

# **Fastlegens betydning i dialogmøte 2 for sykmeldte med depresjon: en empirisk studie**

Sara Lee Johansen

**Masteroppgave**

Masteroppgaven er levert for å fullføre graden

**Master i samfunnsøkonomi**

Universitetet i Bergen, Institutt for økonomi

Juni 2021



UNIVERSITETET I BERGEN

## Forord

Denne oppgaven marker slutten på mine fem år som mastergradsstudent i samfunnsøkonomi ved Universitetet i Bergen.

Jeg vil takke veilederen min Astrid Grasdal for å ha inkludert meg på dette forskningsprosjektet, samt tilrettelegging av data, og god oppfølging og hjelp i denne tiden. Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende, men svært lærerikt. Jeg vil også takke alle mine venner og familie for støtte og innspill underveis i arbeidet og ellers i min studietid.

Det har vært fem fine år som student i Bergen, noe jeg kan takke alle mine medstudenter for. En særlig stor takk rettes til mine nærmeste medstudenter Hedda, Ina, Kristian og Mathilde som har vært avgjørende for godt faglig og sosiale utbytte de to siste årene.

Oppgaven er skrevet i tilknytning til forskningsrådsprosjektet «The regular general practitioner scheme: integrated and equitable pathways of depression care, facilitating work participation».

*Sara Lee Johansen*

---

Bergen, 15. Juni 2021

## Sammendrag

Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke om det er en sammenheng mellom legens deltakelse på dialogmøte 2, og senere arbeidsmarkedsutfall for langtidssykmeldte med depresjon. Dialogmøter ble innført som et obligatorisk virkemiddel i sykefraværsoppfølgingen med hensikt om å tilrettelegge for samarbeid mellom partene, slik at sykmeldte kan utnytte sin gjenværende arbeidsevne i størst mulig grad. Formålet er å redusere sykefraværet, og forhindre at sykmeldte faller ut av arbeidslivet permanent. Fastleger har opplevd en økning i arbeidsmengde de siste årene, og utfordringer med å rekruttere fastleger har ført til at de kan anses som en knapp ressurs i samfunnet. Av denne grunn er det viktig å finne ut hvordan fastleger kan involveres i sykmeldingsoppfølgingen på mest mulig ressurseffektiv måte. Det kommer frem fra studier at fastleger anser deltakelse på dialogmøter som ineffektiv tidsbruk, og det er derfor interessant å undersøke betydningen av fastlegenes deltakelse på dialogmøter.

I min oppgave undersøker jeg sammenhengen mellom fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 og senere arbeidsmarkedsutfall, herunder sannsynligheten for å motta en langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding og inntekt 2 år etter sykmelding, for sykmeldte med depresjon. Det er ingen tidligere studier som undersøker effekten av legens deltakelse på dialogmøter eller effekten for sykmeldte med depresjon, men en studie finner positive effekter av dialogmøter generelt for sykmeldte (Markussen, et al., 2015). Ved bruk av omfattende registerdata benyttes matching-metoden, der utfall for en gruppe som har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede sammenlignes med utfall for en gruppe som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede. Metoden i analysen er basert på en rekke sterke forutsetninger, og det kan ikke utelukkes at det er underliggende faktorer som skaper en seleksjonsskjevhet. Resultatene fra den empiriske analysen finner ingen signifikant sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege og senere arbeidsmarkedsutfall. Dette indikerer at fastlegens involvering på dialogmøter ikke nødvendigvis er effektivt, og det er dermed et potensial for kostnadsbesparelser for samfunnet ved at fastleger ikke pålegges å delta på dialogmøter.

Databehandling og analyse er utført i STATA/SE 16.1.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>i</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>ii</b>
<b>Liste over figurer</b> .....	<b>iv</b>
<b>Liste over tabeller</b> .....	<b>iv</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Sykefravær og sykelønn.....	3
2.2 Fastlegens rolle som sykmelder.....	6
2.3 Dialogmøte.....	7
<b>3. Litteratur</b> .....	<b>11</b>
3.1 Erfaringer med dialogmøter.....	11
3.2 Behandling og oppfølging av sykmeldte.....	13
3.3 Erfaringer med arbeidsrettede tiltak for sykmeldte med psykiske lidelser.....	14
3.4 Fastlegenes erfaringer med sykmelding og oppfølging av sykmeldte.....	15
3.5 Oppsummerende diskusjon.....	18
<b>4. Data og utvalg</b> .....	<b>19</b>
4.1 Data.....	19
4.2 Utvalg, behandling og avhengig variabel.....	19
4.3 Deskriptiv statistikk.....	21
<b>5. Empirisk metode og resultater</b> .....	<b>28</b>
5.1 Empirisk metode.....	28
5.2 Resultater.....	37
<b>6. Diskusjon</b> .....	<b>41</b>
6.1 Tolkning.....	41
6.2 Økonometriske utfordringer.....	42
<b>7. Kostnadsanalyser</b> .....	<b>45</b>
<b>8. Konklusjon</b> .....	<b>48</b>
<b>9. Referanser</b> .....	<b>49</b>
<b>10. Appendiks</b> .....	<b>52</b>
A.1 Analyser på alternative utvalg.....	52
A.2 Analyser på alternative behandlinger.....	56
B.1 Supplerende analyse på inntekt 2 år før sykmelding.....	61
B.2 OLS-estimerer for kontrollvariabler.....	62

## Liste over figurer

Figur 1. Utviklingen i sykefraværet i Norge .....	3
Figur 2. Antall dialogmøter 2 .....	9
Figur 3. Andel som gjennomfører dialogmøte 2 innen 26 uker .....	9
Figur 4. Fordelingen av tidspunkter for dialogmøter i utvalget .....	20
Figur 5. Propensity score tetthetsfunksjoner for menn .....	34
Figur 6. Propensity score tetthetsfunksjoner for kvinner .....	34

## Liste over tabeller

Tabell 1. Innkallinger til dialogmøte 2 .....	10
Tabell 2. Antall sykmeldte .....	20
Tabell 3. Deskriptiv statistikk for kvinner .....	22
Tabell 4. Deskriptiv statistikk for menn .....	24
Tabell 5. Estimert propensity score for gjennomført dialogmøte 2 med lege til stede .....	32
Tabell 7. Estimering av effekter på pseudo-utfall .....	35
Tabell 8. Effekt av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding for kvinner.....	38
Tabell 9. Effekt av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding for menn .....	38
Tabell 10. Effekt av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding for kvinner .....	39
Tabell 11. Effekt av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding for menn.....	39

## 1. Innledning

De siste årene har fastleger i Norge opplevd økt arbeidsmengde, blant annet på grunn av regelendringer i forbindelse med reformer, medisinsk og demografisk utvikling, og en stadig eldre befolkning. Det har blitt mer krevende å rekruttere fastleger, og de kan derfor anses som en knapp ressurs i samfunnet (Rebnord, et al., 2018). I Norge har fastleger hovedansvar for å skrive ut sykmeldinger, og fastleger opplyser at rollen som sykmelder stadig tar mer tid (Ose, et al., 2013). Vi har et høyt sykefraværnivå i Norge sammenlignet med andre OECD-land, til tross for at Norge er et land med god levestandard og lav arbeidsledighet. Psykiske lidelser har blitt en viktig årsak til sykefraværet i Norge de siste årene. Høy sykefraværssrate innebærer høye kostnader for både samfunnet og individene som er sykmeldt, og kan av den grunn beskrives som et folkehelseproblem (OECD, 2013). Det er derfor et politisk mål å utvikle metoder for behandling og oppfølging av sykmeldte som bidrar til å redusere sykefraværet, og som involverer fastlegen i sykmeldingsoppfølgingen på mest mulig ressurseffektiv måte.

Dialogmøter ble innført som et virkemiddel i sykmeldingsoppfølgingen i forbindelse med intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv i 2002, og det ble lovfestet i 2007 (Arbeidsdepartementet, 2011). Ifølge Folketrygdloven § 8-7 a. (1997) skal alle sykmeldte gjennomføre dialogmøter i løpet av sykefraværperioden med arbeidsgiver, sykmelder<sup>1</sup> og NAV. Hensikten er å skape en møteplass for aktørene i sykmeldingsoppfølgingen, slik at de kan samarbeide, og diskutere sykmeldtes arbeidsevne og tilrettelegging for arbeid. Fastleger har plikt til å delta dersom de innkalles, og kan bidra med medisinske vurderinger. På dialogmøter kan behovet for forlenget sykmelding og mulighetene for å skrive ut gradert fremfor full sykmelding diskuteres med NAV og arbeidsgiver. Formålet er at sykmeldte kan returnere til arbeidslivet og forkorte fraværperioden så mye som mulig.

I min oppgave undersøker jeg betydningen av at fastlegen deltar på dialogmøte 2 for langtidssykmeldte med depresjon. Det er lite tidligere forskning på betydningen av fastleger i sykmeldingsoppfølgingen, og av forskningen som eksisterer er fokuset ofte på legens utfordringer i sykmeldingsarbeidet, blant annet knyttet til rollen som portvakt for trygdesystemet. Det er ingen tidligere studier som undersøker betydningen av fastlegens deltakelse i dialogmøter for sykmeldte med depresjon. Det er imidlertid noen studier som undersøker effekter av dialogmøter generelt for alle sykmeldte. Disse varierer i metode og funn. Markussen, Røed og Schreiner (2015) benytter empirisk metode, og finner at både innkallings-

---

<sup>1</sup> Sykmelder er som oftest fastlege, og vil heretter omtales som fastlege.

og gjennomføringseffekten av dialogmøter er positiv på sykefraværsværigheten, samt øker sykmeldtes sannsynlighet for å returnere til arbeidslivet. Ose, Dyrstad, Brattlid, Slettebak, Jensberg, Mandal, Lippestad & Pettersen (2013) benytter kvalitative og kvantitative metoder, og finner at dagens oppfølgingssystem av sykmeldte ikke har en synlig effekt på sykefraværet. Rapporten opplyser at leger nedprioriterer deltakelse på dialogmøter, fordi det anses som lite hensiktsmessig. Det er ressurskrevende for fastleger å delta på dialogmøter, derfor er det interessant å undersøke om fastlegens deltakelse har betydning for sykmeldte med depresjon.

Datakildene som benyttes for å utføre de empiriske analysene er registerdata fra SSB, KUHR, FD-trygd, Fastlegeregisteret og NORPD med informasjon om langtidssykmeldte med depresjon. For å undersøke betydningen av fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 benyttes matching-metoden. Dette innebærer at et utvalg trekkes ut basert på sammenlignbare kjennetegn, og senere arbeidsmarked utfall sammenlignes for behandlingsgruppen som har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede og sammenligningsgruppen som ikke har det. Utfallsmålene defineres som sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding og inntekt 2 år etter sykmelding. Matching-metoden er basert på sterke forutsetninger, blant annet at alle variabler som påvirker behandling og utfall er observerbare og kan inkluderes som kontrollvariabler, og på grunn av dette må funn tolkes med forsiktighet. Da den empiriske analysen gjennomføres separat for kjønn, presenteres også deskriptiv statistikk etter kjønn.

Resultatene i analysen finner ingen signifikant sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege og de to utfallsmålene. Dette indikerer at legens deltakelse på dialogmøte 2 ikke nødvendigvis er effektivt, noe som er i tråd med legens egne erfaringer (Ose, et al., 2013). Det er dermed et potensial for kostnadsbesparelser. Da det kan eksistere underliggende forhold som påvirker behandling og utfall, kan ikke resultatene tolkes som rene kausale sammenhenger. Datasettet inneholder imidlertid mye informasjon med opplysninger om relevante forhold som vanligvis er uobserverbare, som skaper et godt grunnlag for analysen. Oppgaven kan derfor bidra med økt kunnskap om fastlegens rolle i oppfølgingen av sykmeldte med depresjon.

Kapittel 2 består av bakgrunnsinformasjon om sykefraværet og sykelønnsordningen, samt fastlegens rolle som sykmelder og i dialogmøte. I kapittel 3 gjennomgås litteratur om dialogmøter, erfaringer fra andre tiltak og fastlegens erfaringer med sykmeldingsoppfølging. I kapittel 4 beskrives data, utvalg og deskriptiv statistikk. Kapittel 5 beskriver den økonometriske metoden, og presenterer resultatene fra analysen. I kapittel 6 diskuteres resultatene, samt økonometriske utfordringer. Kapittel 7 inneholder en kostnadsanalyse, etterfulgt av en konklusjon i kapittel 8.

## 2. Bakgrunn

I dette kapitlet presenteres informasjon om utviklingen i sykefraværet, og bakgrunnen for hvorfor sykefravær på grunn av psykiske lidelser kan være særlig belastende, samt rammeverket for den norske sykelønnsordningen. Fastlegen har et ansvar som sykmelder og i oppfølgingen av sykmeldte. Dette kapitlet redegjør for rammeverket rundt fastlegenes rolle i sykmeldingsoppfølgingen fra nasjonale veiledere og forskrifter. I tillegg presenteres lovverket rundt virkemiddelet dialogmøte, og partenes roller og funksjoner i dialogmøte.

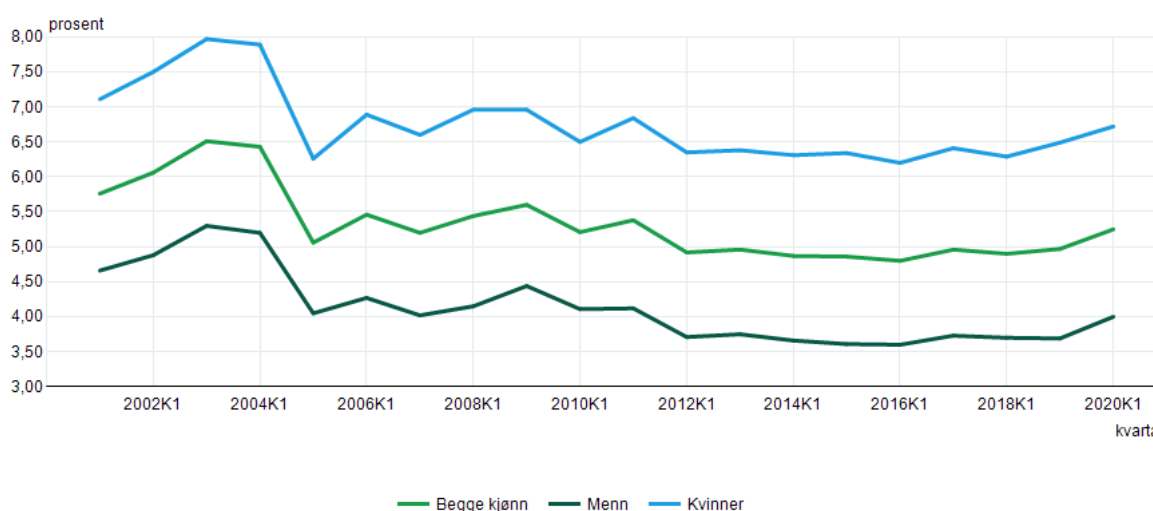
### 2.1 Sykefravær og sykelønn

Sykefraværet i Norge er høyt sammenlignet med andre OECD-land, og psykiske lidelser har blitt en viktig årsak til sykefravær de siste årene (OECD, 2013). Blant psykiske lidelser er depresjon en av de vanligste. I tillegg til at depresjon fører til tap av livskvalitet og leveår, kan arbeidstakere med depresjon oppleve nedsatt arbeidsevne og tap av arbeidsår (Helsedirektoratet, 2009). Ifølge Folkehelse rapporten fra 2018 vil rundt 10 % av den voksne befolkningen i Norge oppleve en depressiv lidelse i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2018).

#### *Utviklingen i sykefravær*

Til tross for at det har vært en økning i andelen sykefravær knyttet til psykiske lidelser de siste årene, har det totale sykefraværet holdt seg stabilt. Figur 1 er hentet fra Statistisk Sentralbyrå sin sykefraværstatistikk, og viser utviklingen i sykefravær i perioden 2001 til 2020 (2021).

**Figur 1. Utviklingen i sykefraværet i Norge**



**Merknad:** Legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. Også justert for koronadiagnoser.

Den lyseblå linjen i figuren viser sykefraværssraten for kvinner, den mørkeblå viser sykefraværssraten for menn, og den grønne viser sykefraværssraten totalt for begge kjønn.



Sykefraværssraten er høyere for kvinner enn for menn, og begge ratene følger samme trend. Frem til 2003 økte sykefraværssraten, før den ble redusert fra 2004-2005. Deretter har sykefraværssraten vært relativt stabil (Arbeidsdepartementet, 2011).

Fra 1994 til 2010 økte andelen individer som har en psykisk lidelse fra 10 % til 18 %, samtidig som andelen med en fysisk lidelse falt fra 50 % til 41 % (OECD, 2013, p. 37). Psykiske lidelser, og særlig depresjon, kan føre til at arbeid oppleves som belastende og anstrengende. Mange arbeidstakere med psykiske lidelser etterspør derfor sykmelding når de oppsøker helsetjenesten. Sykmelding er imidlertid ikke alltid «riktig» behandling, men det kan være en «enkel» løsning for fastleger som opplever stor arbeidsmengde (Morrison, 2011). I tillegg har fastleger et økonomisk insentiv til å sørge for at pasientene er fornøyde slik at de ikke bytter fastlege, noe som kan medføre utskrivning eller forlenging av sykmelding til tross for at det ikke er nødvendig (Markussen, et al., 2013). En studie fra 2007 undersøker forekomsten av psykiske lidelser blant arbeidstakere som oppsøkte fastlegen sin og tilhørende sykmeldinger i løpet av et år. I 35 % av tilfellene var depresjon årsaken til hvorfor arbeidstakerne oppsøkte fastlegen, og det var særlig problemstillinger knyttet til arbeidsliv som var fokus. Som følge av fastlegemøte mottok 46 % av kvinner og 43 % av menn sykmelding. Av individer i arbeidsstyrken som hadde en ny depresjonsdiagnose, fikk halvparten en sykmelding (Gjesdal, et al., 2016).

Selv om det har vært en økning i sykefravær på grunn av psykiske lidelser, har sykefraværet på grunn av diagnosen depresjon blitt redusert (Brage & Nossen, 2017). I perioden 2003-2015 økte andelen sykepengemottakere som hadde en psykisk lidelse som sykmeldingsårsak fra 17 % til 20 %. Dette var i hovedsak på grunn av en økning i diagnosekategoriene «lettere psykiske lidelser» og «situasjonsbetinget psykisk ubalanse». Depresjonsdiagnoser kan føre til at individer får begrensede rettigheter til visse typer forsikringer, og leger har derfor blitt anbefalt å bruke «situasjonsbetinget psykisk ubalanse» som sykmeldingsårsak i stedet for depresjon. Dette pekes på som en potensiell årsak til nedgangen i sykefravær knyttet til diagnosen depresjon. I tillegg kan en ny diagnosestandard i 2004 ha ført til mer forsiktig bruk av diagnoser enn tidligere. Den reelle andelen sykefravær knyttet til diagnosen depresjon kan av disse grunner være høyere enn det statistikken tilsier (Brage & Nossen, 2017).

### *Sykefravær knyttet til psykiske lidelser*

Det er flere grunner til at sykefravær på grunn av psykiske lidelser kan være særlig problematisk. Sykmeldte med psykiske helseproblemer har mer langtidssykefravær enn sykmeldte med fysiske helseproblemer. Langtidssykefravær innebærer høye kostnader for samfunnet over tid til behandling og trygdeytelser, samtidig som sykmeldte opplever en kostnad

i form av tapt arbeidsinntekt. Depresjon er en lidelse som ofte er tilbakevendende, som fører til at sykmeldte med depresjon kan oppleve flere sykefraværsperioder, og dermed få svekket sin arbeidskapasitet gjennom store deler av livet (OECD, 2013, p. 20). En psykisk lidelse forekommer også ofte sammen med andre psykiske lidelser. Omtrent halvparten av mennesker med en psykisk lidelse vil også ha flere andre psykiske lidelser i løpet av et år (Jacobi, et al., 2015).

Langvarig sykefravær reduserer sannsynligheten for å vende tilbake til arbeidslivet, og øker dermed sannsynligheten for å bli mottaker av uføretrygd (OECD, 2013, p. 39). Det er kun cirka 0,5 % av individer som mottar uføretrygd som kommer tilbake i arbeid (OECD, 2013, p. 63). I Norge er andelen individer som mottar uføretrygd høy, og i perioden 2001 til 2003 var psykiske lidelser<sup>2</sup> den nest vanligste årsaken. Det var imidlertid årsaken til flest antall tapte arbeidsår.<sup>3</sup> Individer som mottok uføretrygd på grunn av psykiske lidelser var i gjennomsnitt yngre enn individer som mottok uføretrygd på grunn av andre typer lidelser i denne tidsperioden. Psykiske lidelser er dermed en stor årsak til tidlig utgang fra arbeidsmarkedet og tap av arbeidsår i befolkningen (Knudsen, et al., 2012).

### *Sykelønnsordningen i Norge*

Trygdeordningen i Norge er svært sjenerøs sammenlignet med andre OECD-land. En av hovedutfordringene med utformingen av trygdesystemet er mangel på insentiver for sykmeldte til å returnere til arbeid, samt mangel på insentiver for arbeidsgiver til å oppfordre sykmeldte til å returnere til arbeid (OECD, 2013, pp. 14, 42). Høyere og mer langvarig trygdeutbetaling er korrelert med høy sykefraværsrate (Bryson & Dale-Olsen, 2017), derfor kan utformingen av trygdeordningen være en forklaringsfaktor til det høye sykefraværet i Norge.

Sykelønnsordningen fungerer slik at dersom individer blir sykmeldt med minst 20 % tap av arbeidsevne, kan det utbetales sykepengene. Det er arbeidsgiver som har ansvar for å betale sykepengene de første 16 dagene. Fra dag 17 i sykmeldingsperioden dekker folketrygden sykepengeutbetalingen. Kompensasjonsgraden er 100 % opptil 6 G<sup>4</sup> og sykepengene kan mottas i opptil 52 uker. For å kunne motta sykepengene på nytt etter endte 52 uker, må det først gå 26 uker uten utbetaling av sykepengene eller arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsetaten, 2021c). Dersom arbeidstaker fortsatt ikke kan vende tilbake til arbeidslivet etter sykepengeperioden, kan arbeidstaker motta arbeidsavklaringspenger. Dette utgjør 66 % av

---

<sup>2</sup> Angst og depresjon var de to vanligste psykiske lidelsene.

<sup>3</sup> Pensjonsalder minus alder når uføretrygd ble tildelt.

<sup>4</sup> Grunnbeløpet var per mai 2021 101 399 kroner (Arbeids- og velferdsetaten, 2021b).

inntektsgrunnlaget. Arbeidsavklaringspenger kan kombineres med arbeid opp til 80 %, men vil i dette tilfelle avkortes. Formålet er å sikre inntekt i perioder der individet har behov for hjelp fra NAV for å komme tilbake i arbeid, og det er krav om at arbeidsevnen må være redusert med minst 50 %. Hovedregelen er at arbeidsavklaringspenger kan mottas i inntil 3 år. Etter endte 3 år må det gå 52 uker før arbeidstaker kan få en ny periode med arbeidsavklaringspenger (Arbeids- og velferdsetaten, 2021a). Dersom inntektsevnen er varig nedsatt grunnet sykdom, kan den sykmeldte motta uføretrygd som utgjør 66 % av inntektsgrunnlaget opp til 6 G. Det kan kombineres med arbeid, men vil da avkortes (Arbeids- og velferdsetaten, 2021d). Det er ikke krav om sykmelding før arbeidstaker kan søke Statens Pensjonskasse for uførepensjon, men NAV har krav om sykmelding, og Statens Pensjonskasse krever at arbeidstaker også må søke ytelser fra NAV ved minst 50 % uførhet (Statens Pensjonskasse, 2020).

## **2.2 Fastlegens rolle som sykmelder**

Fastlegen er et naturlig første møte med helsetjenesten, og er derfor viktig for diagnostisering og behandling. Under en konsultasjon vil fastlegen vurdere alvorlighetsgrad av lidelsene, og deretter hvilke tiltak som skal iverksettes. Det vurderes også om det er behov for sykmelding. Rammeverket for fastlegens rolle som sykmelder, og retningslinjer for behandling og oppfølging, beskrives i en rekke forskrifter og veiledere som presenteres i dette delkapitlet.

I 2001 ble fastlegeordningen innført i Norge med formål om å forbedre kvaliteten i legetjenesten og sikre alle innbyggere en fast lege å forholde seg til. Fastlegeordningen reguleres i Forskrift om fastlegeordning i kommunene (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). I forskriften beskrives fastlegens ansvar for oppfølging av sykmeldte. Fastlegen skal delta i oppfølgingen dersom fastlegen er sykmelder. Gjennom medisinsk oppfølging skal fastleger bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig. De skal bidra til at alle innbyggere som kan, skal beholde sin arbeidstilknytning. Målet ved å sykmelde er at den sykmeldte skal komme raskest mulig tilbake i arbeid. Fastleger har plikt til å delta på dialogmøter med arbeidsgiver og NAV dersom de innkalles.<sup>5</sup> Som følge av fastlegeordningen fikk fastlegene i kommunene større ansvarsområder. Fastlegeordningen ble revidert i 2012 i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Formålet med samhandlingsreformen var bedre samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, og som følger av reformen fikk kommune, herunder fastlegene, ytterligere økte ansvarsområder (EY og Vista Analyse, 2019).

---

<sup>5</sup> Dialogmøter utdypes nærmere i delkapittel 2.3.

I 2016 ble Sykmelderveilederen utgitt av Helsedirektoratet som en nasjonal veileder for sykmeldere i helse- og omsorgstjenesten. Her beskrives råd og anbefalinger for sykmeldinger, mulige alternativer til sykmelding, samt råd for oppfølging. Formålet er å gi sykmeldere kunnskapsbasert støtte og tilrettelegge for god dialog med sykmeldte og arbeidsgiver. Ved sykmelding skal arbeidsgiver utarbeide en plan for oppfølgingen av sykmeldte som skal videreformidles til sykmelder. Denne planen skal bidra til at sykmelder kan kvalitetssikre sitt beslutningsgrunnlag for videre sykmelding, og gi sykmelder anledning til å ta initiativ overfor andre involverte aktører. Sykmelder kan gjennom sykmeldingen gi råd om tilrettelegging og medisinske hensyn, samt vurdering av arbeidsevne (Helsedirektoratet, 2021).

Rammeverket for behandling og oppfølging av mennesker med depresjon blir beskrevet i de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon, utviklet av Helsedirektoratet sammen med sentrale aktører (2009). Rammeverket er ment som et hjelpemiddel til fagpersoner for å velge relevant behandling og sikre god kvalitet i de aktuelle helsetjenestene. Veilederen inneholder systematisk utviklede anbefalinger som bygger på gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur, samt arbeidsgruppens egne vurderinger. Formålet er å sikre god kvalitet, og best mulig utnyttelse av kompetanse og erfaring. Det er lagt vekt på at anbefalingene skal være praksisrettet. En hensikt er å øke oppdagelsen av depresjon, sikre riktig diagnostisering, øke sosiale og yrkesrettede tiltak, og rett bruk av medikamentbehandling. Det anbefales å benytte hovedsakelig individrettet behandling og tilbakefallsforebygging. Det er i tillegg ønskelig å oppnå systematisk evaluering av behandlingen underveis, og fastleger bør derfor jevnlig undersøke om sykmeldte blir bedre ved samtale og strukturerte spørreskjemaer. Medisinering skal vurderes dersom sykmeldte ikke responderer på ikke-medikamentelle tiltak. Arbeidsrettede tiltak er viktig fordi yrkesrollen bidrar til sosial identitet. Arbeid kan motvirke depresjon ved å sikre økonomisk selvstendighet, strukturert hverdag, opplevelse av mestring, kontakt med andre og personlig verdi. Sykefravær bør derfor minimeres. Jevnlig kontakt mellom helsetjenesten, arbeidsplass og NAV kan være viktig for å gjøre sykefraværet så kort som mulig (Helsedirektoratet, 2009).

### **2.3 Dialogmøte**

Obligatoriske dialogmøter ble lovfestet som en del av sykefraværsoppfølgingen i 2007 (Arbeidsdepartementet, 2011). Formålet er å skape en møteplass for å forsterke samarbeidet mellom partene i sykefraværsoppfølgingen, samt sikre at partene følger sine plikter. Dette skal bidra til bedre tilrettelegging, og gjøre at sykmeldte kan forkorte sitt fravær fra arbeidsplassen så mye som mulig. Det er arbeidsgiver som har ansvar for å innkalle og arrangere dialogmøte

1 for sykmeldte og eventuelt fastlegen. Det foreslås at det holdes på arbeidsplassen for best mulig vurdering av arbeidsevne. Dialogmøte 1 skal gjennomføres senest 8 uker inn i sykefraværsperioden. Dette korresponderer med fristen for aktivitetskravet<sup>6</sup> for å opprettholde retten til å motta sykepenger. Unntak fra plikten om å gjennomføre dialogmøte 1 gis i tilfeller der sykmeldte lider av alvorlig helsetilstand, innleggelse i helseinstitusjon, eller dersom det er dokumenterte helsemessige tiltak som sannsynligvis fører til friskmelding i nærmeste fremtid.

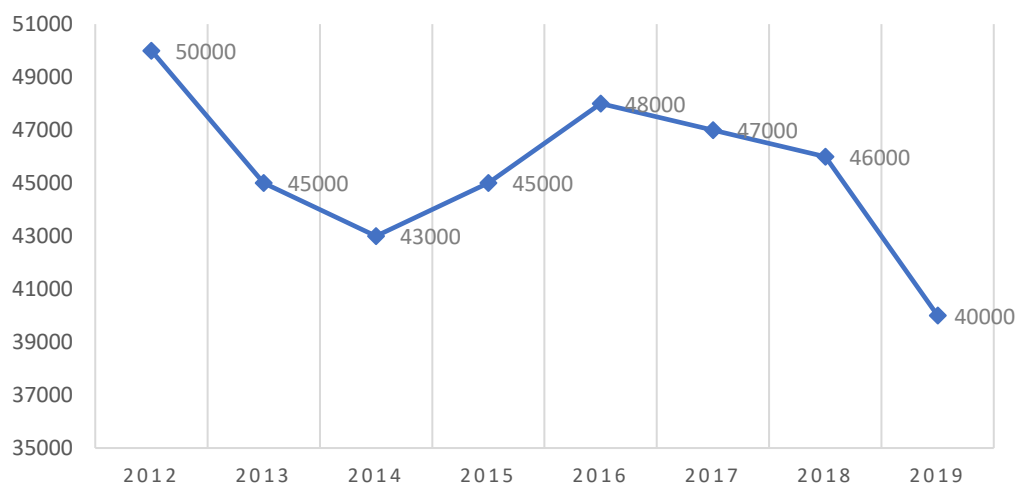
Dialogmøte 2 skal gjennomføres senest 26 uker inn i sykefraværsperioden, og det er NAV som har ansvar for innkalling og arrangering. Alle parter kan imidlertid ta initiativ til å avholde dialogmøte 2 på et tidligere tidspunkt. Formålet med dialogmøte 2 er en videre gjennomgang av samme temaer som i dialogmøte 1. Det skal gi grunnlag for å kvalitetssikre oppfølgingsarbeidet. Unntak fra plikten om å gjennomføre dialogmøte 2 kan gis av samme grunner som for dialogmøte 1. Dialogmøte 3 kan avholdes dersom det anses som hensiktsmessig av partene, men det er ikke lovpålagt. En hensikt er å forhindre langvarig sykefravær og overgang til andre trygdeytelser, som er en økende risiko når sykefraværet går over en lang tidsperiode (Arbeidsdepartementet, 2011). Partene er pålagt å følge sine plikter, og kan risikere sanksjoner dersom det forekommer pliktbrudd. Den sykmeldte kan risikere stans i sykepengeutbetalingen, fastlegen og arbeidsgiver kan risikere overtredelsesgebyrer for pliktbrudd, og fastlegen kan miste retten til å skrive sykmeldinger. Det er NAV som iverksetter sanksjoner (Ose, et al., 2013).

Figur 2 og 3 viser utviklingen i antall gjennomførte dialogmøter 2 og andelen sykmeldte med arbeidsgivere som har behov for dialogmøte som faktisk gjennomfører dialogmøte 2 innen 26 uker i tidsperioden 2012 til 2019. Dette er hentet fra årsrapporter fra NAV. Begge grafene viser en nedgang fra 2012 til 2014, deretter en økning i 2014 til 2016, og en reduksjon frem til 2019. En del av dialogmøtene gjennomføres imidlertid etter 26 uker, av årsaker som at det er vanskelig å finne et tidspunkt som passer for alle deltakende parter. I samme tidsperiode har det vært en økning fra rundt 5000 til 9000 i antallet dialogmøter 3 som gjennomføres (Arbeids- og velferdsetaten, 2020b).

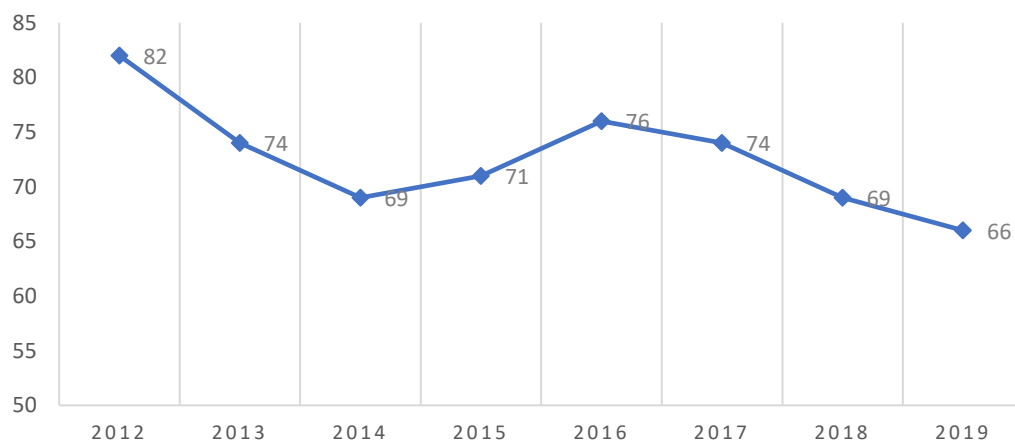
---

<sup>6</sup> Aktivitetskravet innebærer at dersom sykmeldte ikke er i arbeidsrettet aktivitet, med mindre sykmeldte har fått unntak fra dette, skal sykepenger stoppes etter 8 uker. Det er NAV sitt ansvar å kontrollere aktivitetskravet.

**Figur 2. Antall dialogmøter 2**



**Figur 3. Andel som gjennomfører dialogmøte 2 innen 26 uker**



### ***Fastlegens ansvar i dialogmøte***

På dialogmøter kan fastleger bidra med medisinske vurderinger som kan være avgjørende for beslutninger om arbeidsevne og tilrettelegging. Dialogmøter kan sikre informasjonsflyt mellom arbeidsgiver og fastlege, og det kan være et virkemiddel for å skape best mulig grunnlag for vurderinger. Fokus på arbeidsevne og arbeidsrettede tiltak kan være positivt for å kunne benytte graderte sykmeldinger i størst mulig grad. Dette krever imidlertid tilrettelegging på arbeidsplassen, og det er derfor behov for samarbeid mellom fastlege og arbeidsgiver. Dialogmøter med flere involverte parter kan fungere som et overvåkningsorgan som sikrer at det tas informerte beslutninger om sykmelding, og at returnering til arbeid ikke utsettes mer enn nødvendig. Både innkalling og deltakelse fra fastleger på dialogmøter kan være varierende. I tabell 1 presenteres registerdata fra NAV i perioden april til september i 2008-2010 for innkallinger og oppmøte fra leger på dialogmøte 2 (Arbidsdepartementet, 2011).

*Tabell 1. Innkallinger til dialogmøte 2*

	<b>Totale innkallinger</b>	<b>Innkallinger uten lege</b>	<b>Innkallinger med lege</b>	<b>Andel innkallinger med lege</b>	<b>Antall møter hvor lege har deltatt</b>	<b>%-oppmøte for leger</b>
<b>2008</b>	8914	4765	4149	47 %	3085	74 %
<b>2009</b>	16163	8048	8115	50 %	5582	69 %
<b>2010</b>	18526	7444	11082	60 %	7425	67 %

Fra perioden 2008 til 2010 var det en økning i totalt antall innkallinger til dialogmøte 2 på 52 %, og en økning i andelen der lege innkalles på 13 %. Oppmøte fra innkalte fastleger har imidlertid sunket med 7 prosentpoeng i samme tidsperiode (Arbeidsdepartementet, 2011). Det er mange potensielle årsaker til hvorfor innkalte fastleger ikke deltar på dialogmøter, men ifølge Ose, et al. (2013) kan en årsak være at innkalling til dialogmøter på forhåndsbestemte tidspunkter ikke passer for fastlegen, og at dialogmøtet dermed gjennomføres uten fastlegen til stede.

#### *Andre aktører sitt ansvar for oppfølging av sykmeldte og på dialogmøter*

Arbeidsgiver sitt hovedansvar i sykefraværsoppfølgingen er å tilrettelegge slik at sykmeldte kan utnytte sin gjenværende arbeidsevne kombinert med gradert sykmelding. De skal forhindre at sykefraværet blir unødvendig langvarig, og at det oppstår nye tilfeller av sykefravær. Innen 4 uker skal arbeidsgiver sammen med sykmeldte utvikle en oppfølgingsplan for sykefraværsperioden. Dette skal skape dialog mellom partene, slik at de kan vurdere arbeidsrettede tiltak, samt formidle informasjon til fastlege og andre parter. Formålet er å bli enige om tiltak og tilrettelegging, slik at sykmeldte kan beholde sitt ordinære arbeid så langt det lar seg gjøre. Arbeidsgiver skal, som nevnt, innkalle og arrangere dialogmøte 1, og oppfølgingsplanen er et obligatorisk samtaleemne. NAV har ansvar for å vurdere behov og informere om tiltak og virkemidler som kan være aktuelt for sykmeldte. NAV skal også støtte opp under tilretteleggingen på arbeidsplassen, samt bistå med råd og veiledning for de andre partene. Det er NAV som innkaller til dialogmøte 2, og eventuelt dialogmøte 3 ved behov eller etter forespørsel fra andre parter (Arbeids- og velferdsetaten, 2020a).

### 3. Litteratur

Norge har, som nevnt, et høyt sykefraværnivå og en stor andel sykefravær knyttet til psykiske lidelser, som innebærer høye kostnader for samfunnet. For å motvirke dette, er det utviklet en rekke tiltak med formål om å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen for sykmeldte. I dette kapitlet presenteres litteratur om erfaringer med dialogmøter for sykmeldte. Videre gjennomgås erfaringer fra andre tiltak og behandlingsmetoder for sykmeldte generelt, og tiltak spesielt for sykmeldte med psykiske lidelser. Arbeidsrettede virkemidler er et viktig fokus på dialogmøter, og i andre tiltak. Litteratur og kunnskap om arbeidsrettede virkemidler presenteres i dette kapitlet. Deretter belyses studier som undersøker fastlegenes erfaringer med sykmeldings- og oppfølgingspraksisen. Avslutningsvis presenteres en oppsummerende diskusjon.

#### 3.1 Erfaringer med dialogmøter

Per i dag er det ingen studier som undersøker effekter av å gjennomføre dialogmøter med fastlege til stede for sykmeldte med depresjon, men det finnes studier som undersøker generelle effekter av dialogmøter. Det er tilnærmet ingen internasjonal forskning som tyder på at dialogmøter benyttes som et virkemiddel i andre land, og det fremstår derfor som et særnorsk virkemiddel. Det benyttes imidlertid et lignende virkemiddel i Sverige, der informasjonsmøter for sykmeldte som mottar sykepenger har som formål å informere om kriteriene for å kunne fortsette å motta sykepenger. I dette delkapitlet presenteres studier som undersøker effekter av dialogmøter, samt en svensk studie om erfaringer med informasjonsmøter.

Markussen, Røed & Schreiner (2015) undersøker effekter av dialogmøter på langtidssykmeldtes sykefraværsværighet basert på en tilnærmet randomisert geografisk variasjon i sannsynligheten for å bli innkalt til dialogmøte. Studien finner at både innkalling og gjennomføring av dialogmøter reduserer sykefraværsværigheten, og øker delvis og full tilbakevending til arbeidslivet. I tillegg viser resultatene at mer intensiv bruk av dialogmøter kan øke inntjening og redusere sannsynligheten for tidlig arbeidsmarkedsutgang 2 år etter at dialogmøtene gjennomføres. Hvert dialogmøte anslås til å redusere tiden til delvis eller full friskmelding med 10-20 dager. Studien undersøker også kostnadseffektiviteten, og finner at det er lave kostnader knyttet til å arrangere dialogmøter sammenlignet med inntektsgevinsten ved at sykmeldte vender tilbake til arbeid. Studiens konklusjon er dermed at dialogmøter er et effektivt tiltak for å redusere langvarig sykefravær.

En Sintef-rapport gjennomgår regler og rammeverk for oppfølging av sykmeldte, og holdninger til dette (Ose, et al., 2013). Det er basert på intervjuer med arbeidstakere, arbeidsgivere,



fastleger og NAV gjennom flere år, samt gjennomgang av nasjonale kartlegginger og tidligere litteratur. Rapporten finner at dagens system er for rigid og ressurskrevende, og det er vanskelig å identifisere noen effekt på sykefraværet. Det kommer frem at dialogmøter er en viktig del av sykmeldingsoppfølgingen, og at partene i oppfølgingsarbeidet har ulike oppfatninger av dialogmøtenes betydning. Arbeidstakere mener dialogmøter er et godt virkemiddel, men ikke tilstrekkelig for å få sykmeldte tilbake i jobb. Noen arbeidstakere oppgir at dialogmøter oppleves som stress og press. Arbeidsgivere mener at dialogmøter er ressurskrevende, og at de pålegges et større ansvar enn hva som er rimelig, for eksempel med hensyn til økonomiske rammer. De opplyser at det er nyttig med leger sin deltakelse på dialogmøter, fordi legene kan lære om tilretteleggingsmulighetene i virksomheten. Dialogmøte 2 anses som vesentlig viktigere enn dialogmøte 1, men det kommer frem at det burde avholdes på et tidligere tidspunkt fordi involvering av NAV burde skje tidligere. I likhet med arbeidsgivere, opplyser også fastleger at dialogmøte 2 er det viktigste. Oppgaven som sykmelder tar stadig mer av arbeidstiden, derfor mener fastleger at deltakelse på dialogmøte 1 er unødvendig, og at tid heller burde prioriteres på andre ting. Fastleger mener at dialogmøte 1 kan avholdes uten de til stede, og at dialogmøte 2 burde fremskyndes. Fastleger deltar i større grad på dialogmøte 2, både fordi det anses som mer hensiktsmessig, men også fordi innkalling til dialogmøte 1 ofte kommer på et for sent tidspunkt, slik at fastleger ikke har anledning til å delta.

Det kommer frem fra Ose, et al. (2013) at partene i oppfølgingsarbeidet mener at dialogmøte 2 er viktigst, og at det burde fremskyndes. På grunnlag av dette gjennomførte NAV Akershus et prosjekt der tre NAV-kontorer avholdt dialogmøte 2 senest innen 19 uker, i stedet for vanlig praksis som er innen 26 uker. Prosjektet ble evaluert i 2017, og baserer seg på en forløpsanalyse. Det var forventet å se en nedgang i sykefraværet, men evalueringen finner at den samlede sykefraværsvirigheten ikke reduseres som følge av å fremskynde dialogmøte 2. Faktisk hadde sykefravær utover 12 uker økt for kvinner, og det var mindre friskmelding. For menn var virigheten uendret. Evalueringen finner imidlertid at bruken av graderte sykmeldinger hadde økt. Fremskynding av dialogmøte 2 medfører en økning i antall dialogmøter som gjennomføres, og en økning i antall sykmeldte som følges opp av NAV. Det vil altså innebære økte ressurser til sykmeldingsoppfølging (Kristoffersen, et al., 2017).

I Sverige benyttes informasjonsmøter som et virkemiddel som kan ligne norske dialogmøter. Informasjonsmøter gjennomføres for mottakere av sykepengar i regi av lokale trygdekontorer med formål om å informere om sosialforsikring og kriterier for å kunne motta trygd. Johansson og Lindahl (2013) undersøker effekter av slike informasjonsmøter på sykefraværsvirigheten til

sykmeldte. Studien er basert på eksperimentell data der utvalget er individer med svak arbeidsmarkedstilknytning. Innkalling til informasjonsmøter ble sendt ut tilfeldig til et utvalg. Resultatene viste at individer som mottok innkalling tidlig hadde redusert sykefraværsvirighet på rundt 20 %, sammenlignet med individer som mottok innkalling cirka 30 dager senere. Studien finner at på kort sikt kan innkalling til informasjonsmøter føre til en følelse av økt overvåkning, samt bedre informasjonsgrunnlag og kommunikasjon, som kan ha positive virkninger på sykefraværsvirigheten. Resultatene viste imidlertid ingen effekt på lang sikt.

### **3.2 Behandling og oppfølging av sykmeldte med psykiske lidelser**

Det kommer frem i den nasjonale veilederen for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon at det er viktig med tett individrettet behandling, tilbakefallsforebygging, tidlig identifisering og intervensjon for å motvirke depressive symptomer (Helsedirektoratet, 2009). I dette delkapitlet presenteres utvalgte nasjonale og internasjonale studier som undersøker virkninger av disse metodene med formål om å motvirke psykiske lidelser og sykefravær.

Tilbakefallsforebygging kan være særlig hensiktsmessig for individer med depresjonslidelser fordi depresjon er en tilbakevendende lidelse. En engelsk meta-studie<sup>7</sup> som undersøker 69 ulike studier finner bevis for at forebyggingsprogrammer kan redusere depressive symptomer med rundt 11 %. Studien finner at tiltak som kombinerer ulike metoder av kognitiv terapi, atferdspsykologi og sosial støtte, og hadde en varighet på minst 8 behandlingstimer, var mest effektivt for å redusere depressive symptomer. Antall og varighet på behandlingstimer er viktig for at individene har mulighet til å bearbeide behandlingen (Jané-Llopis, et al., 2003).

I likhet med Jané-Llopis (2003) finner også Rost, Smith og Dickinson (2004) at tettere oppfølging kan være positivt for sykmeldte med depresjon. Studien benytter amerikanske data, og baserer seg på et randomisert eksperiment. Resultatene finner at individer som mottok høykvalitetsbehandling mot depresjon i primærhelsetjenesten hadde mindre fravær fra arbeidslivet og høyere produktivitet, sammenlignet med individer som mottok tradisjonell behandling. Høykvalitetsbehandling innebærer tettere individuell oppfølging i form av flere samtaler for å informere og evaluere underveis. Helsearbeidere mottok spesialtrening i forkant av prosjektet, noe som førte til mer oppfordring til aktive tiltak og kontinuerlig tilpasning av behandling. Sysselsatte individer som fikk høykvalitetsbehandling rapporterte 6,1 % høyere produktivitet og 22,8 % mindre fravær over et 2 års perspektiv.

---

<sup>7</sup> Meta-studie er en metode som slår sammen resultater fra flere studier.

Det er mye stigma knyttet til psykisk helse som kan gjøre at det oppleves som vanskelig å oppsøke hjelp. Noen tiltak har derfor som hensikt å forenkle tilgangen til behandling for individer med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2009). Rask Psykisk Helsehjelp ble innført med formål om å være et lavterskeltilbud i kommunene for individer med depresjon, som et supplement til eksisterende behandlingstilbud. Behandlingsformen er kognitiv atferdsterapi, utført av tverrfaglige team. Tiltaket har som hensikt å oppnå tidlig intervensjon, og det tilbys både lavintensiv og høyintensiv behandling etter hva som vurderes som hensiktsmessig for hvert individ. I 2020 ble Rask Psykisk Helsehjelp tilbudt i 62 kommuner. Prosjektet ble evaluert gjennom en randomisert kontrollert studie i to kommuner, der en behandlingsgruppe mottok behandling gjennom Rask Psykisk Helsehjelp, og en kontrollgruppe mottok andre løsninger. Resultatene viste at 59 % i behandlingsgruppen ble friske i løpet av 6 måneder, sammenlignet med 32 % i kontrollgruppen (Knapstad, et al., 2020). Videre ble det gjennomført en tidligere evaluering av de 12 første pilotprosjektene som undersøker effekten av Rask Psykisk Helsehjelp på blant annet arbeidsmarkedsdeltakelse. Basert på kvantitative og kvalitative metoder fant evalueringen en statistisk signifikant økning på 5,6 % i andelen deltakere som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Den kvantitative delen bestod av spørreskjemaer for deltakerne, mens den kvalitative delen bestod av intervjuer (Smith, et al., 2016). Ifølge begge evalueringene fungerer Rask Psykisk Helsehjelp som et lavterskeltilbud, og bidrar til tidlig intervensjon og økt tilgang til psykiske helsetjenester.

### **3.3 Erfaringer med arbeidsrettede tiltak for sykmeldte med psykiske lidelser**

Dialogmøter fungerer som en møteplass for partene i sykmeldingsoppfølgingen der de kan diskutere mulighetene for arbeidsrettede tiltak, og hvordan det kan tilrettelegges for at sykmeldte kan utnytte sin gjenværende arbeidsevne. Betydningen av arbeidsrettede tiltak og jobbstøtte fremheves i nasjonale veiledere og forskrifter. Å være i arbeid kan styrke følelsen av tilhørighet og mestring, som kan være positivt for sykmeldte med depresjon, og dermed bidra til å forkorte sykefraværsperioden (Helsedirektoratet, 2009). NAV tilbyr en rekke arbeidsrettede tiltak som skal forhindre at sykmeldte med psykiske lidelser faller ut av arbeidslivet. Dette skjer ved blant annet tilrettelegging av praktiske forhold, oppfølging og støtte, arbeidsutprøving og opplæring for å bli kvalifisert for ledige jobber. I det følgende presenteres evalueringer av to arbeidsrettede NAV-tiltak: Senter for jobbmestring og Individuell jobbstøtte. Førstnevnte har fokus på å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen for individer med depresjon (Reme, et al., 2013). Individuell jobbstøtte har som formål å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen for sykmeldte med psykiske lidelser (Reme, et al., 2016).

Senter for jobbmestring ble etablert i 2008, og innebærer å gi sykmeldte med depresjonslidelser oppfølging i form av kognitiv jobbmestring med formål om å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen. Behandlingen innebærer individuell veiledning og behandling mot psykiske plager i jobbsammenheng. Det skjer gjennom kognitiv atferdsterapi, og gjennomføres av spesialtrente helsearbeidere. I tillegg benyttes prinsipper fra Individuell jobbstøtte. En evaluering av prosjektet benyttet et randomisert kontrollert forskningsdesign, og fant positive sysselsettingseffekter for en behandlingsgruppe, sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok vanlig oppfølging via NAV og fastlege. Effekten var størst for mennesker som hadde vært ute av arbeidslivet i over 12 måneder. Ved 18 måneder hadde denne gruppen 28 % høyere sannsynlighet for å være i jobb sammenlignet med kontrollgruppen (Reme, et al., 2013).

Individuell jobbstøtte er et behandlingstilbud til sykmeldte med psykiske lidelser som innebærer tett individuell oppfølging og integrering av helse- og arbeidsrehabilitering. En evaluering av behandlingstilbudet benyttet randomisering for å undersøke om Individuell jobbstøtte bidrar til høyere arbeidsmarkedsdeltakelse for målgruppen. Deltakerne i studien hadde ulike psykiske lidelser, der depresjon var blant de vanligste. En behandlingsgruppe som mottok Individuell jobbstøtte, ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok en høykvalitetsversjon av tradisjonell oppfølging. Evalueringen fant en tydelig og statistisk signifikant effekt i favør Individuell jobbstøtte. Deltakere i behandlingsgruppen hadde 10 prosentpoeng høyere sysselsetting enn kontrollgruppen etter 18 måneder (Reme, et al., 2016).

### **3.4 Fastlegenes erfaringer med sykmelding og oppfølging av sykmeldte**

Det kommer frem fra fastlegeforskriften at fastlegen har ansvar for å diagnostisere og behandle, samt vurdere arbeidsevne hos individene som oppsøker hjelp (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012). Det tas en beslutning rundt behovet for sykmelding, og mulighetene for å utskrive gradert sykmelding fremfor full sykmelding. På dialogmøter kan dette diskuteres med arbeidsgiver, sykmeldte og NAV. Det er lite forskning på fastlegenes betydning for arbeidsinkludering i sykefraværsoppfølgingen. Det er imidlertid mange studier som tyder på at fastleger opplever det som utfordrende å vurdere sykmeldinger. Utfordringene skyldes blant annet at fastleger opplever en rollekonflikt mellom å være portvakt for trykkesystemet og de sykmeldtes sakkyndige, og at fastleger har opplevd økt arbeidsmengde de siste årene.

En rapport fra Uni Research Helse undersøker fastlegers tidsbruk på oppdrag fra Helsedirektoratet (Rebnord, et al., 2018). Basert på et registreringsskjema besvart av 1954 fastleger i Norge, viste resultatene at gjennomsnittlig arbeidstid for fastleger var 56 timer per

uke i 2018. Arbeidstiden har økt betraktelig de siste årene, til tross for at gjennomsnittlig listestørrelse har blitt redusert. Det er flere grunner til dette, blant annet økt ansvar til kommunene som følger av samhandlingsreformen, demografiske og medisinske utviklinger og økte forventninger fra pasienter. Det har dermed blitt vanskeligere å rekruttere fastleger. Dette kommer også frem i en rapport om fastlegenes arbeidsbelastning utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av Legeforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, KS og de regionale helseforetakene, i forbindelse med en protokoll mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeforeningen (Partssammensatt gruppe, 2019). Rapporten finner at fastleger har fått flere arbeidsoppgaver og arbeidsmengden har økt de siste årene, av årsaker som endringer i forventninger hos befolkningen, økning i andelen eldre i befolkningen, mer komplisert sykdom, medisinske endringer, økning i oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og NAV, samt nye krav og lovendringer, for eksempel som følge av fastlegeordningen og samhandlingsreformen. Dette har medført en økende utfordring med rekruttering i fastlegeordningen.

Fastlegen har en viktig rolle som sykmelder, og mange studier tyder på at fastleger opplever sykmeldingsarbeidet som utfordrende og tidskrevende. En studie som undersøker registerdata med informasjon om sykmeldinger, finner at rundt 70 % av et representativt utvalg av fastleger i Norge synes det er problematisk å anslå arbeidsevne, og lengde og grad av sykmelding for sykmeldte med psykiske lidelser. Mange fastleger opplever det som problematisk å håndtere rollekonflikten som behandler og portvakt for trygdesystemet, samt at situasjoner der de er uenige med sykmeldte om behovet for videre sykmelding er krevende. De er bekymret for at sykmeldte vil bytte fastlege dersom de ikke får forlenget sykmeldingen. På grunn av dette kan fastleger ha vanskeligheter med å tilpasse sykmeldinger slik at de fullt utnytter gjenværende arbeidsevne og minimerer sykefraværsperioden for den sykmeldte (Winde, et al., 2012). En studie av Torsvik og Vaage (2016) undersøker effektene av å fjerne fastlegen som portvakt for trygdesystemet ved å utvide egenmeldingstiden fra 3 dager til inntil 1 år i en utvalgt kommune i Norge. Fastleger bruker mye tid på sykmeldingsarbeid, og en hensikt med prosjektet var å undersøke om fastlegen kunne spare tid og ressurser ved å utvide egenmeldingstiden. Som følge av dette var fastlegen heller ikke pålagt å delta på dialogmøter i sykefraværsperioden, men arbeidsgiver tok en mer aktiv rolle. Ved bruk av data fra NAV og differanse-i-differanse-metoden viser de empiriske resultatene en reduksjon i sykefraværet i etterkant av prosjektet på rundt 20 % i forsøkskommunen sammenlignet med andre kommuner. Resultatene fra denne studien indikerer at fastleger ikke nødvendigvis trenger å involveres i sykmeldingsarbeidet.

En scoping-oversikt av Aamland og Mæland (2016) kartlegger internasjonal litteratur relatert til leger sine erfaringer med sykmelding og oppfølging. Også her kommer det frem at det er en rollekonflikt for fastleger mellom rollen som trygdesystemets portvakt, og rollen som sykmeldtes sakkyndig. I tillegg finner studien at leger ikke vet nok om hva som foregår på arbeidsplassen, og at taushetsplikten kan hindre god dialog med arbeidsgiver. Mangel på tillit er en grunn til dårlig fungerende kommunikasjon med ansatte i trygdeforvaltningen. Fastlegene mener at dialog og samarbeid mellom aktører er viktig for god håndtering av den sykmeldte, men ulikt ståsted gjør det vanskelig. Det kommer frem fra de norske studiene at fastleger har behov for økt kunnskap og kompetanse rundt sykmeldingspraksisen etter samhandlingsreformen. Mange leger har positive erfaringer og holdninger til opplæring i sykmeldingsarbeidet. Lignende funn kommer frem fra en studie av Mykletun (2010) som intervjuer et utvalg av 100 norske fastleger. Studien finner at 2 av 3 fastleger uttrykte et behov for forbedring i primærhelsetjenesten ved å forbedre evnen og kompetansen til å diagnostisere og behandle psykiske lidelser, forbedre samarbeidet med sekundærhelsetjenesten, samt mer tid til konsultasjoner for individene hos fastlegen.

Ulike studier finner ulike effekter av veiledning for fastleger med fokus på sykmelding. En randomisert kontrollert studie av fastleger i Bergen fant ingen signifikante effekter på sykefraværet av en veiledningsmetode som innebar at overleger fra NAV gjennomførte systematisk veiledning for fastlegene. Studien tok utgangspunkt i langtidssykmeldte, hadde fokus på sykmelding og arbeidsrettede tiltak, og målet var returnering til arbeid. I studien kommer det frem at fastleger og NAV-overleger vurderte veiledningen som nyttig, og var positive til at metoden kunne påvirke sykmeldingspraksisen, til tross for ingen beviste effekter (Mykletun, et al., 2015). Nossen og Brage (2015) finner at økt kompetanse for fagpersoner som følge av økt veiledning, var en viktig årsak til nedgangen i sykefravær i forbindelse med et NAV-prosjekt i Hedmark, som hadde som formål å håndheve aktivitetskravet for sykmeldte. Studien konkluderer med at systematisk gjennomgang av muligheter og hindringer for arbeidsrettede tiltak i forbindelse med prosjektet, trolig økte fastleger sin kompetanse rundt den sykmeldtes situasjon. Disse studiene finner altså at fastleger har positive holdninger til veiledning, og det potensielt kan virke positivt på sykefraværet. En studie fra Aakvik, Holmas og Kamrul (2010) finner imidlertid at forskjeller i fastlegepraksis ikke har noen betydning for lengden på sykefravær. Studien benytter norske administrative datasett, og resultatene fra regresjonene tyder på at det er individfaktorer heller enn variasjon i fastlegepraksis eller kommunekarakteristikk, som forklarer variasjonen i lengden på sykefraværet til sykmeldte.

### 3.5 Oppsummerende diskusjon

Tidligere erfaringer og kunnskap er viktig for å videreutvikle tiltak og metoder for behandling og oppfølging av sykmeldte, som kan bidra til å øke arbeidsdeltakelsen og redusere sykefraværet. Fastleger kan anses som en knapp ressurs i samfunnet, og det er derfor viktig å finne ut hvordan de kan involveres i sykefraværsoppfølgingen på en effektiv måte. Evalueringer og studier i dette kapittelet tyder på at tett individuell oppfølging og veiledning, samt økt tilgang til psykiske helsetjenester, har positive effekter på depresjonssymptomer og arbeidsevne, særlig for langtidssykmeldte. Evalueringer av arbeidsrettede tiltak finner at det er effektivt for arbeidsevnen og mulighetene til å returnere til arbeidslivet for sykmeldte med psykiske lidelser.

Det kommer frem fra ulike studier at fastleger opplever flere utfordringer i sykmeldingsarbeidet. Fastleger har opplevd en økning i arbeidsmengde og arbeidsoppgaver de siste årene, av årsaker som demografisk utvikling og endringer i regelverk. Å ta en beslutning rundt arbeidsevne og sykmelding oppleves som krevende, både på grunn av mangel på kompetanse og hjelpemidler, men også siden fastleger opplever en rollekonflikt fordi de fungerer som portvakt for trygdesystemet, samtidig som at de har et økonomisk insentiv til å tilfredsstille sykmeldtes ønsker om videre sykmelding for å forhindre at sykmeldte bytter fastlege. Studier som undersøker effekter av veiledning for fastleger i sykmeldingsoppfølgingen finner at fastleger har positive holdninger til dette, og at det potensielt kan virke positivt på sykefraværet, blant annet fordi det kan bidra til økt opplæring og kompetanse rundt sykmeldtes situasjon. Andre studier finner imidlertid at karakteristika ved fastleger ikke har noen bevist effekt på sykefraværet til sykmeldte.

Dialogmøter er et virkemiddel som tilrettelegger for samarbeid og kommunikasjon mellom partene i sykmeldingsoppfølgingen, slik at fastleger kan få økt kompetanse rundt den sykmeldtes situasjon, og diskutere behovet for sykmelding med arbeidsgiver og NAV. Markussen, Røed og Schreiner (2015) finner positive effekter av innkalling og gjennomføring av dialogmøter generelt på sykmeldtes sykefraværsvarighet og tilbakevending til arbeidslivet. Studien kan imidlertid ikke skille betydningen av de ulike partenes deltakelse. Ose, et al. (2013) gjennomgår rammeverket for oppfølgingen av sykmeldte, og partenes holdninger til dette basert på kvantitative og kvalitative metoder. Det kommer frem at fastleger anser dialogmøter som ineffektiv tidsbruk, og at det ikke er et tilstrekkelig virkemiddel for å få sykmeldte tilbake i jobb. På bakgrunn av at fastleger har stor arbeidsmengde, er det interessant å undersøke om fastlegens deltakelse på dialogmøter har betydning for senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte med depresjon.

## 4. Data og utvalg

I dette kapittelet presenteres datamaterialet som benyttes i den empiriske analysen, samt bearbeiding av utvalget, definerings av behandling og avhengige variabler. Deretter presenteres deskriptiv statistikk for utvalget og en diskusjon rundt dette.

### 4.1 Data

Data som anvendes i analysen inneholder opplysninger fra flere administrative registre om individer født mellom 1945 og 1995, som fortsatt lever i 2008, og som står oppført på en fastlegeliste. Data er for tidsperioden 2008 til 2016. Bakgrunns karakteristika om individer er hentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Dette inkluderer variabler som kjønn, fødselsdato, innvandring, fødeland, død, sivilstatus, bosted/sentralitetsindeks og pensjonsgivende inntekt. Data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjon (KUHR) inneholder alle refusjonskrav sendt fra leger til staten for behandling og oppfølging av personer de har på fastlegelisten. Refusjonskrav inneholder informasjon om fastlegens aktivitet, herunder antall, lengde og omfang av legekonsultasjoner. Fastlegeregisteret inneholder informasjon om fastlege- og listekarakteristika. NORPD er det norske reseptregisteret og inneholder informasjon om utlevering av antidepressiva/antipsykotika med opplysninger om utleveringsdato og forskriving.<sup>8</sup> SSB sin registerbase FD-trygd gir informasjon om start- og stoppdatoer for utbetaling av sykepenger, arbeidsavklaringspenger, alderspensjon, uføretrygd og fødselspenger.

### 4.2 Utvalg, behandling og avhengig variabel

Utvalget i analysen består av arbeidstakere som har vært sykmeldt minst 6 måneder, og som i løpet av denne perioden har minst en sykmelding registrert i KUHR med diagnosen P76 depressiv lidelse. Utvalget avgrenses til langtidssykmeldte arbeidstakere, fordi det er for disse dialogmøte 2 er aktuelt. Alle som starter en sykmelding i løpet av første kvartal i årene 2012, 2013 eller 2014 inkluderes. I tillegg ekskluderes alle som har hatt en sykmelding grunnet en depresjonsdiagnose i løpet av foregående kalenderår, slik at utvalget kun består av individer med en «ny» sykdomsperiode med en så alvorlig grad av depresjon at det er behov for sykmelding. Noen individer har imidlertid fått diagnosen depresjon tidligere, men ikke sykmelding grunnet dette. 137 observasjoner droppes på grunn av mangel på verdi på enkelte

---

<sup>8</sup> Data har ikke informasjon om mengden av antidepressiva/antipsykotika som utskrives. Antall utskrivinger kan dermed ikke kvantifiseres for å gi informasjon om omfanget av medisinbruk.



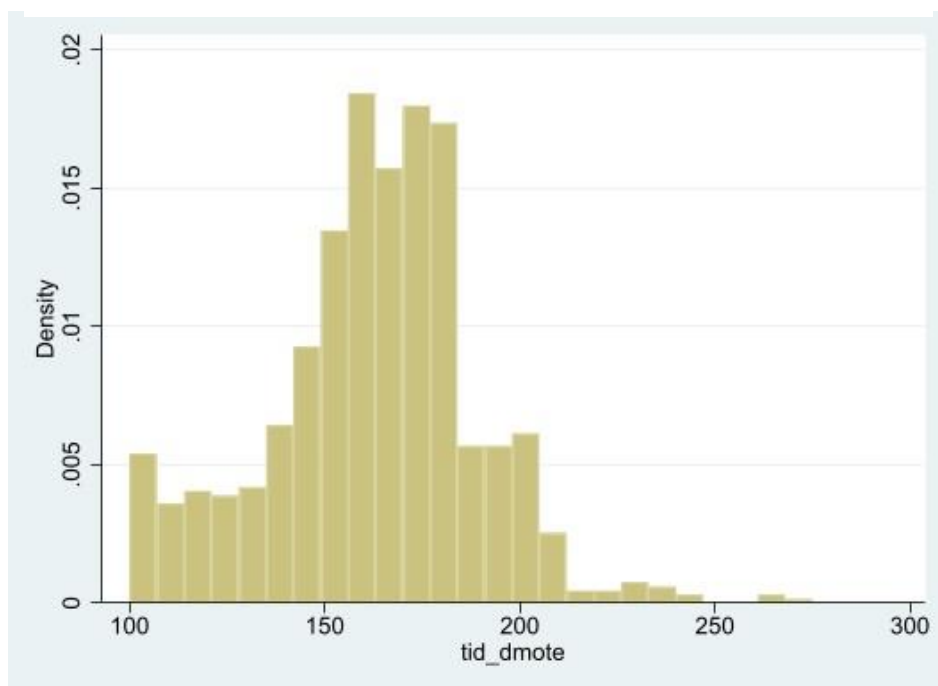
variabler. Dette fører til et datasett der det er observasjoner for alle individer. Tabell 2 viser fordelingen av observasjoner med oppstart av sykmelding i de aktuelle årene.

**Tabell 2. Antall sykmeldte**

Startår	Totalt	Kvinner	Menn
2012	1534	980	554
2013	1407	889	518
2014	1428	931	497
<i>Sum</i>	<i>4369</i>	<i>2800</i>	<i>1569</i>

Opplysninger om dialogmøter er hentet fra KUHR. Det defineres en dummy-variabel for om individet har gjennomført dialogmøte der fastlegen var til stede i tidsperioden etter 100 dager og før 7 måneder i sykefraværsperioden. Dialogmøte 1 skal gjennomføres innen 8 uker, og dialogmøte 2 skal gjennomføres innen 26 uker av sykefraværsperioden. Det antas derfor at dialogmøter som gjennomføres etter 100 dager er dialogmøte 2. *Behandlingsgruppen* er altså de som har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, og *sammenligningsgruppen* er de som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede. Figur 4 viser fordelingen av når dialogmøtene i utvalget tar sted. Den viser at dialogmøtene tar sted mellom dag 100 og dag 272 av sykefraværsperioden, der gjennomsnittet er dag 162. Det gjennomføres ekstra analyser i Appendiks A.2 for dialogmøter gjennomført i andre tidsperioder.

**Figur 4. Fordelingen av tidspunkter for dialogmøter i utvalget**



Analysen undersøker sammenhengen mellom dialogmøte 2 med fastlege til stede, og senere arbeidsmarkedsutfall separat for kvinner og menn. Grunnen til dette er at menn og kvinner kan ha ulike forutsetninger, slik som blant annet utdanning, yrke og inntekt, som kan påvirke både behandling og arbeidsmarkedsutfall. Kvinner og menn kan også ha ulike helseutfordringer, befinne seg i forskjellige deler av arbeidsmarkedet, og ha ulike holdninger til det å kombinere arbeid med familieliv. Det er store kjønnsforskjeller i sykefravær og det er, med unntak av graviditet, vanskelig å peke på årsaker (Nossen, 2019). På grunnlag av dette er det hensiktsmessig å tillate at ulike faktorer kan ha ulik påvirkning på behandling og utfall for kvinner og menn.

Utvalget som benyttes i analysen består av totalt 4369 personer, hvorom 64 % er kvinner og 36 % er menn. Totalt har 934 gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, der 327 er menn og 607 er kvinner (35 % og 65 %). Totalt 3435 har ikke gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, herunder 1242 menn og 2193 kvinner (38 % og 62 %). Det er altså 21 % som har og 79 % som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede totalt.

For oppgavens formål defineres to utfallsmål: inntekt målt som årsinntekt 2 år etter sykefraværsperioden<sup>9</sup>, og trygdestatus i september 2,5 år etter sykmelding.<sup>10</sup> Inntekt måles som pensjonsgivende inntekt i det aktuelle året i tusen kroner, justert for KPI. Utfallet trygdestatus defineres som helserelatert langtidssytelse, og er lik 1 dersom individet mottar arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Data inneholder ikke informasjon om graderte ytelser, slik at individer som mottar trygdeytelser kan kombinere trygd med arbeid, men vil bli definert som trygdemottakere i min utfallsvariabel. Utfallsmålene benyttes til å sammenligne ulike behandlingspraksiser, herunder hvorvidt det gjennomføres dialogmøte 2 med fastlege til stede eller ikke, og senere inntektsnivå og trygdestatus for langtidssykmeldte med depresjon.

### 4.3 Deskriptiv statistikk

Tabell 3 og 4 presenterer deskriptiv statistikk for utvalget, fordelt etter kjønn, og separat for behandlings- og sammenligningsgruppen. Det er relevant å skille behandlings- og sammenligningsgruppen fordi det er ønskelig å undersøke hvorvidt gruppene har tilnærmet like karakteristikk før behandling. De empiriske analysene skiller mellom kjønn, derfor presenteres også deskriptiv statistikk for kjønn separat. Verdiene er gjennomsnittsverdier med

---

<sup>9</sup> Sykmeldt 1. kvartal 2012: årsinntekt 2014. Sykmeldt 1. kvartal 2013: årsinntekt 2015. Sykmeldt 1. kvartal 2014: årsinntekt 2016.

<sup>10</sup> Sykmeldt 1. kvartal 2012: trygdestatus september 2014. Sykmeldt 1. kvartal 2013: trygdestatus september 2015. Sykmeldt 1. kvartal 2014: trygdestatus september 2016.

standardavvik i parenteser, og er målt i det gjeldende året der individet ble sykmeldt. I kolonne 1 presenteres gjennomsnittsverdier for gruppen som har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, og i kolonne 2 presenteres gjennomsnittsverdier for gruppen som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede. Av det totale utvalget er 22 % av kvinner i behandlingsgruppen, og 20,8 % av menn. I kolonne 3 rapporteres t-tester, kolonne 4 rapporterer differanser og kolonne 5 rapporterer normaliserte differanser.<sup>11</sup>

**Tabell 3. Deskriptiv statistikk for kvinner**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	D 2 med lege	Ikke D 2 med lege	t-test	Differanse	Normaliserte differanse
<b>Individer</b>					
Alder	42,64 (11,61)	41,12 (11,7)	0,99	0,52	0,0445
Inntekt 1 år før sykmelding <sup>a</sup>	357,73 (137,72)	354,62 (150,67)	0,48	3,11	0,0215
Inntekt 2 år før sykmelding	334,93 (144,26)	331,48 (157,88)	0,51	3,45	0,0228
Andel innvandrere	0,11	0,10	0,27	0,01	0,0328
<u>Sivilstatus:</u>					
Ugift	0,38	0,4	0,93	-0,02	-0,0408
Gift	0,40	0,38	0,84	0,02	0,0412
Skilt/separert	0,2	0,20	0,27	0	0,0000
Enke	0,02	0,02	0,46	0	0,0000
<u>Høyeste fullførte utdanning:</u>					
Grunnskole	0,19	0,23	1,8	-0,04	-0,0987
Videregående	0,42	0,38	2,05	0,04	0,0825
Høyere utdanning	0,37	0,39	0,78	-0,02	-0,0412
Ikke oppgitt	0,01	0,01	0,71	0	0,0000
<u>Yrker<sup>b</sup>:</u>					
Militære yrker og uoppgitt	0,01	0,04	5,65	-0,03	-0,1897
Ledere	0,06	0,05	0,94	0,01	0,0434
Akademiske yrker	0,26	0,25	0,75	0,01	0,0230
Høyskoleyrker	0,12	0,14	1,38	-0,02	-0,0606
Kontoryrker	0,10	0,10	0,53	0	0,0000
Salgs- og serviceyrker	0,37	0,34	1,27	0,03	0,0632
Bønder, fiskere mv.	0,00	0,00	2	0	0,0000
Håndverkere	0,01	0,01	1,16	0	0,0000
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	0,02	0,02	0,4	0	0,0000
Renhold, hjelpearbeidere mv.	0,05	0,04	0,65	0,01	0,0488
Sentralt bosted (indeks 1-2) <sup>c</sup>	0,38	0,46	3,54	-0,08	-0,1616
Mellomsentralt bosted (3-4)	0,49	0,46	1,15	0,03	0,0600
Usentralt bosted (5-6)	0,13	0,08	3,55	0,05	0,1629

<sup>11</sup> Dette forklares nærmere i kapittel 5.

<b>Sykdomshistorie:</b>					
Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,54	0,54	0,08	0	0,0000
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,47	0,46	0,65	0,01	0,0200
Antidepressive foregående 12 mnd.	0,28	0,26	0,83	0,02	0,0449
<b>Fastleger og lister</b>					
Alder	49,41 (10,63)	50,96 (10,19)	3,21	-1,55	-0,14892
Andel kvinnelige leger	0,39	0,4	0,42	-0,01	-0,0204
Listestørrelse (antall pasienter)	1260,32 (353,28)	1312,94 (377,84)	3,2	-52,62	-0,1439
Listetype: selvstendig næringsdrivende <sup>d</sup>	0,92	0,92	0,25	0	0,0000
Andel eldre på listen <sup>e</sup>	0,17	0,17	2,39	0	0,0000
Andel kvinner på listen	0,53	0,53	0,99	0	0,0000
<b>Aktivitet før sykefraværsperiode</b>					
Konsultasjoner i forrige år	4,6 (3,69)	4,6 (3,94)	0,01	0	0,000
Andel med konsultasjon og P76 forrige år	0,21	0,22	0,58	-0,01	-0,0241
Gradert uførepensjon før sykmelding	0,06	0,05	0,65	0,01	0,0444
<b>Aktivitet i sykefraværsperioden</b>					
Totalt antall sykedager <sup>f</sup>	319,81 (58,25)	300,8 (71,01)	6,77	19,01	0,2927
Konsultasjoner i fraværsperioden 0-6 mnd.	7,56 (2,59)	7,21 (2,78)	2,84	0,35	0,1303
Inntekt 1 år etter sykmelding	352,06 (141,64)	344,65 (152,34)	1,12	7,41	0,0504
Inntekt 2 år etter sykmelding	356,12 (154,24)	349,91 (164,28)	0,87	6,21	0,0390
<b>Trygdestatus 2,5 år etter:</b>					
Uføretrygd	0,08	0,08	0,55	0	0,0000
Arbeidsavklaringspenger	0,28	0,27	0,71	0,01	0,0225
Sykepenger	0,05	0,07	1,06	-0,02	-0,0833
Ingen ytelse	0,58	0,59	0,46	-0,01	-0,0204
<i>Antall observasjoner</i>	<i>607</i>	<i>2193</i>		<i>2800</i>	

**Merknad:** <sup>a</sup>Inntekt måles i tusen kroner. <sup>b</sup>Yrke er definert som det registrerte yrke året før sykmeldingsstart, og inndelingen er basert på SSB sin standard for yrkesklassifisering (*Statistisk sentralbyrå, 2011*). <sup>c</sup>Sentralitet er basert på en indeks med informasjon om kommunens nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner som varierer mellom 0 og 1000, der 1000 er Oslo. Sentral er definert som kommuner med sentralitetsindeks mellom 770-1000, mellomsentral er mellom 650-769, og usentral er mellom 0-649. <sup>d</sup>Listetype viser andelen selvstendig næringsdrivende fastleger sammenlignet med andelen fastlønnede leger ansatt i kommunen. <sup>e</sup>Eldre defineres som individer som er 67 år og oppover. <sup>f</sup>Totalt antall sykedager er målt i antall dager der sykmeldte mottar sykepenger, fra dagen der staten overtar sykepengeutbetalingen.

**Tabell 4. Deskriptiv statistikk for menn**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	D 2 med lege	Ikke D 2 med lege	t-test	Differanse	Normaliserte differanse
<b>Individer</b>					
Alder	44,35 (11,58)	43,07 (11,83)	1,76	1,28	0,1093
Inntekt 1 år før sykmelding	445,09 (178,08)	436,72 (209,59)	0,73	8,37	0,0430
Inntekt 2 år før sykmelding	422,12 (186,8)	412,62 (216,1)	0,79	9,5	0,0470
Andel innvandrere	0,12	0,11	0,69	0,01	0,0317
<u>Sivilstatus:</u>					
Ugift	0,42	0,46	1,46	-0,04	-0,0808
Gift	0,43	0,37	1,85	0,06	0,1224
Skilt/separert	0,15	0,16	0,32	-0,01	-0,0278
Enkemann	0,00	0,00	2,45	0	0,0000
<u>Høyeste fullførte utdanning:</u>					
Grunnskole	0,30	0,31	0,25	-0,01	-0,0217
Videregående	0,52	0,46	2,14	0,06	0,1200
Høyere utdanning	0,17	0,23	2,12	-0,06	-0,1498
Ikke oppgitt	0,00	0,01	1,6	-0,01	-0,1213
<u>Yrke:</u>					
Militære yrker og uoppgitt	0,02	0,07	4,18	-0,05	-0,2468
Ledere	0,12	0,1	1,24	0,02	0,0634
Akademiske yrker	0,1	0,12	1,3	-0,02	-0,0634
Høyskoleyrker	0,15	0,16	0,79	-0,01	-0,0278
Kontoryrker	0,07	0,08	0,98	-0,01	-0,0377
Salgs- og serviceyrker	0,19	0,13	2,51	0,06	0,1640
Bønder, fiskere mv.	0,01	0,01	0,48	0	0,0000
Håndverkere	0,16	0,16	0,12	0	0,0000
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	0,13	0,13	0,06	0	0,0000
Renhold, hjelpearbeidere mv.	0,05	0,04	0,81	0,01	0,0476
Sentralt bosted (indeks 1-2)	0,33	0,43	3,59	-0,1	-0,2061
Mellomsentralt bosted (3-4)	0,53	0,48	1,63	0,05	0,100
Usentralt bosted (5-6)	0,14	0,09	2,62	0,05	0,1578
<u>Sykdomshistorie:</u>					
Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,54	0,5	1,27	0,04	0,0800
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,39	0,43	1,52	-0,04	-0,0808
Antidepressive foregående 12 mnd.	0,24	0,24	0,1	-0	0,000
<b>Fastleger og lister</b>					
Alder	49,02 (10,85)	50,86 (10,5)	2,74	-1,84	-0,1723
Andel kvinnelige leger	0,30	0,24	2,32	0,06	0,1348

Listestørrelse (antall pasienter)	1252,94 (345,15)	1325,52 (385,6)	3,3	-72,58	-0,1983
Listetype: selvstendig næringsdrivende	0,89	0,9	0,62	-0,01	-0,0328
Andel eldre på listen	0,18	0,18	0,3	0	0,0000
Andel kvinner på listen	0,48	0,48	0,63	0	0,0000
<b>Aktivitet før sykefraværsperiode</b>					
Konsultasjoner i forrige år	3,62 (4,37)	3,38 (3,35)	0,95	0,24	0,0616
Andel med konsultasjon og P76 forrige år	0,15	0,2	2,19	-0,05	-0,1314
Gradert uførepensjon før sykmelding	0,03	0,02	1	0,01	0,0686
<b>Aktivitet i sykefraværsperioden</b>					
Totalt antall sykedager	319,64 (57,86)	308,25 (67,8)	3,05	11,39	0,1807
Konsultasjoner i fraværsperioden 0-6 mnd.	7,76 (3,06)	6,96 (2,9)	4,29	0,8	0,2684
Inntekt 1 år etter sykmelding	400,25 (199,48)	385,12 (204,91)	1,21	15,13	0,0748
Inntekt 2 år etter sykmelding	400,51 (216,91)	387,87 (216,78)	0,94	12,64	0,0583
<u>Trygdestatus 2,5 år etter:</u>					
Uføretrygd	0,1	0,06	2,3	0,04	0,1496
Arbeidsavklaringspenger	0,28	0,31	0,93	-0,03	-0,0659
Sykepenger	0,04	0,04	0,3	0	0,0000
Ingen ytelse	0,58	0,59	0,34	-0,01	-0,0204
<i>Antall observasjoner</i>	<i>327</i>	<i>1242</i>		<i>1569</i>	

Det er flere kvinner enn menn totalt i utvalget. Dette kan indikere at flere kvinner enn menn blir langtidssykmeldt. Kvinner har tradisjonelt sett mer ansvar for familie og hjem, og har derfor større samlet belastning når de i tillegg arbeider. Dette øker risikoen for sykefravær, og kan forsterkes dersom det oppstår situasjoner som kan være særlig psykisk belastende, som sykdom i familien og samlivsbrudd (Nossen, 2019). At det er flere kvinner enn menn kan også henge sammen med at kvinner har lettere for å oppsøke hjelp enn menn, og ikke nødvendigvis ha en sammenheng med at kvinner generelt er mer syke (Gjesdal, et al., 2016). I tillegg finner Kivimäki, Gunnell og Lawlor (2007) at kvinner har større sannsynlighet for å få sykmelding, og menn har større sannsynlighet for å få medisiner. Forskning<sup>12</sup> tyder på at tidlig intervensjon og forebygging er positivt for å redusere sykefravær og depresjonssymptomer, derfor kan det at færre menn oppsøker hjelp føre til at de utvikler mer alvorlige depresjonsdiagnoser, som potensielt påvirker senere arbeidsmarked utfall (Maastekaasa, 2014).

Den deskriptive statistikken viser at det generelt er små forskjeller i gjennomsnittsverdiene mellom kjønnene, og mellom behandlings- og sammenligningsgruppen. Tabellene viser at det

<sup>12</sup> Jané-Llopis, et al. (2003), Smith, Alves og Knapstad (2016).

er en større differanse i gjennomsnittsinntekt 1 og 2 år før sykmelding mellom behandlings- og sammenligningsgruppen for menn enn for kvinner. For begge kjønn er det flere som er ugift i sammenligningsgruppen, og flere som er gift i behandlingsgruppen. Det er flere kvinner enn menn med høyere utdanning som høyeste utdanningsnivå i begge gruppene. En større andel har uoppgitte yrker i sammenligningsgruppen for begge kjønn. Dette kan komme av at disse ikke lenger har arbeidsgivertilknytning. Flere kvinner har akademiske yrker og salgs- og serviceyrker, og flere menn har yrker som håndverkere og prosess- og maskinoperatører. Det er generelt liten forskjell mellom yrker i behandlings- og sammenligningsgruppen, med unntak av at det er flere i salgs- og serviceyrker i behandlingsgruppen for begge kjønn.

Det er en større andel mennesker som bor sentralt i sammenligningsgruppen, og en større andel mennesker som bor mellomsentralt eller usentralt i behandlingsgruppen. Dette kan indikere at fastlegen driver tettere oppfølging i mellomsentrale og usentrale områder. Det er kortere pasientlister for behandlingsgruppen enn for sammenligningsgruppen, og data bekrefter at det er en korrelasjon mellom usentrale og mellomsentrale kommuner, og kortere pasientlister. Det kan tenkes at dersom fastleger i små kommuner har kortere pasientlister, har de mindre arbeidsmengde og større anledning til å delta på dialogmøter. Det kan også tenkes at fastleger har mer kjennskap til og kommunikasjon med de lokale arbeidsplassene i små kommuner. Dette underbygges av en analyse fra Helsedirektoratet (2018) som finner at innbyggere på lengre lister har mindre kontakt med legetjenesten, enn innbyggere på kortere lister. Det kan tenkes at fastleger nedprioriterer dialogmøter dersom de har større pasientlister og større arbeidsmengde, fordi dialogmøter anses som lite hensiktsmessig (Ose, et al., 2013). På bakgrunn av at det er en større andel mennesker i behandlingsgruppen som bor i mellomsentrale eller usentrale kommuner, gjennomføres en ekstra analyse for disse kommunene i Appendiks A.1.2.<sup>13</sup>

Det er en større andel sykmeldte med en tidligere somatisk sykdom i behandlingsgruppen, og en større andel sykmeldte med en tidligere psykisk sykdom i sammenligningsgruppen for menn. Dette kan indikere at individer har mer kontakt med fastlegen dersom sykdommer er somatiske, heller enn psykiske. Det er i tråd med resultater fra Roness, Mykletun og Dahl (2005) som finner at andelen individer med psykiske helseproblemer som oppsøker helsetjenesten er lav, særlig for menn, av årsaker som mye stigma rundt psykisk helse og skam knyttet til sykdommer som ikke er synlige. Det er flere kvinner enn menn som har fått utskrevet medisiner i forkant av sykmelding, og flere i behandlingsgruppen enn i sammenligningsgruppen.

---

<sup>13</sup> Dette utdypes i kapittel 5.

Gjennomsnittsalderen for leger som deltar på dialogmøte 2 er noe lavere enn for leger som ikke deltar på dialogmøte 2. Data viser at det er en positiv korrelasjon mellom legens alder og listestørrelse. Yngre leger har altså mindre lister, og kan derfor ha mindre arbeidsmengde og mer tid til å delta på dialogmøter. Dette er i tråd med Hetlevik og Gjesdal (2010) som finner at yngre leger og leger med mindre pasientlister er assosiert med hyppigere kontakt med fastlegen. Det er større andel eldre og større andel kvinner på listene for kvinner, enn for menn. Kvinner har flere konsultasjoner enn menn det foregående året før sykmelding. For begge kjønn er det færre som har gjennomført konsultasjon med fastlege, og hatt diagnosen P76 det foregående året før sykmelding i behandlingsgruppen. Flere kvinner enn menn har fått innvilget gradert uførepensjon før sykmelding, og det er større andel i behandlingsgruppen for begge kjønn.

Gjennomsnittlig antall sykedager er høyere for behandlingsgruppen. Det kan være knyttet til at denne gruppen i utgangspunktet har alvorligere depresjonslidelser, og dermed større behov for medisinsk oppfølging fra fastlegen på dialogmøter, og ikke nødvendigvis at det er en sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede og sykefraværsværigheten.<sup>14</sup> Gjennomsnittlig antall konsultasjoner i sykefraværperioden er høyere for behandlingsgruppen. Flere menn mottar uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger 2,5 år etter sykmelding i behandlingsgruppen, enn i sammenligningsgruppen. Flere kvinner enn menn fortsetter å motta sykepenger, og det er en større andel i sammenligningsgruppen.

---

<sup>14</sup> Dette diskuteres nærmere i delkapittel 6.2.



## 5. Empirisk metode og resultater

I min problemstilling er det seleksjonsproblemer dersom det er underliggende faktorer som påvirker både hvorvidt sykmeldte gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede, og senere arbeidsmarkedsutfall. Underliggende faktorer kan være kjennetegn ved sykmeldte, fastlegen eller arbeidsgiver. For eksempel kan alvorlighetsgraden av depresjonsdiagnosen til sykmeldte påvirke fastlegens oppfølgingspraksis og tilstedeværelse på dialogmøter. Alvorlighetsgrad av depresjonsdiagnosen kan også ha en direkte sammenheng med sykmeldtes arbeidsevne og muligheten for å returnere til arbeid. Et annet eksempel er kjennetegn ved arbeidsgiver. Faktorer som størrelse på virksomhet og sektor kan påvirke arbeidsgivers synspunkt på sykmeldingsoppfølging og behov for å involvere fastlegen. Arbeidsmiljø kan påvirke sykmeldtes vilje til å returnere til arbeidsplassen.<sup>15</sup>

Dersom det hadde vært tilfeldig om fastlegen deltok på dialogmøte 2 eller ikke, ville problemet med seleksjon vært unngått. Dette kan man oppnå i et randomisert eksperiment der målgruppen deles inn i to grupper etter tilfeldig trekning. Randomisering er ikke tilfelle, derfor benyttes matching-metoden som forsøker å justere for seleksjon ved å trekke ut et utvalg der behandlings- og sammenligningsgruppen «matcher» på en fordeling av bakgrunnskjenntegn, slik at gruppene er så sammenlignbare som mulig. Tilgjengelig data inneholder et bredt informasjonsgrunnlag med opplysninger om en rekke bakgrunns karakteristika. Det er likevel ingen garanti for at det ikke finnes underliggende faktorer som påvirker behandling og utfall, og som kan skape seleksjon. I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten for matching-metoden og resultatene fra de empiriske analysene.

### 5.1 Empirisk metode

Fremgangsmåten for å utføre matching-metoden er hentet fra Imbens (2015), og består av tre steg. Første steg går ut på å trimme utvalget for å forbedre overlappingen av fordelingen av bakgrunnskjenntegn. I andre steg gjennomføres en supplerende analyse for å teste antakelsen om at betinget uavhengighet holder. I tredje steg estimeres gjennomsnittlige behandlingseffekter.

Hovedantakelsen for å oppnå konsistente estimater er antakelsen om betinget uavhengighet:

$$Y_1, Y_0 \perp W \mid X$$

---

<sup>15</sup> Det potensielle seleksjonsproblemet diskuteres nærmere i delkapittel 6.2.

Betinget på  $X$ , er potensielt utfall med behandling  $Y_1$  og uten behandling  $Y_0$  uavhengig av om individet faktisk får behandling.  $W$  er en indikator lik 1 dersom individet får behandling og  $X$  er et sett av kontrollvariabler. For at dette skal holde, er det ønskelig med et så balansert sett av kontrollvariabler over behandlings- og sammenligningsgruppen som mulig.

Observert utfall for observasjonsenhet  $i$  er gitt ved:

$$Y = Y(W) = \begin{cases} Y(0) & \text{hvis } W = 0 \\ Y(1) & \text{hvis } W = 1 \end{cases}$$

Vi observerer altså  $Y(0)$  for sammenligningsgruppen og  $Y(1)$  for behandlingsgruppen. Dersom antakelsen om betinget uavhengighet holder, kan gjennomsnittlig behandlingseffekt uttrykkes som:

$$T = E[E[Y(1) - Y(0)|X]]$$

#### *Første steg: design*

Formålet med det første steget er å tilpasse utvalget for å forbedre overlappingen av fordelinger av bakgrunnskjenntegn i utvalget. Dette er for å gjøre behandlings- og sammenligningsgruppen så sammenlignbare som mulig. I dette steget anvendes kun data om bakgrunnskjenntegn og indikatorer for behandling, og ikke data for de faktiske utfallene av interesse. For å vurdere nivået av overlapping benyttes deskriptiv statistikk. Det beregnes  $t$ -tester, differanser og normaliserte differanser som gir informasjon om hvorvidt verdiene til kontrollvariablene i de to gruppene er signifikant ulike. Dette er oppgitt sammen med deskriptiv statistikk i delkapittel 4.3.

$T$ -testene tester nullhypotesen om at forskjellene mellom gjennomsnittsverdiene til kontrollvariablene i behandlings- og sammenligningsgruppen er signifikant lik 0. Dersom  $t$ -testverdien overstiger 1,96 forkastes nullhypotesen om at verdiene er like på 5 % signifikansnivå. Differanser viser differansen mellom gjennomsnittsverdier til kontrollvariablene mellom behandlings- og sammenligningsgruppen. Normaliserte differanser er differanser i gjennomsnittlige verdier til kontrollvariablene mellom behandlings- og sammenligningsgruppen skalert med en andel av standardavviket til kontrollvariablene. Høye verdier indikerer at gjennomsnittlig verdi på kontrollvariablene i de to gruppene er ulike.

Normaliserte differanser beregnes ved følgende formel:

$$\Delta_{X,k} = \frac{\bar{X}_{t,k} - \bar{X}_{c,k}}{\sqrt{(S_{X,t,k}^2 + S_{X,c,k}^2)/2}}$$

Der

$$\bar{X}_{t,k} = \frac{1}{N_t} \sum_{W_i=1} X_{i,k}, \bar{X}_{c,k} = \frac{1}{N_c} \sum_{W_i=0} X_{i,k}$$

$$S_{X,c,k}^2 = \frac{1}{N_c - 1} \sum_{W_i=0} (X_{i,k} - \bar{X}_{c,k})^2, S_{X,t,k}^2 = \frac{1}{N_t - 1} \sum_{W_i=1} (X_{i,k} - \bar{X}_{t,k})^2$$

X er kontrollvariabelvektoren. Fotskrift t og c representerer henholdsvis behandlingsgruppen og sammenligningsgruppen.

Hovedpoenget ved å benytte normaliserte differanser er at dette er mer nyttig for å justere for forskjeller i kontrollvariabler mellom behandlings- og sammenligningsgruppen, enn å benytte en t-test for å teste nullhypotesen om at forskjellen er signifikant lik null. Grunnen er at t-testverdier kan være høye kun fordi utvalget er stort, noe som gjør at differanser kan være statistisk signifikante til tross for at de er vesentlig små. Det er derfor mer hensiktsmessig å undersøke normaliserte differanser, der høye verdier indikerer at gjennomsnittlig verdi på kontrollvariabler i de to gruppene er ulike.

Variablene med de største verdiene for de normaliserte differansene for kvinner er militære og uoppgitte yrker, sentralt og usentralt bosted, legens alder, listestørrelse og totalt antall sykedager. For menn er variablene med de største verdiene for de normaliserte differansene høyeste fullførte grad høyere utdanning, militære og uoppgitte yrker, salgs- og serviceyrker, sentralt og usentralt bosted, legens alder, listestørrelse, totalt antall sykedager, antall konsultasjoner i fraværperioden og trygdestatus uføretrygd 2,5 år etter sykmelding. De normaliserte differansene er større for menn enn for kvinner, noe som indikerer større forskjeller mellom de som har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, og de som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede for menn. Alle de normaliserte differansene er imidlertid lave (under 0,3), som indikerer at det generelt er små forskjeller mellom gruppene.

Neste fase i første steg er å estimere propensity score. Det er definert som sannsynligheten for å motta behandling for hver observasjonsenhet. Dersom vi hadde hatt et randomisert eksperiment ville den sanne propensity score vært konstant, men siden dette ikke er tilfelle må den estimeres. Estimatoren for å estimere propensity score er basert på en logistisk

regresjonsmodell som estimeres med Maximum Likelihood. Den logistiske modellen som benyttes i analysen er logit, og propensity score estimeres for kjønnene separat.

Propensity score er spesifisert som:

$$e(x) = \frac{\exp[h(x)'\gamma]}{1 + \exp[h(x)'\gamma]}$$

Der  $\gamma$  er en parametervektor, og  $h(x)$  er en vektor av funksjoner.

Gitt et valg av funksjonen  $h(x)$ , kan  $\gamma$  estimeres med Maximum Likelihood.

$$\hat{\gamma}_{ml}(W, X) = \arg \max_{\lambda} L(\gamma|W, X) = \arg \max_{\lambda} \sum_{i=1}^N \{W_i * h(X_i)'\gamma - \ln(1 + \exp[h(X_i)'\gamma])\}$$

Den estimerte propensity score er da:

$$\hat{e}(x|W, X) = \frac{\exp[h(x)'\hat{\gamma}_{ml}(W, X)]}{1 + \exp[h(x)'\hat{\gamma}_{ml}(W, X)]}$$

Estimeringen utføres i Stata. Vektoren av funksjoner  $h(\cdot)$  spesifiseres ved å velge kontrollvariabler som skal inkluderes. Dette er kontrollvariabler som det mistenkes at påvirker om sykmeldte gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede. I dette steget skilles det ikke mellom kjønn, slik at valg av kontrollvariabler gjelder for det totale utvalget. Fremgangsmåten for å identifisere hvilke kontrollvariabler som skal inkluderes i estimeringen av propensity score er å estimere flere regresjoner, en for hver tilleggsvariabel som er gjenværende utover basisvariablene som er valgt. I min analyse er følgende basisvariabler valgt: dummy for somatisk diagnose i løpet av de tre foregående årene før sykmelding, dummy for psykisk diagnose i løpet av de tre foregående årene før sykmelding, dummy for bruk av antidepressiva i løpet av det foregående året før sykmelding, alder og inntekt målt 1 år før sykmeldingsåret. De tre første variablene gir informasjon om sykdomshistorie, og kan dermed gi en indikator for alvorlighetsgraden og omfanget av depresjonsdiagnosen, som anses som sannsynlig å påvirke senere behandlingsforløp. Tidligere inntekt og alder inkluderes fordi det antas at dette henger sammen med individenes holdninger til sykefravær, oppfølging og preferanser for behandling, som videre vil påvirke behandlingsforløpet.

Det beregnes en likelihood ratio-test som sammenligner modellen med basismodellen, og tester nullhypotesen om at koeffisienten til den tillagte kontrollvariabelen er lik 0. Det avdekker hvorvidt inkludering av flere kontrollvariabler vil forbedre forklaringskraften til modellen. Kontrollvariabelen med høyest likelihood ratio testverdi inkluderes i modellen, gitt at verdien

overstiger en terskelverdi. I henhold til Imbens (2015) velges terskelverdi 1 for lineære uttrykk og 2,71 for andreordensuttrykk. Denne prosedyren gjentas inntil regresjonen med høyest likelihood ratio test har en verdi under terskelverdi 1. Deretter gjentas prosessen for sekundære uttrykk. Basert på resultatene fra denne prosessen inkluderes følgende kontrollvariabler: dummy for yrke med 9 kategorier, dummy for usentralt bosted, legens alder, dummy for sentralt bosted, andel med P76 og konsultasjon i løpet av det foregående året, dummy for videregående som høyeste fullførte utdanning, dummy for grunnskole som høyeste fullførte utdanning, dummy for uoppgitt utdanning, dummy for innvandrere, listestørrelse, dummy for listetype, antall konsultasjoner i løpet av det foregående året, dummy for kvinnelig lege, inntekt 1 år før sykmelding kvadrert og interaksjon mellom innvandrere og tidligere psykisk lidelse.

Kontrollvariablene er listet opp i den rekkefølgen de ble valgt til inklusjon. Å inkludere irrelevante kontrollvariabler gir ofte lite utslag på den estimerte propensity score, men det kan øke variansen noe. Av denne grunn undersøkes presisjon ved å sammenligne estimert propensity score basert på utvalgte kontrollvariabler, med estimert propensity score basert på alle tilgjengelige kontrollvariabler. I tillegg til de allerede nevnte kontrollvariablene, inkluderes følgende kontrollvariabler når estimeringen baseres på alle tilgjengelige kontrollvariabler: inntekt målt 2 år før sykmelding, sivilstatus gift, skilt og enke, gradert uførepensjon før sykmelding, andel eldre på listen, andel kvinner på listen, alder kvadrert, legens alder kvadrert og interaksjoner mellom innvandrere og de tre variablene tidligere somatisk lidelse, tidligere psykisk lidelse og utskrevet resept på antidepressiva i løpet av det foregående året før sykmelding. Basert på et utvalg av kontrollvariabler er gjennomsnittlig propensity score for behandlingsgruppen 23,78 % for kvinner og 24,6 % for menn. For sammenligningsgruppen er gjennomsnittlig propensity score 21,13 % for kvinner og 19,85 % for menn. Basert på alle kontrollvariabler er propensity score 23,93 % for kvinner og 25 % for menn i behandlingsgruppen, og 21,09 % for kvinner og 19,84 % for menn i sammenligningsgruppen. Ved sammenligning kommer det frem at estimatene endres lite og flere av estimatene er signifikante når propensity score er estimert basert på utvalgte kontrollvariabler. I tabell 5 presenteres estimert propensity score for å gjennomføre dialogmøte 2 med lege til stede estimert med et utvalg av kontrollvariabler ved bruk av logitregresjon. Det rapporteres koeffisientestimer som ikke gir noen direkte tolkning, bortsett fra fortegn.

**Tabell 5. Estimert propensity score for å gjennomføre dialogmøte 2 med lege til stede**

Kvinner		Menn	
Koeffisient	Std.feil	Koeffisient	Std.feil

Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	-0.0213	0.0995	0.115	0.134
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0.0880	0.121	-0.0646	0.167
Antidepressiva foregående 12 mnd.	0.0652	0.115	0.125	0.169
Alder	0.00270	0.00434	0.00826	0.00603
Inntekt 1 år før sykmelding	0.00122	0.000930	0.00192	0.00109
Militære yrker og uoppgitt	0	.	0	.
Ledere	1.691 <sup>***</sup>	0.479	1.209 <sup>**</sup>	0.459
Akademiske yrker	1.609 <sup>***</sup>	0.447	0.907	0.469
Høyskoleyrker	1.361 <sup>**</sup>	0.452	0.868	0.450
Kontoryrker	1.402 <sup>**</sup>	0.452	0.771	0.465
Salgs- og serviceyrker	1.527 <sup>***</sup>	0.430	1.389 <sup>**</sup>	0.431
Bønder, fiskere mv.	0	.	1.241	0.820
Håndverkere	2.092 <sup>***</sup>	0.594	0.940 <sup>*</sup>	0.444
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	1.264 <sup>*</sup>	0.540	0.865	0.448
Renhold, hjelpearbeidere mv.	1.589 <sup>***</sup>	0.477	1.290 <sup>**</sup>	0.488
Usentralt bosted	0.513 <sup>**</sup>	0.162	0.374	0.212
Legens alder	-0.0144 <sup>**</sup>	0.00479	-0.00994	0.00657
Sentralt bosted	-0.182	0.104	-0.382 <sup>**</sup>	0.148
Andel med konsultasjon og P76 forrige år	-0.170	0.139	-0.404	0.216
Videregående	0.195	0.135	0.325	0.193
Grunnskole	-0.0340	0.159	0.301	0.221
Ikke oppgitt utdanning	0.353	0.453	-1.274	1.060
Andel innvandrere	0.0918	0.218	0.289	0.276
Listestørrelse (antall pasienter)	-0.000247	0.000139	-0.000271	0.000188
Listetype: andel selvstendig næringsdrivende	0.464 <sup>*</sup>	0.195	0.286	0.229
Konsultasjoner i forrige år	0.00327	0.0125	0.0167	0.0185
Andel kvinnelige leger	-0.122	0.100	0.293	0.150
Inntekt 1 år før sykmelding kvadrert	-0.00000128	0.000000901	-0.00000154	0.000000882
Innvandrer og tidligere psykisk sykdom 3 år før sykmelding	0.172	0.304	0.322	0.405
Konstantledd	-2.566 <sup>***</sup>	0.570	-2.906 <sup>***</sup>	0.676
<i>Observasjoner</i>	2796		1569	

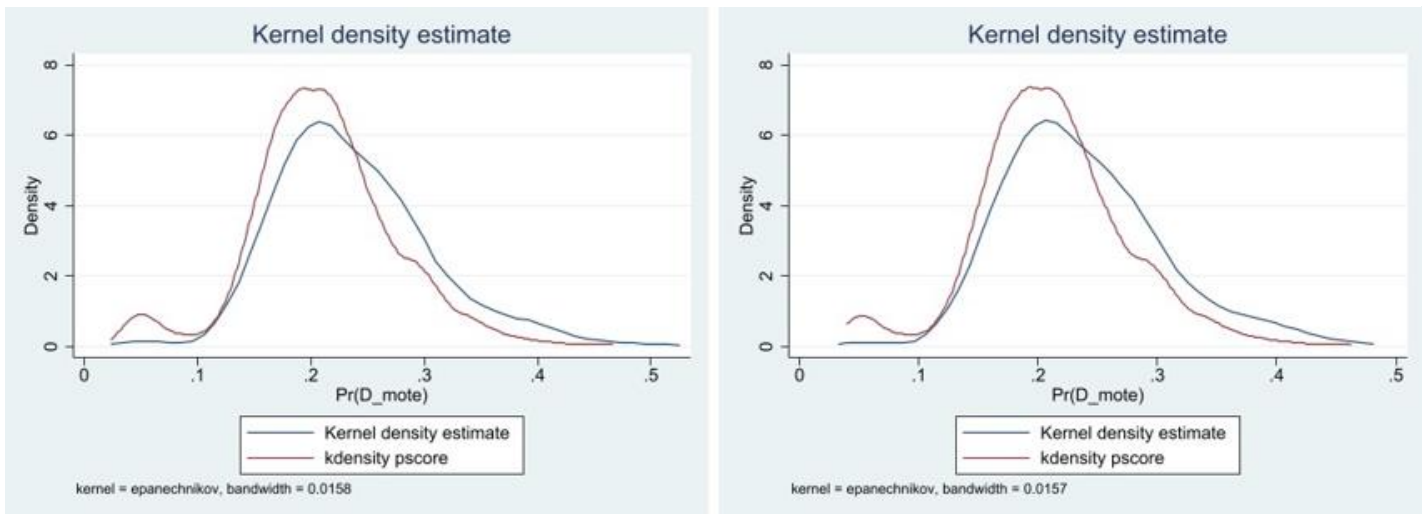
**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

For at antakelsen om betinget uavhengighet skal holde, må distribusjonen av  $e(x)$  være mest mulig lik i behandlings- og sammenligningsgruppen. For å oppnå dette benyttes et utvalg med såkalt *common support*, som innebærer å fjerne observasjonseenheter med ekstreme verdier for  $e(x)$  fordi de ikke har noen motpart i den andre gruppen. I mitt utvalg utelukkes enheter med propensity score under 3,95 % og over 46,6 % for kvinner, og under 4,9 % og over 53 % for menn. Dette fører til eksklusjon av henholdsvis 15 og 20 observasjonseenheter. Propensity score tetthetsfunksjonen for behandlings- og sammenligningsgruppen, for det trimmede utvalget og

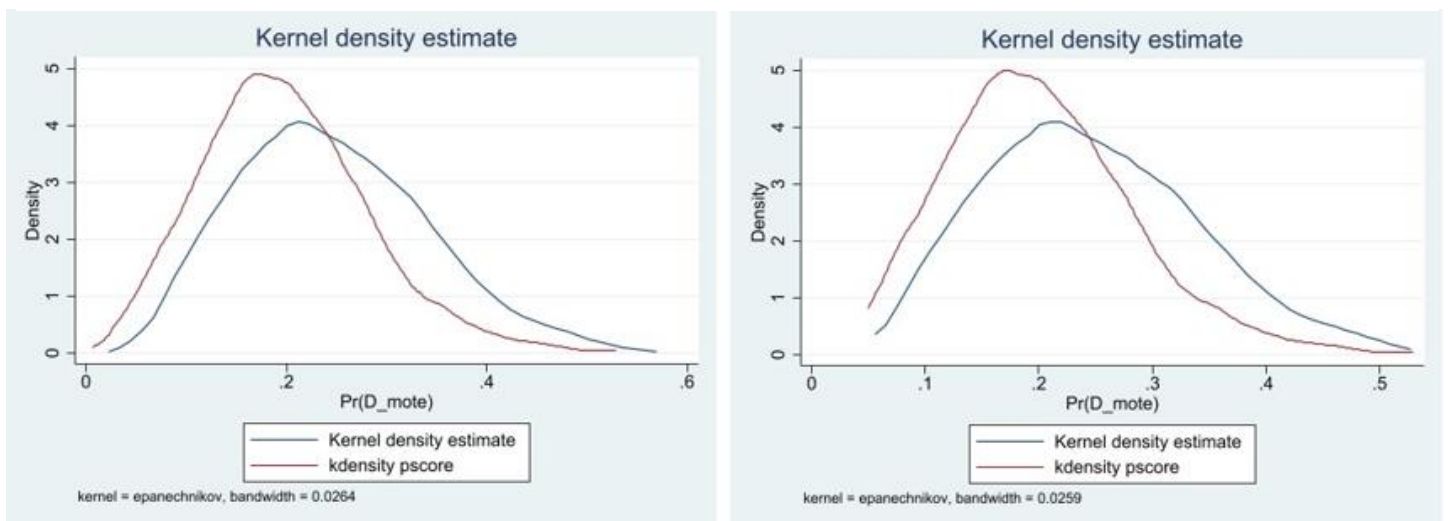
for det fulle utvalget, vises i figur 5 for kvinner og figur 6 for menn. Figurene illustrerer at trimming av utvalget fører til et overlappende utvalg for de to gruppene.

**Figur 6. Propensity score tetthetsfunksjoner for kvinner**



**Merknad:** Til venstre: før trimming. Til høyre: etter trimming.

**Figur 5. Propensity score tetthetsfunksjoner for menn**



**Merknad:** Til venstre: før trimming. Til høyre: etter trimming.

### **Andre steg: supplerende analyse**

Formålet med steg 2 er å vurdere hvorvidt antakelsen om betinget uavhengighet er plausibel. Det er ingen måte å teste denne antakelsen med sikkerhet, men ved å gjennomføre en supplerende analyse kan man vurdere sannsynligheten for at antakelsen holder. For å gjøre dette velges et pseudo-utfall som er et utfall tilnærmet lik utfallet av interesse. I min analyse undersøker jeg effekter på utfallene inntekt 2 år etter sykmelding og sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding. Data inneholder opplysninger om inntekt før sykmelding, og dette er et naturlig valg som pseudo-utfall for inntekt 2 år etter sykmelding.

Derfor velges variabelen inntekt målt 1 år før sykmeldingsåret som pseudo-utfall i den supplerende analysen. Det er ingen variabel i datasettet som er en tilnærmet lik utfallet sannsynlighet for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding. Av denne grunn gjennomføres ingen supplerende analyse med pseudo-utfall for dette.

Pseudo-utfallet inntekt 1 år før sykmelding er per definisjon ikke påvirket av behandlingen, fordi behandling inntreffer i etterkant av variabelen. Dersom antakelsen om betinget uavhengighet er plausibel, forventes det altså at det er ingen signifikant effekt av behandling på pseudo-utfallet. Dersom det er en signifikant effekt av behandling på pseudo-utfallet, kan det eksistere uobserverbare faktorer som påvirker seleksjon til behandling. I dette steget anvendes kun data med informasjon om bakgrunnskjennetegn og behandling, og ikke utfall. Den supplerende analysen utføres for det totale utvalget, og ikke separat for kjønn.

Fremgangsmåten involverer først beregning av propensity score, deretter trimming av pseudo-utvalget på samme måte som i steg 1, og til slutt estimering av gjennomsnittlige behandlingseffekter på pseudo-utfallet for det trimmede utvalget. Basert på estimert propensity score er common support mellom estimert propensity score 5 % og 56,5 %. Observasjoner utenfor dette ekskluderes, som innebærer eksklusjon av 11 observasjoner.

Pseudo-kausaleffekten, den kausale effekten av behandling på inntekt målt 1 år før behandling inntreffer, estimeres med to ulike matching metoder. Disse er nærmeste nabo matching og propensity score matching.<sup>16</sup> Resultatene fra steg 2 oppsummeres i tabell 6.

**Tabell 6. Estimering av effekter på pseudo-utfall**

	(1) <b>Inntekt 1 år før sykmelding</b> Nærmeste nabo matching	(2) <b>Inntekt 1 år før sykmelding</b> Propensity score matching
ATE		
Gjennomført dialogmøte 2 med fastlege	5.157 (6.892)	2.141 (7.638)
<i>N</i>	4360	4360

**Merknad:** Standard feil i parenteser  
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Basert på resultatene fra analysen virker det rimelig at antakelsen om betinget uavhengighet holder. Ingen av resultatene er signifikant forskjellige fra null. Som en ekstra supplerende analyse gjennomføres samme analyse på pseudo-utfallet inntekt 2 år før sykmelding, som heller ikke finner signifikante resultater. Dermed underbygges konklusjonen om at det er ikke er brudd

<sup>16</sup> Disse metodene forklares nærmere under steg 3.



på antakelsen om betinget uavhengighet, altså forsterkes antakelsen om at å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede og inntekt 2 år etter sykmelding er uavhengig av hverandre i hovedanalysen. Resultatene fra analysen utført på inntekt 2 år før sykmelding rapporteres i Appendiks B.1. Det gjennomføres ikke en supplerende analyse for utfallet sannsynlighet for å motta en langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding, derfor må resultatene i hovedanalysen for dette utfallet i tolkes med forsiktighet.

### ***Tredje steg: analyse***

I dette steget benyttes data med informasjon om utfall, og gjennomsnittlige behandlingseffekter estimeres. To matching-metoder anvendes, og analysen gjøres separat for kvinner og menn.

#### Nærmeste nabo matching

Nærmeste nabo matching matcher observasjonseenheter med andre observasjonseenheter som har den mest tilsvarende fordelingen av kontrollvariabler. Avstanden mellom to verdier av kontrollvariabelvektoren til individene må defineres. Dette baserer seg på Mahalanobis metrics:  $\|x, x'\| = (x - x')\hat{\Omega}_x^{-1}(x - x')$ , der  $\hat{\Omega}_x$  er utvalgs-kovariansmatrisen til kontrollvariablene. For hver  $i$  er  $m(i)$  en indeks for den nærmeste matchen, definert som  $m(i) = \arg \min_{W_j \neq W_i} \|X_i - X_j\|$ .

Fordi matching skjer med tilbakelegging, som vil si at en observasjonse enhet kan benyttes til å matche flere ganger, vil rekkefølgen for når enheter matches være ubetydelig.

De observerte utfallene er gitt ved:

$$\hat{Y}_i(0) = \begin{cases} Y_i^{obs} & \text{hvis } W_i = 0 \\ Y_{m(i)}^{obs} & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

$$\hat{Y}_i(1) = \begin{cases} Y_{m(i)}^{obs}, & \text{hvis } W_i = 0 \\ Y_i^{obs} & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

De matchede verdiene for kontrollvariablene er definert som:

$$\hat{X}_i(0) = \begin{cases} X_i & \text{hvis } W_i = 0 \\ X_{m(i)}, & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

$$\hat{X}_i(1) = \begin{cases} X_{m(i)}, & \text{hvis } W_i = 0 \\ X_i & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

Dette fører til et matchet utvalg. Ved å bruke lineær regresjon kan gjenværende skjevheter assosiert med differansen i  $\hat{X}_i(0)$  og  $\hat{X}_i(1)$  fjernes. Det kjøres to minste-kvadraters regresjoner

for å estimere minstekvadraters-estimatene  $\hat{\beta}_c$  og  $\hat{\beta}_t$ , for henholdsvis sammenligningsgruppen og behandlingsgruppen:

$$\hat{Y}_i(0) = \alpha_c + \beta'_c \hat{X}_i(0) + \varepsilon_{ci}$$

$$\hat{Y}_i(1) = \alpha_t + \beta'_t \hat{X}_i(1) + \varepsilon_{ti}$$

der  $\alpha$  er konstantleddet,  $\hat{x}$  er kontrollvariabelvektoren og  $\varepsilon$  er feilleddet.

Vi kan deretter justere de tilregnede potensielle utfallene:

$$\hat{Y}_i^{adj}(0) = \begin{cases} Y_i^{obs} & \text{hvis } W_i = 0 \\ \hat{Y}_i(0) + \hat{\beta}'_c(X_i X_{\ell(i)}) & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

$$\hat{Y}_i^{adj}(1) = \begin{cases} \hat{Y}_i(1) + \hat{\beta}'_t(X_i X_{\ell(i)}) & \text{hvis } W_i = 0 \\ Y_i^{obs} & \text{hvis } W_i = 1 \end{cases}$$

Den skjevhetsjusterte matching-estimatoren vil da være:

$$\tau_{match} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N [\hat{Y}_i^{adj}(1) - \hat{Y}_i^{adj}(0)]$$

Propensity score matching

Den andre metoden som anvendes er matching på propensity score. Denne metoden er tilsvarende nærmeste nabo matching, men i dette tilfellet matches observasjonseenheter på estimert propensity score. Det kontrolleres ikke for kontrollvariabler direkte i regresjonen, fordi disse allerede er hensyntatt i estimeringen av propensity score. For å matche på propensity score må den estimeres, slik som i steg 1. Deretter transformeres dette til log-oddsraten:

$$l(x; W, X) = \ln \left( \frac{\hat{e}(x; W, X)}{1 - \hat{e}(x; W, X)} \right)$$

Gitt log-oddsraten vil alle behandlede observasjonseenheter sorteres, og deretter matches med en observasjonsenheter i sammenligningsgruppen som har den nærmeste verdien av den estimerte log-oddsraten.

## 5.2 Resultater

Tabell 7 viser regresjonen utført på utfallet inntekt 2 år etter sykmelding for kvinner, og tabell 8 viser tilsvarende regresjon for menn. Tabell 9 viser regresjonen utført på utfallet sannsynlighet for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding for kvinner, og tabell 10 viser regresjonen for menn. Det rapporteres OLS-estimer uten kontrollvariabler, med et utvalg kontrollvariabler,

og med alle kontrollvariabler. Estimer basert på nærmeste nabo matching og propensity score matching rapporteres med både et utvalg og alle kontrollvariabler. Dette innebærer å inkludere henholdsvis 20 og 31 kontrollvariabler som nevnt i steg 1. Antall observasjoner varierer basert på hvor mange kontrollvariabler som inkluderes, fordi dette påvirker estimert propensity score og dermed hvor mange observasjoner som utelukkes fordi de er utenfor common support. OLS-estimer for kontrollvariablene rapporteres i Appendiks B.2. Det er brukt robuste standardfeil i analysen.

**Tabell 7. Effekt av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding for kvinner**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	6.313	3.374	3.066	9.684	2.348	12.73	5.117
	(6.910)	(5.125)	(4.915)	(6.691)	(7.341)	(6.905)	(6.898)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	2800	2800	2800	2780	2780	2788	2788

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell 8. Effekt av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding for menn**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	12.42	9.910	6.493	10.05	21.65*	12.67	7.208
	(13.01)	(10.13)	(9.910)	(15.38)	(10.67)	(14.91)	(13.69)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	1569	1569	1569	1549	1549	1552	1552

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tabell 7 viser en positiv, men statistisk insignifikant sammenheng mellom å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede og inntekt 2 år etter sykmelding for kvinner. Tabell 8 viser en positiv, men statistisk insignifikant sammenheng også for menn. Det er noe mer variasjon i estimatene for menn, og de er generelt større for menn enn for kvinner. Estimaten varierer mellom en økning på 2,35 tusen og 12,7 tusen i inntekt 2 år etter sykmelding som følge av å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede for kvinner. For menn viser det laveste

estimatet en økning på 6,5 tusen kroner i inntekt 2 år etter sykmelding som følge av deltakelse på dialogmøte 2 med fastlege. Det høyeste estimatet for menn, og det eneste som er statistisk signifikant ulikt fra null på 10 %-nivå, viser en økning på 21,65 tusen kroner i inntekt 2 år etter sykmelding. Dette estimatet er basert på nærmeste nabo matching med alle kontrollvariabler.

**Tabell 9. Effekt av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding for kvinner**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	0.0216	0.0286	0.0269	0.0109	0.0291	0.00702	-0.00681
	(0.0220)	(0.0213)	(0.0211)	(0.0235)	(0.0280)	(0.0244)	(0.0252)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	2800	2800	2800	2784	2784	2788	2788

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
 \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell 10. Effekt av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding for menn**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	0.0143	0.0172	0.0158	0.00210	-0.0258	0.0138	0.0387
	(0.0302)	(0.0289)	(0.0288)	(0.0345)	(0.0326)	(0.0363)	(0.0359)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	1569	1569	1569	1549	1549	1552	1552

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
 \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tabell 9 viser at effekten på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding stort sett er svakt positiv for kvinner, men estimatet basert på propensity score matching med alle kontrollvariabler er negativ. Estimaten er imidlertid ikke statistisk signifikant forskjellig fra null. Det laveste estimatet viser en reduksjon i sannsynligheten for å motta en langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding på 0,681 %, mens det høyeste estimatet viser en økning på 2,91 %. Tabell 10 viser tilnærmet tilsvarende resultater for menn. Effekten er stort sett svakt positiv, med unntak av estimatet basert på nærmeste nabo matching med alle kontrollvariabler.

Estimatene varierer mer for menn, der laveste estimat viser en reduksjon i sannsynligheten for å motta langtidssytelse 2,5 år etter sykmelding på 2,58 %, og høyeste estimat viser en økning på 3,87 %. Ingen av estimatene er statistisk signifikant forskjellig fra null.

Det gjennomføres en rekke ekstra analyser for å undersøke om legens deltakelse på dialogmøte 2 har betydning for arbeidsmarkedsutfall dersom definisjonene på behandling og utvalg justeres. Disse rapporteres i Appendiks A.1 og A.2. Regresjoner gjennomføres på det totale utvalget for å undersøke om det er effekt av legens deltakelse på dialogmøte 2 for sykmeldte med depresjon generelt. Analysen finner ingen signifikante resultater, som er i likhet med hovedanalysen. Den deskriptive statistikken indikerer at sentralitet er en viktig forklaringsfaktor for om sykmeldte har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, fordi sentralitetsvariablene er blant de variablene med høyest verdi for de normaliserte differansene. En større andel av utvalget bor i kommuner definert som mellomsentrale eller usentrale i behandlingsgruppen, derfor utføres en analyse på et utvalg der observasjonseenheter som bor sentralt ekskluderes. Estimatene i denne analysen er ikke signifikant forskjellig fra null. Det er altså ingen effekt av å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede i mellomsentrale og usentrale kommuner. Disse analysene rapporteres i Appendiks A.1.

Det gjennomføres analyser med andre definisjoner på behandling som rapporteres i Appendiks A.2. Analyser gjennomføres for behandling definert som å gjennomføre dialogmøte med fastlege til stede i løpet av tidsperioden mellom dag 17 og dag 272<sup>17</sup> av sykefraværsperioden, som innebærer at gjennomførte dialogmøter kan være dialogmøte 1 eller dialogmøte 2. Dette fører til at 1230 er i behandlingsgruppen og 3139 er i sammenligningsgruppen. Estimatene fra denne analysen er ikke signifikant forskjellig fra null, i likhet med de andre ekstra analysene. Dette indikerer at det ikke er noen betydning av å gjennomføre dialogmøter med fastlege til stede i løpet av denne tidsperioden i sykefraværsoppfølgingen. Det gjennomføres også en analyse der behandling defineres som å gjennomføre dialogmøte mellom dag 150 og 210 av sykefraværsperioden, fordi det antas at de fleste dialogmøter 2 gjennomføres i denne perioden. Dette fører til at behandlingsgruppen består av 697 personer, og sammenligningsgruppen består av 3672 personer. Heller ikke denne analysen finner statistisk signifikante estimater. Basert på resultatene fra de ekstra analysene, underbygges konklusjonen i hovedanalysen om at det er ingen sammenheng mellom å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede, og senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte med depresjon.

---

<sup>17</sup> Dag 17 er første dag der staten utbetaler sykepenger, og dag 272 er siste gjennomførte dialogmøte i utvalget.

## 6. Diskusjon

Hovedresultatet fra min analyse er at det ikke er en signifikant sammenheng mellom legens deltakelse på dialogmøte 2 og senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte med depresjon. I dette kapittelet diskuteres resultatene og de økonometriske utfordringene i analysen.

### 6.1 Tolkning

Dialogmøter er, som nevnt, et virkemiddel med hensikt om å skape en møteplass slik at partene kan samarbeide og sammenstille informasjon, og dermed få et bedre informasjonsgrunnlag for beslutninger om behandling, oppfølging og sykmelding. Formålet er å forhindre at sykefraværet blir unødvendig langvarig. Dialogmøter er lovpålagt i sykmeldingsoppfølgingen, og det er derfor interessant å undersøke om dialogmøter virker for sitt formål. Markussen, Røed og Schreiner (2015) finner bevis for at det er positive effekter på sykefraværsvaregheten til sykmeldte generelt, men studien kan ikke skille de ulike partenes betydning i dialogmøter. Det kan tenkes at legens deltakelse på dialogmøter er positivt for sykmeldtes muligheter til å returnere til arbeid og fremtidig inntjening, dersom legen får bedre utredning av sykmeldtes situasjon og arbeidsevne, som kan bidra til økt tilrettelegging, behandling og at fastlegen tar «riktige» beslutninger om sykmelding. Resultatene i min analyse finner imidlertid ingen statistisk signifikant sammenheng mellom legens deltakelse på dialogmøte 2 og utfallsmålene. Dette indikerer at legens deltakelse på dialogmøte 2 ikke har noen betydning for senere inntekt og trygdestatus for sykmeldte. Fastleger er en knapp ressurs i samfunnet, og det kommer frem i Ose, et al. (2013) at fastleger anser deltakelse på dialogmøter som unødvendig bruk av ressurser. Mine funn kan derfor være interessante for fremtidige politiske rammeverk for fastlegens involvering i sykmeldingsoppfølgingen.

Ifølge Markussen, Røed & Schreiner (2015) er både innkalling og gjennomføring av dialogmøter positivt for sykefraværsvaregheten og tilbakevending til arbeidslivet for sykmeldte. Innkalling til dialogmøter kan føre til at sykmeldte opplever en følelse av økt overvåkning, som kan skape et press til å delta på arbeidsmarkedstiltak eller andre behandlinger, som kan virke positivt på sykmeldtes arbeidsevne. Sykmeldte kan innse at helsetilstanden ikke lenger kvalifiserer til å motta full sykmelding, som kan gjøre at de vender tilbake til arbeid før dialogmøte gjennomføres. Innkallingseffekten kan også fungere som en påminnelse til arbeidsgiver om at de har et ansvar om å tilrettelegge for sykmeldte på arbeidsplassen, som potensielt kan virke positivt for den sykmeldtes returnering til arbeid. Fastlegen kan påvirkes dersom innkalling til dialogmøte fører til en ny vurdering av sykmeldingen, som potensielt kan

innebære at sykmelding ikke fornyes før dialogmøte tar sted. Det er altså bevis for at det eksisterer en innkallingseffekt av dialogmøter som har positiv virkning for sykmeldte uten at de faktisk gjennomfører dialogmøte. Sykmeldte som kun innkalles, men ikke gjennomfører dialogmøter, vil ikke være en del av mitt utvalg. Min analyse kan dermed ikke fange opp en potensiell innkallingseffekt av dialogmøter.

## **6.2 Økonometriske utfordringer**

Det vil, som nevnt, være et problem med seleksjon dersom det er underliggende faktorer som påvirker både hvorvidt sykmeldte gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede, og senere arbeidsmarkedsutfall. Slike underliggende faktorer kan være kjennetegn relatert til sykmeldte, fastlegen eller arbeidsgiver. I dette delkapitlet drøftes potensielle utelatte variabler som kan skape seleksjonsproblemer, samt andre potensielle økonometriske utfordringer.

Sykmeldtes alvorlighetsgrad av depresjonslidelsen kan påvirke både hvorvidt sykmeldte gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede og senere arbeidsmarkedsutfall. Det kunne derfor vært nyttig å inkludere informasjon som resultater fra screening-tester, spørreskjemaer eller andre selvrapporter som kan gi opplysninger om individenes helsestatus. Fastleger vil antakeligvis tilpasse behandling og oppfølging etter sykmeldtes alvorlighetsgrad av depresjonsdiagnosen, og det kan påvirke hvorvidt fastlegen vurderer det som hensiktsmessig å delta på dialogmøter og samarbeide med andre aktører i sykmeldingsoppfølgingen. Dersom sykmeldte har alvorlig depresjon, kan det tenkes at det er større behov for fastlegens involvering på dialogmøter, fordi det er mer aktuelt med medisinske vurderinger som skal bistå arbeidsgiver og NAV i videre utvikling av behandlingsforløp. Dersom sykmeldte har mild depresjon, og ikke behov for medisiner, kan det være mindre aktuelt å involvere fastlegen. Alvorlighetsgrad av depresjonsdiagnosen vil antakelig påvirke senere arbeidsmarkedsutfall uavhengig av om sykmeldte gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede. Sykmeldte med alvorlig depresjon kan ha svakere arbeidsevne og dårligere forutsetninger for å vende tilbake til arbeidslivet. Datasettet i min analyse inneholder variabler som gir informasjon om sykmeldtes sykdomshistorie, som kan gi en indikasjon på sykmeldtes alvorlighetsgrad av depresjon. Det kan imidlertid tenkes at alvorlighetsgraden av depresjonsdiagnosen endrer seg over tid, og at sykdomshistorie dermed ikke er tilstrekkelig til å kunne gi informasjon om senere helsestatus.

Arbeidsgiver har en viktig rolle i sykmeldingsoppfølgingen og på dialogmøter, og det kunne derfor vært nyttig å inkludere informasjon om arbeidsgiver. Faktorer som miljø på arbeidsplassen, rutiner og arbeidsgivers holdninger kan variere med sektor, type og størrelse på

virksomheten. Arbeidsgivers holdninger til sykefravær og oppfølging vil antakelig påvirke arbeidsgivers synspunkt på behovet for å involvere fastlegen på dialogmøter. For eksempel finner Ose, et al. (2013) en tendens til at fastleger deltar mer på dialogmøter dersom sykmeldte jobber i privat sektor enn i offentlig sektor. Faktorer ved arbeidsgiver som størrelse på virksomheten og miljø på arbeidsplassen er relatert til trivsel, som påvirker sykmeldtes psykiske helse, arbeidsevne og returnering til arbeid. Eksempelvis kan det være lettere for arbeidsgivere i store virksomheter å tilpasse arbeidsplassen for sykmeldte, blant annet ved omplassering, som kan bidra til å forenkle sykmeldtes returnering til arbeid.

Sykmeldtes holdninger og forventninger til å returnere til arbeid kan påvirke sykmeldingsoppfølgingen og arbeidsmarkedsutfall (Løvvik, et al., 2014). Det kunne derfor vært hensiktsmessig å inkludere data med informasjon om dette. Holdninger, motivasjon og intensjoner kan henge sammen med arbeidsevne og returnering til arbeid uavhengig av behandlingsforløp, i tillegg til at det kan påvirke sykmeldtes deltakelse på tiltak og aktiviteter i sykefraværsperioden. En dansk studie finner at ved å betinge trygdeytelser på deltakelse i arbeidsmarkedsprogrammer øker arbeidsmarkedsdeltakelsen til sykmeldte (Geerdsen, 2006), altså vil deltakelse på arbeidsrettede tiltak ha direkte effekt på sykmeldtes senere arbeidsmarkedsutfall. I tillegg kan deltakelse på tiltak påvirke sykmeldtes, arbeidsgiver og Nav sine syn på behovet for å involvere fastlegen på dialogmøter, for eksempel dersom det forventes at deltakelse på tiltak kommer til å forbedre arbeidsevnen, og føre til returnering til arbeidslivet i nærmeste fremtid.

Sykmeldte i mitt datasett som mottar en form for ytelse vil være definert som «ikke i arbeid», til tross for at de kan ha mottatt en gradert sykmelding, og derfor være delvis i arbeid. Å ikke ha data med informasjon om gradert sykefravær kan undervurdere effektene av at fastleger deltar på dialogmøte 2, dersom fastlegens deltakelse medfører økt arbeid i kombinasjon med trygdemottakelse. Gradert sykmelding kan være et virkemiddel for å motkjempe sykefravær i seg selv, fordi tilknytning til arbeidslivet kan virke positivt på depresjonssymptomer (Helsedirektoratet, 2009). En systematisk kartlegging fra Folkehelseinstituttet som undersøker effektene av graderte sykmeldinger finner at det er forbundet med høyere arbeidsmarkedsdeltakelse og kortere sykefravær (Meneses-Echaves, et al., 2018). Det kunne altså vært hensiktsmessig å inkludere data med opplysninger om graderte sykmeldinger. Dersom sykmeldte mottar graderte sykmeldinger, ville dette imidlertid mest sannsynlig vist seg på senere inntekt, fordi inntektsnivået trolig er høyere ved gradert sykmelding enn dersom man mottar 100 % trygd. Min analyse finner imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom



dialogmøte 2 med fastlege til stede og inntekt 2 år etter sykmelding, slik at dersom det er en effekt av graderte ytelser, vil den trolig være liten.

Andre økonomiske utfordringer i analysen kan være at analysens interne validitet svekkes dersom det eksisterer forskjeller i koding/diagnostisering av depresjon for fastleger. Ifølge Mechanic (2007) foretrekker individer å bli diagnostisert med en somatisk lidelse, heller enn en psykisk lidelse. Dette kan føre til at individer med psykiske lidelser får en annen diagnose, og disse vil ikke være en del av mitt utvalg. I tillegg kan endringer i fastlegepraksisen for diagnostisering av psykiske lidelser føre til at enkelte psykiske lidelser underrapporteres (Brage & Nossen, 2017). På grunnlag av dette kan effekter undervurderes.

Datasettet som er brukt i analysen inneholder et bredt informasjonsgrunnlag fra pålitelige administrative datakilder med opplysninger om individer som ikke er offentlig tilgjengelig. Dette skaper et godt utgangspunkt for analysene. Som diskutert i dette kapittelet kan det imidlertid være en rekke uobserverbare faktorer som påvirker både behandling og utfall, og som derfor kan skape en seleksjonsskjevhet. Til tross for at det er noen metodiske utfordringer, kan resultatene være nyttige, informative og skape et godt grunnlag for videre forskning og utredning rundt betydningen av fastlegenes involvering på dialogmøte og i sykmeldingsoppfølgingen.

## 7. Kostnadsanalyser

Ved å gjennomføre en nytte-kostnadsanalyse kan man undersøke hvor stor effekt fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 minst må ha på sannsynligheten for å vende tilbake til arbeid for at det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. I dette kapittelet gjennomføres en nytte-kostnadsanalyse etter fremstillingen i Reme (2013) og Reme (2016), og basert på anbefalinger i Direktoratet for Økonomistyring (DFØ) sin veileder i samfunnsøkonomiske analyser (2018).

I en nytte-kostnadsanalyse sammenlignes nyttegevinsten med kostnaden, for å vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet av et tiltak. I min analyse er gevinsten den økte verdiskapningen som genereres ved at sykmeldte returnerer til arbeidslivet, og effektivitetstapet som unngås ved at staten unngår utbetaling av uføretrygd. Det må imidlertid trekkes fra verdien av tapt fritid. I en samfunnsøkonomisk lønnsomhetsanalyse er det viktig å ta hensyn til de ikke-prissatte virkningene. Dette kan blant annet være gevinsten ved at sykmeldte oppnår bedre helsetilstand. Dette verdsettes ikke i kroner, og inngår derfor ikke i nytte-kostnadsanalysen. Kostnaden i dette tilfelle er den direkte kostnaden ved at fastlegen deltar på dialogmøte 2.

Kriteriet for at et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt er positiv netto nåverdi i uttrykket:

$$NNV = \sum_{i=1}^n \left\{ \sum_{t=1}^{T^i} \frac{(p_t^i - \bar{p}_t^i)(W_t^i - F_t^i + \lambda U_t^i)}{(1+r)^t} - (1+\lambda)(C_t^{Bi} - C_t^{Ki}) \right\} > 0$$

$n$  er antall deltakere og settes til 1 slik at analysen er per person.  $t$  er tidsperiode og  $T$  er siste tidsperiode for tiltakseffekten.  $(p_t^i - \bar{p}_t^i)$  er differansen mellom sannsynligheten for at sykmeldte vender tilbake til arbeid for de som gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege og de som ikke gjør det. Denne størrelsen er ukjent.  $W_t^i$  er den økte verdiskapningen ved at sykmeldte er tilbake i arbeid. Brutto produsentlønn 1 år før sykmelding benyttes som mål på dette. Data viser at gjennomsnittslønnen 1 år før sykmelding er 386305 kroner. De sosiale kostnadene består av blant annet arbeidsgiveravgift på 14,1% og pensjonskostnader, og er ifølge DFØ rundt 30 % til sammen. Verdien for  $W_t^i = 386305 * 1,3 = 502196,5$  kroner.  $F_t^i$  er verdien av tapt fritid ved at sykmeldte er tilbake i arbeid. Dette skal i henhold til DFØ reflektere alternativkostnaden til arbeid, som er nettolønnen. Det legges til grunn en skattesats på 34 %. Verdien for  $F_t^i = 386305 * 0,66 = 254961,3$  kroner.

$\lambda$  er en positiv faktor som reflekterer effektivitetstapet ved at offentlige utgifter er skattefinansiert, og er i henhold til DFØ lik 0,2.  $U_t^i$  er reduksjonen i offentlige utgifter ved at

sykmeldte går over fra å motta uføretrygd til å arbeide. Det reflekterer reduksjonen i uføretrygd etter skatt, og skatt og arbeidsgiveravgift av produksjonsgevinsten som blir generert ved at sykmeldte har returnert til arbeid. Uføretrygd utgjør 66 % av inntektsgrunnlaget, og er dermed 254961,3 kroner. Dette beskattes som inntekt. Verdien for  $U^i_t = (254961,3 * 0,66) + (386305 * 0,34) + (386305 * 0,141) = 354087,163$  kroner.  $C^{Bi}_t$  er kostnaden ved at fastlegen deltar på dialogmøte 2. Ifølge fastlegetariffen for 2012-2014 var taksten for deltakelse på dialogmøter for leger 1038 kroner per time i denne tidsperioden (Den norske legeforening, 2013). Jeg legger til grunn at et dialogmøte varer i gjennomsnitt 1 time.  $C^{Ki}_t$  er kostnaden ved at legen ikke deltar på dialogmøte 2 som er 0.  $r$  er den samfunnsøkonomiske diskonteringsraten som er 0,04 i henhold til DFØ.

Jeg kjenner ikke til varigheten av tiltakseffekten, og må derfor anta denne basert på hva som kan virke realistisk. For forenkling antar jeg at tiltaket vil medføre en differanse i sannsynligheten for å vende tilbake til arbeidslivet mellom behandling- og sammenligningsgruppen i 1 år. Ved lenger varighet, vil gevinsten også ha lenger varighet.

Ved å sette inn verdiene i formelen for netto nåverdi og løse for  $(p^i_t - \bar{p}^i_t)$  får jeg følgende:

$$\frac{(p^i_t - \bar{p}^i_t)[502196,5 - 254961,3 + (0,2 \times 354087,163)]}{1,04} = 1,2 * 1038$$

$$\frac{(p^i_t - \bar{p}^i_t)(318052,6326)}{1,04} = 1245,6$$

$$(p^i_t - \bar{p}^i_t) = \frac{1245,6 * 1,04}{318052,6326} = 0,004073 \approx 0,41 \%$$

Nytte-kostnadsanalysen viser at å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede må føre til en differanse i sannsynligheten for å vende tilbake til arbeid på minst 0,41 % mellom behandlings- og sammenligningsgruppen for at det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er lave kostnader knyttet til fastlegens deltakelse på dialogmøter, som medfører at det kreves liten tiltakseffekt for at det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Resultatene fra den empiriske analysen viser derimot at fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 ikke har noen sammenheng med senere arbeidsmarked utfall for sykmeldte med depresjon. På grunnlag av dette kan det argumenteres for at det er mer hensiktsmessig for fastleger å bruke tid og ressurser på andre ting enn å delta på dialogmøter. Dette er i tråd med hva fastleger selv erfarer, som kommer frem i Ose, et al. (2013). Det er derfor interessant å undersøke de potensielle kostnadsbesparelsene ved at fastleger ikke pålegges å delta på dialogmøte 2.

Fastlegetariffen for 2019-2020 viser at taksten for leger for å delta på dialogmøter var 613 kroner per halvtime. Det kommer frem fra NAV sin årsrapport for 2019 at det ble gjennomført cirka 40000 dialogmøter 2 i løpet av året 2019 (Arbeids- og velferdsetaten, 2020b), og dette legges til grunn i utregningen. Brage og Nossen (2017) finner at andelen som mottok sykepenges med psykiske lidelser som sykmeldingsårsak var 20 %. Depresjon er blant de vanligste psykiske lidelsene, og derfor legges det til grunn at 20 % av sykmeldte som gjennomførte dialogmøte 2 i 2019 hadde depresjon som sykmeldingsårsak. Basert på registerdata fra NAV for tidsperioden 2008-2010 innkalles fastleger til cirka halvparten av dialogmøter 2, og deltar på cirka 75 % av disse. Det finnes ikke offentliggjort informasjon for senere år, derfor legges tallene for 2008-2010 til grunn for utregningen av andelen dialogmøter der fastlegen deltar. Dermed vil antall dialogmøter 2 som gjennomføres med fastlege til stede for sykmeldte med depresjon utgjøre:

$$[(40000 \times 0,2) \times 0,75] \times 0,5 = 3000 \text{ dialogmøter}$$

Ved å anta at et dialogmøte 2 varer i gjennomsnitt 1 time, og det gjennomføres 3000 dialogmøter med fastlege til stede for sykmeldte med depresjon blir utregningen følgende:

$$(613 \times 2) \times 3000 = 3678000$$

Den årlige kostnadsbesparelsen av å ikke inkludere fastlegen på dialogmøter kan altså være 3678000 kroner. Utregningen av potensielle kostnadsbesparelser tyder på at det er et potensial for å kunne frigjøre ressurser for fastlegene ved at de ikke pålegges å delta på dialogmøte 2. Dette medfører at fastleger kan prioritere tiden på andre ting som anses som mer hensiktsmessig. Videre kan det være interessant å undersøke hvordan fastleger kan involveres i sykmeldingsoppfølgingen for å redusere sykefraværet for sykmeldte med psykiske lidelser på mest mulig ressurseffektiv måte.

## 8. Konklusjon

Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke betydningen av fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 for langtidssykmeldte med depresjon. Det er høyt sykefraværnivå i Norge, og en stor andel sykefravær som skyldes psykiske lidelser, der depresjon er en av de vanligste. Sykefravær knyttet til depresjon er særlig problematisk, fordi det kan være mer langvarig enn sykefravær knyttet til fysiske sykdommer, samt at individer kan oppleve flere sykefraværperioder fordi depresjon er tilbakevendende. Høyt sykefraværnivå er knyttet til høye kostnader for individer og samfunnet. Det er derfor et politisk mål å sikre høy arbeidsmarkedsdeltakelse og et inkluderende arbeidsliv. Det er dermed viktig med behandlings- og oppfølgingsmetoder som bidrar til å hjelpe sykmeldte tilbake til arbeid på en effektiv måte.

Dialogmøter er et lovfestet virkemiddel i sykmeldingsoppfølgingen med hensikt om å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen for sykmeldte, ved å tilrettelegge for samarbeid mellom arbeidsgiver, fastleger og NAV. Fastleger har hovedansvaret for å skrive ut sykmeldinger, og fungerer derfor som portvakter for trykkesystemet. På dialogmøter kan fastlegen diskutere behovet for sykmelding med arbeidsgiver og NAV. De siste årene har fastleger fått økt arbeidsmengde, og kan derfor anses som en knapp ressurs. Det er dermed viktig at fastlegens ressurser utnyttes mest mulig effektivt. Det er ressurskrevende for fastleger å delta på dialogmøter, derfor er det interessant å undersøke om fastlegens deltakelse på dialogmøte 2 har betydning for senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte.

Ved å benytte registerdata fra flere administrative datakilder, undersøker jeg denne sammenhengen ved å bruke forskningsdesignet matching. Dette innebærer å matche på en rekke bakgrunnskjennetegn, og sammenligne sannsynligheten for å motta langtidssytelse 2,5 år etter sykmelding og inntekt 2 år etter sykmelding mellom behandlingsgruppen som gjennomfører dialogmøte 2 med fastlege til stede, og sammenligningsgruppen som ikke gjør det. Resultatene fra min analyse finner ingen signifikant sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede og utfallsmålene. Dette indikerer at fastlegens involvering på dialogmøter ikke nødvendigvis er hensiktsmessig, og at fastlegen kan involveres i sykmeldingsoppfølgingen på mer effektive måter for å redusere sykefraværet til sykmeldte med depresjon. Mine funn er dermed interessante for videre politiske implikasjoner. På grunn av de potensielle økonometriske utfordringene, kunne det imidlertid vært interessant for videre analyser å belyse problemstillingen ytterligere ved å tilføye data med informasjon om faktorer som kan ha innvirkning på behandling og utfall, som blant annet helsestatus og arbeidsgiver.

## 9. Referanser

- Arbeids- og velferdsetaten, 2020a. *Slik følger du opp sykmeldte*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte>
- Arbeids- og velferdsetaten, 2020b. *Årsrapport 2019*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Arbeids- og velferdsetaten, 2021a. *Arbeidsavklaringspenger*. [Internett]  
Tilgjengelig fra:  
<https://www.nav.no/no/person/arbeid/arbeidsavklaringspenger/arbeidsavklaringspenger-aap#chapter-1>
- Arbeids- og velferdsetaten, 2021b. *Regulering av grunnbeløpet og ytelser fra 1. mai 2021*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/person/innhold-til-person-forside/nyheter/regulering-av-grunnbelopet-og-ytelser-fra-1.mai-2021>
- Arbeids- og velferdsetaten, 2021c. *Sykepenger til arbeidstakere*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykepenger/sykepenger-til-arbeidstakere>
- Arbeids- og velferdsetaten, 2021d. *Uføretrygd*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/person/pensjon/uforetrygd>
- Arbeidsdepartementet, 2011. *Prop. 89 L (2010–2011). Endringer i arbeidsmiljøloven og folketryktdloven mv. (raskere oppfølging og sanksjonering av brudd på regelverket ved arbeidstakers sykdom)*, Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Brage, S. & Nossen, J. P., 2017. Sykefravær på grunn av psykiske lidelser - utvikling siden 2003. *Arbeid og Velferd nr. 2-2017*.
- Bryson, A. & Dale-Olsen, H., 2017. Does sick pay affect workplace absence?. *IZA Discussion Paper, No. 11222*.
- Den norske legeforening, 2013. *Normaltariff for fastleger og legevakt 2013-2014*. s.l.: Den norske legeforening.
- Direktoratet for økonomistyring, 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Direktoratet for økonomistyring.
- EY og Vista Analyse, 2019. *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo: Regjeringen.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Helsetilstanden i Norge 2018*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folketrygdloven, 1997. *Loven om folketrygd*, s.l.: s.n.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*, s.l.: s.n.
- Geerdsen, L. P., 2006. Is there a Threat Effect of Labour Market Programmes? A Study of ALMP in the Danish UI System. *The Economic Journal* 116(513), p. 738–750.
- Gjesdal, S., Holmaas, T., Monstad, K. & Hetlevik, Ø., 2016. GP consultations for common mental disorders and subsequent sickness certification: registerbased study of the employed population in Norway. *Family Practice* 33(6), pp. 656-662.
- Helsedirektoratet, 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet, 2018. Listelengde og pasientenes kontakt med allmennlegetjensten. *Analysenotat 3/2018*.
- Helsedirektoratet, 2021. *Faglig veileder for sykmeldere*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Hetlevik, Ø. & Gjesdal, S., 2010. Norwegian GPs' participation in multidisciplinary meetings: A register-based study from 2007. *BMC Health Services Research 10*, p. 309.
- Imbens, G. W., 2015. Matching methods in practice: Three examples. *Journal of Human Resources 50(2)*, pp. 373-419.
- Jacobi, F. et al., 2015. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res 24(4)*, pp. 305-313.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P., 2003. Predictors of efficacy in depression prevention. *British Journal of Psychiatry 183*, pp. 384-397.
- Johansson, P. & Lindahl, E., 2013. Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment. *Empirical Economics 44(3)*, pp. 1673-1695.
- Kivimäki, M., Gunnell, D. & Lawlor, D., 2007. Social inequities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychological Medicine 37(3)*, pp. 373-382.
- Knapstad, M. et al., 2020. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom 89(2)*, pp. 90-105.
- Knudsen, A., Overland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A., 2012. Lost working years due to mental disorders: an analysis of the Norwegian disability pension registry. *PLoS ONE 7(8)*.
- Kristoffersen, P., Lysø, N. & Yin, J., 2017. Forsøk med dialogmøte 2 i Akershus. *Arbeid og velferd nr. 1-2017*.
- Løvvik, C., Shaw, W., Overland, S. & Reme, S. E., 2014. Expectations and illness perceptions as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from a randomised controlled trial. *BMJ Open 4*.
- Markussen, S., Røed, K. & Røgeberg, O., 2013. The changing of the guards. Can family doctors contain worker absenteeism?. *Journal of Health Economics 32(6)*, pp. 1230-1239.
- Markussen, S., Røed, K. & Schreiner, R. C., 2015. Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-Listed Workers Back to Work?. *IZA DP No. 9090*.
- Mechanic, D., 2007. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry 68(2)*, pp. 20-26.
- Meneses-Echaves, J., Baiju, N. & Berg, R., 2018. *Effekt av gradert sykmelding vs. full sykmelding på sykefravær og arbeidstilknytning: en systematisk kartleggingsoversikt*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Morrison, J., 2011. The role of the GP in keeping people in work. *Occupational Medicine 61(2)*, pp. 74-75.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T. & Overland, S., 2010. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research volume 10(35)*.

- Mykletun, A. et al., 2015. NAV-legestudien i Bergen: Systematisk veiledning av fastleger reduserte ikke sykefraværet. *Arbeid og Velferd nr. 3-2015*, pp. 77-89.
- Maastekaasa, A., 2014. The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries.. *Eur J Public Health 24(4)*, pp. 656-662.
- Nossen, J. P., 2019. Kjønnforskjeller i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata?. *Arbeid og velferd nr.4-2019*.
- Nossen, J. P. & Brage, S., 2015. Aktivitetskrav og midlertidig stans av sykepenger – hvordan påvirkes sykefraværet?. *Arbeid og velferd nr.3-2015*.
- OECD, 2013. *Mental Health and Work: Norway*, s.l.: OECD Publishing.
- Ose, S. O. et al., 2013. Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?. *Sintef forskningsrapport*.
- Partssammensatt gruppe, 2019. *Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018*, s.l.: Den norske legeforening.
- Rebnord, I. K., Eikeland, O. J., Hunskår, S. & Morken, T., 2018. *Fastlegers tidsbruk*, Bergen: Helsedirektoratet.
- Reme, S. E. et al., 2016. *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*, Bergen: Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret.
- Reme, S. E. et al., 2013. *Effektevaluering av Senter for Jobbmestring: Sluttrapport*, Bergen: Uni Helse og Uni Rokkansenteret, Uni Research.
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A., 2005. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica 111(1)*, pp. 51-58.
- Rost, K., Smith, J. & Dickinson, M., 2004. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Medical Care 42(12)*, pp. 1202-1210.
- Smith, O. R., Alves, D. E. & Knapstad, M., 2016. *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Statens Pensjonskasse, 2020. *Uførepensjon*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.spk.no/Uforepensjon/>
- Statistisk sentralbyrå, 2011. *Standard for yrkesklassifisering*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/7>
- Statistisk Sentralbyrå, 2021. *Sykefravær for lønnstakere*. [Internett]  
Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12439/chartViewLine/>
- Torsvik, G. & Vaage, K., 2016. *Skipping the doctor: Evidence from a case with extended self-certification of sickness absence*.ú. s.l.:s.n.
- Winde, L. D. et al., 2012. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice 13(10)*.
- Aakvik, A., Holmas, T. & Kamrul, I. M., 2010. Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine Volume 70(10)*, pp. 1590-1598.
- Aamland, A. & Mæland, S., 2016. Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging - En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning 2(19)*, pp. 148-178.



## 10. Appendiks

### A.1 Analyser på alternative utvalg

Det gjennomføres en rekke ekstra analyser for å undersøke om det eksisterer effekter av å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede dersom definisjonene på behandling og utvalg justeres.

#### A.1.1 Analyse på det totale utvalget

I denne analysen defineres utvalget som det totale utvalget, altså uten å skille på kjønn. Det består av 4369 langtidssykmeldte personer med depresjon der 934 (21,4 %) har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede i tidsperioden mellom dag 100 og dag 272 av sykefraværsperioden. 3435 (78,6 %) har ikke gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede.

I tabell A.1.1 presenteres deskriptiv statistikk for det totale utvalget.

*Tabell A.1.1.1 Deskriptiv statistikk for det totale utvalget*

	<b>Totalt</b>	<b>Dialogmøte 2 med lege</b>	<b>Ikke dialogmøte 2 med lege</b>	<b> t </b>	<b>Differanse</b>	<b>Normaliserte differanser</b>
<b>Individer</b>						
Andel kvinner	0,64	0,65	0,64	0,65	0,01	0,0208
Alder	42,63 (11,73)	43,24 (11,62)	42,46 (11,75)	1,81	0,78	0,0668
Inntekt 1 år før sykmelding (i tusen kroner)	385,2 (174,55)	388,31 (158,55)	384,30 (178,67)	0,67	4,01	0,0237
Inntekt 2 år før sykmelding (i tusen kroner)	361, 81 (181,21)	365,45 (165,66)	360,82 (185,22)	0,74	4,63	0,0263
Andel innvandrere	0,1	0,11	0,10	0,63	0,01	0,0328
<b>Sivilstatus:</b>						
Ugift	0,42	0,40	0,43	1,66	-0,03	-0,0612
Gift	0,38	0,41	0,38	1,77	0,03	0,0619
Skilt	0,18	0,19	0,18	0,09	0,01	0,0256
Enke	0,01	0,01	0,02	0,82	-0,01	-0,0869
<b>Høyeste fullførte utdanning:</b>						
Grunnskole	0,25	0,23	0,26	1,59	-0,03	-0,0697
Videregående	0,42	0,46	0,41	2,86	0,05	0,101
Høyere utdanning	0,32	0,3	0,33	1,6	-0,03	-0,0645
Ikke oppgitt	0,01	0,01	0,01	0,01	0	0
<b>Yrke:</b>						
Militære yrker og uoppgitt	0,04	0,01	0,05	6,99	-0,04	-0,2257
Ledere	0,07	0,08	0,07	1,48	0,01	0,0384
Akademiske yrker	0,2	0,21	0,2	0,18	0,01	0,025
Høyskoleyrker	0,142	0,13	0,15	1,59	-0,025	-0,0735
Kontoryrker	0,095	0,09	0,1	0,95	-0,01	-0,0345
Salgs- og serviceyrker	0,28	0,31	0,27	2,46	0,04	0,0889
Bønder, fiskere mv.	0,003	0,00	0,00	0,13	0	0
Håndverkere	0,064	0,07	0,06	0,35	0,01	0,0408
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.	0,06	0,06	0,06	0,28	0	0

Renhold, hjelpearbeidere mv.	0,043	0,05	0,04	1,01	0,01	0,0476
Sentralt bosted (indeks 1-2)	0,43	0,36	0,45	4,94	-0,09	-0,1836
Mellomsentralt bosted (3-4)	0,48	0,50	0,47	1,88	0,03	0,06
Usentralt bosted (5-6)	0,09	0,14	0,08	4,41	0,06	0,1954
<b>Sykdomshistorie:</b>						
Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,53	0,54	0,53	0,84	0,01	0,02
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding	0,45	0,44	0,45	0,34	-0,01	-0,02
Antidepressive foregående 12 mnd.	0,25	0,26	0,25	0,76	0,01	-0,023
<b>Fastleger og lister</b>						
Alder	50,57 (10,41)	49,27 (10,71)	50,92 (10,30)	4,21	-1,65	-0,1570
Andel kvinnelige leger	0,35	0,36	0,34	1,05	0,02	0,0421
Listestørrelse (antall pasienter)	1304,71 (375,13)	1257,74 (350,29)	1317,49 (380,66)	4,54	-59,75	-0,1633
Listetype: selvstendig næringsdrivende	0,91	0,91	0,91	0,18	0	0
Andel eldre på listen	0,17	0,17	0,17	2,03	0	0
Andel kvinner på listen	0,51	0,51	0,51	0,35	0	0
<b>Aktivitet før sykeperiode</b>						
Konsultasjoner i forrige år	4,18 (3,82)	4,26 (3,97)	4,16 (3,78)	0,7	0,1	0,0258
Andel med konsultasjon og P76 forrige år	0,21	0,19	0,21	1,66	-0,02	-0,05
Gradert uførepensjon før sykmelding	0,04	0,05	0,04	1,08	0,01	0,0499
<b>Aktivitet i sykefraværperiode</b>						
Totalt antall sykedager	306,97 (67,9)	319,75 (58,08)	303,49 (70,12)	7,25	16,26	0,2529
Konsultasjoner i fraværperioden 0-6 mnd.	7,23 (2,82)	7,63 (2,77)	7,09 (2,82)	4,96	0,51	0,1825
<b>Utfall etter 12 mnd. sykefravær</b>						
Inntekt 1 år etter sykmelding (i tusen kroner)	361,35 (172,5)	368,93 (165,72)	359,29 (174,26)	1,56	9,64	0,0567
Inntekt 2 år etter sykmelding (i tusen kroner)	365,35 (184,59)	371,66 (179,83)	363,63 (185,85)	1,2	8,03	0,0439
<b>Trygdestatus 2,5 år etter</b>						
Uføretrygd	0,07	0,09	0,07	1,85	0,01	0,0754
Arbeidsavklaringspenger	0,28	0,28	0,28	0,01	0	0
Sykepenger	0,06	0,05	0,06	1,03	-0,01	-0,0444
Ingen ytelse	0,59	0,58	0,59	0,57	-0,01	-0,0204
<i>Antall observasjoner</i>	<i>4369</i>	<i>934</i>	<i>3435</i>	<i>4369</i>		

Samme kontrollvariabler inkluderes i estimeringen av propensity score i denne analysen som i steg 1 i hovedanalysen. Det kontrolleres i tillegg for kjønn ved å inkludere en dummy lik 1 for kvinner. Gjennomsnittlig estimert propensity score basert på et utvalg av kontrollvariabler er 17,8 % for behandlingsgruppen og 15,6 % for sammenligningsgruppen. Basert på alle kontrollvariabler er gjennomsnittlig estimert propensity score 18 % for behandlingsgruppen og 15,6 % for sammenligningsgruppen. Common support er mellom 3,22 % og 41,2 % basert på propensity score estimert med et utvalg av kontrollvariabler. 19 observasjoner ekskluderes. 12 observasjoner ekskluderes når propensity score er estimert basert på alle kontrollvariabler.

I likhet med i hovedanalysen, rapporteres resultater basert på nærmeste nabo matching og propensity score matching, i tillegg til OLS-estimerer.

**Tabell A.1.1.2. Regresjon av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	5.8651	3.293	1.939	4.91	4.451	7.492	7.8055
	(7.566)	(5.707)	(5.502)	(8.344)	(7.614)	(8.034)	(7.45)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>		4369		4350		4357	

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell A.1.1.3. Regresjon av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	0.0189	0.0239	0.02041	-0.00489	0.00023	0.0091	0.02272
	(0.0199)	(0.0191)	(0.0189)	(0.0217)	(0.0233)	(0.0227)	(0.0227)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>		4369		4350		4357	

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Resultatene fra regresjonene i analysene på det totale utvalget er tilnærmet like resultatene i hovedanalysen. Det er altså ingen signifikant sammenheng mellom å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede og senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte med depresjon for det totale utvalget, som i likhet med analysene gjennomført separat for menn og kvinner.

### **A.1.2 Analyse på usentrale og mellomsentrale kommuner**

Den deskriptive statistikken viser at flere i behandlingsgruppen bor i mellomsentrale og usentrale kommuner. Det kan dermed tenkes at det eksisterer en effekt av å gjennomføre dialogmøte 2 med lege til stede i disse områdene. Det gjennomføres derfor en analyse på et underutvalg der personer bosatt i sentrale kommuner ekskluderes fra utvalget. Alle kontrollvariabler fra steg 1 inkluderes i estimeringen av propensity score. Denne analysen skiller ikke på kjønn, og det kontrolleres derfor for kjønn i analysen.

Utvalget består av 2494 personer der 443 (18 %) ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede mellom dag 100 og dag 272 av sykefraværsperioden. Gjennomsnittlig estimert propensity score basert på et utvalg av kontrollvariabler for denne gruppen er 20 %. 2051 har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede. Gjennomsnittlig estimert propensity score for denne gruppen er 17,3 %. Basert på alle kontrollvariabler er gjennomsnittlig propensity score 20,36 % for behandlingsgruppen og 17,2 % for sammenligningsgruppen.

Common support er mellom 3,67 % og 42,82 % basert på et utvalg av kontrollvariabler. 22 observasjoner ekskluderes. Basert på alle kontrollvariabler er common support mellom 3 % og 46,6 %, som innebærer at 11 observasjoner droppes. Også i denne analysen estimeres estimater basert på nærmeste nabo matching og propensity score matching, i tillegg til OLS.

**Tabell A.1.2.1. Regresjon av dialogmøte 2 med lege på inntekt 2 år etter sykmelding**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	10.8	4.64	3.98	6.473	3.015	3.1	3.9
	(9.46)	(7.34)	(7.04)	(10.93)	(8.262)	(9.099)	(8.4)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>		2494		2472		2483	

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
 \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell A.1.2.2. Regresjon av dialogmøte 2 med lege på sannsynligheten for å motta langtidsytelse**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	0.0146	0.02246	0.02197	0.0238	0.00405	0.02109	0.003222
	(0.0252)	(0.0243)	(0.024)	(0.0292)	(0.032)	(0.0274)	(0.0306)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>		2494		2472		2483	

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
 \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Analysene finner ingen signifikant sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte 2 med fastlege til stede og senere arbeidsmarked utfall for personer bosatt i mellomsentrale og usentrale, i likhet med de andre analysene.

## A.2 Analyser på alternative behandlinger

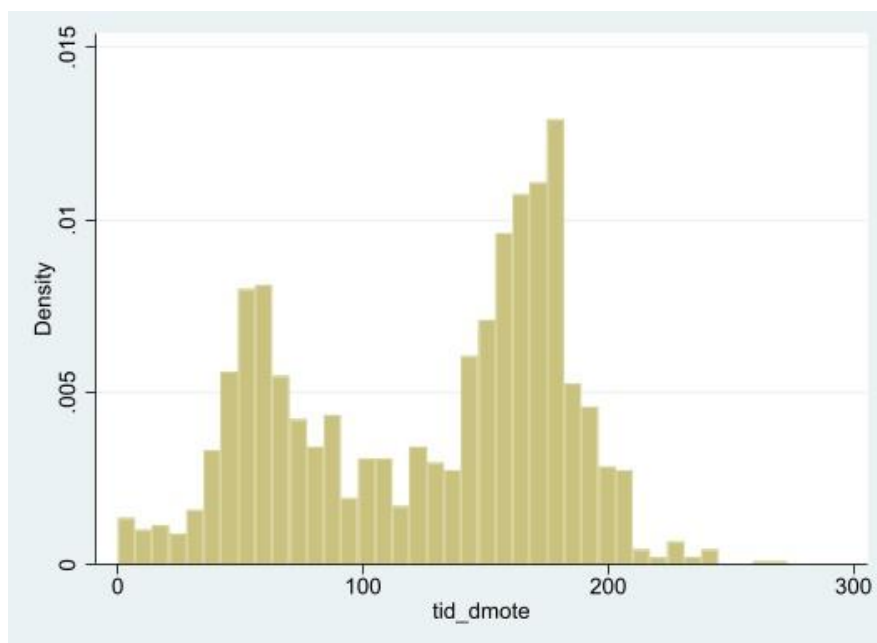
I tillegg til analyser på alternative utvalg, gjennomføres også analyser på alternative definisjoner for behandling.

### *Analyse av å ha gjennomført dialogmøte med lege i løpet av sykefraværsperioden*

I denne analysen defineres behandling som å ha gjennomført dialogmøte med lege i løpet av sykefraværsperioden der staten har ansvar for sykepengeutbetalingen, altså mellom dag 17 og 272. Dag 17 defineres som dag 1 i datautvalget, og dag 272 er dagen for siste gjennomførte dialogmøte med lege i utvalget. I denne tidsperioden kan gjennomførte dialogmøter være både dialogmøte 1 eller dialogmøte 2 med lege.

Figur A.2.1. viser fordelingen av dialogmøter som tar sted i hele sykefraværsperioden der staten står for sykepengeutbetalingen.

**Figur A.2.1.**



Utvalget som benyttes i analysen består av totalt 4369 personer, hvorom 64 % er kvinner og 36 % er menn. Totalt har 1230 gjennomført dialogmøte med fastlege til stede, der 410 er menn og 820 er kvinner (33 % og 67 %). Totalt 3139 har ikke gjennomført dialogmøte med fastlege til stede, herunder 1159 menn og 1980 kvinner (37 % og 63 %). Det er altså 28 % som har gjennomført dialogmøte og 72 % som ikke har gjennomført dialogmøte med fastlege til stede totalt.

Basert på et utvalg av kontrollvariabler er gjennomsnittlig estimert propensity score for behandlingsgruppen 31,58 % for kvinner og 30,07 % for menn. For sammenligningsgruppen er

gjennomsnittlig estimert propensity score 28,4 % for kvinner og 24,74 % for menn. Basert på alle kontrollvariabler er estimert propensity score henholdsvis 31,68 % for kvinner og 30,42 % for menn i behandlingsgruppen, og 28,4 % for kvinner og 24,6 % for menn i sammenligningsgruppen.

Common support basert på et utvalg av kontrollvariabler innebærer å utelukke enheter med propensity score under 5,5 % og over 57 % for kvinner, og under 4,5 % og over 66,1 % for menn. Dette fører til eksklusjon av henholdsvis 14 og 21 observasjonsheter. Når propensity score estimeres med alle kontrollvariabler ekskluderes 18 kontrollvariabler for kvinner og 27 kontrollvariabler for menn.

Denne analysen estimerer estimater separat for kjønn, og det estimeres estimater basert på nærmeste nabo matching, propensity score matching, samt OLS.

**Tabell A.2.1. Regresjon på inntekt 2 år etter sykmelding for kvinner**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte med lege	3.820	3.451	4.309	5.613	4.655	4.978	8.577
	(6.424)	(4.788)	(4.606)	(5.891)	(5.991)	(6.276)	(5.311)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	2800	2800	2800	2786	2786	2782	2782

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell A.2.2. Regresjon på inntekt 2 år etter sykmelding for menn**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte med lege	0.855	-0.304	-1.238	-3.476	10.55	4.257	17.83
	(12.10)	(9.568)	(9.383)	(12.07)	(10.54)	(12.20)	(15.14)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Observasjoner	1569	1569	1569	1548	1548	1542	1542

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell A.2.3. Regresjon på sannsynligheten for å motta langtidsytelse for kvinner**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							

Gjennomført dialogmøte med lege	0.00576 (0.0198)	0.00995 (0.0192)	0.0122 (0.0189)	-0.00339 (0.0218)	0.00431 (0.0240)	0.00386 (0.0222)	-0.00539 (0.0237)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>	<i>2800</i>	<i>2800</i>	<i>2800</i>	<i>2786</i>	<i>2786</i>	<i>2782</i>	<i>2782</i>

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabell A.2.4. Regresjon på sannsynligheten for å motta langtidssytelse for menn**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte med lege	0.0195 (0.0279)	0.0284 (0.0271)	0.0258 (0.0269)	0.0421 (0.0308)	0.0426 (0.0309)	0.00304 (0.0334)	-0.0499 (0.0293)
Utvalgte kontrollvariabler	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
Alle kontrollvariabler	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
<i>Observasjoner</i>	<i>1569</i>	<i>1569</i>	<i>1569</i>	<i>1548</i>	<i>1548</i>	<i>1542</i>	<i>1542</i>

**Merknad:** Standardfeil i parenteser  
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

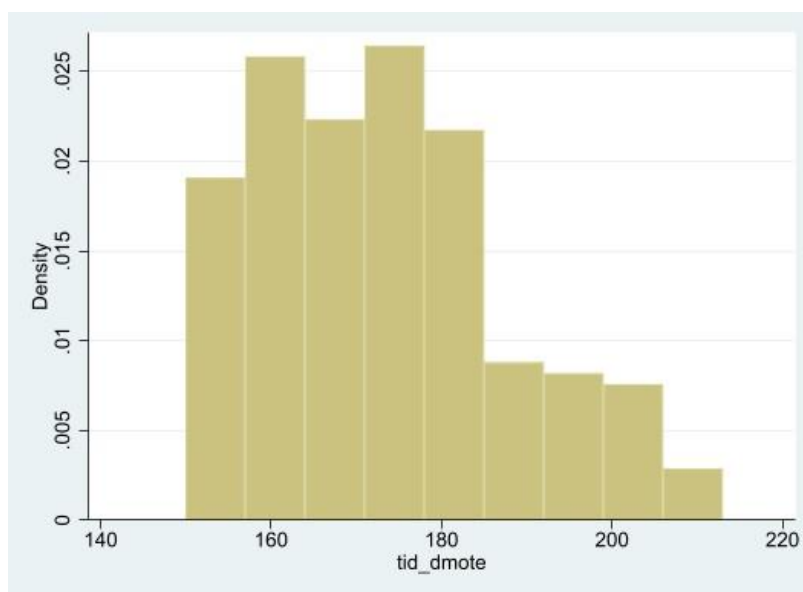
Tabellene viser at estimatene er tilnærmet like estimatene gjennomført i hovedanalysen. En forskjell er imidlertid at estimatet på inntekt 2 år etter sykmelding for menn som tidligere var signifikant på 10 %-nivå ikke lenger er signifikant. Det er altså ingen signifikant sammenheng mellom å gjennomføre dialogmøte med fastlege til stede i løpet av sykefraværsperioden og senere arbeidsmarkedsutfall for sykmeldte med depresjon.

#### *Analyse av å ha gjennomført dialogmøte med lege i løpet av måned 5-7 av sykefraværsperioden*

I den siste ekstra analysen defineres behandling som å ha gjennomført dialogmøte med lege til stede i løpet av måned 5 og 7 i sykefraværsperioden, altså mellom dag 150 og 210. Dette antas å være dialogmøte 2, fordi dialogmøte 2 skal gjennomføres cirka etter 6 måneder i fraværsperioden. Det antas derfor også at de fleste dialogmøter gjennomføres i denne perioden.

I figur A.2.1 kan vi se at de fleste dialogmøter med lege skjer cirka i tidsperioden mellom dag 150 og 170. Figur A.2.2 viser trimming av utvalget der kun dialogmøter med lege i tidsperioden mellom måned 5-7 inkluderes.

**Figur A.2.2.**



Utvalget som benyttes i analysen består av totalt 4369 personer. Totalt har 697 gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede. Totalt 3672 har ikke dialogmøte 2 med fastlege til stede. Det er altså 16 % som har gjennomført dialogmøte 2 og 84 % som ikke har gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede totalt.

Gjennomsnittlig estimert propensity score basert på et utvalg av kontrollvariabler for behandlingsgruppen er 17,8 %. For sammenligningsgruppen er gjennomsnittlig estimert propensity score 15,7 %. Basert på alle kontrollvariabler er gjennomsnittlig estimert propensity score 18,1 % for behandlingsgruppen og 16 % for sammenligningsgruppen.

Common support innebærer å utelukke enheter med estimert propensity score under 3% og over 43% basert på et utvalg av kontrollvariabler, som fører til eksklusjon av 13 observasjonseenheter. Basert på alle kontrollvariabler er common support mellom 3,1 % og 44,13 %. 13 observasjoner ekskluderes.

Denne analysen skiller ikke på kjønn, og det rapporteres estimater basert på nærmeste nabo matching, propensity score matching og OLS, i likhet med alle de andre analysene.

**Tabell A.2.5. Regresjon på inntekt 2 år etter sykmelding**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2	6.097	3.1936	1.935	5.311	3.7689	7.2136	- 1.7484
	(7.551)	(5.698)	(5.487)	(8.298)	(7.586)	(8.04)	(7.9)
Utvalgte	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei



kontrollvariabler							
Alle	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
kontrollvariabler							
<i>Observasjoner</i>	4369				4356		
<b>Merknad:</b> Standardfeil i parenteser							
* $p < 0.05$ , ** $p < 0.01$ , *** $p < 0.001$							

**Tabell A.2.6. Regresjon på sannsynligheten for å motta langtidsytelse**

	OLS	OLS	OLS	NN	PS	NN	PS
ATE							
Gjennomført dialogmøte 2	0.1886	0.0241	0.020623	0.0015462	0.222681	0.00923	-0.00138
	(0.02)	(0.0191)	(0.019)	(0.0215)	(0.0245)	(0.0227)	(0.0214)
Utvalgte kontrollvariabler							
Alle	Nei	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei
kontrollvariabler							
Alle	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
kontrollvariabler							
<i>Observasjoner</i>	4369				4356		
<b>Merknad:</b> Standardfeil i parenteser							
* $p < 0.05$ , ** $p < 0.01$ , *** $p < 0.001$							

Resultatene viser at det er ingen sammenheng mellom å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede mellom måned 5 og 7 i sykefraværperioden og senere arbeidsmarkedsutfall for langtidssykmeldte med depresjon.

## B.1 Supplerende analyse på inntekt 2 år før sykmelding

Det estimeres effekter av å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede på pseudo-utfallet inntekt 2 år før sykmelding, som en supplerende analyse for å underbygge antakelsen om betinget uavhengighet i steg 2. Resultatene fra analysen viser at det er ingen signifikant sammenheng mellom å ha gjennomført dialogmøte 2 med fastlege til stede og inntekt målt 2 år før sykmelding for sykmeldte med depresjon. På bakgrunn av dette underbygges resultatene i steg 2 i hovedanalysen.

*Tabell B.1.1. Estimering av effekter på pseudo-utfall*

	(1)	(2)
	<b>Inntekt 2 år før sykmelding</b>	<b>Inntekt 2 år før sykmelding</b>
	Nærmeste nabo matching	Propensity score matching
ATE		
Gjennomført dialogmøte 2 med lege	6,440	7,779
	(7,096)	(7,775)
<i>N</i>	4360	4360

**Merknad:** Standard feil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

## B.2 OLS-estimer for kontrollvariabler

Tabell B.2.1. OLS regresjon på inntekt 2 år etter sykmelding

	(1)	(2) Kvinner	(3)	(4)	(5) Menn	(6)
<b>Gjennomført dialogmøte 2 med lege</b>	6.313 (6.910)	3.374 (5.125)	3.066 (4.915)	12.42 (13.01)	9.910 (10.13)	6.493 (9.910)
Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding		8.423 (4.857)	6.007 (4.830)		-5.059 (8.789)	-8.016 (9.069)
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding		0.654 (5.857)	-1.844 (5.494)		-12.38 (9.761)	-10.56 (9.837)
Antidepressiva foregående 12 mnd.		-4.226 (5.710)	-4.223 (5.651)		-5.444 (10.38)	-9.724 (11.18)
Alder		-1.653*** (0.249)	18.19*** (1.762)		-2.115*** (0.387)	16.07*** (3.023)
Inntekt 1 år før		0.853*** (0.0945)	0.682*** (0.122)		0.844*** (0.104)	0.662*** (0.117)
Militære yrker og uoppgitt		0 (.)	0 (.)		0 (.)	0 (.)
Ledere		14.67 (17.98)	17.18 (17.87)		37.30 (24.14)	46.30* (23.56)
Akademiske yrker		43.89*** (13.32)	47.78*** (13.31)		27.41 (20.48)	40.72* (19.99)
Høyskoleyrker		39.11** (13.28)	43.94** (13.40)		33.33 (17.78)	42.62* (17.70)
Kontoryrker		32.13* (13.36)	33.32* (13.49)		38.38 (19.89)	41.27* (20.30)
Salgs- og serviceyrker		18.53 (11.92)	26.56* (12.09)		25.33 (16.93)	36.46* (17.08)
Bønder, fiskere mv.		7.528 (48.97)	44.60 (68.11)		-69.44 (64.94)	-59.82 (65.91)
Håndverkere		18.05 (19.59)	34.81 (20.77)		20.58 (17.31)	35.40* (17.36)
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.		-4.684 (18.85)	7.870 (19.01)		24.26 (17.42)	27.74 (17.42)
Renhold, hjelpearbeidere mv.		-4.425 (15.15)	-0.398 (15.00)		20.25 (22.60)	38.89 (23.21)
Usentralt bosted		6.390 (8.296)	9.166 (8.386)		-11.02 (13.77)	-9.884 (13.14)
Legens alder		-0.403 (0.235)	-3.767 (2.162)		0.0604 (0.414)	-3.321 (4.052)
Sentralt bosted		-14.79** (4.976)	-13.51** (4.856)		-3.803 (9.595)	-3.829 (9.620)
Andel med konsultasjon og P76 forrige år		7.771 (6.805)	8.017 (6.466)		15.72 (12.32)	10.08 (12.01)
Videregående		-18.55* (7.351)	-17.92* (7.058)		-54.62*** (14.26)	-52.32*** (14.03)

Grunnskole	-26.49*** (7.982)	-19.58* (7.851)	-74.69*** (14.79)	-65.36*** (14.64)		
Ikke oppgitt utdanning	-32.22 (29.86)	-27.31 (28.49)	7.172 (27.41)	-3.151 (28.49)		
Andel innvandrere	2.050 (11.92)	-22.17 (14.53)	-28.65 (18.74)	-52.84* (25.15)		
Listestørrelse (antall pasienter)	0.0216** (0.00730)	0.0203** (0.00690)	-0.0190 (0.0123)	-0.0181 (0.0127)		
Listetype: selvstendig næringsdrivende	6.744 (8.672)	7.918 (8.490)	-5.192 (14.40)	-3.737 (14.46)		
Konsultasjoner i forrige år	-2.080*** (0.606)	-1.715** (0.586)	-0.610 (1.194)	-0.225 (1.101)		
Andel kvinnelige leger	5.888 (4.996)	12.41 (6.868)	-3.827 (9.482)	2.726 (12.19)		
Inntekt 1 år før kvadrert	-0.000210 (0.000122)	-0.000145 (0.000135)	-0.000150 (0.0000996)	-0.000121 (0.0000978)		
Innvandrere og tidligere psykisk sykdom	-25.37 (17.19)	-25.14 (16.48)	16.01 (23.95)	12.19 (24.38)		
Inntekt 2 år før sykmelding		0.0774 (0.0429)		0.136* (0.0604)		
Sivilstatus gift		1.189 (5.566)		26.50* (10.86)		
Sivilstatus skilt		7.126 (7.104)		13.67 (12.91)		
Sivilstatus enke		6.045 (18.07)		-69.04 (50.31)		
Gradert uføretrygd før sykmelding		45.19*** (13.24)		67.40* (29.17)		
Andel eldre på listen		-77.11* (36.52)		6.611 (67.09)		
Andel kvinner på listen		-46.01 (24.74)		-10.77 (53.07)		
Alder kvadrert		-0.233*** (0.0206)		-0.217*** (0.0352)		
Lege alder kvadrert		0.0358 (0.0217)		0.0366 (0.0406)		
Innvandrere og tidligere somatisk sykdom		23.81 (16.87)		19.51 (25.46)		
Innvandrere og tidligere medisinerer		6.564 (19.93)		13.95 (28.21)		
Konstantledd	349.9*** (3.508)	129.9*** (25.32)	-136.5* (65.57)	387.9*** (6.153)	208.4*** (38.68)	-76.88 (116.9)
Observasjoner	2800	2800	2800	1569	1569	1569

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

*Tabell B.2.2. OLS regresjon på sannsynligheten for å motta langtidsytelse 2,5 år etter sykmelding*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		<b>Kvinner</b>			<b>Menn</b>	
<b>Gjennomført dialogmøte 2 med lege</b>	0.0216 (0.0220)	0.0286 (0.0213)	0.0269 (0.0211)	0.0143 (0.0302)	0.0172 (0.0289)	0.0158 (0.0288)
Somatisk sykdom foregående 3 år før sykmelding		0.0412* (0.0183)	0.0207 (0.0190)		0.0361 (0.0248)	0.0218 (0.0259)
Psykisk sykdom foregående 3 år før sykmelding		0.0661** (0.0231)	0.0608** (0.0230)		0.0620* (0.0307)	0.0555 (0.0305)
Antidepressiva foregående 12 mnd.		0.0603** (0.0224)	0.0488* (0.0234)		0.0695* (0.0318)	0.0697* (0.0330)
Alder		0.00687*** (0.000812)	0.0103 (0.00583)		0.00737*** (0.00112)	0.0336*** (0.00774)
Inntekt 1 år før		-0.00146*** (0.000167)	-0.000995*** (0.000208)		-0.000886*** (0.000157)	-0.000749*** (0.000195)
Militære yrker og uoppgitt		0 (.)	0 (.)		0 (.)	0 (.)
Ledere		-0.103 (0.0636)	-0.168** (0.0640)		-0.145* (0.0652)	-0.114 (0.0660)
Akademiske yrker		-0.0979 (0.0545)	-0.161** (0.0554)		-0.157* (0.0631)	-0.134* (0.0638)
Høyskoleyrker		-0.102 (0.0558)	-0.166** (0.0565)		-0.118 (0.0606)	-0.102 (0.0611)
Kontoryrker		-0.136* (0.0561)	-0.200*** (0.0566)		-0.121 (0.0666)	-0.112 (0.0670)
Salgs- og serviceyrker		-0.0944 (0.0515)	-0.136** (0.0523)		-0.0681 (0.0605)	-0.0586 (0.0614)
Bønder, fiskere mv.		-0.0886 (0.284)	-0.0927 (0.287)		0.295 (0.152)	0.309* (0.145)
Håndverkere		-0.138 (0.101)	-0.180 (0.0980)		-0.00332 (0.0612)	0.00822 (0.0620)
Prosess- og maskinoperatører, transportarbeidere mv.		-0.0744 (0.0760)	-0.134 (0.0764)		-0.0370 (0.0621)	-0.0316 (0.0626)
Renhold, hjelpearbeidere mv.		-0.132* (0.0646)	-0.160* (0.0659)		0.0231 (0.0793)	0.0383 (0.0808)
Usentralt bosted		-0.00841 (0.0336)	0.00379 (0.0336)		0.0880* (0.0422)	0.0858* (0.0424)
Legens alder		0.000913 (0.000874)	0.00966 (0.00871)		0.00210 (0.00117)	0.00570 (0.0119)
Sentralt bosted		0.0345 (0.0188)	0.0346 (0.0186)		0.0406 (0.0263)	0.0465 (0.0263)
Andel med konsultasjon og P76 forrige år		-0.0284 (0.0267)	-0.0285 (0.0262)		0.0336 (0.0392)	0.0374 (0.0386)
Videregående		0.00684 (0.0248)	0.00498 (0.0244)		-0.00783 (0.0330)	-0.00288 (0.0329)
Grunnskole		0.0561 (0.0296)	0.0673* (0.0292)		0.0342 (0.0382)	0.0415 (0.0384)

Ikke oppgitt utdanning	-0.105 (0.0757)	-0.107 (0.0754)	-0.107 (0.118)	-0.128 (0.122)
Andel innvandrere	-0.0205 (0.0379)	-0.0991* (0.0465)	-0.0160 (0.0527)	-0.0191 (0.0647)
Listestørrelse (antall pasienter)	-0.0000489 (0.0000258)	-0.0000423 (0.0000255)	0.000000908 (0.0000354)	-0.0000160 (0.0000360)
Listetype: selvstendig næringsdrivende	-0.00667 (0.0359)	-0.0170 (0.0357)	0.0520 (0.0417)	0.0581 (0.0418)
Konsultasjoner i forrige år	0.00651** (0.00250)	0.00606* (0.00247)	0.00498 (0.00385)	0.00449 (0.00380)
Andel kvinnelige leger	-0.0310 (0.0184)	-0.0404 (0.0262)	0.0280 (0.0288)	0.0260 (0.0384)
Inntekt 1 år før kvadrert	0.000000905*** (0.000000154)	0.000000584*** (0.000000171)	0.000000356*** (0.000000105)	0.000000352** (0.000000110)
Innvandrer og tidligere psykisk sykdom	0.0133 (0.0570)	0.0219 (0.0596)	-0.00878 (0.0795)	0.000344 (0.0831)
Inntekt 2 år før sykmelding		0.0000342 (0.000124)		-0.000105 (0.000124)
Sivilstatus gift		0.0330 (0.0212)		-0.123*** (0.0296)
Sivilstatus skilt		0.0156 (0.0258)		-0.0734 (0.0379)
Sivilstatus enke		-0.0326 (0.0685)		0.0316 (0.264)
Gradert uføretrygd før sykmelding		0.435*** (0.0317)		0.364*** (0.0495)
Andel eldre på listen		-0.0269 (0.139)		0.0105 (0.188)
Andel kvinner på listen		0.0692 (0.0962)		0.00286 (0.148)
Alder kvadrert		-0.0000739 (0.0000655)		-0.000282** (0.0000866)
Lege alder kvadrert		-0.0000869 (0.0000868)		-0.0000321 (0.000120)
Innvandrer og tidligere somatisk sykdom		0.136* (0.0548)		0.0764 (0.0771)
Innvandrer og tidligere medisinerer		-0.00644 (0.0706)		-0.0665 (0.0979)
Konstantledd	0.342*** (0.0101)	0.450*** (0.0878)	0.113 (0.248)	0.368*** (0.0137)
Observasjoner	2800	2800	2800	1569

**Merknad:** Standardfeil i parenteser

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$