

Endringer i fastlegens sykmeldingspraksis

**Konsekvenser for de
sykmeldtes arbeidstilknytning
og behov for trygdeytelser**

Endringer i fastlegenes sykmeldingspraksis: Konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser

**Arbeids- og velferdsdirektoratet
Statistikk og utredning
Mai 2007**

Rapport utarbeidet av:
Inger Cathrine Kann og Søren Brage

ISBN 987-82-551-1147-4

Arbeids og velferdsdirektoratet
Statistikk og utredning

Rapporten kan bestilles på 21070000 eller
per e-post: nav.statistikk.utredning@nav.no
Rapporten er tilgjengelig på
www.nav.no under "Tall og analyse"

Forord

Reglene for sykmelding ble endret i juli 2004 med sikte på å gi mer arbeidsrelatert aktivitet blant sykemeldte. Et viktig spørsmål er derfor hvilken praksis som er optimal fra et samfunnsmedisinsk perspektiv. Hvilken sykmeldingspraksis fører til flest helsegevinster, minst sykefravær, minst uførepensjonering og høyest yrkesdeltagelse på lang sikt?

Til å belyse disse spørsmålene har Arbeids og velverdsdirektoratet gjennomført to undersøkelser. En registerundersøkelse basert på Arbeids- og velferdsdirektoratets registre, og en spørreundersøkelse til fastlegene. Prosjektet er delvis finansiert av Arbeids og inkluderingsdepartementet.

I en referansegruppe knyttet til prosjektet deltok Ingrid Carina Kobbenes fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Jan Emil Kristoffersen fra Den Norske Legeforening, Hilde Lurås fra Helse Øst Kompetansesenter for Helsetjenesteforskning, Simen Markussen fra Frisch senteret og Vigdis Solheim fra NAV Drift og utvikling. Vi vil takke referansegruppen for kritiske og nyttige kommentarer underveis. Disse har selvsagt ikke ansvar for eventuelle feil i rapporten, eller for de vurderinger som gis.

Rapporten er utarbeidet av Søren Brage og Inger Cathrine Kann i Utredningskontoret i Seksjon for Statistikk og utredning i Arbeid og velferdsdirektoratet.

Arbeids og velferdsdirektoratet
Statistikk og utredning
Juni 2007

Stein Langeland
Seksjonsleder

Hans Kure
Kontorsjef

Sammendrag

Reglene for sykmelding ble endret i juli 2004 med sikte på å gi mer arbeidsrelatert aktivitet blant sykmeldte. Mange fastleger endret sin praksis etter denne datoen. De skrev ut færre sykmeldinger, friskmeldte tidligere og brukte mer graderte sykepenger. I denne rapporten ble det undersøkt om disse endringene hadde konsekvenser for de sykmeldtes fremtidige trygdeytelser, helse og arbeidstilknytning. Påvirket raskere friskmelding og mer graderte sykepenger tiden til neste sykmelding? Var det gunstig for pasientenes helsetilstand? Ble det lettere for pasientene å beholde sitt arbeid?

Metode

Det ble gjort to undersøkelser for å besvare disse spørsmålene. I en registerundersøkelse basert på NAVs registre, ble 2 779 fastleger og deres sykmeldinger analysert. Legenes tendens til raske friskmeldinger og graderte sykepenger ble sammenlignet i juli 2004 og 2003, og på grunnlag av endringen mellom årene ble legene kategorisert som raskere eller ikke raskere å friskmelde, og mer eller mindre tilbøyelige til å bruke graderte sykepenger. Sammenhengene mellom hvilken type lege pasientene gikk til og pasientenes bruk av trygdeytelser ble undersøkt ved hjelp av statistiske regresjonsmodeller. Det ble også kontrollert for endringer i egenskaper ved pasientene. Vi undersøkte tid til avgang fra arbeidslivet, tid til arbeidsledighet, tid til neste sykmelding og tid til innvilget uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad.

Den andre undersøkelsen var en spørreundersøkelse per post til de som var fastleger i 2004 og fortsatt var det. I denne ble de spurt om de hadde endret sin praksis, og på hvilken måte. De ble også spurt om de trodde at endringene hadde hatt konsekvenser for de sykmeldtes helse, arbeidstilknytning og behov for uførepensjon. Av 3 365 som ble tilskrevet, svarte 2 264 (67 %).

Bedre sjanse for fortsatt arbeidstilknytning ved raskere friskmelding

Registerundersøkelsen viste at de sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet. En årsak kan være at langvarig sykefravær i seg selv er en risikofaktor for å falle ut av arbeidslivet.

Tidligere ny sykmelding ved raskere friskmelding

Registerundersøkelsen viste også at sykmeldte hos leger som var blitt raskere å friskmelde hadde kortere tid til neste sykmelding. En forklaring til dette funnet kan være at mange sykmeldte har langvarige lidelser og begrenset arbeidskapasitet som nødvendiggjør en balansegang mellom arbeidsinnsats og restitusjon. En for tidlig retur til arbeid fører til en tidligere ny sykmelding. Hvorvidt for tidlig retur i arbeid hadde konsekvenser for de sykmeldtes helse på sikt kunne undersøkelsen ikke gi svar på.

Ingen effekt på arbeidsledighet og uførepensjon ved raskere friskmelding

Det ble ikke funnet noen sikre sammenhenger mellom raskere friskmelding og tid til arbeidsledighet eller tid til uførepensjon. En slik sammenheng kan imidlertid ikke utelukkes. Arbeidsledigheten er i dag meget lav, og sjansen for et slikt utfall er så liten at det begrensede datamaterialet ikke klarte å fange opp denne lille risikoen. For å studere effekten på uførepensjon bør oppfølgingstiden være lenger enn de 1 ½ år som ble brukt i denne undersøkelsen.

Ingen konsekvenser av mer graderte sykepenger

Registerundersøkelsen viste ingen sammenhenger mellom økt bruk av graderte sykepenger og tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, nye sykmeldinger eller uføreytelse.

Legene endret sin praksis

I spørreundersøkelsen rapporterte 72 prosent av legene at de brukte graderte sykepenger i større utstrekning etter regelendringene i juli 2004. En firedel av alle legene skrev også kortere sykefravær, og en femdel skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med arbeidsgiverne til sine pasienter. Disse resultatene stemmer godt overens med tidligere undersøkelser.

Legenes syn på konsekvenser av praksisendringene

Legene mente at de endringer de hadde gjort i sin praksis var til beste for pasientenes helse. Dette gjaldt både leger som hadde innført færre sykmeldinger, raskere friskmeldinger og mer graderte sykepenger og leger som hadde gjort det motsatte. Resultatene viste også at leger som innførte en praksis i strid med den gjengse normen for sykmeldingspraksis, dvs. ble mindre restriktive og mindre aktive, i mindre grad trodde at det var gunstig for pasientenes helse.

Av legene som hadde skrevet ut færre og kortere sykmeldinger og mer graderte sykepenger mente over 70 prosent at endringene økte sannsynligheten for at pasienten beholdt sin arbeidstilknytning og i mindre grad beveget seg i retning av en uførepensjon. Her var forskjellen mellom de leger som fulgte den gjengse normen og de som ikke gjorde det svært stor.

Legenes syn på regelendringene

Flertallet leger (55 %) var helt eller delvis enige i at de nye reglene var bedre for pasientene enn de gamle. 13 prosent var helt eller delvis uenige. Legenes positive syn på endringene kan både være en forklaring på og et resultat av de praksisendringer de gjorde.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	9
1.1	BAKGRUNN	9
1.2	ANDRE STUDIER	9
1.3	NYE REGLER FOR SYKMELDING I JULI 2004	9
1.4	TIDLIGERE RAPPORTER OM LEGERES SYKMELDINGSPRAKSIS	10
1.5	STUDIENS OMFANG	10
2	REGISTERUNDERSØKELSEN	11
2.1	PROBLEMSTILLINGER OG HYPOTESER	11
2.2	MATERIALE OG METODE	11
2.3	RESULTAT	15
2.4	DISKUSJON	21
3	SPØRREUNDERSØKELSEN	25
3.1	PROBLEMSTILLINGER	25
3.2	MATERIALE OG METODE	25
3.3	RESULTAT	26
3.4	DISKUSJON	31
4	SAMMENFATTENDE DISKUSJON	33
5	VEDLEGG	35
5.1	REGRESJONSMODELLER FOR KATEGORISERING AV LEGER	35
5.2	KATEGORISERING AV LEGER	39
5.3	COX REGRESJONER FOR TID TIL UTFALL FOR LEGENES PASIENTER	41
5.4	VARIABELLISTER	49
5.5	HELSEMESSIG SELEKSJON	51
5.6	SPØRRESKJEMAET	52

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Som grunnlag for den sykefraværsforebyggende politikken som har vært ført de siste årene, har det ligget en antakelse om at rask friskmelding og aktivitet i sykmeldingsperioden er gunstig for de sykmeldte. Kontakt med arbeidsplassen, eksempelvis ved aktiv sykmelding eller graderte sykepenger, antas å øke sjansen for at de sykmeldte fortsetter i arbeid. Det vil si at rask friskmelding og økt arbeidsrelatert aktivitet gir *bedre prognose for arbeidstilknytning*.

Fra medisinsk side har det vært hevdet at langvarige og passive trygdeytelser kan ha uheldige konsekvenser for individets helse. Det har vært pekt på at medisinsk behandling i dag, sammenliknet med for 20-30 år siden, legger mye større vekt på aktiv og tidlig opptrening ved for eksempel hjerneslag, hjertelidelser og muskel- og skjelettlidelser. En tidlig retur til arbeid og økt aktivitet kan gi *bedre prognose for god helse*.

Samtidig er det åpenbart stor helserisiko knyttet til å gå tilbake til arbeid alt for tidlig. Ved en rekke tilstander har det vist seg nødvendig å begrense fysiske aktivitet for å unngå forverring av tilstanden på kort eller lang sikt, eksempelvis gjelder det følgetilstander etter polio, kronisk tretthetssyndrom og fibromyalgi. Det har også vært hevdet at for tidlig retur øker risikoen for seinere langvarig sykefravær. Det interessante spørsmålet knytter seg derfor til hvilken praksis som er optimal fra et samfunnsmedisinsk perspektiv. Hvilken sykmeldingspraksis fører til flest helsegevinster, minst sykefravær, minst uførepensjonering og høyest yrkesdeltagelse på lang sikt?

1.2 Andre studier

Tidligere undersøkelser har vist at langt sykefravær, i seg selv, kan være en risikofaktor for varig uførhet (SBU 2003, Gjesdal 2003).

Tidlig retur til arbeid er et tema i arbeidsmedisinske retningslinjer for håndtering av rygglidelser. På basis av systematiske oversikter anbefales så tidlig retur som mulig, eventuelt tilrettelagt og på deltid, fordi dette synes å gi færre tilbakefall og mindre sykefravær i fremtiden. Bevisene for disse gunstige effektene har imidlertid bare moderat styrke (Waddell og Burton 2000).

En engelsk studie over statsansatte fant at arbeidstakere med nedsatt helse som aldri ble sykmeldt hadde større risiko for å utvikle alvorlig hjertesykdom enn personer med tilsvarende nedsatt helse, men som ble sykmeldt (Kivimäki 2005). Dette tyder på at "sykenærvær" kan ha negative helseeffekter.

1.3 Nye regler for sykmelding i juli 2004

De nye sykmeldingsreglene som ble innført 1. juli 2004 har som formål å gi økt arbeidsrelatert aktivitet blant sykmeldte. Med arbeidsrelatert aktivitet menes gradert sykmelding, aktiv sykmelding, yrkesrettet attføring og reisetilskudd.

Det ble innført en ny sykmeldingsattest – "Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom", som i større grad fokuserer på aktivitet til tross for sykdom. Dersom sykmelding er nødvendig skal graderte sykepenger prioriteres foran aktiv sykmelding. Aktiv sykmelding er begrenset til fire til åtte uker i vanlige tilfeller. Det er innført et aktivitetskrav etter åtte uker. Hvis pasienten fortsatt er inaktiv, må legen fylle ut en utvidet legeerklæring der det skal gis tungtveiende medisinske grunner for at aktivitet ikke er igangsatt.

I forhåndsomtalen om de nye reglene, blant annet i Tidsskriftet for den norske lægeforening, ble det vist til at leger som gjentatte ganger unnlot å følge de nye reglene kunne "miste retten til å skrive legeerklæringer som grunnlag for trygdeytelser" (Feiring 2004). Selv om disse truslene om sanksjoner ble tonet ned etter hvert, er det mulig at de påvirket enkelte legers sykmeldingspraksis.

Sykefraværet viste en generell nedgang fra 3. kvartal 2004 etter at de nye reglene ble innført. Det taler for at regelendringen hadde ønsket effekt (Rikstrygdeverket 2005).

1.4 Tidligere rapporter om legers sykmeldingspraksis

I RTV-rapport 5/2006 "Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner" (Brage og Kann 2006a) ble forskjeller i sykmeldingspraksis mellom fastlegene undersøkt. Kvinnelige fastleger sykmeldte sjeldnere, friskmeldte raskere og brukte mer graderte sykepenger. Disse forskjellene ble beholdt når det ble tatt hensyn til at deres praksisprofil var annerledes, med blant annet færre pasienter, men med forholdsvis flere kvinnelige pasienter. Med stigende alder skrev legene ut flere sykmeldinger og friskmeldte seinere. De brukte også graderte sykepenger i mindre utstrekning. Dette gjaldt imidlertid ikke for leger over 60 år. Studien viste at spesialister i allmenmedisin skrev ut flere sykmeldinger enn andre leger, men at de var raskere til både å friskmelde og å bruke graderte sykepenger. Spesialistene hadde også ofte lange pasientlister.

RTV-rapport 6/2006 "Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og Legeprogrammet" (Brage og Kann 2006b) viste betydelige endringer i fastlegenes sykmeldingspraksis etter innføringen av de nye sykmeldingsreglene. De sykmeldte færre pasienter og friskmeldte dem raskere. Bruken av graderte sykepenger økte kraftig. Eldre leger endret sin praksis mer enn yngre leger når det gjaldt antall sykmeldinger, men ikke når det gjaldt lengde på fraværet eller bruken av graderte sykepenger. Det ble ikke funnet forskjeller mellom kvinnelige og mannlige leger i tilbøyelighet til å endre sin praksis.

I samme rapporten ble også kortvarige effekter av fastlegenes deltakelse i et fagutviklingsprogram i regi av Legeforeningen og Rikstrygdeverket analysert. Programmet startet i september 2004 og varte til april 2005. Deltakelse i programmet påvirket legenes sykmeldingspraksis i begrenset grad, og ga en mindre økning i antallet sykefravær for noen legegrupper. Det var ingen effekt på varigheten av sykefraværet eller på bruk av graderte sykepenger.

1.5 Studiens omfang

Denne undersøkelsen er en videreføring av de tidligere rapportene. Det var uttrykt ønske om å undersøke hvilke konsekvenser praksisendringer har for pasientenes helse, videre arbeidssituasjon og behov for trygdeytelser. Hensikten var å se om endringene i sykmeldingspraksis påvirket pasientenes prognose på litt lengre sikt.

Det ble gjennomført to undersøkelser. Den første var en registerundersøkelse basert på Arbeids- og velferdsdirektoratets registre, den andre en spørreundersøkelse til fastlegene. Disse presenteres i to atskilte deler. Deretter gis en sammenfattende diskusjon og konklusjoner.

2 Registerundersøkelsen

2.1 Problemstillinger og hypoteser

Følgende to problemstillinger ble belyst i registerundersøkelsen:

1. Fører en mer restriktiv sykmeldingspraksis til større sjanse for retur til arbeid, mindre tilbakefall til sykefravær og lavere uførepensjonering på sikt? Påvirkes dødeligheten?
2. Fører økt bruk av graderte sykepenger til større sjanse for retur til arbeid, mindre tilbakefall til sykefravær og lavere uførepensjonering? Påvirkes dødeligheten?

Uttrykket ”mer restriktiv sykmeldingspraksis” omfattet både færre antall og kortere varighet av sykefraværstilfeller. Konsekvensene av at færre individer ble sykmeldt kunne imidlertid ikke undersøkes. Det krever at det seinere trygdeforbruket for de som ikke ble sykmeldt i 2004 kan studeres. Et slikt datagrunnlag forelå ikke. I denne undersøkelsen inngikk kun de sykmeldte i juli 2003 og 2004. Derfor var det bare mulig å undersøke konsekvensene av at pasientene ble raskere friskmeldt.

Legene tok i bruk graderte sykepenger i større utstrekning etter 1. juli 2004. Konsekvensene av denne endringen for de sykmeldte kunne også analyseres.

Når legenes praksis ble endret i juli 2004, fremkom en eksperimentlignende situasjon der endringene var *ulike* for de enkelte leger. Hvordan legene reagerte på regelendringen, ble forutsatt å være uavhengig av pasientenes helse. Det ble da mulig å følge endringene i pasientenes bruk av trygdeytelser i periodene etterpå, avhengig av hvor mye deres lege hadde endret sin praksis.

Det er en vanlig oppfatning at reduksjon av sykefraværenes varighet og bruk av mer graderte sykepenger har positive konsekvenser for pasientenes arbeidstilknytning og bruk av trygdeytelser. Det kan være viktig å få belyst denne hypotesen med empiriske resultater. Ut fra klargjøringen av problemstillingene ble derfor følgende hypoteser formulert:

Sykmeldte pasienter tilhørende leger som friskmeldte raskere i 2004 hadde lengre tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelser.

Sykmeldte pasienter tilhørende leger som innførte mer graderte sykepenger i 2004 hadde lengre tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelser.

2.2 Materiale og metode

2.2.1 Datatilfang

Data fra fastlegeregisteret ble benyttet, koblet mot pasientregisteret, for å finne hvilke pasienter som ”tilhører” hvilke leger.¹ For å finne pasientenes status på ulike tidspunkt ble det benyttet sykmeldingsfiler, arbeidsgiver-arbeidstakerregisteret (AA-registeret), arbeidssøkerregisteret (helt ledige), og opplysninger om uføreytelser, attførings- og rehabiliteringsytelser, sykepenger og død (BUDSAM-filer).

De filer som allerede var tilrettelagt i prosjektet ”Fastlegers sykmeldingspraksis” ble benyttet. De ble oppdatert med opplysninger om pasientenes bruk av trygdeytelser.

¹ Vi vet at ca halvparten av sykmeldingene foretas av fastlegene. Det er disse sykmeldingene vi må ta utgangspunkt i, da de har en rimelig homogen struktur. Dersom vi trekker inn alle leger (f.eks sykehusleger), har vi ikke register over hvor mange pasienter de har knyttet til seg. Antall sykmeldinger er da uten nevner.

2.2.2 Fastlegeutvalget, studiepopulasjon og oppfølgingstid

Analysene ble gjennomført i to trinn. I det første trinnet ble fastlegene kategorisert etter endringer i sin praksis etter de nye sykmeldingsreglene ble innført 1. juli 2004. Vi sammenliknet da hvordan de sykmeldte sine pasienter i juli 2004 med hvordan de sykmeldte i juli 2003. Fastlegeutvalget omfattet de 2 779 fastleger som hadde sykmeldt pasienter i både juli 2003 og 2004. Legene ble kategorisert etter hvor mye de endret sin tilbøyelighet til rask friskmelding, henholdsvis bruk av graderte sykepenger (se punkt 2.2.3 og 2.2.4)

I analysenes annet trinn ble denne kategoriseringen brukt som forklaringsvariabel for å undersøke fremtidig trygdeforbruk hos de pasientene som var blitt sykmeldt i juli 2004. Dette omfattet 17 583 pasienter. Disse pasientenes bruk av trygdeytelser ble fulgt i 1-1½ år.

2.2.3 Raskere friskmelding

Endringer i hvor raskt legene friskmeldte sine pasienter kunne være avhengig av flere forhold enn holdningsendringer fra legenes side. Det er også mulig at de sykmeldte i 2004 hadde andre egenskaper enn de sykmeldte i 2003, for eksempel at de var mer alvorlig syke. Når legene skulle kategoriseres etter endringer i hvor raskt de friskmeldte sine pasienter, så måtte det kontrolleres for endringene i pasientegenskaper. Dette ble gjort i regresjonsmodeller² basert på aggregerte tall for hver lege³. Modellene tok hensyn til at legenes pasienter hadde ulike karakteristika og at det påvirket hvor lange sykefravær legen attesterte for. Det ble også kontrollert for at legens egne pasienter i varierende utstrekning ble sykmeldt av andre leger.

Regresjonsmodellene ga forventede tall på gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene som legen hadde i juli 2003 og i juli 2004. De forventede tallene ble trukket fra de reelle tallene for varigheten av legens sykefraværstilfeller i de samme årene. Forskjellen mellom 2004 og 2003 definerte da i hvor stor grad legen hadde begynt å friskmelde raskere (se vedlegg 5.2).

Modellen tok utgangspunkt i gjennomsnittlig antall sykefraværsdager per lege og kan skrives på formen

$$y_i = \alpha + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_K X_{Ki} + u_i$$

Siden vi her benyttet gjennomsnitt, vektet vi legene etter hvor mange sykmeldinger de hadde denne måneden. Det innebærer det at de som hadde sykmeldt få pasienter i juli, ble tillagt liten vekt og motsatt. Vektene var omvendt proporsjonale med variansen til observasjonen. Varians til observasjon j antas å være σ^2/w_j , der w_j ="antall sykmeldinger" er vektene.

- y_i = gjennomsnittlig sykefraværslengde for legens pasienter
- X_{ki} = verdien av variabel k , i for lege i , $i = 1, 2, \dots, N$ $k = 1, 2, \dots, K$

Vi estimerte β_k ved minste kvadraters metode.

Forutsetninger for konsistens:

- Restleddet u har forventning 0 og er ukorrelert med enhver X (eksogenitet)
- Fravær av multikollinearitet mellom X -ene.

² Generalisert minste kvadratsmetode

³ Det ble også brukt en modell basert på individer. Der ble den enkelte pasients forventede sykefraværslengde beregnet først, og deretter aggregert til hver lege. Uansett valg av modell ble resultatene de samme, sannsynligvis fordi 87 % av legene havnet i samme kategori.

- Vi benytter **robuste** standardavvik siden det er noe heteroskedastisitet. Vi vekter også gjennomsnittene etter hvor mange observasjoner som ligger bak.

Forklaringsvariablene var:

- Andel av sykmeldingene som var skrevet ut av legen selv
- Andel av pasientene som hadde redusert arbeidstid
- Andel av pasientene som hadde full sykmelding (ikke gradert)
- Andel av pasientene med ulik gjenstående tid til sykepengere rettigheten var brukt opp, delt inn i mindre enn hhv. en uke, en måned, to måneder og et halvt år.
- Andel kvinner på legens pasientliste
- Andel over 50 år på legens pasientliste
- Arbeidsledighet i kommunen (andel)
- Andel av de sykmeldte pasientene som var arbeidstakere
- Andel av de sykmeldte pasientene som var arbeidsledige
- Andel av de sykmeldte pasientene etter diagnosegrupper
- Andel av de sykmeldte pasientene etter næringsgrupper

For de to siste variablene gjelder at gruppen med den største andelen ble tatt ut og brukt som referansegruppe for å unngå kollinearitet. For diagnoser ble det muskel- og skjelettlidelser, og for næring ble det helse- og sosiale tjenester. En mer utførlig definisjon av variablene ligger som vedlegg 5.4.

2.2.4 Mer graderte sykepenger

Endringer i hvor mye legene brukte graderte sykepenger var også avhengig av flere faktorer enn en holdningsendring hos legene. På samme måte som for beregningen av hvilke leger som friskmeldte raskere måtte det kontrolleres for pasientegenskaper. Det ble også her brukt regresjonsmodeller for først å beregne forventet sykepengegrad i 2003 og 2004, og deretter sammenlikne den med den reelle sykepengegraden for legene i de samme årene. Forskjellene mellom 2004 og 2003 viste da om legene var blitt mer tilbøyelig å bruke graderte sykepenger.

Forklaringsvariablene var de samme som for beregning av forventet lengde, med utelatelse av fulle sykepenger (se avsnitt 2.2.3).

2.2.5 Utfallsmål

For de sykmeldte i juli 2004 ble beregnet følgende utfallsmål:

- Tid til arbeidsledighet, beregnet som antall dager fra starten av det første sykefraværstilfellet i juli 2004 og frem til første registrering som arbeidsledig i arbeidssøkerregistret.
- Tid til ny sykmelding, beregnet som antall dager fra avslutningen av det første sykefraværstilfellet i juli 2004. Oppfølgingstiden for tid til sykmelding var kun 1 år, fordi noen mistet rettigheter til nye sykepenger i ½ år etter sitt første sykefravær fra juli 2004.
- Tid til uføreytelse, beregnet som antall dager fra avslutningen av det første sykefraværstilfellet i juli 2004, og frem til virkningstidspunktet for enten varig uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad.
- Tid til avgang fra arbeidslivet. Det var ønskelig med et "samlemål" for avgang. Dette ble beregnet som antall dager fra avslutningen av det første sykefraværstilfellet i juli 2004 frem til neste nye trygdeytelse i form av rehabiliteringspenger, attføringspenger, tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon, eller registrert arbeidsledighet. Bemerk

at dette samlemalet inkluderer arbeidsledighet og uføreytelser som det også ble beregnet separate utfall for.

Tid til død var planlagt å også inngå i analysene. Oppfølgingstiden var imidlertid kort og mortalitetsraten lav. Derfor ble dette utfallsmålet utelatt fra videre analyse og presentasjon.

2.2.6 Kontrollvariable

I tillegg til forklaringsvariablene ”raskere friskmelding” og ”økt bruk av graderte sykepengeser” ble det i oppfølgingsanalysene inkludert kontrollvariable som kunne påvirke sammenhengen mellom endringer i praksis og utfallsmålene:

- Pasientenes alder, kjønn, diagnosegruppe (alt målt ved sykefraværet som startet i juli).
- Pasienten sektor- og næringstilhørighet
- Arbeidsledighet, redusert arbeidstid
- Tid til opphør av sykepengeser

2.2.7 Statistisk analyse av sammenhengene mellom praksisendringer og utfallsmål

Sammenhengene mellom praksisendringer og utfallsmål ble analysert ved hjelp av Cox proporsjonale hasardratemodell. I denne analyseres hvilke forhold som påvirker ”tid til en hendelse”. Denne tiden er alltid større enn 0 og ofte sensurert (død, allerede ufør, mv.).

Hasard rate, $h(t)$, er sannsynligheten for at individet av ”tid i tilstand”, t , opplever en hendelse i løpet av neste tidsintervall av varighet Δt :

$$P(T \leq t + \Delta t \mid T > t) \approx h(t) \Delta t$$

Regresjonsanalyse: Cox Proporsjonal Hasard (PH) modell

$$h(t; x_1, \dots, x_p) = h_0(t) \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \dots + \beta_p x_p) = h_0(t) \exp(\beta_1 x_1) \dots \exp(\beta_p x_p)$$

t er tiden fra personen blir friskmeldt og til en ny hendelse inntreffer.

Forklaringsvariablene X_1 - X_p skal her være alt som kan forklare sjansen for overgang. Vi ønsket å ha med alle forklaringsvariable som kan forklare tid i tilstand, og undersøke om praksisendringer hos pasientens lege hadde signifikant betydning for noen av overgangene vi studerte.

β_1, \dots, β_p er p ukjente parametere som beskriver hvordan den tilhørende forklaringsvariablen X påvirker sjansen for overgang.

X_r = restriktiv er variabelen som skal beskrive om legen er blitt raskere å friskmelde/bruker mer graderte sykepengeser. β_r skal angi effekten på sjansen for overgang av denne variabelen.

Fortolkning av koeffisientene β : Hvis to individer (eller grupper) har henholdsvis $x_1=0$ og $x_1=1$ og ellers like forklaringsvariable så er forholdet mellom hasardratene for gruppene lik $\exp(\beta_1)$, uansett ”tid siden start”, t . Størrelsen $\exp(\beta_1)$ kalles hasard ratio (HR).

2.3 Resultat

2.3.1 Fastlegeutvalget

I undersøkelsen inngikk 2 779 leger som hadde sykmeldt egne pasienter både i juli 2003 og juli 2004 (tabell 1). Utvalget omfattet 83 % av alle fastlegene i 2004. Det var større andel mannlige leger, eldre leger og spesialister i allmenntillegener i utvalget enn blant alle fastleger. Legene i utvalget hadde også flere pasienter på sine lister og mindre ledig kapasitet enn alle fastlegene i 2004. Forskjellene var imidlertid små.

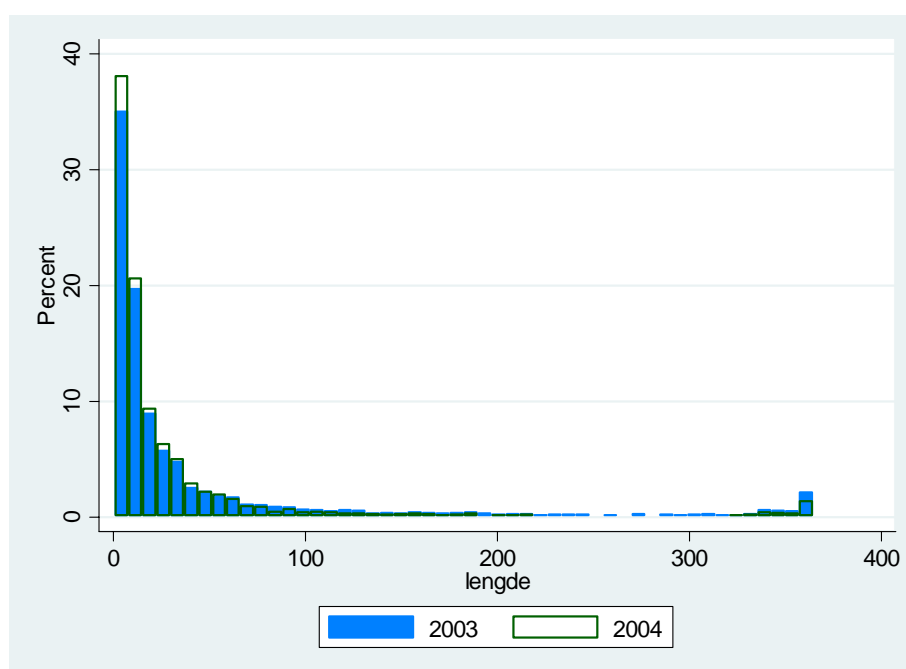
Tabell 1. Karakteristika for utvalget og for alle fastleger i 2004

Karakteristika	Utvalget	Alle fastleger 2004
Antall leger	2 779	3 351
Kjønn (% kvinner)	26 %	29 %
Alder (gjennomsnitt i år)	49 år	48 år
Spesialist i allmenntillegener (%)	68 %	64 %
Antall pasienter på listen (gjennomsnitt)	1 290	1 237
Ledig kapasitet (gjennomsnitt)	79	107

2.3.2 Tid til utfall for de sykmeldte i 2003 og i 2004

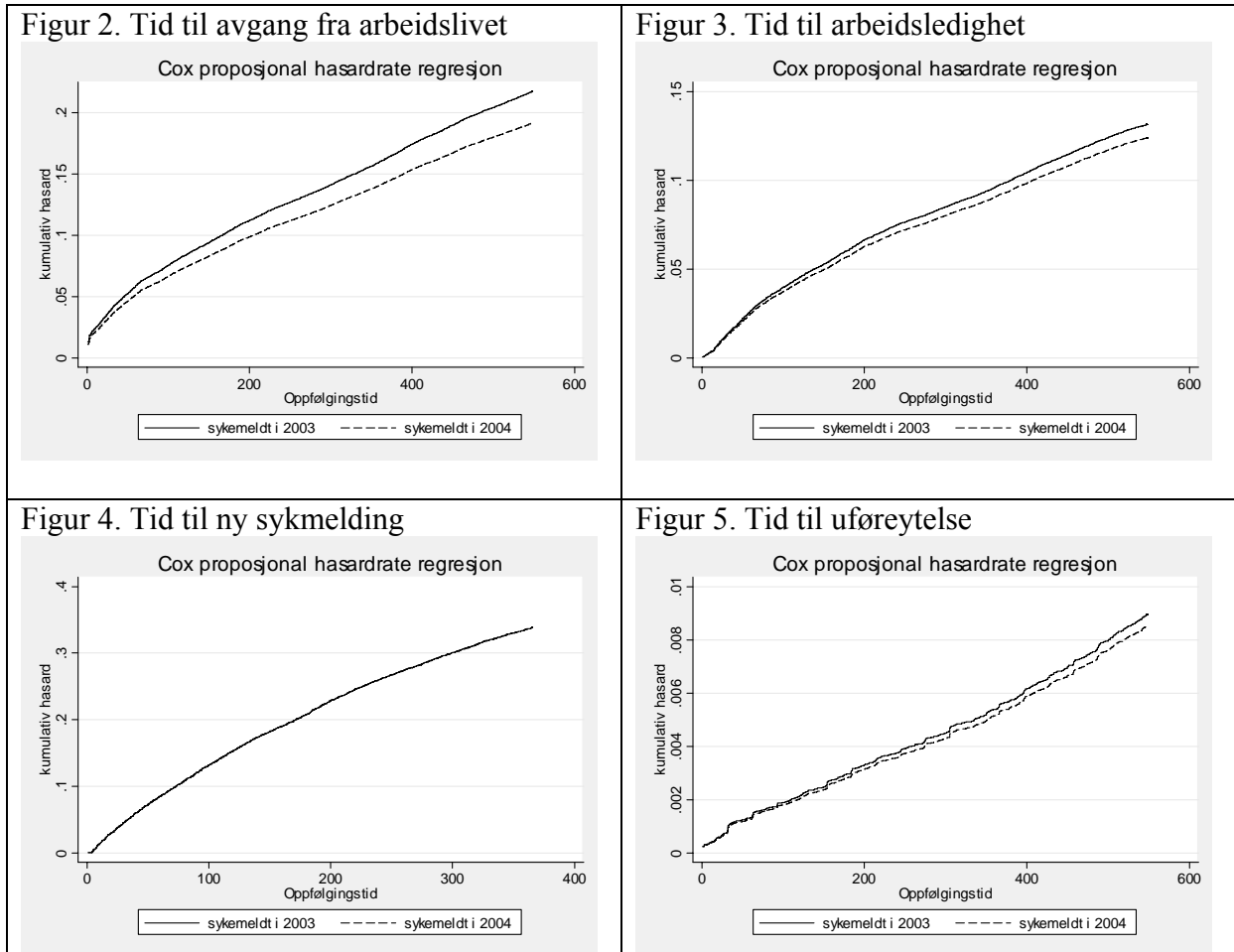
I juli 2003 startet fastlegene i utvalget 23 094 sykefraværstilfeller, i juli 2004 startet de 17 583 sykefraværstilfeller. Nedgangen var 24 prosent. Den gjennomsnittlige varigheten var 51 dager (median: 14 dager) for sykefraværstilfellene som startet i juli 2003 og 48 dager (median 14 dager) for de som startet i juli 2004. Den gjennomsnittlige varigheten gir et dårlig mål for de endringer som skjedde fra 2003 til 2004. Det som fremfor alt skilte tilfellene i 2004 fra 2003 var at de korte fraværene var flere og at færre tilfeller gikk sykepengetiden ut (figur 1).

Figur 1. Gjennomsnittlig varighet for sykefraværstilfellene startet av fastlegene i juli 2003 og 2004.



Etter avslutning av sykefraværstilfellet som ble startet i juli, ble tiden målt frem til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelse (figur 2-5)⁴.

Figur 2-5. Tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelse for personer som ble sykmeldt av sin fastlege i juli 2003 og juli 2004, justert for pasientegenskaper



Tilbøyeligheten til avgang fra arbeidslivet, til arbeidsledighet og til uføreytelse var lavere for de sykmeldte i juli 2004, sammenliknet med de sykmeldte i juli 2003. Dette kan antagelig settes i sammenheng med den lavere arbeidsledigheten i 2004. For uføreytelse var forskjellen imidlertid så liten at den ikke var signifikant. For tid til sykmelding var det ingen forskjell for de sykmeldte i 2003 og 2004.

2.3.3 Leger med raskere friskmeldinger i 2004

Den forventede lengden for sykefraværene som legene startet i juli 2003 og juli 2004 ble beregnet i regresjonsmodeller (vedlegg 5.1, tabell R1 og R2). Begge modellene viste at lengden av sykefraværet ble påvirket av hvor lang tid som var igjen til sykepengerrettighetene gikk ut, andel sykmeldte med graderte sykepenger, andel arbeidsledige, pasientenes alder og diagnosefordelingen.

⁴ Baseline kumulative hasardrater viser sjansen for å nå en tilstand (eksempelvis ny sykmelding) etter en tidsakse. Denne tidsaksen er integralet av hasardraten. Figurene er tegnet for referanseverdiene i regresjonsligningen, det vil si kvinner, 40-50 år, i helsesektoren og med muskel- og skjelettsykdom.

Som angitt i metodeavsnittet ble deretter legenes tilbøyelighet til raskere friskmeldinger estimert på basis av forskjellene mellom det forventede og det reelle antallet sykefraværsgener for hver lege. Gjennom estimeringen ble 1 412 leger (51 %) kategorisert å være raskere å friskmelde i 2004 enn i 2003 (tabell 2). Flertallet av disse, 886 var ikke raske å friskmelde i 2003. Og flertallet av de som var raske å friskmelde i 2003 ble mindre raske året etter. Det skjedde altså en utjevning i 2004.

Tabell 2. Antall fastleger etter tilbøyelighet til raske friskmeldinger i 2003 og etter endring i 2004

Rask friskmelding i 2003	Raskere friskmeldinger i 2004 enn i 2003		Totalt
	Nei	Ja	
Nei	286	886	1172
Ja	1081	526	1607
Totalt	1367	1412	2779

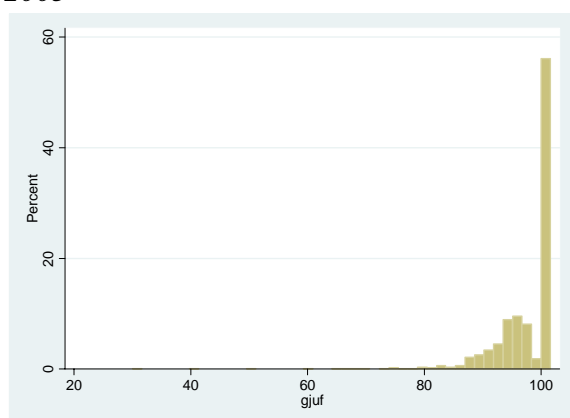
2.3.4 Leger med mer graderte sykepenger i 2004

Legenes bruk av graderte sykepenger økte betydelig etter 1. juli 2004. Den forventede sykepengegraden for hver lege i juli 2003 og juli 2004 ble beregnet i regresjonsmodeller (vedlegg 5.1, tabell R3 og R4). Begge modellene viste at denne graden ble påvirket av om andre leger hadde sykmeldt fastlegens pasienter, andel kvinnelige pasienter, pasientenes alder, andel arbeidsledige og diagnosefordelingen.

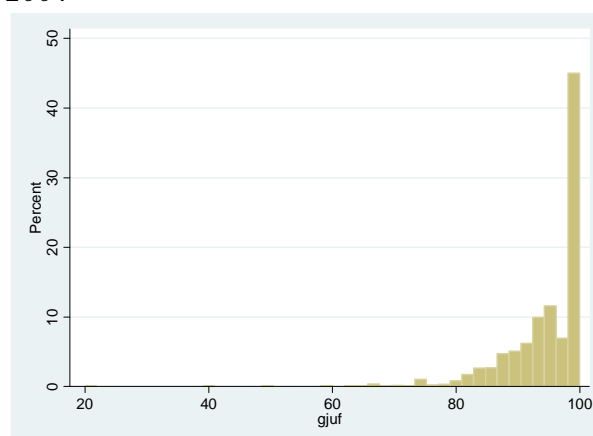
Som angitt i metodeavsnittet ble deretter legenes tilbøyelighet til å bruke mer graderte sykepenger estimert på basis av forskjellene mellom den forventede og den reelle sykepengegraden for hver lege. I en sammenlikning av legenes gjennomsnittlige sykepengegrad basert på sykefraværstilfellene som startet i juli 2003 og i juli 2004, hadde en større andel av legene en lav gjennomsnittlig sykepengegrad i 2004 (figur 6). I 2003 hadde 58 % av legene en sykepengegrad på 100 %, det vil si at alle deres sykmeldte pasienter fra juli 2003 var fullt sykmeldt under hele forløpet. I 2004 sank denne andelen til 44 %.

Figur 6. Fordeling av leger i 2003 og 2004 etter gjennomsnittlig sykepengegrad

2003



2004



Gjennom estimeringen ble 1 208 leger (43 %) kategorisert å være tilbøyelig å bruke mer graderte sykepenger i 2004 enn i 2003 (tabell 3). På lignende måte som for raskere friskmelding, ble det en utjevning i 2004. De fleste leger som hadde større tilbøyelighet til graderte sykepenger i 2004 hadde ikke brukt mye graderte sykepenger i 2003.

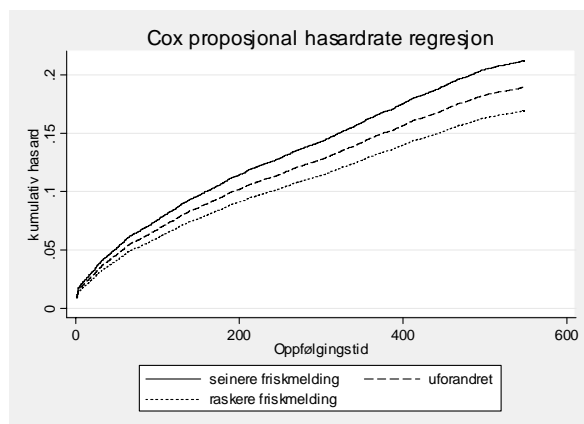
Tabell 3. Antall fastleger etter tilbøyelighet til bruke graderte sykepenger i 2003 og etter endring i 2004

Mye graderte sykepenger i 2003	Større tilbøyelighet til graderte sykepenger i 2004 enn i 2003		Totalt
	Nei	Ja	
Nei	887	1021	1898
Ja	694	187	881
Totalt	1571	1208	2779

2.3.5 Raskere friskmelding og avgang fra arbeidslivet

Sykmeldte som gikk til leger med raskere friskmeldinger i 2004 hadde lavere tilbøyelighet for å falle ut av arbeidslivet, det vil si å få en ny trygdeytelse eller bli arbeidsledig (figur 7). I denne figuren (og også i de tre følgende) er legene delt i tre grupper: ”raskere”, ”uforandret”, og ”seinere” å friskmelde.

Figur 7. Tid til avgang fra arbeidslivet for personer sykmeldt av leger som ble raskere, uforandret og seinere å friskmelde i 2004⁵. Justerte tall for pasientegenskaper



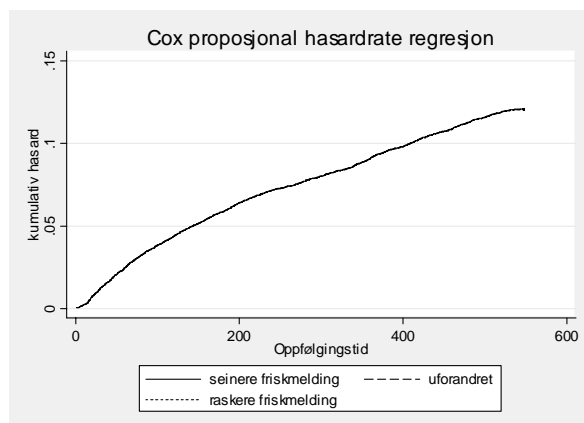
I regresjonsmodellen ble forklaringsvariabelen brukt som kontinuerlig variabel (vedlegg 5.3, tabell R5). I modellen var tilbøyeligheten for å falle ut av arbeidslivet lavere for sykmeldte til leger som friskmeldte raskere. Sjansen for å falle ut av arbeidslivet var høyere ved lengre fravær, ved arbeidsledighet, i privat sektor, blant yngre arbeidstakere, i noen næringer, og ved noen diagnoser, slik som psykiske lidelser.

⁵ Også her brukes baseline kumulative hasardrater (se fotnote 4), med bruk av referanseverdiene i regresjonsligningen, det vil si kvinner, 40-50 år, i helsesektoren og med muskel- og skjelettsykdom. Linjene viser ulike verdier for legens tendens å friskmelde i 2004. For en forklaring av ”raskere”, ”uforandret” og ”seinere” vises til vedlegg 5.2.

2.3.6 Raskere friskmelding og arbeidsledighet

De sykmeldte, uansett om de gikk til en lege som friskmeldte raskere eller ikke, hadde samme risiko for arbeidsledighet (figur 8). Regresjonsmodellen viste også samme risiko for de to gruppene (vedlegg 5.3, tabell R6).

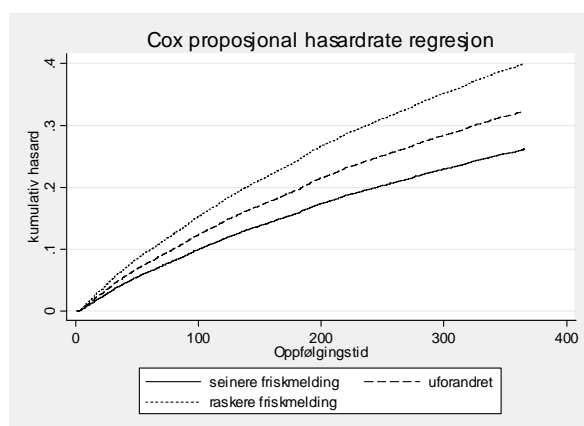
Figur 8. Tid til arbeidsledighet for personer sykmeldt av leger som ble raskere, uforandret og seinere å friskmelde i 2004. Justerte tall for pasientegenskaper



2.3.7 Raskere friskmelding og ny sykmelding

Tid til ny sykmelding ble målt for de personene som var blitt sykmeldt i juli 2004. De som var blitt sykmeldt av leger som hadde blitt raskere å friskmelde hadde større risiko for ny sykmelding (figur 9).

Figur 9. Tid til ny sykmelding for personer sykmeldt av leger som ble raskere, uforandret og seinere å friskmelde i 2004. Justerte tall for pasientegenskaper

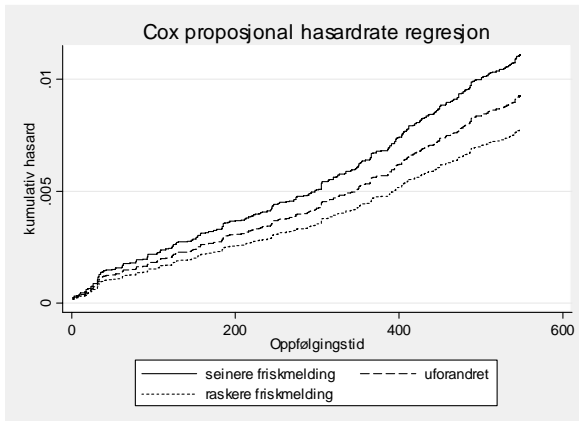


Også i regresjonsmodellen der forklaringsvariabelen var brukt kontinuerlig, fantes denne sammenhengen (vedlegg 5.3, tabell R7). Andre faktorer som også ga signifikant høyere risiko for nytt sykefravær var full arbeidstid og enkelte diagnoser, slik som nervesykdommer. Lengre tid til ny sykmelding ble funnet for personer med lange fravær, yngre personer, arbeidsledige, arbeidstakere og enkelte næringsgrupper, slik som varehandel og forretningsdrift.

2.3.8 Raskere friskmelding og uføreytelser

Risikoen for å bli ufør i løpet av oppfølgingstiden var lavere for de som gikk til leger som var blitt raskere å friskmelde (figur 10). Denne sammenhengen var imidlertid ikke signifikant i en regresjonsmodell⁶ (vedlegg 5.3, tabell R8). De egenskaper ved pasienten som hadde betydning for å få en økt risiko for uføreytelse i løpet av oppfølgingstiden var lange fravær, arbeidsledighet, redusert arbeidstid, høy alder, enkelte næringsgrupper, og sykdommer i hjerte/kar- eller nervesystemet.

Figur 10. Tid til uføreytelse for personer sykmeldt av leger som ble raskere, uforandret og seinere å friskmelde i 2004. Justerte tall for pasientegenskaper



Regresjonsmodellene viste altså at pasienter som gikk til leger som var blitt raskere å friskmelde hadde lavere risiko for å tre ut av arbeidslivet. Samtidig var tiden til neste sykmelding kortere. Uansett om legen var blitt raskere å friskmelde eller ikke, hadde pasientene den samme risikoen for arbeidsledighet og for å bli ufør.

En likartet serie med regresjonsmodeller på basis av en ”individbasert” beregning av hvilke leger som var blitt raskere å friskmelde i 2004, ga det samme resultatet.

2.3.9 Sammenhengene mellom økt bruk av graderte sykepenger og utfallsmål

I regresjonsmodeller ble sammenhengen mellom mer bruk av graderte sykepenger fra legens side og utfallsmålene for pasientene undersøkt. Det var da kontrollert for andre faktorer som hadde betydning for utfallsmålene. Utfallsmålene var også her tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelse.

Pasienter som ble sykmeldt av leger som hadde tatt i bruk mer graderte sykepenger skilte seg ikke ut fra pasienter til leger som ikke brukte mer graderte sykepenger i 2004. De hadde den samme risikoen for avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, ny sykmelding og uføreytelse (vedlegg 5.3, tabell R9-R12).

For betydningen av andre faktorer på utfallsmålene henvises til avsnitt 2.3.4.

⁶ Grunnet problem med proporsjonalitet i denne modellen, kan det ikke utelukkes at forskjellen likevel er signifikant

2.4 Diskusjon

2.4.1 Raskere friskmelding ledet til bedre arbeidstilknytning men også til raskere ny sykmelding

Hovedfunnet i registerundersøkelsen var at raskere friskmelding fra legens side så ut å føre til at pasientene fikk en seinere avgang fra arbeidslivet. Da var avgang definert som attføring, rehabilitering, uføreytelse eller arbeidsledighet. Raskere friskmelding førte også til at de sykmeldte fikk kortere tid til neste sykmelding. Det hadde ingen sikre konsekvenser for tid til arbeidsledighet eller uføreytelse.

Mer bruk av graderte sykepenger hadde ikke målbare effekter på pasientenes avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, nye sykmeldinger eller uføreytelse i en oppfølgingsperiode på halvannet år.

2.4.2 Seleksjon

Grunnlaget for å kategorisere legene som ”raskere å friskmelde” eller ”bruker mer graderte sykepenger” i 2004 var en sammenlikning av deres praksis i 2003 og i 2004. En endring kunne bero på en reell holdningsendring, men kunne, for den enkelte lege, også være avhengig av at deres pasienters helsetilstand endret seg fra et år til et annet. En slik seleksjon av pasienter kan man ikke kontrollere for fullt ut i modellene, men det er mulig å få en oppfatning av hvor viktig denne seleksjonen var.

Hvis det var kontrollert godt nok for ulikheter i pasientens helse som årsak til hvor raskt legene friskmeldte, ville forskjellene mellom hvor mye legene endret seg være knyttet til egenskaper ved legen og deres holdninger til regelendringen. Hvis det ikke var kontrollert godt nok, ville forskjellene mellom legene som friskmeldte raskere eller brukte mer graderte sykepenger og de som ikke gjorde det, kun avspeile at de førstnevnte hadde friskere pasienter i 2004 enn i 2003.

For å undersøke denne muligheten ble den fremtidige bruken av trygdeytelser for de sykmeldte i 2003 undersøkt, og med samme kategorisering av legene. Denne sammenlikningen finnes i vedlegg 5.5. Analysene tyder på at de brukte modellene ikke kontrollerte fullt ut for helsefaktorer. I modellene var bare grove diagnosegrupper inkludert, men innenfor hver gruppe er det betydelig variasjon i alvorlighetsgrad av sykdommene. Imidlertid gikk resultatene av ”seleksjonsundersøkelsen” i motstridende retninger. Det kan tyde på at større systematiske skjevheter på grunn av seleksjon ikke forekommer. Modellene var ikke optimale for å kontrollere for ulikheter mellom pasientene, men i en samlet vurdering mente vi at større systematiske feil ikke forekom.

Oversikten over utfallsmålene for de sykmeldte i 2003 og 2004 viste signifikant lavere risiko for avgang fra arbeidslivet og arbeidsledighet i 2004. Dette gjenspeiler antagelig den lavere arbeidsledigheten i 2004. Der var ikke signifikante ulikheter i tid til ny sykmelding for de sykmeldte i 2003 og 2004. Dette kan være et tegn på at helsetilstanden for de sykmeldte som gruppe betraktet var lik for de to årene. Deres prognose var lik.

Endringer i pasientenes helsetilstand fra 2003 til 2004 var trolig den dominerende faktoren som vi ikke kunne kontrollere for i analysene. Det er sannsynlig at også andre og uobserverte faktorer ved pasientene eller legene forekom, men betydningen av disse er antagelig mindre.

Det hadde vært ønskelig å bruke paneler som kombinerte lege- og pasientnivåene, men det var ikke tid til å tilrettelegge data på denne måten innenfor rammen av dette prosjektet.

2.4.3 Utvalget

Utvalget i undersøkelsen var rimelig representativt for alle norske fastleger, og det omfattet også mesteparten av fastlegene. Undersøkelsen vurderes derfor å gi et godt bilde av konsekvensene av alle fastlegers endringer i sykmeldingspraksis i 2004.

2.4.4 Studiepopulasjon

Tidligere studier har vist at endringene var størst i juli 2004, og at det allerede i de første månedene etter det kom en modifisering av endringene (Brage og Kann 2006). Analysene ble derfor begrenset til de sykmeldte i juli 2004. Dette kan ha svekket undersøkelsens forklaringskraft fordi antallet sykmeldinger i juli er lite på grunn av ferieavvikling.

Stengte legekontorer og de spesielle reglene for sykmelding i ferier kan også ha medført at de sykmeldte i juli avviker fra andre sykmeldte. En oversikt over de sykmeldtes diagnosefordeling i juli skilte seg imidlertid lite fra diagnosefordelingen under hele året. Undersøkelsen sammenliknet også samme måned under to påfølgende år. Den annerledes rekrutteringen til sykmeldinger i juli hadde derfor antagelig liten betydning.

Oppfølgingstiden var kort, spesielt for å måle konsekvenser i form av overgang til uføreytelse. Personer med uføreytelser har i gjennomsnitt 2 1/2 år med andre ytelser for uføreytelsen tilstås. En lengre oppfølgingstid vil gi et mer korrekt bilde av sammenhengen mellom en mer restriktiv sykmeldingspraksis og risikoen for uføreytelser. På basis av denne undersøkelsen kan det ikke utelukkes at det finnes en slik sammenheng.

2.4.5 Regresjonsmodeller for kategorisering av legene

Modellene som ble brukt for å predikere forventede verdier av sykefraværsvirighet og gjennomsnittlig sykepengegrad, var noe usikre. Når det gjelder varigheten skyldes dette i første rekke de få og lange fraværene som kan være meget tilfeldig fordelt mellom legene fra et år til et annet. Dette gjør modellene ustabile. Den gjennomsnittlige sykepengegraden ble også, på analog måte, påvirket av et fåtall lange og graderte fravær. Modellene kan antagelig forbedres, men det krever en større ramme enn hva dette prosjektet kunne gi.

Bruken av regresjonsmodeller basert på data aggregert på legenivå kan ha påvirket resultatene. En likartet serie med regresjonsmodeller basert på en "individbasert" beregning av hvilke leger som var blitt raskere å friskmelde i 2004 ga imidlertid samme resultat. Også enklere beregninger kun basert på reelle endringer i praksis, det vil si uten kontroll for pasientegenskaper, ga samme utfall på pasientenes bruk av trygdeytelser.

2.4.6 Utfallsmål

Som utfallsmål inngikk "avgang fra arbeidslivet", og dette ble operasjonalisert som tid til arbeidsledighet, rehabilitering, attføring eller uføreytelse. Denne operasjonaliseringen gir selvsagt ikke helt korrekte tall for omfanget av avgang fra arbeidslivet. Blant annet er overgang til å bli forsørget av familie eller til sosialhjelp ikke inkludert fordi disse opplysningene mangler i registrene. Det bør også bemerkes at "avgang" i denne undersøkelsen ikke skal oppfattes som "permanent avgang" da arbeidsledighet, rehabilitering og attføring var inkludert.

2.4.7 Fortolkning av hovedfunn

Legenes endring til raskere friskmelding i 2004 førte til at de sykmeldte trengte nye sykmeldinger tidligere. En forklaring til dette funn kan være at mange sykmeldte har langvarige lidelser og begrenset arbeidskapasitet som nødvendiggjør en balansegang mellom arbeidsinnsats og restitusjon. En for tidlig retur til arbeid fører raskere til en ny sykmelding.

Det ble også funnet at tidligere friskmelding hadde som resultat at de sykmeldte sto lenger igjen i sitt arbeid. Overgang til attføring, rehabilitering, uføreytelser eller arbeidsledighet ble forsinket. Hvis dette er riktig, er det en positiv virkning av endringene i legenes sykmeldingspraksis. Det kan indirekte tyde på at langvarig sykefravær er en risiko i seg selv for langvarige ytelser. Det er i samsvar med tidligere undersøkelser, blant annet av Gjesdal (Gjesdal 2003).

Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom raskere friskmeldinger og mindre arbeidsledighet. Det er mulig at en slik sammenheng først vil vise seg i perioder med høyere arbeidsledighetstall, der et langvarig sykefravær kan være mer risikabelt med tanke på arbeidstilknytning.

Det ble funnet en sammenheng mellom raskere friskmelding og uførepensjon, men denne var ikke signifikant. I tillegg til at observasjonstiden var kort, viste regresjonsmodellen manglende proporsjonalitet. Dette funnet var derfor usikkert, og det er ikke mulig å fastslå om det er en sammenheng eller ikke.

Økt bruk av graderte sykepenge hadde i denne undersøkelsen ingen konsekvenser for avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, sykepenge og uføreytelser. En nærliggende fortolkning av dette funnet er at mer graderte sykepenge i første rekke ble brukt ovenfor pasienter, der det ikke fikk negative konsekvenser for arbeidsmarkedstilknytning eller helse. Dette kan tyde på at legene etter regelendringene i 2004 var meget bevisst på hvilke pasienter som kunne få graderte sykepenge i større utstrekning.

Undersøkelsen ga ikke grunnlag for konklusjoner om konsekvensene av at legene sykmeldte færre pasienter etter juli 2004. At de sykmeldte i 2004 hadde lik sjanse for sykmelding som de sykmeldte i 2003, kan i hvert fall tyde på at regelendringene ikke hadde negative helsemessige konsekvenser.

3 Spørreundersøkelsen

3.1 Problemstillinger

Spørreundersøkelsen ble gjennomført for å svare på tre spørsmål om regelendringene 1. juli 2004:

1. Hva mente fastlegene om regelendringene?
2. Mente de selv at de endret praksis?
3. Hva var deres erfaring med hvordan dette hadde påvirket pasientenes helse?

3.2 Materiale og metode

3.2.1 Målgruppe

Målgruppen for undersøkelsen var alle fastleger med erfaring fra regelendringene 1. juli 2004. Dette ble definert som alle leger registrerte som fastleger i NAV i både 2004 og 2006 (N=3365).

3.2.2 Spørreskjema

Det ble utformet et spørreskjema med utgangspunkt i problemstillingene. For utformingen av spørsmålene, og for å få synspunkter på hvordan undersøkelsen burde gjennomføres for å nå optimal deltakelse, ble det samarbeidet med Den norske lægeforenings forskningsinstitutt. Legeforeningen har lang erfaring med postale spørreundersøkelser til landets leger.

Spørreskjemaet omfattet seks hovedspørsmål, hvorav de fire første gjaldt endringer i legenes praksis etter 1. juli 2004. Til hvert av disse fire spørsmålene ble det stilt tre oppfølgingsspørsmål om hvilke konsekvenser legene mente at disse endringene hadde hatt for pasientene.

De to siste hovedspørsmålene omhandlet legenes syn på regelendringene, og om de trodde at deres sykmeldingsrett var truet. Det ble også stilt spørsmål om kjønn, alder, fylke, spesialitet, antall listepasienter og tilknytning til bedriftshelsetjeneste. Spørreskjemaet ligger i vedlegg 5.6.

3.2.3 Prosedyre

Spørreskjemaet ble sendt ut til målgruppen i november 2006, ledsaget av brev med forespørsel om deltakelse fra NAV-direktøren. Det ble deretter sendt ut to purringer til ikke-responder i desember 2006 og januar 2007. Datainnsamlingen ble avsluttet 17. februar 2007.

Skjemaene ble lest maskinelt, kontrollert manuelt ved feilmelding og overført til SPSS-fil.

3.3 Resultat

Deltakelsen i undersøkelsen var tilfredsstillende med 2244 innkomne svar, noe som tilsvarer en svarprosent på 66,7.

3.3.1 Responsanalyse

Sammenlignet med landets alle fastleger i 2004 var legene som deltok i spørreundersøkelsen i større utstrekning over 50 år og spesialister i allmennmedisin, men skilte seg ikke i kjønnsfordeling og i antallet listepasienter (tabell 1).

Tabell 1. Karakteristika ved deltakende leger i spørreundersøkelsen og alle fastleger i 2004

Egenskap		Deltakende leger (N=2244)			Alle fastleger 2004 (N=3351)	
		Antall	%	Eff % ¹	Antall	%
Kjønn	Kvinne	605	27,0	28,3	966	28,8
	Mann	1532	68,3	71,7	2385	71,2
	Ikke oppgitt	107	4,7	0,0		
Alder	20-29 år	4	0,2	0,2	5	0,2
	30-39 år	294	13,1	13,5	531	15,9
	40-49 år	614	27,4	28,1	1166	34,8
	50-59 år	938	41,8	42,9	1258	37,5
	60- år	335	14,9	15,3	391	11,7
	Ikke oppgitt	59	2,6	0,0		
Spesialitet	Allmennmedisin	1486	66,2	77,7	2191	65,4
	Annen spes.	58	2,5	3,0		
	Ingen spes.	368	16,4	19,2		
	Ikke oppgitt	332	14,8	0,0		
Antall listepasienter	1-499	33	1,5	1,5	101	3,0
	500-1499	1679	74,8	77,0	2507	74,8
	1500-	468	20,9	21,4	743	22,2
	Ikke oppgitt	64	2,9	0,0		
Bedriftslege	Ja	143	6,4	6,9		
	Nei	1932	86,1	93,1		
	Ikke oppgitt	169	7,5	0,0		
Totalt		2244	100,0		3351	100,0

¹ "Ikke oppgitt" -kategorien er fordelt proporsjonalt på gjenstående kategorier

3.3.2 Endringer i praksis

De deltakende legene anga en betydelig endring av sin praksis, spesielt i bruken av graderte sykepenger, der 72 % anga at de etter regelendringene bruker graderte sykepenger mye eller noe oftere enn tidligere. 28 % mente at de friskmeldte pasientene mye eller noe raskere, mens 19 % sykmeldte noen eller mange færre. 19 % tok kontakt med arbeidsgiver noe eller mye oftere (tabell 2).

Tabell 2. Fastlegenes selvrapporterte endringer av sykmeldingspraksis etter 1. juli 2004 (N=2244)

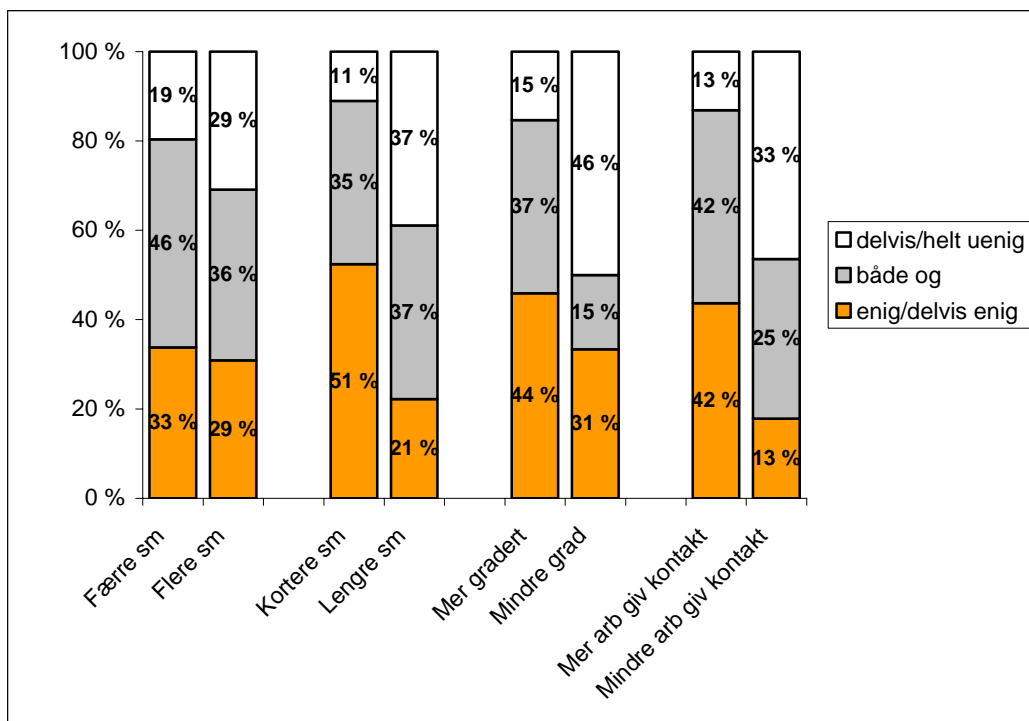
	Mange/noe flere	Som før	Noe/mange færre	Ubesvart
Sykmelder du flere av dine pasienter?	2,6 %	74,6 %	19,0 %	3,7 %
	Mye/noe raskere	Som før	Noe/mye senere	Ubesvart
Hvor raskt friskmelder du dine pasienter?	27,9 %	67,0 %	1,7 %	3,4 %
	Mye/noe oftere	Som før	Noe/mye sjeldnere	Ubesvart
Hvor ofte bruker du graderte sykepenger?	72,2 %	24,1 %	0,6 %	3,1 %
Hvor ofte tar du kontakt med arbeidsgiver?	19,4 %	76,1 %	1,8 %	2,6 %

Det var ingen forskjeller mellom kvinnelige og mannlige legers besvarelser på noen av disse fire spørsmålene. Derimot hadde legens alder betydning for hvordan spørsmålene ble besvart. Yngre leger (her regnet som under 50 år) endret seg i betydelig større grad i retning av færre sykmeldinger, raskere friskmelding, graderte sykepenger og arbeidsgiverkontakt enn eldre leger. Leger med lange pasientlister (flere enn 1 500 pasienter) endret seg mer enn andre leger i retning av færre sykmeldinger og mer arbeidsgiverkontakt, men samtidig også mot mindre bruk av graderte sykepenger. Spesialister i allmennmedisin endret seg mer i retning av færre sykmeldinger og oftere gradering enn andre spesialister eller ikke spesialister.

3.3.3 Konsekvenser av praksisendringer på helsen

Etter hvert av spørsmålene om de endret sin praksis ble legene spurt om de trodde at denne endringen hadde gitt pasientene bedre helse. Av de leger som skrev færre sykmeldinger enn tidligere, mente 33 % at det hadde gitt pasientene bedre helse (figur 1). Av de leger som skrev flere sykmeldinger, trodde 29 % at det hadde gitt pasientene bedre helse. Av figuren fremgår to generelle tendenser. For det første at legene i hovedsak mente at de endringer de hadde foretatt (uansett retning på endringen) medførte bedre helse for pasienten. For det andre at en større andel av de leger som hadde gjort endringer i mer restriktiv og aktiv retning, dvs. færre og kortere sykmeldinger, mer graderte sykepenger og mer kontakt med arbeidsgiveren, trodde at deres endring var bedre for pasientens helse, sammenliknet med leger med endringer i motsatt retning, dvs. mindre restriktiv og mer passiv.

Figur 1. Andel av legene som var enige, nøytrale eller uenige i at deres endringer hadde medført bedre helse for deres pasienter etter hvilke endringer som ble gjort⁷

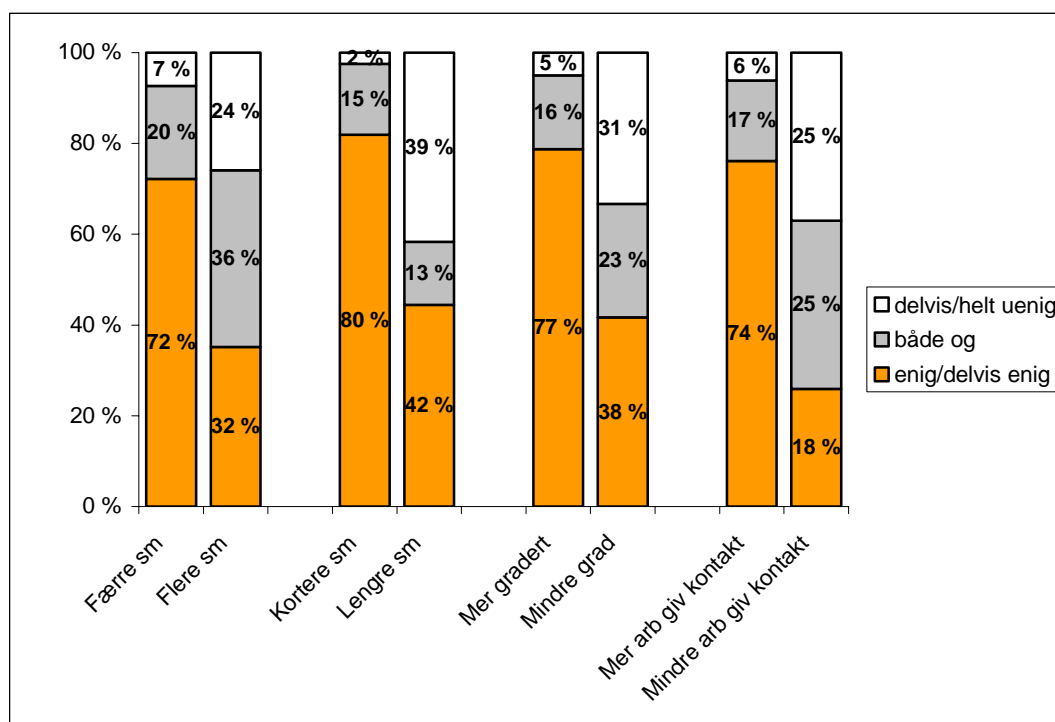


⁷ Svarfordelingene for kategoriene ”flere sykmeldinger”, ”lengre sykmeldinger”, ”mindre graderte sykmeldinger” og ” mindre arbeidsgiverkontakt” er meget usikre i figurene 1-3. Antallet leger i disse kategoriene var meget lavt, henholdsvis 58, 38, 13 og 40.

3.3.4 Konsekvenser av praksisendringer på pasientens sannsynlighet for å være i arbeid

Etter hvert spørsmål om endring av praksis ble legene også spurt om de trodde at endringen hadde gitt pasientene større sannsynlighet for å være i arbeid. Av leger som hadde endret sin praksis i retning av færre sykmeldinger mente 72 % at det hadde medført at pasienten hadde større sannsynlighet for å være i arbeid, mens 7 % ikke mente det (figur 2). Av leger som hadde endret sin praksis i retning av flere sykmeldinger, trodde bare 32 % at det medførte større sannsynlighet for pasienten å være i arbeid. Her viste de samme tendensene seg som ved spørsmålene om helsen. Legene mente at de endringer de hadde foretatt (uansett retning på endringen) medførte større muligheter å være i arbeid for pasienten. Det var imidlertid mye større forskjell mellom de leger som hadde gjort endringer i mer restriktiv og aktiv retning, og legene med endringer i motsatt retning, dvs. mindre restriktiv og mer passiv. De førstnevnte trodde i mye større grad at dette økte sannsynligheten for at pasienten var i arbeid.

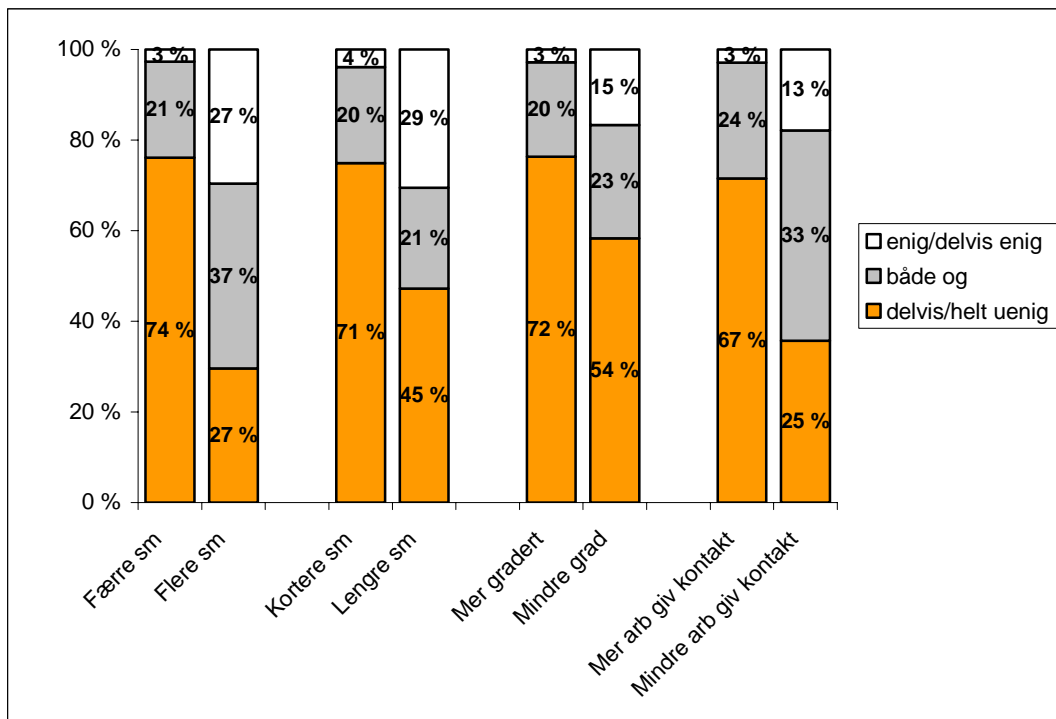
Figur 2. Andel av legene som var enige, nøytrale eller uenige i at deres endringer hadde medført større sannsynlighet for at deres pasienter var i arbeid, etter hvilke endringer som ble gjort



3.3.5 Konsekvenser av praksisendringer på pasientens sannsynlighet for å gå mot uførepensjon

Etter hvert spørsmål om endring av praksis ble legene også spurt om de trodde at endringen hadde gitt pasientene større sannsynlighet for å bli uførepensjonist. Av leger som hadde endret sin praksis i retning av færre sykmeldinger mente 3 % at det hadde medført at pasienten hadde større sannsynlighet for å gå mot uførepensjon, mens 74 % ikke mente det (figur 3). Av leger som hadde endret sin praksis i retning av flere sykmeldinger, trodde 27 % at det medførte større sannsynlighet for at pasienten ville bli ufør. Også her fremkommer samme tendenser som ovenfor. Legene mente at de endringer de hadde foretatt (uansett retning på endringen) ga redusert sannsynlighet for at pasienten ville bli ufør. Det var imidlertid også her stor forskjell mellom de legene som hadde gjort endringer i mer restriktiv og aktiv retning, og legene med endringer i motsatt retning, dvs. mindre restriktiv og mer passiv. De førstnevnte trodde i mye større grad at sannsynligheten for at pasienten ville bli ufør ble redusert.

Figur 3. Andel av legene som var enige, nøytrale eller uenige i at deres endringer hadde medført større sannsynlighet for at deres pasienter gikk mot uførepensjon etter hvilke endringer som ble gjort



3.3.6 Holdninger til regelendringene

Spørreskjemaet innholdt et spørsmål om legenes holdninger til de nye sykmeldingsreglene fra 1. juli 2004. Flertallet av legene (55 %) var helt eller delvis enige i at de nye reglene var bedre for pasientene enn de gamle (tabell 3). Kvinnelige leger var i noe større utstrekning enn mannlige leger enig i at de nye reglene var bedre for pasientene enn de gamle. Det samme gjaldt for spesialister i allmenntidmedisin. Eldre leger og leger med mange listepasienter var mindre enige enn andre i at de nye reglene var bedre. Forskjellene var små.

Tabell 3. Fastlegenes holdninger til de nye reglene 1. juli 2004 (N=2244)

Utsagn	Helt/delvis enig	Både og	Delvis/helt uenig	Ubesvart
Jeg mener at de nye reglene, samlet sett, er bedre for mine pasienter enn de gamle	54,7 %	27,5 %	13,0 %	4,8 %

I spørreskjemaet inngikk også et spørsmål om legene mente at de nye sykmeldingsreglene ville øke sannsynligheten for at de kunne miste retten til sykmelding. 13 % var helt eller delvis enig i dette, og ytterligere 21 % svarte både og, dvs. de var ikke sikre på det motsatte (tabell 4). Andelene som var uenige i at sykmeldingsretten var truet var større blant kvinner, eldre leger, leger med små pasientlister, og spesialister i allmenntidmedisin.

Tabell 4. Fastlegenes holdninger til de nye reglene 1. juli 2004 (N=2244)

Utsagn	Helt/delvis enig	Både og	Delvis/helt uenig	Ubesvart
Jeg trodde sannsynligheten for å miste retten til å sykmelde ble større når regelendringene kom	12,8 %	21,5 %	55,1 %	10,6 %

3.4 Diskusjon

Det viktigste funnet i denne undersøkelsen var at fastlegene selv mente at de hadde forandret sin sykmeldingspraksis etter regelendringene 1. juli 2004. Endringene var dyptgripende, i det 72 prosent tok i bruk graderte sykepenger i større grad enn tidligere. En firedel av alle legene skrev også kortere sykefravær, og en femdel skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med arbeidsgiverne til sine pasienter.

Disse resultatene stemmer godt overens med tidligere funn fra en undersøkelse av legenes praksis basert på NAVs registre (Brage og Kann 2006b). Også den tidligere registerundersøkelsen viste at den største endringen skjedde i bruk av graderte sykepenger. Den økte bruken av graderte sykepenger har også vedvart lenger enn endringer i antall og varighet av sykefraværstilfellene.

Legene mente at de endringer de hadde gjort i sin praksis var til beste for pasientenes helse. Dette gjaldt både leger som innførte en mer restriktiv og aktiv praksis og de som gjorde det motsatte. Det er grunn å anta at legene har pasientenes helsetilstand som en dominerende faktor å vurdere sine handlinger ut fra. Et motsatt funn ville vært overraskende. Resultatene viser også at de leger som innførte en praksis som gikk i strid med den gjengse normen for sykmeldingspraksis, dvs. ble mindre restriktive og mindre aktive, i mindre grad trodde at dette

var gunstig for pasientenes helse. Det er mulig at disse legene hadde en pasientgruppe som var sykere, og at strengere sykmeldingsregler for disse pasientene falt uheldig ut, ut fra legens vurdering.

Legene mente at deres endringer i meget stor grad økte sannsynligheten for at pasienten beholdt sin arbeidstilknytning og reduserte sannsynligheten for uførepensjon. Her var forskjellen mellom de leger som fulgte den gjengse normen og de som ikke gjorde det svært stor.

Legene var positivt innstilt til regelendringene. De mente at de nye reglene var bedre for deres pasienter enn de gamle. Generelt avspeiler det en positiv holdning, som muligens ikke skiller legene fra befolkningen ellers.

En tredjedel av legene var ikke sikre på at deres rett til å sykmelde var uforandret etter 1. juli 2004. I forkant av denne datoen ble det i pressen lagt frem meldinger om at sykmeldingsretten kunne være i fare hvis ikke legene fulgte de nye reglene. Dette ble etter hvert tonet ned, men er likevel interessant at mange, to år etterpå, fortsatt vurderte dette som et trusselbilde ovenfor legenes sykmeldingsrett.

Det kan diskuteres hvor mye vekt som skal legges ved legenes besvarelser på spørreskjemaet. Det er ofte observert en tendens til å svare i tråd med gjengse normer for atferd. Dette skjemaet var sendt ut fra arbeids- og velferdsforvaltningen, noe som kunne styrke en slik tendens å svare ”politisk korrekt”. Imidlertid peker resultatene fra undersøkelsen i samme retning som tidligere registerundersøkelser over praksisendringene i 2004 (Brage og Kann 2006b). Det kan tale for at legene, i hovedsak, ga besvarelser som reflekterer deres virkelige praksis.

3.4.1 Metodespørsmål

Deltakelsen til de spurte legene var høy. Det kan muligens tas til inntekt for at spørsmålet engasjerte fastlegene. Yngre leger svarte i mindre grad på spørreskjemaet. Disse legene skilte seg fra de eldre legene på slik måte at de endret sin praksis i større utstrekning. Hvis utvalget av respondenter hadde vært mer representativt, ville andelen som endret sin praksis antagelig blitt enda høyere.

Det knytter seg usikkerhet til betydningen av at det hadde gått lang tid, mer enn to år, fra det at regelendringene trådte i kraft til undersøkelsen ble gjennomført. På den ene siden var en lang periode gunstig. Legene trengte to års observasjonstid for å kunne besvare spørsmålene om endringene hadde konsekvenser for arbeidslivstilknytning og økt sannsynlighet for uførepensjon.

På den annen side så medførte den lange perioden mellom endring og spørreskjema at andre faktorer sannsynligvis spilte inn på legenes besvarelser. Det knytter seg selvsagt usikkerhet til hukommelse over en så pass lang periode som to år. Dessuten ble det gjennomført et fagutviklingsprogram fra høsten 2004, ”Legeprogrammet”, der vel halvparten av fastlegene deltok, og som påvirket deres endringer og holdninger. Derfor bør resultatene fortolkes som å vise effekten av regelendringene i kombinasjon med Legeprogrammet.

4 Sammenfattende diskusjon

I spørreundersøkelsen anga flertallet leger at de hadde endret sin praksis etter 1. juli 2004. Endringene i retning av færre sykmeldinger, raskere friskmelding og mer bruk av graderte sykepenge, var i samsvar med funn i tidligere registerstudier (Brage og Kann 2000b).

Legene mente at deres endringer hadde gunstige effekter på pasientenes helse, økte pasientenes arbeidstilknytning, og reduserte sannsynligheten for uførepensjon. Disse resultatene ble delvis bekreftet i registerundersøkelsen. Ved å kombinere spørreskjemaer med registerundersøkelser kunne flere sider ved dette interessante men problematiske området undersøkes. Subjektive uttalelser alene kan ikke tillegges alt for stor betydning.

Registerundersøkelsen viste seg å være teknisk vanskelig å gjennomføre, og den var beheftet med usikkerhet i ikke ubetydelig grad. Når likevel register- og spørreundersøkelsen pekte i samme retning av gunstige konsekvenser for arbeidstilknytning ved raskere friskmelding, kan det antagelig tillegges større vekt.

Dessverre var det ikke inkludert spørsmål om legenes syn på tid til neste sykmelding i spørreskjemaet. Registerundersøkelsens funn at raskere friskmeldinger fører til raskere ny sykmelding kunne derfor ikke bekreftes fra spørreundersøkelsen. Likevel mener vi at dette funnet er viktig som et argument i vurderingen av hvor lange sykefravær bør være. Det bør også gjøres ytterligere undersøkelser, fortrinnsvis med lengre oppfølgingstid og andre design, for å analysere forholdet mellom sykefraværenes lengde og behov for nye fravær.

Legenes positive syn på mer graderte sykepenge og deres gunstige effekter på arbeidstilknytning, helse og behov for varige trygdeytelser ble ikke bekreftet i registerundersøkelsen. For å kunne si med større sikkerhet om dette faktisk er gunstig, trengs det flere og antagelig mer omfattende undersøkelser over lengre tid.

Referanser

Allen C, Glasziou P, Del Mar C (1999). "Bed rest: A potentially harmful treatment needing more careful evaluation". *Lancet*; 354: 1229-33

Brage S, Kann IC (2006a). *Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006*. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.

Brage S, Kann IC (2006b). *Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet*. RTV-rapport 06/2006. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.

Feiring E (2004). "Nye regler ved sykmelding". *Tidsskr Nor Lægeforen*; 124: 1751.

Gjesdal S, Bratberg E (2003). "Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study". *Scand J Public Health*; 31: 246-54.

Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot M (2005). "Working while ill as a risk factor for serious coronary events: The Whitehall II study". *American Journal of Public Health*; 95: 98-102.

Rikstrygdeverket (2005). *Folketrygden. Nøkkeltall 1. halvår 2005*. Oslo, Rikstrygdeverket.

Statens beredning for medicinsk utvärdering (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. SBU rapport 167*. Stockholm, SBU.

Waddell G, Burton AK (2000). "Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review". *Occupational Medicine*; 51: 124-35.

5 Vedlegg

5.1 Regresjonsmodeller for kategorisering av leger

Tabell R1. Regresjonsmodell for forventet gjennomsnittslengde for sykefraværstilfeller startet i juli 2003

Linear regression

Number of obs = 2779
F(38, 2740) = 19.66
Prob > F = 0.0000
R-squared = 0.2267
Root MSE = 29.584

gjlengde	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
fastlegens~m	-5.479101	3.268687	-1.68	0.094	-11.88844	.9302379
andred arb~d	6.585945	4.638558	1.42	0.156	-2.50948	15.68137
andfull_gr~k	-66.44688	7.259112	-9.15	0.000	-80.68076	-52.21299
andfull_gr~m	-86.93508	10.46074	-8.31	0.000	-107.4468	-66.42336
and måned~x	-18.98521	33.90258	-0.56	0.576	-85.46242	47.492
and_tomåne~x	-99.11064	44.82449	-2.21	0.027	-187.0039	-11.21742
and halvår~x	122.0108	19.44965	6.27	0.000	83.87331	160.1482
and_ikke_a~r	32.14963	7.054695	4.56	0.000	18.31657	45.98269
and_kvpa	-24.672	12.43967	-1.98	0.047	-49.06408	-.2799256
and_kvinn_pas	7.479883	5.147775	1.45	0.146	-2.614029	17.5738
and_symp	-2.380037	2.891942	-0.82	0.411	-8.050643	3.29057
andel over50	26.10805	7.222411	3.61	0.000	11.94613	40.26997
arbeidsled~t	42.09278	17.93735	2.35	0.019	6.920679	77.26488
arbeidsled~e	.5858195	.5278593	1.11	0.267	-.449223	1.620862
and_ukjent~a	(dropped)					
and_Wdia	3.966703	8.177185	0.49	0.628	-12.06737	20.00077
and_Kdia	42.7538	12.10674	3.53	0.000	19.01455	66.49305
and_Tdia	35.40523	17.65606	2.01	0.045	.7846985	70.02577
and_Sdia	-33.64009	9.081693	-3.70	0.000	-51.44775	-15.83244
and_Adia	-6.337724	6.923854	-0.92	0.360	-19.91422	7.238777
and_Ndia	-19.61567	7.728286	-2.54	0.011	-34.76952	-4.461811
and_Ddia	-24.5264	6.611897	-3.71	0.000	-37.4912	-11.56159
and_Rdia	-39.69596	4.763614	-8.33	0.000	-49.0366	-30.35532
and_Hdia	-21.53125	20.79541	-1.04	0.301	-62.30752	19.24502
and_Pdia	20.32161	4.95434	4.10	0.000	10.60699	30.03623
and_andredia	-15.4464	7.491219	-2.06	0.039	-30.13541	-.7573927
andN_Jord	12.9883	18.43279	0.70	0.481	-23.15528	49.13188
andN_Ol	-15.62677	12.63392	-1.24	0.216	-40.39975	9.14621
andN_I	12.42468	6.423368	1.93	0.053	-.1704525	25.01981
andN_K	-9.330391	20.00572	-0.47	0.641	-48.55821	29.89743
andN_B	16.79678	9.676785	1.74	0.083	-2.177751	35.77131
andN_V	2.161724	5.710996	0.38	0.705	-9.036569	13.36002
andN_T	-5.692072	7.247886	-0.79	0.432	-19.90395	8.519803
andN_Fi	2.554885	13.07334	0.20	0.845	-23.07972	28.18949
andN_Fo	-.9875124	7.712496	-0.13	0.898	-16.11041	14.13538
andN_Of	2.111227	8.11691	0.26	0.795	-13.80465	18.02711
andN_Un	-.0436412	8.835822	-0.00	0.996	-17.36919	17.2819
andN_A	-4.241314	9.370829	-0.45	0.651	-22.61592	14.13329
andN_Uo	34.21858	5.833134	5.87	0.000	22.78079	45.65636
_cons	112.5997	11.37925	9.90	0.000	90.2869	134.9125

Tabell R2. Regresjonsmodell for forventet gjennomsnittslengde for sykefraværstilfeller startet i juli 2004

Linear regression

Number of obs = 2779
 F(38, 2740) = 17.23
 Prob > F = 0.0000
 R-squared = 0.2053
 Root MSE = 32.37

gjlengde	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
fastlegens~m	-4.940677	3.194305	-1.55	0.122	-11.20417	1.322812
andred arb~d	-3.435331	5.295401	-0.65	0.517	-13.81871	6.94805
andfull gr~k	-67.9545	5.890687	-11.54	0.000	-79.50513	-56.40386
andfull gr~m	-70.01588	7.144986	-9.80	0.000	-84.02598	-56.00578
and måned~x	-56.64136	23.3781	-2.42	0.015	-102.4818	-10.80088
and tomåne~x	-36.01797	39.57188	-0.91	0.363	-113.6117	41.57576
and halvår~x	5.21094	15.54896	0.34	0.738	-25.27793	35.69981
and ikke a~r	22.65904	7.087268	3.20	0.001	8.762113	36.55597
and kvpas	-2.996105	9.043939	-0.33	0.740	-20.72973	14.73752
and kvin pas	10.39422	5.530717	1.88	0.060	-4.4505725	21.23902
and symp	-5.482255	2.86861	-1.91	0.056	-11.10711	1.1426029
andel over50	37.70772	7.809683	4.83	0.000	22.39426	53.02118
arbeidsled~t	74.61344	15.98593	4.67	0.000	43.26774	105.9591
arbeidsled~e	.1104745	.5659665	0.20	0.845	-.9992896	1.220239
and ukjent~a	(dropped)					
and Wdia	4.097877	7.006867	0.58	0.559	-9.6414	17.83715
and Kdia	45.68655	11.2423	4.06	0.000	23.64232	67.73079
and Tdia	15.7863	18.14785	0.87	0.384	-19.79854	51.37115
and Sdia	-6.23606	7.440445	-0.84	0.402	-20.82551	8.353389
and Adia	-7.970777	7.293478	-1.09	0.275	-22.27205	6.330494
and Ndia	1.24233	8.426475	0.15	0.883	-15.28056	17.76522
and Ddia	-19.06115	6.104089	-3.12	0.002	-31.03023	-7.092069
and Rdia	-33.68423	4.392744	-7.67	0.000	-42.29765	-25.0708
and Hdia	-59.87508	14.95884	-4.00	0.000	-89.20683	-30.54332
and Pdia	14.36237	4.387121	3.27	0.001	5.759967	22.96477
and andredia	19.56954	8.936495	2.19	0.029	2.046587	37.09249
andN Jord	9.438028	16.67799	0.57	0.572	-23.26467	42.14073
andN Ol	-7.969009	12.40997	-0.64	0.521	-32.30286	16.36484
andN I	8.220155	6.787531	1.21	0.226	-5.08904	21.52935
andN K	-4.082296	30.94019	-0.13	0.895	-64.75076	56.58617
andN B	6.380051	8.934658	0.71	0.475	-11.1393	23.8994
andN V	-.2795168	5.430178	-0.05	0.959	-10.92717	10.36814
andN T	2.495069	7.60098	0.33	0.743	-12.40916	17.3993
andN Fi	-25.6247	12.35869	-2.07	0.038	-49.858	-1.39141
andN Fo	9.765672	8.048641	1.21	0.225	-6.016346	25.54769
andN Of	4.299002	8.326649	0.52	0.606	-12.02814	20.62615
andN Un	23.22901	9.493281	2.45	0.014	4.614297	41.84372
andN A	-11.09667	10.10216	-1.10	0.272	-30.90528	8.711952
andN Uo	19.28348	5.902311	3.27	0.001	7.710046	30.8569
_cons	89.18513	9.047318	9.86	0.000	71.44487	106.9254

Tabell R3. Regresjonsmodell for forventet sykepengegrad for fastlegene på sykefraværstilfeller startet i juli 2003

Linear regression

Number of obs = 2779
 F(36, 2742) = 6.06
 Prob > F = 0.0000
 R-squared = 0.0837
 Root MSE = 5.5631

grad	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
fastlegens~m	1.780661	.5610526	3.17	0.002	.6805324	2.880789
and_måned~x	-2.050023	8.337422	-0.25	0.806	-18.39829	14.29824
and_tomåne~x	-6.690207	7.589344	-0.88	0.378	-21.57162	8.191202
and_halvår~x	-14.4595	3.816824	-3.79	0.000	-21.94364	-6.975358
and_ikke_a~r	-4.544357	1.315616	-3.45	0.001	-7.124056	-1.964657
and_kvps	-2.274649	.6763124	-3.36	0.001	-3.600782	-.9485154
and_kvinn_pas	-2.787372	.9303206	-3.00	0.003	-4.611572	-.9631722
and_symp	.1739776	.5414995	0.32	0.748	-.8878105	1.235766
andel_overs50	-8.176417	1.41182	-5.79	0.000	-10.94475	-5.408078
arbeidsled~t	5.192166	2.479983	2.09	0.036	.3293409	10.05499
arbeidsled~e	.067645	.0998047	0.68	0.498	-.128055	.263345
andoff_sek~r	2.742094	1.324568	2.07	0.039	.1448421	5.339345
and_ukjent~a	(dropped)					
and_Wdia	-3.321576	1.716166	-1.94	0.053	-6.686685	.043532
and_Kdia	1.639502	1.937397	0.85	0.397	-2.159403	5.438408
and_Tdia	-1.819324	2.912246	-0.62	0.532	-7.529742	3.891093
and_Sdia	2.044114	1.515175	1.35	0.177	-.9268861	5.015113
and_Adia	-.857592	1.300176	-0.66	0.510	-3.407015	1.691831
and_Ndia	1.808356	1.496871	1.21	0.227	-1.126752	4.743464
and_Ddia	3.104668	1.21665	2.55	0.011	.7190251	5.490311
and_Rdia	4.427679	.8746809	5.06	0.000	2.712579	6.142779
and_Hdia	.2599941	3.24891	0.08	0.936	-6.110564	6.630553
and_Pdia	-1.95884	.9257176	-2.12	0.034	-3.774014	-.1436658
and_andredia	3.300008	1.455298	2.27	0.023	.4464158	6.1536
andN_Jord	3.065333	3.46435	0.88	0.376	-3.727667	9.858333
andN_Ol	9.245781	2.854405	3.24	0.001	3.64878	14.84278
andN_I	3.177658	1.537741	2.07	0.039	.1624093	6.192907
andN_K	6.884201	3.934306	1.75	0.080	-.8303019	14.5987
andN_B	1.249921	2.048873	0.61	0.542	-2.76757	5.267412
andN_V	2.146605	1.516616	1.42	0.157	-.8272205	5.12043
andN_T	4.293899	1.65809	2.59	0.010	1.042668	7.54513
andN_Fi	-1.440993	2.780742	-0.52	0.604	-6.893553	4.011568
andN_Fo	-1.529864	1.693597	-0.90	0.366	-4.850719	1.790992
andN_Of	-.8429009	1.574608	-0.54	0.592	-3.930438	2.244636
andN_Un	-2.0129	1.759125	-1.14	0.253	-5.462244	1.436443
andN_A	2.456025	2.119043	1.16	0.247	-1.699057	6.611107
andN_Uo	.9471181	1.427725	0.66	0.507	-1.852407	3.746643
_cons	96.7362	1.540693	62.79	0.000	93.71517	99.75724

Tabell R4. Regresjonsmodell for forventet sykepengegrad for fastlegene på sykefraværstilfeller startet i juli 2004

Linear regression

Number of obs = 2779
 F(36, 2742) = 6.51
 Prob > F = 0.0000
 R-squared = 0.0858
 Root MSE = 8.012

grad	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
fastlegens~m	4.51119	.7620732	5.92	0.000	3.016894	6.005486
and_måned~x	10.47845	5.669972	1.85	0.065	-.6393998	21.5963
and_tomåne~x	-21.74904	11.86643	-1.83	0.067	-45.01709	1.519014
and_halvår~x	5.273632	3.118981	1.69	0.091	-.8421579	11.38942
and_ikke_a~r	-1.692213	1.71267	-0.99	0.323	-5.050467	1.666042
and_kvpa	-1.518879	.8926958	-1.70	0.089	-3.269303	.2315457
and_kvinn_pas	-4.228356	1.306827	-3.24	0.001	-6.790822	-1.665891
and_symp	-.4800577	.6990132	-0.69	0.492	-1.850703	.8905881
andel_over50	-5.58421	1.91175	-2.92	0.004	-9.332825	-1.835595
arbeidsled~t	4.679039	2.90341	1.61	0.107	-1.014053	10.37213
arbeidsled~e	.5274988	.1368939	3.85	0.000	.2590732	.7959244
andoff_sek~r	2.398927	1.770449	1.35	0.176	-1.072623	5.870476
and_ukjent~a	(dropped)					
and_Wdia	.8034427	1.846765	0.44	0.664	-2.817748	4.424634
and_Kdia	-7.240757	2.731546	-2.65	0.008	-12.59685	-1.884662
and_Tdia	.2556795	3.590606	0.07	0.943	-6.784886	7.296245
and_Sdia	5.554988	2.052965	2.71	0.007	1.529475	9.580502
and_Adia	5.52965	1.772607	3.12	0.002	2.053869	9.00543
and_Ndia	6.391963	1.924978	3.32	0.001	2.617409	10.16652
and_Ddia	7.805685	1.577746	4.95	0.000	4.711994	10.89938
and_Rdia	9.296531	1.117049	8.32	0.000	7.106188	11.48687
and_Hdia	4.544115	3.866133	1.18	0.240	-3.036712	12.12494
and_Pdia	-.1563459	1.133523	-0.14	0.890	-2.378991	2.066299
and_andredia	4.758621	2.03851	2.33	0.020	.761451	8.755791
andN_Jord	3.971445	3.951088	1.01	0.315	-3.775965	11.71886
andN_Ol	3.180869	3.696734	0.86	0.390	-4.067797	10.42953
andN_I	1.096902	2.121606	0.52	0.605	-3.063206	5.25701
andN_K	-9.306054	6.111403	-1.52	0.128	-21.28947	2.677366
andN_B	.1050326	2.492355	0.04	0.966	-4.782051	4.992117
andN_V	-.2699754	2.037114	-0.13	0.895	-4.26441	3.724459
andN_T	2.364603	2.240231	1.06	0.291	-2.028109	6.757314
andN_Fi	-2.251564	3.589943	-0.63	0.531	-9.29083	4.787702
andN_Fo	1.423665	2.266446	0.63	0.530	-3.020449	5.867779
andN_Of	-4.747095	2.289538	-2.07	0.038	-9.23649	-.2577008
andN_Un	-3.681515	2.024475	-1.82	0.069	-7.651164	.2881349
andN_A	-2.88724	2.86086	-1.01	0.313	-8.496898	2.722419
andN_Uo	-3.285062	1.84872	-1.78	0.076	-6.910088	.3399631
_cons	90.59425	2.069191	43.78	0.000	86.53692	94.65158

5.2 Kategorisering av leger

På bakgrunn av regresjonsanalyser (vedlegg 5.1, tabell R1-R4), der det er kontrollert for egenskaper ved fastlegens pasienter og fastlegens liste, kan vi estimere et forventet gjennomsnitt for hver enkelt lege. (figur R1 og R2). De forventede tallene ble trukket fra de reelle tallene for gjennomsnittlig varigheten av legens sykefraværstilfeller i de samme årene. Avviket mellom den observerte og denne forventede estimerte verdien vises i figurene R3 og R4.

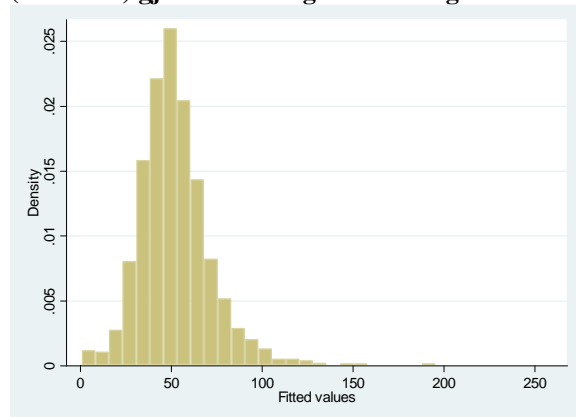
De legene som har lavere gjennomsnittlig sykefravær enn modellen predikerer, regnes som ”raske til å friskmelde”, og motsatt for de som har høyere gjennomsnittsverdi enn modellen predikerer. Deres tilbøyelighet til å friskmelde er da differansen mellom figur 3 og 4, dvs. endringen i hvor ”raske” de var i 2003 sammenlignet med hvor ”raske” de var i 2004. Differansen fremkommer i figur 5. Figur 5 viser derved fordelingen av leger etter vår avhengige variabel ”endring i tilbøyelighet til å friskmelde”.

Kategoriseringen handler altså bare om endringen i forhold til hvordan modellen forventer at legene sykmelder, og ikke hvilket nivå de var på i utgangspunktet, eller om øker eller reduserer gjennomsnittlig fraværslengde. En lege som lå 100 dager under det modellen estimerte i 2003, men bare 50 dager under det modellen estimerte i 2004, er blitt ”mer tilbøyelig til å friskmelde”.

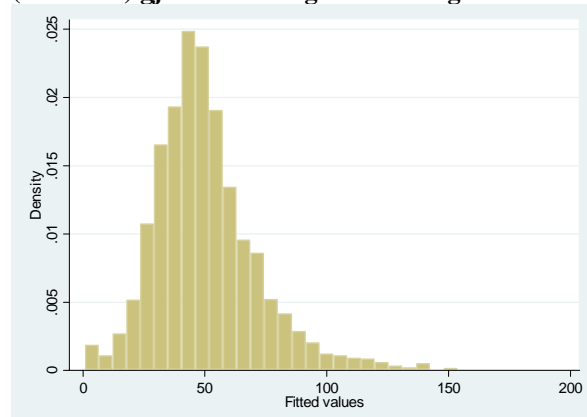
For denne legen kan det faktiske gjennomsnittlige fraværet:

- være likt de to årene, men pasientene kan ha andre kjennetegn for eksempel andre diagnoser. Hvorvidt nivået anses som mer eller mindre raskt er bestemt i regresjonsmodellen.
- være forskjellig (både høyere og lavere), men modellen predikerer at med denne pasientsammensetningen bør legen ha en annen differanse mellom de to årene.

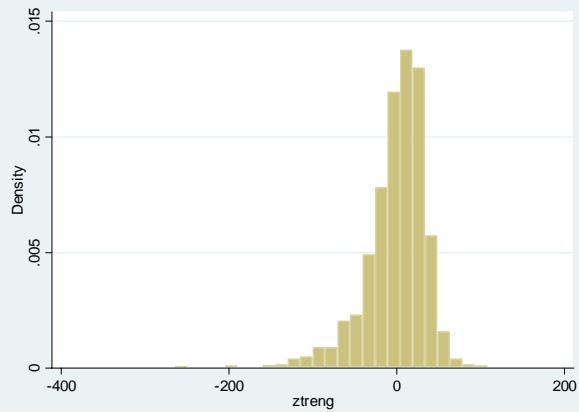
Figur R1 Fordeling av legene i 2004 etter estimert (forventet) gjennomsnittlig fraværslengde i 2003



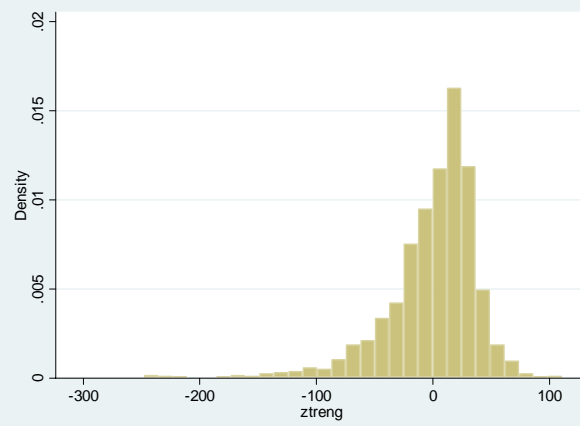
Figur R2 Fordeling av legene i 2004 etter estimert (forventet) gjennomsnittlig fraværslengde i 2004



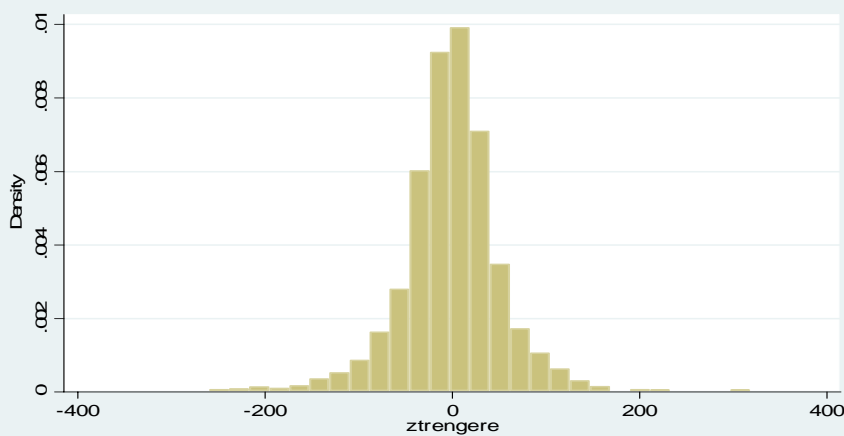
Figur R3 Fordeling av legene i 2003 etter hvor mange dager de avviker fra forventet gjennomsnittlig sykefravær.



Figur R4 Fordeling av legene i 2004 etter hvor mange dager de avviker fra forventet gjennomsnittlig sykefravær.



Figur R5 Fordeling av leger etter om de har blitt mer eller mindre tilbøyelige til å friskmelde, dvs Differanse mellom figur 3 og figur 4



5.3 Cox regresjoner for tid til utfall for legenes pasienter

Tabell R5. Risiko for avgang fra arbeidslivet for pasienter til leger som friskmeldte raskere i 2004 basert på Cox-modell

No. of subjects =	17258	Number of obs =	17258
No. of failures =	3278		
Time at risk =	8273828		
Log likelihood =	-31132.425	LR chi2(41) =	1027.61
		Prob > chi2 =	0.0000

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Raskere fr.m	.9988685	.0004011	-2.82	0.005	.9980828 .9996549
lengdegr_~30	.9889097	.0532287	-0.21	0.836	.8898979 1.098938
lengdegr_~60	1.131482	.0619584	2.26	0.024	1.016336 1.259675
lengdegr_~120	1.202859	.0824026	2.70	0.007	1.051726 1.375709
lengdegr_~365	1.152047	.0950883	1.71	0.086	.9799707 1.354338
fullgrad	1.203026	.0676886	3.29	0.001	1.077412 1.343285
kvalder	1.002151	.0028057	0.77	0.443	.9966672 1.007666
red_arbtid	.8832524	.0550031	-1.99	0.046	.7817675 .9979115
off_sektor	.6657663	.0634121	-4.27	0.000	.5523923 .8024095
kjønn	.9567526	.1042389	-0.41	0.685	.7727884 1.18451
ald20	2.15965	.1322013	12.58	0.000	1.915481 2.434944
ald30	1.47101	.0828868	6.85	0.000	1.317204 1.642776
ald50	.9942326	.0634811	-0.09	0.928	.8772822 1.126774
ald60	1.070419	.1029913	0.71	0.479	.8864512 1.292567
arbeidsled~m	1.070598	.0173711	4.20	0.000	1.037087 1.105192
N_Jordbruk	1.241284	.2534543	1.06	0.290	.8318916 1.852148
N_Olje_og_~s	.3702645	.1081726	-3.40	0.001	.2088498 .6564326
N_Industri~v	.8518894	.0949463	-1.44	0.150	.6847209 1.05987
N_Kraft_og~s	.4769731	.1993767	-1.77	0.077	.2102269 1.08218
N_Bygge_og~l	.8394731	.1115645	-1.32	0.188	.6469692 1.089256
N_Varehand~t	.9552841	.0952283	-0.46	0.646	.7857417 1.161409
N_Transpor~m	.7732383	.0929024	-2.14	0.032	.6110038 .9785496
N_Finanstj~r	.410682	.1029326	-3.55	0.000	.2512824 .6711958
N_Forretni~t	1.218986	.1350079	1.79	0.074	.9811257 1.514513
N_Off_adm	.8768753	.1149849	-1.00	0.316	.6781404 1.133851
N_Undervis~g	.7833794	.1057878	-1.81	0.071	.6012092 1.020748
N_Andre_so~j	.8603098	.1251795	-1.03	0.301	.6468457 1.144219
N_Uoppgitt	1.002604	.1010379	0.03	0.979	.8229037 1.221545
Pdia	1.313208	.0649041	5.51	0.000	1.191965 1.446783
Hdia	.8410738	.1735003	-0.84	0.401	.561364 1.260154
Rdia	.7187863	.0451918	-5.25	0.000	.6354519 .8130493
Ddia	1.027867	.0739576	0.38	0.702	.8926696 1.18354
Ndia	1.145861	.0961934	1.62	0.105	.9720188 1.350793
Adia	.9931331	.0816808	-0.08	0.933	.8452786 1.16685
Sdia	.7403609	.0766276	-2.90	0.004	.6044269 .9068661
Tdia	1.142942	.1934731	0.79	0.430	.8202307 1.592622
Kdia	1.251187	.1456692	1.92	0.054	.9959125 1.571894
Wdia	.5193158	.0534542	-6.37	0.000	.4244394 .6354001
andre_dia	.7539693	.0792712	-2.69	0.007	.6135638 .9265048
arbeidsledig	5.078298	.5997621	13.76	0.000	4.028921 6.400997
arbeidstaker	1.046803	.0898959	0.53	0.594	.8846402 1.238692

Tabell R6. Risiko for arbeidsledighet for pasienter til leger som friskmeldte raskere i 2004 basert på Cox-modell

No. of subjects =	17583	Number of obs =	17583
No. of failures =	2602		
Time at risk =	8716051.5		
Log likelihood =	-24380.499	LR chi2(41) =	1692.79
		Prob > chi2 =	0.0000

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Raskere fr.m	.9999894	.0004454	-0.02	0.981	.9991168 1.000863
lengdegr_~30	1.097351	.0664174	1.53	0.125	.9745997 1.235562
lengdegr_~60	1.227098	.0757779	3.31	0.001	1.087212 1.384982
lengdegr_~120	1.486366	.1098566	5.36	0.000	1.285919 1.718057
lengdegr_~365	1.405864	.1231681	3.89	0.000	1.184048 1.669234
fullgrad	1.728207	.122159	7.74	0.000	1.504625 1.985013
kjønn	1.066326	.1343959	0.51	0.610	.8329279 1.365125
kvalder	.998263	.0035183	-0.49	0.622	.9913911 1.005183
red_arbtid	.8387235	.0603964	-2.44	0.015	.7283226 .9658591
off_sektor	.5516658	.0648841	-5.06	0.000	.4380887 .6946884
ald20	2.429491	.1702785	12.67	0.000	2.11766 2.78724
ald30	1.638656	.1038768	7.79	0.000	1.447201 1.85544
ald50	.6400064	.053806	-5.31	0.000	.5427789 .7546502
ald60	.3894313	.0641233	-5.73	0.000	.2820155 .5377601
arbeidsled~m	1.119194	.0203379	6.20	0.000	1.080034 1.159774
N_Jordbruk	.9438396	.2481512	-0.22	0.826	.5637714 1.580132
N_Olje_og~s	.26822	.1055218	-3.34	0.001	.1240554 .579918
N_Industri~v	.8191182	.1086685	-1.50	0.133	.6315703 1.062359
N_Kraft_og~s	.1300806	.1308439	-2.03	0.043	.0181141 .9341328
N_Bygge_og~l	.6584998	.1074273	-2.56	0.010	.4782897 .9066095
N_Varehand~t	.9229716	.1084124	-0.68	0.495	.7331722 1.161905
N_Transpor~m	.6063605	.0901432	-3.37	0.001	.4530947 .8114707
N_Finanstj~r	.2402655	.0940729	-3.64	0.000	.1115358 .5175692
N_Forretni~t	1.262861	.1628596	1.81	0.070	.9808078 1.626025
N_Off_adm	.8551005	.1502911	-0.89	0.373	.6059144 1.206766
N_Undervis~g	.791186	.144055	-1.29	0.198	.5537277 1.130475
N_Andre_so~j	.8627086	.1465557	-0.87	0.385	.6183912 1.203552
N_Uoppgitt	1.135699	.1339501	1.08	0.281	.9012979 1.431062
Pdia	1.240972	.0689847	3.88	0.000	1.11287 1.38382
Hdia	.9991854	.220731	-0.00	0.997	.6480468 1.540585
Rdia	.8205187	.0563267	-2.88	0.004	.7172251 .9386884
Ddia	1.018516	.0819176	0.23	0.820	.8699753 1.192418
Ndia	.9301193	.0962268	-0.70	0.484	.7594101 1.139202
Adia	1.066918	.0956963	0.72	0.470	.8949184 1.271976
Sdia	.8349004	.0925539	-1.63	0.104	.6718521 1.037518
Tdia	1.000647	.2114244	0.00	0.998	.6613514 1.514012
Kdia	1.007207	.1598095	0.05	0.964	.7380094 1.374597
Wdia	.593741	.0609497	-5.08	0.000	.4855322 .7260659
andre_dia	.7809145	.0928201	-2.08	0.037	.6186272 .9857752
arbeidsledig	4.860752	.6012569	12.78	0.000	3.814284 6.194324
arbeidstaker	1.059309	.1029633	0.59	0.553	.8755625 1.281617

Tabell R7. Risiko for ny sykmeldingsperiode for pasienter til leger som friskmeldte raskere i 2004 basert på Cox-modell

No. of subjects =	17560	Number of obs =	17560
No. of failures =	5200		
Time at risk =	5239282		
Log likelihood =	-49358.338	LR chi2(41) =	1205.28
		Prob > chi2 =	0.0000

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Raskere fr.m	1.002138	.000295	7.26	0.000	1.00156 1.002717
lengdegr_~30	.9295506	.036847	-1.84	0.065	.860066 1.004649
lengdegr_~60	.6822779	.0322544	-8.09	0.000	.6219008 .7485167
lengdegr_~120	.4505419	.032263	-11.13	0.000	.3915445 .5184289
lengdegr_~365	.4152219	.0380421	-9.59	0.000	.3469718 .4968969
fullgrad	1.124403	.0510808	2.58	0.010	1.028614 1.229112
kjønn	1.430521	.1436932	3.56	0.000	1.174878 1.741791
kvalder	.996346	.002296	-1.59	0.112	.991856 1.000856
red_arbtid	1.156616	.0556648	3.02	0.003	1.052502 1.271028
off_sektor	1.069959	.0661663	1.09	0.274	.9478269 1.207829
ald20	.7934608	.0416565	-4.41	0.000	.7158758 .8794544
ald30	.9839043	.0412241	-0.39	0.699	.9063351 1.068112
ald50	1.049272	.0447385	1.13	0.259	.9651499 1.140726
ald60	.9780486	.0667394	-0.33	0.745	.8556118 1.118006
arbeidsled~m	1.015121	.0129601	1.18	0.240	.9900344 1.040842
N_Jordbruk	.8831866	.1502586	-0.73	0.465	.632755 1.232734
N_Olje_og~s	.7664083	.1196914	-1.70	0.088	.5643214 1.040864
N_Industri~v	.9839486	.0756914	-0.21	0.833	.8462384 1.144069
N_Kraft_og~s	.9134788	.1983882	-0.42	0.677	.5968093 1.398175
N_Bygge_og~l	1.117796	.1042497	1.19	0.232	.9310574 1.341988
N_Varehand~t	.7829657	.0563829	-3.40	0.001	.6799016 .9016529
N_Transpor~m	1.03629	.0825947	0.45	0.655	.8864182 1.211502
N_Finanstj~r	.8186044	.1071955	-1.53	0.126	.6333008 1.058128
N_Forretni~t	.6955868	.0608154	-4.15	0.000	.5860443 .8256047
N_Off_adm	.8057987	.060083	-2.90	0.004	.6962386 .9325991
N_Undervis~g	.8588522	.0600289	-2.18	0.029	.7489007 .9849464
N_Andre_so~j	.7438014	.0786699	-2.80	0.005	.6045436 .9151376
N_Uoppgitt	.5476283	.0408518	-8.07	0.000	.4731385 .6338456
Pdia	.9554948	.0409662	-1.06	0.288	.8784835 1.039257
Hdia	.824268	.1257382	-1.27	0.205	.6112539 1.111515
Rdia	.7616533	.03563	-5.82	0.000	.6949256 .8347883
Ddia	1.194353	.0681607	3.11	0.002	1.067961 1.335703
Ndia	1.270476	.0813369	3.74	0.000	1.120655 1.440327
Adia	.9035027	.0633563	-1.45	0.148	.7874821 1.036617
Sdia	.8250834	.0654001	-2.43	0.015	.7063623 .9637585
Tdia	1.304376	.1545522	2.24	0.025	1.03406 1.645354
Kdia	1.006203	.0943852	0.07	0.947	.8372207 1.209292
Wdia	1.201208	.090626	2.43	0.015	1.036093 1.392636
andre_dia	.9019563	.0682024	-1.36	0.172	.7777159 1.046044
arbeidsledig	.4572157	.0747808	-4.78	0.000	.331819 .6300007
arbeidstaker	.5302226	.0337486	-9.97	0.000	.4680362 .6006716

Tabell R8. Risiko for uførestønad for pasienter til leger som fikk friskmeldte raskere i 2004 basert på Cox-modell

No. of subjects =	16874	Number of obs =	16874
No. of failures =	336		
Time at risk =	9136771		
		LR chi2(41) =	540.31
Log likelihood =	-2996.4278	Prob > chi2 =	0.0000

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Raskere fr.m	.9982094	.0011499	-1.56	0.120	.9959583 1.000466
lengdegr_~30	.7344444	.1414981	-1.60	0.109	.5034613 1.071399
lengdegr_~60	1.722522	.2571098	3.64	0.000	1.285617 2.307907
lengdegr_~120	1.375134	.2619421	1.67	0.094	.9466817 1.997496
lengdegr_~365	1.27565	.2742	1.13	0.257	.8370791 1.944002
fullgrad	.7853952	.1083538	-1.75	0.080	.5993158 1.02925
kvalder	.9968737	.0103619	-0.30	0.763	.9767702 1.017391
red_arbtid	1.964171	.3816853	3.47	0.001	1.342056 2.874671
off_sektor	.7279736	.1864913	-1.24	0.215	.4406116 1.20275
kjønn	.878033	.484921	-0.24	0.814	.2974461 2.591871
ald20	.2885562	.0868068	-4.13	0.000	.1600155 .5203537
ald30	.3547768	.0896603	-4.10	0.000	.2161906 .5822019
ald50	2.764475	.4521061	6.22	0.000	2.006347 3.809074
ald60	7.252871	1.398722	10.27	0.000	4.969985 10.58437
arbeidsled-m	1.00346	.0505551	0.07	0.945	.9091091 1.107604
N_Jordbruk	2.291709	1.174162	1.62	0.106	.8395458 6.25568
N_Ølje_og_~s	1.071527	.6079408	0.12	0.903	.3524243 3.257919
N_Industri_~v	.7067292	.230896	-1.06	0.288	.3725258 1.340756
N_Kraft_og_~s	1.317004	.8350844	0.43	0.664	.3800656 4.563688
N_Bygge_og_~l	1.099781	.433535	0.24	0.809	.5078803 2.381502
N_Varehånd_~t	.9044563	.2699286	-0.34	0.737	.5039095 1.623389
N_Transpor_~m	.8234111	.2796022	-0.57	0.567	.4232314 1.601974
N_Finanstj_~r	.8519892	.4042702	-0.34	0.736	.3361535 2.159388
N_Forretni_~t	1.285278	.4191216	0.77	0.442	.6783054 2.435392
N_Off_adm	.9732942	.2858586	-0.09	0.927	.5473239 1.730788
N_Undervis_~g	.655152	.1911904	-1.45	0.147	.3697765 1.160766
N_Andre_so_~j	.7812269	.3356432	-0.57	0.566	.3365661 1.81336
N_Uoppgitt	.8982882	.2727667	-0.35	0.724	.4953896 1.628863
Pdia	1.057526	.1751313	0.34	0.736	.7644128 1.463032
Hdia	1.745953	.7976392	1.22	0.223	.713117 4.274686
Rdia	.7106513	.1602758	-1.51	0.130	.4567536 1.105684
Ddia	.5398679	.1863005	-1.79	0.074	.274505 1.061756
Ndia	2.671267	.5129725	5.12	0.000	1.833404 3.892033
Adia	.5812351	.2116884	-1.49	0.136	.2846692 1.186761
Sdia	.6453479	.2350039	-1.20	0.229	.3161028 1.317527
Tdia	1.593141	.5507014	1.35	0.178	.8091314 3.136817
Kdia	2.024664	.420635	3.40	0.001	1.347445 3.042248
Wdia	.4177136	.3070826	-1.19	0.235	.0988819 1.764576
andre_dia	.7269794	.2194735	-1.06	0.291	.4022965 1.313705
arbeidsledig	6.031064	1.749605	6.19	0.000	3.415555 10.64943
arbeidstaker	.9667131	.2130626	-0.15	0.878	.6276154 1.489024

Tabell R9. Risiko for avgang fra arbeidslivet for pasienter som gikk til en lege som tok i bruk mer graderte sykepenger i 2004 basert på Cox-modell

```

No. of subjects =      17258                Number of obs   =      17258
No. of failures =       3278
Time at risk    =      8273828
Log likelihood  =     -31136.422
LR chi2(41)    =      1019.62
Prob > chi2    =       0.0000

```

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
mer gradert	.9998299	.0019853	-0.09	0.932	.9959463 1.003729
lengdegr_~30	.988541	.0532142	-0.21	0.830	.8895566 1.09854
lengdegr_~60	1.130139	.0619219	2.23	0.026	1.015064 1.25826
lengdegr_~120	1.20864	.0828793	2.76	0.006	1.056642 1.382502
lengdegr_~365	1.174336	.0967401	1.95	0.051	.9992444 1.380109
fullgrad	1.207537	.06991	3.26	0.001	1.078004 1.352635
kvalder	1.002189	.0028068	0.78	0.435	.996703 1.007705
red_arbtid	.8833949	.0550336	-1.99	0.047	.7818561 .9981204
off_sektor	.6642418	.0632751	-4.29	0.000	.5511139 .8005915
kjønn	.9562829	.1041963	-0.41	0.682	.7723956 1.183949
ald20	2.157927	.1321089	12.56	0.000	1.913929 2.43303
ald30	1.467297	.0826586	6.81	0.000	1.313913 1.638587
ald50	.9942261	.063477	-0.09	0.928	.8772828 1.126758
ald60	1.077971	.1036887	0.78	0.435	.8927524 1.301617
arbeidsled-m	1.070122	.0173847	4.17	0.000	1.036585 1.104743
N_Jordbruk	1.244461	.2541638	1.07	0.284	.8339411 1.857066
N_Olje_og_~s	.3699137	.1080705	-3.40	0.001	.2086514 .6558123
N_Industri_~v	.848758	.0946017	-1.47	0.141	.682197 1.055986
N_Kraft_og_~s	.4728839	.1976789	-1.79	0.073	.2084145 1.072954
N_Bygge_og_~l	.8398322	.1116087	-1.31	0.189	.6472512 1.089713
N_Varehand_~t	.9533127	.0950541	-0.48	0.632	.7840841 1.159066
N_Transpor_~m	.7711223	.0926783	-2.16	0.031	.609285 .9759465
N_Finanstj_~r	.4117788	.103206	-3.54	0.000	.2519553 .6729837
N_Forretni_~t	1.220928	.1352341	1.80	0.072	.9826704 1.516952
N_Off_adm	.8741385	.1146292	-1.03	0.305	.6760189 1.130321
N_Undervis_~g	.7828862	.1057153	-1.81	0.070	.6008395 1.020091
N_Andre_so_~j	.8605784	.1252512	-1.03	0.302	.6469995 1.144661
N_Uoppgitt	1.00043	.1008316	0.00	0.997	.8210993 1.218928
Pdia	1.312423	.0648589	5.50	0.000	1.191264 1.445904
Hdia	.8416278	.1736191	-0.84	0.403	.5617279 1.260997
Rdia	.7198403	.0452946	-5.22	0.000	.6363206 .8143224
Ddia	1.028617	.0740579	0.39	0.695	.8932428 1.184509
Ndia	1.147601	.0963411	1.64	0.101	.9734924 1.352849
Adia	.9959143	.0819095	-0.05	0.960	.8476458 1.170118
Sdia	.7410165	.0766988	-2.90	0.004	.6049569 .907677
Tdia	1.140887	.1931331	0.78	0.436	.8187442 1.589779
Kdia	1.242563	.1446111	1.87	0.062	.9891327 1.560926
Wdia	.5193359	.0534519	-6.37	0.000	.4244628 .6354144
andre_dia	.752478	.0791271	-2.70	0.007	.6123297 .924703
arbeidsledig	5.05731	.5971563	13.73	0.000	4.012468 6.374229
arbeidstaker	1.048419	.090072	0.55	0.582	.8859442 1.240691

Tabell R10. Risiko for arbeidsledighet for pasienter som gikk til en lege som tok i bruk mer graderte sykepenger i 2004 basert på Cox-modell

No. of subjects =	17583	Number of obs =	17583
No. of failures =	2602		
Time at risk =	8716051.5		
		LR chi2(41) =	1693.01
Log likelihood =	-24380.389	Prob > chi2 =	0.0000

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
mer gradert	1.001047	.002235	0.47	0.639	.9966763 1.005437
lengdegr_~30	1.096885	.0663968	1.53	0.127	.9741729 1.235055
lengdegr_~60	1.226962	.0757677	3.31	0.001	1.087095 1.384824
lengdegr_~120	1.484831	.1097546	5.35	0.000	1.284572 1.716309
lengdegr_~365	1.405168	.1226835	3.90	0.000	1.184161 1.667422
fullgrad	1.740894	.1258899	7.67	0.000	1.510842 2.005975
kjønn	1.066748	.1344588	0.51	0.608	.8332431 1.365689
kvalder	.9982455	.0035185	-0.50	0.618	.9913731 1.005165
red_arbtid	.8391103	.0604222	-2.44	0.015	.7286621 .9662999
off_sektor	.5512802	.0648406	-5.06	0.000	.4377796 .6942074
ald20	2.428553	.1702189	12.66	0.000	2.116832 2.786178
ald30	1.638133	.1038329	7.79	0.000	1.446758 1.854823
ald50	.6400525	.0538093	-5.31	0.000	.5428189 .7547032
ald60	.3896291	.0641407	-5.73	0.000	.2821803 .5379923
arbeitsled-m	1.118869	.0203506	6.18	0.000	1.079685 1.159475
N_Jordbruk	.9420346	.2477052	-0.23	0.820	.5626599 1.577204
N_Ølje_og_~s	.2682991	.1055534	-3.34	0.001	.1240916 .5800912
N_Industri_~v	.8187023	.1086037	-1.51	0.132	.6312642 1.061795
N_Kraft_og_~s	.1302905	.1310553	-2.03	0.043	.0181433 .935644
N_Bygge_og_~l	.6586126	.1074393	-2.56	0.010	.4783807 .9067475
N_Varehånd_~t	.9227349	.1083826	-0.68	0.494	.7329874 1.161602
N_Transpor_~m	.605804	.090065	-3.37	0.001	.4526722 .8107377
N_Finanstj_~r	.2402707	.0940743	-3.64	0.000	.1115388 .5175778
N_Forretni_~t	1.262698	.162838	1.81	0.070	.9806816 1.625813
N_Off_adm	.8561487	.1504925	-0.88	0.377	.6066333 1.208293
N_Undervis_~g	.791656	.1441429	-1.28	0.199	.5540535 1.131153
N_Andre_so_~j	.8630961	.1466211	-0.87	0.386	.6186694 1.204092
N_Uoppgitt	1.135701	.1339267	1.08	0.281	.9013359 1.431006
Pdia	1.241021	.0689851	3.88	0.000	1.112918 1.38387
Hdia	.9980576	.2204956	-0.01	0.993	.6472978 1.538888
Rdia	.8194903	.0562986	-2.90	0.004	.7162533 .9376073
Ddia	1.017205	.0818591	0.21	0.832	.8687769 1.190991
Ndia	.929819	.0961948	-0.70	0.482	.7591664 1.138833
Adia	1.066662	.0956682	0.72	0.472	.8947119 1.271659
Sdia	.8343271	.0924983	-1.63	0.102	.6713782 1.036825
Tdia	1.000411	.2113741	0.00	0.998	.6611959 1.513653
Kdia	1.007386	.1597823	0.05	0.963	.7382208 1.374693
Wdia	.5934912	.0609289	-5.08	0.000	.4853202 .7257719
andre_dia	.7802989	.0927493	-2.09	0.037	.6181359 .9850042
arbeitsledig	4.859288	.6010585	12.78	0.000	3.813162 6.192415
arbeidstaker	1.058639	.1029058	0.59	0.558	.8749961 1.280824

Tabell R11. Risiko for ny sykmeldingsperiode for pasienter som gikk til en lege som tok i bruk mer graderte sykepenger i 2004 basert på Cox-modell

```

No. of subjects =      17560                Number of obs   =      17560
No. of failures =       5200
Time at risk    =     5239282
Log likelihood  =  -49383.679
LR chi2(41)     =     1154.60
Prob > chi2     =       0.0000

```

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
mer gradert	.9986548	.0016408	-0.82	0.413	.995444 1.001876
lengdegr_~30	.9345299	.0370257	-1.71	0.087	.8647069 1.009991
lengdegr_~60	.690324	.0325779	-7.85	0.000	.6293364 .7572218
lengdegr_~120	.4495545	.032167	-11.17	0.000	.3907295 .5172355
lengdegr_~365	.4024383	.0367832	-9.96	0.000	.336433 .4813932
fullgrad	1.108672	.0517005	2.21	0.027	1.011834 1.214779
kjønn	1.424731	.1431127	3.52	0.000	1.170121 1.734743
kvalder	.9964057	.0022948	-1.56	0.118	.9919182 1.000914
red_arbtid	1.15963	.0557644	3.08	0.002	1.055326 1.274242
off_sektor	1.075094	.0664971	1.17	0.242	.9523521 1.213655
ald20	.7972234	.0418268	-4.32	0.000	.7193185 .8835657
ald30	.9878232	.0414053	-0.29	0.770	.9099144 1.072403
ald50	1.050279	.0447783	1.15	0.250	.9660816 1.141814
ald60	.958835	.0654018	-0.62	0.538	.8388489 1.095984
arbeidsled-m	1.017162	.0130065	1.33	0.183	.9919861 1.042976
N_Jordbruk	.8846654	.150549	-0.72	0.471	.63376 1.234904
N_Olje_og_~s	.7702637	.1202944	-1.67	0.095	.567159 1.046102
N_Industri_~v	.990124	.0761644	-0.13	0.897	.8515529 1.151244
N_Kraft_og_~s	.9331866	.2026194	-0.32	0.750	.6097478 1.428192
N_Bygge_og_~l	1.117132	.1042719	1.19	0.235	.9303672 1.341389
N_Varehand_~t	.7830081	.0563684	-3.40	0.001	.6799683 .9016621
N_Transpor_~m	1.045558	.0833228	0.56	0.576	.8943632 1.222312
N_Finanstj_~r	.8112629	.1062251	-1.60	0.110	.6276348 1.048615
N_Forretni_~t	.6946218	.0607163	-4.17	0.000	.5852557 .8244251
N_Off_adm	.8042995	.059997	-2.92	0.004	.6948998 .9309223
N_Undervis_~g	.8554265	.0597937	-2.23	0.025	.7459063 .9810274
N_Andre_so_~j	.7394424	.078182	-2.85	0.004	.6010437 .9097095
N_Uoppgitt	.5497428	.0409911	-8.02	0.000	.4749965 .6362514
Pdia	.9565684	.0410096	-1.04	0.300	.8794754 1.040419
Hdia	.8203037	.1251309	-1.30	0.194	.6083179 1.106162
Rdia	.76122	.0356496	-5.83	0.000	.694459 .834399
Ddia	1.195926	.0683177	3.13	0.002	1.06925 1.33761
Ndia	1.271297	.0813982	3.75	0.000	1.121364 1.441278
Adia	.90176	.0632447	-1.47	0.140	.7859451 1.034641
Sdia	.8244336	.0653617	-2.44	0.015	.705784 .9630293
Tdia	1.310198	.155272	2.28	0.023	1.038629 1.652772
Kdia	1.018539	.0955605	0.20	0.845	.847456 1.224161
Wdia	1.201471	.0906685	2.43	0.015	1.036281 1.392992
andre_dia	.9054587	.068471	-1.31	0.189	.7807295 1.050114
arbeidsledig	.4589207	.0750486	-4.76	0.000	.333072 .6323203
arbeidstaker	.5323982	.0338317	-9.92	0.000	.4700523 .6030134

Tabell R12. Risiko for uførestønad for pasienter som gikk til en lege som tok i bruk mer graderte sykepenger i 2004 basert på Cox-modell

```

No. of subjects =      16874                Number of obs   =      16874
No. of failures =       336                LR chi2(41)    =      538.47
Time at risk    =     9136771              Prob > chi2    =      0.0000
Log likelihood  =    -2997.3466

```

_t	Haz. Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
mer gradert	1.004542	.0059722	0.76	0.446	.9929047 1.016316
lengdegr_~30	.7234857	.1392838	-1.68	0.093	.4960878 1.055119
lengdegr_~60	1.682531	.2506994	3.49	0.000	1.256415 2.253167
lengdegr_~120	1.35907	.2591533	1.61	0.108	.9352575 1.974934
lengdegr_~365	1.288935	.2777017	1.18	0.239	.8449664 1.966178
fullgrad	.8132416	.1175897	-1.43	0.153	.6125494 1.079688
kvalder	.996713	.010361	-0.32	0.751	.9766113 1.017228
red_arbtid	1.953762	.3806205	3.44	0.001	1.333661 2.862185
off_sektor	.7297036	.1871901	-1.23	0.219	.4413556 1.206436
kjønn	.8856981	.4890769	-0.22	0.826	.3000942 2.61405
ald20	.2877835	.086653	-4.14	0.000	.1595016 .5192384
ald30	.3533889	.0892947	-4.12	0.000	.2153626 .5798763
ald50	2.767769	.4526246	6.23	0.000	2.008766 3.813558
ald60	7.352102	1.41692	10.35	0.000	5.039243 10.72649
arbeidsled-m	.9986953	.0502714	-0.03	0.979	.9048695 1.10225
N_Jordbruk	2.259595	1.158277	1.59	0.112	.8273733 6.171057
N_Ølje_og_~s	1.080265	.6132836	0.14	0.892	.3550499 3.286783
N_Industri_~v	.7000797	.2289649	-1.09	0.276	.3687716 1.329038
N_Kraft_og_~s	1.292347	.8195297	0.40	0.686	.3729048 4.478789
N_Bygge_og_~l	1.09266	.4312293	0.22	0.822	.5041383 2.368211
N_Varehånd_~t	.9022558	.2695387	-0.34	0.731	.5023921 1.620379
N_Transpor_~m	.8233484	.2798114	-0.57	0.567	.422967 1.602732
N_Finanstj_~r	.8573492	.4068963	-0.32	0.746	.3382043 2.173383
N_Forretni_~t	1.293982	.4225776	0.79	0.430	.6822606 2.45418
N_Off_adm	.9678922	.2841406	-0.11	0.911	.544431 1.720724
N_Undervis_~g	.6536803	.1907653	-1.46	0.145	.368941 1.158174
N_Andre_so_~j	.7956957	.3417281	-0.53	0.595	.3429105 1.846347
N_Uoppgitt	.9020272	.2744693	-0.34	0.735	.4968388 1.63766
Pdia	1.062716	.1761043	0.37	0.714	.7680032 1.47052
Hdia	1.728013	.7894724	1.20	0.231	.7057661 4.230902
Rdia	.7056055	.1592309	-1.55	0.122	.4533933 1.098118
Ddia	.5322325	.183757	-1.83	0.068	.2705317 1.047092
Ndia	2.681421	.5151455	5.13	0.000	1.840073 3.907464
Adia	.5779757	.2105441	-1.50	0.132	.2830318 1.180277
Sdia	.6488967	.2362542	-1.19	0.235	.3178813 1.324604
Tdia	1.575016	.5446139	1.31	0.189	.7997495 3.101816
Kdia	2.041411	.4241314	3.43	0.001	1.358569 3.067464
Wdia	.4191433	.3081253	-1.18	0.237	.0992243 1.770546
andre_dia	.725299	.2189815	-1.06	0.287	.4013499 1.310723
arbeidsledig	6.029701	1.749406	6.19	0.000	3.414565 10.64771
arbeidstaker	.9635983	.2125025	-0.17	0.866	.6254325 1.484607

5.4 Variabellister

Variable i modell R1 – R4 – legen er enhet

Andel av sykmeldingene som er foretatt av fastlegen selv.

Andel av pasientene med ulik tid til sykepengereffektivitet er brukt opp (max).

Den største kategorien, under tre måneder er referanse:

måned_til_~x andel av de sykmeldte pasientene med mellom en uke og en måned til sykepengereffektivitet er brukt opp

tomåned_ti~x andel av de sykmeldte pasientene med mellom en måned og to måneder til sykepengereffektivitet er brukt opp

halvår_til~x andel av de sykmeldte pasientene med mellom to måneder og et halvt år til sykepengereffektivitet er brukt opp

Kjennetegn ved kommunen

arbeidsled~e Arbeidsledighet i kommunen (andel)

Kjennetegn ved pasientene (aggregerte tall)

arbeidsledig Andel av de sykmeldte pasientene som er arbeidsledige

and_ikke_arbei~r Andel av de sykmeldte pasientene som ikke er arbeidstaker, dvs selvstendige mv

and_kv Andel av personer på legens liste som er kvinner

and_kv_pas Andel av de sykmeldte pasientene som er kvinner

andel_over_50 Andel av personer på legens liste som er over 50 år

red_arbtid Andel av de sykmeldte pasientene som jobber deltid

and_fullgrad_k Andel av de sykmeldte pasientene som har full sykmelding(ikke gradert) og er kvinner

and_fullgrad_m Andel av de sykmeldte pasientene som har full sykmelding(ikke gradert) og er menn

Andel av de sykmeldte pasientene med diagnosen (primærdiagnos)

Muskel og skjelett lidelse er referanseverdi, som den største diagnosegruppen

Pdia Psykisk lidelse

Hdia Øret

Rdia Luftveier

Ddia Urinveier

Ndia Nervesystemet

Adia Allmenn uspesifisert

Sdia Hud

Tdia Endokrine metabolske og ernæringsmessige problemer

Kdia Hjerne og karsystemet

Wdia Sangerskapsdiagnoser

andre_dia Andre diagnoser

andel_symp - Andel med symptomdiagnose uansett primærdiagnose

Andel av de sykmeldte pasientene etter hvilken næringsgruppe de er sysselsatt i

Helse og sosiale tjenester er referanseverdi som den største næringsgrupperingen

N_Jordbruk Dummy innenfor sektor-Jordbruk

N_Olje_og_~s Olje og

N_Industri~v Industri og v

N_Kraft_og~s Kraft og strømforsyning

N_Bygge_og~l Bygg og anlegg

N_Varehand~t Varehandel og industri

N_Transpor~m Transport

N_Finanstj~r Finanstjenester

N_Forretni~t Forretningsmessig drift

N_Off_adm Offentlig administrasjon

N_Undervis~g Undervisning

N_Andre_so~j Andre sosiale tjenester

N_Uoppgitt Uoppgitt næring

konstantledd

Variable i modell R5 – R12 - Den sykmeldt er enhet

Kjennetegn ved kommunen

- arbeidsled~e Arbeidsledighet i kommunen på friskmeldingstidspunktet

Kjennetegn ved de sykmeldte pasientene

- Kjønn
- Alder- 40-49 er referansegruppe
- Kvalder-Interaksjon kjønn og alder
- Om du arbeider fulltid eller ikke (over eller under 35 timer)
- Om du er ansatt i offentlig sektor
- Om du var arbeidsledig da det foregående sykefraværet ble avsluttet

Lengde på det foregående fraværet, dummier

Den største kategorien ”under 14 dager” er referanse

- 14-30 dager
- 30-60 dager
- 60-120 dager
- 120-365 dager

pasientenes primærdiagnose

Muskel og skjelett lidelse er referanseverdi, som den største diagnosegruppen

- Pdia Psykisk lidelse
- Hdia Øret
- Rdia Luftveier
- Ddia Urinveier
- Ndia Nervesystemet
- Adia Allmenn uspesifisert
- Sdia Hud
- Tdia Endokrine metabolske og ernæringsmessige problemer
- Kdia Hjerte og karsystemet
- Wdia Sangerskapsdiagnoser
- andre_dia Andre diagnoser
- symp Er primærdiagnosen symptomdiagnose (eller ikke)

pasientene arbeidssted tilhører følgende næringsgrupper

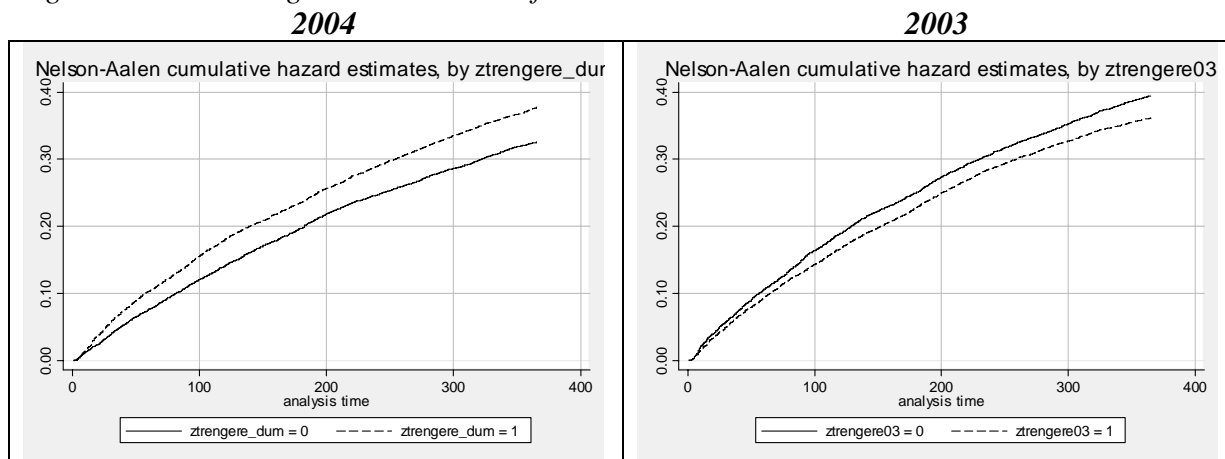
Helse og sosiale tjenester er referanseverdi som den største næringsgrupperingen

- N_Jordbruk Dummy innenfor sektor-Jordbruk
- N_Olje_og~s Olje og
- N_Industri~v Industri og v
- N_Kraft_og~s Kraft og strømforsyning
- N_Bygge_og~l Bygg og anlegg
- N_Varehand~t Varehandel og industri
- N_Transpor~m Transport
- N_Finanstj~r Finanstjenester
- N_Forretni~t Forretningsmessig drift
- N_Off_adm Offentlig administrasjon
- N_Undervis~g Undervisning
- N_Andre_so~j Andre sosiale tjenester
- N_Uoppgitt Uoppgitt næring

5.5 Helsemessig seleksjon

For å undersøke om helsefaktorer (andre enn de som ble kontrollert for i regresjonsmodellene) hadde betydning for kategoriseringen av legene ble tid til ny sykmelding undersøkt i 2003 og i 2004, men da med den kategorisering av legene i ”raskere” og ”ikke raskere” som ble brukt i analysene (Figur V1).

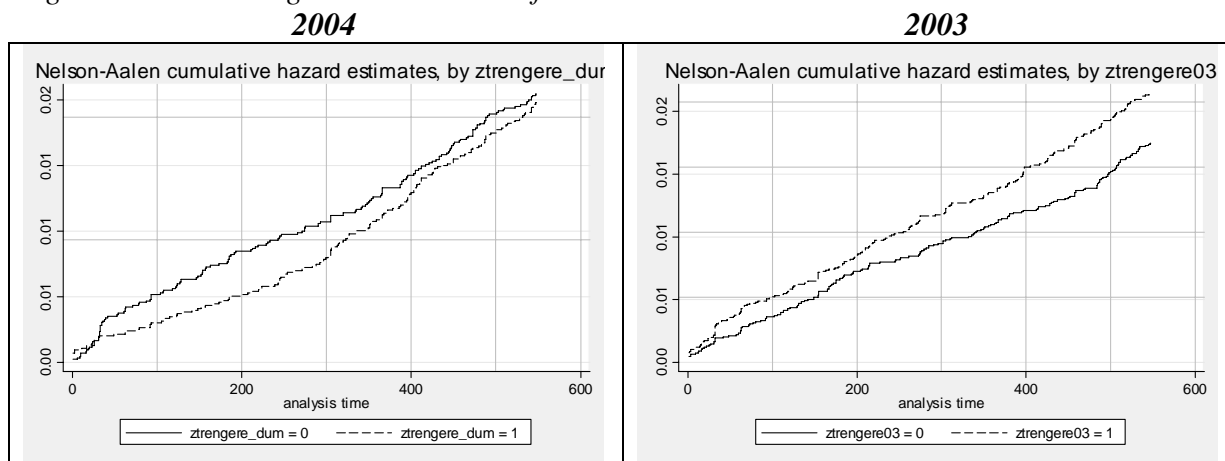
Figur VI. Tid til ny sykmelding for sykmeldte i juli 2003 og juli 2004 etter kategorisering av legene i ”raskere” og ”ikke raskere” å friskmelde.



I 2004 hadde sykmeldte til leger som var raskere å friskmelde (stiplet linje) *kortere* tid til ny sykmelding. I 2003 hadde de imidlertid *lengre* tid til ny sykmelding. Dette kan tyde på at pasientene til legene skilte seg i viss grad mellom de to årene, og at en del av årsaken til at enkelte leger ble kategorisert som ”raskere” var at de i 2004 fikk pasienter med mindre helseproblemer.

Imidlertid var tendensen den motsatte når det gjaldt tid til uførestønad (Figur V2). Her hadde pasientene *lengre* tid til uførestønad i 2004, men *kortere* i 2003. Noe enhetlig mønster viser altså ikke denne undersøkelsen

Figur VI. Tid til uførestønad for sykmeldte i juli 2003 og juli 2004 etter kategorisering av legene i ”raskere” og ”ikke raskere” å friskmelde.



Fastlegers sykmeldingspraksis

Denne undersøkelsen er bare aktuell for deg dersom du arbeidet som fastlege før juli 2004, også arbeider som fastlege i dag.

Spørsmålene dreier seg om du mener at din sykmeldingspraksis har endret seg som følge av regelendringene 1. juli 2004, og hvilken betydning du tror dette har hatt for pasientene dine. Vi er interessert i dine synspunkter på regelendringene, samt hvordan du arbeider med sykmeldingene i dag, sammenliknet med før juli 2004.

Sett kryss i den rute du mener passer best for deg.

Sykmelder du flere av dine pasienter nå sammenliknet med før juli 2004?

mange flere *noe flere* *som før* *noe færre* *mange færre*

Dersom du mener å ha endret praksis, hvordan har dette påvirket dine pasienter?

	<i>helt enig</i>	<i>delvis enig</i>	<i>både og</i>	<i>delvis uenig</i>	<i>helt uenig</i>
Jeg tror det har gitt dem bedre helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de er i arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de går mot uførepensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte bruker du graderte sykepenger nå sammenliknet med før juli 2004?

mye oftere *noe oftere* *som før* *noe sjeldnere* *mye sjeldnere*

Dersom du mener å ha endret praksis, hvordan har dette påvirket dine pasienter?

	<i>helt enig</i>	<i>delvis enig</i>	<i>både og</i>	<i>delvis uenig</i>	<i>helt uenig</i>
Jeg tror det har gitt dem bedre helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de er i arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de går mot uførepensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte tar du kontakt med arbeidsgiver nå sammenliknet med før juli 2004?

mye oftere *noe oftere* *som før* *noe sjeldnere* *mye sjeldnere*

Dersom du mener å ha endret praksis, hvordan har dette påvirket dine pasienter?

	<i>helt enig</i>	<i>delvis enig</i>	<i>både og</i>	<i>delvis uenig</i>	<i>helt uenig</i>
Jeg tror det har gitt dem bedre helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de er i arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror sannsynligheten er større for at de går mot uførepensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor raskt friskmelder du dine pasienter nå sammenliknet med før juli 2004?

mye raskere *noe raskere* *som før* *noe senere* *mye senere*

Dersom du mener å ha endret praksis, hvordan har dette påvirket dine pasienter?

Jeg tror det har gitt dem bedre helse *helt enig* *delvis enig* *både og* *delvis uenig* *helt uenig*

Jeg tror sannsynligheten er større for at de er i arbeid

Jeg tror sannsynligheten er større for at de går mot varig uførepensjon

Jeg mener at de nye reglene, samlet sett, er bedre for mine pasienter enn de gamle *helt enig* *delvis enig* *både og* *delvis uenig* *helt uenig*

Jeg trodde sannsynligheten for å miste retten til å sykmelde ble større når regelendringene kom 1 juli 2004 *helt enig* *delvis enig* *både og* *delvis uenig* *helt uenig*

Andre synspunkter på regelendringene 1 juli 2004

Til sist noen generelle spørsmål

Alder: 20-29 30-39 40-49 50-59 over 60

Kjønn: Kvinne Mann

Arbeidsfylke :

Spesialistutdannelse : Allmenmed. Samf.m Annen Ingen

Antall listepasienter: mindre enn 500 500-1500 mer enn 1500

Jeg arbeider i bedriftshelsetjenesten: Ja Nei

Besvarelsen returneres i vedlagte svarconvolutt!!

Takk for din hjelp!!

Liste over tidligere publikasjoner:

NAV-rapport 01/2007 – Pensjonsreform på trappende: Hva vet befolkningen om pensjon?

Nav-rapport 02/2007 – Analyse av utviklingen i statens utgifter til medisinske laboratorie- og radiologiundersøkelser – En oppfølgingsanalyse

Nav-rapport 03/2007 – Endringer i fastlegenes sykmeldingspraksis: Konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser

Utgiver

Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bestilling

Rapporten kan bestilles på 21 07 00 00

eller per e-post: nav.statistikk.utredning@nav.no

Rapporten er tilgjengelig på

www.nav.no under "Tall og analyse"

ISBN 978-82-551-1147-4

