psykiatrisk diagnose, hadde en psykiatrisk sykdom også ved et tidligere tredje tilfelle.

Repeterende sykepengetilfeller >8 uker på grunn av muskel- og skjelettsykdommer og psykisk sykdom viste stor og økende stabilitet med hensyn til gjentakelse innenfor samme gruppe diagnoser.

Diagnoseendring blant gjengangere

I analysen av endringsmønstret blant gjengangere var det mulig med større spesifisitet av diagnoser enn i undersøkelsen av de langtidssykmeldte. Endringene ble undersøkt på diagnosekapitteinivå.

Utvalgets sammensetning

Kjønns- og aldersfordelingen i utvalget av gjengangere var følgende:

Tabell I Fordeling av gjengangere og personer med påbegynte sykepengetilfelle i 1995 etter kjønn, alder og diagnosekapittel ved første sykepengetilfelle

Karakteristika	Gjengangere (N=68 700) %	Alle sykmeldte (N=244 896) %
Menn		
16-29 år	7	8
30-39 år	11	11
40-49 år	10	11
50-59 år	8	8
60 år og derover	3	3
Kvinner		
16-29 år	11	12
30-39 år	16	16
40-49 år	16	15
50-59 år	13	12
60 år og derover	5	4
ICPC diagnosekapittel		
L Muskel-skjelettsystemet	51	50
P Psykisk	13	11
R Luftveier	7	8
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	5	6
D Fordøyelsesorganer	4	5
K Hjerne-karsystemet	4	4
N Nervesystemet	4	3
A Allment og uspesifisert	3	4
S Hud	3	3
X Kvinnelige kjønnsorganer	2	2
B/F/H/T/U/Y/Z Alle andre kapitler	4	4
Totalt	100	100

¹ Hhv. 1 358 gjengangere og 2 942 fra totalmaterialet ble utelatt p.g.a manglende koding av første sykepengetilfelle

Fordelingen etter kjønn og alder viste ingen store forskjeller mellom gjengangere og alle personer med påbegynte sykepengetilfeller i 1995. Det var noen flere kvinner i høyere alder i gruppen av gjengangere enn blant alle personer med sykmelding påbegynt i 1995.

Forskjellene mellom gjengangerne og alle personer med påbegynte sykepengetilfeller i 1995 var også små med hensyn til underliggende diagnoser på det første sykepengetilfellet. Blant gjengangerne var andelen med diagnoser på psykisk lidelse noe større enn i totalmaterialet. Dette kan tyde på at gruppen av gjengangere skiller seg lite fra alle personer med påbegynte

sykepengetilfeller. Det er muligens «tilfeldig» hvem som til enhver tid befinner seg i gruppen av gjengangere.

Kjønn, alder og diagnose

Først ble diagnoseendring ved annengangs sykepengetilfelle blant gjengangere undersøkt.

Tabell J Diagnoseendring ved annengangs sykepengetilfelle blant gjengangere relatert til kjønn, alder og diagnosekapittel ved første sykepengetilfelle

Karakteristika	Gjengangere	
	Antall	Andel med endret diagnose ved annengangs tilfelle (N=24 814)
Menn		
16-29 år	5 011	29
30-39 år	7 185	30
40-49 år	6 521	32
50-59 år	5 533	36
60 år og over	2 375	39
Menn totalt	26 625	32
Kvinner		
16-29 år	7 821	39
30-39 år	10 870	38
40-49 år	11 000	38
50-59 år	9 014	39
60 år og over	3 370	41
Kvinner totalt	42 075	39
ICPC kapittel		
L Muskel-skjelettsystemet	34 847	23
P Psykisk	8 951	36
R Luftveier	5 235	65
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	3 502	35
D Fordøyelsesorganer	3 048	58
K Hjerte-karsystemet	2 695	44
N Nervesystemet	2 634	52
A Allment og uspesifisert	2 094	76
S Hud	1 838	54
X Kvinnelige kjønnsorganer	1 081	58
B/F/H/T/U/Y/Z Andre kapitler	2 775	56
Totalt	68 700	36

Blant gjengangerne fikk 36% en diagnose innenfor et annet kapittel ved annengangs tilfelle. Endring av diagnose forekom hyppigere blant kvinner (39%) enn blant menn (32%). Hos menn

ble endring av diagnose hyppigere med økende alder. Noe aldersmønster kunde ikke observeres blant kvinner.

Der var stor variasjon mellom diagnosekapitlene i hvor stor andel av gjengangerne som fikk endret diagnose. Minst endring av diagnose forekom blant personer med første diagnose i kapitlene muskel- og skjelettsykdommer (23% endret diagnose), svangerskap/fødsel (35%) og psykiske lidelser (36%). Personer med første diagnose i kapitlene allment og uspesifisert (76%) og luftveislidelser (65%) fikk endret diagnose oftest.

Gjengangere med muskel- og skjelettsykdommer

Gjengangere med et første sykepengetilfelle på grunn av muskel- og skjelettsykdom ble undersøkt spesielt. Denne gruppen var de som endret diagnosegruppe minst (se tabell j). Vi undersøkte hvilke diagnoser denne gruppen fikk ved annengangs sykmelding:

Tabell K Diagnosekapittel ved annengangs sykepengetilfelle for gjengangere med første tilfelle innenfor kapittel L Muskel-skjelettsykdommer (N=34 847)

ICPC kapittel	Diagnose ved 2. tilfelle		
	Antall	Unntatt L (N=7887) %	Forventet ¹ (N=150609) %
L Muskel-skjelettsystemet	26 960	-	-
P Psykisk	1 847	23,5	23,3
R Luftveier	1 369	17,4	15,4
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	570	7,2	11,6
D Fordøyelsesorganer	693	8,8	9,4
K Hjerte-karsystemet	670	8,5	8,2
N Nervesystemet	710	9,0	6,9
A Allment og uspesifisert	622	7,9	7,1
S Hud	498	6,3	5,9
X Kvinnelige kjønnsorganer	306	3,9	4,0
B/F/H/T/U/Y/Z Andre kapitler	602	7,5	8,2
Totalt	34 847	100,0	100,0

¹ Forventet fordeling var basert på fordelingen av alle påbegynte sykepengetilfeller i 1995 fratrukket tilfeller med muskel- og skjelettsykdommer og ikke kodete diagnoser

I den første kolonnen ses fordelingen mellom ulike diagnosekapitler ved annengangs tilfelle blant gjengangere med diagnose på muskel- og skjelettsykdom ved første tilfelle. De fleste (77%) kom

tilbake med en ny muskel- og skjelettdiagnose. For å se nærmere på fordelingen mellom de gjenstående diagnosekapitlene er i annen kolonne gjentatte tilfeller med muskel- og skjelettsykdom utelatt. I den tredje kolonnen er angitt forventet fordeling.

Av gjengangerne med en opprinnelig diagnose på muskel- og skjelettsykdom og endret diagnosekapittel ved annengangs tilfelle endret 23,5% til en psykiatrisk diagnose. Ved tilfeldig fordeling ville 23,3% ha fått en slik diagnose, dvs. endring til psykiatrisk diagnose skjer ikke oftere enn en ved ren tilfeldighet. På den annen side skjer en endring til luftveislidelser (17,4% observert; 15,4% forventet) og nervesykdommer (9,0% observert; 6,9% forventet) hyppigere enn forventet. Endring til sykdom relatert til svangerskap var mer sjelden enn forventet (7,2% observert; 11,6% forventet).

Gjengangere med psykiske sykdommer

På tilsvarende måte ble gjengangere med første sykepengetilfelle grunnet psykisk sykdom analysert.

Tabell L Diagnosekapittel ved annengangs sykepengetilfelle for gjengangere med første tilfelle innenfor kapittel P Psykisk (N=8 951)

ICPC kapittel	Diagnose ved 2. tilfelle		
	Antall	Unntatt L (N=7887) %	Forventet ¹ (N=150609) %
L Muskel-skjelettsystemet	1 611	50,4	56,6
P Psykisk	5 756	-	-
R Luftveier	348	10,9	8,7
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	178	5,6	6,6
D Fordøyelsesorganer	196	6,1	5,3
K Hjerte-karsystemet	160	5,0	4,6
N Nervesystemet	156	4,9	3,9
A Allment og uspesifisert	165	5,2	4,0
S Hud	99	3,1	3,4
X Kvinnelige kjønnsorganer	93	3,0	2,3
B/F/H/T/U/Y/Z Andre kapitler	189	6,0	4,6
Totalt	8 951	100,0	100,0

¹ Forventet fordeling var basert på fordelingen av alle påbegynte sykepengetilfeller i 1995 fratrukket tilfeller med psykiske sykdommer og ikke kodete diagnoser

De fleste (64%) med en psykiatrisk diagnose ved første tilfelle hadde også ved annengangs tilfelle en psykiatrisk diagnose. Av gjengangere med en opprinnelig diagnose på psykisk sykdom som endret diagnosekapittel ved annen gangs sykmelding endret 50,4% til en muskel- og skjelettdiagnose. Dette var lavere enn forventet. Ved en rent tilfeldig fordeling ville man ha forventet at 56,6% ville ha fått en muskel- og skjelettdiagnose.

Endring til diagnoser på luftveislidelser skjedde noe oftere enn forventet (10,9% observert; 8,7% forventet) for gjengangere med en første diagnose i P-kapitlet.

Gjengangere med et tredje sykepengetilfelle

Forekomsten av diagnoseendring blant 14 561 gjengangere med minst tre sykepengetilfeller ble også undersøkt.

Tabell M Forekomst av diagnoseendring mellom annen og tredjegangs sykepengetilfelle blant gjengangere med minst tre tilfeller (N=14 561)

ICPC kapittel	Gjengangere	
	Antall	Andel med endret diagnose ved tredjegangs tilfelle (N=4 730) %
L Muskel-skjelettsystemet	7 418	20
P Psykisk	2 048	30
R Luftveier	1 270	63
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	517	32
D Fordøyelsesorganer	661	50
K Hjerte-karsystemet	491	40
N Nervesystemet	531	44
A Allment og uspesifisert	405	73
S Hud	429	45
X Kvinnelige kjønnsorganer	229	55
B/F/H/T/U/Y/Z Andre kapitler	562	54
Totalt	14 561	32

Sammenlignet med endringer fra første til annet tilfelle (se tabell j) ble diagnoseendring noe mere uvanlig ved tredjegangs tilfelle. 32% endret diagnosekapittel fra annet til tredje tilfelle, sammenlignet med 36% fra første til annet tilfelle. Endring ble enda mere sjelden for kapittel L og P ved overgang fra annet til tredje tilfelle enn ved overgangen fra første til annet. En undersøkelse av tredjegangs tilfelle forsterket derved inntrykket av stor diagnosestabilitet som ble observert ved annengangs tilfellet.

Endringer av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger

I undersøkelsen av de langtidssykmeldte i januar 1996 var det mulig å se på diagnosene som enkeltdiagnoser, dvs. på ICPC-kode nivå. Diagnoseendringer i dette avsnitt innebærer dermed endring av diagnosekoden, for eksempel fra R05 (hoste) til R73 (øvre luftveisinfeksjon).

Utvalgets sammensetning

Tabell N Fordeling av personer med langtidssykmelding i januar 1996 og av personer berettiget til sykepenger i 1995 etter kjønn, alder og tidligere sykepengetilfeller >2 uker¹

Karakteristika	Langtidssykmeldte januar 1996 (N=16 612)	Sykepenge- berettiget i 1995 (N=2 020 028)
	%	%
Menn		
16-24 år	2	8
25-44 år	18	27
45-59 år	15	15
60-66 år	6	4
Kvinner		
16-24 år	3	7
25-44 år	31	23
45-59 år	20	13
60-66 år	5	3
Tidligere tilfeller >2 uker		
Ingen	71	
1-3	27	
4-26	1	
Totalt	100	100

¹ Fratrukket statsansatte. Estimatet for dette fratrekk er gjort på basis av andelen statsansatte i arbeidsstyrken i 1994

I utvalget av personer med langtidssykmelding initiert i januar 1996 var flere kvinner og flere eldre personer enn i populasjonen av sykepengeberettigede. Utvalget avviker svært lite fra utvalget av langtidssykmeldte i 1995 (se tabell c).

Kjønn, alder og diagnose*Tabell O Diagnoseendring i løpet av sykepengetilfeller >8 uker relatert til kjønn, alder og tidligere sykmeldinger*

Karakteristika	Langtidssykmeldte	Andel langtids-
	januar 1996	sykmeldte med endring av diagnose (N=2 051)
	Antall	%
Menn		
16-24 år	306	12
25-44 år	2 970	12
45-59 år	2 528	12
60-66 år	960	14
<i>Menn totalt</i>	<i>6 764</i>	<i>12</i>
Kvinner		
16-24 år	523	13
25-44 år	5 158	11
45-59 år	3 268	14
60-66 år	899	15
<i>Kvinner totalt</i>	<i>9 848</i>	<i>13</i>
Tidligere tilfeller >2 uker		
Ingen	11 887	12
1-3	4 434	13
4-26	291	14
Totalt	16 612	12

2 051 (12,3%) av de 16 612 langtidssykmeldte fikk endret diagnose én eller flere ganger i løpet av sykepengetilfellet. Endring av diagnoser i løpet av tilfellet var noe hyppigere blant kvinner, var hyppigere med stigende alder, med lavere inntekt og med flere tidligere sykepengetilfeller.

Tabell P Diagnoseendring i løpet av sykepengetilfeller >8 uker relatert til startdiagnose

Startdiagnose	Langtidssykmeldte	Andel langtids-
	januar 1996	sykmeldte med endring av diagnose (N=2 051)
	Antall	%
A Allment og uspesifisert	433	26
B Blod	84	14
D Fordøyelsesorganer	607	16
F Øye	75	13
H Øre	108	16
K Hjerte-karsystemet	886	15
L Muskel-skjelettsystemet	8 675	11
N Nervesystemet	622	16
P Psykisk	2 347	10
R Luftveier	624	30
S Hud	293	11
T Endokrin, metabolsk, ernæringsmessig	185	12
U Urinveier	112	21
W Svangerskap/fødsel/familieplanlegging	1 146	10
X Kvinnelige kjønnsorganer	275	11
Y Mannlige kjønnsorganer	53	13
Z Sosialt	19	21
Ikke oppgitt	68	-
Totalt	16 612	12

Omfanget av diagnoseendring var avhengig av startdiagnose. Personer med diagnoser på luftveissykdom, allmenn og uspesifisert sykdom, sosiale problemer og urinveissykdom forandret diagnose hyppigere enn andre. Personer med diagnoser på psykiske sykdom, svangerskapsrelatert sykdom og muskel- og skjelettsykdom endret mer sjelden.

I den følgende tabellen er noen enkeltdiagnoser undersøkt med tanke på diagnoseendring:

Tabell Q Diagnoseendring i løpet av sykepengetilfeller >8 uker relatert til startdiagnose

Startdiagnose	Langtidssykmeldte	Andel langtids-
	januar 1996	sykmeldte med endring av diagnose (N=2 051)
	Antall	%
<i>Tilstander i muskel- og skjelettsystemet</i>		
L01 Symptomer/plager i nakken	140	19
L02 Symptomer/plager i ryggen	452	15
L08 Symptomer/plager i skulder	132	18
L18 Fibromyalgi/muskelsmerter	170	16
L83 Syndromer i cervikalcolumna	822	11
L84 Ryggsyndromer uten utstråling	1 215	11
L86 Ryggsyndromer med utstråling	992	8
L88 Reumatoid artritt	321	7
L92 Skulderyndromer	805	7
<i>Psykiske lidelser</i>		
P02 Følelse av anspenthet	104	24
P03 Følelse av nedstemthet/depresjon	294	12
P74 Angstnevrose	161	12
P76 Depresjon	1 289	7
<i>Allmenne symptomer</i>		
A04 Allmen tretthet	99	15
N17 Svimmelhet	81	20
<i>Hjertesykdommer</i>		
K74 Angina pectoris	171	8
K75 Akutt hjerteinfarkt	115	17
<i>Luftveissykdommer</i>		
R74 Forkjølelse	46	41
R801 Influensalignende sykdom	75	52

Langtidssykmeldte med en symptomdiagnose fra nakke, rygg, og skuldrer fikk oftere endret diagnose enn sykmeldte med mer avklarte sykdomsdiagnoser innenfor samme lokalisasjon. Sykmeldte med fibromyalgidiagnose endret relativt sett hyppig diagnose.

På samme måte som innenfor muskel- og skjelettsykdommene, fikk sykmeldte med en symptomdiagnose innenfor avsnittet psykiske sykdommer oftere endret diagnose enn de med en sykdomsdiagnose. Sammenlign for eksempel «P02 Følelse av anspenthet» med «P74 Angstnevrose» og «P03 Følelse av nedstemthet/ depresjon» med «P76 Depresjon».

Depresjonsdiagnosen var den alt overveiende sykmeldingsdiagnosen blant psykiske sykdommer. Endring av denne diagnosen forekom allikevel relativt sjelden. Diagnosen angstnevrose var mer uvanlig, men hadde noe større tendens til endring.

Allmenne symptomer som allmen tretthet og svimmelhet ble endret oftere enn gjennomsnittet.

Sykmeldte med en diagnose på akutt hjerteinfarkt endret hyppigere enn personer med en angina-diagnose. Dette kan synes overraskende med tanke på at infarkt er en mer spesifikk diagnose enn angina. På den annen side kan den relative større tendensen til diagnoseendring blant sykmeldte med infarkt gjenspeile den hyppige forekomsten av komplikasjoner i etterforløpet.

To eksempler på luftveisinfeksjoner ble inkludert - forkjølelse og influensa, i begge var tendensen til diagnoseendring svært høy. Dette er naturlig ettersom begge tilstandene vanligvis er kortvarige. En langtidssykmelding gjenspeiler da enten oppkomst av komplikasjoner eller av interkurrent sykdom.

Diagnoseendring ved muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom

Vi ønsket også å se på hvordan diagnosene forandret seg blant individer med en langtidssykmelding grunnet hhv. muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom. Dette ble sammenlignet med individer med luftveissykdommer.

Tabell R Diagnoseendring i løpet av sykepengetilfeller >8 uker med muskel- og skjelettsykdom, psykisk sykdom og luftveissykdom relatert til symptom- og sykdomsdiagnoser

Type endring	Muskel- og skjelettsykdom (N=913) %	Psykisk sykdom (N=234) %	Luftveis- sykdom (N=185) %
Innenfor samme kapittel	70	53	17
Til annet kapittel	30	47	83
Totalt	100	100	100

Blant de langtidssykmeldte med en startdiagnose innenfor muskel- og skjelettkapitlet endret 70% til en annen diagnose innenfor samme kapittel, av personer med en psykisk lidelse endret 53% innenfor samme kapittel, mens kun 17% av de med en startdiagnose i luftveiskapitlet endret til en annen luftveisdiagnose.

Dette resultatet er sammenfallende med de resultat som ble presentert i avsnittene om tidligere diagnoser blant langtidssykmeldte og diagnoseendring blant gjengangere.

Typen av diagnoseendring

Som nevnt i innledningen gir ICPC anledning til å gruppere diagnoser etter type, dvs. i symptom- eller sykdomsdiagnoser. Fra trygdeetatens side har det vært uttrykt ønske om å få så spesifikke diagnoser som mulig fra legene. For å undersøke om det har skjedd en overgang fra symptomdiagnoser til sykdomsdiagnoser i løpet av langtidstilfellene har vi dels sett på underliggende diagnosetype ved endringer, dels på fordelingen av diagnosetype i hhv. start- og sluttdiagnoser:

Tabell S Forekomst av endret diagnose blant langtidssykmeldte relatert til type av startdiagnose

Type av startdiagnose	Langtidssykmeldte	Andel langtids-
	januar 1996	sykmeldte med
	Antall	diagnoseendring
		%
Symptomdiagnose (ICPC 1-29)	3 723	18,3
Sykdomsdiagnose (ICPC 70-99)	12 821	10,7
Ikke kodet	68	-
Totalt	16 612	12,3

Langtidssykmeldte med en symptomdiagnose som startdiagnose endret diagnose oftere i løpet av tilfellet enn personer med en sykdomsdiagnose (hhv. 18,3% og 10,7%).

Tabell T Startdiagnose og sluttdiagnose blant langtidssykmeldte

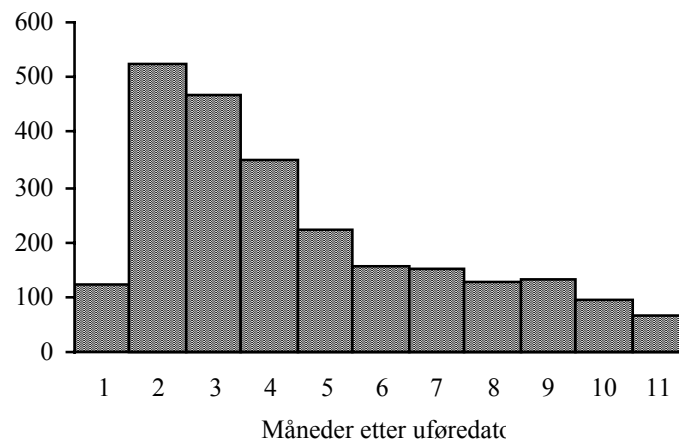
Type av diagnose	Startdiagnose		Sluttdiagnose	
	Antall	%	Antall	%
Symptomdiagnose (ICPC 1-29)	3 723	22,4	3 443	20,7
Sykdomsdiagnose (ICPC 70-99)	12 821	77,2	13 101	78,9
Ikke kodet	68	0,4	68	0,4
Totalt	16 612	100,0	16 612	100,0

Symptomdiagnosene var noe vanligere som startdiagnose enn som sluttdiagnose (hhv. 22,4% og 20,7%) blant de langtidssykmeldte. 99,6 % av alle personer hadde en gyldig diagnosekode.

Antall og tidspunkt for diagnoseendring

Av de 2051 langtidssykmeldte med endring av diagnose, hadde 1757 (86%) én endring. 247 (12%) hadde to, 37 personer (2%) hadde tre, 7 hadde fire, 2 hadde fem, og 1 person hadde seks endringer av diagnose i løpet av sykepengetilfellet.

Figur C Tidspunkt for diagnoseendring blant langtidssykmeldte



Mesteparten av endringene skjedde to til fem måneder etter uføredato. På grunn av sein innrapportering i mange tilfeller var det ikke mulig å fastsette nøyaktig endringsdato ut fra dette materialet.

DISKUSJON

Diagnoser

I rapporten var gyldigheten av diagnosekodene i Rikstrygdeverkets sykepengeregister et gjennomgripende problem i alle avsnitt. Er kodene beheftede med systematiske feil? Det kan være fordelaktig å se på de ulike trinnene i kodingen: registrering av diagnosen på sykmeldingsblanketten, koding av diagnosen, samt overføringen av koden til RTVs sentrale register.

Ved registrering av diagnosen på sykmeldingsblanketten skrives denne i klartekst på et eget felt. Riktigheten av denne diagnosesetting er avhengig bla. av kvaliteten på det diagnostiske arbeidet. Noen norsk undersøkelse av disse diagnosenes validitet er ikke kjent. En tidligere, svensk undersøkelse viste akseptabel validitet ved diagnoseregistrering på sykmeldingsblanketten (19) når denne ble sammenlignet med journaldata for samme pasient. Sannsynligvis gjelder dette også for norske forhold p.g.a. likhetene i de norske og svenske sykepengeordningene.

Validiteten av koding, dvs. hvorvidt den satte koden gjenspeiler den underliggende diagnosen, har vært prøvd estimert i to undersøkelser. Brage og medarb. undersøkte kodevaliditeten ved å se på bruken av s.k. "sekkekoder" i ICPC, dvs. "andre symptomer" (ICPC kode -29) og "andre sykdommer" (ICPC kode -99) i data fra sykepengeregistret. Utstrakt bruk av slike «sekkekoder» kunne indikere lav validitet. I 1994 var 9% av alle sykmeldingsdiagnoser av denne typen (10). Om enn høyere enn tilsvarende tall fra konsultasjoner i hollandsk allmennpraksis (16), tyder tallene på at flertallet leger prøver å finne en korrekt diagnosekode. Ringdal har undersøkt overensstemmelsen mellom diagnose skrevet i klar tekst og diagnosekode på sykmelding 2-blanketter, og funnet en overensstemmelse på rundt 85%, hvilket må anses å være et meget tilfredsstillende tall (Ringdal, personlig meddelelse, 1997).

De kodende legene må bruke klinisk skjønn og erfaring ved koding da kriterier for koding ikke er ikke tatt i bruk. Problemene bør dog ikke overdrives. Sannsynligvis er de fleste koder korrekte. Ytterligere forbedring av kodevaliditeten vil kunne skje når en ny versjon av ICPC introduseres i 1998-99. I denne versjonen har de fleste enkeltkoder kriterier for hvordan kodingen skal gjøres. Den inneholder også vesentlig flere termer og et utvidet alfabetisk register. Det innebærer øket presisjon i alle kapitler, med større valgmuligheter for koding. Dette vil være en imøtekommelse av tidligere kritikk av den svake diagnostiske presisjonen i ICPC, kanskje spesielt i muskel- og skjelettkapitlet.

Til sist skal koden overføres til det sentrale sykepengeregistret. Det er ikke noe som tyder på at systematiske feil oppstår ved den sentrale innsamlingen av data, men innsamling er ofte forsinket, noe man bør være klar over ved undersøkelser basert på registret.

Det blir ofte satt spørsmålsteget ved validiteten av diagnosekodene i sykepengeregistret. Etter vårt syn finnes det ikke grunner til en slik generell mistenksomhet. Diagnose- og kodevaliditeten er sannsynligvis fullt akseptabel, de undersøkelser som er gjort synes å styrke denne påstand. Det er dog meget viktig at det blir utført flere, og mere omfattende studier av diagnose- og kodevaliditet i sykepengeregistret.

Forandringer i diagnosefordeling 1989-95

Resultatene fra studien over forandringer i diagnosefordeling tydet på stor stabilitet til tross for de store forandringene i årlig insidens av sykepengetilfeller >8 uker som var i perioden (20).

Andelen langtidssykmeldte med muskel- og skjelettsykdom var uforandret, mens andelen med psykisk sykdom minket noe i periodens senere del. Dette bekreftes delvis av en tidligere Norsick-studie over insidensen av psykiatrisk langtidssykmelding som viste uforandrede forhold i 1989-91 (21). Nedgangen i andelen med svangerskapsrelaterte sykdom blant kvinner var ikke større enn at den kan forklares med forandringer i diagnoseklassifiseringer. Det er imidlertid også mulig at det skjedde en reell nedgang p.g.a innføringen av mere gunstige regler for svangerskapspermisjon.

Studien var beheftet med usikkerhet p.g.a. forandringene i klassifiseringssystem og manglende compliance med den tidligere 61-punktslisten. På basis av tidligere undersøkelser, ble sykepengetilfellene i 1989-92 som manglet diagnosekode (27-40%) antatt å ha samme fordeling som de kodete tilfellene (22). Ved å utelate ikke kodete tilfeller gjordes derfor en approksimering som antagelig ikke fraviker fra de egentlige fordelingene. At diagnosefordelingen i 1992-93 ikke lot seg sammenligne med andre år var imidlertid beklagelig ettersom antallet sykepengetilfeller i de årene var lavere enn i de andre årene.

Det synes derfor ikke å være grunnlag for å mene at noen større forskyvinger mellom diagnosegrupper har skjedd i perioden 1989-1995. Muligens har andelen med psykiske sykdommer og svangerskapsrelaterte sykdommer minket noe. Andelen med muskel- og skjelettsykdom syntes å være stabil.

Tidligere diagnoser blant langtidssykmeldte

Et hovedfunn fra studien over tidligere diagnoser var at mange langtidssykmeldte hadde gjentatte diagnoser innenfor samme diagnosegruppe. Ut fra våre beregninger hadde opp til halvparten stabile diagnosegrupper. Diagnoseendring forekom minst blant personer med muskel- og

skjelettsykdommer, men var også relativt lav blant personer med psykisk sykdom. Denne stabiliteten ble forsterket når flere enn to episoder hos langtidssykmeldte ble analysert. Mange muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser har et kronisk forløp, og kan gi gjentatte sykmeldinger (8,9).

Dette funn ble forsterket av at andelen personer med muskel- og skjelettsykdom øket med antallet tidligere langtidstilfeller. Det er nærliggende her å trekke frem seleksjonsmekanismer som forklaring til dette funn. Innenfor andre diagnosegrupper har kroniske sykdommer ofte et progredierende forløp. Mange muskel- og skjelettsykdommer, på den annen side, blir tross sitt kroniske forløp, ikke verre, og det er mulig for den sykmeldte å gjenoppta arbeidet. Dette vil medføre at muskel- og skjelettsykdommer blir spesielt vanlige blant grupper med mange tidligere syketilfeller.

Resultatene antydte også at omfanget av diagnoseendring mellom tilfeller av langtidssykmelding var relativt sett større blant kvinner, muligens forklares dette av en generelt øket rapportert sykkelighet blant kvinner (23,24)

I denne studien var diagnosene aggregerte til diagnosegrupper. Derigjennom ble selvfølgelig omfanget av endring på enkeltkodenivå undervurdert. En person med endring av diagnose, f.eks fra angstnevrose til misbruk, eller fra hjerteinfarkt til angina pectoris, ble ikke bokført med en endret diagnose. Det kan imidlertid hevdes at mange diagnoser innenfor samme kapittel eller gruppe ligger så nært hverandre i sykdomsbilde at endringer mellom disse er av liten betydning. Med en aggregering til gruppe- eller kapittelnivå øket også validiteten av diagnoser og koder.

Endring av diagnoser mellom tilfeller av langtidssykmelding hos samme person påvirkes sterkt av omfanget av overgang til andre ytelser, som attføring eller uføretrygd. Innenfor enkelte diagnosegrupper skjer slik overgang hyppigere, f.eks i gruppen hjerte-karlidelser (25). Dette kan ha medført seleksjon av personer med alvorlige, kroniske sykdommer ut av populasjonen av sykepengeberettigede, og resultert i at diagnosestabiliteten i sykdomsgrupper som inneholder mange alvorlige sykdommer av dette slaget har blitt undervurdert.

Studien av tidligere diagnoser viste at de langtidssykmeldte i omtrent halvparten av tilfellene hadde uforandret diagnosegruppe ved et nytt tilfelle. Personer med muskel- og skjelettsykdommer endret sjeldnere diagnosegruppe ved gjentatte sykepengetilfeller enn alle andre undersøkte grupper, men også personer med psykiske sykdommer viste stor diagnosestabilitet.

Diagnoseendring blant gjengangere

I studien av gjengangere ble diagnoseendring målt på kapittelnivå. Endring av diagnosekapittel forekom i ca 36% ved annet sykepengetilfelle, og 32% ved tredje tilfelle. Dette tydet på en ganske høy grad av diagnosestabilitet blant gjengangerne. Det finnes ingen lignende studier til sammenligning.

Det fremkom også at omfanget av diagnoseendring var lavere blant gjengangere enn blant langtidssykmeldte generelt. Dette til tross for store likheter mellom utvalgene av gjengangere og langtidssykmeldte med repeterende tilfeller. I gjengangergruppen var imidlertid inkludert alle med tilfeller >2 uker, dvs. også mindre alvorlige syketilfeller. Gruppen av gjengangere innbefattet kun personer med hyppige repetisjoner av syketilfeller, da oppholdet var satt til mindre enn 6 måneder. Det er derfor sannsynlig at gjengangerne innbefattet personer med overvekt av øket sårbarhet og kroniske lidelser, mens de langtidssykmeldte med repeterende tilfeller inneholdt flere personer med flere alvorlige sykdommer.

Målt som endringer av diagnosekapittel ved annen og tredjegangs sykepengetilfeller oppviste gjengangere med muskel- og skjelettsykdommer, svangerskapsrelaterte sykdommer og psykiske sykdommer den mest uttalte stabiliteten. Det ble ikke heller funnet at endringer mellom muskel- og skjelettsykdommer og psykiske sykdommer forekom hyppigere enn andre endringer. Dette er noe overraskende fordi det er kjent fra andre studier at personer med psykisk sykdom ofte får en muskel- og skjelettdiagnose (7) og at personer med langvarige muskel-skjelettplager utvikler psykisk plager (26,27). Det var ikke tegn til at slike prosesser gjenspeilte seg i diagnoseendringer.

Blant gjengangere med en første diagnose på muskel- og skjelettsykdom eller psykisk sykdom var derimot en diagnose på luftveissykdom ved annet tilfelle hyppigere enn forventet. Dette kunne tyde på at noen gjengangere hadde øket generell sårbarhet med øket risiko for infeksjonslidelser.

Personer med luftveissykdom eller "allmenne og uspesifiserte sykdommer" som første diagnose fikk relativt hyppig endret diagnose ved annen gangs tilfelle. Disse sykdomsgruppene inneholder til stor del akutte infeksjonssykdommer som ikke ofte opptrer flere ganger hos samme person.

Frafallet p.g.a manglende diagnosekoding i denne studien var så lite - under 2% - at resultatene ikke kan ha blitt påvirket i noen særlig grad. Imidlertid var diagnosene aggregerte, men her til et diagnosekapittelnivå. Omfanget av endring på enkeltkodenivå ble dermed undervurdert. Det ville vært ønskelig å kunne gjennomføre en lignende undersøkelse på enkeltkodenivå, der en gruppe gjengangere følges over lengre tid.

Det bør også bemerkes at gjengangergruppen i kjønns- alders- og diagnosesammensetning skilte seg svært lite fra andre sykmeldte >2 uker i 1995. Dette kan muligens indikere at gjenganger-

gruppen egentlig er lite spesifikk, og at hvem som havner i denne gruppen beror på hvilket tidsvindu som blir brukt. Gjengangerne hentes med andre ord fra en større kilde av personer med kroniske lidelser eller øket sårbarhet.

Studien av gjengangere viste en stor stabilitet i diagnoser, og denne stabiliteten var mest uttalt for pasienter med muskel- og skjelettsykdommer. Også de med psykiske sykdommer var meget stabile. Stabiliteten øket ved flere sykepengetilfeller. Dette skulle tale for at gruppen domineres av personer med kroniske sykdommer.

Forandringer av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger.

Mens diagnoseendringer mellom tilfellene blant repeterende langtidssykmeldte og gjengangere gjenspeiler deres medisinske tilstand, antas diagnoseendringer i løpet av tilfellet å gjenspeile legens diagnostiske arbeid i tillegg til oppkomsten av interkurrent sykdom hos den sykmeldte.

I denne studien ble funnet at endringer forekom sjelden - i rundt 12% av alle langtidstilfeller. Studien ble utført på detaljert diagnosnivå, og skulle dermed avspeile reelle forandringer i diagnosesetting. Det er ikke kjent lignende studier som har sett på diagnoseendring i løpet av hele tilfellet. I en studie over diagnoseendring ved sykmelding 2-tidspunktet har Ringdal vist at 7-8% av de langtidssykmeldte fikk en ny diagnose ved dette tidspunktet (Ringdal, personlig meddelelse, 1997). Våre tall tydet på at ca 700 (av totalt 2 051 med diagnoseendring, dvs. ca 1/3) fikk endret diagnose enten i løpet av første måneden eller etter et halvt år eller seinere, dvs. sikkert utenfor sykmelding 2-tidspunktet. Våre tall synes derfor å bekrefte Ringdals funn.

Diagnoseendring var mest sjelden blant pasienter med psykisk sykdom, svangerskapsrelatert sykdom og muskel- og skjelettsykdom. Dette skulle tale for at disse tilstandene er lette å identifisere tidlig, og bekrefter tilsvarende funn av stor stabilitet blant langtidssykmeldte og gjengangere med muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom.

Diagnoseendring i løpet av langtidstilfellene forekom noe hyppigere blant kvinner i likhet med de funn som ble gjort ved diagnoseendring blant langtidssykmeldte. Likeså økte diagnoseendring med alderen. Personer med mange tidligere sykepengetilfeller hadde oftere diagnoseendring enn andre. Dette var overraskende da vi hadde ventet at personer med mange tilfeller var bedre kjent for legen og at det ville være lettere å finne en korrekt diagnose tidlig blant pasienter som var godt kjent.

I denne studien fant vi at ca 22% hadde symptomdiagnoser som startdiagnose. I tidligere studier fra allmennpraksis har andelen symptomdiagnoser eller uklare diagnoser vært 25-30% etter første konsultasjon med pasienten (16,28), og våre funn syntes derfor å ligge på omtrent samme nivå.

Det var dog meget betenkelig at endring fra symptom- til sykdomsdiagnose forekom sjelden. Ved sykepengetilfellets avslutning hadde fortsatt 21% av de langtidssykmeldte en symptomdiagnose. I andre studier har slike endringer vært betydelig hyppigere (16). Man kan spørre seg om den diagnostiske prosess ikke gjenspeiles i det praktiske arbeidet med trygdesaker.

Det må tas noen forbehold. For det første er ICPC er ikke konsekvent i sin struktur. Enkelte diagnoser i symptomdelen er egentlige sykdomsdiagnoser. Dette forekommer spesielt i kapitlet om hudsykdommer. Disse tilstandene som vedrører akutte hudskader og hudforandringer, har imidlertid liten betydning for langtidssykmeldinger og kan ikke forklare mangelen på resultat av den diagnostiske prosess.

For det andre ble forekomsten av diagnoseendring i løpet av sykepengetilfellene sannsynligvis undervurdert p.g.a. "strukturell motstand" mot diagnoseendring i dataprogrammene som brukes i allmennpraksis eller på trygdekontorene. Ved forlengelse av sykmelding hos legen ligger den tidligere diagnosen fra samme tilfelle igjen på skjermbildet som valgmulighet . Hvis ikke legen aktivt velger en ny diagnose, blir den tidligere brukte diagnosen ført på skjemaet. Ved registrering av forlengelse på trygdekontoret blir den tidligere diagnosen brukt som gyldig diagnose, hvis den ikke aktivt strykes av trygdefunksjonæren. Det var ikke grunn å anta at denne systemtregheten ville slå spesielt skjævt ut med hensyn til kjønn eller alder. Derimot må man anta endringer til bagatellmessige lidelser ble sjeldnere registrert enn endringer til sykdommer med store funksjonsmessige konsekvenser. I og med at sykmelding 2 føres på en annen type blankett vil antagelig diagnoseforandringer i løpet av tilfellet bli registrert på dette tidspunktet.

Man kan imidlertid ikke se bort fra muligheten av at den store andelen symptomdiagnoser ved slutten av langtidstilfellene peker på svak kvalitet i primærhelsetjenesten. Dette kan bero på mangler i det diagnostiske arbeidet. Kanskje behandlende lege, etter å ha satt en første diagnose, mister interessen for videre undersøkelser og utredning. Man kan spørre om den diagnostiske prosess mer er en idealmodell for legevirkosomhet enn et faktum. Svak kvalitet kan også bero på svak legekcontinuitet. Det er mulig at den sykmeldte, på enkelte kontorer, stadig møter nye leger ved sine gjentatte 14 dagers besøk, og at disse legene ikke finner grunn til forandring av en diagnose hos en pasient de møter for første gang. En slik manglende continuitet vil antagelig være konsentrert i enkelte distrikter, og burde kunne undersøkes ved analyser av diagnoseendringer på kommunenivå.

Konklusjon

Forandringene i diagnosefordelingen av langtidssykmeldinger i 1989-95 var små. Det var ikke tegn til at helsetjenestens, trygdeetatens og medias fokusering på muskel- og skjelettsykdommer og på psykiske sykdommer hadde ført til noen betydelig forskyving av det diagnostiske mønstret.

Omfanget av diagnoseendring ved nye sykefraværstilfeller var begrenset, spesielt blant gjengangere, noe som kan tyde på at denne gruppen vesentlig består av personer med kroniske sykdommer. Tiltak for å begrense sykefraværet bør derfor rettes mot de underliggende medisinske realitetene, dvs. øket rehabiliteringsinnsats og tilrettelegging av arbeidssted for å kunne beholde personer med kroniske sykdommer i arbeid.

Minst diagnoseendring forekom blant personer med muskel- og skjelettsykdommer, det være seg langtidssykmeldte eller gjengangere. Disse endret også diagnose minst i løpet av sykmeldingene. Dette taler for at muskel- og skjelettsykdommene etter hvert vil utgjøre en vesentlig del av de med kroniske sykdommer. Attføringsiltak bør i stor utstrekning fortsatt rettes mot denne gruppen av personer.

Også langtidssykmeldte og gjengangere med psykiatriske sykdommer viste stor stabilitet i diagnoser, og denne gruppen vil også utgjøre en økende andel av de langtidssykmeldte. Attføringsiltak og rehabilitering av denne gruppen vil derfor også være vesentlig.

I løpet av langtidssykmeldingene skjedde en meget beskjeden endring av diagnoser fra symptomdiagnoser til sykdomsdiagnoser. Dette kan indikere svak kvalitet i allmennpraksis på det diagnostiske arbeidet blant langtidssykmeldte. Det bør gis retningslinjer fra trygdeetatens side hvordan dette arbeidet bør utføres - for eksempel i øket møtevirksomhet mellom de lokale trygdekontorene og de allmennpraktiserende legene. Den svake kvaliteten kan også bero på lav legestabilitet i enkelte distrikter. Dette kan undersøkes i studier på kommunenivå.

Validiteten av diagnosene i sykepengeregistret bør studeres nærmere, da dette fortsatt er et uavklart spørsmål.

REFERANSER

1. Tellnes G og medarb. Tiltak for langtidssykmeldte. Oslo: Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo og Rikstrygdeverket, 1992.
2. Bruusgaard D, Nøklebye Heiberg A, Lie RK, Malterud K, Noreik K, Westin S. Sykdomsbegrepet i Folketrygdloven (§8-3). Konsensusrapport til trygderetten. Oslo: Institutt for Samfunnsmedisin, Universitet i Oslo, 1994.
3. Brage S, Nygård JF, Tellnes G. The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway. *Scand J Soc Med* 1997; Accepted for publication.
4. Bruusgaard D, Eriksen W. Plagsomt for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet. Evaluering av Sosial- og helsedepartementets program Trygd og rehabilitering. Rapport 97:5. Oslo: Seksjon for trygdemedisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 1997.
5. Lindén V. Absence from work and work capacity (Dissertation). Bergen: University of Bergen, 1967.
6. Tellnes G. Sickness certification - an epidemiological study related to community medicine and general practice (Dissertation). Oslo: University of Oslo, Department for Community Medicine, 1990.
7. Hensing G. Sickness absence and psychiatric disorder - epidemiological findings and methodological considerations (Dissertation). Linköping: Linköping University, Department of Health and Environment, Division of Preventive and Social Medicine, 1997.
8. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 1995;40: 189-197.
9. Hemingway H, Shipley MJ, Stansfeld S, Marmot M. Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scand J Work Environ Health* 1997;23: 121-129.
10. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygård JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996;13: 391-396.
11. Rikstrygdeverket. Trygdestatistisk årbok 1996. Oslo: Rikstrygdeverket, 1996.
12. Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, working conditions and gender. *Scand J Soc Med* 1995;23: 265-272.

13. Melsom H, Noreik K. Gjengangersykmeldte og bruk av rådgivende lege ved Skedsmo trygdekontor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988;*108*: 1013-1015.
14. Kolstø G, Holm S, Tuhus A. Rapport om sykepengeutviklingen i 1996. Hva skyldes økningen i sykefraværet? RTV-rapport 07/97. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.
15. Utredningsavdelingen Rikstrygdeverket. Basisrapport 1996. RTV-rapport 04/97. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.
16. Lamberts H, Brouwer HJ, Marinus AFM, Hofmans-Okkes I. The use of ICPC in the Transition Project. Episode-oriented epidemiology in general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, ed. *The international classification of primary care in the European Community*. Oxford: Oxford University Press, 1993: 45-61.
17. Grimsmo A, Grimstad SA, Lilleholt O, Snoen SE, Storset B. Informasjon til kvalitetssikring og selvevaluering i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994;*114*: 1983-1987.
18. Lamberts H, Wood M, (ed). *ICPC, International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
19. Ljungdahl LO, Bjurulf P. The accordance of diagnosis in a computerized sick-leave register with doctor's certificates and medical records. *Scand J Soc Med* 1991;*19*: 148-153.
20. Tellnes G, Nygård JF, Sandvik L. Insidens av langtidssykmeldinger. En analyse av nye sykmeldingstilfeller i Norge med en varighet over åtte uker i perioden 1989 til 1993. Rapport 2/96. Oslo: Rikstrygdeverket, 1996.
21. Lien L, Nygård JF, Tellnes G. Forekomst og utvikling av psykiatrisk sykkelighet blant langtidssykmeldte i perioden 1989 til 1991. Rapport 96:2. Oslo: Seksjon for trygdemedisin. Universitetet i Oslo, 1996.
22. Tellnes G, Mathisen S, Skau I, Thune O, Ulsberg S, Berg JE. Hvem er langtidssykmeldt i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992;*112*: 2773-2778.
23. Norges offisielle statistikk. Survey of level of living 1991. Oslo: Central Bureau of Statistics, 1992.
24. Norges offisielle statistikk. Health Survey 1985. Oslo: Central Bureau of Statistics, 1987.
25. Bjerkedal T, Osnes K. Uførepensjonering blant 40-66-åringer i Norge i 1970- og 80 årene etter yrke og primærdiagnose. RTV-Rapport 7/96. Oslo: Rikstrygdeverket, 1996.
26. Magni G, Moreschi C, Riagtti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1994;*56*: 289-297.

27. Polatin BP, Kinney RK, Gatchel RJ, Lillo E, Mayer TG. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine - which goes first? *Spine* 1993;*18*: 66-71.
28. Steinsvoll PS. Praksisundersøkelse fra Otta med særlig vekt på de uklare sykdomstilstander. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981;*101*: 1518-1522.

APPENDIKS

Følgende gruppering av diagnosekoder etter ICPC er gjort for data fra 1994 og 1995:

Muskel- og skjelettsykdommer:	L01-L29, L83-L99
Psykiske sykdommer:	P01-P99
Hjerte- og karsykdommer:	K01-K29, K74-K99
Sykdommer ved svangerskap:	W01-W29, W77-W99
Alle andre sykdommer:	A01-H99, K70-K73, L70-L82, N01-N99, R01-U99, W70-W76, X01-Z29

Følgende gruppering av diagnosekoder etter 61-punktslisten er gjort for data fra 1989 til 1993:

Muskel- og skjelettsykdommer:	43-51
Psykiske sykdommer:	12-18
Hjerte- og karsykdommer:	23-26
Sykdommer ved svangerskap:	39
Alle andre sykdommer:	01-11, 19-22, 27-38, 40-42, 52-61