

06/2006

*Rikstrygdeverket
Utredningsavdelingen*

***Fastlegers sykemeldings-
praksis II:***

Regelendringer og
Legeprogrammet

Tidligere utgivelser i RTV's rapportserie:

RTV-rapport 2006/05 Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner

RTV-rapport 2006/04: Variasjon i sykefravær- En analyse av geografisk variasjon i forbruk av sykepenger i perioden 1993-2004

RTV-rapport 2006/03: Enslige forsørgere – økonomisk situasjon og aktivitet etter reformen i 1998

RTV-rapport 2006/02: Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester. En analyse av veksten i statens utgifter

RTV-rapport 2006/01: Oversikt over analyse-, utrednings- og forskningsprosjekter innenfor trygdens områder

RTV-rapport 2005/08: Tidsbruksundersøkelse i forbindelse med innføring av nye regler for underholdsbidrag. Del II

RTV-rapport 2005/07: Private avtaler om barnebidrag

RTV-rapport 2005/06: Nedbemanning og sykefravær. Sammenhengen mellom nedbemanning og sykefravær i et utvalg norske foretak i perioden 2. kvartal 2000 til 4. kvartal 2004

RTV-rapport 2005/05: Innskjerpning av attføringsvilkåret i 2000

RTV-rapport 2005/04: Seniorpolitikk og IA-avtalens delmål om å øke pensjonsalderen

RTV-rapport 2005/03: Kan vi se inn i framtida? – Utvikling av en prognosemodell

RTV-rapport 2005/02: Evaluering av melderutinen mellom Kreftregisteret og Rikstrygdeverket. Har melderutinen ført til at flere kreftpasienter oppnår sine rettigheter?

RTV-rapport 2005/01: Sykefravær og konjunkturer

RTV-rapport 2004/08: Prosjekter innen trygdeforskning, høsten 2004

RTV-rapport 2004/07: Hvordan påvirkes den sykemeldtes arbeidsrelaterte aktivitet i forbindelse med aktiv sykemelding?

RTV-rapport 2004/06: Undersøkelse om bidrag til behandling av sykdom i utlandet

RTV-rapport 2004/05: Geografisk variasjon og likebehandling i tildeling av hjelpestønad til barn og unge under 18 år

RTV-rapport 2004/04: Sluttrapport for fem undersøkelser. Erfaringer fra nytt kundesenter i trygdeetaten i Nordland

RTV-rapport 2004/03: Effekt av aktiv sykemelding, 2002-2003

RTV-rapport 2004/02: Overgangsstønad - Hva skjedde med de som mistet retten til overgangsstønad pga. endringer i vilkårene 1. januar 1998?

RTV-rapport 2004/01: Endringer i den nederlandske uføreordningen og erfaringer fra kampen mot "den hollandske syken"

**FASTLEGERS SYKMELDINGSPRAKSIS II:
REGELENDRINGER OG LEGEPROGRAMMET**

RTV-RAPPORT 06/2006

Rikstrygdeverket
Utredningsavdelingen

Fastlegers sykmeldingspraksis II

ISSN 0804 - 1946
ISBN 82-551-1123-9

Henvendelser vedrørende rapporten kan rettes til:
Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket,
Sannergt 2 Postboks 5200, Nydalen, 0426 Oslo
Sentralbord: 22 92 70 00
Epostadresse: rtv@trygdeetaten.no Merkes Utredningsavdelingen i RTV.
Nettadresse: www.trygdeetaten.no

Fra 1.7.2006 vil Utredningsavdelingen i sin nåværende form opphøre. Tilsvarende arbeid vil bli videreført i den nye velferdsetaten. NAV

Forord

Prosjektet "Fastlegers sykmeldingspraksis" er en omfattende registerstudie over fastlegenes forskrivning av sykmeldinger. I den første delen av prosjektet har vi beskrevet variasjoner i legenes sykmeldingspraksis og sammenhengen mellom kjennetegn ved legen eller pasientlisten og forskrivningen av sykmeldinger målt som antall, varighet og bruk av graderte sykepenginger. Denne er publisert som en egen rapport: RTV-rapport 05/2006 "Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner".

Den foreliggende rapporten omhandler hvilke effekter endringer i sykmeldingsregler fra 1 juli 2004 og fagutviklingsprogrammet "Legen i det inkluderende arbeidsliv" har hatt på fastlegenes sykmeldingspraksis.

I en referansegruppe knyttet til prosjektet deltok Hanne Børrestuen fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kjartan Olafsson fra Den norske lægeforening, Hilde Lurås fra Helse Øst kompetansesenter for helsetjenesteforskning, og Vigdis Solheim, Anita Mølmesdal Sivertsen og Hanne Nygaard fra Rikstrygdeverket. Vi vil takke referansegruppen for kritiske og nyttige kommentarer underveis. Vi vil også takke Knut Røed, Frisch-senteret, for gode råd og kritiske kommentarer. 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 Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket. Datamaterialet er lagt til rette av Ola Thune, Anne Sagsveen og Inger Cathrine Kann.

Prosjektet er finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

*Rikstrygdeverket
Juni 2006*

*Nanna Stender
Trygdedirektør*

*Anita Mølmesdal Sivertsen
Fung. avdelingsdirektør*

INNHOOLD

SAMMENDRAG	6
1 BAKGRUNN	8
1.1 NYE REGLER FOR SYKMELDING 1. JULI 2004.....	8
1.2 LEGEPROGRAMMET	9
1.3 FORMÅL	9
1.4 PROBLEMSTILLINGER	9
1.5 HYPOTESER	9
2 METODE	11
2.1 DATAGRUNNLAG.....	11
2.2 FASTLEGE.....	11
2.3 UTFALLSMÅL PÅ SYKEFRAVÆR	12
2.4 UNDERSØKTE VARIABLER	12
2.5 UTVALG	13
2.6 STATISTISKE ANALYSER	13
3 RESULTAT	15
3.1 EFFEKTER AV REGELENDRINGENE 1. JULI 2004.....	15
3.2 EFFEKTER AV LEGEPROGRAMMET 2004-2005.....	20
4 DISKUSJON	25
4.1 METODEOVERVEIELSER	25
4.2 EFFEKT AV REGELENDRINGER	26
4.3 EFFEKT AV LEGEPROGRAMMET.....	27
5 KONKLUSJON	29
6 REFERANSER	30
7 APPENDIKS	31

Sammendrag

Formålet med prosjektet var å undersøke hvilke effekter endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 og fagutviklingsprogrammet ”Legen i det inkluderende arbeidsliv” hadde på fastlegenes sykmeldingspraksis.

Bakgrunn

De nye sykmeldingsreglene 1. juli 2004 hadde som formål økt aktivitet blant sykmeldte. I sin håndtering av sykmeldte skal legene fokusere på arbeidsmuligheter og aktivitet. Det sies: ”Den sykmeldte skal så tidlig som mulig prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet”. Det ble lagt spesiell vekt på at legene skal vurdere mulighetene for graderte sykepenges før aktiv sykmelding.

I fagutviklingsprogrammet ”Legen i det inkluderende arbeidsliv”, som ble avviklet juni 2004-mai 2005, ønsket trygdeetaten og Den norske lægeforening i fellesskap å formidle de nye tankene om sykmelding til allmennlegene. Målet var å bidra til at alle landets allmennleger i størst mulig grad legger til rette for at myndighetene og partene i arbeidslivet kan nå målene om redusert sykefravær og hindre utstøting fra arbeidslivet. Legene forventes å bidra til aktivitet framfor passivitet og motivere arbeidstaker og arbeidsgiver til å finne alternativer til sykefravær. Deltakelse i programmet var frivillig og omtrent halvparten av landets fastleger deltok.

Metode

Som grunnlag for analysene har vi gjort koblinger mellom sykefraværs- og fastlegeregistrene. Vi har dermed kunnet kontrollere for ulikheter i legens pasientlister etter bla. pasientenes kjønn, alder, yrkesaktivitet og størrelse på listen. Data for legenes deltagelse på kurs har vi fått fra Den Norske Legeforening. Registrerte arbeidsledige på kommunenivå har vi hentet fra statistisk sentralbyrå.

Effekter av nye sykmeldingsregler

Endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. De sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepenges. Endringene i deres praksis i hvor raskt pasientene ble friskmeldt kom samtidig som regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepenges kom mer gradvis og startet tidligere på året. Gjennom hele år 2004 var det en betydelig økning i bruken av graderte sykepenges.

Sammenliknet med 2003 skjedde en dramatisk økning av tilbøyeligheten til friskmelding fra 1. juli 2004. Analysene viste en endring i legenes atferd, som lå svært nær tidspunktet for regelendringen.

Bruken av graderte sykepenges var mer uttalt i 2004 enn tidligere år, men allerede før 1. juli 2004 kunne man se en økende bruk av graderte sykepenges fra fastlegenes side. Årsaken til den mer gradvise endringen kan være at den tilsiktede overgangen fra aktiv til gradert sykmelding ble initiert tidligere på året.

Det er flere tenkbare forklaringer at effekten av regelendringene var så kraftig. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv hadde siden oppstarten i 2001 fokusert på arbeidsgiver og arbeidstaker, mens legens rolle i mindre grad hadde vært gjenstand for oppmerksomhet. Med de nye kravene til aktivitet som kom 1. juli, hadde de en legitim årsak til å bli mer restriktive med hvem som skulle sykmeldes, og hvor lenge.

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Det er også mulig at den langvarige oppmerksomheten på det inkluderende arbeidsliv, med økt vektlegging på arbeidsgivers og arbeidstakers rolle, medvirket til at legene plasserte ansvaret der det ble presisert at det hørte hjemme, dvs. på arbeidsplassen.

I omtalen om regelendringene på forhånd, ble det lagt vekt på sanksjoner mot legene. De som unnlot å følge de nye reglene ville kunne miste retten til å skrive legeerklæringer til trygden. Selv om disse truslene om sanksjoner ble tonet ned etter hvert, ble de antagelig oppfattet av mange leger. Hvor stor betydning slike trusler om sanksjoner har hatt er uklart, da legene også tidligere kunne fratras retten til sykmelding dersom regler ikke ble fulgt. Det er mulig at de ikke ble vurdert å være alvorlige.

Selv om effekten av regelendringene var meget kraftig, vet vi ikke hvordan effekten vil holde seg på sikt. Vi fulgte sykefraværet i ett år hva gjelder varighet og bruk av graderte sykepenges, men kun ut året 2004 for antallet sykefravær. Senere statistikk fra Rikstrygdeverket har vist at sykefraværet på ny viser en stigende tendens.

Effekter av Legeprogrammet

Fastlegenes deltakelse i fagutviklingsprogrammet "Legen i det inkluderende arbeidsliv" påvirket deres sykmeldingspraksis i begrenset grad. I de analysemodeller som vi tok i bruk, var det en mindre økning i antallet sykefravær etter deltakelse for noen legegrupper. Det var ingen effekt på varigheten av sykefraværet eller på bruk av graderte sykepenges.

Det skal bemerkes at oppfølgingstiden var kort i denne studien. Effekter av videreutdanningsprogram kan ha en langsiktig virkning, noe som denne studien ikke var laget for å fange opp.

Kvinnelige leger, yngre leger og ikke-spesialister i allmenntilleggsmedisin hadde en målbar effekt i retning av flere sykmeldinger etter programmet. Dette var legegrupper som på forhånd skrev færre sykmeldinger enn andre leger. Programdeltakelsen kan derfor ha hatt en utjevningseffekt på legenes sykmeldingspraksis.

1 Bakgrunn

I denne rapporten om fastlegers sykmeldingspraksis reises det grunnleggende spørsmålet om legers sykmeldingspraksis kan endres med utenforstående tiltak, i hvilken utstrekning det skjer, og hvilke tiltak som synes å ha effekt.

Begrepet ”sykmeldingspraksis” brukes forskjellig (Statens beredning for medisinsk utvärdering 2003). I denne rapporten mener vi hvor hyppig legene sykmelder sine pasienter, hvor lenge, og hvor raskt de tar i bruk graderte sykepengene. Når begrepet ”praksis” brukes er det underforstått at det er et element av stabilitet, og at ikke sykmeldingsforskrivning er helt preget av tilfeldigheter. Vår antagelse er at noen leger er mer tilbakeholdne, og andre mer tilbøyelige å skrive ut sykmeldinger.

I en egen rapport ”Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner” beskrives og analyseres variasjoner i fastlegers praksis. I den foreliggende rapporten undersøkes effekter på sykmeldingspraksis av endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004, og av et fagutviklingsprogram for allmennlegene høsten og vinteren 2004/05 - Legeprogrammet.

1.1 Nye regler for sykmelding 1. juli 2004

Nye sykmeldingsregler ble innført 1. juli 2004. De hadde som formål økt aktivitet blant sykmeldte. Etter de nye reglene skal legen fokusere på arbeidsmuligheter og aktivitet. Det sies ”Den sykmeldte skal så tidlig som mulig prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet”. Med arbeidsrelatert aktivitet menes gradert sykmelding, aktiv sykmelding, yrkesrettet attføring og reisetilskudd.

En ny ”sykmeldingsattest” ble innført – ”Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom”, som har en annen oppbygning enn tidligere attester, og i større grad fokuserer på aktivitet til tross for sykdom. Legen må vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til fravær fra arbeid. Dersom sykmelding er nødvendig skal graderte sykepengene prioriteres foran aktiv sykmelding. Det er innført et aktivitetskrav etter åtte uker. Hvis pasienten da fortsatt er inaktiv, må legen fylle ut en utvidet legeerklæring der det begrunnes hvorfor aktivitet ikke er igangsatt. Hvis denne begrunnelsen ikke oppfyller de lovbestemte krav, eller hvis utvidet erklæring ikke sendes til trygdekontoret, stoppes sykepengene, såfremt inaktiviteten ikke skyldes forhold på arbeidsplassen. Mulighetene til aktiv sykmelding er begrenset til 4-8 uker i vanlige tilfeller.

I forhåndsomtalen om de nye reglene, bl.a i Tidsskriftet for den norske lægeforening, ble det vist til at leger som gjentatte ganger unnlot å følge de nye reglene ville kunne ”miste retten til å skrive legeerklæringer som grunnlag for trygdeytelser” (Feiring 2004; ASD 2004). Selv om disse truslene om sanksjoner ble tonet ned etter hvert, ble de antagelig oppfattet av mange leger.

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

Det er i andre land gjort studier i lignende situasjoner. Etter innskjerpede sykmeldingsregler i Sverige i 1995, der formålet bl.a. var økt bruk av graderte sykepengene, viste Englund m fl. (2000) at sykmeldingsattestene ble bedre utfylt. Han fant imidlertid ingen effekt verken på varighet av sykefravær, eller på bruk av graderte sykepengene. En norsk studie av Claussen (1998) viste effekt på uførepensjonsrater etter innskjerping av medisinske inngangsvilkår for uførepensjon i begynnelsen av 1990-årene.

1.2 Legeprogrammet

I et fagutviklingsprogram, "Legen i det inkluderende arbeidsliv" (i fortsettelsen benevnt Legeprogrammet), ønsket trygdeetaten og legeföreningen i fellesskap å formidle nye tanker om sykmelding til allmennlegene. Målet var å bidra til at alle landets allmennleger i størst mulig grad legger til rette for at myndighetene og partene i arbeidslivet kan nå målene om redusert sykefravær og hindre utstøting fra arbeidslivet. Legene forventes å bidra til aktivitet framfor passivitet og motivere arbeidstaker og arbeidsgiver til å finne alternativer til sykefravær. Øket kvalitet av legens arbeid med bedre vurderinger og samhandling var et viktig mål.

Legeprogrammet hadde som målgruppe de allmennpraktiserende legene. Selv om temaet også var relevant for andre primærleger, fremst arbeidsmedisinere og bedriftsleger, ble de ikke invitert fordi man ønsket å sette fokus på allmennlegenes rolle.

Programmet ble gjennomført høsten/vinteren 2004/2005 (Moland 2005). Det ble organisert på fylkesnivå, og besto av tre deler. Samling 1 (hel dag) og samling 2 (hel dag) skjedde på 60 steder i landet med representanter for Rikstrygdeverket og legeföreningen. Derimellom kunne legen delta i tre mellomaktiviteter, hver på ca tre timer, med besøk på arbeidsplasser og trygdekontor. Disse var organisert lokalt. Deltakelse ga kurspoeng for legene, noe som er viktig for å opprettholde spesialitetsstatus. De deltakende legene og trygdeetaten har ment at programmet var positivt og klarla legenes rolle i sykefraværarbeidet (Moland 2005).

Effekter av opplæring i trygdemedisinske spørsmål har vært undersøkt i andre land. I en slovensk studie (Kersnik 1999) ble kvaliteten på legeattestene bedret etter tilbakemelding og kurs. I et forsøk i svensk allmennlegepraksis der representanter for trygden møtte legene ukentlig i samarbeidsmøter, ble sykmeldingstiden redusert, men dette gjaldt kun mannlige leger (Leden mfl. 1991).

Vår hensikt med undersøkelsen er ikke å evaluere Programmet, men kun å se om det har hatt effekt på legenes sykmeldingspraksis. Det kan være en rekke andre positive og negative sider ved Programmet som ligger utenfor dette prosjektets rammer.

1.3 Formål

Formålet med det foreliggende prosjektet er å undersøke hvilken effekt regelendringene fra 1. juli 2004 og Legeprogrammet har hatt på legenes sykmeldingspraksis. Denne kunnskapen kan være nyttig som bakgrunn for systematisk intervensjon overfor leger for å påvirke deres forskrivning av sykmeldinger.

1.4 Problemstillinger

1. Var det endringer i hvor hyppig fastlegene skrev ut sykmeldinger, hvor lenge sykefraværene varte, og hvor ofte de benyttet graderte sykepenge etter de nye sykmeldingsreglene 01.07.04?
2. Var deltakelse i Legeprogrammet avhengig av legens kjønn, alder og spesialitetsnivå?
3. Påvirket deltakelse i Legeprogrammet fastlegenes sykmeldingspraksis, i form av antall utstedte sykefravær, varighet av disse, samt bruk av graderte sykepenge?

1.5 Hypoteser

1.5.1 Regelendringer

Ut fra eksisterende internasjonale studier er effekten av regelendringer på legens sykmeldingspraksis noe usikker, men erfaringer fra Norge på liknende områder taler for at effekter kan forventes (Claussen 1998; SBU 2003). Løpende statistikk har vist en generell

nedgang i sykefraværet i siste halvdel av 2004 (RTV 2005). Vår hypotese er derfor at endringene i sykmeldingsregler førte til færre fravær, kortere fravær og flere graderte sykefravær etter 1. juli 2004.

1.5.2 Legeprogrammet

Tidligere studier over videreutdanning, kurs og opplæring av leger i hvordan sykefraværet skal håndteres har ikke hatt tydelige effekter på kort sikt (Leden mfl. 1991; Kersnik 1999). Evalueringen av Legeprogrammet var positiv, men dette var prosessevaluering og ikke en effektevaluering (Moland 2005). Basert på denne informasjonen ble vår hypotese at legers sykmeldingspraksis ikke ble påvirket av Legeprogrammet, verken hva gjelder antall, varighet eller gradering.

Det er imidlertid å forvente at kursvirksomhet med rikelig rom for diskusjoner mellom deltakerne kan ha en utjevningseffekt. Det er sannsynlig at leger med avvikende praksis i forhold til gjennomsnittet vil bli påvirket av flertallets syn og få en mer gjennomsnittspreget praksis etter Programmet. I rapporten "Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner" ble det vist at kvinnelige leger, yngre leger og ikke-spesialister i allmenmedisin skriver ut færre sykmeldinger enn andre leger. Vår hypotese vil da være at disse vil skrive ut forholdsvis flere sykmeldinger etter deltakelse i kursprogrammet. Vårt datamateriale gjør det ikke mulig å teste tilsvarende hypoteser på fraværets varighet eller bruken av graderte sykepenger.

I en analyse av effekter av et utdanningsprogram med frivillig deltakelse, må det skilles klart mellom seleksjonsmekanismer til programmet (legene som melder seg på kurs er annerledes enn leger som ikke melder seg) og effekter av programmet. For å skille mellom seleksjons- og effektmekanismer vil vi sammenligne rater i 2003 og 2004 for gruppen av leger som deltok i programmet, med de som ikke deltok. Dersom programmet hadde effekt, ville praksis endres mer for gruppen som har deltatt enn gruppen som ikke går på kurs. Dersom det kun er en seleksjon til kursene, er praksis annerledes allerede før kursene starter for den gruppen som går på kurs, sammenlignet med den som ikke går på kurs.

1.5.3 Hypotesetesting

Ut fra vårt datagrunnlag og våre analyser vil vi se om disse hypotesene kan bekreftes eller avkreftes.

2 Metode

For å undersøke effekter av regelendringene 1. juli 2004 og deltakelse i Legeprogrammet ble det brukt tre ulike utfallsmål på sykefraværet:

- Antall sykefravær (insidens)
- Varighet av sykefraværet
- Bruk av graderte sykepenger (definert som tid til første endring av graderingen i sykefraværet)

De analysemetoder og datautvalg som ble brukt kan sammenfattes i en tabell:

Tabell 1. Analysemodeller og utvalg i "Fastlegers sykmeldingspraksis" etter problemstilling og utfallsmål

	Utfallsmål		
Problemstilling	Antall sykefravær	Varighet av fravær	Graderte sykepenger
Effekter av regelendringer	Panelmodell (fasteffektmodell) <i>Sykefravær 2003-2004</i>	Hasardrater <i>Sykefravær påbegynt i februar 2002, 03, 04</i>	Hasardrater <i>Sykefravær påbegynt i februar 2002, 03, 04</i>
Effekter av Legeprogrammet	Panelmodell (fasteffektmodell) <i>Sykefravær 2003-2004</i>	Hasardrater Cox regresjon <i>Sykefravær påbegynt i juli 2003 og juli 04</i>	Hasardrater Cox regresjon <i>Sykefravær påbegynt i juli 2003 og juli 04</i>

2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget ble hentet fra sykefraværs-, sykepenge-, fastlege- og arbeidstakerregistrene. Det ble gjort koblinger mellom disse registrene med et utvalg relevante variable.

På basis av nærværslister som Den norske legeförening stilte til disposisjon, ble det laget et fortegnelse over deltakelse i "Legeprogrammet". Registrert antall arbeidsledige per måned på kommunenivå ble hentet fra Statistisk sentralbyrås databank.

2.2 Fastlege

Fastlege ble definert som en lege som står oppført i fastlegeregistret. Registrene viste at en persons sykefravær ofte var attestert av flere leger, feks. av legevaktlege eller sykehuslege initialt, hvoretter fastlegen avslutter sykefraværet. Sykmeldingsregistret ga opplysninger om hvilken lege som attesterte for hver enkelt sykmeldingsperiode.

Et forprosjekt viste at et lite antall fastleger utstedet et meget stort antall sykefravær lengre enn 16 dager, selv etter at praksis ble justert for andel sysselsatte på listen. Det er høyst sannsynlig at disse legene har hatt omfattende legevaktkjøring eller dekket sine kollegers praksis ved fravær, men opplysninger om slike forhold finns ikke registrert. For å unngå disse ukontrollerbare effektene har vi i analysene valgt å inkludere kun sykefravær for pasienter som står på fastlegens pasientliste og som ble sykmeldt av sin fastlege. Som vil fremgå av resultatdelen vil dette bety at studien inkluderer kun halvparten av det legemeldte sykefraværet.

2.3 Utfallsmål på sykefravær

2.3.1 Antall sykefraværstilfeller

Som mål på antall sykefraværstilfeller ble brukt månedlige sykefraværstrater. Dette ble definert som

Antall sykefraværstilfeller, som fastlegen påbegynte på sysselsatte pasienter¹ på sin egen liste i løpet av en måned, målt i prosent av antall sysselsatte på fastlegens pasientliste. Dette er da en månedlig insidensrate målt per lege, 100 sysselsatte, og måned.

2.3.2 Varighet av sykefraværstilfellet

Som mål på varighet ble brukt den sammenlagte lengden av et tilfelle fra uførhetsdato til avslutningsdato, der egen fastlege både har startet og avsluttet tilfellet. Varighet fremstilles som tid til friskmelding. Varigheten er uttrykt i kalenderdager. I disse analysene ble det ikke skilt mellom hele og graderte sykepenger.

2.3.3 Graderte sykepenger

Som mål på graderte sykepenger ble brukt den sammenlagte lengden av et sykefraværstilfelle fra uførhetsdato til første reduksjon av sykepengegrad, der egen fastlege både startet og avsluttet tilfellet.

2.4 Undersøkte variabler

Som forklaringsvariabler for antall sykefraværstilfeller ble det brukt regelendring 1. juli 2004 (månedene etter=1, før=0) og deltakelse i Legeprogrammet (månedene etter=1, før=0). Arbeidsledigheten i kommunen i måneden for sykmelding ble tatt inn som kontrollvariabel, sammen med enkelte kjennetegn ved legen og listen som muligens kunne endres i løpet av observasjonstiden (andel kvinner som pasientlisten, andel personer over 50 år, antall pasienter, ledig kapasitet på listen og antall næringsdrivende fastleger pr 10 000 innbyggere i kommunen). Månedene januar 2003-desember 2004 (dummy-variabler) var også kontrollvariabel. Materialet ble oppdelt etter legens kjønn, alder og spesialitet.

2.4.1 Legeprogrammet

Opplysninger om deltakelse i Legeprogrammet ble hentet fra fylkesvis førte nærværslister som ble gjort tilgjengelig av Den norske lægeforening. Listene ble gjennomgått og kontrollert minst to ganger, og av to personer.

Programmet besto av samling 1 (hel dag), tre mellomaktiviteter og samling 2 (hel dag). For samling 1 og 2 ble det gitt 6 poeng for hver, og for mellomaktivitetene 3 poeng på hver. Deltakelse i "Legeprogrammet" kan defineres på flere måter. I mesteparten av analysene presenterer vi den grense for deltakelse som Legeforeningen brukte for å gi programmet godkjenning som emnekurs – 15 poeng. Det betyr deltakelse i minst en samling og tre mellomaktiviteter, eller i begge samlinger og minst en mellomaktivitet. Det er dog ikke sikkert at effekten av Programmet var avhengig av en så pass utstrakt deltakelse, muligens var deltakelse i en samling nok.

Vi utarbeidet derfor regresjonsmodellene med alternative definisjoner av deltakelse, fra 6 poeng og opp til 15. Dette påvirket ikke modellene eller koeffisientene for de andre studerte variablene i signifikant grad. Vi har derfor valgt å presentere deltakelse målt som 15 poeng eller mer fordi muligheten å påvise effekter rimeligvis bør være størst for denne gruppen.

¹ Kun arbeidstakere er inkludert

Tidspunktet for deltakelse ble regnet som første måned etter legens første fremmøte i Legeprogrammet.

2.5 Utvalg

Antall sykefravær ble beregnet for alle månedene 2003-2004.

Varighet av sykefraværstilfellene og tid til gradering ble beregnet på alle sykefravær som startet i henholdsvis februar 2003 og 2004 og i juli 2003 og 2004.

2.6 Statistiske analyser

2.6.1 Panelanalyse

Antallet sykefravær ble undersøkt i en panelmodell (fasteffekt) hvor det er mulig å utnytte variasjonen i deltagelse på kurs mellom leger og over tid. Under visse forutsetninger minner dette om en naturlig eksperimentsituasjon.

Paneldataanalyse er innen mange fagområder det nærmeste man kommer et tilfeldig eksperiment. Også her må man kjenne til og kontrollere for de forhold som kan påvirke *både* tiltaksvariabelen (deltagelse på kurs) og resultatvariabelen (sykefraværsraten hos legen) samtidig. Bare da kan man trekke pålitelige slutninger om årsaksforhold.

Paneldata er en kombinasjon av tverrsnitts- og tidsseriedata for en hvilken som helst klasse av observasjonsheter. I vårt tilfelle er enhetene leger. I datasettet vårt er tidsdimensjonen representert ved den variasjonen som fremkommer *for hver lege* gjennom månedlige observasjoner fra januar 2003 til desember 2004. For hver av disse månedene finnes dessuten en variasjon *mellom* legene, som representerer tverrsnittsdimensjonen.

Fast effekt-modeller for analyse av paneldata har den egenskapen at stabile forskjeller mellom leger eller kommuner ikke påvirker estimatene av effekter.

Mange av de relevante uobserverte forskjellene mellom legene, slik som sammensetning av pasientlisten og pasientenes sykdomsmønster, er konstante eller nær konstante over den perioden vi studerer. De uobserverte egenskapene kan variere mellom legene uten at det gir ulemper, men kan være et problem dersom den uobserverte egenskapen har en felles, konstant trend. Dette kan for eksempel være at de legene som senere velger å gå på kurs, lar seg påvirke over tid på en annen måte enn de som ikke gjør det. Vi har ikke oppdaget variabler som kan være av en slik karakter.

En annen fordel med paneldata er at antall observasjoner blir stort slik at sannsynligheten for å produsere gode estimater er større enn ved rene tidsserier, eller rene tverrsnittsdata. Med leger som enhet, har man mer enn 3000 eksperimenter gående, gitt at man lykkes å ha alle viktige effektvariabler med. Vanlige problemer knyttet til tidsserier (autokorrelasjon), og problemer knyttet til regresjonsanalyse generelt (heteroskedasistet), tar vi med over i en panelmodell.

2.6.2 Hasardrater

Effektene av regelendringer og Legeprogrammet på sykefraværets varighet og bruk av graderte sykepenger ble undersøkt med hasardrater. En hasardrate uttrykker tilbøyeligheten av å gå fra én tilstand til en annen, eksempelvis fra å være sykmeldt til friskmeldt, per tidsenhet. En høyere hasardrate vil da bety en øket "sjanse" for at personen friskmeldes eller får graderte sykepenger tidligere. Når det gjelder effekten av Legeprogrammet sammenlignes de legegrupper som har deltatt med de som ikke har det. Vi sammenligner også gruppene før og etter kursdeltagelsen, dvs. de som kommer til å gå på kurs i 2004, sammenlignes i 2003 med

Fastlegers sykmeldingspraksis II

henblikk på sykemeldingslengde og tid til reduksjon i uføregrad. Sammenligningen gjøres på ny i 2004 for å se forskjeller i differansen mellom gruppene.

For å tydeliggjøre forskjellene mellom ulike grupper har vi benyttet oss av *kumulative hasardrater* i fremstillingen. De uttrykker hvor stor andel som etter hvert er friskmeldt, henholdsvis har gått over på graderte sykepengen.

2.6.3 Cox regresjon

Analysen av effekten av Legeprogrammet på varighet og bruk av graderte sykepengen ble komplettert med Cox-regresjoner. Det henvises til ”Fastlegers sykmeldingspraksis 1: Variasjoner” for omtale av denne analysemetoden.

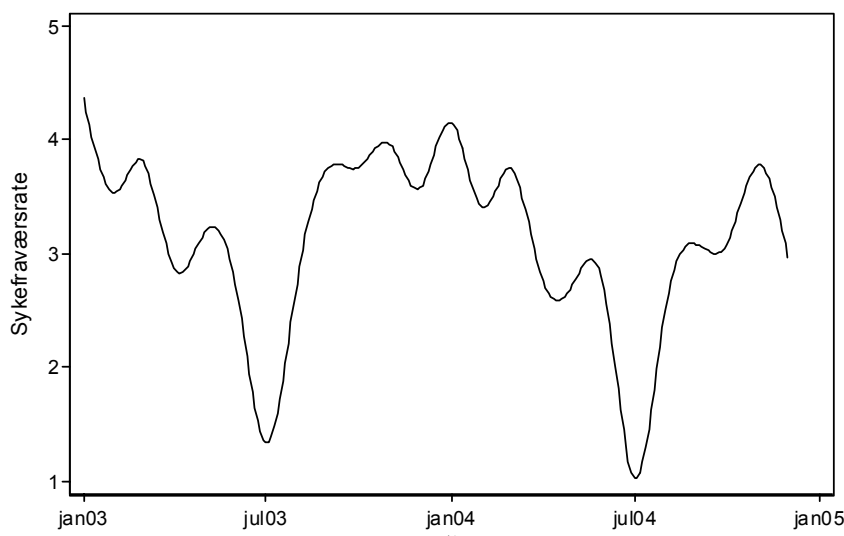
3 Resultat

3.1 Effekter av regelendringene 1. juli 2004

3.1.1 Effekt på antall sykefravær

En oversikt over sykefravær påbegynt av fastlegene i 2003 og 2004, viser nedgang i månedlige sykefraværstrater allerede i begynnelsen av 2004:

Figur 1. Gjennomsnittlig antall påbegynte sykefravær pr måned/100 pasienter av fastlegene i januar 2003-december 2004. ("glattede tall")



I en sammenlikning mellom første halvår 2003 og første halvår 2004, hadde månedene i 2004 lavere rater enn 2003. Forskjellen var størst i januar (0,25 sykmeldinger lavere i 2004) og minst i juni (0,08 sykmeldinger lavere i 2004).

I en sammenlikning mellom annet halvår 2004 og annet halvår 2003, var forskjellen mer uttalt. Den største forskjellen var i oktober (0,67 sykmeldinger lavere i 2004), den minste i august (0,22 sykmeldinger lavere i 2004). Nedgangen i antallet sykefravær begynte allerede før regelendringen, men tendensen ble tredoblet etter 1. juli 2004.

Den sterkeste nedgangen i sykefraværstrater sammenfalt med regelendringen. Det var imidlertid tendenser til nedgang allerede før regelendringen trådte i kraft. De lavere sykefraværstratene i siste halvdel av 2004 ble observert for alle leger, uansett kjønn, alder og spesialitet.

For å kontrollere for andre faktorer som kan påvirke legers sykmeldingspraksis ble regelendringene inkludert i multiple regresjonsanalyser. Disse ble gjort som fast effekt-modeller basert på 3 351 fastleger som var registrerte i fastlegeregistreret i alle månedene 2003 og 2004. Basert på tre modeller (tab 2) vises effekten av regelendringene på fastlegenes sykmeldingspraksis etter deres kjønn og alder, spesialitet og senere deltakelse i Legeprogrammet. De fulle regresjonsmodellene med alle relevante kontrollvariabler ligger som tabell A1a-A1c i appendiks.

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell 2. Resultat av multiple regresjonsanalyser over effekten av regelendringene 1. juli på sykefraværssrater etter legens kjønn og alder, spesialitet og senere deltakelse i Legeprogrammet

Gruppe	Effekt av regelendring på sykefraværssrater		
	Koeffisient	p> t	Endring i rate i prosent
Analyse 1 Kjønn/alder			
<i>Kvinnelige leger</i>			
20-29 år	-0,025	0,93	
30-39 år	-0,356	0,00	-11,5%
40-49 år	-0,327	0,00	-10,6%
50-59 år	-0,440	0,00	-14,2%
60 år+	-0,442	0,00	-14,3%
<i>Mannlige leger</i>			
20-29 år	-0,898	0,13	
30-39 år	-0,248	0,00	-8,0%
40-49 år	-0,362	0,00	-11,7%
50-59 år	-0,416	0,00	-13,5%
60 år+	-0,500	0,00	-16,2%
Konstantledd	3,090	0,00	
Analyse 2 Spesialitet			
Spesialister i allmennmedisin	-0,382	0,00	-12,4%
Andre/ikke spesialister	-0,392	0,00	-12,7%
Konstantledd	3,092	0,00	
Analyse 3 Deltakelse i Legeprogrammet			
Deltakere	-0,297	0,00	-9,6%
Ikke deltakere	-0,415	0,00	-13,4%
Konstantledd	3,091	0,00	

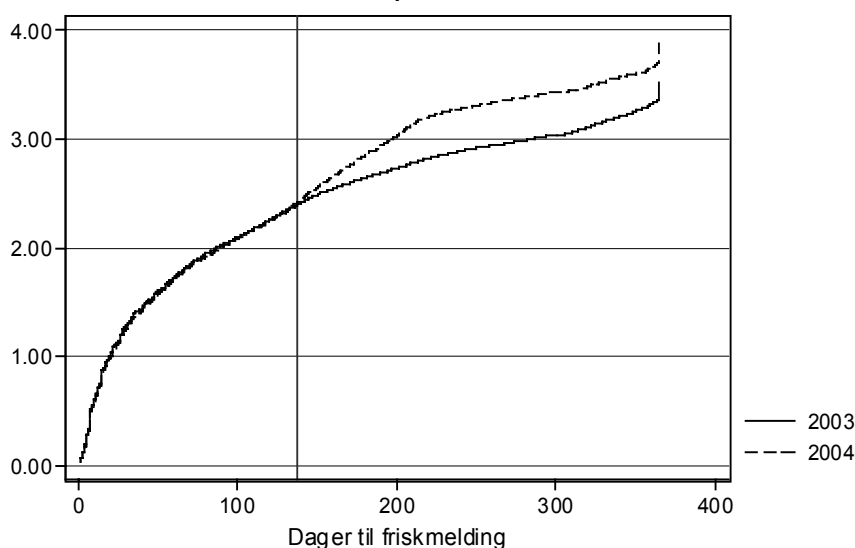
Regelendringene ga en signifikant effekt på alle legegrupper. Uansett kjønn, alder, spesialitet og senere deltakelse i Legeprogrammet, skrev legene ut signifikant færre sykefravær etter 1. juli 2004. Nedgangen kan ut fra modellen estimeres til 12%. Det var ingen forskjeller mellom menn og kvinner i effekten av regelendringene, men eldre leger endret sin praksis mer enn yngre leger. Dette gjaldt særlig for eldre mannlige leger. Det var ingen forskjell etter spesialitet, men senere deltakere i Legeprogrammet endret sin praksis i mindre grad enn leger som ikke deltok i Legeprogrammet.

For å korrigere for eventuelle endringer i legens kjennetegn, bl.a. praksisstørrelse, var disse tatt med som kontrollvariabler i modellene (se tabell A1a-A1c, appendiks). Likeså ble det korrigert for ulikheter i sykefraværssrater for månedene. Arbeidsledighet på kommunenivå ble inkludert i regresjonsligningene for trender som ikke dekkes av regelendringene. Ledigheten hadde effekt på sykefraværssratene over tid, men hadde ikke effekt på legenes sykmeldingspraksis.

3.1.2 Effekt på sykefraværets lengde

For denne analysen valgte vi å se på friskmelding blant alle som ble både sykmeldt og friskmeldt av egen lege² i februar 2003 og å sammenlikne friskmeldingsraten med tilsvarende sykmeldte i februar 2004. Det ble inkludert 56 910 sykmeldinger fra 2003, 53 721 fra 2004. Forskjellene mellom 2003 og 2004 fremstilles i et plot som viser friskmeldingstilbøyeligheten som kumulativ hasardrate (fig 2). Denne viser tilbøyeligheten for at legen skal ha friskmeldt pasienten ved ethvert tidspunkt. Tidspunktet 0 tilsvarer 1. februar i hhv 2003 og 2004. Deretter ble de sykmeldte fulgt i et år fremover, og tilbøyeligheten for friskmelding vises kontinuerlig. Den lodrette streken i figuren viser 1. juli.

Figur 2. Kumulativ hasardrate for friskmelding av alle sykmeldte av egen fastlege i februar 2003 og 2004

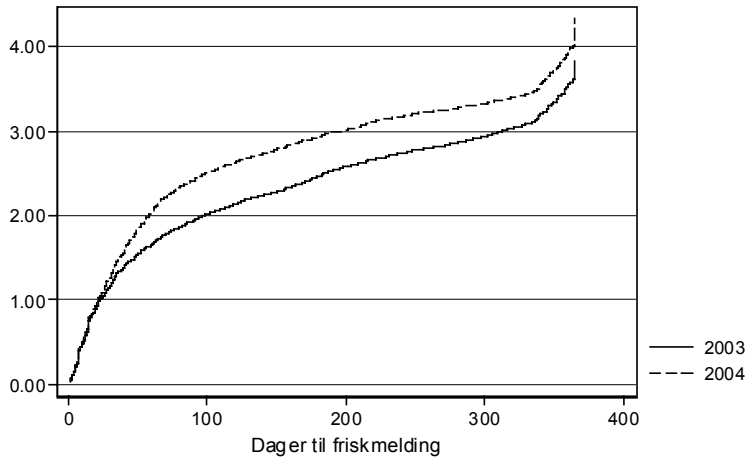


Sammenliknet med 2003 skjedde en sterk økning i friskmeldingstilbøyelighet etter 1. juli 2004. Denne effekten varte til ca 15. september. Deretter flatet den ut, men var allikevel høyere enn i 2003.

Denne sterke økningen i friskmeldinger var også synlig når personer som ble sykmeldt i juli 2003, ble sammenliknet med sykmeldte i juli 2004 (fig 3). Tidspunktet 0 tilsvarer da 1. juli.

² Denne begrensningen medfører at omtrent halvdelen av alt sykefravær inkluderes i analysene. For nærmere drøftelse av denne begrensningen se "Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner"

Figur 3. Kumulativ hasardrate for friskmelding av alle sykmeldte av egen fastlege i juli 2003 og 2004



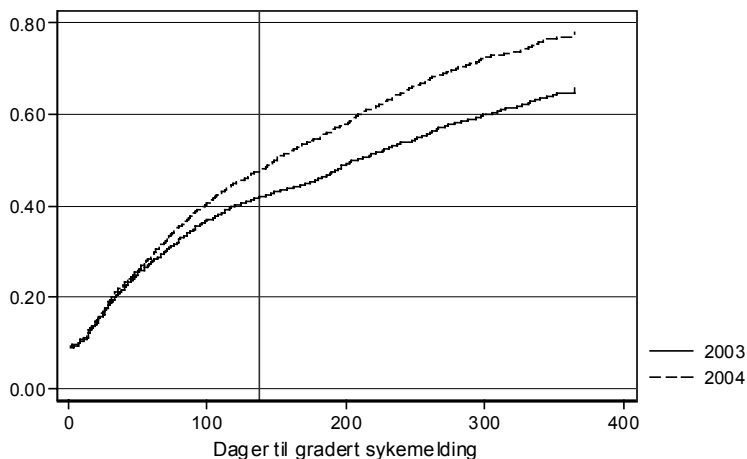
Også for de sykmeldte i juli 2003 og 2004, var det en sterk forskjell i hvor raskt de ble friskmeldt. Forskjellen viste seg i løpet av de første 80 dagene, med mye raskere friskmelding i 2004.

Det var noen mindre forskjeller etter legens kjønn og alder i hvor sterkt tilbøyelighet til å friskmelde forandret seg etter regelendringene, men disse forskjeller viste ingen systematiske trekk.

3.1.3 Effekt på bruk av graderte sykepenger

Effekten av regelendringene på bruk av graderte sykepenger ble undersøkt på tilsvarende måte. Det samme datamaterialet ble brukt. Bruk av graderte sykepenger ble målt som tid til første reduksjon i sykepengegrad. Det ble inkludert 56 157 sykmeldinger fra februar 2003, og 52 967 fra februar 2004. Forskjellene mellom de to årene vises som kumulative hasardrater (fig 4). Plottet viser hvor stor andel av de sykmeldte som har fått endret sin sykepengegrad. Den lodrette streken i figuren viser 1. juli.

Figur 4. Kumulativ hasardrate for til første reduksjon i sykepengegrad for alle sykefravær i februar 2003 og 2004.

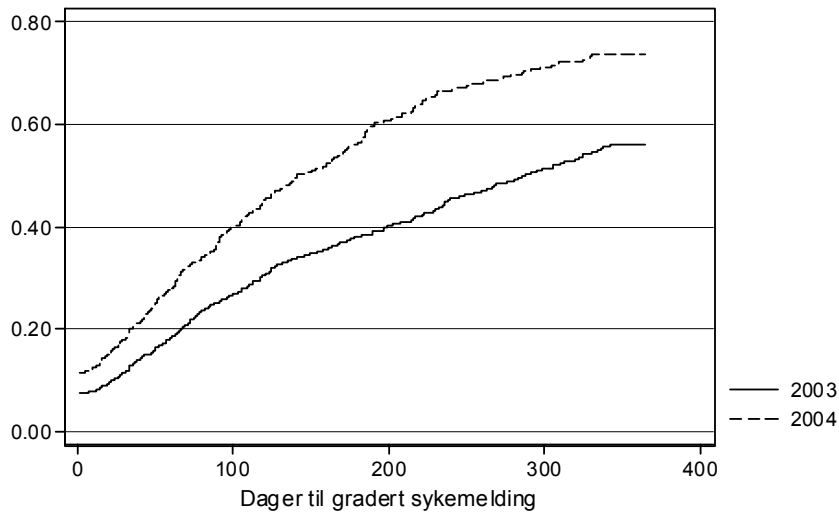


Fastlegers sykmeldingspraksis II

Figuren viser at bruken av graderte sykepenger var mer uttalt i 2004 enn tidligere år, og at denne økningen i overgang til graderte sykepenger begynte før 1. juli 2004. Effekten var betydelig.

Den kumulative hasardraten for personer sykmeldt i juli 2003 og 2004 viser samme trend. Det er også tydelig at tilbøyeligheten til å starte sykefraværet med graderte sykepenger var større i 2004 (fig 5).

Figur 5. Kumulativ hasardrate for til første reduksjon i sykepengegrad for alle sykefravær i juli 2003 og 2004.



Bruken av graderte sykepenger ble også undersøkt etter legens kjønn og alder. Det var noen mindre forskjeller, men disse viste ingen systematiske trekk.

3.2 Effekter av Legeprogrammet 2004-2005

3.2.1 Deltakelse

Av de 3 954 legene som var registrerte i fastlegeregistret i hele eller deler av perioden april 2004-mai 2005, oppnådde 915 fastleger 15 poeng eller mer (23 %), 815 hadde 6-14 poeng (21 %), 124 hadde 5 poeng eller mindre (3 %), mens 2100 ikke deltok på noen del av kurset (53 %) ³. Det var betydelige fylkesmessige variasjoner i deltakelse (fig A1, appendiks).

Det var lik rekruttering til Legeprogrammet etter kjønn – 23 % av både mannlige og kvinnelige leger oppnådde 15 poeng eller mer (tab 3). Det var økende deltakelse med alder opp til 60 år, hvoretter den sank. Spesialister i samfunnsmedisin hadde høyere deltakelse (36 %) enn spesialister i allmennmedisin (30 %). Andre eller ikke spesialister hadde lavest deltakelse (13 %).

Tabell 3. Deltakelse av fastleger i Legeprogrammet. Andeler med 15 poeng eller mer

Karakteristika	Antall leger	Andel med 15+ poeng (%)
Kvinner	1194	23
Menn	2759	23
<i>Alder</i>		
-29 år	76	12
30-39 år	873	17
40-49 år	1291	25
50-59 år	1281	28
60-69 år	377	19
70 – år	56	4
<i>Spesialitet</i>		
Allmennmedisin	1944	30
Samfunnsmedisin	295	36
Annen/ingen spesialitet	1715	13
Totalt	3954	23

Gjennomføringen av Legeprogrammet skjedde i perioden juni 2004-mai 2005 med store fylkesmessige variasjoner (se fig A2, appendiks). De aller fleste startet kurset i perioden 1. september-30 november 2004, med en topp i begynnelsen av oktober. Den lille gruppen leger med kursstart allerede i juni 2004, representerer 30-35 leger som deltok i en ”pilotsamling”. Legene ble registrert som deltakere i måneden etter første deltakelse (dvs. at de første ble regnet fra juli 2004).

I appendiks tab A2 og A3 vedlegges en oversikt over sykmeldinger etter legens alder, kjønn og kursdeltakelse. Det var relativt få sykmeldinger fra kvinnelige leger, til dels også mannlige leger under 45 år i materialet.

3.2.2 Effekt på antall sykefravær

Antall sykmeldinger i siste halvår 2004 blant leger som deltok på legeprogrammet ble sammenliknet med dem som ikke deltok.

³ Prosentandelen deltakere er lavere enn den som er publisert fra IA-prosjektet. Dette beror på at vi har brukt alle som var fastlege noen gang i perioden 04/2004-05/2005 som nevner

Fastlegers sykmeldingspraksis II

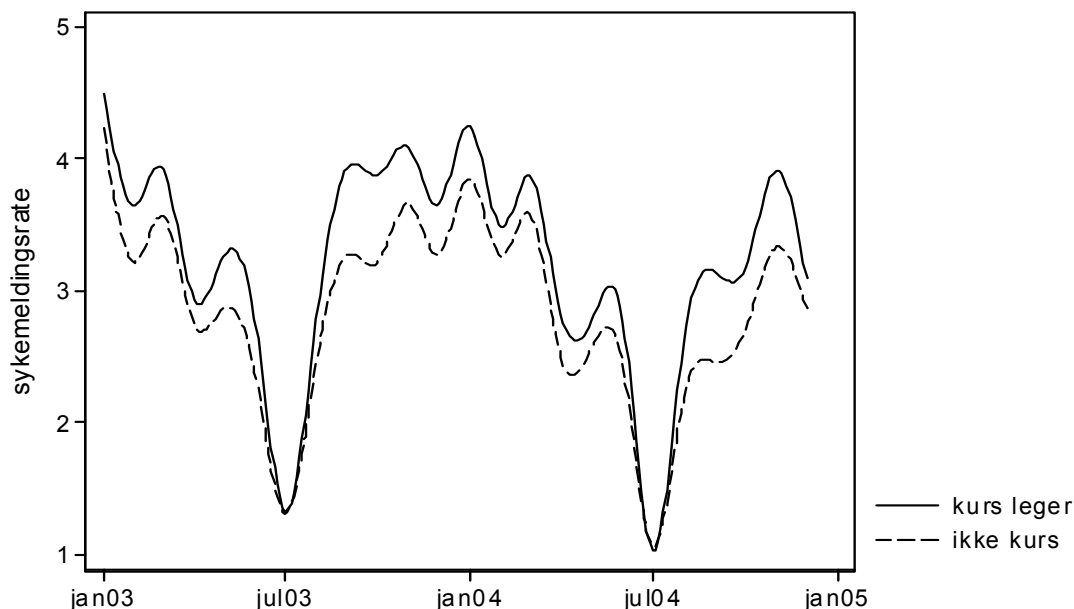
Tabell 4. Antall sykefravær pr måned/100 pasienter i juli 2004-desember 2004 etter deltakelse (15 poeng eller mer) i Legeprogrammet

Måned 2004	Kumulativt deltakerantall	Antall sykefravær/100/mnd	
		Ikke deltakere	Deltakere
Juli	10	1,19	1,13
August	10	2,57	2,34
September	372	3,08	3,42
Oktober	684	3,03	3,54
November	821	3,62	4,20
Desember	828	2,88	3,37

I juli og august 2004 var forskrivningen av sykmeldinger lavere blant de meget få leger (10) som da hadde deltatt i programmet sammenlignet med de som ikke hadde deltatt. Fra september var forskrivning av sykmeldinger høyere blant de som hadde deltatt i programmet enn blant de som ikke hadde deltatt. Gruppen av ikke-deltakere inkluderer da både de som aldri ville delta, og de som ville delta seinere.

En mulig forklaring på den høyere forskrivningen av sykmeldinger blant legene som hadde deltatt i Legeprogrammet var at de allerede fra før hadde en generelt høyere forskrivning. Dette viste seg å være riktig når vi sammenliknet hvor mye sykmeldinger de deltakende og de ikke deltakende legene skrev ut i hele perioden 2003-2004 (fig 6).

Figur 6. Antall sykefravær pr måned/100 pasienter 2003 og 2004 for deltaker og ikke deltakere i Legeprogrammet



Leger som deltok i programmet (kalt kurs leger i figuren) hadde over hele perioden en signifikant større forskrivning av sykmeldinger, også før de deltok i programmet. (3,41 sykefravær per 100 sysselsatte per måned sammenliknet med 3,09 for ikke deltakere).

En vesentlig del av forskjellen mellom deltagende og ikke deltagende leger etter Legeprogrammet kan altså tilskrives forskjeller i sykmeldingspraksis fra tidligere. Men er det

Fastlegers sykmeldingspraksis II

da noen effekt av Programmet? For å undersøke dette ble det laget regresjonsmodeller der deltakelse i Programmet ble kontrollert for regelendringene 1. juli, endringer i arbeidsledighet i perioden og andre kjennetegn som kunne endres i løpet av tiden. Dette ble gjort i fast effekt-modeller basert på 3 351 fastleger som var registrerte i fastlegeregistreret i alle månedene 2003 og 2004. Basert på tre modeller (tab 5) vises effekten av deltakelse på fastlegenes sykmeldingspraksis etter deres kjønn, alder og spesialitet. De fulle regresjonsmodellene med alle relevante kontrollvariabler ligger som tabell A4a-A4c i appendiks.

Tabell 5. Resultat av multiple regresjonsanalyser over effekten av deltakelse i Legeprogrammet på sykefraværstrater etter kjønn, alder og spesialitet

Gruppe	Effekt av Programdeltakelse på sykefraværstrater		
	Koeffisient	p> t	Endring i rate i prosent
Analyse 1 Kjønn			
Kvinnelige leger	0,294	0,00	+9,5%
Mannlige leger	0,084	0,01	+2,7%
Konstantledd	3,091	0,00	
Analyse 2 Kjønn og alder¹			
<i>Kvinnelige leger</i>			
20-39 år	0,573	0,00	+18,5%
40-49 år	0,354	0,00	+11,5%
50-59 år	0,039	0,67	-
60 år+	0,102	0,67	-
<i>Mannlige leger</i>			
20-39 år	0,187	0,08	-
40-49 år	0,156	0,01	+5,0%
50-59 år	0,043	0,33	-
60 år+	0,010	0,91	-
Konstantledd	3,090	0,00	
Analyse 3 Spesialitet			
Spesialister i allmenntmedisin	0,103	0,00	+3,3%
Andre/ikke spesialister	0,297	0,00	+9,6%
Konstantledd	3,089	0,00	

¹ Meget få leger i aldersgruppene 20-29 år, og over 70 år deltok i Legeprogrammet. De ble derfor inkludert i inntilliggende gruppe

Alle signifikante endringer i forskrivning av sykmeldinger etter deltakelse i Legeprogrammet gikk i retning av en økning i antall sykefravær. Kvinnelige leger, spesielt de yngre, økte sin forskrivning mer enn mannlige leger, og ikke-spesialister/andre spesialister økte sin forskrivning mer enn spesialister i allmenntmedisin.

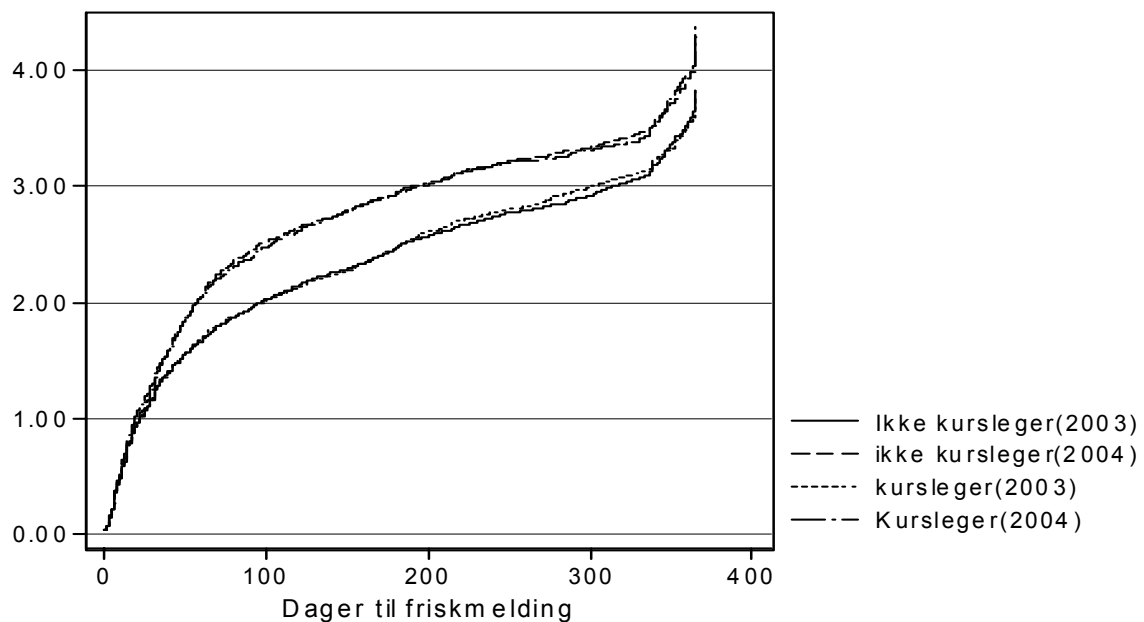
3.2.3 Effekt på sykefraværets varighet

I undersøkelsen av effekten av programdeltakelse på sykefraværets varighet, ble det brukt et utvalg av personer som ble sykmeldt i juli 2003 og juli 2004. Effekten av regelendringene ville da virke minst forstyrrende. Utvalget inkluderte 23 101 sykmeldinger i 2003, og 17 446 sykmeldinger i 2004. Det er langt færre som blir sykemeldt i juli enn i andre måneder.

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tilbøyelighet til friskmelding av pasienter sykmeldt av egen fastlege i juli 2003 og juli 2004 vises som kumulativ hasardrate (fig 7), der andelen av de sykmeldte som ble friskmeldt ble regnet i kalenderdager fra sykmeldingens start i juli. I figuren sammenliknes kursleger, dvs. leger som etter hvert deltok i Legeprogrammet, med leger som ikke deltok. Her er deltakelse en "egenskap ved legen" og "kursleger 2004" innbefatter således både leger som allerede hadde deltatt i samlinger, og leger som enda ikke hadde deltatt.

Figur 7. Kumulativ hasardrate for tid til friskmelding for sykefravær som startet i juli 2003 og 2004 etter legens deltakelse i Legeprogrammet



Det var større tilbøyelighet til friskmelding av sykmeldte i 2004 enn i 2003. Det var ingen forskjell mellom leger som deltok hhv. ikke deltok på legeprogrammet, verken i 2003 eller i 2004.

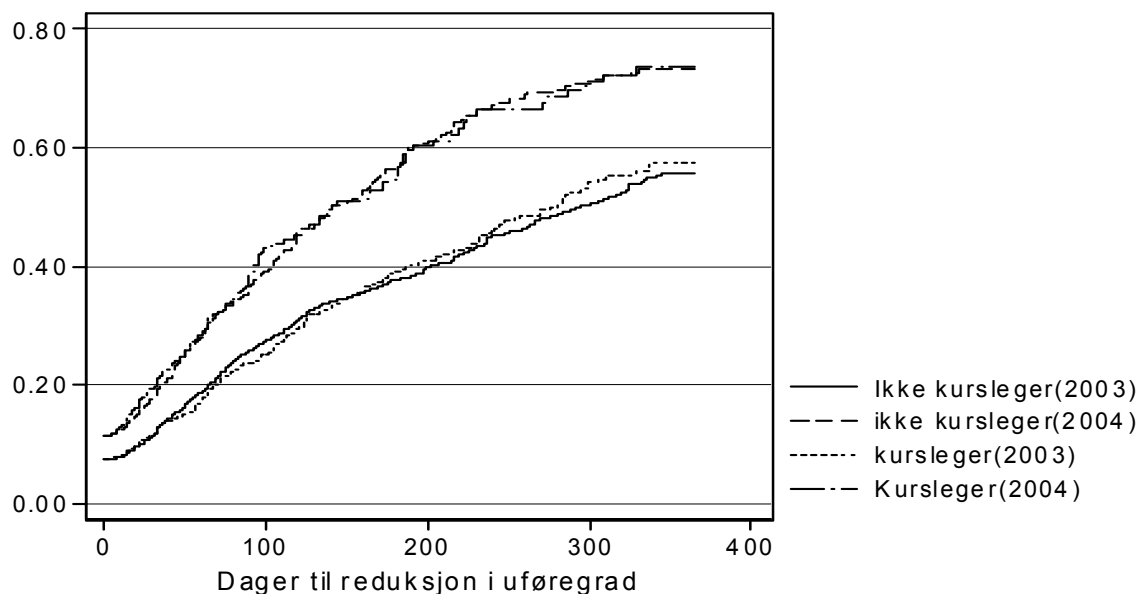
Det var noen mindre forskjeller etter legens kjønn og alder i tilbøyelighet til å friskmelde etter Legeprogrammet, men disse forskjeller viste ingen systematiske trekk.

Effekten av deltakelse i Legeprogrammet ble også undersøkt i en Cox regresjonsmodell med tid til kursdato som en forklaringsvariabel (tabell ikke vist). Ikke heller i denne var det signifikant effekt på tid til friskmelding av deltakelse i Legeprogrammet. Det var heller ikke signifikant effekt av deltakelse, når materialet ble analysert separat etter kjønn og etter korte eller lange sykefravær.

3.2.4 Effekt på bruk av graderte sykepenger

Utvalget er her det samme som før tid til friskmelding, det vil si sykmeldte i juli 2003 (22 722 sykmeldinger) og 2004 (17 179 sykmeldinger). Utfallsmålet var tid til første reduksjon av sykepengegrad (fig 8).

Figur 8. Kumulativ hasardrate for tid til første reduksjon av sykepengegrad for alle sykefravær i juli 2003 og 2004 etter deltakelse i Legeprogrammet



Fastlegene brukte graderte sykepenger i betydelig større utstrekning på pasienter som ble sykmeldt i juli 2004 sammenliknet med juli 2003. Det var ingen signifikant forskjell mellom programdeltakere og ikke programdeltakere i henholdsvis 2003 og 2004.

Bruken av graderte sykepenger ble også undersøkt etter legens kjønn og alder. Det var noen mindre forskjeller, men disse viste ingen systematiske trekk.

Effekten av deltakelse i Legeprogrammet ble også undersøkt i en Cox regresjonsmodell med tid til kursdato som en forklaringsvariabel (tabell ikke vist). Ikke heller i denne var det signifikant effekt på tid første reduksjon i sykefraværsgrad av deltakelse i Legeprogrammet. Det var heller ikke signifikant effekt av deltakelse, når materialet ble analysert separat etter kjønn og etter korte eller lange sykefravær.

4 Diskusjon

4.1 Metodeoverveielser

4.1.1 Utvalget

I analysen av endringer i sykefraværstrater etter regelendringen og Legeprogrammet ble kun de tilfeller hvor fastlegen både startet og avsluttet fraværet inkludert. Det innebærer at halvparten av det legemeldte sykefraværet ble undersøkt. I rapporten ”Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner” er konsekvensene av dette valget diskutert mer i detalj.

Hvilke effekter regelendringene hadde på andre legers sykmeldingspraksis er ukjent. Reglene ble mye omtalt i pressen og i fagtidsskrifter på forhånd. Informasjonen var mest rettet mot allmennlegene, og det er derfor grunn å anta at effekten på andre leger, hvis den var annerledes, mest sannsynlig ville vært svakere enn på fastlegene.

4.1.2 Kan effekt av tiltak måles?

Når man spør om effekten av et tiltak, spør man samtidig om hvordan verden hadde sett ut om tiltaket ikke hadde vært gjennomført. Et slikt kontrafaktisk spørsmål forutsetter at verden ikke ble som den faktisk ble, og man kan derfor ikke føre bevis for et svar på et slikt spørsmål. Noen ganger kan man imidlertid gi et *godt nok* svar gjennom et eksperiment. Hvis vi ser bort fra studier av identiske individer, er den enkleste formen for eksperiment å bruke tilfeldig utvelgelse som utgangspunkt.

Ved loddtrekking bestemmes hvem som skal utsettes for tiltaket (eksperimentgruppe), og hvem som skal fortsette livet som før (kontrollgruppe). Etter passende tid måles de resultatene man er interessert i. Det forutsettes dernest at situasjonen i kontrollgruppen representerer situasjonen for eksperimentgruppen *hvis den ikke hadde blitt utsatt for eksperimentet* – altså som om vi skulle ha spilt av historien på nytt for medlemmene av eksperimentgruppen, denne gang uten tiltaket. Hvis en slik forutsetning aksepteres, er effekten av tiltaket lik forskjellen mellom de målte resultatene i tiltaksgruppen og kontrollgruppen.

Skjevheter kan oppstå ved eksperimentell forskning når man ikke har fullstendig kontroll over seleksjonen av deltakerne til de to gruppene. Et hyppig problem er at eksperimentgruppen består av bare de personer som på forespørsel var mest motiverte for å la seg utsette for tiltaket, mens kontrollgruppen i vesentlig grad ble de som ikke var så motiverte. I eksperimentell forskning legges det derfor vekt på at populasjonen som eksperimentgruppen og kontrollgruppen trekkes fra på forhånd skal være så homogen som mulig, for eksempel ved at alle, også de som kommer i kontrollgruppen, på forhånd har sagt seg villige til å delta i eksperimentgruppen. På den måten sikrer man at motivasjonen er noenlunde likt fordelt blant medlemmene i de to gruppene.

I praksis må vi imidlertid vanligvis evaluere effekten av tiltak som fordeles på en for tiltaket *naturlig* måte. Det medfører nesten alltid en viss grad av systematisk seleksjon. Variablene som betinger *seleksjon* til tiltaket, kan være uavhengige av, men også korrelerte med eller identiske med de variablene som påvirker *resultatet* av tiltaket. Derfor kan man ikke måle effekten av tiltaket ved i ettertid å sammenligne de som, for eksempel, var på kurs med de som ikke var det⁴.

⁴ Man kan prøve å redusere skjevheten ved å sammenligne grupper med ulike sykdommer, ulike alderskohorter, etc., hver for seg, men usikkerheten knyttet til seleksjon vil alltid være til stede.

4.1.3 Bruk av panelmodeller

Bruk av panelmodeller gir gode estimater for effekter. De ble derfor brukt for å estimere effekter på antall sykefravær etter regelendringer og Legeprogrammet. I tillegg ble hasardrater brukt for å studere effektene på sykefraværets varighet og bruk av graderte sykepenger. Dette målet er grovere, og gjør det vanskelig å skille mellom seleksjonseffekter og andre effekter. Allikevel mener vi at anslagene for disse effektene er rimelig korrekte.

Det hadde vært ønskelig å bruke paneler som kombinerte lege- og pasientnivåene, men det krever en større datakapasitet enn den vi råde over.

4.1.4 Deltakelse i Legeprogrammet

Registreringen av kurs og kurspoeng varierte fylkesvis, og der er grunn å tro at noen leger fikk angitt feilaktige datoer eller poengtall. Eksempelvis hadde noen leger kursdato, men ikke poengtall. At disse ikke fikk registrert sitt poengtall kan bero på at det ikke trengtes for å opprettholde godkjenningen som spesialist. Vi kontrollerte for dette ved å gi alternative definisjoner, inklusive å inkludere alle som enten hadde kursdato eller kurspoeng. Definisjonen av kurs endret imidlertid ikke resultatene.

4.2 Effekt av regelendringer

Etter endringen av sykmeldingsreglene 1. juli 2004 kom en uttalt nedgang i antall sykmeldinger, økning i friskmeldinger og økning av graderte sykepenger. Vår hypotese var at regelendringen ville føre til færre og kortere sykefravær og flere graderte sykefravær og den ble således bekreftet.

Det er verdt å merke seg at nedgangen i antall sykefravær begynte allerede i begynnelsen av 2004, men at fastlegene skrev ut signifikant enda færre sykefravær etter 1. juli 2004. Det er ofte antatt at effekter av regelendringer kan komme før selve endringen på grunn av den offentlige diskusjonen og omtalen som ligger forut i tid. Det kan heller ikke utelukkes at nedgangen i første halvår 2004 skyldes andre faktorer enn regelendringene.

Sammenliknet med 2003 skjedde en meget uttalt økning av tilbøyeligheten til friskmelding fra 1. juli 2004. Denne effekten varte til ca 15. september. Deretter flatet den ut, men var allikevel høyere enn i 2003. Dette viser en endring i legeatferd, som ligger svært nær tidspunktet for regelendringen.

Bruken av graderte sykepenger var mer uttalt i siste halvdel av 2004 enn tidligere år, men allerede før 1. juli 2004 kunne man se en økende bruk av graderte sykepenger fra fastlegenes side. Dette kan fortolkes som et resultat av den diskusjon som foregikk ved regelendringene. I tillegg ble det i erklæringen om forlengelse av IA-avtalen 3.12.2003 forutsatt at regelen for aktiv sykmelding ville bli endret, og at legene skulle vurdere å bruke graderte sykepenger isteden for aktiv sykmelding. Det er mulig at dette har påvirket bruken av graderte sykepenger allerede fra starten av 2004.

4.2.1 En uttalt effekt

Regelendringene så ut til å ha tilsiktet effekt og reduserte alle tre målene på sykefravær. Det kan kun spekuleres over hvorfor effekten ble så pass uttalt som den ble. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv hadde siden oppstarten i 2001 fokusert på arbeidsgiver og arbeidstaker, mens legens rolle i mindre grad hadde vært gjenstand for oppmerksomhet. Regelendringene var en direkte følge av evalueringen av IA-avtalen i 2003, der et vesentlig spørsmål var hvordan legene kunne bidra til at målene i IA-avtalen kunne nås. I løpet av IA-avtalens første år hadde ikke legene fått noen regelendringer å vise til for å ”rettferdiggjøre” ovenfor sine pasienter at de endret sin praksis. Med de nye kravene til aktivitet som kom

1. juli, hadde de en legitim årsak til å bli mer restriktive med hvem som skulle sykmeldes, og hvor lenge.

Det er også mulig at den langvarige oppmerksomheten på det inkluderende arbeidsliv, med økt vektlegging på arbeidsgivers og arbeidstakers rolle, medvirket til at legene plasserte ansvaret der det ble presisert at det hørte hjemme, dvs. på arbeidsplassen. Det ble gjort tydelig at legene kunne forvente at deres pasienter ville få tilrettelegging på arbeidsplassen som alternativ til sykmelding.

I omtalen om regelendringene på forhånd, la pressen stor vekt ved sanksjoner mot legene. Leger som unnlot å følge de nye reglene ville kunne "miste retten til å skrive legeerklæringer som grunnlag for trygdeytelser" (Arbeids- og sosialdepartementet 2004). Selv om truslene om sanksjoner ble tonet ned etter hvert, ble de antagelig oppfattet av mange leger. Ved tidligere regelendringer har så uttalte sanksjonsmuligheter sjelden vært nevnt. Det er mulig at de kan ha nedvirket til effekten av regelendringene. Samtidig er betydningen av dem ikke sikker, da legene også tidligere kunne fratras retten til å skrive legeerklæringer for trygden dersom regler ikke ble fulgt. Det er mulig at de ikke ble vurdert å være alvorlige.

De langsiktige effektene av regelendringene ligger utenfor rammene til dette prosjektet. Vi fulgte sykefraværet i ett år hva gjelder varighet og bruk av graderte sykepenger, men kun ut året 2004 for antallet sykefravær. Senere statistikk har vist at sykefraværet på ny viser en stigende tendens (RTV 2006).

4.3 Effekt av Legeprogrammet

4.3.1 Generelle effekter

I de modeller som ble brukt for å undersøke effekter av deltakelse i Legeprogrammet, var det en mindre økning i antallet sykmeldinger blant leger som hadde deltatt i programmet. Det var ingen effekt av deltakelse på varigheten av sykefraværet eller på bruk av graderte sykepenger. Vår hypotese at legers sykmeldingspraksis ikke ble påvirket av Legeprogrammet ble således kun delvis bekreftet.

Målbare effekter på trygdeytelser av opplæringskurs eller videreutdanning er ikke vanlig (Leden mfl. 1991; Kersnik 1999). En årsak kan være at oppfølgingstiden er kort, og at eventuelle effekter tilsløres av andre forandringer i sykefraværet. Også i denne studien var oppfølgingstiden kort. Effekter av videreutdanningsprogram kan ha en langsiktig virkning, noe som denne studien ikke var laget for å fange opp.

4.3.2 Modifisering av regelendringene

I analysene har vi søkt å skille ut effektene av regelendringene på den ene siden og Legeprogrammet på den annen. Allikevel bør de ses i sammenheng fordi de betydelige endringer i legenes praksis som resultat av regelendringene kan ha påvirket effekten av Legeprogrammet. Den mindre økningen i sykmeldinger som ble funnet blant deltakerne sammenliknet med ikke-deltakerne kan være uttrykk for en modifierende effekt. Informasjonen før regelendringene, med økt krav til aktivitet, økt krav til tilrettelegging på arbeidsgiversiden og økt bruk av egenmeldinger isteden for vanlig sykmelding fra lege, kan ha medvirket til den sterke nedgangen i antall sykmeldinger. Under Legeprogrammet ble det vektlagt at sykmelding fortsatt var helt legitimt i mange tilfeller, at arbeidsgiverens tilretteleggingsplikt ikke var så absolutt som mange leger kanskje oppfattet, og at sykmelding fortsatt kunne brukes selv om egenmelding var mulig (Kjartan Olafsson, pers. medd.). Slik ny informasjon ville da kun ha påvirket deltakerne, men ikke andre leger. I et lengre perspektiv

ville denne informasjonen også nå andre leger, og dette kunne være en grunn til å forlenge oppfølgingstiden for studien.

4.3.3 Utjevningseffekten

Kvinnelige leger, yngre leger og ikke-spesialister i allmenntidisin skilte seg ut ved å ha en målbar effekt i retning av flere sykmeldinger etter Legeprogrammet. Vår hypotese var at disse gruppene ville få økning i antall sykmeldinger, fordi de på forhånd hadde lavere sykefraværstrater enn andre leger. Denne hypotesen ble således bekreftet.

Denne utjevningseffekten er verdifull for å få en så ens sykmeldingspraksis som mulig. Dette er et viktig element i trygdeetatens arbeid. Mekanismene bak disse endringene er ikke kjent, men ut fra common sense, vil det ikke være urimelig at legene endrer sin praksis i retning av andre deltakere på kurset som de konfererer med.

4.3.4 Deltakelse i Legeprogrammet

Det var store forskjeller mellom leger som deltok i programmet og de som ikke deltok. De først nevnte hadde en høyere forskrivning av sykmeldinger på forhånd. Hvilke mekanismer som ligger bak slike forskjeller er ikke klarlagt. Det er muligens slik at dette er en "kjernegruppe" av allmennleger med stort antall alvorlig og kronisk syke pasienter. Resultatene fra rapport del 1 kan tyde på en slik gruppe. Det er da rimelig å anta at denne gruppe leger er mer interessert å opprettholde sin spesialitet ved å møte til kurs enn mer løst tilknyttede fastleger.

5 Konklusjon

Endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 var en følge av evaluering av IA-avtalen i 2003, og de påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. De sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepengen. Endringen i deres praksis hva gjelder friskmeldinger ligger svært nært opp til datoen for regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepengen kom mer gradvis, med begynnelse tidligere på året. Det vil være svært interessant å følge dette over tid, for å se om effektene vedvarer. Det kan også være av interesse å se hvilke leger som tidligere enn andre går tilbake til sin gamle sykmeldingspraksis.

Det kan også vurderes å ta opp andre sider ved endringene av 1. juli 2004, som mer knyttes til blankettbruken. Er det variasjoner mht i hvilken grad legene anbefaler aktivitet / vurderer at aktivitet ikke er tilrådelig av medisinske årsaker? Bruken av blanketten "Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom" bør evalueres. I hvilken grad fungerer den etter intensjonene? Er den et nyttig verktøy i oppfølging av sykmeldte?

Etter Legeprogrammet ble det sett en mindre økning i antall sykefravær for enkelte legegrupper. Noen effekt på varighet eller bruk av graderte sykepengen kunne ikke observeres. En mer omfattende evaluering kunne rettes mot andre effekter, eksempelvis økt konsensus mellom legene i hvordan sykmeldinger skal skrives, bedret kommunikasjon med andre aktører, eller bedret pasientbehandling.

6 Referanser

- Arbeids- og sosialdepartementet (2004). Nye regler ved sykmelding. <http://odin.dep.no/aid/norsk/044051-990110/dok-bu.html>
- Claussen B (1998). Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? *Scand J Prim Health Care*. 16:199-203
- Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K (2000). Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care* 18: 215-219.
- Feiring E (2004). Nye regler ved sykmelding. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 124: 1751.
- Kersnik J (1999). Management of sickness absence: a quality improvement study from Slovenia. *Qual Health Care* 8: 262-5.
- Leden I, Berglund P, mfl. (1991). Effektivare samverkan minskar behovet av sjukskrivning vid besvär i rörelseorganen. *Läkartidningen* 88: 2081-3.
- Moland L (2005). Med legene på laget. Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv. Arbeidsnotat 6 i Følgforskning Inkluderende arbeidsliv. Fafo-notat 2005:06. Oslo, FAFO.
- Rikstrygdeverket (2005). Folketrygden. Nøkkeltall 1. halvår 2005. Oslo, Rikstrygdeverket.
- Rikstrygdeverket (2006). Sykepengetilfeller 4. kvartal 2005. <http://www.trygdeetaten.no>.
- Statens beredning for medicinsk utvärdering (2003). Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. SBU rapport 167. Stockholm, SBU.

Fastlegers sykmeldingspraksis II

7 Appendiks

Tabell A1a. Multipl regressjonsanalyse av sammenhengen mellom regelendringer og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter legens kjønn og alder¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression                Number of obs   =   80424
Group variable (i): fnr                        Number of groups =   3351

R-sq:  within = 0.2641                          Obs per group:  min =    24
         between = 0.0005                          avg   =   24.0
         overall = 0.0936                          max   =    24

                                                F(27,77046)    =   1024.07
                                                Prob > F       =    0.0000
corr(u_i, Xb) = -0.2047
    
```

legesykm_p~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
m_and_kvinn	.024193	.0035437	6.83	0.000	.0172473	.0311387
m_and_ov_50	-.0290602	.0035956	-8.08	0.000	-.0361075	-.0220129
m_ledigkap	-.0004585	.0000699	-6.56	0.000	-.0005954	-.0003215
m_næringsdr	-.0490992	.0377361	-1.30	0.193	-.1230618	.0248634
m_antpas	-.0003378	.0000071	-4.76	0.000	-.000477	-.0001987
int_reg~r_20	-.0249179	.2936741	-0.08	0.932	-.6005176	.5506817
int_reg~r_30	-.3562607	.0376591	-9.46	0.000	-.4300724	-.2824489
int_reg~r_40	-.3265575	.0305144	-10.70	0.000	-.3863656	-.2667493
int_reg~r_50	-.4404865	.0379892	-11.60	0.000	-.5149451	-.3660279
int_reg~r_60	-.4415251	.0843051	-5.24	0.000	-.6067627	-.2762875
int_reg~n_20	-.8976321	.5872695	-1.53	0.126	-2.048677	.253413
int_reg~n_30	-.2482064	.0365805	-6.79	0.000	-.319904	-.1765087
int_reg~n_40	-.3622491	.0227976	-15.89	0.000	-.4069324	-.3175659
int_reg~n_50	-.4157855	.0204395	-20.34	0.000	-.4558468	-.3757241
int_reg~n_60	-.4999673	.0328853	-15.20	0.000	-.5644223	-.4355122
ledighet_k~e	-.0315181	.0115717	-2.72	0.006	-.0541985	-.0088377
jan_m	1.207825	.0223119	54.13	0.000	1.164094	1.251556
feb_m	.4563489	.0218381	20.90	0.000	.4135464	.4991514
apr_m	-.1806453	.0215802	-8.37	0.000	-.2229424	-.1383482
mars_m	.766809	.0216377	35.44	0.000	.7243993	.8092188
jun_m	-.2355149	.0215707	-10.92	0.000	-.2777933	-.1932364
jul_m	-1.449756	.0230876	-62.79	0.000	-1.495008	-1.404505
aug_m	-.1197936	.0233584	-5.13	0.000	-.1655759	-.0740112
sep_m	.6518462	.0225511	28.91	0.000	.6076461	.6960463
okt_m	.6549274	.0224062	29.23	0.000	.6110112	.6988435
nov_m	1.057727	.0223972	47.23	0.000	1.013829	1.101626
des_m	.4831573	.0224125	21.56	0.000	.439229	.5270856
_cons	3.090172	.0463362	66.69	0.000	2.999353	3.18099

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom regelendringsvariabelen og legegruppen. int_reg~r_30 skal leses som effekten av regelendringene på kvinnelige leger i alderen 30-39 år. Den var -0,356, dvs. en nedgang i antall sykmeldinger. int_reg~n_60 skal leses som effekten av regelendringene på mannlige leger i alderen 60+ år

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A1b. Multipl regressjonsanalyse av sammenhengen mellom regelendringer og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter legens spesialitet¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression           Number of obs   =   80424
Group variable (i): fnr                   Number of groups =   3351

R-sq:  within = 0.2637                    Obs per group:  min =    24
        between = 0.0001                   avg =           24.0
        overall = 0.0950                   max =           24

                                           F(19,77054)     =   1452.48
corr(u_i, Xb) = -0.2041                   Prob > F        =    0.0000
    
```

legesym_p~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
m_and_kvinn~s	.0254753	.0035098	7.26	0.000	.0185961	.0323545
m_and_ov_50	-.0287871	.0035919	-8.01	0.000	-.0358272	-.021747
m_ledigkap	-.000458	.0000699	-6.55	0.000	-.000595	-.000321
m_næringsdr	-.0487447	.0377436	-1.29	0.197	-.122722	.0252325
m_antpas	-.0003152	.0000709	-4.45	0.000	-.0004541	-.0001762
ikke_allmenn	-.391561	.0189699	-20.64	0.000	-.4287419	-.35438
allmenn	-.3818152	.0152219	-25.08	0.000	-.4116501	-.3519804
ledighet_k~e	-.0324809	.011571	-2.81	0.005	-.05516	-.0098017
jan_m	1.208265	.0223163	54.14	0.000	1.164526	1.252005
feb_m	.4565506	.0218425	20.90	0.000	.4137394	.4993618
apr_m	-.1805132	.0215848	-8.36	0.000	-.2228193	-.1382072
mars_m	.7668729	.0216421	35.43	0.000	.7244544	.8092914
jun_m	-.2354167	.0215753	-10.91	0.000	-.2777041	-.1931292
jul_m	-1.449121	.0230922	-62.75	0.000	-1.494381	-1.40386
aug_m	-.1192143	.0233629	-5.10	0.000	-.1650055	-.073423
sep_m	.6519293	.0225558	28.90	0.000	.6077201	.6961385
okt_m	.6549107	.022411	29.22	0.000	.6109853	.6988362
nov_m	1.057524	.0224019	47.21	0.000	1.013616	1.101431
des_m	.4830023	.0224172	21.55	0.000	.4390648	.5269399
_cons	3.092381	.0463358	66.74	0.000	3.001563	3.183199

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom regelendringens variabelen og legegruppen. ikke allmenn skal leses som effekten av regelendringene på ikke-spesialister i allmenmedisin. Den var $-0,381$, dvs. en nedgang i antall sykmeldinger. allmenn skal leses som effekten av regelendringene på spesialister i allmenmedisin

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A1c. Multipl regressjonsanalyse av sammenhengen mellom regelendringer og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter legens deltakelse i Legeprogrammet¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression          Number of obs   =   80424
Group variable (i): fnr                   Number of groups =   3351

R-sq:  within = 0.2639                    Obs per group:  min =    24
        between = 0.0001                   avg =           24.0
        overall = 0.0957                   max =           24

                                           F(19,77054)    =   1454.28
                                           Prob > F        =    0.0000

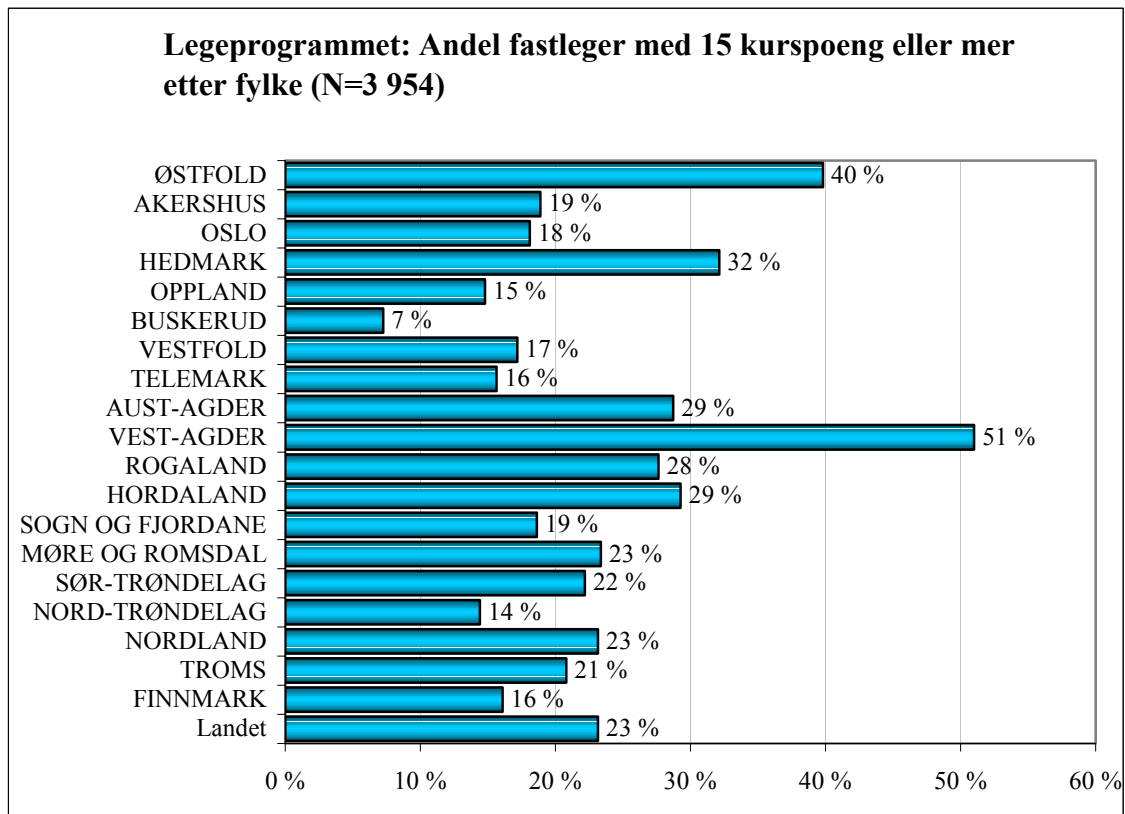
corr(u_i, Xb) = -0.2034

```

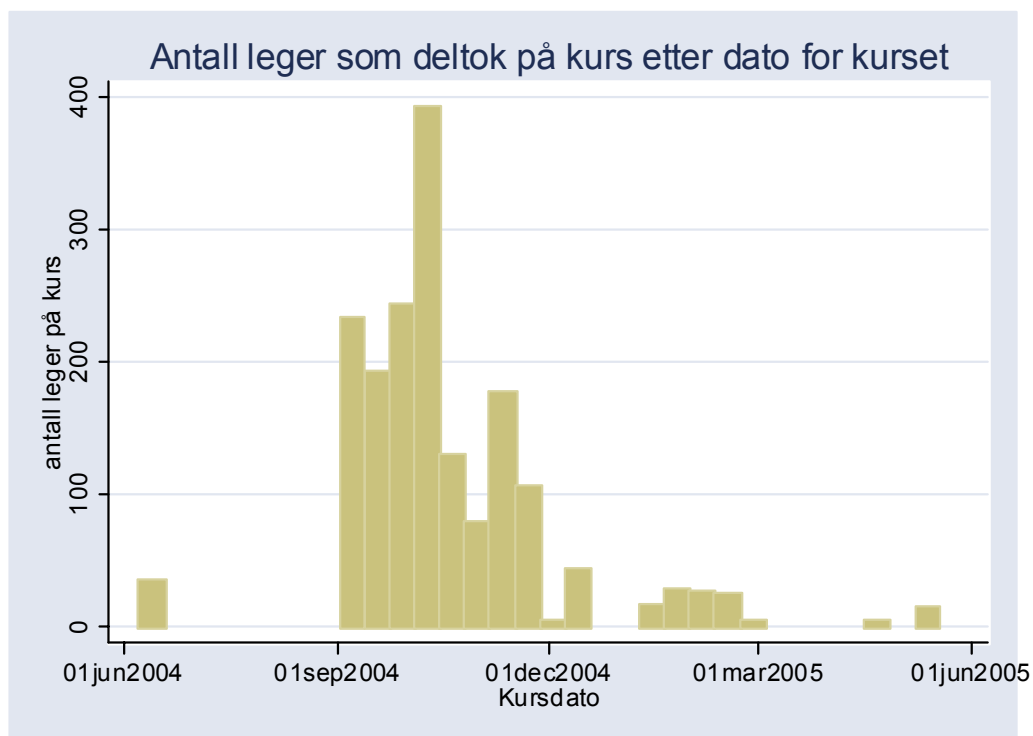
legesykm_p~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
m_and_kvinn~s	.0254856	.0035063	7.27	0.000	.0186133 .0323579
m_and_ov_50	-.0289505	.0035915	-8.06	0.000	-.0359897 -.0219112
m_ledigkap	-.0004537	.0000699	-6.49	0.000	-.0005907 -.0003167
m_næringsdr	-.0484387	.0377374	-1.28	0.199	-.1224038 .0255263
m_antpas	-.0003148	.0000709	-4.44	0.000	-.0004537 -.0001759
ikke-kursleger	-.414762	.0144397	-28.72	0.000	-.4430638 -.3864602
kursleger	-.297373	.0218978	-13.58	0.000	-.3402925 -.2544534
ledighet_k~e	-.0319406	.0115673	-2.76	0.006	-.0546125 -.0092687
jan_m	1.20791	.0223125	54.14	0.000	1.164177 1.251642
feb_m	.4563146	.0218389	20.89	0.000	.4135104 .4991188
apr_m	-.1806116	.0215813	-8.37	0.000	-.2229107 -.1383124
mars_m	.766722	.0216386	35.43	0.000	.7243104 .8091336
jun_m	-.2355041	.0215718	-10.92	0.000	-.2777846 -.1932235
jul_m	-1.449467	.0230882	-62.78	0.000	-1.49472 -1.404214
aug_m	-.1196085	.023359	-5.12	0.000	-.165392 -.0738251
sep_m	.6517578	.0225521	28.90	0.000	.6075558 .6959599
okt_m	.6548607	.0224074	29.23	0.000	.6109424 .698779
nov_m	1.057548	.0223983	47.22	0.000	1.013648 1.101449
des_m	.482983	.0224135	21.55	0.000	.4390526 .5269133
_cons	3.090543	.0463241	66.72	0.000	2.999748 3.181338

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom regelendingsvariabelen og legegruppen. ikke-kursleger skal leses som effekten av regelendringene på leger som ikke deltok i Legeprogrammet. Den var -0,415, dvs. en nedgang i antall sykmeldinger. kursleger skal leses som effekten av regelendringene på deltakere i Legeprogrammet

Figur A1. Deltakelse i Legeprogrammet.



Figur A2. Tid for oppstart for deltakende leger i Legeprogrammet



Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A2. Antall sykmeldinger i juli 2003 for fastleger etter kjønn, alder og deltakelse i Legeprogrammet

	Mann <45 år	Mann > 45 år	Kvinne < 45 år	Kvinne > 45 år	I alt
Full deltakelse	1212 (6%)	3097 (14%)	610 (3%)	760 (3%)	5679 (26%)
Ikke eller delvis deltakelse	4161 (19%)	8108 (37%)	2060 (9%)	1889 (9%)	16218 (74%)
I alt	5373 (25%)	11205 (51%)	2670 (12%)	2649 (12%)	21897 (100%)

Tabell A3. Antall sykmeldinger i juli 2004 for fastleger etter kjønn, alder og deltakelse i Legeprogrammet

	Mann <45 år	Mann > 45 år	Kvinne < 45 år	Kvinne > 45 år	I alt
Full deltakelse	658 (4%)	2676 (16%)	452 (3%)	658 (4%)	4444 (27%)
Ikke eller delvis deltakelse	2598 (16%)	6471 (39%)	1289 (8%)	1668 (10%)	12026 (73%)
I alt	3256 (20%)	9147 (56%)	1741 (11%)	2326 (14%)	16470 (100%)

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A4a. Multipl regressjonsanalyse av sammenhengen mellom deltakelse i legeprogrammet og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter kjønn¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression                Number of obs   =    80424
Group variable (i): fnr                        Number of groups =    3351

R-sq:  within = 0.2641                          Obs per group:  min =    24
        between = 0.0001                          avg =    24.0
        overall = 0.0956                          max =    24

corr(u_i, Xb) = -0.2016                          F(20,77053)    =   1382.50
                                                Prob > F       =    0.0000
    
```

legesykm_p~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
m_and_kvinn~s	.0247479	.0035098	7.05	0.000	.0178687 .0316271
m_and_ov_50	-.0290295	.0035912	-8.08	0.000	-.0360683 -.0219907
m_ledigkap	-.0004557	.0000699	-6.52	0.000	-.0005926 -.0003187
m_næringsdr	-.0487	.0377342	-1.29	0.197	-.1226588 .0252588
m_antpas	-.0003179	.0000708	-4.49	0.000	-.0004568 -.0001791
int_kurs_k~e	.294326	.0497874	5.91	0.000	.196743 .3919089
int_kurs_m~n	.0840654	.0325475	2.58	0.010	.0202724 .1478584
regelendr	-.4045404	.0137271	-29.47	0.000	-.4314455 -.3776354
ledighet_k~e	-.0319268	.0115676	-2.76	0.006	-.0545993 -.0092543
jan_m	1.207966	.0223108	54.14	0.000	1.164237 1.251696
feb_m	.4563906	.0218372	20.90	0.000	.4135898 .4991914
apr_m	-.1806015	.0215794	-8.37	0.000	-.2228971 -.1383059
mars_m	.7668102	.0216368	35.44	0.000	.7244021 .8092183
jun_m	-.2356109	.0215701	-10.92	0.000	-.2778881 -.1933336
jul_m	-1.439949	.0231542	-62.19	0.000	-1.485331 -1.394567
aug_m	-.1100101	.0234231	-4.70	0.000	-.1559193 -.0641009
sep_m	.6536651	.0225523	28.98	0.000	.6094627 .6978674
okt_m	.6497784	.022427	28.97	0.000	.6058217 .6937352
nov_m	1.04971	.022449	46.76	0.000	1.00571 1.09371
des_m	.4750158	.0224673	21.14	0.000	.43098 .5190516
_cons	3.090962	.0463251	66.72	0.000	3.000165 3.181759

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom deltakelse i Legeprogrammet og legegruppen. int_kurs_k~e skal leses som effekten av programmet på kvinnelige leger. Den var 0,294, dvs. en økning i antall sykmeldinger. int_kurs_m~n skal leses som effekten av programmet på mannlige leger

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A4b. Multippel regresjonsanalyse av sammenhengen mellom deltakelse i legeprogrammet og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter kjønn og alder¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression                Number of obs    =    80424
Group variable (i): fnr                        Number of groups =    3351

R-sq:  within = 0.2643                          Obs per group:  min =     24
         between = 0.0002                          avg =    24.0
         overall = 0.0955                          max =     24

corr(u_i, Xb) = -0.2004                          F(26,77047)     =    1064.48
                                                Prob > F        =     0.0000
    
```

legesykmp~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
m_and_kvins	.0244254	.0035106	6.96	0.000	.0175447	.0313061
m_and_ov_50	-.0288786	.0035916	-8.04	0.000	-.0359181	-.021839
m_ledigkap	-.0004528	.0000699	-6.48	0.000	-.0005898	-.0003158
m_næringsdr	-.0485991	.0377306	-1.29	0.198	-.1225509	.0253527
m_antpas	-.0003236	.0000709	-4.57	0.000	-.0004625	-.0001847
int_kur~r_30	.5728344	.1076749	5.32	0.000	.3617922	.7838766
int_kur~r_40	.3538974	.0725552	4.88	0.000	.2116897	.4961051
int_kur~r_50	.0387393	.0894968	0.43	0.665	-.136674	.2141527
int_kur~r_60	.101755	.237702	0.43	0.669	-.3641397	.5676497
int_kur~n_30	.1872446	.1061564	1.76	0.078	-.0208213	.3953106
int_kur~n_40	.1563959	.0561725	2.78	0.005	.0462981	.2664937
int_kur~n_50	.0432867	.0446467	0.97	0.332	-.0442206	.1307939
int_kur~n_60	-.0103553	.0919652	-0.11	0.910	-.1906066	.1698961
regelendr	-.4047515	.013726	-29.49	0.000	-.4316544	-.3778486
ledighet_k~e	-.0316657	.011567	-2.74	0.006	-.054337	-.0089945
jan_m	1.207937	.0223087	54.15	0.000	1.164212	1.251662
feb_m	.4564108	.0218351	20.90	0.000	.4136142	.4992074
apr_m	-.1806217	.0215773	-8.37	0.000	-.2229132	-.1383302
mars_m	.7668531	.0216347	35.45	0.000	.7244491	.809257
jun_m	-.2355876	.021568	-10.92	0.000	-.2778608	-.1933145
jul_m	-1.439973	.023152	-62.20	0.000	-1.48535	-1.394595
aug_m	-.1100145	.0234209	-4.70	0.000	-.1559194	-.0641096
sep_m	.6535177	.0225503	28.98	0.000	.6093193	.6977161
okt_m	.6499037	.0224249	28.98	0.000	.605951	.6938563
nov_m	1.049811	.0224469	46.77	0.000	1.005815	1.093806
des_m	.4750454	.0224652	21.15	0.000	.4310138	.519077
_cons	3.090401	.0463221	66.72	0.000	2.99961	3.181192

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom deltakelse i Legeprogrammet og legegruppen. int_kur~r_30 skal leses som effekten av programmet på kvinnelige leger i alderen 30-39 år. Den var 0,573, dvs. en økning i antall sykmeldinger. int_kur~n_60 skal leses som effekten av programmet på mannlige leger i alderen 60+ år. Deltakelsen blant kvinnelige og mannlige leger i alderen 20-29 år var så lav at de er ekskludert fra analysen.

Fastlegers sykmeldingspraksis II

Tabell A4c. Multipl regressjonsanalyse av sammenhengen mellom deltakelse i legeprogrammet og antall sykefravær per lege/ måned/ 100 sysselsatte etter spesialitet¹. Fast effekt-modell.

```

Fixed-effects (within) regression              Number of obs   =   80424
Group variable (i): fnr                      Number of groups =   3351

R-sq:  within = 0.2640                      Obs per group:  min =    24
        between = 0.0001                    avg =           24.0
        overall = 0.0954                    max =           24

corr(u_i, Xb) = -0.2029                     F(20,77053)    =   1382.23
                                                Prob > F       =    0.0000
    
```

legesykm_p~s	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
m_and_kvinn~s	.0252579	.0035062	7.20	0.000	.0183858	.0321301
m_and_ov_50	-.0287861	.0035919	-8.01	0.000	-.0358262	-.021746
m_ledigkap	-.0004513	.0000699	-6.46	0.000	-.0005883	-.0003143
m_næringsdr	-.0487609	.0377353	-1.29	0.196	-.1227218	.0252
m_antpas	-.0003195	.0000709	-4.51	0.000	-.0004584	-.0001806
int_kurs_a~m	.1029236	.0311865	3.30	0.001	.0417982	.1640491
int_kurs_i~m	.2971345	.0574536	5.17	0.000	.1845257	.4097433
regelendr	-.4047394	.0137277	-29.48	0.000	-.4316455	-.3778332
ledighet_k~e	-.0312944	.0115678	-2.71	0.007	-.0539672	-.0086217
jan_m	1.207686	.0223113	54.13	0.000	1.163956	1.251416
feb_m	.4562118	.0218377	20.89	0.000	.41341	.4990136
apr_m	-.1806892	.02158	-8.37	0.000	-.2229859	-.1383925
mars_m	.7666887	.0216374	35.43	0.000	.7242796	.8090978
jun_m	-.2357485	.0215706	-10.93	0.000	-.2780267	-.1934702
jul_m	-1.440133	.0231547	-62.20	0.000	-1.485516	-1.39475
aug_m	-.110303	.0234236	-4.71	0.000	-.1562131	-.0643928
sep_m	.6535227	.0225528	28.98	0.000	.6093194	.6977261
okt_m	.6498276	.0224276	28.97	0.000	.6058697	.6937854
nov_m	1.049763	.0224496	46.76	0.000	1.005762	1.093764
des_m	.4749481	.0224679	21.14	0.000	.4309111	.518985
_cons	3.088354	.0463247	66.67	0.000	2.997558	3.179151

¹ Effektene på legegrupper er beregnet som interaksjonsledd mellom deltakelse i Legeprogrammet og legegruppen. int_kurs_a~m skal leses som effekten av programmet på spesialister i allmenmedisin. Den var 0,103, dvs. en økning i antall sykmeldinger. int_kurs_i~m skal leses som effekten av programmet på ikke-spesialister i allmenmedisin