

Þróun sjúkdómsgreininga í læknisvottorðum vegna endurhæfingar og örorku

• Yfirlitsgrein •

Ólafur Ó. Guðmundsson tryggingayfirlæknir

Guðmundur Helgi Hjaltalín kerfisfræðingur

Haraldur Jóhannsson læknir

Höfundar starfa allir hjá Tryggingastofnun

Fyrirspurnum svarar Ólafur Ó. Guðmundsson, olafur.gudmundsson@tr.is

Greinin barst 25. júlí 2025,
samþykkt til birtingar 6. janúar 2026

Inngangur

Hlutfall einstaklinga með endurhæfingar- og örorkumat á Íslandi hefur aukist verulega á undanförunum áratugum. Árið 1962 voru 4,7% landsmanna á örorkulífeyri,⁸ árið 1996 var hlutfallið 5,0%¹⁶ en árið 2020 höfðu 9,4% einstaklinga á aldrinum 18-66 ára örorku- eða endurhæfingarlífeyrismat í gildi.⁷

Geðraskanir og stoðkerfissjúkdómar eru langalgengustu sjúkdómaflokkarnir sem leiða til örorku á Íslandi.^{7,15} Í nýlegri rannsókn á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorðum Tryggingastofnunar (TR) á tímabilinu 2000-2019 var örorka vegna geðraskana 27,4% hjá konum og 33,5% hjá körlum en örorka vegna stoðkerfissjúkdóma var 37,0% hjá konum og 19,4% hjá körlum.⁷ Í bandarískri rannsókn voru 10,4% á vinnutengdri örorku (*work disability*) á árunum 2011-2013 þar sem algengustu ástæðurnar voru stoðkerfisverkir og gigtsjúkdómar ásamt þunglyndi og kvíða.¹⁸ Um það bil einn af hverjum sjö einstaklingum á vinnualdri í OECD-löndum skilgreinir sig með fötl-

Á G R I P

Inngangur

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri á Íslandi hefur aukist verulega frá árinu 2000. Markmið rannsóknarinnar var að greina þróun sjúkdómsgreininga sem leiddu til örorku- eða endurhæfingarlífeyris, með áherslu á þær greiningar sem jukust mest, og meta þróun eftir kyni, aldri og uppruna.

Efniviður og aðferðir

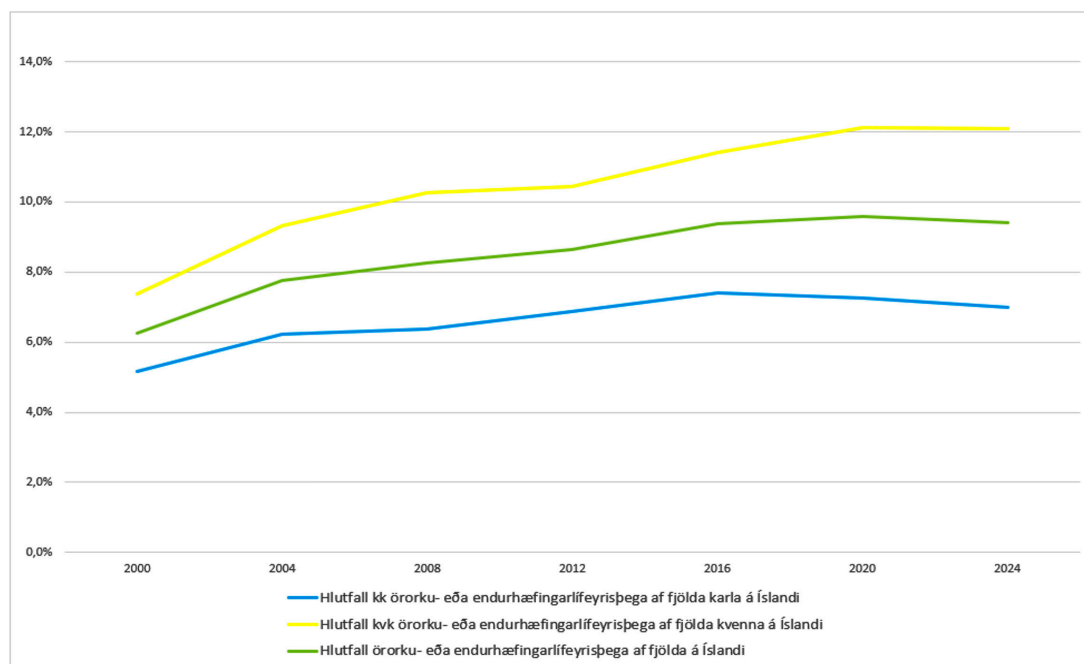
Byggt var á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorðum vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris hjá Tryggingastofnun árin 2000, 2012 og 2024. Þær sjúkdómsgreiningar sem jukust mest, kvíði og þunglyndi, mjúkkvefjaraskanir, taugaproskaraskanir, offita, verkir, lasleiki og þreyta, streita og kulnun, þreytuheilkenni eftir veirusýkingu og eftirstöðvar COVID-19 (rannsóknarhópur), voru skoðaðar í samanburði við allar aðrar sjúkdómsgreiningar (samanburðarhópur). Gögn voru greind eftir aldurshópum, kyni og uppruna samkvæmt Þjóðskrá.

Niðurstöður

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri á Íslandi af mannfjölda 18-66 ára jókst úr 6,3% í 9,4% frá 1. janúar 2000 til 1. janúar 2024. Hlutfallsleg aukning sjúkdómsgreininga í rannsóknarhópi var 179%, samanborið við 26% aukningu í samanburðarhópi. Kvíði, þunglyndi, verkja- og taugaproskaraskanir voru algengastar. Mest var hlutfallsleg aukning taugaproskaraskana í yngri aldurshópnum og þá jókst oftita verulega á síðasta tímabilinu, sérstaklega hjá konum. Konur voru í meirihluta í flestum flokkum. Hlutfallslega fleiri lífeyrisþegar voru með íslenskan uppruna í yngri hópnum en utan Evrópu í eldri hópnum.

Ályktun

Stöðugt hærri hlutfall örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega af mannfjölda kallar á aukna áherslu á snemmtæka íhlutun, meðferðar- og endurhæfingarúrræði sem taka á heilsufarsvanda sem leiðir til skertrar starfsgetu, sérstaklega hjá yngra fólki með geðheilsuvanda, verkjaheilkenni og offitu. Þá kallar aukning í greiningum eftirstöðva veirusýkinga, streitu og kulnunar á sérhæfð úrræði.



Mynd 1. Hlutfall örrorku- og endurhæfingarlífeyrisþega af mannfjölda 18-66 ára 1. janúar 2000–2024, allir og eftir kyni.

un, og þetta hlutfall er einnig verulegt og vaxandi meðal ungs fólks (8% árið 2019).²²

Kvíði og þunglyndi eru vel þekktar geðraskanir, en á síðustu árum hefur þekking á taugaþroskaröskunum, sérstaklega ADHD og einhverfurófsöskunum, aukist verulega.^{5,6} Í nýlegri íslenskri rannsókn kom fram að algengi ADHD greininga sé um það bil tvö- til þrefalt hærri en í rannsóknum erlendis.²¹

Vefjagigt er algeng miðlæg verkjanæmisöskun sem einkennist af þreytu, svefntruflunum og sálrænum einkennum.^{1,3} Langvinn þreyta og verkir geta tengst miðlægu ofurnæmi (*central sensitization*), sem er sameiginlegur þáttur í sjúkdómum eins og vefjagigt og síþreytuheilkenni.¹⁰ Sjúkdómsmyndir miðlægs verkjaheilkennis geta haft mismunandi birtingarmyndir og fjölbættar orsakir sem meðal annars hafa verið tengdar veirusýkingum.¹³

Langvinnt þreytuheilkenni (CFS/ME) einkennist af langvarandi þreytu, skertri virkni og vanlíðan eftir áreynslu. Algengi CFS/ME er óljóst og líklegt að margir séu ógreindir. Veirufaraldrar, svo sem SARS og COVID-19, hafa verið tengdir við aukningu á tilfellum CFS/ME.^{2,9,11,13,14}

Offita er áhættuþáttur margra sjúkdóma og hefur algengi hennar þrefaldast á heimsvísu frá 1975.¹²

Í þessari rannsókn sem hér er birt var skoðuð þróun þeirra sjúkdómsgreininga sem jukust mest á tímabilinu 2000 til 2024 í samanburði við allar aðrar sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum TR vegna umsókna um örrorku- og endurhæfingarlífeyri. Markmið hennar var að greina þróun algengustu sjúkdómsgreininga í þessum læknisvottorðum með áherslu á aldur, kyn, árangur endurhæfingar og lýðfræðilega samsetningu íbúa, þar á meðal uppruna eftir heimsálfu í ljósi aukins hlutfalls innflytjenda á Íslandi.

Efniviður og aðferðir

Byggt var á sjúkdómsgreiningum í læknisvottorðum vegna umsókna um endurhæfingar- eða örrorkulífeyri, fengnum úr gagnagrunnum TR. Læknar TR röðuðu sjúkdómsgreiningum eftir mikilvægi með tilliti til skertrar starfsgetu umsækjenda. Með tilkomu rafrænna læknisvottorða (2018) fór röðun sjúkdómsgreininga óbreytt úr læknisvottorðinu í gagnagrunn TR. Algengi vísar til allra lífeyrisþega með gilt mat á tilteknum tímapunkti (1. janúar í byrjun hvers tímabils), hvort sem um var að ræða örrorku- eða endurhæfingarlífeyrismat. Vegna fjölgunar innflytjenda á tímabilinu var ákveðið að bera saman hlutfall þeirra með íslenskan uppruna við annars vegar evrópskan uppruna (annan en íslenskan) og hins vegar með uppruna utan Evrópu. Við mat á uppruna er byggt á skráðu ríkisfangi og flokkað eftir tímalengd frá komu til landsins, innan við og lengur en 5 ár, flokkað á fimm aldursbil.

Sjúkdómsgreiningarnar voru flokkaðar og settar fram í sjö flokka þeirra sjúkdómsgreininga sem mest jukust á tímabilinu í samanburði við aðrar. Flokkarnir og viðeigandi ICD-10 greiningarkóðar eru eftirfarandi:

1. Kvíði og þunglyndi (F32, F33, F34, F40, F41, F42)
2. Mjúkvefjaraskanir (M79)
3. Taugaþroskaraskanir, ADHD og einhverfuróf (F90,F84)
4. Offita (E66)
5. Verkir, lasleiki og þreyta (R52, R53)
6. Streita og kulnun (Z73)
7. Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu og eftirstöðvar COVID-19 (G93.3, U09)

Tafla I. Algengi sjúkdómsgreininga vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris á árunum 2000, 2012 og 2024.

Fjöldi einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyrir	Í gildi 1. jan.			Í gildi 1. jan.		
	Karlar			Konur		
	2000	2012	2024	2000	2012	2024
Aldursbil og flokkun	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
18-49 ára	2.442 (3,7)	3.358 (4,7)	4.970 (5,0)	3.072 (4,7)	4.848 (6,9)	7.231 (8,4)
Annað	2.178 (3,3)	2.697 (3,7)	3.387 (3,4)	2.428 (3,7)	3.091 (4,4)	4.483 (5,2)
Kvíði og þunglyndi	186 (0,3)	373 (0,5)	710 (0,7)	425 (0,7)	1.073 (1,5)	1.510 (1,7)
Mjúkvefjaraskanir	7 (0,0)	43 (0,1)	51 (0,1)	164 (0,3)	549 (0,8)	467 (0,5)
Offita	10 (0,0)	15 (0,0)	65 (0,1)	26 (0,0)	37 (0,1)	146 (0,2)
Taugaproskaraskanir (ADHD+einhverfuróf)	58 (0,1)	224 (0,3)	692 (0,7)	23 (0,0)	82 (0,1)	427 (0,5)
Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu, eftirstöðvar covid	2 (0,0)	(0,0)	13 (0,0)	1 (0,0)	(0,0)	39 (0,0)
Verkir, lasteiki og þreyta	1 (0,0)	4 (0,0)	38 (0,0)	5 (0,0)	15 (0,0)	85 (0,1)
Streita og kulnun	(0,0)	2 (0,0)	14 (0,0)	(0,0)	1(0,0)	74 (0,1)
50-66 ára	2.055 (10,0)	3.764 (12,0)	4.638 (12,0)	3.220 (15,7)	5.721 (18,6)	7.753 (20,7)
Annað	1.867 (9,1)	3.265 (10,4)	3.903 (10,1)	2.597 (12,7)	3.933 (12,8)	5.565 (14,8)
Kvíði og þunglyndi	165 (0,8)	394 (1,3)	428 (1,1)	402 (2,0)	820 (2,7)	909 (2,4)
Mjúkvefjaraskanir	4 (0,0)	62 (0,2)	74 (0,2)	169 (0,8)	896 (2,9)	861(2,3)
Offita	14 (0,1)	25 (0,1)	115 (0,3)	33 (0,2)	38 (0,1)	205 (0,5)
Taugaproskaraskanir (ADHD+einhverfuróf)	1 (0,0)	8 (0,0)	51 (0,1)	3 (0,0)	15 (0,0)	55 (0,1)
Þreytuheilkenni eftir veirusýkingu, eftirstöðvar covid	2 (0,0)	(0,0)	15 (0,0)	3 (0,0)	(0,0)	29 (0,1)
Verkir, lasteiki og þreyta	2 (0,0)	9 (0,0)	37 (0,1)	11 (0,1)	18 (0,1)	91 (0,2)
Streita og kulnun	(0,0)	1 (0,0)	15 (0,0)	2 (0,0)	1(0,0)	38 (0,1)
Samtals	4.497 (5,2)	7.122 (6,9)	9.608 (7,0)	6.292 (7,4)	10.569 (10,4)	14.984 (12,1)

Mannfjöldi samkvæmt Þjóðskrá TR	Karlar			Konur		
	2000	2012	2024	2000	2012	2024
Aldurbil						
18-49 ára	66.555	72.199	98.840	64.912	70.526	86.361
50-66 ára	20.609	31.453	38.605	20.477	30.730	37.49
Samtals	87.164	103.652	137.445	85.389	101.256	123.854

*Fyrsta sjúkdómsgreining allra með örorku- eða endurhæfingarlífeyri í gildi 1. janúar 2000, 2012, og 2024, flokkað á tvískipt aldursbil. Samanburður valinna sjúkdómsgreininga (sjá texta) við allar aðrar sjúkdómsgreiningar (Annað). Efri hluti sýnir fjöldatölur og hlutfall allra með örorku- eða endurhæfingarlífeyri af mannfjölda 1. janúar hvers árs. Neðri hluti sýnir mannfjölda samkvæmt þjóðskrá sem hlutfall byggist á.

Tafla II. Hlutfall af mannfjölda samkvæmt þjóðskrá með örorku- eða endurhæfingarlífeyri 1. janúar 2025, flokkað eftir uppruna og árafjölda frá komu til Íslands.

	Ísland (%)	Evrópa (%)	Par af	Par af	Utan Evrópu (%)	Par af	Par af	Samtals (%)
Aldursbil			Meira en 5 ár frá komu til Íslands (%)	Minna en 5 ár frá komu til Íslands (%)		Meira en 5 ár frá komu til Íslands (%)	Minna en 5 ár frá komu til Íslands (%)	
18-29	5,8	1,0	2,9	0,2	2,7	4,6	1,2	4,3
30-39	9,9	1,8	3,1	0,3	4,2	6,5	1,7	6,8
40-49	12,8	4,3	6,4	0,6	8,2	10,0	3,9	10,2
50-59	14,6	7,3	10,5	0,9	15,2	16,9	7,2	13,3
60-66	21,0	18,4	23,4	2,9	25,3	26,6	16,9	20,9
Samtals	12,0	3,6	6,5	0,4	7,3	10,6	2,5	9,6

Í gildi 1. jan.			
Karlar og konur			
2000	2012	2024	
Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	
5.514 (4,2)	8.206 (5,7)	12.201 (6,6)	
4.606 (3,5)	5.788 (4,1)	7.870 (4,2)	
611 (0,5)	1.446 (1,0)	2.220 (1,2)	
171 (0,1)	592 (0,4)	518 (0,3)	
36 (0,0)	52 (0,0)	211 (0,1)	
81 (0,1)	306 (0,2)	1.119 (0,6)	
3 (0,0)	0 (0,0)	52 (0,0)	
6 (0,0)	19 (0,0)	123 (0,1)	
0 (0,0)	3 (0,0)	88 (0,0)	
5.275 (12,8)	9.485 (15,3)	12.391 (16,3)	
4.464 (10,9)	7.198 (11,6)	9.468 (12,4)	
567 (1,4)	1.214 (2,0)	1.337 (1,8)	
173 (0,4)	958 (1,5)	935 (1,2)	
47 (0,1)	63 (0,1)	320 (0,4)	
4 (0,0)	23 (0,0)	106 (0,1)	
5 (0,0)	0 (0,0)	44 (0,1)	
13 (0,0)	27 (0,0)	128 (0,2)	
2 (0,0)	2 (0,0)	53 (0,1)	
10.789 (6,3)	17.691 (8,6)	24.592 (9,4)	

Karlar og konur			
2000	2012	2024	
131.467	142.725	185.201	
41.086	62.183	76.098	
172.553	204.908	261.299	

Niðurstöður

Fjöldi endurhæfingarlífeyrisþega 1. janúar 2000 var 465 en þeir voru orðnir 4.092 1. janúar 2024 (um 1,6% af mannfjölda), aukningin er 780%.

Fjöldi örorkulífeyrisþega 1. janúar 2000 var 10.324 en þeir voru orðnir 20.500 1. janúar 2024 (um 7,8% af mannfjölda), aukningin er um 99%.

Hlutfall einstaklinga af mannfjölda með örorku- eða endurhæfingarlífeyri jókst hjá yngri aldurshópnum (18-49 ára) úr 4,2% í 6,6% á tímabilinu 2000–2024 og hjá þeim eldri (50-66 ára), úr 12,8% í 16,3%. Hjá yngri konum jókst hlutfallið úr 4,7% í 8,4% en minna hjá körlum, fór úr 3,7% í 5,0%. Í eldri aldurshópnum fór hlutfall kvenna úr 15,7% í 20,7% og karla úr 10% í 12% (tafla I).

Begar fjöldi einstaklinga með sjö völdu fyrstu sjúkdómsgreiningarnar (rannsóknarhópur) er skoðaður sem hlutfall af mannfjölda, sést 179% aukning í fjölda sjúkdómsgreininga rannsóknarhóps en aðeins 26% aukning sjúkdómsgreininga samanburðarhóps (tafla I).

Langflestir fengu kvíða- og þunglyndisgreiningar, í báðum aldurshópum karla og kvenna (tafla I). Í þeim hópi voru eldri konur flestar, lítil breyting verður frá 2000 (12,7%) til 2012 (12,8%) en 5.565 konur voru með þá fyrstu greiningu árið 2024 og hlutfallið af öllum konum á sama aldursbili komið í 14,8%.

Mjúkvefjaraskanir (fyrst og fremst vefjagigt) jukust mest í hópi eldri kvenna frá 2000-2012 (úr 0,8% í 2,9%) en breyttist lítið eftir það (tafla I).

Af þeim sem voru með örorku- eða endurhæfingarlífeyri í janúar 2025 voru 66% með geðröskunargreiningu, 47% með sjúkdómsgreiningu tengda stoðkerfisvanda og 29% voru með sjúkdómsgreiningu úr báðum þessum greiningarflokkum

Á tímabilinu frá 2012 til 2024 jókst algengi offitu mikið hjá báðum kynjum og aldurshópum en helmingi fleiri konur en karlar fengu þá sjúkdómsgreiningu 2024 heldur en 2012 (tafla I).

Taugaþroskaraskanir (ADHD/einhverfurófsraskanir) jukust mest í yngri aldurshópi beggja kynja á síðasta tímabilinu, samantlagt fengu 1.119 einstaklingar (0,6%) þær fyrstu greiningar en voru tólf árum áður 306 (0,2%) (tafla I) en 81(0,1%) árið 2000.

Þreyta og þrekleysi eftir veirusýkingu (G93.3) var afar sjaldgæf greining en mikil hækkun 2024 skýrist fyrst og fremst af eftirstöðvum COVID-19 (U09) (tafla I). Það ár eru 68 konur með þessar fyrstu sjúkdómsgreiningar og 28 karlar.

Verkir, lasleiki og þreyta sem sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum hafði fjölgað verulega árið 2024, meira hjá konum en körlum (tafla I). Þannig voru samantlagt 16 konur með þær sem fyrstu sjúkdómsgreiningu 2000 en 176 árið 2024, samantborið við þrjá karla 2000 og 75 árið 2024.

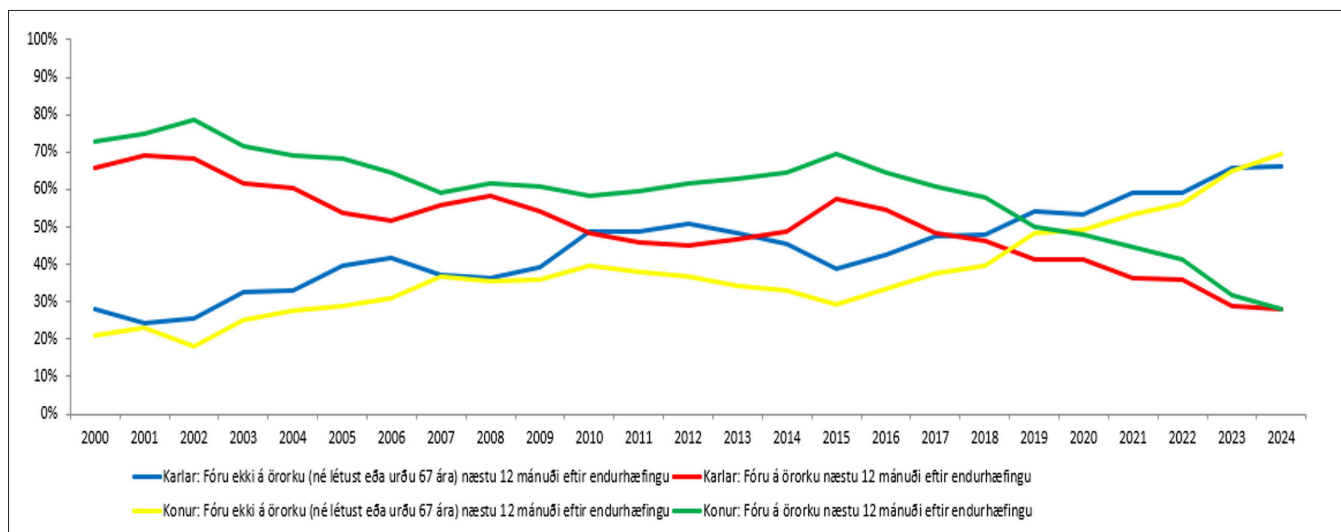
Streita og kulnun er sjúkdómsgreiningaflokkur (Z73) sem var nær óþekktur í læknisvottorðum fram til 2012 en kemst vel á kortið 2024, sérstaklega meðal kvenna (tafla I). 29 karlar voru með þá fyrstu greiningu árið 2024 og 112 konur (0,1%).

Fjöldi karla með örorku- eða endurhæfingarlífeyri frá 2000 til 2024 jókst minna en kvenna (mynd 1) en konur fóru úr því að vera 58% hópans í 61% á tímabilinu. Endurhæfingarlífeyrisþegum fjölgaði verulega á meðan nýgengi örorku dróst lítillega saman um leið og mannfjöldi jókst hlutfallslega hraðar en áður.

Hlutfall einstaklinga með örorku- eða endurhæfingarlífeyri af mannfjölda 18–66 ára jókst úr 6,3% árið 2000 í 9,4% árið 2024 (mynd 1). Konur voru í herra hlutfalli en karlar á öllum tímabilum. Fjölgun kvenna var meiri (138%) en karla (114%) á sama tímabili.

Tafla II sýnir mismunandi hlutfall örorku- eða endurhæfingarlífeyris á fimm aldursbilum eftir uppruna flokkaðan í Ísland, Evrópu (utan Íslands) og allan annan uppruna, utan Evrópu. Í heildina er hlutfallið 9,6%, fyrir Ísland 12,0%, fyrir Evrópu 3,6% og 7,3% utan Evrópu. Hlutfallslegur munur á hópum þeirra með erlendan og íslenskan uppruna dregst saman 5 árum frá komu til landsins, þannig voru fleiri lífeyrisþegar með íslenskan uppruna í yngri hópnum (18-49 ára) en utan Evrópu í eldri hópnum (50-66 ára). Hlutfallið hækkar skarpt á aldursbilinu 60-66 ára og er 25,3% hjá þeim með uppruna utan Evrópu, 21,0% í hópi íslensks uppruna og 18,4% hjá þeim með annan evrópskan uppruna.

Á mynd 2, sem sýnir hlutfall endurhæfingarlífeyrisþega



Mynd 2. Afdrif endurhæfingarlífeyrisþega (karla og kvenna) 12 mánuðum eftir að endurhæfingu lauk.

sem fær örorkulífeyri innan árs eftir lok tímabils endurhæfingar, sést að það hefur lækkað verulega frá 2016 og var komið undir 30% árið 2024.

Umræða

Í þessari rannsókn voru sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum sem fjölgaði umfram aðrar á rannsóknartímabilinu skoðaðar sérstaklega, hjá konum og körlum, hjá yngri (18-49 ára) og eldri (50-66 ára). Skoðað þurfti fjöldapróun sjúkdómsgreininga-hópsins í ljósi þess að rannsóknarhópurinn stækkaði á tímabilinu (hlutfallslegur fjöldi, tafla I).

Breytingar á sjúkdómsbyrði á tímabilinu endurspeglast í auknu algengi hinna völdu sjúkdómsgreininga sem rúmlega fjórfaldaðist á tímabilinu í samanburði við tæplega tvöföldun annarra sjúkdómsgreininga sem hafðar eru til samanburðar.

Kvíði og þunglyndi eru langalgengustu fyrstu greiningar í læknisvottorðunum með litla hlutfallslega breytingu eftir tímabilum (tafla I). Þar á eftir koma mjúkvefjaraskanir (vefjagigt) sem jukust verulega frá 2000 til 2012, sérstaklega í eldri aldurshóp kvenna, en breytist hlutfallslega lítið eftir það. Í nýlegri rannsókn á einstaklingum með króníska verki kom í ljós að um 40% höfðu klínískt marktækt þunglyndi og kvíða²⁰ sem stemmir við að þessar greiningar fara oft saman í læknisvottorðum.

Hlutfallsleg aukning miðað við mannfjölda var mikil í hópi þeirra með raskanir tengdar taugabroska, ADHD og einhverfurófsraskanir, sérstaklega í yngri aldurshópnum þar sem karlar voru fjölmennari (tafla I).

Sjúkdómsgreiningarflokkarnir verkir, lasleiki og þreyta, streita og kulnun ásamt offitu eiga það sameiginlegt að vera tiltölulega sjaldgæfar sjúkdómsgreiningar framan af öld en taka stökk í nýjustu læknisvottorðunum (2024). Líklegt er að þessum greiningum hafi líka fjölgað hjá þeim sem ekki sóttu um lífeyrisgreiðslur hjá Tryggingastofnun og mikilvægt að geta mætt þörfum þessa hóps áður en starfsgeta skerðist.

Preyтуheilkenni eftir veirusýkingu (G93.3) var sjaldséð greiningu en eykst nokkuð á árinu 2024 ásamt greiningu á eftirstöðvum Covid-19 sýkingar (U09) sem kom til eftir upphaf

þess faraldurs 2020, sérstaklega hjá þeim sem voru á endurhæfingarlífeyri. Fjöldinn var mestur í hópi yngri kvenna (tafla I). Of snemmt er að segja til um hlutfall varanlega skertrar starfsgetu vegna langvarandi afleiðinga Covid-19 sýkingar en í desember á árinu 2023 voru 24 einstaklingar á endurhæfingarlífeyri með U09 sem fyrstu greiningu og sjö með örorkulífeyri.

Þegar mismunandi hlutfall á örorku- eða endurhæfingarlífeyri eftir uppruna (tafla II) er skoðað þarf að taka tillit til aldursamsetningar og dvalartíma á Íslandi. Þeir sem eru af erlendum uppruna eru að meðaltali yngri en hópurinn af íslenskum uppruna. Á aldursbilinu 30-39 ára eru 59,5% af mannfjölda í þjóðskrá af íslenskum uppruna, en á aldursbilinu 60-66 ára er hlutfallið komið í 87,6%. Þar sem hlutfall á örorku- eða endurhæfingarlífeyri fer hækkandi eftir aldri, þá er hlutfall þeirra sem eru af íslenskum uppruna herra þegar allir aldurshóparnir eru teknir saman en þegar sundurliðað er eftir aldursbilum má sjá verulegan hlutfallslegan mun sem minnkar eftir 5 ára búsetu hér á landi. Þannig eru einstaklingar á aldrinum 50-66 hlutfallslega flestir á örorku- og endurhæfingarlífeyri upprunnir utan Evrópu eftir meira en 5 ár hérlandis, og á aldrinum 60-66 ára er hlutfallið herra hjá þeim af evrópskum uppruna, öðrum en íslenskum (tafla II).

Til að meta árangur endurhæfingar er hlutfall þeirra skoðað sem fara á örorku innan 12 mánaða eftir að endurhæfingu er lokið (mynd 2). Á síðustu árum fjölgaði verulega í hópi þeirra sem fóru í endurhæfingu og á sama tíma lækkaði stöðugt hlutfall endurhæfðra sem fóru á örorku. Frá 2016 er hlutfallsleg lækun stöðug og í lok rannsóknartímabils voru yfir 70% þeirra sem luku endurhæfingu ekki komnir á örorkulífeyrir ári seinna. Þessi þróun gæti bent til að áhersla Tryggingastofnunar á endurhæfingu áður en að örorkumati kemur hafi skil- að árangri því ekki hafa verið gerðar breytingar á skilyrðum endurhæfingarlífeyris á tímabilinu en samt sem áður er ekki hægt að útiloka að sjúkdómsbyrði hópsins sem fer á endurhæfingarlífeyri eftir 2016 hafi verið minni.

Umframfjölgun þeirra sjúkdómsgreininga í læknisvottorðunum sem hér voru skoðaðar sérstaklega er umhugsunar- efni fyrir lækna. Ekki er hægt að fullyrða að sá heilsufarsvandi sem sjúkdómsgreiningarnar endurspeglar leiði frekar til

óvinnufærni eftir því sem nær dregur í tíma því hlutfall þeirra hjá þeim sem eru vinnufærir var ekki skoðað.

Mæta þarf þessum sjúklingahópum með viðunandi meðferðar- og endurhæfingarúrræðum til stuðnings samfélagslegri þátttöku. Sérstaklega þarf að efla endurhæfingarúrræði vegna geðheilsuvanda, streitu og kulnunar, verkjatengds heilsufarsvanda og vegna langvarandi eftirstöðva veirusýkinga.

Ýmsa fyrirvara þarf að hafa við túlkun á þessum tölum.

Þótt gert sé ráð fyrir því að fyrsta sjúkdómsgreining í kerfi TR endurspegli þá greiningu sem vegi þýngst í heilsuþyrði umsækjanda er óvíst að svo sé. Taka þarf því tölunum með þeim fyrirvara þar sem flestir höfðu fleiri en eina sjúkdómsgreiningu. Tölurnar endurspeгла engu að síður notkun þessara sjúkdómsgreininga hjá læknum sem votta heilsufar umsækjenda, eins og sjá mátti í samanburði allra sjúkdómsgreininga í læknisvottorðunum (ekki birt hér).

Heimildir

- Berwick R, Barker C, Goebel A, et al. The diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Clin Med (Lond)*. 2022; 22(6): 570-574.
- Carfi A, Bernabei R, Landi F, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020; 324(6): 603-605.
- Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*. 2014; 311(15): 1547-1555.
- Clayton EW. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an IOM report on redefining an illness. *JAMA*. 2015; 313(11): 1101-1102.
- Davidovitch M, Shmueli D, Rotem RS, et al. Diagnosis despite clinical ambiguity: physicians' perspectives on the rise in Autism Spectrum disorder incidence. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 150.
- Gascon A, Gamache D, St-Laurent D, et al. Do we over-diagnose ADHD in North America? A critical review and clinical recommendations. *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 78(12): 2363-2380.
- Guðmundsson OO, Hjaltalín G, Eggertsson H, et al. Sjúkdómsgreiningar, endurhæfing og þróun örorku 2000-2019. *Læknablaðið*. 2021; 107(12): 575-580.
- Guðnason, S. Disability in Iceland. Prentsmiðja Jóns Helgasonar.
- Marshall, M. The lasting misery of coronavirus long-haulers. *Nature*. 2020; 585(7825): 339-341.
- Mohabbat AB, Mohabbat NML, et al. Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome in the Age of COVID-19. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2020; 4(6): 764-766.
- Moldofsky H, Patcai J. Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study. *BMC Neurol*. 2011; 11, 37.
- Muller TD, Bluher M, Tschop M H, et al. Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. *Nat Rev Drug Discov*. 2022; 21(3): 201-223.
- Neumeister MW, Neumeister EL. Fibromyalgia. *Clin Plast Surg*. 2020; 47(2): 203-213.
- Sudre CH, Murray B, Varsavsky T, et al. Author Correction: Attributes and predictors of long COVID. *Nat Med*. 2021; 27(6): 1116.
- Thorlacius S, Herbertsson, TP. Hve lengi eru menn öryrkjar á Íslandi? *Læknablaðið*. 2005; 91(6): 501-504.
- Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Changes in the prevalence of disability pension in Iceland 1976-1996. *Scand J Public Health*. 2002; 30(4): 244-248.
- Thorlacius S, Stefánsson SB, Ranavaya MI, et al. Vefjagigt og kvíðaröskun. *Læknablaðið*. 2002; 88(11): 815-818.
- Theis KA, Roblin DW, Helmick CG, et al. Prevalence and causes of work disability among working-age U.S. adults, 2011-2013, NHIS, *Disability and Health Journal*. 2018; 11(01): 108-115.
- OECD. Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices, OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/disability-work-and-inclusion_1ea5e9c-en.html
- Aaron RV, Ravyts SG, Carnahan ND, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Adults With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025; 8(3):e250268.
- Ingimarsson O, Guðbrandsdóttir KG, Lauth BAM, et al. Rannsókn. Hátt algengi ADHD-lyfjameðferðar bendir til að ADHD sé ofgreint á Íslandi. *Læknablaðið*. 2024;110(9): 402-410.
- Disability, work and inclusion : mainstreaming in all policies and practices. Organization for Economic Cooperation & Development (OECD). Paris 2022.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2026.02.877

Development of diagnoses in medical certificates for rehabilitation and disability

Olafur O. Gudmundsson¹
Gudmundur Helgi Hjaltalin¹
Haraldur Johannsson¹

¹Social Insurance Administration

Correspondence: Olafur O. Gudmundsson,
olafur.gudmundsson@tr.is

Key words: *medical certificate, diagnosis, rehabilitation, disability, development*

INTRODUCTION: The proportion of individuals receiving disability or rehabilitation pensions in Iceland has increased significantly since the year 2000. The aim of this study was to analyze the development of medical diagnoses leading to disability or rehabilitation pensions, with a focus on the diagnoses that increased the most, and to assess trends by gender, age, and origin.

MATERIALS AND METHODS: The study was based on the primary medical diagnoses recorded in disability and rehabilitation pension certificates at the Social Insurance Administration (Tryggingastofnun) in the years 2000, 2012, and 2024. The diagnoses that showed the greatest increase—anxiety and depression, soft tissue disorders, neurodevelopmental disorders, obesity, pain, malaise and fatigue, stress and burnout, post-viral fatigue syndrome, and post-Covid conditions (study group)—were compared with all other diagnoses (comparison group). Data were analyzed by age group, gender, and origin according to the National Registry.

RESULTS: The proportion of individuals receiving disability or rehabilitation pensions in Iceland, relative to the population aged 18–66, increased from 6.3% to 9.4% between January 1, 2000, and January 1, 2024. The relative increase in diagnoses within the study group was 179%, compared to a 26% increase in the comparison group. Anxiety, depression, pain disorders, and neurodevelopmental disorders were the most common. The largest relative increase in neurodevelopmental disorders occurred in the younger age group, while obesity rose significantly during the last period, particularly among women. Women were the majority in most categories. Proportionally more pension recipients were of Icelandic origin in the younger group but those from outside Europe in the older group.

CONCLUSION: The steadily increasing proportion of disability and rehabilitation pension recipients calls for greater emphasis on early intervention, treatment, and rehabilitation measures that address health issues leading to reduced work capacity, particularly among younger individuals with mental health problems, pain syndromes, and obesity. Additionally, the rise in diagnoses related to post-viral infections, stress, and burnout highlights the need for specialized interventions.