

## NAV-legestudien i Bergen:

# SYSTEMATISK VEILEDNING AV FASTLEGER REDUSERTE IKKE SYKEFRAVÆRET

Av Arnstein Mykletun<sup>1</sup>, Stein Nilsen<sup>2</sup>, Inger Cathrine Kann<sup>3</sup>, Hege Rebecca Jacobsen<sup>2</sup>, Øivind Wesnes<sup>4</sup> og Hans Petter Nordhagen<sup>2</sup>

## Sammendrag

*I denne studien tester vi effekten av et tiltak hvor NAVs rådgivende overleger ble involvert i systematisk veiledning av fastleger. Veiledningen tok utgangspunkt i legens egne listepasienter som hadde vært sykmeldt lenger enn åtte uker, og veiledningen ble gitt fire ganger over 12 måneder. Det ble drøftet konkrete målsettinger og virkemidler for retur til arbeid, herunder også muligheter for gradert sykmelding.*

*Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie i 2013, og alle Bergens fastleger ble invitert til deltakelse. Det viktigste utfallsmålet var om sykefraværet endret seg i gruppen som mottok veiledning sammenlignet med kontrollgruppen.*

*Det var ingen påviselig effekt av veiledningsmetoden på totalt sykefravær, langtidssykefravær eller graderingsandel. Fastlegene var imidlertid tilfreds med veiledningen, vurderte den som nyttig, ville anbefale den til kollegaer, og vurderte subjektivt at veiledningen hadde endret deres sykmeldingspraksis. NAV-leger var også generelt optimistiske til at metoden kunne påvirke sykmeldingspraksis og kunne godt tenke seg selv å bli engasjert i slikt veiledningsarbeid.*

*Denne studien viser at selv populære, omfattende og systematiske tiltak for å øke sykmelders kompetanse og bevissthet i sykmeldingsarbeidet kan være helt uten effekt på sykmeldingspraksis. Beslektede tiltak rettet mot fastleger har ikke blitt effektevaluert. Studien gir ingen holdepunkter for at sykmeldingspraksis kan påvirkes gjennom å øke sykmelders kompetanse og bevissthet. På bakgrunn av denne studien kan vi likevel ikke utelukke at sykmeldingspraksis kan påvirkes med andre metoder eller strategier. Resultatet var noe overraskende og stod i kontrast til subjektive vurderinger av effekt og nytteverdi før effektevalueringen var klar. Studien viser med all tydelighet nødvendigheten av å gjennomføre effektevalueringer ved bruk av kontrollgrupper, og at selv klare subjektive vurderinger av hva som er nyttig og effektivt, kan være feil.*

<sup>1</sup> Seniorforsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt; professor II, Universitetet i Tromsø og Kompetansesenter for Arbeid og Psykisk Helse, Helse Nord; og visiting professor, University of New South Wales, Sydney, Australia.

<sup>2</sup> Rådgivende lege i NAV Hordaland, involvert i veiledningen, og deltaker i forskningsgruppen og prosjektstyringsgruppen

<sup>3</sup> Forsker, Arbeids- og velferdsdirektoratet

<sup>4</sup> Representant for Hordaland Legeforening i prosjektstyringsgruppen, fastlege i Bergen

## Bakgrunn og introduksjon

Det er bred politisk enighet om IA-avtalen, hvor ett av delmålene er å redusere sykefraværet. Ifølge tall fra OECD er sykefraværet i Norge vesentlig høyere enn gjennomsnittet for OECD-området (OECD 2006).

Det totale sykefraværet er et resultat av mange enkeltbeslutninger om sykmelding. I noen tilfeller er sykmelding gitt for medisinske tilstander som er fullstendig uforenlig med arbeid. Men i et flertall av tilfellene er det mulig å vurdere spørsmål rundt sykmelding ulikt, blant annet hvorvidt sykmelding er nødvendig og hensiktsmessig, og hvilken varighet og gradering av sykemeldingen som er nødvendig eller mulig.

### Generelt om sykmelders rolle og handlingsrom i beslutninger om sykefravær

Teoretisk sett er det *fire parter* som kan påvirke disse beslutningene om sykmelding: Arbeidsgiver legger føringer, både materielt og ved holdninger til integrering og eventuell tilrettelegging. Arbeidstakers motivasjon og holdning vil også påvirke beslutningene på ulike måter. Sykmelder – som regel er dette fastlegen – har en sentral rolle i beslutningene om sykmelding, og skal utføre de medisinske vurderingene som legges til grunn for sykmelding, samt vurdere pasientens mulighet til å være i arbeid og aktivitet. NAV skal kontrollere at kriteriene for sykmelding er oppfylt og fatter endelig vedtak om utbetaling av sykepengene. NAV skal også kunne bidra med tiltak og veiledning.

Det er betydelig debatt om hvor stort handlingsrommet til sykmelder i realiteten er. Noen vil hevde fastlegen er en sentral katalysator, selve kjernen i beslutningsprosessen. Samtidig vil andre hevde at handlingsrommet er begrenset (Carlsen og Riise 2013). Det er mange typer beslutninger som fastleger normalt ikke vil overlate til pasienter, eksempelvis forskrivning av antibiotika eller henvisning til spesialist. Det er derimot allment akseptert blant fastleger at beslutninger om sykmelding i stor grad er pasientdrevet (Nilsen m. fl. 2015). Alle norske leger har rett til å sykmelde. Fastlegene har imidlertid den helt sentrale rollen som sykmelder, og håndterer 79 prosent av alle langtidssykmeldinger, som utgjør omkring 70 prosent av det totale sykefraværet i Norge (Brage og Kann, 2006).

Mange har beskrevet at sykmeldende lege står i en potensiell rollekonflikt i sykmeldingsarbeidet (Wynne-Jones m. fl. 2010, Swartling m. fl. 2008, Von Knorring m. fl. 2008). På den ene siden er sykmelder av samfunnet tillagt rollen som portvokter og byråkrat som skal regulere tilgangen til velferdsordninger. I denne rollen skal fastlegen vurdere om de medisinske kriteriene for inngangsvilkårene for sykmelding er oppfylt og avslå pasientens anmodning om sykmelding når disse kriteriene ikke er oppfylt. På den annen side vil også fastlegen ønske å opptre som pasientens advokat, som skal ivareta pasientens interesser. I denne rollen er det relevant å være lydhør for pasientens ønsker, eventuelt også å forsøke å ivareta pasientens langsiktige interesser selv om det måtte være i strid med pasientens umiddelbare ønsker. Det kan også være aktuelt å gjøre mer helhetlige og skjønnsmessige vurderinger av pasientens situasjon, i stedet for strengt å vurdere om inngangskriteriene for sykmelding er oppfylt.

Mange sykmeldere finner arbeidet med sykmeldingsaker krevende (Nilsen m. fl. 2011). Enkelte opplever seg presset til sykmeldinger som de samtidig vurderer ikke å være i pasientens langsiktige interesser. Sykmeldere kan også oppleve at handlingsrommet er begrenset, og at det i realiteten er de øvrige aktørene (arbeidsgiver, pasient og eventuelt NAV) som har den reelle innflytelsen på beslutningen om sykmelding.

### Variasjon i sykmeldingspraksis

Fastlegers sykmeldingspraksis varierer betydelig. Begrepet «sykmeldingspraksis» angår observerbare mønstre i skjønnsutøvelse i det kliniske sykmeldingsarbeidet. Begrepet er parallelt til begrepet «forskrivningspraksis», som angår skjønnsutøvelse i forskrivning av medisiner.

Allerede i 1990 rapporterte Tellnes om betydelige forskjeller i legers sykmeldingspraksis (Tellnes m. fl. 1990). Det er også dokumentert betydelig geografisk variasjon i sykmeldingspraksis (Bragstad m. fl. 2006). Bare litt av variasjonen i sykmeldingspraksis henger sammen med observerbare karakteristika som legens alder, kjønn, spesialisering, praksismodell og antall pasienter, og dette har begrenset betydning for sykmeldingspraksis (Aakvik m. fl. 2010, Winde m. fl. 2011). Selv ikke kartlagte holdninger til sykmelding blant legene ble ikke funnet å ha noen innvirkning på

deres egen praksis. Restriktivitet i holdning gir få føringer for tilsvarende restriktivitet i adferd (Tellnes 1990). Forskjellene kan således være en konsekvens av innarbeidede vaner og mestringsstrategier. En studie fra 2013 viste at pasienters sykefravær endrer seg når man får ny fastlege, med en absolutt endring av ytelse på 25 prosent i gjennomsnitt (Markussen m. fl. 2013). Prosjektgruppens hypotese var at tett og personlig veiledning av fastleger i enkeltsaker ville ha effekt og det å tilstrebe økt gradering var ett blant flere mulige virkemidler.

### **Gradert sykmelding**

Prosjektgruppen la vekt på at økt bruk av gradert sykmelding i 2004 og i 2010 har vært det mest effektive tiltaket for redusert sykmelding siden den første IA-avtalen ble undertegnet i 2001. I perioder hvor graderingsandelen går opp, har også totalt sykefravær falt (Mykletun og Brinchmann 2013). Effekten er også dokumentert ved analyser av forskjeller mellom leger i graderingstilbøyelighet (Markussen 2012), samt forskjeller i utvikling mellom kommuner (Kann m. fl. 2012). Det er også en randomisert kontrollert studie som tilsier raskere retur til arbeid ved gradert sykmelding (Viikari-Juntura m. fl. 2012). Registerdata har vist at pasienter som er listeført hos leger som ofte graderer sykefravær, har større sannsynlighet for retur til arbeid og større sannsynlighet for faktisk å være i jobb to år senere (Markussen m. fl. 2012).

Prosjektgruppen la også til grunn at det er mer uklart hvorfor gradert sykmelding bidrar til å redusere sykefraværet. Det kan for eksempel skyldes helsegevinster av å være i jobb, redusert risiko for å falle utenfor, samt at gradert sykmelding kan ha hatt disiplinerende effekter. Videre er kostnadene ved økt bruk av gradert sykmelding i det vesentlige ukjente, men trolig relativt beskjedne sammenlignet med andre tiltak i IA-avtalen. Gradert sykmelding har derved potensiale til å være et kostnadseffektivt tiltak for redusert sykefravær og utstøtning (Mykletun og Brinchmann 2013).

Prosjektgruppen mente at den store variasjonen mellom fastleger i bruk av gradert sykefravær (Markussen m. fl. 2012) indikerer at det burde være mulig å øke bruken av gradert sykefravær blant leger som bruker dette sjelden, og derved redusere sykefraværet. Det

ble vurdert som realistisk å øke bruken av gradert sykmelding gjennom veiledning, og da som et supplement til allerede eksisterende veiledere, nettbaserte opplæringsprogram og annen informasjon. Gradering av sykmelding ble imidlertid sett på som et enkelt og ofte mest nærliggende virkemiddel sammen med flere, men at dialogen og prosessen var det sentrale.

### **Tiltak for kompetanseheving for sykmeldere**

Det er gjort ulike forsøk på å tilføre sykmeldere økt kompetanse og innsikt i sykmeldingsarbeidet for der ved å redusere det totale sykefraværet. Flere av disse tiltakene betoner aktivisering av den sykmeldte, eksempelvis ved økt bruk av gradert sykmelding ved langvarige fravær. I januar 2013 trådte det i kraft en forskrift som påla sykmeldere obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid. Opplæringsprogrammet var et enkelt nettbasert kurs, og det var muligheter for å få unntak for opplæringen for leger med tilsvarende kompetanse. Per januar 2014 hadde omtrent halvparten av landets fastleger gjennomført opplæringen. Kurset var obligatorisk men det ble ikke iverksett reaksjoner overfor fastleger som valgte ikke å gjennomføre opplæringen. Det er imidlertid ikke kjent om tiltaket hadde noen betydning for fastlegenes sykmeldingspraksis (Mykletun og Brinchmann 2013).

Et annet tiltak for økt kompetanse er utvikling av veiledere for sykmeldingsarbeid. Disse er offentlig tilgjengelige på Helsedirektoratets hjemmesider (Helsedirektoratet 2011) og er i noen grad inspirert av den svenske ordningen for normering av sykefravær for ulike diagnoser. Den norske veilederen normerer imidlertid ikke varighet for enkeltdiagnoser. Det er heller ikke gjennomført noen effektevaluering av dette tiltaket. Det er imidlertid beskjeden trafikk på nettsiden hvor denne veilederen er tilgjengelig (Mykletun og Brinchmann 2013), noe som selvsagt begrenser hvor effektiv veilederen i realiteten kan være.

Et ytterligere tiltak rettet mot sykmeldere er ordningen hvor sykmeldere har tilgang til statistikk om egen sykmeldingspraksis sammenlignet med gjennomsnitt av kollegaers praksis. Også denne ordningen er sjelden brukt, og det er ikke kjent om tiltaket påvirker sykefraværet (Mykletun og Brinchmann 2013).

NAV har på fylkesnivå gjennomført ulike former for opplæring av allmennleger, men det foreligger ingen sentral oversikt over dette, og heller ingen effektevalueringer. Den Norske Legeforening arrangerer også kurs innen trygdemedisin og sykmeldingsarbeid, men effekter av dette er heller ikke kjent.

I 2004 ble det gjennomført noen kurs for fastleger fokusert på sykmeldingsarbeidet. Deltakere ble ikke randomisert til kurset, men det ble likevel i ettertid gjennomført en effektevaluering av kursets betydning for sykmeldingspraksis, hvor leger som ikke deltok på kursene utgjorde kontrollgruppen. Det viste seg, kanskje noe overraskende, at deltakerne på kurset økte volumet av sykmeldinger, sammenlignet med kontrollgruppen (Brage og Kann 2006b).

Fastleger forventes å være oppdatert på mange ulike kompetanseområder, og det er kanskje grunn til å tro at kurs og kompetansehevende tiltak innen trygdemedisin og sykmeldingsarbeid ikke prioriteres høyt i denne sammenheng. Samtidig vil mange hevde at legens engasjement og innsats i sykmeldingsarbeidet kan være en viktig faktor for pasientenes fraværs- og rehabiliteringsløp. Kunnskaper om våre velferdsordninger og inngangsvilkår er en forutsetning i dette arbeidet. Resultater i dette feltet er imidlertid også knyttet til legens kommunikasjonsferdigheter overfor pasientene. Det er lite forskning om kunnskap og ferdigheter blant sykmeldere på dette området, men man kan forestille seg at både kunnskaper og kommunikasjonsferdigheter på det trygdemedisinske området kan økes gjennom veiledning, men dette er ikke vist empirisk.

### **Veiledningsmodellen i denne studien**

Det er omtrent 110 rådgivende overleger i Norge, de fleste i deltidsstilling. Deres rolle består hovedsakelig i å yte medisinsk faglig beslutningsstøtte i forbindelse med vedtak om trygdeytelser. Arbeidet skjer hovedsakelig som skriftlig eller muntlig rådgivning til saksbehandlere og veiledere i enkeltsaker, men også som opplæringstiltak individuelt og i grupper. En del rådgivende leger har også kontakt med sykmeldere, gjennom møter arrangert av NAV, telefonisk i enkeltsaker eller som møter på sykmelders kontor. Det er imidlertid

ingen norm eller rutine for slik kontakt, og kontakten er trolig forholdsvis beskjeden i omfang.

For denne studien ble det utviklet en veiledningsmodell hvor NAVs rådgivende overleger ble involvert i systematisk og rutinemessig kollegial veiledning av fastleger. Modellen ble først utviklet og testet i NAV Oslo under ledelse av NAV-lege Hans Petter Nordhagen, og ble senere videreutviklet i samarbeid med NAV-legene Hege Rebecca Jacobsen og Stein Nilsen i Bergen. Modellen er også senere videreutviklet og tatt i bruk av NAV-legene i Østfold.

Veiledningen tok utgangspunkt i fastlegens pasienter som hadde vært sykmeldt åtte uker eller lenger på veiledningstidspunktet, og oversikt over disse pasientene ble hentet ut fra registre og ble forelagt fastlegen i forkant av veiledningsmøtet. Veiledningen var ment å være en likeverdig samtalemodell mellom fastlege og veileder der informasjon gis av fastlege og veilederen stiller supplerende spørsmål. Deretter drøftes problemstillingene og veileder prøver å tilføre forslag om strategier og mulige tiltak som blir gjenstand for diskusjon og vurdering. Slike samtaler ble gjennomført fire ganger i løpet av en 12-månedersperiode, og hver veiledningstime hadde en time varighet. Møtene fant sted på fastlegens kontor i arbeidstiden, arbeidet ble honorert tilsvarende møte-takst, og veiledningen ble også gitt tellende kurspoeng for legens etterutdanning.

Denne kollegiale veiledningen innebærer en ikke-konfronterende, ivaretagende og en utspørrende tilnærming til fastlegens vurderinger i de konkrete sykmeldingssakene. For å oppnå nødvendig tillit og for å kunne diskutere reelt vanskelige sykmeldingssaker var det en sentral forutsetning at innholdet i samtalen ikke skulle videreformidles til NAV eller andre. Det ble altså lagt opp til at veiledningen skulle ha en kollegial og støttende tilnærming, og ikke form av revisjon, tilsyn eller inspeksjon.

Tema for drøftingene var ikke ment å omhandle diagnostikk eller behandling, men rent trygdemedisinske vurderinger. Ett element i veiledningen var eventuelle kurative aspekt ved sykmeldingen, som ble vurdert opp mot mulige negative bivirkninger av sykmeldingen.

Også eventuelle ikke-medisinske «barrierer» for retur til arbeid ble drøftet, for eksempel vanskeligheter eller konflikter på arbeidsplassen, vansker i familien, tidsklemme, eller ulike varianter av unngåelsesatferd. Fastlegen ble spesifikt oppfordret til å vurdere gradering av sykmeldinger, og i enkelte tilfeller ble det også drøftet andre muligheter, som dialog med arbeidsgiver og NAV og tiltaket *Friskmelding til arbeidsformidling*. Det ble også drøftet hvilke ambisjoner og forhåpninger fastlegen hadde for pasientens retur til arbeid, og det ble formidlet informasjon om NAVs tiltakstilbud.

Veiledningen hadde rehabilitering tilbake til arbeid som hovedmål, ofte gjennom raskest mulig gradering av sykmeldingen. Et sentralt element var å bevisstgjøre fastlegen i bruk av forskjellige strategier og tiltak i sykmeldingsarbeidet, både når det gjaldt samhandlingen med NAV og arbeidsgiver, men også gjennom kognitive modeller for motivering og ansvarliggjøring av pasienter. I de to siste veiledningssesjonene ble det også iblant drøftet hvorvidt fastlegen var kjent med om pasienten hadde noen innsikt i konsekvensene av fortsatt sykmelding, eller plan for hvor dette eventuelt skulle ende.

Veiledningsmodellen som ble anvendt har likhetstrekk med tidligere tiltak for å øke fastlegenes kompetanse og bevissthet i sykmeldingsarbeidet, som beskrevet ovenfor. Samtidig skiller modellen seg fra tidligere nevnte tiltak ved å være mer intensiv, forpliktende og systematisk, blant annet ved personlige møter, fokus på fastlegenes utfordringer i pågående sykmeldingssaker og ved oppfølging over tid. Kollegabasert læring er en populær læringsmodell og mye brukt blant leger og praktiseres hovedsakelig på konkrete kliniske problemstillinger fra egen praksis. Dette gjennomføres vanligvis i møter der utfordrende saker drøftes med spesialist eller veileder, men også i felleskonsultasjoner med spesialist og aktuell pasient. Vi er ikke kjent med noen forsøk på systematisk uttesting av metoden «kollegabasert veiledning» i trygdemedisinske spørsmål.

I dette prosjektet hadde vi ingen felleskonsultasjoner med fastlegenes pasienter. Hvilke saker som ble drøftet og hvor åpent fastlegen valgte å diskutere sine utfordringer, varierte betydelig gjennom hele veiled-

## OPPLÆRING AV VEILEDERNE

De tre rådgivende overlegene hadde alle praktisk veiledningserfaring fra tidligere møtevirksomhet med fastleger, individuelt og i grupper, og en av disse hadde også formell veiledningskompetanse. Alle tre deltok i seks møter over seks måneder hvor arbeidsmodellen ble utformet i detalj. Det ble her også utviklet skriftlige hjelpemidler i form av skjema og sjekklister for hjelp i veiledningen, men som ikke inngår som data i selve forskningsprosjektet.

Før prosjektstart ble modellen utprøvd gjennom en pilot der tre fastleger i nabokommuner som ikke var inkludert i studien, deltok. Her fikk veilederne prøve ut veilederrollen mens kollegene observerte. Deretter ble observasjoner diskutert og tilnærmingen justert, slik at veiledningene skulle bli så ensartet som mulig.

Etter oppstart hadde veilederne månedlige møter med erfaringsutveksling og strategier som tema. Midtveis i veiledningsløpet hadde de rådgivende legene også et seminar over en arbeidsdag med professor Roland Blonk ved Netherlands Organization for Applied Scientific Research, Quality of Life. (TNO) i Amsterdam, med formål å gi et ytterligere løft for kompetansen i veiledningsarbeidet.

ningsserien. Således ble veiledningstimene noe forskjellige fra lege til lege og fra gang til gang.

## Formålet med studien

Formålet med denne studien er å teste effekten av en omfattende og intensiv veiledningsmetode ved en randomisert kontrollert studie. Utfallsmålene var sykefravær til fastlegenes pasienter i perioden veiledningen pågikk. I tillegg til totalt volum av sykefravær, var vi også interessert i om denne veiledningen kunne øke bruken av gradert sykmelding, redusere varighet av langtidsfravær, samt redusere volumet av søknader om arbeidsavklaringspenger (AAP).

Som del av en prosessevaluering har vi i etterkant også gjennomført en spørreundersøkelse for å høste subjektive erfaringer med veiledningsmetoden blant fastlegene som mottok veiledningen. Vi har også uformelt spurt både NAV-leger involvert i veiledningen og en gruppe blant deres NAV-legekollegaer om deres forventninger og holdninger til denne arbeidsmetoden.

Endelig var også en del av formålet med studien å gjennomføre en kost/nytte-evaluering av veiled-

ningsmetoden, hvor vi ønsket å sammenligne kostnader knyttet til veiledningsmetoden med eventuelle besparelser i form av redusert sykefravær. Vi planla også å vurdere ressursbehovet dersom metoden skulle oppskaleres til standardpraksis. Disse økonomiske delene av prosjektet forutsatte imidlertid selvsagt en positiv effekt av tiltaket.

## Resultater

### Forsøket hadde ingen effekt på sykefraværet

Det var ikke signifikant forskjell i sykefraværet for pasienter på listene til fastlegene som mottok veiledning, sammenlignet med kontrollgruppens pasienter, verken under eller etter veiledningsperioden. Det var heller ingen tydelige mønstre i ikke-signifikante ten-

**Tabell 1.** Registerdata for effekter på sykefravær eller gradering (differanse i differanse)

		Kontrollgruppe	Veiledningsgruppe
Totalt sykefravær (dagsverk)	Referanseperiode, førveiledningen startet	1.288.475	1.047.238
	Under og like etter atveiledningen pågikk	1.268.869	1.109.126
Andel som er gradert i forløpet (prosent)	Referanseperiode, førveiledningen startet	21,80 %	21,50 %
	Under og like etter atveiledningen pågikk	22,70 %	23,10 %

Ingen  $p < 0,05$ .

Kilde: NAV

**Tabell 2.** Fastlegers subjektive evaluering av veiledningen (totalt 61 svarte av 81 inviterte)

Spørsmål	Svaralternativ	Andel
Hvordan vil du beskrive ditt utbytte av veiledningen?	Noe eller stort	96 %
Ville du ønsket deg fortsatt veiledningen i ytterligere ett år til?	Ja	56 %
Ville du anbefale veiledningen til andre?	Ja	97 %
Har du etter veiledningen gitt sykmeldingsarbeidet større oppmerksomhet?	Noe eller betydelig	80 %
Tror du at veiledningen har ført til at du benytter mer gradert sykmelding?	Noe eller betydelig	56 %
Tror du veiledningen har medført at du har en mer restriktiv sykmeldingspraksis?	Noe eller betydelig	48 %

Kilde: Legestudien

**Tabell 3.** NAV-legers subjektive vurdering av arbeidsmetoden (totalt 48 tilstede, 44 respondenter, hvorav 37 NAV-leger)

Spørsmål	Svaralternativ	Andel
Har du selv personlig erfaring med systematisk og rutinemessig veiledning av leger i form av møter hvor konkrete case har blitt diskutert?	Ja, månedlig eller oftere	3 %
	Redusere totalt sykefravær	62 %
I desember 2014 foreligger første rapport om effekter av veiledningen. Effekter analyseres som et randomisert kontrollert forsøk med intervensjons- og kontrollgruppe. Hvilken effekt tror du veiledningsmodellen vil ha?	Økt andel graderte fravær	95 %
	Redusert antall søknader om AAP	61 %
Hvis studien viser at dette tiltaket fungerer, kunne du selv tenke deg å jobbe deler av arbeidstiden din etter den veiledningsmodellen som er blitt presentert i dag?	Ja	78 %

Kilde: Legestudien

## METODE

### Design og prosedyre for effektevaluering

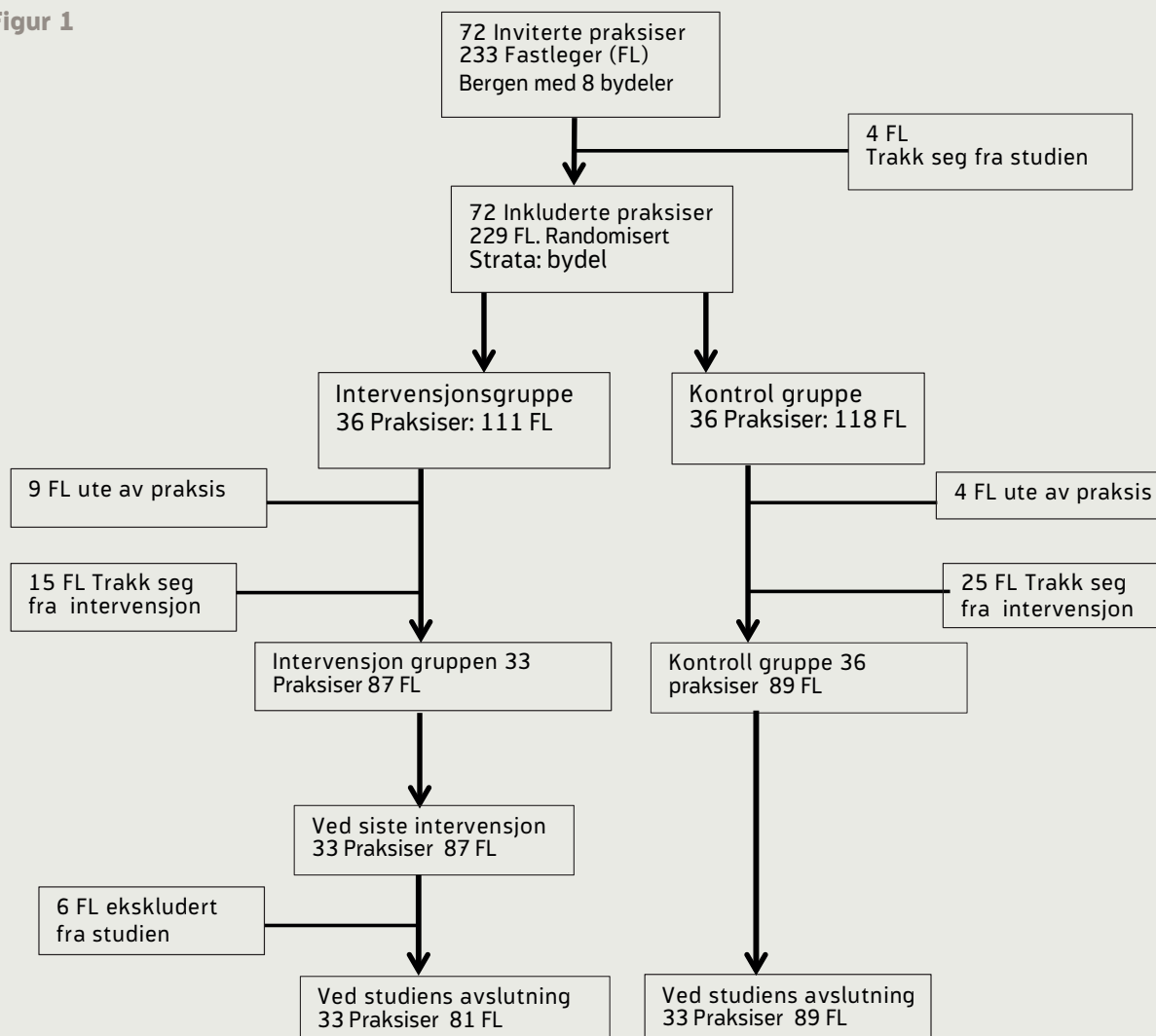
For å teste effekten av veiledningsmodellen på sykefravær gjennomførte vi en randomisert kontrollert studie. Alle fastlegene i Bergen ble invitert i januar 2013 til å delta i studien gjennom et informasjonsbrev fra NAV Hordaland, og legene ble inkludert etter passivt samtykke, som betyr at legene ble inkludert i studien dersom de ikke meldte fra om at dette var uønsket. Leger som ikke hadde trukket seg før en angitt frist ble randomisert i like andeler til eksperiment- og kontrollgruppe. Vi forventet en mulig læringseffekt innad på legekantoret mellom fastlegene, og randomiseringen foregikk derfor på legekantornivå, slik at alle legene på samme kontor ble randomisert samlet til enten veiledningsgruppen eller kontrollgruppen.

Etter randomisering ble legene i veiledningsgruppen fordelt på de tre NAV-legene som skulle gjennomføre veiledningen, og NAV-legene ringte så til de enkelte fastlegene for å avtale tidspunkt for første møte. Ved denne kontakten viste det

seg at noen få fastleger ikke hadde fått med seg informasjonsbrevet fra NAV, og trakk seg før veiledningen startet. For å unngå skjevhet mellom eksperiment- og kontrollgruppen kontaktet vi derfor senere også kontrollgruppen med et spørsmål om hvorvidt de ønsket å motta slik veiledning dersom dette ble aktuelt, hvorpå en tilsvarende andel takket nei også i kontrollgruppen. Detaljer om antall leger som ble inkludert, reservasjoner og gjennomføring er gitt i figur 1.

Intervensjonsgruppen mottok veiledningen som beskrevet overfor i form av fire møter over 12 måneder i perioden fra januar 2013 til februar 2014, mens kontrollgruppen fikk et tilbud om en kontakttelefon til rådgivende overlege i NAV dersom de ønsket å diskutere utfordringer med egne langtidssykemeldte i prosjektperioden. Også intervensjonsgruppen fikk mulighet til å ta slik kontakt. Omfanget av henvendelser fra fastlegene til NAVs rådgivende overleger gjennom denne kontakttelefonen var så begrenset at det vurderes å være helt uten betydning for effekten av tiltaket.

Figur 1



## Utfallsmål for effektevalueringen og analyseplan

Arbeids- og velferdsdirektoratet bidro med både registerdata og analyser av disse for gjennomføring av effektevalueringen. Registerdata for sykmeldinger ble analysert ut fra listetilhørighet, og sortert på intervensjons- og kontrollgruppen. Konkret ble det analysert om utviklingen i sykefraværet har utviklet seg ulikt for veilednings- og kontrollgruppen fra før til etter veiledning (såkalt *differanse-i-differanse*).

Av praktiske årsaker hadde veiledningsperioden litt ulike tidspunkt for start og avslutning for de enkelte fastlegene. I gjennomsnitt varte veiledningsperioden omkring 12 måneder. Fastlegene som utgjorde kontrollgruppen fikk tilfeldig tildelt referanseperioder helt identisk med de faktiske veiledningsperiodene i veiledningsgruppen. I analysene ble det derfor kontrollert for kalendermåned, men dette hadde ingen betydning for resultatet.

Først ble det gjennomført analyser for alle pasienter som inngikk på fastlegenes lister, uavhengig av varighet av sykefraværet. Ethvert sykefraværsforløp som helt eller delvis pågikk i veiledningsperioden (og for kontrollgruppen i referanseperioden) inngikk i datagrunnlaget. Deretter ble det gjennomført analyser hvor kun sykmeldingsforløp med varighet over 10 uker ble inkludert. Denne avgrensningen ble gjennomført fordi veiledningen tok utgangspunkt i sykmeldinger som hadde vart mer enn 8 uker på tidspunktet hvor lister ble skrevet ut, og disse listene ble skrevet ut opp til to uker før veiledningstidspunktet.

Vi analyserte totalt sykefravær (totalt antall tapte dager), totalt sykefravær av sykefraværet med varighet over 10 uker, andel sykefravær som nådde milepæler (26 uker og 52 uker), andel av det totale sykefraværet som var gradert, andel av sykefraværestilfellene som på et eller annet tidspunkt under forløpet gikk gradert sykmeldt samt antall som hadde fått innvilget arbeidsavklaringspenger. Flertallet ( $\frac{2}{3}$ ) av sykmeldingene med varighet over 10 uker var inkludert

i listene som dannet grunnlaget for veiledning av fastlegene og ca. halvparten av disse ble i varierende omfang diskutert under veiledningen.

Spesifikt ønsket vi å analysere om sykmeldingspraksisen til fastlegene som hadde mottatt veiledning hadde *endret seg* forskjellig fra fastlegene i kontrollgruppen. Vi inkluderte derfor en observasjonsperiode på 12 måneder, tilstrekkelig lenge forut for veiledningsperioden til at sykmeldingstilfellene skulle være avsluttet innen veiledningen startet, og denne perioden ble kalt for «referanseperioden». «Veiledningsperioden» ble definert som fra oppstart av første veiledning, og med varighet så lenge de påbegynte sykmeldingstilfellene maksimalt kunne vare før de nådde 52-ukersgrensen.

## Design og prosedyre for subjektiv evaluering av tiltaket

Få uker etter at siste veiledning var gjennomført ble fastleger som hadde mottatt veiledning invitert til å gi en subjektiv og anonym vurdering av veiledningen. Invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt på e-post, og felle-spurringer ble sendt både på e-post og ved brev. Av 87 leger som ble invitert, fikk vi svar fra 61. Kartleggingen omfattet fastlegenes subjektive vurdering av hvorvidt de hadde hatt noen nytte av tiltaket, om de hadde endret sykmeldingspraksis, om de ville anbefale veiledningen til kollegaer, og om de kunne tenke seg å fortsette veiledningssamarbeidet ytterligere et år ut over prosjektperioden.

I anledning en presentasjon av veiledningsmodellen på et emnekurs i regi av Norsk trygdemedisinsk forening i mars 2014 ble det gjennomført en uformell og anonym spørreundersøkelse. Inklusiv de tre NAV-legene fra prosjektgruppen var det 51 tilstede under presentasjonen, 44 besvarte spørsmålene, hvorav 37 var rådgivende overleger i NAV. Her ble det kartlagt hvorvidt NAVs rådgivende overleger trodde at arbeidsmetoden hadde redusert det totale sykefraværet, overgang til arbeidsavklaringspenger, og hvorvidt dette var en arbeidsmetode de selv kunne tenke seg å anvende.

denser i resultatene. Dette robuste nullfunnet angår alle utfallsmål, herunder både totalt sykefravær, langtidssfravær, gradert sykefravær, graderingstilbøyelighet (anvendt gradert sykmelding en eller annen gang under et sykefraværestilfelle), og antall som hadde fått innvilget AAP (tabell 1).

## Metoden var populær både blant fastleger og NAV-leger

Fastlegene som mottok veiledning vurderte, før resultatene var kjent, at veiledningsmodellen var nyttig, og de ville også anbefale veiledningen til kollegaer. De mente også at de selv hadde gitt sykmeldingsarbeidet mer opp-

merksomhet som følge av veiledningen. Nær halvparten av fastlegene vurderte at veiledningen hadde ført til at de hadde endret sykmeldingspraksis i noe mer restriktiv retning, og over halvparten mente de hadde økt bruken av graderte sykmeldinger (se tabell 2).

Flere av NAVs rådgivende overleger fikk på en fagsamling i regi av Norsk trygdemedisinsk forening presentert arbeidsmodellen, riktignok før resultatene var kjent. Disse legene var også overveiende positive til mulige effekter av arbeidsmetoden og kunne selv tenke seg å bruke den i sitt arbeid (se tabell 3).



## Diskusjon

Vi vurderer dette resultatet som et robust og overraskende nullfunn. Studien har tilstrekkelig statistisk styrke til at selv forholdsvis svake effekter ville være statistisk signifikante. De subjektive vurderinger av effekt og nytte fra leger som mottok veiledningen, var derimot overveiende positive.

Både vi som gjennomførte studien, fastlegene som mottok veiledningen, og NAV-leger som fikk arbeidsmetoden presentert, vurderte subjektivt at denne arbeidsmetoden var egnet til å redusere sykefraværet. Metoden bygger på tidligere og lignende tiltak i NAV hvor formålet har vært å øke kunnskap og bevissthet om sykmeldingsarbeidet blant fastleger, for derved å redusere sykefravær og langvarig trygdeavhengighet. Studien ble gjennomført etter protokoll, er mer omfattende enn tidligere tilsvarende tiltak siden 2010 (som riktignok ikke er effektevaluert), og ble godt mottatt.

Det kan selvsagt ikke utelukkes at det er noe ved måten veiledningen ble gjennomført på som har gitt dette noe overraskende nullfunnet. Vi vet imidlertid ikke hva det skulle angjelde, og studien er uansett gjennomført etter protokoll. Det er en replikasjon av forsøket på gang i Østfold, i omtrent samme omfang som herværende studie. Dersom også studien i Østfold gir samme resultat, må vi legge til grunn at sykefraværet ikke kan reduseres ved denne veiledningsmetoden.

Det ble gjennomført planer for både ressursbehov ved fullskala implementering, og dessuten også kost/nytte-evalueringer, men dette er kanskje ikke relevant i lys av det robuste nullfunnet.

### Hva kan vi lære av denne studien?

Kun et lite mindretall av NAVs samlede portefølje av virkemidler for å redusere sykefravær er basert på adekvate effektevalueringer (Mykletun og Brinchmann 2013). Denne studien illustrerer med all tydelighet at tiltak kan være helt uten effekt, selv om subjektive evalueringer fra ulike parter tilsier at det er både effektivt, nyttig og populært. Hvis evalueringen av denne veiledningsmodellen bare var basert på subjektive vurderinger fra fastlegene som mottok veiledningen, NAV-legen som gav veiledningen, og deres kollegaer som fikk høre om arbeidsmetoden, ville

konklusjonen ha vært at dette trolig var en arbeidsmodell man kunne implementere. Dette understreker viktigheten av NAVs satsning på effektevalueringer med faglig solide metoder for effektevalueringer.

Den første og mest direkte anvendelsen av studien er som kunnskapsgrunnlag for eventuelle beslutninger nå eller i framtiden om å innføre tilsvarende tiltak for å øke fastlegenes kunnskap og bevissthet i sykmeldingsarbeidet med sikte på å redusere sykefraværet. Så vidt vi vet er dette den eneste randomiserte kontrollerte studien som tester om det er mulig å redusere sykefraværet ved kollegabasert veiledning, med formål å øke fastlegenes kunnskap, bevissthet og mestningsadferd i sykefraværsarbeidet.

NAV har som nevnt implementert tre tiltak siden 2010 for å øke sykmelderens bevissthet og kompetanse i sykmeldingsarbeidet, og derved å redusere totalt sykefravær. Dette inkluderer forholdsvis omfattende og kostbare tiltak som statistisk tilbakemelding på egen sykmeldingspraksis, nettbasert veileder i sykmeldingsarbeid og obligatorisk nettbasert kurs. Det er ikke gjennomført noen evaluering av effekten av disse tiltakene, og oppslutningen blant sykmeldere har vært begrenset (Mykletun og Brinchmann 2013). De ligner imidlertid på herværende tiltak i formål og virkemidler, men er mindre intensive og omfattende. Man skal være varsom med å generalisere fra dette tiltaket til andre lignende tiltak, men våre nullfunn gir grunnlag for en viss skepsis til mulige effekter av de nevnte tre tiltakene. Skepsisen styrkes ytterligere av at deltakere på gruppebasert kurs i sykmeldingsarbeid faktisk økte sykmeldingsvolumet etter deltakelse på kurset, sammenlignet med leger som valgte ikke å delta på kurset (Brage og Kann, 2006b).

I disse dager starter det opp utprøving av tiltaket «Ny medisinsk vurdering» (NMV), hvor en annen lege skal møte pasienten og vurdere grunnlag for sykmelding ved varighet på 26 uker eller mer. NMV-ordningen har ikke bare som formål å øke fastleges kompetanse og bevissthet rundt sykmeldingsarbeidet, men vil også ha et element av innsyn. Det vil også representere en ekstern innblanding i dialogen mellom pasient og fastlege i spørsmålet om sykmelding. Slik har NMV-ordningen likehetstrekk med Hedmarksmodellen (Kann m. fl. 2014). Dette elementet av innsyn

var ikke del av vår veiledningsmodell, og det blir derfor spennende å se effekten av NMV.

### **Hvorfor ble ikke sykefraværet redusert som følge av denne veiledningsmodellen?**

Dette tiltaket ble utviklet i kjølvannet av NAVs obligatoriske kurs for sykmeldere, som i henhold til gjennomføringspraksis til tross for at det var obligatorisk ikke synes å være særlig populære blant fastlegene. Det var i perioden fra 2010 til nylig en betydelig satsning på tiltak rettet mot å øke fastlegers kompetanse og bevissthet i sykmeldingsarbeidet. Tiltakene ble ikke effektevaluert, men hadde som nevnt lav oppslutning (Mykletun og Brinchmann 2013). Vi vektla derfor å forsøke å utvikle et solid og omfattende tiltak for å øke fastlegers kompetanse og bevissthet i sykmeldingsarbeidet som kunne få god oppslutning blant fastleger. Oppslutningen ble god, tiltaket var populært, men virket altså likevel ikke som tiltak for å redusere sykefraværet.

Det kan ikke utelukkes at det er nødvendig å involvere pasienten direkte for at slike tiltak skal virke, altså slik det blir gjennomført i NMV. Det er ikke til å komme utenom at pasient og sykmelder til sammen har stor innflytelse på beslutninger om sykmelding. Slik vi vurderer det er det i møtet mellom pasient og lege den reelle makten over beslutningen om sykmelding ligger i dag. Vi mener både NAV og arbeidsgiver i realiteten har begrenset mulighet til å påvirke når fastlegen og pasienten først har besluttet sykmelding. Eksempelvis kan arbeidsgiver selvsagt på ulike måter invitere til og tilrettelegge for retur til arbeid, men beslutningen om sykmelding tas likevel i møtet mellom sykmelder og pasient. Vårt tiltak hadde ikke som formål å utfordre denne maktbalansen mellom de fire partene.

NMV vil derimot nettopp gjøre det, og det blir derfor spennende å se hvorvidt dette blir en mer effektiv arbeidsmetode enn veiledningsmodellen vi benyttet. Vanligvis er sykmeldende lege og pasient til sammen i praksis suverene i beslutninger om sykmeldinger. Det er svært sjelden at NAV eller andre har blandet seg inn i dette spørsmålet i særlig grad, selv om det er formålet med dialogmøter og NAVs rutiner. Det er imidlertid eksempler på at intervensjoner som nettopp blander seg inn i denne relasjonen, faktisk er effektive i reduksjon i sykefraværet. Et eksempel er det såkalte

«Tillitsprosjektet» i Mandal, hvor kommunalt ansatte fikk anledning til egenmelding i inntil ett år, og hvor arbeidsgivers oppfølging ble betydelig styrket. Sykefraværet i Mandal kommune ble betydelig redusert (Mykletun m. fl. 2014). Et annet eksempel er den såkalte «Hedmarksmodellen», hvor NAV innførte en ny arbeidsmetodikk for vurderinger av sykmeldinger, gjennomførte grundigere vurderinger av sykmeldinger som passerte 8 uker og en satte i verk en mer konsekvent håndheving av aktivitetskravet i folketrygdloven. Dette innbar blant annet utsending av varselbrev til alle som passerte 8 ukers sykmelding og som ikke hadde fått unntak fra aktivitetskravet. (Kann m. fl. 2014). Også dette tiltaket var effektivt for å redusere sykefraværet. Veiledningsmodellen som her ble testet mangler fullstendig sanksjonsmidler, og er heller ingen reell innblanding i relasjonen mellom pasient og lege i sykmeldingsspørsmålet.

En mulig tolkning er at studien ikke hadde noen effekt fordi legen i realiteten ikke har noe handlingsrom i vurderingen av sykmelding. Det kan for eksempel hevdes at sykmeldingsarbeidet er ganske nær det optimale, eller at reelle årsaker til sykefraværet i realiteten er utenfor fastlegens mulighet til påvirkning, herunder helt nødvendige behov for tilrettelegging som ikke innfris, eller medisinske tilstander som er fullstendig uforenlig med arbeid. Vi mener imidlertid denne studien ikke bør tas til inntekt for en slik posisjon. For det første er dette ikke en evaluering av hvor stort handlingsrommet er. Dessuten har tidligere studier funnet forholdsvis store endringer i sykmeldingspraksis på forholdsvis kort tid. Eksempelvis økte bruken av gradert sykefravær i 2004 kraftig som følge av endring av sykmeldingsblanketten, og totalfraværet sank da kraftig. Tilsvarende mønster gjentok seg rundt 2010, da som følge av betydelig «framsnakking» av gradert sykmelding (Mykletun og Brinchmann 2013). Det er også påvist at pasienter endrer sykmeldingsmønster ved skifte av fastlege (Markussen m. fl. 2013), og det også dokumentert til dels store variasjoner i legers sykmeldingspraksis (Brage og Kann 2006a). Endelig er sykefraværet høyt i Norge (Mykletun og Brinchmann 2013), uten at dette lar seg forklare med dertil dårligere helsetilstand, arbeidsmiljø eller mangel på tilretteleggingsvilje for arbeidstakere. Den herværende studie viser altså ikke at handlingsrommet

er minimalt, men derimot at sykmeldingspraksis ikke endres ved denne veiledningsmetoden.

Vi mente det var viktig at veiledningsmodellen skulle være tillitsbasert og kollegial, og ikke konfronterende eller preget av kontroll eller revisjon av hvorvidt praksis var i tråd med regelverket. Det ble vurdert som nødvendig og nyttig at NAV-legene ikke skulle anvende noen sanksjoner overfor eventuell kritikkverdig sykmeldingspraksis. NAV-legene vurderte det som at det i de fleste tilfellene ble en tillitsfull og oppriktig dialog med fastlegene, som la fram ulike dilemma og vanskeligheter i sykmeldingsarbeidet. Formålet med denne litt varsomme tilnærmingen var å nå fram til fastlegene med kunnskap og nysgjerrighet på hvordan sykmeldingsarbeidet kunne forbedres. Det kan tenkes at denne veiledningsmodellen kunne ha redusert sykefraværet dersom selve innholdet i veiledningen hadde vært annerledes. Det kan også tenkes at en tilnærming preget av mer innsyn og mer konsekvent praktisering av aktivitetskravet er mer effektiv, noe erfaringene fra Hedmarksmodellen kanskje tilsier (Kann m. fl. 2014).

Videre er det mulig at pedagogikken i den kollega-baserte veiledningsmetoden i seg selv er en begrensning. En kunnskapsoppsummering som evaluerer tilsvarende læringsmetoder gir ikke entydig støtte til at dette er en effektiv måte å lære på (Reeves m. fl. 2013). Når metoden likevel er populær kan nok det i noen grad tilskrives at den er forholdsvis enkel å gjennomføre, at metoden i liten grad virker intimiderende på den som mottar veiledning, samt at effektivitet i valg av pedagogikk for videreutdanning av leger sjelden er problematisert. Selv om personlige møter i veiledning mellom sykmeldende lege og veileder er en ganske nærgående arbeidsmetode, er det samtidig fortsatt mulig å gå lenger. Intervensjonen adresserte i utgangspunktet bare problemstillingene på akademisk nivå, eksemplifisert ved drøfting av aktuelle saker. Man kunne eksempelvis ha felleskonsultasjoner hvor NAVs rådgivende overleger deltok i konsultasjonene sammen med sykmeldende fastlege og pasient (Bandura 2012). Det er også mulig at man kunne anvendt noe mer kontrollvirkemidler, revisjon eller rapportering. Det ville i så fall neppe vært like populært, og vanskelig gjennomførbart i en studie med frivillig deltakelse.

## Acknowledgements

Det er mange som har bidratt til denne studien. Vi takker NAV Hordaland for tilrettelegging for denne studien, herunder fylkesdirektør Anne Kverneland Bogsnes som har ledet styringsgruppen, samt avdelingsdirektør Asgeir Helle som har bidratt til praktisk gjennomføring av prosjektet sammen med prosjektkoordinator Annabelle Nesbjørg, Erik Rasmussen, leder for NAV Bergenhus og de øvrige representantene i styringsgruppen og de involverte NAV-legene. Videre takker vi Arbeidsdirektoratet for bidrag med data og tid til analyser av disse. Hordaland legeforening takkes for utmerket samarbeid, samt for bidrag gjennom representasjon i styringsgruppen. Forskningsrådet har bidratt til studien (prosjektnummer 227097). Vi takker også professor Roland Blonk ved TNO for gode innspill under selve veiledningsarbeidet, professor Dag Bruusgaard og professor Elin Olaug Rosvold, begge ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, Senior Lecturer Samuel Harvey ved UNSW and Black Dog Institute, assosiate professor David McDaid ved London School of Economics (LSE), alle for nyttige innspill under planlegging, gjennomføring, analyser og tolkning.

## Godkjenninger

REK Vest vurderte prosjektet å ligge utenfor komiteens mandat ettersom primærutfallsmålet ikke var relevant for helse, men gav likevel tillatelse til at studien kunne gjennomføres uten informert samtykke til fastlegenes pasienter (saksnummer: 289921, dato 19.06.2012). Studien ble også godkjent av Personvernombud ved Folkehelseinstituttet (dato: 25.02.2013). Studien er også registrert i [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) : NIPH 14-02

Det ble opprettet en styringsgruppe for prosjektet, ledet av fylkesdirektør Anne Bogsnes for NAV Hordaland. Hordaland Legeforening gav sin tilslutning til prosjektet, var representert i styringsgruppen og bidro også i revideringen av artikkelen. Forskningsansvarlig for denne studien er Folkehelseinstituttet ved professor Arnstein Mykletun som prosjektleder. Det foreligger en samarbeidsavtale mellom NAV Hordaland, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Folkehelseinstituttet for denne studien. Det ble nedsatt en prosjektstyringsgruppe ledet av fylkesdirektør for NAV Hordaland Anne Bogsnes for gjennomføring av

dette prosjektet. Også FHI og Hordaland legeförening var representert i styringsgruppen. Planlegging av studien ble gjennomfört av en nedsatt forskningsgruppe, ledet av Arnstein Mykletun, og hvor ogsä Stein Nil- sen, Hege Rebecca Jacobsen og Hans Petter Nordha- gen (alle NAV Hordaland) var representert. Praktisk gjennomföring av veiledningen og studien ble utfört av en prosjektgruppe, ledet av Hans Petter Nordhagen for NAV Hordaland, og hvor ogsä de övriga NAV-le- gene i prosjektet deltok. Arbeids- og velferdsdirekto- ratet ved Inger Cathrine Kann har gjennomfört den registerbaserte effektstudien av forsöket i dialog med Arnstein Mykletun (FHI) og Hans Petter Nordhagen (NAV Hordaland). Korresponderende forfatter kan kontaktes pä [arnstein.mykletun@fhi.no](mailto:arnstein.mykletun@fhi.no)

## Referanser

Aakvik, Arild, Tor Helgde Holmäs og M. Kamrul Islam. (2010). «Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data». *Soc Sci Med*, 70 (10), 1590-1598.

Bandura, A. (2012). Guest editorial: On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *On the functional properties of perceived self-efficacy revisited*, 38(1), 9-44.

Brage, Sören og Inger Cathrine Kann (2006a). *Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner*. Rapport 05/2006. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen 05/2006, 3-42.

Brage, Sören og Inger Cathrine Kann (2006b). *Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og Legeprogrammet*. Rapport 06/2006. Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen, 06/2006, 1-38.

Bragstad, Torunn, Anne Sagsveen og Ulla Regbo. (2006). *Variasjon i sykefravær : en analyse av geografisk variasjon i forbruk av sykepengar i perioden 1993-2004*. Rapport 04/2006. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.

Carlsen, Benedicte og Julie Riise. (2013). Fastlegenes dilemma: Pasientvelferd eller kostnadshensyn? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 30(04), 349-358.

Helsedirektoratet (2011). Faglig veileder for sykmeldere. Tilgjengelig fra <http://sykmelderveileder.helse-direktoratet.no/Sider/default.aspx> (Hentet 08.10.2015).

Kann, Inger Cathrine, Ivar Andreas Åsland Lima og Per Kristoffersen (2014). «Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet». *Arbeid og Velferd* 3/2014.

Kann, Inger Cathrine , Sören Brage, Arne Kolstad, Jon Petter Nossen og Ola Thune (2012). «Har gradert sykmelding effekt pä sykefraværet?» *Arbeid og Velferd*, 2/2012.

Markussen, Simen, Arnstein Mykletun og Knut Røed (2012). «The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program». *Journal of Public Economics*, 96 (11-12), 959-972.

Markussen, Simen, Knut Røed og Ole Rögdeberg. (2013). «The changing of the guards». *Journal of Health Economics*, 32(6), 1230.

Mykletun, Arnstein og Beate Brinchmann (2013). *Effekter av tiltak under IA-avtalen*. Rapport fra forskermöte pä oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Folkehelseinstituttets rapportserie.

Mykletun, Arnstein, Gaute Thorsvik and Kjell Vaage (2014). *Effekter av Tillitsprosjektet i Mandal pä sykefravær og avgangsalder*. Rapport til FARVE, 2014. Uni Rokkansenteret.

Nilsen, Stein, Kirsti Malterud, Erik L. Werner, Silje Mæland og Liv Heide Magnussen (2015). «GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints». *Scand J Prim Health Care*, 1-7.

Nilsen, Stein, Erik L. Werner, Silje Mæland, Hege Randi Eriksen og Liv Heide Magnussen (2011). «Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints». *Scand J Prim Health Care*, 29(1), 7-12.

OECD (2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland*.

Reeves, S., L. Perrier, J. Goldman, D. Freeth and M. Zwarenstein (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), 49.

Swartling, M. S., K.A. Alexanderson and R. A. Wahlstrom (2008). «Barriers to good sickness certification -- an interview study with Swedish general practitioners». *Scand J Public Health*, 36(4), 408-414.

Tellnes, Gunnar, Leiv Sandvik og Torbjørn Moum (1990). Inter-doctor variation in sickness certification. *Scand J Prim Health Care*, 8(1), 45-52.

Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E. P., Karppinen, J., et al. (2012). «Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial». *Scand J Work Environ Health*, 38(2), 134-143.

Von Knorring, M., L. Sundberg, A. Löfgren and K. Alexanderson (2008). «Problems in sickness certification of patients: A qualitative study on views of 26 physicians in Sweden». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2008, Vol.26(1), p.22-28, 26(1), 22-28.

Winde, L. D., Hansen, H. T., & Gjesdal, S. (2011). «General practitioner characteristics and sickness absence--a register-based study of 348 054 employed Norwegians». *Eur J Gen Pract*, 17(4), 210-216.

Wynne-Jones, G., Mallen, C. D., Main, C. J., & Dunn, K. M. (2010). «What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review». *Scand J Prim Health Care*, 28(2), 67-75.

