

HVORFOR ER SYKEFRAVÆRET FORTSATT HØYT 3–4 ÅR ETTER STARTEN AV PANDEMIEN?

Av Jon Petter Nossen og Lamija Delalic¹

Sammendrag

I denne artikkelen analyserer vi utviklingen i det legemeldte sykefraværet med sikte på å forklare hvorfor det fortsatt er høyt, og økende, også gjennom 2023 og dermed nesten fire år etter starten av koronapandemien. Selv om to av smittebølgene medførte spesielt høyt sykefravær i første kvartal 2020 og første kvartal 2022, har sykefraværet økt relativt jevnt fra pandemiens start og fram til fjerde kvartal 2023. Økningen i sykefraværsprosenten skyldes først og fremst de lengre sykefraværene, selv om de korte sykefraværene har økt mye i antall.

Sykefraværet har økt i alle grupper: både brutt ned på kjønn, alder, yrke og næring. Økningen er størst for aldersgruppene under 40 år, samt blant håndverkere og i bygge- og anleggsvirksomhet. Nesten halvparten av økningen i sykefraværet fra 2019 til 2023 kan tilskrives psykiske lidelser, herunder først og fremst diagnoser som klassifiseres som psykiske symptomer/plager, og i mindre grad sykdomsdiagnoser som depresjon og angst. Luftveislidelser og enkeltdiagnosen «slapphet/tretthet», som kan knyttes til henholdsvis covid-19 og senfølger av covid-19 («long covid»), står også for mye av økningen. Enkelte mindre vanlige diagnoser, som ADHD og PTSD, øker også så kraftig at de bidrar til den totale økningen i sykefraværet.

Sykefraværet påvirkes av et samspill av flere faktorer, som sykdomsbildet i befolkningen, forhold på arbeidsplassen, økonomiske forhold, holdninger til sykefravær, utviklingen på arbeidsmarkedet, regelverksendringer og mer. Pandemien og samfunnsendringene etter pandemien har rammet bredt, og det er vanskelig å peke på én årsak til økningen i sykefraværet. Sannsynligvis er årsakene mange og sammensatte. I denne artikkelen viser vi likevel at det først og fremst er de lange sykefraværene knyttet til psykiske symptomer og plager, og spesielt blant personer under 40 år, som driver økningen.

<https://doi.org/10.60847/NAV.4795>

¹ Takk til Jørgen Holbæk-Hanssen for uttrekk av dataene om holdninger til sykefravær.

Innledning

Myndighetene i Norge har lenge vært opptatt av å redusere sykefraværet, blant annet i samarbeid med partene i arbeidslivet gjennom Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (Hagelund 2014). De siste årene har likevel sykefraværet økt, og fire år etter starten på koronapandemien er det fortsatt høyt og økende. Noe av økningen skyldes naturligvis pandemien, blant annet som en direkte følge av at det fremdeles er sykemeldinger knyttet til koronaviruset. Det er likevel ukjent hvorfor sykefraværet fortsatt er høyt, og især hvorfor det fremdeles er økende.²

Formålet med denne artikkelen er å analysere utviklingen i detalj og å drøfte mulige forklaringer på veksten i sykefraværet fra 2019 til 2023, med særlig vekt på de to siste årene. Sentralt for analysen er diagnoseopplysningene som settes av behandler ved utstedelse av sykemeldinger. Vi forsøker å skille mellom endringer i sykefraværet som kan knyttes direkte til covid-19 (koronavirusssykdom), herunder senfølger av covid-19,

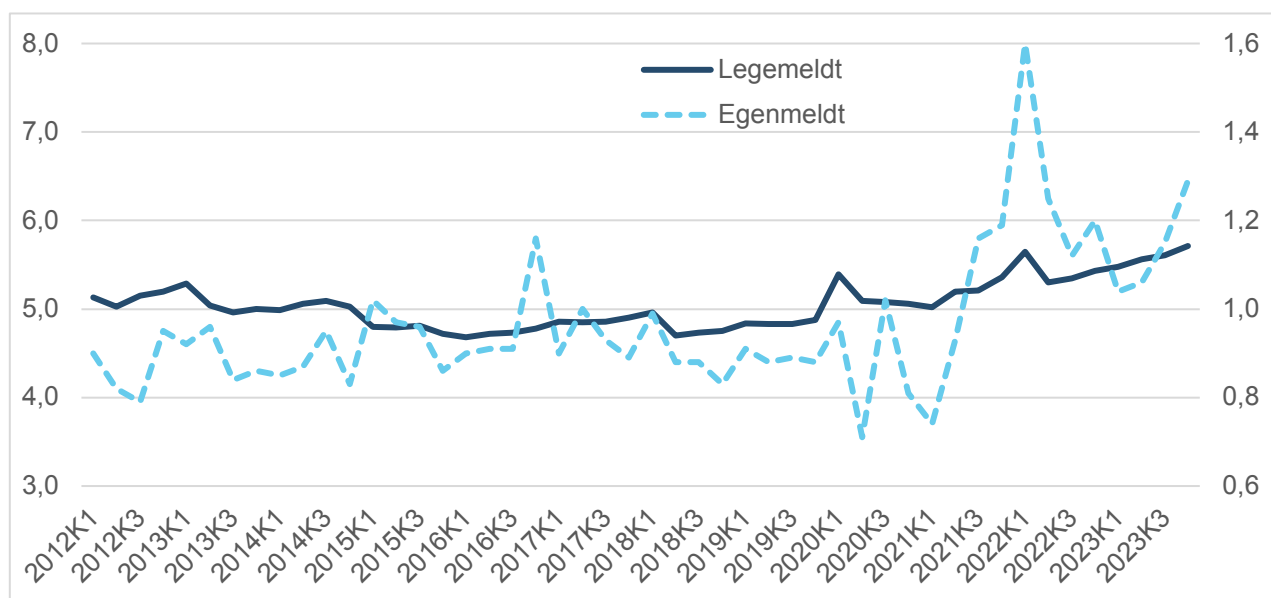
og forhold knyttet til nedstenging og smitteverntiltak. Vi vurderer også om andre faktorer kan ha hatt betydning. I tillegg gjør vi et poeng ut av at sykefraværet, slik det måles i sykefraværstatistikken, drives av utviklingen i tapte dagsverk og i mindre grad av antall sykefravær.

Artikkelen er en oppfølging av NAVs tidligere analyser av sykefraværet under koronapandemien (Nossen og Sundell 2020; Dahl mfl. 2021; Nossen 2022; Moberg og Kabashi 2023).

Jevn økning med forbigående toppunkter

Sesongjusterte tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at økningen i sykefraværet startet i første kvartal 2020 (figur 1)³. Årsstatistikk for det legemeldte fraværet viser en økning fra 4,8 prosent i 2019 til 5,6 prosent i 2023, som innebærer en prosentvis vekst på 17 prosent, mens det totale sykefraværet har økt med 18 prosent. Det har vært en markant økning også i egenmeldt sykefravær, men siden denne statistikken er basert på en utvalgsundersøkelse viser den større svingninger over tid.

Figur 1. Legemeldt sykefravær (venstre akse) og egenmeldt sykefravær (høyre akse). Kvartalsvis 2012–2023. Prosent av avtalte dagsverk. Sesongjustert



Kilde: SSB

² Sykefraværstatistikken per 1. kvartal 2024, publisert 30.05.24, viser en nedgang i sykefraværet fra forrige kvartal (sesongjustert). Men det legemeldte fraværet gikk bare marginalt ned.

³ Sykefraværet har vært høyere tidligere: Ifølge sesongjusterte tall fra SSB var det totale sykefraværet høyere i tredje kvartal 2009 og i en periode omkring 2003.

Veksten i det legemeldte sykefraværet siden 2019 har vært relativt jevn helt fram til fjerde kvartal 2023, med unntak av to forbigående toppunkter: i første kvartal 2020 og i første kvartal 2022.

Toppunktet i 2020 sammenfaller med den første bølgen med covid-19. Antallet smittede og personer i pålagt karantene, samt usikkerheten som medfulgte nedstengingen av samfunnet, førte til en kraftig økning i antall nye sykefravær (Nossen og Sundell 2020). Deretter bidro nedstenging, permitteringer og hjemmekontor til å stabilisere sykefraværet i de påfølgende kvartalene i 2020. Utover i 2021 økte likevel sykefraværet igjen, noe som har blitt forklart med økt langtidsfravær (Nossen 2022) og senfølger av covid-19 («long covid») (Moberg og Kabashi 2023).⁴

Flere smittede med omikronvarianten

Det andre toppunktet, i 2022, henger sammen med at smittebyrden på nytt økte som følge av gjenåpningen av samfunnet og den nye varianten av koronaviruset. Omikron var betydelig mer smittsom enn tidligere

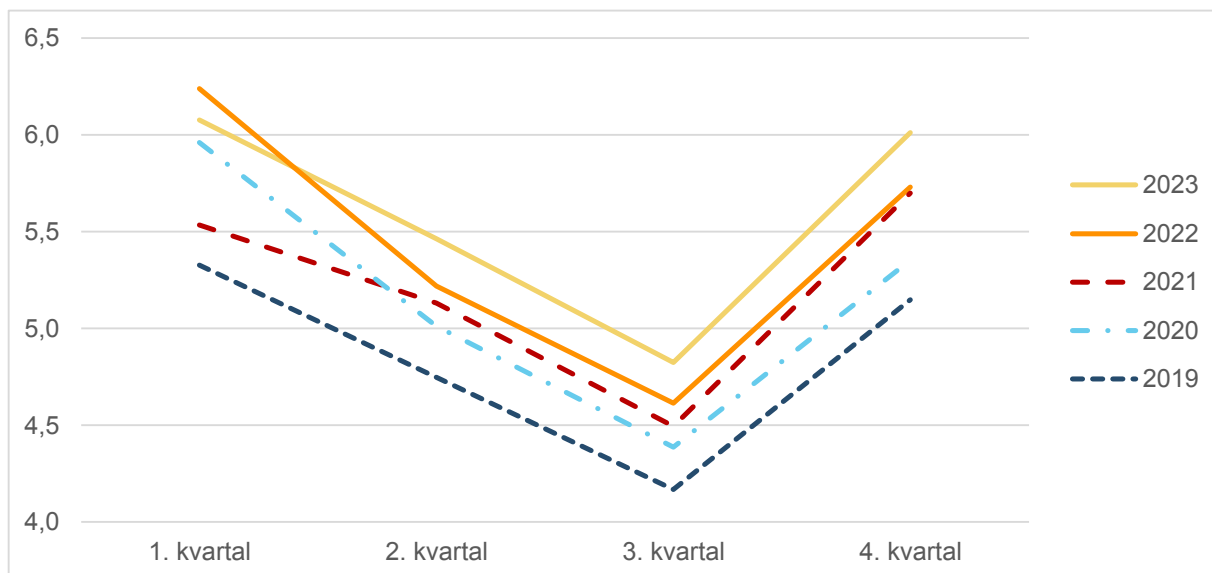
varianter, og førte til flere smittede og flere sykmeldte enn før (Grøslund mfl. 2023). Samtidig var den nye varianten av viruset forbundet med lavere risiko for alvorlig sykdom, i hvert fall for de fullvaksinerte (FHI 2022). Vi skulle derfor forvente at omikron i hovedsak påvirket korttidsfraværet, og ikke minst at effekten den ville ha på sykefraværet ville være forbigående. Det legemeldte sykefraværet fortsatte imidlertid å øke i annen halvdel av 2022 og videre i 2023.

At sykefraværet har fortsatt å øke etter pandemien, vises tydelig ved å sammenligne sykefraværet i hvert kvartal med samme kvartal tidligere år (figur 2). Vi ser at det legemeldte fraværet for alle kvartaler økte hvert år fra 2019 til 2023, kun med unntak av de nevnte toppene i første kvartal 2020 og 2022.

Flere mulige årsaker til det høye sykefraværet

At sykefraværet fremdeles er på et høyere nivå enn før pandemien kan skyldes flere forhold. For det første bidrar koronaviruset fremdeles til sykdom ved at vi har fått ytterligere ett smittsomt virus som gir luftveis-

Figur 2. Legemeldt sykefravær. Kvartalsvis 2019–2023. Prosent av avtalte dagsverk. Ikke sesongjustert



Kilde: NAV og SSB

⁴ I pandemiperioden er det også observert en økning i antall personer som mottar sykepenger før overgang til arbeidsavklaringspenger (AAP). Jf. statistikk fra NAV: Høyt sykefravær bidrar til flere som mottar AAP - nav.no

infeksjoner i befolkningen (OUS 2024). Videre er det fremdeles et immunitetsunderskudd mot influensavirus i befolkningen som følge av at det var mindre influensa enn normalt under pandemien (FHI 2023a). Det er derfor også høyere influensasmitte enn før pandemien. I tillegg til dette medfører infeksjon med koronaviruset, som andre virus, en risiko for påfølgende bakteriell infeksjon (såkalt sekundærinfeksjon) som kan øke lengden på sykdomsforløpet. Dessuten rapporteres det om senfølger av covid-19 (også kjent som «long covid»). Dette er en samlebetegnelse for symptomer og plager som er forbundet med gjennomgått koronainfeksjon, og som «har vart i minst 2 måneder og som går utover funksjonen i dagliglivet» (Helsedirektoratet 2023). Typiske symptomer er blant annet utmattelse/trøtthet, hjernetåke, nedsatt hukommelse, tung pust, muskelsmerter og hodepine (Helsedirektoratet 2023). NAV har tidligere skrevet om en kraftig økning i sykefravær med diagnosen «slapphet/tretthet» de siste årene (Moberg og Kabashi 2023), og vi forventer at denne diagnosen fremdeles påvirker sykefraværstallene.

I tillegg kan nedstengingen og senfølger av covid-19 ha medført forverring i befolkningens psykiske helse, og med det gitt økt sykefravær knyttet til psykiske plager. Spesielt forventer vi å se dette blant de unge. Det er også mulig at andre utviklingstrekk i samfunnet i årene etter pandemien kan ha bidratt til økende grad av engstelse og andre psykiske plager, som videre kan ha gitt utslag på sykefraværet. Det kan dreie seg om økonomiske bekymringer knyttet til økte priser og økt rentenivå, bekymringer knyttet til klimakrisen samt økende bekymring for krig og konflikt (NORAD 2023).

Forskning om senfølger av covid-19

Pasienter som har gjennomgått covid-19 kan oppleve senfølger etter infeksjonen, som videre kan påvirke sykefraværet. Det er også forbundet senfølger med andre infeksjonssykdommer, men noen symptomer, som nevrologiske, er vanligere ved covid-19 enn ved andre infeksjonssykdommer (FHI 2022). Om forskningen på senfølger etter covid-19 skriver Folkehelseinstituttet at mange studier mangler en kontrollgruppe, og at det dermed er vanskelig å vite om symp-

tomene som rapporteres skyldes covid-19 eller andre årsaker. Det er med andre ord vanskelig å konkludere med at symptomene som i økende grad rapporteres etter covid-19, faktisk er årsakssammenhenger forbundet med gjennomgått covid-19-infeksjon. I en hurtigoppsummering (fjerde versjon) av forskningen gjengir instituttet studier der det i større grad kan antas at de påviste sammenhengene er direkte forbundet med gjennomgått covid-19-infeksjon, og vi oppsummerer noen av funnene under. I gjennomgangen er det kun inkludert kontrollerte studier med minst 500 deltakere, der det i stor grad foreligger laboratoriebekreftet gjennomgått covid-19-infeksjon og der oppfølgingsperioden er på over 6 måneder (FHI 2022). Videre hadde noen av studiene en kontrollgruppe uten gjennomgått covid-19, mens andre kontrollerte mot personer med andre luftveisinfeksjoner.

Studiene gjennomført i ulike land viser at personer med alvorlig covid-19 får senfølger på linje med personer som har gjennomgått alvorlig forløp av andre luftveisinfeksjoner (FHI 2022). Også personer med mildt sykdomsforløp rapporterer senfølger i større grad enn kontrollgrupper uten bekreftet covid-19-infeksjon. Generelt finner studiene en rekke symptomer som oppstår etter både mild og alvorlig sykdom, som blant annet tretthet, tungpustethet og redusert smak og luktesans (Sørensen mfl. 2022, Huang mfl. 2021), men også psykiske lidelser som depresjon, angst og bipolare lidelser (Clift mfl. 2022, Bhaskaran mfl. 2022). Samtidig ser det ut til at senfølgene avtar over tid.

Hurtigoversikten stiller strenge krav til kontrollgruppe, antall deltakere og dokumentasjon på gjennomgått covid-19-infeksjon, slik at flere norske studier er ekskludert. I en annen kunnskapsoppsummering inkluderer derfor Folkehelseinstituttet noen av de norske studiene (FHI 2023b).⁵ Vi gjengir noen av disse funnene under, fordi vi mener at plagene kan påvirke

.....
⁵ Norske registerstudier har i hovedsak sammenlignet personer registrert med en positiv PCR-test med personer som har testet negativt. Noen studier har også sammenlignet med en øvrig referansegruppe i befolkningen. Majoriteten av studiene er registerbaserte og basert på helsetjenestebruk, andre er spørreundersøkelser basert på individenes selvrapporterte helse.

sykefraværet, selv om mangelen på sammenlignbare kontrollgrupper gjør det vanskelig å konkludere med at det er en årsakssammenheng mellom symptomene og covid-19.

Også de norske studiene rapporterer i hovedsak senfølger for personer med et alvorlig sykdomsforløp av covid-19, som relativt ofte kan oppleve særlig langvarige funksjonsnedsettelse som nedsatt kognitiv funksjon og redusert lungefunksjon (FHI 2023b). Det er også tegn til senfølger blant personer med et mindre alvorlig forløp (Stavem mfl. 2022). Det er funnet at kvinner har høyere risiko for å utvikle senfølger enn menn (Stavem mfl. 2021), men også at alder, og ikke kjønn, er en medvirkende faktor (Søraas mfl. 2021).

Majoriteten av studiene undersøkte betydningen av smitte i en tidlig fase av pandemien, og før den mildere varianten, omikron, ble gjeldende. En annen studie viser at andelen covid-19 pasienter som oppfylte kriteriene for «long covid» gikk markant ned fra delta- til omikronvarianten (Antonelli mfl. 2022). Forskerne advarte imidlertid om at det langt høyere antallet smittede med omikron-varianten ville føre til en økning i antallet personer med «long covid». En norsk registerstudie av sannsynligheten for «long covid»-helseplager blant omikron- og delta-smittede, viser at omikronsmittede hadde samme risiko for «long covid»-plager, men ikke for kroniske muskulære plager, som dem som var smittet med deltaver-sjonen (Magnusson mfl. 2022).

Data og metode

Datagrunnlag

Vi benytter to datasett hentet fra kvartalsstatistikken over legemeldt sykefravær (se faktaboks *Definisjoner*). I mesteparten av artikkelen benytter vi de ordinære kvartalsfilene som er grunnlaget for SSBs og NAVs offisielle sykefraværstatistikk, og analyser utviklingen i sykefraværet i perioden 2019–2023. I tillegg benytter vi et avledet datasett hvor alle sykefravær som går over flere kvartaler er kjedet sammen til hele, sammenhengende sykefravær og periodisert på startkvartalet. Sistnevnte datasett blir tilgjengelig med et etterslep på ett år, som følge av at varigheten måles 12 måneder etter sykefraværets startdato. De

siste tilgjengelige data fra denne statistikken omfatter sykefraværene som startet i fjerde kvartal 2022. Når vi studerer varighet analyserer vi derfor perioden 2018–2022, som her refererer til starttidspunktet for sykefraværet. Vi sammenligner med 2018 fordi sykefravær som startet i 2019 og fortsatt pågikk ved nedstengingen i mars 2020, kan ha blitt påvirket av pandemien.

Metode

Vi benytter deskriptive analysemetoder, og vil blant annet undersøke økningen i sykefraværet brutt ned på sykefraværenes varighet og individuelle kjennetegn ved personer med sykefravær, med særlig vekt på diagnosen som er oppgitt i sykmeldingen. Data benyttes er kvartalsvise, ujusterte tall. Gjennomgående sammenligner vi tall for samme kvartal hvert år, med mindre annet er oppgitt.

Som følge av de store svingningene i egenmeldt sykefravær, og fordi vi mangler individdata for egenmeldinger, blir bare legemeldt sykefravær analysert. Når vi heretter skriver «sykefraværet», menes altså det legemeldte sykefraværet.

Varighet

Direkte påfølgende sykefravær for samme person er slått sammen til ett sykefravær.⁶ Varigheten av et sykefravær måles i antall kalenderdager. Kategorisering av varighet vil nødvendigvis være noe vilkårlig, men vi har valgt en inndeling i seks kategorier (tabell 1):

I artikkelen benytter vi også betegnelsene korttidsfravær og langtidsfravær (korte og lange sykefravær), men disse har ingen fast definisjon. Et sentralt spørsmål er om det er korttids- eller langtidsfraværet som a) har økt mest, og b) hatt størst betydning for økningen i sykefraværet målt ved sykefraværsprosenten (tapte dagsverk).

Kjennetegn

I tillegg til sykefraværenes varighet, ser vi på kjennetegn ved den sykmeldte, herunder kjønn, alder, yrke

⁶ To sykefravær med et opphold imellom på en eller flere dager er ikke slått sammen.

Tabell 1. Gruppering av varighet

1-3 dager	Den lovfestede egenmeldingsperioden da de fleste vil benytte egenmelding, men det også er mulig å få sykmelding fra lege. Det kan for eksempel skyldes at man har brukt opp egenmeldingskvoten.
4-8 dager	Den resterende del av den maksimale egenmeldingsperioden som gjaldt i IA-virksomheter i mesteparten av perioden vi ser på, og hvor dermed et flertall av arbeidstakerne hadde mulighet til å benytte egenmelding.
9-16 dager	Den resterende del av perioden da arbeidsgiver betaler sykepenger.
17 dager - 8 uker	Den resterende del av perioden fram til NAV skal vurdere om aktivitetskravet for fortsatt mottak av sykepenger er oppfylt.
9-26 uker	Den resterende del av perioden fram til sykefraværet har vart i 26 uker, som er fristen for gjennomføring av dialogmøte 2.
27-52 uker+	Den lengste mulige varigheten. Det kan ikke settes en absolutt maksimaltid fordi det er mulig å forlenge sykefraværsperioden utover 52 uker ved å ta ut ferie.

og næring, samt (hoved-)diagnosen som settes i forbindelse med sykmeldingen. Vi vil først og fremst se på diagnosegrupper som benyttes mye ved sykefravær. Disse er definert på grunnlag av kapitlene i fastlegenes organbaserte klassifikasjonssystem, ICPC-2. Diagnoser som følger klassifikasjonssystemet ICD-10, som benyttes i spesialisthelsetjenesten, er omkodet til ICPC-2.

Videre vil vi undersøke hvilke enkeltdiagnoser som har størst betydning for utviklingen innen viktige diagnosegrupper, og om varigheten av sykefravær med mistenkt/bekreftet covid-19 som diagnose har endret seg i løpet av de ulike fasene av pandemien. Vi vil også se nærmere på sykefravær med diagnoser innen psykiske lidelser, som har økt markant de siste årene, og beskrive hvilke enkeltdiagnoser som i størst grad driver denne økningen.⁷

ICPC-2-systemet inneholder to diagnoser for covid-19: mistenkt og bekreftet covid-19 (R99.1 og R99.2), som begge hører inn under diagnosegruppen luftveislidelser. Vi slår sammen disse. Når det gjelder senfølger av covid-19, har ikke dette en egen diagnosekode i ICPC-2. Ifølge Norsk Elektronisk Legehåndbok skal fastlegene kode senfølger av covid-19 med «en symptombasert hoveddiagnose, kombinert med en bidiagnose for å angi en årsakssammenheng med korona» (kilde: Norsk Covidforening). Hoveddiagnosene som oppgis som særlig relevante er A04 («slapphet/trett-

het»), N16 («forstyrrelse i lukt/smak») og R02 («kortpustethet, dyspné»). Vi har ikke hatt tilgang til opplysninger om bidiagnose, men ved undersøkelse av sykefravær knyttet til senfølger av covid-19 har vi i hovedsak benyttet førstnevnte hoveddiagnose.⁸ Det finnes også en diagnosekode for «long covid» til bruk

Definisjoner

- Sykefraværstatistikken: Kvartalsvis statistikk fra SSB og NAV. Består av legemeldt og egenmeldt sykefravær.
- Legemeldt sykefravær: Statistikk basert på sykmeldinger i hovedsak utstedt av lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Alle sykmeldinger sendes til NAV. Avgrenset til arbeidstakere og basert på aktive arbeidsforhold.
- Sykefraværprosenten: Antall tapte dagsverk i prosent av avtalte dagsverk. Her avgrenset til legemeldt sykefravær.
- Avtalte dagsverk: Totalt antall avtalte arbeidsdager for arbeidstakere med aktive arbeidsforhold. Justert for stillingsandel.
- Tapte dagsverk: Totalt antall tapte arbeidsdager på grunn av sykmelding. Justert for stillingsandel og sykmeldingsgrad ved delvis sykmelding.
- Arbeidsgiverperioden: De første 16 dagene av arbeidstakeres sykefravær. Både egenmeldt og legemeldt sykefravær inngår. Når en person har et nytt sykefravær innen 16 dager etter at det forrige ble avsluttet, regnes det med i samme arbeidsgiverperiode.

⁷ Kilde: NAVs sykefraværstatistikk. Sykefraværstatistikk - Kvartalstatistikk - nav.no

⁸ De to andre oppgitte hoveddiagnosene brukes relativt lite som sykmeldingsdiagnose. Sykefravær knyttet til «forstyrrelse i lukt/smak» (inngår i «alle andre lidelser») er tredoblet de siste årene, men fra et svært lavt nivå, og sykefravær ved «kortpustethet, dyspné» (inngår i luftveislidelser) har økt med 21 prosent, men er også relativt lite brukt.

i spesialisthelsetjenesten. Denne heter «postinfeksiøs tilstand etter covid-19» (U09.9 i ICD-10), men den er lite brukt ved sykmelding, og vi har derfor ikke forsøkt å skille den ut her.

Større økning i korte enn lange sykefravær

Sykefraværet måles ved tapte dagsverk som prosentandel av avtalte dagsverk. Av definisjonen følger det at sykefraværenes varighet har stor betydning for utviklingen i sykefraværet. En økning i sykefraværet kan for eksempel skyldes at flere blir sykmeldt, eller at det blir flere sykefravær av lang varighet uten at det blir flere sykmeldte enn tidligere.⁹ En viktig faktor ved analysen av sykefraværet etter pandemien er derfor å analysere endringer i varigheten.

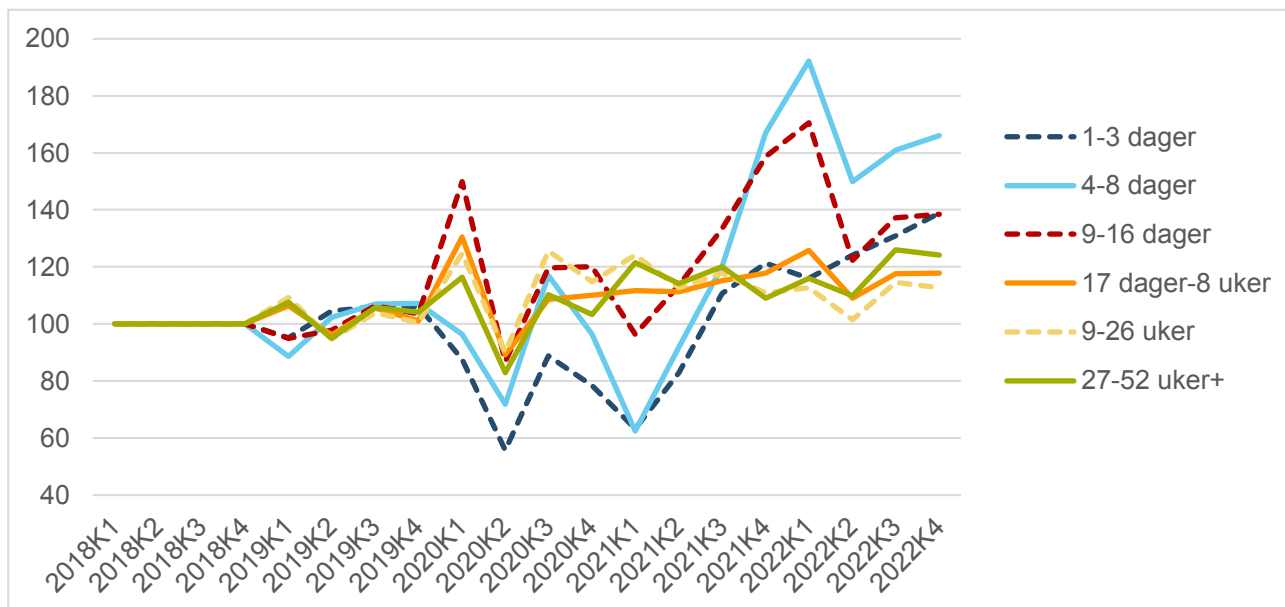
Figur 3 viser antall sykefravær som startet i hvert kvartal i 2018–2022, fordelt etter varighet. På grunn av store nivåforskjeller mellom de valgte kategoriene,

og for å tydeliggjøre utviklingen i sykefravær av ulik varighet, er tallene indeksert slik at alle kvartalene i 2018 er satt lik 100. I starten av pandemien var det størst økning for varighet 9–16 dager, men det var også en betydelig økning i sykefravær av lengre varighet (figur 3). Deretter fulgte en markant nedgang i antall korte sykefravær (1–8 dager), som sannsynligvis skyldes nedstenging, permitteringer og pålagt hjemmekontor. Antall lange sykefravær (varighet over 8 uker) økte fra andre halvår 2020 (Nossen 2022), og har siden ligget på et høyere nivå enn før pandemien.

Kraftig økning i korttidsfraværet i 2022

Korttidsfraværet økte igjen gjennom 2021, og var i starten av 2022 også større enn ved smittetoppen i 2020. Varigheten var gjennomgående noe kortere ved den andre smittetoppen enn ved den første, noe som sannsynligvis skyldes at de koronasmittede fikk kortere sykdomsforløp av den mildere omikron-varianten.¹⁰ At kravene til isolasjon av smittede var stren-

Figur 3. Antall legemeldte sykefravær etter startkvartal og varighet. Indeksert (alle kvartaler i 2018=100)



Kilde: NAV

⁹ Sykefraværsprosenten påvirkes også av sykmeldingsgrad (bruk av gradert sykmelding).

¹⁰ Dette stemmer også med varigheten av sykefravær med covid-19-diagnose, som gjennomgående var kortere i 2022 enn i 2020 (ikke vist).

gere i 2020 enn i 2022 kan også ha bidratt. I tillegg kan personer som ble sykmeldt i 2020 også ha hatt et økonomisk insentiv til å vente med å avslutte sykefraværet på grunn av de omfattende permitteringene, og fordi satsen for sykepenger er høyere enn for dagpenger (Dahl mfl. 2021).¹¹

I andre til fjerde kvartal 2022, altså etter at den største omikronbølgen var over, var det fremdeles de korte sykefraværene som økte mest. Dette tyder på at det fortsatt i stor grad dreide seg om koronafravær. Men de siste to kvartalene i 2022 var det i tillegg en ny økning i sykefravær med varighet på over seks måneder (figur 3), og i fjerde kvartal 2022 startet det 24 prosent flere slike langtidsfravær enn i fjerde kvartal 2018.

Økning i sykefravær på over seks måneder veier tyngre

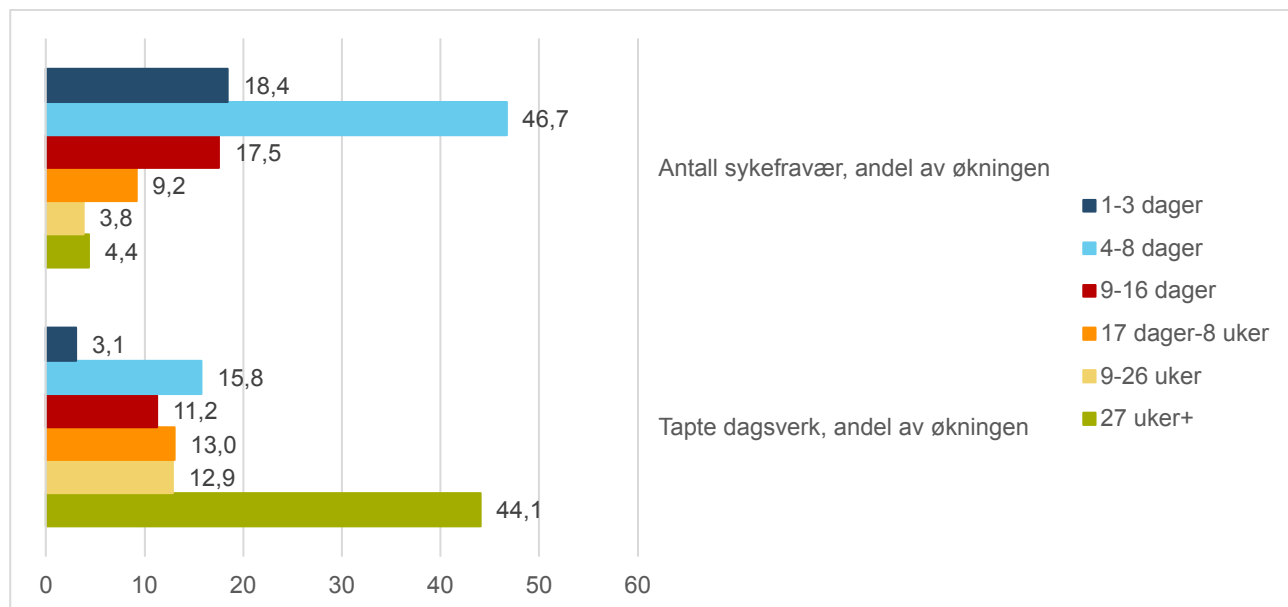
Den store økningen i antall sykefravær med varighet 4-8 dager medførte at denne varigheten står for den

største andelen av økningen i *antall sykefravær* med 47 prosent (figur 4). De tre korteste varighetene står til sammen for 83 prosent av denne økningen. Men når vi ser på *antall tapte dagsverk*, og dermed tar hensyn til varigheten av hvert sykefravær, blir bildet annerledes: Det er da de lengste sykefraværene på over et halvt år som står for den største andelen av økningen i tapte dagsverk med 44 prosent. De tre lengste varighetene utgjør til sammen 70 prosent av denne økningen. Med andre ord er det de lengre sykefraværene som gir det største bidraget til økningen i sykefraværsprosenten. Økningen i de lange fraværene kan også ha medført økt tilstrømming til andre helserelaterte ytelser, jf. den tidligere nevnte økte overgangen fra sykepenger til AAP.¹²

Markant økning for aldersgruppene under 40 år

Figur 5 viser det legemeldte sykefraværet i 2023 og prosentvis endring 2019-2023 basert på individspesi-

Figur 4. Antall legemeldte sykefravær og tilhørende tapte dagsverk, etter varighet. Prosentandel av økningen fra sykefraværene som startet i 4. kvartal 2018 til 4. kvartal 2022



Kilde: NAV

¹¹ Gjelder også med den forhøyede satsen for dagpenger under pandemien.

¹² Vi har foreløpig ikke informasjon om varigheten av sykefravær i 2023, selv om mange av de lengre sykefraværene som startet i 2022 strakte seg over årsskiftet. Det er likevel grunn til å forvente at langtidsfraværet fortsatt står for mesteparten av økningen i sykefraværet.

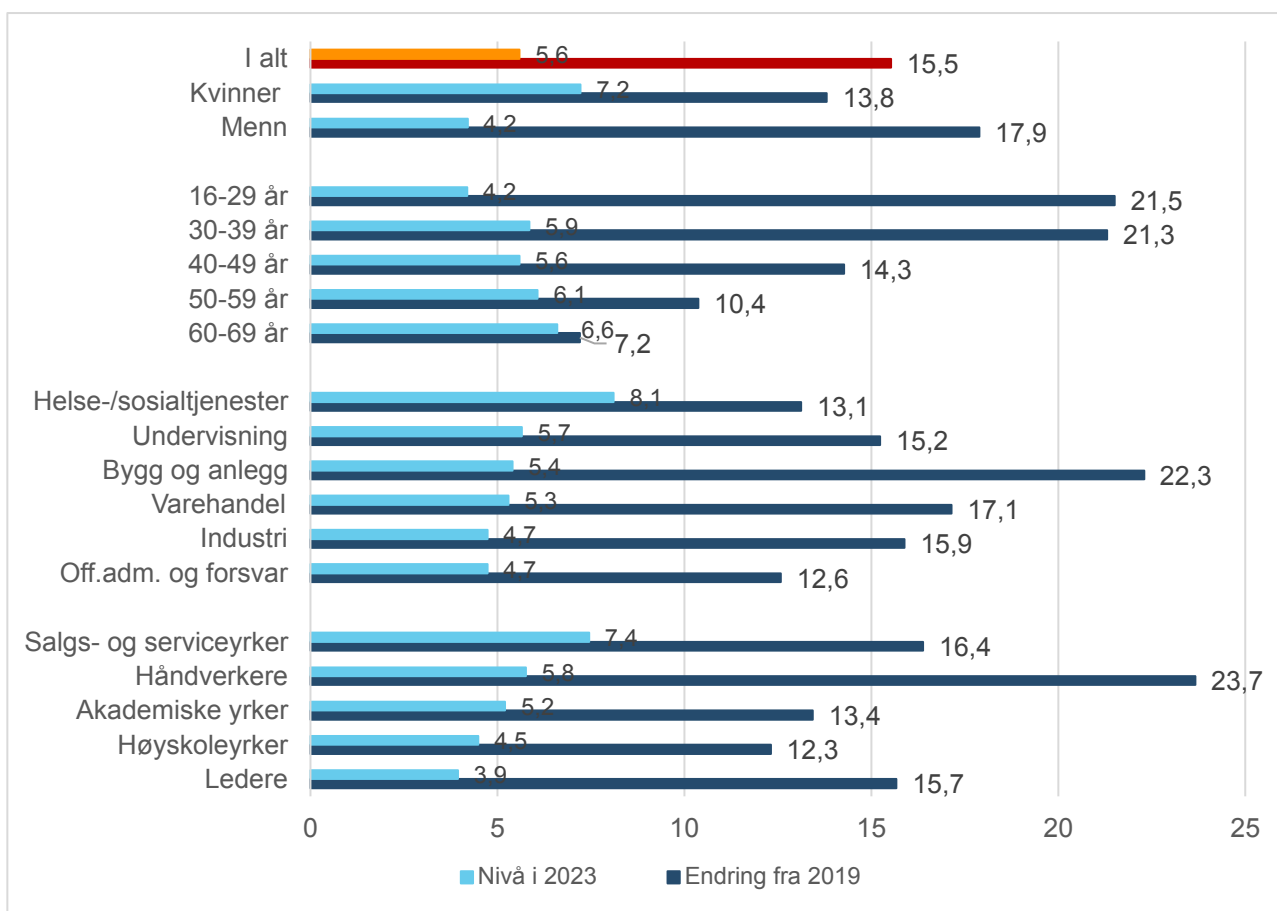
fikke kjennetegn som kjønn, alder, næring og yrke. Fra 2019 til 2023 økte sykefraværet totalt sett med 0,8 prosentpoeng, som innebærer en relativ vekst på 16 prosent. For kvinner og menn har utviklingen vært nokså lik, men den prosentvise økningen har vært noe større for menn. Dette kan henge sammen med at nivået er lavere for menn, slik at en like stor endring i prosentpoeng for kvinner og menn vil gi større prosentvis økning for menn. Det er noe større variasjon etter alder. De to yngste aldersgruppene har hatt den klart største prosentvise økningen med 21 prosent, og i aldersgruppen 30–39 år er også økningen i prosentpoeng størst (1,0 prosentpoeng). Også her vil en like stor endring i prosentpoeng gi en større prosentvis økning for de yngre aldersgruppene, som har et lavere nivå på sykefraværet i utgangspunktet.

Størst økning blant håndverkere og i bygg og anlegg

Det har vært en økning i sykefraværet i alle næringer og yrkesgrupper (figur 5). Når vi kun ser på de seks største næringene (målt etter antall avtalte dagsverk), var den prosentvise økningen størst i bygge- og anleggsvirksomhet med 22 prosent. Helse- og sosialtjenester, som er en næring med høyt sykefravær i utgangspunktet, hadde en økning på 13 prosent. Av de fem største yrkesgruppene var økningen størst for håndverkere (+24 prosent) og deretter for salgs- og serviceyrker og blant ledere (+16 prosent).

Den større økningen i sykefraværet i bygg og anlegg og blant håndverkere drives av en spesielt kraftig økning i disse gruppene i 2020, som må sees i sam-

Figur 5. Legemeldt sykefravær i 2023 i prosent av avtalte dagsverk, og prosentvis endring 2019–2023, etter ulike kjennetegn



Kilde: NAV og SSB

menheng med de mange permitteringene det første nedstengingsåret. Høy inflasjon og økt rentenivå har også dempet aktiviteten i bygg og anlegg det siste året, selv om det foreløpig ikke har vært omfattende nedbemanninger (Myklathun mfl. 2024). Det er tidligere påvist en sammenheng mellom nedbemanninger og sykefravær som blant annet kan forklares med substitusjon mellom sykepengen og dagpenger ved permittering, noe som særlig er påvist for bygg og anlegg (Godøy 2014, se også Nossen 2014). Dette er derfor en mulig forklaring på den store økningen i sykefraværet i bygg og anlegg og blant håndverkere, særlig i 2020, men muligens også i 2023. Økningen i samtlige næringer og ikke kun i de konjunkturutsatte betyr uansett at konjunkturutviklingen ikke er hovedforklaringen på økningen i sykefraværet i 2022 og 2023. Som følge av dette går vi ikke nærmere inn på sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmarked i artikkelen.

Økt sykefravær innen flere diagnosegrupper

I NAVs sykefraværsregister har vi informasjon om diagnosen satt ved utstedelse av sykmeldingen. Med detaljert informasjon om hvilke sykdommer og lidelser som reduserer arbeidsevnen til norske arbeidstakere, kan vi si noe om befolkningens sykdombilde. I det følgende ser vi først på utviklingen i sykefraværet fordelt på de store diagnosegruppene, før vi bryter det ned på de enkeltdiagnosene som har bidratt mest til utviklingen.

Muskel-skjelettlidelser er den vanligste diagnosegruppen ved sykefravær. Dette sykefraværet var lavere enn normalt de første pandemiårene (figur 6), sannsynligvis en følge av nedstenging og hjemmekontor og dermed større mulighet for tilrettelegging. Etter hvert økte sykefraværet relatert til muskel-skjelettlidelser igjen, og i 2023 lå det omtrent på nivå med tiden før pandemien. Selv om dette er den vanligste diagnosegruppen ved sykefravær, er det altså i liten grad den som står for økningen.

Det har også vært en viss økning i sykefraværet for «alle andre lidelser», som her består av diagnosegrupper som er moderat til lite vanlige ved sykefravær,

men som til sammen er på nivå med muskel-skjelettlidelser. Fra 2019 til 2023 var økningen på 11 prosent, men med en særlig økning i fjerde kvartal 2022 og i 2023. Økningen skyldes i all hovedsak diagnosegruppen «allmenne og uspesifiserte lidelser», som økte med 54 prosent. Videre kan 82 prosent av økningen innen allmenne/uspesifiserte lidelser, og 67 prosent av økningen for «alle andre lidelser» totalt, forklares med en sterk vekst i «slapphet/tretthet». Sykefravær knyttet til denne diagnosen ble fordoblet fra fjerde kvartal 2019 til fjerde kvartal 2023. «Slapphet/tretthet» er en diagnose som er tydelig knyttet til «long covid» (Moberg og Kabashi 2023, jf. Norsk Elektronisk Legehåndbok).

Fortsatt høyere sykefravær knyttet til luftveislidelser

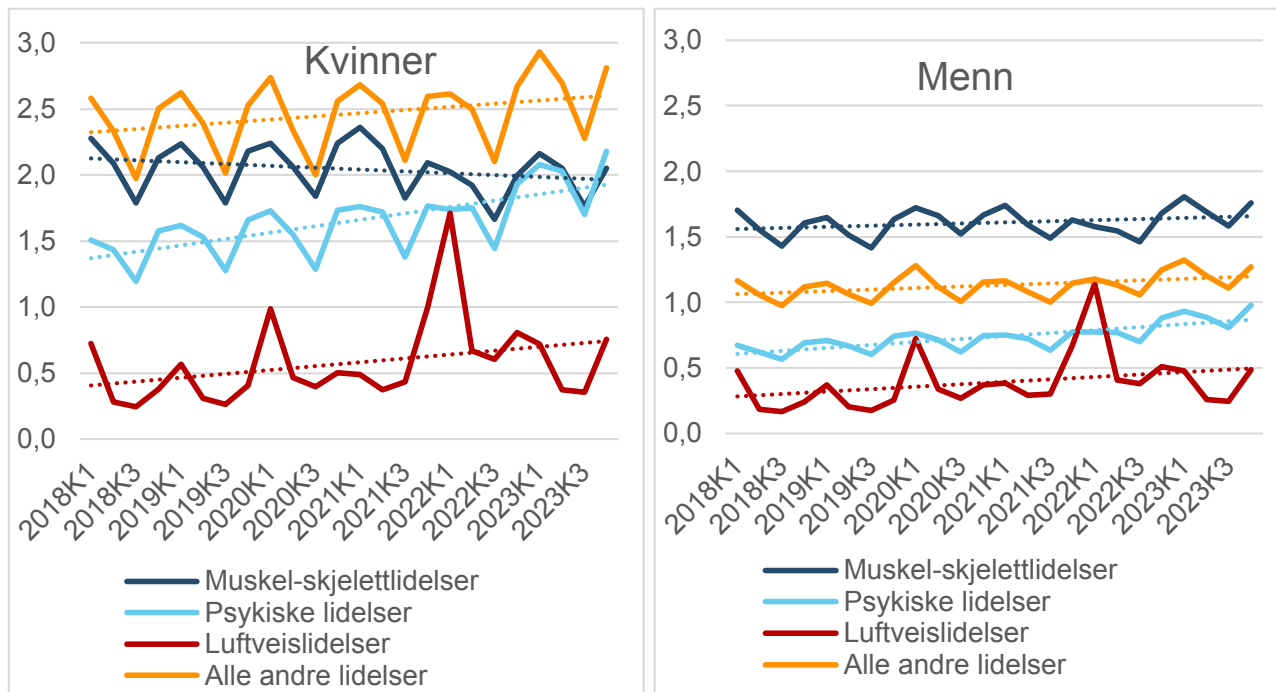
Som for sykefraværet generelt, hadde også sykefravær med diagnoser innen luftveislidelser topper i første kvartal 2020 og første kvartal 2022 (figur 6). I første kvartal 2022 lå sykefravær knyttet til luftveislidelser samlet sett nesten et helt prosentpoeng høyere enn i samme kvartal et normalår, og betydelig høyere enn i første kvartal 2020. Sykefraværet knyttet til luftveislidelser var også høyere enn normalt gjennom 2022 og 2023. I fjerde kvartal 2023 økte det på nytt, og var nær dobbelt så høyt som normalt for fjerde kvartal.

Når vi ser på enkeltdiagnoser innen luftveislidelser, står de to covid-19 diagnosene (henholdsvis mistenkt og bekreftet covid-19) for over 60 prosent av økningen fra fjerde kvartal 2019 til fjerde kvartal 2023. Til sammen står disse, sammen med «akutt øvre luftveisinfeksjon» og influensa, for 94 prosent av økningen knyttet til luftveislidelser.

Markant økning i sykefravær med diagnoser innen psykiske lidelser

Sykefravær grunnet psykiske lidelser viste en økende tendens også før pandemien (figur 6). Økningen de første årene med pandemi kan ses på som en forlengelse av utviklingen før pandemien. Men fra fjerde kvartal 2022 har økningen tiltatt. I fjerde kvartal 2023 var sykefravær knyttet til psykiske lidelser 32 prosent høyere enn i fjerde kvartal 2019. Økningen den siste tiden har med andre ord vært betydelig sterkere enn det som

Figur 6. Legemeldt sykefravær etter diagnosegruppe og kjønn. Prosent av avtalte dagsverk. Kvartalsvis 2018–2023 med lineære trendlinjer



Kilde: NAV

var tilfelle før pandemien. Den prosentvise økningen er like stor for kvinner og menn, men i absolutte tall (prosentpoeng) er den betydelig større for kvinner.

Hele 43 prosent av økningen i sykefraværet fra 2019 til 2023 kan tilskrives økningen for psykiske lidelser. Luftveislidelser stod for 33 prosent og «allmenne og uspesifiserte lidelser» 19 prosent, herav «slapphet/tretthet» 15 prosent. Disse andelene påvirkes både av hvor stor økningen har vært i hver diagnosegruppe, og av hvor stort sykefraværet innen en diagnosegruppe var i utgangspunktet.

Større økning i sykefravær innen psykiske lidelser for personer under 40 år

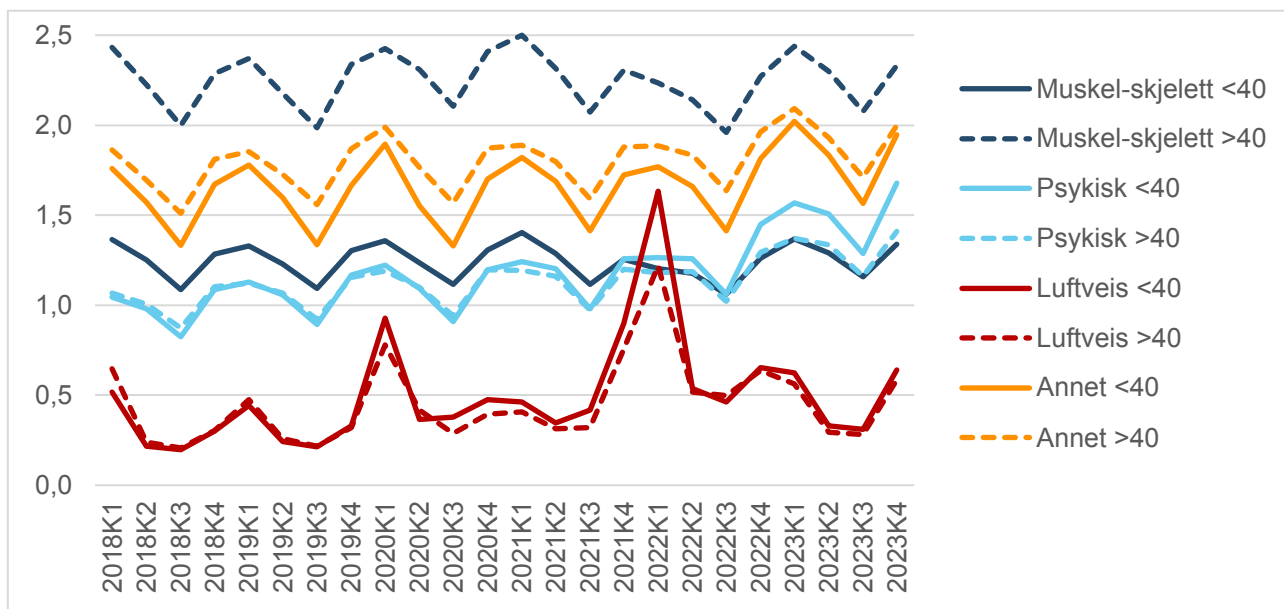
Som nevnt er det i de to yngste aldersgruppene (16–29 år og 30–39 år) vi ser den klart største økningen i sykefraværet. Vi skiller derfor også på diagnosefordelt sykefravær mellom personer over og under 40 år (figur 7). Når det gjelder sykefraværet før pandemien (nivå), er sykefravær grunnet muskel- og skjelettlidelser langt mindre vanlig blant de yngre (heltrukne kur-

ver) enn blant de eldre (stiplede kurver). Det er en lignende, men liten, forskjell når det gjelder fravær grunnet «alle andre lidelser» (kalt «annet» i figuren). Innen luftveislidelser er det generelt liten forskjell, og frem til midten av 2022 har det også vært overraskende liten forskjell innen psykiske lidelser.

I pandemiårene har personer over og under 40 år i stor grad hatt en nokså lik utvikling i sykefraværet knyttet til de fire store diagnosegruppene. Den tydeligste forskjellen er at økningen i sykefravær grunnet psykiske lidelser har vært betydelig sterkere blant de yngre enn blant de eldre, og spesielt gjelder dette økningen i 2022 og 2023. Vi ser også en antydning til det samme for «annet (alle andre lidelser)». Sykefravær knyttet til luftveislidelser har i perioder økt noe mer for de yngre, noe som sannsynligvis henger sammen med at flere under 40 år har små barn og dermed er mer utsatt for smittsomme infeksjoner.

Som følge av at de lange sykefraværene står for størsteparten av økningen i sykefraværet, undersøkte vi

Figur 7. Legemeldt sykefravær for personer over og under 40 år, etter diagnosegruppe. Prosent av avtalte dagsverk. Kvartalsvis 2018-2023



Kilde: NAV

også diagnosefordelingen for sykefravær som varer lenger enn 26 uker (ikke vist i figur). Dersom diagnosen har blitt endret i løpet av sykefraværet, er det her alltid den siste diagnosen som er benyttet. Fra fjerde kvartal 2018 til 2022 økte tapte dagsverk ved sykefravær på over 26 uker med diagnoser innen psykiske lidelser med 34 prosent, noe som utgjorde 48 prosent av økningen, altså noe sterkere vekst enn for sykefraværet når vi ikke skiller på varighet. Tapte dagsverk knyttet til luftveislidelser økte med 28 prosent, men disse sykefraværene er sjelden langvarige og stod for bare 3 prosent av økningen. Derimot økte tapte dagsverk innen «allmenne og uspesifiserte lidelser» (hvor «slapphet/tretthet» inngår) med hele 70 prosent (21 prosent av økningen). Det var også en økning på 8 prosent i tapte dagsverk med diagnoser innen muskel-skjelettlidelser (16 prosent av økningen).

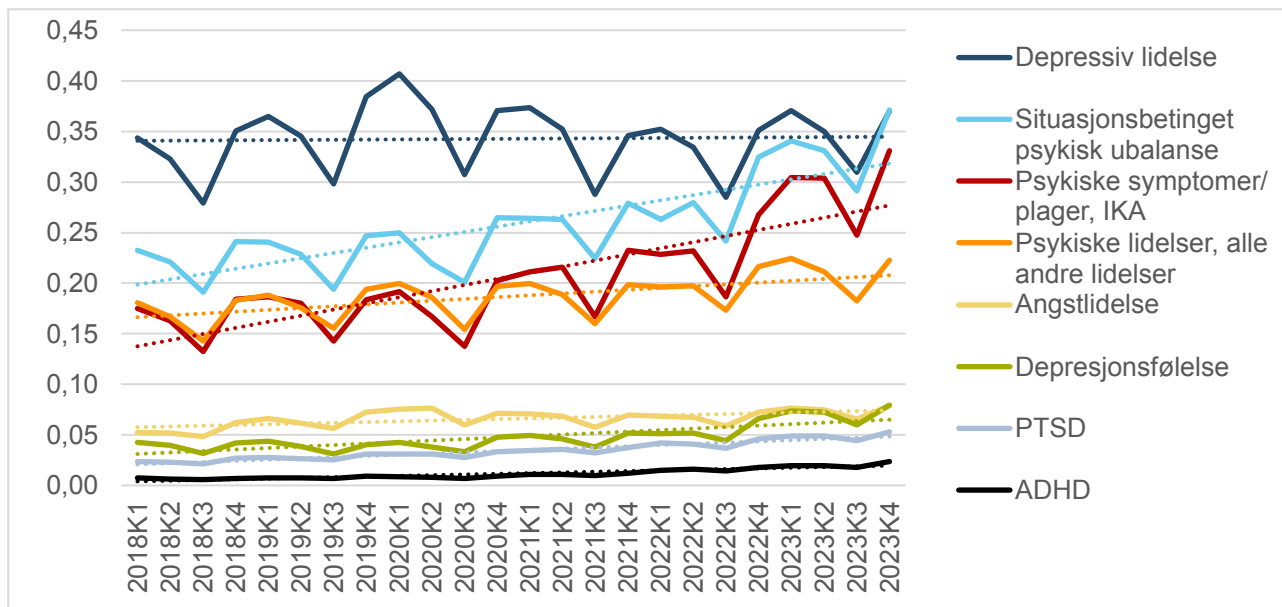
Økningen innen psykiske lidelser skyldes uspesifikke symptomdiagnoser

Nesten halvparten av økningen i sykefraværet fra 2018 til 2023 kan altså tilskrives diagnoser innen psykiske lidelser. De tre vanligste sykefraværsmeldingene i denne gruppen er (både før og etter korona)

«depressiv lidelse», «psykiske symptomer og plager, IKA¹³» og «situasjonsbetinget psykisk ubalanse» (figur 8). Sykefravær knyttet til de to sistnevnte diagnosene økte kraftig under pandemien, og i fjerde kvartal 2023 utgjorde de til sammen drøyt én million tapte dagsverk. Til sammen stod disse to symptomdiagnosene, hvorav sistnevnte bes unngått ved sykmelding og til og med frarådes ved lengre sykmelding (Helse- direktoratet 2023), for 74 prosent av økningen i sykefravær med diagnoser innen psykiske lidelser. «Depressiv lidelse» var derimot stabil, mens den mer symptombaserte diagnosen «depresjonsfølelse» (som brukes mindre) økte markant. Når vi legger økningen i denne sammen med de to mer uspesifikke diagnosene, stod disse tre symptomdiagnosene til sammen

¹³ IKA står for «ikke klassifisert annetsteds», og benyttes for diagnoser som utgjør en restkategori av symptomer og plager som ikke faller inn under andre diagnoser. I Helsedirektoratets sykmelderveileder kalles denne diagnosen for «utbrenthet», og vi antar derfor at den også settes ved symptomer på stress og utbrenthet.

Figur 8. Legemeldt sykefravær etter diagnose. Prosent av avtalte dagsverk. Kvartalsvis 2018–2023 med lineære trendlinjer. Utvalgte enkeltdiagnoser innen psykiske lidelser



* IKA: Ikke klassifisert annetsteds

Kilde: NAV

for 84 prosent av økningen i sykefravær relatert til psykiske lidelser.

Størst vekst i tapte dagsverk grunnet ADHD

Enkelte mer spesifikke diagnoser innen psykiske lidelser, som i utgangspunktet står for en beskjeden del av sykefraværet, har også bidratt til veksten. Det var spesielt stor prosentvis økning for «hyperkinetisk forstyrrelse» (heretter ADHD). Fra fjerde kvartal 2019 til fjerde kvartal 2023 økte sykefraværet med ADHD som diagnose med 161 prosent (figur 8). Noe av denne økningen kan skyldes at personer med ADHD-diagnose fikk forverret plagene under nedstengingen, men det kan også være nyoppståtte plager som førte til at flere fikk ADHD-diagnose. Slike plager kan også være klassifisert som senfølger av covid-19, jf. at studier har funnet at oppmerksomhetsvansker, som redusert hukommelse og hjernetåke, er blant de vanligste senfølgerne.¹⁴

Det var også en stor økning i sykefravær grunnet «posttraumatisk stresslidelse» (PTSD). Dette sykefraværet økte med 75 prosent fra fjerde kvartal 2019 til fjerde kvartal 2023. Det er ikke publisert offentlig statistikk over utviklingen i antall personer med PTSD de siste årene, men flere studier viser til at det er en sammenheng mellom covid-19 og PTSD i tillegg til blant annet depresjon og angst (Fjone mfl. 2024; Bonsaksen mfl. 2020; Johnson mfl. 2020).

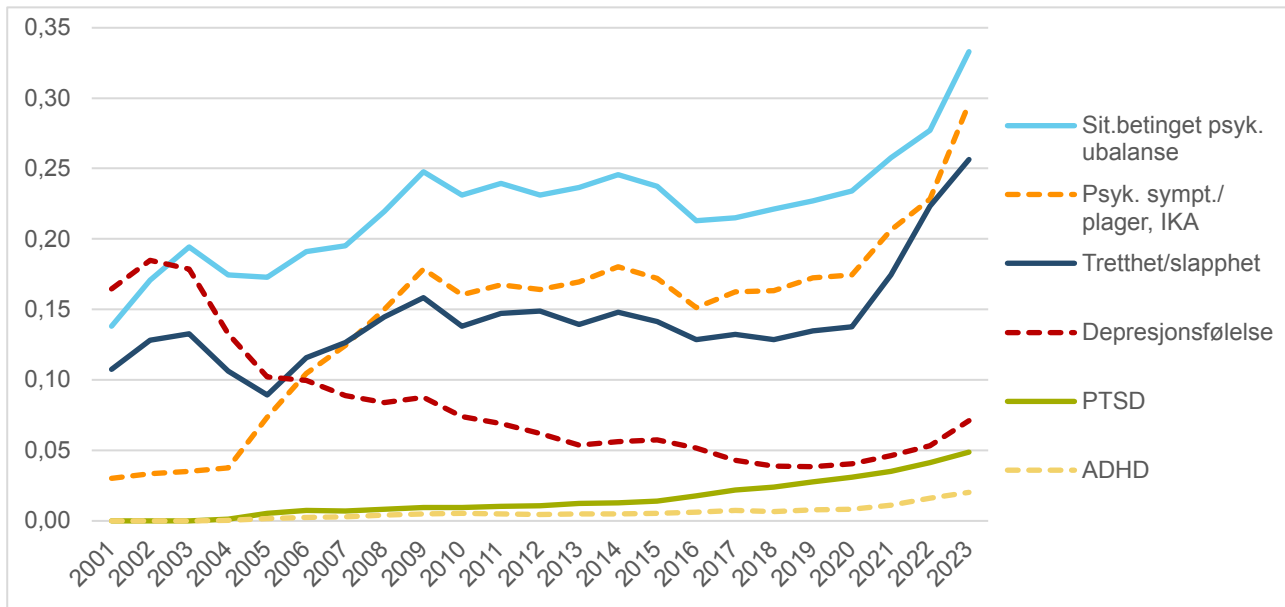
Til sammen stod ADHD og PTSD for 10 prosent av økningen i sykefravær relatert til psykiske lidelser, og forklarer dermed en relativt liten del av den totale økningen i sykefraværet. De omtales likevel siden sykefravær med disse diagnosene har vokst eksepsjonelt mye i pandemiperioden.

Tydelig trendbrudd i utviklingen for diagnosene med størst økning

En kan stille spørsmål ved om økningen vi ser for de nevnte enkeltdiagnosene kun skyldes en økning under/etter pandemien, eller om det er en fortsettelse av en trend som begynte før 2020. Figur 9 viser lengre

¹⁴ <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>

Figur 9. Legemeldt sykefravær etter diagnose. Prosent av avtalte dagsverk. Årlig 2001-2023. Utvalgte enkeltdiagnoser innen psykiske lidelser samt slapphet/tretthet



* IKA: Ikke klassifisert annetsteds

Kilde: NAV

tidsserier for sykefravær knyttet til de fem enkeltdiagnosene som har økt mest innen psykiske lidelser, samt «slapphet/tretthet». Fra 2009 til 2019 var det stor grad av stabilitet, slik at den store økningen i pandemiperioden for de tre største diagnosene er et klart brudd på denne utviklingen.

Figuren viser imidlertid også at økningen de siste årene ikke er helt unik, siden de to store diagnosene som økte mest hadde en lignende vekst fra omkring 2005 til 2009. Den gang skal det imidlertid ha vært en endring i legenes sykmeldingspraksis som bidro til økt bruk av de uspesifikke symptomdiagnosene.¹⁵ Sykefravær grunnet depresjonsfølelse ble merkbart redusert i årene før pandemien, mens det var en viss økning for ADHD. PTSD skilte seg ut ved å ha en relativt sterk økning i perioden 2015–2019.

¹⁵ Det skal ha vært en tydelig forskyving i legenes sykmeldingspraksis hvor de blant annet ble mer restriktive med å benytte «depressiv lidelse» og/eller «depresjonsfølelse» fordi disse diagnosene kunne gjøre det vanskelig å inngå private helseforsikringer. I stedet benyttet de i større grad mer uspesifikke symptomdiagnoser (Brage mfl. 2012).

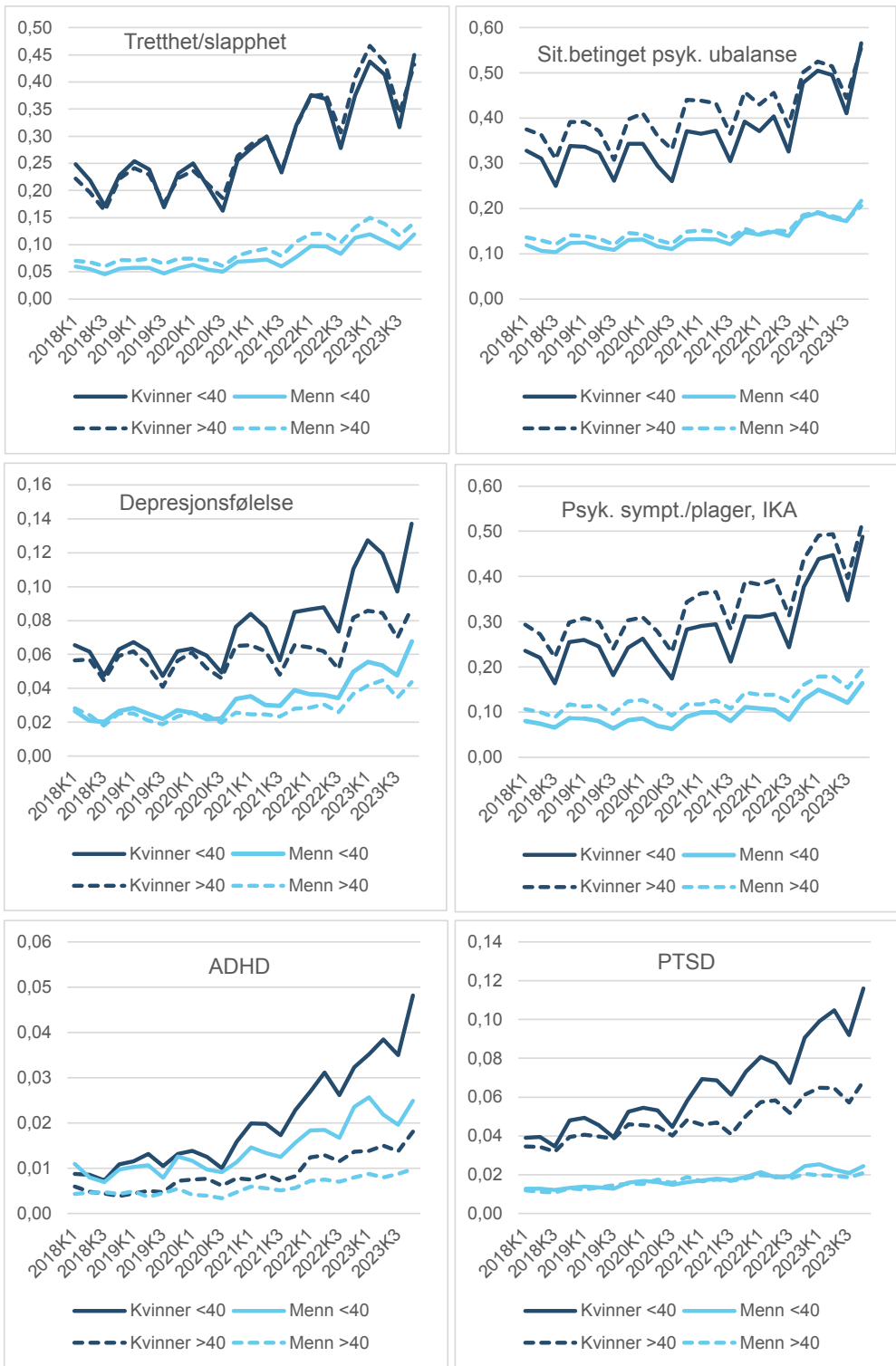
Relativt små kjønnsforskjeller for diagnosene med størst økning

Figur 10 viser utviklingen i de viktigste diagnosene fordelt på kjønn og alder (over og under 40 år). Første figur viser sykefravær knyttet til «slapphet/tretthet», som er langt vanligere blant kvinner enn blant menn, men som ser ut til å ha økt nokså jevnt i løpet av pandemiperioden for begge kjønn. Det har økt litt sterkere blant personer over 40 år enn blant dem under 40 år.

De neste tre figurene viser de tre diagnosene som forklarer mesteparten av økningen knyttet til psykiske lidelser. For alle disse, og for begge kjønn, ser vi at den store økningen startet først i fjerde kvartal 2022, selv om de økte noe også tidligere i pandemien. Her er det gjennomgående størst økning for dem under 40 år.

Figuren over utviklingen i ADHD viser at det er kvinner under 40 år som har størst økning i sykefravær med ADHD som diagnose. Dette er i tråd med tall fra Folkehelseinstituttet som viser en kraftig økning fra 2020 til 2022 i nye ADHD-diagnostiserte under 25 år,

Figur 10. Legemeldt sykefravær for kvinner og menn over og under 40 år, etter diagnose. Prosent av avtalte dagsverk. Kvartalsvis 2018-2023. Slapphet/tretthet og utvalgte enkeltdiagnoser innen psykiske lidelser



* IKA: Ikke klassifisert annetsteds

Kilde: NAV

og særlig blant kvinner 16–19 år og 20–24 år.¹⁶ Men det er en markant økning i sykefravær med ADHD også blant menn under 40 år. Vi ser at dette sykefraværet har økt nokså jevnt gjennom hele pandemiperioden, i likhet med «slapphet/tretthet», men i motsetning til det vi har sett for psykiske lidelser ellers. Det kan være en indikasjon på at (noe av) dette sykefraværet henger sammen med koronainfeksjon og altså kan være senfølger av covid-19, men dette har vi ikke undersøkt nærmere. Vi ser et lignende bilde for sykefravær knyttet til PTSD (den siste figuren), men her dreier det seg nesten utelukkende om kvinner.

Diskusjon

Nær fire år etter starten på koronapandemien og nedstengingen av samfunnet er sykefraværet fortsatt høyt og økende. Årsstatistikk for legemeldt sykefravær viser en økning på 16 prosent siden før pandemien, fra 4,8 prosent i 2019 til 5,6 prosent i 2023. Noe av økningen kan knyttes direkte til koronaviruset, og spesielt kan det høye sykefraværet i første kvartal 2020 og første kvartal 2022 knyttes til kjente smittebølger. Sykefraværet har imidlertid økt gjennom hele perioden, og i fjerde kvartal 2023 var det legemeldte sykefraværet ifølge sesongjusterte tall like høyt som på smittetoppen i 2022. Våre funn tyder på at økningen har flere parallelle drivere, også utover de direkte og indirekte konsekvensene av pandemien.

Det er flere forklaringer på økningen i sykefravær grunnet luftveislidelser. For det første bidrar koronaviruset fremdeles til sykdom ved at vi nå har ytterligere ett smittsomt virus som gir luftveisinfeksjoner i befolkningen (OUS 2024). Smittede kan også ha fått en sekundærinfeksjon (infeksjon som følge av at man er mer utsatt for bakteriell infeksjon etter en virusinfeksjon), som kan ha ført til nye sykefravær. I tillegg er det fremdeles immunitetsunderskudd mot influensavirus som følge av at det var mindre influensa enn normalt under pandemien (FHI 2023a), slik at det også er høyere influensafravær enn før pandemien.

En annen effekt pandemien har hatt på sykefraværet er knyttet til senfølger av covid-19. Det tydeligste tegnet på dette finner vi ved å studere utviklingen i sykefravær med diagnosen «slapphet/tretthet», som ifølge den elektroniske legehåndboka er en av hoveddiagnosene som kan benyttes ved koding av «long covid» i primærhelsetjenesten. Utmattethet og søvnvansker er blant de vanligste påviste senfølgene av gjennomgått covid-19, og det har vært en dobling i sykefravær med «slapphet/tretthet» som diagnose. Det kan også være andre senfølger som gir økt sykefravær med andre diagnoser, men siden det er usikkert hvilke diagnoser dette gjelder, er det vanskelig å undersøke.

Det er spesielt usikkert hva som er årsak til den markante veksten i sykefravær med diagnoser innen psykiske lidelser. Det kan ikke utelukkes at noe av denne økningen skyldes senfølger av covid-19. Studier viser at både angst og depresjon er blant mulige senfølger av covid-19, men sykefraværet med disse diagnosene har økt lite. Økningen i sykefravær knyttet til psykiske lidelser dreier seg primært om uspesifikke symptomdiagnoser, samt ADHD og PTSD. Veksten kan også ha en mer indirekte sammenheng med pandemien, ved at nedstenging og isolasjon, permitteringer og hjemmekontor kan ha ført til, eller forsterket, følelser som ensomhet, økonomiske bekymringer og bekymringer for egen og andres helse. Dette kan i sin tur kan ha hatt en effekt på den psykiske helsen i befolkningen. Det kan også være at psykiske plager ble holdt i sjakk på hjemmekontor under pandemien, eller at belastningen på helsevesenet hindret personer i å søke psykisk helsehjelp, noe som kan ha tatt seg opp igjen etter pandemien. I tillegg kan det ha vært problematisk for noen å skulle komme tilbake til sin vanlige arbeidsplass etter pandemien.

Mesteparten av økningen i sykefravær grunnet psykiske lidelser kom først fra høsten 2022, noe som kan tyde på at andre forhold enn pandemien har vært viktigere for denne økningen. Vi kan ikke si noe sikkert om hvilke forhold dette er, men det kan tenkes at den markante økningen i sykefravær grunnet psykiske lidelser henger sammen med hendelser i perioden etter pandemien, herunder krig og høyt internasjonalt konfliktnivå, økt inflasjon og økt rente, som for noen kan gi økonomiske vansker, samt at konsekvensene

¹⁶ Økning i ADHD-diagnoser for barn og unge under pandemien - FHI

av klimakrisen blir tydeligere. Dette kommer i tillegg til andre mulige årsaker til økte psykiske plager, som prestasjonspress, bruk av sosiale medier, økt arbeidspress og problemer med å kombinere arbeidsliv og familieliv. Utviklingen kan også sees i lys av årets utgave av verdens lykkerapport, som konkluderer med at Norge er verdens tredje lykkeligste land i befolkningen over 60 år, men blant personer under 30 år rangeres Norge bare som land nummer 20 (Nes mfl. 2024). Denne utviklingen startet allerede før pandemien og har bidratt til at Norge (som eneste land i Norden) har falt på den internasjonale lykkerangeringen. Både Ungdata- og Norsk Monitor-undersøkelsen viser at lavere generell tilfredshet kan ha sammenheng med lavere fremtidsoptimisme i form av økt bekymring om økonomi, arbeidsliv og bærekraft blant de under 40 år – samme aldersgruppe som har hatt størst økning i sykefravær med psykiske lidelser. Mange av utviklingstrekkene rammer altså de yngre spesielt, slik at årsakene til denne typen sykefravær sannsynligvis er svært sammensatte.

Vi kan ikke si noe om årsakene til økningen i sykefravær grunnet ADHD og PTSD. Det har vært spekulert i om økningen i ADHD skyldes at nedstengingen har tydeliggjort, eller forsterket, oppmerksomhetsproblemer som allerede var til stede før pandemien, men dette har i hovedsak handlet om barn og unge på hjemmeskole.¹⁷ Det kan likevel tenkes at hjemmekontor har hatt samme innvirkning på voksne. Blant symptomene som ligger til grunn for diagnostisering av ADHD er oppmerksomhetsvansker¹⁸, som redusert hukommelse og hjernetåke, symptomer som også er fremtredende i forbindelse med senfølger av covid-19. Det stilles derfor også spørsmål om økningen i ADHD kan være en direkte senfølge av covid-19, men det er, så vidt vi vet, ikke publisert forskning som studerer denne sammenheng.

Endelig kan man spørre om koronaviruset har hatt en mer indirekte påvirkning på sykefraværet ved at de strenge anmodningene om å holde seg hjemme ved sykdom, samt oppmerksomheten på smittereduse-

rende tiltak, kan ha endret befolkningens holdninger til å jobbe til tross for sykdom. Dette er kanskje spesielt relevant innen tjenesteytende næringer, med utadrettet kontakt, som for eksempel helse- og sosialtjenesten, og innen salgs- og serviceyrker. Samtidig viser våre tall at sykefraværet har økt mer i andre næringer og yrkesgrupper enn i de to nevnte. Vi antar også at bruken av hjemmekontor under pandemien, og i etterkant av den, har ført til *mindre* korttidsfravær knyttet til luftveislidelser og muskel- og skjelettlidelser. Problemstillingen er likevel relevant, og Norsk Monitors løpende undersøkelse av befolkningens holdninger til å være sykmeldt ved ulike livshendelser tyder på en viss liberalisering av holdningene de senere år. Men en stor del av denne dreiningen kom før pandemien, og selv om den fortsatte i 2021-undersøkelsen (muligens påvirket av pandemien), tyder 2023-undersøkelsen på at tendensen i noen grad har snudd igjen (se vedlegg).

Referanser

Antonelli, Michela, Joan Capdevila Pujol, Tim D. Spector, Sebastien Ourselin og Claire J. Steves (2022) «Risk of long COVID with delta versus omicron variants of SARS-CoV-2». *The Lancet*, 399, 2263–2264.

Bhaskaran K, Rentsch CT, Hickman G, et al. (2022) Overall and cause-specific hospitalisation and death after COVID-19 hospitalisation in England: «A cohort study using linked primary care, secondary care, and death registration data in the OpenSAFELY platform». *PLoS Med.*, 19(1):e1003871, doi:10.1371/journal.pmed.1003871.

Bonsaksen, Tore, Trond Heir, Inger Schou-Bredal, Øivind Ekeberg, Laila Skogstad og Tine K. Grimholt (2020) «Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors during the Early Stage of the Covid-19 Pandemic in Norway». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, no. 24: 9210.

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

¹⁷ <https://www.fhi.no/nyheter/2023/okning-i-adhd-diagnoser-forbarn-og-unge-under-pandemien/>

¹⁸ <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>

- Clift AK, Ranger TA, Patone M, et al. (2022) Neuropsychiatric Ramifications of Severe COVID-19 and Other Severe Acute Respiratory Infections. *JAMA Psychiatry*, 79(7):690-698. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1067.
- Dahl, Espen Steinung, Jorunn Furuberg, Ingunn Helde, Åshild Male Kalstø, Inger Cathrine Kann, Andreas Myhre, Heidi Nicolaisen, Jon Petter Nossen og Mia Sohlman (2021) «Ett år med korona. Utvikling og utsikter for NAVs ytelser og brukere». *Arbeid og velferd*, 1, 21–43.
- Fjone, K.S., E.A. Buanes, M.C. Småstuen, J.H. Laake, J. Stubberud og K. Hofsvø (2024) «Post-traumatic stress symptoms six months after ICU admission with covid-19: Prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 33, 103–114.
- Folkehelseinstituttet (2022) «Senfølger etter covid-19 og nyoppstått sykdom etter covid-19: hurtigoversikt». Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2022/senfolger-etter-covid-19-og-nyoppstatt-sykdom-etter-covid-19/>. Hentet 04.05.2024.
- Folkehelseinstituttet (2023a) «Epidemier av luftveisinfeksjoner i Norge vinteren 2023-24. Risiko, scenarier og håndtering». Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/statusrapporter/risikovurdering-for-luftveisinfeksjoner/>. Hentet 13.05.2024.
- Folkehelseinstituttet (2023b) «Norske studier om senfølger etter covid-19: systematisk litteratursøk med sortering». Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2023/norske-studier-om-senfolger-etter-covid-19/>. Hentet 19.04.2024.
- Godøy, Anna (2014) «Sykefravær og permitteringer i bygg og anlegg etter finanskrisen». *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4), 296–310.
- Grøslund, Mari, Bjørn-Atle Reme og Hege Marie Gjefsen (2023) «Impact of Omicron on sick leave across industries: a population-wide study». *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(5), 759–763.
- Hagelund, Anniken (2014) *Sykefraværets politikk – trygdeordningen som ikke lot seg rikke?* Oslo: Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet (2023) Senfølger etter covid-19. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/koronavirus/senfolger-etter-covid-19/>. Hentet 06.05.2023.
- Huang L, Yao Q, Gu X, et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study (2021) *The Lancet*, 398(10302):747-758. doi:10.1016/S0140-6736(21)01755-4.
- Johnson, Sverre Urnes, Ebrahimi Omid V. og Hoffart Asle (2020) «PTSD symptoms among health workers and public service providers during the covid-19 outbreak». *PLoS ONE*, 15(10): e0241032.
- Magnusson, K., D.T. Kristoffersen, A. Dell’Isola, A. Kiadaliri, A. Turkiewicz, J. Runhaar, S. Bierma-Zeinstra, M. Englund, P.M. Magnus og J.M. Kinge (2022) «Post-covid medical complaints following infection with SARS-CoV-2 Omicron vs Delta variants». *Nat Commun* 13, 7363. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35240-2>.
- Moberg, Lene Lehmann og Saranda Kabashi (2023) «Sykefravær etter covid-19: Sammenheng mellom covid-19 og trøtthet og slapphet». *Arbeid og velferd*, 2, 25–40.
- Myklathun, Kristian, Kristine von Simson, Othilde Skjøstad og Johannes Sørbø (2024) «Utviklingen på arbeidsmarkedet. NAVs arbeidsmarkedsprognose». *Arbeid og velferd*, 1, 18–31.
- Nes, Ragnhild Bang, Hansen Thomas, Gunvor Eilertsen, Maja, Røysamb, Espen og Sevenius Nilsen, Thomas (2024) «(U)Balanse i lykkeregnskapet: De eldre i oppsving, de yngre sakker akterut». <https://www.fhi.no/ps/livskvalitet-og-trivsel/ubalanse-i-lykkeregnskapet-de-eldre-i-oppsving-de-yngre-sakker-akterut/>.
- NORAD (2023) «Seks av ti nordmenn tror levekårene i verden blir verre i 2050». Tilgjengelig fra: <https://www.norad.no/aktuelt/nyheter/2023/norad-undersokelse-seks-av-ti-nordmenn-tror-levetekarene-i-verden-bli-verre-i-2050/>. Hentet 07.05.2024.

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

Nossen, Jon Petter (2022) «Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen?». *Arbeid og velferd*, 3, 5–22.

Nossen, Jon Petter og Therese Sundell (2020) «Sykefraværet i Norge den første tiden etter pandemiutbruddet». *Arbeid og velferd*, 2, 25–37.

Oslo Universitetssykehus (2024). Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/ekspertsykehuset/evig-runddans-av-smitte-med-influenza-og-sars-cov-2/>. Hentet 22.04.2024.

Stavem K, Einvik G, Tholin B, Ghanima W, Hessen E, Lundqvist C (2022) Cognitive function in non-hospitalized patients 8–13 months after acute COVID-19 infection: A cohort study in Norway. *PLoS ONE*, 17(8): e0273352. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273352>.

Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. (2021). Prevalence and Determinants of Fatigue after COVID-19 in Non-Hospitalized Subjects: A Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4):2030. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042030>.

Søraas A, Kalleberg KT, Dahl JA, Søraas CL, Myklebust TÅ, Axelsen E, et al. (2021) Persisting symptoms three to eight months after non-hospitalized COVID-19, a prospective cohort study. *PLoS ONE*, 16(8): e0256142. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256142>.

Sørensen, A.I.V., Spiliopoulos, L., Bager, P. et al. (2022) «A nationwide questionnaire study of post-acute symptoms and health problems after SARS-CoV-2 infection in Denmark». *Nat Commun*, 13, 4213 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-022-31897-x>.

Vedlegg

Tabell V1.

		Ingen grunn til sykmelding	Sykmelding i 1-3 dager	Sykmelding inntil 2 uker	Sykmelding inntil 4 uker	Sykmelding lenger enn 4 uker	Vet ikke/ubesvart	Sum
Sorg ifbm. dødsfall i familie eller nære relasjoner	2015	6	31	34	10	9	11	100
	2017	6	31	32	10	9	12	100
	2019	5	29	35	10	9	12	100
	2021	5	24	34	12	13	11	100
	2023	5	27	33	12	13	10	100
Vanskeligheter i forbindelse med samlivs-brudd	2015	20	27	26	9	4	14	100
	2017	21	25	27	8	5	13	100
	2019	19	25	29	8	5	14	100
	2021	15	24	28	12	7	14	100
	2023	18	25	28	10	7	12	100
Dårlig arbeidsmiljø	2015	39	12	14	7	9	18	100
	2017	37	12	14	8	11	19	100
	2019	33	12	17	8	12	18	100
	2021	29	10	17	9	16	19	100
	2023	31	13	16	8	15	17	100
Stort press eller stress på jobben	2015	39	19	16	6	7	13	100
	2017	39	19	16	6	7	14	100
	2019	33	18	17	7	9	15	100
	2021	29	16	18	10	12	15	100
	2023	31	16	17	9	13	14	100
Når man føler seg trett eller sliten	2015	58	21	8	2	2	9	100
	2017	58	22	7	2	2	9	100
	2019	55	25	7	2	2	9	100
	2021	51	23	10	3	2	11	100
	2023	53	23	9	3	3	9	100
Når man har sykt barn og sykt barn-dagene er brukt opp	2015	12	46	18	3	7	15	100
	2017	13	42	18	2	9	16	100
	2019	12	45	17	3	7	16	100
	2021	12	41	20	3	9	15	100
	2023	12	43	19	3	8	15	100
Pleie eller omsorg for andre nære familie-medlemmer	2015	11	23	23	10	16	16	100
	2017	11	21	24	8	19	18	100
	2019	12	23	24	9	16	17	100
	2021	10	19	24	9	20	17	100
	2023	10	21	24	9	19	16	100

Kilde: IPSOS