

2019:00555 - Åpen

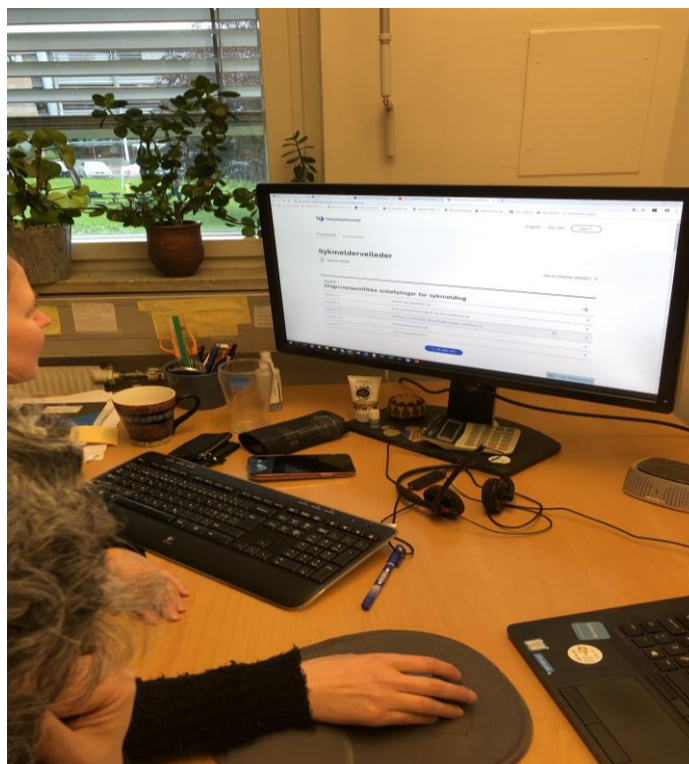
Rapport

Implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding

En kvalitativ følgeevaluering

Forfattere

Lisbet Grut
Jan-W. Lippestad
Tarald Rohde



Rapport

Implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding

En kvalitativ følgeevaluering

EMNEORD:
Helsetjenester
Sykmelding
Beslutningstøtte
Evaluering

VERSJON
2

DATO
2019-05-27

FORFATTERE
Lisbet Grut
Jan-W. Lippestad
Tarald Rohde

OPPDRAGSGIVER
Arbeids- og velferdsdirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.
14-5998 / Haakon Hertzberg

PROSJEKTNR.:
102011972

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
54/3

SAMMENDRAG

Rapporten formidler resultater fra en kvalitativ følgeevaluering av innføring av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmeldere. For å styrke implementeringen valgte oppdragsgiver å tilby en gruppe fastleger et kurs med oppfølging. Rapporten bygger på datainnsamling fra kursdeltagerne. Beslutning om sykmelding, -lengde og -grad tas ut fra mange elementer, hvorav diagnose er ett av dem. Diagnosespesifikke anbefalinger fungerer best der diagnosen er enkel og avklart, og det ikke er spørsmål om langvarig sykmelding. Dette er situasjoner der det er minst behov for faglig støtte. Derimot er det behov for faglig støtte i beslutninger om komplekse problemstillinger, men der gir anbefalingene lite faglig støtte. Deltagerne legger vekt på gradert framfor full sykmelding, noe som også er i tråd med anbefalingene. Anbefalingene kan bidra til å forenkle dialogen med pasienten ved å vise hva som er gjengs forventning om sykmeldingslengde, og som et oppslagsverk der diagnose er ukjent. Deltagerne har i liten grad kontakt med arbeidsgiver ut over det som skrives i sykmeldingsblanketten. Taushetsplikt og lojalitet til pasienten er bestemmende for kontakten. Statistikkportal for sykmelder er nyttig for å sammenligne seg med andre og diskutere sykmeldingspraksis med kolleger. Når det gjelder områder der anbefalingene kan være nyttige, trakk deltagerne fram tre forhold:

1. som et oppslagsverk når sykmelder er usikker, for eksempel hvis diagnosen er ukjent.
2. i kommunikasjonen med pasienten for å oppnå enighet om hva som bør være lengde og grad på sykmeldingen.
3. som støtte i dialog med kolleger og NAV.

UTARBEIDET AV
Lisbet Grut

SIGNATUR



KONTROLLERT AV
Arne H. Eide

SIGNATUR



GODKJENT AV
Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR



RAPPORTNR
2019:00555

ISBN
978-82-14-06321-9

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONBESKRIVELSE
2	2019-05-24	Endelig versjon

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunnen for utviklingen av Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding	6
1.2	Evalueringsoppdraget	7
1.3	Utfordringer i implementeringsprosesser	8
1.4	Implementeringsmetoden	9
2	Metode og data.....	11
2.1	Gruppeintervjuer	11
2.2	Spørreskjemaundersøkelse	12
3	Resultat.....	13
3.1	Gruppeintervjuene	13
3.1.1	Om sykmelderrollen	13
3.1.2	Kvalitet i sykmeldingsarbeidet	14
3.1.3	Dialog med pasienten	15
3.1.4	Fastlegen forhandler med pasienten om sykefravær	16
3.1.5	Anbefalingene som pedagogisk hjelpemiddel	17
3.1.6	Faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver	17
3.1.7	Faglig støtte i kontakten med NAV	18
3.1.8	Dialogmøte som hjelpemiddel i beslutninger	18
3.1.9	Anbefalingene som kunnskapsbasert støtte.....	19
3.1.10	Praktisk tilgjengelighet.....	20
3.1.11	Statistikkportal for sykmelder som hjelpemiddel	21
3.2	Spørreskjemaundersøkelsen	23
3.2.1	Om undersøkelsen	23
3.2.2	Funn fra spørreundersøkelsen	23
4	Diskusjon og konklusjon	33
4.1	Innledning	33
4.1.1	Bakgrunn	33
4.1.2	Evalueringsoppdraget	33
4.2	Hvordan bidrar anbefalingene til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet, slik fastlegene ser det? ..	34
4.3	Hvordan bidrar anbefalingene til en bedre dialog med pasienten, slik fastlegene ser det?	35
4.4	Opplever fastlegene anbefalingene som faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver?	35
4.5	Opplever fastlegene anbefalingene som kunnskapsbasert?.....	36

4.6	Statistikkportal for sykmelder	36
4.7	Utfordringer ved å skape endring i adferd hos andre	37
4.8	Kurs som ledd i implementeringen.....	38
Referanser		40
Vedlegg:		42
	Informasjonsskriv	42
	Intervjuguide for gruppeintervju i et utvalg smågrupper	44
	Spørreskjema	47

BILAG/VEDLEGG

Informasjonsskriv
Intervjuguide for gruppeintervju
Spørreskjema

Forord

Arbeids- og velferdsdirektoratet utlyste i 2015 en konkurranse om å evaluere iverksettingen av diagnose-spesifikk beslutningsstøtte for sykmeldere. Oppdragsgiver ønsket en kvalitativ følgeevaluering av prosjektet. SINTEF ble tildelt oppdraget ved brev fra Arbeids- og velferdsdirektoratet 21. januar 2016, og en forsker-gruppe ved SINTEF Digital fikk oppgaven med å gjennomføre dette. Vi takker for at vi har fått en interessant oppgave, og for et godt samarbeid med oppdragsgiver.

Vi vil også rette en stor takk til alle fastleger som velvillig har bidratt til evalueringen ved å bruke de diagnose-spesifikke anbefalingene og dele sine erfaringer og synspunkter med oss.

1 Innledning

1.1 Bakgrunnen for utviklingen av Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding

Flere studier har vist at sykmeldingsarbeid er sammensatt. Det er påvist store variasjoner i sykmeldinger, og studiene viser at årsakene til variasjonene er mange (Bragstad, Regbo, & Sagsveen, 2006; I. Helde, Kristoffersen, & Lysø, 2011; I. Helde, Kristoffersen, Lysø, & Thune, 2010).

I utlysningen av oppdraget som ligger til grunn for denne rapporten viser Arbeids- og velferdsdirektoratet til at det er fylkesvise forskjeller i varigheten på sykmeldinger for personer med samme diagnose, og forskjellene opprettholdes når man ser på sykmeldte innen samme næring. Det er fylkesvise forskjeller også når det er tatt hensyn til ulik kjønns- og alderssammensetning i fylkene. Dette indikerer at det er forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværmønsteret på fylkesnivå. For å komme fram til mer likebehandling i sykmeldingsprosessen, besluttet derfor regjeringen i 2012 å sette i gang et arbeid med å utvikle en *Diagnosespesifikk beslutningsstøtte* for sykmeldere. Det ble formulert et overordnet mål for utviklingen:

*"Regjeringen vil sørge for større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen ved å innføre veiledende [...] sykmeldingsperioder, men hvor legens beslutning veier tyngst. Det iverksettes derfor et utviklingsarbeid under ledelse av Helsedirektoratet og med bistand fra Arbeids- og velferdsdirektoratet med sikte på implementering så snart det er faglig forsvarlig."*¹

Utviklingsarbeidet ble ledet av Helsedirektoratet med bistand fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Mer enn 80 fagfolk deltok i arbeidet. De representerte sykehusspesialister, privatpraktiserende spesialister, spesialister i allmennmedisin, leger i utdanningsstillinger (LIS), rådgivende overleger i NAV, representanter for Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, kiropraktorer og manuellterapeuter. Arbeidet ble organisert etter diagnosegrupper, og bygger på erfaringsbasert kunnskap som gruppene kom til konsensus om. Forskningsbasert kunnskap er integrert i grunnlaget for anbefalingene der hvor det har vært mulig. Gruppene har også tatt hensyn til publiserte retningslinjer på de aktuelle fagområdene. Målet med anbefalingene var en gradvis implementering fra 1. januar 2016. Underveis i prosessen ble navnet endret fra *Diagnosespesifikk beslutningsstøtte* for sykmeldere til *Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding*. I denne rapporten bruker vi dette navnet. Anbefalingene står som første kapittel i *Sykmelderveileder. Faglig veileder for sykmeldere*².

De diagnosespesifikke anbefalingene skal:

- Bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen ved å gjøre tilgjengelig kunnskapsbaserte medisinske råd om avlastning og belastning ved ulike diagnoser med drøfting av konsekvenser for sykmeldingslengde.
- Bidra til reduksjon av variasjon i sykmeldingslengde.

¹ I brev fra Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) den 24. juni 2014 vises det til omtale i Prop. 93 S (2013-2014) tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2014.

² <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder> Siste oppdatert 14.09.2018.

- Anbefalingene skal knyttes opp mot eksisterende faglig veileder for sykmelder, som gir generelle råd om vurdering av medisinske prinsipper for å avklare arbeidsevne, aktivitetsmuligheter og tilrettelegging, veiledning av pasienten og samhandling mellom aktører i sykmeldingsarbeidet.
- Det skal legges til rette for integrering av anbefalingene i fastlegenes elektroniske pasientjournal-system (EPJ-systemer), basert på tilgjengelig teknologi og løsninger.
- Anbefalingene skal implementeres fortløpende fra 1. januar 2016 etter hvert som anbefalingene for de enkelte diagnoser er ferdig utviklet.
- Anbefalingene skal gjøres gjeldende for hele landet samtidig.

Implementering av de Diagnosespesifikke anbefalingene er forventet å føre til:

- Økt kvalitet i sykefraværsarbeidet målt ved større forutsigbarhet og mer likebehandling
- At sykmeldere skal oppleve økt faglig støtte i prosessen rundt arbeidet med sykmeldinger
- Kunnskapsbasert støtte i dialogen med pasienten i sykmeldingsprosessen
- Bistand til sykmelder ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver
- Økt forståelse for helseeffekter av å være i arbeid

1.2 Evalueringsoppdraget

Oppdraget for følgeevaluering av implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding er beskrevet i et prosjektforslag som ble sendt Arbeids- og velferdsdirektoratet 7/12 2015 (ref. nr. 14-5998). Oppdragsgiver ønsket at evalueringen skulle være en kvalitativ følgeevaluering som belyser sykmelders erfaringer med anbefalingene. I oppdragsdokumentet³ løftes det fram fire momenter som evalueringen skal belyse. I denne rapporten belyses disse fire momentene med utgangspunkt i fastlegers erfaringer og synspunkter:

1. Hvordan bidrar anbefalingene til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet, slik fastlegene ser det?
2. Hvordan bidrar anbefalingene til en bedre dialog med pasienten, slik fastlegene ser det?
3. Opplever fastlegene anbefalingene som faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver?
4. Opplever fastlegene anbefalingene som kunnskapsbasert?

På bakgrunn av funn og dialog med oppdragsgiver tidlig i følgeevalueringen, utarbeidet oppdragsgiver i april/mai 2018 en metode for den videre implementeringen av de diagnosespesifikke anbefalingene. Denne rapporten formidler erfaringer som er gjort knyttet til denne metoden, som er kort beskrevet under punkt 1.4.

Vårt oppdrag har vært å gjennomføre en kvalitativ følgeevaluering av implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding. Vi evaluerer en implementering som er i gang. Det vil si at både anbefalingene og målet for arbeidet er under utvikling. Følgeevaluering gjennomføres gjerne for å fasilitere endringsprosesser og bidra til måloppnåelse (Olsen & Lindøe, 2004; Seggaard, 2007). Vår oppmerksomhet har vært rettet mot å identifisere og analysere noen kritiske betingelser for måloppnåelse i implementeringen av anbefalingene.

³ Evaluering av beslutningsstøtte for sykmeldere. Kontrakt nr. 16-405. Bilag 1 Oppdragsgivers beskrivelse av Oppdraget.

Dette har vi gjort gjennom å samle inn ulike typer data fra ulike aktører ved avtalte tidspunkter i løpet av evalueringsperioden. Vi har gitt tilbakemeldinger og kommunisert funn og våre refleksjoner med oppdragsgiver underveis. Tilbakemeldinger underveis har oppdragsgiver kunnet utnytte i arbeidet med implementeringen. Dette har gjort oss til deltagere i de prosessene som har gått, og dermed har vi også påvirket implementeringsprosessen. Samtidig skal vi som forskere ivareta en distansert, refleksiv og betraktende tilnærming til implementeringen. Dette har vi tatt vare på ved ikke å delta i selve utviklingen av anbefalingene, ikke delta i selve iverksettingen, og ikke minst, ikke ha interesser i om anbefalingene brukes eller ikke. Vi har heller ikke deltatt i utvelgelsen av kunnskapen som ligger til grunn for beslutninger om sykmelding. Vi har ikke evaluert om anbefalingene endrer forekomsten av sykmeldinger i Norge. Vi har heller ikke foretatt en omfattende kartlegging av fastlegers bruk og erfaringer, og vi har ikke gått inn på spørsmål om hvorvidt anbefalingene skal videreføres eller ikke.

1.3 Utfordringer i implementeringsprosesser

Rapporten formidler erfaringer knyttet til innføring av nye elementer der hensikten har vært å påvirke og endre andre aktørers adferd. I slike prosesser er det viktig å forstå både hva som kjennetegner og karakteriserer de aktuelle aktørene og deres praksis, og det er viktig å forstå hvilke utfordringer som er knyttet til å gjennomføre endrings- og implementeringsprosesser. Derfor vil vi først gjengi litteratur vi støtter oss til om utfordringer i implementeringsarbeid og deretter kort beskrive noen kjennetegn ved fastlegeordningen og legeprofesjonen.

Endringsprosesser innebærer at man slutter å gjøre noe og begynner å gjøre noe annet. I implementeringen av anbefalingene for sykmelding er hensikten at det nye (dvs. anbefalingene) tas i bruk og endrer fastlegenes praksis. Implementeringsprosesser er utfordrende fordi implementering ikke bare handler om kvaliteten i innholdet i det nye elementet (her: selve anbefalingene), men også om hvordan implementeringen gjennomføres (her: måten anbefalingene er gjort kjent og tilgjengelig på) (Bero et al., 1998; Pfeffer & Sutton, 1999). Implementeringslitteraturen poengterer at det er nødvendig med en eksplisitt struktur som inkluderer konkrete planer, aktiviteter og milepæler, samt bistand fra støtteapparatet. En implementeringsprosess kan både fremmes og hemmes av en rekke interne og eksterne faktorer (Foss, Ruud Knutsen, Havrevold Henni, & Myrstad, 2017). Forankring hos og involvering av mottakerne, det vil si de som skal endre praksis (her: fastleger/sykmeldere), er helt grunnleggende. Viktige elementer her er fastlegenes erfaringer og faglige interesser. Durlak og DuPre (2008) poengterer blant annet at opplevelsen av nytteverdi og tro på egne faglige ferdigheter påvirker hvor lojalt mottakerne støtter opp om nye elementer som skal endre en praksis. Implementering krever også at organisasjonen (her: fastlegekontoret) gir handlingsrom til å prioritere og følge opp de nye aktivitetene som skal bidra til at ny praksis iverksettes. Her vil både hvilke faglige perspektiver som dominerer og hvordan arbeidskulturen og arbeidsmiljøet på fastlegekontoret spille inn. I tillegg spiller strukturelle forhold, som rammebetingelsene for fastlegepraksis og IT-infrastruktur, en viktig rolle. Hvordan implementeringen sørget for forankring og involvering hos fastlegene, var momenter vi så etter i evalueringens første fase. Ut fra tilbakemeldinger i første fase i evalueringen ble opplegget for implementering endret.

En god implementeringsstrategi bygger på at man kjenner målgruppen godt. Fastleger er både kunnskapsbærere og kunnskapsprodusenter. Som høyt utdannede har de stor fagkunnskap og kompetanse. Som utøvere av selvstendige yrkesroller har de sterk autonomi. Dette er forhold som er viktig å ta hensyn til når man ønsker

å innføre endringer som vil påvirke yrkespraksisen deres. Fastlegene er sentrale aktører i sykmeldingsarbeidet. Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2014⁵. Hensikten med ordningen var å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved å gi alle som ønsker det én fast lege å forholde seg til. Fastlegeordningen reguleres av Forskrift om fastlegeordning i kommunene⁶. Om lag 95 prosent av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Det vil si at de selv har det fulle ansvaret for å skaffe inntekter og for å betjene de økonomiske forpliktelsene som følger med å drive privat praksis⁷. Ifølge primærhelsemeldingen (*Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*) arbeider de fleste fastlegene i dag i kontorfellesskap eller praksisfellesskap med andre fastleger. Det vanligste er at to til fem fastleger arbeider sammen, men med hver sin liste. Fastleger som er spesialist i allmennmedisin, eller under spesialisering, deltar i en smågruppe⁸. En smågruppe er en lokal gruppe av leger som møtes regelmessig over en viss tid for å diskutere sin kliniske praksis og aktuelle kliniske problemstillinger. Deltagelse i smågrupper er obligatorisk i etterutdanning i allmennmedisin og en valgfri aktivitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Smågrupper var rekrutteringsenheten i denne følgeevalueringen (se pkt. 1.4 Implementeringsmetoden og kapittel 2 Metode og data).

Om fastlegenes ansvar knyttet til sykmelding sier forskriften at *"fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere, dersom fastlegen er sykemelder. Fastlegen skal gjennom sin medisinske oppfølging av listeinnbyggere, bidra til at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig."* (§26)

Forskriften poengterer med dette at et vesentlig moment i sykmeldingsarbeidet skal være å gi pasienten hjelp til å komme i jobb igjen, og fastlegen har et ansvar for å bidra til dette.

1.4 Implementeringsmetoden

Med utgangspunkt i tilbakemeldinger tidlig i følgeevalueringen, og erkjennelsen av at implementering må bygge på god kjennskap til målgruppen og en strategi for formidling og forankring hos målgruppen, valgte en gruppe knyttet til oppdragsgiver å lage et dagskurs for et utvalg fastleger. Kurset er nærmere beskrevet i rapport fra Helsedirektoratet (2019). Temaet var sykmeldingsproblematikk og hvordan de diagnosespesifikke anbefalingene kan brukes i arbeidet med sykmeldinger. Kurset ble laget av en prosjektgruppe bestående av fagrepresentanter fra Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Allmennlegeforeningen. Sommeren 2018 inviterte denne prosjektgruppen smågrupper over hele landet til å delta på kurset. Interessen fra fastlegene var stor, og i alt 60 smågrupper fra hele landet meldte seg. Ved valg av deltagere ønsket man å prioritere smågrupper som hadde anbefalingene integrert i sitt journalsystem. På den tiden hadde noen grupper anbefalingene integrert i CGM Winmed journalsystem, og disse ble prioritert til kurset. Da det viste seg at kurset ble populært, ble også fastlegekontorer som ikke hadde anbefalingene integrert i journalsystemet, men

⁵ Kommunene inngår avtale med fastlegene og HELFO (Helseøkonomiforvaltningen - Helsedirektoratets ytre etat) forvalter ordningen.

⁶ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

⁷ Næringsdrivende fastleger skal ha økonomiske vederlag til dekning av utgifter knyttet til driften. Inntekten består av et basistilskudd (per capita-tilskudd) fra kommunen for hver innbygger på listen, trygderefusjoner fra folketrygden/Helfo og egenandeler fra pasientene.

⁸ <https://beta.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/smagrupper/>

som hadde tilgang via nettsidene til Helsedirektoratet og/eller NAV, tatt med. For disse gjaldt det "førstemann til mølla". Antall deltagere var begrenset av økonomi, fordi det ble gitt en godtgjørelse for å delta.

Lederen for smågruppene deltok på dagskurset, der man gikk gjennom anbefalingene og diskuterte dem, blant annet knyttet til valgte case, og drøftet hvordan anbefalingene kan brukes i sykmeldingsarbeidet. Deretter fulgte lederne opp i sine respektive grupper ved å gjennomgå anbefalingene og formidle det de hadde lært til de andre i gruppen. Alle i gruppen skulle bruke anbefalingene i pasientkonsultasjoner og deretter delta i datainnsamlingen i evalueringen. Lederne fikk godtgjørelse for å delta på kurset. De øvrige medlemmene i gruppene fikk godtgjørelse for å delta i oppfølgingen, og for å delta i gruppeintervju eller svare på et spørreskjema. Deltagelse kvalifiserte også for poeng som del av spesialistutdanningen som allmennlege. Parallelt med dette implementeringsprosjektet fortsatte arbeidet med å integrere anbefalingene i de journalsystemene som benyttes av fastleger.

2 Metode og data

Metodene som er valgt for å innhente data for følgeevalueringen er gruppeintervjuer, spørreskjema, litteratursøk, samt observasjon og notater fra dagskurset for smågruppeledere som meldte seg til å være med i implementeringsprosjektet.

2.1 Gruppeintervjuer

I og med at følgeevalueringen er orientert mot et kvalitativ metoddesign, utgjør gruppeintervjuene de primære dataene. Gruppeintervju som metode er egnet til å utforske og tydeliggjøre deltagerens ulike perspektiv. Vi la til rette for at deltagerne (her: fastleger i smågrupper) diskuterte de valgte temaene og spørsmålene seg imellom (Kitzinger, 2005; Thagaard, 1998). Alle intervjuene ble gjennomført etter "traktmodellen" (Halkier, 2010). Det vil si at vi startet med åpne spørsmål og fortsatte med mer spesifikke spørsmål.

Til sammen 10 smågrupper med til sammen 66 fastleger deltok i gruppeintervjuer. Hver gruppe deltok i to intervjuer en tid etter kurset. Hvert intervju ble gjort med tre til fire måneders mellomrom. Første intervju varte ca. to timer, og andre intervju noe kortere. I alle intervjuene ble intervjuguiden fulgt, samtidig som det ble åpnet for andre temaer som deltagerne ønsket å bringe på banen. Første intervju tok utgangspunkt i smågruppenes kunnskap om og bruk av anbefalingene. Før andre intervju ble gruppenes medlemmer bedt om å benytte anbefalingene i arbeid med sykmeldinger. Andre intervjuet dreide seg om hvilke erfaringer de hadde gjort. Tid og sted for intervju ble valgt av informantene. Intervjuene foregikk enten før eller etter fastlegekontorets åpningstid. Alle intervjuer, unntatt ett som foregikk hjemme hos en av legene, foregikk på fastlegekontoret. Intervjuguiden står i vedlegg.

Antall smågrupper som deltok i intervju, med antall deltagere i gruppeintervjuet i parentes, fordelt på fylke (en smågruppe i hvert fylke):

1. Agder (4)
2. Hedmark (7)
3. Buskerud (7)
4. Finnmark (6)
5. Møre og Romsdal (5)
6. Oppland (7)
7. Oslo (6)
8. Rogaland (10)
9. Troms (10)
10. Østfold (4)

Analysen av de kvalitative dataene bygger på utskrifter fra lydopptak som ble gjort under intervjuene. Vi har støttet oss til Tjoras anbefalinger (2012) om å systematisere utskriftene for å se etter temaer som er relevant for å belyse problemstillingene og de fire hovedspørsmålene som ble gitt evalueringsoppdraget. Alle forskerne leste først gjennom hele datamaterialet for å danne seg et helhetsinntrykk. Deretter diskuterte vi datamaterialet. Meningsfulle utsagn ble identifisert, kategorisert og kodet i et Excel-ark. Disse danner utgangspunkt for

analysen. Vi har her beskrevet disse prosessene i klart avgrensede trinn, men i praksis har databearbeiding og analyse foregått som en pendling fram og tilbake mellom de ulike typene data.

2.2 Spørreskjemaundersøkelse

For å supplere intervjudataene ble det laget et spørreskjema. Ideen til spørreskjemaundersøkelsen kom fordi interessen for kurset var stor. Vi ønsket å utnytte interessen for kurset til å samle mer data, men det var ikke ressurser til å intervju samtlige 31 smågrupper. En spørreskjemaundersøkelse gjør det mulig å spørre mange personer om de samme spørsmålene, og det legger godt til rette for å inkludere respondenter uavhengig av bosted. Et spørreskjema krever at det utarbeides gode og presise spørsmål. Fordi kontakten er skriftlig, er det ikke mulig, som i et intervju, å ha dialog med respondentene underveis. Spørreskjemaet bygger på den informasjonen vi samlet i første intervjurunde og spørsmålene ble valgt for best mulig å belyse temaene i evalueringsoppdraget. Skjemaet ble kvalitetssikret ved at vi diskuterte spørsmål og svarkategorier med ressurspersoner i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Spørreskjemaet ble sendt via epost og ble besvart elektronisk. Vi brukte programvaren Quenchtec⁹. Spørreskjemaundersøkelsen er rettet mot et lite utvalg fastleger som søkte om å delta på kurset. Den er ikke en kartlegging som er representativ for alle fastleger. Resultatene må tolkes ut fra dette. Spørreskjema følger som vedlegg.

I alt 21 smågrupper med til sammen 128 deltagere fikk tilsendt spørreskjema. Etter fire purringer hadde vi mottatt 79 svar. Som nevnt tidligere, ble det gitt godtgjørelser for å delta. I et slikt perspektiv vurderer vi antall svar i spørreskjemaundersøkelsen som lav. I kun tre av 21 smågrupper har samtlige medlemmer svart på skjemaet. Vi har derfor vurdert at den riktigste måten å presentere funnene fra spørreundersøkelsen på er å vise antall svar, og ikke prosent, på de spørsmålene som er stilt.

⁹ <https://www.quenchtec.com/>

3 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi resultater strukturert etter de fire overordnede temaene som ble spesifisert i evalueringsoppdraget (jf. pkt. 1.2):

1. *kvalitet i sykmeldingsarbeidet*
2. *dialog med pasienten*
3. *faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver*
4. *kunnskapsbasert støtte*

Vi presenterer resultater fra intervju og spørreundersøkelsen hver for seg. Til slutt oppsummeres hovedfunn i en samlet diskusjon. Vi har brukt sitater (i kursiv) fra lydopptak av intervjuene for å illustrere temaer. For å ta vare på deltagerens anonymitet har vi ikke koblet sitatene til fastlegekontor, kjønn eller antall år i praksis.

3.1 Gruppeintervjuene

3.1.1 Om sykmelderrollen

I den første intervjurunden innledet vi alle intervjuene med en samtale om sykmelderrollen: Hvilke oppgaver deltagerne mener en slik rolle fører med seg, og hva de legger vekt på i sine vurderinger om sykmelding. Innsikt i deltagerens oppfatning av egen rolle og oppgaver, og hva som er vesentlige utfordringer knyttet til å utøve rollen, kan bidra til bedre å forstå deltagerens vurderinger av de diagnosespesifikke anbefalingene som et hjelpemiddel i sykmeldingsarbeidet deres.

Deltagerne er opptatt av at fastlegens rolle er todelt; portvakt og pasientens advokat. Å utøve de to rollene kan være motsetningsfylt, og dette kommer tydelig fram i intervjuene:

"Altså, vi har et samfunnsansvar som sykmeldere. Vi skal ta vare på samfunnsøkonomiske interesser og holde tilbake på sykmeldingen. Den andre siden er at vi er pasientens ivaretagere og er interessert i å sørge for at pasienten får ivaretatt sine rettigheter med tanke på oppfølging av det medisinske."

Norheim og Carlsen (2003) konkluderer i sin evaluering av fastlegeordningen med at fastlegeordningen har gitt pasientene en sterkere posisjon vis-à-vis fastlegen, og at legene strekker seg for å innfri pasienters ønsker. Dette dilemmaet kommer fram i intervjuene våre også:

"Når du har helseministeren som snakker om brukerens helsevesen og du har en antibiotikaveileder som skal få ned antibiotika og du har en sykmeldingsveileder som skal få ned sykefraværet, altså du har en veldig upopulær jobb til slutt hvis du møter alt dette i samme pasient som hverken får antibiotika eller sykmelding."

"Selv om jeg prøver å ta en aktiv rolle, så føler jeg at jeg har veldig liten mulighet til å påvirke det som ikke passer, altså påvirke pasienten utover det de selv ønsker."

Deltagerne er tydelige på at deres oppgave først og fremst er knyttet til det "medisinske", som flere av dem sa:

"Du spurte om hva vi legger i å gjøre en god jobb som sykmelder, og høyeste prioritet er å gjøre en god jobb som lege, medisinsk. Deretter i forhold til ansvar og plikter mot NAV er det å gi tilbakemelding til NAV sånn at de forstår situasjonen uten at det blir problemer for pasienten."

I alle intervjuene kommer det tydelig frem at sykmeldingsoppgaven er sammensatt, og omfatter mye mer enn medisinske vurderinger:

"Sykmeldingsarbeid er jo ikke alltid sånn veldig medisinsk. Det blir på en måte mer sånn sammensatt pakke av å måtte motivere i de tilfellene vi trenger det, og ja, diskutere arbeidsevne."

Intervjuene viser at sykmeldingsarbeid, oppgaver og rolle, handler om mye mer enn vurderinger og beslutninger knyttet til diagnose. Ifølge deltagerne handler det også om mer enn individuelle funksjonsvurderinger. Mange kontekstuelle forhold spiller inn, og legene må ta hensyn til mange ulike forhold i pasientens livssituasjon når de vurderer spørsmålet om sykmelding.

"Sykmelding er en av de mest tverrfaglige tilnærmingene vi har. Vi må bruke både faglighet, bakgrunnskjennskap til pasienten, personlig psykologiske, hvem personen er, yrke, arbeidet, sosial forståelse ut fra arbeidstype og arbeidsoppgaver. Og så må vi sette alle disse tingene sammen i en vurdering. Vi må ta for oss sykdommen, symptomene, sykdomstrykk og hvordan dette påvirker funksjonsevnen og evnen til å gjøre disse arbeidsoppgavene."

3.1.2 Kvalitet i sykmeldingsarbeidet

I samtlige intervjuer sier deltagerne at diagnosespesifikke anbefalinger fungerer best der diagnosen er enkel og avklart, der det ikke er andre helseproblemer som spiller inn og det ikke er spørsmål om langvarig sykmelding. Dette gjelder ifølge deltagerne de aller fleste sykmeldingene. Dette er også de situasjonene der deltagerne sier de har minst behov for faglig støtte.

"De som er de litt enkle, ikke sant, ting som tar en uke. Det klarer jeg også på faglig grunnlag å vurdere. Hvis du ble forkjølet med feber i går og har CRP på 150, og har fått en antibiotikakur, da klarer jo jeg å skjønne at jeg ikke skal sykmelde deg i to måneder ikke sant."

Dette er situasjoner der de finner at deres egen vurdering stemmer godt overens med anbefalingene. Dermed blir merverdien av å konsultere anbefalingene i slike tilfeller svært liten. Det er i de "vanskelige" tilfellene de kunne ønske mer støtte:

"Det er jo oppfølgingen av det som er vanskelig, av de diffuse, hvor du har lite objektive funn, og hvor lite av arbeidsvurderingen dreier seg om hvorvidt å kunne stå i arbeid, men hvor det er mye på miljø og personlige faktorer som er med på å bidra til at de ikke klarer å jobbe."

Det er i slike tilfeller dilemmaer knyttet til vurderinger kommer opp: om sykmeldingen er med på å løse problemet eller ikke, og hvordan en sykmelding eventuelt kan bidra til at pasienten blir bra fortest

mulig. Deltagernes erfaringer med anbefalingene som støtte i slike situasjoner viser at problemstillinger de selv synes er vanskelige å vurdere også er de områdene i anbefalingene der rådene er vagest. Deltagernes tilbakemeldinger er at de uavklarte, diffuse, tilfellene der det kanskje ikke foreligger klare medisinske funn, er de konsultasjonene som er tidkrevende og vanskeligst å håndtere. Flere deltagere gir eksempler på situasjoner der de synes det er vanskelig å gi råd, og da er anbefalingene også tilsvarende uklare. I tillegg kommer at anbefalingene poengterer at alle tilstander må vurderes individuelt, noe samtlige deltagere er enige i. Ved at anbefalingene sjelden avviker fra det deltagerne ellers ville besluttet, gir de liten merverdi og bidrar i liten grad til å effektivisere sykmeldingsarbeidet.

"Hvis man er en noenlunde erfaren fastlege så kan man jo mye av disse tingene, og det er ganske generelt. Det er ikke sånn at man får sånn 'Oi, oi, oi, nå må jeg korte ned'. Så det er lite matnyttig."

En annen faktor som spiller inn i vurdering av sykmeldingslengde, er hvor lang ventetid den enkelte lege har. En deltager sa: *"jeg gir ikke en ukes sykmelding når jeg vet at jeg ikke kan følge opp etter en uke, da gir jeg to ukers sykmelding"*.

Med andre ord vurderes sykmeldingslengde ut fra flere forhold enn det anbefalingene har å bidra med av kunnskap om enkeltdiagnoser.

3.1.3 Dialog med pasienten

Flere deltagere er inne på at å vurdere sykmelding opp mot arbeidsevne kan gjøre lege-pasientforholdet vanskelig. Som oftest er lege og pasient enige, og da går konsultasjonen greit. Det er de få, vanskelige, som er utfordringen. Disse konsultasjonene kan også være tidkrevende ved at legen må håndtere diskusjoner om sykmelding eller ikke, lengde og grad, med pasienten i en travel hverdag:

"Jeg må avklare dette med miljøfaktorer og personlige faktorer. Hva slags jobb har du, hva slags leder har du på arbeidet, hvordan er miljøet der, hvor god jobb-satisfaksjon har du. Og dette mot min tid, hvor god tid har jeg, og jeg har ikke tid."

I situasjoner der pasienten kommer fra en annen behandler med en anbefaling om sykmeldingslengde som avviker fra det fastlegen mener er nødvendig, kan de diagnosespesifikke anbefalingene være nyttig å ha som referanse. Samtidig poengterer deltagerne at det er vanskelig, for ikke å si umulig, å overprøve en sykmeldingslengde som er anbefalt av en annen behandler. Et annet eksempel som kom opp i flere intervjuer, og der anbefalingene kan ha en nytte, er der en pasient ønsker å vite hvor lenge vedkommende må forvente å være borte fra jobb, for eksempel i forbindelse med en planlagt operasjon. Flere deltagere nevner det de kaller *"enkle inngrep"* som eksempel på situasjoner der anbefalingene kan være nyttig i diskusjonen med pasienten.

I intervjuene trekkes det fram at det er verdifullt at pasienten holder kontakt med arbeidsplassen i sykmeldingsperioden. Ved full sykmelding over lengre tid risikerer pasienten å miste kontakten med arbeidsplassen. Dette kan gjøre det vanskeligere å komme tilbake i jobb enn det sykdommen skulle tilsi. Anbefalingene legger vekt på betydningen av gradert framfor full sykmelding nettopp for å bidra til at pasienten lettere skal komme tilbake i jobb.

Noen deltagere sier de bruker gradert sykmelding allerede, og i noen grupper er gradert sykmelding en foretrukket løsning hvis det går:

"Vi har helst gradert med en gang hvis det går. De blir like lenge sykmeldt, tror jeg, men det er fordel å ha kontakt med jobben og måtte møte forventningene hver dag."

Andre deltagerne sier at de er blitt mer bevisst på å bruke gradering oftere ved at de har brukt anbefalingene. De gjør en individuell vurdering av pasientens plager opp mot hva slags arbeid pasienten har og hvilke belastninger det innebærer å være i jobb:

"... og hvordan kan dette tilrettelegges, hvilken grad og organisering, for at de skal jobbe. Det blir veldig individuelt ut fra diagnoser og tilrettelegging i arbeidet. Vi kjenner de fleste pasientene våre og noen må vi begrense og noen må vi pushe. Noen må vi holde tilbake nesten."

Bruk av gradert fravær kan både forstås som et virkemiddel for å ivareta pasienten og som en måte legen ivaretar sitt samfunnsansvar på:

"Altså, vi har et samfunnsansvar som sykmeldere å forvalte samfunnets ressurser. Den andre siden er at vi er pasientens ivaretagere. I noen tilfeller er det slik at pasienten er nødt til å være skjermet enten ved å være fraværende eller være stykkevis og delt arbeidsfør. Vi skal ivareta helsen med å oppfordre pasienten til å være i arbeid, og vi ser at det er en helsemessig profitt å være i til stede på arbeid."

Den helsemessige effekten av å være i jobb kommer fram i alle intervjuene, som en sa: *"arbeid gagnar helsen"*. Samtidig er deltagerne tydelig på at situasjonene er sammensatt og ofte motsetningsfull. De skal både ta vare på pasienten og forsvare at det er en grunn til at pasienten ikke kan stå i jobb, forvalte samfunnsinteresser og forsvare aktivitetskrav. Dette kompliseres av at det ikke er fastlegen som har kontroll over mulighetene for tilrettelegging på arbeidsplassen, men arbeidsgiver.

I flere av intervjuene kommer deltagerne inn på de øvrige kapitlene i Faglig veileder for sykmeldere¹⁰, blant annet kapittel 8.4 som handler om pasientens plikter. Enkelte har skrevet ut denne delen av veilederen og bedt pasienten sette seg inn i det. Ved å delta i dette prosjektet har fastlegene blitt mer oppmerksom på det øvrige som står i veilederen, og de har hatt nytte av enkelte av de kapitlene som ikke er diagnosespesifikke.

3.1.4 Fastlegen forhandler med pasienten om sykefravær

Alle deltagerne har mange eksempler på konsultasjoner der pasienten kommer for å *"bestille sykmelding"*, som noen sier.

"Vi hører hele tiden at "andre får" hos andre leger. Det er en slitsom kamp. Noen av oss tar den kampen, men det tapper oss for krefter. Det tar masse tid, mye står på spill."

Dette kan føre til konflikt mellom lege og pasient, og risiko for å ødelegge tillitsforholdet til pasienten. Flere deltagere karakteriserer slike situasjoner som *"forhandlinger"*.

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>

"Det hender ikke sjelden vi havner i en konfliktsituasjon der pasienten kan ha et ønske om være borte fra arbeid, mens vi ser at det er en helsemessig profitt å være i til stede på arbeid. Det er forhandlinger hver dag hele tiden. Forhandlinger må du lære deg."

Det er viktig for deltagerne at forholdet mellom lege og pasient er tillitsfullt. Det betyr at ønsket om å bevare pasientens tillit også spiller inn i vurderingene og forhandlingene om sykmelding. Forskjellige holdninger til sykefraværsoppfølging kan komplisere dette forholdet.

3.1.5 Anbefalingene som pedagogisk hjelpemiddel

Selv om anbefalingene synes å ha begrenset merverdi for deltagerne for å komme fram til riktig beslutning i sykmeldingsarbeidet, kan de være nyttige på andre måter. Et av fastlegens viktigste verktøy er samtalen med pasienten. Flere har vist anbefalingene til pasienten når spørsmålet om sykmelding kommer opp. De er blitt brukt for å vise pasienten hva som er gjengs forventning om sykmeldingslengde. Det virker som dette har vært den vanligste bruken. Anbefalingene er blitt tatt inn i diskusjonen med pasienten, og så har deltagerne forsøkt å komme fram til en beslutning med utgangspunkt i dette. Det kan være en støtte for legen å vise at andre mener det samme som dem:

"Det er bra at jeg forklarer at dette ikke er min personlige mening, men reglene. De ser at det er ikke jeg som er vanskelig".

"Det er fint å ha noe konkret regelverk å vise pasienten. Det gir meg litt mer pondus."

Flere deltagere sier at det har vært nyttig å vise anbefalingene til pasienten. Anbefalingene er brukt "pedagogisk", som en sa, for å opplyse pasienten om hva som er forventet. Dette kan gjøre det enklere å bli enig med pasienten i de tilfelle det oppstår diskusjon og forhandlinger:

"Det er fint å få fram ordlyden og forklare for pasienten hva som står der. Men det er også sånn at reglene er ikke lett å forstå. Da legger jeg til at i praksis så gjør vi det på den og den måten."

3.1.6 Faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver

De tre aktørene fastlege, NAV og arbeidsgiver har ulike roller, oppgaver og ansvar i sykmeldingsarbeidet. Deltagerne er tydelige på at de som lege skal vurdere funksjonsevne og arbeidsuførhet ut fra medisinske forhold, mens NAV skal kontrollere at kriteriene for sykmelding er oppfylt og fatte endelig vedtak om utbetaling av sykepenges. NAV skal også kunne bidra med tiltak og veiledning. Arbeidsgivere legger føringer, både materielt og ved holdninger til integrering og eventuell tilrettelegging, og legger i tillegg egne økonomiske interesser i denne skålen. Kompleksiteten i sykmeldingsarbeidet tilsier at dialog og samarbeid mellom mange ulike aktører er viktig for at sykmeldingsarbeidet skal håndteres godt, men ulike posisjoner kan føre til ulike vurderinger av hva som er beste løsning i den aktuelle situasjonen. Deltagerne har i liten grad kontakt med arbeidsgiver ut over det som skrives i sykmeldingsblanketten. En deltager viser til at han av og til har pekt på behovet for tilrettelegging og bedt om at arbeidsgiver og arbeidstaker tar et møte om dette, men han får ingen tilbakemelding som sier om dette blir lest eller fulgt opp av arbeidsgiver.

Alle viser til at taushetsplikten og lojaliteten til pasienten bestemmer hvordan de forholder seg til arbeidsgivere.

"Jeg har taushetsplikt som jeg må overholde og som gir veldig strenge restriksjoner på hva jeg kan skrive til arbeidsgiver. Det er ikke relasjonen mellom meg og arbeidsgiver som er viktig. Det er dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver som er viktig."

Arbeidsgivere har plikt til å legge til rette for at pasienten kan jobbe gradert, men det hender pasienten sier at det ikke går på deres arbeidsplass. Ifølge deltagerne foretrekker mange arbeidsgivere at pasienten er fullt sykmeldt fordi det gjør det enklere å ta inn vikarer. Dette er forhold som ligger utenfor fastlegenes kontroll. Det er vanskelig for legen å overprøve det pasienten sier om sin arbeidsplass.

"Utfordringen er å få til alternative jobbtilbud og arbeidsgivere som bidrar. Slike anbefalinger bidrar ikke på dette området."

Tilretteleggingsplikt for arbeidsgiver og aktivitetsplikt for arbeidstaker er definert i Folketrygdloven og i Arbeidsmiljøloven, men vil ikke pasienten eller arbeidsgiveren, er det lite en fastlege kan gjøre. De har verken myndighet eller mulighet til å beslutte noe om pasientenes arbeidsplass. Deltagerne mener at dette bør være en sak mellom arbeidsgiver og NAV, der NAV bør ta kontakt med arbeidsgiver for å komme fram til en løsning om gradert arbeid: " ... da kan vi være i allianse med pasienten og ikke holde på med arbeid, som ikke vi kan".

3.1.7 Faglig støtte i kontakten med NAV

Deltagerne legger vekt på at de skal vurdere pasientens funksjoner ut fra medisinske forhold. Folketrygden har klare regler om at nedsatt arbeidsevne skal skyldes sykdom eller skade, men deltagerne sier at de medisinske vurderingene skjer i krysspunktet mellom pasientens subjektive opplevelse og legens objektive medisinske vurderinger.

Alle deltagerne har kontakt med sitt lokale NAV-kontor. Kontakten og samarbeidet synes å variere, men mange forteller at de har et godt samarbeid og jevnlig uformell kontakt med det lokale NAV-kontoret. Spesielt deltagere i mindre kommuner forteller at det lokale NAV-kontoret er lett tilgjengelig for råd og veiledning. NAV kan stille krav til både arbeidstaker og arbeidsgiver som fastlegen ikke kan. Noen av deltagerne mener at NAV bør bli enda tydeligere i kravet til arbeidsgiver:

"NAV utfordrer pasienten mye når det gjelder å komme seg i full jobb, men de er svake når det gjelder tilretteleggingskravet til arbeidsgivere."

3.1.8 Dialogmøte som hjelpemiddel i beslutninger

Dialogmøter er et verktøy for å få sykmeldte tilbake til arbeid. Møtet er en arena for å drøfte arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging. Målet er å finne løsninger på arbeidsplassen som gjør at den sykmeldte kan komme raskt tilbake til tross for helseutfordringer. Deltagerne etterlyser mer initiativ fra NAV, blant annet ved at dialogmøte 2 bør komme tidligere enn de seks månedene som gjelder i dag. Deltagerne har først og fremst behov for kontakt med arbeidsgiver og NAV i saker der de tenker at forhold på arbeidsplassen er en medvirkende årsak til sykmeldingen.

Dialogmøte, enten planlagt eller når deltagerne ber om det, har ifølge flere deltagere vært et godt virkemiddel for å få arbeidsgiver til å legge til rette for at pasienten kan jobbe gradert.

"Jeg tror ikke at vi kan gjøre den oppgaven alene, for jeg tror dette har så mye mer med samfunnsoppfatning og befolkningens oppfatning og arbeidsgivers oppfatning å gjøre."

Deltagerne er inne på at NAV bør ta en enda tydeligere rolle her og at dialogmøter må komme tidligere enn i dag. Enkelte sier de har hatt god erfaring med å be om dialogmøte allerede etter fire uker. De sier at det er behov for veiledning til både arbeidstaker og arbeidsgiver, men deltagerne opplever ikke at de diagnose-spesifikke anbefalingene kan brukes for å veilede arbeidsgiver. Det er viktig for deltagerne å respektere taushetsplikten, og arbeidsgivere har ikke krav på å vite den sykmeldtes diagnose. Dermed blir de diagnosespesifikke anbefalingene *"et blindspor"* ifølge deltagerne.

Mange av deltagerne sier de oppfatter at anbefalingene er introdusert som et virkemiddel for å få ned antall sykmeldinger og øke bruken av gradert sykmelding. For å oppnå reduksjon i antall sykmeldinger må mange andre aktører på banen i tillegg til fastlegene: *"Hvis måler et å begrense sykefraværet, er det vi mangler mest tilrettelegging på jobb. Dette med tilrettelegging burde vært NAVs ansvar."*

3.1.9 Anbefalingene som kunnskapsbasert støtte

Et av målene med anbefalingene er at de skal være en kunnskapsbasert støtte i beslutningen om sykmelding. Deltagerne viser til at de allerede har vel 40-50 nasjonale veiledere for ulike sykdommer å forholde seg til. Disse benyttes, om enn i varierende grad. Som regel bruker de veiledere for sykdommer de sjelden er borti. De slår opp blant annet for å se hva som skal kontrolleres, hvor ofte det skal tas blodprøver, hvor nivået skal være for en undersøkelse før pasienten skal henvises o.l. Disse nasjonale veilederne sier ingen ting om anbefalt sykmeldingslengde.

De aller fleste deltagerne sier at anbefalingene om lengde på sykmelding har viste seg å stemme overens med de vurderingene de selv gjør. Noen få sier de oppdaget at de for noen diagnoser har sykmeldt noe lengre enn anbefalingene, andre har oppdaget at de har sykmeldt noe kortere for enkelte diagnoser. I alle disse tilfellene sier de det har vært gode grunner for sykmeldingslengde. Noen sier at bruken av anbefalingene har gjort dem mer bevisst på å bruke gradert sykmelding som et virkemiddel for at pasienten ikke skal miste kontakten med arbeidsplassen. Samtlige deltagere sier at spørsmålet om sykmelding eller ikke, og grad og lengde på sykmelding, handler om mye mer, og ofte andre ting enn diagnose. Legen foretar en funksjonsvurdering, og *"det handler om pasientens liv for øvrig"*. Her spiller både hverdagsliv, arbeidsplass og arbeidsoppgaver en rolle. Samme diagnose kan gi helt ulik beslutning om sykmelding. Tungt kroppsarbeid i industri, transportnæring eller på båt stiller helt andre krav til å fungere i arbeidet enn kontorarbeid. Mange andre individuelle faktorer spiller også inn, for eksempel om pasienten har andre sykdommer og helseplager i tillegg.

En deltager kaller det *"pasientens motstandskraft: det handler om hvordan det er på hjemmefronten, det handler om hvor trent du er, hvor mye kan du ta til deg av de rådene du får, hva klarer du å gjennomføre."*

Alle er klare på at diagnoser slår ulikt ut for ulike pasienten.

Diagnosen kan gi en indikasjon om hva pasienten kan forvente, men konsekvensen i dagliglivet, og grad og lengde på sykmelding, bestemmes av mange andre ting:

"Det er biososialt, om arbeidsplassen er fleksibel eller "all or nothing", er det høyt tempo, er det en multimorbid pasient med tilleggsplager, har de belastninger hjemme? Vi må se samspillet mellom alle disse faktorene og med diagnosen."

I ingen intervjuer kommer det frem at deltagerne tviler på kunnskapsgrunnlaget, det vil si det som faglig og kunnskapsmessig ligger til grunn for anbefalingene. Anbefalingene oppleves som kunnskapsbasert. Ved å lese begrunnelsene har de *"lært noe"*, som en sa. Når det gjelder litteratur som ligger til grunn for anbefalingene, har noen deltagere søkt opp lenkene uten å lykkes. Tanken har vært at dette kunnskapsgrunnlaget kunne gi dem interessant faglig påfyll. Disse koblingene (lenker og referanser) fungerer ikke for den som søker dem opp uten å ha tilgang til de aktuelle databasene. Deltagerne har dermed ingen mulighet til å lære noe mer ved å sette seg inn i det kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for teksten i anbefalingene, eller selv å gjøre seg opp en mening om hvorvidt anbefalingene bygger på et godt kunnskapsgrunnlag. De aksepterer at det er *"best practice"*, som en sa.

3.1.10 Praktisk tilgjengelighet

I første fase av evalueringen fikk vi høre fra sykmeldere vi var i kontakt med at en klar forutsetning for bruk av anbefalingene var at det måtte være lett tilgjengelig i IT-systemet: færrest mulig "klikk". Arbeidsdagen er travel, og alle forsøk på å endre en innarbeidet praksis tar tid. Derfor oppleves et nytt klikk eller noen setninger ekstra som skal leses som belastende.

"Det tar jo fokuset bort fra pasienten. Du skal ha fokus på et skjema eller journalen og så er det å finne den veilederen i tillegg. Så fra brukerperspektivet til en lege så tar det fokus vekk fra øyekontakten med pasienten."

Alle deltagerne er opptatt av at anbefalingene må være lett tilgjengelige og praktisk enkle å bruke. De som har anbefalingene integrert i sitt journalsystem har en lenke til anbefalingene i menyen på pc-skjermen. De som har anbefalingene integrert i menyen på skjermen, sier at dette er viktig for at de skal bruke dem. Det er viktig at det *"popper opp av seg selv"* når de skal skrive sykmelding sånn at de blir minnet på å sjekke anbefalingene. De sier de savner ordgjenkjenning som funksjon, slik at programmet vil korrigere for skrivefeil i diagnose og foreslå diagnoser etter hvert som legen skriver inn i feltet for diagnose.

Vi har også intervjuet smågrupper der noen ikke har anbefalingene integrert i journalsystemet, men må søke dem opp via nettsidene til Helsedirektoratet eller NAV. Vi spurte om dette gjorde at de vegret seg for å bruke dem. Alle svarer at det gjør det litt mer tungvint, men ikke mer enn at det var greit. Det er ikke den praktiske tilgjengeligheten som avgjør hvorvidt de bruker anbefalingene eller ikke, men forventningen om faglig merverdi.

3.1.11 Statistikkportal for sykmelder som hjelpemiddel

Bruk av statistikkportalen¹¹ var en del av kurset, og deltagerne ble bedt om å bruke den. I den første intervju-runden ble deltagerne spurt om de kjente til statistikkportalen og om de brukte den. Alle gruppene kjenner til statistikkportalen. Noen deltagere bruker den jevnlig, andre sporadisk eller sjelden. Selv om flere sier de har opplevd at statistikken ikke alltid er helt oppdatert, formidles det i samtlige intervjuer positive erfaringer med statistikkportalen. I noen grupper går de gjennom den sammen med det lokale NAV-kontoret:

"Jeg synes det er kjempefint jeg altså. Det burde vært obligatorisk, at man fikk poeng for å gjøre det med kollegaene en gang i året."

I intervjuene kommenteres det at det er nyttig å se seg selv i forhold til et gjennomsnitt. Det er vanskelig å se hvordan deres egen sykmeldingspraksis er hvis de ikke har mulighet til å sammenligne seg med andre sykmeldere. Statistikken gir et grunnlag for å diskutere sykmelding i smågruppen. Noen sier at statistikkportalen kan virke disiplinerende når de vurderer sin egen praksis i forhold til andre.

"Ligger man over gjennomsnittet så bør man i alle fall tenke over sin praksis, og hvis man ligger under så kan man være litt stolt."

Statistikken kan bidra til at de blir mer bevisst sin egen sykmeldingspraksis. En deltager sammenligner det med tilbakemeldinger på kvitteringer fra Helfo, der de får informasjon om bruk av takster. Noen sier statistikken er mer nyttig som hjelpemiddel i sykmeldingsarbeidet enn anbefalingene.

"Den er mer konkret, det er tall, vi får tilbakemelding som gjør oss bevisste, og det er det som gjør at det fungerer bedre med statistikkverktøyet enn den veilederen."

Noen gir som eksempel at det er nyttig og interessant å se hvor mange graderte sykemeldinger de har i forhold til landsgjennomsnittet, hvor mye de sykmelder for ulike diagnoser eller hvor lenge pasientene er sykmeldt.

"Det gir mer motivasjon å se egen praksis målt mot andres. Det er en type 'reminder' knyttet til regelverk og gjengs praksis."

Vi spurte om bruken av statistikken vil endre sykmeldingspraksisen deres. Dette er et spørsmål med mange svar. Noen sier at de bruker den for å reflektere over egen praksis. Flere er inne på at statistikken viser at de ikke alltid sykmelder slik de har trodd.

"Hvis jeg hadde sett min statistikk i forhold til gjennomsnitt for fylket eller landet siste året, og så kanskje en kort tekst om forventet sykmeldingsvarighet ut fra validerte publikasjoner, da hadde jeg hatt et faglig mål å strekke meg etter."

De som ser at de sykmelder kortere enn gjennomsnittet, er fornøyd med egen praksis. De kommer ikke til å endre sykmeldingspraksisen i særlig grad hvis de ikke oppdager at de avviker svært mye fra andres praksis.

¹¹ Statistikkportalen er en web-løsning som gir sykmeldere tilbakemelding om egen sykmeldingspraksis. Den ble publisert i 2011 og oppdatert i juni 2016. Statistikkportal forvaltes og vedlikeholdes av NAV.

"Jeg har sett at jeg ligger under snittet og har tenkt at min forhandlingstaktikk ikke er så gal. Det er et mål å ligge under snittet, for vi ser på å være i jobb som et gode, men det er jo avhengig av om du har enkelte pasienten som har fått en diagnose initialt, og så om det inntreffer andre forhold som påvirker."

I flere av intervjuene kom det fram at de oppfatter de diagnosebaserte anbefalingene som et ledd i arbeidet med å få ned sykefraværet. Dette gjør at noen oppfatter en sykmeldingspraksis som ligger under gjennomsnittet som en ønsket praksis.

"Jeg sjekket min sykmelding for skulder og så at min er veldig kort sammenlignet med gjennomsnittet. Jeg har halvparten av landets gjennomsnitt. Jeg er stor fan av korte sykmeldinger. Det er morsomt å se om man er bra på noe."

De som ser at de sykmelder lengre enn gjennomsnittet i noen diagnoser, sier det alltid er faglige grunner for dette. Det betyr ikke nødvendigvis at de kommer til å endre sykmeldingspraksis.

Jeg kan ikke være strengere for å pynte på tallene heller. Jeg jobber samvittighetsfullt. Jeg tror alle leger vil gjøre en god og riktig jobb. Jeg vil ikke bli strengere. Hvis jeg friskmelder en syk pasient for å bedre statistikken, så blir det helt galt."

Flere kommenterer at det er galt å snakke om at man er bra eller dårlig når det gjelder sykmeldingslengde fordi sykmelding kommer an på mange ting: hva slags liste de har, om de har mange pasienter som er veldig dårlig i en periode, hva slags næringsstruktur det er der de jobber.

3.2 Spørreskjemaundersøkelsen

Respondentene ble valgt som beskrevet under punkt 2.2. Vi presenterer først hvem som har svart på spørreskjemaet etter respondentens kjønn, alder og utdanning. Deretter hvordan svarene på de enkelte spørsmålene fordeler seg.

3.2.1 Om undersøkelsen

Spørreskjemaet ble sendt ut til i alt 128 fastleger. Vi fikk 79 svar. Ikke alle respondentene har svart på alle spørsmålene. I kun tre grupper svarte alle medlemmene. For sju av gruppene unnlot halvparten eller flere å svare. Av de som har svart, er i alt 18 av kvinnene og 39 av mennene spesialist i allmennmedisin. Alders- og kjønnsfordeling for de som svarte er vist i tabell 1.

Tabell 1 Respondentenes fordeling på kjønn og alder

	Kvinne	Mann
30 år eller yngre	1	
31-40	14	17
41-50	7	17
51-60	5	7
61-70	3	8
Alle	30	49

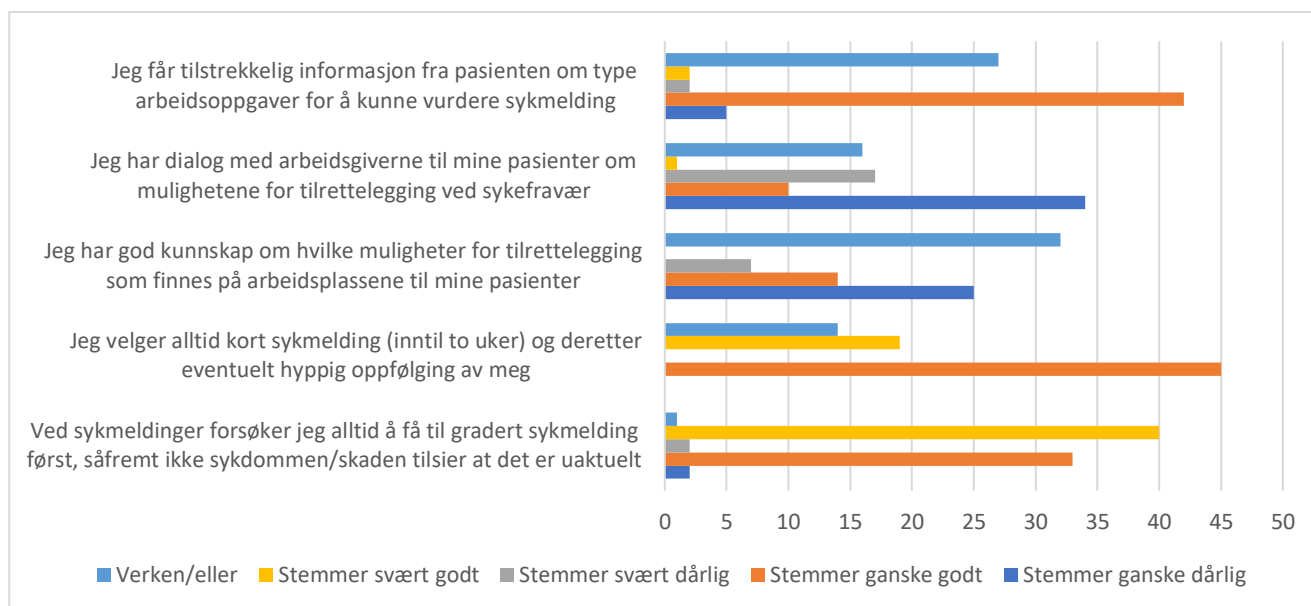
3.2.2 Funn fra spørreundersøkelsen

Vi har valgt å presentere svarene på spørsmålene i figurs form, og knytte kommentarer til hva vi kan lese ut av disse. Det er i alt ni hovedspørsmål med et ulikt antall underspørsmål.

Figur 1 på neste side viser at respondentene gjennomgående handler slik det er ønsket:¹² et stort flertall starter med kort sykmelding med hyppig oppfølging, og et enda større flertall forsøker å få til gradert sykmelding. Et stort flertall svarer at det stemmer *ganske godt* på spørsmålet om de får tilstrekkelig informasjon fra pasienten til å kunne vurdere om det skal gis sykmelding, men på dette spørsmålet er det også mange som har krysset av for *verken/eller*. Dialogen med arbeidsgiver er svak: Et flertall svarer at det stemmer *ganske dårlig* eller *svært dårlig* at de har dialog med arbeidsgiver. Kunnskapen om hvordan arbeid kan tilrettelegges for den som sykmeldes er også svak: Her er *verken/eller* krysset av hyppigst.

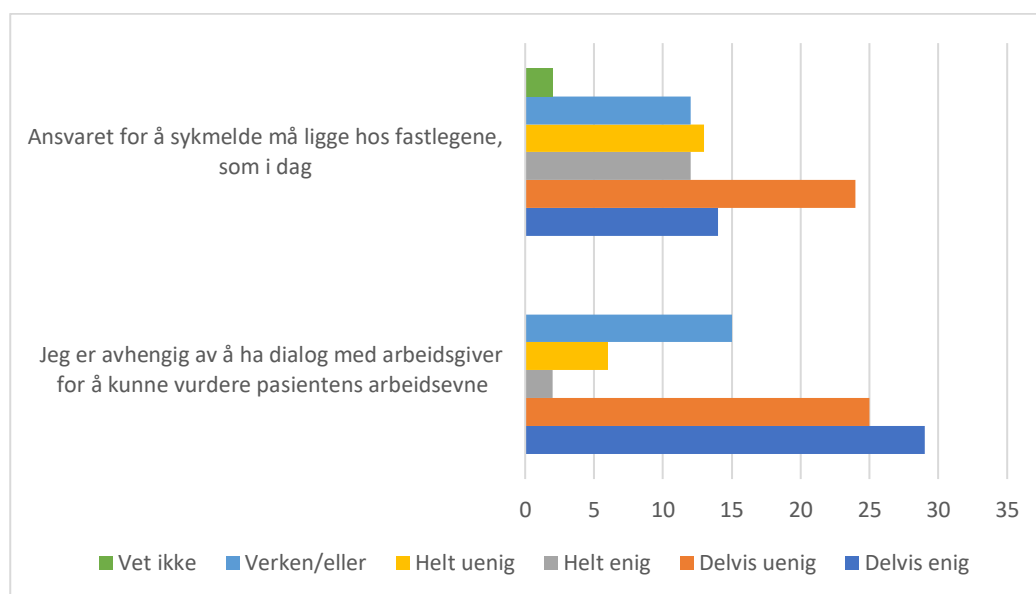
¹² Folketrygdlovens § 8-7 har bestemmelse om at vurdering av arbeidsuførhet skal ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering. Legen skal alltid vurdere om medlemmet kan være i arbeid eller arbeidsrelatert aktivitet. I henhold til nho.no er bruk av gradert sykmelding en hovedstrategi i IA-arbeidet. I henhold til "Idebanken – for et bedre arbeidsliv" (Arbeids- og velferdsdirektoratet), skal gradert sykemelding være hovedregelen når sykemelding er nødvendig.

Figur 1 Hva er dine erfaringer som sykmelder (antall svar, N=78)



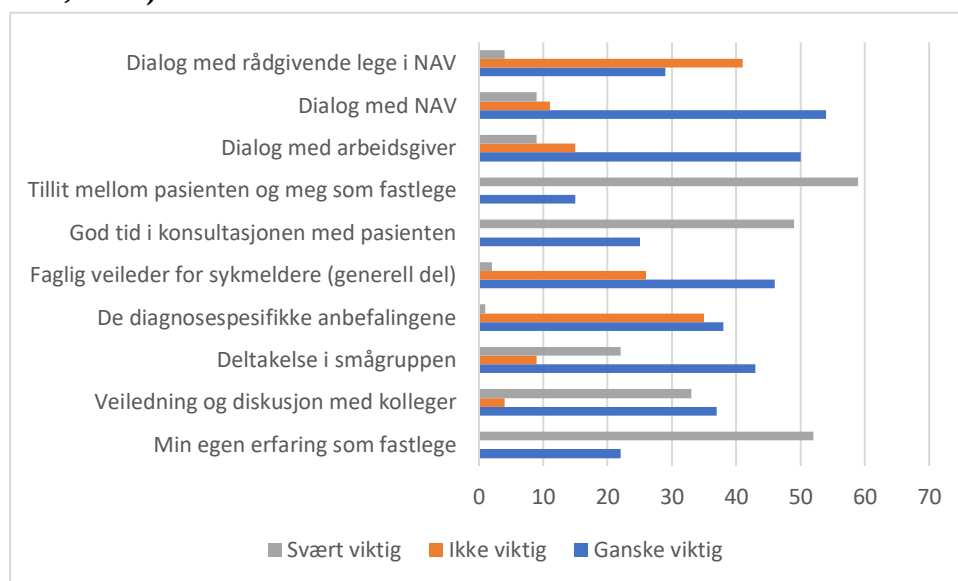
Figur 2 nedenfor viser at omkring halvparten av respondentene er *helt* eller *delvis uenig* i at ansvaret for sykmelding må ligge hos fastlegen, som det gjør i dag. I alt 28 av 72 var *helt* eller *delvis enig* i at fastlegen skulle ha dette ansvaret. Antallet avkryssninger for *delvis uenig* og *delvis enig* i at fastlegen er avhengig av å ha kontakt med arbeidsgiver var nesten like store, og på tredje plass kom *verken/eller*-kategorien. Dette bør sees i sammenheng med at kontakten med arbeidsgiver er svak, slik det framgår av figur 1.

Figur 2 Vi ber deg ta stilling til følgende påstander (antall svar, N=72)



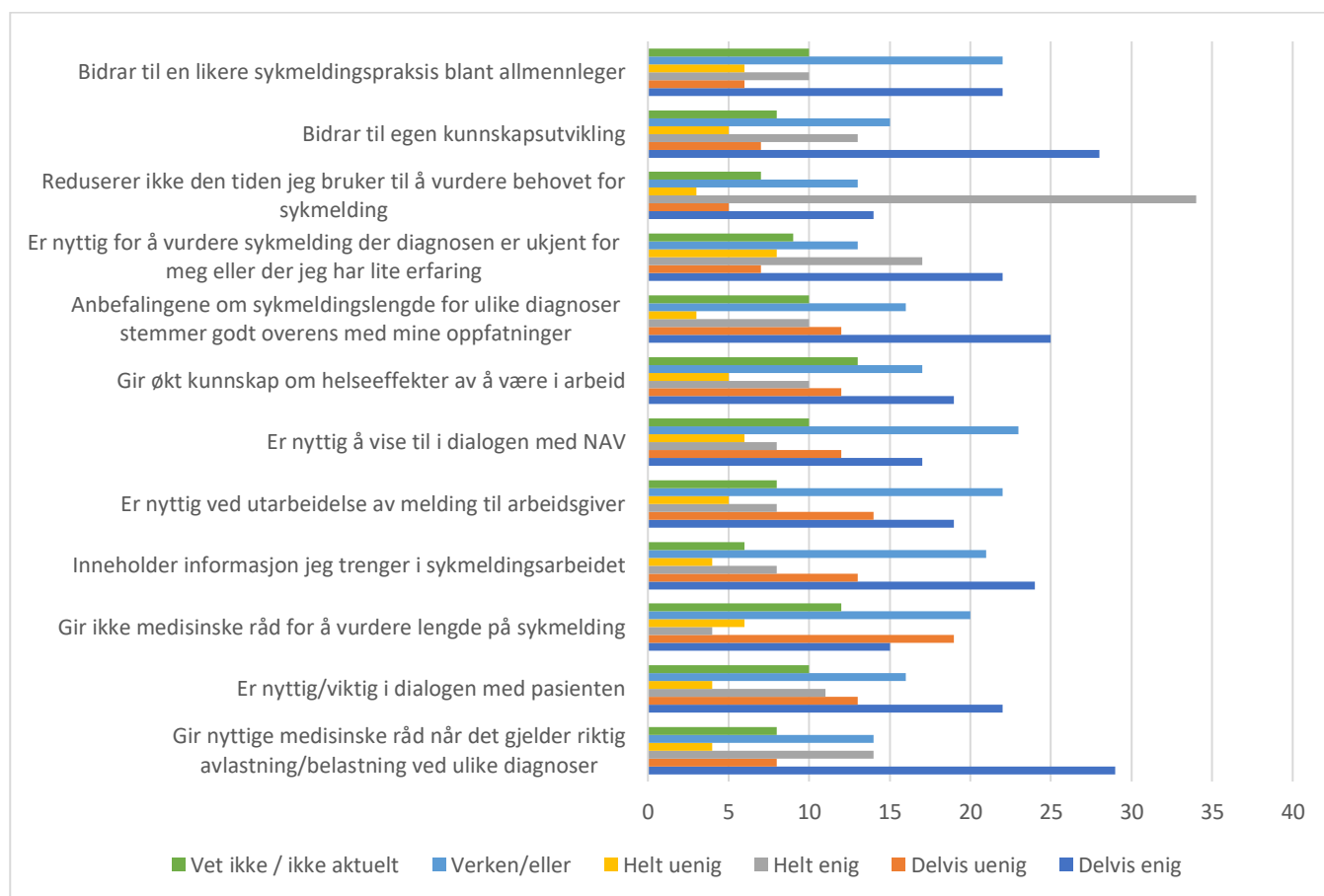
Figur 3 presenterer spørsmål om hva respondentene mener er viktig for at de skal gjøre en god jobb som sykmelder. Tillit hos pasienten, god tid og egen erfaring er faktorer som fastlegene mener er viktigst for å gjøre en god jobb som sykmelder. Den faglige veilederen for sykmeldere (generell del) blir vurdert som noe mer viktig enn de diagnosespesifikke anbefalingene, men nesten ingen krysset av for at disse to var *svært viktige*.

Figur 3 Hvor viktig vil du si følgende faktorer er for at du skal gjøre en god jobb som sykmelder? (antall svar, N=74)



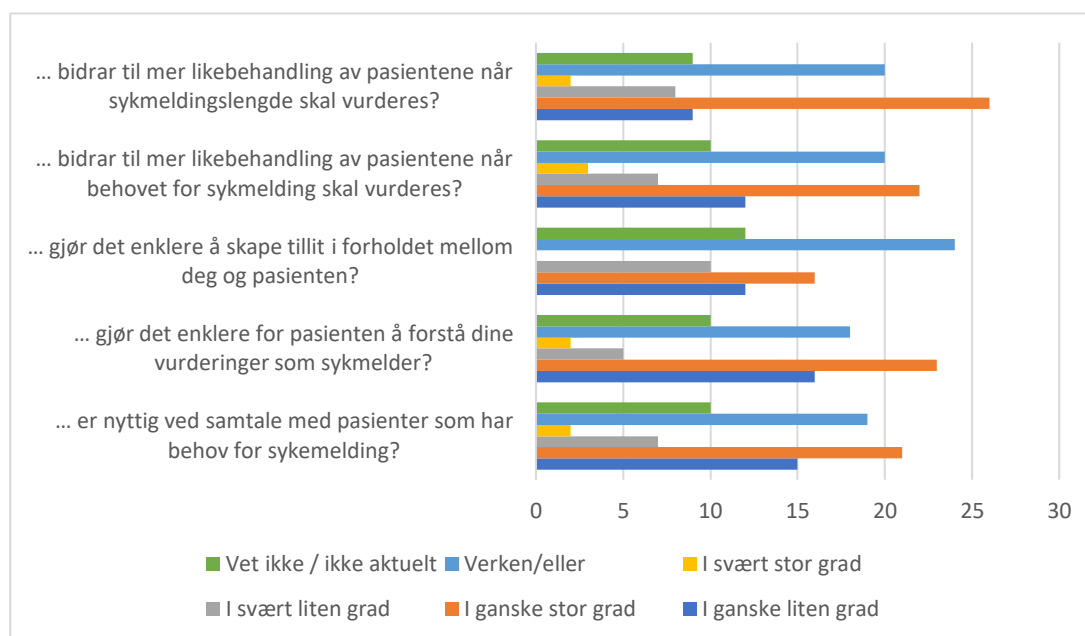
Figur 4 viser resultater av spørsmål der respondentene spørres om de diagnosespesifikke anbefalingene bidrar og er nyttige i sykmeldingsarbeidet. Et flertall krysser av for at de er *helt* eller *delvis enig* i at anbefalingene er nyttige. Antallet avkryssninger for *helt uenig* er lavest for de fleste påstandene. Svarene viser med andre ord at de diagnosespesifikke anbefalingene kan være nyttige, men andelen som svarer *vet ikke / ikke aktuelt* synes også å være stor. Antall *enige* er tydeligst i påstandene om de diagnosespesifikke anbefalingene bidrar til egen kunnskapsutvikling, at anbefalingene er nyttige for å vurdere sykmelding der diagnosen er ukjent for fastlegen, at anbefalingene om sykmeldingslengde stemmer overens med fastlegens oppfatninger, og at anbefalingene gir nyttige medisinske råd når det gjelder riktig avlastning/belastning ved ulike diagnoser. Ellers viser svarene at et tydelig flertall av respondentene er *helt enige* i at bruken av de diagnosespesifikke anbefalingene ikke reduserer tida fastlegen bruker på sykmelding.

Figur 4 Vi ber deg ta stilling til disse påstandene om de diagnosespesifikke anbefalingene (antall svar, N=76)



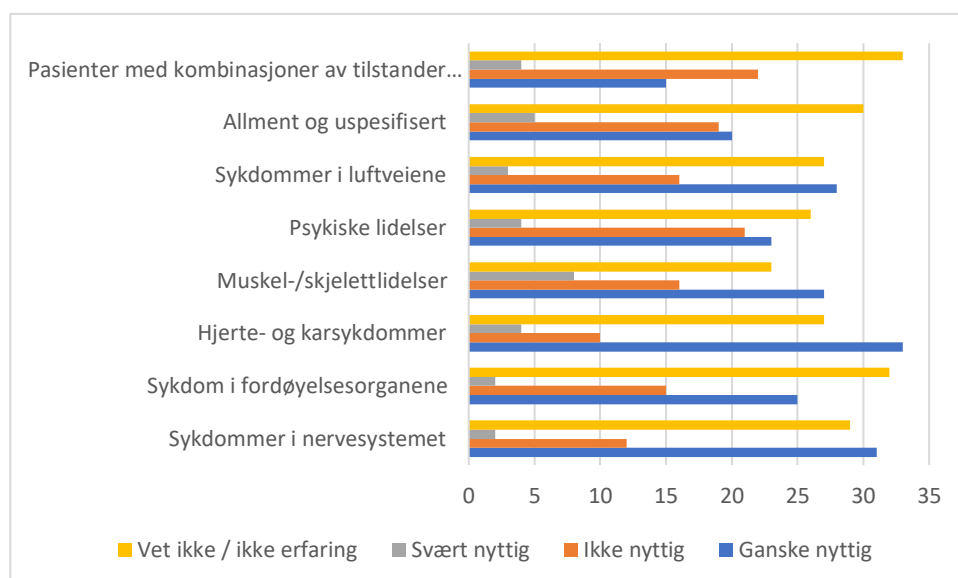
Figur 5 er rettet mot hvordan anbefalingene bidrar i kommunikasjonen med pasientene. Ser en samlet på antallet avkryssninger for *verken/eller* og *vet ikke*, utgjør dette et flertall av informantene. Den nest hyppigst benyttede avkryssningen er at anbefalingene bidrar positivt i *ganske stor grad*. Dette er tydeligst i spørsmålet om anbefalingene bidrar til mer likebehandling av pasientene når sykmeldingslengde skal vurderes (26 avkryssninger). Når det gjelder spørsmålet om anbefalingene gjør det enklere å skape tillit i forholdet mellom fastlegen og pasient, er det forholdsvis mange som har svart *verken/eller* (24 avkryssninger), men også noen som har svart i *ganske stor grad*. Dette kan skyldes at det i utgangspunktet er et godt tillitsforhold mellom fastlege og pasient, noe som kom fram i intervjuene.

Figur 5 I hvilken grad mener du de diagnosespesifikke anbefalingene bidrar i kommunikasjonen med pasienten (antall svar, N=74)



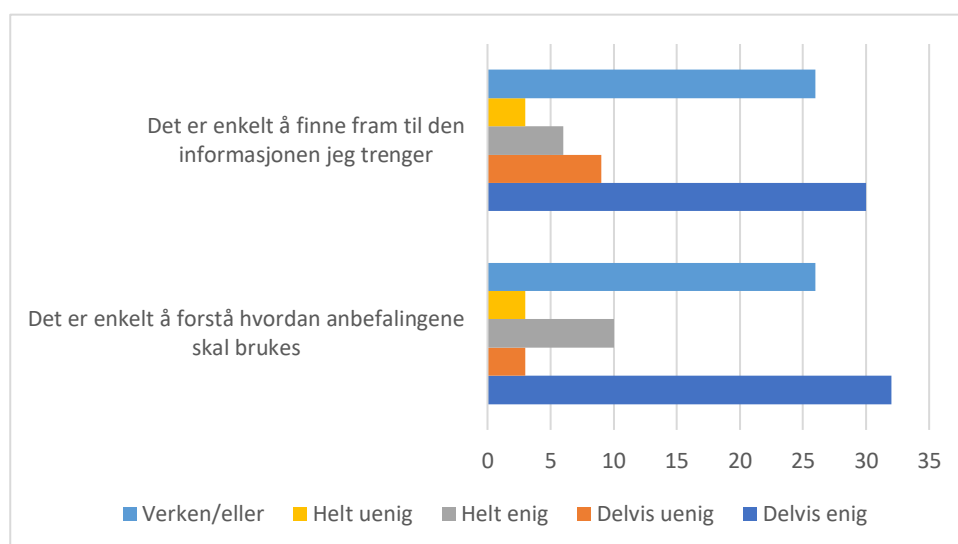
Respondentene ble bedt om å vurdere nytten av de diagnosespesifikke anbefalingene som støtte for sykmelding når det gjaldt et utvalg diagnosegrupper. Resultatene er gjengitt i figur 6. En ser av figuren at forholdsvis mange av respondentene har svart *vet ikke / ikke erfaring* når det gjelder nær sagt alle diagnosegruppene. Samtidig går det fram av resultatene at en forholdsvis stor gruppe av respondentene vurderer anbefalingene som *ganske nyttig* både når det gjelder sykdommer i luftveiene, muskel-/skjelettlidelser, hjerte-/karsykdommer og sykdommer i nervesystemet. Vurderingene av anbefalingene som *ikke nyttige* og også svaret *vet ikke*, er tydeligst når det gjelder pasienter med kombinasjoner av tilstander (f.eks. psykisk- somatisk – sosialt). Dette viste også gruppeintervjuene, der pasienter med sammensatte problemer ble beskrevet som de mest utfordrende gruppene knyttet til sykmeldingsarbeid.

Figur 6 Vurder nytten av de diagnosespesifikke anbefalingene som støtte for sykmelding i forbindelse med følgende diagnoser (antall svar, N=74)



Respondentene ble bedt om å vurdere måten de diagnosespesifikke anbefalingene er strukturert på. Resultatene er gjengitt i figur 7 nedenfor. Spørsmålene gjaldt om det er enkelt å finne fram til informasjon, og om det er enkelt å forstå bruken av anbefalingene. Svaralternativene *verken/eller* og *delvis enig* peker seg ut i figuren. Når vi slår sammen de som har svart *helt* og *delvis uenig*, så utgjør disse respondentene en relativt liten gruppe. Når vi slår sammen de som har svart *helt enig* og *delvis enig* finner vi at ca. halvparten finner anbefalingene lett å finne fram i (36 avkryssninger) og enkel å forstå (42 avkryssninger). Dette sier imidlertid ikke noe om respondentenes vurdering av *nytt* av anbefalingene. Dette er også omtalt under figur 4 og figur 6.

Figur 7 Ta stilling til følgende påstander om måten de diagnosespesifikke anbefalingene er strukturert på (antall svar, N=74)



Statistikkportal for sykmeldere forvaltes og vedlikeholdes av NAV, og viser den enkeltes sykmelderpraksis i forhold til andre sykmeldere: hva som kjennetegner den enkeltes sykmeldingspraksis og hvordan denne praksisen utvikler seg over tid.

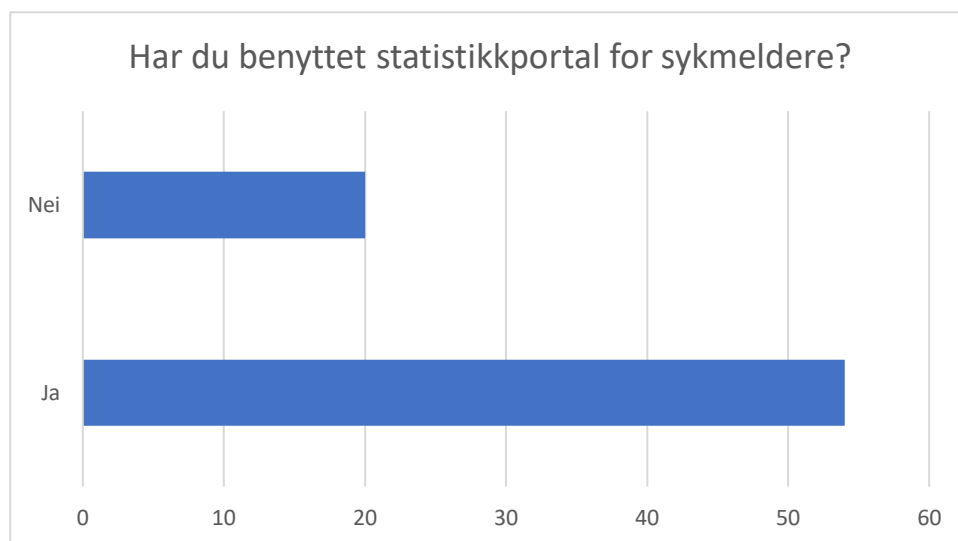
Statistikken gir oversikt over:

- Sykmeldinger fordelt på kjønn, alder, diagnoser, næring, varighet, gradering og utvikling over tid
- Sykefraværstilfeller fordelt på kjønn, alder, diagnoser, næring, varighet, gradering og utvikling over tid

Fastleger får i tillegg informasjon om listesammensetningen fordelt på kjønn, alder, næring og antall arbeidstakere. Sykmelderne kan her også sammenligne seg med kommune-, fylke- og landsgjennomsnittet for den enkeltes statistikkgruppe.

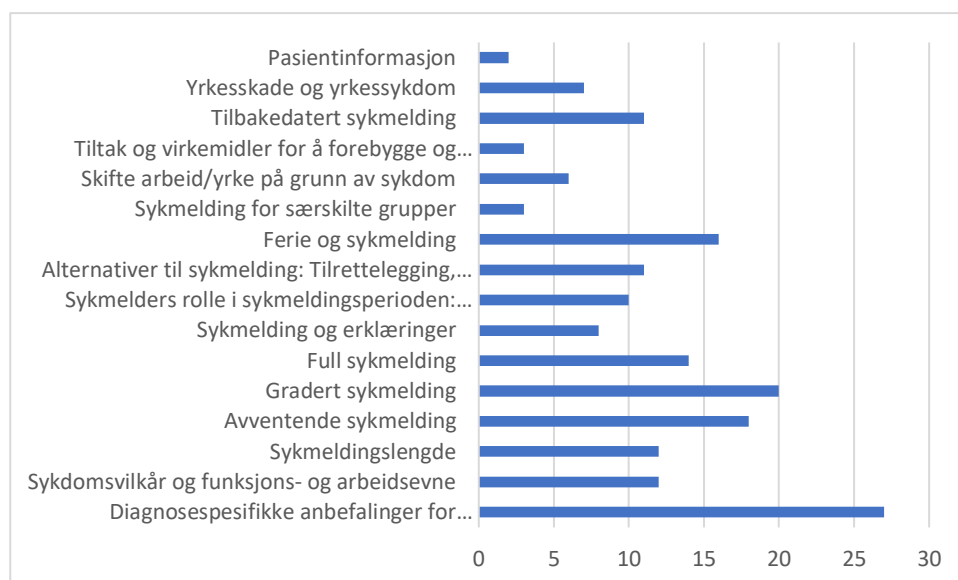
I spørreskjemaundersøkelsen spurte vi respondentene om de har benyttet statistikkportalen. Figur 8 viser at et klart flertall svarer at de har benyttet statistikkportalen. Vi vet ikke om hvor ofte de er inne på portalen, eller om dette er noe de gjør rutinemessig.

Figur 8 Har du benyttet statistikkportal for sykmeldere? (antall svar, N=74)



Respondentene har svart på spørsmål om de har brukt de ulike kapitlene i sykmelderveilederen (generell del). Resultatene vises i figur 9. Hovedinntrykket er at respondentene bruker sykmelderveilederen i liten grad. Vel halvparten av de som har svart på dette spørsmålet (27 av 59), krysser av for at de har brukt den delen av veilederen som omhandler diagnosespesifikke anbefalinger. Sammenlignet med det vi har vist tidligere i rapporten (figurene 4-8), er det flere som har en mening om de diagnosespesifikke anbefalingene, enn de som svarer at de har brukt dem (figur 9). Det er for eksempel flere som er enige i at anbefalingene er enkle å forstå og lett å finne fram i (figur 7), enn de som sier de har brukt anbefalingene. Dette kan bety at respondentene har skilt mellom det å lese/gjøre seg kjente med anbefalingene og det å ta anbefalingene i bruk i praksisen.

Figur 9 Hvilke kapitler i sykmelderveilederen fastlegene har brukt. Det kan krysses for flere (antall Svar, N=59)



4 Diskusjon og konklusjon

4.1 Innledning

Denne rapporten er en del av en følgeevaluering av implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmeldere, og bygger på intervjuer og spørreundersøkelse med et utvalg fastleger. Den metodiske tilnærmingen har både styrker og begrensninger. Deltagerne er fastleger tilknyttet smågrupper. De meldte sin interesse for å delta på dagskurs om sykmeldingsproblematikk og hvordan de diagnosespesifikke anbefalingene kan brukes i arbeidet med sykmeldinger. Lederne for smågruppene fikk godtgjørelse for å delta på kurset. De øvrige i smågruppene fikk godtgjørelse for å delta i datainnsamlingen til evalueringen. Alle i smågruppene fikk poeng som inngår i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Informantene består med andre ord av særlig motiverte fastleger.

De kvalitative dataene (gruppeintervjuer med 60 leger i 10 smågrupper) utgjør en stor mengde informasjon som gir god innsikt i deltagerens synspunkter og refleksjoner. Når det gjelder spørreskjemaundersøkelsen er det en svakhet at relativt få leger har svart på undersøkelsen (79 av 128), til tross for at deltakelse i datainnsamlingen var avtalt med de som deltok på kurset. Selv om resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen derfor må tolkes med varsomhet, er det en styrke at dataene samlet sett (intervjuer og spørreskjema) peker i samme retning, både når det gjelder positive og negative erfaringer med de diagnosespesifikke anbefalingene.

4.1.1 Bakgrunn

Man ønsket diagnosespesifikke anbefalinger fordi det er påvist uønskede og uforklarlige forskjeller i varigheten på sykmeldinger for personer med samme diagnose. Anbefalingene skal bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen ved at kunnskapsbaserte medisinske råd om avlastning og belastning ved ulike diagnoser, med drøfting av konsekvenser for sykmeldingslengde, gjøres tilgjengelig for sykmeldere. Anbefalingene ble innarbeidet som første kapittel i *Sykmelderveileder. Faglig veileder for sykmeldere*, som gir råd for å avklare arbeidsevne, aktivitetsmuligheter og tilrettelegging, veiledning av pasienten og samhandling mellom aktører i sykmeldingsarbeidet. De diagnosespesifikke anbefalingene var forventet å føre til økt kvalitet i sykefraværarbeidet målt ved større forutsigbarhet og mer likebehandling, og til at sykmeldere skal oppleve økt faglig støtte i prosessen rundt arbeidet med sykmeldinger. Anbefalingene skal gi kunnskapsbasert støtte i dialogen med pasienten i sykmeldingsprosessen, gi bistand til sykmelder ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver, og gi økt forståelse for helseeffekter av å være i arbeid.

4.1.2 Evalueringsoppdraget

Ved hjelp av gruppeintervjuene og spørreskjemaundersøkelsen skal evalueringen belyse følgende fire momenter:

1. Hvordan bidrar anbefalingene til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet, slik fastlegene ser det?
2. Hvordan bidrar anbefalingene til en bedre dialog med pasienten, slik fastlegene ser det?
3. Opplever fastlegene anbefalingene som faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver?
4. Opplever fastlegene anbefalingene som kunnskapsbasert?

4.2 Hvordan bidrar anbefalingene til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet, slik fastlegene ser det?

Aamland og Mæland (2016) har i sin oversiktsstudie av legers holdninger til og erfaringer med sykefraværsoppfølging oppsummert seks temaer knyttet til leger og sykefraværsoppfølging: rollekonflikt, andre sykmeldingsaktører, rammebetingelser, mestringsstrategier, opplæring i sykmeldingsarbeid, pasientenes symptomer og symptompresentasjon. Dette viser, som Westin (2016) også påpeker i en aviskronikk, at sykmelding er et sammensatt fenomen, og at oppfatningen av at diagnose har stor betydning er et problem i sykmeldingsarbeidet.

Samtlige deltagere i gruppeintervjuene er opptatt av at beslutning om sykmelding, sykmeldingslengde og -grad må ta utgangspunkt i mange ulike elementer, hvorav diagnose er ett av dem. I intervjuene poengteres det at en og samme diagnose vil kunne ha ulik konsekvens for ulike pasienter. Diagnose gir derfor ofte kun en indikasjon på grad og lengde av sykmelding. De som har benyttet anbefalingene sier at de stemmer med deres egne vurderinger, og først og fremst for det de kaller "enkle" tilstander. Samtidig sier de at dette er forhold der de har minst behov for faglig støtte. Derimot har de behov for faglig støtte i beslutninger om situasjoner med komplekse problemstillinger. Der opplever deltagerne liten faglig merverdi i å konsultere anbefalingene.

Resultatene i spørreskjemaundersøkelsen kan tolkes slik at det er flere som har lest anbefalingene enn som har brukt dem for å vurdere spørsmål om sykmelding. Den relativt store andelen som på noen av spørsmålene har svart *vet ikke / ingen erfaring* tyder også på dette. Blant de som har satt seg inn i eller har benyttet de diagnose-spesifikke anbefalingene, svarer en relativt stor andel at anbefalingene enten har eller kan være nyttige i flere sammenhenger. Det er få avkryssninger som indikerer direkte negative oppfatninger av anbefalingene. Dette kan tolkes dit hen at respondentene mener at anbefalingene kan benyttes i sykmeldingsarbeidet på linje med annen informasjon fastlegene benytter (f.eks. de nasjonale veilederne).

Ut fra både intervjuene og spørreundersøkelsen kan vi tolke at mange sykmeldere er blitt mer oppmerksomme på betydningen av gradert sykmelding og kortere sykmeldingsperioder med jevnlig oppfølging. Tillit mellom fastlege og pasient er helt avgjørende for at dette skal være en god prosess. Det ser ut som legens evne til å forhandle med pasienten slik at de kommer fram til en beslutning begge kan akseptere, er et vesentlig moment i denne prosessen. Vår undersøkelse viser at fastlegene i hovedsak synes at det er enkelt å finne fram i anbefalingene til den informasjonen de trenger, og det er enkelt å forstå hvordan anbefalingene skal brukes.

Spørsmålet om hvordan anbefalingene bidrar til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet favner bredt. Fastlegene ser at anbefalingene kan ha sin nytte, selv om enkelte har vansker med å peke på konkret merverdi av anbefalingene i sykmeldingsarbeidet. Det synes å være enighet om at anbefalingene kan bidra til å forenkle dialogen med pasientene. Disse to perspektivene er nærmere omtalt nedenfor.

4.3 Hvordan bidrar anbefalingene til en bedre dialog med pasienten, slik fastlegene ser det?

I flere intervjuer kommer det frem at anbefalingene er blitt vist til når lege og pasient diskuterer spørsmålet om sykmelding. Deltagerne er opptatt av at de håndterer rollen som både "advokat og portvakt", en rolle som kan være motsetningsfull. Den første evalueringen av fastlegeordningen påpekte at rollen som pasientens advokat ser ut til å ha blitt tydeligere etter fastlegeordningen. Norheim og Carlsen (2003) konkluderer i sin evaluering med at fastlegeordningen har gitt pasientene en sterkere posisjon vis-à-vis fastlegen, og at legene strekker seg for å innfri pasientenes ønsker. De påpeker at det finnes en mulig motsetning mellom det politiske målet om økt pasientdeltakelse og ønsket om mer rasjonell ressursbruk. Dette dilemmaet kommer også fram i intervjuene våre. Beslutning om sykmelding, grad og lengde skjer i en samtale mellom sykmelder og pasient. Noen av deltagerne beskriver disse situasjonene som "*forhandlinger*".

Flere studier viser at forskjellige holdninger til sykefraværsoppfølging kompliserer lege-pasientforholdet (Hoedeman, Krol, Blankenstein, Koopmans, & Groothoff, 2010). Det finnes studier som viser at pasienters holdninger til sykmelding som en rettighet kan bidra til økt sykefravær i befolkningen (Anema, Van Der Giezen, Buijs, & Van Mechelen, 2002; Arreløf et al., 2007). Alle deltagerne i denne evalueringen har eksempler på pasienter som kommer for å "*bestille sykmelding*", som noen sier. Det var viktig for deltagerne at forholdet mellom lege og pasient var tillitsfullt. Det betyr at ønsket om å bevare pasientens tillit også spiller inn i vurderingene og forhandlingene om sykmelding, noe som også andre studier finner (Nilsing, Soderberg, Bertero, & Oberg, 2013).

Intervjuene viser at deltagerne er opptatt av at tillit hos pasienten, god tid og egen erfaring er viktigst for å gjøre en god jobb som sykmelder. Svarene i spørreundersøkelsen støtter opp om dette. Spørreundersøkelsen kan tolkes slik at de diagnosespesifikke anbefalingene kan bidra til mer likebehandling av pasienter i spørsmål om sykmeldingslengde, og at de gjør det enklere for pasienten å forstå legens vurderinger. Vår tolkning er at anbefalingene bidrar til en bedre dialog med pasienten bl.a. ved å bidra til at pasienten forstår de vurderingene legen har gjort når det gjelder sykmelding og sykmeldingslengde. Resultatene viser at anbefalingene letter legens rolle i forhandlinger med pasientene, der pasienten har gjort seg opp en egen mening om hvor lang sykmelding som er nødvendig. Intervjuene viser også at de diagnosespesifikke anbefalingene oppleves som nyttige i tilfeller hvor pasienten kommer fra en annen behandler med anbefaling om sykmeldingslengde, en anbefaling som fastlegen, på faglig grunnlag, ikke alltid er enig i. Vår undersøkelse viser også at i den grad fastlegene har konsultert de diagnosespesifikke anbefalingene, er det i all hovedsak konsensus mellom anbefalingene og fastlegenes vurderinger når det gjelder sykmeldingslengde.

4.4 Opplever fastlegene anbefalingene som faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver?

Deltagerne er opptatt av at de først og fremst skal ivareta pasientens helse, men også forvalte et ansvar vis-à-vis NAV. De tre aktørene fastlege, NAV og arbeidsgiver har ulike roller, oppgaver og ansvar i sykmeldingsarbeidet. Kompleksiteten i sykmeldingsarbeidet tilsier at dialog og samarbeid mellom mange ulike aktører er viktig for at sykmeldingsarbeidet skal håndteres godt. Dette er ikke minst viktig for pasienten, men ulikt ståsted gjør samarbeidet utfordrende (Higgins, O'Halloran, & Porter, 2012). Legen skal vurdere funksjonsevne og arbeidsuførhet ut fra medisinske forhold, NAV skal vurdere ut fra lover og regler, og arbeidsgivere legger i tillegg egne økonomiske interesser i denne skålen. Disse ulike posisjonene kan føre til

ulike vurderinger av hva som er beste løsning i den aktuelle situasjonen, noe som både Franche mfl. (2005), Maeland mfl. (2011) og Øyeflaten (2011) også poengterer.

Dialogmøtene anses som sentrale arenaer for samarbeid omkring oppfølging av sykmeldte. Det finnes studier som viser at fastlegenes interaksjon med andre aktører (f.eks. NAV og arbeidsgivere) er avgjørende for et godt sykmeldingsarbeid (Kiessling & Arrelöv, 2012). Som del av evalueringen av IA-avtalen satte Ose og kolleger (2013) søkelys på dialogmøtene som virkemiddel i sykmeldingsarbeidet. De konkluderte blant annet med at dialogmøte 2 burde komme tidligere i sykdomsforløpet. I den første delen av denne følgeevalueringen intervjuet vi NAV-ansatte. Vi fant at enkelte NAV-kontor gjør forsøk med tidligere innkalling til dialogmøte 2 for å drøfte og avklare muligheter for tiltak. Eksempelvis ble det vist til at fra 2015 hadde alle NAV-kontorene i Akershus plan om å gjennomføre dialogmøte 2 innen uke 19 for å sikre tidlig oppfølging. Gruppeintervjuene som ligger til grunn for vår evaluering viser at fastlegene ser verdien av tidlig dialogmøte 2, og de sier at de kan spille en viktig rolle.

Både intervjuene og spørreundersøkelsen viser at dialogen mellom fastlege og arbeidsgiver er svak, noe det er flere grunner til. For det første handler det om i hvilken grad fastlegene opplever det som sin oppgave å ha kontakt med arbeidsgiver. Intervjuene viser at fastlegene mener at NAV bør trekkes sterkere inn i denne oppfølgingen, og at dialogmøte 2 (som NAV har ansvar for å kalle inn til) bør komme tidligere i sykmeldingsperioden, enn i dag. Et annet perspektiv som kommer fram i intervjuene er at kontakt og dialog med arbeidsgiver forutsetter samarbeidsvilje fra den sykmeldte. Hvis den sykmeldte, av ulike årsaker, ikke vil, er det lite fastlegen kan gjøre. Et annet forhold som kompliserer dialogen med arbeidsgiver, er en opplevd manglende vilje hos en del arbeidsgivere til å legge til rette på arbeidsplassen, til tross for at tilretteleggingsplikten er lovfestet. Evalueringen viser tydelig at deltagerne mener dette er en utfordring som NAV bør ta tak i, og som ikke er en oppgave for fastlegene.

4.5 Opplever fastlegene anbefalingene som kunnskapsbasert?

Arbeidet med de diagnosespesifikke anbefalingene ble igangsatt i 2012, og gradvis implementert fra 2016. De er utarbeidet av faggrupper som var bredt sammensatt (jf. pkt. 1.1 Bakgrunn). Vår evaluering viser at deltagerne opplever kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene som solid faglig forankret. I intervjuene kommer det fram at mange av deltagerne mener anbefalingene bidrar til egen kunnskapsutvikling, spesielt der diagnose er ukjent for legen. Videre inneholder anbefalingene nyttige råd om bl.a. riktig avlastning/belast.

4.6 Statistikkportal for sykmelder

Statistikkportal for sykmeldere forvaltes og vedlikeholdes av NAV, og viser den enkeltes sykmelderpraksis i forhold til andre sykmeldere: hva som kjennetegner den enkeltes sykmeldingspraksis og hvordan denne praksisen utvikler seg over tid. Både intervjuene og spørreundersøkelsen viser at et flertall har benyttet statistikkportalen. Selv om noen har opplevd at statistikken ikke alltid er helt oppdatert, formidles det i intervjuene positive erfaringer med statistikkportalen. Det å kunne sammenligne seg med andre anses som verdifullt, samtidig som statistikken er et godt grunnlag for å diskutere sykmeldingspraksis med kolleger. Statistikken kan med dette virke disiplinerende ved at de vurderer sin egen praksis i forhold til andre. Samtidig

kommer det fram i intervjuene at statistikken ikke er direkte sammenlignbar fastlegene imellom da sammensetning av pasientlistene vil variere.

Når det gjelder statistikkportalen, er vår oppsummering at den representerer et godt verktøy for fastlegene og er en nyttig referanse og påminnelse om den enkeltes sykmeldingspraksis.

4.7 utfordringer ved å skape endring i adferd hos andre

Målet med de diagnosespesifikke anbefalingene er at de skal bidra til reduksjon av variasjon i sykmeldingslengde, med andre ord endre sykmeldingspraksis. Fra evalueringsforskningen vet vi at det er svært krevende å innføre endringer som ikke er etterspurt av mottakerne, og dette kan være særlig krevende når målgruppen er autonome aktører med sterk profesjonsidentitet, noe som karakteriserer legeprofesjonen. De diagnosespesifikke anbefalingene er ikke kommet som et svar på en etterspørsel fra fastlegene.

Mykletun og kolleger (2015) formidler resultater fra en studie der NAVs rådgivende overleger gjennomførte systematisk veiledning av fastleger. Det viktigste utfallsmålet var om sykefraværet endret seg i gruppen som mottok veiledning sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke fikk veiledning. Deres studie viste ingen påviselig endring av totalt sykefravær, langtidsfravær eller graderingsandel. Tellnes, Sandvik og Moum (1990) fant at restriktive holdning hos sykmelder ikke nødvendigvis samsvarer med restriktiv adferd. Markussen og kolleger (2013) viste at pasienters sykefravær endrer seg når pasienten skifter fastlege. Forskjellene kan derfor ha mange ulike årsaker, og også henge sammen med innarbeidede vaner og mestringsstrategier.

Durlak og DuPre (2008) som vi viste til innledningsvis, poengterer at arbeidskultur og arbeidsmiljø er viktig for hvor villig fastlegene tar til seg nye innspill som kommer. De bruker blant annet betegnelsen *innovasjonsklima* som et uttrykk for hvorvidt det er aksept for å prøve nye arbeidsmetoder og tilnærminger i arbeidspraksisen. Noen av de smågruppene vi besøkte kommuniserte en tydelig interesse for å delta i utviklingsarbeid. Det var derfor de ønsket å delta i dette prosjektet. I enkelte av disse intervjuene kom det fram at de var opptatt av å utvikle fastlegekontoret og egen praksis, blant annet ved å delta i prosjekter og nybrottsarbeid. De hadde brukt anbefalingene aktivt fordi dette var en del av forpliktelsen knyttet til kurset, og for å finne ut hva anbefalingene kunne bidra med i deres egen praksis. I andre intervjuer ble det kommunisert en tydeligere tilbakeholdenhet. De diagnosespesifikke anbefalingene er et av mange tiltak, veiledere, retningslinjer og liknende som fastlegene skal forholde seg til. De utsettes for press fra mange kanter, der de blir dratt i ulike retninger med stadig flere, ulike oppgaver. Et nytt verktøy oppleves som enda en ting andre har funnet på at de skal forholde seg til.

Dersom den faglige merverdien er lav, noe som intervjuene indikerer, representerer anbefalingene ingen umiddelbar forenkling eller avlastning, men kommer på toppen mye annet. Det samme vil gjelde dersom de ikke er tidsbesparende. I tillegg handler dette også om deltagernes forståelse av fastlegeordningen som en ordning som ikke er dimensjonert for tett sykefraværsoppfølging. Det å rette oppmerksomheten mot én aktør når sykefraværarbeid er komplekst og involverer flere ulike aktører, er ikke tilstrekkelig for å komme videre i sykmeldingsarbeidet.

I målet som ble satt for utredningen i 2012 het det at det skulle legges til rette for integrering av anbefalingene i fastlegenes elektroniske pasientjournal (EPJ-systemer), basert på tilgjengelig teknologi og løsninger. Durlak og DuPre (2008) viser også til at materielle forhold spiller en stor rolle når man skal gjennomføre aktiviteter som skal endre andres praksis. Hvordan anbefalingene er integrert i IT-infrastrukturen vil være et viktig element her, og vil påvirke bruken av anbefalingene. At anbefalingene er integrert i skjermbildet, praktisk lett tilgjengelig og enkelt og raskt å bruke, vil kunne være viktig på lang sikt ved at legen blir minnet på at beslutningsstøtten fortsatt eksisterer. Der anbefalingene var integrert i journalsystemet krevde dette at legen skrev diagnosen nøyaktig slik den står i anbefalingene, hvis ikke kom ikke anbefalingene opp. En absolutt forutsetning for at anbefalingene skal benyttes er at programmet har en funksjon for ordgjenkjenning slik at anbefalingene kommer opp selv om skrivemåten er litt forskjellig fra hvordan diagnosen er skrevet i anbefalingene. Når den kommer opp, er det også i ytterkant av skjermbildet. Dette gjør at anbefalingene ikke glir sømløst inn i arbeidet med å fastsette sykmeldingslengden.

Allikevel viser vår evaluering at opplevelsen av faglig merverdi er viktigere enn praktisk tilgjengelighet. Selv om tilgjengeligheten til de diagnosespesifikke anbefalingene i deltageres EPJ-system varierer, er det i bunn og grunn anbefalingenes nytteverdi for legene i selve beslutningen om sykmelding som blir det sentrale. Selv om anbefalingene ble sømløst integrert i EPJ-systemet, vil det gjenstå en vurdering av hvilken mernytte de gir. Alle slike ekstra ting tar mer tid, og i intervjuene la alle deltagerne vekt på at arbeidsdagen er travel og de har lite tid til ekstra rutiner.

I den grad anbefalingene blir lite benyttet, kan en av grunnene være at diagnose bare er ett av elementene som skal vurderes når sykmeldingslengde og -grad bestemmes. For konsultasjoner som dreier seg om enkle skader eller klart definert sykdom er det få problemer med å fastsette sykmeldingslengde. Det er i situasjoner der sykdomsbildet er mer uavklart, og der psyken, familiesituasjonen og forholdene på arbeidsplassen betyr mer, at det kan være vanskelig å avgjøre riktig lengde og grad på sykmeldingen, og riktig vei ut av sykmeldingen. I slike situasjoner gir anbefalingene minst støtte.

4.8 Kurs som ledd i implementeringen

Vellykket implementering av et tiltak krever en helhetlig plan for kommunikasjon, opplæring og forankring hos alle berørte. Ledere på ulike nivå må involveres, og det tjenesteproduserende leddet der det nye verktøyet faktisk skal tas i bruk må følges opp aktivt. Denne innsikten lå til grunn for at implementeringen av de diagnosespesifikke anbefalingene ble endret underveis i prosjektet. Det ble bestemt at man skulle benytte seg av smågruppene som alle allmennleger er med i, tilby et dagkurs med oppfølging, og slik komme i direkte kommunikasjon med de som skal benytte anbefalingene. Kurspakken skulle bidra til at målgruppen fikk eierskap til anbefalingene ved å gi deltagerne en bedre forståelse av hvordan anbefalingene kan være relevante og nyttige for dem i beslutninger om sykmelding. Det var også viktig å få fram at rådene i anbefalingene var mulig å gjennomføre i en travel arbeidsdag. Insentiver i form av økonomisk godtgjørelse og poeng i videre- og etterutdanning i allmennmedisin skulle styrke interessen for kurset.

Søkningen til kurset ble større enn forventet, noe som kan bety at kursopplegget var interessant for målgruppen. Evalueringen viser at enkelte deltagere ikke kjente til anbefalingene før de fikk informasjonen om kurset, og

deltagerne har brukt anbefalingene i tiden etterpå. Det er allikevel et åpent spørsmål om de kommer til å bruke anbefalingene videre.

Vår oppfatning er at kurstilbudet var et riktig valg å ta. Informasjonsmengden inn til fastlegene er stor. Skal de få kunnskap om et nytt verktøy, og ta det i praktisk bruk, må det overleveres direkte og systematisk. For å få dette til, kan det videre arbeidet med anbefalingene integreres i utdanningen, både som en del av grunnutdanningen og i videreutdanningen.

Til slutt vil vi kort oppsummere de områdene deltagerne fant at anbefalingene kan være nyttige:

1. anbefalingene kan benyttes som et oppslagsverk når man er usikker, for eksempel hvis diagnosen er ukjent.
2. anbefalingene kan benyttes i kommunikasjonen med pasienten for å oppnå enighet om hva som bør være lengden på sykmeldingen.
3. anbefalingene kan benyttes som støtte i dialog med kolleger og NAV.

Referanser

- Aamland, A., & Mæland, S. (2016). Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging - En scoping-oversikt. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2).
- Anema, J. R., Van Der Giezen, A. M., Buijs, P. C., & Van Mechelen, W. (2002). Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med*, 59(11), 729-733.
- Arrelov, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Lofgren, A., Nilsson, G., & Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 7, 273. doi:10.1186/1471-2458-7-273
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 317(7156), 465-468. doi:10.1136/bmj.317.7156.465
- Bragstad, T., Regbo, U., & Sagsveen, A. (2006) Variasjon i sykefravær. En analyse av geografisk variasjon i forbruk av sykepenger i perioden 1993- 2004. I *Rapport 4*. Oslo: Rikstrykdeverket
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*, 41(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Foss, C., Ruud Knutsen, I. A., Havrevold Henni, S., & Myrstad, H. (2017). The challenges associated with implementing new practice. *Sykepleien Forskning*, 11(59483), 12.
- Franché, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *J Occup Rehabil*, 15(4), 525-542. doi:10.1007/s10926-005-8032-1
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*: Gyldendal Akademisk.
- Helde, I., Kristoffersen, P., & Lysø, N. (2011). Kan næringsstruktur forklare fylkesvise forskjeller i sykefraværet? . *Arbeid og velferd*, nr. 3.
- Helde, I., Kristoffersen, P., Lysø, N., & Thune, O. (2010). Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. *Arbeid og velferd*, nr. 4, 55.
- Helsedirektoratet, 2019. *Faglig veileder for sykmeldere – diagnosespesifikk beslutningsstøtte og generell del*. Helsedirektoratet avdeling velferdsteknologi og rehabilitering. Rapport under utarbeidelse.
- Higgins, A., O'Halloran, P., & Porter, S. (2012). *Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review* (Vol. 22).
- Hoedeman, R., Krol, B., Blankenstein, A. H., Koopmans, P. C., & Groothoff, J. W. (2010). Sick-listed employees with severe medically unexplained physical symptoms: burden or routine for the occupational health physician? A cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 10, 305-305. doi:10.1186/1472-6963-10-305
- Kiessling, A., & Arrelöv, B. (2012). Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC Public Health*, 12(1), 702. doi:10.1186/1471-2458-12-702
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. In I. Holloway (Red.), *Qualitative research in health care* (side 56-70). Maidenhead: Open University Press.
- Mæland, S., Magnussen, L. H., Eriksen, H. R., & Malterud, K. (2011). Why are general practitioners reluctant to enrol patients into a RCT on sick leave? A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(8), 888-893. doi:10.1177/1403494811424613
- Markussen, Simen, Knut Røed og Ole Røgdeberg. (2013). «The changing of the guards». *Journal of Health Economics*, 32(6), 1230.

- Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mykletun, A., S Nilsen, I Cathrine Kann, H R Jacobsen, Ø Wesnes og H P Nordhagen (2015) "NAV-legestudien i Bergen: Systematisk veiledning av fastleger reduserte ikke sykefraværet". *Arbeid og velferd* /3 /2015
- Nilsing, E., Soderberg, E., Bertero, C., & Oberg, B. (2013). Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil*, 23(3), 450-461. doi:10.1007/s10926-013-9418-0
- Norheim, O. F., & Carlsen, B. (2003). *Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen*. Bergen: Stein Rokkan Senter for flerfaglig samfunnsstudier. Universitetsforskning Bergen.
- Olsen, O. E., & Lindøe, P. (2004). Trailing research based evaluation: Phases and roles. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 371-380. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.07.002
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Slettebak, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I., & Jensberg, H. (2013). *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)* (SINTEF-A24444): <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-evaluering-av-ia-avtalen-2010-13.pdf>
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (1999). *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*. . Cambridge: Harvard Business School Press.
- Segaard, S. B. (2007). *Refleksivitet i følgeforskning. Strategier, roller og utfordringer* Paper presentert på Fagkonferanse evaluering, Trondheim, 3-5 januar.
- Tellnes, Gunnar, Leiv Sandvik og Torbjørn Moum (1990). Inter-doctor variation in sickness certification. *Scand J Prim Health Care*, 8(1), 45-52.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (Utg. 3). Oslo Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Westin, S. (2016, 2. mars). Hvor lang sykmelding? *Adresseavisen*.
- Øyeflaten, I. (2011). Subjektivitet ved sykmelding. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 13-14(131), 1308-1310.

Vedlegg:

Informasjonsskriv

KVALITATIV EVALUERING AV BESLUTNINGSSTØTTE FOR SYKMELDERE

Iverksatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet v/ Kunnskapsavdelingen

Diagnosebasert beslutningsstøtte for sykmeldere

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) og Helsedirektoratet innførte en diagnosebasert beslutningsstøtte for sykmeldere 1. januar 2016. Beslutningsstøtten bygger på Faglig veileder til sykmelder (2011, revidert 2016). Beslutningsstøtten har konkrete medisinskfaglige råd om behovet for avlastning og belastning ved ulike diagnoser, og drøfting av konsekvenser for sykmeldingslengde. Anbefalingene i beslutningsstøtten skal være i tråd med medisinsk fagkunnskap og godt forankret blant gruppene som skal sykmelde (primært fastlegene).

Målsettingen med beslutningsstøtten er ifølge Arbeids- og velferdsdirektoratet å bidra til:

- Økt kvalitet i sykefraværsarbeidet i form av større forutsigbarhet og mer likebehandling
- At sykmelder skal få økt faglig støtte i arbeidet med sykemeldinger
- At sykmelder skal få kunnskapsbasert støtte i dialogen med pasienten i sykemeldingsprosessen
- At sykmelder skal få bistand ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver
- Økt forståelse for helseeffekter av å være i arbeid

Den omfatter også et verktøy for statistikk der du som sykmelder kan sammenligne din sykmeldingspraksis med andres. Dette verktøyet er tilgjengelig på www.NAV.no, der du må logge deg inn med elektronisk ID (MinID, BankID, Buypass, Commfides):

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Relatert+informasjon/statistikkverkt%C3%B8y-for-sykmeldere>

Beslutningsstøtten er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>

Sideskift Kvalitativ evaluering av beslutningsstøtten

SINTEF avdeling Helse gjennomfører en kvalitativ følgeevaluering i perioden 2016-2019. Formålet er å få kunnskap om bruk, nytte og erfaringer med beslutningsstøtten, slik sykmelder ser det. Dette omfatter blant annet synspunkter på om beslutningsstøtten er et godt verktøy i samtalen med pasienten, og om beslutningsstøtten bidrar til å bedre pasientens forståelse av og tillit til sykmelders vurderinger. Det er også viktig å belyse sykmelders erfaringer og synspunkter på om beslutningsstøtten letter arbeidet med å finne fram til riktige tiltak for pasienten og om beslutningsstøtten letter arbeidet med å utarbeide melding til arbeidsgiver.

Hva gjelder denne henvendelsen til deg

I denne fasen av evalueringen intervjues fastleger i smågrupper der leder for smågruppen deltok på kurs 21. september på Gardermoen i regi av Allmennlegeforeningen, Helsedirektoratet og NAV. Intervjuene vil bli gjennomført som semi-strukturerte gruppeintervjuer. Intervjuene vil følge en tematisk intervjuguide. Den vil bli brukt fleksibelt ved at det gis rom for å ta opp andre tema enn de i guiden, og det vil legges til rette for at ulike tema kan utdypes ulikt i de forskjellige intervjuene. Det gjøres lydopptak under intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart adskilt fra intervjuutskrifter. Kun forskerne i evalueringsteamet har tilgang til personopplysningene. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i

rapporter og publikasjoner. Alle personopplysninger, lydopptak og intervjuutskrifter slettes ved prosjektets slutt, april 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du samtykker ved å delta i gruppeintervjuet. Har du spørsmål til evalueringen, ta kontakt med prosjektleder: Lisbet Grut, SINTEF, tlf.: 993 68 151 epost: lisbet.grut@sintef.no Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata, prosjektnummer 47535.

Takk for at du deltar!

Med vennlig hilsen

Lisbet Grut
prosjektleder

Intervjuguide for gruppeintervju i et utvalg smågrupper

INNLEDNING

Intervjuene starter med at vi presenterer oss og viser til *informasjonsskrivet* de har fått der det står om hensikten med evalueringen, hvem som er vår oppdragsgiver, hensikten med dette intervjuet og hva informasjonen skal brukes til. (Ca. en uke før møtet sender vi ut påminnelse med informasjon om evalueringen til gruppelederen, og ber vedkommende sende det videre.)

Vi evaluerer innføringen av diagnosebasert beslutningsstøtte for sykmeldere. Beslutningsstøtten er en del av Faglig veileder for sykmeldere som ble innført i 2011. Oppdragsgiver er NAV og Helsedirektoratet. De ønsker å få belyst fastlegenes erfaringer og synspunkter på BS knyttet til følgende fire temaer:

- *kvalitet* i sykmeldingsarbeidet
- *dialog* med pasienten
- *faglig støtte* i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver
- *kunnskapsbasert støtte*

Vi gjentar at leder av smågruppen har deltatt på kurset på Gardermoen, og vi forutsetter at gruppen har gjennomført en første gjennomgang av den diagnosebaserte sykmeldingsveileder sammen. Det kan tenkes at ikke alle deltagerne har brukt den i en konsultasjon, men vi forutsetter at de kjenner den ved at de har gått gjennom den og diskutert den i det forrige møtet. Tema for dette intervjuet er deres erfaringer og vurderinger av beslutningsstøtten som faglig støtte i sykmeldingsarbeidet. Vi noterer navn, hvor lenge de har vært fastlege og hvor de arbeider (geografisk).

INNLEDENDE SPØRSMÅL

(Vi starter intervjuer med evalueringsspørsmålene knyttet til beslutningsstøtten (BS), og så ønsker vi å høre mer om sykmelderrollen og hva de som fastleger/sykmeldere kan trenge av andre typer verktøy og støtte i sykmelderarbeidet. Før vi går nærmere inn på beslutningsstøtten, vil vi høre litt om oppgavene de har knyttet til sykmelding. (Synes dere dette er en viktig del av legearbeidet som bør utvikles?)

Som sykmeldere skal dere vurdere om det foreligger en arbeidsuførhet som har en medisinsk årsak som kan knyttes til en skade eller sykdom: Hva legger dere vekt på i slike vurderinger? Sagt på en annen måte: Hva vil dere si at dere *først og fremst* gjør i rollen som sykmelder? (forslag til stikkord: vurderer arbeidsuførhet som følge av sykdom eller skade, vurderer om pasienten av andre årsaker trenger en pause fra arbeid og derfor trenger en sykmelding).

DAGENS TEMA:

Deretter går vi over til dagens tema: om eller hvordan den diagnosespesifikke BS bidrar til å understøtte sykmeldingsarbeidet:

- **Om og på hvilken måte beslutningsstøtten bidrar til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet.**
 - a. Kvalitet er et flertydig begrep og kan være vanskelig å måle: Hvilke kriterier mener dere bør benyttes for å avgjøre "kvalitet" i sykmeldingsarbeidet.
 - b. Har dere noen oppfatning av hvordan man kan komme fram til "riktig sykmeldingslengde"?
 - c. Hvordan tror dere BS kan styrke kvaliteten, og for hvilke aspekter i sykmeldingsarbeidet?
 - i. Stikkord: forutsigbarhet om sykmeldingslengde, likebehandling og mer rettferdig behandling for pasienter, større faglig nytte for å fatte riktig beslutning i de enkelte sakene.
 - ii. Eksempel på konkretisering: Diffuse/sammensatte lidelser, herunder muskelskjellett lidelser og psykiske lidelser. Deres vurdering av om informasjonen i

BS er relevant og tilstrekkelig for å fatte en beslutning for f.eks. disse gruppene (vi skal ikke be om faglig vurdering, men hvis de kommer inn på det er det også fint å ta med).

- iii. Et bedre og mer avklart felles grunnlag med NAV for hvorfor og hvordan beslutningen er tatt.

- **Om og på hvilken måte beslutningsstøtten bidrar til en bedre dialog med pasienten.**

- a. Beskriv hva slags verktøy, hjelpemidler, støtte dere vanligvis bruker når dere vurderer behovet for sykmelding. (stikkord hvis de spør om konkretisering: egen erfaring, faglige veiledere, kolleger, smågruppen, NAV)
- b. Generelt, hvordan går dere fram for å etablere samhandling og dialog med pasienten?
- c. Hvilke elementer mener dere er viktige å bygge på for å få til en god dialog?
- d. Hva mener dere er utfordringene i dag knyttet til å etablere en god dialog med pasienten?
- e. På hvilken måte kan BS inngå i prosessen med å få til en god dialog med pasienten?
 - i. *Stikkord: pedagogisk virkemiddel i samtalen med pasienten. Enklere å få pasienten til å forstå sykmelders vurderinger, enklere å skape tillit i forholdet.*

- **Om og på hvilken måte beslutningsstøtten er en faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver.**

- 1. *Hvordan går dere fram når dere utarbeider vurdering av forholdet mellom pasientens medisinske tilstand, funksjon og aktuelle jobbkrav.*
 - a. Hvordan går dere fram i forholdet til arbeidsgiver?
 - b. Hvordan går dere fram i forholdet til NAV?
 - c. *Hvordan kan BS inngå i dette arbeidet?*
 - i. *Stikkord: letter arbeidet med å finne fram til riktig tiltak for pasienten for å vurdere sykmelding eller ikke, varighet og mulige kombinasjoner sykmelding/jobb/aktivitet*

- **Om beslutningsstøtten er kunnskapsbasert.**

- a. Hensikten med BS er blant annet at dere som sykmeldere skal ha:
 - a. Lettere tilgang til medisinske råd og veiledning i beslutningsprosessen
 - b. Kunnskapsbaserte råd og veiledning for å beslutte om sykmeldingslengden for ulike diagnoser
 - c. Råd om avlastning og belastning ved ulike diagnoser
 - d. Drøfting av konsekvenser for sykmeldingslengde
- b. Hvordan opplever dere - hvilke erfaringer har dere gjort – med BS knyttet til formålet om at BS skal gi kunnskapsbasert støtte i beslutninger?

PRAKTISK TILRETTELEGGING

Vi er også opptatt av den praktiske tilgjengeligheten knyttet til den faktiske bruken av BS.

Stikkord:

- a. Har lest om de diagnosene vi har erfaring med og møter oftest som sykmeldingsgrunn.
- b. BS kan brukes for diagnoser vi har lite erfaring med, eller som er helt ukjente.
- c. BS kan brukes under samtale med pasienter som har behov for sykmelding.
- d. BS kan brukes før det sendes anbefaling til NAV.
- e. BS kan effektivisere tiden som går med til vurdering av sykmelding.

- 1. Deres vurderinger av oppbyggingen av / strukturen på beslutningsstøtten.

Stikkord:

- a. Synspunkter på at samme informasjon gjentas under alle diagnoser.
- b. At det for alle diagnoser understrekes at det må tas individuelle hensyn.

- c. Anbefalingene om lengden på sykmelding for de ulike diagnosene.
 - d. Forslag til andre måter å strukturere informasjonen på.
2. Vurderinger av den datatekniske løsningen.

Stikkord:

- a. Synspunkter på om det var enkelt/vanskelig å forstå hvordan veilederen skal brukes.
- b. Synspunkter på hvor enkelt/vanskelig det er å finne fram til riktig informasjon.
- c. Synspunkter på om det er behov for å få opp informasjon om gjennomsnittlig sykmeldingslengde for ulike diagnoser samtidig med at veilederen er i bruk.

Dette som kommer under her er et alternativ til 2 over.

3. Vurderingen av oppbyggingen av BS
- a. BS er bygd opp med diagnoser. Er vurdering på grunnlag av diagnoser en god inngang til problemstillingen, eller kunne dere tenkt dere en annen innfallsvinkel.
 - b. BS viser en metode for hvordan man skal vurdere personen for den enkelte diagnose som er ganske lik for alle diagnoser. Har dere tanker om en annen måte å gjøre det på?
4. Vurderingen av de tekniske løsningene
- a. Er det lett å søke i BS?
 - b. Kommer svarene på søk raskt opp?

AVSLUTNING

- **Statistikkverktøyet** for sykmelder og hvordan dette fungerer sett i forhold til den generelle delen av sykmelderveilederen:
 - a. Hvordan vurderer dere statistikkverktøyet som et hjelpemiddel for å bedre kvaliteten i eget sykmeldingsarbeid?
 - b. Hva fungerer og hva fungerer ikke?

Forslag til andre hjelpemidler og verktøy for støtte i sykmeldingsarbeidet.

Andre måter å organisere veiledning i sykmeldingsarbeidet på (f.eks. kollegaveiledning, kurs e.l.).

- a. Tilgangen til gjennomsnittlig sykmeldingslengder for de enkelte diagnoser
- b. Hva skal til for å gjøre dagens veileder mer tilgjengelig? Gi eksempler.
- c. Hva skal til for å gjøre sykmeldingsarbeidet enklere, mer rettferdig, mer presist.

Spørreskjema

Information
De diagnosespesifikke anbefalingene for sykmelding skal gi konkrete medisinskfaglige råd om riktig belastning og behovet for avlastning ved ulike diagnoser, og på bakgrunn av dette gi råd om behovet for sykmelding og sykmeldingslengde. Målsettingen med beslutningsstøtten er å bidra til: - Økt kvalitet i sykefraværarbeidet i form av større forutsigbarhet og mer likebehandling - At sykmelder skal få økt faglig støtte i arbeidet med sykmeldinger - At sykmelder skal få kunnskapsbasert støtte i dialogen med pasienten i sykmeldingsprosessen - At sykmelder skal få bistand ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver - Økt forståelse for helseeffekter av å være i arbeid SINTEF avdeling Helse gjennomfører en evaluering, der formålet er å få kunnskap om fastlegenes bruk, nytte og erfaringer med verktøyet. En del av evalueringen er denne spørreskjemaundersøkelsen. Du samtykker til å delta når du fyller ut skjemaet. Skjemaet sendes automatisk inn til SINTEF når du trykker "Neste" på siste side av skjemaet. Besvarelsene blir behandlet anonymt og kan ikke spores tilbake til den enkelte. Det er viktig for det videre arbeidet med de diagnosebaserte anbefalingene at du svarer på undersøkelsen. Frist for å svare er fredag 8. februar 2019. Har du spørsmål, ta kontakt med prosjektleder Lisbet Grut tlf.: 993 68 151 - e-post: lisbet.grut@sintef.no Takk for hjelpen!

kjonn	A. Bakgrunnsinformasjon
	Kjønn
♦ range:*	
Mann	☐ 1
Kvinne	☐ 2

alder	Din alder
♦ range:*	
30 år eller yngre	☐ 1
31-40	☐ 2
41-50	☐ 3
51-60	☐ 4
61-70	☐ 5

alder	Din alder
71 år eller eldre	☐ 6

tid_jobbet	Hvor lenge har du jobbet som fastlege/allmennlege?
♦ range:*	
Antall år:	

spesialist	Er du spesialist i allmennmedisin?
♦ range:*	
♦ skip:spesialist_aar	☐ 1
Ja	
♦ skip:paastander	☐ 2
Nei	

spesialist_aar	Når ble du spesialist i allmennmedisin?
♦ range:*	
1970-1980	☐ 1
1981-1990	☐ 2
1991-2000	☐ 3
2001-2010	☐ 4
2011-2018	☐ 5

paastander	Del B handler om dine erfaringer og synspunkter på rollen som sykmelder. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander:					
♦ range:*						
	Stemmer svært godt 1	Stemmer ganske godt 2	Verken/eller 3	Stemmer ganske dårlig 4	Stemmer svært dårlig 5	
Ved sykmeldinger forsøker jeg alltid å få til gradert sykmelding først, såfremt ikke sykdommen/skaden tilsier at det er uaktuelt	☐	☐	☐	☐	☐	1
Jeg velger alltid kort sykmelding (inntil to uker) og deretter eventuelt hyppig oppfølging av meg	☐	☐	☐	☐	☐	2
Jeg har god kunnskap om hvilke muligheter for tilrettelegging som	☐	☐	☐	☐	☐	3

paastander	Del B handler om dine erfaringer og synspunkter på rollen som sykmelder. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander:					
finnes på arbeidsplassene til mine pasienter						
Jeg har dialog med arbeidsgiverne til mine pasienter om mulighetene for tilrettelegging ved sykefravær	☐	☐	☐	☐	☐	4
Jeg får tilstrekkelig informasjon fra pasienten om type arbeidsoppgaver for å kunne vurdere sykmelding	☐	☐	☐	☐	☐	5

paastander2	Vi ber deg ta stilling til følgende påstander:						
♦ range:*							
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	
	1	2	3	4	5	6	
Jeg er avhengig av å ha dialog med arbeidsgiver for å kunne vurdere pasientens arbeidsevne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1
Ansaret for å sykmelde må ligge hos fastlegene, som i dag	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2

paastander3	Del C har spørsmål om dine erfaringer med diagnosespesifikke anbefalinger. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander om diagnosespesifikke anbefalinger:						
♦ range:*							
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke / ikke aktuelt	
	1	2	3	4	5	6	
Gir nyttige medisinske råd når det gjelder riktig avlastning/belastning ved ulike diagnoser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1
Er nyttig/viktig i dialogen med pasienten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2

paastander3	Del C har spørsmål om dine erfaringer med diagnosespesifikke anbefalinger. Vi ber deg ta stilling til følgende påstander om diagnosespesifikke anbefalinger:						
Gir ikke medisinske råd for å vurdere lengde på sykmelding	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3
Inneholder informasjon jeg trenger i sykmeldingsarbeid et	☐	☐	☐	☐	☐	☐	4
Er nyttig ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver	☐	☐	☐	☐	☐	☐	5
Er nyttig å vise til i dialogen med NAV	☐	☐	☐	☐	☐	☐	6
Gir økt kunnskap om helseeffekter av å være i arbeid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	7
Anbefalingene om sykmeldingslengde for ulike diagnoser stemmer godt overens med mine oppfatninger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	8
Er nyttig for å vurdere sykmelding der diagnosen er ukjent for meg eller der jeg har lite erfaring	☐	☐	☐	☐	☐	☐	9
Reduserer ikke den tiden jeg bruker til å vurdere behovet for sykmelding	☐	☐	☐	☐	☐	☐	10
Bidrar til egen kunnskapsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	11
Bidrar til en likere sykmeldingspraksis blant allmennleger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	12

diagnosespesifikk	Her kommer noen spørsmål om dialogen med pasientene; I hvilken grad opplever du at de diagnosespesifikke anbefalingene:						
♦ range:*	I svært stor grad 1	I ganske stor grad 2	Verken/eller 3	I ganske liten grad 4	I svært liten grad 5	Vet ikke / ikke aktuelt 6	
... er nyttig ved samtale med pasienter som har behov for sykmelding?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	1
... gjør det enklere for pasienten å forstå dine vurderinger som sykmelder?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	2
... gjør det enklere å skape tillit i forholdet mellom deg og pasienten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	3
... bidrar til mer likebehandling av pasientene når behovet for sykmelding skal vurderes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	4
... bidrar til mer likebehandling av pasientene når sykmeldingslengde skal vurderes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	5

diagnose_stotte	Vurder nytten av de diagnosespesifikke anbefalingene som støtte ved sykmelding i forbindelse med følgende diagnosegrupper:				
♦ range:*	Svært nyttig 1	Ganske nyttig 2	Ikke nyttig 3	Vet ikke / ikke erfaring 4	
Sykdommer i nervesystemet	☐	☐	☐	☐	1
Sykdom i fordøyelsesorganene	☐	☐	☐	☐	2

diagnose_stotte	Vurder nytten av de diagnosespesifikke anbefalingene som støtte ved sykmelding i forbindelse med følgende diagnosegrupper:				
Hjerte- og karsykdommer	☐	☐	☐	☐	3
Muskel-/skjelettlidelser	☐	☐	☐	☐	4
Psykiske lidelser	☐	☐	☐	☐	5
Sykdommer i luftveiene	☐	☐	☐	☐	6
Allment og uspesifisert	☐	☐	☐	☐	7
Pasienter med kombinasjoner av tilstander (f.eks.: psykisk-somatisk-sosialt)	☐	☐	☐	☐	8

godjobb_sykm elder	Hvor viktig vil du si følgende faktorer er for at du skal gjøre en god jobb som sykmelder?				
♦ range:*					
		Ikke viktig	Ganske viktig	Svært viktig	
		1	2	3	
Min egen erfaring som fastlege		☐	☐	☐	1
Veiledning og diskusjon med kolleger		☐	☐	☐	2
Deltakelse i smågruppen		☐	☐	☐	3
De diagnosespesifikke anbefalingene		☐	☐	☐	4
Faglig veileder for sykmeldere (generell del)		☐	☐	☐	5
God tid i konsultasjonen med pasienten		☐	☐	☐	6
Tillit mellom pasienten og meg som fastlege		☐	☐	☐	7
Dialog med arbeidsgiver		☐	☐	☐	8
Dialog med NAV		☐	☐	☐	9
Dialog med rådgivende lege i NAV		☐	☐	☐	10

struktur	Ta stilling til følgende påstander om måten de diagnosespesifikke anbefalingene er strukturert på:				
♦ range:*					
	Helt uenig	Delvis uenig	Verken/eller	Delvis enig	Helt enig
	1	2	3	4	5

struktur	Ta stilling til følgende påstander om måten de diagnosespesifikke anbefalingene er strukturert på:					
Det er enkelt å forstå hvordan anbefalingene skal brukes	☐	☐	☐	☐	☐	1
Det er enkelt å finne fram til den informasjonen jeg trenger	☐	☐	☐	☐	☐	2

statistikkportal	Del D har spørsmål om statistikkportalen for sykmeldere. Har du benyttet statistikkportal for sykmeldere?				
♦ range:*					
Ja				☐	1
Nei				☐	2

faglig_veil	E. Faglig veileder for sykmeldere (introdusert i 2011) . Nedenfor finner du kapitlene i sykmelderveilederen. Vi ber deg krysse av for hvilke du har brukt Her kan du krysse av for flere alternativer:					
Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding					☐	1
Sykdomsvilkår og funksjons- og arbeidsevne					☐	2
Sykmeldingslengde					☐	3
Avventende sykmelding					☐	4
Gradert sykmelding					☐	5
Full sykmelding					☐	6
Sykmelding og erklæringer					☐	7
Sykmelders rolle i sykmeldingsperioden: Oppfølgingsplan, aktivitetskrav og dialogmøter					☐	8
Alternativer til sykmelding: Tilrettelegging, egenmelding, pleiepenger m.fl.					☐	9
Ferie og sykmelding					☐	10
Sykmelding for særskilte grupper					☐	11
Skifte arbeid/yrke på grunn av sykdom					☐	12
Tiltak og virkemidler for å forebygge og følge opp sykefravær					☐	13
Tilbakedatert sykmelding					☐	14
Yrkesskade og yrkessykdom					☐	15

faglig_veil	E. Faglig veileder for sykmeldere (introdusert i 2011) . Nedenfor finner du kapitlene i sykmelderveilederen. Vi ber deg krysse av for hvilke du har brukt Her kan du krysse av for flere alternativer:
Pasientinformasjon ☐ 16	

forslag	F. Avsluttende spørsmål. Har du forslag til annen type informasjon eller andre tekniske muligheter som bør ligge i beslutningsstøtten?
Skriv her: Ope n	

forslag2	Har du forslag til andre faglige støtteverktøy du som fastlege kunne trengt i sykmeldingsarbeidet:
Skriv her: Ope n	



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no