

# HÅNDHEVING AV AKTIVITETSKRAVET I HEDMARK HAR REDUSERT SYKEFRAVÆRET

Av Inger Cathrine Kann, Ivar Andreas Åsland Lima og Per Kristoffersen<sup>1</sup>

## Sammendrag

*Sykmeldte skal ifølge loven være delvis i jobb dersom medisinske forhold ikke er til hinder for dette (folketrygdlovens aktivitetskrav). Dersom det ikke er gitt unntak fra aktivitetskravet, skal sykepengene stoppes etter 8 uker. Dette kravet har i realiteten ikke blitt håndhevet særlig konsekvent, hverken i Hedmark eller i resten av landet.*

*Våren 2013 la NAV Hedmark om praksis for å håndheve aktivitetskravet. Gjennom endret praksis i enkeltsaker ville de presisere ansvar og oppgaver til aktørene i sykefraværarbeidet. Det ble etablert et system som ga de lokale NAV-veilederne systematisk og faglig støtte, blant annet fra NAVs rådgivende leger og psykologer. Det ble også gjort et omfattende arbeid for å informere aktørene om at NAVs praksis ville bli endret.*

*I denne artikkelen undersøker vi om tiltakene påvirket sykefraværet i Hedmark, og hvilke endringer i sykefraværet som fant sted. Analysen viser at tiltakene foreløpig har medført en reduksjon i sykefraværet på 8 prosent. NAVs oppfølging av sykmeldte starter rutinemessig ved åtte ukers sykmelding. Analysen viser at endringene i sykmeldingsmønsteret inntreffer både lenge før og etter dette. Effektene kan slik sett være et resultat av at NAV har stilt tydelige krav til aktørene og selv er tydelige på sin rolle. Analysene indikerer blant annet at tiltaket har påvirket fastlegene til å friskmelde tidligere og gradere mer.*

<sup>1</sup> Vi vil takke NAV Hedmark, spesielt Unni Oustad Torve og Ragnhild Jordet. Vi vil også takke Nina Lysø, Ola Thune, Knut Røed og Simen Markussen for nyttige innspill i prosessen. Disse har selv sagt ikke ansvar for eventuelle feil i artikkelen.

## Innledning

Av folketrygdlovens § 8–4 fremgår det at sykmeldte skal være delvis i jobb<sup>2</sup> så tidlig som mulig og senest innen åtte uker (folketrygdlovens aktivitetskrav).

Sykepengene skal stoppes etter åtte uker dersom det ikke gis unntak fra aktivitetskravet. Når sykmeldingen blir stoppet, sender NAV et brev til den sykmeldte der det informeres om dette (se faktaboks).

I en evaluering av sykefraværsoppfølgingen fra 2013 hevdes det at aktivitetskravet i liten grad blir praktisert. I følge evalueringen kan dette skyldes at det er en vanskelig oppgave for NAVs veiledere (Ose m.fl. 2013). Hedmark har lenge hatt et høyere sykefravær enn de andre fylkene i landet. Våren 2013 iverksatte derfor NAV Hedmark et knippe endringer i oppfølgingen av sykmeldte med målsetting om å praktisere aktivitetskravet i folketrygdloven korrekt.

Den offisielle sykefraværsstatistikken viser at legemeldt sykefravær falt betydelig i Hedmark i løpet av 2013 og i 1. halvår 2014. I denne artikkelen undersøker vi om nedgangen kan tilskrives tiltaket som ble iverksatt.

Vi starter med å beskrive tiltakene. Deretter ser vi på ulike aspekter ved sykefraværsutviklingen i Hedmark sammenlignet med resten av landet. Spørsmålet blir så om utviklingen i fylket kan tilskrives tiltakene som ble gjennomført, eller ikke. At tiltakene ble innført kun i Hedmark, og ikke i resten av landet, gir mulighet for å undersøke om det er tiltakene som har hatt effekt.

## Aktivitetskravet

I tidlig fase av fraværet har NAV et begrenset ansvar for sykefraværsoppfølgingen.

Innen fire uker skal arbeidsgiver ha utarbeidet en oppfølgingsplan, som skal sendes til sykmelder. Innen sju uker skal det avholdes et dialogmøte 1 mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, hvor formålet er å finne løsninger på arbeidsplassen som kan hjelpe den sykmeldte tilbake til arbeid.<sup>3</sup> Ofte er det først

ved 8. uker, når aktivitetskravet skal vurderes, at NAV-kontoret involveres i oppfølgingen av sykmeldte.

Aktivitetskravet innebærer at NAV-veilederne skal vurdere om den sykmeldte kan jobbe noe eller om det skal gis unntak for aktivitetskravet. NAV-veilederen skal vurdere to forhold; (1) om sykmelder har sannsynliggjort at den sykmeldte av medisinske grunner ikke kan jobbe noe eller være i et tiltak, og (2) vurdere informasjon fra eventuell arbeidsgiver om at tilrettelegging på arbeidsplassen er umulig.

Årlig er det over 200 000 sykmeldte som passerer åtte ukers sykmelding, hvor NAV altså skal vurdere om

## Aktivitetskravet

For å få rett til sykepenger skal den sykmeldte så tidlig som mulig og senest innen åtte uker prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet (jf. arbeidsmiljøloven § 4–6 første ledd og folketrygdloven § 8–7 a første ledd). Det kan gis unntak fra aktivitetskravet når medisinske grunner er til hinder for slik aktivitet, eller det ikke er mulig å tilrettelegge på arbeidsplassen.

Videre gir følgende situasjoner grunnlag for unntak:

- Ved forventet friskmelding innen kort tid (løpet av 1–2 uker).
- Ved så alvorlig lidelse at man ikke kan regne med at den sykmeldte blir arbeidsfør igjen.
- Når den sykmeldte er innlagt på helseinstitusjon.
- Dersom det dokumenteres av arbeidsgiver at det er umulig å tilrettelegge for den sykmeldte på arbeidsplassen

Hvis det skal gis unntak av medisinske grunner, må sykmelder (som regel fastlegen) dokumentere at sykdommen er til hinder for at arbeidsrelatert aktivitet kan iverksettes. Legeerklæringen skal redegjøre for det videre behandlingsopplegget og gi en vurdering av muligheten for at den sykmeldte kan gjenoppta det tidligere arbeidet eller ta annet arbeid.

Arbeidsgiver har en tilretteleggingsplikt etter arbeidsmiljøloven. Dersom tilrettelegging på arbeidsplassen ikke er mulig må arbeidsgiver begrunne det, og sørge for at NAV blir informert om dette.

Dersom det ikke gis unntak, skal NAV rutinemessig sende ut et brev til den sykmeldte med vedtak om midlertidig stans og sykepengeutbetalingen blir stanset.

.....

<sup>2</sup> Dette betyr at man har en gradert sykemelding og er delvis i arbeid på egen arbeidsplass eller en annen arbeidsplass.

<sup>3</sup> Etter lovendringene 1. juli 2014 gjelder dette ikke sykmeldte med gradert ytelse.

aktivitetskravet er oppfylt. I 2013 var 38 prosent delvis i arbeid med graderte sykepenges ved ni ukers syk-melding. De øvrige sykemeldte, altså 62 prosent, var dermed registrert med unntak fra aktivitetskravet. Tall fra 2012 viser at 96 prosent ble gitt unntak av medisinske grunner (Brage m. fl. 2013). Bare 4 prosent av unntakene var begrunnet med at tilrette-legging på arbeidsplassen var umulig. God medisinsk informasjon fra legen er derfor svært viktig for NAV veilederen når unntak fra aktivitetskravet skal vurderes.

## Bakgrunn for tiltaket i Hedmark

Sykefraværet i Hedmark har lenge ligget betydelig over landsgjennomsnittet. I 2012 gjennomførte NAV Hedmark en evaluering av kvaliteten på sykefraværsoppfølgingen i fylket. Hedmark konkluderte i sin rapport med at aktivitetskravet i liten grad ble praktisert.

Evalueringen avdekket flere svakheter i oppfølgingsarbeidet, blant annet at:

- Legens dokumentasjon om unntak fra aktivitetskravet var ofte mangelfull.
- Oppfølgingsplanene fra arbeidsgiver var ofte mangelfulle.
- NAV-kontor foretok ingen konkret vurdering av aktivitetskravet ved åtte uker.

(NAV Hedmark, 2014).

Målet med tiltaket var å redusere sykefraværet gjennom praktisering av folketrygdlovens aktivitetskrav. Man ønsket å komme inn så tidlig i sykefraværsforløpet som mulig, senest innen åtte uker.

## Tiltaket i Hedmark

Tiltaket ble planlagt i samarbeid med NAV-kontorene i fylket. Tiltaket besto av flere elementer: etablering av saksdrøftingsverksted, endring av standardbrevet angående vedtak om midlertidig stans av sykepengeutbetaling, informasjon til leger og legeforeningen om at NAV skulle praktisere aktivitetskravet, samt informasjon til offentligheten generelt og til arbeidsgiver.

Saksdrøftingsverksted for vurdering av aktivitetskravet ble etablert 1. april 2013, mens arbeidet med å informere de ulike aktørene startet allerede på nyåret samme år.

### Saksdrøftingsverkstedene

Tidligere arbeidet den enkelte NAV-veileder mye alene. Man ønsket på en systematisk måte å gi de lokale NAV-veilederne faglig støtte i vurderingen av aktivitetskravet. *Saksdrøftingsverkstedet* er regelmessige møter der alle saker som skal vurderes mot aktivitetskravet skal drøftes<sup>4</sup>. Møtet ledes av kompetanseveiledere som er ansatt i fylket. Det er veilederne på det lokale NAV-kontoret som skal forberede sakene de har ansvar for og legge dem fram i saksdrøftingsverkstedene. Sakene drøftes konkret med fokus på mulighetene for arbeid. NAVs rådgivende leger deltar i disse møtene og bistår i vurderingene – både når det gjelder å forstå det som står i sykmeldingen og beskrive hvilke konsekvenser det har for mulighetene til å være i aktivitet. De rådgivende legene hjelper videre til med å lage spørsmål til sykmelder eller arbeidsgiver. Hedmark har etter hvert også involvert psykologer fra NAV Arbeidsrådgivning.<sup>5</sup> De bistår på saksdrøftingsverkstedene når deres kompetanse er nødvendig.

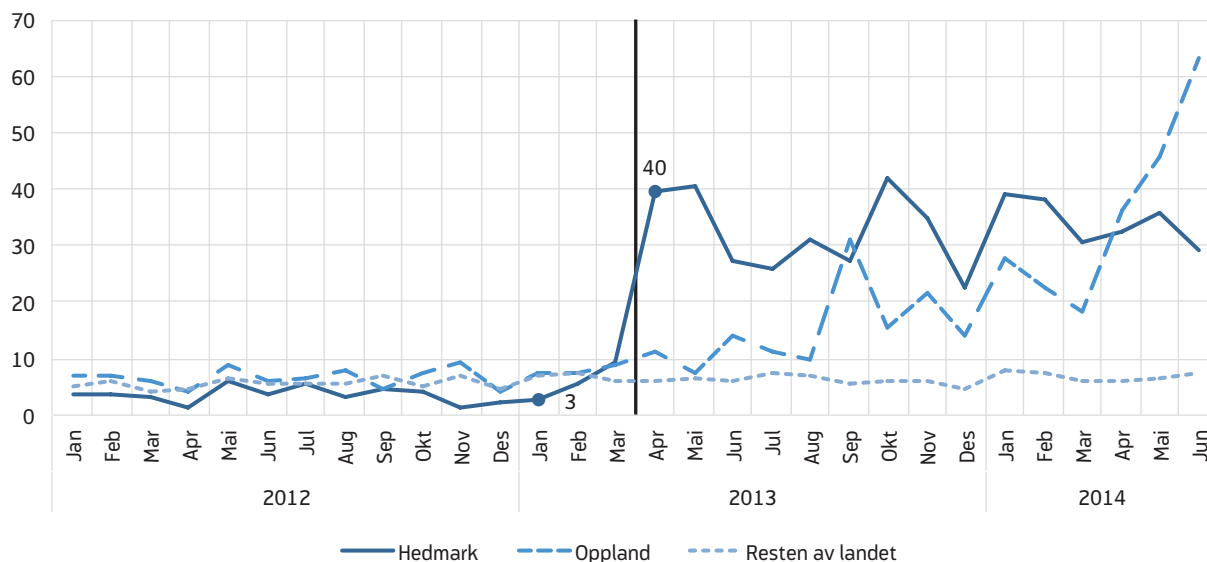
### Endringer i brevet som sendes den sykmeldte

NAV Hedmark har laget en egen tekst til brevet som varsler stans om sykepenges ved åtte uker. I Hedmarks brev åpnes det for at den sykmeldte fortsatt kan få sykepenges dersom han/hun er tilbake i jobb i løpet av fire uker (dvs. innen 12. uke). Den sykmeldte gis dermed tid til å omstille seg og å finne en løsning sammen med arbeidsgiver. I Hedmarks versjon av brevet oppfordres den sykmeldte til å ta kontakt med arbeidsgiver hvis det er behov for tilrettelegging på arbeidsplassen. I NAVs standardbrev er ikke arbeidsgiver nevnt. Der oppfordres den

<sup>4</sup> Aktivitetskravet skal drøftes for sykmeldte med 100 prosent sykmelding som har vært sykemeldt i åtte uker eller mer.

<sup>5</sup> NAV Arbeidsrådgivning er et fylkesdekkende ressurs- og kompetansesenter (spesialenhet) som skal ha utfyllende arbeidsrettet kompetanse innenfor arbeidspsykologi, pedagogikk og jobb mestrende kartleggings- og veiledningsmetodikk.

**Figur 1.** Antall som får brev med varsel om midlertidig stans av sykepenger som andel av alle med full sykemelding ved åtte uker. Prosent. Tidspunktet for tiltak er markert med vertikal linje



Kilde: NAV

sykmeldte i stedet for til å ta kontakt med lege, dersom det er nødvendig med unntak fra aktivitetskravet.

### Informasjon til legene

I midten av mars 2013 sendte NAV Hedmark et brev til alle sykmelderne i fylket. I brevet presiserer NAV Hedmark at de nå skal praktisere aktivitetskravet og sykepengene vil bli stoppet dersom det ikke foreligger tilstrekkelig medisinsk begrunnelse. Det presiseres også at NAV forventer at sykmelder benytter helsedirektoratets «Faglig veileder for sykmeldere». Hovedbudskapet i denne veilederen er at sykmelder til enhver tid skal vurdere pasientens muligheter for å delta i arbeid, først og fremst opp mot konkrete arbeidsoppgaver som vedkommende har, men også mot annet arbeid der det er hensiktsmessig.

NAV Hedmark fikk også med seg legeföreningen i Hedmark som sendte e-post til alle sine medlemmer rett før tiltaket ble innført (se vedlegg). Legeföreningens representant skriver blant annet at de forventer at NAV nå har tenkt å følge opp sykefravær – spesielt 100 % sykefravær etter 8 uker – meget tett.

### Informasjon til aktørene og befolkningen

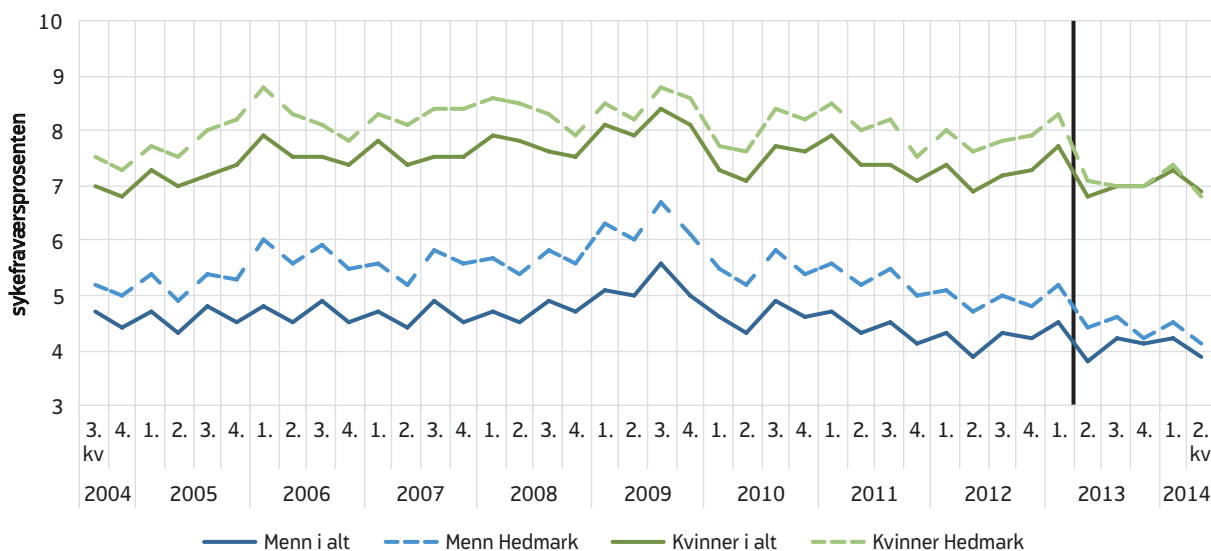
NAV Hedmark la stor vekt på å informere aktørene og befolkningen om tiltaket før det ble iverksatt våren 2013. Arbeidslivssentrene fikk i oppgave av NAV å informere arbeidsgivere. Allerede fra nyåret 2013 begynte Arbeidslivssentrene å informere arbeidsgivere om endringene som ville skje i NAV fra 1. april 2013. Befolkningen ble informert gjennom flere kronikker og oppslag i lokalaviser.

### Markant økning i utsendte varselbrev

Et sentralt mål med tiltaket var å praktisere aktivitetskravet. Vi har sett på utviklingen i antall brev som ble sendt ut med varsel om midlertidig stans av sykepenger ved åtte uker. Vi kan dermed tallfeste i hvilken grad NAV Hedmark har endret praksis (figur 1).

Samtidig med at tiltaket ble iverksatt 1. april 2013, var det en markant økning i antall brev. I månedene før etableringen ble brevet sendt til om lag 3 prosent av alle som i utgangspunkt skulle vurderes for aktivitetskravet (andel med full sykemelding ved åtte uker), mens brevet ble sendt til om lag 40 prosent i april og

**Figur 2.** Legemeldt sykefravær etter kjønn. prosent av avtalte dagsverk. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje.



Kilde: NAV

mai 2013 (figur 1). Andelen brev er opprettholdt på et relativt høyt nivå i den påfølgende perioden. Økningen i andelen utsendte brev betyr at andelen med unntak fra aktivitetskravet er redusert fra 97 til 60 prosent.

I resten av landet er andelen brev som sendes ut lavt og stabilt sammenlignet med Hedmark. Det indikerer at NAV Hedmark nå står i en særstilling og at andre fylker i liten grad praktiserer aktivitetskravet.

Unntaket er Oppland fylke, der det har vært en klar og gradvis økning i brev som sendes ut. Oppland har innført et tiltak som ligner på det som er innført i Hedmark, men i Oppland er tiltaket innført senere, og ikke samtidig ved alle NAV-kontor.

## Markant nedgang i sykefraværet i Hedmark

Dersom tiltakene i Hedmark har effekt, forventer vi at forskjellen mellom Hedmark og landet vil bli redusert fra og med 2. kvartal 2013. Det er akkurat det vi observerer (se figur 2). Effekten for menn kom litt senere enn for kvinner. Datagrunnlaget her er den offisielle sykefraværprosenten. Her er

Hedmark inkludert i beregningsgrunnlaget for hele landet.

Ved å sammenligne Hedmark før og etter tiltaket med landet før og etter tiltaket, får vi et grovt mål på effekten. Vi har sett på de fire siste kvartalene etter tiltaket og sammenlignet med de samme kvartalene før tiltaket. Effekten<sup>6</sup> av tiltaket blir da på 8 prosent reduksjon i det samlede sykefraværet, 8 prosentnedgang for kvinner og 9 prosent for menn<sup>7</sup>. Sykefraværet for kvinner i Hedmark ligger nå under landsgjennomsnittet for første gang i hele perioden.

Vi har foretatt en sensitivitetsanalyse av dette målet på effekt. Det vil si at vi tester om den endringen vi ser i Hedmark kan være tilfeldig ved å undersøke om vi ville fått samme effekt på et annet tidspunkt

<sup>6</sup> I beregningen har vi sammenlignet følgende kvartal. Før tiltaket: 2. kvartal 2012- 1. kvartal 2013. Etter tiltaket: 3. kvartal 2013 – 2. kvartal 2014. Hedmark er inkludert i landsgjennomsnittet. Det innebærer at denne beregningen vil gi en liten undervurdering av effekten.

<sup>7</sup> Siden menn har lavere sykefravær i utgangspunktet, blir effekten sterkere blant menn når vi regner prosent.

## Datagrunnlag og metode

Endret praksis i Hedmark knyttet til aktivitetskravet kan ses på som et naturlig eksperiment som fant sted fra 1. april 2013. For å fange opp effekten av tiltaket skulle vi ideelt sett ha visst hvordan Hedmark ville utviklet seg uten denne intervensjonen. Siden dette er umulig å observere, benytter vi fylker som ikke har gjennomført tiltak til å representere det kontrafaktiske.

Vi observerer sykefraværsprosenten i henholdsvis Hedmark og i landet for øvrig både før og etter tiltaket. Vi bruker så en difference-in-difference (DID) tilnærming (Wooldridge 2003, Angrist og Pischke 2009), slik at vi kan kontrollere for den muligheten at begge grupper har forandret seg over tid av grunner som ikke skyldes tiltaket. På denne måten kan vi isolere effekten av selve tiltaket. Effekten måler vi som differansen mellom endringene i Hedmark sett i forhold til endringene i resten av landet. Vi bruker altså endringen i landet som referansepunkt, og sammenlikner endringen i Hedmark med dette referansepunktet.

Endring i varighet, antall nye sykefraværstilfeller, endring i gradering av sykmeldte og endring i friskmelding er hentet fra NAVs offisielle statistikk over legemeldt sykefravær fra 1. januar 2009 til og med juli 2014. Når vi beregner sykefraværstilfeller per sysselsatt er det sysselsettingstallene fra NAVs registre som benyttes.

For å kunne følge alle tilfeller helt til de er avsluttet må vi, på grunn av forsinkelse i oppdateringer av sykefraværregisteret, egentlig vente et helt år. Fordi tiltaket ble innført i andre kvartal 2013, har vi bare oppdaterte tall for de som ble sykmeldt i perioden april til juli 2013. Fordi sykefraværet i sommermånedene generelt er litt spesielt, og fordi vi gjerne ville ha en større gruppe sykmeldte å følge, valgte vi å se på alle som startet et sykefravær i perioden april til desember 2013. Disse kan vi bare følge i inntil 180 dager og

ikke 365 dager som hadde vært ønskelig. For å gjøre de sist oppdaterte dataene sammenlignbare med tidligere år, gjør vi om varigheten til alle over 180 dager til akkurat 180 dager. Gjennomsnittlig varighet i våre analyser vil derfor avvike noe fra den offisielle statistikken, og ikke gi et riktig bilde av gjennomsnittlig varighet, kun endringer i denne.

Egenmeldt sykefravær er ikke inkludert i analysene. Vi har videre tatt ut diagnoser knyttet til luftveislidelser, siden forekomsten av influensa varierer fra år til år. Disse sykefraværene har som regel kort varighet, og er dermed ikke aktuelle for dette tiltaket. Vi har også ekskludert alle med svangerskapsrelaterte diagnoser siden vi ikke har dato for fødsel for gravide i 2013, og dermed ikke vet når de ikke lenger er aktuelle for tiltak. Oppland er ekskludert fra utvalget fordi de innførte lignende tiltak i enkelte NAV-kontor, selv om deres tiltak startet betydelig senere.

## Hasardrater

Vi har beregnet hvor stor sjanse eller hasard for å bli frisk eller få gradert sykmelding uke for uke og dag for dag. Hasarden beskriver rater eller intensiteten innenfor et tidsrom. Vi har kalt dette for friskmeldingshyppighet og graderingshyppighet. Hvis vi har 1000 sykepengetilfeller i uke 1 og 20 friskmeldes i løpet av den første uka, så er friskmeldingshyppigheten 20/1000. Hvis det så i uke 2 friskmeldes 20, er friskmeldingshyppigheten 20/980, og så videre. Friskmeldingshyppigheten er altså antall tilfeller som friskmeldes dividert på antall tilfeller som fortsatt er syke ved begynnelsen av hvert tidsintervall. Graderingshyppigheten er definert tilsvarende, men her kan hver person ha flere reduksjoner i sykemeldingsgraden. Vi følger hvert sykefraværstilfelle fra de blir sykmeldt, til de blir friskmeldt, eller til oppfølgingsperioden på 180 dager utløper.

i Hedmark, eller i et annet fylke. Denne analysen viser at reduksjonen i sykefravær i Hedmark ikke er tilfeldig, og dermed kan tilskrives tiltakene.<sup>8</sup>

## Hvilke endringer er det vi ser?

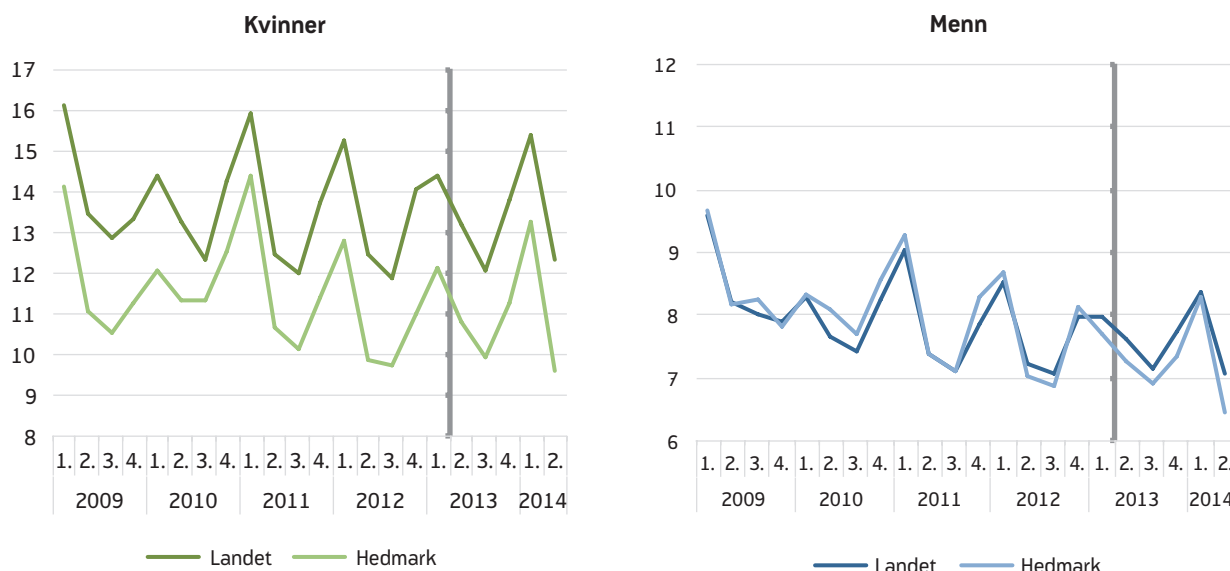
For få et bedre bilde av hva som har skjedd med sykefraværet i Hedmark det siste året, har vi sett

nærmere på nye sykefraværstilfeller hvert kvartal, totalt antall sykefraværstilfeller registrert i kvartalet, varigheten og gradering av sykefraværstilfellene.

Vi gjør dette for å forstå bedre på hvilken måte det samlede sykefraværet har blitt redusert. Det kan for eksempel tenkes at antall tilfeller vil kunne øke dersom sykmeldte blir friskmeldt (for) tidlig og raskt får behov for en ny sykemelding. Vi er også interessert i å vite hvor mange som blir gradert, den gjennomsnittlige sykemeldingsgraden og om reduksjonen i sykefraværet i hovedsak skyldes økt bruk av graderte sykmeldinger. Vi ønsker også å vite om varigheten har gått ned i gjennomsnitt, og om nedgangen skyldes flere korte sykefravær, færre lange eller begge deler.

<sup>8</sup> Vi har da gjort analysen på tilsvarende måte som over, der vi later som vi ikke vet hvilket fylke som har gjennomført tiltaket, for å se om vi finner en «effekt» i disse fylkene. Det finner vi ikke. Vi har gjort det samme over tid, dvs. vi later som vi ikke vet når tiltaket iverksettes, og ser på en slags glidende DID. En tydelig endring fremkommer da i 2. kvartal 2013.

**Figur 3.** Nye sykefraværstilfeller som andel av sysselsatte per kvartal. Prosent. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



Kilde: NAV

### Stadig færre nye sykefraværstilfeller i Hedmark

I figur 3 viser vi antall nye tilfeller i Hedmark hvert kvartal i prosent av antall sysselsatte for Hedmark og landet for øvrig<sup>9</sup>. I denne ser vi at Hedmark ligger under landet for kvinner mens det er små avvik mellom Hedmark og landet for menn. For begge kjønn er det også vanskelig å se om det er noen endret trend etter tiltaket. Figur 4 viser bare differansen mellom linjene i figur 3, dvs. differansen mellom nivået i Hedmark og landet. Vi bruker altså endringen i landet som referanse, og sammenlikner endringen i Hedmark med denne. Vi får da bare en linje. I de følgende figurene i artikkelen viser vi kun denne differansen, og ikke nivået slik som i figur 3.

Den vertikale linjen i figurene markerer starten på tiltaket, og poenget er å se om det blir færre nye sykemeldte etter tiltaket. For kvinner finner vi at det er en nedadgående trend fra 2010 til 2013, men ingen tydelig endring etter tiltaket. For menn er det en nedgang, men denne startet opp før tiltaket. Tiltaket har altså ikke medført flere nye sykmeldinger, noe

som kunne ha vært en konsekvens av å stoppe sykmeldinger (for) tidlig.

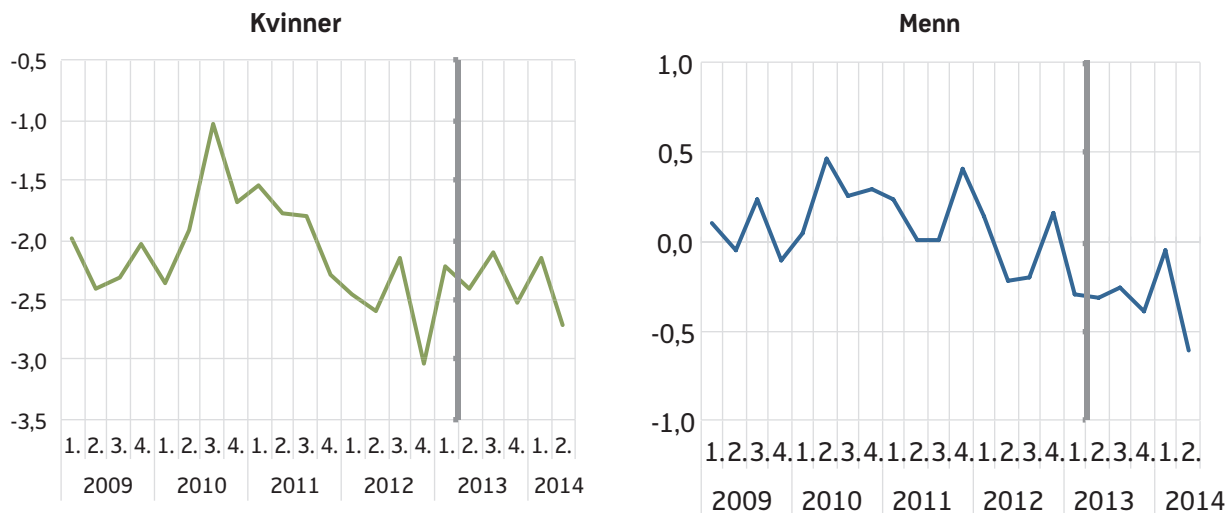
Når vi på samme måte analyserer antall løpende sykefraværstilfeller per sysselsatt, ser vi noe av det samme bildet med en nedadgående trend som starter lenge før tiltaket (figur 5). Trenden gjelder både kvinner og menn, men nedgangen ser ut til å være mer tydelig for kvinner. Men her ser vi en reduksjon i antall tilfeller også etter tiltaket for begge kjønn. Denne nedgangen kan skyldes at de lange fraværene blir avsluttet som følge av tiltaket, men vi kan ikke med sikkerhet knytte nedgangen til tiltaket.

### Nedgang i gjennomsnittlig varighet

Vi har undersøkt varigheten av nye sykefraværstilfeller. Den gjennomsnittlige varigheten av nye sykefraværstilfeller i Hedmark har ligget betydelig over gjennomsnittet for landet for øvrig. For kvinner økte avstanden til landsgjennomsnittet fram til 4. kvartal 2012, da det brått falt første kvartal 2013 (figur 6). Mange av de som ble syke i første kvartal 2013 kom innunder tiltaket hvis de fortsatt var sykmeldte etter åtte uker. Hvis tiltaket har hatt effekt, kunne vi derfor forvente å se en reduksjon for de som startet første kvartal. Og det er akkurat det vi ser når det gjelder kvinner. For menn som har ligget høyere

<sup>9</sup> Når vi skriver «landet for øvrig», mener vi landet unntatt Hedmark og Oppland. Se faktaboks om datagrunnlag og metode.

**Figur 4.** Nye sykefraværstilfeller som andel av sysselsatte. Prosent. Andel i Hedmark minus andel i landet for øvrig. Per kvartal. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



Kilde: NAV

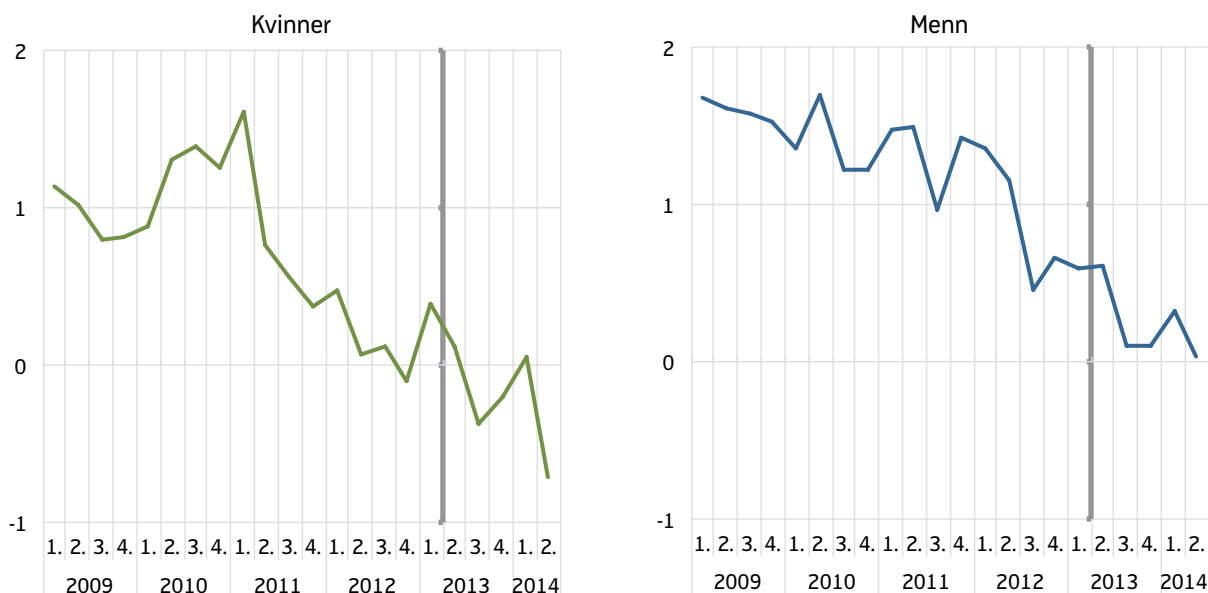
enn landsgjennomsnittet, reduseres varigheten ikke før fra 2. kvartal 2013. Endringen kommer dermed litt senere og litt svakere for menn.

sammenlignet med de samme kvartalene i 2013. Vi er opptatt av prosentfordelingen av sykefraværstilfellene etter varighet både i dager og uker (figur 7 og 8).

Gjennomsnittlig varighet påvirkes av sammensetningen av korte og lange fravær, vi har derfor undersøkt sammensetningen de tre siste kvartalene i 2012

Den vanligste sykmeldingslengden for kvinner er én dag. Etter tiltaket finner vi at kvinner i Hedmark i større grad får sykmeldinger på én dag, mens de i litt

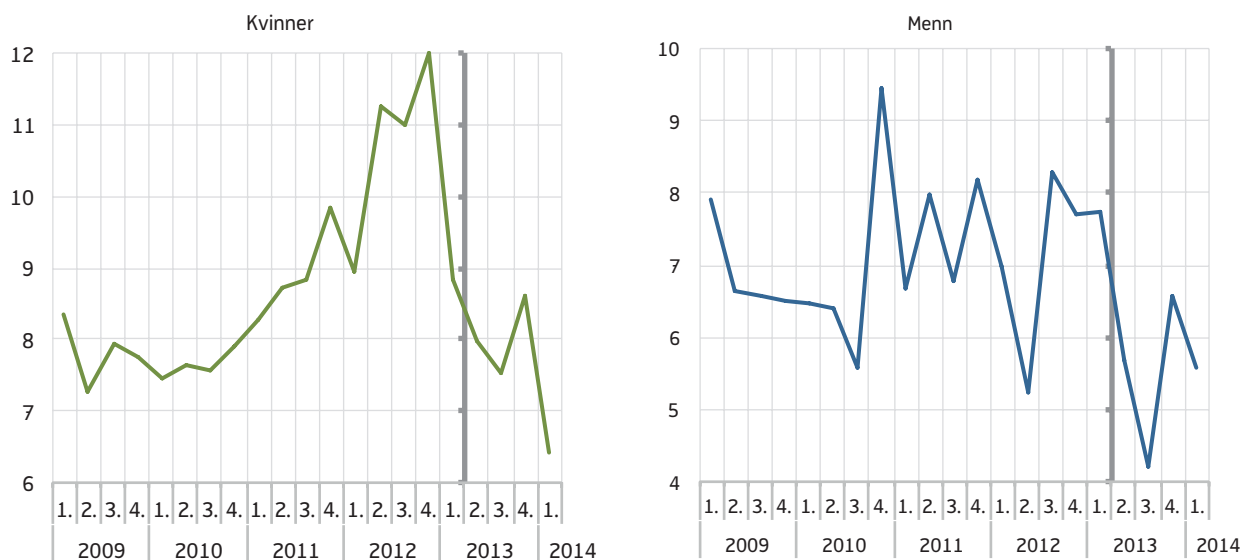
**Figur 5.** Alle sykefraværstilfeller som andel av sysselsatte. Prosent. Andel i Hedmark minus andel i landet for øvrig. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



Kilde: NAV



**Figur 6.** Gjennomsnittlig varighet av sykefraværet i Hedmark minus gjennomsnittlig varighet av sykefraværet i landet for øvrig. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



Kilde: NAV

mindre grad får sykmeldinger på én uke. Det kan bety at legene i Hedmark har endret praksis til oftere å sykmelde én dag. For menn er den vanligste sykmeldingen syv dager. I Hedmark har dette blitt enda vanligere etter tiltaket, mens korte fravær på en og to dager har blitt mindre vanlig (figur 8). Det er flest korte fravær, noe som gjør at de korte fraværene også påvirker den gjennomsnittlige varighet betydelig.

Når vi undersøker sammensetningen av varigheten fordelt på uker istedenfor dager, er hovedbildet for kvinner at vi har fått flere korte og færre lange fravær i Hedmark etter tiltaket. For menn er bildet mer sammensatt (figur 8). Korte fravær på én og to uker er blitt mindre vanlig og fravær på tre og syv uker har blitt mer vanlig. Men også blant menn har det lange fraværet (over 13 og 26 uker) blitt betydelig mindre vanlig etter tiltaket. Det har vært knyttet bekymring til om Hedmarks alternative brev som åpner for noe lenger sykefravær, kunne medføre en økning i sykefravær med varighet mellom 8 og 12 uker. Det ser vi imidlertid ikke tegn til. For kvinner er det en nedgang i antall sykefravær med slik varighet, for menn er det nærmest uforandret.

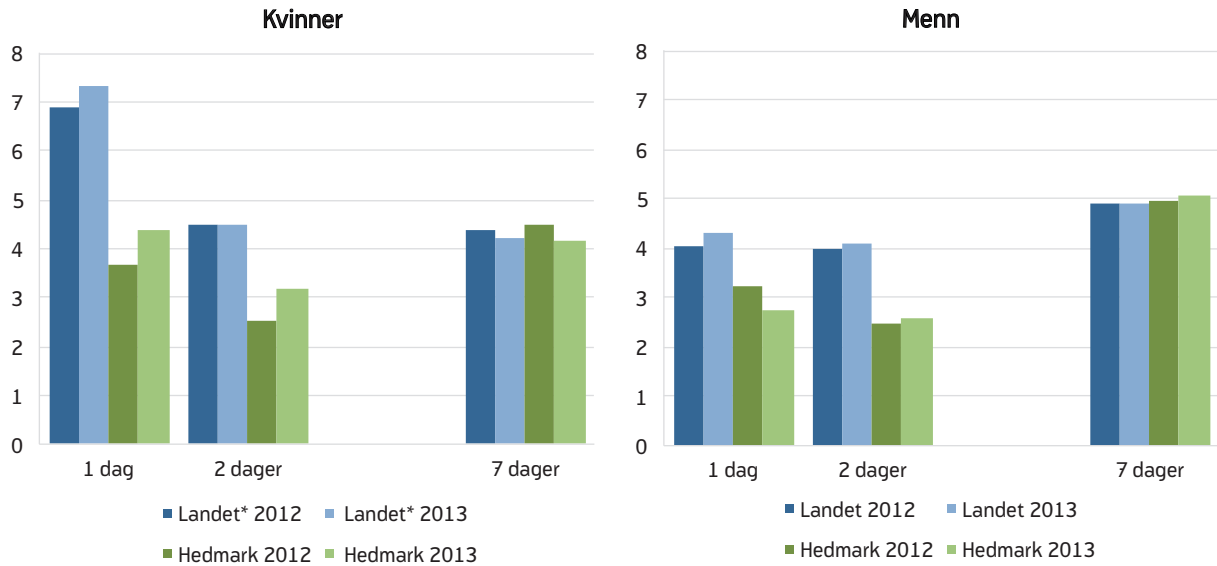
### Økt bruk av gradert sykefravær i Hedmark

Når sykmeldte oftere er delvis i arbeid (gradert sykemelding), kan det bidra til nedgang i det samlede sykefraværet. En slik sammenheng forutsetter at varigheten av sykefraværet ikke øker samtidig. Lange sykefravær er oftere gradert enn korte. Med færre lange sykefraværstilfeller i Hedmark, slik vi viste i avsnittene over, kunne vi derfor forvente en nedgang i andelen av sykefraværstilfellene som er gradert. For å få et bilde av eventuelle endringer i graderingen over tid har vi undersøkt utviklingen fra 2010. Vi ser også på differansen mellom utviklingen i Hedmark og landet, både når det gjelder andel graderte og den gjennomsnittlige graderingen (figur 9 og 10).

For både kvinner og menn er andelen som har en gradert sykmelding 5–6 prosentpoeng høyere i Hedmark enn i landet for øvrig (figur 9). Siden 2010 har det vært en trend der andelen graderte sykefravær har økt mer i Hedmark enn i landet for øvrig. Denne utviklingen er mest tydelig for kvinner. For begge kjønn ser vi også en økning etter tiltaket. Blant menn kommer økningen litt senere enn for kvinner.

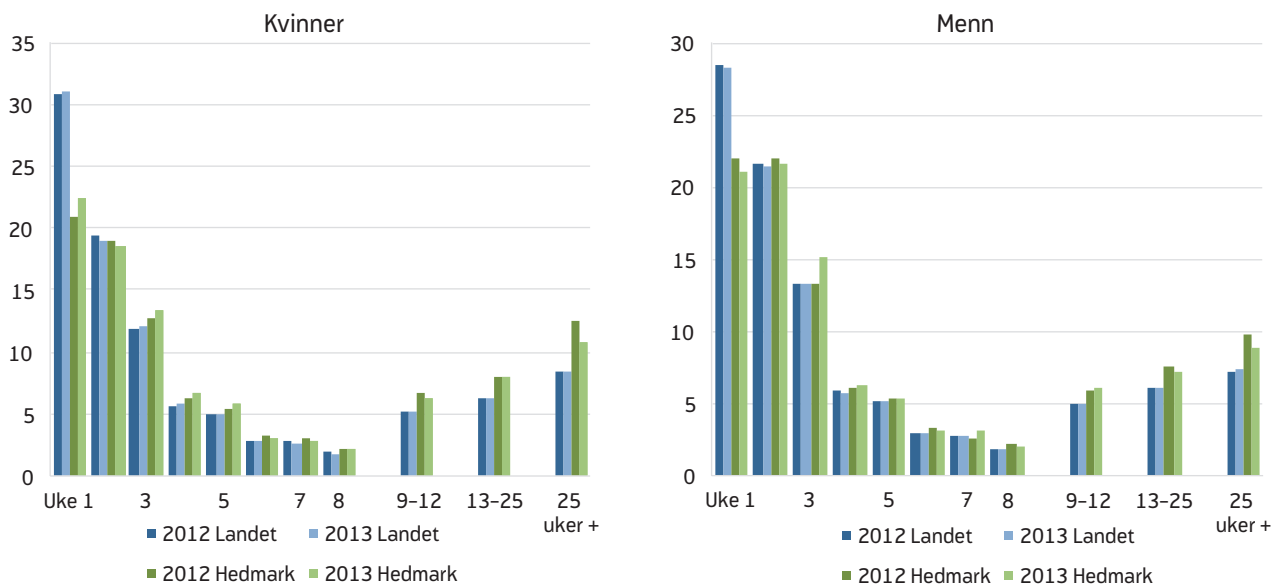
En gradert sykmelding kan variere mellom 20 og 90 prosent. Jo lavere grad, jo mer er man i arbeid. Vi

**Figur 7.** Sykefraværstilfeller med varighet 1, 2 og 7 dager, som andel av alle fravær som har startet de tre siste kvartalene i 2012 og 2013. Prosent



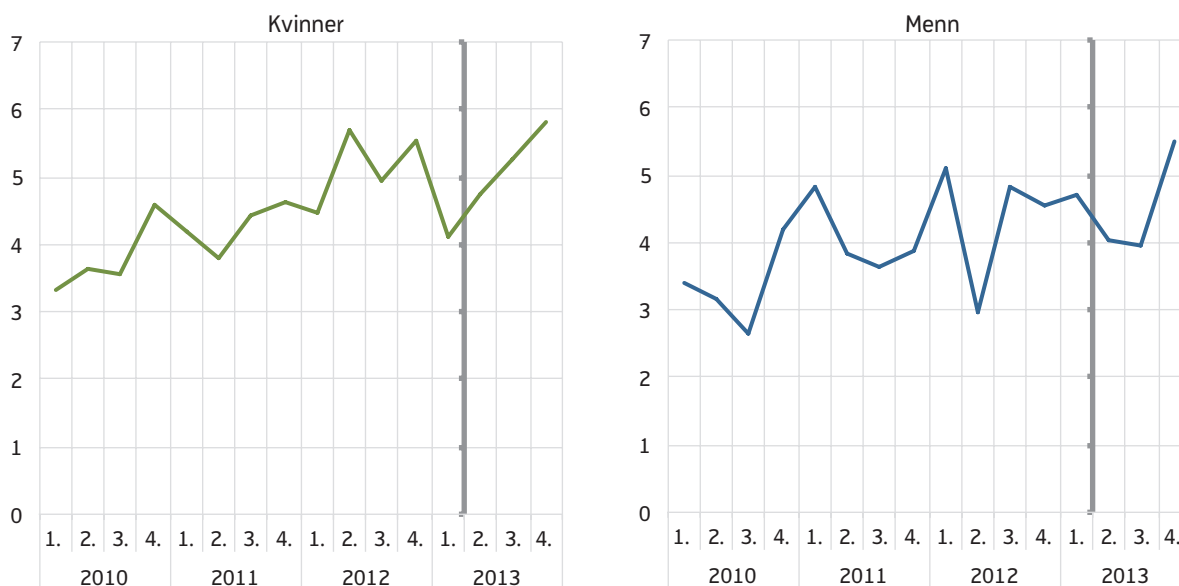
Kilde: NAV

**Figur 8.** Sykefraværstilfeller med varighet 1-25 uker, som andel av alle fravær som har startet de tre siste kvartalene i 2012 og 2013. Prosent



Kilde: NAV

**Figur 9.** Andel graderte sykefraværstilfeller i Hedmark minus andel i landet for øvrig. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



Kilde: NAV

har sett på utviklingen i den gjennomsnittlige graden fra 2010 (figur 10). Hedmark ligger i hele perioden under landsgjennomsnittet. Dette gjelder både kvinner og menn. Gjennomsnittsgraden i Hedmark går ytterligere ned etter tiltaket i forhold til resten av landet. Dette gjelder først og fremst kvinner. Blant menn kan vi se at forskjellen mellom Hedmark og landet ligger stabilt på minus 2 etter innføringen av tiltaket. Selv om andelen graderte fravær øker, har det ikke medført noen vesentlig effekt på gjennomsnittsgraden.

### Den enkeltes sykefraværsperiode, hva skjer?

Vi har vist at det skjedde betydelige endringer i sykefraværet i Hedmark sammenlignet med landet som sammenfaller med tidspunktet for innføring av tiltakene.

Vi har også vært interessert i å finne ut når graderingen og friskmeldingen inntreffer i løpet av *den enkeltes sykefraværsperiode*. Sammenfaller effektene for eksempel med tidspunktet for brevet som sendes den sykmeldte ved åtte ukers sykmelding, der det åpnes for utsettelse til 12 uker? Skjer det på spesielle dager i sykefraværsløpet? Skjer det endringer i friskmeldingen eller graderingen tidlig eller senere i sykefraværsløpet?

Vi har beregnet friskmeldings- og graderings hyppighet uke for uke og dag for dag frem til man har vært sykmeldt i et halvt år (se faktaboks om datagrunnlag og metode). Vi sammenligner sykefraværet i de tre siste kvartalene i 2012, med sykefraværene de tre siste kvartalene i 2013 i landet og Hedmark. Vi omtaler dette som at vi sammenligner 2012 med 2013, dvs. før og etter tiltaket (figur 11 og 12).

I landet finner vi nesten ingen endringer i friskmeldingshyppigheten uke for uke i 2013 sammenlignet med 2012, bortsett fra økt friskmelding den første uka<sup>10</sup>. Dette gjelder både kvinner og menn.

I Hedmark ser vi at for kvinner ligger friskmeldingshyppigheten uke for uke i 2013 stort sett over nivået for friskmeldingen samme uke i 2012 (figur 11) og at det er markert høyere friskmeldingshyppighet i 2013 både tidlig og senere i den enkeltes forløp. Vi ser særlig store effekter i uke 1–3, uke 5, uke 14–16 og i uke 20. Økningen i friskmeldingshyppighet i uke 1 (særlig dag 1) i Hedmark er betydelig sterkere enn i landet ellers. Derimot har menn i Hedmark lavere friskmeldingshyppighet i uke 1 (spesielt dag 1), men

<sup>10</sup> Vi regner med at endringen i friskmeldingshyppighet i uke 1 skyldes endringer i reglene for egenmelding i IA-bedrifter.

en høyere friskmeldingshyppighet i uke 2, 3, 7 og 13 (figur 12).

Når vi analyserer friskmeldingshyppigheten dag for dag istedenfor uke for uke, finner vi en markert positiv effekt på dag 7, 14, 21 og 28 i fraværet blant kvinner (ikke vist i figur). Både i Hedmark og i landet forøvrig er det et mønster i sykefraværet der sykmeldinger på en dag, en uke, 14 dager en måned og så videre, er det vanligste. Det har å gjøre med måten legene sykmelder på. Man får en ukens sykmelding, to uker, eller flere uker. Det at vi finner en *effekt* betyr at vi ser en endring i Hedmark og at dette mønsteret er enda tydeligere i 2013 enn i 2012.

Vi har også foretatt en regresjonsanalyse<sup>11</sup> av friskmeldingen der vi kontrollerer for muligheten for at både Hedmark og landet for øvrig har forandret seg av grunner som ikke skyldes tiltaket, samt at de er ulike før tiltaket. Derved isoleres virkningen av tiltaket. Vi finner da at det er høyere friskmelding i Hedmark i 2013 sammenlignet med 2012 for

kvinner. I den samme regresjonsanalysen finner vi ingen effekt blant menn. Dette skyldes at menn i Hedmark har lavere friskmeldingshyppighet i uke 1 i 2013 (spesielt dag 1) som vi har omtalt tidligere og at dette nøytraliserer resultatene av analysen. I figurene ovenfor (figur 12) har vi sett at friskmeldingshyppigheten for menn er høyere Hedmark i 2013 sammenlignet med 2012 senere i forløpet (fra uke 2).

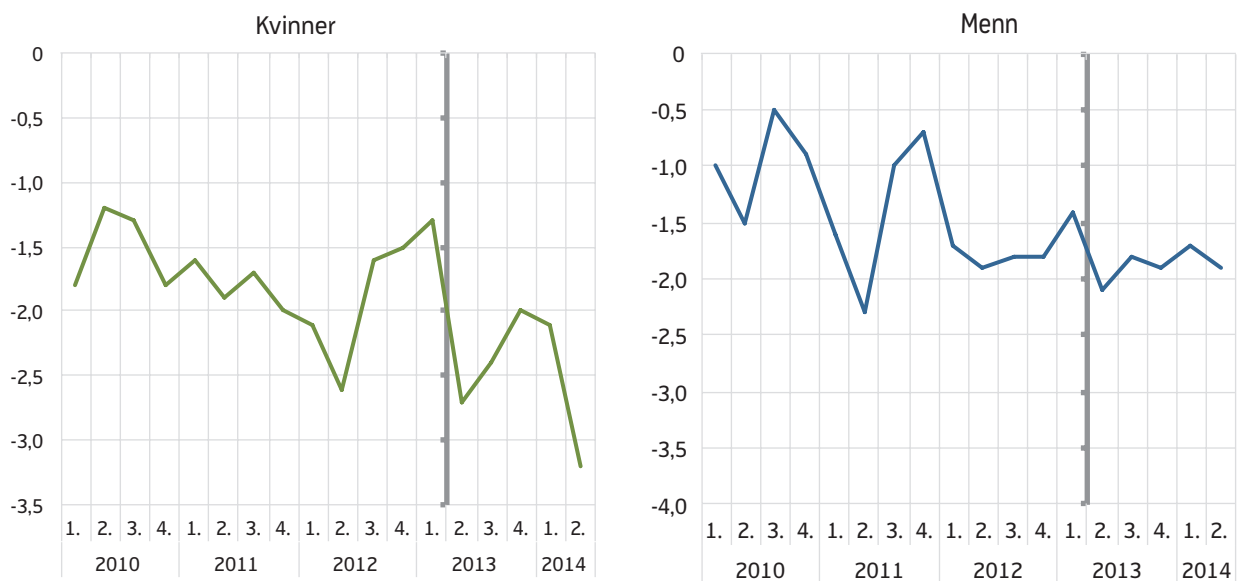
Vi har også undersøkt virkningen for sykmeldte med ulike diagnoser og finner at effekten er langt sterkere for kvinner med psykiske lidelser (tabell 2 i vedlegg).

For menn finner vi en positiv effekt på sannsynligheten for å få gradert sykmelding den første uka, som faktisk inntreffer allerede første dag i fraværet. Deretter ser vi en ny økning i uke 4 og uke 7. I uke 9 og 10 er det også en positiv effekt på gradering for menn.

På samme måte som for friskmelding, har vi foretatt regresjonsanalyser der vi finner høyere graderings-

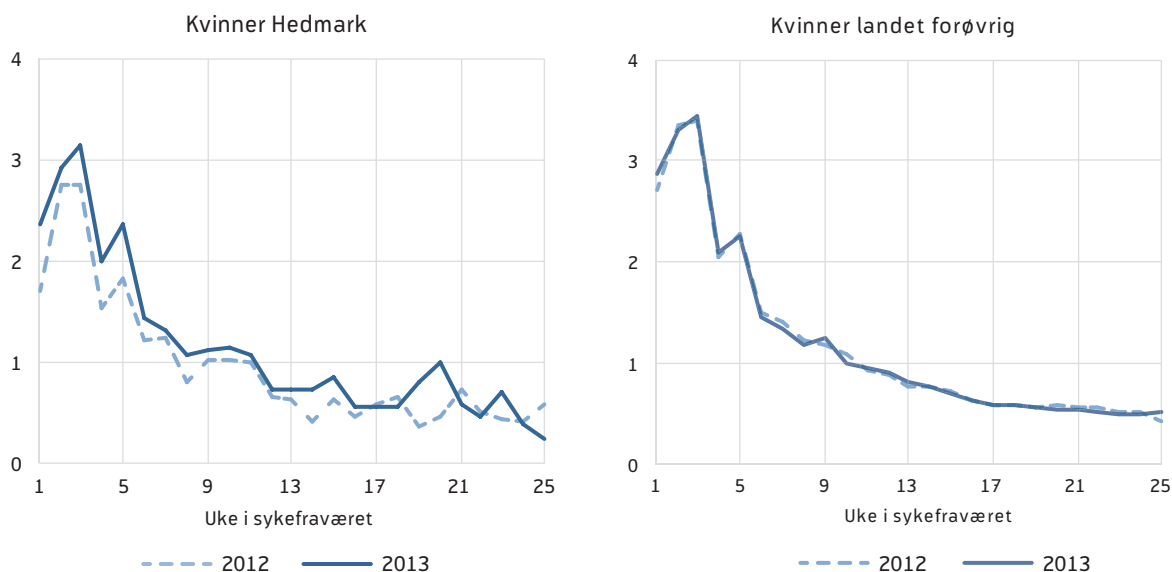
<sup>11</sup> Vi benytter cox proporsjonal hasardratemodell

**Figur 10.** Gjennomsnittsgard i Hedmark minus gjennomsnittsgard i landet for øvrig. Tilfeller i kvartalet. Tidspunktet for tiltaket er markert med vertikal linje



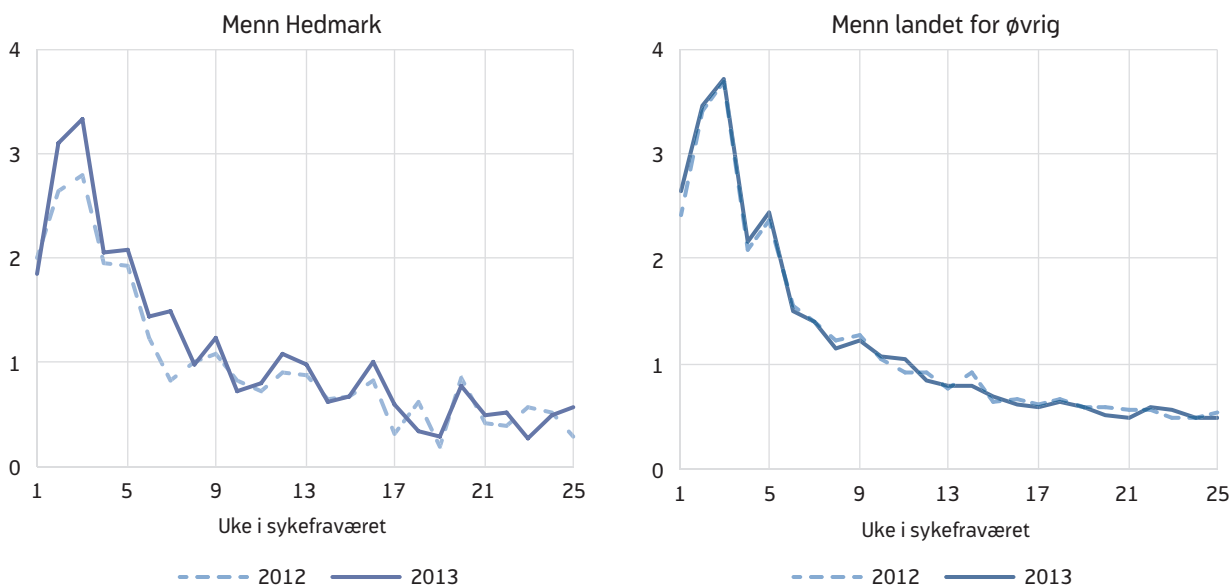
Kilde: NAV

**Figur 11.** Friskmeldingshyppighet for kvinner. Hedmark og landet forøvrig (unntatt Oppland). Prosent



Kilde: NAV

**Figur 12.** Friskmeldingshyppighet for menn. Hedmark og landet forøvrig (unntatt Oppland). Prosent



Kilde: NAV

hyppighet for kvinner i Hedmark i 2013 sammenlignet med 2012.<sup>12</sup> For kvinner sykmeldt med muskel- og skjelettlidelser er effekten sterkere, mens psykiske lidelser ikke gir signifikante utslag (tabell 2 i vedlegg).

Det å sammenligne friskmeldingshyppigheten to ulike år slik vi gjør i figur 11 og 12 vil ikke gi et helt riktig bilde av utviklingen. Grunnen til dette er at den tidligere friskmeldingen i 2013 medfører at de sykmeldte som når 8 ukers sykmelding, ikke nødvendigvis er sammenlignbare med de som nådde åtte uker i 2012. De kan utgjøre en selektert gruppe som det er

<sup>12</sup> I den gruppen vi kan følge i et helt år finner vi tilsvarende resultater.

vanskeligere å friskmelde eller gradere på grunn av sykdommens art, alvorlighetsgrad, eller arbeidsplassens muligheter for tilpasning. Fordi vi ikke har gjort forsøk på å kontrollere for denne seleksjonen, vil svake effekter, spesielt sent i sykefraværsløpet, kunne være sterkere enn våre beregninger viser.

## Oppsummering og tolkning av resultatene

Hovedbildet er at tiltaket har medført betydelig reduksjon i sykefraværet både for menn og kvinner. Effektene er sterkest for sykemeldte med psykiske lidelser. Selv om aktivitetskravet vurderes ved åtte uker, finner vi betydelige effekter på gradering og friskmelding i alle ukene før aktivitetskravet vurderes. Allerede i første uke ser vi en klar økning i friskmeldingen blant kvinner. Vi finner også en klar økning i friskmelding i uke 7, som inntreffer ved dialogmøte 1 og like før aktivitetskravet vurderes.

Nedgangen i varighet skyldes både at det har blitt langt flere helt korte fravær, på en til syv dager, og langt færre sykefravær på over 180 dager. At gjennomsnittlig varighet har endret seg så mye for kvinner, skyldes altså ikke bare at de lange fraværene har blitt litt kortere, men også at flere bare har en dags fravær. At varigheten for menn har endret seg mindre enn for kvinner, skyldes ikke mindre reduksjon i de lange fraværene, men at menn har færre helt korte sykefravær (én til syv dager).

### Hva er det som virker og hvordan?

Mange aktører er involvert i tiltaket i Hedmark: Den sykmeldte, fastlegen, arbeidsgiveren og NAV. Tiltaket kan i teorien påvirke alle de fire aktørene og vi drøfter derfor resultatene i et aktørperspektiv.

### NAV Hedmark – skaper trygghet og systematikk i arbeidet

Som vi drøftet i innledningen, innebærer *saksdrøftingsverkstedene* en betydelig endring i arbeidsformen til NAV-veilederne i Hedmark. Dette er en arena der NAV-veilederne får systematisk faglig støtte når saker skal vurderes for aktivitetskravet. Ressursene settes ifølge NAV Hedmark inn tidligere i sykefraværsløpet.

Det er grunn til å tro at veiledere synes slike beslutninger er vanskelige fordi vedtak om stans har alvorlige økonomiske konsekvenser for den sykmeldte. Da aktivitetskravet i folketrygdloven ble innført i 2004, sank sykefraværet dramatisk, for så å stige noe igjen. Det at det manglet en god systematikk og faglig støtte for hvordan en slik vanskelig arbeidsoppgave skal utføres, kan ha vært en medvirkende årsak til at effektene av endringene i 2004 avtok etter hvert. Arbeids- og velferdsdirektoratet har kanskje i for stor grad vært opptatt av *hva* lokalkontorene skal gjøre, og ikke *hvordan* de skal få det til.

NAV Fylke i Hedmark har som nevnt ansatt egne kompetanseveiledere som er møteledere og ordstyrere i saksaksdrøftingsverkstedene. Disse bidrar antagelig til at systematikken i oppfølgingsarbeidet opprettholdes, og at praksisen dermed blir ganske lik i hele fylket. Rådgivende leger benyttes gjennom saksdrøftingsverkstedene mer systematisk. Hedmark har ikke ansatt flere rådgivende leger, men har omprioritert bruken av dem.

### Hvordan påvirkes den sykmeldte?

Dersom effekten av tiltaket er en konsekvens av at flere sykmeldte får vedtak om stans av sykepenger og et brev som varsler om dette, vil vi forvente en effekt mellom uke 8 og 12, jf. Hedmark endringer i standardbrevet som sendes den sykmeldte. Vi ser en betydelig økning i graderingshyppigheten for kvinner i uke 11. Men det er også en økning i graderingen fra uke 13 til 21, en effekt som dermed kommer etter det vi skulle forvente ut fra ordlyden i brevet. Friskmeldingen er også markert høyere i uke 13 til 21 (unntatt uke 18). For kvinner ser det altså ut til at brevet som sendes ut kan ha hatt en direkte effekt på gradering av sykmeldingen, men at det også er effekter på gradering og sykefraværets varighet som kommer senere enn forventet. For menn ser vi derimot mindre tydelig effekt av selve brevet.

Brevet som NAV Hedmark sender til de som har vært sykmeldt i over åtte uker, gir rom for at sykepenger kan utbetales helt til uke 12 mens den sykmeldte prøver å finne løsninger på arbeidsplassen. Det har vært knyttet bekymring til om dette vil utsette friskmelding. Vi ser ikke tegn til det.

### Har arbeidsgiverne blitt påvirket?

Det er sannsynlig at også arbeidsgiverne påvirkes av informasjon om NAVs endrede arbeidsmåter, og at aktivitetskravet faktisk praktiseres. Dialogmøtet hos arbeidsgiver skal finne sted ved 7 ukers sykefravær. Økt friskmeldingshyppighet for menn i uke 7 kan være et resultat av dette, eller av legekontakt i forkant av et slikt møte. Det kan være at arbeidsgiver anstrenger seg mer enn tidligere for å tilrettelegge når de vet at konsekvensen for den sykmeldte kan bli tap av inntekt?

### Har fastlegene blitt påvirket?

Det å påvirke legene var en sentral begrunnelse for innføringen av tiltaket i Hedmark. Fastlegeordningen er utformet slik at legen har sterke insentiver til å gjøre pasientene fornøyd med oppfølging og behandling (Scott 2011). Det er derfor sannsynlig at de vil ønske å forhindre at pasienten mottar det som har blitt omtalt som et «trusselbrev» fra NAV.

Vi fant at økningen i friskmeldingshyppigheten i Hedmark blant kvinner inntreffer ved bestemte intervaller. Vi vet at fastlegene ofte skriver ut sykmeldinger «etter kalenderen», det vil si at de skriver ut sykmeldinger på hele uker (én uke, to uker, og så videre), og ikke antall dager (Brage og Thune 2008). Det at vi finner at økningen i friskmeldingen i Hedmark sammenlignet med landet for øvrig skjer på dag 1, 7, 14, 21, 28, og så videre, gjør det sannsynlig at deler av reduksjonen i sykefraværet i Hedmark kan tilskrives at legenes praksis er endret.

For menn fant vi økning i friskmelding rett før åtte ukers sykmelding, noe som kan skyldes at legen ønsker å unngå at den sykmeldte mottar brev om stans av sykepengene. For kvinner er det en økt graderingshyppighet i uke 6 og 7 og en kraftig reduksjon i uke 8. Det betyr altså at legene endrer hel sykmelding til gradert sykmelding rett før sykefraværet passerer 8 uker. En slik effekt på gradering ved 8 uker ser vi ikke for menn. Derimot er det langt flere menn som får en gradert sykmelding i starten av sykefraværsforløpet enn hva tilfelle var før tiltaket ble satt i verk.

Det at aktivitetskravet påvirker legenes sykmeldingspraksis støttes av to tidligere studier som er gjort av effekten av regelverksendringene i 2004. Markussen (2009) fant at endringene medførte en nedgang i sykefraværet på 19 prosent i de to årene etter reformen. Markussen (2009) argumenterer for at effekten kan tilskrives en strengere sykmeldingspraksis blant fastlegene. Dette fordi aktivitetskravet medførte en styrking av legenes forhandlingskraft overfor pasienten knyttet til sykmeldingen. Etter innføringen av aktivitetskravet i 2004 gjennomførte NAV en spørreundersøkelse blant fastleger der de ble spurt om de selv mente de hadde endret praksis (Kann og Brage 2007). De fleste legene rapporterte at de hadde endret sin praksis. De svarte at de var mindre tilbøyelige til å sykmelde sine pasienter og at de friskmeldte dem tidligere. De mente også dette var bedre for pasientene. Også NAV-veiledernes erfaringer peker mot at økt praktisering av aktivitetskravet påvirker fastlegene. Ose m. fl. (2013) rapporterer om eksempler på at stans av sykepengene kan ha påvirket legenes praksis.

### Mulige forklaringer på hvorfor tiltaket har virket

Aktivitetskravet ble innført i 2004. Et viktig utgangspunkt for endringene den gang var ideen om at aktivitet er positivt for mange grupper av sykmeldte. Sykefraværet sank kraftig i hele landet i løpet av 2004. Nedgangen i sykefraværet indikerer at regelverksendringene hadde en effekt (Markussen 2009). Sykefraværet steg så igjen, noe som er en indikasjon på at effekten avtok noe etter hvert. Det er fare for at effekten av tiltaket i Hedmark også avtar etter hvert, men det er kanskje mindre sannsynlig dersom den tydelige systematikken i saksbehandlingen og oppfølgingsarbeidet fortsetter. Hedmark har foretatt en stor omlegging av arbeidsrutinene. Det kan se ut som Hedmark har lyktes med å skape en intern forståelse for at NAV skal stille tydelige krav til aktivitet overfor sykmeldte og skapt en tillit i organisasjonen til at denne oppgaven skal en klare å håndtere. NAV Hedmark legger også vekt på at fylkesdirektøren er klar og konsistent i sitt budskap både internt og eksternt, bl.a. slik at de ansatte vet at de har støtte dersom møtet med brukeren gir konflikt.

Det er antagelig flere faktorer som har betydning for at Hedmark har lyktes med praktiseringen av aktivitetskravet.

- Det må være godt faglig samarbeid i NAV som gir trygghet for at beslutninger er riktige og at saksbehandlerne får nødvendig støtte fra bl.a. medisinsk sakkyndige.
- Det må finnes forståelse for hva aktivitetskravet innebærer hos de involverte aktørene.
- At aktivitetskravet faktisk følges opp dersom vilkår for unntak ikke er oppfylt.

En viktig del av begrunnelsen Hedmark hadde for å endre standardbrevet og derved utsette stopp fra 8 til 12 uker var knyttet til deres erfaring om at en trussel om tap av inntekt i samme uke eller uka etter at man mottar varsel om stans, kan føre til at den sykemeldte ikke ser muligheter, men tar kontakt med lege for raskt å få unntak fra aktivitetskravet. Ved å gi den sykmeldte noe mer tid, samt en oppfordring til å ta kontakt med arbeidsgiver, vil brevet kunne flytte fokus fra sykdommen over til mulighetene for arbeid. Hvis advarselen om opphør av sykepengene bare fører til at leger og/eller NAV-veilederne bruker resurser på å dokumentere at den sykmeldte må unntas fra aktivitetskravet, vil både NAV-veilederne og legenes arbeid være kontraproduktivt. Som tidligere nevnt har unntak fra aktivitetskravet vært regelen, og 96 prosent av unntakene har vært medisinsk begrunnet. Dette tyder på at Hedmarks tilpasning av brevet kan være viktige for resultatene som er oppnådd.

Det å praktisere aktivitetskravet ser ut til å ha medført en betydelig nedgang i sykefraværet i Hedmark. Dette er ikke nødvendigvis gunstig dersom det presser folk over på arbeidsledighetstrygd, uførepensjon eller sosialhjelp. Vi må følge nøye med på hvordan det går med de som får sykepengene stoppet, selv om dette i praksis har vist seg å være svært få. Det er foreløpig ikke tegn til behov for sosialhjelp i Hedmark har endret seg for sykmeldte.

Tidligere forskning har vist at reduksjon i sykefraværet kan gi redusert tilstrømning til mer varige ordninger som arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd (Kann og Brage 2007, Gjesdal og Bratberg 2003, Kann m. fl. 2013). Tiltaket i Hedmark kan derfor

være viktig også med tanke på å unngå lange trygdeforløp. Dette ser vi allerede tegn til i Hedmark, med en betydelig nedgang i nye tilfeller av arbeidsavklaringspenger.

## Litteratur

Angrist, Joshua D. og Jörn-Steffen Pischke (2009) *Mostly Harmless Econometrics. An Empiricist's Companion*. Princeton University Press: Princeton and Oxford.

Brage, Søren og Ola Thune (2008) «Friskmeldt fra mandag». *Arbeid og Velferd* 2/2008, 40–42.

Brage, Søren, Per Kristoffersen og Nina Lysø (2014) «NAV's oppfølging av sykmeldte». *Arbeid og velferd* 1/2014, 78-89

Folketrygdloven § 8–4. Arbeidsuførhet.

Gjesdal, Sturla og Bratberg, Espen (2003) «Diagnosis and duration of sickness absence as predictors of disability pension: results from a three-year, multi-register based and prospective study». *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 246-54

Holmås TH KE, Lurås H, Straume OR. (2010) «Does monetary punishment crowd out pro-social motivation? A natural experiment on hospital length of stay». *Journal of Economic Behavior & Organization*; 75, 261–267.

Kann, Inger Cathrine; Thune, Ola; Galaasen, Anders Mølster (2013) «Gir lavere sykefravær færre på langtidsytelser?» *Arbeid og velferd* 3/2013, 39–48.

Kann, Inger Cathrine og Søren Brage (2007) «Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet». *Arbeid og velferd* 1/ 2007, 36–41.

Markussen, Simen (2009) *Closing the gates? Evidence from a natural experiment on Physicians' Sickness Certification*. Memorandum no 19/2009 Oslo: Universitetet i Oslo.



Meyer BD. «Natural and Quasi-Experiments in Economics». *Journal of Business & Economic Statistics* 1995;13: 151–161.

NAV Hedmark (2014) *Sykefraværssatsingen i NAV Hedmark. Arbeid knyttet til aktivitetskravet for sykmeldte*. Intern rapport utarbeidet av NAV Hedmark

Ose, Solveig, Karin Dyrstad, Ingunn Brattlid, Rune Slettebak, Heidi Jensberg, Roland Mandal, Jan Lippestad og Ivar Pettersen (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*. Forskningsrapport. Trondheim: Sintef Teknologi og samfunn

Scott, A., Sivey, P., Ait Ouakrim, D., Willenberg, L., Naccarella, L., Furler, J., & Young, D. (2011). «The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians». *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9).

## Vedlegg

**Tabell 1** Resultater fra regresjonsanalyse. Friskmelding. Signifikante resultater er uthevet

|   | Kvinner      |                         |              | Menn        |                         |       | begge kjønn  |                         |              |
|---|--------------|-------------------------|--------------|-------------|-------------------------|-------|--------------|-------------------------|--------------|
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              |
| <b>Alle diagnoser</b>   |              |                         |              |             |                         |       |              |                         |              |
| <b>Effekt</b>   | <b>1,061</b> | <b>1,034</b>            | <b>1,088</b> | 1,017       | 0,988                   | 1,047 | <b>1,042</b> | <b>1,022</b>            | <b>1,062</b> |
| <b>Hedmark</b>  | 0,797        | 0,782                   | 0,811        | 0,864       | 0,846                   | 0,882 | 0,824        | 0,813                   | 0,836        |
| <b>Etter</b>  | 0,997        | 0,993                   | 1,002        | 0,997       | 0,992                   | 1,002 | 0,997        | 0,993                   | 1,000        |
| <b>Bare diagnoser knyttet til psykiske lidelser</b>           |              |                         |              |             |                         |       |              |                         |              |
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              |
| <b>Effekt</b>   | <b>1,172</b> | <b>1,104</b>            | <b>1,245</b> | 1,081       | 0,995                   | 1,174 | <b>1,140</b> | <b>1,863</b>            | <b>1,197</b> |
| <b>Hedmark</b>  | 0,797        | 0,763                   | 0,833        | 0,820       | 0,773                   | 0,870 | 0,805        | 0,777                   | 0,834        |
| <b>Etter</b>  | 1,007        | 0,996                   | 1,018        | 1,017       | 1,002                   | 1,033 | 1,010        | 1,001                   | 1,020        |
| <b>Bare diagnoser knyttet til muskel og skjelett lidelser</b> |              |                         |              |             |                         |       |              |                         |              |
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |              |
| <b>Effekt</b>   | <b>1,063</b> | <b>1,020</b>            | <b>1,109</b> | 1,021       | 0,978                   | 1,068 | <b>1,045</b> | <b>1,013</b>            | <b>1,077</b> |
| <b>Hedmark</b>  | 0,789        | 0,765                   | 0,813        | 0,849       | 0,823                   | 0,877 | 0,815        | 0,798                   | 0,833        |
| <b>Etter</b>  | 0,995        | 0,988                   | 1,003        | 0,995       | 0,987                   | 1,004 | 0,995        | 0,990                   | 1,001        |

\* Analysene av de som vi har kunnet følge et helt år gir det samme bildet.

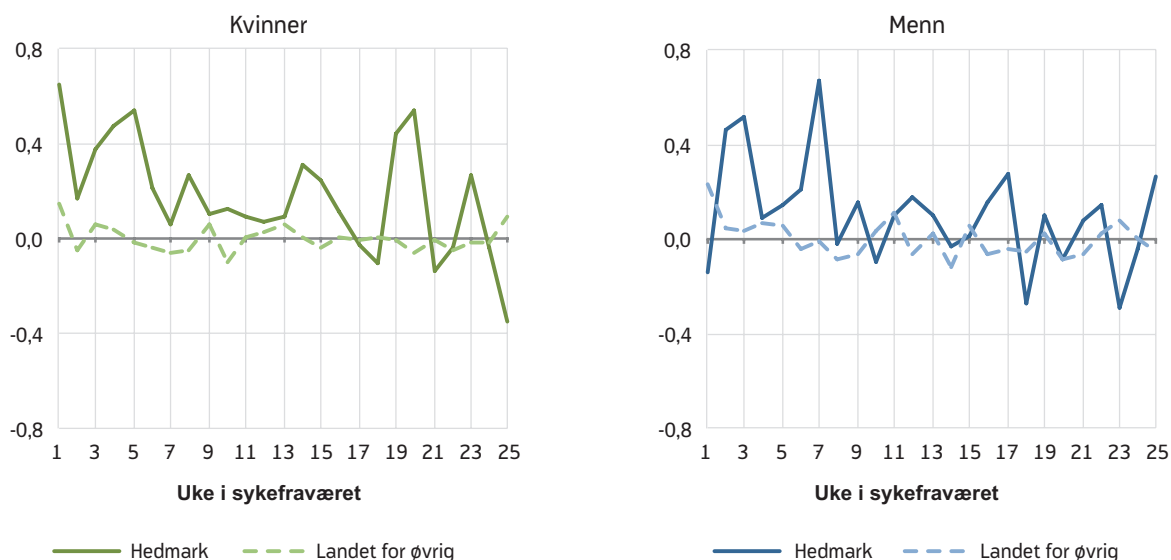
Kilde: NAV

**Tabell 2** Resultater av regresjonsanalyse. Gradering. Signifikante resultater er uthevet

|   | Kvinner      |                         |       | Menn        |                         |       | begge kjønn  |                         |       |
|---|--------------|-------------------------|-------|-------------|-------------------------|-------|--------------|-------------------------|-------|
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       |
| <b>Alle diagnoser</b>   |              |                         |       |             |                         |       |              |                         |       |
| <b>Effekt</b>   | <b>1,067</b> | 1,023                   | 1,112 | 1,057       | 0,997                   | 1,120 | <b>1,063</b> | 1,0281                  | 1,100 |
| <b>Hedmark</b>  | 1,053        | 1,022                   | 1,085 | 1,117       | 1,071                   | 1,164 | 1,074        | 1,048                   | 1,101 |
| <b>Etter</b>  | 1,045        | 1,036                   | 1,053 | 1,027       | 1,015                   | 1,040 | 1,039        | 1,032                   | 1,046 |
| <b>Bare diagnoser knyttet til psykiske lidelser</b>           |              |                         |       |             |                         |       |              |                         |       |
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       |
| <b>Effekt</b>   | 1,025        | 0,943                   | 1,114 | 1,080       | 0,944                   | 1,230 | 1,04         | 0,971                   | 1,117 |
| <b>Hedmark</b>  | 1,063        | 1,001                   | 1,128 | 1,120       | 1,021                   | 1,229 | 1,08         | 1,026                   | 1,135 |
| <b>Etter</b>  | 1,051        | 1,033                   | 1,069 | 1,017       | 0,989                   | 1,045 | 1,04         | 1,026                   | 1,056 |
| <b>Bare diagnoser knyttet til muskel og skjelett lidelser</b> |              |                         |       |             |                         |       |              |                         |       |
|   | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate | 95 % konfidensintervall |       | hasard rate  | 95 % konfidensintervall |       |
| <b>Effekt</b>   | <b>1,087</b> | 1,021                   | 1,157 | 1,063       | 0,979                   | 1,155 | 1,077        | 1,024                   | 1,132 |
| <b>Hedmark</b>  | 1,008        | 0,963                   | 1,055 | 1,104       | 1,040                   | 1,172 | 1,042        | 1,005                   | 1,081 |
| <b>Etter</b>  | 1,045        | 1,031                   | 1,058 | 1,032       | 1,014                   | 1,050 | 1,040        | 1,029                   | 1,051 |

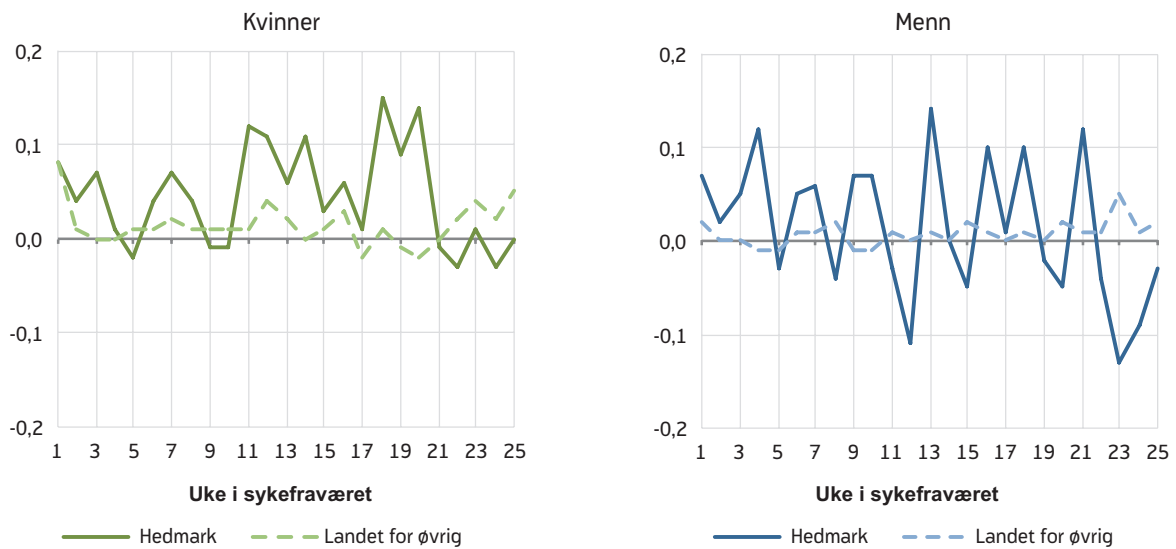
Kilde: NAV

**Figur 13.** Endring i Graderingshasard fra 2012 til 2013. Tidsenhet uke. Prosentpoeng



Kilde: NAV

**Figur 14.** Endring i friskmeldingshasard fra 2012 til 2013. Ttidsenhet uke. Prosentpoeng



Kilde: NAV

Ordlyden i legeforeningens mail til legene i Hedmark, den delen som omhandler aktivitetskravet

26. mars 2013 kl. 22. 20

Emne: Til medlemmene i Allmennlegeforeningen i Hedmark

Kjære kolleger!

..... (tekst som ikke har med sykmelding å gjøre er utelatt).....

### **Oppfølging av sykefravær i Hedmark fra den 2. april**

Den 20. mars var jeg på møte i Samarbeidsrådet der NAV Hedmark og Hedmark Legeforening møter. Hovedtema var sykefraværsoppfølging. Dere har alle mottatt henvendelser om dette, men det er jo ikke sikkert at alle har lest det riktig enda.

Jeg fikk en meget klar forståelse av at NAV nå har tenkt å følge opp sykefravær – spesielt 100 % sykefravær etter 8 uker – meget tett. Det har ikke skjedd noen endringer i forskriftene de siste årene, men nå har man altså bestemt at det fra den 2. april skal føres tilsyn med at vilkårene for å motta sykepenger etter 8 uker faktisk er oppfylt. Der disse vilkår ikke er oppfylt, vil sykepenger ikke bli utbetalt. Det er nok derfor greit å ha reglene klart for seg når den første pasienten som har vært sykmeldt over 8 uker kommer på kontoret etter påske.

For de som ikke har dokumentene lett tilgjengelig er disse å finne enten via lenken:

<http://www.nav.no/Lokalt/Hedmark>

Eller direkte lenge til artikkel med vedlegg:

<http://www.nav.no/Lokalt/Hedmark/Oppf%C3%B8lging+av+sykmeldte+i+tidlig+fase+%E2%80%93+%C3%B8kt+innsats+fra+NAV.340326.cms>

En riktig God Påske ønskes dere alle.

Martin Chapman

1. landsråd i AF