

## Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2017

Notatet er skrevet av [jostein.ellingsen@nav.no](mailto:jostein.ellingsen@nav.no), 4.11.2022.

### *Sammendrag*

Per 30. juni 2017 mottok 321 800 personer uføretrygd. 63,9 prosent av de uføretrygdede var da enten uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse (37,2 %), eller en muskel- og skjelettsykdom (26,7 %). Andre større diagnosegrupper var sykdommer i nervesystemet (8,3 %), skader, forgiftninger og vold (5,4 %), sirkulasjonssykdommer (4,5 %), svulster (2,9 %) og medfødte misdannelser og kromosomavvik (2,1 %). Alle andre diagnoser utgjorde om lag 13 prosent.

Fra 2000 til 2017 var det en vekst i andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser på 7,7 prosentpoeng, samtidig gikk andelen med muskel- og skjelettsykdommer ned med 6,6 prosentpoeng. Denne utviklingen henger sammen med at sammensetningen av uførepopulasjonen endres over tid ved at mange av de yngre som kommer inn i uføreordningen har en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse, mens de eldre som går ut oftere har en muskel- og skjelettsykdom.

De uføretrygdedes diagnosemønster varierer med hensyn til kjønn og alder. De vanligste diagnosene for uføretrygdede menn og kvinner er innenfor psykisk lidelser og atferdsforstyrrelser (42,2 % for menn og 33,6 % for kvinner). For kvinner var det deretter mange som hadde en diagnose innenfor gruppen av muskel- og skjelettsykdommer (31,9 %). For menn forekommer muskel- og skjelettsykdommer i mindre grad. 19,5 prosent av mennene har slike diagnoser.

Vi ser at det er geografiske diagnosevariasjoner. Fylkene med høyest andel uføretrygdede med psykiske lidelser var per juni 2017 Agder, Vestfold og Telemark og Innlandet. Fylkene med høyest andel sykdommer i muskel-skjelettsystemet var Nordland, Innlandet og Troms og Finnmark.

Unge uføretrygdede 18-29 år har hatt en kraftig vekst de siste årene. De unge uføretrygdede er særlig uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. I diagnoseklassifiseringen grupperes psykisk utviklingshemming inn under psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Psykisk utviklingshemming utgjør om lag 23,1 prosent av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Andelen er høyest for 18-19-åringene og avtar med alderen.

### **Hvilke diagnoser har de uføretrygdede?**

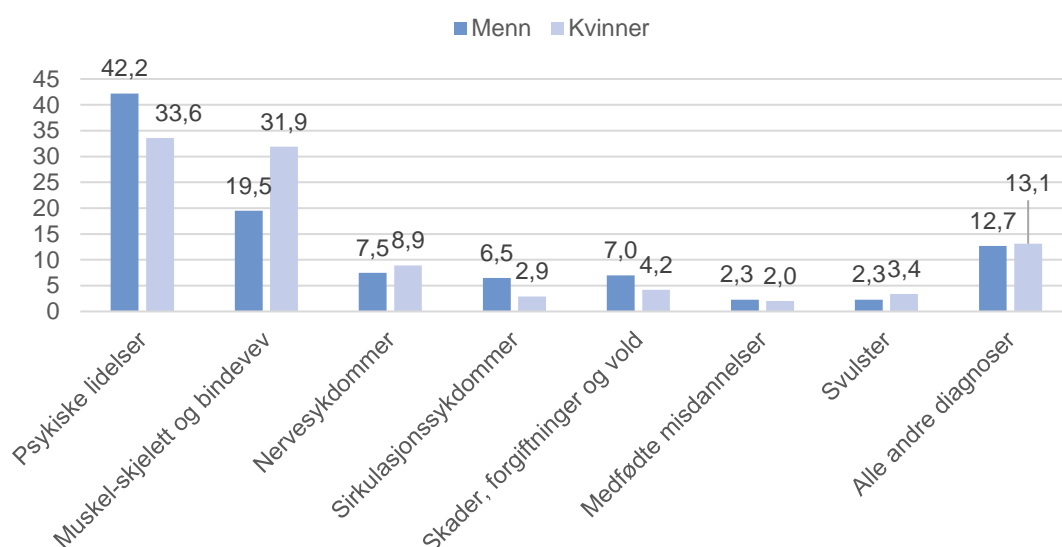
Uførediagnoser<sup>1</sup> blir kodet på bakgrunn av innsendte legeerklæringer til NAV. Uførediagnosene blir kodet etter ICD-10-kodeverket (International Classification of Diseases).

---

<sup>1</sup> Se vedlegg for utfyllende kommentarer om diagnosekodingen av uføresaker.

Figur 1 gir en oversikt over de største diagnosegruppene. 63,9 prosent av alle personer som mottok uføretrygd hadde enten en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse (37,2 %) eller en muskel- og skjelettsykdom (26,7 %). Andre vanlige diagnoser er sykdommer i nervesystemet (8,3 %) og skader, forgiftninger og vold (5,4 %). 3,3 prosent mangler diagnose i vår statistikk. De fleste som har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse, har diagnoser som tilhører undergruppen nevroser og atferdsforstyrrelser (15,9 %). De fleste som har en sykdom i muskel- og skjelettsystemet tilhører undergruppen ryggsykdom (10,6 %).

**Figur 1. Mottakere av uføretrygd fordelt på utvalgte diagnosegrupper. Kjønn. Prosent. 30.6.2017.**



Kilde: NAV

### Diagnoseforskjeller mellom kvinner og menn

Per juni 2017 var det i alt 321 800 personer som mottok uføretrygd. Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år var da på 9,6 prosent. Fordelingen mellom kvinner og menn var da 11,4 prosent uføretrygdede kvinner og 7,8 prosent uføretrygdede menn.

Den største diagnosegruppen for både kvinner og menn var psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse (42,2 % for menn og 33,6 % for kvinner). Den andre store diagnosegruppa var sykdommer i muskel-skjelett og bindevev. Det var 31,9 prosent av de uføretrygdede kvinnene som hadde slike diagnoser, mens blant mennene utgjorde slike diagnoser 19,5 prosent.

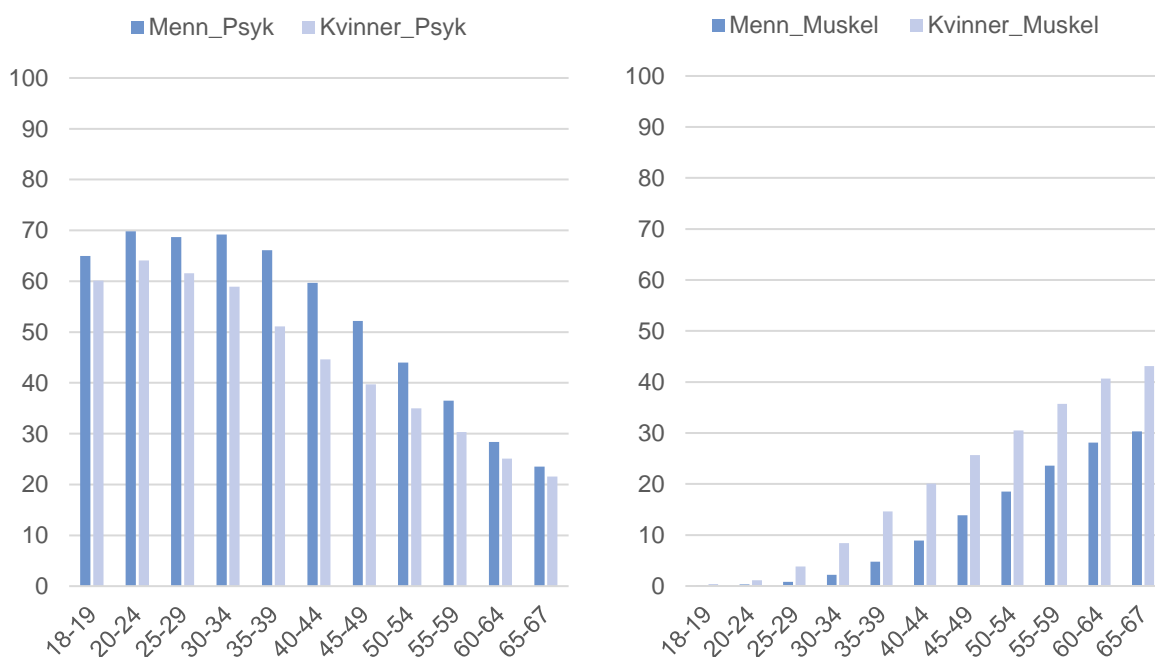
Innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, var nevroser og atferdsforstyrrelser den største undergruppa for både kvinner og menn med 15,9 prosent i alt. For muskel- og

skjelettsykdommer, var de fleste uføretrygdet på grunn av rygg sykdommer (10,6 %). Andelen menn med rygg sykdommer var noe høyere enn for kvinner. En vanlig diagnose blant kvinner er myalgi/fibromyalgi (10,1 %). Det er ikke like vanlig blant menn (1,9 %).

## Store aldersforskjeller

Det er store forskjeller i diagnosefordelingen etter alder. I figur 2 viser vi dette etter kjønn for de to store diagnosegruppene psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer.

**Figur 2. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Alder og kjønn. Prosent. Per 30.6.2017.**



Kilde. NAV

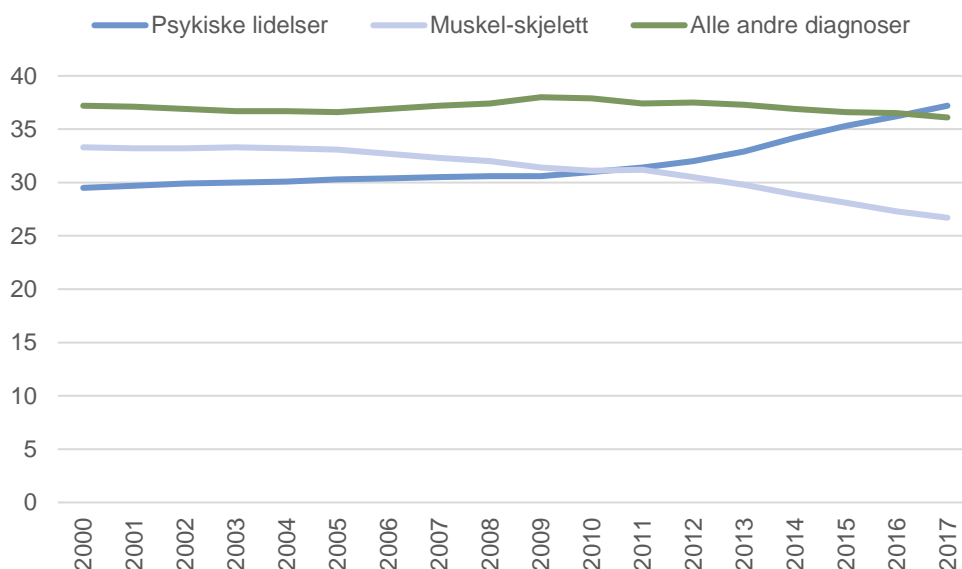
Vi ser at omfanget av uføretrygdde med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser synker med økende alder, samtidig som andelen med muskel- og skjelettsykdommer øker med alderen. Psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse er noe mer vanlig for menn enn for kvinner. For kvinner er det omtrent like mange med sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev som psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

For kvinner er det vanligst å ha en psykisk lidelse opp til 54 år. Fra 55 år er andelen høyere med muskel-skjelettsykdommer. For menn er det vanligere med en muskel-skjelettdiagnose fra 65 år og oppover.

## Flere med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser siden 2010

Per juni 2017 var 63,9 prosent uføretrygdet på grunn av enten psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (37,2 %) eller sykdommer i muskel- og skjelettsystemet (26,7 %).

**Figur 3. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser, muskel- og skjelettsykdommer og alle andre diagnoser. Prosent. 2000-2017\***



Kilde. NAV

\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

Over flere år har det vært en økning i andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, samtidig som andelen med muskel- og skjelettsykdommer har gått ned. Andelen med alle andre diagnoser har også avtatt i perioden. Siden 2000 har andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser økt med 7,7 prosentpoeng og veksten har særlig kommet etter 2010, noe som kan ha sammenheng med utviklingen av tidsbegrenset uførestønning (TU) der mange som mottok TU hadde slike lidelser. Tilsvarende har andelen med muskel- og skjelettsykdommer avtatt med 6,6 prosentpoeng, og nedgangen er sterkest etter 2011. Alle andre diagnoser har avtatt med 1,1 prosentpoeng i perioden.

De siste årene har det blitt færre eldre mottakere av uføretrygd, samtidig som flere eldre går ut av uføreordningen. Mange av de eldre hadde muskel- og skjelettsykdommer. De nye uføretrygdene de siste årene har i større grad en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse. Vi antar at trenden med flere uføretrygdene med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i beholdningen vil forsterke seg i årene framover. Ved utgangen av september 2022 hadde om lag 42,5 prosent av de som mottok arbeidsavklaringspenger en psykisk lidelse (Grønlien 2022). Opp mot 80

prosent av alle nye uføremottakere siden 2010 har vært innom AAP-ordningen (Ellingsen 2022).

En mulig forklaring på veksten i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, er at slike diagnoser i større grad har blitt akseptert som årsak til at arbeidsevnen er nedsatt og at endringer i arbeidslivet kan gi en redusert mulighet for deltakelse i arbeidslivet for personer med en psykisk lidelse (Mykletun og Knudsen 2009).

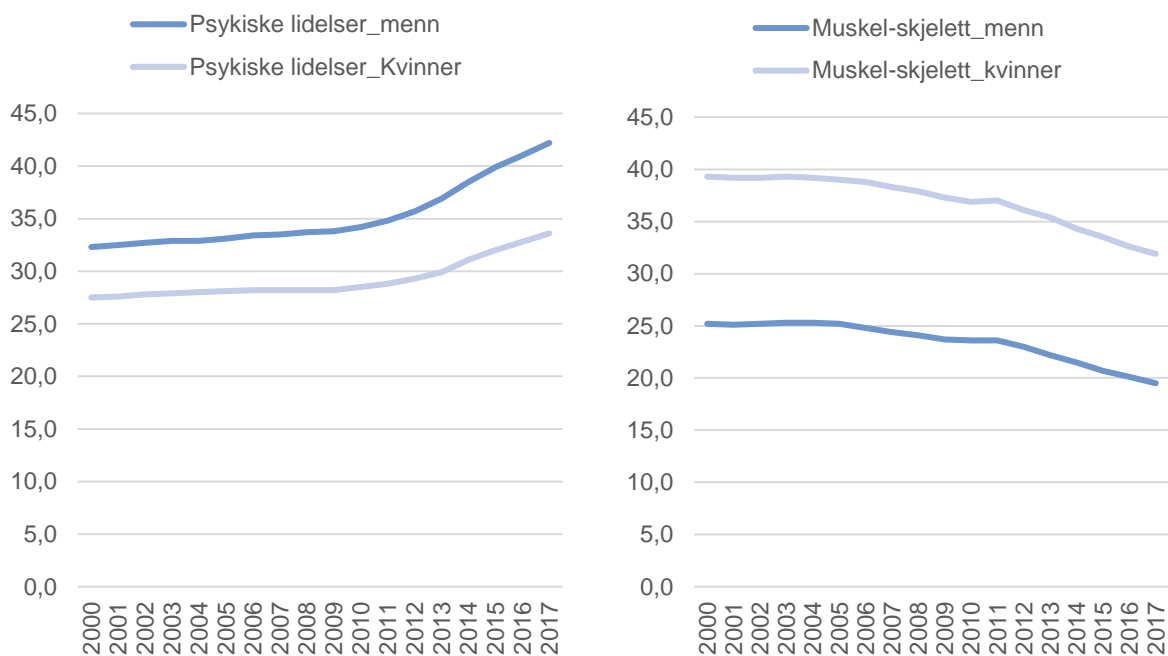
Bragstad (2018) diskuterer også mulige årsaker til helseutviklingen og utviklingen i diagnosemønsteret, spesielt for unge uføretrygdede. Hun trekker fram at det har blitt større oppmerksomhet rundt diagnoser og behandling allerede i skolealder og at dette kan ha ført til at flere får avklart sitt uførebehov i tidlig alder. Andre forhold som trekkes fram er synkende dødelighet siden 1960-tallet, noe som har medført økt overlevelse også for barn og unge med ulike typer av funksjonshemminger. «Generelt er de fleste som får uføretrygd når de fyller 18 år, født med ulike typer fysisk eller psykisk utviklingshemming, eller med disposisjon for alvorlige psykiske lidelser. (...) Blant de psykiske lidelsene som debuterer i barneårene finner vi, i tillegg til ulike grader av psykisk utviklingshemming, eksteraliserende lidelser (atferdsproblemer og ADHD) som kan medføre et høyt, og ofte vanskelig håndterbart aktivitetsnivå, og autisme.» (Bragstad 2018:82).

### **Forskjellige diagnoser for kvinner og menn**

Blant menn som mottok uføretrygd per juni 2017 var det vanligere å være uføretrygdet med psykiske lidelser enn med en muskel-skjelett-sykdom. For kvinner var fordelingen mellom de to store diagnosegruppene på samme tidspunkt nokså lik. Vi ser at det er flere menn som er uføretrygdet for psykiske lidelser enn kvinner og vi ser at det er flere kvinner enn menn som er uføretrygdet pga. sykdommer i muskel-skjelettsystemet.

I perioden mellom 2000 og 2017 økte andelen med psykiske lidelser for både kvinner og menn. I samme periode sank andelen med muskel-skjelettsykdommer for begge kjønn. I perioden har andelen uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant menn økt med 9,9 prosentpoeng, og for kvinner med 6,1 prosentpoeng. For muskel- og skjelettsykdommer, har andelen menn avtatt med 5,7 prosentpoeng, for kvinner med 7,4 prosentpoeng.

**Figur 4. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Kjønn. Prosent. 2000-2017\***



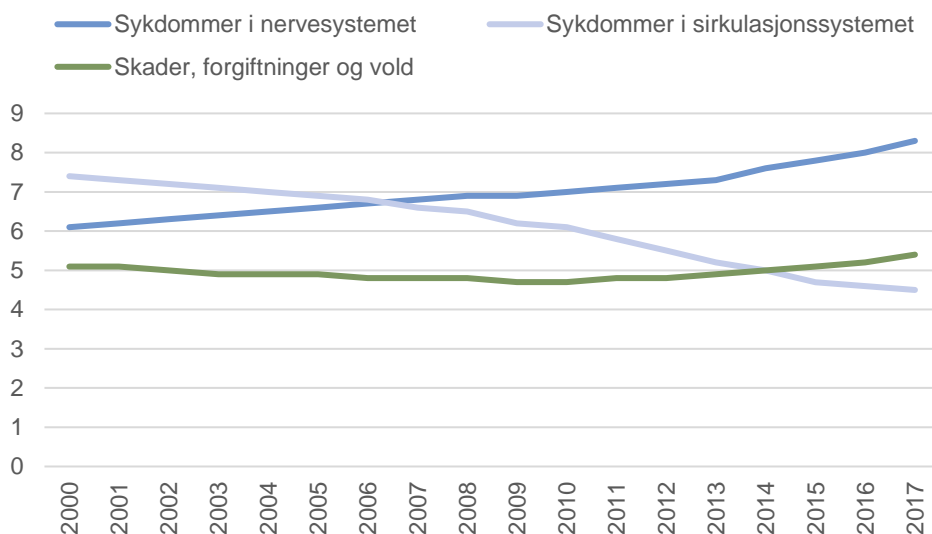
Kilde. NAV

\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

### Utviklingen i andre utvalgte diagnosegrupper

Vi observerer en økning for nervesykdommer (2,2 prosentpoeng), men en nedgang for uføre med sykdommer i sirkulasjonssystemet (2,9 prosentpoeng). Nedgangen for sirkulasjonssykdommer har vært en langvarig trend som trolig henger sammen med bedret generell/somatisk helse i befolkningen og et bedret helsetilbud for denne pasientgruppen. For sykdomsgruppen skader, forgiftninger og vold øker andelen med 0,3 prosentpoeng i perioden.

**Figur 5. Mottakere av uføretrygd. Andre utvalgte diagnosegrupper. Prosent. 2000-2017\***



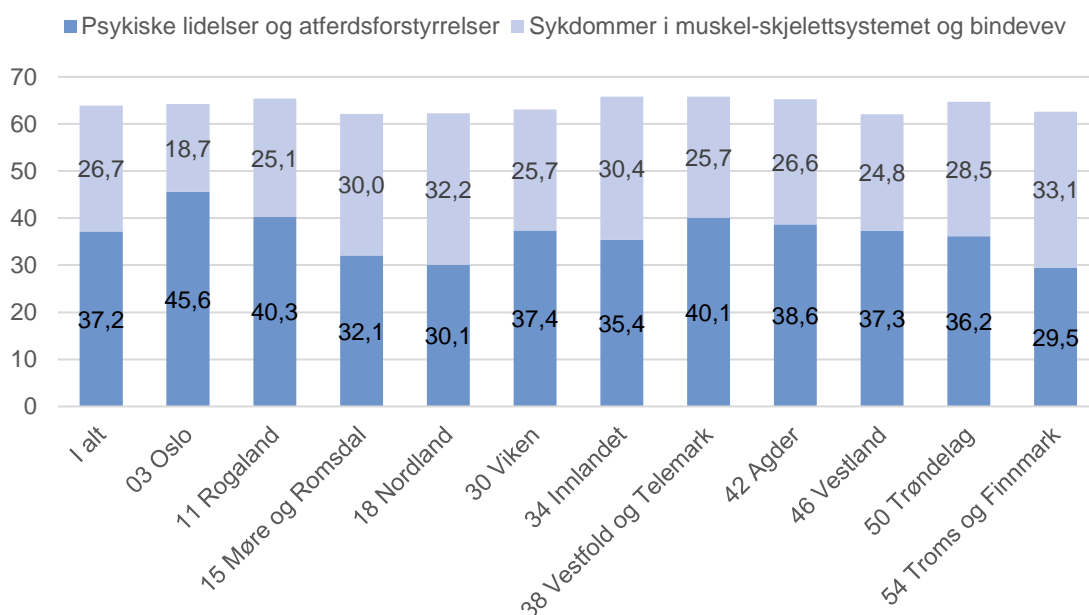
Kilde. NAV

\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

## Fylkesvis variasjon i uførediagnoser

Det er til dels stor fylkesvis variasjon i hva som er den medisinske hovedårsaken til uføretrygd. I Oslo var de fleste uføretrygdet med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (45,6 % av alle uføre i fylket), mens 18,7 prosent har muskel-skjelettsykdommer. I Troms og Finnmark hadde derimot 29,5 prosent psykiske lidelser og 33,1 prosent med muskel-skjelettsykdommer.

**Figur 6. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Fylke. Prosent av alle uføretrygdede i fylket. 30.6.2017**



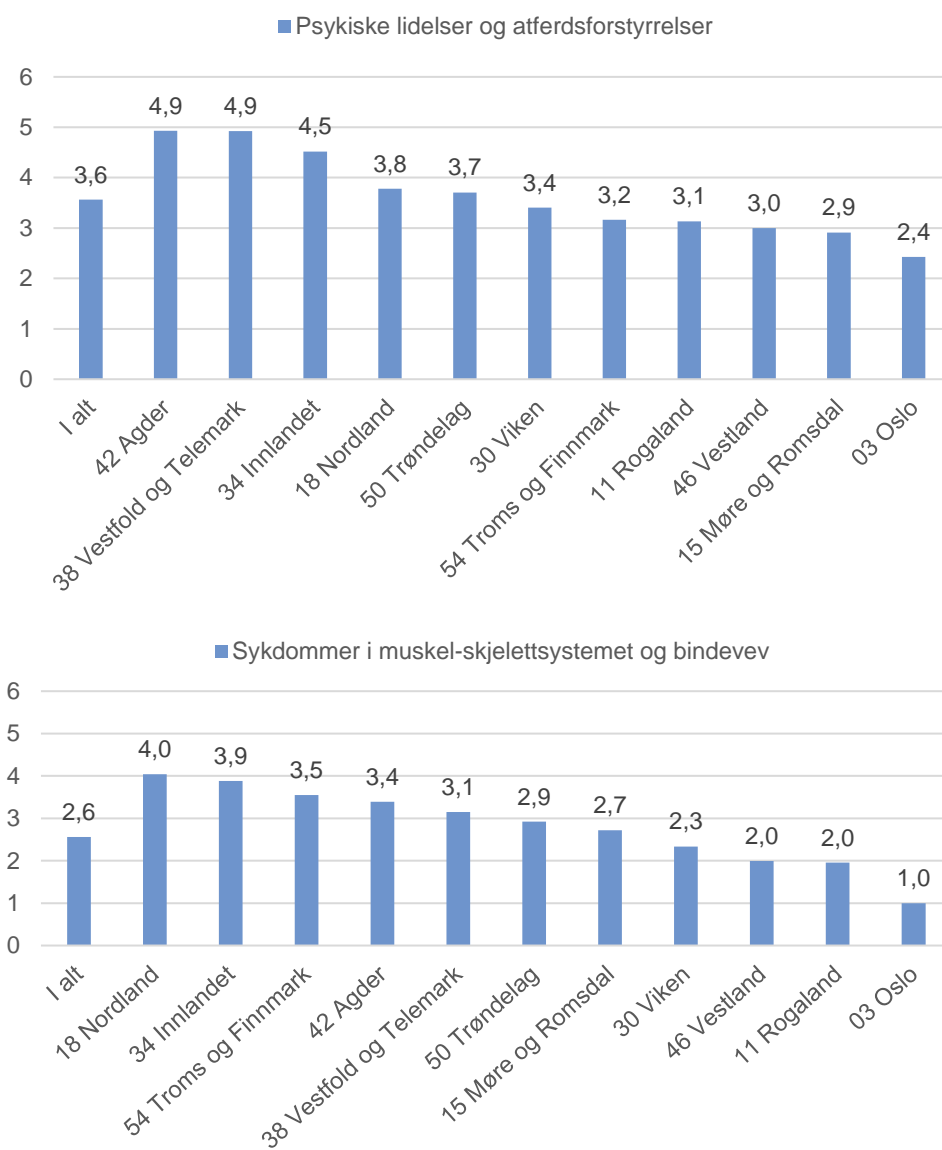
Kilde. NAV

Framstiller vi uførediagnosene etter prosent av befolkningen i hvert fylke, ser vi en annen geografisk fordeling enn det vi ser av figuren over. I prosent av befolkningen var det flere uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (3,6 %) enn med muskel- og skjelettsykdommer (2,6 %). Det var flest uføretrygdede med en psykisk lidelse i fylkene Agder og Vestfold og Telemark med 4,9 prosent. Lavest andel finner vi i Oslo med 2,4 prosent (figur 7).

I fylkene Nordland (4,0 %) og Innlandet (3,9 %) var det flest uføre med muskel- og skjelettlidelser. Lavest andel har Oslo med 1,0 prosent. Nordland og Innlandet har eldre befolkning, mens Oslo har ung befolkning. Av figur 2 ser vi at psykiske lidelser er mer vanlig for yngre mottakere og muskel-skjelettdiagnoser er mer vanlig blant eldre mottakere og viser forskjellen i diagnosesammensetningen.



**Figur 7. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Fylke. Prosent av befolkningen. Synkende sortering. 30.6.2017**



Kilde. NAV

## Diagnoseutviklingen blant unge mottakere av uføretrygd<sup>2</sup>

Per juni 2017 var det om lag 15 000 personer i alderen 18-29 år som mottok uføretrygd (om lag 6 500 kvinner og 8 400 menn). I alt utgjorde det 1,8 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe, med en fordeling på 2,0 prosent menn og 1,6 prosent kvinner.

Over flere år har det vært en kraftig vekst for de unge uføretrygdede. Fra begynnelsen av 1990-tallet og fram til 2017 økte uføreandelen for 18-29-åringene med om lag ett prosentpoeng.

Den sterke veksten i andelen unge uføre skyldes en kombinasjon av endringer i regelverk, helse og demografi siden begynnelsen av 1990-tallet (Bragstad 2018). Bragstad trekker særlig fram to faktorer som forklarer veksten til unge uføremottakere: «Den viktigste faktoren bak denne veksten er en stadig økende uføretrygding av 18-åringene, noe som ser ut til å skyldes flere barn og unge med psykiske lidelser» (s. 69). I tillegg til psykisk utviklingshemming, er medfødte misdannelser og kromosomavvik viktigste medisinske årsaker til at uføretrygd innvilges før fylte 20 år. Brage og Thune (2015) påpeker at siden midten av 1990-tallet har det imidlertid vært en spesielt sterk vekst blant de aller yngste som er uføretrygdet med andre psykiske lidelser innen autismspekteret.

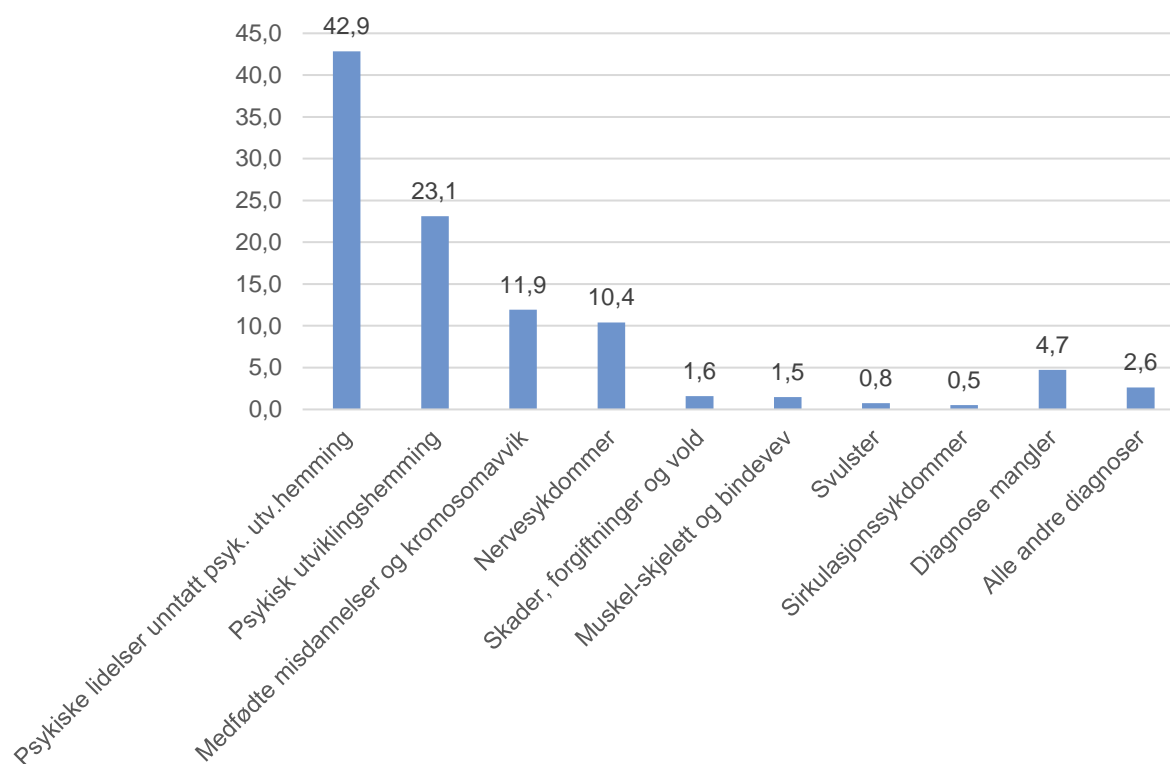
Den andre viktige faktoren bak den observerte veksten i unge uføretrygdede er knyttet til innføringen av Tidsbegrenset uføretrygd i 2004 og dens utsettelse av tidspunktet for innvilgelsen av uføretrygd (Bragstad 2018).

I en ny artikkel i Søkelys på arbeidsmarkedet finner Haugli Bråten og Sten-Gahmberg (2022) at det har blitt flere unge uføre med utviklingshemming, autisme, angst-, depresjons- og atferdslidelser. De unge uføres skoleprestasjoner har blitt svakere over tid, ved at færre fullfører grunnskolen med karaktergrunnlag og færre fullfører videregående. Deres arbeidsdeltakelse i årene før de innvilges uføretrygd har også blitt svekket. De konkluderer med at den økte tilstrømningen til uføretrygd ikke alene kan forklares av et mer krevende arbeidsliv, men må tilskrives faktorer som treffer de unge gjennom oppveksten.

---

<sup>2</sup> 708 (4,7 %) unge uføre mangler diagnose. Se vedlegg for kommentarer.

**Figur 8. Mottakere av uføretrygd (18-29 år). Utvalgte diagnosegrupper. Prosent. 30.6.2017**

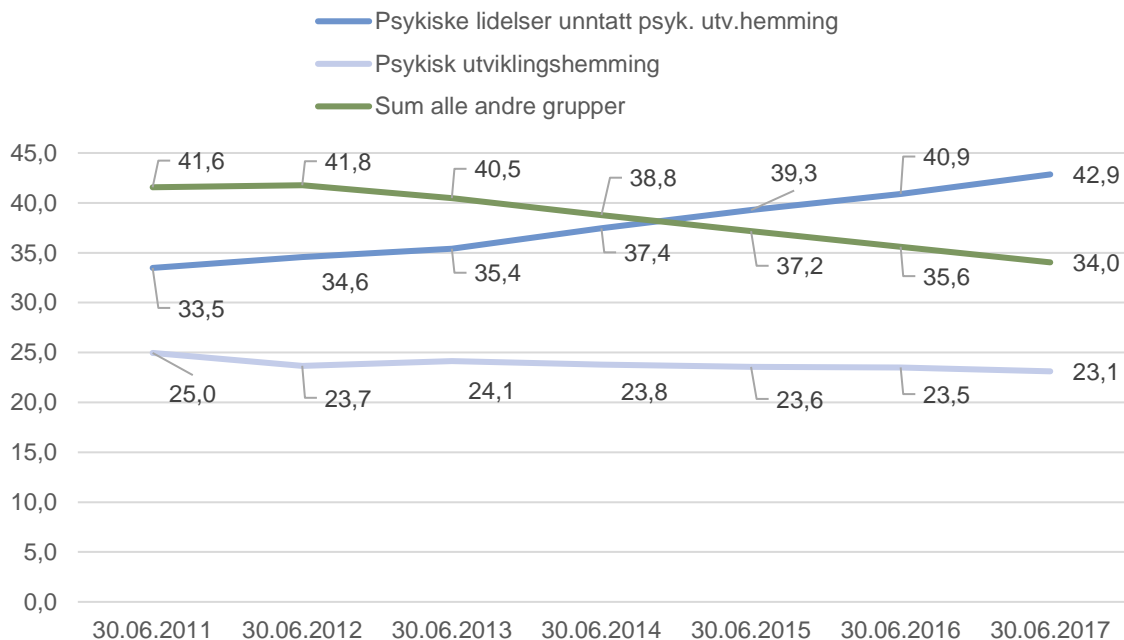


Kilde. NAV

De største gruppene for unge uføretrygdede per juni 2017 var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (66 prosent), medfødte misdannelser og kromosomavvik (11,9 prosent) og sykdommer i nervesystemet (10,4 prosent).

Psykiske lidelser er en sammensatt diagnosegruppe og består også av psykisk utviklingshemming. Per juni 2017 hadde 23,1 prosent av de unge uføretrygdede 18-29 år en diagnose innenfor gruppen psykisk utviklingshemming. Alle andre diagnoser utgjorde til sammen 34,0 prosent (figur 9). I perioden fra 2011 til 2017 øker andelen som har psykiske lidelser, mens andelen med psykisk utviklingshemming går svakt ned. Andelen med alle andre diagnoser reduseres også.

**Figur 9. Mottakere av uføretrygd (18-29 år). Psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming. Prosent. 30.6.2011-30.6.2017**



Kilde. NAV

Per juni 2017 var de mest brukte enkeltdiagnosene blant unge uføretrygdete «gjennomgripende utviklingsforstyrrelser», det vil si i hovedsak autisme og Aspergers syndrom (15,8 %). Andre ulike former av utviklingshemming er også angitt, både lett utviklingshemming (12,3 %) og psykisk utviklingshemming uten nærmere angivelse (6,1 %). Autisme og Aspergers syndrom tilhører hovedgruppen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, undergruppe nevrososer og atferdsforstyrrelser. Utviklingshemming er en undergruppe av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

**Tabell 1. Mottakere av uføretrygd (18-29 år). Utvalgte diagnosegrupper. Prosent. Per juni 2017**

Primærdiagnose (hoveddiagnose - ICD10)	I alt	18-19 år	20-24 år	25-29 år
<b>Antall uføre i alt</b>	<b>14 958</b>	<b>1 326</b>	<b>5 391</b>	<b>8 241</b>
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	66,0	63,1	67,5	65,4
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	31,9	31,8	32,3	31,6
- Psykisk utviklingshemming	23,1	29,9	29,4	17,9
Sykdommer i nervesystemet	10,4	10,4	10,2	10,6
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	11,9	21,6	13,8	9,2
Diagnoser mangler foreløpig	4,7	1,2	4,0	5,8
Alle andre diagnoser	7,0	3,6	4,6	9,0
<b>Antall menn</b>	<b>8 446</b>	<b>815</b>	<b>3 199</b>	<b>4 432</b>
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	68,8	65,0	69,8	68,7
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	36,7	37,7	38,2	35,5
- Psykisk utviklingshemming	21,6	26,4	26,5	17,3
Sykdommer i nervesystemet	9,1	11,0	9,1	8,8
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	11,2	19,4	12,4	8,9
Diagnoser mangler foreløpig	5,2	1,5	4,2	6,6
Alle andre diagnoser	5,7	3,1	4,5	7,1
<b>Antall kvinner</b>	<b>6 512</b>	<b>511</b>	<b>2 192</b>	<b>3 809</b>
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	62,3	60,1	64,1	61,6
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	25,5	22,5	23,7	27,0
- Psykisk utviklingshemming	25,0	35,6	33,6	18,7
Sykdommer i nervesystemet	12,1	9,4	11,7	12,6
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	12,9	25,2	15,8	9,5
Diagnoser mangler foreløpig	4,1	0,8	3,6	4,9
Alle andre diagnoser	8,6	4,5	4,8	11,3

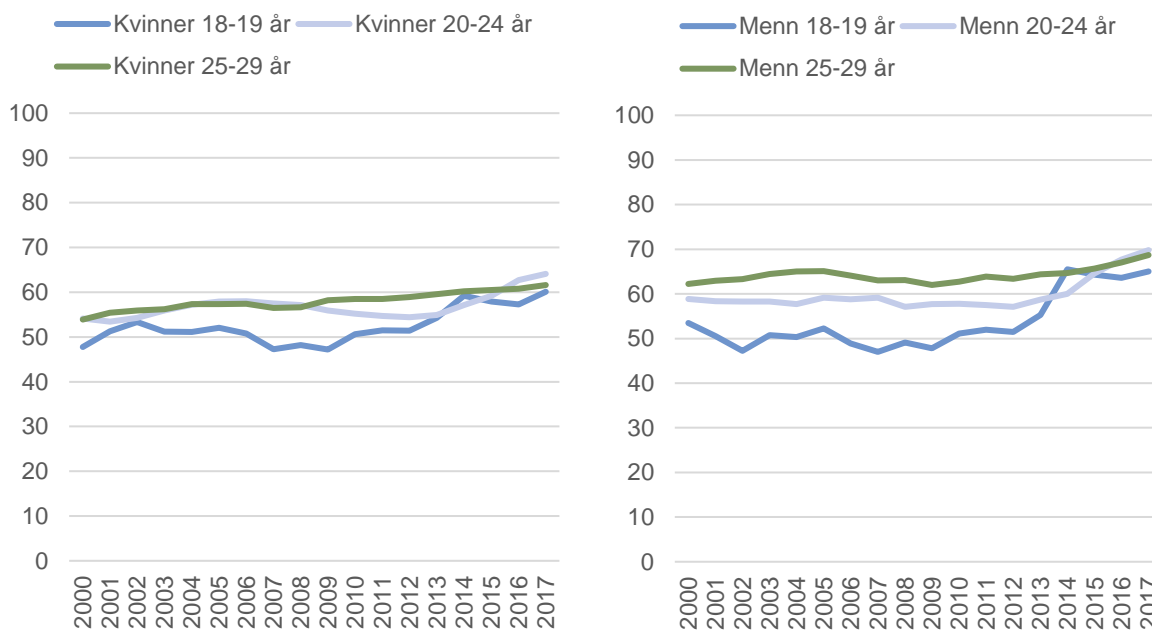
\* Psykisk utviklingshemming omfatter både lett, moderat, alvorlig, dyp og uspesifisert psykisk utviklingshemming.

Kilde. NAV

### Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)<sup>3</sup>

Per juni 2017 hadde 66 prosent av de unge uføre i alderen 18-29 år psykisk lidelser og atferdsforstyrrelser, der de to mest vanlige undergruppene var nevrososer og atferdsforstyrrelser (31,9 %) og psykisk utviklingshemming (23,1 %).

**Figur 10. Unge uføre (18-29 år) med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser\* som andel av alle uføre i samme aldersgruppe. Kjønn. Prosent. 2000-2017\*\***



Kilde: NAV

\* Psykisk utviklingshemming ikke skilt ut som egen gruppe

\*\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

For de unge uføre med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser observerer vi noen kjønns- og aldersforskjeller. Det er flere menn enn kvinner med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Over tid øker forekomsten av disse diagnosene for både kvinner og menn og både for kvinner og for menn ser vi at det er sterkest vekst for 18-19-åringene (figur 10).

Brage og Thune (2015) har analysert utviklingen for nye uføretrygdede i perioden 1977-2013. De skriver at de viktigste medisinske årsakene til arbeidsuførhet for 18-19-åringene som mottar uføretrygd er psykisk utviklingshemming, samt medfødte misdannelser og kromosomavvik, som for eksempel Downs syndrom. For de i alderen 20-24 år er den vanligste årsaken også psykisk utviklingshemming, men for disse har psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blitt mer

<sup>3</sup> Eksempler på slike sykdommer er schizofreni, paranoide lidelser, atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, psykisk utviklingshemming, og andre utviklingsforstyrrelser.

vanlig de siste årene. Mottakere av uføretrygd i alderen 25-29 år har som oftest alvorlige psykiske lidelser som dype utviklingsforstyrrelser, samt atferds- og personlighetsforstyrrelser.

Årsakene til veksten for 18-19-åringene skyldes trolig en kombinasjon av lavere spedbarnsdødelighet, lavere dødelighet blant for tidlig fødte, samt framveksten av bedre velferdsordninger. Andre faktorer er at bedre og mer presis diagnostikk kan ha ført til at antallet unge uføretrygdede har økt ved at flere har fått kartlagt og avdekket et behov for uføretrygd. Brage og Thune (2015:41) konkluderer med at økningen blant de yngste uføretrygdede «ikke kan skyldes befolkningsveksten», men heller endringer i diagnosesetting og endringer i helsetilstand, og krav i arbeidsmarkedet.

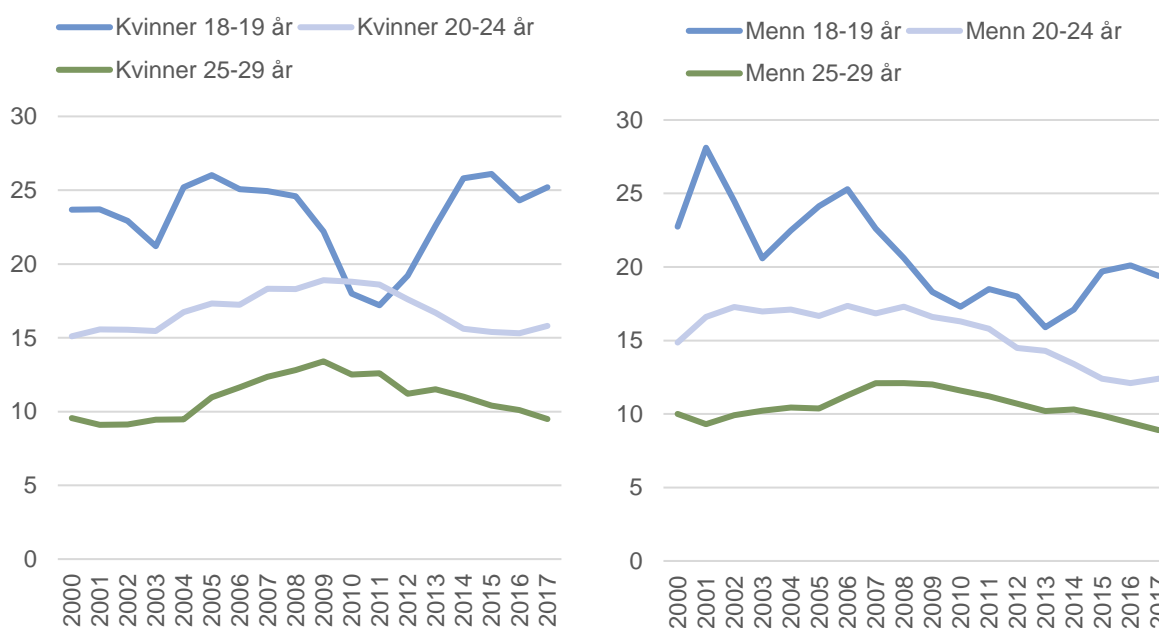
I Folkehelse rapporten fra 2018 om helsetilstanden i Norge står det bla. å lese om helseforhold, livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge som kan supplere bildet om unge uføres helseforhold. Rapporten påpeker følgende forhold: En av fem fullfører ikke videregående skole innen fem år. Frafall fra skolen henger ofte sammen med psykiske problemer og utviklings- og/eller lærevansker. Gutter har størst risiko for utviklingsforstyrrelser, noe som forekommer tidlig i livet. Rapporten peker på ADHD, autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom. Videre har gutter også høyere risiko for atferdsforstyrrelser.

ADHD-forekomsten beregner Folkehelse rapporten til 3,4 prosent hos tolvåringene, men det er stor geografisk variasjon i diagnosebruk. Blant tenåringer får omkring 4 prosent av guttene og 2 prosent av jentene behandling med sentralstimulerende legemiddel mot ADHD. Fra puberteten og oppover er det en overhyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos jenter. Blant jenter i alderen 15–17 år har andelen som får diagnoser i BUP steget i femårsperioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent per år. Intervjuer av unge peker på vanskelig barndom, dårlige økonomiske kår, mobbing og manglende gjennomføring av videregående skole.

## Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik (Q00-Q99)<sup>4</sup>

Etter psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er det medfødte misdannelser og kromosomavvik hvor andelen uføretrygdete er høyest for aldersgruppen 18-29 år. I alt 11,9 prosent har slike diagnoser som hovedårsak til uføretrygd. Også for denne gruppa er det store alders- og kjønnsmessige forskjeller (figur 11).

**Figur 11. Unge uføre med medfødte misdannelser og kromosomavvik. Prosent. 2000-2017\***



Kilde. NAV

\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

Det var flere unge uføre kvinner enn menn med medfødte misdannelser og kromosomavvik. Andelen som er uføretrygdete som følge av medfødte misdannelser og kromosomavvik ligger på et høyere nivå for 18-19-åringene enn for 20-24-åringene og 25-29 åringene. Dette fordi 18-19-åringene med medfødte misdannelser og kromosomavvik ofte blir uføretrygdete måneden etter de fyller 18 år.

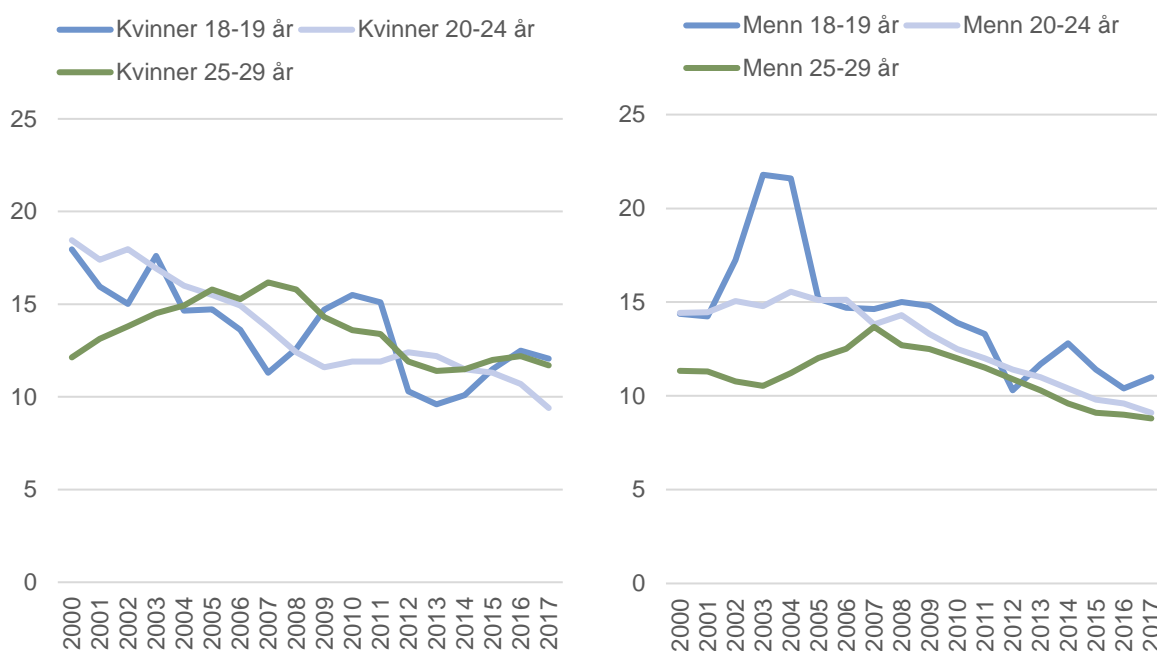
<sup>4</sup> Eksempler på slike sykdommer er medfødte misdannelser i nervesystemet, i øye, øre, ansikt og hals, medfødte misdannelser i sirkulasjonssystemet, i åndedrettssystemet og for eksempel kromosomavvik.



## Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)<sup>5</sup>

Den tredje store diagnosegruppa for unge uføretrygdde er sykdommer i nervesystemet (10,4 %). Over tid har det blitt færre unge uføretrygdde med slike diagnoser (figur 12). Cerebral parese (4,5 %) og epilepsi (1,5 %) var de vanligste enkeltdiagnosene per juni 2017. Det er noe flere menn som har cerebral parese og epilepsi enn kvinner.

**Figur 12. Unge uføre med sykdommer i nervesystemet. Prosent. 2000-2017\***



Kilde. NAV

\* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2017 er per juni

<sup>5</sup> Eksempler på slike sykdommer er betennelsessykdommer i sentralnervesystemet, cerebral parese og andre sykdommer med lammelse.

## Referanser

Diagnosekodeverket ICD-10: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Diagnosekodeverket ICPC-2: <https://ehelse.no/kodeverk/icpc-2.den-internasjonale-klassefikasjonen-for-primaerhelsetjenesten>

Andersson, Wiles, Lewis, Brage, Hensing (2006): «Disability pension for psychiatric disorders: Regional differences in Norway 1988-2000» i Nord J Psychiatry. 2006;60 (4):255-62.

Andersson, Wiles, Lewis, Brage, Hensing (2007): “Can access to psychiatric health care explain regional differences in disability pension with psychiatric disorders?” i Soc Psychiatry Epidemiol. 2007 May; 42(5):366-71. Epub 2007 Mar 26.

Brage og Thune (2015): «Ung uførhet og psykisk sykdom» i Arbeid og velferd. Nr. 1-2015. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Bragstad, Torunn (2018): «Vekst i uføretrygding blant unge». i Arbeid og Velferd. Nr. 2-2018. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Ellingsen, Jostein (2022): «Utviklingen i uføretrygd per 30. september 2022». Statistikknotat. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Folkehelseinstituttet (2018). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelseinstituttet.

Haugli Bråten, Ragnhild og Sten-Gahmberg, Susanna (2022): «Unge uføre og veien til uføretrygd» i Søkelys på arbeidslivet nr. 1-2022.

Mykletun og Knudsen (2009): Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd. Rapport 2009:4. Folkehelseinstituttet

Olsen, Jentoft, Jensen (2009): Et liv jeg ikke valgte. Om unge uføre i fire fylker. Universitetet i Agder og Agderforskning.

Grønlien, Eirik (2021): «Utviklingen mottakere av arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne per 30. juni 2021». Statistikknotat. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

## Vedlegg

### Om data og diagnosekoding

Uførediagnoser blir kodet på basis av innsendte legeerklæringer. Alle nye uføretrygdede blir tilegnet en diagnosekode og danner grunnlaget for denne statistikken. Alle nye uføretrygdsaker tilordnes diagnosekoder manuelt, ofte både en hoved- og en bidiagnose. I praksis foregår dette arbeidet slik at vi slår opp de uføres legeerklæringer, leser medisinske opplysninger og setter den medisinske hoved- og bidiagnosen for hver nye uføretrygdede. Hoveddiagnosen gjenspeiler den diagnosen den uføretrygdede ble ufør for da søknaden ble innvilget. Diagnosekodene lagres i en egen diagnoseapplikasjon. Det er noen års etterslep i koding og publisering av diagnosestatistikk.

Kodearbeidet blir utført av en egen kodeenhet i Statistikkseksjonen under ledelse av overlege. Fra 1998 har uførediagnosene blitt kodet etter ICD-10 (International Classification of Diseases). I dette statistikknotatet omtales hovedsakelig primærdiagnoser (hoveddiagnoser), det vil si den medisinske årsaken til at uføretrygden er innvilget.

Kvaliteten på diagnosedataene er avhengige av ukjentandelen. Det vil si hvor mange som mangler en diagnose. Per juni 2017 var det i alt 321 800 personer som mottok uføretrygd. 10 700 av disse (3,3 %) manglet diagnose.

Fra 2014 ble diagnosene i alle nye uføresaker hentet fra opplysninger i legeerklæringer i et nytt saksbehandlingssystem, mot tidligere da legeerklæringer ble innsendt per post. Elektronisk datafangst har medført at vi nå får opplysninger om diagnose i flere av sakene enn tidligere.

Et annet forhold som også har påvirket diagnosekvaliteten er ordningen med tidsbegrenset uførestønad (TU) i perioden 2004-2010. Etter innføringen av (TU) ble andelen som manglet diagnose høyere enn før, da det ikke var kapasitet til å purre på de manglende innsendte legeerklæringer, eller å kode diagnoser i TU-sakene, da varig uføretrygd var prioritert foran.

Da de fleste av de tidligere mottakerne av TU fikk innvilget uføretrygd i etterkant, manglet diagnoseopplysninger for en høy andel av de nye sakene. Spesielt mangelfull var statistikken for nye uføretrygdede i årene 2008, 2009, 2010 og i 2012. Da mangler diagnose for hhv. 11,7, 14,4, 12,9 og 12 prosent av alle nye uføretrygdede som kom til i løpet av året.