

STADIG FLERE BLIR SYKMELDT MED EN PSYKISK DIAGNOSE – HVEM ER DE?

Av Lamija Delalic og Tobias Lunde¹

Sammendrag

De siste årene har legemeldt sykefravær med psykiske diagnoser økt betraktelig. I debatten diskuteres mulige årsaker til økningen og nivået på sykefraværet om hverandre. Samtidig mangler grunnleggende kunnskap om sykefravær med psykiske diagnoser. I denne artikkelen bidrar vi til å øke forståelsen av denne type sykefravær, i lys av utviklingen de siste årene. Med en regresjonsmodell identifiserer vi kjennetegn forbundet med økt risiko for sykefravær med psykiske diagnoser. Vi undersøker deretter om det har vært endringer i risikofaktorene fra 2018 til 2023.

Vi finner at antall sykmeldte med en psykisk diagnose har økt med 28 prosent fra 2018 til 2023. Videre har de lange fraværene blitt enda lenger. I 2018 hadde kvinner, personer mellom 30 og 39 år, de med barn, sivilstandene ugift og skilt/ separert eller enke/enkemenn samt ansatte i høyskoleyrker og salg- service og omsorgsykker høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose enn sine motparter.

Fra 2018 til 2023 finner vi få, og små, endringer i hvem som har høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Unges (18-29 år) risiko har imidlertid økt mer enn for personer mellom 40 og 49 år. Dette til tross for at de to aldersgruppene risiko var like høy i 2018. Utover dette finner vi at sykefravær med psykiske diagnoser har økt på tvers av befolkningen. Det svekker hypoteser om at økningen drives av forhold som har rammet enkelte grupper. Forklaringer som økt bruk av hjemmekontor, endret arbeidspress og insentiver i sykefraværsordningen, får liten støtte. Pandemiens langsiktige konsekvenser, endrede holdninger til sykefravær, og endret psykisk helse, kan være medvirkende faktorer. Disse teoriene styrkes av tall fra Finland, Sverige og Storbritannia, som viser at utviklingen ikke er unik for Norge. Vi argumenterer for at det trengs mer forskning på utviklingen i psykisk helse etter pandemien.

<https://doi.org/10.60847/NAV.5788>

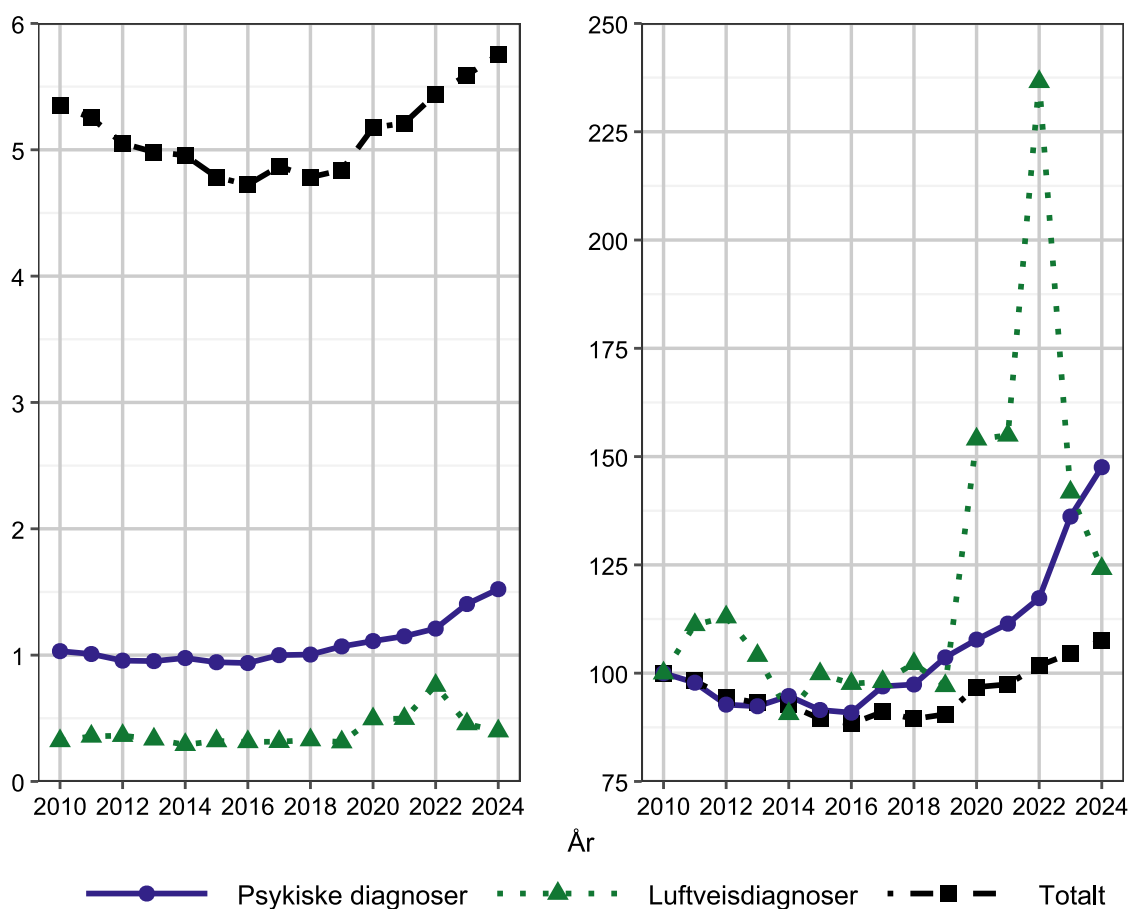
¹ En stor takk rettes Ola Thune for tilrettelegging av data for analysen, og til Ola Thune og Jon Petter Nossen for gode diskusjoner underveis.

Bakgrunn

Sykefraværet i Norge økte under og etter pandemien, og er fremdeles på et høyere nivå enn i årene før 2020. Høyt sykefravær medfører betydelige kostnader, herunder utgifter til sykepenger, vikarbruk og ressurser knyttet til sykefraværsoppfølging. Den sykmeldte bærer også kostnader som tap av sosial omgang på arbeidsplassen, lavere mestringsfølelse og mer. For å redusere kostnadene er det avgjørende å forstå utviklingen i sykefravær.

Senvirkninger av pandemien kan forklare en del av økningen de siste fem årene. Sykefravær knyttet til «long covid», og et fortsatt høyt nivå på luftveisinfeksjoner påvirker fremdeles sykefraværet (Moberg & Kabashi, 2023; Nossen & Delalic, 2024). Likevel gjenstår en stor del som uforklart: nesten halvparten av økningen fra 2019 til 2023 knyttes til sykefravær registrert med psykiske diagnoser (Nossen & Delalic, 2024). Det mangler grunnleggende kunnskap om denne typen sykefravær, spesielt i lys av økningen de siste årene. I denne artikkelen beskriver vi derfor utviklingen i legemeldt sykefravær med psykiske diagnoser fra 2018 til 2023. Deretter identifiserer vi faktorer forbundet med økt risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Så vidt vi vet er dette den første norske, registerbaserte studien som undersøker risikofaktorer forbundet med sykefravær med psy-

Figur 1. Legemeldt sykefravær tilknyttet psykiske diagnoser, luftveisdiagnoser og totalt. Prosent tapte dagsverk av avtalte dagsverk (venstre panel) og indeksert endring (høyre panel). Per år, 2010–2024.



Kilde: Navs årsstatistikk om legemeldt sykefravær fordelt på diagnosegrupper (2025c)

kiske diagnoser. Formålet er å få innsikt i mekanismer som kan ha medvirket til økningen, noe som er nødvendig for å vurdere prioriteringer og beslutte effektive tiltak og virkemidler i sykefraværsarbeidet.

Navs sykefraværsstatistikk viser utviklingen i sykefraværsprosenten, definert som antall tapte dagsverk i prosent av antall avtalte dagsverk. Tall for 2024 viser at det legemeldte sykefraværet registrert med psykiske diagnoser økte fra 1 prosent i 2018 til 1,5 prosent i 2024 (figur 1). Dette innebærer en økning på 48 prosent. I 2024 utgjorde sykefravær med psykiske diagnoser 26,5 prosent av det legemeldte sykefraværet - den høyeste andelen noensinne. Og mens sykefravær med luftveislidelser gikk ned mot slutten av 2024, holdt sykefravær med psykiske lidelser seg stabilt (Moberg & Aldridge, 2025).²

Sykefraværet påvirkes av en rekke forhold. Hva som ligger bak økningen i sykefraværet generelt, og for sykefravær med psykiske diagnoser spesielt, er sammensatt. Dette reflekteres også ved en rekke mulige forklaringer i sykefraværsdebatten.

I debatten pekes det blant annet på strukturelle og institusjonelle forhold. Disse er mindre egnet til å forklare økningen i sykefravær med psykiske diagnoser de siste årene. Eksempler er insentiver i fastlegeordningen og i sykefraværsordningen, og ventetider i spesialisthelsetjenesten (Markussen & Roed, 2016; Rohde mfl., 2015; Hoff mfl., 2024). Videre diskuteres mer langsiktige utviklingstrekk, som økt bruk av sosiale medier, større åpenhet og fokus på psykisk helse, samt utfordringer med å kombinere arbeid- og familieliv. Siden dette er forhold som har vært gjeldende over lengre tid, er det lite sannsynlig at endringer de siste årene kan forklare den tiltagende økningen i sykefraværet.

På en annen side pekes det på forhold som skiller seg fra, eller forsterker, allerede eksisterende utviklingstrekk i samfunnet. Det kan tenkes at disse medvirker til økningen i sykefravær med psykiske diagnoser. Ett

eksempel er ettervirkninger av pandemien. Her pekes det på «long covid» samt at økt bruk av hjemmekontor og endret sosial atferd kan ha ført til mer ensomhet. Andre peker på at nordmenns holdninger til sykdom og sykefravær har endret seg som følge av pandemien. Det argumenteres også for at krig og økt politisk polarisering har påvirket befolkningens, og spesielt de unges, psykiske helse. Eventuelle endringer i andelen av såkalte marginale arbeidstakere, det vil si arbeidstakere med dårligere helse og svakere tilknytning til arbeidslivet, kan også påvirke antall sykmeldte. Dog er det uenighet om denne sammenhengen (Markussen & Røgeberg, 2012; Bruusgaard, 2012).

Felles for debattens hypoteser er at de i liten grad er forankret i eksisterende kunnskap om utviklingen i sykefravær og sykmeldte knyttet til psykiske diagnoser. Formålet med denne artikkelen er derfor å danne et grunnleggende kunnskapsgrunnlag om økningen i sykefravær med psykiske diagnoser. Vi starter med å undersøke om økningen drives av flere sykmeldte, flere sykefraværstilfeller per sykmeldte, lenger varighet, eller en kombinasjon av disse. Dette er viktig blant annet for å forstå om det er flere sykmeldte med psykiske diagnoser, eller om de sykmeldte er oftere eller lenger sykmeldt enn før. Videre beskriver vi hvem som har økt risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Til slutt undersøker vi om dette har endret seg fra 2018 til 2023. Vi ser både på risikoen for å bli sykmeldt minst én dag, og risikoen for å bli langtidssykmeldt (minst 90 dager). Vi avslutter med å diskutere ulike forklaringer på økt sykefravær med psykiske diagnoser i lys av artikkelens funn.

Hva er kjent fra før?

Det har i en lengre periode vært oppmerksomhet rundt både psykiske lidelser og sykefravær med psykiske diagnoser. Det er uttrykt bekymring for hvordan økt forekomst av psykiske lidelser påvirker mottak av trygdeytelser både i Norge og internasjonalt (OECD, 2021). Mange mottakere av både arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd har en psykisk diagnose, og særlig gjelder det de under 30 år (Kalstø & Kann, 2018; Nav, 2025a, 2023). Siden sykefravær med psykiske diagnoser har lang gjennomsnittlig varighet,

² For første gang på flere kvartal var det en nedgang i sykefravær med psykiske lidelser fra 1. kvartal 2024 til 1. kvartal 2025.

medfører økningen i dette sykefraværet en risiko for økt overgang til AAP og uføretrygd (Kann mfl., 2013; Nav, 2024).

De siste årenes utvikling skiller seg ut

Fra 2003 til 2015 var det en nedgang i det totale sykefraværet, mens sykefravær tilknyttet psykiske diagnoser var stabilt. Fra 2015, og spesielt fra 2022, har det derimot vært en økning i sykefravær med psykiske diagnoser som ikke kan forklares med økt sysselsetting. Den seneste utviklingen skiller seg dermed fra den langsiktige (figur 1) (Brage & Nossen, 2017; Nossen & Delalic, 2024).

Vi vet ikke om økningen i sykefravær med psykiske diagnoser gjenspeiler en reell økning i psykisk sykdom i befolkningen. Dette skyldes både mangel på representative studier, og utfordringer med å dokumentere faktiske endringer i befolkningens psykiske helse. Likevel tyder spørreundersøkelser, registerstudier og andre helseundersøkelser på forverring de siste årene. Fra 2010 til 2020 økte andelen av befolkningen som var i kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske lidelser. Fra 2012 til 2018 økte også andelen unge registrert med en psykisk diagnose i helsetjenesten (Bråten mfl., 2023) (Tesli mfl., 2023). Surveyundersøkelser viser tilsvarende et økende omfang av selvrapporterte psykiske plager, særlig blant unge (Nossen & Delalic, 2024).³ Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser en økning i selvrapporterte symptomer på angst og depresjon blant unge, delvis forklart med generelle samfunnstrender som skjermbruk og sosiale medier (Krokstad mfl., 2022; Krokstad mfl., 2024). Samtidig kan disse utviklingstrekkene også være et resultat av økt bruk av helsetjenester, økt diagnostisering, og større åpenhet og fokus på psykisk helse - og dermed ikke nødvendigvis en reell økning i forekomsten av psykiske lidelser.

Lignende utvikling i andre land

Det er flere tegn på at økningen i sykefravær med psykiske diagnoser ikke er unik for Norge. Flere land vi

ofte sammenligner oss med, har opplevd en brå og tydelig økning i fravær fra jobb på grunn psykisk helse under og etter pandemien. Utviklingen i andre land kan gi økt forståelse av hvorvidt utviklingen i Norge skyldes særnorske forhold.

Som regel benyttes Arbeidskraftundersøkelser (AKU) til å sammenligne sykefravær på tvers av land. Denne undersøkelsen viser økt sykefravær i flere europeiske land. AKU viser også at Norge skiller seg ut med både høyt nivå på sykefraværet, og med en større og mer vedvarende økning (Køber & Lien, 2025). Ser vi på prosentvis endring i sykefraværet mellom 2019 og 2024, viser tall fra AKU at har Norge den sjette største økningen i Europa. Men av flere grunner bør ikke AKU være eneste kilde til å sammenligne utviklingen i sykefravær på tvers av land. AKU er designet til å være en kilde til statistikk om sysselsetting og arbeidsledighet, der sykdom registreres som en av flere mulige årsaker til at den sysselsatte er fraværende fra jobb. Svarene i undersøkelsen kan påvirkes av flere faktorer som varierer mellom land, som sykefraværsordninger, og andre ordninger for fravær fra jobb ved sykdom. I AKU mangler det også informasjon om flere viktige faktorer ved sykefravær, som varighet, gradering, om man mottar lønn under fraværet, diagnose med mer. I tillegg er AKU en utvalgsundersøkelse som kan påvirkes av selektivt frafall og feil i selvrapportering.

Informasjon fra AKU bør derfor ses i sammenheng med informasjon fra offentlig sykefraværstatistikk, som baserer seg på register over sykefraværet til hele eller deler av befolkningen. Fordelen ved disse registrene, er at de ikke påvirkes av problemer med selvrapportering, som selektivt frafall og feilrapportering. Flere av disse inneholder i tillegg informasjon om diagnoser. Disse kildene viser at det vært en betydelig økning i det totale sykefraværet i flere europeiske land under og etter Covid-19. Både Danmark og Nederland hadde like stor prosentvis økning i sykefraværet fra 2019 til 2023 som Norge (Vigo mfl., 2022; Securex,

³ Ungdataundersøkelsen viste riktignok en nedgang fra 2023 til 2024.

2024; Statistisches Bundesamt, 2025; Dansk Arbejdsgiverforening, 2025).⁴

I Sverige har sykefravær med psykiske diagnoser økt siden 2010, med unntak av en periode fra 2016 til 2020 (Försäkringskassan, 2023, 2024). I Finland har antall mottakere av sykepenger med en psykisk diagnose økt fra 2018 til 2023, særlig blant kvinner i ikke-manuelle yrker, studenter og arbeidsledige (Blomgren, 2025; Perhoniemi & Blomgren, 2025).⁵ Blomgren og Perhoniemi (2025) konkluderer imidlertid med at økningen gjelder på tvers av sosioøkonomiske grupper, og trolig skyldes endringer som har truffet hele samfunnet. Tilsvarende viser tall fra Storbritannia at antall tapte dagsverk tilknyttet psykiske lidelser som varierer betydelig, hovedsakelig varierer på et høyere nivå etter 2017 (Office for National Statistics, 2023b). I samme periode har det vært en markant økning i selvrapportert, egenmeldt fravær tilknyttet arbeidsrelatert stress, depresjon og angst, samt i antallet som sier de står helt utenfor arbeidsmarkedet på grunn av langvarige problemer tilknyttet psykiske lidelser (Office for National Statistics, 2023a; Health and Safety Executive, 2024).

I tillegg til økt sykefravær tilknyttet psykiske lidelser, finnes det indikasjoner på svekket psykisk helse i flere andre land. I Frankrike har det fra starten av pandemien vært flere tegn til en markant økning i psykisk sykdom. Økningen har vært vedvarende for de under 25, mens nivåene blant de over 25 år var tilbake til normalen etter omtrent to år (Roscoät mfl., 2023/2025). Flere internasjonale studier finner tegn til en betydelig kortsiktig økning i psykiske lidelser etter starten av pandemien, men svakere til ingen effekt på lengre sikt (Fancourt mfl., 2021; Bourmistrova mfl., 2022; Luo mfl., 2024; Taquet mfl., 2024). Det mangler fremdeles forskning på mulige konsekvenser av Covid-19-pandemien på psykisk helse internasjonalt, og forskning

som sammenligning utviklingen på tvers av land. Likevel peker funn fra andre land på at utviklingen i sykefravær tilknyttet psykiske diagnoser ikke er unik for Norge.

Data og metode

Populasjon

I denne studien inkluderer vi alle sykmeldinger som er registrert med en psykisk diagnose, som er påbegynt i perioden 2018–2023 (se tabell for begrepsdefinisjoner). Siden varigheten på sykefravær registreres med ett års etterslep, har vi ikke komplett informasjon om varigheten på sykefravær som startet i 2024 eller senere. Informasjon om sykmeldinger og de sykmeldte er hentet fra Navs data som omfatter alle legemeldte sykmeldinger. I tillegg innhenter vi tall over antall arbeidstakere i samme periode. Antall arbeidstakere er basert på opplysninger fra arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret). Vi begrenser analysen til personer i yrkesaktiv alder, det vil si personer mellom 18 og 66 år.

Regelverket for sykepenger tillater mottak av sykepenger i maksimalt 52 uker (folketrygdloven § 8-11 og § 8-12). På grunn av uttak av ferie og lignende vil noen sykefraværstilfeller ha en lengre varighet enn 52 uker. Det er likevel flere urealistisk lange sykefraværstilfeller, som vi antar skyldes feilregistreringer (dette kan være rettet opp senere i forbindelse med behandling av sykepengesøknader). Vi ekskluderer sykefraværstilfeller som varer lenger enn 450 dager (0,1 prosent) fra analysen.

⁴ Målingene er gjennomført på ulike måter, og ingen andre land har registerdata med legemeldt sykefravær av like høy kvalitet som Norge.

⁵ I Finland er det et statistikkbrudd fra 2021 som gjør det vanskelig å sammenligne utviklingen etter dette, men det samlede sykefraværet ser ut til å være betydelig høyere ved siste måling enn før pandemien. Google Translate har blitt brukt til å oversette utenlandske rapporter.

Definisjoner av begreper

Tabell 1. Definisjon av begreper

Begrep	Definisjon
Sykmelding	Sykmelding utstedt av sykmelder, som regel en allmennlege. Dokumenterer personens arbeidsuførhet pga. sykdom eller skade. Inneholder blant annet arbeidsuførhetsdato, start- og sluttdato for sykmeldingen, og diagnose.
Sykmeldt	En person registrert som arbeidstaker, og med minst én sykmelding i aktuell periode (år). Personer registrert som utvandret eller døde i folkeregisteret er ekskludert fra analysen dersom dette forekommer før slutten av sykefraværet. I regresjonsmodellen teller vi antall sykmeldte. Personer som har startet minst ett sykefraværstilfelle med en psykisk diagnose i 2018 (2023) regnes som sykmeldt i 2018 (2023). Personer som har startet minst ett sykefraværstilfelle med en psykisk diagnose i 2018 (2023), og med en varighet på minst 90 dager, regnes som langtidssykmeldt i 2018 (2023).
Sykefraværstilfelle (tilfelle)	Sammenslåing av sykmeldinger som antas å utgjøre samme sykefraværstilfelle. Basert på sykmeldingenes arbeidsuførhetsdato og start- og sluttdato. Tilfeller med maksimalt én dags opphold slås sammen til ett tilfelle. Tall for antall sykefraværstilfeller per år oppgis som andel av antall sykmeldte per år (sykefraværstilfeller per sykmeldt).
Langtidssykmeldt	En person med et registrert sykefraværstilfelle som varer minst 90 dager.
Arbeidstaker	En person med et aktivt arbeidsforhold i Aa-registeret ved utgangen av året. Forutsatt at det har blitt registrert en lønnsutbetaling over 1 000 kr for arbeidsforholdet i fjerde kvartal det gjeldende året.
Varighet	Antall kalenderdager mellom start- og sluttdato for et sykefraværstilfelle, ikke justert for sykmeldingsgrad. Vi benytter tall for gjennomsnitt, median og kvartiler.

Kjennetegn

Fra sykmeldingen innhenter vi opplysninger om de sykmeldtes kjønn og alder (satt ved sykefraværets startdato). I tillegg kobler vi på informasjon om den sykmeldtes yrke fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, samt sivilstand og antall barn under 18 år fra Folkeregisteret. Vi benytter SSBs standard for sivilstand, og kategoriserer sivilstand i tre overordnede kategorier: ugift, gift/partner og skilt/separert/enke. Yrke er kategorisert i henhold til SSBs standard for yrkesklassifisering.⁶ Vi ekskluderer sykmeldte i yrkeskategoriene «bønder/fiskere» og «militære/uoppgitt» pga. svært få innen disse kategoriene.

Diagnose

Hver sykmelding er registrert med én hoveddiagnose (se faktaboks om diagnoser). Når en sykmelding forlenges, kan sykmelder endre diagnosen. Vi velger hoveddiagnosen som varer lengst for hvert sykefraværstilfelle. For eksempel vil et sykefraværstilfelle som starter med to uker og diagnosen «Rygg symptomer/plager», men som deretter forlenges med diagnosen «depressiv lidelse» i seks uker, telles som et sykefraværstilfelle med psykisk

diagnose i analysen. Kun 7 prosent av sykefraværstilfellene i 2023 fikk endret diagnose underveis.

Regresjonsanalyse

Med en regresjonsanalyse undersøker vi hvilke kjennetegn som er forbundet med en risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose, og om dette har endret seg fra 2018 til 2023. Vi tar hensyn til at det har vært en økning i antall sysselsatte, og kjennetegn ved de sysselsatte. Dette er viktig, da endringer i sysselsettingen har en direkte påvirkning på hvem som kan bli sykmeldt. Vi bruker en negativ binomisk regresjonsmodell til å estimere den relative risikoen (se faktaboks) for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose etter kjønn, aldersgruppe, sivilstand, om man har barn under 18 år (ja/nei), yrkesgruppe og startår for sykefraværet (2018 og 2023).⁷ Alle estimerer er justert for antall arbeidstakere.

⁶ I artikkelen følger vi forrige versjon av SSBs yrkesklassifisering, STYRK-98, og ikke nye STYRK-08. Dette er fordi STYRK-98 brukes i A-meldingen. Dette medfører at vi får en noe annerledes fordeling mellom yrkesgruppene sammenlignet med offentlig statistikk.

⁷ I tilfeller der man estimerer en tellevariabel, slik som en telling av antall sykmeldte, er det vanligere å benytte Poisson som regresjonsmodell. Men i tilfeller med overdispersjon i datasettet, det vil si at variansen er høyere enn gjennomsnittet, som i våre data, må modellen man bruker ta høyde for overdispersjonen. En negativ binomial regresjonsmodell gir mer pålitelige og nøyaktige resultater enn en Poissonregresjon med overdispersjon. Vi har testet modellens egnethet blant annet ved hjelp av en kvantil-kvantilplott, som viser at residualene er fordelt som forventet av modellen.

Om sykmeldingsdiagnosene

For hver sykmelding *må* sykmelder (oftest en allmennlege) sette en diagnose som begrunnelse for personens arbeidsuførhet. Sykmeldingene inneholder alltid en hoveddiagnose, og i tillegg eventuelt en bidiagnose. Alle sykmeldingene sendes til Nav, som dermed har diagnoseopplysninger for alt legemeldt sykefravær. Nav publiserer også statistikk over sykefraværets fordeling på diagnosegrupper som del av statistikken over legemeldt sykefravær produsert i samarbeid med SSB. Sykmeldingsdiagnosene gir viktig informasjon om arbeidsuførhet, men gjenspeiler ikke nødvendigvis alene den underliggende årsaken til et sykefravær. Diagnosen sier heller ikke noe om alvorlighetsgraden innenfor en gitt diagnose. Et sykefravær registrert med en psykisk diagnose, kan også skyldes arbeidsuførhet grunnet faktorer utover diagnosen. Det kan være forhold på arbeids-

plassen, som konflikt, mangel på autonomi eller høyt arbeidspress, livshendelser som påvirker arbeidsevnen negativt, andre sykdommer, og mye mer. Utviklingen i sykefravær knyttet til ulike diagnoser kan likevel gi innsikt i utviklingstrekk ved sykefraværet og arbeidstakernes sykdomsbilde samlet sett.

ICPC-2

Siden allmennlegene, som er en del av primærhelsetjenesten, utsteder de fleste sykmeldingene, er de fleste sykmeldingsdiagnosene satt i henhold til kodeverket ICPC-2.8 Dette er inndelt i kapitler etter organ, og hvert kapittel (med unntak av kapittel Z «sosiale problemer», som ikke gir rett til sykepenger) inndeles videre i *sykdomsdiagnoser* og *symptomer og plager*.

.....
⁸ «International Classification of Primary Care».

Negativ binomisk regresjonsmodell

En negativ binomisk regresjonsmodell benyttes i tilfeller der den avhengige variabelen (utfallet) er en telling, slik som antall sykmeldte i en populasjon av antall arbeidstakere. For eksempel antall som ble sykmeldt i 2018 blant kvinner mellom 30-39 år med barn, og som er i akademiske yrker. Modellen vi benytter oss av er NB2-modellen som beskrives av Cameron og Trivedi (2005). For å forenkle tolkningen av resultatene, omgjør vi de angitte log-koeffisientene til såkalte insidens-risiko-rater (IRR). En IRR kan tolkes som den relative risikoen for et utfall et kjennetegn, sammenlignet med en referansegruppe. Et eksempel er menns risiko for å bli sykmeldt sammenlignet med kvinner. Hvis modellen angir en IRR

< 1 for menn, betyr det at menn har en lavere risiko for å bli sykmeldt enn kvinner. Hvis $IRR > 1$, så har menn en høyere risiko enn kvinner, og hvis $IRR = 1$ så er det ingen signifikant forskjell i risikoen mellom menn og kvinner.

I modellen interagerer vi alle kjennetegn med en binær variabel (lik 1) for 2023. Interaksjonsleddene tester om det mellom 2018 og 2023 har vært en signifikant endring i risikoen for at personer med et gitt kjennetegn blir sykmeldt. For eksempel tolkes en $IRR > 1$ for menn interagert med 2023 at menns risiko for å bli sykmeldt har økt mer fra 2018 til 2023 enn kvinners risiko har økt i samme periode.

Vi ser på to utfall i analysen: Antall personer som har startet et sykefravær med en psykisk diagnose i henholdsvis 2018 og i 2023⁹, og som varte:

1. minst én dag (sykmeldt)
2. minst 90 dager sammenhengende (langtidssykmeldt)

Formålet med regresjonsanalysen er todelt. Først ønsker vi å beskrive risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose når kjennetegnene ses i samspill

med hverandre. På den måten kan vi undersøke hvem som har høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose.

Deretter vil vi undersøke om disse risikofaktorene har endret seg fra 2018 til 2023. Vi gjør dette ved å interagere alle kjennetegn med 2023.¹⁰ For eksempel kan resultatene for kjønn (kvinne som referansepunkt) tolkes som om menns risiko for å bli sykmeldt har økt mer enn kvinners risiko fra 2018 til 2023. Interaksjonen

.....
⁹ Siden vi ønsker å undersøke endringer i risikoen for å bli sykmeldt fra 2018 til 2023, inkluderer vi kun år 2018 og 2023, og ikke årene mellom i analysen.

.....
¹⁰ Et interaksjonsledd kan fortelle hvordan sammenhengen mellom utfallsvariabelen og en forklaringsvariabel varierer med ulike verdier av en annen variabel.

mellom kjønn og 2023 forteller dermed om forskjellen i risikoen for å bli sykmeldt mellom menn og kvinner har blitt større, mindre eller er uendret fra 2018.¹¹

Resultater

Sterk økning i antall sykmeldte med psykiske diagnoser

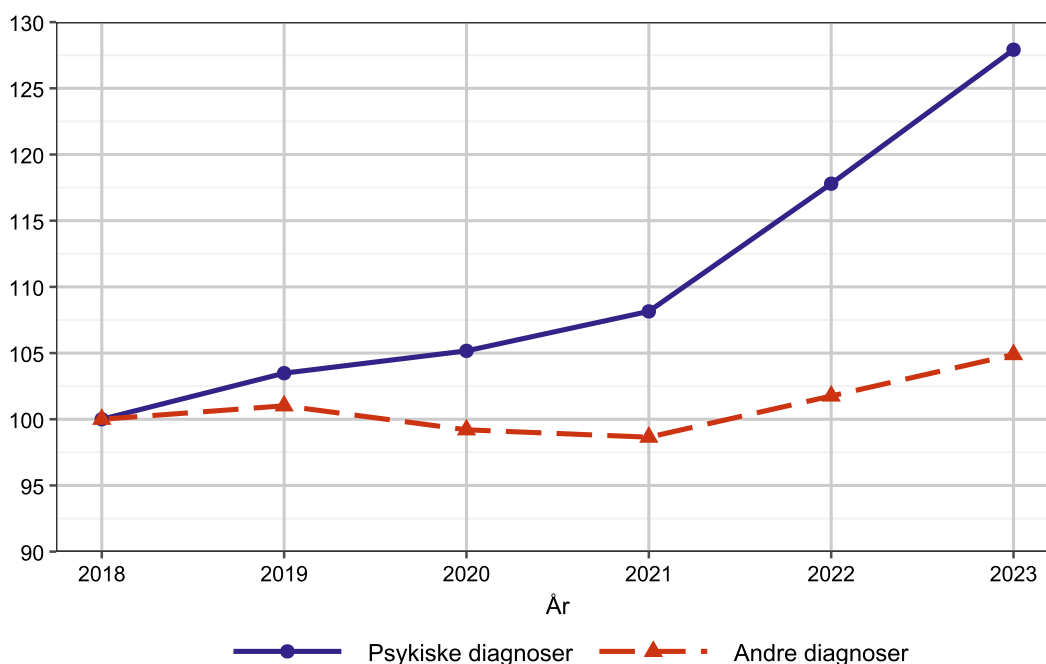
Det har vært en markant økning i antall sykmeldte med en psykisk diagnose hvert år siden 2018, men spesielt fra og med 2022 (figur 2). I samme periode

har det vært en nedgang, og deretter en langt svakere økning, i andre diagnoser ekskludert luftveislidelser. Fra 2018 til 2023 har antall sykmeldte med psykiske diagnoser økt med 28 prosent. Til sammenligning har antall sykmeldte med andre diagnoser (unntatt luftveislidelser) økt med 5 prosent.

Ingen endring i antall sykefravær per person

I både 2018 og i 2023 hadde hver sykmeldt i gjennomsnitt 1,2 påbegynte sykefravær per år (figur 3). Det betyr at hver person i snitt startet litt over ett syke-

Figur 2. Antall sykmeldte* per 100 arbeidstakere, etter psykiske diagnoser og andre diagnoser ekskludert luftveisdiagnoser. 2018–2023. Indeksert.

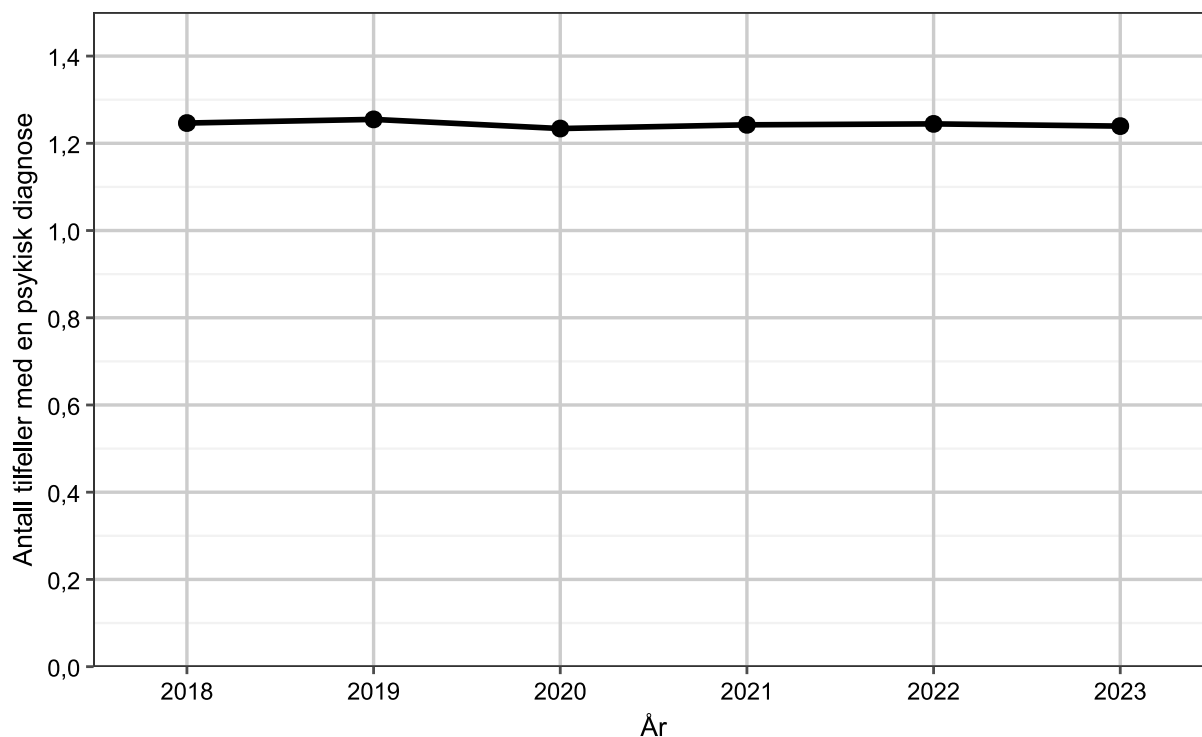


Kilde: Nav

* Med minst én sykefraværssdag i løpet av et år. En person kan være sykmeldt med både en psykisk diagnose og en annen diagnose samme år.

¹¹ En annen mulighet for å sammenligne betydningen av ulike kjennetegn i 2018 og i 2023, ville vært å estimere samme regresjonsmodell, men separat for hvert år. For å si noe om betydningen har endret seg signifikant fra 2018 til 2023, måtte vi ha gjennomført t-tester. Vi har estimert også disse modellene (ikke vist), og får veldig like resultater, men de er vanskeligere å tolke og vi har derfor valgt å vise resultatene fra modellen med interaksjonsledd.

Figur 3. Gjennomsnittlig antall påbegynte sykefraværstilfeller med en psykisk diagnose per person. For personer som har vært sykmeldt med en psykisk diagnose minst en gang. Per år, 2018–2023.



Kilde: Nav

fravær med en psykisk diagnose per år i hele perioden vi studerer. Økt sykefravær med psykiske diagnoser drives altså av at flere personer blir sykmeldt med en psykisk diagnose, men ikke at de sykmeldte blir sykmeldt oftere enn i 2018.

Fraværene har blitt noe lenger

Økt sykefravær kan også drives av at sykefraværene varer lenger. Gjennomsnittlig varighet på sykefravær med en psykisk diagnose økte fra 68 dager i 2018 til 72 dager i 2020, før den ble noe redusert igjen i 2021 (figur 4). Fra 2021 har gjennomsnittlig varighet på nytt økt, til 74 dager i 2023. Også medianen har økt. Det er de lengste sykefraværene (tredje kvartil) som bidrar til å trekke opp gjennomsnittlig varighet. I 2023 lå varigheten på sykefraværene i tredje kvartil på 86 dager, opp fra 71 dager i 2018. Dette betyr at det har vært dreining mot at lange fravær varer enda lenger enn før. Dette trekker opp både gjennomsnittlig varighet av, og sykefra-

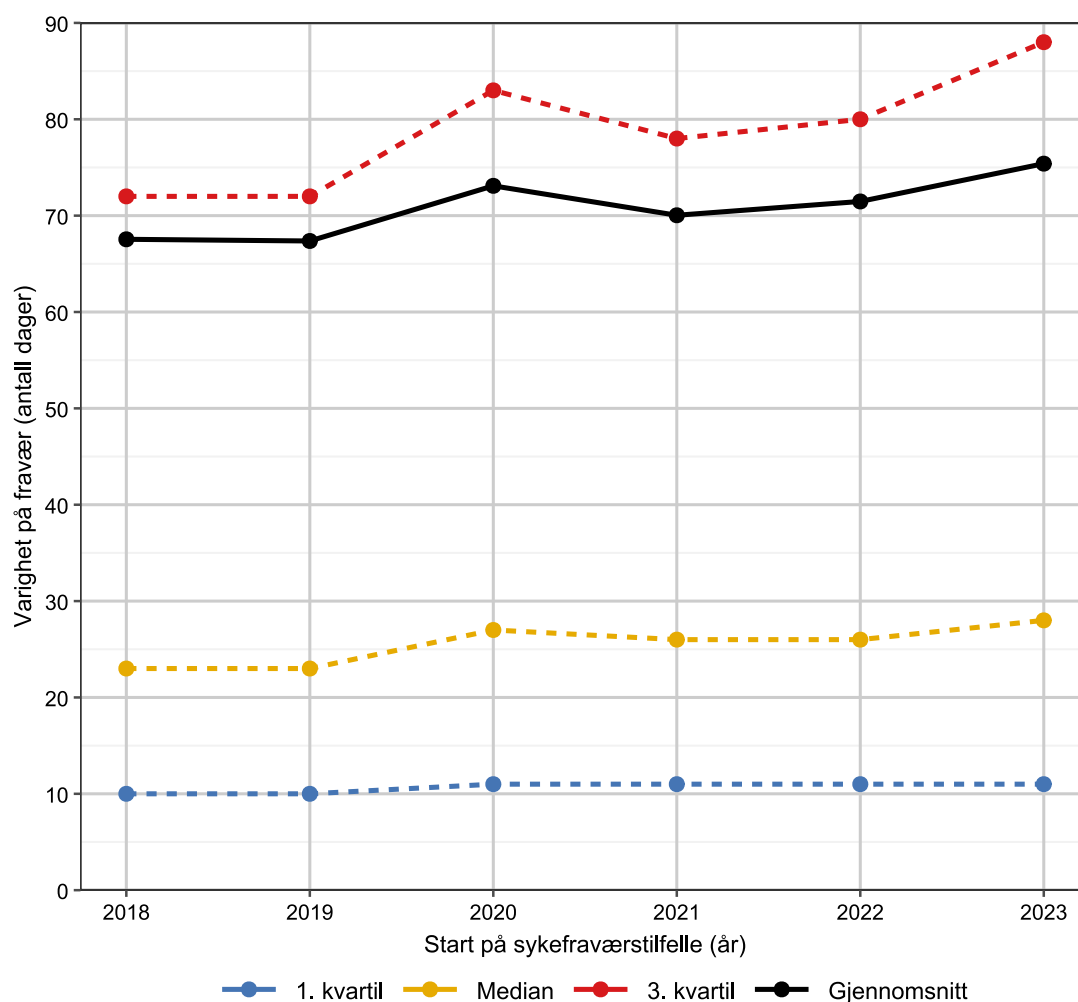
værsprosenten innen, sykefravær med psykiske diagnoser.¹²

Noen grupper er overrepresentert blant sykmeldte med psykisk diagnose

Andelen som er sysselsatt blant personer mellom 20 og 29 år har økt med rundt fem prosent mellom 2018 og 2023 (SSB, 2025b). Endringer som dette kan påvirke både antall sykmeldte, og sammensetningen av de sykmeldte. Vi undersøker om det har vært endringer i sammensetningen av de som er sykmeldt med en psykisk diagnose. Dersom sammensetningen er lik i 2023 som i 2018, tyder det på at det er stadig flere av de samme gruppene som blir sykmeldt.

¹² Sykefraværstatistikken angir utviklingen i sykefraværsprosenten. Denne måles på samme måte for egenmeldt og legemeldt sykefravær, som antall tapte dagsverk i prosent av antall avtalte dagsverk, justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad (SSB, 2025).

Figur 4. Varighet av sykefraværstilfeller med psykiske diagnoser, etter startår. 2018–2023. Målt i antall kalenderdager. Kvartiler og gjennomsnitt.



Kilde: Nav

Personer mellom 30 og 39 år utgjør den høyeste andelen blant de sykmeldte med psykiske lidelser i både 2018 og i 2023, med henholdsvis 28 og 31 prosent (se figur i vedlegg). Som andel av antall arbeidstakere utgjør de en mindre gruppe. Med andre ord er personer mellom 30-39 år overrepresentert blant sykmeldte med psykiske diagnoser. Vi finner det samme for kvinner, personer med barn under 18 år og personer som ikke er gift – det vil si skilt/ separert/ enke og restkategorien «ugift». Etter yrker er høyskoleyrker, salg-, service- og omsorgsykker og til dels kontor- og

kundeserviceyrker overrepresentert blant de sykmeldte (figur i vedlegg).¹³

Ser vi på fordelingen etter kjennetegn alene, kan vi få et misvisende bilde av de sykmeldte. Noen kjennetegn er korrelert med hverandre, som for eksempel at en større andel av de unge er ugift og uten barn enn de

¹³ Kodet i henhold til eldre versjon av SSBs yrkesklassifisering, STYRK-98. For mer informasjon, blant annet om hvilke yrker som inngår, se <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/7/versjon/34/koder>.

eldre. For å ta hensyn til slike forhold gjennomfører vi en regresjonsanalyse.

Unge har ikke høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose

Resultatene fra regresjonsanalysen angir den relative risikoen for å bli sykmeldt (>én dag) og langtidssykmeldt (>90 dager) med en psykisk diagnose (figur 5). Øverste bolk viser risikoen for å bli henholdsvis sykmeldt (rosa sirkel) og langtidssykmeldt (grønn trekant) med en psykisk diagnose i 2018. Se figurnote for referansekategorier. Nederste bolk viser om risikoen har økt mer for noen grupper enn andre, det vil si resultatene fra interaksjonseffektene mellom kjennetegn og 2023 (se «Data og metode» for mer informasjon).

Det er velkjent at kvinner har høyere totalt sykefravær enn menn. I tråd med dette finner vi at menn også har lavere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose.

Risikoen er også lavere blant personer mellom 50-66 år enn referansegruppen i alderen 40-49 år. Dette gjelder både risikoen for å bli sykmeldt i minst én dag og minst 90 dager. Motsatt har personer mellom 30-39 år noe høyere risiko for å bli sykmeldt (>én dag) enn referansegruppen, men lik risiko for å bli langtidssykmeldt. For personer mellom 18-29 år er ikke risikoen for å bli sykmeldt (>én dag) signifikant forskjellig fra referansegruppens risiko. I tillegg er deres risiko for å bli langtidssykmeldt betydelig lavere enn for personer mellom 30-39 år og 40-49 år. Det er et viktig funn, gitt bekymringen for at særlig de unge sykmeldte skal gå over på mer langvarige helserelaterte ytelser.

I debatten om både sykefravær med psykiske diagnoser og psykisk helse pekes det ofte på de unge. Det er også mange unge som mottar AAP og uføretrygd på grunn av psykiske lidelser. Derfor kan det være overraskende at de mellom 18 og 29 år ikke har en signifikant høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose enn personer mellom 40-49. Det er altså misforstått at de yngste utgjør en vesentlig større gruppe av totalt antall sykmeldte med psykiske diagnoser. Siden unge har en lavere risiko for å få somatiske sykdommer, som muskel- og skjelettlidelser og

kreftsykdommer, har derfor en større andel av unges sykefravær tradisjonelt vært innen psykiske diagnoser, mot en større andel somatiske diagnoser blant eldre sykmeldte.

Motstridende om sivilstand og familiestatus som mål på å bo alene

Både ensomhet og det å bo alene påvirker psykisk helse og trekkes også frem som en mulig årsak til økningen i sykefravær med psykiske diagnoser. I litteraturen fremheves stabile familieforhold og støttende sosiale omgivelser som viktig for psykisk helse, og særlig for unge (OECD, 2025). Blant unge på ungdomsskolen og i videregående skole, viser derimot årets Ungdata-undersøkelse at andelen som rapporterer om ensomhet, har gått ned de siste årene (Bakken, 2025). Dessverre kan grad av ensomhet ikke måles med registerdata, og det er også vanskelig med våre data å fange hvem som med sikkerhet bor alene. Derimot kan sivilstatus og om man har barn være indikatorer på disse forholdene.

Risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose er høyere blant de som er ugift enn de som er gift. Risikoen er enda høyere blant gruppen «skilt/separert eller enke/enkemann». Dersom en mindre andel av de gifte bor alene, kan funnene implisere at det å bo alene av ulike grunner medfører økt risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Samtidig vet vi ikke om personer i de to gruppene med økt risiko faktisk bor alene eller sammen med andre.

På en annen side finner vi at personer uten barn (under 18 år) har lavere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose enn personer med barn. Personer med barn har en større omsorgsbyrde enn personer uten. Dette kan påvirke psykisk helse og dermed medføre økt risiko for sykefravær med en psykisk diagnose. Samtidig bor færre personer med barn enn uten barn (under 18 år) alene. Dette kan på sin side tyde på at risikoen knyttet til sivilstatus ikke fanger opp hvorvidt man bor alene eller med andre. Uansett tyder våre funn på at bo- og familiesituasjon er av stor betydning for risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Det er samtidig vanskelig å si noe om de underliggende mekanismene som ligger bak resultatene.

Yrker med høyt sykefravær generelt er også yrker med høyere risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose

Risikoen for å bli sykmeldt varierer også etter yrke. Salg- service- og omsorgsyrker og høyskoleyrker er yrkesgruppene med høyest risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose (> én dag). Høyskoleyrker har også høyest risiko for å bli langtidssykmeldt (> 90 dager), tett etterfulgt av administrative ledere og politikere. Sistnevnte er samtidig yrkesgruppen som (sammen med yrker uten krav til utdanning) har lavest risiko for å bli sykmeldt i minst én dag. Både salg-service og omsorgsyrker og høyskoleyrker er yrker forbundet med høye krav, lite kontroll og høy fysisk belastning, som igjen er forbundet med økt sykefravær (Hermansen & Dahl, 2022; Le mfl., 2023). Det er derfor lite overraskende at personer i disse yrkene har relativt høy risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose.

Økt risiko for å bli langtidssykmeldt med en psykisk diagnose på tvers av gruppene vi studerer

Vi finner noe overraskende at risikoen for å bli sykmeldt (> én dag) ikke er signifikant høyere i 2023 enn i 2018 (for referansegruppen: kvinne, 40-49 år, gift, har barn og i et høyskoleyrke) (figur 5). På en annen side er risikoen for å bli langtidssykmeldt (> 90 dager) betydelig høyere. At risikoen for å bli langtidssykmeldt er høyere i 2023 enn i 2018, mens risikoen for å bli sykmeldt i alt er lik, betyr at økningen i risikoen for å bli langtidssykmeldt ikke kan forklares med kjennetegn ved de sysselsatte som er inkludert i vår analyse. Det tyder på at denne økningen gjelder for hele befolkningen, noe som samsvarer med tolkningen av økningen i det finske sykefraværet knyttet til psykiske lidelser (Perhoniemi & Blomgren, 2025).

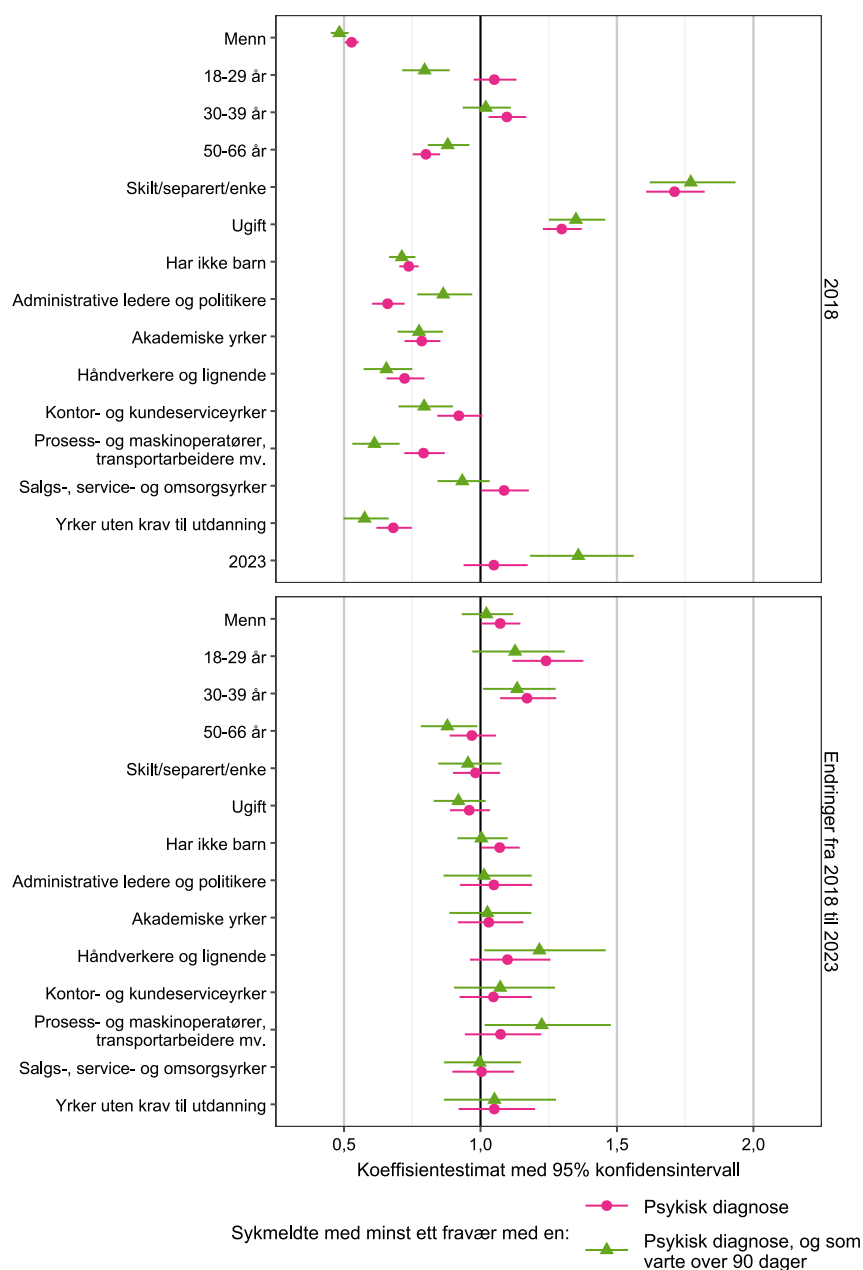
Få og små endringer i risikoen fra 2018 til 2023

Vi har sett en økt risiko for å bli langtidssykmeldt med en psykisk diagnose i 2023. Kan dette forklares med at visse grupper skiller seg ut med økt risiko i 2023? Det korte svaret er nei. Vi finner få og små endringer i hvem som har relativt høy risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose.

Størst endring i den relative risikoen finner vi i risikoen for å bli sykmeldt for noen aldersgrupper. Risikoen for å bli sykmeldt i 2023 sammenlignet med 2018 har økt mer blant de mellom 18-29 år enn de mellom 40-49 år. Blant personer mellom 30-39 har både risikoen for å bli sykmeldt og risikoen for å bli langtidssykmeldt økt mer enn for referansegruppen.

Risikoen har også så vidt økt mer for de uten barn enn de med barn, og så vidt mer for menn enn for kvinner fra 2018 til 2023 (figur 5). Til slutt ser vi at risikoen for å bli langtidssykmeldt, men ikke sykmeldt i minst én dag, har økt noe mer for håndverkere og yrkesgruppen prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv. enn for referansegruppen (høyskoleyrker). Bygg- og anleggsnæringen har de siste årene vært rammet av lavere aktivitet som følge av høye rente- og byggekostnader, og av usikkerhet om den økonomiske utviklingen. Her har man tidligere sett at permitteringer kan gi økt sykefravær, muligens fordi sykepenger gir høyere kompensasjonsgrad enn dagpenger (Godøy, 2014; Nossen & Delalic, 2024). Dette kan være med på å forklare hvorfor risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose har økt mer for disse yrkesgruppene enn for referansegruppen.

Figur 5. Risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose minst én dag (rosa sirkel) og minst 90 dager (grønn trekant), justert for antall arbeidstakere. Angitt ved insidens-rate-ratioer (IRR) med tilhørende 95%-konfidensintervall.



Kilde: Nav

Referansegruppe: kvinner, alder 40-49 år, sivilstand gift, med barn (under 18 år) og i høyskoleyrker.

Diskusjon

Vi finner at de siste årenes økning i sykefravær tilknyttet psykiske diagnoser først og fremst skyldes at stadig flere blir sykmeldt med en slik diagnose. Vi ser også en dreining der de lange sykefraværene varer enda lenger enn før. Justert for sysselsettingsveksten, har antall sykmeldte med psykiske diagnoser økt med 28 prosent fra 2018 til 2023. Hittil har det manglet grunnleggende kunnskap om hvem som har økt risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose, og om dette har endret seg i perioden med økende sykefravær.

I denne artikkelen viser vi at risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose er lavere blant menn enn kvinner, og lavere blant gifte personer enn personer som ikke er gift. Motsatt er risikoen høyere blant personer med barn (under 18 år) enn personer uten barn. Etter yrkeskategori finner vi høyest risiko blant personer i høyskoleyrker, og i salgs-, service- og omsorgsykker.

Personer under 40 år har størst relativ økning i risikoen for å bli sykmeldt fra 2018 til 2023. Ellers finner vi få, og små endringer i forholdet mellom gruppers risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose fra 2018 til 2023. I sum tyder funnene på økt risiko for sykefravær med en psykisk diagnose på tvers av gruppene vi studerer. At vi i tillegg finner generelt økt risiko for langtidsfravær i 2023 sammenlignet med 2018, styrker denne tolkningen.

Vi tolker funnene som at økningen kan skyldes to forhold: for det første kan funnene rett og slett reflektere økt risiko for sykefravær med en psykisk diagnose blant alle yrkesaktive. For det andre kan sammensetningen av arbeidsstyrken har endret seg, slik at det har blitt fler sysselsatte med høy risiko for å bli sykmeldt. For eksempel har andelen personer som er sysselsatt i gruppen mellom 20 og 29 år, økt med rundt fem prosent mellom 2018 og 2023 (SSB, 2025b). Dersom dette har gitt flere marginale arbeidstakere, som ofte har svakere tilknytning til arbeidslivet, kan det være med på å forklare hvorfor risikoen for å bli sykmeldt har økt mer i denne aldersgruppen. Dette har vi ikke kunnet undersøke i vår analyse.

Vanlige forklaringer har lite støtte i våre funn

Våre funn kan bidra til å svekke eller styrke hypotesene om årsaker til økningen i sykefravær med psykisk lidelser de siste årene. I debatten skilles det ikke alltid mellom hypoteser som kan forklare nivået på sykefraværet generelt, og økningen for psykiske diagnoser spesielt. En del av forklaringene, som økt bruk av sosiale medier og insentiver i sykefraværsordningen, er relativt konstante eller har endret seg over lengre tid. Derfor er de lite egnet til å forklare den brå økningen de siste årene. For eksempel har det ikke vært endringer i sykefraværsordningen siden innføringen av aktivitetskravet i 2004. Tiden bruk på skjerm eller internett har heller ikke økt i et omfang som kan forklare den brå økningen i antall sykmeldte siden 2022 (Bekkengen, 2025; Bakken, 2025).

På en annen side kan nylige endringer, som konsekvenser av pandemien og endringer i helsetjenesten, ha påvirket antall sykmeldte de siste årene. Rekrutteringsproblemer, høyt sykefravær og økt arbeidspress innen helse- og omsorgstjenesten kan ha gjort det vanskeligere å kombinere arbeid og familieliv i disse yrkene. Våre funn gir imidlertid liten støtte til denne forklaringen. Dersom den doble byrden for de som kombinerer lønnsarbeid med omsorg for barn var en driver bak økningen, ville vi forventet at risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose hadde økt mer for personer med barn enn uten barn fra 2018 til 2023. I stedet finner vi det motsatte: det er personer uten barn som har hatt større økning i sykefravær med psykiske diagnoser. Vi finner heller ikke at risikoen for å bli sykmeldt har økt mer i helse- og omsorgsykker, høyskoleyrker og salg- service- og omsorgsykker enn i de resterende yrkene.

En annen pandemitilknyttet teori er at utstrakt bruk av hjemmekontor kan være skadelig for den psykiske helsen, spesielt for personer som bor alene. Tidsmessig sammenfaller økningen i bruk av hjemmekontor med økningen i sykefraværet. Forskning på effekten av hjemmekontor på psykisk helse har imidlertid vist blandede resultater (Trevino Garcia & Christensen, 2025). Våre funn gir ikke støtte til denne teorien. Risikoen for sykefravær med en psykisk diagnose har økt mer i manuelle yrker enn i yrker med mulighet for hjemmekontor.

Mulig endret adferd og holdninger

En annen hypotese er at holdningene til sykefravær ved psykiske og sosiale belastninger, som samlivsbrudd og sorg, har endret seg. Markussen og Røgeberg (2012) finner at forskjellen i sykefravær mellom personer som har gjennomgått en større livshendelse, og de som ikke har det, økte fra 1993 til 2005. Dette forklarer de med at både pasienters og legers terskel for sykefravær har blitt lavere med tiden ved negative livshendelser. Holdningsendringer er også pekt på som den mest plausible forklaringen på økt varighet på sykefravær fra 1972 til 2008, men utviklingen i holdninger har foregått over en vesentlig lengre periode enn årene vi studerer (Dale-Olsen & Markussen, 2010).

Det er tegn til endrede holdninger til sykefravær de siste årene. Spørreundersøkelser gjennomført av Ipsos Norsk Monitor (2022) viser at det siden 2013 har blitt gradvis mer akseptert å være hjemme, selv om man er frisk nok til å jobbe. Utviklingen har samtidig avtatt noe etter 2022. Aldersgruppen mellom 25-39 år skiller seg ut med en spesielt stor økning i aksept, noe som kan være med på å forklare deres risiko har økt mer fra 2018 og 2023 enn for referansegruppen. Undersøkelsen viser endrede holdninger over en lenger periode, men ikke en betydelig endring etter pandemien. Det er heller ikke dokumentert om, og i hvilken grad, endrede holdninger kan forklare økt sykefravær med psykiske diagnoser.

Eventuelle endringer i legenes sykmeldingspraksis kan også påvirke sykefravær på tvers av gruppene vi studerer. Legens skjønn spiller en sentral rolle i valg av sykmeldingsdiagnose (Dahli, 2022), og forskyvninger i diagnosesetting og skjønnsutøvelse over tid kan påvirke fordelingen av diagnosegrupper i sykefraværet. Dersom sykefravær som tidligere ble registrert med uspesifikke muskel- og skjelettdiagnoser, nå diagnostiseres med uspesifikke psykiske diagnoser, vil det øke andelen sykefravær med psykiske diagnoser. Diagnosepraksis kan forklare endringer i andelen sykefravær innen ulike diagnosegrupper, men endringer i diagnosepraksis kan ikke i seg selv medføre økt sykefravær totalt sett.

Etter en midlertidig tillatelse under pandemien, ble det i juli 2023 permanent tillatt å innvilge sykmelding ved e-konsultasjon (Helsedirektoratet, 2024). Forskning viser at 38 prosent av alle e-konsultasjoner gjelder sykmeldinger, også ved konsultasjoner for psykiske lidelser (Zanaboni & Makhlysheva, 2020; Kristiansen mfl., 2021; Kristiansen mfl., 2025). Det er mulig den midlertidige, og deretter permanente, tillatelsen kan ha påvirket sykefraværet, men vi vet foreløpig ikke om dette har bidratt til økningen i sykefraværet.¹⁴ Samtidig kan økt sykefravær bidra til økt press på fastlegetjenesten, og med det gi kortere tid per konsultasjon, noe som igjen kan føre til raskere innvilgelse av sykmelding. Dette er ikke noe vår analyse kan belyse. Det er likevel vanskelig å se for seg at dette har skjedd i en så stor skala at det har påvirket nivået på sykefraværet tilknyttet psykiske diagnoser.

Har det vært en økning i psykiske lidelser?

Mye av debatten har dreid seg om «annerledeslandet Norge». Utviklingen i sykefraværet er imidlertid ikke unik for Norge. Vi ser at også Sverige og Finland har hatt en betydelig økning i sykefravær relatert til psykiske diagnoser de siste årene, og flere andre land viser økt fravær fra jobb på grunn av psykiske lidelser. Så vidt vi vet, har det vært lite diskusjon om hvorvidt økt sykefravær kan skyldes forverret psykisk helse i befolkningen.

En OECD-rapport (2025) påpeker at flere «sjokk» i perioden 2018-2022, herunder koronapandemien, har hatt negative konsekvenser for unges mentale helse. OECD-rapporten fokuserer på personer under 25 år, men slike sjokk kan også ha påvirket den mentale helsen til de over 25 år. I 2022 anslo Verdens helseorganisasjon at pandemien førte til en 25 prosent økning i angst og depresjon globalt (WHO, 2022). Internasjonalt er det vanligere å diskutere om befolkningens psykiske helse har blitt dårligere. Vi mener at våre funn, sammen med utviklingen i andre land, gir grunn til å diskutere om dette kan være en mulig forklaring på økt sykefravær i Norge. Vi vet ikke nok om utvik-

¹⁴ Et pågående prosjekt ved Nasjonalt senter for e-helseforskning skal evaluere sykmelding etter e-konsultasjon. Prosjektet skal avsluttes i 2026.

lingen av psykiske lidelser i befolkningen til å fastslå om det har blitt mer utbredt etter 2018.

Konklusjon

Vår artikkel bidrar med grunnleggende kunnskap om utviklingen i sykefravær tilknyttet psykiske diagnoser. Vi finner at antall sykmeldte med psykiske diagnoser har økt med 28 prosent fra 2018 til 2023, og at de lange sykefraværene har blitt enda lenger. Kvinner, personer registrert som skilt eller separert og ugift, personer med barn og de som er ansatt i salg- service og omsorgsykker samt høyskoleyrker har høyest risiko for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose. Og mens unge har en høyere risiko enn de eldre i 2023 enn i 2018, finner vi i stort at risikoen for å bli sykmeldt har økt på tvers av kjennetegn. Det betyr at økningen i sykefravær med psykiske diagnoser ikke drives av noen få enkeltgrupper, men hele den yrkesaktive befolkningen.

Studien vår har imidlertid flere svakheter. Vår modell er ikke egnet til å teste enkelthypoteser. Vi er også begrenset av manglende data som er nødvendig for å forstå de underliggende mekanismene som driver sykefravær med psykiske diagnoser. For eksempel mangler vi informasjon om helsen til den sykmeldte utover sykmeldingsdiagnosene. Vi kan heller ikke si noe om den underliggende helsen til de som oppsøker helsetjenesten eller behandles for psykiske lidelser, men som ikke er sykmeldt. En annen svakhet er at vi ikke kan kontrollere for uobserverbare kjennetegn som kan påvirke personers sykmeldingsatferd. Ett eksempel er deres holdninger til sykefravær. Videre har vi ikke undersøkt om risikoen for å bli sykmeldt med en psykisk diagnose skiller seg fra risikoen for å bli sykmeldt med andre diagnoser. Det har heller ikke vært analysens formål. Vi har identifisert risikofaktorer forbundet med det å bli sykmeldt med en psykisk diagnose for alle sykmeldte i 2018 og i 2023. Det gjør studien til den første av sitt slag, så vidt vi vet, også internasjonalt. Videre forskning bør ta sikte på å undersøke om noe av økningen faktisk skyldes en endring i befolkningens psykiske helse eller tilgang til helsetjenester ved psykiske lidelser.

Referanser

- Bakken, A. (2025). *Ungdata 2025 Nasjonale resultater*. OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3211814>
- Bekkengen, F. V. (2025). *Norsk mediebarometer 2024*. SSB. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/tids-og-mediebruk/artikler/norsk-mediebarometer-2024>
- Blomgren, J. (2025). *Mielenterveyden häiriöihin perustuvien sairauspäivärahopäivien määrä kasvaa taas*. Kela. Hentet 21. mai 2025 fra <https://tietotarjotin.fi/en/research-blog/721028/mielenterveyden-hairioihin-perustuvien-sairauspaivarahapaivien-maara-kasvaa-taas>
- Bourmistrova, N. W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R. & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *J Affect Disord*, 299, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.031>
- Brage, S. & Nossen, J. P. (2017). Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003. *Arbeid og velferd*, (2). <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/sykefravaer-pa-grunn-av-psykiske-lidelser-utviklingen-siden-2003>
- Bruusgaard, D. (2012). Snille leger og arbeidsskye pasienter igjen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(10). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0504>
- Bråten, R. H., Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I. S., Gardsjord, E. S. & Sæther, E. M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 208-215. <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>
- Cameron, A. C. & Trivedi, P. K. (2005). *Microeconomics: Methods and Applications*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511811241>

- Dahli, M. P. (2022). *Mental health problems in Norwegian general practice. Identification, presentation, and diagnosis* [Univeristet i Oslo]. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/102834/PhD-Dahli-2023.pdf>
- Dale-Olsen, H. & Markussen, S. (2010). Økende sykefravær over tid? – Sykefravær, arbeid og trygd 1972–2008. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(1-2), 105-121. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2010-01-02-09>
- Dansk Arbejdsgiverforening. (2025). *Foreløbige tal indikerer lavere sygefravær i 2024*. Hentet 21. mai 2025 fra <https://www.da.dk/statistik/fravaersstatistik/2024/>
- Fancourt, D., Steptoe, A. & Bu, F. (2021). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 141-149. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X)
- Försäkringskassan. (2023). *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv: från ryggont till utmattning*. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.22814c2e194887717f99b/1742381359357/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-forsakringskassans-lagesrapport-2023-1.pdf>
- Försäkringskassan. (2024). *Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv: sjuk av stress: Kvinnor löper dubbel risk*. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.22814c2e194887717f99d/1738569517962/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-forsakringskassans-lagesrapport-2024-1.pdf>
- Godøy, A. (2014). Sykefravær og permitteringer i bygg og anlegg etter finanskrisen. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4), 296-310. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2014-04-02>
- Health and Safety Executive. (2024). *Historical picture statistics in Great Britain, 2024: Trends in work-related ill health and workplace injury*. <https://www.hse.gov.uk/statistics/assets/docs/historical-picture.pdf>
- Helsedirektoratet. (2024). *Krav til sykmelding og bruk av elektronisk konsultasjon (e-konsultasjon)*. Hentet 25. juni 2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/krav-til-sykmelding-og-bruk-av-e-konsultasjon>
- Hermansen, Å. & Dahl, E. (2022). Constructing and validating an Occupational Mechanical Job Exposure Index based on five Norwegian nationwide Surveys of Living Conditions on work environment. *BMC Public Health*, 22(1), 2028. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14460-7>
- Hoff, E. H., Kraft, K. B., Moe, C. F., Nylenna, M., Østby, K. A. & Mykletun, A. (2024). The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health*, 24(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17993-1>
- Ipsos. (2022). *Norsk Monitor*. <https://www.ipsos.com/nb-no/ipsos-norsk-monitor>
- Kalstø, Å. M. & Kann, I. C. (2018). Færre på helserelaterte ytelser - friskere befolkning? *Arbeid og velferd*. <https://arbeidogvelferd.nav.no/article/2018/08/F%C3%A6rre-p%C3%A5-helserelaterte-ytelser-%E2%80%93-friskere-befolkning>
- Kann, I. C., Thune, O. & Galaasen, A. M. (2013). Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser? *Arbeid og velferd*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/gir-lavere-sykefravaer-faerre-pa-langtidsytelser>
- Kristiansen, E., Atherton, H., Austad, B., Bergmo, T. S., Norberg, B. L., Salisbury, C. & Zanaboni, P. (2025). Patients' Use of e-Consultations as an Alternative to Other General Practitioner Services: Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 27, e55158. <https://doi.org/10.2196/55158>

- Kristiansen, E., Breivik, E., Bergmo, T. S., Johansen, M. & Zanaboni, P. (2021). *E-konsultasjon og sykmelding: undersøkelse av erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte under covid-19-pandemien* (NSE-rapport 2021-03). Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/rapporter/e-konsultasjon-og-sykmelding>
- Krokstad, M. A., Sund, E., Rangul, V., Bauman, A., Olsson, C. & Bjerkeset, O. (2024). Secular trends in risk factors for adolescent anxiety and depression symptoms: the Young-HUNT studies 1995–2019, Norway. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(11), 3819–3827. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02373-2>
- Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M. A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Bjerkeset, O., Twenge, J. & Sund, E. R. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open*, 12(5), e057654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654>
- Køber, T. & Lien, H. (2025). *Sykefraværet i Norge øker mer enn i nabolandene*. SSB. Hentet 17. juni 2025 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/artikler/sykefravaeret-i-norge-oket-mer-enn-i-nabolandene>
- Le, G. H., Hermansen, Å. & Dahl, E. (2023). Constructing and validating an occupational job strain index based on five Norwegian nationwide surveys of living conditions on work environment. *BMC Public Health*, 23(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14957-1>
- Luo, D., Mei, B., Wang, P., Li, X., Chen, X., Wei, G., Kuang, F., Li, B. & Su, S. (2024). Prevalence and risk factors for persistent symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*, 30(3), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.10.016>
- Markussen, S. & Roed, K. (2016). The Market for Paid Sick Leave. *Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.07.008>
- Markussen, S. & Røgeberg, O. (2012). Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(10). <https://doi.org/10.4045/tidskr.11.0252>
- Moberg, L. L. & Aldridge, A. (2025). *Utviklingen i legemeldt sykefravær Året 2024* (Statistikknotat, Issue. Arbeids- og velferdsdirektoratet. https://www.nav.no/_/attachment/inline/929bb61f-d99c-4edd-881b-dc2439acabc0:-5ba00cbca51fa6ec9cbc5e256a198b5f13aa7fc-b/%C3%85rstatistikknotat%20sykefrav%C3%A6r%20%C3%A5ret%202024.pdf
- Moberg, L. L. & Kabashi, S. (2023). Sykefravær etter covid-19: sammenheng mellom covid-19 og trøtthet og slapphet. *Arbeid og velferd*, 2. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.2-2023/sykefravaer-etter-covid-19.sammenheng-mellom-covid-19-og-trotthet-og-slapphet>
- Nav. (2023). *Diagnoser uføretrygd*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- Nav. (2024). *Pressemelding: Sykefravær grunnet psykiske lidelser øker*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaer-grunnet-psykiske-lidelser-oket>
- Nav. (2025a). *11 000 flere AAP-mottakere siste år*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/11000-flere-aap-mottakere-siste-ar>
- Nav. (2025b). *Pressemelding: Økt influensafravær – men nedgang i sykefravær med psykiske lidelser*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/okt-influensafravaer--men-nedgang-i-sykefravaer-med-psykiske-lidelser>
- Nav. (2025c). *Årsstatistikk - sykefravær og sykepenger: Statistikk for året 2024*. Hentet 20. mai 2025 fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravaersstatistikk-arsstatistikk>

Nossen, J. P. & Delalic, L. (2024). Hvorfor er sykefraværet fortsatt høyt 3–4 år etter starten av pandemien? *Arbeid og velferd*, (2). <https://www.nav.no/no/nav-ogsamfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.2-24/hvorfor-er-sykefravaeret-fortsatt-hoyt-34-ar-etter-starten-av-pandemien>

OECD. (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. O. H. P. Studies. https://www.oecd.org/en/publications/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en.html

OECD. (2025). *Promoting good mental health in children and young adults: best practices in public health*. https://www.oecd.org/en/publications/promoting-good-mental-health-in-children-and-young-adults_ebb8aa47-en.html

Office for National Statistics. (2023a). *Rising ill-health and economic inactivity because of long-term sickness, UK: 2019 to 2023*. Hentet 11. juni 2025 fra <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/economicinactivity/articles/risingillhealthandeconomicinactivitybecauseoflongtermsicknessuk/2019to2023>

Office for National Statistics. (2023b). *Sickness absence in the UK labour market: 2022*. Hentet 22. mai 2025 fra <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/labourproductivity/articles/sicknessabsenceinthelabourmarket/2022>

Perhoniemi, R. & Blomgren, J. (2025). Long-term sickness absences based on mental disorders by socioeconomic group - trends of prevalence in Finland 2010-2023. *BMC Public Health*, 25(1), 1277. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22431-x>

Rohde, T., Dyrstad, K., Hem, K.-G. & Halvorsen, T. (2015). Sykefravær, helseforsikring og ventetider i spesialisthelsetjenesten. Kan sykefraværet reduseres ved å tilby raskere behandling i spesialisthelsetjenesten? <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1584821/>

Roscoät, E. d., Forgeot, C., Léon, C., Doncarli, A., Pirard, P., Tebeka, S., Vandentorren, S., Geoffroy-Perez, B., Marchand, J.-L., Ménard, C., Régnault, N., Caserio-Schönemann, C., Bauchet, E., Arwidson, P., Beck, F. & Desenclos, J.-C. (2025). La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19: principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (26), 570-589. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-principaux-resultats-de-la-surveillance-et-des-etudes-conduites-par-sante-publique-f> (Opprinnelig utgitt 2023)

Securex. (2024). *Chiffres Clés de l'Absentéisme en 2023*. https://www.securex.be/getmedia/337d996d-f30f-4243-9473-83a8da747699/White-paper-Absenteeisme-2023_FR.pdf

SSB. (2025a). Statistikk om sykefravær. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>

SSB. (2025b). Sysselsetting, registerbasert. Hentet 1. juli 2025 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/sysselsetting-registerbasert>

Statistisches Bundesamt. (2025). *Krankenstand*. Hentet 21. mai 2025 fra <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html>

Taquet, M., Skorniewska, Z., De Deyn, T., Hampshire, A., Trender, W. R., Hellyer, P. J., Chalmers, J. D., Ho, L.-P., Horsley, A., Marks, M., Poinasamy, K., Raman, B., Leavy, O. C., Richardson, M., Elneima, O., McAuley, H. J. C., Shikotra, A., Singapuri, A., Sereno, M., . . . Turnbull, A. (2024). Cognitive and psychiatric symptom trajectories 2-3 years after hospital admission for COVID-19: a longitudinal, prospective cohort study in the UK. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 696-708. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00214-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00214-1)

Tesli, M. S., Kirkøen, B., Handal, M., Torvik, F. A., Odsbu, I. & Knudsen, A. K. S. (2023). *Folkehelse rapporten: psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/fr/folkehelse-rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Trevino Garcia, L. E. & Christensen, J. O. (2025). Hybrid work and mental distress: a cross-sectional study of 24,763 office workers in the Norwegian public sector. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00420-025-02136-9>

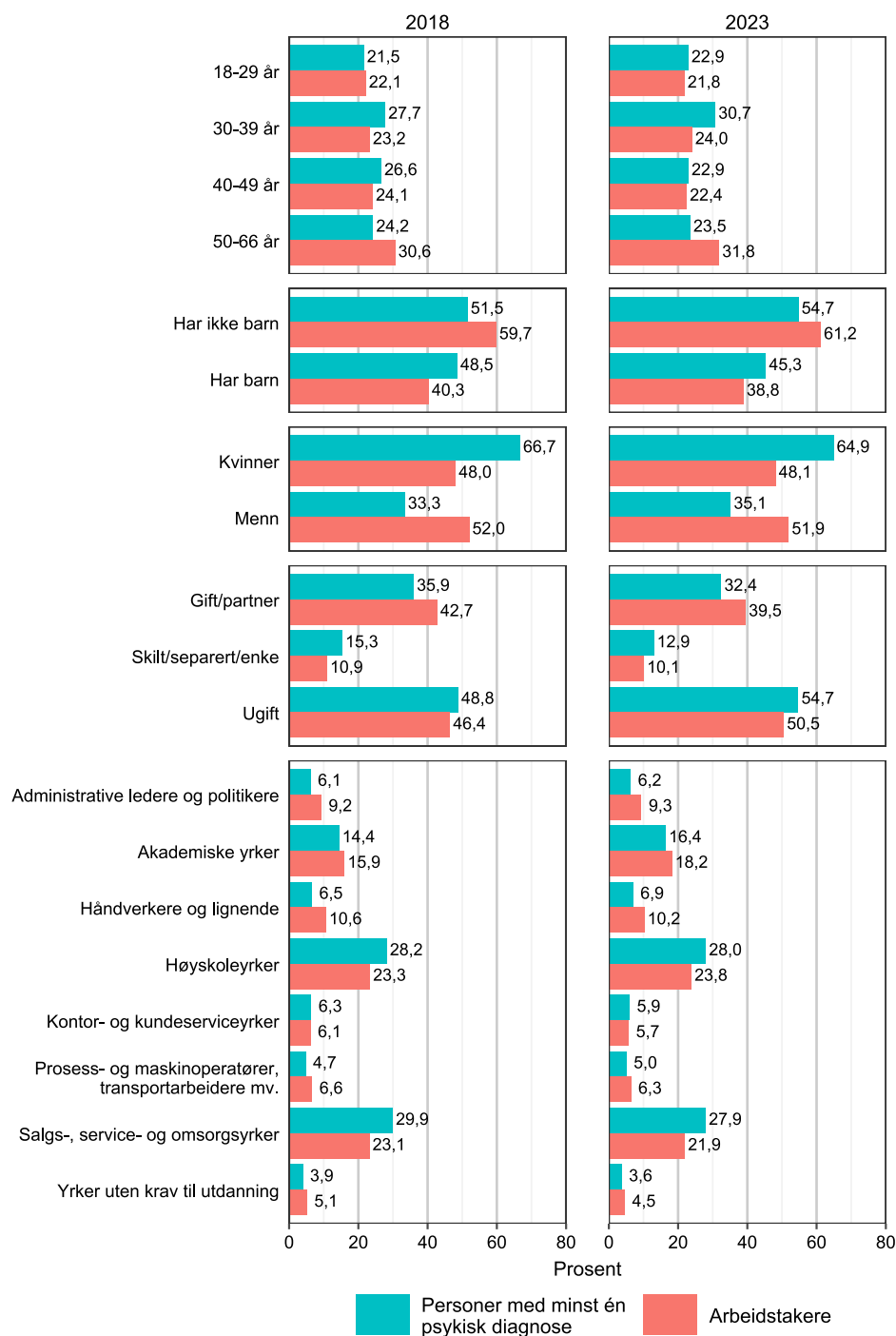
Vigo, D., Jones, L., Atun, R. & Thornicroft, G. (2022). The true global disease burden of mental illness: still elusive. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 98-100. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00002-5)

WHO. (2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. Hentet 18. juni 2025 fra <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

Zanaboni, P. & Makhlysheva, A. (2020). *Bruk av e-konsultasjon mellom pasient og fastlege*. Nasjonalt senter for e-helseforskning. <https://ehealthresearch.no/faktaark/bruk-av-e-konsultasjon-mellom-pasient-og-fastlege>

Vedlegg

Figur V1. Fordeling av sykmeldte med psykiske diagnoser og arbeidstakere totalt etter kjennetegn, 2018 og 2023.



Kilde: Nav

Tabell V1a. Resultater fra regresjonsanalyse

Alle psykiske diagnoser	Minst én dag		Minst 90 dager	
Kjennetegn	IRR1,2	SF2	IRR1,2	SF2
Skjæringspunkt	0,03***	0,040	0,01***	0,052
År				
2018	—	—	—	—
2023	1,05	0,057	1,36***	0,071
Kjønn				
Kvinner	—	—	—	—
Menn	0,53***	0,024	0,48***	0,035
Alder				
40–49 år	—	—	—	—
18–29 år	1,05	0,038	0,80***	0,055
30–39 år	1,10**	0,032	1,02	0,044
50–66 år	0,80***	0,032	0,88**	0,044
Sivilstand				
Gift/partner	—	—	—	—
Skilt/separert/enke	1,71***	0,032	1,77***	0,045
Ugift	1,30***	0,028	1,35***	0,039
Barn under 18				
Har barn	—	—	—	—
Har ikke barn	0,74***	0,024	0,71***	0,035
Yrke				
Høyskoleyrker	—	—	—	—
Yrker uten krav til utdanning	0,68***	0,048	0,58***	0,072
Salgs-, service- og omsorgsykker	1,09*	0,041	0,93	0,052
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	0,79***	0,048	0,61***	0,072
Kontor- og kundeserviceyrker	0,92	0,045	0,79***	0,064
Håndverkere og lignende	0,72***	0,049	0,66***	0,069
Akademiske yrker	0,78***	0,042	0,77***	0,054
Administrative ledere og politikere	0,66***	0,046	0,86*	0,059

¹*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

²IRR = Insidens-rate-ratio, SF = Standardfeil

Tabell V1b. Resultater fra regresjonsanalyse – interaksjonsvariabler

Alle psykiske diagnoser Kjennetegn	Minst én dag		Minst 90 dager	
	IRR1,2	SF2	IRR1,2	SF2
Kjønn				
2023 * Menn	1,07*	0,034	1,02	0,047
Alder				
2023 * 18–29 år	1,24***	0,053	1,13	0,076
2023 * 30–39 år	1,17***	0,045	1,13*	0,060
2023 * 50–66 år	0,97	0,045	0,88*	0,060
Sivilstand				
2023 * Skilt/separert/enke	0,98	0,045	0,95	0,062
2023 * Ugift	0,96	0,039	0,92	0,053
Har barn				
2023 * Har ikke barn	1,07*	0,034	1,00	0,047
Yrke				
2023 * Yrker uten krav til utdanning	1,05	0,067	1,05	0,098
2023 * Salgs-, service- og omsorgsykker	1,00	0,057	1,00	0,072
2023 * Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	1,07	0,066	1,22*	0,095
2023 * Kontor- og kundeserviceyrker	1,05	0,064	1,07	0,087
2023 * Håndverkere og lignende	1,10	0,068	1,22*	0,092
2023 * Akademiske yrker	1,03	0,059	1,03	0,074
2023 * Administrative ledere og politikere	1,05	0,064	1,01	0,081

¹*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

²IRR = Insidens-rate-ratio, SF = Standardfeil

Tabell V2. Antall underliggende observasjoner til regresjonsanalysene

Antall personer som startet minst ett fravær med en psykisk diagnose	2018	2023
som varte minst én dag	42 644	53 636
som varte minst 90 dager	10 502	15 143
Antall arbeidstakere	2 353 724	2 482 748