

LEGEMELDT SYKEFRAVÆR 2000–2012

FLERE BLIR SYKMELDT FOR SYMPTOMER OG PLAGER

Av Søren Brage, Jon Petter Nossen og Ola Thune

Sammendrag

Artikkelen handler om legenes diagnosesetting ved sykmelding. Vi undersøker utviklingen i bruken av sykdomsdiagnoser på den ene siden, versus mer uklare symptomer og plager på den andre. Et hovedfunn fra vår analyse er at det fra 2000 til 2012 har skjedd en dreining mot mer bruk av symptomer og plager som sykmeldingsårsak, mens sykdomsdiagnoser brukes i mindre utstrekning enn tidligere.

I andre kvartal 2012 var det legemeldte sykefraværet med diagnoser av typen symptomer og plager på 2,0 prosent, mot 1,7 prosent i andre kvartal 2000. Økningen skyldes i hovedsak at det er blitt flere sykefraværstilfeller med disse diagnosene, men også at fraværene har blitt lengre. I samme periode ble sykefraværet med sykdomsdiagnoser redusert fra 4,5 prosent til 3,2 prosent. Nedgangen i bruk av sykdomsdiagnoser skyldes at det er blitt færre tilfeller med slike diagnoser. Det er store kjønnsforskjeller, og kvinner har dobbelt så høyt sykefravær på grunn av symptomer og plager som menn.

Endringen i diagnosesettingen for sykmeldte kan gjenspeile faktiske forandringer i hvilke helseproblemer pasientene trenger sykmelding for, men kan også være uttrykk for en økende forsiktighet i diagnosesettingen fra legenes side. En tredje mulighet er at terskelen for sykmelding generelt er blitt lavere.

Et eksempel på en symptomdiagnose som brukes mer enn før, er diagnosen «slapphet/tretthet». Dette er en diagnose som legene benytter når de ikke finner en underliggende medisinsk forklaring. Tretthet kan også være relatert til livsstil eller belastende livssituasjoner knyttet til for eksempel familiesituasjon eller forhold på arbeidsplassen. Vi finner også en økt bruk av symptomdiagnoser innen psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og svangerskapslidelser.

En uklar, subjektiv diagnose har liten nytteverdi for oppfølgingsarbeidet overfor den sykmeldte, og slike diagnoser gir heller ikke et godt bilde på hva som er de reelle årsakene til at folk ikke kan være i arbeid. Etter vårt syn bør NAV gå i dialog med landets allmennleger for å diskutere diagnosesettingen ved sykmelding mer grundig. Det gjelder særlig ved langtidssykmelding, hvor man skulle tro at legene bør være i stand til å angi mer presise sykdomsdiagnoser.

Innledning

Sykmeldingsdiagnosene brukes aktivt ved NAV-kontorenes oppfølging av sykmeldte. Det er viktig med så presise og uttømmende diagnoser som mulig. Det har vært lagt stor vekt på legenes rolle og oppgaver i sykefraværarbeidet, spesielt deres sykmeldingspraksis.

Den offisielle sykefraværstatistikken for Norge har blitt produsert av NAV og SSB i fellesskap siden annet kvartal 2000. I NAVs sykefraværregister finnes diagnosekoder oppgitt av lege eller annen sykmelder på den enkelte sykmelding. Når ny statistikk publiseres, gis det en fordeling av det legemeldte sykefraværet på diagnosehovedgrupper.¹ Det er likevel aldri blitt publisert en grundigere analyse av de detaljerte diagnoseopplysningene, med unntak av en tidligere artikkel i Arbeid og velferd, hvor vi begrenset oss til å se på de psykiske diagnosene (Brage m.fl. 2012). Sykefraværstatistikk fordelt på detaljerte diagnoseopplysninger finnes i liten grad i andre land, så NAV sitter her på et unikt datamateriale som i liten grad er blitt utnyttet.

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i alt legemeldt sykefravær. Vi vil se på hvordan sykefraværet fordeler seg både på diagnosekapitler og på det som benevnes som henholdsvis «symptomer og plager» og «sykdomsdiagnoser» (se faktaboks). Vi vil også se på hvordan diagnosesettingen har endret seg over tid, og vi vil gå nærmere inn på noen av de mest brukte enkeltdiagnosene. Vi bruker sykefraværdata for annet kvartal hvert år i hele perioden 2000–2012 for å belyse disse problemstillingene.

I vår tidligere artikkel om sykefravær på grunn av psykiske lidelser (Brage m.fl. 2012), fant vi at det har vært en kraftig økning i sykefravær knyttet til undergruppen lettere psykiske lidelser, som i hovedsak omfatter symptomer og plager. Nivået for de fleste andre og mer alvorlige psykiske diagnosene har vært stabilt eller hatt en reduksjon. Når vi så nærmere på de lettere psykiske lidelsene, fant vi at

¹ Det gis fordelinger både av antall sykefraværstilfeller og tapte dagsverk, se <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rstatistikk>. For egenmeldt sykefravær finnes det ingen diagnoseopplysninger.

Koding etter International Classification of Primary Care (ICPC-2)

Diagnosen på sykmeldingsblanketten settes av legen eller annen sykmelder og kodes etter den internasjonale standarden ICPC-2. Diagnosene er i standarden inndelt i 17 kapitler. En del av kapitlene blir svært sjelden brukt ved sykmelding.

Tapte årsverk 2. kvartal 2012, fordelt på diagnosekapitlene i ICPC-2. Prosentandel.

| Kapittel | Andel (%) |
|---|-----------|
| A - Allment og uspesifisert | 6,4 |
| B - Blod, bloddannende organer og immunsystemet | 0,7 |
| D - Fordøyelsessystemet | 4,8 |
| F - Øye | 0,7 |
| H - Øre | 0,8 |
| K - Hjerte-karsystemet | 4,6 |
| L - Muskel- og skjelettsystemet | 39,7 |
| N - Nervesystemet | 5,1 |
| P - Psykisk | 19,5 |
| R - Luftveier | 5,5 |
| S - Hud | 1,8 |
| T - Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer | 1,8 |
| U - Urinveier | 0,8 |
| W - Svangerskap, fødsel og familieplanlegging | 5,4 |
| X - Kvinnelige kjønnsorganer | 2,0 |
| Y - Mannlige kjønnsorganer | 0,5 |
| Z - Sosiale problemer | 0,0 |

Hvert kapittel er videre inndelt i *symptomer og plager* (kode 1–29) og *sykdomsdiagnoser* (kode 70–99). På ICPC-2 kodekortene angis følgende: «Legen skal primært kode sykdomsdiagnosen (nummer 70–99) dersom det ut fra klinisk vurdering er mulig å stille sykdomsdiagnose. Dersom dette ikke er mulig, skal legen sekundært angi kode for pasientens symptomer eller plager (nummer 1–29)».

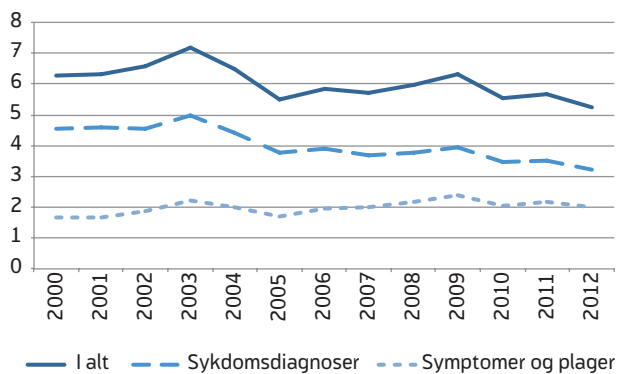
Hvorvidt en helsetilstand skal regnes som et symptom eller en sykdomsdiagnose er ikke alltid klart. I ICPC regnes fibromyalgi som symptom/plage, mens nakke- og rygg syndrom (som ofte bare kan defineres av personens symptomer) regnes som sykdomsdiagnoser. Stort sett er grupperingen imidlertid intuitivt logisk og konsekvent.

Det har ikke skjedd vesentlige endringer i ICPC med hensyn til hva som regnes som henholdsvis symptomer og plager og sykdomsdiagnoser. Ved innføringen av ICPC-2 i 2004 ble det imidlertid gitt kriterier for koding av de fleste diagnoser. Dette var ikke tilfelle når ICPC-1 var i bruk. En må derfor anta at bruken av diagnosekodene er blitt mer enhetlig etter 2004, selv om det ikke er kjent i hvilken grad legene bruker kriteriene i praksis.

økningen i all hovedsak skyldtes symptomer og plager, nærmere bestemt «situasjonsbetinget psykisk ubalanse» og «uspesifiserte psykiske symptomer og plager».

Vi ønsker i denne artikkelen å se nærmere på om det generelt er slik at diagnoser som viser til symptomer og plager blir hyppigere brukt som sykmeldingsårsak, mens sykdomsdiagnoser brukes i mindre grad enn før. Vi vil også se på utviklingen i diagnosesettingen innenfor de enkelte diagnosekapitlene og utviklingen for noen vanlige enkelt diagnoser. Videre beskriver vi forskjeller i diagnosefordelingen og -utviklingen mellom kvinner og menn, for ulike aldersgrupper og ulike fylker. Til sist vil vi se på om utviklingen for diagnosegruppene kan forklares med at flere (eventuelt færre) har blitt sykmeldt, at sykefraværstilfellene har blitt kortere eller lengre, eller om gradert sykmelding har blitt mer eller mindre vanlig. Psykiske lidelser vil i liten grad bli omtalt, vi henviser i stedet til vår tidligere artikkel (Brage m.fl. 2012).

Figur 1. Legemeldt sykefravær, etter diagnosetype. Sykefraværprosent. 2. kvartal



Kilde: NAV

Økende andel symptomer og plager

Den generelle utviklingen i sykefraværet med toppunkter i 2003 og 2009, er grundig drøftet i andre sammenhenger og tas ikke nærmere opp her (se for eksempel Nossen og Thune 2009; Nossen 2011). Vi ønsker å se på fordelingen av det legemeldte sykefraværet på de to diagnosetypene sykdomsdiagnoser og symptomer/plager (se faktaboks), og hvordan utviklingen har vært i perioden 2000–2012 (figur 1).

Vi måler her sykefraværet for hver diagnosetype som tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk, altså på samme måte som sykefraværprosenten beregnes i den offisielle statistikken.

I annet kvartal 2000 og 2012 var det legemeldte sykefraværet på henholdsvis 6,3 og 5,2 prosent. Ved størsteparten av det legemeldte fraværet benyttes sykdomsdiagnoser, men det har vært en markant nedgang i bruken av denne typen diagnoser i perioden vi ser på. Sykefravær med begrunnelse i sykdomsdiagnoser lå i 2002 på 4,5 prosent, mens det i 2012 var sunket til 3,2 prosent. I samme periode har sykefravær på grunn av symptomer og plager økt fra 1,7 til 2,0 prosent. Nedgangen vi har hatt i sykefraværet i perioden har da i sin helhet skjedd innenfor den delen av sykefraværet som skyldes sykdomsdiagnoser. Selv om sykdomsdiagnoser fortsatt ligger til grunn for størstedelen av sykefraværet, har andelen av sykefraværet grunnet symptomer og plager økt fra 26 til 39 prosent.

Økningen i bruk av symptomer og plager i perioden vi ser på har sannsynligvis flere årsaker. Legene skal bruke så presise diagnoser som mulig, men ikke mer presise enn det er grunnlag for. I juli 2011 ga Helsedirektoratet ut en faglig veileder for sykmeldere i samarbeid med NAV og Legeforeningen (Helsedirektoratet 2011). Den gir mange generelle råd om arbeidet med sykmeldte, men i mindre grad om hvordan diagnoser skal settes. Imidlertid sies det i veilederen: «Det er viktig å være bevisst på at en sykdomsdiagnose kan få konsekvenser for pasienten ved tegning av forsikring og at diagnosekoder legger grunnlag for helsestatistikk og helseplanlegging». Slike råd kan ha medvirket til at sykmelderne er blitt mer forsiktige i sin diagnosesetting, og bruker sykdomsdiagnoser kun når de er sikre.

Selv om veilederen først ble innført i 2011, kan en del av rådene ha blitt kommunisert tidligere i andre sammenhenger og dermed ha påvirket utviklingen i perioden.

En annen tenkbar årsak er registreringsrutinene når legene skriver sykmeldinger. Ved første gangs sykmelding brukes gjerne et symptom eller en plage som den sykmeldte selv presenterer, eksempelvis «hoste» som diagnose. Ved senere forlengelse av

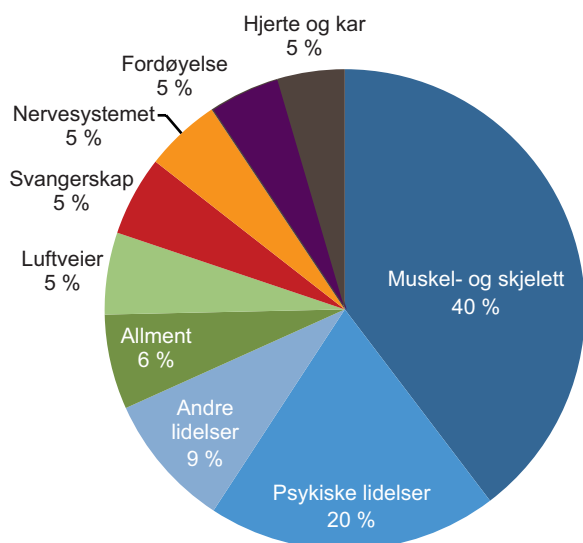
sykefraværet kan denne koden bli stående selv om den egentlige sykdommen, eksempelvis «bronkitt», er blitt avdekket. Dette kan ha medvirket til at andelen sykefravær med symptomer og plager er overestimert. Dersom legene de senere år har blitt mindre nøye enn tidligere med å endre diagnosen på sykmeldingene når det er grunnlag for det, kan det også forklare noe av utviklingen.

Allmenne plager mer vanlig som sykmeldingsårsak

Som vist i faktaboks, er en del ICPK-kapitler sjelden brukt ved sykefravær. I analysen har vi derfor slått sammen diagnosekapitler som svarer for mindre enn tre prosent av sykefraværet til gruppen «Andre lidelser». Figur 2 viser den prosentvise fordelingen av sykefraværet etter diagnosekapittel i annet kvartal 2012. Vi ser at «muskel- og skjelettsystemet» (40 % av alt sykefravær) og «psykiske lidelser» (20 %) var de mest brukte diagnosekapitlene ved sykefravær

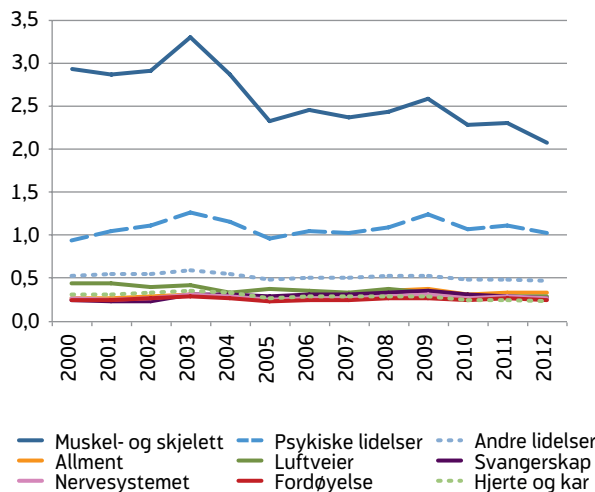
Utviklingen i perioden 2000–2012 er vist i figur 3. Siden 2000 har sykefravær med diagnose innen muskel- og skjelettsystemet gått ned, mens sykefravær med psykiske lidelser som diagnose har økt. I tabell 1 vises den relative endringen i perioden 2000–2012 for hvert av diagnosekapitlene.

Figur 2. Legemeldt sykefravær, etter diagnosekapittel. Prosent. 2. kvartal 2012



Kilde: NAV

Figur 3. Legemeldt sykefravær, etter diagnosekapittel. Sykefraværprosent. 2. kvartal



Kilde: NAV

I perioden 2000–2012 hadde det legemeldte sykefraværet samlet sett en klar nedgang med 16 prosent. Det var imidlertid en tydelig økning for allmenne og uspesifiserte lidelser, svangerskapslidelser og psykiske lidelser. Den kraftige nedgangen i muskel- og skjelettlidelser mer enn oppveiet dette og bidro dermed sterkt til nedgangen samlet sett. Det var også en betydelig nedgang i sykefravær som skyldtes lidelser i luftveiene og i hjerte-karsystemet samt «andre lidelser», mens lidelser knyttet til nervesystemet og fordøyelsessystemet var stabile.

Tabell 1. Legemeldt sykefravær, etter diagnosekapittel. Sykefraværprosent. 2. kvartal

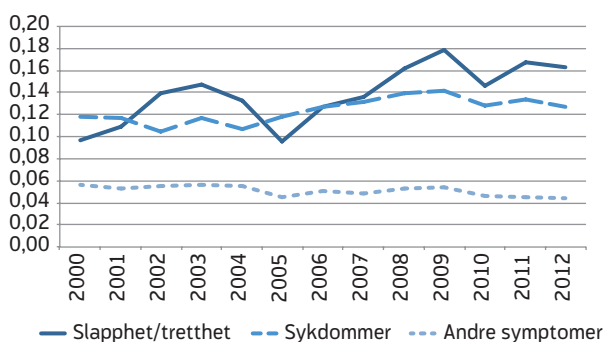
| | Sykefraværprosent | | % endring |
|-----------------------------|-------------------|-------------|------------|
| | 2000 | 2012 | |
| Muskel- og skjelettsystemet | 2,93 | 2,08 | -29 |
| Psykisk | 0,94 | 1,02 | 9 |
| Andre kapitler | 0,54 | 0,47 | -12 |
| Allment og uspesifisert | 0,27 | 0,34 | 24 |
| Luftveier | 0,45 | 0,29 | -36 |
| Svangerskap og fødsel | 0,24 | 0,28 | 16 |
| Nervesystemet | 0,27 | 0,27 | 1 |
| Fordøyelsessystemet | 0,25 | 0,25 | -1 |
| Hjerte- og karsystemet | 0,33 | 0,24 | -27 |
| Total | 6,26 | 5,24 | -16 |

Kilde: NAV

Tiltagende slapphet og tretthet i befolkningen?

Diagnosekapitlet «allment og uspesifisert» inneholder allmenne og diffuse plager som ikke tyder på en bestemt sykdom. I tillegg inneholder kapitlet noen infeksjonssykdommer. Utviklingen for dette diagnosekapitlet vises i figur 4.

Figur 4. Legemeldt sykefravær med diagnose innen diagnosekapitlet «Allment og uspesifisert», etter diagnosetype og enkeltdiagnose. Sykefraværsprosent. 2. kvartal



Kilde: NAV

Økningen i sykefraværet knyttet til dette kapitlet skyldes i hovedsak en sterk økning i bruk av «slapphet/tretthet» som sykmeldingsdiagnose. Denne diagnosen svarte i 2012 for 49 prosent av alt sykefravær knyttet til kapitlet. I løpet av 12-årsperioden vi ser på, økte sykefraværet med «slapphet/tretthet» med 69 prosent. Andre symptomer og plager i kapitlet gikk samlet ned med 21 prosent, mens det var en svak økning (7 %) i bruk av sykdomsdiagnoser. Bruken av «slapphet/tretthet» som sykmeldingsårsak har gått mye opp og ned i perioden, og ble kraftig redusert i forbindelse med sykmeldingsreformen og innføring av ICPC-2 i 2004. Imidlertid økte den igjen til et nytt toppunkt i 2009, og har fortsatt å ligge høyt siden.

Det er vanskelig å finne noen god forklaring på den økte bruken av «slapphet/tretthet» som diagnose ved sykmelding. I mange tilfeller ligger det trolig ingen alvorlige, medisinske tilstander bak diagnosen. Det må antas at behandlende lege utelukker åpenbare medisinske årsaker til tretthet, slik som kreft, blodmangel eller infeksjonssykdommer. «Tretthet/slapphet» som sykmeldingsdiagnose er derfor i mange tilfeller antagelig medisinsk uforklart, og kanskje ikke heller et medisinsk problem. Kanskje dreier det seg i mange

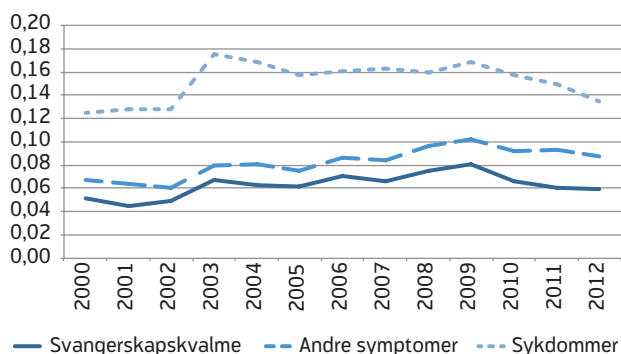
tilfeller om andre problemer – generell tretthet på grunn av livsstil, for lite søvn eller belastende livssituasjoner i familien eller på arbeidsplassen.

Den sterke økningen i uforklart tretthet er urovekkende. I oppfølgingsarbeidet med sykmeldte har NAV som mål å følge opp sykefraværstilfeller med uklar diagnose etter 8 ukers sykmelding. Sykmeldende lege kan da kontaktes for å utdype hvilke medisinske eller andre problemer den sykmeldte har. Dersom dette gjør legene mer bevisst på diagnosesettingen, vil det på sikt muligens motvirke en fortsatt økning av «slapphet/ tretthet» som diagnose.

Økende fravær på grunn av svangerskapslidelser

Det er kjent fra tidligere at sykefravær ved svangerskap er høyt (Myklebø og Thune 2010). I våre data finner vi en økning i sykefravær knyttet til svangerskapslidelser i perioden 2000–2012 på 16 prosent, selv om det legemeldte sykefraværet samlet gikk ned. Økningen var mest tydelig for symptomer og plager og mindre uttalt ved svangerskaps sykdommer (figur 5). Det hyppigst forekommende symptomet var kvalme/brekninger i svangerskap, som stod for 21 prosent av sykefraværet knyttet til svangerskapslidelser.

Figur 5. Legemeldt sykefravær med diagnose innen svangerskap/fødsel, etter diagnosetype og enkeltdiagnose. Sykefraværsprosent. 2. kvartal



Kilde: NAV

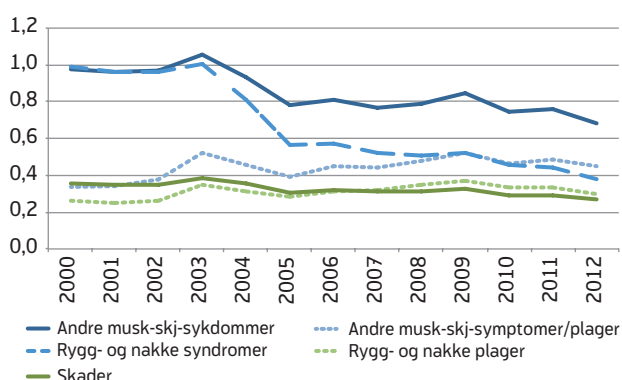
Bruken av diagnosen kvalme/brekninger i svangerskap økte i perioden med 16 prosent, mens andre symptomer og plager økte med 30 prosent. Vi ser også at det var en markant økning i både sykdomsdiagnoser og symptomer og plager relatert til

svangerskap fra annet kvartal 2002 til annet kvartal 2003. Dette kan henge sammen med innføringen av en ordning med refusjon av sykepengen i arbeidsgiverperioden for svangerskapsrelatert sykefravær. Selv om ordningen trådte i kraft fra april 2002, og dermed burde slått ut i tallene fra annet kvartal 2002, tok det trolig noe tid før ordningen ble kjent, og den kan derfor godt ha slått ut på våre statistikker først i annet kvartal 2003. Det er usikkert om økningen i disse diagnosene skyldes at regelendringen bidro til økt sykefravær blant gravide, eller om endringen kan forklares med at gravide etter regelendringen reduserte bruken av egenmeldinger og i stedet fikk flere sykmeldinger.

Færre sykmeldes på grunn av sykdommer i muskel- og skjelettsystemet

Som vi så av figur 3, er den viktigste forklaringen på nedgangen i legemeldt sykefravær i perioden 2000–2012 den betydelige nedgangen i fravær knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Vi skal her se nærmere på dette diagnosekapitlet, og spesielt diagnoser knyttet til nakke og rygg, samt skader (figur 6).

Figur 6. Legemeldt sykefravær med diagnose innen muskel- og skjelettsystemet, etter diagnosetype og enkeltdiagnose. Sykefraværprosent. 2. kvartal



Kilde: NAV

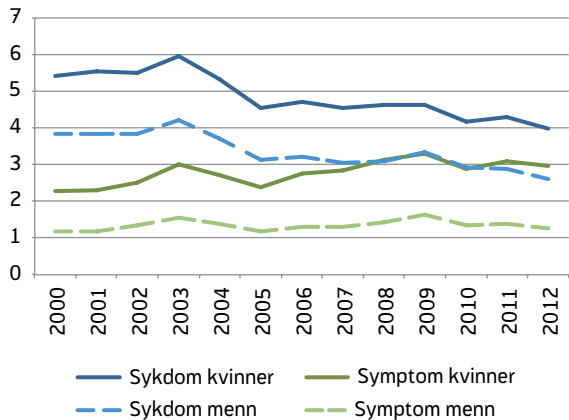
Legemeldt sykefravær på grunn av sykdomsdiagnoser knyttet til muskel- og skjelettsystemet har vist en betydelig nedgang siden 2000. Spesielt har det vært en sterk reduksjon i nakke og rygg-syndromer som sykmeldingsårsak, slik at dette fraværet har blitt mer enn halvert. En stor del av denne nedgangen kom i 2004–2005, det vil si i forbindelse med sykmeldingsreformen og innføringen av ICPC-2. Også skader og andre muskel- og skjelettsykdommer har blitt redusert. Derimot har mer uklare symptomer og plager fra nakke og rygg vist en økning som sykmeldingsårsak. Det samme gjelder andre symptomer/plager i muskel- og skjelettsystemet.

Ved en mer detaljert gjennomgang av diagnoser (ikke vist i figur) har alle enkeltsykdommer vist en nedgang, med unntak av slitasjegikt i knær. De aller fleste symptomer/plager, inklusive skulderplager, kneplager og fibromyalgi har vist en økning. En mulig medvirkende årsak til reduksjonen i sykefravær på grunn av sykdommer i nakke og rygg, kan være den store oppmerksomheten som har vært rettet mot disse lidelsene (Brage m.fl. 2010). Det er blitt gitt sterke anbefalinger om aktivitet og å opprettholde en viss arbeidsinnsats selv ved betydelige plager.

Kjønnforskjellen øker mest for symptomer og plager

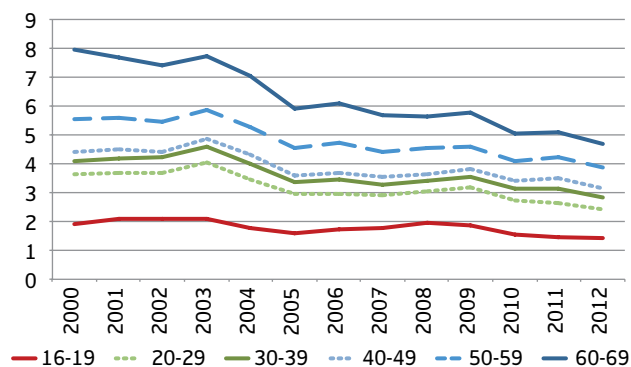
Utviklingen i bruk av sykdomsdiagnoser i perioden er relativt lik for kvinner og menn, men nedgangen er noe sterkere for menn. Samtidig har sykefraværet på grunn av symptomer og plager økt langt mer for kvinner enn for menn (figur 7). For kvinner økte dette sykefraværet fra 2,3 prosent i 2000 til 3,0 prosent i 2012, mens det for menn økte fra 1,2 til 1,3 prosent. Både nedgangen i bruken av sykdomsdiagnoser og økningen i symptomer og plager bidrar til at symptomenes andel av det legemeldte sykefraværet har økt gjennom hele perioden både for kvinner og menn. For kvinner økte andelen fra 30 prosent i 2000 til 43 prosent i 2012, mens den for menn økte fra 24 til 33 prosent.

Figur 7. Legemeldt sykefravær, etter diagnosetype og kjønn. Sykefraværspersent. 2. kvartal



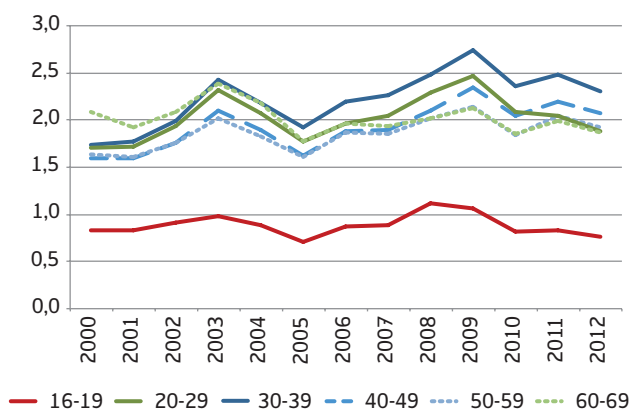
Kilde: NAV

Figur 8. Legemeldt sykefravær med sykdomsdiagnose, etter alder. Sykefraværspersent. 2. kvartal



Kilde: NAV

Figur 9. Legemeldt sykefravær med symptom-/plagediagnose, etter alder. Sykefraværspersent. 2. kvartal



Kilde: NAV

Fra tidligere vet vi at kvinner (særlig når gravide er inkludert) har et langt høyere legemeldt sykefravær enn menn. I vårt tallmateriale har kvinner 53 prosent høyere fravær enn menn i 2000, og forskjellen har økt til 79 prosent i 2012. Det viser seg at kjønnsforskjellen er mindre når vi bare ser på sykdomsdiagnoser: Her finner vi en økning i perioden fra 41 til 53 prosent. For sykefravær knyttet til symptomer og plager er kjønnsforskjellen betydelig større og har også økt mer i perioden. Forskjellen var 91 prosent i 2000 og 133 prosent i 2012.

Symptomer og plager økte mest i alderen 30-49 år

Sykefravær knyttet til en sykdomsdiagnose øker med tiltagende alder (figur 8). For alle aldersgrupper er det en klar nedgang i bruken av sykdomsdiagnoser, men nedgangen fra 2000 til 2012 er størst for den eldste aldersgruppen, med 41 prosent.

Når det gjelder sykefravær som skyldes symptomer og plager fant vi ikke noen tydelige forskjeller med hensyn til alder, men de aller yngste skilte seg ut både ved å ha det laveste fraværet og ikke å ha noen økning i perioden (figur 9). Aldersgruppene 30-39 år og 40-49 år hadde klart størst økning i sykefravær knyttet til symptomer og plager, med en økning på henholdsvis 33 og 30 prosent.

Selv om det legemeldte sykefraværet samlet sett er redusert, ser vi samtidig en forskyvning fra sykdomsdiagnoser til symptomer og plager. Denne utviklingen var særlig tydelig for de to aldersgruppene hvor sysselsettingsandelen er høyest, 30-39 år og 40-49 år. Dette er illustrert i figur 10. Vi ser også at til tross for den langsiktige trenden, hvor bruken av sykdoms- og symptomdiagnosene beveger seg i motsatt retning, har både symptom- og sykdomsdiagnosene toppunkter i 2003 og 2009 for begge aldersgruppene. Disse toppunktene sammenfaller med toppunktene for sykefraværet generelt (Nossen og Thune 2009; Nossen 2011).

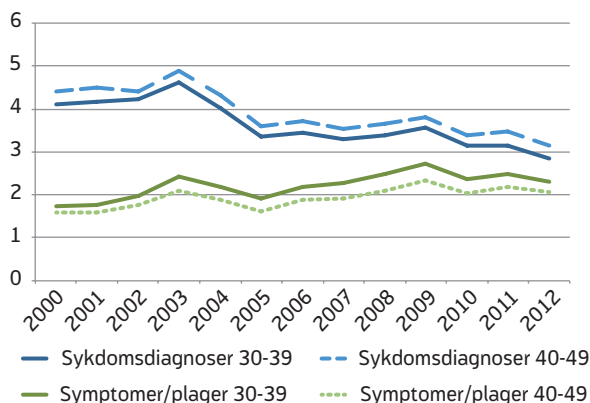
Den relative økningen i bruk av symptomer og plager i aldersgruppene 30-49 år var mest uttalt for kvinner (ikke vist i figur).

Tabell 2. Indikatorer på hyppighet, varighet og bruk av gradering for legemeldte sykefraværstilfeller som startet i 2. kvartal, etter diagnosestype og kjønn

| | Antall tilfeller per 1000 arbeidstakere | | Gjennomsnittlig varighet (dager) | | Andel fulltids-sykmeldte (%) | |
|-----------------------|---|------|----------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 | 2000 | 2011 |
| I alt | 144 | 127 | 37 | 37 | 90 | 83 |
| Symptomer/plager | 42 | 49 | 33 | 36 | 90 | 80 |
| Sykdomsdiagnoser | 102 | 79 | 38 | 37 | 90 | 84 |
| Kvinner. I alt | 170 | 159 | 37 | 37 | 88 | 80 |
| Symptomer/plager | 52 | 65 | 35 | 37 | 87 | 77 |
| Sykdomsdiagnoser | 118 | 94 | 38 | 37 | 89 | 82 |
| Menn. I alt | 120 | 97 | 35 | 37 | 93 | 86 |
| Symptomer/plager | 32 | 33 | 29 | 34 | 93 | 86 |
| Sykdomsdiagnoser | 87 | 64 | 37 | 38 | 93 | 87 |

Kilde: NAV

Figur 10. Legemeldt sykefravær etter diagnosestype og alder. Sykefraværspersent. Aldersgruppene 30-39 og 40-49 år. 2. kvartal



Kilde: NAV

Geografiske variasjoner i bruk av symptom-/plage -diagnoser

Den relative nedgangen i sykefravær knyttet til sykdomsdiagnoser varierte fra 18 prosent i Nord-Trøndelag til 37 prosent i Vest-Agder (ikke vist i figur). For symptomer og plager var det en større forskjell i relativ økning: Fra 0 i Oslo til 54 prosent i Nordland. Nivået på sykefraværet knyttet til symptomer og plager ved utgangen av perioden var imidlertid høyest i Troms.

Kvinner har like lange fravær uansett diagnosestype

For å undersøke om økningen i sykefraværet skyldtes flere tilfeller, lengre varighet eller mindre bruk av gradert sykmelding, gjorde vi en dekomponering for 2. kvartal 2000 og 2011² (se faktaboks). I 2011 var det i gjennomsnitt 127 sykefraværstilfeller pr 1000 arbeidstakere, med en gjennomsnittlig varighet på 37 dager (tabell 2). 83 prosent hadde ingen gradering i løpet av sykefraværet. Dette skyldes at mange sykefravær er korte og at korte fravær sjelden er graderte.

Hyppighet, varighet og gradering

Den påviste økningen i sykefraværet på grunn av symptomer og plager kan skyldes både at det ble flere sykefraværstilfeller med slike diagnoser, at fraværene ble lengre, eller at det var en redusert bruk av gradert sykmelding for disse fraværene. For å forsøke å dekomponere det legemeldte sykefraværet i hyppighet, varighet og gradering av sykefraværstilfeller, tok vi utgangspunkt i alle sykefraværstilfeller som startet i 2. kvartal hvert år. Hyppigheten ble angitt som antall nye tilfeller per 1000 arbeidstakere. Varigheten ble målt i antall kalenderdager fra første til siste sykmeldingsdag. For å fange opp endringer i bruken av gradert sykmelding, beregnet vi andelen av sykefraværstilfellene som ikke på noe tidspunkt hadde gradert sykmelding (andelen fulltidssykmeldte).

² Tall for tilfellene som startet i 2. kvartal 2012 er ikke tilgjengelig.

Tabell 3. Legemeldt sykefravær i 2. kvartal og indikatorer på hyppighet, varighet og bruk av gradering for legemeldte sykefraværstilfeller som startet i 2. kvartal, etter diagnosetype og kjønn. Prosentvis endring 2. kvartal 2000 – 2. kvartal 2011

| | Sykefravær- prosent | Antall tilfeller per 1000 arbeidstakere | Gjennomsnittlig varighet | Andel fulltids- sykmeldte |
|-----------------------|------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| <i>I alt</i> | -9 | -12 | +1 | -8 |
| Symptomer/plager | +29 | +17 | +11 | -11 |
| Sykdomsdiagnoser | -22 | -23 | -2 | -7 |
| <i>Kvinner. I alt</i> | -4 | -6 | -2 | -9 |
| Symptomer/plager | +36 | +26 | +7 | -12 |
| Sykdomsdiagnoser | -21 | -20 | -4 | -7 |
| <i>Menn. I alt</i> | -15 | -19 | +4 | -7 |
| Symptomer/plager | +17 | +3 | +15 | -8 |
| Sykdomsdiagnoser | -25 | -27 | +2 | -6 |

Kilde: NAV

Vi ser at menn i 2011 hadde dobbelt så mange sykefravær med sykdomsdiagnoser som med symptomer og plager, mens forskjellen var mindre for kvinner. Gjennomsnittlig varighet for kvinners fravær var den samme, 37 dager, både for sykdomsdiagnoser og symptomer og plager, mens det var en viss forskjell for menn. Dette funnet kan virke overraskende, siden man forventer at sykdomsdiagnoser tyder på mer alvorlig sykdom enn hva symptomer eller plager gjør, og dermed burde gi lengre fravær. At varigheten er stort sett den samme ved sykdomsdiagnoser som ved symptomer og plager tyder på at langvarige symptombaserte sykefravær mer skyldes problemer med arbeidsevnen enn sykdommens alvorlighetsgrad. Det kan også tenkes at mangelfull innrapportering av diagnoseendringer i løpet av sykefraværstilfellet kan være en medvirkende årsak her.

Sykmeldte med symptomer og plager fikk oftere gradert sykmelding enn de med sykdomsdiagnoser. Dette gjaldt i særlig grad for kvinner.

Økt varighet av sykefraværet for menn

Vi har også sett på den prosentvise endringen i sykefraværet knyttet til symptomer/plager og sykdomsdiagnoser for de samme tre komponentene: Antall tilfeller (justert for sysselsettingsutviklingen), gjennomsnittlig varighet og andelen med fulltidssykmelding. Den første

kolonnen i tabell 3 viser prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet fra annet kvartal 2000 til annet kvartal 2011. De tre siste kolonnene viser prosentvis endring i de tre komponentene³.

I den første kolonnen i tabell 3 ser vi at sykefraværet på grunn av symptomer og plager økte med 29 prosent fra annet kvartal 2000 til annet kvartal 2011. Økningen var størst blant kvinner. Sykefraværet som skyldes sykdomsdiagnoser ble redusert med 22 prosent, og her var reduksjonen litt større blant menn.

De tre siste kolonnene viser prosentvis endring for de tre komponentene. Den sterke økningen i kvinners sykefravær med bakgrunn i symptomer og plager, skyldes i hovedsak en økning i antall sykefraværstilfeller. I perioden vi ser på øker antall sykefraværstilfeller med denne diagnosetypen med 26 prosent. Det var også en viss økning i den gjennomsnittlige varigheten, mens økt bruk av gradert sykmelding trekker sykefraværet i motsatt retning.

³ Denne dekomponeringen er omtrentlig, siden vi her ser på hele fraværperioden for sykefraværstilfellene som startet i annet kvartal hvert år, og ikke kun på fraværsdager innenfor annet kvartal. Ettersom mange av tilfellene som starter i annet kvartal varer i flere kvartaler, og sykefraværet var stigende gjennom 2000 og synkende gjennom 2011, viser dekomponeringen en større samlet nedgang i sykefraværet fra 2000 til 2011 totalt sett enn det som framgår av den ordinære kvartalsstatistikken.

For menn er det økt gjennomsnittlig varighet som står for nesten hele økningen. Varigheten økte med 15 prosent, mens antall tilfeller bare økte med 3 prosent. Det var også en nedgang i andelen fulltidssykmeldte, noe som trekker utviklingen i motsatt retning.

Når det gjelder nedgangen i sykefravær med sykdomsdiagnoser, skyldtes det i hovedsak at det ble færre slike sykefravær, selv om det også var en nedgang i andelen fulltidssykmeldte og i gjennomsnittlig varighet for kvinner.

Hvorfor er diagnosebruken endret?

Det har vært en tydelig forskyving i legenes bruk av diagnoser i perioden 2000–2012. De bruker i større utstrekning enn tidligere symptomer og plager som sykmeldingsdiagnose. Økningen i sykefravær med symptomer og plager som diagnose skyldes i hovedsak en økning i antallet sykefravær med symptom-/plage-diagnoser, men vi ser også at disse sykefraværene har blitt lengre. Samtidig har det blitt færre sykefravær med klare sykdommer som diagnose. For alle sykefravær har graderingsandelen økt betydelig i 12-årsperioden – og mest for symptomer/plager. Økt bruk av gradering er en ønsket utvikling, og det er positivt at gradering også brukes oftere ved uklare tilstander.

Noen diagnosekapitler har blitt vanligere som årsak til sykefravær. Foruten psykiske lidelser og svangerskapslidelser, som er beskrevet og diskutert tidligere (Brage m.fl. 2012; Myklebø og Thune 2010), brukes også diagnoser fra kapitlet «Allment og uspesifisert» mye oftere enn tidligere. Dette kan tolkes som et tegn på at pasientene i mindre grad enn før lider av klare sykdomstilstander, og oftere lider av uklare og sammensatte helseproblemer.

«Slapphet/tretthet» er brukt som sykmeldingsdiagnose i stor og økende utstrekning. Varigheten av sykefravær som skyldes slike symptomer har også økt. Flere faktorer kan ha medvirket til denne utviklingen. «Slapphet/tretthet» er blitt vanligere ved førstegangssykmeldinger, og det er mulig at legen fortsetter å bruke diagnosen ved forlengelser av sykefraværet selv om senere utredningsfunn peker i retning av en mer presis sykdomsdiagnose. I

så fall kan det være en indikasjon på at leger ikke forstår behovet for presise opplysninger på sykmeldingene. Dette er viktig både i det konkrete oppfølgingsarbeidet med de sykmeldte og for å få presis sykefraværstatistikk. Statistikk og analyser av sykefraværet, herunder analyser av hvilke lidelser folk er sykmeldt for, benyttes ved politikktutforming på sykefraværsområdet. Det er derfor viktig at opplysningene er så presise som mulig.

Vårt datamateriale tyder på at det er en tydelig, generell tendens i retning av mer uklare og uspesifiserte symptomer og plager i legenes bruk av diagnoser ved sykmelding. Spesielt har vi dokumentert dette for psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, svangerskapslidelser, samt «slapphet/tretthet». Hvorvidt dette gjenspeiler en økende forsiktighet i diagnosesettingen fra legenes side, forandringer i hvilke helseproblemer pasientene ønsker sykmelding for, eller at terskelen for sykmelding er blitt lavere, kan vi ikke avgjøre ut fra en enkel registerstudie. Dette må være gjenstand for forskningsprosjekter der man bruker flere datakilder. NAV bør også gå i dialog med landets allmennleger for å diskutere diagnosesettingen mer grundig. Trolig har legene mer kunnskap om den sykmeldtes helse enn det som fremkommer på sykmeldingsblankettens diagnosefelt. Hvordan denne kunnskapen skal komme NAV til gode må diskuteres. En uklar, diffus diagnose har liten nytteverdi for oppfølgingsarbeidet med sykmeldte. Det gjelder særlig ved langtidssykmelding. Det kan i denne sammenheng nevnes at Sosialstyrelsen i Sverige anbefaler at legene ikke sykmelder på grunnlag av symptomer alene.⁴

Det er noen svakheter ved vårt datamateriale som det er viktig å være klar over. I NAVs statistikk oppgis bare hoveddiagnosen ved sykmeldingen. Selv om det er mulig for legen å oppgi flere diagnoser på en sykmelding, så gjøres det sjelden. Det finnes dermed ikke grunnlag for relevant statistikk for annet enn hoveddiagnosen. Mange sykmeldte har komplekse og sammensatte lidelser, og hvilken diagnose som velges

.....
⁴ Kilde: <http://www.socialstyrelsen.se/>. Ifølge anbefalingene kan sykmelding likevel gis ved sterk funksjonsnedsettelse, men skal normalt ikke overstige 14 dager så lenge det ikke er gitt noen sykdomsdiagnose.

som sykmeldingsårsak av den enkelte lege vil variere. Noen bruker den diagnosen som best forklarer den nedsatte arbeidsevnen, mens andre bruker den diagnosen som har størst betydning for den allmenne helsetilstanden. En ny norsk studie viser at mange leger gjerne velger symptomer/plager som diagnose på sykmeldingen når ikke én sykdom entydig peker seg ut som hovedårsak (Mæland mfl. 2012).

Det er også usikkert i hvilken grad statistikken fanger opp diagnoseendringer gjennom et sykefraværsløp. Mange sykmeldte får flere påfølgende sykmeldinger i løpet av ett sammenhengende sykefraværstilfelle. De kan da få ulike diagnoser når sykmeldingen forlenges. Den sist angitte diagnosen er vanligvis den mest interessante og derfor blir den benyttet i statistikken. Det er imidlertid tvilsomt om legene faktisk aktivt har oppdatert diagnosen ved hver forlengelse av sykefraværet. Hvis de bare har gjentatt den tidligere diagnosen automatisk, vil kvaliteten på statistikken bli redusert. Ut fra en tidligere undersøkelse er det grunn til å tro at dette problemet er høyst reelt (Brage m.fl. 1998). Det kan derfor ikke utelukkes at diagnosestatistikken overvurderer omfanget av symptomer/plager og undervurderer de mer spesifikke, og alvorlige, sykdomsdiagnosene. Problemet med manglende oppdateringer av diagnoser har imidlertid vært til stede hele tiden, og kan ikke forklare økningen i bruk av mer uklare symptomer ved sykmeldinger.

Referanser

Brage, Søren, Steinar Holm, Ola Thune, Jan F. Nygård, Inger Sandanger og Gunnar Tellnes (1998): *Diagnoseendring ved sykmelding*. RTV-rapport nr. 1/1998, Oslo: Rikstrygdeverket

Brage Søren, Camilla Ihlebæk, Bård Natvig og Dag Bruusgaard (2010). «Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser». *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2010; 130: 2369–70

Brage, Søren, Jon Petter Nossen, Inger Cathrine Kann og Ola Thune (2012): «Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000–2011». *Arbeid og velferd*, 3/2012, 24–37.

Helsedirektoratet (2011). *Faglig veileder for sykmeldere*. <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>

Myklebø, Sigrid og Ola Thune (2010): «Sykefravær blant gravide». *Arbeid og velferd*, 2/2010, 54–59.

Mæland, Silje, Erik L. Werner, Marianne Rosendal, Ingibjorg H. Jonsdottir, Liv H. Magnussen, Holger Ursin og Hege R. Eriksen (2012). «Diagnoses of Patients with Severe Subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study». *ISRN Public Health*, 2012. doi:10.5402/2012/851 097

Nossen, Jon Petter og Ola Thune (2009): «Utviklingen i sykefraværet de siste 20 år». *Arbeid og Velferd*, 3/2009, 13–23

Nossen, Jon Petter (2011): «Opp og ned – Hva skjedde med sykefraværet?». *Arbeid og Velferd*, 2/2011, 30–35