

SYKEFRAVÆR PÅ GRUNN AV PSYKISKE LIDELSER – UTVIKLING SIDEN 2003

Av: Søren Brage og Jon Petter Nossen

Sammendrag

I denne artikkelen undersøkes utviklingen i sykefravær grunnet psykiske lidelser de siste 15 år. Vi ser på fravær utover 16 dager og kartlegger både antall tilfeller, varighet og gradering. I perioden 2003–2015 har det vært en økning fra 17 til 20 prosent i andelen av sykepengemottakerne som har en psykisk lidelse som sykmeldingsårsak, men ingen økning i antall tilfeller per sysselsatt. Fra 2003 til 2015 har det vært en sterk økning i bruken av gradering, og enda litt sterkere ved psykiske lidelser enn for sykefravær generelt.

Det har vært en markant økning i antallet sykefravær per sysselsatt som skyldes lettere psykiske lidelser, mens depresjon har blitt mindre vanlig som sykmeldingsårsak. Disse endringene skyldes i stor grad en endring i legenes diagnosepraksis. Utviklingen har fortsatt helt fram til 2015.

Varigheten av sykefravær på grunn av psykiske lidelser har variert betydelig i den aktuelle perioden, noe som trolig henger sammen med konjunktorene på arbeidsmarkedet. Det har også vært en tendens i retning av kortere varighet, som i hovedsak skyldes at flere av de sykmeldte i 2015 enn i 2003 ble friskmeldt i tiden omkring innkalling til «dialogmøte 2» og mot slutten av perioden man kan motta sykepenger, slik at færre enn tidligere ble sykmeldt ut hele sykepengeperioden. Det gjelder for psykiske diagnoser generelt, men endringen er noe større for diagnosen situasjonsbetinget psykisk ubalanse.

Sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser, angstsymptomer og depresjonssymptomer uten dokumentert sykdom er en utfordring for NAV. De har økt i antall siden 2003, har lang og til dels økende varighet, og de graderes ikke oftere enn sykefravær som skyldes en veldefinert psykisk sykdom.

Innledning

Psykiske lidelser har de senere år blitt vanligere som medisinsk årsak til sykefravær og uføretrygd. Det har likevel ikke vært rapportert noen økning i psykiske plager i den voksne befolkningen (Folkehelseinstituttet 2014). I en tidligere artikkel fant vi at sykefravær på grunn av psykiske lidelser hadde økt i perioden 2000–2011 (Brage mfl. 2012). Økningen skyldtes fremfor alt at flere personer ble sykmeldt med slike diagnoser. Den gjennomsnittlige varigheten av disse sykefraværene endret seg lite, til tross for at sykefraværsoppfølgingen er blitt styrket, noe som kunne forventes å gi kortere sykefravær. Vi ønsker derfor å undersøke om utviklingen har fortsatt frem til 2015, og vil forsøke å få fram flere nyanser i utviklingen. Til dette formålet benytter vi detaljerte data over alle sykepengetilfeller betalt av NAV som startet i perioden 2003–2015. Denne perioden er valgt fordi vi ikke har alle opplysningene lenger tilbake i tid. Sykefraværet var i 2003 på et historisk toppnivå, slik at utviklingen ville sett annerledes ut med et annet startår for analysen.

Økningen i sykefravær knyttet til psykiske lidelser i årene 2000–2011 skyldtes helt og holdent en økning i kategorien «lettere psykiske lidelser» (Brage mfl. 2012). Denne diagnosegruppen omfatter i hovedsak de to diagnosene «situasjonsbetinget psykisk ubalanse» (akutte psykiske kriser) og «uspesifiserte psykiske symptomer/plager». For sykefravær knyttet til depresjon var det en markant nedgang, mens sykefravær på grunn av angst var temmelig stabilt. Nedgangen i sykefravær på grunn av depresjon skyldes sannsynligvis at legene har endret sin diagnosepraksis ved sykmelding. En grunn til endret praksis er at bruk av en sykdomsdiagnose slik som depresjonslidelse kan føre til at pasienten får begrenset rettigheter til visse typer forsikring (Brage mfl. 2012). Legene er i stedet blitt anbefalt å bruke situasjonsbetinget psykisk ubalanse som sykmeldingsårsak ved for eksempel forbigående nedstemthet (Helsedirektoratet 2011). En annen grunn til redusert bruk av depresjonsdiagnosene kan være at det i 2004 ble innført en ny diagnosestandard for allmennlegene, ICPC-2 (Sosial- og helsedirektoratet mfl. 2004). Den nye standarden inneholder kriterier for bruken av mange diagnoser, herunder også depresjonslidelse. Dette kan ha ført til en mer forsiktig bruk av sykdomsdiagnoser enn tidligere.

Det er foretatt flere endringer i regelverket for sykefraværsoppfølging siden 2003. Disse endringene gjelder alle sykmeldte, men vi antar at de viktigste i forhold til psykiske lidelser er: a) I 2004 ble det innført et krav om aktivitet senest innen åtte ukers sykmelding for fortsatt rett til sykepenge, med hovedvekt på gradert sykmelding, og b) I 2007 ble det innført to obligatoriske dialogmøter mellom den sykmeldte og arbeidsgiver; her vil vi fokusere på «dialogmøte 2», som skal avholdes senest innen et halvt års sykmelding under ledelse av NAV og eventuelt med deltakelse av sykmeldende lege. Vi forventer at begge disse regelverksendringene har ført til raskere friskmelding (kortere varighet av sykefraværene) og økt bruk av gradering. I tillegg har NAV rettet stor oppmerksomhet mot de lettere psykiske lidelsene siden 2012, og blant annet arbeidet for økt bruk av gradert sykmelding når det er mulig. Vi forventer derfor at sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser graderes oftest, og har hatt størst økning i bruken av gradering.

Vi vil vise utviklingen i antall sykepengetilfeller utover arbeidsgiverperioden på 16 dager for psykiske lidelser samlet og for seks av de vanligste diagnosene ved sykmelding på grunn av psykisk lidelse. De seks omfatter både «sykdomsdiagnoser», som innebærer at sykefraværet skyldes en mer eller mindre klart definert sykdom, og «symptomer og plager», som utelukkende er basert på den sykmeldtes subjektive oppfatning av egen helsetilstand. Vi forventer at sykmeldte med sistnevnte type diagnoser har gradert sykmelding oftere og blir raskere friskmeldt enn sykmeldte med sykdomsdiagnoser, og påvirkes mer av endringene i sykefraværsoppfølgingen. Vi ser på utviklingen i hvor stor andel av tilfellene som har gradert sykmelding, og på hvordan sannsynligheten for å bli friskmeldt varierer mellom ulike tidspunkter av sykepengeperioden.

Datagrunnlag

Datagrunnlaget er basert på NAVs sykepengeregister supplert med tilleggsopplysninger fra andre registre, og er nærmere beskrevet i en tidligere artikkel (Nossen og Brage 2016). Det er avgrenset til arbeidstakere, og unntatt gravide, personer over 65 år, og personer med tidligere mottak av sykepenge som gir redusert

maksimal stønadperiode. Her har vi også avgrenset data til psykiske lidelser, og vi benytter opplysninger om enkeltdiagnose. Vi tar i tillegg med muskel- og skjelettlidelser som referansegruppe, men oppgir bare tall for denne diagnosegruppen samlet. Dessuten utvides dataperioden med sykefraværene som startet i 2015. Både diagnose og sykmeldingsgrad er oppgitt ved starten av sykefraværet.

Vi ser på seks av de vanligste diagnosene ved sykefravær av psykiske årsaker. Disse stod i 2015 for 87 prosent av alle sykepengetilfeller innenfor ICPC-kapitlet «Psykisk»¹:

- Symptomer og plager gruppert under lettere psykiske lidelser: P02 Situasjonsbetinget psykisk ubalanse og P29 Uspesifiserte psykiske symptomer/plager
- Andre symptomer og plager: P01 Angstfølelse og P03 Depresjonsfølelse
- Sykdomsdiagnoser: P74 Angstlidelse og P76 Depressiv lidelse

Fra 2016 er det i «Faglig veileder for sykmeldere» (Helsedirektoratet 2016) gitt diagnosespesifikke anbefalinger om sykmelding og sykmeldingslengde for disse og andre diagnoser. Gjennomgående anbefales det å være forsiktig med bruk av sykmelding, særlig utover noen få uker, og i de fleste tilfeller anbefales gradert sykmelding.

Sterk økning i lettere psykiske lidelser

Siden 2003 har psykiske lidelser stått for en økende andel av sykepengetilfellene (tabell 1). Fra 2003 til 2011 økte denne andelen fra 17 til 20 prosent. Etter 2011 har økningen vært klart svakere. Fra 2003 til 2015 var det heller ingen økning for psykiske lidelser regnet per 1000 sysselsatte. Som nevnt i innledningen må dette sees i forhold til at sykefraværet i sammenligningsåret 2003 var på historisk toppnivå.

¹ Vi har brukt ICPC-2 til inndeling av diagnoser siden rundt 90 prosent av alle sykmeldinger skrives av allmennleger, som bruker ICPC-2 til dette. Sykdomsklassifiseringen ICD-10 som brukes av sykehusleger og andre spesialister skiller seg betydelig fra ICPC-2, men er i denne sammenheng mindre relevant siden den i liten grad brukes ved sykmelding.

Nærmere om analysene

Artikkelen er i hovedsak deskriptiv, men vi benytter også forløpsanalyse og Cox-regresjon. Vi viser utviklingen i antall sykepengetilfeller i perioden 2003–2015 for psykiske lidelser samlet og for de seks enkeltdiagnosene, samt for muskel- og skjelettlidelser samlet. I tillegg viser vi andelen som startet sykefraværet med gradert sykmelding. Datamaterialet inneholdt ikke opplysninger om senere gradering.

Vi benytter forløpsanalyse til å vise hvordan sannsynligheten for å bli friskmeldt varierer gjennom perioden med sykepenger. I forløpskurvene inngår til enhver tid bare de som fortsatt var sykmeldt dagen før, og forløpet sensureres (avsluttes uten friskmelding) når en person når maksimal tid på sykepenger eller dør. Det benyttes en standardmetode for glatting av kurvene. I regresjonsanalysene analyserer vi hvordan sannsynligheten for friskmelding påvirkes av viktige kjennetegn når andre kjennetegn holdes konstante (se faktaboks Regresjonsanalyser).

Siden våre data bare omfatter sykefravær utover arbeidsgiverperioden på 16 dager, starter hvert sykepengetilfelle i praksis den 17. sykefraværsdagen. NAV utbetaler sykepenger for mandag–fredag alle uker i året. Dette betyr at 5 sykepengedager utgjør én uke. Ved tolkning av forløpskurvene må man ta hensyn til begge disse forholdene, slik at for eksempel 50 sykepengedager tilsvarer 10 uker med sykepenger fra NAV *pluss* drøyt to uker fra arbeidsgiver, altså til sammen drøyt 12 uker.

Av de enkelte diagnosene var det en meget uttalt økning i bruken av situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer/plager frem til 2011, mens økningen har vært mer moderat deretter. Bruken av depresjon som sykmeldingsdiagnose har vist ytterligere nedgang etter 2011. Bruken av angst som sykmeldingsdiagnose har økt etter 2011.

I perioden 2003–2015 var det en sterk økning i bruken av gradering ved sykefravær grunnet psykiske lidelser (tabell 2). Andelen av disse sykepengetilfellene som startet med gradert sykmelding ble mer enn fordoblet, fra 9 prosent i 2003 til 22 prosent i 2015. Andelen med gradert sykmelding er noe høyere for psykiske lidelser enn for sykefravær generelt, og økningen i perioden var også noe sterkere for psykiske lidelser.

Vi fant ikke støtte for vår antakelse om at gradering er vanligere ved lettere psykiske lidelser og andre

Tabell 1. Utviklingen i antall sykepengetilfeller utover 16 dager for valgte diagnoser. Arbeidstakere unntatt gravide

Sykmeldingsdiagnose	2003	2011	2015	%vis endring 2003–2015	%vis endring 2011–2015
I alt	305 764	283 786	291 484	-5	+3
Muskel- og skjelettlidelser	143 323	121 970	123 620	-14	+1
Psykiske lidelser	53 225	55 889	59 001	+11	+6
Per 1000 sysselsatte:	23,5	22,0	22,3	-5	+1
Prosentandel av alle sykepengetilfeller:	17,4	19,7	20,2	+16	+3
Lettere psykiske lidelser					
P02 Situasjonsbetinget psykisk ubalanse	12 286	17 780	19 755	+61	+11
P29 Uspesifiserte psykiske symptomer/plager	1 660	10 325	11 797	+611	+14
Depresjon					
P03 Depresjonsfølelse	8 751	4 124	3 928	-55	-5
P76 Depressiv lidelse	20 701	13 471	11 980	-42	-11
Angst					
P01 Angstfølelse	1 034	1 046	1 791	+73	+71
P74 Angstlidelse	2 294	2 124	2 127	-7	0

Kilde: NAV og SSB

Tabell 2. Sykepengetilfeller utover 16 dager som startet med gradert sykmelding, etter diagnose. Arbeidstakere unntatt gravide

Sykmeldingsdiagnose	Antall graderte			Andel graderte (%)		
	2003	2011	2015	2003	2011	2015
I alt	21 000	42 496	51 439	6,9	15,0	17,6
Muskel- og skjelettlidelser	9 760	18 104	21 189	6,8	14,8	17,1
Psykiske lidelser	4 554	10 151	13 039	8,6	18,2	22,1
Lettere psykiske lidelser						
P02 Situasjonsbetinget psykisk ubalanse	837	2 585	3 398	6,8	14,5	17,2
P29 Uspesifiserte psykiske symptomer/plager	145	2 223	2 962	8,7	21,5	25,1
Depresjon						
P03 Depresjonsfølelse	795	733	954	9,1	17,8	24,3
P76 Depressiv lidelse	1 862	2 569	2 940	9,0	19,1	24,5
Angst						
P01 Angstfølelse	96	179	451	9,3	17,1	25,2
P74 Angstlidelse	207	450	525	9,0	21,2	24,7

Kilde: NAV

symptomdiagnoser. Tvert imot var andelen med gradering klart lavere – 17 prosent – ved situasjonsbetinget psykisk ubalanse. At situasjonsbetinget psykisk ubalanse har en lavere andel med gradering, skyldes antagelig at mange av disse fraværene vurderes som akutte, og ved akutte tilfeller blir gradering sjelden brukt av sykmeldende lege. For de andre diagnosene er det ubetydelige forskjeller i graderingsandel mellom sykdomsdiagnoser og symptomdiagnoser. Dette var ikke som forventet, og kan tyde på at det i praksis er liten forskjell i arbeidsevne mellom sykmeldte med symptom- og sykdomsdiagnoser.

Det at en såpass stor andel av de sykmeldte på grunn

av psykisk lidelse starter sykefraværet med gradering, er i tråd med anbefalingene i «Faglig veileder for sykmeldere» (Helsedirektoratet 2016). I den generelle delen står det: «Unngå om mulig full sykmelding i påvente av utredning og behandling. Pasienten kan være i full eller gradert sykmelding, eventuelt med tilrettelagt arbeid, mens han venter.»

Lengst varighet for angst- og depresjonslidelser

Regresjonsanalysene viste at varigheten av sykefravær knyttet til psykiske lidelser varierte med de ulike medisinske årsakene. Figur 1 viser den relative sannsynlig-

heten for å bli friskmeldt på en gitt dag kontrollert for en del kjennetegn (se faktaboks). Muskel- og skjelettlidelser samlet er benyttet som referansekategori (hasardratio=1). En høy hasardratio innebærer en høy sannsynlighet for å bli friskmeldt. Vi inkluderer her bare sykepengetilfellene som startet i 2015.

Sannsynligheten for å bli friskmeldt en gitt dag i 2015 var i gjennomsnitt 16 prosent høyere for sykmeldte med diagnosen situasjonsbetinget psykisk ubalanse enn for muskel- og skjelettlidelser (hasardratio 1,16). Ved de to sykdomsdiagnosene angstlidelse og depressiv lidelse var sannsynligheten henholdsvis 29 og 27 prosent lavere enn ved muskel- og skjelettlidelser. Dette innebærer at sykefraværene er kortere ved situasjonsbetinget psykisk ubalanse enn ved muskel- og skjelettlidelser, men lengre ved angstlidelse og depressiv lidelse. Også de som var sykmeldt på grunn av angstfølelse hadde relativt lav sannsynlighet for å bli friskmeldt, mens de to øvrige symptomdiagnosene (depresjonsfølelse og uspesifiserte psykiske symptomer/plager) skilte seg nokså lite fra muskel- og skjelettlidelser.

Vi fant altså som forventet at sykmeldte med en sykdomsdiagnose jevnt over hadde lavere sannsynlighet

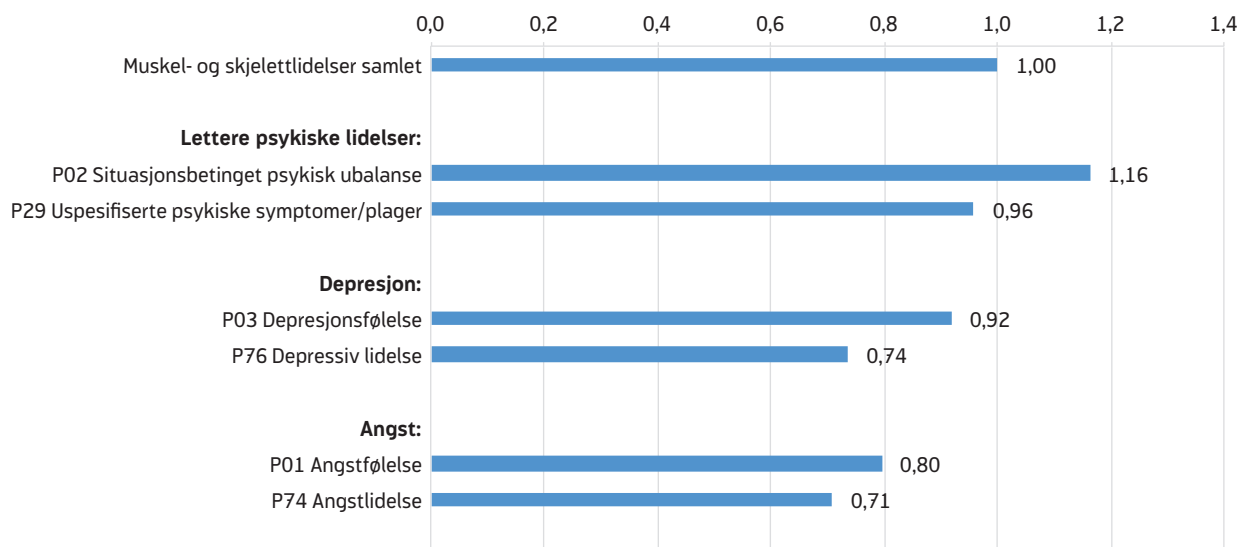
Regresjonsanalyser

Vi gjorde Cox-regresjonsanalyser av sannsynligheten for å bli friskmeldt der vi kontrollerte for kjønn, alder og bostedsfylke, samt startdag og startmåned for sykefraværet. Sykepengetilfeller som gikk helt til makstid ble sensurert, slik at avslutning av et tilfelle før makstid kunne tolkes som friskmelding og sannsynlig retur til arbeid, eller overgang til status som arbeidssøker for enkelte sykmeldte.

Vi gjorde to typer analyser: Den første ble foretatt for hver av de seks enkeltdiagnosene knyttet til psykiske lidelser, samt for psykiske lidelser samlet og muskel- og skjelettlidelser samlet. Her benyttet vi alle sykepengetilfeller som ble påbegynt i 2003–2015, og startåret for sykefraværet var med som forklaringsvariabel, med 2003 som referansekategori. Den andre typen ble foretatt kun én gang samlet for de seks enkeltdiagnosene innen psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Her benyttet vi bare startåret 2015, og diagnose var med som forklaringsvariabel, med muskel- og skjelettlidelser samlet som referansekategori.

Resultatene presenteres som hasardratioer. Disse tolker vi tilnærmet som den relative sannsynligheten for å bli friskmeldt på en tilfeldig valgt dag i sykepengeforløpet, gitt at man fortsatt var sykmeldt dagen før, sett i forhold til den oppgitte referansekategorien. Dette bygger på en forutsetning om at hasardene for to kategorier av en variabel er proporsjonale gjennom sykepengeforløpet, slik at den relative sannsynligheten er konstant. Selv om denne forutsetningen ikke er helt realistisk, har det sannsynligvis liten betydning så lenge vi ikke tar sikte på å tolke resultatene kausalt.

Figur 1. Relativ sannsynlighet (hasardratioer) for å bli friskmeldt en gitt dag. Utvalgte diagnoser innen psykiske lidelser (muskel- og skjelettlidelser samlet =1). Basert på Cox-regresjonsanalyse. Sykepengetilfeller som startet i 2015



Kilde: NAV

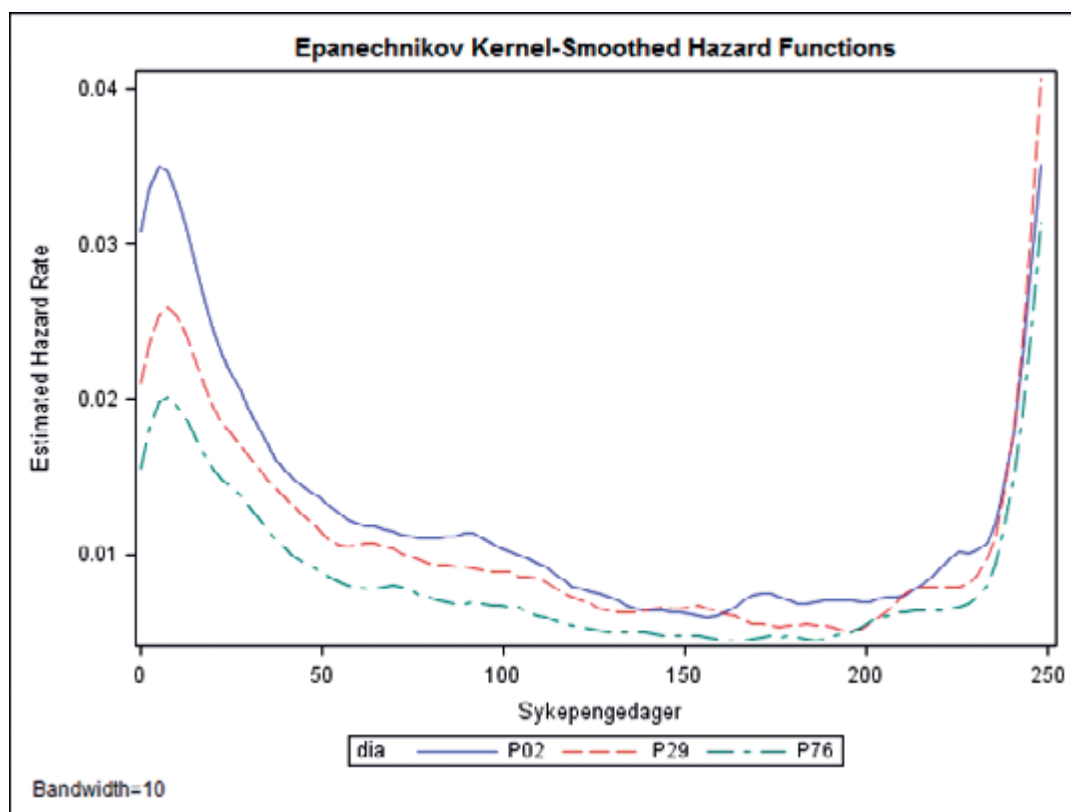
for å bli friskmeldt enn dem med en diagnose knyttet til symptomer og plager. At sannsynligheten er høyest ved sykefravær på grunn av situasjonsbetinget psykisk ubalanse er også naturlig, og skyldes trolig at diagnosen brukes ved akutte behov på grunn av spesielle, situasjonsbetingede forhold. Dette bidrar også til å forklare hvorfor sykmeldte med denne diagnosen sjeldnere har gradert sykmelding, som vi så tidligere. Forskjellene er imidlertid såpass små at også mange av sykefraværene med situasjonsbetinget psykisk ubalanse må ha relativt lange forløp. Videre har sykmeldte med angstfølelse uventet lav sannsynlighet for friskmelding. Dette kan være et tegn på at personer med denne diagnosen bør følges opp tett når det først har gått så langt at pasienten sykmeldes.

Sannsynligheten for å bli friskmeldt varierte altså mye mellom de tre vanligste enkeltdiagnosene av psykiske lidelser – situasjonsbetinget psykisk ubalanse, uspesifiserte psykiske symptomer/plager og depressiv lidelse.

serte psykiske symptomer/plager og depressiv lidelse. Vi undersøkte om disse forskjellene er like store gjennom hele sykepengeforløpet (figur 2). Til venstre i figuren angis skalaen (0,01 tilsvarer 1 prosent). Sannsynligheten for å bli friskmeldt er høyest omkring sykepengedag 10, det vil si etter omkring fire ukers sykmelding. Deretter avtar sannsynligheten raskt, for så å stige igjen når sykepengeåret går mot slutten.

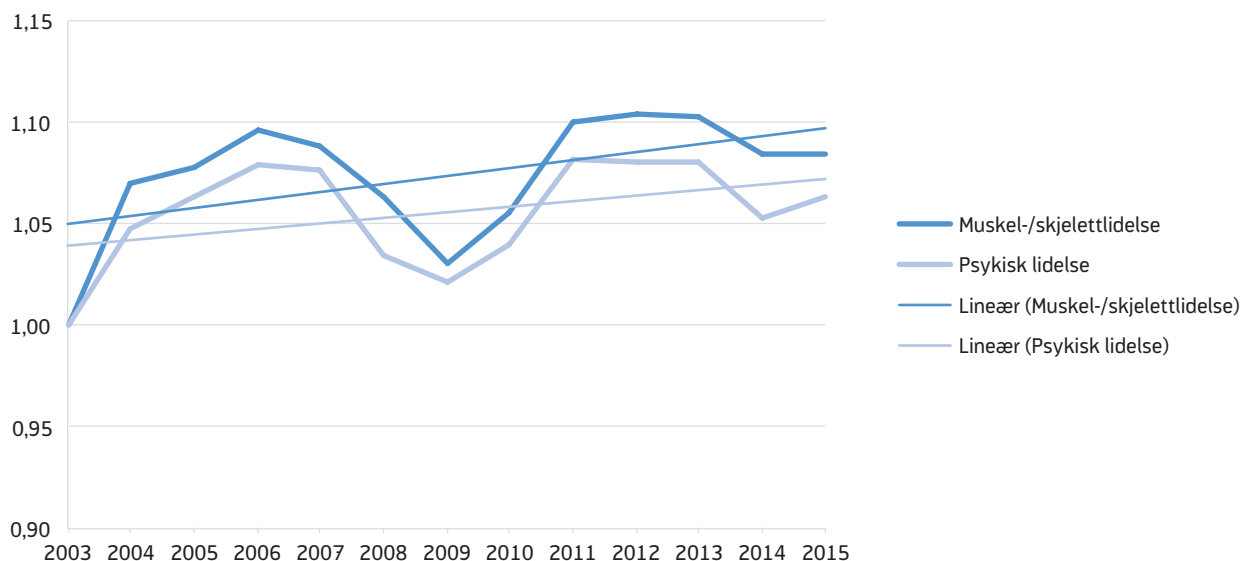
I store trekk var utviklingen gjennom forløpet nokså lik for alle tre diagnosene, men det ser ut til å være en tendens til at sannsynligheten for å bli friskmeldt jevner seg ut i andre halvdel av forløpet. Det ser også ut til at sykefraværsoppfølgingen kan virke noe forskjellig på sykmeldte med de tre diagnosene. For sykmeldte med situasjonsbetinget psykisk ubalanse øker sannsynligheten for friskmelding noe i en periode omkring 20 ukers sykefravær. Dette er i tiden omkring innkalling til dialogmøte 2, noe som kan være en indi-

Figur 2. Sannsynlighet for å bli friskmeldt en gitt dag (kjerneglattet hasardkurve). Sykepengetilfeller med situasjonsbetinget psykisk ubalanse (P02), uspesifiserte psykiske symptomer/plager (P29) eller depressiv lidelse (P76) som årsak. 2015



Kilde: NAV

Figur 3. Utvikling i sannsynligheten for å bli friskmeldt (2003=1). Sykepengetilfeller med diagnose innen psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser. Basert på Cox-regresjonsanalyse



Kilde: NAV

kasjon på at sykefraværsoppfølgingen har særlig effekt på sykmeldte med denne diagnosen, slik vi antok i innledningen. For depressiv lidelse og uspesifiserte psykiske symptomer/plager synker sannsynligheten forholdsvis jevnt i denne perioden. Disse har imidlertid en økning på andre tidspunkter som vi ikke kan se noen umiddelbar forklaring på, så det er vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner. Det er ingen spesiell utvikling å se i tiden omkring aktivitetskravet, som gjelder «senest etter åtte uker».

Markante svingninger i varigheten i 2003–2015

For å studere hvordan varigheten av sykefraværene har utviklet seg i perioden 2003–2015, gjorde vi separate regresjonsanalyser for de seks enkeltdiagnosene samt for psykiske lidelser samlet og muskel- og skjelettlidelser samlet (se faktaboks). Vi fikk da tallfestet sannsynligheten for å bli friskmeldt relativt til referanseåret 2003 og kontrollert for de andre kjennetegnene. Hvis sannsynligheten for å bli friskmeldt er høyere enn 1, innebærer det redusert varighet i forhold til 2003.

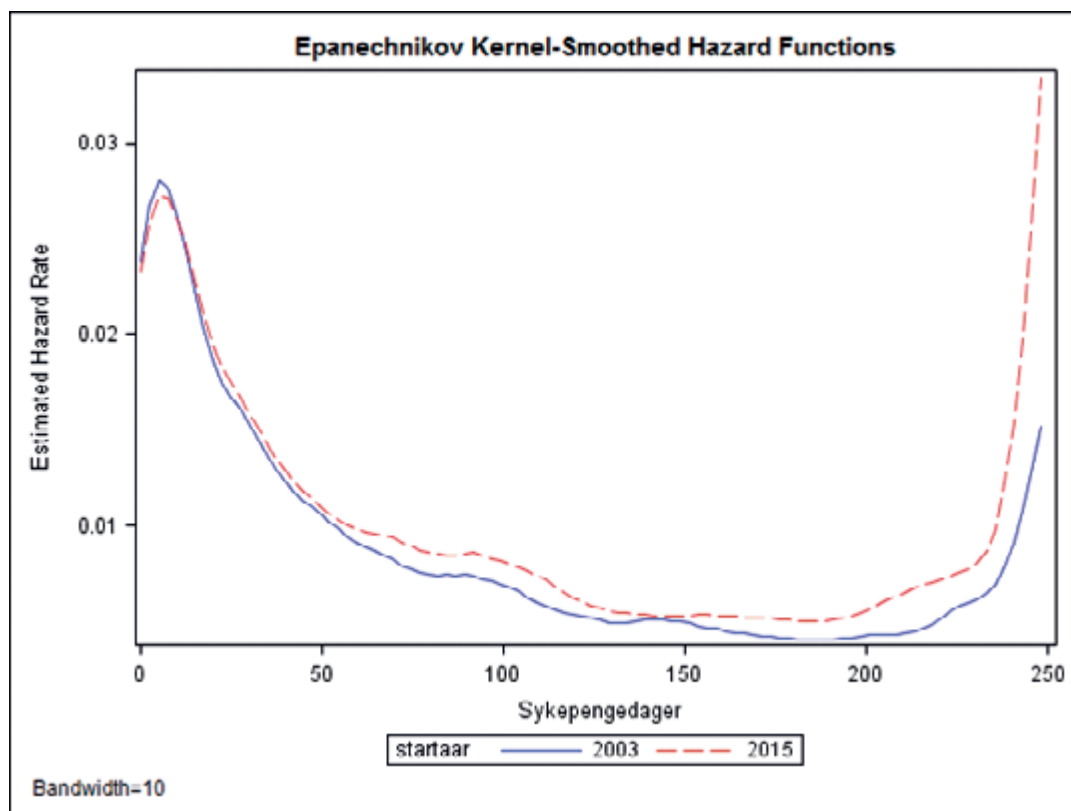
Det var relativt store svingninger i sannsynligheten for å bli friskmeldt i perioden, men mønsteret var gjennomgående det samme for psykiske lidelser og

muskel- og skjelettlidelser (figur 3). Sannsynligheten var lavest for begge diagnosegruppene i 2003 og 2009. Dette er de samme årene som sykefraværet generelt var på det høyeste, noe som er vist å ha sammenheng med utviklingen i arbeidsmarkedet (Nossen 2014). De svært likeartede svingningene i sannsynligheten for å bli friskmeldt både for sykmeldte med psykiske lidelser og med muskel- og skjelettlidelser tyder på at arbeidsledigheten påvirker sykefraværet sterkt uansett underliggende sykdomsårsaker.

Både sykmeldte med psykisk lidelse og med muskel- og skjelettlidelse hadde en positiv trend gjennom perioden, det vil si at de ble raskere friskmeldt i siste del av perioden enn i begynnelsen, når vi kontrollerer for enkelte andre kjennetegn. Vi kan ikke utelukke at det også kan ha skjedd endringer i sannsynligheten for å bli friskmeldt fra 2003 til 2015 som slike «gjennomsnittsverdier» ikke fanger opp. For å undersøke den muligheten, så vi på hvordan sannsynligheten for å bli friskmeldt dag for dag i sykepengeforløpet var i disse to årene.

Helt i begynnelsen av forløpet ble sannsynligheten for å bli friskmeldt litt redusert fra 2003 til 2015, mens den deretter økte litt fram mot omkring 12 uker (50 dager i figuren). Fra dette tidspunktet var det en klar økning i sannsynligheten for friskmelding i mer eller mindre hele

Figur 4. Sannsynlighet for å bli friskmeldt en gitt dag (kjerneglattet hasardkurve). Sykepengetilfeller med psykisk lidelse som årsak, etter startår. 2003 og 2015



Kilde: NAV

resten av sykepengeperioden (figur 4). Det er altså vanskelig å se noen endring av betydning de første 12 ukene, som er tiden da aktivitetskravet «senest etter åtte uker» skulle forventes å ha hatt effekt. Vi finner en viss økning i sannsynligheten for friskmelding i hele forløpet når vi sammenligner 2003 og 2005 (ikke vist i figur). Dette kan indikere at innføringen av aktivitetskravet førte til en generell nedgang i varigheten, men kan også skyldes en oppgang i arbeidsmarkedet i denne perioden.

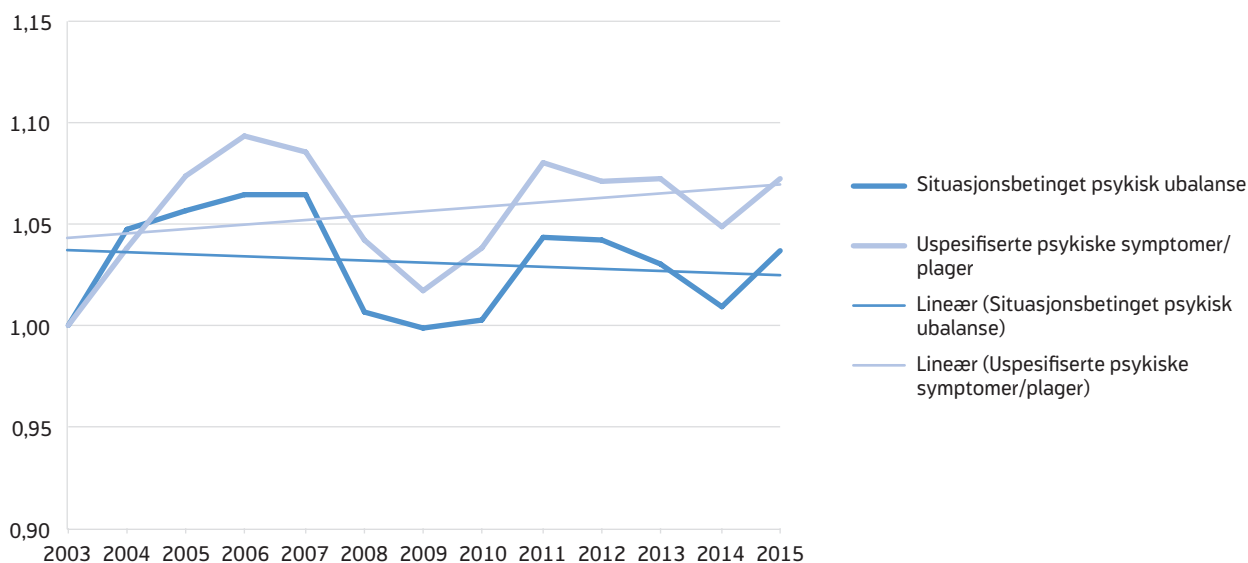
Den økte sannsynligheten i den midtre delen av forløpet og den siste tredjedelen ser derimot ut til i hovedsak å ha kommet mellom 2005 og 2011 (ikke vist i figur). Dette tyder på en sammenheng med innføringen av dialogmøte 2 fra mars 2007. Dialogmøte 2 vil kunne påvirke sannsynligheten for å bli friskmeldt fra det innkalles til møtet omkring uke 17, og fram til uke 26, da møtet senest skal gjennomføres. Det kan også være at møtet bidrar til raskere friskmelding senere i forløpet ved å forberede den sykmeldte på å gå tilbake til jobb innen sykepengeperioden utløper.

Uendret varighet av lettere psykiske lidelser

Selv om sannsynligheten for å bli friskmeldt i stor grad viste samme utvikling for psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser, vil vi forvente større forskjeller når vi ser på enkeltdiagnoser. Utviklingen på arbeidsmarkedet og endringer i oppfølgingen av sykmeldte vil antagelig påvirke sykmeldte med ulike diagnoser forskjellig. I figur 2 fant vi også tegn til at friskmeldingsmønsteret kan variere mellom ulike diagnoser. Vi har derfor sett på hvordan sannsynligheten for å bli friskmeldt har variert for de vanligste diagnosene innen psykiske lidelser.

For lettere psykiske lidelser ses de samme svingningene gjennom perioden som for psykiske lidelser samlet, med lavest sannsynlighet for å bli friskmeldt i 2003 og 2009 (figur 5). Dette variasjonsmønsteret er gjennomgående for alle enkeltdiagnoser. Derfor vil kun trendene bli nevnt i fortsettelsen.

Figur 5. Utvikling i sannsynligheten for å bli friskmeldt (2003=1). Sykepengetilfeller med situasjonsbetinget psykisk ubalanse eller uspesifiserte psykiske symptomer/plager som årsak. Basert på Cox-regresjonsanalyse



Kilde: NAV

På grunn av endringene i legenes diagnosepraksis forventet vi at tilfellene med «lettere psykiske lidelser» i gjennomsnitt har fått økt alvorlighetsgrad og dermed gitt økt varighet av sykefraværene gjennom perioden 2003–2015. Vi fant imidlertid ingen tydelig trend, og tendensen er noe forskjellig for de to diagnosene vi har sett på.

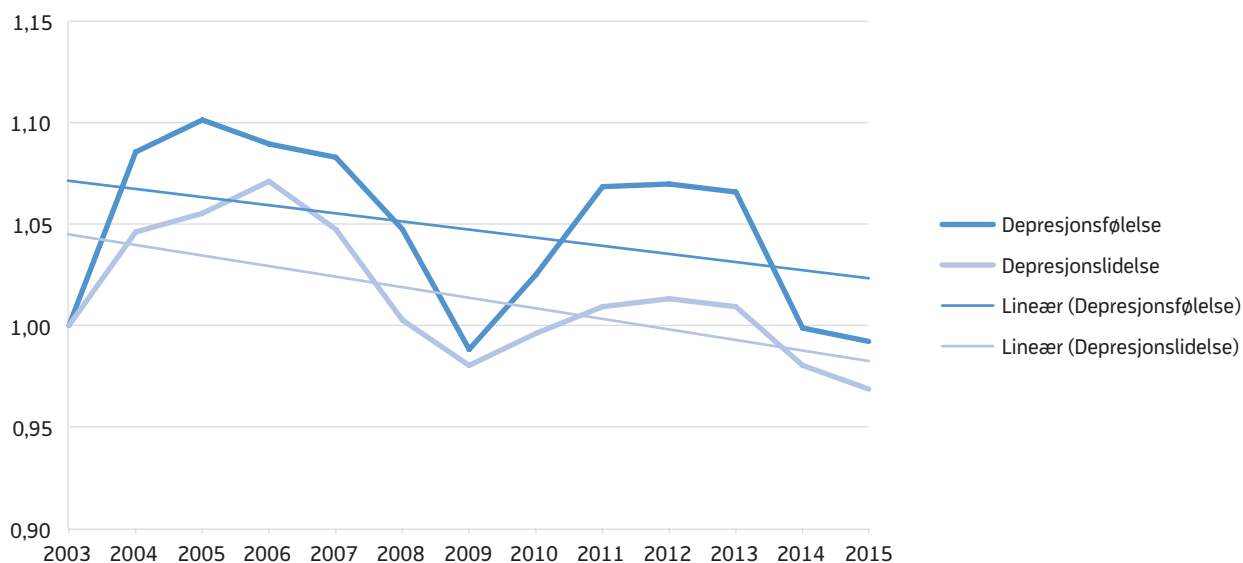
I den diagnosespesifikke delen av «Faglig veileder for sykmeldere» (Helsedirektoratet 2016) er det en gjennomgående anbefaling å sykmelde for symptomdiagnoser kun i begrenset tid. Dersom det er behov for mer langvarig sykmelding, spesifisert som lengre enn to uker for angstfølelse og depresjonsfølelse, og lengre enn 4–8 uker for situasjonsbetinget psykisk ubalanse og uspesifiserte psykiske symptomer/plager, sies det at legen må vurdere å benytte en sykdomsdiagnose i stedet, eksempelvis angstlidelse og depressiv lidelse. Vårt datasett inneholdt bare diagnosen fra første sykmelding, og vi kan ikke utelukke at mønsteret i noen grad ville endret seg hvis vi hadde tatt hensyn til senere endring i diagnosen. Noen avgjørende betydning har det imidlertid neppe, siden omfanget av diagnoseendring ved langtidssykefravær er begrenset. Det er tidligere blitt anslått til 12 prosent (Brage m.fl. 1998).

Mange sykmeldte med diagnosen situasjonsbetinget

psykisk ubalanse får lange forløp med full sykmelding. Det kan skyldes at sykmeldende lege fra starten av undervurderer alvorlighetsgraden av tilstanden, eller at tilstanden utvikler seg i mer alvorlig retning underveis. Uansett er det grunn til å følge spesielt nøye med på sykmeldinger med denne diagnosen fra tidlig fase av sykefraværet, seinest ved vurdering av aktivitetskravet ved 8 uker, men helst allerede ved fire uker. Det er mulig at en del av disse sykepengetilfellene skyldes konflikter på arbeidsplassen med nærmeste leder eller kollegaer, og det er viktig å intervensjonere tidlig for å motvirke en sykeliggjøring av problemene.

Sykmelding på grunn av «uspesifiserte psykiske symptomer/plager» er blitt mye vanligere, og sykmeldte med denne diagnosen har lange forløp. Diagnosen er en restgruppe som inkluderer forskjellige typer av psykisk uhelse, deriblant utbrenthet og uklare psykiske tilstander. I «Faglig veileder for sykmeldere» nevnes at sykmelding kan være aktuelt under utredning, under oppfølging og for å skjerme pasienten. Også for sykmeldte med denne diagnosen er det viktig med tett og tidlig oppfølging fra NAVs side. Det er grunn til å anta at den medisinske situasjonen kan avklares relativt raskt i mange tilfeller, og veilederen foreslår fire uker som et tidspunkt der tilstanden og arbeidssituasjonen bør revurderes.

Figur 6. Utvikling i sannsynligheten for å bli friskmeldt (2003=1). Sykepengetilfeller med depresjonsfølelse eller depressiv lidelse som årsak. Basert på Cox-regresjonsanalyse



Kilde: NAV

Sykefravær på grunn av depresjon har blitt lengre

For depresjonsfølelse og depressiv lidelse var det en betydelig nedgang i antall sykepengetilfeller i 2003–2015, noe som vi mener skyldes endring i legenes diagnosepraksis. Det er sannsynligvis de mindre alvorlige tilstandene som berøres av dette og får en annen diagnose. Vi forventet derfor at sykmeldte med depresjonsfølelse og depressiv lidelse i gjennomsnitt ville ha mer alvorlig depresjon og dermed lengre varighet i 2015 enn i 2003. Det ble bekreftet i regresjonsanalysen. Både depresjonsfølelse og depressiv lidelse hadde en tydelig trend i retning av lavere sannsynlighet for friskmelding gjennom perioden (figur 6).

For sykmeldte som har fått symptomdiagnosen depresjonsfølelse anbefaler «Faglig veileder for sykmeldere» at diagnosen endres til depressiv lidelse hvis ikke den sykmeldte kan gå tilbake til arbeid. Siden sykefravær på grunn av depresjonsfølelse har fått lengre varighet i 2003–2015 kan det være ønskelig å starte oppfølgingen i NAV tidlig og å følge sykmeldte med disse diagnosene tett. De fleste sykmeldte med diagnosen depresjonsfølelse bør få en rimelig grad av medisinsk avklaring i løpet av fire uker.

Sykmeldte med angstfølelse har fått lengre fravær

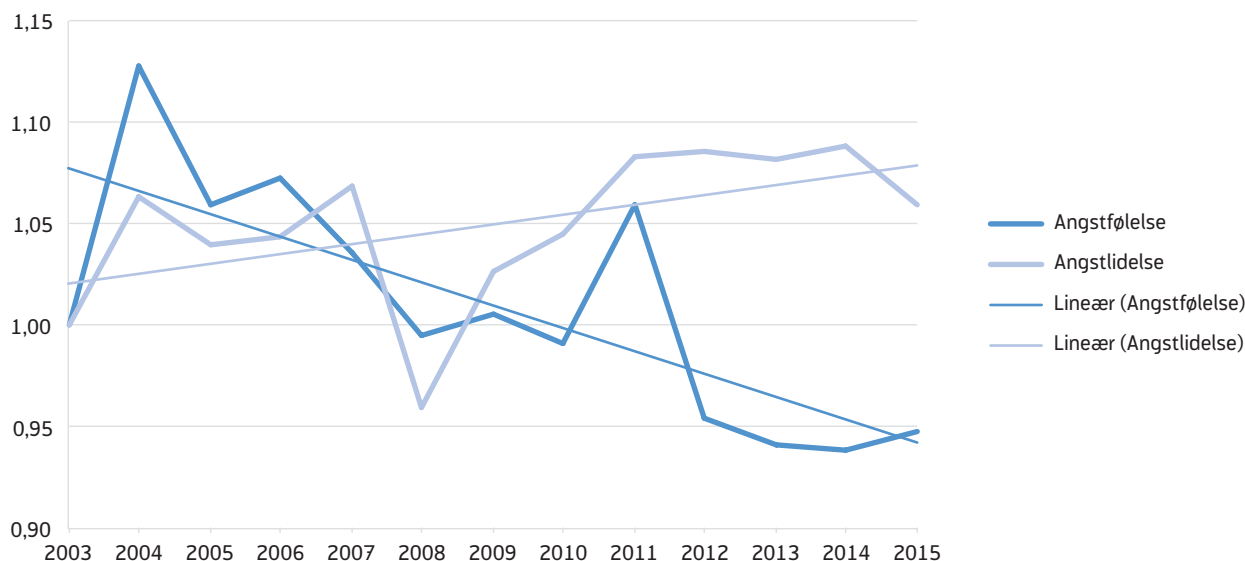
Sykmeldte med angstfølelse eller angstlidelse utgjorde kun en liten del – 6 prosent – av alle sykmeldte med psykisk lidelse i 2003 (tabell 1). Det ble imidlertid en betydelig økning i antall sykmeldte med angstfølelse mot slutten av perioden. I regresjonsanalysen fant vi en trend i retning av raskere friskmelding for sykmeldte med angstlidelse, mens sykmeldte med diagnosen angstfølelse ble betydelig senere friskmeldt i 2015 enn i 2003. Begge disse diagnosene har altså hatt en nokså annerledes utvikling i perioden sammenlignet med de andre diagnosene vi har sett på.

Konklusjon

Det har vært en økning i antall sykefravær på grunn av psykisk lidelse i 2003–2015 regnet som andel av alle sykepengetilfeller utover 16 dager. Økningen har imidlertid vært svakere etter 2011, og sett i forhold til antall sysselsatte er det ingen økning. I den aktuelle perioden har det ikke vært rapportert noen økning i psykiske plager i den voksne befolkningen (Folkehelseinstituttet 2014).

Fra 2011 til 2015 har sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser fortsatt å øke, mens sykefravær på

Figur 7. Utvikling i sannsynligheten for å bli friskmeldt (2003=1). Sykepengetilfeller med angstfølelse eller angstlidelse som årsak. Basert på Cox-regresjonsanalyse



Kilde: NAV

grunn av depresjon har gått ytterligere ned. Det er grunn til å tro at den store økningen i lettere psykiske lidelser som sykmeldingsårsak og nedgangen i depresjon som sykmeldingsårsak delvis skyldes endret diagnosepraksis blant legene (Brage mfl. 2012).

Fra 2003 til 2015 har det vært en sterk økning i bruken av gradering, og økningen har vært enda noe sterkere for sykefravær på grunn av psykiske lidelser. Gradering av sykefravær som skyldes psykiske lidelser blir stadig vanligere også helt fra starten av sykefraværene. Dette er i tråd med NAVs anbefalinger og innebærer at de sykmeldtes restarbeidsevne utnyttes i større grad enn tidligere. Gradering forekom i mindre utstrekning ved situasjonsbetinget psykisk ubalanse enn ved andre psykiske lidelser. Dette skyldes antagelig at akutte psykiske kriser, i tråd med diagnosekriteriene, skal legges til denne symptomdiagnosen. Fra andre undersøkelser er det kjent at akutte lidelser graderes sjeldnere enn langvarige lidelser.

Det er overraskende at sykefravær knyttet til subjektive psykiske symptomer og plager ikke graderes oftere enn de mer alvorlige sykdomsdiagnosene. Det er mulig dette henger sammen med at vi bare har sett på gradering fra starten av sykefraværene. På dette tidspunkt kan arbeidsevnen være like mye nedsatt ved

symptomdiagnoser som ved sykdomsdiagnoser, noe som vil veie tungt når sykmeldende lege vurderer hvilken sykmeldingsgrad som skal velges.

Varigheten av sykefravær på grunn av psykiske lidelser viste betydelige svingninger i perioden 2003–2015. Svingningene hadde samme mønster som for sykefravær generelt, noe som tyder på at de skyldes konjunktorene på arbeidsmarkedet. Nedgangstider fører til økt varighet. Sykmeldte på grunn av psykiske lidelser blir i gjennomsnitt friskmeldt noe raskere i 2015 enn i 2003, og vi finner tegn til raskere friskmelding i tiden fra innkalling til dialogmøte 2 og utover i sykepengeperioden. Det ser altså ut til at oppfølging særlig i forbindelse med innkalling til og gjennomføring av dialogmøte 2, påvirker varigheten av sykefravær knyttet til psykiske lidelser generelt. Vi fant imidlertid også tegn til at sykmeldte med situasjonsbetinget psykisk ubalanse ble påvirket mer av dette enn andre diagnoser.

Depresjonsfølelse og depressiv lidelse har begge tendert til å få lengre varighet. Dette, sammen med at antallet sykmeldte med depresjonsfølelse og depressiv lidelse har gått betydelig ned, bekrefter vår tidligere antagelse om at en del depresjonslignende tilstander, trolig mindre alvorlige, i dag kodes som en

lettere psykisk lidelse, mens de tidligere ville vært registrert med en depresjonsdiagnose.

Sykefravær på grunn av lettere psykiske lidelser, angstsymptomer og depresjonssymptomer uten sikre tegn til sykdom er en utfordring for NAV. De har økt i antall siden 2003, de har lang og til dels økende varighet, og de graderes ikke i større utstrekning enn sykefravær som skyldes en veldefinert psykisk sykdom. Det er nødvendig å avklare og kartlegge årsakene til funksjonstapet så tidlig som mulig, og det er behov for et bedre samarbeid mellom NAV, behandlende lege og den sykmeldte for å rette på disse årsakene så raskt som mulig. De nye diagnosespesifikke anbefalingene i «Faglig veileder for sykmeldere» kan være en hjelp i dette arbeidet.

Referanser

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

Brage, Søren, Steinar Holm, Ola Thune, Jan F Nygård, Inger Sandanger og Gunnar Tellnes (1998). *Diagno-*

seendring ved sykmelding. RTV-rapport 1/98. Oslo: Rikstrygdeverket.

Folkehelseinstituttet (2014) *Folkehelse rapporten 2014*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Helsedirektoratet (2011) *Faglig veileder for sykmeldere. Første versjon*. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2016). *Faglig veileder for sykmeldere. Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelder-veileder>

Nossen, Jon Petter (2014) «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer». *Arbeid og velferd*, 2/2014, 75–88.

Nossen, Jon Petter og Søren Brage (2016) «Forløpsanalyse av sykefravær: Når blir folk friskmeldt?». *Arbeid og velferd*, 3/2016, 75–99.

Sosial- og helsedirektoratet, NSAM og KITH (2004). *Norsk ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten*. Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet, NSAM og KITH.