

SYKEFRAVÆR MED DIAGNOSE INNEN PSYKISKE LIDELSER 2000 – 2011

Av Søren Brage, Jon Petter Nossen, Inger Cathrine Kann og Ola Thune

Sammendrag

Fra 2000 til 2011 økte det legemeldte sykefraværet som er knyttet til psykiske lidelser med 20 prosent. Det var også omfattende endringer i hvilke psykiske lidelser som var angitt som medisinsk grunn til fraværet. Lettere psykiske lidelser økte med hele 145 prosent, og særlig situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager ble mye vanligere. Samtidig var det en betydelig reduksjon i depressive tilstander som fraværsårsak. Angsttilstander var derimot relativt uforandret, mens det var en nedgang i sykefravær på grunn av alkohol- og stoffmisbruk.

Det er lite som tyder på at økningen skyldes endringer i befolkningens psykiske helse. Nedgangen i depresjon som sykdomsårsak skyldes heller at legene er blitt mer restriktive med å bruke depresjonsdiagnoser, samt at graderte sykmeldinger brukes oftere enn før ved angst og depresjon, noe som også er tilfelle for andre psykiske lidelser. Økningen for lettere psykiske lidelser skyldes antagelig en kombinasjon av at legene har endret diagnosepraksis og en reell vekst i sykmelding med disse lidelsene, som i all hovedsak består av de to diagnosene situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager.

Alvorlige psykiske lidelser, slik som psykoser, demens og utviklingshemming svarte kun for en svært liten del av sykefraværet og hadde en reduksjon i perioden 2000–2011.

Kvinner og aldersgruppen fra 30 til 49 år hadde høyest sykefravær knyttet til psykiske lidelser. Aldersgruppene under 50 år stod for hele økningen i perioden, og økningen var noe større for kvinner enn menn. Kommunal forvaltning hadde det høyeste sykefraværet knyttet til psykiske lidelser, men det ble en viss utjevning mellom sektorene i løpet av perioden. Nivået på sykefraværet ved psykiske lidelser varierte mellom fylkene, og også økningen i perioden varierte fra 0 til 50 prosent.

Økningen i sykefraværet på grunn av psykiske lidelser kan i sin helhet forklares med at flere arbeidstakere ble sykmeldt med psykiske diagnoser. Økt bruk av gradering samt en svak reduksjon i gjennomsnittlig varighet bidro til å dempe økningen i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser.

Innledning

Økt forbruk av trygdeytelser på grunn av psykiske lidelser vekker bekymring. I 2010 var nesten hver tredje uførepensjonist registrert med en psykisk lidelse som medisinsk årsak.¹ Økningen er ikke

et særnorsk fenomen, men har vært sett i de fleste land i OECD-området (OECD 2011). Hva årsakene er og hvilke tiltak som kan settes i verk for å motvirke økningen er viktige spørsmål.

Folkehelseinstituttet har ikke funnet tegn til økt forekomst av psykisk sykdom i den norske befolkningen. «Alt i alt foreligger det ikke sterke

¹ Statistikk fra www.nav.no.

holdepunkter for verken økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene.» (Folkehelseinstituttet 2009)

Den samme konklusjon er trukket når det gjelder Europa som helhet (OECD 2011). Økningen må derfor ha andre forklaringer.

Vi har tidligere sett på utviklingen i psykiske lidelser som årsak til uførepensjon og andre helserelaterte trygdeytelser blant unge personer (Brage og Thune 2008 og 2009; Brage og Bragstad 2011). Blant de unge har det siden år 2000 vært en betydelig økning i alvorlige psykiske lidelser som årsak til uførepensjonering og i angst og depresjon som årsak til midlertidige, helserelaterte ytelser. Vi ønsker i denne artikkelen å se om diagnosene ved sykefravær har endret seg på lignende måte. NAVs statistikk har vist at psykiske lidelser forårsaker en stadig økende andel av det legemeldte sykefraværet. Er det de alvorlige lidelsene som øker, og er det spesielt de unge som rammes?

Ved hjelp av NAVs registre kjenner vi diagnosen satt av lege på hver enkelt sykmelding. Slike detaljerte diagnoseopplysninger for sykefraværet finnes i liten grad i andre land. Vi kan dermed både se på fordelingen av sykefraværet på ulike

diagnoser og hvordan fordelingen har endret seg over tid i grupper av befolkningen.

Vi har tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger: Skyldes økningen i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser en økning i diagnoser som angst og depresjon eller andre alvorlige psykiske lidelser? Er økningen fordelt likt etter kjønn, alder og andre kjennetegn, eller er det utviklingstrekk som tyder på at spesielle grupper er utsatt? Skyldes økningen at flere personer er blitt sykmeldt, eller at varigheten av sykefraværene har økt? Eller kan det hende at gradert sykmelding er blitt mindre vanlig ved psykiske lidelser?

Sykefraværet knyttet til psykiske lidelser har økt

Fra annet kvartal 2000 økte det samlede legemeldte sykefraværet frem til annet kvartal 2003 (figur 1). Etter en kraftig nedgang i 2004–2005 økte det igjen frem mot 2009, for deretter å ha en markant nedgang i 2010. Samlet over perioden er det legemeldte sykefraværet redusert fra 6,3 prosent i 2000 til 5,7 prosent i 2011.

Datagrunnlag

Data til artikkelen er basert på NAVs sykefraværsregistre. Vi har benyttet to ulike datasett. Det ene inneholder aggregerte kvartalstall for legemeldt sykefravær som tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. Vi tok utgangspunkt i annet kvartal hvert år i perioden 2000–2011, med fordelinger etter diagnose, kjønn, alder, sektor og fylke. På grunn av endret næringsgruppering i perioden har vi ikke kunnet benytte tall etter næring.

Vi valgte å måle det legemeldte sykefraværet med diagnose innen psykiske lidelser som antall tapte dagsverk knyttet til psykisk lidelse i prosent av antall avtalte (mulige) dagsverk. Tallene uttrykker dermed sykefraværsprosenten på samme måte som i den offisielle statistikken, men begrenset til psykiske diagnoser. Med denne målemetoden unngår vi at endringer i omfanget av sykefravær med andre diagnoser påvirker vårt mål på det psykiske sykefraværet.

For å se på hvordan utviklingen i sykefraværet ved psykiske lidelser har blitt påvirket av antall sykefraværstilfeller, gjennomsnittlig varighet per tilfelle og omfanget av gradert sykmelding, brukte vi også et annet datasett hentet fra NAVs sykmeldingsregister. De enkelte sykmeldingene ble kjedet sammen til sammenhengende fraværstilfeller (jf. beskrivelse i Brage mfl. 2011), og klassifisert ut fra hvilket kvartal de startet i. Utvalget ble begrenset til sykefraværstilfeller som startet i 2. kvartal hvert år. Gjennomsnittlig varighet i antall dager per tilfelle, ble beregnet som differansen mellom sluttdato og startdato for sykefraværstilfellet. Andelen fulltidssykmeldte tilfeller ble beregnet som antall sykefraværstilfeller hvor det ikke var brukt gradert sykmelding, dividert med antall tilfeller i alt.

I den samme perioden økte det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser fra 0,9 til 1,1 prosent, på tross av den generelle nedgangen. Psykiske lidelser var i 2011 den medisinske årsaken til 20 prosent av alt legemeldt sykefravær. Alle hovedgruppene av diagnoser unntatt luftveislidelser hadde de samme toppunktene i 2003

og 2009 som sykefraværet generelt. Sykefravær på grunn av muskel- og skjelettlidelser viste en klart synkende tendens gjennom perioden. Denne nedgangen har vært satt i sammenheng med endret behandling i retning av mer aktivitet og tidligere retur til arbeid.

Om diagnoser

Vi benyttet den diagnosen som var registrert på siste sykmelding i hvert sykefraværstilfelle. Sykmeldingsdiagnosene settes av sykmeldende behandler, i de fleste tilfeller fastleger, som bruker klassifiseringssystemet ICPC-2 (ICPC-1 før 2004–2005). En del sykmeldinger skrives av spesialister, som bruker klassifikasjonssystemet ICD-10 (fra 1998). På sykmeldingsblanketten må det angis hvilket system som brukes. Diagnoser kodet i ICPC-1, ICD-9 eller ICD-10 ble omkodet til ICPC-2 ved hjelp av et konverteringsprogram som rutinemessig brukes til omkodning av diagnoser i registeret.

I ICPC-2 er psykiske lidelser samlet i kapittel P og inndelt i sykdomsdiagnoser (P70-P99) og symptomer og plager (P01-P29). For våre analyser har vi brukt både enkeltkoder og de tre diagnosegruppene som brukes ved publisering av NAVs offisielle statistikk: Lettere psykiske lidelser (ICPC-2 kode P02, P04, P06-P10, P20, P25, P27-P29, P75, P78, P79, P82 og P99), angst og depresjon (P01, P03, P74, P76 og P77) samt andre psykiske lidelser (P05, P11-P13, P15-P19, P22-P24, P70-P73, P80, P81, P85, P86 og P98).

Med lettere psykiske lidelser menes i denne sammenhengen tilstander som ofte (men ikke alltid) har et forbigående preg, og der prognosen for å bli fullt arbeidsfør ofte er god. De fleste psykiske symptomer og plager er dermed lagt til gruppen lettere psykiske lidelser. De to viktigste unntakene er P01 Følelse angst/nervøs/anspent som anses naturlig å høre sammen med P74 Angstlidelse, og P03 Depresjonsfølelse som anses å høre sammen med P76 Depressiv lidelse. Gruppen «andre psykiske lidelser» er en svært sammensatt gruppe som omfatter så vel alvorlige, som mer uvanlige og mindre alvorlige lidelser.

I noen få tilfeller var diagnosekapitlet ugyldig, disse ble klassifisert som «Ukjent diagnose» og ble dermed ikke regnet som psykiske diagnoser. Noen tilfeller som var kodet med diagnosekapitlet for psykiske lidelser, men

hvor diagnosekoden var ugyldig, ble klassifisert under andre psykiske lidelser.

Ved innføring av ICPC-2 ble det gitt kriterier for koding av mange diagnoser. Dette var ikke tilfelle når ICPC-1 var i bruk, og en kan derfor anta at riktigheten av diagnosene ble noe bedre, men det er fortsatt usikkert i hvilken utstrekning legene bruker kriteriene i praksis. Det har vært antatt at riktigheten er høy ved koding av psykiske lidelser som gruppe, men at usikkerheten er større når det gjelder enkelt diagnoser (Hensing mfl. 2006). Sagt på annen måte: Hvis diagnosen depresjon er brukt, så er det rimelig sikkert at personen har en psykisk lidelse, men mer usikkert om dette er den riktige diagnosen.

Ved diagnosesetting skal legene bruke så presise diagnoser som mulig, men ikke mer presise enn det er grunnlag for. Allikevel brukes det ofte upresise symptomdiagnoser, og det er blitt vist at allmennlegene i liten grad endrer sykmeldingsdiagnose i løpet av et sykefraværstilfelle (Brage mfl. 1998). Dette kan delvis skyldes at tidligere diagnoser blir hentet frem når legen skriver ut en forlengelse av sykmeldingen. Dette kan også medvirke til en lav gyldighet av sykmeldingsdiagnosene.

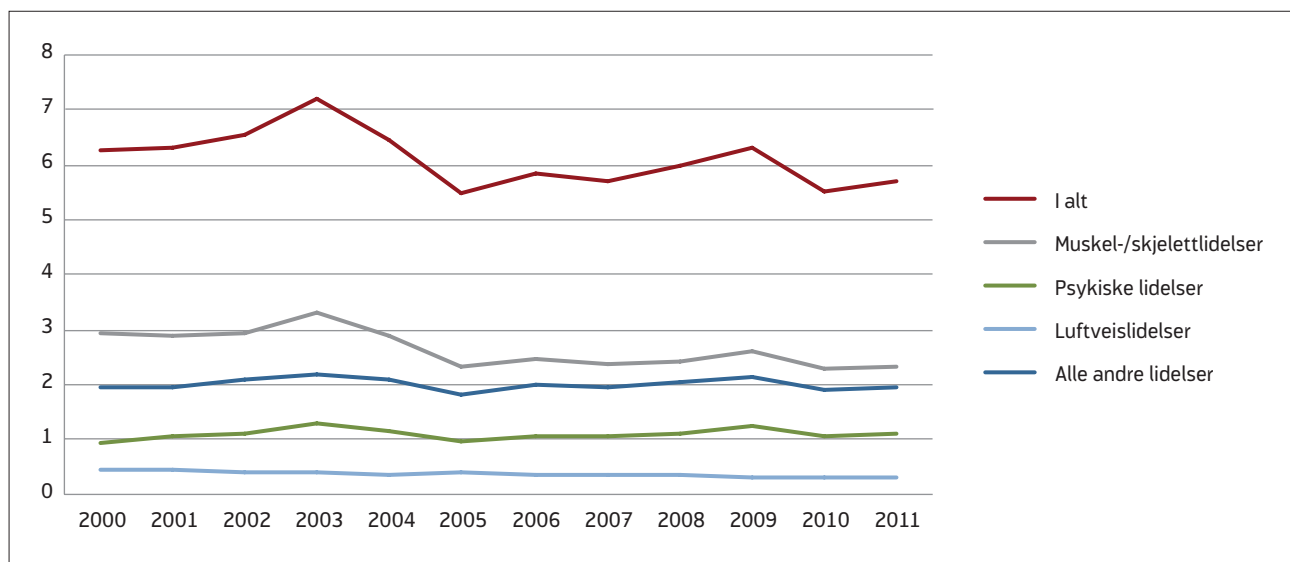
I juli 2011 publiserte Helsedirektoratet, i samarbeid med NAV og Legeforeningen, en faglig veileder for sykmeldere (Helsedirektoratet 2011). Det er første gangen en slik veileder er tatt i bruk blant allmennlegene, og den skal oppfattes som retningsgivende. Veilederen gir mest generelle råd om arbeidet med sykmeldte, og forholdsvis få råd om hvordan diagnoser skal settes, men i avsnittet om sorgreaksjoner sier den: «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. Diagnosekode P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget regnes gjerne for å være den minst belastende diagnosen og fungerer i større grad som en sekke diagnose enn for eksempel P03 Depresjonsfølelse.»

Sterk økning i lettere psykiske lidelser

Ser vi nærmere på psykiske lidelser, ser vi at det i perioden 2000–2011 var en sterk økning i sykefraværet på grunn av lettere psykiske lidelser (figur 2). Samtidig var det en tydelig nedgang i fravær grunnet angst og depresjon, og i 2011 ble

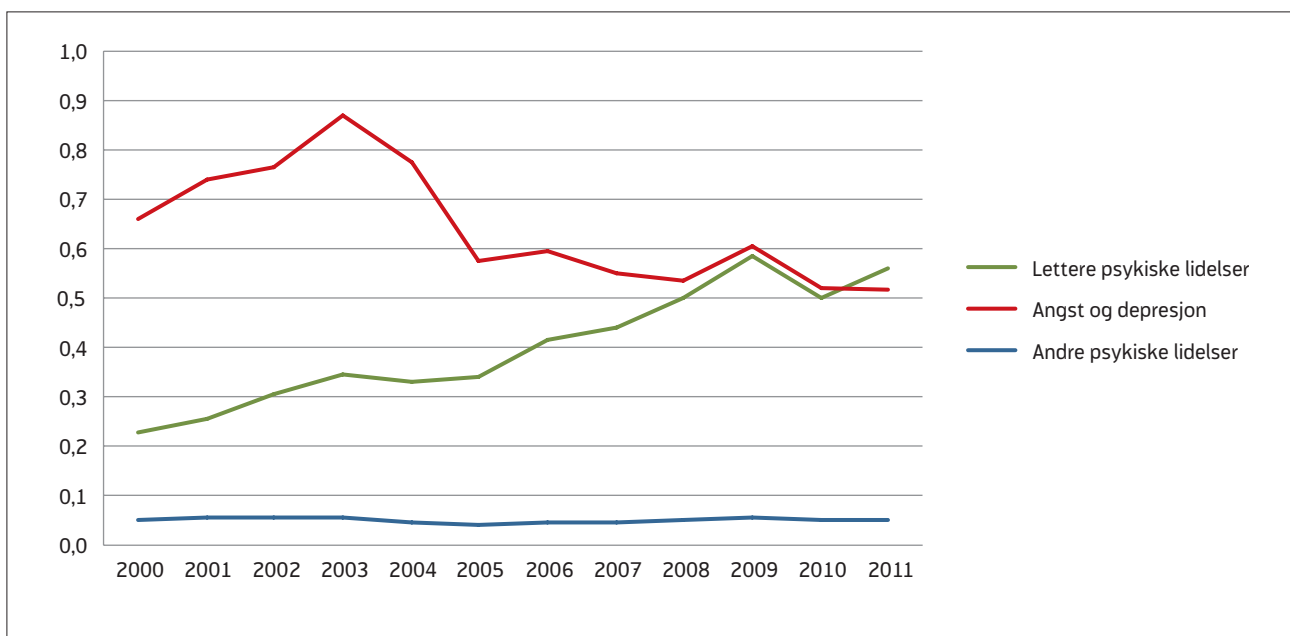
lettere psykiske lidelser den største undergruppen av psykiske lidelser. Andre psykiske lidelser var i hele perioden sjeldent årsak til sykefravær, og viste nesten ingen endring.

Figur 1. Legemeldt sykefravær i alt og etter diagnosehovedgruppe. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

Figur 2. Legemeldt sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser, etter undergruppe. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



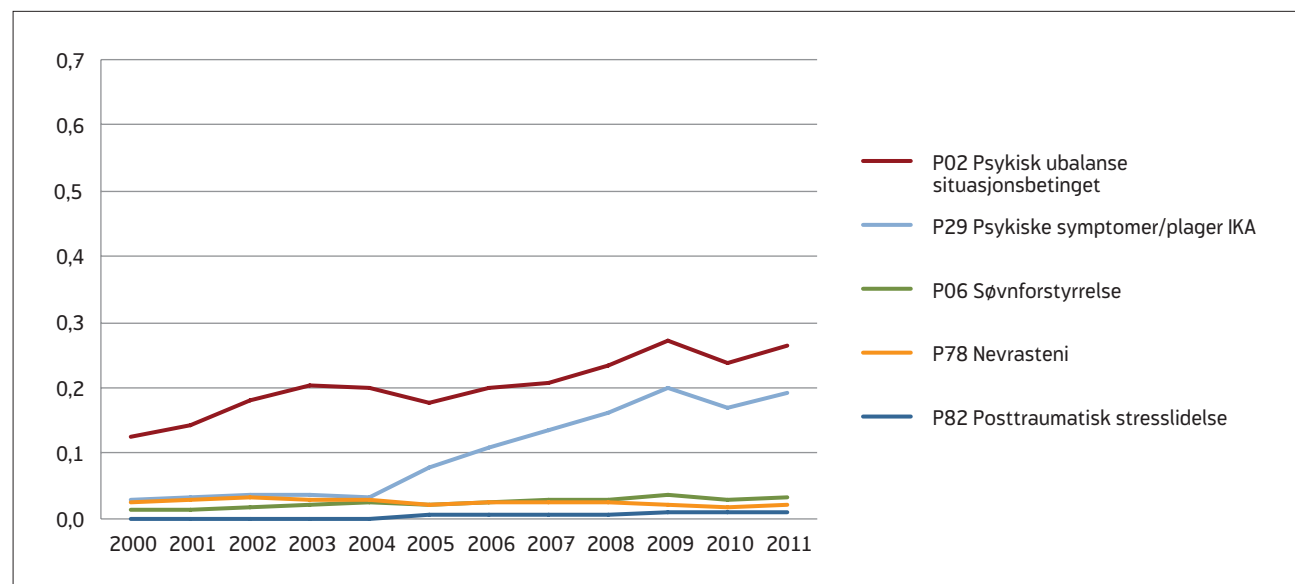
Kilde: NAV

Tabell 1. Legemeldte tapte dagsverk med diagnose innen psykiske lidelser. De 15 hyppigste sykmeldingsdiagnosene. Antall og andel tapte dagsverk. 2. kvartal 2011

Diagnose med ICPC-2 kode	Antall tapte dagsverk	Andel (%) av tapte dagsverk med psykiske lidelser
P76 Depressiv lidelse	382 510	32,1
P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget	279 500	23,4
P29 Psykiske symptomer/plager IKA	204 501	17,1
P03 Depresjonsfølelse	82 603	6,9
P74 Angstlidelse	59 325	5,0
P06 Søvnforstyrrelse	35 259	3,0
P01 Følelse angst/nervøs/anspent	22 738	1,9
P78 Nevrasteni	21 329	1,8
P73 Affektiv lidelse	20 402	1,7
P99 Psykisk lidelse IKA	11 933	1,0
P82 Posttraumatisk stresslidelse	11 259	0,9
P79 Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse	9 186	0,8
P15 Kronisk alkoholmisbruk	8 224	0,7
P25 Livsfaseproblem voksen	7 378	0,6
P20 Hukommelsesforstyrrelse	6 757	0,6
P81 Hyperkinetisk forstyrrelse	5 753	0,5

Kilde: NAV

Figur 3. Legemeldt sykefravær med diagnose innen lettere psykiske lidelser, etter diagnosekode (ICPC-2). De fem hyppigste diagnosekodene. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

Depressiv lidelse mest vanlig

Innenfor psykiske lidelser er det et lite antall diagnoser som benyttes. I 2011 var depressiv lidelse, situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager («psykiske symptomer/plager ikke klassifisert annet sted») de tre vanligste. Bruken av dem dekket 73 prosent av alle tapte dagsverk knyttet til psykiske lidelser (tabell 1). Se kriterier for diagnoser i faktaboks.

Symptombaserte diagnoser har økt kraftig innen lettere psykiske lidelser

Lettere psykiske lidelser var en økende årsak til sykefravær gjennom perioden vi ser på. I denne undergruppen er to enkeltdiagnoser helt dominerende: Situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer og plager (figur 3). Allerede i 2000 var situasjonsbetinget psykisk ubalanse hyppig forekommende, og den er blitt stadig vanligere siden. Uspesifiserte psykiske symptomer og plager var derimot ikke særlig vanlig før 2005, men har økt kraftig siden. I 2011 svarte de to diagnosekodene for over 40 prosent av alle tapte dagsverk på grunn av psykiske lidelser.

Også søvnforstyrrelse og posttraumatisk stresslidelse økte i perioden, men fra et lavt nivå i 2000.

Redusert bruk av depresjonsdiagnoser

I ICPC-2 kan depresjon enten angis som en sykdom (depressiv lidelse) eller som et symptom/plage (depresjonsfølelse). Sykefravær knyttet til begge disse diagnosene ble klart redusert i perioden vi ser på (figur 4). Andelen av alle tapte dagsverk knyttet til psykiske lidelser som de to diagnosene samlet stod for, sank fra 63 prosent i 2000 til 39 prosent i 2011. Det var klart størst nedgang i bruken av symptomdiagnosen, som ble halvert i løpet av perioden.

Angsttilstander kan på samme måte angis enten som en diagnose (angstlidelse) eller som et symptom/plage (følelse angst/nervøs/anspent). Til forskjell fra depresjonsdiagnosene har nivået for begge disse holdt seg relativt stabilt de siste 10 årene.

Kriterier for noen diagnoser i ICPC-2

Depressiv lidelse	Grunnleggende forstyrrelse i affekt og stemningsleie mot depresjon. Stemningsleie, energi og aktivitetsnivå er samtidig senket, sammen med nedsatt evne til å glede seg, føle interesse og konsentrere seg. Søvn og matlyst er vanligvis forstyrret, og selvfølelse og selvtillit er svekket.
Depresjonsfølelse	Følelser som pasienten formidler som en emosjonell eller psykologisk opplevelse og som ikke tilskrives forekomsten av en mental lidelse. Det er en gradvis overgang fra uønskede – men normale – følelser til følelser som er så vanskelige at pasienten søker profesjonell hjelp.
Angstlidelse	Klinisk betydningsfull angst som ikke er begrenset til særskilte miljøbestemte situasjoner. Den manifesterer seg som panikk lidelse eller som en lidelse hvor generalisert og vedvarende angst, som ikke er begrenset til spesielle situasjoner, inntreffer med forskjellige ledsagende fysiske symptomer.
Situasjonsbetinget psykisk ubalanse	En reaksjon på en belastende livshendelse eller en vesentlig forandring i tilværelsen som krever en større tilpasning, enten som et forventet svar på hendelsen eller som et uhensiktsmessig svar som forstyrrer daglig mestring og som resulterer i nedsatt sosial funksjon med tilfriskning i løpet av begrenset tid.
Affektiv lidelse	En grunnleggende forstyrrelse i affekt og stemningsleie, som skifter mellom å være hevet og senket (med eller uten ledsagende angst). I maniske tilstander er stemningsleie, energi og aktivitet samtidig hevet. Bipolare lidelser kjennetegnes av to eller flere episoder der stemningsleiet skifter fra hevet til senket.
Psykiske symptomer/plager ikke klassifisert annet sted	Denne kategorien har ikke kriterier. Det er en «restgruppe» av symptomer eller plager som er uklare og ikke kan settes i sammenheng med definerte psykiske lidelser.

Kilde: Helsedirektoratet (www.kith.no).

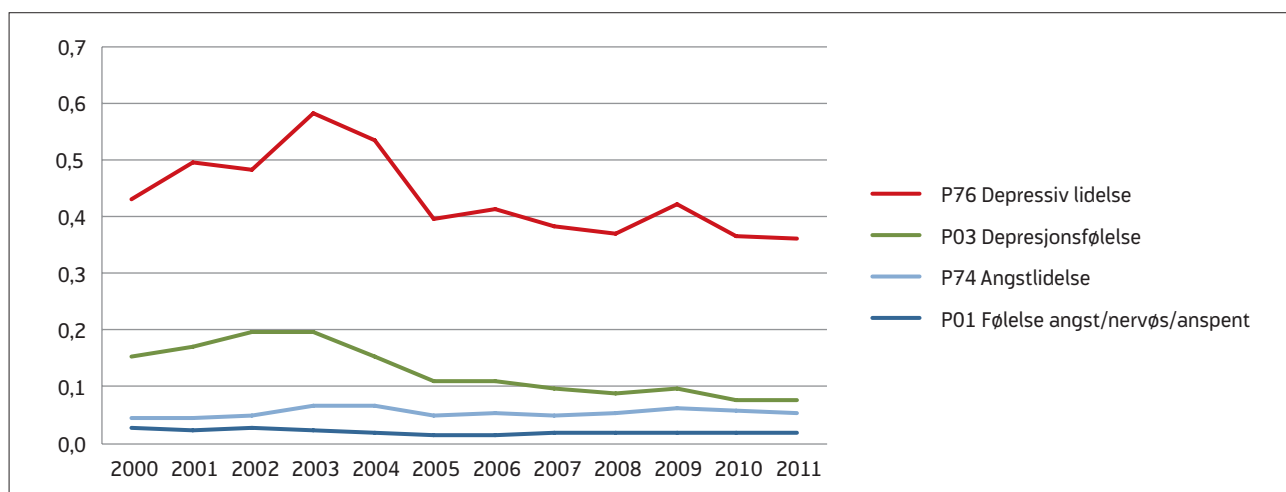
Stabilt sykefravær innen andre psykiske lidelser

Som nevnt var andre psykiske diagnoser mer sjeldent brukt ved sykefravær (figur 5). Den mest brukte diagnosen i denne gruppen er affektive lidelser (se faktaboks). Denne tilstanden kan være interessant å se nærmere på fordi det er mulig at legene i noen grad bruker diagnosen affektiv lidelse der de tidligere har brukt en av depresjonsdiagnosene. Affektiv lidelse har

imidlertid holdt seg på et lavt nivå i hele perioden. I 2011 stod depressiv lidelse for 0,36 prosent av avtalte dagsverk, mens affektiv lidelse bare stod for 0,02 prosent.

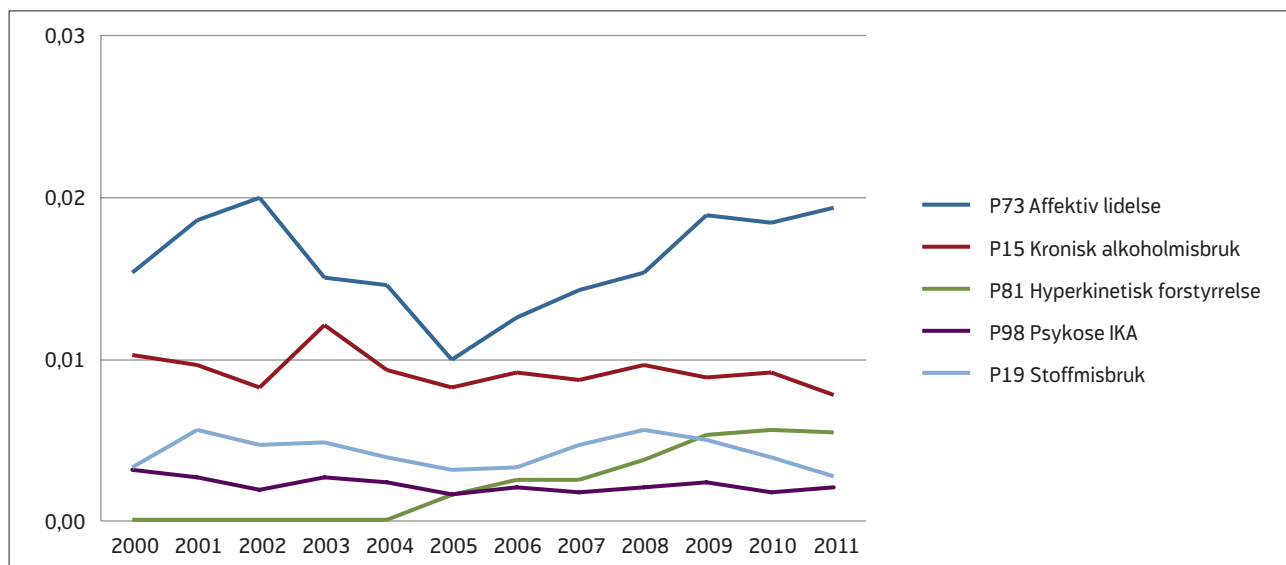
Diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (i hovedsak ADHD) ble introdusert som egen kode i ICPC-2, og er blitt gradvis vanligere som diagnose ved sykefravær. Både alkohol- og stoffmisbruk viste derimot en synkende tendens.

Figur 4. Legemeldt sykefravær med diagnose innen angst og depresjon, etter diagnosekode (ICPC-2). Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

Figur 5. Legemeldt sykefravær med diagnose innen andre psykiske lidelser, etter diagnosekode (ICPC-2). De fem hyppigste diagnosekodene. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

Alvorlige psykiske lidelser lite brukt

For å se om alvorlighetsgraden av de psykiske lidelsene ved sykefravær har økt, har vi også undersøkt en undergruppe med alvorlige psykiske lidelser som inngår i «andre psykiske lidelser». Dette gjelder blant annet psykose, demens og psykisk utviklingshemming. Forekomsten av disse som sykmeldingsårsak er lav. I hele perioden stod de alvorlige psykiske lidelsene for under 3 prosent av alt sykefravær knyttet til psykiske lidelser. En mulig forklaring på at de alvorlige psykiske lidelsene er sjeldne som sykmeldingsårsak, er at personer med disse lidelsene i stor grad mottar uførepensjon (Brage og Thune 2008).

Utviklingen i ulike grupper

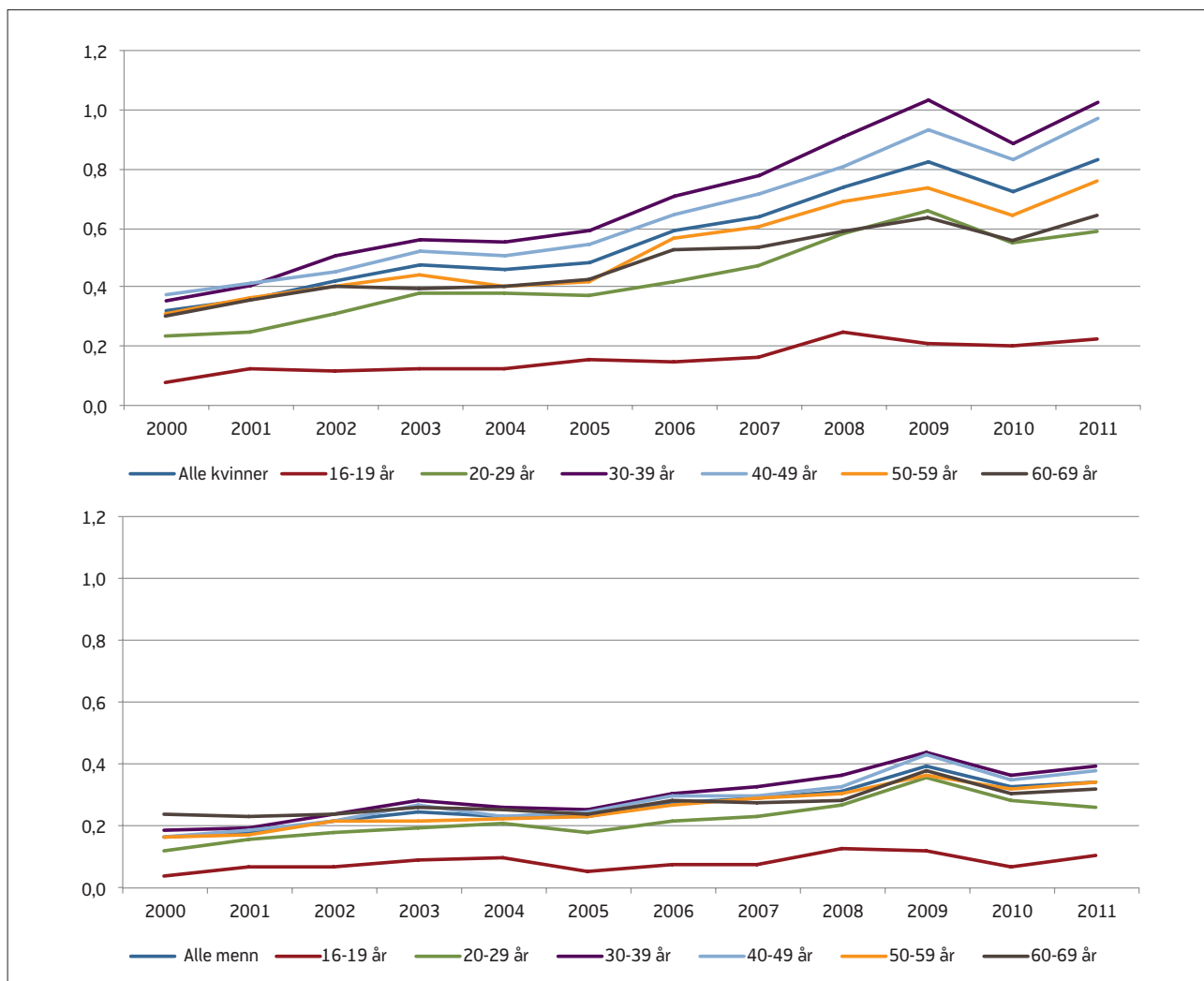
Sykefraværet knyttet til psykiske lidelser økte mer for kvinner enn menn. Aldersgruppene under 50 år forklarte hele økningen.

Lettere psykiske lidelser økte i alle aldre, mest blant kvinner

Det var en markant økning i sykefraværet med diagnose innen lettere psykiske lidelser for både kvinner og menn og i alle aldersgrupper (figur 6a og 6b).

Kvinner hadde i hele perioden et høyere sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser enn

Figur 6a og 6b. Legemeldt sykefravær med diagnose innen lettere psykiske lidelser, etter kjønn og alder. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

menn, og økningen var også sterkest blant kvinner, fra 0,3 prosent i 2000 til 0,8 prosent i 2011.

Felles for begge kjønn er at sykefraværet på grunn av lettere psykiske lidelser var høyest i aldersgruppene 30–39 og 40–49 år, og disse hadde også stor økning i perioden. Sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser gjelder altså først og fremst personer i de mest yrkesaktive aldrene.

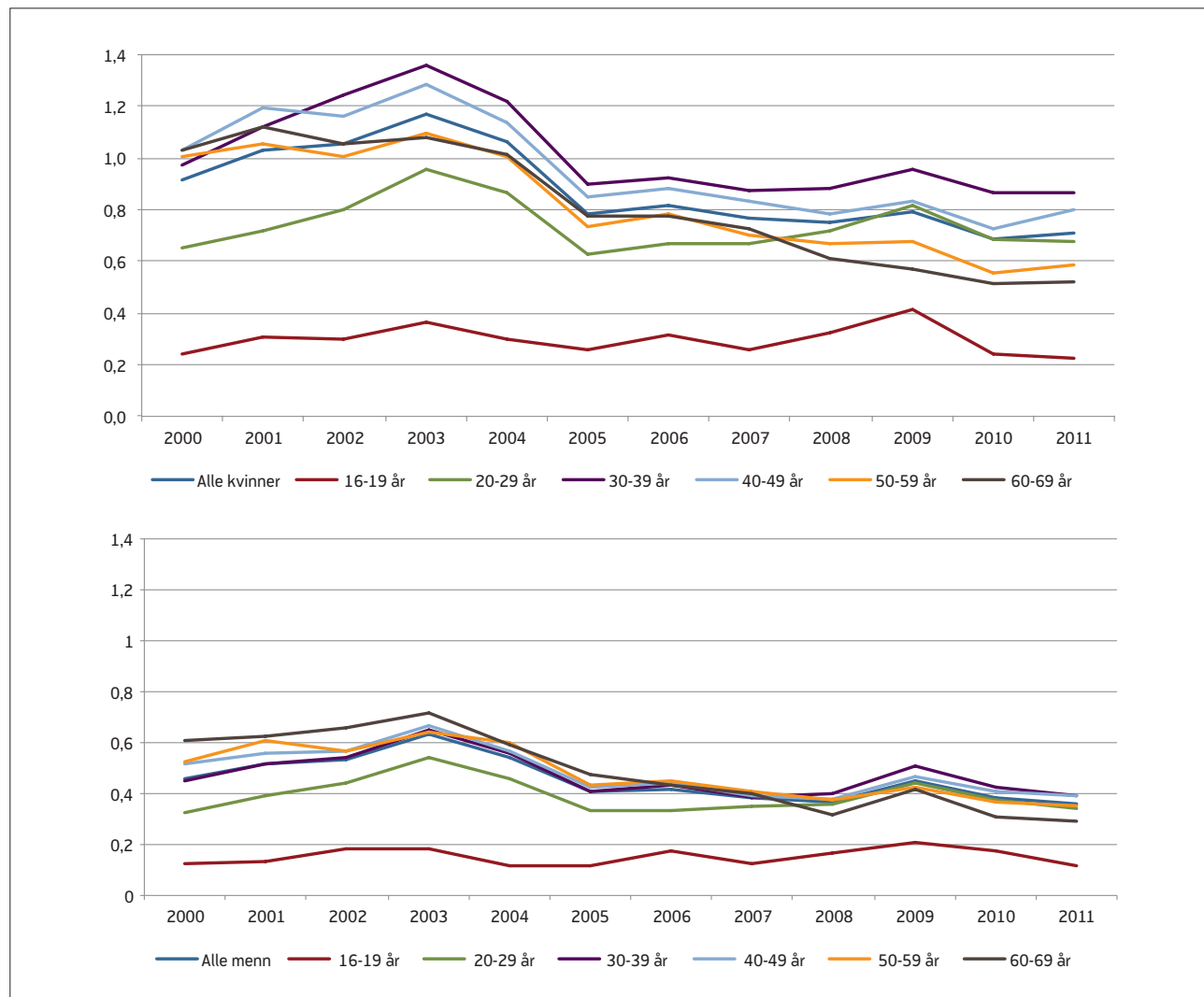
Størst nedgang i angst og depresjon for aldersgruppene over 40 år

Utviklingen i sykefraværet på grunn av angst og depresjon var motsatt av lettere psykiske

lidelser. Det var en klar reduksjon i perioden både for kvinner og menn (figur 7a og 7b). For kvinner var det legemeldte sykefraværet knyttet til angst og depresjon på 1,0 prosent i 2000, og var dermed tre ganger så hyppig som lettere psykiske lidelser. I 2011 var kvinnes fravær på grunn av angst og depresjon redusert til 0,7 prosent.

For både kvinner og menn var nedgangen størst i aldersgruppene over 40 år, og i 2011 var sykefraværet knyttet til angst og depresjon høyere i alderen 30–49 år enn blant de over 50 år. Utviklingen var svært lik for kvinner og menn,

Figur 7a og 7b. Legemeldt sykefravær med diagnose innen angst og depresjon, etter kjønn og alder. Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. 2. kvartal



Kilde: NAV

men nivået var i hele perioden omtrent dobbelt så høyt for kvinner som for menn.

Mest psykiske lidelser i kommunal forvaltning

I 2000 var det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser høyest i kommunal forvaltning og lavest i privat og offentlig næringsvirksomhet og statlig forvaltning. I perioden 2000–2011 skjedde en viss utjevning ved at de to sektorene med lavest fravær både hadde den største økningen i lettere psykiske lidelser, og den minste nedgangen i angst og depresjon.

Betydelige forskjeller mellom fylkene

Sykefraværet knyttet til psykiske lidelser var høyest i Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, og lavest i tre fylker på Vestlandet: Sogn og Fjordane, Hordaland og Møre og Romsdal. Forskjellene var betydelige. Mens sykefraværet knyttet til psykiske lidelser var 0,8 prosent i Sogn og Fjordane i andre kvartal 2011, var det 1,4 prosent i Telemark. Disse forskjellene fant vi også for både lettere psykiske lidelser og angst og depresjon.

Selv om de forskjeller mellom fylkene som fantes i annet kvartal 2000 for en stor del var til stede også i år 2011, var det en del ulikheter mellom fylkene i utviklingen gjennom perioden. I tre fylker (Vest-Agder, Oslo og Sogn og Fjordane) var det ingen økning for psykiske lidelser samlet, mens Finnmark og Oppland hadde en økning på 40–50 prosent.

Hva ligger bak økningen?

Lettere psykiske lidelser varer kortere, men graderes sjeldnere

Den påviste økningen i sykefraværet med psykiske diagnoser kan skyldes både at det ble flere sykefraværstilfeller med disse diagnosene, lengre varighet av tilfellene og redusert bruk av gradert sykmelding. For å undersøke hva som bidro mest til økningen, har vi tatt utgangspunkt i alle sykefraværstilfeller som startet i annet kvartal hvert år og fulgt varigheten av disse fram til siste sykmeldingsdato. Vi fikk dermed et mål på gjennomsnittlig varighet som omfatter hele varigheten 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 fulltids-sykmeldte).

Angst og depresjon stod for drøyt halvparten av de legemeldte sykefraværstilfellene knyttet til psykiske lidelser i 2000, mens lettere psykiske lidelser utgjorde over halvparten i 2011 (tabell 2). Sykefraværstilfeller knyttet til psykiske lidelser hadde lengre gjennomsnittsvarighet enn ved andre diagnoser. Av undergruppene hadde angst- og depresjonstilfeller og andre psykiske lidelser lengre gjennomsnittlig varighet enn lettere psykiske lidelser.

Tabell 2. Legemeldte sykefraværstilfeller som startet 2. kvartal 2000 og 2011. Indikatorer på hyppighet, varighet og bruk av gradering

Diagnose	Antall tilfeller per 1000 arbeidstakere		Gjennomsnittlig varighet		Andel fulltids-sykmeldte	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Alle diagnoser	144	127	37	37	90 %	83 %
Psykiske lidelser i alt	14,1	16,4	58	56	84 %	74 %
Lettere psykiske lidelser	4,6	9,7	40	46	87 %	76 %
Angst og depresjon	8,9	6,1	66	69	83 %	70 %
Andre psykiske lidelser	0,6	0,6	75	73	88 %	79 %

Kilde: NAV

Tabell 3. Legemeldt sykefravær i 2. kvartal, og indikatorer på hyppighet, varighet og bruk av gradering. Prosentvise endringer 2. kvartal 2000 – 2. kvartal 2011

Diagnose	Prosentvis endring			
	Tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk	Tilfeller påbegynt i kvartalet		
		Antall tilfeller per arbeidstaker	Gjennomsnittlig varighet	Andel fulltidssykmeldt
Alle diagnoser	-9	-12	1	-8
Psykiske lidelser i alt	20	16	-4	-13
Lettere psykiske lidelser i alt	145	109	15	-13
Situasjonsbetinget psykisk ubalanse	111	82	17	-10
Psykiske symptomer/plager IKA	602	493	16	-20
Søvnforstyrrelse	143	114	21	-12
Nevrasteni	-18	-32	5	-10
Angst og depresjon i alt	-21	-31	3	-15
Depressiv lidelse	-16	-26	0	-15
Depresjonsfølelse	-50	-56	10	-14
Angstlidelse	24	30	-16	-13
Følelse angst/nervøs/anspent	-22	-30	6	-16
Andre psykiske lidelser i alt	1	-3	-3	-10
Affektiv lidelse	25	18	8	-17
Kronisk alkoholmisbruk	-24	-9	-20	-4
Stoffmisbruk	-16	-12	32	-6

Kilde: NAV

Sykefraværstilfeller knyttet til psykiske lidelser var i betydelig mindre grad fulltidssykmeldte enn ved andre diagnoser. Av undergruppene var tilfeller som skyldes angst og depresjon oftere gradert enn lettere psykiske lidelser. Gradering ble altså brukt relativt hyppig ved psykiske lidelser. Det er motsatt av hva man ser ved uførepensjon. Der er andelen som arbeider i tillegg til pensjonen, lavere for personer med psykisk lidelse enn for andre (Bråthen 2011).

Flere sykefraværstilfeller, men økt bruk av gradering

Vi forsøkte deretter å bryte ned den prosentvise økningen i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser i de samme tre komponentene: Antall tilfeller (justert for sysselsettingsutviklingen), gjennomsnittlig varighet og andelen med full-

tidssykmelding. Den første kolonnen i tabell 3 viser prosentvis endring i det legemeldte sykefraværet fra annet kvartal 2000 til annet kvartal 2011. Disse tallene svarer til det som ble vist i første del av artikkelen. De tre siste kolonnene viser prosentvis endring i de tre komponentene².

I den første kolonnen i tabell 3 kan vi se at legemeldt sykefravær totalt sett ble redusert med 9 prosent fra annet kvartal 2000 til annet kvartal

² Denne dekomponeringen er omtrentlig, siden vi her ser på hele fraværperioden for sykefraværstilfellene som startet i 2. kvartal hvert år, og ikke kun på fraværsdager innen 2. kvartal. Ettersom mange av tilfellene som starter i 2. 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 enn det som framgår av den ordinære kvartalsstatistikken.

2011, mens fraværet som skyldes psykiske lidelser derimot økte med 20 prosent. Av undergruppene innen psykiske lidelser økte sykefraværet knyttet til lettere psykiske lidelser med hele 145 prosent i 11-årsperioden, mens fravær på grunn av angst og depresjon gikk ned med 21 prosent. Andre psykiske lidelser var omtrent uendret.

De tre siste kolonnene viser prosentvis endring for de tre komponentene. Datagrunnlaget her er ikke nøyaktig det samme som i første kolonne, siden vi her ser på hele forløpet for de tilfellene som startet i annet kvartal 2000 og 2011 (jf. fotnote 2). Vi ser at den sterke økningen i sykefravær med diagnose innen lettere psykiske lidelser i all hovedsak skyldes økning i antall sykefraværstilfeller, som ble doblet i perioden vi ser på, selv om det også var en viss økning i den gjennomsnittlige varigheten. I motsatt retning virket økt bruk av gradert sykmelding.

Når det gjelder nedgangen i sykefravær på grunn av angst og depresjon, skyldtes den både nedgang i antall tilfeller og i andelen som var fulltidssykmeldt. Den gjennomsnittlige varigheten av tilfellene med angst og depresjon økte svakt, og virket dermed i motsatt retning. Vi finner stort sett det samme mønsteret når vi ser på enkelt-diagnosene depressiv lidelse og depresjonsfølelse.

For sykefravær knyttet til psykiske lidelser sett under ett, skyldtes økningen fra 2000 til 2011 helt og holdent en økning i antall tilfeller. Derimot ble det både økt bruk av gradering og redusert gjennomsnittlig varighet, som begge virket i motsatt retning. Det kan virke paradoksalt at den gjennomsnittlige varigheten gikk ned i perioden, når den økte både for lettere psykiske lidelser og angst og depresjon. Det er imidlertid mye som tyder på at det har vært en endring i legenes diagnosesetting i perioden, ved at en del personer som i 2011 er gitt en av de symptombaserte diagnosene under lettere psykiske lidelser, tidligere ville vært registrert med enten depresjonsfølelse eller depressiv lidelse, altså under angst og depresjon (se diskusjon i neste avsnitt). Dersom sykefraværstilfellene hvor diagnosepraksis er

endret har høyere gjennomsnittlig varighet enn for lettere psykiske lidelser ellers, men lavere enn angst og depresjon ellers, vil det kunne forklare at undergruppene har fått økt varighet, mens varigheten er redusert for psykiske lidelser samlet.

Hva kan forklare endringene?

Økningen i sykefravær på grunn av psykiske lidelser var forholdsvis moderat i 2000–2011, og mye lavere enn den fordoblingen som skjedde i årene 1994–2000 (Hensing 2006). Dette må ses i sammenheng med den generelle utviklingen i sykefraværet, som også økte kraftig mot slutten av 1990-årene, men som har vært mer stabilt det siste tiåret. Endringene fra år til år i sykefraværet knyttet til psykiske lidelser følger i stor grad de generelle endringene i sykefraværet.

De psykiske lidelsenes andel av sykefraværet har økt jevnt de siste 15–20 årene, mens andelen for muskel- og skjelettlidelser har gått ned. Det er mulig at lavere krav til fysisk yteevne i arbeidslivet og større krav til sosial funksjon, samhandling og fleksibilitet, har medvirket til denne endringen i sykmeldingsdiagnoser. Større åpenhet rundt psykisk sykdom kan være en annen forklaring.

Den mest oppsiktsvekkende endringen siden år 2000 er den sterke økningen i sykefravær knyttet til lettere psykiske lidelser. Denne økningen kan delvis skyldes endringer i diagnosepraksis: en del personer som tidligere ble sykmeldt for depresjon, har i de senere årene i stedet fått en diagnose innen lettere psykiske lidelser. Men disse diagnosene økte mer i perioden enn reduksjonen for angst- og depresjonsdiagnoser skulle tilsi. Det ser vi ved at det ble 5,1 flere sykefraværstilfeller med lettere psykiske lidelser per 1000 arbeidstakere, mens nedgangen for angst og depresjon var på 2,8 (tabell 2). Det har derfor utvilsomt vært en reell økning i omfanget av sykefravær med lettere psykiske lidelser. Det kan se ut til at terskelen for sykmelding ved mer forbigående og mindre alvorlige psykiske plager har blitt senket.

Økningen i sykefraværet med lettere psykiske lidelser er selvfølgelig ikke positiv, men kanskje mindre bekymringsfull enn man først skulle tro. Disse lidelsene har antagelig bedre prognose for fremtidig arbeidsevne og er enklere å behandle enn depressive tilstander. Behovet for senere arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon er dermed også sannsynligvis mindre. Det kan imidlertid ikke utelukkes at en del personer med lettere psykiske lidelser senere utvikler mer alvorlige lidelser som angst og depresjon.

Nedgangen i depresjon som sykmeldingsårsak var også et påtagelig trekk i 2000–2011. Flere forklaringer på denne utviklingen kan tenkes. Det er mulig at behandlingen av depressive tilstander er blitt bedre og at arbeidsevnen blir holdt vedlike i større utstrekning enn tidligere. En slik utvikling burde både gi kortere varighet av tilfellene og økt bruk av graderte sykmeldinger. Noen forkortning av varigheten fant vi ikke, men derimot var det tydelig at gradert sykmelding etter hvert brukes forholdsvis hyppig ved depresjon. Sykmeldingsreformen i 2004 med bl.a. større vekt på gradert sykmelding kan også ha spilt en rolle. I en undersøkelse av gradert sykmelding i 2009 fant vi at forekomsten av gradering i løpet av et sykefraværstilfelle var nesten dobbelt så stor blant personer sykmeldt på grunn av angst eller depresjon sammenlignet med alle sykmeldte – henholdsvis 29 og 15 prosent av tilfellene (Brage mfl. 2011). Den foreliggende studien viser omtrent det samme for 2011.

Endringer i behandling og oppfølging av de sykmeldte kan ikke forventes å påvirke antallet sykefraværstilfeller. Den mest sannsynlige forklaringen på nedgangen i antall sykmeldte med depresjon er endret diagnosepraksis blant legene. Slik vi tolker figur 2–4 skjedde det et skift i diagnosesettingen fra ca. 2004–2005, som kan henge sammen med innføringen av ICPC-2 og mer konkrete retningslinjer for diagnosesettingen.

For ti år siden brukte legene i større utstrekning diagnosene depressiv lidelse og depresjonsfølelse ved tilfeldig psykisk uhelse, kriser og kortvarig psykisk belastning, mens de nå oftere bruker uspesifiserte psykiske symptomer og plager eller situasjonsbetinget psykisk ubalanse. Den tidligere svært høye bruken av de to depresjonsdiagnosene, som samlet utgjorde 63 prosent av alt sykefravær på grunn av psykiske lidelser i andre kvartal 2000, taler for at disse diagnosene også ble brukt ved lettere lidelser. Det har i de siste årene vært rettet oppmerksomhet mot hvilke psykiske diagnoser som brukes av fastlegene, og hvilke konsekvenser en ukritisk bruk av diagnoser kan ha (se faktaboks). Det er derfor sannsynlig at nedgangen i bruk av depresjonsdiagnoser heller skyldes en justering av tidligere bruk av diagnoser, enn at depressive tilstander er blitt sjeldnere i befolkningen.

Nedgangen i depressive tilstander kan ikke forklares av at legene bruker diagnosen affektiv lidelse i større utstrekning enn tidligere. Affektiv lidelse er fortsatt en relativt sjelden sykmeldingsårsak, og har heller ikke vist noen betydelig økning i 2000–2011.

At økningen i sykefraværet på grunn av psykiske lidelser er konsentrert om de lettere psykiske lidelsene, samt at det ikke har vært noen økning i alvorlige psykiske lidelser, taler for at alvorlighetsgraden av de psykiske plagene ved sykefravær i gjennomsnitt ikke har økt. Dette er et motsatt funn av det som ble observert ved uførepensjon blant de unge, der det var en påtagelig økning også i alvorlige lidelser (Brage og Thune 2008).

Angst og depresjon brukes ikke like ofte som før som sykmeldingsårsak, men det betyr ikke nødvendigvis at disse tilstandene har fått mindre betydning som årsak til ytelser fra NAV. De er fortsatt en viktig årsak til sykefravær, og ved midlertidige ytelser og uførepensjon har disse tilstandene vist en økning i de siste årene.

Referanser

- Brage S og Bragstad T (2011): «Unge på arbeids- og helserelevante ordninger». *Arbeid og velferd* 2/2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Brage, S, Kann IC, Kolstad A, Nossen JP og Thune O (2011): «Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk», *Arbeid og velferd* 3/2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Brage S og Thune O (2008): «Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977–2006». *Arbeid og velferd* 3/2008. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Brage S og Thune O (2009): «Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25–39 år» *Arbeid og velferd* 1/2009. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Brage S, Holm S, Thune O, Nygård JF, Sandanger I og Tellnes G (1998). Diagnoseendring ved sykmelding. RTV-rapport nr 1/98. Oslo: Rikstrygdeverket
- Bråthen M (2011): *Uførepensjonisters tilknytning til arbeidslivet*. NAV-rapport 2/2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Folkehelseinstituttet (2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet (2011): *Faglig veileder for sykmeldere*. <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no>
- Hensing G, Andersson L og Brage S (2006). «Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiological study of age, gender, and regional distribution». *BMC Medicine* 2006; 4: 19
- OECD (2011): *Sick on the job. Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD.