

Utviklingen i uførediagnoser per 30. juni 2016

Notatet er skrevet av jostein.ellingsen@nav.no, 16.10.2020.

Sammendrag

Per 30. juni 2016 mottok 317 800 personer uføretrygd. 63,5 prosent av de uføretrygdede var da enten uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse og atferdsforstyrrelse (36,2 %), eller en muskel- og skjelettsykdom (27,3 %). Andre større diagnosegrupper var sykdommer i nervesystemet (8 %), skader, forgiftninger og vold (5,2 %), sirkulasjonssykdommer (4,6 %), svulster (2,8 %) og medfødte misdannelser og kromosomavvik (2,1 %). Alle andre diagnoser utgjorde om lag 14 prosent.

Fra 2000 til 2016 var det en vekst i andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser på 6,7 prosentpoeng, samtidig gikk andelen med muskel- og skjelettsykdommer ned med 6,0 prosentpoeng. Alle andre diagnoser gikk ned med 0,7 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 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (41 % for menn og 32,8 % for kvinner). For kvinner var det omtrent like mange som hadde en diagnose innenfor gruppen av muskel- og skjelettsykdommer (32,6 %). For menn forekommer muskel- og skjelettsykdommer i mindre grad. Om lag 20 prosent av mennene har slike diagnoser.

Diagnosemønsteret varierer etter fylker. For eksempel utgjør psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser en større andel i Oslo enn i Troms og Finnmark, der andelen med muskel-skjelettsykdom var høyere. Målt som andel av befolkningen 18-67 år ser vi også at det er relativt store variasjoner på tvers av fylker. Fylkene med høyest andel uføretrygdede med psykiske lidelser var per juni 2016 Agder, Vestfold og Telemark og Innlandet. Fylkene med høyest andel sykdommer i muskel-skjelettsystemet var Nordland, Innlandet og Troms og Finnmark.

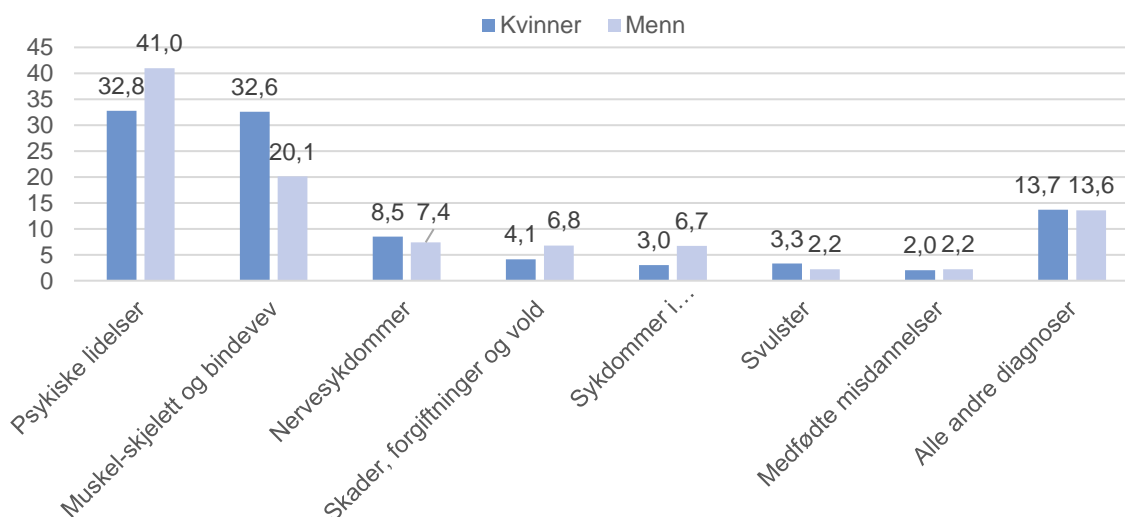
Unge uføretrygdede 18-29 år har hatt en kraftig vekst de siste årene. De unge uføretrygdede er særlig uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. I diagnoseklassifiseringen grupperes psykisk utviklingshemming inn under psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Psykisk utviklingshemming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

Hvilke diagnoser har de uføretrygdde?

Uførediagnoser¹ blir kodet på bakgrunn av innsendte legeerklæringer til NAV. Uførediagnosene blir kodet etter ICD-10-kodeverket (International Classification of Diseases). Diagnosen angir den medisinske hovedårsaken til at uføretrygd blir innvilget. Alle nye uføretrygdsaker tilordnes diagnosekoder manuelt, ofte både en hoved- og en bidiagnose. Disse skal gjenspeile den eller de diagnosene den uføretrygdde ble ufør for da søknaden ble innvilget. Det registreres også diagnoser på sykepenger og arbeidsavklaringspenger. Disse ordningene benytter et annet diagnoseklassifiseringssystem, ICPC. Dette er diagnosesystemet primærhelsetjenesten benytter². ICD-10-diagnoser settes av spesialisthelsetjenesten³.

Figur 1 gir en oversikt over de største diagnosegruppene per 30. juni 2016. 63,5 prosent av alle personer som mottok uføretrygd hadde enten en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse (36,2 %) eller en muskel- og skjelettsykdom (27,3 %). Andre vanlige diagnoser er sykdommer i nervesystemet (8 %) og skader, forgiftninger og vold (5,2 %). 4,0 prosent mangler diagnose i vår statistikk. De fleste som har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse, har diagnoser som tilhører undergruppen nevrososer og atferdsforstyrrelser (15,2 %). De fleste som har en sykdom i muskel- og skjelettsystemet tilhører undergruppen rygg sykdom (10,9 %).

Figur 1. Mottakere av uføretrygd fordelt på utvalgte diagnosegrupper. Kjønn. Prosent. 30.06.2016.



Kilde: NAV

¹ Se vedlegg for utfyllende kommentarer om diagnosekodingen av uføresaker.

² Les mer om ICPC-2-kodeverket hos Direktoratet for e-helse: <https://ehelse.no/kodeverk/icpc-2.den-internasjonale-klassifikasjonen-for-primærhelsetjenesten>

³ Les mer om ICD-kodeverket hos Direktoratet for e-helse: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Diagnoseforskjeller mellom kvinner og menn

Per 30. juni 2016 var det i alt 317 800 personer som mottok uføretrygd. Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 og 67 år var da på 9,5 prosent. Fordelingen mellom kvinner og menn var da 11,3 prosent uføretrygdede kvinner og 7,8 prosent uføretrygdede menn.

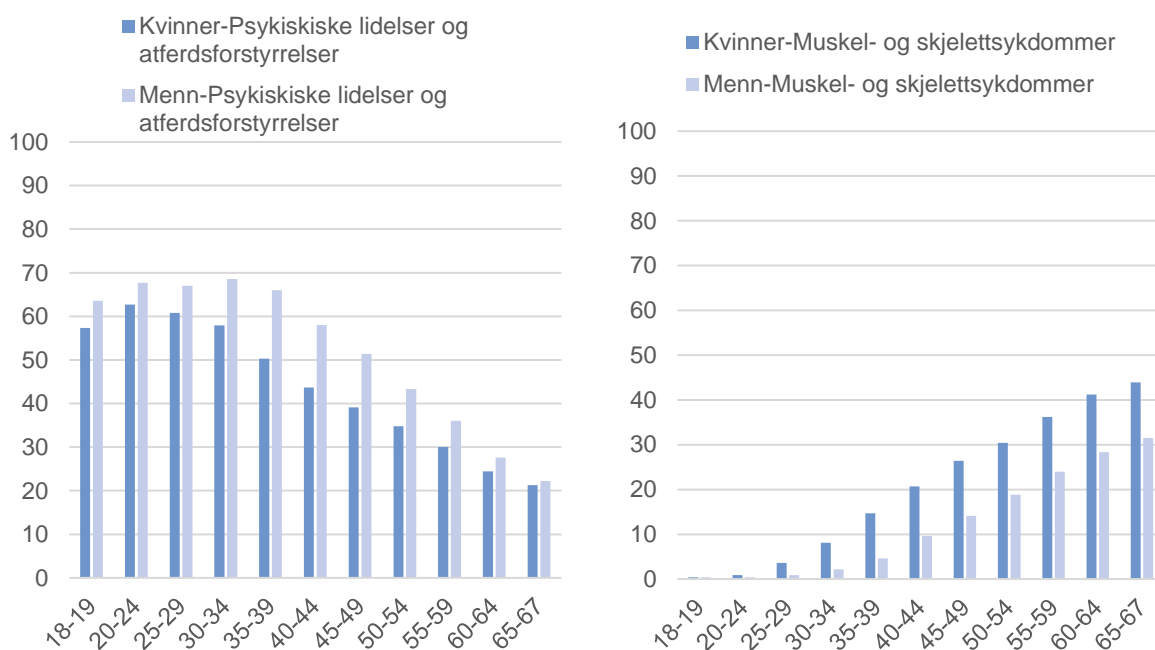
Per juni 2016 var den største diagnosegruppen for både kvinner og menn psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse (41,0 % for menn og 32,8 % for kvinner). Den andre store diagnosegruppa var sykdommer i muskel-skjelett og bindevev. Det var 32,6 prosent av de uføretrygdede kvinnene som hadde slike diagnoser, mens blant mennene utgjorde slike diagnoser 20,1 prosent.

Innenfor psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, var nevroser og atferdsforstyrrelser den største undergruppen for både kvinner og menn med om lag 15 prosent. For muskel- og skjelettsykdommer, var de fleste uføretrygdet på grunn av ryggsykdommer. Andelen menn med ryggsykdommer var noe høyere enn for kvinner. En vanlig diagnose blant kvinner er myalgi/fibromyalgi. Det er ikke like vanlig blant menn.

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 30.06.2016.



Kilde. NAV

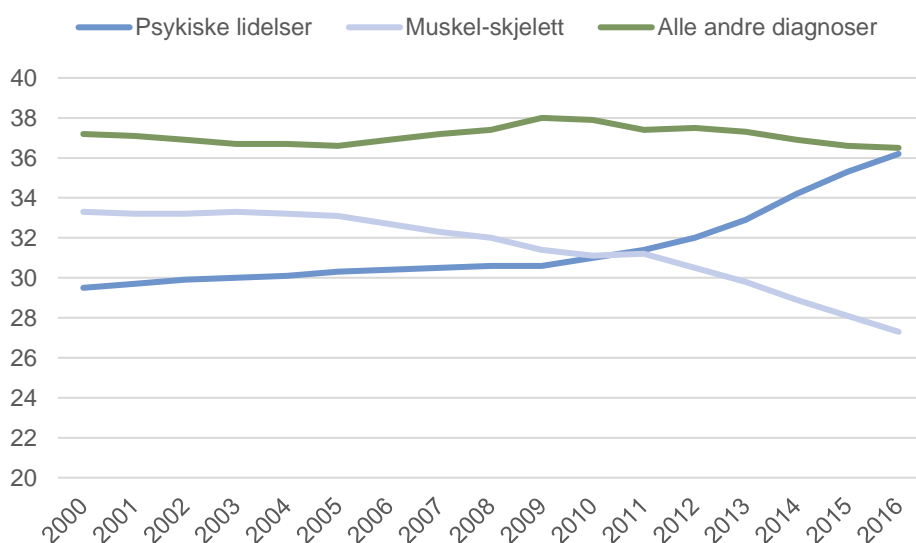
Vi ser at omfanget av uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser synker med økende alder, samtidig som andelen med muskel- og skjelettsykdommer øker med alderen. Psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse er noe mer vanlig for menn enn for kvinner. For kvinner er det omtrent like mange med 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 det en overvekt av muskel-skjelettsykdommer. For menn går grensen opp til 60 år. Fra 60 år og over er det også for menn vanligst med muskel-skjelettdiagnoser.

Flere med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser siden 2010

Per juni 2016 var 63,5 prosent uføretrygdet på grunn av enten psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (36,2 %) eller sykdommer i muskel- og skjelettsystemet (27,3 %). Figur 3 viser utviklingen i andelen uføre med en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse og en muskel- og skjelettsykdom, samt alle andre diagnoser.

Figur 3. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser, muskel- og skjelettsykdommer og alle andre diagnoser. Prosent. 2000-2016*



Kilde. NAV

* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 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 6,7 prosentpoeng og den store økningen har kommet etter 2010, noe som kan ha sammenheng med utviklingen av tidsbegrenset uførestønning der mange som mottok TU hadde slike lidelser. Tilsvarende har andelen med muskel- og skjelettsykdommer avtatt med 6 prosentpoeng, og nedgangen er sterkest etter 2011. Alle andre diagnoser har avtatt med 0,7 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 uføretrygdede de siste årene har i større grad hatt en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse. Vi antar at trenden med flere uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser i beholdningen vil forsterke seg i årene framover. Ved utgangen av juni 2020 hadde om lag 43 prosent av de

som mottok arbeidsavklaringspenger en psykisk lidelse (Grønlien 2020). Om lag 80 prosent av alle nye uføremottakere siden 2010 har vært innom AAP-ordningen (Ellingsen 2020).

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).

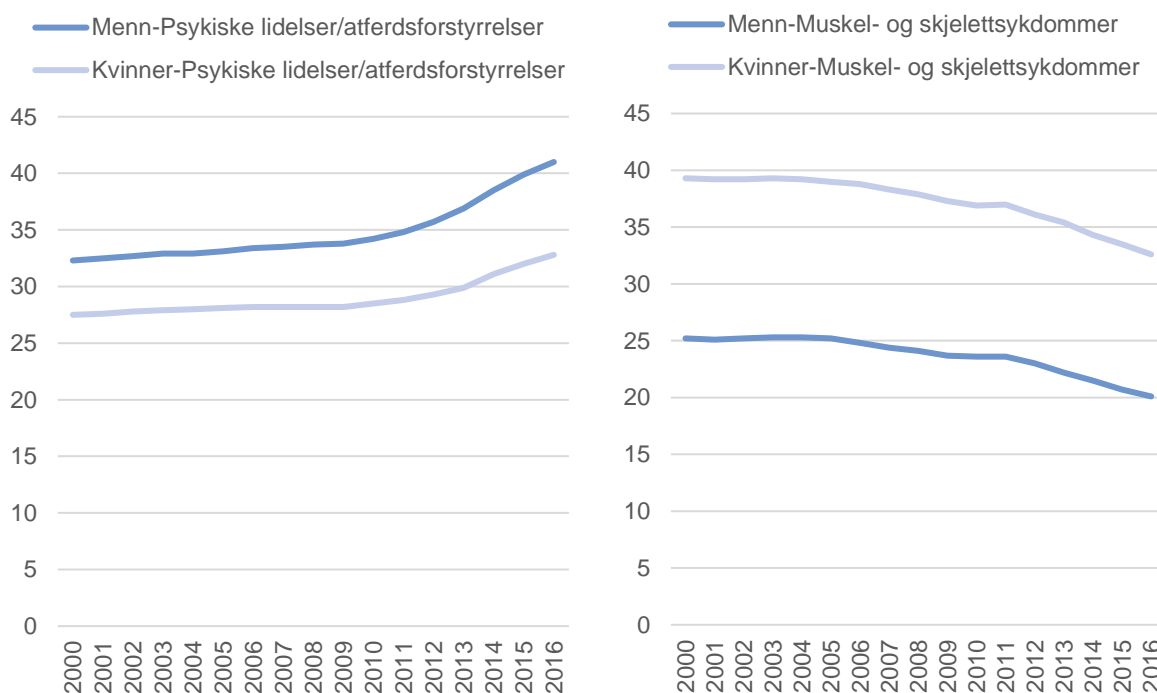
Bragstad (2018) diskuterer også mulige årsaker til helseutviklingen og utviklingen i diagnosemønsteret, spesielt for unge uføretrygdede. Hun trekker fram at det har blitt større oppmerksomhet rundt diagnoser og behandling allerede i skolealder og at dette kan ha ført til at flere får avklart sitt uførebehov 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 funksjonshemninger. «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 2016 var det vanligere å være uføretrygdet for psykiske lidelser enn pga. en muskel-skjelett-sykdom. For kvinner var fordelingen mellom de to store diagnosegruppene på samme tidspunkt nokså lik. Vi ser at det er noen 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 enn menn.

I perioden mellom 2000 og 2016 øker andelen med psykiske lidelser for både kvinner og menn. I samme periode synker andelen med muskel-skjelett, også for kvinner og menn. I perioden har andelen uføretrygdede med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant menn økt med 8,7 prosentpoeng, og for kvinner med 5,3 prosentpoeng. For muskel- og skjelettsykdommer, har andelen menn avtatt med 5,1 prosentpoeng, for kvinner med 6,7 prosentpoeng.

Figur 4. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Kjønn. Prosent. 2000-2016



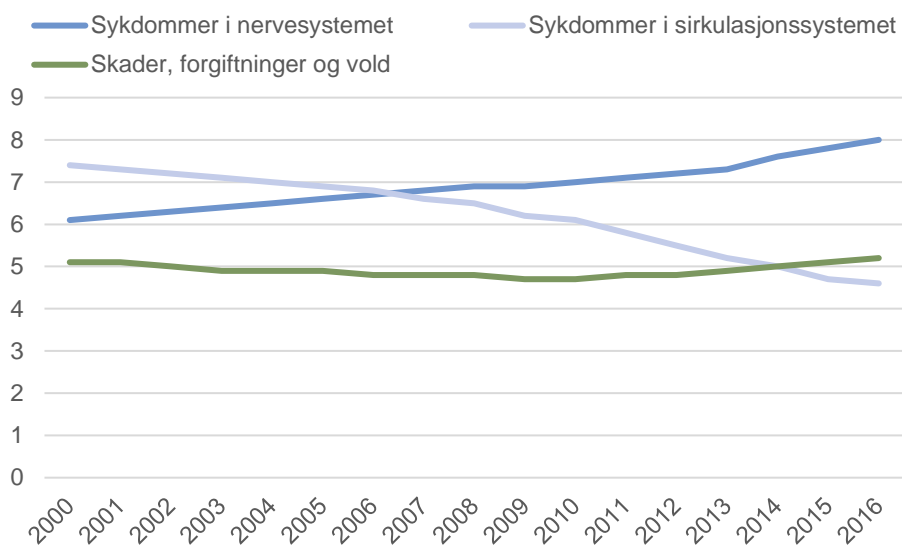
Kilde. NAV

* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 er per juni

Utviklingen i andre utvalgte diagnosegrupper

I figur 5 viser vi utviklingen for de andre store diagnosegruppene for årene 2000 – 2016. Vi observerer en økning for nervesykdommer (1,9 prosentpoeng), men en nedgang for uføre med sykdommer i sirkulasjonssystemet (2,8 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 0,1 prosentpoeng i perioden.

Figur 5. Mottakere av uføretrygd. Andre utvalgte diagnosegrupper. Prosent. 2000-2016



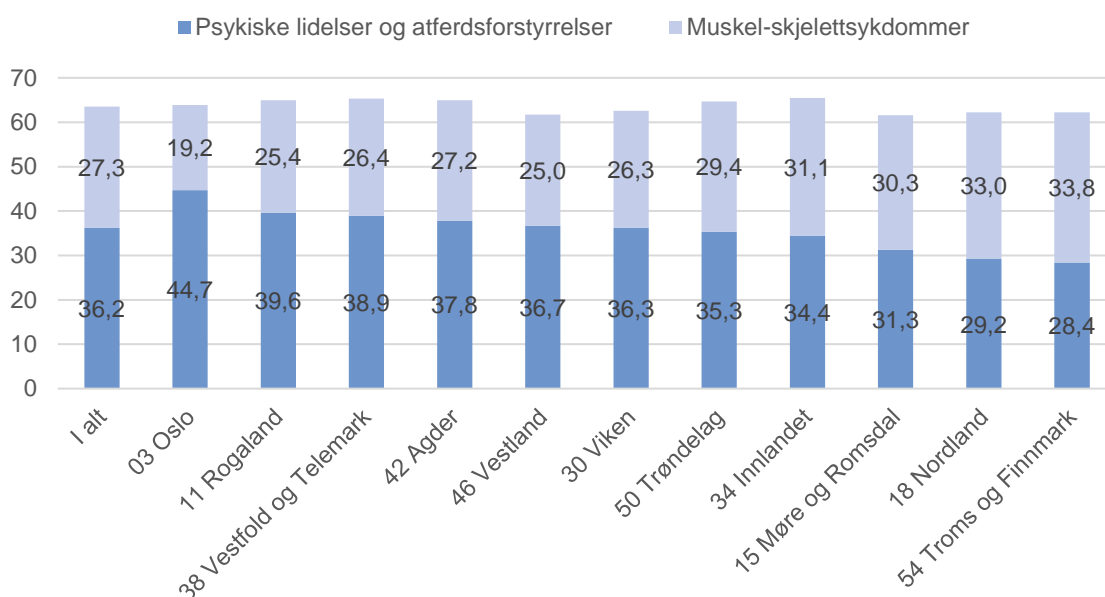
Kilde. NAV

* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 er per juni

Fylkesvis variasjon i uførediagnoser

Det er til dels stor fylkesvis variasjon i hva som er den medisinske hovedårsaken til uføretrygd. Vi har sett nærmere på variasjonen mellom fylker når det gjelder de to største diagnosegruppene, psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer.

Figur 6. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Fylke. Prosent av totalen i fylket. 30.06.2016



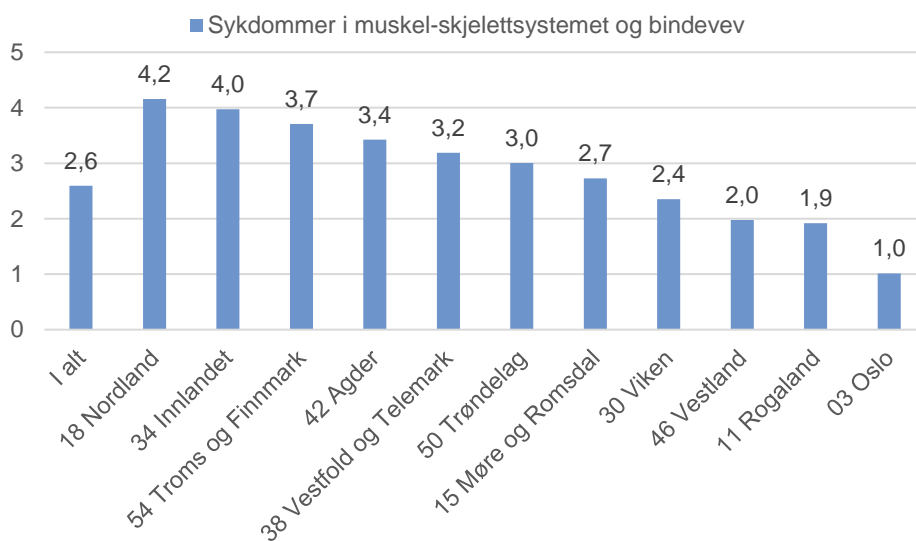
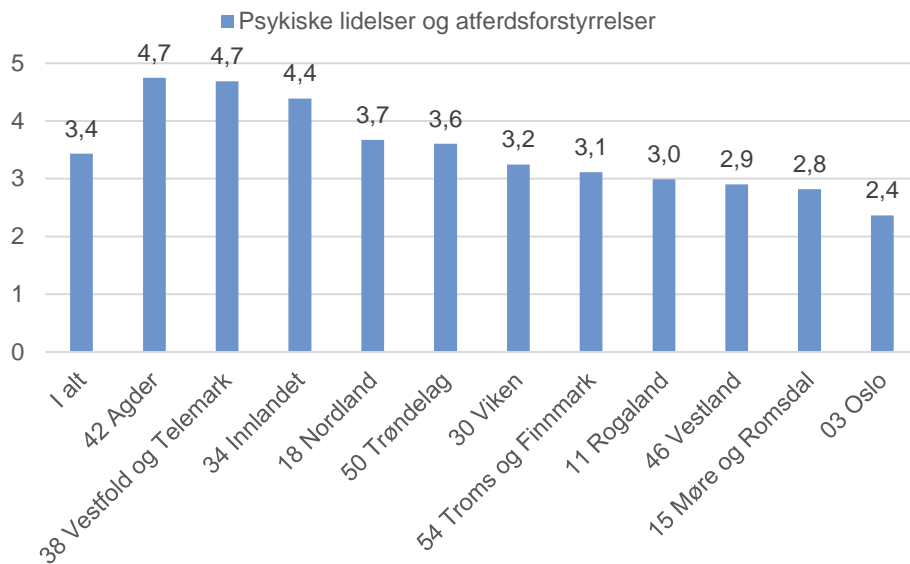
Kilde. NAV

I Oslo var de fleste uføretrygdet med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (44,7 %), mens kun 19,2 prosent har muskel-skjelettsykdommer. I Troms og Finnmark ser vi at det er en helt annen fordeling, med 28,4 prosent psykiske lidelser og 33,8 prosent med muskel-skjelettsykdommer.

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 (3,4 %) enn med muskel- og skjelettsykdommer (2,6 %). Det var flest uføretrygdede med en psykisk lidelse i fylkene Agder og Vestfold og Telemark med 4,7 prosent. Lavest andel finner vi i Oslo (2,4 %) og Møre og Romsdal (2,8 %) (figur 7).

I fylkene Nordland (4,2 %) og Innlandet (4,0 %) var det flest uføre med muskel- og skjelettlidelser. Lavest andel har Oslo (1,0 %) og Rogaland med 1,9 prosent.

Figur 7. Mottakere av uføretrygd med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer. Fylke. Prosent av befolkningen. Synkende sortering. 30.06.2016



Kilde. NAV

Diagnoseutviklingen blant unge mottakere av uføretrygd⁴

Per juni 2016 var det om lag 13 800 personer i alderen 18-29 år som mottok uføretrygd (om lag 6 000 kvinner og 7 800 menn). I alt utgjorde det 1,7 prosent av befolkningen i samme aldersgruppe, med en fordeling på 1,8 prosent menn og 1,5 prosent kvinner.

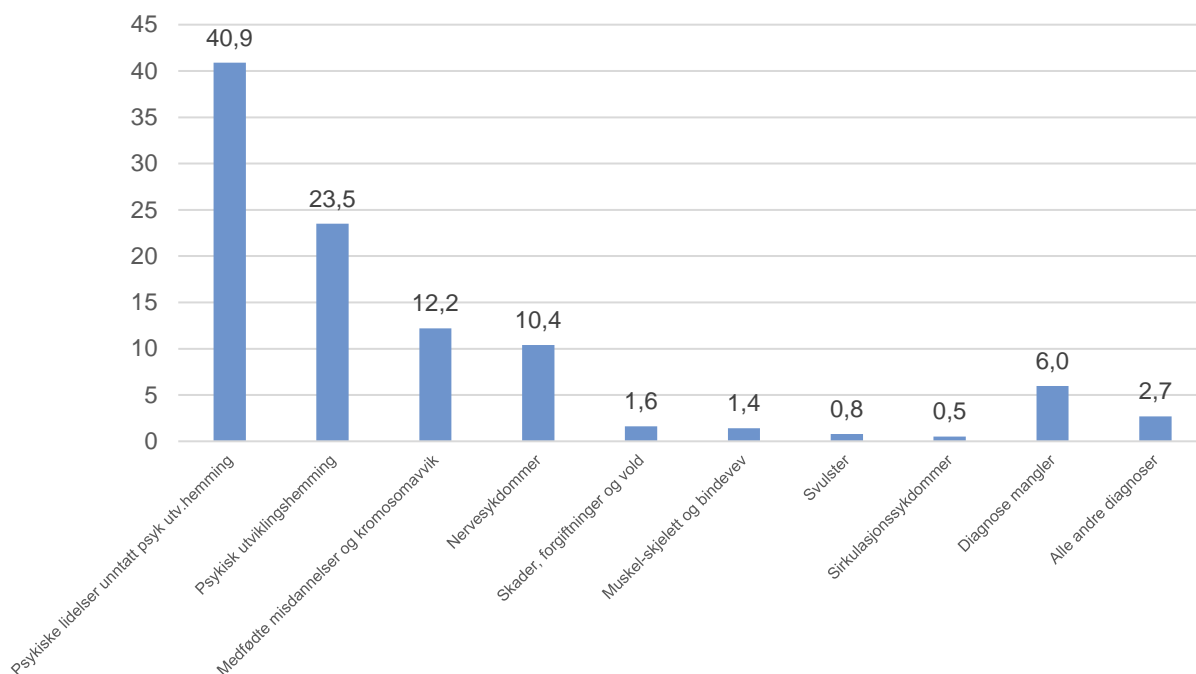
Over flere år har det vært en kraftig vekst for de unge uføretrygdede. Fra begynnelsen av 1990-tallet og fram til 2016 økte uføreandelen for 18-29-åringene med om lag ett prosentpoeng.

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 alvorlige 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, og en stor del av veksten har funnet sted innenfor disse diagnosegruppene. 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 og atferdsforstyrrelser innen autismespekteret.

Den andre viktige faktoren bak veksten til unge uføre ser ut til å være knyttet til skiftende regelverk for varighet i de midlertidige helserelaterte ytelsene siden begynnelsen av 1990-tallet (Bragstad 2018).

⁴ 805 (6,2 %) unge uføre mangler diagnose. Se vedlegg for kommentarer.

Figur 8. Mottakere av uføretrygd (18-29 år). Utvalgte diagnosegrupper. Prosent. 30.06.2016

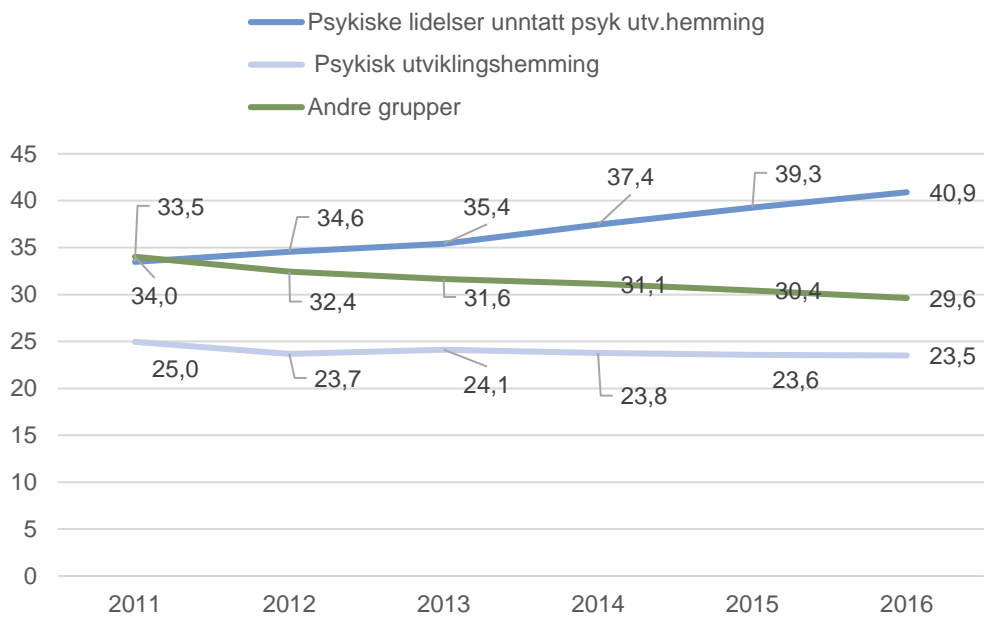


Kilde. NAV

Figur 8 og tabell 1 gir en oversikt over de største diagnosegruppene for unge uføretrygdede per juni 2016. De største gruppene var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (64,4 prosent), medfødte misdannelser og kromosomavvik (12,2 prosent) og sykdommer i nervesystemet (10,4 prosent).

Psykiske lidelser er en sammensatt diagnosegruppe og består også av psykisk utviklingshemming. I 2016 hadde 23,5 prosent av de unge uføretrygdede 18-29 år en diagnose innenfor gruppen psykisk utviklingshemming. Alle andre diagnoser utgjorde til sammen 29,6 prosent (figur 9). I perioden fra 2011 til 2016 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. 30.06.2016



Kilde. NAV

Tabell 1. Mottakere av uføretrygd (18-29 år). Utvalgte diagnosegrupper. Prosent. Per juni 2016

Primærdiagnose (hoveddiagnose - ICD10)	I alt	18-19 år	20-24 år	25-29 år
Antall uføre i alt	13 785	1 308	4 970	7 507
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	64,4	61,1	65,7	64,1
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	29,8	27,4	30,7	29,7
- Psykisk utviklingshemming	23,5	32,6	29,2	18,1
Sykdommer i nervesystemet	10,4	11,2	10,0	10,5
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	12,2	21,8	13,4	9,7
Diagnoser mangler foreløpig	6,0	1,9	6,3	6,5
Alle andre diagnoser	7,1	4,0	4,6	9,2
Antall menn	7 796	786	2 942	4 068
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	66,9	63,6	67,7	67,0
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	34,4	33,7	35,8	33,5
- Psykisk utviklingshemming	22,0	29,3	26,4	17,5
Sykdommer i nervesystemet	9,3	10,4	9,6	9,0
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	11,5	20,1	12,1	9,4
Diagnoser mangler foreløpig	6,4	1,9	6,4	7,3
Alle andre diagnoser	5,8	3,9	4,3	7,4
Antall kvinner	5 989	522	2 028	3 439
I prosent	100	100	100	100
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	61,1	57,3	62,7	60,8
- Nevroser og atferdsforstyrrelser	23,9	18,0	23,4	25,2
- Psykisk utviklingshemming	25,4	37,5	33,3	18,9
Sykdommer i nervesystemet	11,8	12,5	10,7	12,2
Medfødte misdannelser og kromosomavvik	13,1	24,3	15,3	10,1
Diagnoser mangler foreløpig	5,4	1,9	6,1	5,5
Alle andre diagnoser	8,6	4,0	5,1	11,4

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

Kilde. NAV

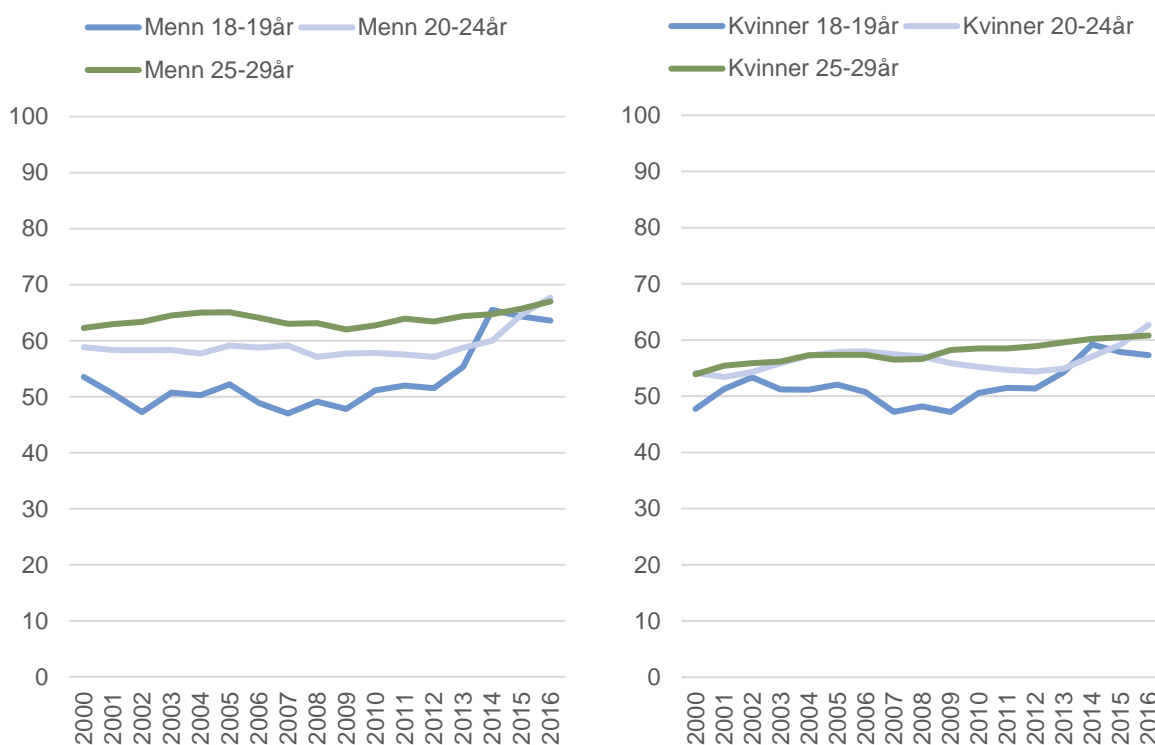
Per juni 2016 var de mest brukte enkeltdiagnosene blant unge uføretrygdede «gjennomgripende utviklingsforstyrrelser», det vil si i hovedsak autisme og Aspergers syndrom (14,5 %). Andre ulike former av utviklingshemming er også angitt, både lett utviklingshemming (11,8 %) og psykisk utviklingshemming uten nærmere angivelse (970 personer, 7,1 %). Autismen og

Aspergers syndrom tilhører hovedgruppen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, undergruppe nevrososer og atferdsforstyrrelser. Utviklingshemming er en undergruppe av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F00-F99)⁵

Per juni 2016 hadde 64,4 prosent av de unge uføre i alderen 18-29 år psykisk lidelser og atferdsforstyrrelser (66,9 prosent for menn og 61,1 prosent for kvinner), der de to mest vanlige undergruppene var nevrososer og atferdsforstyrrelser (29,8 %) og psykisk utviklingshemming (23,5 %).

Figur 10. Unge uføre (18-29 år) med psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser* som andel av alle uføre i samme aldersgruppe. Kjønn. Prosent. 2000-2016**



Kilde: NAV

* Psykisk utviklingshemming ikke skilt ut som egen gruppe

** Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 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.

⁵ Eksempler på slike sykdommer er schizofreni, paranoide lidelser, atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, psykisk utviklingshemming, og andre utviklingsforstyrrelser.

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 8).

Brage og Thune (2015) har analysert utviklingen for nye uføretrygdde 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 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 uføretrygdde 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 uføretrygdde «ikke kan skyldes befolkningsveksten», men heller endringer i diagnosesetting og endringer i helsetilstand, og krav i arbeidsmarkedet.

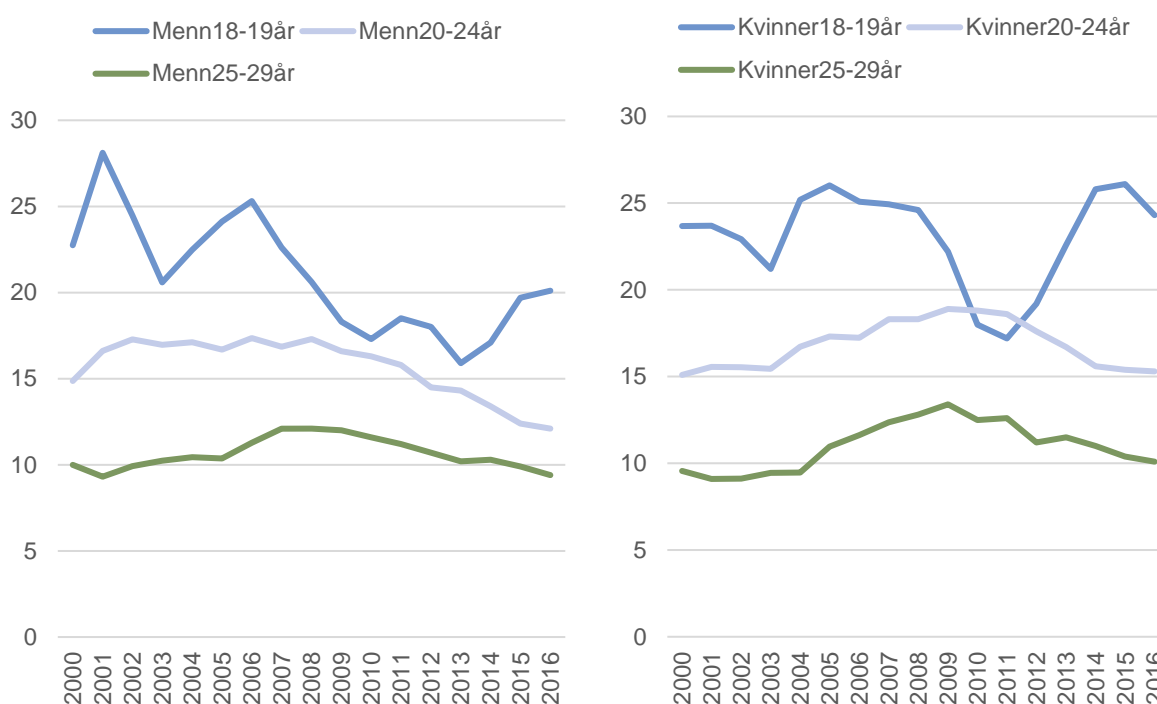
I Folkehelse rapporten fra 2018 om helsetilstanden i Norge står det bla. å lese om helseforhold, livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge som kan supplere bildet om unge uføres helseforhold. Rapporten påpeker følgende forhold: En av fem fullfører ikke videregående skole innen fem år. Frafall 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)⁶

Etter psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er det medfødte misdannelser og kromosomavvik hvor andelen uføretrygdete er høyest for aldersgruppen 18-29 år. I alt 12,2 prosent (1 681 personer) 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. 2000-2016*



Kilde. NAV

* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 er per juni

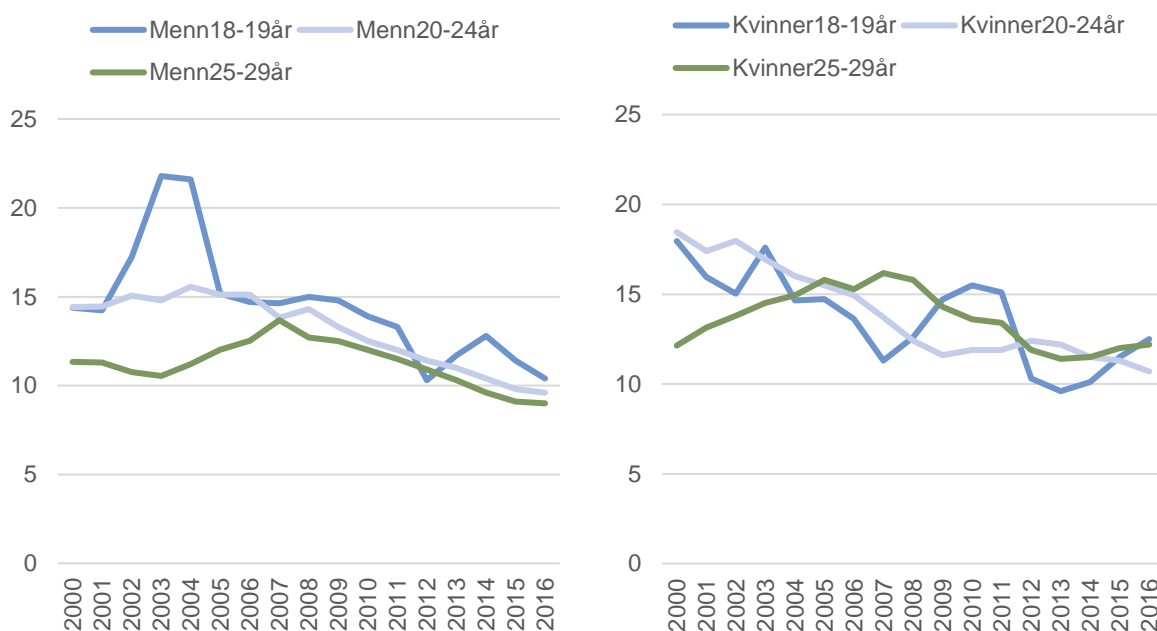
Tabell 1 viser at det var flere unge uføre kvinner enn menn med medfødte misdannelser og kromosomavvik. Andelen som er uføretrygdete som følge av medfødte misdannelser og kromosomavvik ligger på et høyere nivå for 18-19-åringene enn for 20-24-åringene og 25-29-åringene. Dette fordi 18-19-åringene med medfødte misdannelser og kromosomavvik som regel blir uføretrygdete måneden etter de fyller 18 år.

⁶ 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)⁷

Den tredje store diagnosegruppa for unge uføretrygdede er sykdommer i nervesystemet (10,4 %, 1 432 personer). Over tid har det blitt færre unge uføretrygdede med slike diagnoser (figur 12). Cerebral parese (4,6 %) og epilepsi (1,6 %) var de vanligste enkeltdiagnosene per juni 2016. Det er noe flere menn som har cerebral parese og epilepsi enn kvinner.

Figur 12. Unge uføre med sykdommer i nervesystemet. Prosent. 2000-2016*



Kilde. NAV

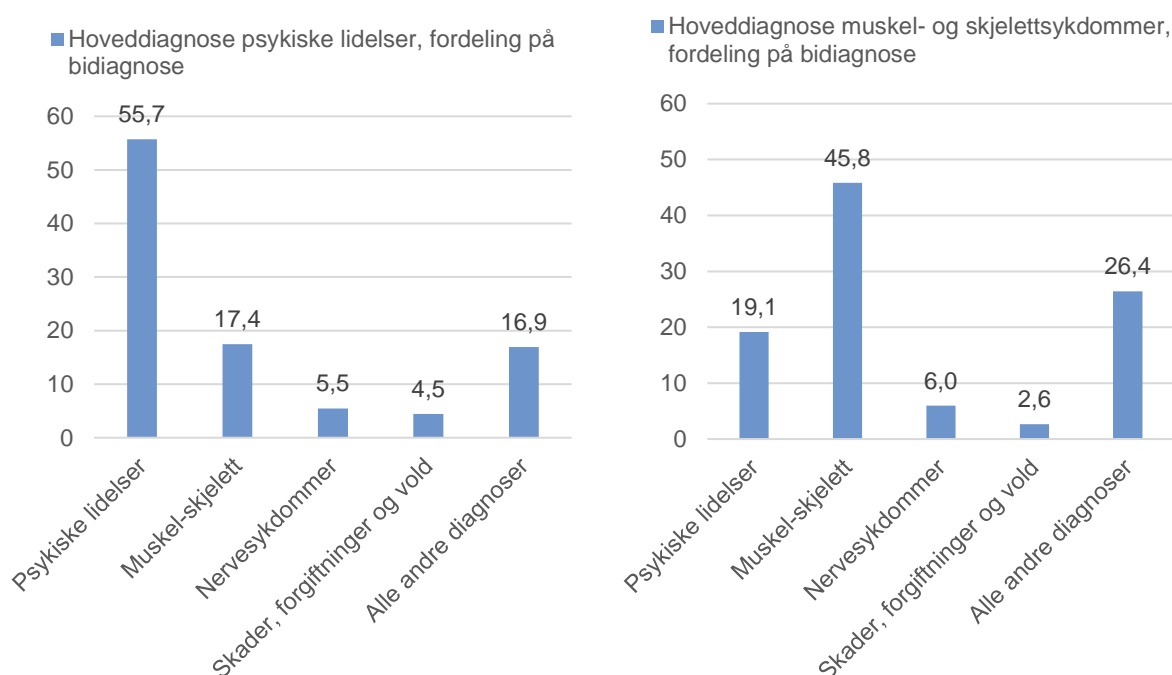
* Tall for 2010 og tidligere år er per desember. Tall for årene 2011-2016 er per juni

⁷ Eksempler på slike sykdommer er betennelsesykdommer i sentralnervesystemet, cerebral parese og andre sykdommer med lammelse.

Hoveddiagnoser og bidiagnoser

Om lag 57 prosent av de uføretrygdede er registrert med flere diagnoser. I figur 13 viser vi hvordan bidiagnosene fordeler seg i forhold til hoveddiagnosene. Flere diagnoser gir uttrykk for kompleksiteten i sykdomsbildet. Vi viser dette i forhold til de to store diagnosegruppene psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser og muskel- og skjelettsykdommer⁸.

Figur 13. Hoved- og bidiagnoser. Prosent. 30.06.2016



Kilde. NAV

I alt var det per juni 2016 om lag 36 prosent med en hoveddiagnose innen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, og 27 prosent med en hoveddiagnose innen muskel-/skjelettlidelser. De aller fleste har en bidiagnose innenfor samme diagnosegruppe som hoveddiagnosen.

For uføre med en hoveddiagnose innen psykisk lidelse har om lag 55,7 prosent en bidiagnose innenfor samme gruppe. 17,4 prosent har en muskel- og skjelettsykdom.

For uføre med en muskel- og skjelettsykdom som hoveddiagnose har 45,8 prosent en bidiagnose innenfor samme gruppe. 19,1 prosent av de med muskel- og skjelettsykdom har en psykisk lidelse/atferdsforstyrrelse som bidiagnose.

⁸ I alt per juni 2016 var det 4,0 prosent som manglet en hoveddiagnose (12 700 personer). Det var på samme tidspunkt 133 800 (42 %) personer som ikke er registrert med en bidiagnose.

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 (2020): «Utviklingen i uføretrygd per 30. juni 2020». Statistikknotat. NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

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

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 (2020): «Utviklingen mottakere av arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne per 30. juni 2020». 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. 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 2016 var det i alt 317 700 personer som mottok uføretrygd. 12 700 av disse (4,0 %) 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 de nye uføretrygdede.