

DIAGNOSER OG SYKEFRAVÆR

1994 - 1999

RTV RAPPORT

04/2000

RTV

**Utredningsavdelingen
Ole Alexander Opdalshei**

INNHold

0. INNLEDNING	3
1. BAKGRUNN	3
2. HVA VET VI OM DIAGNOSER OG SYKEFRAVÆR?	5
3. DIAGNOSEKLASSIFIKASJON OG DATAMATERIALE	7
3.1. ICPC-KODER	7
3.2. RIKSTRYGDEVERKETS SYKEPENGeregISTER	8
4. EMPIRISKE FUNN	9
4.1 DIAGNOSE MØNSTER 1994 TIL 1999	10
P. PSYKISK	10
TABELL 4.4. GJENNOMSNIITTLIG VARIGHET I SYKEPENGEDAGER ETTER DIAGNOSE. ARBEIDSTAKERE I ARBEID, AVSLUTTEDE TILFELLER 1994-1999	14
4.2. DIAGNOSEHYPPIGHET ETTER ALDER, INNTEKT OG BOSTED.	15
4.2.1. ALDER	15
4.2.2. INNTEKT	16
4.2.3. REGIONALE FORSKJELLER	17
4.3. MULTIVARIATE ANALYSER	19
5. DRØFTING OG OPPSUMMERING	22

Forord

Denne rapporten gir en oversikt over sykefraværets diagnosesammensetning fra 1994 til 1999. Utgangspunktet for rapporten er de siste års økning i sykefravær.

Rapporten gir svar på om perioden har vært preget av diagnosestabilitet eller diagnoseendring.

Rapportens empiriske materiale baserer seg på Rikstrygdeverkets sykepengeregister. Man konkluderer med at undersøkelsesperioden er preget av en påfallende stabilitet i diagnosefordelingen, bortsett fra økning i andelen med psykiske diagnoser.

Som ytterligere grunnlag for å vurdere mulige tiltak for gruppen med psykiske lidelser, vil Rikstrygdeverket vurdere å se nærmere på fordeling av enkeltdiagnoser mellom korttids- og langtidsfravær, samt se på fordeling av enkeltdiagnoser på henholdsvis sykepenger og uførepensjon med utgangspunkt i ulikhetene mellom ”psykiske lidelser” i ICPC (sykepenger) og ”sinnslidelser” i ICD9/10 (uførepensjon).

Rapporten er utarbeidet av rådgiver Ole Alexander Opdalshei, Helseøkonomikontoret, Utredningsavdelingen.

Rikstrygdeverket
17. april 2000

Arild Sundberg
Trygdedirektør

Michael Nielsen
Fungerende avdelingsdirektør

DIAGNOSER OG SYKEFRAVÆR

0. Innledning

I denne rapporten vil vi undersøke sykefraværets diagnosesammensetning fra 1994 til 1999. Sykefraværet har økt vesentlig de siste årene (Rikstrygdeverket 1999). Vår hovedproblemstilling er å undersøke om økningen har skjedd fordi enkelte diagnoser er blitt mer utbredt, eller om det har vært en generell økning for alle typer diagnoser. I tillegg til denne diagnostiske deskriptive studien presenteres tall som viser hvordan diagnosemønsteret varierer blant ulike grupper av individer. Analysene blir foretatt på Rikstrygdeverkets sykepengeregister. Et sammendrag av denne rapporten er publisert i Rikstrygdeverkets sammendragserie for rapporter.

1. Bakgrunn

I de senere år har det blitt rettet økt fokus på sykefraværet i arbeidslivet. Det gjelder både på den politiske arena, innen media og forskning, og ikke minst i trygdeforvaltningens daglige arbeide. Grunnen til den fornyede interessen, er at vi de senere år har opplevd en markant økning i sykefraværet. Fra 1990 og frem til 1993 var det en tydelig nedgang i sykefraværet, mens det fra 1994 og frem til i dag har vært en betraktelig økning. Noen tall fra Rikstrygdeverkets sykepengestatistikk kan illustrere dette: Det gjennomsnittlige antall erstattede sykepengedager per sysselsatt lønnstaker var 8,2 i 1994, i 1999 var antall erstattede sykepengedager per sysselsatt lønnstaker økt til 11,7.

Det er lansert flere forklaringer på de siste års økning i sykefraværet. Den forklaringsfaktoren som har fått størst oppmerksomhet, er sammenhengen mellom økonomiske konjunkturer og sykefravær. Forskning på området finner tydelige signaler, så vel i Norge som internasjonalt, på at sykefraværet reduseres i perioder med lav konjunktur og høy arbeidsledighet, mens det går opp i perioder med høy konjunktur og lav arbeidsledighet (Holm 1998, Pedersen 1996, Olsen og Masterkaasa 1997, Dyrstad og Lysø 1998). Det er presentert to alternative mekanismer som kan tenkes å ligge bak denne sammenhengen. Den ene er den såkalte *disiplineringsstenen* som predikerer at høy arbeidsledighet disiplinere de ansatte til å bli mindre borte i frykt for å miste jobben. En alternativ mekanisme fokuserer på *seleksjon* av arbeidsstyrken. Her hevdes det at i nedgangstider vil ansatte med mye fravær, ha større sannsynlighet for å bli selektert ut av arbeidsstyrken sammenlignet med de med lite fravær. En slik seleksjon kan også skje på bedrift eller bransjenivå.

En annen fremgangsmåte for å beskrive endringer i sykefravær, er å se på andelen av de sykemeldte som blir gjengangere eller tilbakevandrerer (se f.eks. Kolstø 1997). En gjenganger er definert som en person som har flere sykepengeperioder – minst to - med mindre enn seks måneders mellomrom. Tilbakevandrerer er en betegnelse som omfatter to grupper: Personer som har avsluttet rehabilitering/yrkesrettet attføring og som igjen mottar sykepenger, og personer på gradert uførepensjon som mottar sykepenger.

Dette perspektivet fokuserer på at sykefraværsutviklingen må ses i sammenheng med utviklingen på andre stønadsområder, da i hovedsak uførepensjonsordningen. I tråd med arbeidslinjen har det vært et uttalt mål å opprettholde yrkesdeltakelsen blant personer med helsemessige og sosiale problemer (jfr. Veldferdsmeldingen). Et viktig hjelpemiddel for å nå

dette målet, har vært å gjennomføre flere tiltak som begrenser tilgangen til uførepensjonsordningen. Konsekvensene av å tilrettelegge arbeidslivet for personer med helsemessige problemer, er at risikoen for sykefravær øker. Økt sykefravær kan ses på som prisen man må betale for å redusere marginalisering og passvisering av personer med helsemessige problemer.

Det er verdt å merke seg at endring i sykkelighet i liten grad er lansert som en forklaring på hvorfor sykefraværet har økt de siste årene. Indikatorer som legebek, stille diagnoser, behandlede tilfeller og lignende statistiske mål hentet fra helsetjenestens aktiviteter, gir et bilde av stabilitet i sykkeligheten. (Pedersen 1997:60).

I denne rapporten ønsker vi ikke å gå noe nærmere inn på de ulike forklaringene på økningen i sykefravær. Formålet er å kartlegge diagnosemønsteret blant de sykemeldte fra 1994 til 1999. Økningen i sykefraværet som er beskrevet ovenfor, utgjør rammen for dette studiet. *Vår hovedproblemstilling er å gi svar på om veksten i sykefravær har skjedd fordi spesielle diagnoser har blitt mer utbredt, eller har det skjedd en økning for alle typer sykdomsdiagnoser.* Kort sagt: vi ønsker å gi svar på om perioden 1994-1999 har vært preget av diagnosestabilitet, eller diagnoseendring. Diagnoseendring kan fremkomme på to måter. Enten ved at den relative andelen sykefraværstilfeller som klassifiseres innen en bestemt diagnose endres, eller ved at diagnosetilfellenes varighet endres. Som vi kommer tilbake til er det mulig å skille mellom endringer i forhold til hoveddiagnoser, og endringer mellom underdiagnoser.

Debatten omkring økningen i sykefravær har i liten grad tatt hensyn til fraværets diagnosesammensetning, selv om det er tegn som tyder på endringer i sykdomsbildet. Det har blant annet blitt pekt på at livsstilsendringer og kvinners inntreden på arbeidsmarkedet har ført til en fremvekst av "nye" sykdommer og et nytt sykdomspanorama (Pedersen 1997). Vi vil argumentere for at kjennskap til sykdomsdiagnoser, er viktig for å øke forståelsen av fluktuasjoner i sykefraværet. Spesielt i det trygdefaglige oppfølgingsarbeidet av sykemeldte, er det viktig med kunnskap om hvordan sykefraværet fordeles på ulike diagnosegrupper.

I tillegg til å studere endringer i diagnosesammensetningen, kommer vi også til å se på hvordan ulike sykdomsdiagnoser fordeles blant ulike grupper av individer. Vi vet for eksempel at menn og kvinner har et ulikt diagnosemønster (Rikstrygdeverket 1999b). Det samme gjelder antageligvis for ulike aldersgrupper. Vi kommer også til å undersøke diagnosemønsteret blant ulike inntektsgrupper, og etter bosted. Disse analysene kan gi et bidrag til det arbeid som gjøres med oppfølging av sykemeldte.

En siste intensjon med denne rapporten, er at den skal fungere som kunnskapsstatus på området. I de fleste rapporter som er utarbeidet i regi av Rikstrygdeverkets utredningsavdeling har diagnose vært inkludert i analysene, men det har foreløpig ikke vært gjort forsøk på å samle det arbeidet som er gjort. Vi anser at en slik oppsummering er nyttig både i forhold til videre utredning, og også i forhold til etatens forebyggende- og oppfølgingsarbeid av sykemeldte.

Rapporten er lagt opp på følgende måte: I del 2 ser vi nærmere på ulike arbeider som tar for seg diagnoser blant sykemeldte. I hovedsak fokuserer vi her på arbeider som er gjort i regi av Rikstrygdeverkets utredningsavdeling. I del 3 vil vi se nærmere på diagnoseklassifikasjonsskjemaet ICPC, og redegjøre for datamaterialet som ligger til grunn for analysene. Et poeng er å drøfte mulige metodologiske problemer vi står ovenfor.

Kartleggingen av diagnosemønsteret 1994 til 1999 presenteres i del 4. Her vil vi se både på endringer når det gjelder hoveddiagnoser, og i forhold til utvalgte underdiagnoser. Til slutt i denne delen vil vi presentere resultater fra en multivariat analyse med sykefravær knyttet til to hoveddiagnoser som uavhengig variabel. Drøfting og oppsummering av rapportens viktigste funn blir presentert i del 5.

2. Hva vet vi om diagnoser og sykefravær?

Flere av de prosjekter som er gjennomført ved Rikstrygdeverkets utredningsavdeling de siste årene har hatt diagnose som en delproblemstilling. Men det er få som har prøvd å gjøre noen helhetlige analyser av diagnosemønsteret. Et unntak er rapporten "Diagnoseendring ved sykemelding" (Brage m. flere 1998), som er et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom Rikstrygdeverkets utredningsavdeling og Seksjon for trygdemedisin, UiO. Denne rapporten fokuserer på fire forhold:

- forandringer i diagnosefordelingen 1989-95
- tidligere diagnose hos langtidssykmeldte
- diagnoseendring blant gjengangere
- endring av diagnose i løpet av langtidssykmeldinger

Resultatene fra delstudie 1 viste ingen større forskyvning mellom diagnosegruppene over tidsperioden. Et problem med disse analysene er at diagnoseklassifiseringssystemet endret seg i løpet av perioden¹. Det var også et stort antall ikke kodete fraværstilfeller i perioden 1989-92. Dette resulterte i at forfatterne gjorde en meget grov sykdomsinndeling i fem grupper (Brage m. flere 1998). Resultatene fra denne analysen må med andre ord tolkes med forsiktighet.

Delstudie 2 viste at omtrent halvparten av de langtidssykmeldte hadde den samme diagnosegruppe ved to påfølgende sykefraværstilfeller. Studiet av gjengangere viste at disse hadde en enda større stabilitet i diagnose. Stabiliteten økte ved flere sykepengetilfeller. Dette tyder på at gruppen av gjengangere domineres av personer med kroniske sykdommer. Delstudie av endring i løpet av langtidssykmeldinger viste at dette forekom sjelden, kun i rundt 12 prosent av tilfellene. I løpet av langtidssykmeldingene skjedde det en meget beskjeden endring av diagnoser fra symptomdiagnoser til sykdomsdiagnoser. I følge forskerne indikerer dette svak kvalitet i allmennpraksis på de diagnostiske arbeidet blant langtidssykmeldte.

På tross av svakheter med datagrunnlaget, utgjør studien til Brage m. flere et sentralt referansegrunnlag for våre videre analyser. Det er interessant å undersøke om den diagnosestabilitet som rapporteres for perioden 1989-95, også viser seg å være tendensen i perioden 1994-99. Med høyere kvalitet på datagrunnlaget, vil vi i denne rapporten også kunne studere eventuelle variasjoner på underkategorier. I motsetning til den ovennevnte studien som utelukkende tok for seg sykepengetilfeller med varighet utover 8 uker, vil vi presentere tall for alle sykepengemottakere.

Selv om studien til Brage m. flere er den eneste som fokuserer direkte på diagnoser, er det i flere studier ved Rikstrygdeverkets utredningsavdeling presentert tall for hyppighet og varighet av sykdomstilfeller med ulike diagnoser. Tall fra Rikstrygdeverkets basisrapport (Rikstrygdeverket 1999:104) viser at sykdomstilfeller knyttet til muskel-skjelettlidelser står for over 50 prosent av alle erstattede sykepengedager i 1997. Mentale lidelser står for cirka 15

¹ Se del 3 i denne rapporten for en nærmere historikk.

prosent av alle erstattede sykepengedager, mens andelen med hjerte-kar sykdommer er på cirka 6 prosent.

Sykefraværets varighet kan ses på som en indikasjon på hvor alvorlig sykdommen er. Fordelt etter diagnose viser tall fra 1997 at sykdomstilfeller knyttet til hjerte-kar sykdom har den lengste varigheten (Rikstrygdeverket 1999). I snitt varte hvert hjerte-kar sykdomstilfelle cirka 73 sykepengedager. Sykdom knyttet til nervesystem og mentale lidelser hadde begge en gjennomsnittlig varighet på cirka 60 sykepengedager. Kortest varighet er knyttet til sykdomstilfeller med diagnosen sosialt og luftveier.

Tilsvarende resultater når det gjelder omfang og varighet av sykdomstilfeller med ulike diagnoser finner vi også hos Bjerkedal m. flere (1996) og Tellnes m. flere (1996). Disse studiene ser også på diagnosesammensetning etter alder og kjønn. Både for menn og kvinner er det størst hyppighet av sykepengetilfeller med diagnose knyttet til muskel-skjelettsystemet (Bjerkedal m. flere 1996). Totalt sett er andelen med denne diagnosen noe høyere blant menn enn blant kvinner, 55,9% mot 48,4%. (Bjerkedal m. flere 1996:12). Men ser vi på hyppigheten av sykepengetilfellene med denne diagnosen, er den større for kvinner enn for menn. Også hyppigheten av sykepengetilfeller med psykiske lidelser var mindre hyppig blant menn enn blant kvinner.

Mye av den forskning som er gjort på diagnoser og sykefravær, har sett på tilfeller knyttet til svangerskap/fødsel o.l. Grunnen til denne interessen er at man har vært interessert i å finne ut hvor mye av forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn som skyldes svangerskapsrelaterte diagnoser. Med utgangspunkt i tall fra Rikstrygdeverkets publikasjoner har Masterkaasa (1998:34) beregnet at sykefravær i forbindelse med fødsel og svangerskap kan forklare 26 prosent av kjønnsforskjellen i sykefravær utover to uker. Dersom man i tillegg trekker ut alt sykefravær knyttet til svangerskap/fødsel og ser bort fra sykefravær i reproduksjons- og kjønnsorganene (diagnosegruppe X og Y), synker kjønnsforskjellene i fraværet med 45 prosent². Svangerskapsdiagnoser utgjør en betydelig andel av de totale syketilfellene for kvinner i yngre aldersgrupper. Over 40 prosent av alle påbegynte langtidssykmeldingstilfeller i 1991 for kvinner i alderen 20 til 29 år, var knyttet til svangerskapsdiagnose (Tellnes m. flere 1996). I tillegg vet vi at en del sykefravær for gravide kvinner, ikke blir ført under diagnosen W. For eksempel vil plager som bekkenløsning føres som en L diagnose (ofte L99).

Det er foretatt forskning på diagnoser og sykefravær i miljøer utenfor Rikstrygdeverket. Spesielt er mye publisert i ulike legetidsskrifter. Det å gi en fullstendig oversikt over de arbeider som er gjort innen diagnoseforskning, ligger utenfor vårt ambisjonsnivå³. Vår gjennomgang av tidligere forskning på sykefravær og diagnoser viser at vi allerede vet en del, men at det fortsatt gjenstår områder hvor vi trenger ny kunnskap. Dette gjelder blant annet en beskrivelse av hvordan fluktuasjoner i sykefraværet påvirker diagnosemønsteret, et hovedtema i denne rapporten.

² Sitat fra Søren Brage, referert i Masterkaasa (1998).

³ Som en innfallsvinkel til andre arbeider på området gir rapporten "Langtidssykemeldninger i Norge 1989-94" (Brage, S., J. Nygård og G. Tellnes 1998) flere relevante referanser.

3. Diagnoseklassifikasjon og Datamateriale

I denne delen skal vi gi en nærmere redegjørelse for ICPC klassifikasjonssystemet. Vi skal kort beskrive hvordan klassifikasjonssystemet er bygd opp, og redegjøre for potensielle feilkilder i klassifikasjonen. Vi vil også drøfte hvor egnet ICPC koder er for å beskrive endringer i sykkelighet over tid. Deretter vil vi gi en nærmere beskrivelse av Rikstrygdeverkets sykepengestatistikk som danner det empiriske grunnlaget for denne rapporten.

3.1. ICPC-koder

Diagnosekodene som brukes i denne rapporten er hentet fra International Classification in Primary Care (ICPC). Denne klassifikasjonen ble innført av Rikstrygdeverket i 1992, og erstatter den tidligere kodelisten ICHPPC-2⁴. Omleggingen til ICPC koder medførte enkelte problemer, slik at det er først fra 1994 vi har pålitelige koder i statistikken.

ICPC diagnosene er gruppert på to forskjellige detaljeringsnivå. Det er 17 hovedkapitler som har en egen bokstavkode (se vedlegg A). Det er ett generelt kapittel, 14 etter organsystem, et for psykiske og et for sosiale helseproblemer. Innen hvert hovedkapittel foretas det en inndeling i symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser. Ved koding skal legen fortrinnsvis bruke sykdomsdiagnoser, i annen hånd symptomdiagnoser. I denne rapporten kommer vi til å ta utgangspunkt i hovedkapitlene, for deretter å foreta analyser på utvalgte undergrupper.

Selv om behandlende lege i dag har plikt til å kode alle sykemeldingsdiagnoser, er det blitt stilt spørsmålsteget ved kvaliteten på kodene. Drøftingen av kvaliteten på diagnosekoder, er spesielt knyttet opp mot mulig validitetsproblemer (Tellnes 1988, Brage m. flere 1998, Hensing 1997). Validiteten er et uttrykk for i hvilken grad et mål måler det man ønsker. I denne sammenhengen blir spørsmålet om den rapporterte diagnose på sykmeldingsblanketten stemmer overens med pasientens reelle sykdom.

Lav validitet kan oppstå som følge av flere årsaker. For det første kan det være vanskelig for legen å fastsette nøyaktig diagnose ved uklare og diffuse symptomer. Spesielt vil dette være et problem ved førstegangssykmelding. Studier har vist at det avgjørende kriteriet i det diagnostiske arbeidet vel så ofte er den subjektive kunnskap – sykehistorien – snarere enn kliniske undersøkelser (Malterud 1999).

Videre vil det for personer som har flere sykdommer – komorbiditet – kunne være tilfeldig hvilken sykdomsdiagnose som oppfattes som årsak til sykmelding (Brage m. flere 1998). Personer med mentale lidelser eller psyko-sosiale problemer vil også ofte ha somatiske problemer i tillegg. Og ofte er det slik at somatiske lidelser blir foretrukket som diagnose på førstegangssykmeldingen (Tellnes 1988). Et annet eksempel er at alkoholproblemer (og psykiske sykdommer generelt) blant kvinner ofte diagnostiseres som andre sykdommer, f.eks. muskel- og skjelettlidelser (Hensing, sitert i Brage m. flere 1998:6). Sykepengereglene i Norge har ikke tillatt alle helseproblemer som årsak til sykemelding, for eksempel akutt alkoholforgiftning (Tellnes 1988:52). Det kan gi en dreining av diagnosebildet ved at legen i noen tilfeller diagnostiserer taktisk, slik at trygdekontoret vil godkjenne diagnosen.

En annen faktor som kan skape usikkerhet gjelder selve kodingen av diagnosen. Legen skriver diagnose i klartekst på sykmeldingsblanketten, deretter foretas selve kodingen i etterkant. Da det ikke eksisterer kriterier for koding, skjer kodingen ut fra klinisk vurdering og skjønn. Det

⁴ International Classification of Health Problems in Primary Care

er vanskelig å vurdere i hvilken grad dette utgjør et stort problem for kvaliteten. En sammenligning av diagnose skrevet i klar tekst og diagnosekode på sykmelding II blanketter, viste en overensstemmelse på cirka 85 prosent (Ringdal, sitert i Brage m. flere 1998). En svensk studie, fant et høyt samsvar mellom sykmeldingsdiagnosen og opplysninger i pasientens medisinske journal (Ljungdahl m. flere, ref. i Hensing m. flere 1997).

Dagens diagnosesystem er også blitt kritisert for å være bedre egnet til å klassifisere helseplager hos menn enn blant kvinner. Dette begrunnes med at kvinners kroniske helseplager i mindre grad setter medisinsk avlesbare spor i kroppen i form av ”objektive” funn, enn tilfelle er for menns helseplager (Malterud 1999:1792). Dette kan føre til at det blir vanskeligere for legen å sette den ”rette” diagnosen.

Malterud (1999) understreker at det er viktig å være klar over at diagnosen sjelden er et objektiv biologisk faktum, men som regel en sum av menneskelig fortolkning, skjønn og samhandling. Dette er et viktig poeng, men utgjør i seg selv ikke en kritikk av legens diagnosesetting. Vår oppfatning er at selv om diagnosenes validitet er omdiskutert, reflekterer de sannsynligvis i stor grad de sykmeldtes medisinske tilstand. Dette gjelder hvertfall så lenge vi ser på hovedkapitlene innen ICPC klassifikasjonen. Undersøkelser som er foretatt, finner at diagnose- og kodekvaliteten er fullt ut akseptabel (Brage m. flere 1998). Vi mener derfor å ha belegg for å hevde at vårt studie av diagnoser, gir en tilfredsstillende fremstilling av sykdomsbilde i den aktuelle perioden.

3.2. Rikstrygdeverkets sykepengeregister

Rapportens empiriske analyser baserer seg på *Rikstrygdeverkets sykepengeregister*. Dette er en av de mest brukte og pålitelige kilder når det gjelder registrering av sykefravær her i landet. Det eksisterer imidlertid enkelte svakheter ved dette registeret. For det første inneholder registeret ikke informasjon om statsansatte. I den grad statsansatte ikke har et annet diagnosemønster enn andre arbeidstakere, utgjør ikke dette noe problem for våre analyser.

Et annet og større problem er at sykepengeregisteret utelukkende baserer seg på Folketrygdens utbetalinger av sykepenger til personer i aktiv jobb. Det innebærer at vi kun har informasjon om sykefravær som varer utover arbeidsgiverperioden. Fravær som varer kortere enn 2 uker fanges ikke opp i statistikken⁵.

Det at våre analyser kun omfatter sykemeldinger utover arbeidsgiverperioden legger visse føringer på tolkningen av resultatene. Det er viktig å understreke at vi ikke gir et bilde av diagnosesammensetningen for alt fravær, men kun fravær som varer mer enn 14 dager. Dette er spesielt viktig fordi det er rimelig å anta at diagnosesammensetningen ikke er lik når man sammenligner fravær som varer mindre enn 14 dager, og det som varer over 14 dager. Det er for eksempel hevdet at det kortvarige fraværet er assosiert med den selvopplevde helsen, og at det derfor kan ses på som en del av en mestringsstrategi i belastede arbeids- eller livssituasjoner. Mens det langvarige fraværet i større grad skyldes kroniske lidelser. I den grad dette stemmer vil man anta at sosiale (Z) diagnoser vil være mer utbredt blant det kortere fraværet enn fravær utover arbeidsgiverperioden. I tillegg kan man anta at luftveis diagnoser (R), er mer utbredt blant det kortere fraværet enn blant det lengre⁶.

⁵ Frem til 01.04.98 var arbeidsgiverperioden på 14 kalenderdager, fra denne datoen ble den utvidet til 16 kalenderdager.

⁶ R diagnoser innbefatter blant annet influensa, astma, og allergi.

For kort å oppsummere baserer denne rapporten seg på ICPC diagnosekoder hentet fra Rikstrykdeverkets sykepengestatistikk. Selv om det er en viss usikkerhet knyttet til denne datakilden, er ikke den større enn at vi mener å kunne gi et relativt presist bilde av utviklingen i sykefraværets diagnoser de siste årene. Det bør også nevnes at siden vi benytter oss av et internasjonalt klassifikasjonssystem vil våre analyser være egnet til å sammenligne med liknende studier fra andre land.

4. Empiriske funn

I denne delen presenteres de empiriske resultater fra analysene av sykefravær og diagnoser. Vi opererer med tre mål på sykefravær: For det første *antall avsluttede sykepengetilfeller per år*. Dette målet sier noe om omfang og hyppighet av sykepengetilfeller innen ulike diagnosekapitler. Det andre målet vi benytter oss av er *gjennomsnittlig varighet for avsluttede sykepengetilfeller*. Grovt sett kan varighet ses på som en indikasjon på sykefraværets alvorlighet. Jo lengre varighet, desto alvorligere sykdomstilfelle. Det siste målet vi benytter er *diagnose spesifikke insidensrater*. Disse gir et mål på *antall påbegynte sykepengetilfeller per 1000 yrkesaktive*⁷. Slike insidensrater er spesielt hensiktsmessige for å undersøke diagnosefordelingen blant ulike grupper av individer. I tillegg vil vi ved å benytte insidensratene ta hensyn til den sysselsettingsveksten som har funnet sted i løpet av perioden.

Grunnen til at vi benytter flere indikatorer på sykefravær, er for å fokusere på ulike aspekter ved fraværsutviklingen. For eksempel kan en økning i en bestemt diagnosekategori enten skje ved at flere blir syke, eller at varigheten på sykefraværstilfellene endres. Og selvfølgelig som en kombinasjon av de to ovennevnte. Diagnosespesifikke insidensrater brukes for å se sykefraværet i forhold til en risikobefolkning. Insidensrater er spesielt hensiktsmessig når vi ønsker å sammenligne sykefravær mellom ulike grupper av individer. Ved å benytte de tre målene som er nevnt ovenfor, vil vi kunne gi en helhetlig beskrivelse av sykefraværets utvikling etter diagnose.

⁷ Insidens = (antall personer i gruppe x med et sykepengetilfelle / totalt antall yrkesaktive personer i gruppe x) * 1000.

4.1 Diagnose mønster 1994 til 1999.

Tabell 4.1 presenterer prosentvis andel avsluttede sykepengetilfeller etter diagnose, i perioden 1994 til 1999.

Tabell 4.1. Avsluttede sykepengetilfeller etter diagnose 1994-1999. Arbeidstakere i arbeid.
Prosent

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
A. Allment og uspes.	3,0	3,5	3,4	3,1	3,1	3,7
B. Blod	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
D. Fordøyelsesorganer	4,4	4,7	4,5	4,4	4,5	4,5
F. Øye	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6
H. Øre	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
K. Hjerte-karsystemet	3,8	4,0	4,0	4,1	4,2	4,3
L. Muskel-skjelettsys.	48,5	50,1	49,2	48,8	48,8	48,2
N. Nervesystemet	3,1	3,5	3,4	3,5	3,7	3,9
P. Psykisk	9,8	11,1	12,1	12,7	13,7	14,4
R. Luftveier	7,0	7,0	7,3	7,3	7,2	6,7
S. Hud	2,7	2,9	2,9	2,9	3,0	2,9
T Endorkine, mm.	0,8	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1
U. Urinveier	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
W.Svangerskap/fødsel..mm	5,8	5,9	5,9	5,4	5,3	5,4
X. Kvinnelige kjønnsorg.	1,8	2,0	1,9	1,9	2,1	1,9
Y. Mannlige kjønnsorg.	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Z. Sosialt	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Annet/Uoppgitt	6,6	1,3	1,4	1,9	0,4	0,0
(Totalt)	100 (254.665)	100 (281.941)	100 (308.640)	100 (388.448)	100 (418.485)	100 (433.904)

Fra den nederste raden ser vi at det har vært en økning i totalt antall avsluttede sykepengetilfeller fra 254.665 i 1994 til 433.904 i 1999⁸. Dette er en økning på hele 70 prosent. Tilfeller knyttet til *muskel-skjelettsystemet* (L) utgjør det klart største diagnosegruppen i hvert enkelt år. Rundt halvparten av alle avsluttede sykepengetilfeller knyttes til denne diagnosegruppen. I 1999 ble det totalt avsluttet nærmere 209.000 tilfeller med denne diagnosen.

På tross av den markante økningen i totalt antall avsluttede tilfeller, viser tabellen at diagnosesammensetningen har holdt seg relativt stabil over perioden. Det har vært en markant økning i antall avsluttede tilfeller for alle diagnosegruppene. Den eneste tydelige endringen over perioden finner vi for diagnosegruppen *psykisk* (P). I 1994 utgjorde andelen med denne diagnose 9,8 prosent av totalt antall avsluttede sykepengetilfeller, i 1999 har andelen økt til 14,4 prosent. Omregnet til absolutte tall var antall avsluttede sykepengetilfeller med diagnose psykisk på 24.840 i 1994, i 1999 var antallet økt til rundt 62.550 tilfeller. Dette utgjør en økning i antall tilfeller på rundt 150 prosent.

⁸ 1996 skjedde det en endring av rapporteringsrutinene for sykepenger, det innebærer at tall før og etter 1996 ikke er direkte sammenlignbare.

I tabell 4.2 presenteres andelen avsluttede sykepengetilfeller etter diagnose for kvinner og menn. For å gjøre det lettere å sammenligne, har vi holdt diagnosegruppe W (svangerskap /fødsel/familieplanlegging) utenfor.

Tabell 4.2. Avsluttede sykepengetilfeller etter diagnose 1994-1999. Arbeidstakere i arbeid. Kvinner og Menn. Prosent

Diag- nose	Kvinner						Menn					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994	1995	1996	1997	1998	1999
A	3,3	3,7	3,7	3,4	3,4	4,1	3,1	3,7	3,5	3,2	3,1	3,7
B	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
D	4,0	4,2	4,2	4,0	4,2	4,3	5,4	5,9	5,6	5,4	5,5	5,4
F	0,6	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,9	1,1	1,0	0,9	0,9	0,8
H	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
K	2,8	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	5,6	5,9	5,9	6,0	6,1	6,3
L	50,5	52,1	51,0	50,5	50,3	49,6	52,6	54,8	53,9	53,1	53,2	52,6
N	3,4	3,9	3,8	3,8	4,0	4,4	3,1	3,4	3,4	3,5	3,7	3,8
P	11,7	13,5	14,6	15,3	16,3	17,0	8,5	9,6	10,5	11,0	12,0	12,9
R	7,7	7,9	8,1	8,1	8,0	7,3	6,9	6,9	7,2	7,2	7,1	6,8
S	2,1	2,3	2,3	2,3	2,4	2,5	3,8	4,1	4,1	4,1	4,2	3,9
T	1,0	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
U	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7
W	*	*	*	*	*	*	.	.	.	.	.	.
X	3,4	3,7	3,6	3,4	3,9	3,6	.	.	.	.	.	.
Y	.	.	.	.	.	.	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8
Z	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Annet /Uopp- gitt	7,4	1,7	1,8	2,1	0,4	0,0	6,6	1,1	1,5	2,8	0,8	0,0
(N)	100 (136772)	100 (152152)	100 (166940)	100 (210901)	100 (227609)	100 (234268)	100 (103241)	100 (113224)	100 (123598)	100 (156412)	100 (168625)	100 (176395)

*: Diagnosen er holdt utenfor

Diagnosestabilitet snarere enn endring, er også hovedmønsteret i tabell 4.2. Men både for kvinner og menn er det en økning i sykdomstilfeller innen diagnosen *psykisk*. Økningen er noe større for kvinner enn for menn. Når de gjelder de andre diagnosegruppene, er det ingen større endringer over perioden.

Det er verdt å merke seg at selv om sykefraværet er høyere blant kvinner enn blant menn, er diagnosefordelingen forholdsvis lik. Det finnes dog noen forskjeller: Menn har en høyere andel sykepengetilfeller knyttet til *hjerte-karsystemet* (K) og *fordøyelsesorganer* (D) enn kvinner. Derimot er andelen med diagnosen *psykisk* (P) høyere blant kvinner enn blant menn. Kvinner har også en høyere andel sykepengetilfeller med diagnose knyttet til kjønnsorganer (diagnose X) enn tilsvarende blant menn (diagnose Y).

Det er vanskelig å avgjøre hva disse kjønnsforskjellene skyldes. Noe kan selvfølgelig forklares ut fra biologiske forskjeller mellom kjønnene, men dette forklarer neppe alt. Det er rimelig å anta at også andre faktorer spiller inn. Det er for eksempel blitt hevdet at noe av forskjellen mellom kvinner og menn sitt sykefravær, skyldes ulik tilknytning på arbeidsmarkedet. Høyere sykefravær blant kvinner skyldes at de har mer fraværsmønstre enn jobber enn menn. Det er også fremmet hypoteser som søker å forklare kjønnsforskjellen ved å

peke på at kvinner i større grad enn menn må kombinere yrkesaktivitet med omsorgsoppgaver i hjemmet. Dette er betegnet som *dobbeltarbeidshypotesen*. En annen forklaringsmulighet er at kvinner har en annen sykdomsadfærd enn menn. Hvilke av disse faktorene som har størst betydning for sykefraværet er vanskelig å avgjøre. Den tidligere forskningen på området spriker når det gjelder konklusjoner.

Resultatene fra tabell 4.1 og 4.2 tyder på at det totalt sett har skjedd små endringer i diagnosemønsteret de siste årene. Dette på tross av den markante økningen i sykefraværet. Spørsmålet vi stiller oss er om det er mulig å finne større variasjoner hvis vi går mer detaljert til verks. Nedenfor har vi tatt ut de tre store diagnosegruppene (jr. tabell 4.1): *muskelskjelettsystemet* (L), *psykisk* (P) og *luftveier* (R), og operasjonalisert enkelte helseproblem ut fra underdiagnosene⁹. Dette gir oss mulighet til å studere diagnoseendring på et mer detaljert nivå. For å forenkle presentasjonen viser vi kun tall for 1995¹⁰ og 1999.

Tabell 4.3a. Andel avsluttede sykepengetilfeller innen diagnosen muskel-skjelettsystemet (L), Arbeidstakere i arbeid 1995 og 1999. Prosent

	Kvinner		Menn	
	1995	1999	1995	1999
Korsrygg uten stråling	21,7	20,0	22,6	22,6
Nakketilstander	13,4	14,3	8,0	8,5
Skuldertilstander	10,6	11,2	8,6	9,3
Muskelsmerter/fibromyalgi	2,5	2,3	0,6	0,5
Andre symptomer i muskel- og skjelettsystemet	8,1	7,7	8,6	8,0
Skader i muskel/skjelett	12,0	10,7	23,0	20,9
Korsrygg med stråling	8,0	8,1	11,6	11,4
Entesopatii	6,8	7,7	6,6	7,0
Andre L	17,0	17,6	10,5	11,8
(N)	(79.262)	(116.147)	(62.012)	(92.843)

Innen hovedkapitel L – muskel-skjelettsystemet – er det *korsryggtilstander uten stråling* som står for den største andelen avsluttede sykepengetilfeller. Dette gjelder både blant kvinner og menn i 1999. I 1999 var det totalt 44.199 avsluttede sykepengetilfeller med diagnoser knyttet til *korsryggtilstander uten stråling*. Andelen kvinner med disse diagnosene utgjorde 52,4 prosent.

Sammenligner vi tallene for 1995 og 1999 finner vi små forskjeller i diagnosefordelingen. Derimot finner vi større forskjeller når vi sammenligner kvinner og menn. Andelen menn med diagnoser knyttet til *skader i muskel/skjelett* er omtrent dobbelt så høy som tilsvarende andel blant kvinner. Andelen med diagnoser knyttet til *korsrygg med stråling* er også høyere blant menn, mens kvinner har en høyere andel med diagnoser knyttet til *nakke*. Størst relativ forskjell mellom kvinner og menn finner vi for diagnoser knyttet til *muskelsmerter/fibromyalgi*.

⁹ Operasjonaliseringen av helseproblem baserer seg på Brage m. flere (1998). Se ellers vedlegg

¹⁰ Grunnen til at vi bruker tall fra 1995 i stedet for 1994, skyldes at det er færre uoppgitte diagnoser i 1995 (jfr. Tabell 4.1).

Tabell 4.3b. Andel avsluttede sykepengetilfeller innen diagnosen psykisk (P), Arbeidstakere i arbeid, 1995 og 1999. Prosent

	Kvinner		Menn	
	1995	1999	1995	1999
Depresjoner	70,0	67,1	57,1	59,9
Nevrotiske tilstander	9,9	10,4	12,0	11,5
Angstsykdommer	9,0	7,9	11,7	9,1
Psykoser	2,9	2,4	4,7	3,8
Misbruk	0,8	0,6	6,9	4,6
Andre P	7,4	11,7	7,5	11,1
(N)	(20.500)	(39.800)	(10.910)	(20.207)

Innen hovedkapittel P – psykisk – er det diagnoser knyttet *depresjoner* som utgjør den største andelen avsluttede sykepengetilfeller. I 1995 var andelen med *depresjon* over 10 prosentpoeng større blant kvinner enn blant menn (70 mot 57 prosent). I 1999 har andelen kvinner med depresjon blitt redusert, mens den har økt blant menn.

Nevrotiske tilstander og *angstsykdommer* står begge for rundt 10 prosent av antall avsluttede sykepengetilfeller innen dette kapitelet. Disse andelene har holdt seg relativt stabile fra 1995 til 1998. Størst forskjell mellom kvinner og menn, finner vi innen diagnoser knyttet til *misbruk*. Andel menn med disse diagnosene er dog blitt noe redusert fra 1995 til 1999.

Tabell 4.3c. Antall avsluttede sykepengetilfeller innen diagnosen luftveier (R), Arbeidstakere i arbeid, 1995 og 1999. Prosent

	Kvinner		Menn	
	1995	1999	1995	1999
Influensa og lignende	13,3	17,2	13,7	16,1
Lungebetennelse	15,9	14,5	16,6	15,4
Astma	10,5	10,8	9,8	11,0
Forkjølelse o.l.	12,6	11,0	10,1	9,7
Bronkitt/bronkeolitt	15,5	11,9	12,8	10,4
Andre R	32,2	34,5	36,9	37,4
(N)	(12.040)	(17.087)	(7.812)	(11.911)

Lungebetennelse var den diagnosen som opptrådte hyppigst innen diagnosekapitel R i 1995. I 1999 er det *influensa liknende sykdommer* som er mest utbredt. Denne endringen har funnet sted både for kvinner og menn. For de andre diagnosene er det kun små endringer. Det er også relativt små forskjeller mellom menn og kvinner.

En foreløpig konklusjon er at diagnosemønsteret har holdt seg relativt stabilt de siste årene. Vi har sett en endring ved at andelen sykepengetilfeller med diagnosen *psykisk* har økt, ellers er det små endringer. Det som gjenstår å se er om eventuelle endringer i diagnose kan uttrykkes på andre måter. Som tidligere nevnt, ønsker vi også å undersøke om det har forekommet endring i varighet innen ulike diagnosegrupper. Tabell 4.4 viser gjennomsnittlig varighet på syketilfellene etter diagnose¹¹.

¹¹ Varighet er målt i antall sykepengedager, ikke kalenderdager.

Tabell 4.4. Gjennomsnittlig varighet i sykepengedager etter diagnose. Arbeidstakere i arbeid, avsluttede tilfeller 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
A. Allment og uspes.	30,7	29,8	33,3	32,8	34,6	35,7
B. Blod	71,1	69,9	66,5	68,9	71,1	68,0
D. Fordøyelsesorganer	37,7	36,9	38,7	37,7	39,4	40,2
F. Øye	36,4	36,9	38,7	39,4	43,4	44,0
H. Øre	45,4	42,3	43,5	51,3	52,9	53,2
K. Hjerte-karsystemet	81,3	76,8	76,3	72,7	75,6	72,9
L. Muskel-skjelettsystemet	49,8	49,2	50,9	50,6	53,4	53,4
N. Nervesystemet	66,0	62,4	61,7	62,1	61,4	59,3
P. Psykisk	59,0	56,4	58,2	59,0	60,7	61,4
R. Luftveier	23,7	23,4	24,2	23,5	24,5	26,3
S. Hud	31,0	31,3	32,0	33,7	35,2	36,8
T Endokrine, mm.	61,5	58,9	59,3	59,8	65,8	65,1
U. Urinveier	39,5	39,7	54,5	38,7	43,6	40,8
W.Svangerskap/fødsel..mm	40,4	41,5	42,2	43,8	45,0	44,4
X. Kvinnelige kjønnsorg.	45,8	46,0	49,4	49,9	49,3	48,0
Y. Mannlige kjønnsorg.	49,5	42,1	42,2	44,9	43,7	50,5
Z. Sosialt	27,0	19,9	22,0	22,1	24,7	24,2
Uoppgitt/annet	44,7	27,9	25,1	23,2	30,6	.
Totalt gjennomsnitt	47,9	47,1	48,5	48,5	51,2	51,5

Total gjennomsnittlig varighet har økt fra 47,9 dager i 1994 til 51,5 i 1999. Ser vi på de enkelte diagnosegruppene, er mønsteret noe tvetydig. For sykepengetilfeller knyttet til *nervesystemet* (N), *mannlig kjønnsorganer* (Y) og *hjerte-karsystemet* (K), har det vært en tydelig nedgang i varighet over perioden. For de andre diagnosegruppene har varigheten holdt seg relativt stabil, eller økt noe. Størst økning i varighet finner vi for sykepengetilfeller innen diagnosekapitlene *øye* (F) og *øre* (H).

Lengst varighet finner vi blant sykepengetilfeller med diagnoser knyttet til *hjerte-karsystemet* (K) og *blod* (B)¹². Det er ellers verdt å merke seg varigheten har økt for sykepengetilfeller med diagnose knyttet til *muskel-skjelettsystemet*. Siden vi vet at rundt 50 prosent av alle sykepengetilfellene har denne diagnosen, har økt varighet her stor betydning for kostnadene knyttet til sykefraværet.

Skiller vi mellom kvinner og menn finner vi at gjennomsnittlig varighet i 1999 er noe høyere for menn enn for kvinner (hhv. 51,6 og 51,4). Ser vi på fordelingen for 1999 finner vi at menn har klart lengre varighet for sykepengetilfeller knyttet til diagnosene *blod* (B), *hjerte-karsystemet* (K) og *nervesystemet* (N). Derimot har kvinner lengst varighet for sykepengetilfeller knyttet til *muskel-skjelettlidelser* (L). Disse forholdene har holdt seg stabile over hele perioden.

For kort å oppsummere denne delen, så viser vårt empiriske materiale at perioden 1994 til 1999 i hovedsak har vært preget av diagnosestabilitet. Den observerte økningen i sykefraværet

¹² B diagnosen omfatter blant annet hiv/aids og enkelte kreftdiagnoser.

de siste årene har vært forholdsvis likt fordelt på alle diagnosekapitler. Den diagnosegruppen som har opplevd den største relative økningen er kategorien *psykisk* (P). Økt press på den enkelte, både i arbeidslivet og i forhold til den private sfære kan være aktuelle forklaringsfaktorer på denne økningen.. Samtidig er det mulig at økt åpenhet om psykiske problemer både fra pasient og leges side, også er en medvirkende faktor.

4.2. Diagnosehyppighet etter alder, inntekt og bosted.

Fra å se på endringer i diagnosesammensetningen totalt sett, vil vi nedenfor undersøke hvordan ulike diagnoser opptrer hyppigere i enkelte grupper enn andre. For å gjøre dette bruker vi såkalte *diagnosespesifikke insidensrater*. Som nevnt gir disse et mål på *antall påbegynte sykepengetilfeller per 1.000 yrkesaktive*. Fordi sykepengeregisteret er relativt sparsomt når det gjelder bakgrunnsopplysninger om de sykmeldte, er analysene nedenfor foretatt på et materiale hvor vi har koblet sykepengeregisteret med inntektsregister.

Vi ønsker å undersøke hvordan syketilfeller med ulik diagnose varierer etter alder, bosted og inntekt. I analysene presenterer vi tall fra 1995 og 1997¹³. I tillegg til å kunne studere endringer over tid, vil vi ved å bruke tall fra to år, kunne kontrollere for tilfeldige variasjoner. Bruk av insidensrater gjør at vi tar hensyn til den sysselsettingsvekst som har funnet sted i løpet av perioden.

4.2.1. Alder

Tabell 4.5 viser diagnose spesifikke insidensrater for ulike aldersgrupper og totalt sett.

Tabell 4.5. Diagnose spesifikke insidensrater for ulike aldersgrupper 1995 og 1997. Antall påbegynte sykepengetilfeller per 1.000 yrkesaktive

Diagnose	16 –70 år		16-24 år		25-39 år		40 – 55 år		56- 64 år		Over 64 år	
	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997
A	3,5	3,8	2,5	3,2	3,6	4,2	3,8	4,0	4,4	4,4	2,1	2,1
D	4,6	5,1	2,2	3,0	4,3	5,3	5,5	5,8	6,9	7,3	3,1	3,3
K	4,1	4,9	0,3	0,4	1,5	1,9	6,0	7,1	13,8	15,6	7,0	7,6
L	48,9	56,6	23,1	28,9	49,5	59,4	58,9	67,1	65,1	73,7	24,5	26,1
N	3,3	4,0	1,3	1,8	3,2	4,1	4,2	5,1	4,3	5,0	1,4	2,0
P	10,9	14,6	2,8	4,8	11,3	15,8	14,8	19,1	12,4	15,7	3,8	4,7
R	7,3	8,9	3,0	4,0	6,7	8,3	8,8	10,7	12,5	15,2	5,3	6,6
S	2,9	3,6	2,4	3,2	3,0	3,8	3,1	3,7	3,6	4,2	1,2	1,5
W	5,8	6,6	5,2	5,8	12,6	15,2	0,5	0,6	0	0	.	.
X	2,0	2,3	0,3	0,5	1,3	1,6	3,7	3,9	2,4	3,1	1,0	1,3
Andre	4,0	4,7	1,8	2,8	4,5	6,4	6,6	9,1	8,9	11,7	4,2	5,4
(N i 1000 pers)	2.523	2.581	426	414	949	969	830	874	242	251	75	72

Ikke overraskende viser tabellen at de diagnosespesifikke insidensratene varierer etter alder. Blant personer i aldersgruppen 16 til 24 år er hyppigheten av sykepengetilfeller innen kapittel *muskel-skjelettsystemet* (L) på 28,9 per 1000 yrkesaktive. Tilsvarende hyppighet i aldersgruppen 56 til 64 år er på 73,7. Sannsynligheten for et påbegynt sykepengetilfelle med diagnose innen *muskel-skjelettsystemet* er altså to og en halv gang større blant den eldste aldersgruppen sammenlignet med den yngste. Størst prosentvis endring blant de ulike

¹³ Grunnen til at vi benytter tall fra 1997, er at vi ikke har tilgjengelige nevnertall for 1998-99.

alderskategoriene finner vi for sykepengetilfeller med diagnosen *hjerter-karsystemet* (K)¹⁴. I følge tabell 4.4 er sannsynligheten for å få et sykepengetilfelle med denne diagnosen 39 ganger høyere blant personer i aldersgruppen 56-64 år, enn i gruppen 16-24 år. Risikoen for sykepengetilfeller med diagnose *psykisk* (P) når en topp blant personer i aldersgruppen 40 til 55 år. Det kan virke som begrepet ”mid-life-crises” har noe fore.

Når det gjelder endringer over tid, ser vi av tabellen at det har vært en økning i insidensratene for alle aldersgruppene. I 1995 var hyppigheten innen diagnose psykisk (P) på 10,9 per 1000 yrkesaktive, i 1997 var den økt til 14,6 per 1000 yrkesaktive. Den relative økningen for denne diagnosen var størst for den yngste aldersgruppen. Til slutt bør det kommenteres at grunnen til at insidensratene er forholdsvis lave for aldersgruppen over 64 år, skyldes at personer som er spesielt belastet med sykdom allerede har forlatt arbeidsmarkedet når de når denne alderen. Tilsvarende resonnerment kan også brukes ovenfor den yngste aldersgruppen; yngre personer med store helseproblemer vil ha vanskeligheter med å etablere seg i arbeidsmarkedet.

4.2.2. *Inntekt*

Om det kan virke opplagt at diagnosemønsteret varierer blant ulike aldersgrupper, kan det være mer interessant å undersøke hvordan *inntekt* påvirker sykefraværet. Vi vet at inntekt er nært korrelert med sosial status, og tidligere forskning har vist at sykefraværet er høyere for personer med lav sosial status enn de med høy. Vi ønsker å undersøke hvordan diagnosemønsteret varierer blant de ulike inntektsgruppene.

Tabell 4.6. *Diagnose spesifikke insidensrater for ulike inntektgrupper* 1995 og 1997. Antall påbegynte sykepengetilfeller per 1000 yrkesaktive*

Diagnose	0 – 1,25 G		1,26 – 2 G		2,1 – 4 G		4,1 – 6 G		6,1 – 8 G		Over 8 G	
	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997
A	0,5	0,6	2,2	2,8	4,1	4,6	5,4	5,7	4,2	4,3	2,7	2,8
D	0,4	0,6	2,4	3,2	5,4	5,9	6,8	7,7	5,6	6,1	4,1	4,2
K	0,2	0,3	1,9	1,7	4,2	5,1	5,8	7,0	6,0	6,8	5,2	5,5
L	4,4	5,8	28,4	33,7	63,9	75,5	79,1	89,8	50,9	58,1	25,3	28,2
N	0,3	0,4	2,2	2,7	4,2	5,3	5,1	6,0	3,6	4,2	2,2	2,6
P	1,0	1,6	6,4	8,9	14,2	19,5	16,9	22,4	11,8	15,0	7,0	8,8
R	0,7	0,9	4,0	5,2	9,0	11,2	11,5	14,0	8,2	9,6	4,8	5,5
S	0,3	0,4	1,8	2,1	3,6	4,3	4,6	5,7	3,4	4,0	1,8	2,0
W	0,6	0,9	4,0	4,7	10,4	12,0	9,2	10,6	3,0	3,3	1,5	1,9
X	0,2	0,3	1,5	1,7	3,3	3,9	3,1	3,4	1,6	1,7	0,6	0,7
Andre	0,5	0,8	3,0	4,0	6,2	8,3	7,8	10,6	6,0	8,5	4,2	6,1
(N i 1000 pers)	501	482	149	152	512	506	739	761	387	418	236	263

* i 1995 var 1 G kr 39.230,-, i 1997 var 1 G kr 42.500.

Den generelle tendensen i tabell 4.6 er at insidensratene øker med økt inntekt opp til kategorien 4,1 – 6 G, deretter reduseres raten for de høyeste inntektskategoriene. Grovt sett gjelder dette for alle diagnosekapitlene. En viktig årsak til at insidensratene er lave for gruppene med lav inntekt, skyldes at det her er flere som ikke jobber full tid. Det kan for eksempel være personer med sesongarbeid, som dermed ikke er under risiko for å bli sykemeldt gjennom hele året.

¹⁴ Vi ser da bort fra sykepengetilfeller knyttet til svangerskap o.l. (W).

Det som er mer interessant å fokusere på er hvorfor insidensratene reduseres for de høyeste inntektskategoriene. Sammenligner vi de med inntekt på mellom 4,1 til 6 G med de som har over 8 G, finner vi forholdsvis store forskjeller. For eksempel er hyppigheten for et sykdomstilfelle med diagnosekapittel muskel-skjelettsystemet (L) for personer i inntektsgruppen 4,1 til 6 G på 93 per 1000 yrkesaktive, for de med over 8 G er hyppigheten på 25.

En lignende effekt av inntekt på sykefravær er også rapportert i andre undersøkelser (Bratberg m.flere 1998). Hva kan så dette skyldes? Det er rimelig å anta at personer i begge inntektsgruppene jobber full tid, så ulik risikoeksponering for sykefravær kan derfor ikke forklare forskjellen. Det kan lanseres flere mulige mekanismer. En forklaring er at personer med høy inntekt også har jobber som er mindre fysisk belastende, enn det man finner i en del *lavtlønns yrker*. Effekten av inntekt på sykefraværet kan altså forklares ut fra ulik arbeidssituasjon. En annen forklaringsfaktor er å se på livsstilsforskjeller mellom personer med høy og lav inntekt. Undersøkelser tyder på at personer i *høystatus yrker* både lever sunnere og mosjonerer mer enn personer i *lavstatus yrker* (Helseundersøkelsen 1995). Dette er faktorer som igjen kan påvirke sykefraværet. En siste forklaring er at mønsteret i tabell 4.5 skyldes rene seleksjonseffekter. Det er ikke høy inntekt som fører til lavt sykefravær, snarere er det slik at for å mestre en jobb med høy inntekt må man være med god helse. Personer med dårlig helse og mye sykefravær, vil ikke greie å kvalifisere seg for *høy-inntekts-jobber*.

Hvilke av disse forklaringene som har størst betydning for sammenhengen mellom inntekt og sykefravær, vil vi ikke gå noe nærmere inn på her. Sannsynligvis er det en kombinasjon av de tre faktorene som spiller inn.

4.2.3. Regionale forskjeller

Vi har så langt sett hvordan de diagnosespesifikke insidensratene varierer etter alder og inntekt. I tabell 4.6 presenterer tall for hvordan insidensratene varierer etter fylke.

Tabell 4.6. Diagnose spesifikke insidensrater etter fylke 1995 og 1997 (antall tilfeller per 1000 yrkesaktive). Arbeidstakere i arbeid

Diagnose:	Østfold		Akershus		Oslo		Hedmark		Oppland		Buskerud		Vestfold		Telemark		Øst-Agder		Vest-Agder	
	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997
A.	3,9	4,0	4,9	4,6	6,6	6,8	2,9	3,7	3,3	4,1	3,7	3,6	2,8	3,3	3,3	4,4	3,8	5,1	3,6	5,1
D.	5,5	6,1	4,2	4,9	4,2	4,6	4,3	6,2	4,6	4,9	5,0	5,7	4,8	5,3	5,3	5,8	4,5	5,6	4,7	5,3
K.	5,1	5,9	4,2	5,0	3,4	4,1	4,4	5,9	4,0	4,4	4,6	5,4	4,2	4,9	4,7	5,7	4,2	4,8	4,6	5,2
L.	55,6	64,4	45,0	53,0	41,5	48,3	55,9	65,7	55,6	65,0	53,4	64,2	46,1	55,9	52,0	61,5	48,4	57,6	46,1	55,6
N.	3,9	4,8	3,4	4,2	3,0	3,9	3,6	4,4	3,5	4,4	3,7	4,8	3,2	3,9	3,5	4,4	3,2	4,8	3,4	4,4
P.	12,1	15,8	9,9	13,1	10,9	15,1	11,2	14,7	11,8	15,1	10,6	15,4	10,9	15,4	12,3	17,6	14,5	18,8	13,5	10,0
R.	9,3	12,0	8,6	10,6	8,8	10,6	8,2	10,9	8,3	11,9	8,9	10,8	7,9	9,7	8,6	10,5	7,7	8,6	7,8	9,5
S.	3,4	4,1	2,2	2,7	2,2	2,6	3,2	4,0	2,9	3,8	3,0	3,6	2,4	2,9	3,6	4,3	3,4	4,1	3,1	4,3
W.	4,9	6,0	6,2	7,8	7,0	8,3	4,9	5,2	4,7	5,6	5,5	5,7	6,0	6,9	4,5	6,0	6,5	6,4	5,1	6,4
X.	2,1	2,5	2,2	2,5	1,9	2,2	2,4	3,0	2,1	2,4	2,0	2,4	2,2	2,5	2,1	2,5	1,7	2,0	2,2	2,0
Andre	5,7	7,2	5,2	7,2	5,0	7,1	5,3	7,1	5,8	8,1	5,5	8,1	5,3	7,0	5,2	7,2	4,7	7,2	5,0	6,5

Diagnose:	Rogaland		Hordaland		Sogn og F.		Møre og R.		S-Trøndelag		N-Trøndelag		Nordland		Troms		Finmark	
	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997
A.	2,1	2,5	3,0	3,0	2,3	2,4	2,6	3,1	3,2	3,9	1,7	2,7	1,9	2,3	2,4	2,8	3,2	2,8
D.	4,2	4,8	4,3	5,1	4,4	4,5	4,6	5,6	4,3	4,9	3,9	4,7	5,0	5,7	5,3	5,7	5,1	6,4
K.	3,7	4,3	4,2	4,9	4,2	5,6	4,2	5,1	3,7	4,9	3,9	4,5	4,3	5,4	4,0	5,1	4,1	5,6
L.	39,7	46,8	48,3	57,0	48,6	53,9	51,1	60,2	51,9	60,6	49,3	58,6	54,3	65,2	58,03	69,6	52,3	64,6
N.	3,1	3,8	2,9	3,3	3,2	3,7	3,3	4,0	3,9	4,8	3,0	3,4	3,0	3,6	3,1	3,8	3,0	4,0
P.	10,5	14,1	11,1	15,5	10,3	13,3	9,3	13,1	11,6	15,7	10,5	13,7	10,0	13,7	9,2	13,2	8,5	12,3
R.	5,6	6,0	7,9	9,1	5,4	6,0	5,2	6,8	5,7	7,7	4,8	6,0	5,1	6,5	4,6	6,7	4,7	7,0
S.	2,6	3,1	2,5	3,3	4,1	4,2	3,1	4,4	3,1	4,2	4,2	4,3	3,5	4,7	3,9	4,7	4,3	5,4
W.	6,0	6,7	5,5	6,6	5,7	6,6	5,3	6,2	5,5	6,9	5,2	6,1	6,8	8,6	4,9	5,0	7,5	7,3
X.	1,8	2,1	1,6	2,2	2,0	2,3	1,9	2,4	2,1	2,3	1,8	2,3	2,1	2,4	1,7	2,2	2,6	2,5
Andre	4,9	6,5	5,1	7,1	5,3	7,0	4,8	7,7	5,1	8,6	4,6	7,0	5,2	7,3	4,9	6,7	5,8	7,5

Det er kjent at det eksisterer til dels store regionale forskjeller når det gjelder trygdeforbruk her i landet (Holm m. flere 1997). Fra tabell 4.6 ser vi at dette også er tilfellet når vi ser på insidensrater etter fylke. Vi ser også at hvilket fylke som har høyest hyppighet, varierer for de ulike diagnosekapitlene. Ser vi på diagnosekapittel L (muskel-skjelettsystemet) i 1997, er hyppigheten 69,6 per 1000 yrkesaktive i Troms, i Oslo er hyppigheten på 48,3. For diagnosekapittel P (psykisk) varierer hyppigheten fra 18,8 per 1000 yrkesaktive i Aust-Agder til 10 per 1000 i Vest-Agder.

Hva kan så forklare disse regionale forskjellene? En mulighet er at det kan være et utslag av tilfeldigheter. Et motargument mot dette er at det innen enkelte diagnosekapitler, som for eksempel muskel-skjellet, er de samme fylkene som ligger på topp og bunn i 1995 og 1997. Derfor bør man se etter andre potensielle forklaringer på de regionale forskjellene. En forklaring er at forskjellene skyldes ulik befolknings sammensetning. I forhold til de andre fylkene, har Oslo en forholdsvis ung befolkning. Det kan forklare hvorfor dette fylket har en lav hyppighet både innen diagnosekapittel K (hjerte-karsystemet) og kapittel L (muskel-skjelettsystemet). Til sammenligning har Hedmark med en eldre befolkning¹⁵, en høyere hyppighet innen de ovennevnte diagnosekapitelene.

Selv om alder er en faktor som har betydning for sykkeligheten, har man også funnet regionale forskjeller der hvor det er kontrollert for ulik alderssammensetning¹⁶. En faktor som har vist seg å ha betydning er flyttemønster. Regionale områder med en høy grad av tilflytting, scorer lavere på sykkelighetsindikatorer enn områder som er preget av fraflytting. Forklaringen er at personer som flytter gjerne har bedre helse enn personer som velger å bli fastboende. I tillegg til alder og mobilitetsmønstre, vil andre strukturelle faktorer som sysselsetting og næringsstruktur også kunne forklare regionale forskjeller i trygdeforbruk. Jo høyere sysselsetting i et fylke, desto større er risikoen for sykefravær.

4.3. Multivariate analyser

Problemet med bivariate analyser som er vist ovenfor, er at de fort blir uoversiktlige når vi ønsker å kontrollere for flere variabler. For å finne ut hvordan sykefraværet varierer ut fra ulike bakgrunnsegenskaper, er det hensiktsmessig å gjennomføre en multivariat analyse. På denne måten kan vi avgjøre hvordan den enkelte faktor påvirker sannsynligheten for sykefravær, når vi også tar hensyn til påvirkningen fra andre faktorer. Siden vi opererer med en dikotom avhengig variabel, sykefravær eller ikke sykefravær, finner vi det mest hensiktsmessig å benytte logistisk regresjon. Logit modellen anses å være mer hensiktsmessig enn en ordinær regresjonsmodell i slike tilfeller (se f.eks. Sørensen 1989)

I tabell 4.7 presenterer vi tre modeller for sannsynligheten for et sykepengefravær blant den yrkesaktive delen av befolkningen. I modell I ser vi på sannsynligheten for et sykepengefravær, uavhengig av diagnose. Modell II viser sannsynligheten for et sykepengefravær med diagnosen *muskel-skjelettlidelser* (L), mens modell III viser sannsynligheten for et sykefravær med diagnosen *psykisk* (P). Da det viktigste her er å se på påvirkningen fra ulike variabler, og ikke endringer over tid, er analysene kun foretatt på data fra 1997 (jfr. fotnote 13).

¹⁵ I Hedmark er 15, 5 prosent av befolkningen mellom 50 og 65 år. Tilsvarende andel for Oslo er på 13,4 prosent (Befolkningsstatistikk 1996:38).

¹⁶ Kilde Sören Brage.

Logitkoeffisientene i tabellen er ikke like intuitivt tolkbare som for eksempel ordinære regresjonskoeffisienter. Den enkleste presentasjonsformen er å se på fortegnet til koeffisientene. En positiv verdi øker sannsynligheten for et sykepengefravær, en negativ verdi reduserer sannsynligheten. Ved å eksponere logitkoeffisientene kan de tilnærmet tolkes som hvor mange ganger høyere (eller lavere) sannsynligheten for å få et fravær er i den ene kategorien, sammenlignet med den andre. Variablene alder, inntekt og fylke er konstruert som dummyvariabler. Dummyvariabler har en referansekategori, som de andre tolkes i forhold til. Det innebærer for eksempel at effekten av fylke, tolkes i forhold til Oslo som er referansekategorien.

Tabell 4.7. Logitmodell av sannsynligheten for sykefravær totalt, med muskel-skjelettdiagnose, og med psykisk diagnose. Tall fra 1997

	Modell I Alt Sykefravær	Modell II Muskel-skjelett diagnoser	Modell III Psykiske diagnoser
<i>Konstant</i>	-2,41*	-3,11*	-5,10*
<i>Kjønn</i> (kvinner=1)	0,56*	0,30*	0,74*
<i>Alder:</i>			
(ref.: 16-24 år)			
25-39 år	0,20*	0,17*	0,64*
40-55 år	0,27*	0,29*	0,81*
56-64 år	0,54*	0,46*	0,70*
65-70 år	0,15*	-0,00	0,09
<i>Inntekt</i>			
(ref.: 2,1-4 G)			
0,5-1,25 G	-1,77*	-1,78*	-1,44*
1,26-2 G	-0,80*	-0,77*	-0,61*
4,1-6 G	0,27*	0,22*	0,20*
6,1-8 G	-0,07*	-0,18*	-0,04
Over 8 G	-0,62*	-0,87*	-0,47*
<i>Fylke</i>			
(ref.: Oslo)			
Østfold	0,20*	0,29*	0,07*
Akershus	0,02	0,09*	-0,15*
Hedmark	0,17*	0,29*	-0,01
Oppland	0,16*	0,28*	0,02
Buskerud	0,16*	0,28*	0,03
Vestfold	0,07*	0,16*	0,06
Telemark	0,19*	0,26*	0,20*
Aust-Agder	0,18*	0,21*	0,29*
Vest-Agder	0,16*	0,18*	0,31*
Rogaland	-0,09*	-0,00	-0,01
Hordaland	0,05*	0,17*	0,05
Sogn og Fjordane	-0,02	0,10*	-0,09
Møre og Romsdal	0,09*	0,23*	-0,09*
Sør-Trøndelag	0,10*	0,21*	0,04
Nord-Trøndelag	0,01	0,17*	-0,07
Nordland	0,12*	0,29*	-0,08*
Troms	0,12*	0,36*	-0,13*
Finmark	0,11*	0,27*	-0,20*

* = signifikant på 0.01 nivå.

I alle tre modellene har kvinner større sannsynlighet enn menn for et sykefravær. Ved å eksponere koeffisienten for kjønn, finner vi at kvinner har 1,75 (=exp(0,56)) høyere odds enn menn for et sykefravær. For et sykefravær med diagnoser knyttet til muskel-skjelettsystemet er oddsen på 1,4, mens den for psykiske lidelser er på 2,1. Det er altså større kjønnsforskjeller når det gjelder psykiske diagnoser, enn når det gjelder muskel-skjelett diagnoser.

For alder ser vi at den yngste gruppen har lavest sannsynlighet for sykefravær i alle modellene. I modell I og II finner vi at sannsynligheten for sykefravær er størst for aldersgruppen 56-64 år, i modell III er derimot sannsynligheten størst for aldersgruppen 40-55 år. Den relativt lave effekten for den eldste aldersgruppen skyldes nok at de som er mest utsatt

for sykdom, allerede har forlatt arbeidsmarkedet. Antageligvis er det også flere som har redusert arbeidstid, og dermed en lavere eksponeringstid for sykefravær.

Effekten av inntekt viser en tydelig kurvlineær sammenheng. I alle modellene stiger sannsynligheten for et sykefravær opp til gruppen 4,1-6 G, deretter synker den igjen. Som nevnt under avsnitt 4.2.2. er dette en tendens som også har blitt rapportert i andre undersøkelser. Lav sannsynlighet for sykefravær blant de med lav inntekt kan forklares med at disse ikke jobber full tid, og dermed er mindre utsatt for sykefravær. Redusert sannsynlighet for sykefravær blant de med høy inntekt, kan skyldes faktorer som arbeidsforhold, livsstilsindikatorer eller seleksjonseffekter.

Ser vi på effekten av bosted, viser modell I at sannsynligheten for sykefravær gjennomgående er høyere i andre fylker sammenlignet med Oslo. Det eneste fylket med signifikant lavere sannsynlighet er Rogaland. Denne tendensen er enda tydeligere når vi ser på fravær med diagnoser innen muskel-skjelettsystemet. Derimot er bildet noe annerledes for psykiske diagnoser. Her er det flere fylker med signifikant lavere sannsynlighet for sykefravær enn Oslo, blant annet de tre nordligste fylkene.

For kort å oppsummere denne analysen ser vi at de funn som kom frem i de bivariate analysene, opprettholdes selv når vi kontrollerer for flere uavhengige variabler. Blant annet ser vi at kvinner har høyere sykefravær enn menn, selv når vi kontrollerer for alder og inntekt.

5. Drøfting og oppsummering

Utgangspunktet for denne rapporten var å undersøke i hvilken grad sykefraværets diagnosesammensetning har endret seg de siste årene. Fra 1994 og frem til i dag har vi opplevd en betydelig økning i sykefraværet totalt sett. Vi ønsket å undersøke om denne økningen har vært lik for alle diagnosegrupper, eller om den relative økningen har vært større innen enkelte diagnoser.

Våre empiriske resultater tyder på at perioden 1994-1999 i stor grad har vært preget av diagnosestabilitet. Selv om sykefraværet har økt, er det fortsatt slik at andelen med de ulike diagnosene er relativt uendret. Den største endringen finner vi for sykepengetilfeller med diagnosen *psykisk*. Andelen sykepengetilfeller med denne diagnosen har økt fra 9,8 prosent i 1994 til 14,47 prosent i 1999. Totalt sett utgjør dette en økning på over 30.000 sykepengetilfeller.

I andre del av rapporten har vi sett på hvordan sannsynligheten for sykefravær varierer etter kjønn, alder, inntekt og fylke. Grovt sett fant vi at sannsynligheten for sykefravær er lavest blant yngre menn med høy inntekt som er bosatt i Oslo eller Rogaland. Høyest sannsynlighet finner vi for eldre kvinner med middels inntekt bosatt i et av Sørlandsfylkene.

Hvilke konklusjoner kan vi trekke på bakgrunn av våre analyser? En hypotese er at økningen i sykefraværet de siste årene, skyldes at nye grupper med svakere helse er kommet inn på arbeidsmarkedet. Gitt at dette er en gruppe med et annet sykdomsmønster enn resten av befolkningen, ville det være rimelig å hevde at deres inntog på arbeidsmarkedet ville medføre et endret diagnosemønster. Våre analyser har vist at dette ikke er tilfelle. Våre funn tyder på at den gruppen som har kommet inn på arbeidsmarkedet de siste seks årene, i stor grad har det samme diagnosemønsteret som de som allerede var etablert på arbeidsmarkedet.

I hvilken grad de nye på arbeidsmarkedet har hyppigere sykefravær, kan vi *ikke* si noe om på bakgrunn av denne analysen.

Enkelte har hevdet at det de siste årene har skjedd en endring i befolkningens sykdomsmønster. Livsstilsendringer og kvinners inntreden på arbeidsmarkedet har ført til fremvekst av nye sykdommer og lagt grunnlaget for et nytt sykdomspanorama (Pedersen 1997). I tillegg er mange av de større infeksjonssykdommene på retur blant befolkningen. Av andre sykdommer som har økt i omfang, viser tall fra Helseundersøkelsene en klar økning av hudsykdommer i befolkningen (Øverås 1995).

Resultatene fra våre analyser støtter ikke opp om antagelsene om et nytt sykdomsmønster. Bortsett fra økningen i andelen med psykiske diagnoser, har perioden vært preget av diagnosestabilitet. Spørsmålet er om vår analyseperiode på seks år er for kort til å kunne fange opp eventuelle endringer i diagnosemønsteret. Vår hovedproblemstilling har vært å undersøke diagnosemønsteret i forhold til økningen i sykefravær, det er nok klart at perioden er for snever for å kunne vurdere mer grunnleggende endringer i befolkningens sykdomsmønster som følge av endringer på samfunnsnivå.

Vår analyse har vist at sykefraværet i stor grad er konsentrert rundt et fåtall diagnosekapitler. Bare diagnoser knyttet til muskel-skjelettsystemet utgjør cirka halvparten av alle avsluttede sykepengetilfeller. Dette er viktig informasjon i forhold til trygdeetatens arbeid med oppfølging av sykmeldte, spesielt når vi vet at mange sykefraværstilfeller med denne diagnosen skyldes belastningslidelser som har oppstått i yrkeslivet.

Som nevnt innledningsvis har det de siste årene blitt rettet økt fokus på strømmingene mellom ulike trygdeytelser. For mange er sykepenge starten på en lengre karriere innen trygdesystemet, for enkelte ender ikke vandringen før de har blitt tilstått uførepensjon. Parallelt med økningen på sykepengeområdet har det vært en økning i antall nye uførepensjonister. Antall nye uførepensjonister steg fra 19.900 i 1993 til 28.400 i 1997 (Rikstrygdeverket 1999). Ser vi på nye uførepensjonister innen diagnosegrupper, finner vi at sykdommer i skjelett-muskelsystemet og bindevevet utgjør den største gruppen (Rikstrygdeverket 1999:203). Den største økningen de siste årene finner vi i gruppen med sinnslidelser som primærdiagnose.

Sammenhengen mellom økningen i diagnosen psykisk på sykepengeområdet, og diagnosegruppen sinnslidelser på uførepensjonsområdet er neppe tilfeldig¹⁷. Diagnosesammen-setningen på sykepengeområdet, vil med stor sannsynlighet få konsekvenser for forholdene på uføreområdet. Siden utviklingen på uføreområdet tidsmessig ligger etter utviklingen på sykepengeområdet, gir det grunn til å tro at andelen med sinnslidelser som uførediagnose vil fortsette å øke. En viktig oppgave i tiden fremover, vil derfor være å drøfte hvilke tiltak som kan iverksettes for å hindre en slik utvikling. Dette er en stor utfordring da tiltak både i oppfølgings- og behandlingssammenheng vil måtte tilpasses det store ”spennet” i diagnoser blant de psykiske lidelsene – fra personer med lettere psykiske lidelser til tungpsykiatri.

¹⁷ Da diagnoser på Uføreområdet baserer seg på ICD-9, er ikke de to gruppene helt sammenlignbare.