

Tidsskrift for velferdsforskning  
Årgang 19, Nr. 2-2016, s. 148–178  
ISSN online: 2464-3076

DOI: 10.18261/issn.2464-3076-2016-02-04

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Leger i primærhelsetjenesten sine holdninger til og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging

*En scoping-oversikt*

**Aase Aamland**

Forsker, Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse, Bergen, Norge,  
[aase.aamland@gmail.com](mailto:aase.aamland@gmail.com)

**Silje Mæland**

Forsker, Uni Research Helse, Bergen, Norge; Høgskolen i Bergen, Bergen, Norge,  
[silje.maeland@uni.no](mailto:silje.maeland@uni.no)

## SAMMENDRAG:

Allmennleger i de fleste europeiske land har rollen som sykmelder.

Vårt formål med denne artikkelen har vært å identifisere og kartlegge litteratur relatert til leger i primærhelsetjenesten sine holdninger og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging, samt se på hvordan lege-karakteristika ser ut til å påvirke sykmeldingspraksis. Vi har benyttet søkeordene «lege», «sykmelding» og «primærhelsetjeneste» i databasene Medline og Embase. Vi fant til sammen seks tema knyttet til holdninger og erfaringer: rollekonflikt, andre sykmeldingsaktører, rammebetingelser, mestringsstrategier, opplæring i sykmeldingsarbeid, pasientenes symptomer og symptompresentasjon, samt fire tema om lege-karakteristika. Vår konklusjon er at det er særlig fokus på de problematiske sykmeldingene og at vi mangler kunnskap om vellykkede sykefraværsforløp.

## Nøkkelord

primærhelsetjenesten, sykmelding, allmennlege, scoping-oversikt



UNIVERSITETSFORLAGET



This article is downloaded from [www.idunn.no](http://www.idunn.no). © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY-NC 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for non-commercial use, provided the original author and source are credited.

## ABSTRACT:

**Primary Care Physicians' Attitudes to and Experiences with Sick Leave and Follow-up: A Scoping Review**

General practitioners in most European countries issue sickness certificates. Our aim is to provide a scoping review to identify and map the literature related to physicians' characteristics, attitudes to, and experiences with sick leave and follow-up in the primary health care setting. Method: Eligible search words and index terms for "physician", "sick leave" and "primary health care" were applied in Medline and Embase. We found six themes related to attitudes and experiences: role conflict, other sick leave stakeholders, conditions, coping strategies, training, patients' symptoms and symptom presentation. Four themes related to physician characteristics were identified. We found that the literature focuses on problematic sick leave cases and that we lack knowledge about successful sick leave follow-up.

## Nøkkelord

primary health care, sick leave, physician, scoping review

## INNLEDNING

Primærhelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utgjør grunnpilaren i de fleste lands helsevesen. En ny rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO 2015) viser hvordan investeringer i en primærhelsetjeneste med portåpnerfunksjon fører til en rekke hensiktsmessige forhold som bedre tilgjengelighet, mer likeverdig og rettferdig helsetjeneste, bedre individrettet forebyggende helsearbeid, redusert bruk av sykehus, samt redusert dødelighet. Den norske primærhelsetjenesten har fått kritikk for å være for fragmentert, blant annet fordi allmennlegene oppleves å være for lite integrert (Meld. St. 26 (2014–2015)). Likevel scorer den norske befolkningen fastlegeordningen som en av samfunnets mest populære offentlige tjenester (DIFI 2015).

En allmennelege har mange roller, blant annet som behandler og sakkyndig. Behandlerrollen innebærer blant annet ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging, mens sakkyndighetsrollen blant annet innebærer forvaltning av velferdsstatens trygdeordninger. Ulike roller innebærer vesensforskjellige oppgaver, der ivaretagelse av den individuelle pasient og dens interesser skal balanseres opp mot mer upartiske og objektive erklæringer (Getz, Westin og Paulsen 1994). Allmennlegene har en portåpnerfunksjon, for eksempel gjennom henvisninger til spesialisthelsetjenesten og sykmelding. Det todelte ansvaret med å være pasientens advokat og samtidig vokte fellesskapets ressurser er nedfelt i de etiske retningslinjene til Den norske legeförening (Tidsskrift for Den norske legeförening 2015), men løftes stadig frem som et mulig problem, for eksempel i forbindelse med sykmelding (Larsen, Førde og Tellness 1994). Allmennlegene føler et personlig ansvar for den individuelle pasient (Arnesen og Fredriksen 1995). Å være portvakt og si nei, ansikt-til-ansikt med en pasient, kan være både ubehagelig og komme i konflikt med andre roller som leger må ivareta (Carlsen og Norheim 2005).

Sykefravær er et komplekst fenomen. Det er stor variasjon i velferdsordninger, sykelønn og arbeidsuføreordninger mellom ulike OECD-land (Loisel og Anema 2013), og det vanskeliggjør direkte sammenlikning mellom land. I Norge pr 2014 var det legemeldte sykefraværet totalt 5,4 %, 4,0 % for menn og 7,1 % for kvinner (Nav 2014). Når vi snakker om fravær fra arbeid grunnet sykdom er følgende tre begrep viktige: sykefravær, sykelønnsordninger og sykmelding (*Sickness absence, sickness benefits and sickness certification*). En sykmelding er en attest om midlertidig arbeidsuførhet grunnet sykdom, skade eller lyte som er utstedt av helsepersonell. Sykefravær og sykelønnsordninger er kritisk for bedrifter og myndigheter ettersom de forstyrrer produksjon og medfører kostnader for samfunnet (Tellnes 1990). Politiske initiativ for å redusere sykefravær er høyt på agendaen i de fleste vestlige land.

Sykmeldende behandler anses som én betydningsfull aktør som kan påvirke sykefraværet. I Norge er sykmeldende behandler som oftest pasientens allmennlege da de utsteder 80 % av alle sykmeldinger (Brage og Kann 2006). Allmennleger i de fleste andre europeiske land har også rollen som sykmelder. I Nederland er det imidlertid bedriftsleger (occupational health physicians) eller forsikringsleger (insurance physicians) som har ansvar for både utstedelse av sykmelding og oppfølging av den sykmeldte knyttet til retur til arbeid, mens allmennlegene har det medisinske behandleransvaret (OECD 2008).

Holdninger og tidligere erfaring påvirker i varierende grad menneskers atferd. Det er imidlertid ikke alltid samsvar mellom våre holdninger og atferd, og dessuten kan vi ha motstridende holdninger om ett og samme fenomen samtidig. Vårt formål med denne artikkelen er å presentere en kunnskapsoversikt om sykmeldende behandleres holdninger og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging, samt se på hvordan lege-karakteristika (alder, kjønn, listestørrelse og liknende) ser ut til å påvirke deres sykmeldingspraksis. Selv om sykehusleger og andre yrkesgrupper i primærhelsetjenesten også har sykmeldingsrett, har vi valgt å fokusere på allmennleger (og/herunder også nederlandske bedriftsleger) ettersom de utsteder majoriteten av sykmeldingene.

Våre forskningsspørsmål er:

- 1) hva slags holdninger og erfaringer har leger i primærhelsetjenesten med sykmeldingsarbeid?
- 2) hvilke lege-karakteristika har vist seg å påvirke sykmelding og sykefraværsoppfølging?

For å svare på dette har vi valgt å gjennomføre en scoping-oversikt for å utforske og kartlegge foreliggende forskning fra ulike empiriske primærstudier, samt ulike oversiktsartikler. Vi omtaler videre leger i primærhelsetjenesten som allmennleger, selv om vi også har inkludert studier om nederlandske bedriftsleger. Ettersom denne artikkelen er bestilt fra norske myndigheter, har vi i valgt å diskutere funnene fra sammenstillingen med utgangspunkt i rådende norsk politikk og praksis.

## Metode

Det finnes flere typer kunnskapsoversikter med tilhørende ulike målsettinger og metodologiske rammeverk (Paré, Trudel, Jaana og Kitsiou 2015). En scoping-oversikt er en:

kunnskapsoversikt som baserer seg på ett eller flere eksplorative forsknings-spørsmål hvor hensikten er å kartlegge nøkkelkonsept, evidens og kunnskapshull om et aktuelt forskningstema gjennom systematisk søk, seleksjon og deskriptiv sammenstilling av foreliggende kunnskap (Colquhoun, Levac, O'Brien, Straus, Tricco, Perrier, Kastner og Moher 2014).

Målsettingen med en scoping-oversikt er å fokusere på en bred, fremfor dyptgående, dekning av litteraturen på et felt. Foruten å sammenstille foreliggende kunnskap, kan en scoping-oversikt fungere som en viktig kunnskapsleverandør for både praksisfelt, beslutningstakere og planleggere av videre forskningssatsing (Paré mfl 2015; Pham, Rajic, Greig, Sargeant, Papadopoulos og McEwen 2014).

I vårt arbeid støttet vi oss til en manual for scoping-oversikter (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Hanan og Parker 2015). Den baserer seg på et seks-trinns metodologisk rammeverk utarbeidet av Arksey og O'Malley (2005) som har blitt videreutviklet av andre forskere (Levac, Colquhoun og O'Brien 2010). De seks trinnene er:

1. identifisere forskningsspørsmålet/ene
2. identifisere relevant litteratur
3. seleksjon av artikler
4. kartlegge data fra inkluderte artikler
5. ekstrahere, sammenstille og presentere resultatene, og eventuelt
6. konferere med andre personer med inngående kunnskap på det aktuelle feltet for å informere om og/eller validere resultatene

*I det følgende beskriver vi våre fem trinn i mer detalj.*

### *Trinn 1: Identifisering av forskningsspørsmål*

Vi har innledningsvis begrunnet våre valg av forskningsspørsmål.

### *Trinn 2: Identifisering av relevante artikler*

I samarbeid med en forskningsbibliotekar gjennomførte vi et systematisk litteratursøk etter empiriske artikler i to steg. Innledningsvis testet vi ulike termer som vi tenkte kunne være relevante for vårt formål. Deretter valgte vi egnete søkeord og indeks-termer for «lege», «sykmelding» og «primærhelse-tjeneste» og søkte i databasene Medline og Embase. Vi hadde ingen restriksjoner for publikasjonsår eller studiedesign.

Tabell I: Søkestreng fra Medline

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to Present> 28.8.15	
Search Strategy:	
-----	
1	Sick Leave/ (4294)
2	(sick leave or sickness certificate).tw. (3645)
3	1 or 2 (6380)
4	physicians/ or general practitioners/ or occupational health physicians/ or physicians, family/ or physicians, primary care/ (83945)
5	(physician* or GP* or family doctor* or medical doctor*).tw. (433237)
6	4 or 5 (477355)
7	3 and 6 (808)

*Trinn 3: Seleksjon av artikler*

De identifiserte artiklene ble importert inn i et referansebibliotek. Først gjennomførte vi en duplikatkontroll, så gikk vi hver for oss gjennom alle artiklene basert på tittel og sammendrag. Deretter diskuterte vi våre vurderinger og kom til enighet om hvilke artikler som skulle inkluderes for videre fulltekstlesning. Igjen tok vi hver for oss stilling til om artiklene burde inkluderes eller ekskluderes etter fulltekstlesning (Altman 1999). Eventuell uenighet ble diskutert frem til konsensus for endelig inklusjon eller eksklusjon.

*Trinn 4: Kartlegging av de inkluderte artiklene*

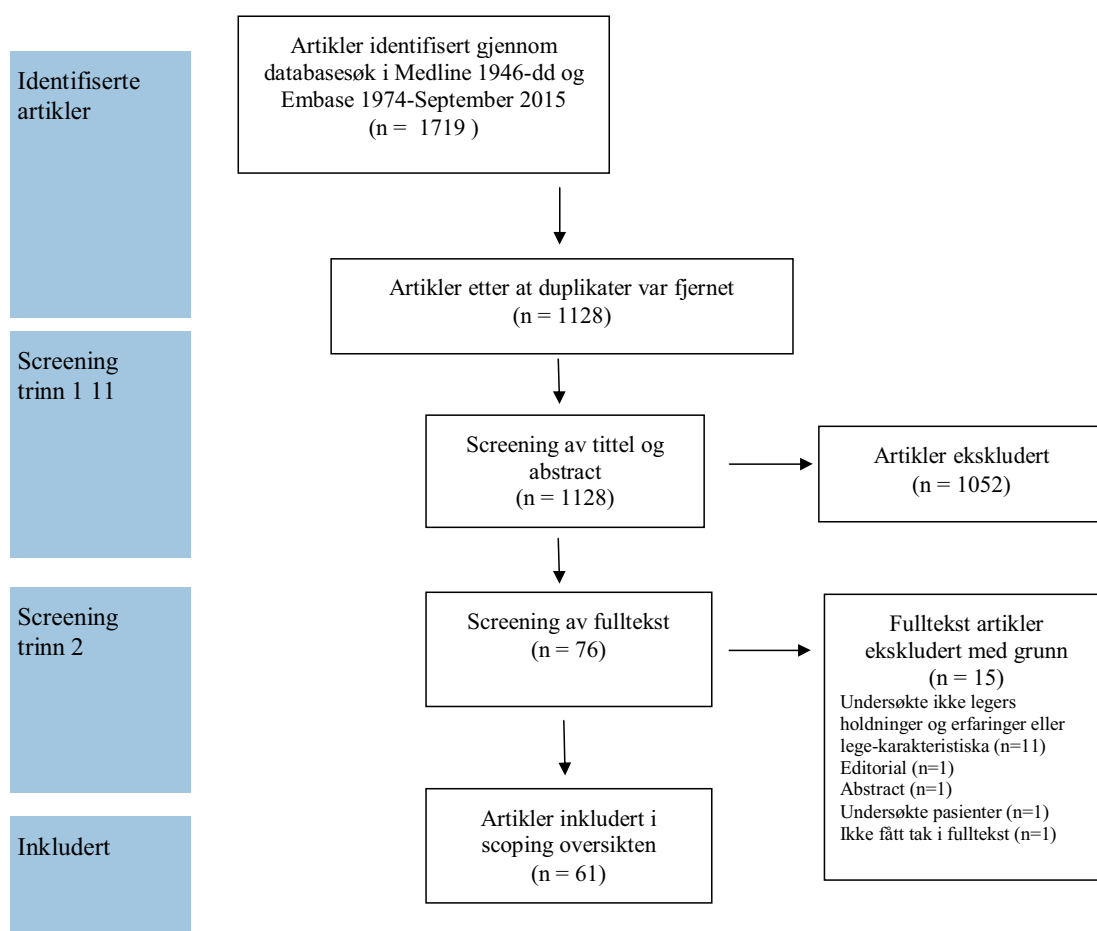
Vi utarbeidet en deskriptiv tabell for å strukturere dataauthenting av de inkluderte artiklene hvor vi kartla følgende: førsteforfatter, publikasjonsår, land, formål (som hadde med våre forskningsspørsmål å gjøre), metode, studiepopulasjon og følgende to kategorier for resultater: 1) funn om holdninger og erfaringer og 2) funn om lege-karakteristika.

*Trinn 5: Ekstrahering, sammenstilling og presentasjon av resultatene*

Først leste vi de inkluderte artiklene hver for oss og trakk ut relevante resultater i hver vår deskriptive tabell. Deretter møttes vi til en diskusjon og gjennom en iterativ prosess endret vi disse tabellene flere ganger før vi ble enige om en endelig deskriptiv tabell. Med utgangspunkt i denne tabellen, gjennomførte vi deretter en tematisk analyse og kom frem til tema som vi anså som relevante for denne scoping-oversiktens forskningsspørsmål.

## RESULTATER

Vi identifiserte til sammen 1719 referanser. Etter å ha eliminert duplikater, screenet vi 1128 referanser på tittel og sammendrag. Av disse inkluderte vi 76 artikler til fulltekst gjennomgang, og 61 artikler ble til slutt inkludert i scoping-oversikten (se Figur 1). En fullstendig deskriptiv tabell over alle de inkluderte artiklene gjenfinnes i Appendiks.



Figur 1: PRISMA flyt diagram for vår scoping-oversikt<sup>1</sup>

Totalt inkluderte vi 31 kvantitative, 25 kvalitative og fem oversiktsartikler med data fra tilsammen 7570 allmennleger og 714 bedriftsleger (occupational health physicians). Artiklene var hovedsakelig fra Europa, og var publisert i tidsrommet 1990–2015 (se Tabell II for karakteristika og fordeling).

1. Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche, Ioannidis, Clarke, Devereaux, Kleijnen, Moher (2009).

Tabell II: Oversikt over de inkluderte artiklene

Inkluderte artikler		Fordeling ( <i>n</i> )
Publikasjons år		
	1990–2000	2
	2001–2005	5
	2006–2010	17
	2011–2015	37
Land		
	Norge	14
	Sverige	19
	Storbritannia og Nord-Irland	19
	Nederland	3
	Andre europeiske land	5
	Australia	1
Studiedesign		
	Kvantitativ	31
	Kvalitativ	25
	Oversikt	5
Leger		
	Allmennlege	7 570
	Arbeidsmedisiner	714

Vi identifiserte seks tema knyttet til allmennlegers holdninger og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging, samt fire tema om lege-karakteristika (se Tabell III for tema, antall og type publikasjoner som belyser tema og undertema). Under presenterer vi funnene for hver av de seks temaene knyttet til legers holdninger og erfaringer. Disse temaene var: rollekonflikt, de andre sykmeldingsaktørene, rammebetingelser på innsiden og utsiden av helsevesenet, egne mestringsstrategier, opplæring i sykmeldingsarbeid, samt pasienters symptomer og symptompresentasjon. De ulike temaene om lege-karakteristika presenteres deretter samlet under en overskrift.

Tabell III: Identifisering av tema knyttet til holdninger og erfaringer, samt lege-karakteristika

Tema identifisert	Undertema	Antall	Studiedesign og antall studier
Holdninger og erfaringer			
Rollekonflikt	Sjonglering mellom roller Bevare allianse med pasient Ambivalens til sykmelder rollen	35	Fokusgrupper 10 Individualintervju 12 Tverrsnitt studie 6 Kvalitativ tekstanalyse 2 Oversiktsartikkel 3 Audit 1
Legers syn på andre aktører	Pasientene – lav motivasjon, sosialt aksept, sykmeldingsgrunn Arbeidsplass og arbeidsgiver – viktigste retur til arbeid faktor, taushetsplikt Ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen - vanskelig kommunikasjon og tillit Bedriftsleger – allmennleger som hemmede for retur til arbeid	16	Fokusgrupper 3 Individualintervju 7 Tverrsnitt studie 2 Kvalitativ tekstanalyse 1 Oversiktsartikkel 3 Kohort 1 Konsept kartlegging 1
Rammebetingelser: Innsiden av helsevesenet	Tidspress – problemkasus Ventetider til utredning og behandling Oversikt tilgjengelige tiltak/ ressurser	14	Fokusgrupper 4 Individualintervju 4 Tverrsnitt studie 4 Kvalitativ tekstanalyse 1
Utsiden av helsevesenet	Skjema – kompleks virkelighet på forenklet skjema Velferdsordningen som hinder Fokus på skade/ lyte	6	Oversiktsartikkel 2 Kohort 1
Mestringsstrategier	«Godt nok» Initierer kontakt Stå imot press fra pasienter Sykmeldingsregler som forhandlingsargument Korte/ graderte sykmeldinger med tett oppfølging Råd og støtte hos kolleger Diskuterer fordeler og ulemper med sykmelding	14	Fokusgrupper 3 Individualintervju 6
Opplæring/ kursing	Holdninger • Positiv til opplæring og retningslinjer • Flere aktører må skoleres Erfaringer • Har ingen effekt • Øker trygghet i rollen • Øker ferdigheter	9	Individualintervju 3 Tverrsnitt studie 2 Kvalitativ tekstanalyse 1
Pasientenes symptomer og symptompresnasjon	Uforklarte helsetilstander er særlig utfordrende Psykiske symptomer kartlegges bredere Psykososiale problemer fremkaller empati	8	Fokusgrupper 3 Individualintervju 1
Lege-karakteristika			
Betydning av kjønn	Ingen konsistente funn om hvordan verken legens kjønn eller kjønnsydader påvirker sykmeldingspraksis	11	Individualintervju 1 Tverrsnitt studie 7 Registerstudie 1 Audit 2
Betydning av arbeidserfaring	Ingen konsistente funn om hvordan lengde på arbeidserfaring påvirker sykmeldingspraksis	7	Individualintervju 1 Tverrsnitt studie 3 Registerstudie 2 Audit 1
Betydning av legenes organisatoriske forhold	Ingen konsistente funn mellom • solo- og gruppepraksis • listestørrelse • land legene arbeider i	6	Individualintervju 1 Tverrsnitt studie 1 Registerstudie 2 Audit 2
Betydningen av personlige egenskaper hos legene	Høy grad av unngåelsesatferd påvirker sykefravær i negativ retning Grad av empati og tegn på utbrenthet hos legene påvirker ikke sykmeldingsforskningsrate	5	Tverrsnitt studie 3 Oversiktsartikkel 1 Registerstudie 1



### Rollekonflikt

Allmennlegene har flere profesjonelle roller, og mange av de inkluderte artiklene omhandlet nettopp rollekonflikten med å være pasientens advokat og statens sakkyndige. Et gjennomgående funn var at allmennlegene oppfattet behandlerrollen som viktigere enn sakkyndighetsrollen, samt at de kjente seg mer kompetent til å være behandler fremfor sakkyndig.<sup>2</sup> Sakkyndighetsrollen ble også beskrevet som utfordrende fordi allmennlegene erfarte at det var vanskelig å vurdere funksjonsevne, rett sykmeldingsgrad og sykmeldingslengde.<sup>3</sup>

Flere artikler beskrev hvordan allmennleger bevisst unngikk konflikt med pasientene fordi de ville bevare alliansen med pasienten.<sup>4</sup> Noen allmennleger lot pasientene i stor grad styre sykmeldingsprosessen,<sup>5</sup> for eksempel viste en vignettbasert tverrsnitt studie at pasienter som krevde sykmelding oftere ble sykmeldt (Englund, Tibblin og Svärdsudd 2000). Sykefraværarbeidet ble i noen artikler beskrevet som konfliktfylt, tidvis preget av trusler.<sup>6</sup> Flere forskere har sett på hvilke holdninger allmennlegene har til sin rolle som sykmelder. Fem artikler beskrev at allmennleger er ambivalente til å inneha denne rollen, og noen leger uttrykte et ønske om å få slippe dette ansvaret.<sup>7</sup> Derimot fremholdt andre allmennleger at selv om rollen som sykmelder var komplisert,<sup>8</sup> så hadde ingen andre bedre forutsetninger enn dem til å inneha denne rollen på grunn av deres inngående kjennskap til pasientene og helheten rundt dem.<sup>9</sup>

2. Arrelöv, Alexanderson, Hagberg, Löfgren, Nilsson, Ponzer 2007; Carlsson, Lännerström, Wallman, Holmström 2015; Cohen, Khan, Allen, Sparrow 2012; Foley, Thorley, Denny 2012; Foley, Thorley, Hout 2013a; Fresk, Skånér, Arrelöv, Nilsson 2013; Gerner, Alexanderson 2009; Higgins, Porter, O'Halloran 2014; Hussey, Hoddinott, Wilson, Dowell, Barbour 2004; Kiessling og Arrelöv 2012; Krohne og Brage 2008; Letrilliant og Barrau 2012; Macdonald, Maxwell, Wilson, Smith, Whittaker, Sutton og Morrison 2012; Mazza, Brijnath, Singh, Kosny, Ruseckaite, Collie 2015; Nilsing, Söderberg, Berterö og Öberg 2013; Knorrning, Sundberg, Löfgren og Alexanderson 2008; Wainwright, Wainwright, Keogh, Eccleston 2011; Wynne-Jones, Mallen, Main og Dunn 2010a.
3. Arrelöv mfl. 2007; Krohne og Brage 2008, 2007; Knorrning, Sundberg, Löfgren, Alexanderson 2008; Wynne-Jones mfl. 2010b.
4. Campbell og Ogden 2006; Foley mfl. 2012; Higgins mfl. 2014; Krohne og Brage 2007; Macdonald mfl. 2012; Mazza mfl. 2015; Maeland, Magnussen, Eriksen og Malterud 2011; Mykletun, Nilsen, Kann, Jacobsen, Wesnes, Nordhagen 2015; Nilsen, Werner, Maeland, Eriksen, Magnussen 2011; Nilsing mfl. 2013; Swartling, Hagberg, Alexanderson og Wahlstrom 2007; Wainwright, Wainwright, Keogh, Eccleston 2015; Winde, Alexanderson, Carlsen, Kjeldgard, Wilteus og Gjesdal 2012; Wynne-Jones mfl. 2010a.
5. Nilsen mfl. 2011; Money, Hussey, Thorley, Turner og Agius 2010.
6. Arrelöv mfl. 2007; Gerner og Alexanderson 2009; Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward 2010, Werner, Côte, Fullen og Hayden 2012.
7. Gerner og Alexanderson 2009; Higgins mfl. 2014; Hussey mfl. 2004; Wynne-Jones mfl. 2010b.
8. Carlsson mfl. 2015; Gerner og Alexanderson 2009; Swartling mfl. 2008.
9. Krohne og Brage 2008; Wainwright mfl. 2015; Edlund og Dahlgren 2002; Welsh, Sanders, Richardson, Wynne-Jones, Jinks og Mallen 2014.

De andre sykmeldingsaktørene

Flere artikler løftet frem allmennlegenes oppfatning om at sykefravær er et komplekst fenomen hvor flere aktører inngår nemlig pasienten selv, legen/leger, ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen (som i Norge er Nav-ansatte) og selve velferdssystemet.<sup>10</sup>

Noen artikler belyste allmennlegenes holdninger til og erfaringer med pasientene. I en fokusgruppestudie framholdt allmennlegene at det i noen samfunnsgrupper er mer sosialt akseptert å være sykmeldt enn andre (Foley mfl. 2013a), og nederlandske bedriftsleger ga i en spørreskjemaundersøkelse uttrykk for at mange pasienter er passive, lite samarbeidsvillige og innehar lav jobbmotivasjon (Anema, Giezen, Buijs, Mechelen 2002). Derne st hevde t andre allmennleger at pasientene ønsket sykmelding på grunn av ikke-medisinske forhold (Arrelöv mfl 2007), mens noen framholdt at sykmelding er en rettighet som er vanskelig å nekte pasientene (Maeland mfl. 2011).

Det fremkom i flere artikler at allmennlegene anså arbeidsplass og arbeidsgiver som den viktigste faktoren for retur til arbeid.<sup>11</sup> Noen allmennleger hevde t til og med at arbeidsplassen og/eller arbeidsgiver var den største hindringen for å lykkes med tilbakeføring.<sup>12</sup> Allmennlegene presiserte videre at de ikke vet nok om hva som foregår på arbeidsplassen,<sup>13</sup> samt at taushetsplikten kunne være et hinder for god dialog med arbeidsgiver.<sup>14</sup> Derne st viste noen artikler at allmennleger syntes det var problematisk å kommunisere med ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen,<sup>15</sup> blant annet på grunn av manglende gjensidig tillit (Nilsing mfl. 2013). I en svensk studie vi vurderte ble det ansett som problematisk at ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen kunne overprøve allmennlegenes beslutning om å sykmelde en pasient (Arrelöv mfl. 2007). I to nederlandske artikler ble motsetninger mellom bedriftsleger og allmennleger fremhevet som et problem. Bedriftsleger mente at allmennlegenes syn på pasienters retur til arbeid var en viktig hemmer fordi allmennlegene hadde for lite fokus på å forebygge fravær og arbeidsuførhet (Anema mfl. 2002). Bedriftsleger i Nederland etterlyste også bedre diagnostiske avklaringer og mer presise diagnoser fra allmennlegene (Hoedeman, Krol, Blankenstein, Koopmans og Groothoff 2010).

10. Letriliart og Barrau 2012; Macdonald mfl. 2012; Wainwright mfl. 2011; Maeland mfl. 2011; Swartling mfl. 2008; Foley mfl. 2013b.

11. Foley mfl. 2012; Foley mfl. 2013a; Letriliart og Barrau 2012; Wynne-Jones mfl. 2010; De Vries, Koeter, Nabitz, Hees og Schene 2012; Wynne-Jones, Windt, Ong, Bishop, Cowen, Artus og Sanders 2014.

12. Wainwright mfl. 2011; Wynne-Jones mfl. 2010; Welsh, Mallen, Wynne-Jones, Jinks 2012.

13. Wainwright, Wainwright, Keogh, Eccleston 2015; Wynne-Jones mfl. 2014.

14. Foley mfl. 2012; Krohne og Brage 2007; Wynne-Jones mfl. 2010b.

15. Knorring mfl. 2008; Wahlström og Alexanderson 2004b.

Rammebetingelser på innsiden og utsiden av helsevesenet

Flere av artiklene omhandler rammebetingelser for sykmeldingsarbeidet som legene mente var uhensiktsmessige. Tidspress og manglende mulighet til å utvide konsultasjonstider med spesielt utfordrende pasienter,<sup>16</sup> lange ventetider for utredning og undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, samt manglende oppfølgingstilbud ble løftet frem som årsaker til unødvendige lange sykmeldinger.<sup>17</sup> Noen artikler belyste derimot at allmennlegene manglet oversikt over tilgjengelige ressurser og tiltak, slik at pasientene ikke fikk tilbud om adekvat oppfølging.<sup>18</sup> Det var beskrevet som vanskelig å ta stilling til videre sykmelding når en annen sykmelder hadde initiert fraværet,<sup>19</sup> og mangelfull dialog mellom sykehusleger og allmennleger gjorde sykmeldingsarbeidet mer utfordrende.<sup>20</sup>

Problematiske rammebetingelser utenfor helsevesenet som allmennlegene løftet frem, var for generøse sykelønnsordninger (Foley mfl 2013a) og at de økonomiske insentivsystemene ikke fremmet tverrfaglig dialog mellom sykmeldingsaktørene (Mazza mfl. 2015). Videre var noen allmennleger frustrert over at systemet i for stor grad fokuserte på hva pasienten ikke kan (Foley mfl. 2013a) og at skjemaene i sykmeldingsoppfølgingen i for liten grad evnet å få frem kompleksiteten mange pasienter presenterer (Krohne og Brage 2007). I en studie med svenske allmennleger kom det frem at det var manglende samsvar mellom måten systemet var lagt opp og virkelighetens kompleksitet (Knorring mfl. 2008).

Egne mestringsstrategier

Få av de inkluderte artiklene hadde et tydelig mestringsorientert fokus på allmennlegers sykmeldingsarbeid, bortsett fra noen få som kort belyste at majoriteten av sykmeldinger faktisk er nødvendig, rett frem og uproblematisk.<sup>21</sup> Derimot hadde flere av artiklene funn som fortalte oss noe om hvordan allmennlegene mestret de problematiske sidene med rollen som sykmelder. Eksempler på mestringsstrategier var at allmennlegene selv initierte kontakt med bedriftshelsetjenesten og ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen,<sup>22</sup> at de sto imot eventuelt press om sykmelding,<sup>23</sup> brukte sykmeldingsreglene som

16. Bremander, Hubertsson, Petersson og Grahn 2012; Edlund og Dahlgren 2002; Gerner og Alexanderson 2009; Letrilliart og Barrau 2012; Nilsen mfl. 2011; Swartling mfl. 2008; Wynne-Jones mfl. 2010b.

17. Arrelöv mfl. 2007; Anema mfl. 2002; Foley mfl. 2013a; Nilsing mfl. 2013; Letrilliart og Barrau 2012; Swartling mfl. 2008; Wynne-Jones mfl. 2010b.

18. Letrilliart og Barrau 2012; Mazza mfl. 2015; Wainwright mfl. 2011; Coole, Watson, Drummond 2010.

19. Arrelöv mfl. 2007; Gerner og Alexanderson 2009; Letrilliart og Barrau 2012.

20. Pham mfl. 2014; Foley mfl. 2013a.

21. Foley mfl. 2012; Higgins mfl. 2013; Macdonald mfl. 2012.

22. Arrelöv mfl. 2007; Carlsson mfl. 2015; Gerner og Alexanderson 2009; Edlund og Dahlgren 2002.

23. Arrelöv mfl. 2007; Letrilliart og Barrau 2012.

et forhandlingsargument med pasientene,<sup>24</sup> søkte støtte og råd hos kolleger (Foley mfl. 2012), så på sitt sykmeldingsarbeid som «godt nok» (Gerner og Alexanderson 2009; Hussey mfl. 2004), diskuterte fordeler og ulemper ved å gå sykmeldt (Arrelov mfl. 2007), fremholdt at arbeid er helsebringende (Mykletun mfl. 2015; Welsh mfl. 2012), samt unngikk passive og lange sykmeldinger gjennom korte graderte sykmeldingsperioden med tett oppfølging.<sup>25</sup>

#### Opplæring i sykmeldingsarbeid

En av de inkluderte oversiktsartiklene fant at allmennleger mangler opplæring knyttet til sykmelding og sykefraværsoppfølging (Letrilliart og Barrau 2012), og i mer problematiske sykmeldingssaker ønsket allmennlegene selv mer opplæring (Foley mfl. 2012; Gerner og Alexanderson 2009). Noen studier viste at opplæring kunne gi økt bevissthet, selvtillit og trygghet rundt egen sykmeldingspraksis (Cohen mfl. 2012; Money mfl. 2010). Imidlertid viste en tverrsnittstudie at deltakelse på et trygdemedisinsk kurs verken førte til mindre sykmelding eller endret opplevelsen av arbeidsevnevurderinger i problematiske saker (Bremander mfl. 2012). En artikkel, med data fra kun fire mannlige allmennleger, evaluerte opplæring og bruk av ICF-rammeverket (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) for funksjonsvurderinger (Helsedirektoratet 2006), men disse allmennlegene rapporterte at dette var tidkrevende og krevde opplæring for relevant anvendelse (Fresk mfl. 2013).

#### Pasientenes symptomer og symptompresentasjon

Pasienter som har symptomer uten objektive funn ble i ulike artikler omtalt som særlig vanskelige å vurdere med tanke på sykmelding.<sup>26</sup> Allmennlegene ga uttrykk for at samfunnet og velferdssystemet ikke var like godt tilrettelagt for å håndtere slike pasienter (Knorring mfl. 2008). Når allmennlegene manglet objektive funn for pasientenes symptomer og funksjonstap, fokuserte de på mer på psykososiale forhold i samtalen med pasientene (Foley mfl. 2013a; Krohne og Brage 2008). Allmennlegene mente selv at de ved å gjøre dette kunne bidra til en medikalisering av pasientenes livsproblemer (Krohne og Brage 2008).

24. Carlsson mfl. 2015; Mykletun mfl. 2015; Welsh mfl. 2012.

25. Money mfl. 2010; Edlund og Dahlgren 2002; Nilsen mfl. 2015.

26. Krohne og Brage 2008; Nilsing mfl. 2013; Knorring mfl. 2008; Nilsen mfl. 2011; Wainwright mfl. 2015; Hoedeman mfl. 2010.

### Lege-karakteristika

Flere av de inkluderte artiklene omhandlet om og i hvilken grad allmennlegens kjønn influerte på sykmeldingspraksis. Noen artikler viste at kvinnelige allmennleger sykmeldte mer enn sine mannlige kollegaer,<sup>27</sup> andre at mannlige allmennleger sykmeldte mer (Wynne-Jones mfl. 2010a; Bremander mfl. 2012), mens andre igjen ikke fant slike kjønnsforskjeller.<sup>28</sup> I en tverrsnittstudie ble det heller ikke funnet noen kjønnsforskjeller knyttet til det å anslå rett sykmeldingslengde.<sup>29</sup> Noen få artikler undersøkte hvorvidt kjønnsdyadene mellom lege og pasient hadde betydning for sykmeldingspraksis. Mens en artikkel pekte på at kvinnelige allmennleger sykmeldte flere kvinnelige pasienter (Englund, Svärdsudd og Sick 2000), pekte andre på at mannlige allmennleger sykmeldte flere mannlige pasienter (Shiels og Gabbay 2006). Imidlertid fant vi også her artikler som viste at kjønnsdyadene ikke ser ut til å ha noen betydning (Kankaanpaa mfl. 2012). Dernest har flere forskere undersøkt hvorvidt allmennlegenes arbeidserfaring har betydning for sykmeldingspraksis, igjen med sprikende resultater. Noen artikler viste at lengre arbeidserfaring og/eller å være spesialist i allmenntillegisin sammenfalt med mer og lengre sykmelding,<sup>30</sup> mens andre hadde motsatte funn.<sup>31</sup> Sykmeldingspraksis for allmennleger i solo- eller gruppepraksis viste i en artikkel at leger i gruppepraksis var strengere enn leger i solopraksis (Markussen mfl. 2011), mens det i en annen artikkel ikke ble funnet slike forskjeller (Pham mfl. 2014). Allmennleger med korte pasientlister utstedte mindre sykmeldinger sammenlignet med allmennleger med lange pasientlister i følge en artikkel (Markussen mfl. 2011), men listestørrelsen hadde imidlertid ingen innvirkning på sykmeldingspraksis i en annen artikkel (Winde, Haukenes, Hetlevik og Gjesdal 2013). Noen forskere pekte på at det ikke synes å være noen assosiasjon mellom lege-karakteristika og fraværsmønster, men at liste-sammensetningen per se er mer avgjørende for fraværsmønsteret (Winde, Hansen, Gjesdal 2013), og andre viste til at det er ulik fraværstilbøyelighet mellom ulike arbeidstakere og en sterk sosial gradient i fraværsmønsteret (Markussen mfl. 2011).

Vi fant få artikler som direkte sammenlignet sykmeldingspraksis mellom allmennleger i ulike land. En tverrsnittstudie basert på vignetter viste ingen forskjell mellom sykmeldingspraksis hos leger i Polen og Norge (Godyc-ki-Cwirko, Nocun, Butler, Muras, Fleten og Melbye 2011), mens det i en annen artikkel fra samme forskergruppe ble funnet at polske allmennleger sykmeldte flere pasienter med bihulebetennelse og forkjølelse sammenlignet

27. Englund mfl. 2000; Englund og Svärdsudd 2000.

28. Macdonald mfl. 2012; Norrmén, Svärdsudd, Andersson 2008; Kankaanpaa, Putus, Tuominen 2014; Starzmann, Hjerpe, Dalemo, Björkelund og Boström 2012.

29. Sjöström, Wallin, Strandhagen, Baigi, Hensing, Björkelund 2014.

30. Norrmén mfl. 2008; Kankaanpaa mfl. 2014; Starzmann, Hjerpe, Dalemo, Björkelund, Boström 2012

31. Pham mfl. 2014; Kankaanpaa mfl. 2012; Maeland, Werner, Rosendal, Jonsdottir, Magnussen, Lie, Ursin og Eriksen 2013; Markussen, Roed, Røgeberg, Gaure 2011.

med de norske. (Halvorsen, Wennevold, Fleten, Muras, Kowalczyk, Godycki-Cwirko og Melbye 2011). (Imidlertid må polske pasienter ha sykmelding fra første fraværsdag.) I en tverrsnittstudie mellom skandinaviske land ble det ikke funnet andre forskjeller i sykmeldingspraksis enn at svenske allmennleger i mindre grad sykmeldte pasienter med psykiske diagnoser (Maeland mfl. 2013). En annen tverrsnittstudie mellom norske og svenske allmennleger viste at de norske signifikant oftere rapporterte det som vanskelig å håndtere situasjoner der det var uenighet mellom allmennlege og pasient om behov for sykmelding (Winde mfl. 2012).

Utover slike mer demografiske lege-karakteristika, har andre forskere undersøkt hvorvidt allmennlegenes personlige egenskaper og forhold virker inn på sykmeldingspraksis. Eksempelvis har allmennlegenes unngåelsesatferd (fear avoidance beliefs) i møte med ryggsmertepasienter vist signifikant assosiasjon mellom høy grad av unngåelsesatferd og mer sykmelding, også når de justerte for andre lege-karakteristika (Coudeyre, Rannou, Tubach, Baron, Coriat, Brin, Revel og Poiraudau 2006). Det samme ble også rapportert i en systematisk oversikt (Werner mfl. 2012). I studier der man så på grad av empati og tegn til utbrenthet hos allmennlegene ble det i en artikkel ikke funnet noen assosiasjon mellom dette og forskrivning av sykmeldinger (Torres, Aresté, Mora, Soler-González 2015). I en artikkel oppga mannlige og yngre allmennleger at de i større grad enn kvinnelige og eldre allmennleger vegret seg for å gå i konflikt med pasientene (Engblom, Nilsson, Arrelöv, Löfgren, Skånér, Lindholm, Hinas og Alexanderson 2011), og en annen artikkel viste at vikarer hadde et mindre anstrengt forhold til sykmelding ettersom de bare skulle ha et midlertidig forhold til sine pasienter (Hussey mfl. 2004). Noen av de inkluderte artiklene viste samtidig at måten pasientene presenterte sine problemer og holdninger til sykefravær, influerte på legenes sykmeldingspraksis (Englund mfl. 2000; Kankaanpaa mfl. 2012).

## DISKUSJON

Denne scoping-oversikten har avdekket en stor mengde litteratur som belyser allmennlegers holdninger til og erfaringer med sykmeldingsarbeid, samt lege-karakteristika. Flertallet av studiene var publisert i tidsrommet 2011–2015 med hovedvekt på forskningsdata fra Norge, Sverige og Storbritannia. Vi har sammenfattet seks tema som belyser allmennlegers holdninger og erfaringer med sykmelding og sykefraværsoppfølging og disse er: rollekonflikt, andre sykmeldingsaktører, rammebetingelser, mestringsstrategier, opplæring i sykmeldingsarbeid, pasientenes symptomer og symptompresentasjon. I tillegg har vi oppsummert hva vi fant av forskning knyttet til hvordan lege-karakteristika påvirker sykefravær.

I det følgende belyser vi scoping-oversiktens styrker og svakheter, diskuterer funnene opp i mot annen litteratur, belyser funnenes betydning for praksisutøvere og beslutningstakere i Norge, samt at vi beskriver mulige kunnskapshull på dette forskningstemaet.

### Styrker og svakheter

Vi anvendte et transparent, mye brukt (Pham mfl. 2014) og anerkjent (Colquhoun mfl. 2014) metodologisk rammeverk for scoping-oversikter (Arksey og O'Malley 2005), og vi samarbeidet med en forskningsbibliotekar omkring et nøyaktig beskrevet litteratursøk med klare inklusjonskriterier. Dernest arbeidet vi uavhengig av hverandre i hele seleksjonsprosessen, med en klar beskrivelse av dataekstraksjonen, og vi sammenstilte resultatene gjennom en iterativ prosess. Til sammen bidrar dette til en høy grad av reliabilitet og intern validitet av vår scoping-oversikt. For ytterligere økt transparens ønsket vi å registrere vår engelskspråklige protokoll i PROSPERO (Centre for Reviews and Dissemination 2011), men det viste seg at denne databasen foreløpig ikke registrerer scoping-oversikter.

Til forskjell fra systematiske oversikter, er det ikke vanlig å kvalitetsvurdere inkluderte artikler i en scoping-oversikt, og sammenstillingen av resultatene er mer kvalitativt enn kvantitativt. Scoping-oversikter kan derfor ikke være utgangspunkt for bastante konklusjoner om implikasjoner for verken praksis eller forskning. Grunnleggerne av det anvendte metodologiske rammeverket anser selv den manglende kvalitetsvurderingen som en metodologisk svakhet (ibid.), og det er en pågående diskusjon om kvalitetsvurdering bør bli en del av det metodologiske rammeverket for scoping-oversikter (Pham mfl. 2014). Når imidlertid hensikten er å sammenstille vidt ulike typer litteratur og primærstudier, kan kvalitetsvurdering både være umulig (manglende verktøy) (Crooks, Kingsbury, Snyder og Johnston 2010) og vanskelig (manglende konsensus om verktøy) (Malterud 2011).

For bedre å imøtekomme scoping-oversiktens hensikt med bred litteraturredekning, kunne vi med fordel ha hatt med flere søkeord, søkt etter relevante rapporter, veiledere og bøker, søkt i flere databaser, samt foretatt en manuell gjennomgang av utvalgte tidsskrifter. Deretter kunne vi ha gjennomgått referanselistene til de inkluderte artiklene siden andre oversikter har funnet relevante artikler på den måten (Söderberg og Alexanderson 2005), samt drøftet resultatene systematisk med andre eksperter (trinn seks i det metodologiske rammeverket). Men på grunn av tidsrammen for dette arbeidet anså vi ikke dette som gjennomførbart.

Ettersom noen av de inkluderte primærstudier også har vært en del av de inkluderte oversiktsartiklene, kan noen av resultatene ha fått uforholdsmessig stor tyngde på grunn av «dobbelrepresentasjon».

Endelig er det verdt å bemerke at våre egne holdninger mest sannsynlig har påvirket både forskningsspørsmålene, dataekstraksjon og sammenstillingen i denne scoping-oversikten. Vi, som alle forskere, er ikke objektive.

### Den sykmeldende legen og pasienten

Legens todelte rolle som advokat og sakkyndig har i flere tiår vært gjenstand for diskusjon,<sup>32</sup> og denne rollekonflikten var et tilbakevendende tema i flere av de inkluderte artiklene. Behandlerrollen er kjernen i legeyrket. Når behandlerrollen blir tillagt nye oppgaver og ansvarsområder, for eksempel som følge av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), erfarer allmennlegene stadig økte krav til kunnskap og ferdigheter. Kan det derfor tenkes at allmennleger kunne ønske å bli fritatt for rollen som sykmelder? Resultatene fra noen av de inkluderte studiene belyste dette temaet i noen grad.<sup>33</sup> Noen av legene hadde gjerne sett at andre tok ansvar for sykmeldingsarbeidet, samtidig som flere konkluderte med at ingen andre er bedre rustet til å inneha denne arbeidsoppgaven, blant annet på grunn av deres inngående kjennskap til pasientene og helheten rundt dem. Men det kan tenkes at norske allmennleger kunne ønske å få mer støtte enn de vanligvis får, slik at de står mindre alene i oppfølgingen av sykmeldte. Et slikt eksempel er et prosjekt hvor rådgivende leger i Nav kom til allmennlegens kontor for å drøfte konkrete sykmeldingssaker. Allmennlegene rapporterte stor tilfredshet med en slik ordning. (Mykletun, Nilsen, Kann, Jacobsen, Wesnes og Nordhagen 2015).

Et tilbakevendende tema i flere av de inkluderte artiklene var at mange av legene var opptatt av å bevare allianse og tillit, samt unngå konflikt med pasientene sine i sykmeldingsspørsmål.<sup>34</sup> Disse artiklene var fra flere ulike land og kan tyde på at legenes ønsker om å bevare tillitsforholdet til pasientene er tilstede uavhengig av velferdssystem, og imøtegår påstander om at konfliktunngåelse i sykmeldingsspørsmål er et særnorsk fenomen (Carlsen og Norheim 2005). Allmennlegene er i en særlig god posisjon til å gjøre sykmeldingsvurderinger sammen med pasientene sine ettersom tillitsforholdet mellom dem åpner for at pasienter tør å være ærlig. Dette tillitsforholdet er kanskje spesielt viktig for pasienter med langvarige og funksjonsnedsettende symptomer uten objektive funn (Malterud 2002; Malterud og Hunskaar 2002).

Et sentralt element i den hippokratiske lege-eden er å unngå skade. Kan det tenkes at allmennleger som passivt lar pasienter «sykmelde seg» derimot på lang sikt bidrar til å skade pasientene sine? Det foreligger mye dokumentasjon på at arbeid er helsebringende (Rueda, Chambers, Wilson, Mustard, Rourke, Bayoumi, Raboud og Lavis 2012), spesielt for pasienter med psykiske plager (Noordt, IJzelenberg, Droomers og Proper 2014). For pasienter med fysiske plager er resultatene av longitudinelle studier imid-

32. Arnesen og Fredriksen 1995; Getz mfl. 1994; Larsen mfl. 1994.

33. Pham mfl. 2014; Gerner og Alexanderson 2009; Hussey mfl. 2004; Wynne-Jones mfl. 2010a.

34. Foley mfl. 2012; Higgins mfl. 2014; Macdonald mfl. 2012; Mazza mfl. 2015; Nilsing mfl. 2013; Campbell og Ogden 2006; Nilsen mfl. 2011; Wainwright mfl. 2015; Nilsen mfl. 2015; Maeland, Magnussen, Eriksen, Werner, Helle-Valle og Hensing 2015; Swartling, Peterson og Wahlström 2015.



lertid sprikende (ibid.). Det er samtidig viktig å fremheve at forskning som viser at arbeid er helsebringende blir influert av helseselseksjon («the healthy worker effect»), samt at slik forskning ser på gruppe-effekt fremfor enkelt-individer. Dernest er det viktig å erkjenne at det finnes både «gode» og «dårlige» jobber. En engelsk registerstudie så på forekomst av vanlige psykiske lidelser hos personer som var arbeidsledig versus personer som rapporterte å ha jobber med dårlig psykososialt miljø. Denne studien viste at dersom man har en jobb med dårlig psykososialt miljø er ikke jobb assosiert med bedre mental helse enn arbeidsledighet (Butterworth, Leach, McManus og Stansfeld 2013). Videre indikerer en ny systematisk oversikt at usikre ansettelsesforhold kan være like helseskadelige som arbeidsledighet (Kim og Knesebeck 2015).

Samtidig vet vi for lite om hvilken effekt en sykmelding faktisk har. Norske forskere ønsket å gjennomføre et prosjekt med å randomisere pasienter til sykmelding for nettopp å effekt-evaluere om man blir sykere eller friskere av å gå sykmeldt. Prosjektet ble møtt med sterk motstand fra allmennlegene. I en kvalitativ studie der denne motstanden ble utforsket, fremkom det blant annet at allmennlegene mente at pasientene ikke ville gå med på randomiseringen (Maeland mfl. 2011). Men ettersom pasientene selv aldri fikk muligheten til å ta et informert valg om å bli randomisert til sykmelding eller ikke, kan det heller ikke slås fast at allmennlegenes motstand var velbegrunnet (ibid.). Kan det tenkes at sykmelding i større grad burde sees på som en intervensjon med mulige virkninger og bivirkninger, og at vi derfor bør vite mer om hvilke dose som er rett? Flere av artiklene viste at allmennlegene hadde et bevisst forhold til bruk av sykmelding ved at de løftet frem ulike perspektiv i møte med pasientene, utfordret holdninger og utøvde motstand.<sup>35</sup> Allmennlegers redsel for at pasientene tar en diskusjon rundt sykmelding ille opp, er kanskje overdreven? En kvalitativ studie med 19 walisiske pasienter som nylig hadde fått sykmelding etter besøk hos allmennlegen fant at pasientene sjeldent oppsøkte legen kun med mål om en sykmelding. De ønsket å diskutere sin situasjon med legen, få råd og opplevde ikke at diskusjon rundt sykmelding var truende (O'Brien, Cadbury, Rollnick og Wood 2008). Annen forskning har vist at allmennlegene tillegger pasientene ønsker og behov de faktisk ikke har (Ring, Dowrick, Humphris og Salmon 2005). Pasienter med langvarige og funksjonsnedsettende symptomer uten objektive funn ønsker seg for eksempel mer emosjonell støtte fremfor mer undersøkelser, medikamenter og henvisninger (Salmon, Ring, Dowrick og Humphris 2005).

Pasienter med uspesifikke helseplager ble løftet frem som særlig utfordrende for legenes sykmeldingsarbeid i flere av de inkluderte artiklene.<sup>36</sup> Legene opplever ikke at system og virkelighet stemmer overens når det gjelder oppfølging av denne heterogene pasientgruppen (Knorring mfl. 2008).

35. Arrelöv mfl. 2007; Money mfl. 2010; Edlund og Dahlgren 2002; Welsh mfl. 2012; Nilsen mfl. 2015.

36. Krohne og Brage 2008; Nilsing mfl. 2013; Knorring mfl. 2008; Nilsen mfl. 2011; Wainwright mfl. 2015; Hoedeman mfl. 2010.

Det trengs derfor mer kunnskap om slike tilstander, effektive behandlingstilnærminger i allmennpraksis,<sup>37</sup> samt aksept blant alle sykmeldingsaktører for at allmennlegene er den legespesialisten som har best forutsetning for å håndtere disse pasientene (Aamland 2015).

Vår egen erfaring som klinikere og forskere gjør at vi kjenner oss igjen i holdningene og erfaringene fra de inkluderte artiklene om at det kan være gode grunner for å la behandlerrollen ha større innflytelse enn sakkyn-dighetsrollen. En av allmennmedisinens syv teser er «å gi mest til de som trenger det mest» (Tidsskrift for Den norske legeförening 2003). I møte med enkelte marginaliserte pasienter som har en skjor tilknytning til arbeidslivet, kan en lege som på en stødig og avbalansert måte agerer som pasientens advokat være av stor betydning for enkeltmenneskers møter med myndighetene. I slike saker kan det imidlertid være riktig at Nav-ansatte blir mer aktive i utøvelsen av lovverket, slik at de for eksempel avslår sykmeldingen og heller fremmer dialog om andre mulige løsninger for den aktuelle pasient.

Det var nedslående hvor lite av den inkluderte forskningslitteraturen som hadde fokusert på det uproblematisk sykmeldingsarbeidet. En av de inkluderte oversiktsartiklene konkluderte med at det er lite evidens for å slå fast at leger anser sykmeldingsarbeidet som problematisk og at de utfører denne oppgaven utilfredsstillende (Wahlström og Alexanderson 2004a). Bare tre nyere artikler understreket det faktum at legene anser majoriteten av sykmeldingsarbeidet som nødvendig og «rett frem».<sup>38</sup> I de problematiske, sykmeldingssakene viser også flere av de inkluderte artiklene at legene har en rekke mestringsstrategier.<sup>39</sup> Innsikt i vellykkede strategier er en viktig kunnskapskilde (Bradley 1992), og fremtidig forskning burde i større grad utforske vellykkede sykmeldingsstrategier.

Å være allmennlege innebærer livslang læring og utvikling, og flere av de inkluderte artiklene viste at allmennlegene hadde positive holdninger til og erfaringer med opplæring i sykmeldingsarbeid.<sup>40</sup> Norske myndigheters forsøk på innføring av obligatoriske etterutdanningskurs i 2014 møtte imidlertid så sterk motstand at planlagte statlige sanksjoner mot leger som ikke gjennomførte kurset, ble trukket tilbake (Nav 2015). I noen få artikler fremmer allmennlegene selv forslag og ønske om mer opplæring i sykefraværarbeidet.<sup>41</sup> Det er påvist at slik kursing øker bevisstheten rundt arbeidet og styrker selvtilliten og tryggheten til allmennlegene (Anema, Steenstra, Bongers, de Vet, Loisel og van Mechelen 2007; Wynne-Jones mfl. 2010b).

37. Burton, Weller, Marsden, Worth og Sharpe 2012; Rosendal, Blankenstein, Morriss, Fink, Sharpe og Burton 2013.

38. Foley mfl. 2012; Higgins, Porter og Halloran 2014; Macdonald mfl. 2012.

39. Pham mfl. 2014; Arrelöv mfl. 2007; Carlsson mfl. 2015; Foley mfl. 2012; Gerner og Alexanderson 2009; Hussey mfl. 2004; Macdonald mfl. 2012; Campbell og Ogden 2006; Money mfl. 2010; Edlund og Dahlgren 2002; Welsh mfl. 2012; Coole mfl. 2010; Nilsen mfl. 2015.

40. Cohen mfl. 2012; Foley mfl. 2012; Fresk mfl. 2013; Gerner og Alexanderson 2009; Money mfl. 2010.

41. Foley mfl. 2012; Gerner og Alexanderson 2009; Wynne-Jones mfl. 2010a.

Imidlertid har ikke slik økt bevissthet vist seg å føre til et lavere sykefravær (Bremander mfl. 2012). Dessuten har ingen tidligere forskning vist at opplæring av leger reduserer sykefraværet (Mykletun mfl. 2015; Aamland, Malterud og Werner 2012). Dette illustrerer at holdninger og atferd ikke alltid samsvarer. Det kan bety at det er vanskelig å endre adferd hos erfarne leger, men kan like gjerne være et uttrykk for at leger kun sykmelder de som faktisk bør sykmeldes. Vi kommer dermed tilbake til det faktum at vi ikke vet om et sykefraværstilfelle gjør en pasient friskere eller sykere. Da må vi kanskje akseptere at det blir det opp til allmennlegen og pasienten å vurdere hva som er best i enkelttilfeller?

Legers «practice-style» er vist å kunne påvirke pasienters sykmelding. (Markussen, Røed og Røgeberg 2013). Men vår systematiske kartlegging av lege-karakteristika og sykmeldingspraksis viser ingen konsistens verken i forhold til legekjønn, kjønnsdyader, arbeidserfaring og andre rammebetingelser som praksistype og listeforhold. Resultatene går på kryss og tvers. En av de inkluderte oversiktene fra 2004 (Wahlström og Alexanderson 2004b) konkluderte med at det er for lite kunnskap om hvorfor det er så ulik sykmeldingspraksis mellom ulike allmennleger. Men, vi stiller oss spørrende til om videre forskning på ulike lege-karakteristika virkelig vil føre til økt og bedre forståelse av sykefravær. Arbeidsuførhet kommer som kjent som følge av en rekke faktorer; personlige forhold, arbeidsplassforhold, samfunnsmessige faktorer, helsevesen og kompensasjonssystem, kjent som «the Work Disability Paradigm» (Loisel og Anema 2013). På grunn av disse multiple faktorene kan et så komplekst fenomen som sykefravær ikke fullt ut bli forstått og forklart ved å skjule til kun én av faktorene, som for eksempel sykmeldende behandler. De sprikende og inkonsistente resultatene om lege-karakteristika støtter oppunder dette.

#### Sykefravær – et komplekst fenomen med flere aktører

I vår analyse var det et gjennomgående funn at allmennleger ser på sykefravær som et komplekst fenomen. De framholdt at de bare er én av flere sykmeldingsaktører, noe som spesielt blir tydelig i lange sykefraværstilfeller (Maiwald, Rijk, Guzman, Schonstein, Yassi 2011; Higgins, O'Halloran, Porter 2012). Forskning viser at hver aktør ser ut til å operere innenfor et spesielt sett av økonomiske, sosiale, kontekstuelle og rettslige rammefaktorer (Franche, Baril, Shaw, Nicholas, Loisel 2005). Allmennleger er opplært innenfor medisinsens paradigme til å undersøke og behandle symptomer og sykdom (Soklaridis, Tang, Cartmill, Cassidy og Andersen 2011). Ansatte i arbeids- og velferdsforvaltning er styrt av lover og regelverk for vurdering av funksjonsevne og arbeidsuførhet (Franche, Baril, Shaw, Nicholas, Loisel 2005), mens arbeidsgivere og ledere er styrt av økonomisk profitt i tillegg til lover og regelverk (Young, Wasiak, Roessler, McPherson, Anema, Poppel 2005). Disse ulike utgangspunktene medfører ulike vurderinger av hva som er de mest funksjonsbegrensende plagene (Mæland mfl. 2011). Norske allmennleger vurderer at muskel/skjelett- og psykiske plager fører til

dårligere helse, mer redusert arbeidskapasitet, og i større grad har behov for 100 % sykmelding sammenlignet med ledere, befolkningen generelt og Nav-ansatte (Maeland mfl. 2015). Dialog og samarbeid mellom aktørene er derfor en viktig faktor for god håndtering av den sykmeldte (Higgins mfl. 2012), men ulikt ståsted kan gjøre dette utfordrende. Nettopp denne utfordringen blir løftet frem av allmennleger i flere av de inkluderte artiklene. Allmennleger erfarer at det er vanskelig å kommunisere med ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen (Hoedeman mfl. 2010), og at det er en manglende tillit mellom aktører, samt at det er problematisk når ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen skal overprøve legenes faglige vurderinger (Nilsing mfl. 2013). Nederlandske studier viser at aktører med samme grunnutdanning, bedriftsleger og allmennleger, har forskjellige holdninger til sykefraværsoppfølging (Anema mfl. 2002; Hoedeman mfl. 2010). Allmennlegene beskyldes av bedriftslegene for å ha for lite fokus på å forebygge sykefravær og retur til arbeid (Hoedeman mfl. 2010). Mye kan tyde på at dialog mellom sykefraværsaktører er et felt som har forbedringspotensial. Funnene i denne scoping-oversikten tyder på at allmennlegene ser på arbeidsgiver og pasient som de viktigste aktørene.<sup>42</sup> Dette støttes av at endringer i arbeidsmiljø og måten arbeidsplassen er organisert på (Oostrom, Mechelen, Terluin, de Vet og Anema 2005), samt intervensjoner på arbeidsplasser har vist å redusere sykefravær.<sup>43</sup> Det at allmennleger opplever dialog med arbeidsgiver som vanskelig på grunn av taushetsplikten, kan være en viktig barriere å overkomme dersom arbeidsgiver skal få anledning til å ta en mer aktiv rolle. Derneft mener noen allmennleger at pasienter påvirker sykefraværet sitt negativt gjennom å være passive, lite samarbeidsvillige, og tenke at de har rett på sykmelding for ikke-medisinske forhold (Arrelöv mfl. 2007; Anema mfl. 2002). Det såkalte «Tillitsprosjektet» i Mandal kommune bygger på en tettere dialog mellom arbeidsgiver og ansatt for å finne gode «nærværsløsninger» (Olsen og Jentoft 2012). Med utvidet rett til egenmeldingsperiode på inntil ett år, ble ansvaret plassert nettopp der mange allmennleger mener ansvaret og mulighetene ligger, slik at allmennlegen ikke trenger å være en «mellommann som legitimerer fraværet». En av evalueringene av «Tillitsprosjektet» viste imidlertid at gjennomsnittslengden på langtidssykefravær økte i prosjektperioden, og det ble rapportert om økt sykenærverspress fra arbeidstakere (ibid.). En annen evaluering, publisert to år senere viste imidlertid at sykefraværet ble redusert i Mandal kommune, gjennom et redusert antall langtidssykefravær, spesielt i for kvinner i aldersgruppen under 50 år\* Den første evalueringen understreket at en del arbeidstakere ikke hadde ressurser til å ivareta sine egne interesser i møte med lederen, og at lederne ofte savnet en tettere dialog med allmennlegen fordi de ble usikre på hvor alvorlig helsetilstanden og situasjonen faktisk var ((Olsen og Jentoft 2012)). Dette taler for at allmennlegens

42. Edlund og Dahlgren 2002; Foley mfl. 2012; Foley mfl. 2013a; Letrilliart og Barrau 2012; Pham mfl. 2014; Wynne-Jones mfl. 2010b, 2014.

43. Anema mfl. 2007; Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron og Hillage 2010; Odeen, Magnussen, Maeland, Larun, Eriksen og Tveito 2012; Tveito, Hysing og Eriksen 2004.

rolle er viktig og riktig for en del pasienter, og at helsemedisinsk kompetanse bør være med å definere noen grenser for nærvær hos en del arbeidstakere, kanskje spesielt de mest marginaliserte (ibid.). Dette kan bety at alle aktører som blir sittende med ansvaret for sykmelding og sykefraværsoppfølging vil oppleve det som utfordrende, og at det å flytte «porten» ikke nødvendigvis vil redusere sykefraværet. Videre var tid beskrevet i flere av de inkluderte artiklene som en viktig begrensende rammebetingelse for allmennleger i kompliserte saker.<sup>44</sup> Men dette var også en utfordring for lederne i «Tillitsprosjektet» siden de hadde hele ansvaret for oppfølging (Olsen og Jentoft 2012). For allmennlegene kan lite tid også henge sammen med opplevelsen av å ha for liten oversikt over tilgjengelige ressurser (Nav-tiltak, behandlingstilbud, henvisningsmuligheter), som kanskje fører til en unødvendig sykmelding. Flere av de inkluderte artiklene beskrev eksempler på «ventesykmeldinger»; når pasientene «blir liggende i systemet» på grunn av lang ventetid for videre utredning og behandling.<sup>45</sup>

Det å se til en aktør, når fenomenet sykefravær er så komplekst, bidrar ikke til at vi kommer noe videre. Etter vår mening er det på høy tid at både offentlig debatt og forskning i større grad tar innover seg at sykefravær er et komplekst fenomen. Noen spørsmål som en bør tørre å stille i Norge er for det første om vi virkelig har et for høyt sykefravær. At det er dyrt, er ikke det samme som at det er for høyt. Dernest må det diskuteres om det virkelig er politisk vilje i samfunnet til å redusere sykefraværet. Både Sverige og Nederland har det siste tiåret iverksatt tiltak basert på politiske beslutninger som har endret de samfunnsmessige rammebetingelsene knyttet til sykepengene. Dessuten har andre forskere rett i at det er en vanskelig målkonflikt i avtalen om inkluderende arbeidsliv når det ene målet er å inkludere flere syke og funksjonshemmede i arbeidslivet, mens et annet mål er å redusere sykefraværet (Wergeland og Bruusgaard 2005).

Vår scoping-oversikt viser viktigheten av å stille spørsmål om hva som styrer sykefraværsforskernes valg av forskningsspørsmål. Det meste av forskningen har et problemfokus der legenes utfordringer vektlegges i mye større grad enn gode og positive erfaringer knyttet til sykefraværsarbeidet. Når en stor andel av allmennlegens arbeid er knyttet til vurdering av behov for sykmelding er det underlig at det problematiske sykefraværsarbeidet blir viet så stor oppmerksomhet. Dette kan tyde på at vi forskere i for stor grad er styrt av politiske føringer, i dette tilfellet å få sykefraværet ned og å finne aktør(ene) som er skyld i at det ikke går ned. På den måten kan mange av de inkluderte artiklene om allmennlegenes holdninger mer være et uttrykk for forskernes egne holdninger og på den måten være uttrykk for «confirmation bias». Videre kan det være en risiko for at holdninger og erfaringer som muligens eksisterer ikke blir belyst fordi forskerne ikke aktivt etterspør disse

44. Bremander mfl. 2012; Edlund og Dahlgren 2002; Gerner og Alexanderson 2009; Letrilliart og Barrau 2012; Nilsen mfl. 2011; Swartling mfl. 2008; Pham mfl. 2014.

45. Anema mfl. 2002; Arrelöv mfl. 2007; Foley mfl. 2013a; Letrilliart og Barrau 2012; Nilsing mfl. 2013; Swartling mfl. 2008; Pham mfl. 2014.

(Schwarz 1999). Endelig er det viktig å påpeke at holdninger er et fenomen som det er knyttet mange utfordringer til å måle empirisk.

## KONKLUSJON

Vår scoping-oversikt viser at det fins mye forskningslitteratur med ulike studiedesign som belyser allmennleges holdninger og erfaringer med sykefraværarbeid, særlig fra Norge, Sverige og Storbritannia. Eksisterende forskning har et entydig fokus på de problematiske sykmeldingene. Utfordringer knyttet til å ivareta pasienter med uspesifikke plager, bevare allianse og tillit i lege-pasientforholdet, samt utfordrende dialog med andre aktører løftes særlig frem. Det mangler forskningsbasert kunnskap om vellykkede sykmeldingsforløp som kan ha overføringsverdi til alle sykmeldingsaktører. Kartleggingen av hvorvidt lege-karakteristika påvirker sykmeldingspraksis viste sprikende resultater. Til slutt vil vi understreke at sykefraværarbeid er et komplekst fenomen som ikke kan forstås ved å kun se på en enkeltaktør, som legen.<sup>46</sup>

## LITTERATUR<sup>47</sup>

- Altman, D. (1999[1990]) *Practical statistics for medical research*, London: Chapman & Hall/CRC.
- Anema, J.R., I. Steenstra, P. Bongers, H.C. de Vet, P. Loisel og W. van Mechelen (2007) Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial, *Spine*, 32:291–8.
- Anema, J.R., A.M. van der Giezen, P.C. Buijs, W. van Mechelen (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, *Occupational and Environmental Medicine* 59(11):729–33, DOI:10.1136/oem.59.11.729.
- Arksey, H., L. O'Malley (2005) Scoping studies: towards a methodological framework *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1):19–32, DOI: 10.1080/1364557032000119616.
- Arnesen, T., S. Fredriksen (1995) Coping with obligations towards patient and society: an empirical study of attitudes and practice among Norwegian physicians, *Journal of Medical Ethics*, 21:158–61.

46. Vi takker forskningsbibliotekar Gunhild Helene Austrheim ved Høgskolen i Bergen for hjelp og veiledning i forbindelse med litteratursøk. Og tusen takk til Irene Øyeflaten, Marit Knapstad og Camilla Sigvaldsen Løvvik for konstruktive innspill under arbeidet med artikkelen.

47. Appendix kan lastes ned her:  
<http://uni.no/nb/uni-rokkansenteret/tidsskrift-for-velferdsforskning/>

- Arrelöv, B., K. Alexanderson, J. Hagberg, A. Löfgren, G. Nilsson, S. Ponzer (2007) Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273.
- Bradley, C.P. (1992) Turning anecdotes into data—the critical incident technique, *Family Practice*, 9(1):98–103.
- Brage, S., I. Kann (2006) *Fastlegers sykemeldingspraksis I: Variasjoner*, RTV-rapport 05/2006, hentet 25.4.2014 på <http://www.nav.no/Forsiden/attachment/1073745851?true&ts=10cd428e448>.
- Bremander, A.B., J. Hubertsson, I.F. Petersson, B. Grahn (2012) Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice, *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1):78–87, DOI 10.1007/s10926-011-9321-5.
- Burton, C., D. Weller, W. Marsden, A. Worth, M. Sharpe (2012) A primary care symptoms clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial, *BMJ Open*, 2:e000513, DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000513.
- Butterworth, P., L.S. Leach, S. McManus, S.A. Stansfeld (2013) Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: is a poor job better than no job at all? *Psychological Medicine* 43(8):176–1772, DOI:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002577>.
- Campbell, A., J. Ogden (2006) Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care, *Family practice*, 23(1):125–30, DOI: 10.1093/fampra/cmi099.
- Carlsen, B., O.F. Norheim (2005) «Saying no is no easy matter» A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research* 5:70, DOI: 10.1186/1472-6963-5-70.
- Carlsson, L., L. Lännerström, T. Wallman, I.K. Holmström (2015) General practitioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system: a qualitative focus-group study, *BMC Family Practice*, 16:21, DOI: 10.1186/s12875-015-0238-5.
- Carroll, C., J. Rick, H. Pilgrim, J. Cameron, J. Hillage (2010) Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions, *Disabil Rehabil*, 32(8):607-21, DOI: 10.3109/09638280903186301.
- Centre for Reviews and Dissemination (2011) PROSPERO International prospective register of systematic reviews 2011 [oppdatert 28.11.2013; sitert 2.5.2014], hentet på: <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>.
- Cohen, D., S. Khan, J. Allen, N. Sparrow (2012) Shifting attitudes: The national education programme for work and health, *Occupational Medicine*, 62(5):371-4, DOI: 10.1093/occmed/kqs081.
- Cohen, D., N. Marfell, K. Webb, M. Robling, M. Aylward (2010) Managing long-term worklessness in primary care: A focus group study, *Occupational Medicine*, 60(2):121–6, DOI: 10.1093/occmed/kqp169.

- Colquhoun, H.L., D. Levac, K.K. O'Brien, S. Straus, A.C. Tricco, L. Perrier, M. Kastner, D. Moher (2014) Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting, *J Clin Epidemiol*. 67(12):1291–4, DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.03.013.
- Coole, C., P.J. Watson, A. Drummond (2010) Work problems due to low back pain: what do GPs do? A questionnaire survey, *Family Practice*, 27(1):31–7, DOI: 10.1093/fampra/cmp074.
- Coudeyre, E., F. Rannou, F. Tubach, G. Baron, F. Coriat, S. Brin, M. Revel, S. Poiraudou (2006) General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*, 124(3):330–7.
- Crooks, V., P. Kingsbury, J. Snyder, R. Johnston (2010) What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review, *BMC Health Services Research*, 10:266, DOI: 10.1186/1472-6963-10-266.
- Den norske legeforening (2015) *Etiske regler for leger*, vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2015, hentet på <http://legeforeningen.no/om-legeforeningen/organisasjonen/rad-og-utvalg/organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- De Vries, G., M.W.J. Koeter, U. Nabit, H.L. Hees, A.H. Schene (2012) Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians, *Journal of Affective Disorders*, 136(3):1017–26, DOI: 10.1016/j.jad.2011.06.035.
- DIFI (2015) *Innbyggerundersøkelsen 2015: Hva mener brukerne?*, hentes på: [https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport\\_2015\\_6\\_innbyggerundersokelsen\\_2015\\_hva\\_mener\\_brukerne.pdf](https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2015_6_innbyggerundersokelsen_2015_hva_mener_brukerne.pdf), Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Edlund, C., L. Dahlgren (2002) The physician's role in the vocational rehabilitation process, *Disability and Rehabilitation* 24(14):727–33, DOI:10.1080/09638280210124310.
- Engblom, M., G. Nilsson, B. Arrelöv, A. Löfgren, Y. Skånér, C. Lindholm, E. Hinas, K. Alexanderson (2011) Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification, *Scandinavian journal of primary health care*, 29(4):227–33, DOI:10.3109/02813432.2011.628235.
- Englund, L., K. Svärdsudd (2000) Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(2):81–6.
- Englund L, G. Tibblin, K. Svärdsudd (2000) Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18(1):48–52, DOI:10.1080/028134300750018954.
- Foley, M., K. Thorley, M.-C. van Hout (2013a) Sickness certification difficulties in Ireland—a GP focus group study, *Occupational Medicine*, 63(5):369–72, DOI: 10.1093/occmed/kqt056.
- Foley, M., K. Thorley, M.-C. van Hout (2013b) Assessing fitness for work: GPs judgment making, *European Journal of General Practice*, 19(4):230–6, DOI:10.3109/13814788.2013.786037.



- Foley, M., K. Thorley M. Denny (2012) «The sick note»: A qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland, *European Journal of General Practice*, 18(2):92–9, DOI:10.3109/13814788.2012.672967.
- Franché, R., R. Baril, W. Shaw, M. Nicholas, P. Loisel (2005) Workplace- based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15:525–42, DOI: 10.1007/s10926-005-8032-1.
- Fresk, M., Y. Skånér, B. Arrelöv, G. Nilsson (2013) ICF can provide support in the description of activity limitations, *Läkartidningen*, 110(27–28):1289.
- Gerner, U., K. Alexanderson (2009) Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey, *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1):57–63, DOI: 10.1177/1403494808097170.
- Getz, L., S. Westein, B. Paulsen (1994) Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 12(114):1435–41.
- Godycki-Cwirko, M., M. Nocun, C.C. Butler, M. Muras, N. Fleten, H. Melbye (2011) Sickness certification for patients with acute cough/LRTI in primary care in Poland and Norway, *Scandinavian journal of primary health care*, 29(1):13–8, DOI:10.3109/02813432.2010.544898.
- Halvorsen, P.A., K. Wennevold, N. Fleten, M. Muras, A. Kowalczyk, M. Godycki-Cwirko, H. Melbye (2011) Decisions on sick leave certifications for acute airways infections based on vignettes: a cross-sectional survey of GPs in Norway and Poland, *Scandinavian journal of primary health care*, 29(2):110–6, DOI:10.3109/02813432.2011.555382.
- Helsedirektoratet (2006) ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, hentet på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>.
- Higgins, A., P. O'Halloran, S. Porter (2012) Management of long term sickness absence: a systematic realist review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22:322–32, DOI 10.1007/s10926-012-9362-4.
- Higgins, A., S. Porter, P. O'Halloran (2014) General practitioners' management of the long-term sick role, *Social Science and Medicine*, 107:52–60, DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.01.044.
- Hoedeman, R, B. Krol, A.H. Blankenstein, P.C. Koopmans, J.W. Groothoff (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, DOI: 10.1186/1472-6963-10-305.
- Hussey, S., P. Hoddinott, P. Wilson, J. Dowell, R. Barbour (2004) Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland, *BMJ*, 328(7431):88.
- Kankaanpää, A.T., J.K. Franck, R.J. Tuominen (2012) Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European journal of public health*, 22(1):92–6.

- Kankaanpaa, A.T., T.M. Putus, R.J. Tuominen (2014) Factors affecting sick leave prescribing in occupational health care: a survey based on hypothetical patient cases. *BMC health services research*, 14:168.
- Kiessling, A., B. Arrelöv (2012) Sickness certification as a complex professional and collaborative activity – a qualitative study, *BMC public health*, 12:702, DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37949.656389.EE>.
- Kim, T.J., O. von dem Knesebeck (2015) Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment, *BMC Public Health*, 15:985, DOI: 10.1186/s12889-015-2313-1.
- Knorrning, M. von, L. Sundberg, A. Löfgren, K. Alexanderson (2008) Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1):22–8, DOI:10.1080/02813430701747695.
- Krohne, K., S. Brage (2007) New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(3):172–7, DOI: 10.1080/02813430701267421.
- Krohne, K., S. Brage (2008) How GPs in Norway conceptualize functional ability: a focus group study, *British Journal of General Practice*, 58(557):850–5, DOI: 10.3399/bjgp08X376131.
- Larsen, B.A., O.H. Førde, G. Tellness (1994) Legens kontrollfunksjon ved sykmelding, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 114.12:1442-1444.
- Letrilliart, L., A. Barrau (2012) Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review, *European Journal of General Practice*, 18(4):219–28, DOI:10.3109/13814788.2012.727795.
- Levac, D., H. Colquhoun, K.K. O'Brien (2010) Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5:69.
- Liberati, A. D.G. Altman, J. Tetzlaff, C. Mulrow, P.C. Gøtzsche, J.P.A. Ioannidis, M. Clarke, P.J. Devereaux, J. Kleijnen, D. Moher (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration, *Annals of internal medicine* 151(4):W-65-W-94. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00136.
- Loisel, P., J.R. Anema (red.) (2013) *Handbook of work disability. Prevention and management*, New York: Springer; 2013.
- Macdonald, S., M. Maxwell, P. Wilson, M. Smith, W. Whittaker, M. Sutton, J. Morrison (2012) A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression, *BMC family practice* 13:82, DOI: 10.1186/1471-2296-13-82.
- Maeland, S., L. Magnussen, H.R. Eriksen, E. Werner, A. Helle-Valle, G. Hensing (2015) Correspondence in stakeholder assessment of health, work capacity and sick leave in workers with comorbid subjective health complaints? A video vignette study, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1–10, DOI 10.1007/s10926-015-9618-x.

- Maeland, S., L.H. Magnussen, H.R. Eriksen, K. Malterud (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):888–93, DOI:10.1177/1403494811424613.
- Maeland, S., E.L. Werner, M. Rosendal, I.H. Jonsdottir, L.H. Magnussen, S.A. Lie, H. Ursin, H.R. Eriksen (2013) Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: a cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark, *Scandinavian journal of primary health care*, 31(4):227–34, DOI:10.3109/02813432.2013.844412.
- Maiwald, K., A. de Rijk, J. Guzman, E. Schonstein, A. Yassi A. (2011) Evaluation of a workplace disability prevention intervention in Canada: examining differing perceptions of stakeholders, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2):179–89, DOI 10.1007/s10926-010-9267-z.
- Malterud, K., S. Hunskaar (red.) (2002) *Patient-centered approaches to chronic myofascial pain in primary care*, Oxon: Radcliff Medical Press.
- Malterud K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002) Understanding the patient with medically unexplained disorders – a patient-centered approach, *New Zealand Family Practice*, 29:374–9.
- Markussen, S., K. Røed, O.J. Røgeberg (2013) The changing of the guards. Can family doctors contain worker absenteeism? *Journal of Health Economics*, 32(6):1230–1239, DOI:10.1016/j.jhealeco.2013.10.005.
- Markussen, S., K. Røed, O.J. Røgeberg, S. Gaure (2011) The anatomy of absenteeism, *Journal of Health Economics*, 30(2):277–92, DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.12.003.
- Mazza, D., B. Brijnath, N. Singh, A. Kosny, R. Ruseckaite, A. Collie (2015) General practitioners and sickness certification for injury in Australia, *BMC Family Practice*, 16:100, DOI: 10.1186/s12875-015-0307-9.
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Money, A., L. Hussey, K. Thorley, S. Turner, R. Agius (2010) Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives, *British Journal of General Practice*, 60(579):721–8, DOI: 10.3399/bjgp10X532350.
- Mykletun, S., S. Nilsen, I.C. Kann, H.R. Jacobsen, Ø. Wesnes, H.P. Nordhagen (2015) Nav-legestudien i Bergen: Systematisk veiledning av fastleger reduserte ikke sykefraværet, *Arbeid og velferd*, 3.
- Nav (2014) *Legemeldt sykefravær i prosent 4 kvartal 2005-2014. Totalt, alder og kjønn*, <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Tabeller/legemeldt-sykefrav%C3%A6r-i-prosent-4-kvartal-2005-2014.totalt-alder-og-kj%C3%B8nn>.
- Nav.no. (2015) *Velkommen til obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for leger*, [https://sykmelding.nav.no/custom/hdir/Hdir\\_login.aspx](https://sykmelding.nav.no/custom/hdir/Hdir_login.aspx)
- Nilsen, S., K. Malterud, E.L. Werner, S. Maeland, L.H. Magnussen (2015) GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1):40–6, DOI:10.3109/02813432.2015.1001943.

- Nilsen, S., E.L Werner, S. Maeland, H.R. Eriksen, L.H. Magnussen (2011) Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(1):7–12, DOI:10.3109/02813432.2010.514191.
- Nilsing, E., E. Söderberg, C. Berterö, B. Öberg (2013) Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden, *Journal of occupational rehabilitation*, 23(3):450–61, DOI 10.1007/s10926-013-9418-0.
- Noordt, M. van der, H. IJzelenberg, M. Droomers, K.I. Proper (2014) Health effects of employment: a systematic review of prospective studies, *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10):730–6, DOI: 10.1136/oemed-2013-101891.
- Norrmén, G., K. Svärdsudd, D.K.G Andersson (2008) How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning, *BMC Family Practice*, 9:3, DOI: 10.1186/1471-2296-9-3.
- O'Brien, K., N. Cadbury, S. Rollnick, F. Wood (2008) Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study; *Family Practice*, 25(1):20–6, DOI: 10.1093/fampra/cmm076.
- Odeen, M., L. Magnussen, S. Maeland, L. Larun, H. Eriksen, T. Tveito (2012) Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence, *Occupational Medicine*, 63(1):7–16, DOI: 10.1093/occmed/kqs198.
- OECD P. (2008) *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands* (vol. 3), Paris: OECD Publishing.
- Olsen, T.S., N. Jentoft (2012) *Tillitsprosjektet: Innovasjon ved bruk av 365 egenmeldingsdager*, FoU-rapport 2/2012, Kristiansand: Agderforskning.
- Oostrom, S.H. van, W. van Mechelen, B. Terluin, H.C.W. de Vet, J.R. Anema (2009) A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: A feasibility evaluation within a randomized controlled trial, *Journal of Occupational Rehabilitation* 19(2):212–22, DOI 10.1007/s10926-009-9170-7.
- Paré, G., M.-C. Trudel, M. Jaana, S. Kitsiou (2015) Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews, *Information & Management*, 52(2):183–99, DOI: 10.1016/j.im.2014.08.008 .
- Peters, M., C. Godfrey, P. McInerney, C. Soares, K. Hanan, D. Parker (2015) *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*, Adelaide, SA Australia.
- Pham, M.T., A. Rajic, J.D. Greig, J.M. Sargeant, A. Papadopoulos, S.A McEwen (2014) A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency, *Research Synthesis Methods*, 5(4):371–85, DOI: 10.1002/jrsm.1123.
- Ring, A., C. Dowrick, G. Humphris, P. Salmon (2004) Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ*, 328(7447):1057–60, DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38057.622639.EE>.

- Rosendal, M., A.H. Blankenstein, R. Morriss, P. Fink, M. Sharpe, C. Burton (2013) Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care, *Cochrane Database Syst Rev.* (10).
- Rueda, S., L. Chambers, M. Wilson, C. Mustard, S. Rourke, A. Bayoumi, J. Raboud, J. Lavis (2012) Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review, *American Journal of Public Health*, 102(3):541–56.
- Salmon, P., A. Ring, C.F. Dowrick, G.M. Humphris (2005) What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *Journal of Psychosomatic Research*, 59(4):255–60, DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.03.004.
- Schwarz, N. (1999) Self-reports. How the questions shape the answer, *American Psychologist*, 54:93–105, doi.org/10.1037/0003-066X.54.2.93.
- Shiels, C., M. Gabbay (2006) The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence, *Family Practice*, 23(2):246–52, DOI: 10.1093/fampra/cmi110.
- Sjöström, M.E., I. Wallin, E. Strandhagen, A. Baigi, G. Hensing, C. Björkelund (2014) GP and patient predictions of sick-listing duration: how well do they correspond? A prospective observational study, *Scandinavian journal of primary health care*, 32(2):73–7, DOI:10.3109/02813432.2014.915132.
- Soklaridis, S., G. Tang, C. Cartmill, J.D. Cassidy, J. Andersen (2011) «Can you go back to work?» Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work, *Canadian Family Physician*, 57(2):202–9.
- Starzmann, K., P. Hjerpe, S. Dalemo, C. Björkelund, K.B. Boström (2012) No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database, *Scandinavian journal of primary health care*, 30(1):48–54, DOI:10.3109/02813432.2012.651569.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Swartling, M., K. Alexanderson, R.A. Wahlström (2008) Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners, *Scand J Public Health*, 36(4):408–14, DOI: 10.1177/1403494808090903.
- Swartling, M., J. Hagberg, K.A.E. Alexanderson, R. Wahlström (2007) Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians, *J Occup Rehabil.* 17(3):398–408, DOI 10.1007/s10926-007-9090-3.
- Swartling, M., S. Peterson, R. Wahlström (2007) Views on sick-listing practice among Swedish General Practitioners – A phenomenographic study, *BMC Family Practice*, 8(44), DOI: 10.1186/1471-2296-8-44.
- Söderberg, E., K. Alexanderson (2005) Gatekeepers in sickness insurance: A systematic review of the literature on practices of social insurance officers, *Health and Social Care in the Community*, 13(3):211–23, DOI: 10.1111/j.1365-2524.2005.00551.x.
- Tellnes (1990) *Sickness certification – an epidemiological study related to community medicine and general practice*, PhD thesis ISBN: 82-992175-0-4, Oslo: University of Oslo, Department of Community Medicine.

- Tidsskrift for Den norske legeforening* (2003) Sju teser for allmenntidsskriftet, <http://tidsskriftet.no/article/673304>, februar (4):123:495.
- Torres, O.Y., M.E. Aresté, J.R.M. Mora, J. Soler-González (2015) Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy, *PLoS ONE*, 10(7):e0133379, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133379>.
- Tveito, T.H., M. Hysing, H. Eriksen (2004) Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review, *Occupational Medicine*, 54(1):3–13, DOI: 10.1093/occmed/kqg109.
- Wahlstrom, R., K. Alexanderson (2004a) Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) Chapter 11. Physicians' sick-listing practices, *Scandinavian journal of public health, Supplement*, 63:222–55.
- Wahlström, R., K. Alexanderson (2004b) Physicians' sick-listing practices. Sickness absence- causes, consequences and physicians' certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology assessment in Health Care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32 (Suppl 63):6–11.
- Wainwright, E., D. Wainwright, E. Keogh, C. Eccleston (2011) Fit for purpose? Using the fit note with patients with chronic pain: a qualitative study, *British Journal of General Practice*, 61(593):e794–800, DOI: 10.3399/bjgp11X613133.
- Wainwright, E., D. Wainwright, E. Keogh, C. Eccleston (2015) The social negotiation of fitness for work: tensions in doctor-patient relationships over medical certification of chronic pain, *Health (London)* 19(1):17–33, DOI: 10.1177/1363459314530738.
- Welsh, V.K., C.D. Mallen, G. Wynne-Jones, C. Jinks (2012) Exploration of GPs' views and use of the fit note: a qualitative study in primary care, *British Journal of General Practice*, 62(598):e363–70, DOI: 10.3399/bjgp12X641483.
- Welsh, V.K., T. Sanders, J.C. Richardson, G. Wynne-Jones, C. Jinks, C.D. Mallen (2014) Extending the authority for sickness certification beyond the medical profession: the importance of «boundary work», *BMC Family Practice*, 15:100, DOI: 10.1186/1471-2296-15-100.
- Wergeland, E., D. Bruusgaard (2005) Er fraværsreduksjon en oppgave for leger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2984–7.
- Werner, E.L., P. Côte, B.M. Fullen, J.A. Hayden (2012) Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review, *Clinical Journal of Pain*, 28(4):364–71, DOI: 10.1097/AJP.0b013e31822cf64f.
- WHO (2015) *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*, Interim Report, Geneva; WHO Document Production Services.
- Winde, L., K. Alexanderson, B. Carlsen, L. Kjeldgard, A. Wilteus, S. Gjesdal (2012) General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway, *BMC Family Practice*, 13(1):10, DOI: 10.1186/1471-2296-13-10.
- Winde, L, I. Haukenes, Ø. Hetlevik, S: Gjesdal (2013) Fastlegetilhørighet og sykefravær – en registerbasert studie, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(1):28 – 32.

- Winde, L.D., H.T. Hansen, S. Gjesdal (2011) General practitioner characteristics and sickness absence register-based study of 348 054 employed Norwegians, *European Journal of General Practice*, 17(4):210–6, DOI:10.3109/13814788.2011.602060.
- Wynne-Jones, G., C.D. Mallen, C.J. Main, K.M. Dunn (2010a) What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review, *Scandinavian journal of primary health care*, 28(2):67–75.
- Wynne-Jones, G., C.D. Mallen, C.J. Main, K.M. Dunn (2010b) Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice*, 27(3):344–50, DOI: 10.1093/fampra/cmp096.
- Wynne-Jones, G., D. van der Windt, B.N. Ong, A. Bishop, J. Cowen, M. Artus, T. Sanders (2014) Perceptions of health professionals towards the management of back pain in the context of work: a qualitative study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15:210, DOI: 10.1186/1471-2474-15-210.
- Young, A., R. Wasiak, R. Roessler, K. McPherson, J. Anema, M. van Poppel (2005) Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4):543–56, DOI: 10.1007/s10926-005-8033-0.
- Aamland, A., K. Malterud, E.L. Werner (2012) Phenomena associated with sick leave among primary care patients with medically unexplained physical symptoms: a systematic review, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3):147–55, DOI:10.3109/02813432.2012.704812.
- Aamland, A. (2015) Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær. Allmennlegens rolle, avhandling ved Universitetet i Bergen, <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9249/dr-thesis-2015-Aase-Aamland.pdf?sequence=1>