

---

---

# Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25–39 år

AV: SØREN BRAGE OG OLA THUNE

## SAMMENDRAG

*I denne artikkelen ser vi nærmere på hvilke sykdommer som har forårsaket den sterke økningen i uføreytelser siden 1977 blant personer i alderen 25–39 år.*

*I aldersgruppen 30–39 år har det vært en firedobling i tilgangen på personer som får en uføreytelse, og i aldersgruppen 25–29 år har det vært en tredobling i løpet av perioden 1977–2006.*

*Halvparten av dem som har fått innvilget en uføreytelse i denne perioden, har en psykisk lidelse. Denne andelen var noe synkende med stigende alder. De vanligste tilstandene som ligger til grunn for uføreytelsene i den aktuelle aldersgruppen er depressive tilstander, angstlidelser og atferds- og personlighetsforstyrrelser. Blant unge menn hadde en stor andel schizofreni/autisme. Psykisk lidelse som følge av rusmisbruk forekom nesten bare i gruppen menn mellom 30–39 år.*

*For kvinner mellom 30–39 år hadde også muskel- og skjelettlidelser, spesielt fibromyalgi og ryggglidelser, stor betydning for økningen i nye tilfeller av uføreytelser.*

*I aldersgruppen 25–29 år fikk like mange menn som kvinner uføreytelse, mens i gruppen 30–39 år var tilgangen betydelig høyere blant kvinner.*

*Det er antagelig flere årsaker til den langsiktige og kraftige økningen i ung uførhet. Spesielt bekymringsfullt er økningen i tilgangen av unge uføre med alvorlige psykiske diagnoser. Hvis de skal inkluderes i arbeidslivet, krever det en omfattende samhandling mellom velferds- og helseinstitusjoner.*

---

## INNLEDNING

Flere unge mennesker enn tidligere har av helsemessige grunner problemer med å komme inn i, eller å holde seg i, et arbeidsforhold. Tidligere undersøkelser har vist en økning i antall unge mennesker på varige trygdeytelser (Bjerkedal mfl 2000; Blekesaune 2005). Andelen unge på helserelaterte ytelser er i Norge høyere enn i mange andre europeiske land (OECD 2008). Unge menn som er sykmeldt på grunn av psykisk lidelse og unge kvinner sykmeldt med muskel- og skjelettlidelser synes særlig å være i risikozonen for uførepensjon (Gjesdal mfl. 2005).

I en tidligere artikkel har vi sett på medisinske årsaker til uføreytelser blant helt unge voksne, 18–24 år (Brage og Thune 2008). I denne aldersgruppen fant vi at det har vært en tredobling av unge uføre i perioden 1977–2007. Mer enn halvparten hadde en alvorlig psykisk lidelse; psykisk utviklingshemming, kromosomavvik eller schizofreni/autisme. Omtrent en firedel hadde andre psykiske lidelser, og en firedel hadde en somatisk sykdom, oftest cerebral parese eller epilepsi. Dette viste at de som får uføreytelse før 25 års alder, tilhører en utsatt gruppe med alvorlig funksjonssvikt som ofte viser seg tidlig i barneårene.

I analysen vi presenterer her har vi ønsket å se på gruppen som er noe eldre, men fortsatt er unge voksne. Hvilke medisinske årsaker ligger til grunn for uføreytelser i denne gruppen? Og har også denne gruppen hatt en kraftig tilvekst i løpet av de siste 30 årene?

Formålet med artikkelen er å beskrive medisinske årsaker til uføreytelser blant personer i alderen 25–39 år som fikk innvilget en uføreytelse i perioden 1977–2006.

## DIAGNOSER VED UFØREYTELSER

Analysene er basert på registrene over uføreytelser i NAV og vi benytter opplysninger om alder, kjønn, innvilgelses-tidspunkt og diagnoser. I de fleste tilfellene er en *primær-diagnose* angitt. Det er den hovedsaklige medisinske årsaken til uførhet. I mange tilfeller finnes også en *sekundær-diagnose*, som da er en annen og medvirkende medisinsk årsak til uførhet. Vi har kun benyttet primærdiagnosene i denne analysen.

Varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er her behandlet sammen og benevnes som uføreytelse.

## Koding av diagnoser

Diagnosene ved uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad er blitt kodet i Rikstrygdeverket og i Arbeids- og velferdsdirektoratet (fra 1. juli 2006) på basis av innsendte legeerklæringer. Arbeidet har vært utført av en egen kodeenhet under ledelse av overlege. Kodingen har blitt gjort etter International Clas-

sification of Diseases – ICD. Frem til 31.12.1982 ble 7. utgave av ICD brukt, deretter ICD-8 (1.1.1983 - 31.03.1987) og ICD-9 (1.4.1987 - 31.12.1997). Fra 1.1.1998 er ICD-10 brukt. Fra innføringen av ICD-10 har nasjonalt vedtatte regler for koding vært fulgt.

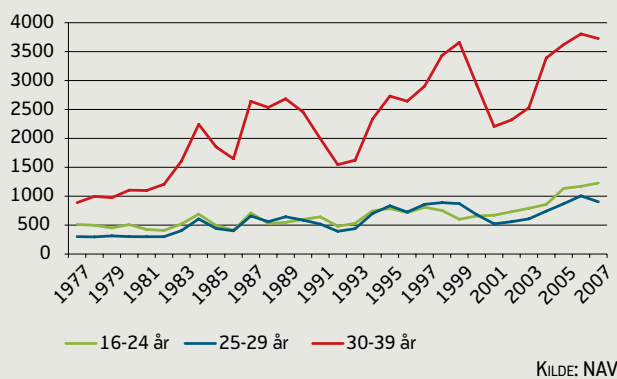
De enkelte sykdommene er slått sammen i grupper for å få oversiktlig informasjon om psykiske lidelser. Kode-skjemaet for sykdomsgruppene ligger i vedlegg. I de fleste årene har opplysningene om diagnoser vært tilfredsstillende, med unntak av 1984 der 43 prosent i aldersgruppen 25-29 år og 46 prosent i aldersgruppen 30-39 år manglet diagnose. I årene 1986, 1991 og 2006 var mellom 10-14 prosent av alle tilfeller uten diagnose. Ellers er andelen med manglende diagnose mellom 0 og 6 prosent. Grunnen til den store mangelen på diagnosekoder i 1984 var antagelig en omfattende nedbygging av restanser.

I analysene har vi beregnet årlige tilgangsrater. Dette er den årlige tilgangen av personer med uføreytelse dividert med befolkningen (henholdsvis 25-29 og 30-39 år) per 1. januar det aktuelle året. Tilgangsratene angis per 100 000 personer. Personer med uføreytelse ble ikke inkludert i risikobefolkningen.

## PSYKISK SYKDOM DOMINERER SOM SYKDOMSÅRSÅK

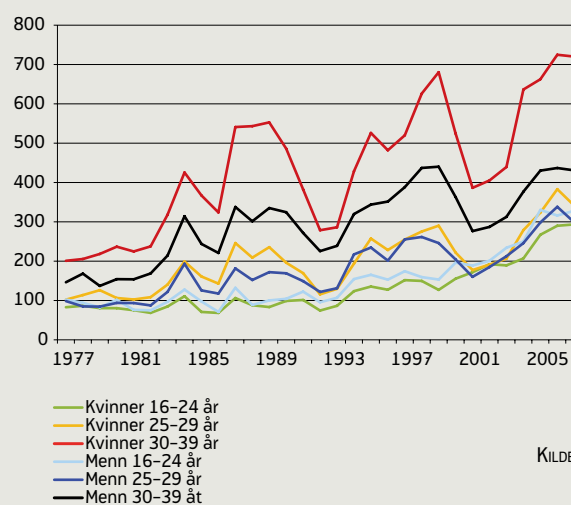
I årene 1977-2007 har det vært en sterk tilvekst av unge personer med uføreytelser, spesielt i aldersgruppen 30-39 år, men også i gruppen 25-29 år (fig 1). I 2007 var antallet

Figur 1:  
Antall nye tilfeller av uføreytelse pr. år 1977-2007 etter aldersgruppe



KILDE: NAV

Figur 2:  
Tilgangsrater pr 100 000 for uføreytelser 1977-2007



KILDE: NAV

nye tilfeller med uføreytelse 3 700 i aldersgruppen 30-39 år, 900 i alderen 25-29 år og 1 200 i alderen 18-24 år<sup>1</sup>.

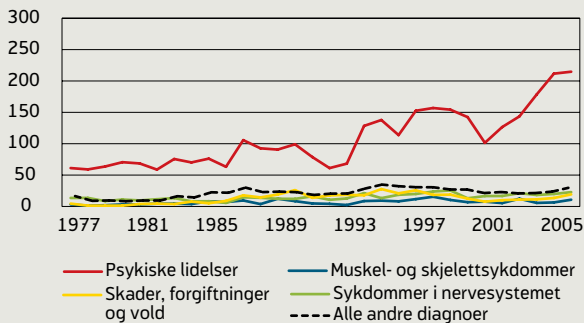
Det var store variasjoner fra år til år, men det var en klar, trendmessig økning i perioden. I aldersgruppen 25-29 år var det noen flere kvinner enn menn som fikk innvilget en uføreytelse. I aldersgruppen 30-39 år hadde imidlertid forskjellen i tilgangsratene mellom menn og kvinner blitt betydelig større (fig 2).

## Sykdomsårsaker til uføreytelser blant menn 25-39 år

Blant menn dominerte psykiske lidelser som årsak til uføreytelser (figur 3a og 3b). Psykiske lidelser lå bak 62 prosent av de nye uføretilfeller for menn i alderen 25-29 år i 1977 og 64 prosent i 2006. Blant menn i aldersgruppen 30-39 år, svarte psykiske lidelser for henholdsvis 53 og 51 prosent i de samme årene. Andre medisinske årsaker, slik som muskel- og skjelettlidelser, nervelidelser og skader hadde mindre betydning.

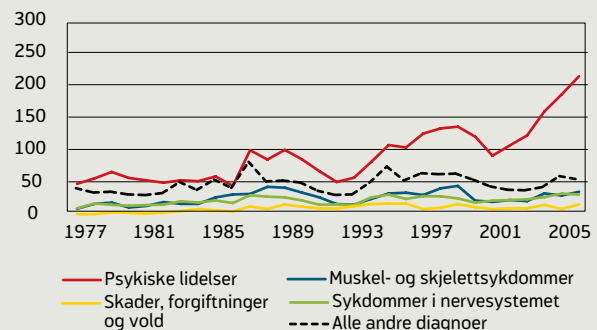
<sup>1</sup> Nedre aldersgrense for uføreytelse ble endret fra 16 til 18 år i 1998

Figur 3a:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser 1977-2006 etter diagnosegrupper. Menn 25-29 år



KILDE: NAV

Figur 3c:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser 1977-2006 etter diagnosegrupper. Kvinner 25-29 år



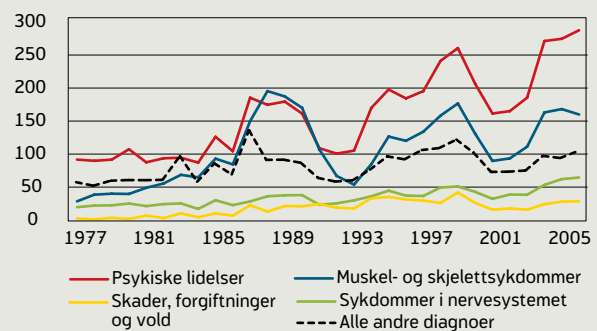
KILDE: NAV

Figur 3b:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser 1977-2006 etter diagnosegrupper. Menn 30-39 år



KILDE: NAV

Figur 3d:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser 1977-2006 etter diagnosegrupper. Kvinner 30-39 år



KILDE: NAV

## Sykdomsårsaker til uføreytelser blant kvinner 25-39 år

Blant kvinnene dominerte også psykiske lidelser, men i aldersgruppen fra 30-39 år var det en betydelig tilgang på grunn av muskel- og skjelettsykdommer og gruppen «andre diagnoser»<sup>2</sup> (figur 3c og 3d). Blant 25-29 åringer hadde 46 prosent en psykisk diagnose som årsak til uføreytelse i 1977, og 55 prosent i 2006. For denne aldersgruppen var tilgangsrate for uføreytelser på grunn av psykisk lidelse blitt firedoblet etter 1993.

Blant kvinner, 30-39 år, hadde henholdsvis 46 prosent og 40 prosent en psykisk lidelse som årsak til uføreytelse i 1977 og 2006. 14 prosent og 22 prosent hadde en muskel- og skjelettsykdom som årsak. Muskel- og skjelettlidelser økte altså mer enn psykiske lidelser som årsak til uførehet i

perioden. Av de nye tilfellene med muskel- og skjelettlidelse i 2006 hadde 42 prosent fibromyalgi og 35 prosent hadde en ryggsykdom som diagnose.

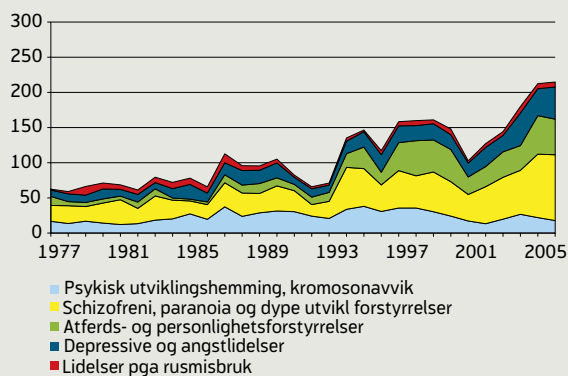
## Psykiske lidelser som årsak til trygdeytelser

Blant menn i alderen 25-29 år var schizofreni, paranoide tilstander og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser de hyppigste årsakene til uføreytelser (fig 4a). Økningen i denne sykdomsgruppen var stor i perioden 1977-2006, men det var også en tydelig økning for sykdomsgruppene atferds- og personlighetsforstyrrelser, depressive lidelser og angstlidelser. Kun en mindre andel ble forårsaket av psykisk utviklingshemming og kromosomavvik, noe som antageligvis beror på at personer med disse lidelsene allerede var blitt pensjonert i 18- til 24-årsalderen. Psykiske lidelser som følge av rusmisbruk var sjelden årsak til uføreytelse i denne aldersgruppen<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Dette er alle sykdommer med unntak av psykiske lidelser, muskel-/skjelettsykdommer, sykdommer i nervesystemet og skader.

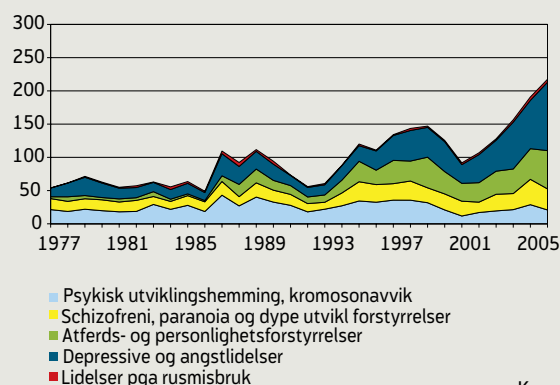
<sup>3</sup> Rusmisbruk i seg selv gir ikke rett til uføreytelse, men først når misbruket har ført til fysiske eller psykiske sykdommer eller skader

Figur 4a:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser etter psykiske sykdomsgrupper. Menn 25-29 år



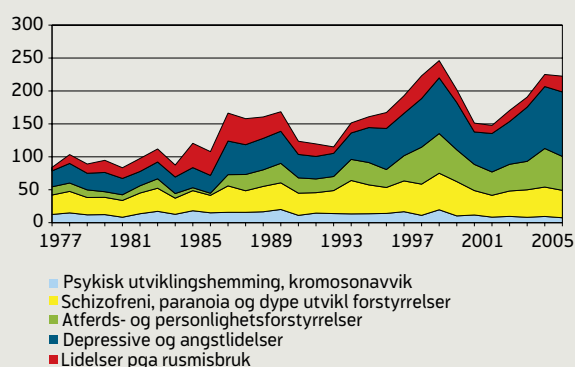
KILDE: NAV

Figur 4c:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser etter psykiske sykdomsgrupper. Kvinner 25-29 år



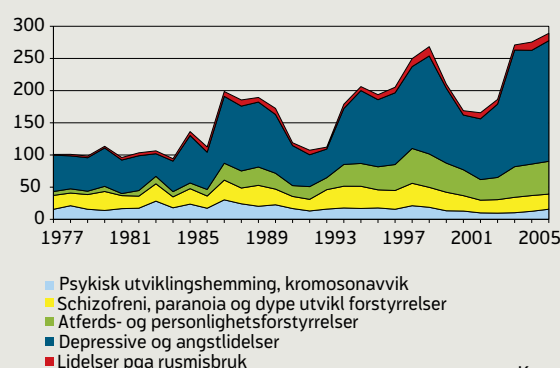
KILDE: NAV

Figur 4b:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser etter psykiske sykdomsgrupper. Menn 30-39 år



KILDE: NAV

Figur 4d:  
Tilgangsrate pr 100 000 for uføreytelser etter psykiske sykdomsgrupper. Kvinner 30-39 år



KILDE: NAV

I aldergruppen 30-39 år var betydningen av psykiske lidelser som følge av rusmisbruk større, men denne sykdomsgruppen holdt seg stort sett konstant i perioden (fig 4b). Økningen i psykiske lidelser i denne aldersgruppen skyldtes først og fremst en økning i depressive lidelser, angstlidelser og atferds- og personlighetsforstyrrelser.

Blant kvinner i alderen 25-29 år var bildet dominert av en økning i depressive lidelser, angstlidelser og atferds- og personlighetsforstyrrelser (fig 4c). Psykisk lidelse som følge av rusmisbruk var meget sjelden angitt som årsak til uføreytelse i denne aldersgruppen blant kvinner.

I aldersgruppen 30-39 år blant kvinner, dominerte depressive lidelser og angstlidelser som årsak til uføreytelser (fig 4d). Disse tilstandene, som allerede i 1977 var vanlige årsaker til uføreytelser, ble mer enn tredoblet i løpet av perioden. Også atferds- og personlighetsforstyrrelser økte kraftig fra et meget lavt nivå i 1977.

## MEDISINSKE ÅRSAKER TIL UFØRHET BLANT PERSONER 25-39 ÅR

Blant unge voksne var det i perioden 1977-2006 en betydelig økning i personer med uføreytelser. Blant 25-29 åringer var det en tredobling av tilgangen, blant 30-39 åringer en firedobling. Psykiske lidelser var oppgitt som medisinsk årsak i halvparten av tilfellene, noe mer blant de yngre i alderen 25-29 år.

De psykiske lidelsene kan grovt deles i to kategorier. Den første kategorien omfatter psykisk utviklingshemming/kromosomavvik og schizofreni/paranoia/dype utviklingsforstyrrelser. Personer med disse diagnosene har ofte omfattende og tidlig ervervet funksjonssvikt, der integrering i arbeidslivet ikke er mulig, eller kun er mulig med betydelig og varig hjelp og støtte. Den andre kategorien omfatter atferds-/personlighetsforstyrrelser, depressive/angstlidelser

samt lidelser på grunn av rusmisbruk. I denne gruppen med mindre omfattende funksjonssvikt, kan årsaken til uførhet oftest søkes i en kombinasjon av flere faktorer.

I gruppen av menn 25-29 år med psykiske årsaker til uførhet, hadde halvparten en diagnose som tydet på omfattende funksjonssvikt, mens andelen personer med mindre omfattende funksjonssvikt var høyere blant menn i alderen 30-39 år og blant kvinner.

## Atferds- og personlighetsforstyrrelser

Atferds- og personlighetsforstyrrelser karakteriseres av endringer i atferd, oppmerksomhet, personlighet eller utvikling, og debuterer ofte tidlig i livet. Personlighetsforstyrrelser og AD/HD er de hyppigst forekommende enkeltlidelsene i denne gruppen. De har hatt en kraftig tilvekst, antagelig delvis som en konsekvens av økt oppmerksomhet om tilstandene (Åsheim mfl. 2007; Brage og Thune 2008). Økningen av disse tilstandene som årsak til uføretylse gjenfinnes blant både menn og kvinner og i begge de undersøkte aldersgruppene.

## Depressive lidelser og angstlidelser

Depressive lidelser og angstlidelser inkluderer bipolare lidelser, depressive tilstander, angstlidelser, og andre nevrotiske tilstander. De hyppigst forekommende enkeltlidelsene er depresjon og angst. De forekommer også ofte sammen. Depressive lidelser og angstlidelser blir vanligere med økende alder, noe som også gjenspeiles i vårt materiale. Det har imidlertid blitt en økt oppmerksomhet rettet mot tidlig debut av bipolar lidelse. Særlig blant kvinner viste depressive lidelser og angstlidelser en sterk økning i 1977-2006, og var hovedårsaken til økningen i uføretylser.

## Schizofreni, paranoide tilstander og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Denne gruppen omfatter psykotiske tilstander, med unntak av bipolare lidelser, og gjennomgripende (dype) utviklingsforstyrrelser. Schizofreni debuterer ofte i 15-25 års alderen, og medfører sterkt avvikende atferd og betydelig funksjonstap. De vanligste gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene er Aspergers syndrom og autisme. De debuterer i barneårene og medfører også et betydelig funksjonstap.

Den kraftige økningen av schizofreni, paranoia og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser blant menn i alderen 25-29 år er lik den som er sett blant 18-24 åringer (Brage og Thune 2008), men sykdomsgruppen viste også noe økning som årsak til uføretylse i alderen 30-39 år. Årsaken til økningen i uføretylser blant unge personer med schizofreni er uklar. Det er ikke gjort studier i norsk befolk-

ning, men i Sverige og Finland har det ikke vært noen økning i schizofreniforekomst i befolkningen (Johannesen 2002). Hvis forekomsten av schizofreni i Norge har vist samme trend som i nabolandene, så kan det tale for at andre faktorer har hatt betydning for den synkende tilknytningen til arbeidslivet, eksempelvis lavere muligheter for arbeid i det ordinære arbeidsmarked.

Økningen av uførhet på grunn av gjennomgripende utviklingsforstyrrelser har antagelig sammenheng med bedret diagnostikk og økt oppmerksomhet om denne sykdomsgruppen siden 1980-årene.

## Psykiske lidelser på grunn av rusmisbruk

Rusmisbruk i seg selv gir ikke rett til uføretylser, men senfølger, skader eller sykdom som er forårsaket av rusmisbruk, kan gi rett til ytelse. Blant de helt unge, 18-24 år, var psykisk lidelse på grunn av rusmisbruk meget sjelden årsak til uføretylse, og dette kan antagelig forklares av at det tar flere år før det utvikles senfølger av misbruket. Det kunne derfor forventes at det var vanligere med rusfremkalt psykisk sykdom i høyere aldre. Dette ble også funnet for menn i alderen 30-39 år, der slik sykdom forårsaket 11 prosent av de psykiske årsakene til uføretylser. Dette er antagelig et minimumstall. Psykisk lidelse på grunn av rusmisbruk kan være en medvirkende årsak til uførhet uten at det blir notert som primærdiagnose ved uføretylser. Blant kvinner og blant menn i alderen 25-29 år var psykisk lidelse som følge av rusmisbruk meget sjelden oppgitt som årsak til uførhet.

## Psykisk utviklingshemming og kromosomavvik

Diagnosesettingen ved utviklingshemming har vært gjenstand for forandringer i løpet av de siste 30 årene. Økt medisinsk kunnskap, først og fremst fra genetikken, har ført til at flere barn med alvorlige medfødte mentale funksjonstap har fått en spesifikk årsaksdiagnose, for eksempel detaljerte kromosomavvik, i stedet for den mer beskrivende diagnosen psykisk utviklingshemming (Lorentzen 2008). Vi har derfor slått sammen de to gruppene psykisk utviklingshemming og kromosomavvik til én gruppe i denne undersøkelsen.

Psykisk utviklingshemming var meget viktig som årsak til uførhet blant 18-24 åringer, i særdeleshet på 70- og 80-tallet (Brage og Thune 2008). I aldersgruppen 25-39 år, som vi her har sett på, var psykisk utviklingshemming/kromosomavvik mindre vanlig som årsak til uføretylse. Etter en svak økning frem mot 1990 viste tilgangen på uføre med disse diagnosene en viss nedgang. Dette tyder på at personer med disse lidelsene i meget stor utstrekning får uføretylse tidlig, og at kun en mindre andel får anled-



ning å prøve seg i ordinært arbeidsliv. Mange med psykisk utviklingshemning arbeider imidlertid i skjermete bedrifter etter de har fått innvilget uførepensjon.

## Andre lidelser

Muskel- og skjelettlidelser er de vanligste medisinske årsakene til uførhet i befolkningen sett under ett. I yngre aldersgrupper har imidlertid disse tilstandene mindre betydning. I denne undersøkelsen var muskel- og skjelettlidelser en viktig årsak til uføreytelser kun blant kvinner i alderen 30-39 år. Spesielt var fibromyalgi og ryggsykdommer dominerende diagnoser blant kvinner med muskel- og skjelettlidelse. Dette er et mønster som kan gjenfinnes også blant kvinner over 40 år.

Som nevnt har vi bare inkludert primærdiagnosene i denne analysen. Det er grunn å anta at psykiske faktorer også spiller en betydelig rolle ved uførhet der primærdiagnosen er en somatisk sykdom. Det er vist i andre studier at psykiske lidelser er vanlige som samvirkende faktorer ved uførepensjon (Mykletun 2006).

## ANDRE ÅRSAKER TIL UFØRHET BLANT PERSONER 25-39 ÅR

Analysen viste store variasjoner fra år til år i tilgangen av unge personer på uføreytelser. Den samme variasjonen kan man også se i tilgangen av alle personer på uføreytelse uansett alder (Brage og Thune 2008). Variasjonen er altså ikke aldersspesifikk, og kan antagelig ha administrative årsaker (periodevis oppbygging av restanser) i tillegg til delvis å være betinget av konjunktursvingninger (Brage og Thune 2008). Effekten av konjunktursvingninger er imidlertid ikke konsistent. Dette ser vi blant annet ved at økningen i nye personer med uføreytelse var spesielt kraftig i 2005-2007, som var en periode med høykonjunktur og lav arbeidsledighet.

Den langsiktige trenden, med en sterk økning i tilgangen av unge uføre under 40 år, må imidlertid ha andre årsaker enn administrative problemer og konjunktursvingninger.

Hvis uførepensjonen baseres utelukkende på tidligere inntekt, vil unge uføre få en meget lav pensjon. Gunstigere beregningsgrunnlag av pensjonens størrelse for unge uføre ble derfor innført i 1981, da med en grense på 20 år. Aldersgrensen er siden blitt oppjustert flere ganger, og er nå 26 år. Personer over 26 år kan også søke om «ung ufør»-fordeler i ettertid, såfremt sykdommen debuterte før 26 års alder. I tillegg er beregningsgrunnlaget for pensjonen forbedret. Med bedre pensjoner kan tilbøyeligheten til å søke en uføreytelse ha økt gradvis. Dette kan også gjelde personer over 26 år på grunn av tilbakevirkende kraft av «ung ufør»-fordelene.

Det er også rimelig å anta at endringer i arbeidslivet kan ha hatt betydning for økt tilgang til uføreytelser blant unge personer. Kravene til utdanning og til samhandling har økt, og dette kan ha gjort det vanskeligere for unge mennesker med psykiske funksjonsvansker eller med psykisk sykdom å få innpass i arbeidslivet.

## KONSEKVENSER

Det har vært en kraftig økning av unge uføre med alvorlig psykisk diagnose, som schizofreni og autisme. Sannsynligvis trenger denne gruppen spesielle og ressurskrevende tiltak i velferdssektoren for å kunne skaffe seg og opprettholde et arbeidsforhold. Et tett samarbeid med helsesektoren er nødvendig.

Flertallet som får uføreytelser i alderen 25-39 år har enten depressive lidelser, angstlidelser eller atferds- og personlighetsforstyrrelser. Også for denne gruppen er det ønskelig med spesiell oppfølging og samarbeid med helsesektoren. Mange har antagelig prøvd seg, men tidlig falt ut av et arbeidsforhold.

## REFERANSER

- Bjerkedal T, Gogstad A, D'Vries Enger N (2000). Uførepensjonering av unge mennesker i Norge. *RTV-rapport 07/2000*. Oslo, Rikstrygdeverket.
- Blekesaune M (2005). Unge med helsesvikt stenges ute fra arbeidslivet. *Arbeid, velferd og samfunn*, 2005. Oslo, Rikstrygdeverket.
- Brage S, Thune O (2008). Medisinske årsaker til uføreytelser blant unge 1977-2006. *Arbeid og velferd*; (3): 28-36.
- Gjesdal S, Haug K, Ringdal P, Vollset S, Mæland JG (2005). Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykmeldte. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 125: 1801-5
- Johannesen J (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 122: 2011-4
- Lorentzen E (2008). Psykisk utviklingshemning – hvordan stilles diagnosen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 128: 201-202.
- Mykletun A, Overland S, Dahl AA, mfl (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*; 163: 1412-8.
- Norges offentlige utredninger (2007). Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre. *NOU 2007:4*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.
- OECD (2008). *Jobs for youth - Norway*. Paris, OECD.
- Åsheim H, Nilsen K, Johansen K, mfl. (2007). Forskrivning av sentralstimulerende midler ved AD/HD i Nordland. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 127:2360-2.

VEDLEGG.

DIAGNOSEGRUPPER FOR PERSONER MED UFØREYTELSER 25-39 ÅR

| Diagnosegruppe   | ICD-10 kode                           | ICD-9 kode   | ICD-7 (77-82)                                     |
|--|---------------------------------------|--|---|
| Psykiske lidelser  | F00-F99                               | 290-316, V11, V40  | 300-326   |
| Muskel- og skjelettsykdommer   | M00-M99                               | 710-739  | 246, 363, 720-749                                 |
| Sykdommer i nervesystemet  | G00-G99                               | 320-359  | 340-362, 364-369                                  |
| Skader, forgiftninger og vold  | S00-T98                               | 800-999  | 245, 800-999                                      |
| Alle andre diagnoser   | A00-E90, H00-L99,<br>N00-R99, Y85-Z99 | 001-289, 360-709,<br>740-799, V01-V10,<br>V12-V39, V41-V82 | 001-244, 247-299,<br>327-339, 370-719,<br>750-799 |
| <b>Psykisk diagnosegruppe</b>  |                                       |  |   |
| Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik            | F70-F79, Q00-Q99                      | 317-319, 740-759   | 325, 750-759                                      |
| Schizofreni, paranoide tilstander og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser | F00-F09, F20-F29,<br>F84              | 290-295, 297, 2981-<br>2989, 299, 310                      | 300, 303-309                                      |
| Atferds- og personlighetsforstyrrelser                                       | F50-F69, F80-F83,<br>F88-F98          | 301-302, 306-307,<br>312-315                               | 316-317, 320-321,<br>324, 3260-3262, 3264         |
| Depressive lidelser og angstlidelser   | F30-F48                               | 296, 2980, 300, 308-<br>309, 311, V11, V40                 | 301-302, 310-315,<br>318, 3263                    |
| Rusmisbruk   | F10-F19                               | 303-305  | 322-323   |