

Beslutningsstøttesystem for sykmelder

Siste faglige endring: 13. november 2019

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Oppdraget	6
4. Organiseringen av arbeidet med diagnosespesifikke beslutningsstøtte	9
5. Kort oppsummering av delprosjektene	11
6. Informasjonstiltak etter lanseringen i 2016 for å gjøre verktøyene kjent	16
7. SINTEFs evaluering	17
8. En kvantitativ analyse av sykmeldingsstatistikken	18
9. Status og oppsummering	22
10. Appendiks	26

Sammendrag

Sluttrapporten oppsummerer arbeidet i prosjektet fra oppdraget ble gitt i brev av 24.6.2014 til avslutningen oktober 2019.

Prosjektet ble forankret både i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Utviklingsarbeidet ble gjennomført under ledelse av Helsedirektoratet og i tett samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppdraget var å utvikle et beslutningsstøttesystem inklusiv oversikt over sykmeldingspraksis for sykmelderne. Utviklingen av beslutningsstøtten og ny statistikk-løsning ble gjennomført i henhold til en gitt tidsplan fra departementene og prosjektet leverte innenfor de tildelte økonomiske rammene.

Integrering av verktøyene i fastlegenes elektroniske pasientjournalsystemer ble ikke gjennomført innen tidsplan.

På grunn av prosjektets kompleksitet ble det opprettet 5 delprosjekt. Det ble opprettet en styringsgruppe og en referansegruppe hvor alle interessentene var representert.

Utviklingsarbeidets overordnede mål:

- Å bidra til bedre kvalitet på sykmelders arbeid med sykmeldinger og oppfølging av sykefravær.
- Å 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
- Å bidra til reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykmeldingslengde

Det ble videre presisert at utvikling av statistikk som kartlegger utviklingen i sykmeldingslengden for ulike diagnoser og beslutningsstøtten skulle bygge på Faglig veileder for sykmelder og Statistikk for sykmelder fra 2011.

I oppdraget ble det tydeliggjort at for at beslutningsstøtten skal være et nyttig verktøy i sykmeldingsprosessen, skal den foruten å integreres i eksisterende veileder for sykmelder også integreres i fastlegenes EPJ-systemer. Dette ble det tidlig pekt på som en svært viktig faktor for å oppnå optimal funksjonalitet og bruk av verktøyet. Da EPJ-leverandørene ikke klarte å integrere løsningen tidsnok forårsaket dette forsinket implementering. Det er i dag kun en av de store leverandørene av EPJ-systemer som har integrert løsningen.

Faglig veileder for sykmelder består i dag av:

- Diagnosespesifikke anbefalinger til sykmelder (beslutningsstøtte)
- Generelle råd om sykmeldingsarbeid
- Ny og forbedret statistikk-løsning

SINTEF fikk i oppdrag å gjøre en kvalitativ følgeevaluering av innføring av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelder og oppsummerte med følgende:

"Statistikkportal for sykmelder er nyttig for å sammenligne seg med andre og diskutere sykmeldingspraksis med kolleger. Når det gjelder områder der [de diagnosespesifikke] anbefalingene kan være nyttige, trakk deltagerne fram tre forhold:

1. *som et oppslagsverk når sykmelder er usikker*
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"

Det konkluderes med i den kvantitative analysen av sykmeldingsstatistikken at det er mulig at innføringen av beslutningsstøtte har ført til en liten reduksjon i variasjonen mellom fylkene med hensyn til gjennomsnittlig varighet av sykefraværene. Det kan imidlertid ikke slås fast med sikkerhet, og hovedbildet er at variasjonen mellom fylkene i stor grad er som før. Det presiseres at det ikke er sett på utviklingen for enkeltdiagnoser, og det kan ikke utelukkes at det har vært en tydeligere utjevning av forskjellene i varighet for noen diagnoser.

Styringsgruppen konkluderte med at veien videre fremkommer fra delrapportene. Blant annet pekes det på at verktøyene oppleves som et viktig bidrag i kvalitetsutvikling av sykmeldingsarbeidet. For at verktøyene skal oppleves nyttige for sykmeldere, må de være oppdaterte og til enhver tid faglig forankret både i Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og hos sykmelderne. Det krever kontinuerlig forvaltning og utvikling.

Det er etablert en forvaltningsgruppe med representanter fra myndigheter og brukere. Denne blir videreført.

Innledning

Med utgangspunkt i Sundvollen- plattformen pkt. 2 Arbeid og sosial (Sikre større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykemeldingsprosessen ved å innføre veiledende, normerte sykemeldingsperioder, men hvor legens beslutning veier tyngst) ble følgende oppdrag sendt de to direktoratene 24.6.2014:

"Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet å ta ansvar for å igangsette arbeidet med utvikling av beslutningsstøttesystem for sykmeldere. Brevet er godkjent av begge departement, men sendes fra Arbeids- og sosialdepartementet. Arbeidet skal starte opp umiddelbart og ferdigstilles og iverksettes så raskt det er faglig forsvarlig"

Oppdraget

I oppdragsbrevet fra Arbeids- og sosialdepartementet den 24. juni 2014 vises det til at Regjeringen ønsker større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen ved å innføre veiledende sykmeldingsperioder, men hvor legens beslutning veier tyngst (Brevet i sin helhet er vedlagt i kap 9)

Brevet viste videre til at Arbeids- og velferdsdirektoratet har påvist at det er fylkesvise forskjeller i varigheten på sykmeldinger for personer med samme diagnose, og at disse opprettholdes når man ser på sykmeldte innen samme næring. Bildet av betydelige fylkesvise forskjeller i varigheten innen de ulike næringene bekreftes i analyser hvor det er tatt hensyn til ulik kjønns- og alderssammensetning i fylkene. Funnene indikerer at det er forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning som er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværsmønsteret på fylkesnivå.

Departementet bad derfor om at det måtte igangsettes et utviklingsarbeid under ledelse av Helsedirektoratet og i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet med sikte på implementering av et beslutningsstøttesystem så fort som mulig forutsatt at det var faglig forsvarlig. Beslutningsstøttesystemet skulle gjøres gjeldende for hele landet samtidig, og integreres i eksisterende Faglig veileder for sykmelder fra 2011.

I første omgang skulle beslutningsstøttesystemet avgrenses til fastlegenes Elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) og ICPC diagnosesystem.

Oppdraget omfattet også å utvikle statistikk som kartlegger utviklingen i sykmeldingslengden for ulike diagnoser og det skulle iverksettes en evaluering som skulle omfatte en kartlegging av effektene av systemet.

Beslutningsstøtten skulle bygge på Faglig veileder for sykmelder og Statistikk for sykmelder fra 2011.

Oppdragsgiver kom imidlertid med en tilleggspresisering den 15. september om at beslutningsstøtten som skal utarbeides skal kunne bidra til mer enhetlig praksis også når det gjelder bruk av gradert sykmelding. I tillegg ble det presisert, fra både oppdragsgiver og Helse- og omsorgsdepartementet, både i brev og e-post av oktober 2014 at det etter dialog med Den norske legeforening ble enighet om at utviklingsarbeidet skal benytte begrepet anbefalte sykmeldingslengder i stedet for det opprinnelig begrepet normerte sykmeldingslengder.

Prosjektets verdigrunnlag

Arbeidslivsdeltakelse er en av de viktigste bærebjelkene i mennesker liv, selv om man blir rammet av langvarig sykdom eller funksjonstap. Det å være i arbeid er i de langt fleste tilfeller i seg selv helsefremmende. Rammene rundt sykmeldingsprosessen og oppfølgingen av sykefravær bør bidra til arbeidsdeltakelse selv om personen har helseplager og sykdom og nedsatt arbeidsevne. En endret sykmeldingspraksis må tydeliggjøre sammenhengen mellom arbeid og helse. Det innebærer en vurdering av arbeidsevnen opp mot arbeidskrav og en vurdering av muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidsevnen bestemmes blant annet av faktorer som fysisk og psykisk helse, sosial fungering, kompetanse, verdier, miljøfaktorer og sosiale forhold.

Om oppdraget

Prosjektet oppfatter oppdraget slik etter en omforent forståelse med departementene med utgangspunkt i brev av juni 2014.

- Utvikling av et beslutningsstøttesystem med kunnskapsbaserte råd til sykmelder om (full) avlastning, tilpasset belastning, opptrapping av belastning for de diagnoser hvor det er faglig forsvarlig å si noe om tidsperioden for antatt redusert arbeidsevne.
- For andre diagnoser gis generelle råd om oppfølging.
- Knytte beslutningsstøttesystemet sammen med 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.
- Beskrivelse av anbefalt sykmeldingslengde og type ved ulike diagnoser sett ut fra medisinsk faglige råd.
- Legge til rette for integrering av beslutningsstøtten i fastlegenes EPJ-systemer basert på tilgjengelig teknologi og løsninger.
- Foreslå videre utvikling basert på fremtidige målbilder om elektronisk beslutningsstøttesystem
- Videreutvikle statistikk-løsning for sykmelderens sykmeldingspraksis.
- Gjennomføre evaluering av iverksatte endringer.

Overordnede mål

- Å bidra til bedre kvalitet på sykmelderens arbeid med sykmeldinger og oppfølging av sykefravær.
- Å 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
- Å bidra til reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykmeldingslengde

Kritiske suksessfaktorer og risikofaktorer ved måloppnåelse

Det ble pekt på en del risikofaktorer i arbeidet med beslutningsstøtten.

Beslutningsstøtten må bli ansett som fornuftig og nyttig av sykmelder. Beslutningsstøtten må integreres mest mulig i sykmeldingsarbeidet og i oppfølgingsprosessen. Dette krever at man tilgjengeliggjør verktøyet på en best mulig måte for sykmelder. Verktøyet må kunne benyttes i nær tilknytning til Faglig veileder for sykmelder eller som en del av veilederen.

Beslutningsstøtten kan kun gi medisinske *råd/anbefalinger* om avlastning og opptrapping av belastning, generelle råd om vurdering av medisinske prinsipper for å avklare arbeidsevne, aktivitetsmuligheter og tilrettelegging, og gi en beskrivelse av de medisinskfaglige rådets konsekvenser for sykmeldingslengde og valg av ulike former for sykmelding ved ulike diagnoser.

Beslutningsstøtten må baseres mest mulig på dokumentert kunnskap. Det er lite forskningsbasert kunnskap. De kunnskapsbaserte rådene vil stort sett bygge på konsensus. Slike råd kan oppleves av grupper sykmeldere og pasienter å være uriktige.

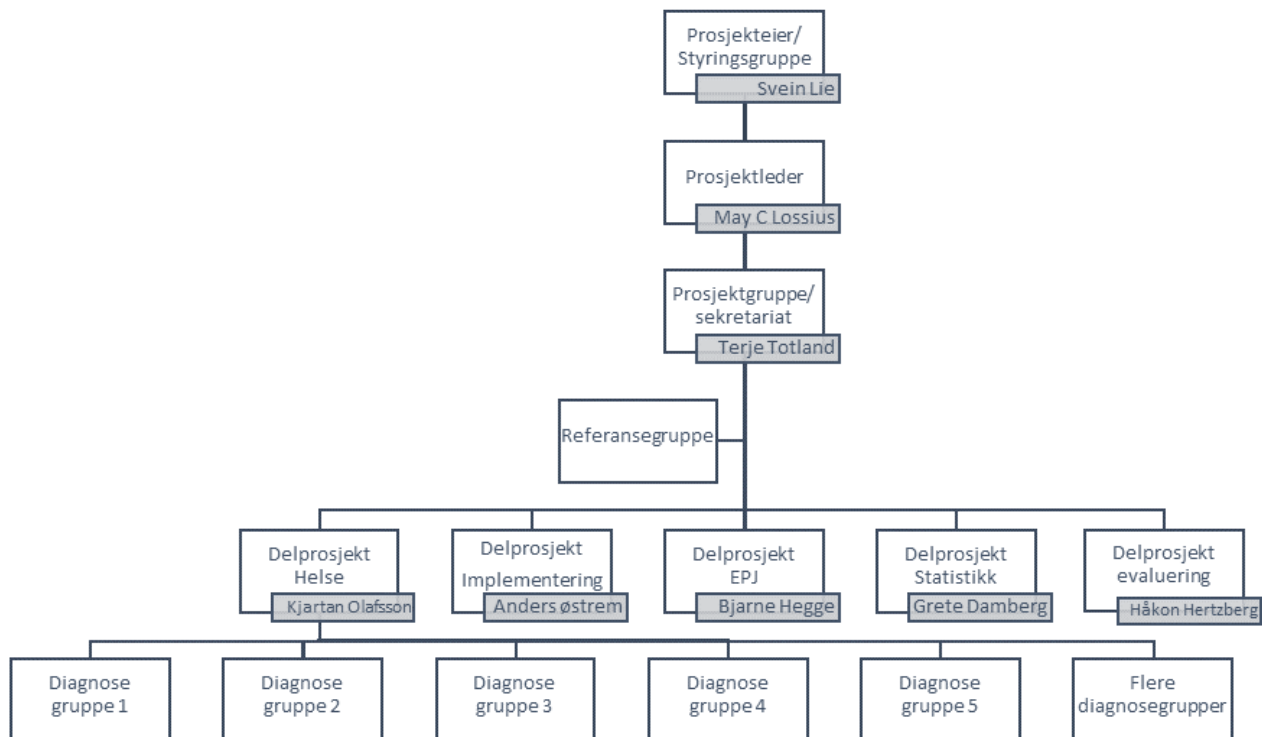
For at beslutningsstøtten skal være et nyttig verktøy i sykmeldingsprosessen, skal den foruten å integreres i eksisterende veileder for sykmelder også integreres i fastlegenes EPJ-systemer.

Forsinket implementering av nødvendig funksjonalitet i EPJ-løsningene for å tilfredsstille andre nødvendige endringer i forskrift, e-resept o.l., kan gi begrenset handlingsrom for implementering av våre endringsbehov. Mye tyder på at flere av EPJ-leverandørene er betydelig forsinket og vil ha mange andre oppgaver de vil prioritere foran det utviklingsarbeidet som angår beslutningsstøttesystem for sykmeldere.

Legeforeningen, som representerer den største gruppen som sykmelder, må oppleve at prosjektet er faglig forsvarlig og hensiktsmessig. Det skal være fokus på medisinske premisser for redusert arbeidsevne ved ulike diagnoser og ikke arbeidsplassenes mulighet for tilrettelegging.

Pasientorganisasjonene bør se nytteverdien av beslutningsstøtten for å bidra til at den også kan oppleves nyttig og hensiktsmessig for pasienter som sykmeldes.

Organiseringen av arbeidet med diagnosespesifikke beslutningsstøtte



Litt om organiseringen

Prosjektet ble forankret både i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Utviklingsarbeidet ble gjennomført under ledelse av Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

En prosjektplan /styringsdokument ble laget i henhold til Helsedirektoratets mal for prosjektarbeid. (vedlagt)

Det ble opprettet en styringsgruppe med representanter fra de to direktoratene og Den norske legeforening. Styringsgruppen ble ledet av Helsedirektoratet.

Det ble også opprettet en referansegruppe med representanter fra Legeforeningen, Fysioterapiforbundet ved faggruppen for manuelle terapeuter, Manuellterapeutforeningen, Kiropraktorforeningen, LO, NHO, FFO, SAFO.

På grunn av prosjektets kompleksitet ble det opprettet flere delprosjekt.

Innhenting av evaluator

I oppdraget fra departementet ble vi bedt om å «iverksette en effektevaluering». Etter avklaring i møte med Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) kom vi frem til en felles forståelse av innholdet i evalueringen:

- Hvorvidt det er en reduksjon av uønskede forskjeller i sykmeldingslengde.

- Effekten av sykmelderens praksis, herunder om sykmelder opplever sykmeldingsprosessen/oppfølgingsprosessen som enklere ved bruk av systemet.
- Implementeringsevaluering med en nullpunkts analyse.

Arbeidet ble igangsatt i Arbeids- og velferdsdirektoratet i samarbeid med Helsedirektoratet. En anbudskonkurranse ble gjennomført og SINTEF fikk oppdraget.

Kort oppsummering av delprosjektene

Delprosjekt helse (diagnosespesifikke anbefalinger)

Delprosjekt helse hadde ansvaret for å utarbeide forslag til rutiner og organisering for redaksjon av de faglige tekstene, utarbeide mal for anbefalingene og koordinere og kvalitetssikre anbefalingene. Arbeidet har foregått ved at det ble etablert diagnosegrupper for hver hoveddiagnose. Hver diagnosegruppe ble ledet av en spesialist på diagnosen. I gruppene var også representanter for allmennlegene, rådgivende leger fra NAV og de to direktoratene.

Det ble utarbeidet til sammen 250 diagnosespesifikke anbefalinger innenfor 17 hovedgrupper. Alle gruppene jobbet etter en felles mal som inkluderer sentral informasjon om diagnosene, forventet behandlingstid, anbefalinger om forventet sykmeldingslengde samt råd om tidspunkt for ny vurdering ved langvarig sykmelding.

Med bakgrunn i den nye IA-avtalen som partene i arbeidslivet ble enige om 24. februar 2010 utarbeidet Helsedirektoratet en faglig veileder om sykmelding. Den tekniske løsningen lå på samme plattform som helsedirektoratet.no, en plattform som var under avvikling og der det ikke ble gjort noen videreutvikling.

I Oppdraget ble det forutsatt at den eksisterende Faglig veileder for sykmelder skulle knyttes sammen med ny, diagnosebasert beslutningsstøtte for sykmelder, og legges over på den samme plattformen. Fra juni 2016 har disse to vært integrert i samme publiseringsløsning. I dag består veileder til sykmelder av en generell del og en diagnosespesifikk beslutningsstøtte. Veilederne blir løpende oppdatert og en forvaltningsgruppe, bestående av representanter fra direktoratene og brukerne følger fagutviklingen på området.

Etter tilbakemeldinger fra fagfolkene som deltok, og deres organisasjoner, mener vi at metoden som ble brukt har betydelig overføringsverdi. Mye av arbeidet som skal skje for pasientens helsetjeneste vil skje *mellom* forvaltningsnivåene. Metodene i delprosjekt helse var innrettet på arbeid mellom forvaltningsnivåene.

Evalueringsseansene i våre samlinger viste at metoden fremmet dialog, innblikk i andres interessentperspektiv og konsensus. Metoden kan fremstå som tid- og ressurskrevende, men viste seg effektiv ved at et stort volum ble produsert på relativt kort tid. Fagfolk hadde i perioder på 2 dager avsatt hele sin tid til oppgaven. Ved de fleste andre metoder må en oppgave konkurrere med andre viktige oppgaver. Metoden fremmet også en følelse av felleskap, glød og entusiasme som viktige.

Delprosjekt EPJ

I oppdraget het det følgende:

"Beslutningsstøttesystemet skal gjøres gjeldende for hele landet samtidig, og integreres i eksisterende elektronisk sykmeldingsveileder som er utarbeidet i et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Og løsningen som utarbeides bør være integrert i fastlegenes elektroniske pasientjournalsystem (EPJ-systemer)."

Det ble innhentet ekstern konsulent da direktoratene manglet denne type kompetanse. Det ble laget en plan med kravspesifikasjon og en integreringsstrategi i henhold til prioriteringer i EPJ-løftet. [1]

Opprinnelige planer

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkter	Planlagt ferdig innen dato
M1	Når delprosjekt EPJ er etablert	28.01.15
BP1	BP1 Beslutte styrende dokumenter	28.01.15
M2	Når verktøy for dokumentasjon og publisering er avklart	19.01.15
BP2	Godkjenne løsningsvalg	19.01.15
M3	Når mulighetsrommet for implementering i EPJ er avklart	16.02.15
BP3	Velge alternativ	16.02.15
M4	Når implementeringsstrategi frem til 1.01.2016 er etablert	20.02.15
BP4	Godkjenn implementeringsstrategi	20.02.15
M5	Når kravspek, utviklingspl. for implementering i EPJ er ferdig	03.05.15
BP5	Godkjenne kravspekk og utrullingsplan	03.05.15
M6	Når utviklingen av løsningen er gjennomført	30.06.15
M7	Når testing og godkjenning av løsningen er gjennomført	30.10.15
BP6	Godkjenne løsning	30.10.15
M8	Når utrulling av løsningen er ferdig	18.12.15
BP7	Godkjenne utrulling	18.12.15
M9	Når oppfølgingsperioden er over	18.12.15
BP8	Beslutte avslutning av prosjektet	18.12.15

etter hvert klart at planen var altfor optimistisk sett i forhold til å få løsningen etablert i EPJ-systemene og EPJ-leverandørenes prioriteringer gjennom EPJ- løftet. Det ble gjennomført flere forsøk på å påvirke denne prosessen uten at det lyktes. Konklusjonen ble at direktoratene ikke var i en posisjon til å påvirke EPJ-leverandørene. Departementene som satte i gang utviklingsarbeidet, har ikke definert myndighetskrav til EPJ-leverandørene (private aktører). Dette medførte at prosjektets evaluering og implementering ble sterkt forsinket.

Dagens status

Det ble to stadier i integreringsprosessen, alternativ 1 og alternativ 2.

Integrasjon mot publiseringsløsningen (alternativ 1)

De fleste leverandører har integrasjoner mot Helsedirektoratets WEB-sider for Nasjonal veileder for sykmelder. Denne løsningen er ikke optimal i konsultasjonssammenheng og har heller ikke vært ment som fullverdig løsning i beslutningssammenheng.

Full integrasjon som beslutningsstøtte (alternativ 2)

Skal beslutningsstøtten fungere godt og bli brukt må den være tett integrert i arbeidsprosessen for sykmelding. Bare en leverandør, har prioritert dette blant fastlegeleverandørene som var den opprinnelige målgruppen. Det er fortsatt uklart når og om de andre større leverandørene av journalsystemer vil få dette til. Prosessen med å få til integrering i EPJ-systemene er fremdeles i gang, i regi av Direktoratet for e-helse.

Delprosjekt Statistikk

Delprosjekt Statistikk har hatt som mål å bidra til hovedprosjektets mål om mer kvalitet i sykmeldingsarbeidet og økt kunnskap hos sykmeldere om sykefravær.

Delprosjektet har nådd sin målsetning ved å ha videreutviklet den it-baserte statistikkportalen (tilgang via nav.no) hvor hver enkelt sykmelder får kunnskap om egen sykmeldingspraksis sammenlignet med en relevant gruppe sykmeldere. Kunnskapen gir sykmelder mulighet til refleksjon over egen sykmeldingspraksis sett blant annet i forhold til de anbefalte sykmeldingslengdene fra beslutningsstøtten.

Statistikkportalen er et unikt verktøy til kvalitetsforbedring av egen praksis. Innsikten i egen sykmeldingspraksis er godt egnet for diskusjon i kollegagrupper. På den måten kan eksempelvis fastlegen evaluere egen virksomhet i forhold til andre fastleger/legekontor. En er ikke kjent med at andre land har tilsvarende verktøy for sykmeldere.

Kunnskapen om egen sykmeldingspraksis vil kunne bidra til bedre kvalitet på behandlernes sykefraværarbeid og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen.

Delprosjektet har bygd på den it-baserte statistikkportalen «Statistikk for sykmelder» (lansert første gang 2011) over egen sykmeldingspraksis og videreutviklet denne til et mer hensiktsmessig, nyttig, målrettet og brukervennlig verktøy for sykmelderne. I tillegg har delprosjektet utviklet statistikkløsningen til et bedre oppfølgingsverktøy for NAV.

Delprosjektet har levert innfor de gitte økonomiske rammene delprosjektet fikk tildelt.

Delprosjektet leverte ny Statistikk for sykmelder 22.juni 2016.

Statistikk for sykmelder forvaltes i hovedsak av Arbeids- og velferdsdirektoratet. Tekniske feil rettes. Nødvendige endringer foretas. Ved behov for større endringer vil dette bli tatt opp med forvaltningsgruppen for hovedprosjektet, som består av representanter fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet og fra Legeforeningen (som den største brukergruppen).

En vurderer oppdraget som fullført, og at vi har oppnådd et mer brukervennlig verktøy for kvalitetsforbedring av den enkeltes sykmeldingspraksis. Det bør arbeides for å lage gode arenaer for bruk av verktøyet, for eksempel ved bruk i kollegagrupper blant fastleger og ved bruk knyttet opp mot oppdraget med å utvikle kursmodul for sykmeldere som Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) har fått i forbindelse med IA-avtalen.

Delprosjekt implementering

Delprosjekt implementering hadde som mål å få kunnskap om hvordan man best kan implementere beslutningsstøtten og statistikkverktøyet i praksis.

Modellen for prosjektet brukte smågrupper (deltagelse i smågrupper er en obligatorisk læringsaktivitet for etterutdanningen i allmennmedisin, og en valgfri aktivitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin) der deltagende fastleger kjenner hverandre godt og det er en trygg arena for diskusjoner. Man ønsket å implementere og evaluere i hvilken grad verktøyet svarte ut de prinsippene som implementeringsforskningen har identifisert som viktige for vellykket implementering og endring av adferd.

Evaluator (SINTEF) brukte en kvalitativ metodikk der de inkluderte smågruppene fungerte som fokusgrupper, 10 smågrupper med 68 leger fra hele landet deltok. Det vises til kap. 4 og til egen rapport fra SINTEF.

Diskusjonene i gruppene viste at det er utfordrende å sykmelde, og at verktøyet i liten grad svarte ut de problemstillingene legene følte var utfordrende. Hovedårsaken til dette var at sykmeldinger omfatter mer enn medisinske vurderinger av enkeltdiagnoser, i tillegg må mange kontekstuelle forhold alltid vurderes i lys av den medisinske problemstillingen. Beslutningsstøtten er ikke laget for å svare ut alle disse utfordringene, da det ikke er mulig å innarbeide alle utfordringene i et slikt verktøy. Legene var imidlertid positive til den økte kunnskap om Nasjonal faglig villeder for sykmelder og statistikkprogrammet deltagelse i prosjektet hadde gitt dem.

For at implementering av tiltak i helsetjenesten skal være vellykket, er det viktig at det skapes eierskap til tiltaket hos målgruppen, tiltaket må oppfattes som viktig, det må kunne innarbeides i en travel arbeidsdag i tillegg til at insentiver bør vurderes for å motivere til adferdsendring. Beslutningsstøtten ble utviklet på bakgrunn av en bestilling fra myndighetene, og ikke fra et ønske fra fastlegene. Selv om det ble jobbet mye med å forankre prosjektet og skape eierskap hos målgruppen, viser evalueringen at å skape forankring i alle ledd er utfordrende. Dette synliggjør hvor vesentlig det er at utgangspunktet for tiltak for å bedre kvalitet i primærhelsetjenesten, bør utvikles fra grunnplanet («bottom up» og ikke «top down»). Det bør nevnes at Beslutningsstøtten er et av flere verktøy som er tilgjengelige i sykmeldingsarbeidet. Alle verktøyene vil kunne bidra til å gi legene økt kunnskap om sykmelding og bidra til å heve kvaliteten på sykmeldingsarbeidet.

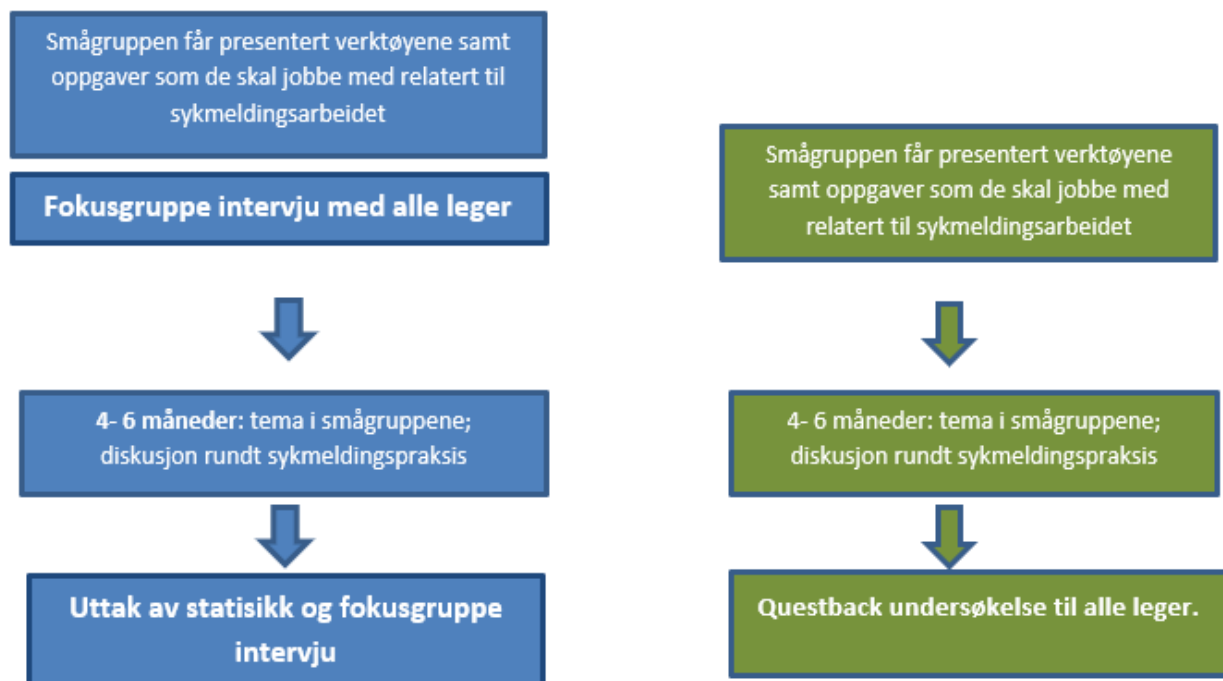
Læringspunkter

1. *Implementering av tiltak i helsetjenesten:* For å oppnå vellykket implementering må man følge prinsippene som forskningsbasert kunnskap har vist er nødvendig: målgruppen må ha eierskap til problemstillingen, tiltaket må piloteres og evalueres for å vurdere om ønsket effekt oppnås før det breddes.
2. *Prosessintegreert beslutningsstøtte:* Beslutningsstøtteverktøy må være utformet slik at brukeren får rådene på rett tid i beslutningsprosessen. Ved sykmeldinger begynner beslutningsprosessen idet legen begynner å observere pasienten, allerede på vei inn fra venterommet. Når verktøyet først kommer opp i sykmeldingsmodulen blir dette for seint.
3. *Helhetlig strategi for bedring av kvalitet:* For å øke kvaliteten må flere tiltak settes inn, opplæring og tilbakemelding om egen praksis er sentrale faktorer i denne prosessen.

Evalueringsmodell

«KTV modell» – Utvalg av smågrupper som bruker EPJ-system med beslutningsstøtte.

"Light versjon" – smågrupper jobber over to møter



[1] EPJ-løftet er et samarbeid mellom myndigheter, leverandører og brukerne for et felles løft for at pasientjournalssystemene skal bli bedre.

Informasjonstiltak etter lanseringen i 2016 for å gjøre verktøyene kjent

I påvente av at Beslutningsstøtte skulle bli tilgjengelig i sykmelders EPJ, ble det iverksatt en rekke tiltak for å informere om beslutningsstøtte for sykmelder, Faglig veileder for sykmelder (som beslutningsstøtte er en del av) og ny statistikk-løsning for sykmelder:

Implementering i legenes verktøy

- NEL (Norsk elektronisk legehåndbok) som benyttes som oppslagsverk av svært mange leger, har tatt inn diagnosespesifikke anbefalinger hentet fra beslutningsstøtte, under emneknaggen trygdemedisin.

Informasjon på aktuelle arenaer

- Representanter for Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har sammen stilt opp med informasjon på stands i ulike sammenhenger, der brukergruppen har vært samlet. Både skriftlig, muntlig og nettbasert informasjon er benyttet i denne sammenheng.

Nidaroskongressen og allmennmedisinsk våruke, er eksempler på steder der vi har hatt stand.

- For å informere brukergruppen, har vi hatt annonser i tidsskrift for Den norske legeforening.
- Tilgang til sykmelderstatistikk finnes på NAV sine hjemmesider, under rubrikken NAV og samfunn. Der kan sykmelder logge seg inn og finne informasjon om egen sykmeldingspraksis, samt sammenligne egen praksis med andres. Noen EPJ-leverandører har implementert tilgang direkte fra EPJ-systemet til stedet på nav.no der sykmelder kan logge seg inn i egen statistikk.

Undervisning

- Helsedirektoratet har undervist på NTNU om Faglig veileder med beslutningsstøtte til legestudentene. Dette er et tiltak som studentene har gitt svært positive tilbakemeldinger på. Det er også undervist om beslutningsstøtten og statistikken for legestudenter på de andre universitetene.
- Undervisning om sykmeldingsarbeid på Høgskulen på Vestlandet for fysioterapistudenter i spesialisering.
- Det obligatorisk nettbasert kurs for sykmeldere, som ligger på NAV sine hjemmesider, krever kunnskap om beslutningsstøtte.
- Trygdefaglig kurs for kiropraktorer og manuell-terapeuter arrangeres to ganger i året ved Universitetet i Oslo (UiO). «Kiropraktor og manuell-terapeut som skal dokumentere arbeidsuførhet må ha gjennomført opplæring i trygdefaglige emner mv. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter nærmere bestemmelser om omfang av opplæringen» I denne sammenheng blir det og informert om beslutningsstøtte og statistikk.
- NAV har informert/har hatt opplæring internt om verktøyene, i tillegg at det er lagt ut informasjon både på intern nettside og på nav.no.

SINTEFs evaluering

"Rapporten formidler resultater fra en kvalitativ følgeevaluering av innføring av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelder. For å styrke implementeringen valgte oppdragsgiver å tilby en gruppe fastleger et kurs i sykmeldingsarbeid med oppfølging i smågrupper. 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 sykmelder er usikker på behov for sykmelding ved mindre brukte diagnoser.

Deltagerne har i liten grad kontakt med arbeidsgiver ut over det som skrives i sykmeldingen. 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.
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."

En kvantitativ analyse av sykmeldingsstatistikken

Som beskrevet i kapittel 1 var en viktig del av bakgrunnen for dette prosjektet at Arbeids- og velferdsdirektoratet hadde påvist betydelige fylkesvise forskjeller i varigheten av sykmeldinger for personer med samme diagnose (Helde mfl. 2010 [2]).

Dette ble bekreftet i analyser hvor man så på sykmeldte innen samme næring, og forskjellene ble også opprettholdt når man tok hensyn til at kjønns- og alderssammensetningen varierer mellom fylkene (Helde mfl. 2011 [3]).

Disse funnene indikerer at forhold utover næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning er vesentlige for å forklare forskjeller i sykefraværet og sykefraværs mønsteret på fylkesnivå.

Et av målene med innføringen av diagnosespesifikk beslutningsstøtte og de anbefalingene med hensyn til varighet av sykmeldinger, var å bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen. Dette må slik vi ser det innebære at beslutningsstøtten forventes å føre til en reduksjon i de fylkesvise forskjellene i varigheten av sykmeldinger.

Det er likevel ikke lagt opp til noen effektevaluering av innføringen med hensyn til om denne målsetningen er oppnådd. Dette ville heller ikke vært lett å gjennomføre i lys av usikkerheten med hensyn til når og i hvilken grad ulike sykmeldere har tatt i bruk verktøyet, og at det ikke finnes noen opplagt kontrollgruppe. I stedet er det valgt å foreta en enkel kvantitativ analyse av sykefraværsstatistikken totalt og på fylkesnivå, med sikte på å studere utviklingen de siste årene i ulike mål på varighet.

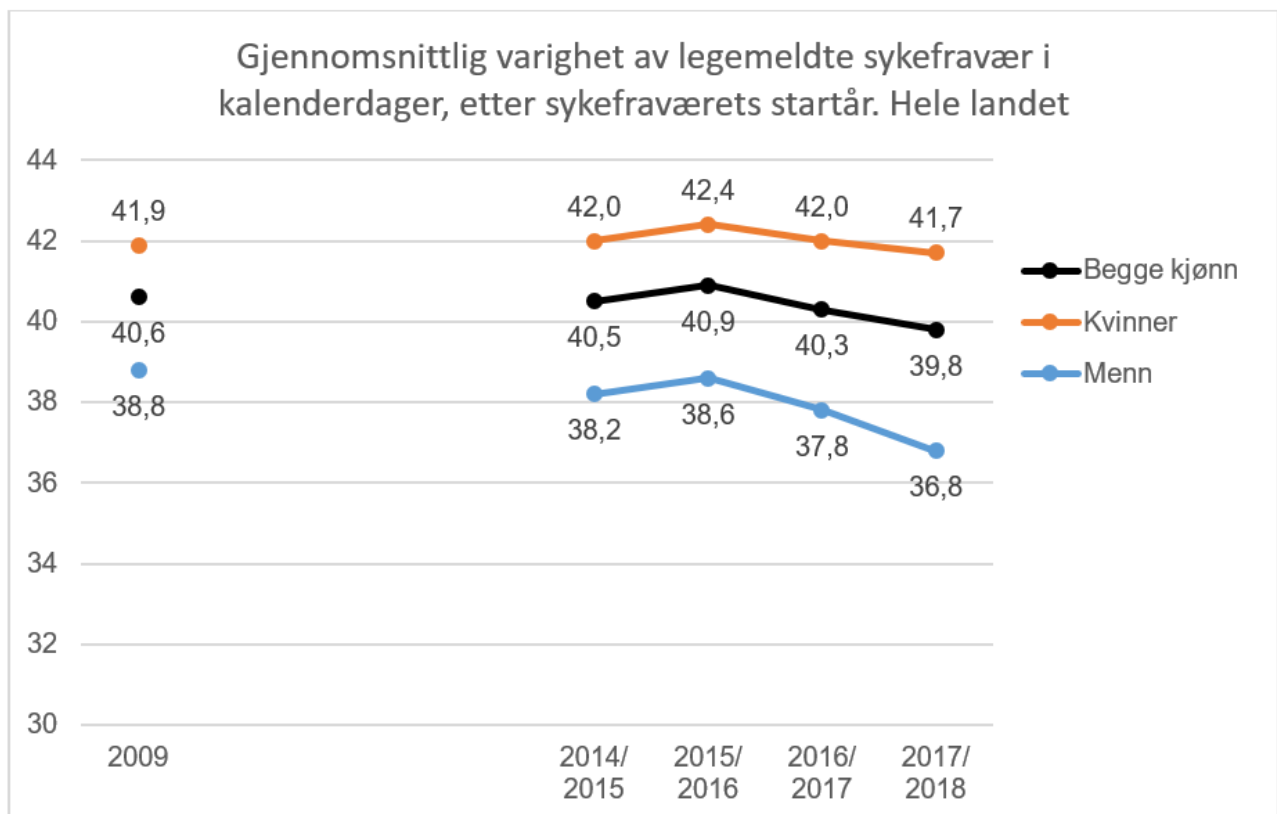
Utgangspunktet er statistikk over varigheten av legemeldte sykefraværstilfeller i kalenderdager, basert på hvilket kvartal sykefraværet startet i. Dette er statistikk som publiseres av NAV med ett års etterslep for å få med hele varigheten (maksimalt ett år sammenhengende). Vi vil her vise tall for de fire siste årene og for 2009, siden dette året ble brukt i den tidligere analysen (Helde mfl. 2011). For å unngå sesongvariasjoner, og siden de nyeste tallene vi har er for sykefraværstilfeller som startet i annet kvartal 2018, bruker vi tolv månedersperioden juli 2017 – juni 2018, og tilsvarende for tidligere år (unntatt 2009). Dersom beslutningsstøtten skulle ha hatt en effekt, vil vi forvente å kunne se denne tidligst i tallene for sykefravær som startet i 2015–2016, men mer sannsynlig først de to siste årene vi ser på. Vi må da være klar over at det også er andre spesielle forhold som kan ha påvirket tallene i denne perioden, og viktigst av disse er at konjunkturene i arbeidsmarkedet på grunn av kraftig nedgang i oljeprisen og oljeinvesteringene utviklet seg i ulik retning i ulike deler av landet.

Tallene for landet som helhet (figur 1) viser at den gjennomsnittlige varigheten de to første årene vi ser på (2014–2015 og 2015–2016) lå svært nær tallene fra 2009, men det var en viss økning fra 2014–2015 til 2015–2016. Det er sannsynlig at denne økningen henger sammen med at flere i denne perioden ble arbeidsledige (jf. konjunkturgangen i deler av landet), noe som har vist seg å føre til økt varighet av nye sykefravær (Nossen 2014 [4]).

De siste to årene ser vi derimot en nedgang. Dersom vi sammenligner 2017–2018 med 2014–2015 (før konjunkturedgangen), ble gjennomsnittlig varighet redusert fra 40,5 til 39,8 dager. Dette tilsvarer en nedgang på 0,7 dager eller 2 prosent. Det ser altså ut til at det var en liten nedgang i varigheten når vi forsøker å ta høyde for konjunkturenes betydning på denne måten. Vi ser at nedgangen var klart sterkere for menn enn kvinner (henholdsvis 1,4 og 0,3 dager). [5]

Vi kan imidlertid ikke uten videre anta at denne reduksjonen i gjennomsnittlig varighet skyldes innføringen av beslutningsstøtte. En mulig alternativ forklaring er at nedgangen kan skyldes NAVs arbeid med å håndheve aktivitetskravet ved åtte ukers sykefravær på en mer konsekvent måte («Hedmarksmodellen»). Vi kan heller ikke se bort fra at innføring av digitale sykmeldinger de siste årene kan ha påvirket tallene. [6]

Figur 1



Kilde: NAV

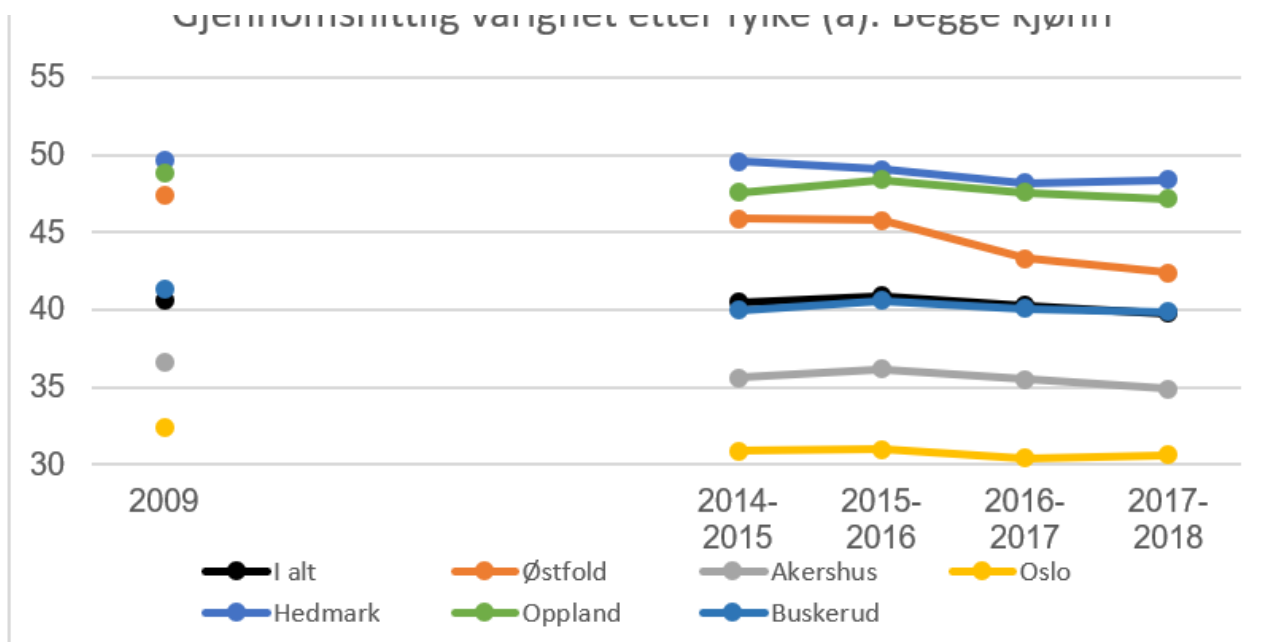
Vi skal nå se på de fylkesvise tallene (figur 2a-c). Dersom beslutningsstøtten har påvirket varigheten av sykefraværene, ville vi forvente at varigheten ble mest redusert i fylker hvor den var lang i utgangspunktet, mens fylker med kortere gjennomsnittlig varighet kanskje ville få økt varighet. Det ser ut til at det kan være en svak slik tendens når vi igjen sammenligner 2014–2015 med 2017–2018.

Av de fire fylkene med lengst gjennomsnittlig varighet i 2014–2015 varierer endringen i perioden fra -2,5 dager i Aust-Agder til +0,2 dager i Vest-Agder (mens Nordland og Hedmark ligger et sted imellom), og av de fire fylkene med kortest varighet i 2014–2015 varierer den fra -1,1 dager i Hordaland til +2,0 dager i Rogaland (Oslo og Akershus ligger et sted imellom).

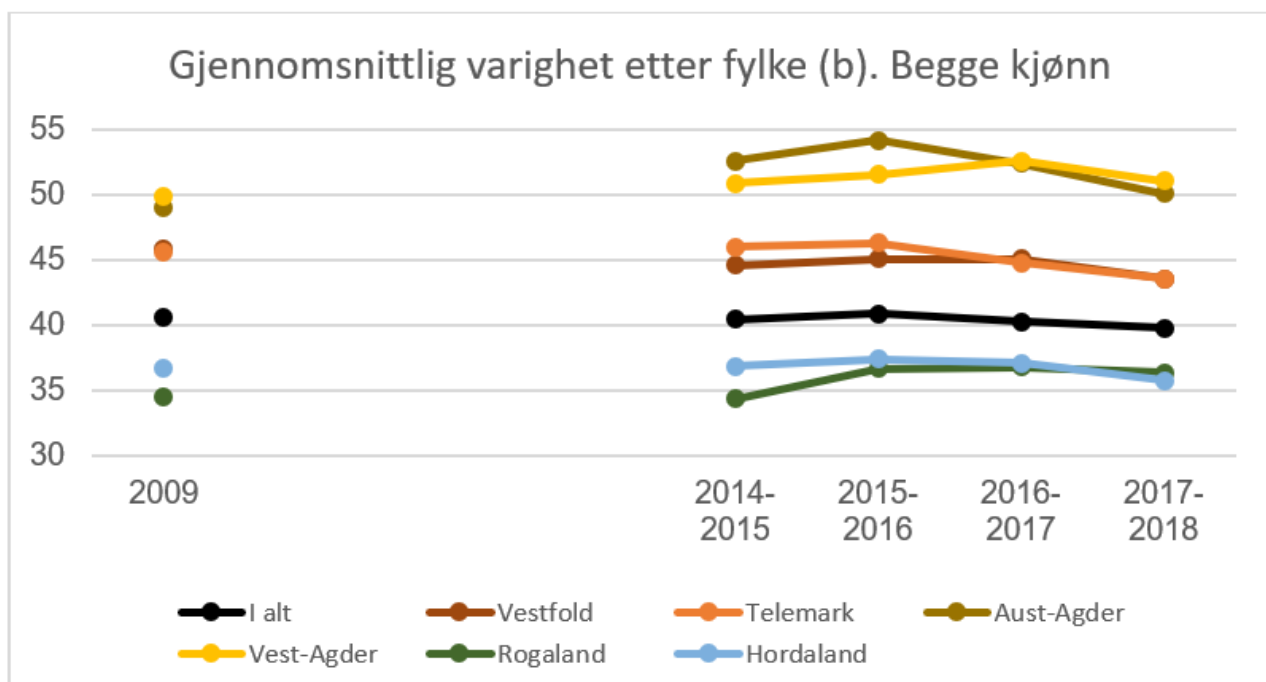
I tillegg til Rogaland og Vest-Agder økte varigheten også i Møre og Romsdal. Denne økningen kan imidlertid henge sammen med konjunkturedgangen, som i hovedsak rammet nettopp Rogaland og de andre fylkene i den sørvestlige delen av landet. Dette indikerer at det fortsatt var effekter av konjunkturedgangen det siste året vi ser på, noe som kompliserer analysen ytterligere. Det kan imidlertid bety at den reelle (konjunkturjusterte) nedgangen i varigheten har vært noe større enn det tallene viser.

Figur 2

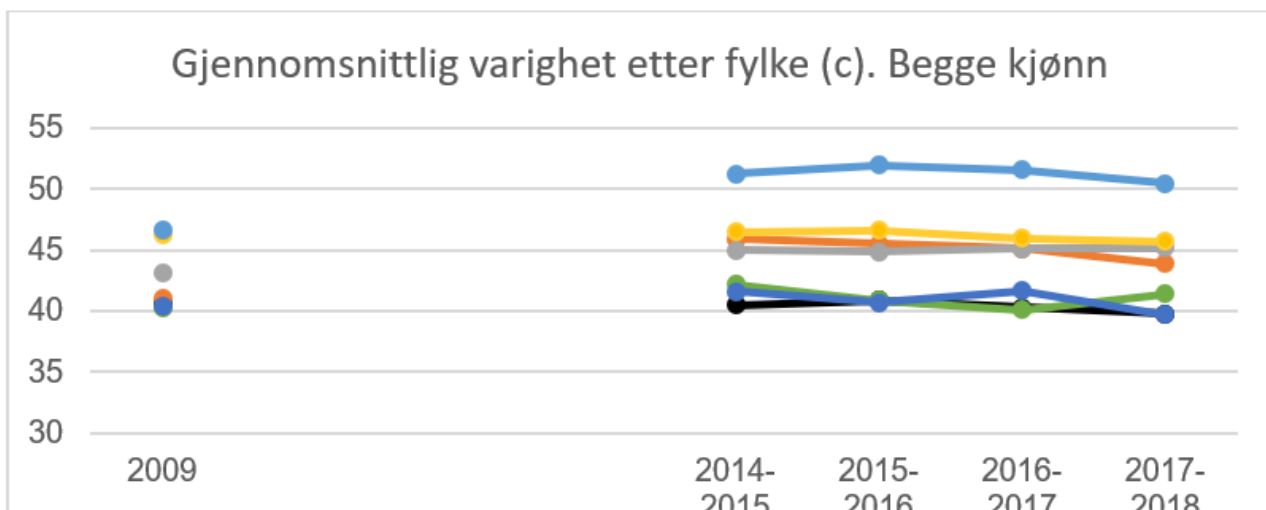




Kilde: NAV



Kilde: NAV





Kilde: NAV

Størst nedgang i den gjennomsnittlige varigheten fra 2014–2015 til 2017–2018 finner vi i Østfold med en reduksjon på 3,5 dager eller 8 prosent. Deretter følger Aust-Agder og Telemark (henholdsvis -2,5 og -2,4 dager) og Sogn og Fjordane og Finnmark (henholdsvis -2,0 og -1,9 dager).

Ser vi på differansen mellom gjennomsnittlig varighet i fylkene med henholdsvis lengst og kortest gjennomsnittlig varighet hvert år, var denne på 17,7 dager i 2009 og økte til 21,7 dager i 2014–2015 og 23,2 dager i 2015–2016. Deretter var det en liten nedgang til 22,2 dager i 2016–2017 og 20,5 dager i 2017–2018. Varigheten var i hele perioden kortest i Oslo, mens Vest-Agder og Aust-Agder vekslet om å ha lengst varighet. [7]

Vi konkluderer med at det er mulig at innføringen av beslutningsstøtte har ført til en liten reduksjon i variasjonen mellom fylkene med hensyn til gjennomsnittlig varighet av sykefraværene. Vi kan imidlertid ikke slå dette fast med sikkerhet, og hovedbildet er at variasjonen mellom fylkene i stor grad er som før. Det må presiseres at vi ikke har sett på utviklingen for enkeltdiagnoser, og det kan ikke utelukkes at det har vært en tydeligere utjevning av forskjellene i varighet for noen diagnoser.

[2] Helde, Ingunn, Per Kristoffersen, Nina Lysø og Ola Thune (2010) «Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose». *Arbeid og velferd*, 4, 38–55.

[3] Helde, Ingunn, Per Kristoffersen og Nina Lysø (2011) «Kan næringsstruktur forklare fylkesvise forskjeller i sykefraværet?». *Arbeid og velferd*, 3, 14–31.

[4] Nossen, Jon Petter (2014) «Utviklingen i sykefraværet: Betydningen av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer». *Arbeid og velferd*, 2, 75–88.

[5] En faktor her er at flere menn enn kvinner jobber i konjunkturutsatte næringer, men dette skulle ikke påvirke endringen fra 2014–2015 til 2017–2018.

[6] I stedet for gjennomsnittet kunne vi sett på medianverdien, men utviklingen i denne er enda vanskeligere å tolke. Medianen var 11 dager i 2009, 2014–2015 og 2015–2016, og deretter 10 dager. For kvinner var medianen 11 dager i hele perioden og for menn 10 dager i hele perioden.

[7] De fylkesvise tallene for medianen viser en variasjon mellom 8 og 14 dager i 2009, og mellom 8 og 15 dager de andre årene. Det er altså ingen reduksjon i variasjonen mellom fylkene når vi ser på medianverdier.

Status og oppsummering

Status pr. september 2019

Faglig veileder for sykmelder består i dag av:

- Diagnosespesifikke anbefalinger til sykmelder (beslutningsstøtte)
- Generelle råd om sykmeldingsarbeid
- Ny og forbedret statistikk løsning

Diagnosespesifikke anbefalinger til sykmelder (beslutningsstøtte) ble publisert 12. april 2016. Oppdatert innhold i generell veileder for sykmelder fra 2011 ble publisert 6. september 2016. Veilederen er tekstlig/faglig sist oppdatert pr september 2018.

Statistikk-løsning fra NAV som gir sykmeldere tilbakemelding om egen sykmeldingspraksis ble publisert i 2011, oppdatert versjon ble publisert i juni 2016.

Diagnosespesifikke anbefalinger til sykmelder (beslutningsstøtte) gir kunnskapsbaserte anbefalinger om avlastning, tilpasset belastning og opptapping av belastning for de mest brukte diagnosene. Målet er mer kvalitet i sykmeldingsarbeidet ved å skape større forutsigbarhet, mer likebehandling i prosessen og vi har nå tilført at et mål også er å øke bevisstgjøringen om arbeidets betydning for helsen.

I den generelle delen om sykmeldingsarbeid gis veiledende råd til sykmelder gjennom konkrete tekster med anbefalinger som møter sykmelders utfordringer i hverdagen.

I dag fremstår faglig veileder for sykmelder som ett produkt bestående av en diagnosespesifikk beslutningsstøtte, samt 15 andre kapitler med mer generell veiledning i sykmeldingsarbeid (revidert utgave av veilederen fra 2011).

Det er utarbeidet beslutningsstøtte for over 250 forskjellige diagnoser. Arbeidet har foregått ved at fagpersonell som har vært fastleger, LIS -leger, Leger fra spesialisthelsetjenesten, rådgivende overleger i NAV, kiropraktorer og manuellterapeuter har jobbet utfra diagnosegrupper. Følgende diagnosegrupper har vært involvert i arbeidet; ortopedi, nevrologi og gynekologi, muskel/skjelett, psykiske lidelser, indremedisin (inkludert hjerte-kar og lungesykdommer), infeksjoner, generell kirurgi, øyesykdommer, hudlidelser og øre/nese/halssykdommer. Alle gruppene har jobbet etter en felles mal som inkluderer sentral informasjon om diagnosene, forventet behandlingstid, anbefalinger om forventet sykmeldingslengde samt råd om tidspunkt for ny vurdering ved langvarig sykmelding.

Den diagnosespesifikke beslutningstøtten skal integreres i EPJ-systemene (elektroniske pasientjournalssystemer) som blir brukt i primærhelsetjenesten. På grunn av forsinkelser hos flere EPJ leverandører, er det dessverre kun noen av dem som har integrert løsningen.

Vi har hatt regelmessige møter i forvaltningsgruppen i fra 2016 til 2019. Fra dem som representerer brukergruppen (fastlegen) i forvaltningsgruppen og andre med bakgrunn fra fastlegepraksis, har det kommet innspill om blant annet kvaliteten og bruken av verktøyet.

I kontakt med sykmeldere på ulike arenaer registrerer vi at interessen for verktøyene er merkbart økende, spesielt fra yngre sykmeldere.

Det er gitt løpende statusrapporteringer i prosjektet og aktiviteten har holdt seg innenfor de økonomiske rammene i prosjektperioden.

Vurdering

Faglig veileder for sykmelder oppleves som relevante både når det gjelder tematikk og de konkrete tekstene som møter sykmelders utfordringer i hverdagen. Informasjon man ikke finner på nav.no eller andre steder (for eksempel hva gjør man når pasienten ikke vil avslutte en gradert sykmelding) finner man i veilederens generelle del.

NAVs statistikk-løsning for sykmelder videreutvikles i takt med erfaringer og evalueringer av beslutningsstøtten/kunnskapsstøtten. Det har kommet gode tilbakemeldinger på den nyutviklede statistikk-løsning, og den blir i større grad brukt. Mulighetsrommet er imidlertid større ved i enda større grad å ta data fra statistikken i bruk i arbeidet i Legeforeningens smågrupper for forbedring av sykmeldingsarbeidet og utjevning av forskjeller. Det vises i denne forbindelse til pågående oppdrag til SKIL (Senter for kvalitet i legekantorene) der det skal utarbeides opplæringsmoduler for sykmeldingsarbeid. Arbeidet skal bygge på de eksisterende faglige verktøyene for sykmelder.

Som også evalueringen slår fast, oppleves Faglig veileder for sykmelder nyttig både for studenter som leser seg opp og for praktikere og publikum. Vi bør derfor videreføre vårt samarbeid med NTNU og andre universiteter om opplæring av studenter. Dette bør sees i sammenheng med nye læringsmål for legeutdannelsen som er under revisjon.

Arbeids- og velferdsdirektoratet deltar i undervisningen av medisinerstudenter ved Universitetet i Oslo i trygdemedisin (inklusive sykmeldingsarbeid) og i den obligatoriske undervisningen i trygdefaglige emner (inklusive sykmeldingsarbeid) for kiropraktorer og manuellterapeuter i trygdefaglige emner (inklusive sykmeldingsarbeid) som ønsker å få bli sykmelder. I all denne undervisningen benytter vi faglig veileder for sykmelder med den diagnosebaserte beslutningsstøtten og Statistikk for sykmelder.

Rådgivende leger fra NAV er også involvert i den trygdemedisinske undervisningen (inkludert sykmeldingsarbeid) for medisinerstudentene ved universitetene i Bergen, Tromsø og ved NTNU. Undervisningen for medisinerstudenter bør videreføres i samsvar med nye læringsmål.

Fylkeslegenes opplæring av LIS kandidater er en viktig arena og bør aktiveres mer.

Vi har diskutert hvordan vi i større grad kan nå sykehuslegene, da det kan oppleves som om deres praksis avviker noe fra fastlegenes. NAV har sporadisk tatt temaet sykefraværsarbeid opp med sykehuslegene, men her bør det kunne gjøres mer. Fagråd for arbeid og helse har tatt opp saken og etterlyser mer dokumentasjon på sykehuslegenes sykmeldingspraksis

Fra praksisfeltet er det en bekymring at ikke alt helsepersonell har samme forståelse av hvordan man benytter sykmelding som virkemiddel/verktøy i sykefraværsarbeidet/behandling. Det blir derfor viktig å gjennomføre noen grep for å sikre felles opplæring/utdanning når det gjelder sykmeldingsarbeid spesielt, men også arbeidets betydning for helsen mer generelt.

Det er viktig at dette verktøyet sees i sammenheng med andre støtteverktøy og opplæring. Her kan nevnes: E-læringskurset i sykmeldingsarbeid for leger, som er en obligatorisk del av spesialiseringen i allmennmedisin, spesialiseringskurs for andre spesialiteter, kurs for kiropraktorer og manuelle terapeuter.

Vi mener også at faglig veileder med beslutningsstøtten bør være integrert i opplæring av sykmelder både i helsetjenestens og NAVs regi. Samtidig bør det være kjent stoff for alle helsearbeidere generelt, for å skape

felles forståelse. Verktøyene bør også være kjent for ansatte i NAV som arbeider med sykefravær/oppfølging av sykmeldte brukere.

Det er en økende interesse og fokus i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet på fagfeltet arbeid og helse generelt. Dette fagfeltet er i rask utvikling. Veilederen med beslutningsstøtte er i derfor et viktig virkemiddel i utvikling av fagfeltet arbeid og helse.

Vi vurderer verktøyene som et viktig bidrag i helhetlig sykefraværsoppfølging og i arbeidet med å se arbeidsdeltagelse som en betydningsfull faktor for god helse.

Vår vurdering er at de overordnede målene for utviklingsarbeidet, gjengitt nedenfor, er oppfylt, tatt de utfordrende rammebetingelsene i betraktning:

- Å bidra til bedre kvalitet på sykmelderens arbeid med sykmeldinger og oppfølging av sykefravær
- Å bidra til større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen ved gjøre tilgjengelig kunnskapsbaserte medisinske råd om avlastning og belastning ved enkelte diagnoser med drøfting av konsekvenser for sykmeldingslengde
- Å bidra til reduksjon av ubegrunnet variasjon i sykmeldingslengde

Faglig veileder med diagnosespesifikk beslutningsstøtte har, sammen med andre tiltak, bidratt til økt fokus på sykmeldingsarbeid og dermed bidratt til å høyne kvaliteten på sykmeldes arbeid med sykmeldinger og oppfølging av sykefravær.

Det er for tidlig å kunne slå fast om verktøyet bidrar til å skape større forutsigbarhet og mer likbehandling. Å bidra til en ubegrunnet variasjon i sykmeldingslengde er det også for tidlig å si noe om. Likevel vil vi anbefale at verktøyene videreutvikles som et viktig bidrag i å høyne kvaliteten i sykmeldingsarbeidet.

Forvaltning (fra 2020)

Verktøyene består i dag av en diagnosespesifikk beslutningsstøtte, samt 15 andre kapitler med mer generell veiledning i sykmeldingsarbeid (revidert utgave av veilederen fra 2011) i tillegg til Statistikk for sykmelder og nettbasert obligatorisk kurs for leger i sykmeldingsarbeid.

Oppfølgingen av verktøyene er delvis gått over i driftsfasen og det er etablert en forvaltningsplan for videreutvikling og drift. Den nye og mer brukervennlige statistikk-løsningen fra NAV er i bruk og det er etablert en forvaltningsgruppe som følger bruken og utviklingen av statistikken.

En forutsetning for bruken av beslutningsstøtten er at alle EPJ leverandørene har integrert beslutningsstøtten i sitt system, derfor må vi i 2020 fortsatt jobbe intensivt, sammen med e-helsedirektoratet, med mål om full integrering i fastlegenes EPJ system.

Det nettbaserte obligatoriske kurset for sykmelder må forvaltes og oppdateres fortløpende. Dette må sees i sammenheng med oppdraget gitt til SKIL. Mulighetsrommet videre bestemmes av tekniske forhold, økonomiske ressurser og faglig ressurstilgang.

Anbefaling

Det anbefales et tett tverrsektorielt samarbeid der samspillet mellom regelverks forståelse/forvaltningen og kompetanse hos helsepersonell er viktig.

Kunnskap om trygdemedisin bør integreres i utdanning og videre spesialisering av helsepersonell, med fokus på forståelsen av viktigheten av å være i arbeid. Et felles mål er god tjenestesamhandling. Dette forutsetter samtidighet i tjenesteutøvelsen som er avhengig av tett samhandling på direktorats -og departements nivå. Disse forhold må legges til grunn for plasseringen av ansvaret for den videre forvaltningen av systemet/virkemidlet.

Det anbefales at verktøyet brukes aktivt i all undervisning om kvalitet i sykmeldingsarbeid.

Vi anbefaler at kulepunktene nedenfor følges opp:

- I etterkant av implementeringsintervensjonen og evalueringen gjøres en vurdering av resultatet samt kvaliteten på beslutningsstøtten, før en eventuelle ytterligere innsats for økt bruk
- Endringer i veileder/beslutningsstøtte gjøres i tråd med regelverksendringer på sykefraværsområdet, utviklingen av nye rammer for digitale verktøy og på bakgrunn av brukers behov. Prosessen må også gjennomføres i tråd med Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets prioriteringer
- Nettbasert kurs for kiropraktorene og manuell terapeutene vurderes iverksatt
- Eventuelle tiltak rettet mot sykehuslegene bør iverksettes
- Følge med på utviklingen av fagfeltet arbeid og helse med relevans for beslutningsstøtte og kvalitetsheving av sykmelder arbeidet. I denne sammenheng er Nasjonalt fagråd for arbeid og helse en viktig arena for innspill og faglig diskusjon
- Det må lages en forvaltningsavtale mellom direktoratene. Den tekniske forvaltningen av veilederen med beslutningsstøtte bør ligge i Hdir. Den tekniske forvaltningen av statistikk-løsningen samt e-læringskurset bør ligge i Avdir. Den faglige oppfølgingen gjøres i fellesskap i samsvar med god tverretattlig praksis.
- Ny IA-avtale fra 1.1.2019 må følges opp og det vises til oppdrag om å utarbeide en ny kursmodul om sykmeldingsarbeid i SKIL (Senter for kvalitet i legekantor). Prosjektet, ved de to direktoratene har derfor etablert en dialog med SKIL for å sikre et samarbeid i den videre prosessen.

Styringsgruppen konkluderte med at veien videre fremkommer i delrapportene med detaljert beskrivelse av utviklingsarbeidet.

Forvaltning og utvikling av verktøyet må drøftes nærmere når statsbudsjettet for 2020 foreligger og vi vet mer om hvilke rammer og føringer som fremkommer der.

Kommende Nasjonal helse -og sykehusplan kan også gi rammer for dette arbeidet.

I arbeidet med gjennomføringen av dette prosjektet har vi erfart at begrensningene i EPJ-løftet har vært en gjennomgående hindring for implementering av verktøyet.

Appendiks

[Delrapport helse](#) (pdf)

[Delrapport EPJ](#) (pdf)

[Delrapport statistikk](#) (pdf)

[Delrapport implementering](#) (pdf)

[SINTEFs evalueringsrapport](#) (pdf)

