

Allmenntmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmenntmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Å gradere eller ikke – det er sykmeldings spørsmålet

■ JOHN GUNNAR MÆLAND *Koordinerende rådgivende overlege NAV Hordaland og professor II i sosialmedisin ved Universitetet i Bergen*

Å skrive sykmeldinger hører til legens hverdagsoppgaver. Gjennomgående skriver en fastlege omkring 15 sykmeldinger i uken. De fleste er kurante attestasjoner for nødvendig fravær pga. tidsavgrensede sykdommer eller skader, men mange dreier seg om forlengelse av et påbegynt sykefravær for mer langvarige helseproblemer. Det er de lange sykefraværene som veier mest i sykefraværstatistikken, og det er særlig her legenes vurderinger kan gjøre en avgjørende forskjell.

I det såkalte ekspertutvalgets rapport fra februar 2010, ble økt bruk av graderte sykmeldinger trukket frem som et helt sentralt element i tiltakspakken for et redusert sykefravær (1). Begrunnelsen fra utvalget var at det ikke er noe skarpt skille mellom syk og frisk og at det derfor ikke er noen god medisinsk begrunnelse for at de aller fleste sykmeldinger attesterer for 100 prosent arbeidsuførhet. Utvalget fant også at det var betydelig variasjon mellom legenes bruk av graderte sykmeldinger og mente at økt bruk av slike ville medføre en rekke fordeler både for pasient og samfunn. Utvalgets forslag vil bli ført

videre i de tiltak som partene i arbeidslivet la til grunn for forlengelsen av avtalen om inkluderende arbeidsliv frem til 2013.

I denne artikkelen skal jeg gå igjennom noe av det vi vet om norske legers sykmeldingspraksis, med særlig vekt på fastlegers bruk av graderte sykmeldinger. Et avgjørende spørsmål er om økt bruk av graderte sykmeldinger kan forventes å begrense fremtidig trykdeforbruk eller om delvis sykmelding heller øker dette.

Fastlegenes sykmeldingspraksis

Det var Gunnar Tellnes som først kartla norske allmennlegers sykmeldingspraksis (2). Av vel 5000 sykmeldinger fra Buskerud fylke i 1985 oppgav Tellnes at bare åtte prosent var graderte. I en studie fra Aust-Agder fra 1995, fant Brage og Reiso (3) at 27 prosent av sykmeldinger til kvinner var graderte, mot 11 prosent blant menn.

Etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 ble det etablert et sentralt register over fastlegene samt deres listepasienter. Rikstryg-

deverket brukte slike registerdata for å analysere variasjoner i fastlegers sykmeldingspraksis for perioden 2002–4 (4). Undersøkelsen var begrenset til sykefravær der fastlegen både sykmeldte for første gang og avsluttet tilfellet. Bare i 16 prosent av disse tilfellene skjedde det en reduksjon i sykepengegrad under forløpet, i gjennomsnitt 30 dager etter uføredato. Man fant at kvinnelige leger, yngre leger og spesialister i allmenntmedisin var raskere enn andre med å bruke graderte sykemelding. Eldre leger brukte graderte sykemelding i noe mindre utstrekning enn yngre, og leger med store lister brukte også sjeldnere gradert sykmelding.

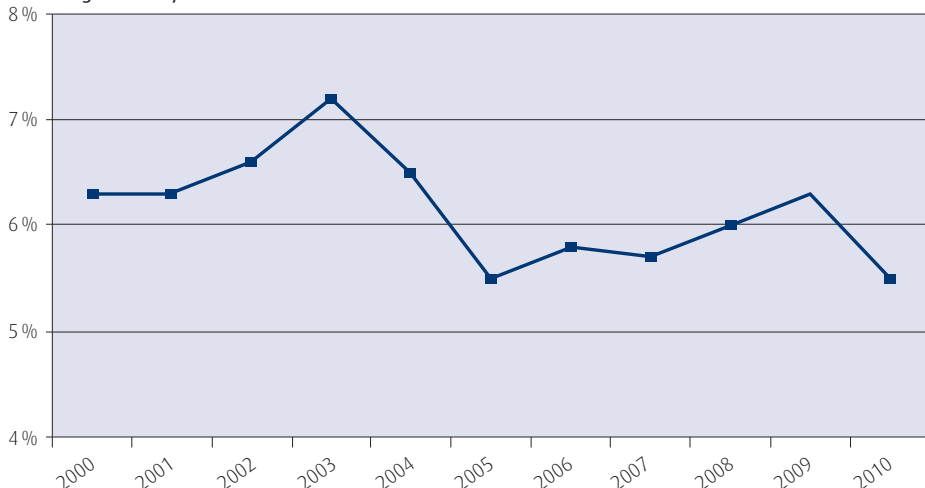
Sykmeldingsreformen i 2004 – et naturlig eksperiment

Etter kort forberedelse, ble det gjort visse justeringer i sykmeldingsrutinene fra 1. juli 2004. Sykmeldingsblanketten ble endret til «Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom m.v.». Hensikten var å gjøre det mer klart for legene at gradert sykmelding eller andre aktive tiltak skulle vurderes før legen attesterte for 100 prosent arbeidsuførhet. Legen ble pålagt å gi en særskilt medisinsk begrunnelse hvis arbeidsrelatert aktivitet ikke var påbegynt innen åtte ukers fravær. En annen viktig lovendring var at varigheten av såkalt «aktiv sykmelding» ble begrenset til fire uker.

Samtidig med disse regelendringene etablerte Rikstrygdeverket og Legeforeningen et fagutviklingsprogram «Legen i det inkluderende arbeidsliv» som omtrent halvparten av fastlegene deltok helt eller delvis i høsten/vinteren 2004/2005. Programmet besto av to dagsamlinger med mellomliggende aktiviteter.

De første 18 månedene etter sykmeldingsreformen var nedgangen i samlet sykefravær

FIGUR 1. Legemeldt sykefravær i 2. kvartal 2000–2010. Prosent. KILDE: NAV. GRAF: 07 AURSKOG



25 prosent. Dette skyldtes særlig redusert varighet av langtidssykmeldinger og mindre bruk av aktiv sykmelding (5). Sykefraværet begynte imidlertid å falle allerede i 2003 (FIGUR 1), og dette har foranlediget flere studier av hvordan fastlegenes sykmeldingspraksis endret seg i denne tidsperioden. Brage og Kann fant en generell nedgang i antall nye sykmeldinger allerede fra januar 2004 med forsterket tendens utover høsten 2004 (6). Friskmeldingsratene økte derimot først etter omleggingen 1. juli 2004. Det skjedde også en betydelig økning i bruken av graderte sykmeldinger, og også denne økningen inntraff allerede før 1. juli 2004, men forsterket seg etterpå. Disse analysene var basert på sykmeldinger skrevet ut av fastleger for personer på egne pasientlister og omfattet omtrent halvparten av alt legeomdelt sykefravær. Det var ingen systematiske forskjeller i endringene av sykmeldingspraksis ut fra legenes kjønn og alder i slike situasjoner.

Rapporten undersøkte også om deltakelse i det såkalte legeprogrammet om sykmelding påvirket disse resultatene, men fant at verken varighet av sykmeldingene eller bruk av graderte sykmeldinger ble endret som følge av dette. Tvert imot viste det seg at leger som deltok i dette programmet, hadde en viss økning av sykmeldingstilbøyeligheten. Disse legene hadde imidlertid høyere forskrivning av sykmeldinger også før legeprogrammet.

Reformen i 2004 tok sikte på å begrense bruken av aktiv sykmelding og øke bruken av gradert sykmelding. En analyse av Markusen (7) viser at dette skjedde, men at disse endringene allerede var på gang i 2003 og kulminerte omkring reformtidspunktet 1. juli 2004. Selv om disse endringene på ett vis motvirket hverandre (at gradert sykmelding ble brukt istedenfor aktiv sykmelding), var nettoeffekten likevel et betydelig fall i det samlede sykefraværet, fordi aktive sykmeldingsperioder gjennomgående varte mye lengre enn graderte sykmeldinger.

Markussen (7) har også sett på om egenskaper ved fastlegene hang sammen med endret sykmeldingspraksis rundt reformen i 2004. Han fant at ikke-spesialister, leger som arbeidet i gruppepraksis og leger med fulle lister reduserte tallet på fulltidssykmeldinger mer enn andre. Leger som ikke hadde fylt opp pasientlisten sin og leger i solopraksis endret derimot mindre på sin sykmeldingspraksis. Dette tolker Markusen som at økonomiske hensyn (at disse legene var redd for å miste pasienter gjennom mer restriktiv sykmeldingspraksis) kom i konflikt med myndighetenes ønsker om praksisendringer. At spesialister i allmennmedisin endret sykmeldingspraksis mindre enn ikke-spesialister, kan trekke i retning av at faglig autonomi også var en motvirkende faktor for endringer.

Kann og Brage har også sett om fastlegers endring av sykmeldingspraksis (raskere friskmelding og økt bruk av graderte sykmeldinger) fikk konsekvenser for deres listepasienters senere bruk av trygdeytelser og arbeidstilknytning (8). Det ble benyttet regresjonsmodeller hvor en kunne kontrollere for pasientkarakteristika. Det ble funnet at pasienter som gikk til leger som var blitt raskere å friskmelde, hadde kortere tid til ny sykmelding, men lavere risiko for å komme på mer langvarig trygdeytelse senere. Om legen endret bruken av graderte sykmeldinger, hadde dette derimot ingen effekt på pasientenes senere trygdeforbruk. Det må tas forbehold om at denne undersøkelsen baserte seg på sammenligning av legenes sykmeldingsprofil i to korte tidsvinduer (juli 2003 og juli 2004) og at oppfølgingstiden var kort (inntil 1,5 år).

Denne rapporten (8) inneholder også resultatene av en spørreskjema-basert studie blant landets fastleger, om egenvurderinger av egen sykmeldingspraksis og holdninger til regelendringene i 2004. To-tredeler av landets 3365 fastleger besvarte skjemaet vinteren 2006/07. Tre av fire leger anga at de oftere brukte graderte sykmeldinger, en av fire sa at de friskmeldte raskere og en av fem mente de skrev ut færre sykmeldinger enn før regelendringen i 2004. Legene var usikre på om graderte sykmeldinger ga pasientene bedre helse, mens de oftere hadde slik tro når det gjaldt å skrive kortere sykmeldinger.

Hva oppnås ved gradert sykmelding?

Et tilsynelatende paradoks er at graderte sykmeldinger gjennomgående har lengre varighet enn ikke-graderte. I en fersk rapport angir Helde et al. (9) at gjennomsnittlig varighet for graderte fraværstilfeller var 116 dager, mot 25 dager for ikke-graderte. Lie (10) fant også at personer med gradert sykmelding hadde lengre varighet og lavere sannsynlighet for å komme tilbake til jobb enn personer med full sykmelding. Dette gjaldt både for dem som startet med en gradert sykmelding (seks prosent av alle tilfellene) og for dem som gikk over på gradert sykmelding senere i forløpet. Spørsmålet er om dette kan forklares med sykmeldingen i seg selv eller om det skyldes at de som blir delvis sykmeldt har mer alvorlige lidelser eller andre negative egenskaper.

I en fersk og ennå upublisert artikkel, har Markusen og medarbeidere (11) forsøkt å trenge dypere inn i dette spørsmålet. De studerte hva legers bruk av graderte langtidssykmeldinger betyr for varigheten av det aktuelle sykefraværet og for videre sykefravær og arbeidsaktivitet de neste to årene. Analysene bygger på nær 400 000 sykefravær i perioden 2001–5 som varte mer enn åtte uker og

hvor sykmelder var en fastlege. Sykmeldingen ble definert som gradert hvis legen anga arbeidsuførhet mindre enn 100 prosent innen 12 ukers fravær. Ut fra denne definisjonen var 34 prosent av fraværene blant kvinner graderte mot 22 prosent blant menn.

Analysene tok utgangspunkt i at det var en betydelig variasjon i fastlegenes bruk av graderte sykmeldinger, som gikk fra at noen leger nesten aldri brukte graderte sykmeldinger til at 80–90 prosent av legens langtidssykmeldingene var graderte. De fleste legene lå likevel i intervallet 20–40 prosent graderte sykmeldinger for kvinner og 10–30 prosent for menn. De 3868 fastlegene ble følgelig delt inn i 20 like store grupper ut fra hvor ofte de skrev ut graderte sykmeldinger i dette materialet. Når legenes tilbøyelighet til graderte sykmeldinger ble koblet til varighet av sykefraværet blant deres pasienter, fant man en nesten lineær sammenheng ved at hyppigere bruk av gradering hang sammen med kortere fravær. Det var også en tilsvarende sammenheng mellom legenes bruk av gradert sykmelding og deres pasienters samlede trygdeforbruk over de neste to årene samt hvor mange pasienter som to år senere var i arbeid.

Forfatterne er klar over at disse sammenhengene også kunne skyldes andre forhold enn bruken av gradert sykmelding, som ulikheter i pasientsammensetning og i andre egenskaper ved legene, for eksempel legens tilbøyelighet til å sykmelde i det hele tatt. Derfor har de undersøkt om disse sammenhengende besto også når de kontrollerte for en lang rekke av slike forhold eller når de anvendte andre mål på legenes tilbøyelighet til å gradere sykmeldingene. Det viste seg at resultatene var robuste og endret seg lite. Effekten av legens tendens til å bruke graderte langtidssykmeldinger var fortsatt stor både på varigheten av sykefraværene, på pasientenes videre trygdeforbruk og på deres arbeidsaktivitet senere. Ut fra sine funn beregner de at hvis norske leger fordobler andelen graderte langtidssykmeldinger (fra 29 prosent til 58 prosent), vil trygdeutgiftene blant langtidssykmeldte de to første årene synke med 19 prosent.

Diskusjon

Vi har først nå begynt å få gode analyser av legers sykmeldingspraksis, men ennå er det mye vi ikke vet med sikkerhet. Konsekvensene av økt bruk av gradert sykmelding er ett slikt område. Gradering av sykefravær kan på den ene siden tenkes å avkorte fraværperioden og hindre nye fravær, gjennom stimulering til aktivitet og opprettholdelse av kontakt med arbeidsplassen. På den andre siden kan gradering muligens forsinke gjenvinning av funksjonsevnen. En del sykefravær skyldes



Gjennomgående skriver en fastlege omkring femten sykmeldinger i uken. ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX.COM

nettopp slitasje og belastning i arbeidssituasjonen, hvor en viktig del av behandlingen kan være avlastning fra dette. I andre tilfeller krever biologisk tilheling ro og hvile.

Når sykefraværet sees under ett, har graderte fravær langt lengre varighet enn ikke-graderte. Hovedforklaringen til dette er nok at en stor del av kortidsfraværet skyldes interkurrente sykdommer hos ellers friske arbeidstakere. Median varighet av alle legemeldte fravær er 11 dager, og det aller meste av dette kortidsfraværet er ikke-gradert. De relativt få tilfellene av tidlig gradert sykmelding vil i langt høyere grad være personer med langvarige helseproblemer som ønsker seg avlastning i arbeidet over lengre tid.

Noen funn kan tyde på at overgang fra full til gradert sykmelding forlenger sykeperioden eller medfører økt risiko for ny sykmelding (8, 10). Dette kan imidlertid være uttrykk for en seleksjonseffekt, som at slike pasienter oftere har kroniske helseproblemer. På den annen side tyder den ferske undersøkelsen av legers bruk av graderte sykmeldinger på at slik praksis kan spille en avgjørende rolle ved langvarige sykefravær (11). Erfaringene fra reformen i 2004 viste også at det særlig var forkortning av sykefraværstilfellene og økt bruk av graderte sykmeldinger som lå bak fallet i samlet fravær.

Det er ingen tvil om at fallet i sykefravær i 2004 skyldtes at norske leger endret sin sykmeldingspraksis i samsvar med myndighetenes ønske. Hvorfor slo denne effekten inn så sterkt, når regelendringene var beskjedne og

kom etter en kortvarig reformprosess? Regjeringen fremmet lovproposisjonen 26. mars 2004 og Stortingens vedtok lovendringene 18. juni, med iverksetting fra 1. juli. Som vist ovenfor, startet endringene i legenes sykmeldingspraksis allerede i 2003. Markussen (5,7) trekker frem to mulige forklaringer: i forkant av regelendringene kom det en del uttalelser fra Sosial- og arbeidsdepartementet som truet med å bruke sanksjonsmidler mot leger som ikke fulgte regelverket for sykmeldinger. Disse truslene var «tomme» i den forstand at knapt noen leger ble rammet av dem. Likevel kan dette ha ført til en viss skjerpelse av legenes praksis. Den andre mulige forklaringen er at mange leger faktisk satte pris på skjerpelsen i regelverket og brukte dette som argument i sine forhandlinger med pasientene.

Det er samlet sett flere argumenter for økt bruk av graderte sykmeldinger, enn mot dette. Likevel er det til syvende og sist den enkelte lege som må «dosere» sykmeldingsgraden. Dette spørsmålet må være fremme i legens bevissthet ved hver eneste sykmelding.

REFERANSER

1. Arbeidsdepartementet. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærvernsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10. www.regjeringen.no/pages/2334559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf
2. Tellnes G. Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice. Doktorgradsavhandling. 1990: Universitetet i Oslo

3. Brage S, Reiso H. Arbeidsevne og kjønn – legers vurdering av sykmeldte. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3737–40.
4. Rikstrygdeverket. Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006. Oslo: Rikstrygdeverket.
5. Markussen S. 2004: Da sykefraværet falt som en stein. Samfunnsøkonomen 2010 nr 3: 18–23
6. Rikstrygdeverket. Fastlegers sykemeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet. RTV-rapport 06/2006. Oslo: Rikstrygdeverket.
7. Markussen S. How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment. Unpublished paper. Frisch-senteret, Universitetet i Oslo. http://www.frisch.uio.no/cv/simenm_eng.html
8. Kann I, Brage S. Endringer i fastlegens sykmeldingspraksis: konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser. NAV-rapport nr 3, 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, statistikk og utredning.
9. Helde I, Kristoffersen P, Lysø N, Thune O. Sykefravær: store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. Arbeid og Velferd Rapport 2010 nr 4: 38–51. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet
10. Lie SA. Raskere tilbake. Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb. FARVE-rapport 2010 <http://www.nav.no/binary/252180/file?download=true>
11. Markussen S, Mykletun A, Røed, K. The case for presenteeism. Discussion paper, IZA-report No. 5343, November 2010. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit. http://www.frisch.uio.no/cv/simenm_eng.html

 john.gunnar.meland@nav.no