



SIMEN MARKUSSEN
Frischsenteret

2004: Da sykefraværet falt som en stein*

1. juli 2004 ble sykmeldingsreglene for fastlegene endret. Kort fortalt ble legene bedt om å benytte aktiv sykmelding sjeldnere, oftere benytte gradert sykmelding og i de tilfellene der pasienten var fulltidssykmeldt ble legen pålagt å dokumentere behovet for inaktivitet når sykmeldingen varte lenger enn 8 uker. Resultatet var et fall i sykefraværet på over 23 prosent. Tiltakene som ble gjennomført da ligner på det en regjeringsnedsatt ekspertgruppe nylig har foreslått og som nå er innarbeidet i den nye IA-avtalen.¹

Debatten om sykefravær er vanskelig kanskje først og fremst fordi den inneholder en motsetning som er vanskelig å løse: hensynet til de som er syke mot ønsket om å redusere overforbruk av ordningen. Dette er på ingen måte unikt for sykelønnsordningen. Den samme motsetningen er gjeldende for arbeidsledighetstrygd, uføretrygd, sosialstønad og egenandeler i helsevesenet for å nevne noe. Det unike med sykelønnsordningen er at det kan synes som om hensynet til den syke er tillagt mer vekt og behovet for insentiver er tillagt mindre vekt enn innenfor de andre ordningene: Dagpenger og uføretrygd er satt betydelig lavere enn tidligere arbeidsinntekt, sosialstønad er langt lavere enn enhver arbeidsinntekt og egenandeler i helsesektoren har blitt utbredt. Sykelønna er derimot satt lik inntekt for alle inntekter opp til 6G. Det er godt dokumentert i forskningslitteraturen at et kutt i sykelønna fører til en reduksjon i sykefraværet (se f.eks. Henrekson og Persson, 2004; Johanson og Palme, 2005). Samtidig er det opplagt at et slikt kutt også vil ramme dem

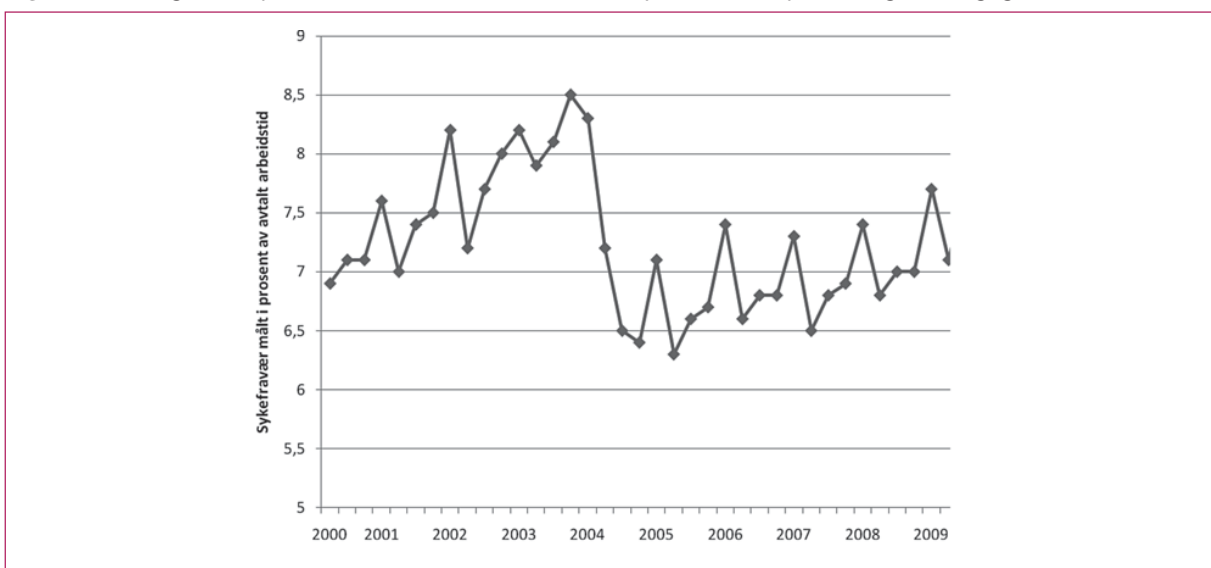
som fortsatt må være hjemme fra jobb men nå mottar mindre sykepenger – eller som må gå på jobb til tross for at de burde vært hjemme.

En måte å omgå dette tilsynelatende uløselige problemet på er å gjøre arbeid lettere for dem som er syke og sykefravær mindre attraktivt for dem som ikke er det. Mange av de senere års nyvinninger i sykefraværspolitikken så som gradert sykmelding, dialogmøter og funksjonsevnevurdering kan forstås i en slik sammenheng. Satt på spissen; en arbeidstaker med helseplager og arbeidslyst vil trolig sette stor pris på å få muligheten til å være gradert sykmeldt en periode og dermed både få redusert arbeidspresset noe samtidig som han slipper å miste kontakten med arbeidslivet. En arbeidstaker hvis største lidelse er manglende arbeidslyst vil derimot ikke sette like stor pris på å måtte vise ansikt på jobb flere dager i uka, delta i dialogmøter og diskutere hvordan jobben kan tilrettelegges for å kunne fortsette arbeidet. Slike *myke tiltak* kan derfor ten-

* Dette arbeidet er del av prosjektet «Absenteeism in Norway – Causes, Consequences and Policy Implications» med støtte fra Norges Forskningsråd.

¹ Artikkelen er en kort versjon av How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment tilgjengelig på http://www.frisch.uio.no/cv/simenm_eng.html

Figur 1 Utviklingen i sykefraværet 2000 – 2009. Kvartalsvise tall for samlet sykefravær (legemeldt og egenmeldt), kilde SSB.



kes å ha en dobbelt effekt da de hjelper syke til å kunne fortsette i jobb samtidig som de motvirker overforbruk av ordningen.

Det kanskje beste eksemplet på at slike tiltak kan ha en betydelig effekt er virkningene av noen høyst beskjedne regelendringer i 2004. Legene ble da bedt om å sjeldnere benytte aktiv sykmelding, oftere benytte gradert sykmelding og i de tilfellene der pasienten var fulltidssykmeldt ble legen pålagt å dokumentere behovet for inaktivitet i det sykmeldingen varte lenger enn 8 uker. Resultatet var et fall i det legemeldte sykefraværet på over 23 prosent. Figur 1 viser utviklingen i det totale sykefraværet fra 2000 til 2009 og vi ser også tydelig i rådata at det skjer noe dramatisk med sykefraværet i 2004.

Reformen i 2004 var rettet mot legene og deres sykmeldingspraksis. Legen er gitt en vanskelig rolle i den norske velferdsstaten. På en og samme tid skal de behandle og bistå sine pasienter, de skal forsvare den norske velferdsstaten og de skal drive butikk. Flere har pekt på at legen er stilt i en umulig dobbeltrolle og at det i prinsippet ikke lar seg gjøre å kombinere det å være en god lege for sine pasienter med å holde igjen for presset på velferdsstaten (Carlsen og Nyborg, 2010, se også side 35-41 i dette nummer). I møte med en pasient som ønsker eller krever sykmelding for en ikke-verifiserbar diagnose har trolig legen lite å stille opp med. Erfaringene fra reformen i 2004 tyder likevel på at legene kan spille en nøkkelrolle for å redusere fraværet.

Uten at fastlegen endret atferd er det liten grunn til at reformen i 2004 skulle få noen som helst effekt. Noen av resultatene under tyder likevel på at legens forhandlingsposisjon i møte med sine pasienter, i form av i hvor stor grad legen lider av pasientmangel, har mye å si for hvordan leger velger å følge opp pålegg om endret sykmeldingspraksis.

I resten av denne artikkelen vil jeg kort presentere reformen i 2004, hvilke effekter den hadde og kort spekulere litt i hvorfor den viste seg å være en suksess.

REFORMEN I KORTE TREKK

Reformen i 2004, som egentlig er et sett med endringer i Folketrygdloven (Ot.prp 48 2003-2004), bestod av i alt seks deler:

- (A) DOKUMENTASJON OG EVALUERING AV FUNKSJONEVNE: Det ble gjort mer eksplisitt at legen hadde ansvar for å vurdere pasientens funksjonsevne (eller «restarbeidsevne») i forbindelse med sykefraværsutskrivning. Sykefraværsskjemaet ble også endret noe for å vektlegge dette.
- (B) GRADERT SYKMELDING SKULLE VÆRE FØRSTEVALG: Legen ble instruert til å benytte gradert sykmelding som førstevalg. Med andre ord, i hvert tilfelle der det skulle skrives en sykmelding skulle legen først vurdere om gradert sykmelding er mulig.
- (C) UTVIDEDE DOKUMENTASJONSKRAV VED LENGRE TIDS INAKTIVITET: Fastlegen ble pålagt å sende inn en utvidet lege-

erklæring i de tilfellene der arbeidsrelatert aktivitet ikke er igangsatt etter 8 uker sykmelding. Denne skal dokumentere at *medisinske grunner er til hinder for slik aktivitet* (Ot.prp 48 2003-2004, s.14).

- (D) MÅLRETNING AV AKTIV SYKMELDING: Ordningen med aktiv sykmelding skulle nå ikke benyttes dersom arbeidstakeren var i stand til å utføre deler av sine vanlige oppgaver, siden det i disse tilfellene skulle benyttes gradert sykmelding.
- (E) INNSTRAMMING I RETTEN TIL EGENMELDT SYKEFRAVÆR: Egenmeldt sykefravær som fortsetter som et legemeldt sykefravær skulle nå inngå i kvoten for egenmeldt fravær.
- (F) SANKSJONERING AV LEGER SOM IKKE FULGTE BESTEMMELSENE: Leger som ikke fulgte de nye bestemmelsene kan fratras retten til å skrive ut sykefravær og andre trygdeytelser.

Slik jeg ser det er det to hovedgrep som her gjøres og som vi kanskje kan forvente å finne effekter av. For det første skal legene nå først vurdere om gradert sykmelding er mulig og kun vurdere aktiv sykmelding i spesielle tilfeller. Det andre tiltaket som kanskje kan forventes å ha en effekt er at legen pålegges å sende inn en utvidet legeerklæring for fulltidsfravær som varer mer enn 8 uker. En slik erklæring kan danne et utgangspunkt for en konstruktiv dialog mellom lege og pasient der utfallet kan være full eller delvis tilbakevending til arbeid. Vi kan også tenke oss at å sende inn en slik erklæring på falskt eller sviktende grunnlag er ubehagelig både for lege og pasient.

EFFEKTER AV REFORMEN

Lovendringene som trådte i kraft 1. juli 2004 endret sykmeldingsregimet for alle arbeidstakere og leger over natten. Når vi skal forsøke å evaluere virkningen av reformen er vi derfor nødt til å sammenligne fraværet før og etter at reformen ble iverksatt. Vi kan også forsøke å studere eksakt *når* endringene i sykefravær fant sted. Dersom endringene finner sted akkurat på samme tid som reformen trådte i kraft styrker det oss troen på at det virkelige var reformen som førte til endringene i sykefravær. Sist, men ikke minst, kan vi forsøke å finne ut detaljert hvordan sykefraværet endret seg for så å holde dette opp mot de ulike delene av reformen.

Reformen evalueres ved å studere fraværsutviklingen blant alle norske sysselsatte i alderen 20-65 i perioden 2002-2005. Datasettet for sykefravær dekker alt legemeldt sykefravær i denne perioden og inneholder opplysninger om type sykmelding, startdato, stoppdato, gradering m.m. For å studere variasjoner mellom leger i hvordan disse responderte på reformen kobles de sysselsatte til sin respektive fastlege ved hjelp av fastlegeregisteret.

Konkret studerer jeg virkninger av reformen for insidens – altså sannsynligheten for å starte en ny fraværsepisode – og for varighet – eller sannsynligheten for å avslutte en pågående fraværsepisode på ulike tidspunkt. Jeg gjør dette for tre typer sykefravær. Den første kategorien er aktiv sykmelding. Den andre kategorien er gradert sykmelding definert som alle forløp som starter med en gradering lavere enn 100 prosent.² Den siste kategorien, som dekker alle forløp som ikke faller inn i en av de to ovennevnte kategoriene, er fulltidssykmelding. Kvantitativt er denne siste kategorien klart viktigst da den stod for 78 prosent av fraværet i 2003. Aktiv sykmelding stod for omlag 17 prosent mens graderte sykmeldinger utgjorde kun 5 prosent. Målt i antall forløp er fulltidsfraværet enda mer dominerende siden aktiv sykmelding og gradert sykmelding gjerne er langt mer langvarig. Mens fulltidssykmeldinger i snitt varte 33 dager i 2003 varte graderte sykmeldinger 83 dager og aktive sykmeldinger hele 196 dager i gjennomsnitt.

Avslutningsvis i den empiriske analysen aggregeres effektene på insidens og varighet opp til virkninger på sykefraværshraten. Denne er definert som arbeidstakeres gjennomsnittlige andel av et år benyttet i sykefravær og tar dermed ikke hensyn til helger, ferier og helligdager.

Det er sterke sesongsvingninger i sykefraværet og dette må en ta hensyn til for å beregne eventuelle effekter av reformen. Dette gjøres ved å estimere tids- og sesongeffekter der disse identifiseres ved at datasettet inneholder flere år (2002-05). For alle utfall estimeres to ulike formuleringer av modellen for å fange opp effekter på kort og lang sikt. Effekter på kort sikt finner jeg ved å estimere separate års- og månedseffekter slik at effekten av reformen fanges opp som den sesongjusterte forskjellen i sykefraværet mellom første og andre halvår 2004. For å finne effekter på lang sikt estimerer jeg månedseffekter og en årstrend slik at jeg

² Mange forløp starter som fulltidssykmelding og går etter en stund over til å bli gradert ved at arbeidstakeren gradvis vender tilbake til jobb. Dette fanges ikke opp som gradert sykmelding i denne kategoriseringen.

sammenligner utviklingen i fraværet før og etter reformen, fra 2002 og ut 2005, justert for sesongsvingninger. Denne siste formuleringen hviler dermed på at fraværsutviklingen kan beskrives med en slik lineær trend i disse årene. For i noen grad å fange opp eventuelle sammensetningsendringer i arbeidsstyrken estimeres effekter på insidensraten med faste individeffekter slik at vi studerer endringer *innen individ*.

Effekter på insidensraten

Som forventet reduserte reformen antallet aktive sykmeldinger betraktelig. På kort sikt falt antallet med 57 prosent og på lenger sikt var nedgangen enda større, hele 73 prosent. Fallet i antallet aktive sykmeldinger motsvares av økningen i antall graderte sykmeldinger. Det ser altså ut som om legene klarte å erstatte aktiv sykmelding med gradert sykmelding.

En ikke-forventet effekt av reformen var at den førte til en kraftig reduksjon i antallet fulltidssykmeldinger som umiddelbart falt med 8 prosent. Delvis var nok det et resultat av den økte oppmerksomheten rundt sykefravær på det tidspunktet. Faktisk tyder analysen på at den sterkeste reduksjonen i insidensraten kom allerede januar 2004 – mens reformen var under behandling og på ingen måte var ingangssatt. Hvor mye av reduksjonen i innstrømming til fulltidssykmeldinger som var permanent er derfor usikkert og kan vanskelig tallfestes bedre enn at den førte til en reduksjon på mellom 0 og 5 prosent.

Effekter på varighet

Reformen reduserte varigheten av fulltidssykmeldinger og graderte sykmeldinger med henholdsvis 13,3 og 10,2 prosent. Viktigst for totalfraværet var det at friskmeldingssannsynlighetene økte betraktelig de første 8 ukene av fulltidssykmeldinger. Robusthetsøvelsene viser at dette inntraff akkurat ved innføring av reformen. Det kan dermed virke som om kravet om utvidet legeerklæring etter 8 uker med inaktivitet bidro til at fraværsforløpet ble avsluttet.

Samlet effekt på fraværet

Tabell 1 viser den samlede effekten på sykefraværet på kort og lang sikt. På kort sikt falt fraværet med 1,6 prosentpoeng, en nedgang på 22,9 prosent. Mesteparten av

denne nedgangen kom innenfor fulltidssykmeldinger som reduserte fraværet med ett prosentpoeng. Av dette ene prosentpoenget stod redusert varighet for omlag 60 prosent av nedgangen mens redusert insidensrate stod for det resterende. På lang sikt, som her altså er ut 2005, er den samlede nedgangen i sykefravær enda større – hele 1,7 prosentpoeng eller 24,5 prosent. Det er først og fremst to kilder til denne kraftige nedgangen; redusert varighet av fulltidssykmeldinger og redusert insidens av aktive sykmeldinger.

Sannsynligvis er ikke økningen i faktisk arbeidede timer like stor som reduksjonen i sykefravær. Årsaken er at mange av de aktivt sykmeldte var aktive, selv om de i sykefraværstatistikken er oppført med full sykmelding. Ved å sammenholde sykefraværstall fra arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) med den registerbaserte statistikken kan en muligens få et visst bilde av dette. I AKU spørres respondentene om hvorvidt de var fraværende på grunn av sykdom eller ikke sist uke. Nedgangen i sykefravær i AKU er også noe mindre enn i registerstatistikken. En enkel «bakpå-konvoluttent-utregning» tilsier at økningen i sysselsetting er omlag 80 prosent av reduksjonen i sykefravær.³

I mange sammenhenger har jeg fått høre at reformen i 2004 «sluttet å virke» etter en stund. I prinsippet er det ikke mulig å skille en eventuell langsiktig virkning av reformen fra alle mulige andre forhold som kan tenkes å påvirke sykefraværet. Om vi likevel skal forsøke å si noe om dette er Figur 1 et godt utgangspunkt. Basert på å sikte langs kurven ser det ut som om vi får både et skift ned og en mindre bratt trend etter 2004.

Hvem endret atferd?

Reformen i 2004 var rettet mot sykmeldende leger. Viktigst i så måte er fastlegene. Det kan være interessant å undersøke hvilke leger som endret sin sykmeldingspraksis mye og lite, i betydningen at deres pasienter i gjennomsnitt endret sitt sykefravær.

Resultatene tyder på at faktorer som legens alder, kjønn, spesialisering og lokalisering (om de jobber i legefelleskap eller alene) hadde mindre betydning for hvordan legene responderte på reformen. Derimot viser det seg at leger som før reformen (juni 2004) hadde betydelig færre

³ Nedgangen i sykefravær fra 2003 til 2005 i AKU er omlag 17 prosent. Tilsvarende tall for legemeldt sykefravær er omlag 21,5 prosent. Disse tallene er ikke direkte sammenlignbare med resultatene presentert i Tabell 1, men det relative forholdet mellom dem kan trolig fortelle oss noe om hvor mye de aktivt sykmeldte faktisk arbeidet.

Tabell 1 Samlet endring i sykefravær som følge av reformen. Datakilde; alt legemeldt sykefravær i Norge 2002-2005, for detaljer om data og beregninger se Markussen 2010.

KORT SIKT (Reformens 6 første måneder)	Fulltids sykmelding	Gradert sykmelding	Aktiv sykmelding	Totalt
Endring i sykefraværsraten ⁴ (prosentpoeng)	-1.01	0.05	-0.63	-1.59
Prosentvis endring	-18.2%	16.0%	-58.6%	-22.9%
ENDRINGENE DEKOMPONERT				
partielle bidrag fra endringer i insidens og varighet i hver av fraværskategoriene				
Endret insidens	-5.8%	1.2%	-8.7%	-13.3%
Endret varighet	-8.8%	-0.5%	-0.4%	-9.7%
Samlet endring	-14.6%	0.7%	-9.1%	-22.9%
Lang sikt (Reformens 18 første måneder)	Fulltids sykmelding	Gradert sykmelding	Aktiv sykmelding	Totalt
Endring i sykefraværsraten (prosentpoeng)	-0.97	0.06	-0.79	-1.70
Prosentvis endring	-17.5%	18.9%	-73.3%	-24.5%
ENDRINGENE DEKOMPONERT				
partielle bidrag fra endringer i insidens og varighet i hver av fraværskategoriene				
Endret insidens	-3.6%	1.4%	-11.3%	-13.5%
Endret varighet	-10.4%	-0.5%	0.0%	-10.9%
Samlet endring	-14.0%	0.8%	-11.3%	-24.5%

pasienter enn det de oppgir som ønskelig responderte betydelig mindre på reformen enn andre. De 5 prosentene av leger med størst pasientmangel reduserte fraværet med 0.32 prosentpoeng mindre enn de 5 prosentene av leger med de «fulleste listene». Samtidig finner jeg også at leger med mange pasienter responderte mindre enn leger med færre pasienter. De som responderte mest var altså leger som hadde, og ønsket å ha, en liten eller middels stor pasientliste. De som responderte minst var leger med mange pasienter og som ønsket seg enda fler.

Disse resultatene støtter opp om at det er en innebygd konflikt i fastlegeordningen mellom legens portvokterrolle og forretningsdrift. Det er viktig å understreke at dette ikke på noen måte er ment som en kritikk av leger. Men, som de fleste andre responderer nok også leger på insentiver. Dersom pasienter ikke liker at legen sier nei til sykmeldinger er konsekvensen av at pasienter fritt kan velge lege at fastleger har insentiver til å være greie mot sine pasienter – og ikke til å være portvoktere for velferdsstaten.

EN SUKSESS, MEN HVORFOR?

På mange måter er det en gåte at en så tilsynelatende puslete reform skulle få slike konsekvenser. Også sammenlignet med reformer der sykelønna kuttes var nedgangen i sykefravær betydelig. Ulike studier av sykelønnsreduksjon sett under ett kan tyde på en 10 prosent nedgang i sykelønna reduserer fraværet med omlag 10 prosent. I såfall resulterte disse endringene i sykelønnsordningen i en like stor reduksjon i fraværet som en ville fått ved å kutte sykelønna til 75 prosent av inntekten. Fra registerdatastudier får vi i liten grad innsikt i *hvorfor* tiltakene virket så kraftfullt og et forsøk på å drøfte hvorfor vil derfor baseres på spekulasjoner. En mulig forklaring kunne vært at legene fryktet de varslede sanksjonene fra myndighetene dersom de ikke «strammet inn» sin sykmeldingspraksis. Innvendingen mot dette er at de fleste leger trolig innså at de stod overfor en tom trussel. Dette ble også påpekt når reformen ble innført (Adresseavisen, 05.06.2004). Dersom legene ikke følte seg tvunget til å legge om har jeg vanskelig for å finne andre forklaringer enn at legene ønsket å «la seg reformere». Også før reformen benyttet

⁴ Sykefraværsraten er målt som andel av et år benyttet i sykefravær; 1 prosentpoeng er derfor tilsvarende 3,65 dager mindre fravær (inkl. helger).

fastleger gradert sykmelding og gjorde funksjonsvurderinger. Dersom legene *ikke* ønsket å endre praksis er det vanskelig å forstå at reformen skulle ha en slik kraftig effekt. Jeg tror derfor reformen ga legene ryggdekning for å være litt strengere i møtet med pasienter som ønsker å *sykmelde seg* – ikke *bli sykmeldt* dersom det er hva legen finner riktig. Jeg tror derfor det presset som ble lagt på legene *økte* deres forhandlingsstyrke i møtet med kravstore pasienter og at dette er hovedgrunnen til at reformen virket. En slik forklaring samsvarer også godt med det at leger som manglet pasienter responderte mindre på reformen enn andre. Disse legenes forhandlingsstyrke var svakere siden de var mer redd for å miste pasienter.

KAN VI GJØRE DET IGJEN?

Tusenkrønerspørsmålet akkurat nå er om den nye IA-avtalen, med ytterligere vektlegging av gradert sykmelding, kan gjenta suksessen fra 2004. I den forbindelse er det litt synd at IA-partene ikke klarte å bli enige om ekspertgruppens forslag om økt bedriftsansvar for det lange sykefraværet når det ikke er gradert. Det virker som om partene håper at en henstilling om at gradert sykmelding skal brukes enda mer enn i dag skal løse biffen. Slik jeg ser det burde arbeidsgiver vært gitt mer ansvar (gjerne kombinert med skattelette, poenget er ikke å flå landets bedrifter) og

legene burde vært gitt et system der det å være en god portvokter ikke går på bekostning av hensynet til egen forretningsdrift. Dette kunne vært gjort ved i større grad å gi fastlegen fast lønn samt ved å sette et tak på antall pasienter. Jeg er derfor ikke mer enn forsiktig optimist på vegne av den nye IA-avtalen.

REFERANSER:

Adresseavisen (2004): Regjeringen svinger piskene, intervju med Professor Steinar Westin, 05.06.2004

Carlsen, N., Nyborg, K., (2009): The gate is open: Primary care physicians as social security gatekeepers, working paper.

Henrekson, M. og Persson, M. (2004): The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of labor Economics*, Vol. 22, 87-113.

Johansson, P., Palme, M., (2005): Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, Vol.89., p.1879-1890.

Markussen, S., (2010): How physicians can reduce sick leave - evidence from a natural experiment, tilgjengelig på http://www.frisch.uio.nocv/simenm_eng.html

Ot.prp 48 (2003-2004): Om lov om endringer i Folketrygdloven (nye regler for sykmelding m.v.)