

Fører systematisk vurdering av Sykmelding II-erklæringer til lavere trygdeforbruk?



Medisin
og vitenskap

Sykmelding II-erklæringen ble innført i 1988 som et tiltak for å styrke trygdeetatens oppfølging av langtidssykmeldte og for å forhindre unødig trygdeforbruk. Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke om systematisk trygdefaglig og trygdemedisinsk vurdering av Sykmelding II-erklæringen kunne påvirke det videre trygdeforbruket.

I en parvis randomisert, kontrollert undersøkelse av trygdekontorene i Hordaland ble 2 237 Sykmelding II-erklæringer systematisk gjennomgått og vurdert av saksbehandler og rådgivende leger, mens 1 764 Sykmelding II-erklæringer ble behandlet av trygdekontoret på vanlig måte. Samtlige langtidssykmeldte ble fulgt opp i gjennomsnittlig tre år med henblikk på sykepenger og uførepensjon.

Det ble ikke funnet noen forskjell mellom gruppene når det gjaldt gjennomsnittlig varighet av sykmelding (henholdsvis 188 og 191 dager i intervensjons- og kontrollgruppen) og tilståelse av uførepensjon i oppfølgingstiden (17 % i begge grupper).

Tidlig systematisk gjennomgang av Sykmelding II-erklæringer fører ikke til lavere trygdeforbruk. Trygdekontorene synes å mangle ressurser, kompetanse og metoder til å nyttiggjøre seg disse opplysningene slik Sykmelding II-ordningen nå er utformet.

I løpet av de første 20 årene etter innføring av folketrygden i 1967 ble andelen uføretrygdede i befolkningen fordoblet (1). Særlig vakte veksten i antall uførepensjonerte i slutten av 1980-årene bekymring. Dette førte i 1991 til innstramminger i de medisinske vilkårene for uførepensjon. Disse ble noe lempet i 1994, og senere kom det på ny sterk vekst i antall langtidssykmeldte og nye uførepensjonister (2).

Økningen i antall uførepensjonister ble tidlig satt i sammenheng med mangelfull trygdefaglig oppfølging av sykmeldte (3). Allerede i 1983 startet Sosialdepartementet (nå Sosial- og helsedepartementet) og Rikstrygdeverket et utredningsarbeid for å styrke denne oppfølgingen. Dette resulterte blant annet i at det i 1988 ble innført krav om en mer omfattende sykmeldingserklæring fra

Peder Rolfsson Ringdal*

peder.ringdal@isf.uib.no
Fylkestyngdekontoret i Hordaland
Postboks 7230
5020 Bergen

Kjell Haug

John Gunnar Mæland
john.meland@isf.uib.no
Seksjon for sosialmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

* Nåværende adresse:
Vangstunet legesenter
Postboks 34
5701 Voss

Ringdal PR, Haug K, Mæland JG.

Does systematic evaluation of sickness certification lead to less use of health insurance?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 157–60.

Background. The increasing prevalence of disability pensioning in Norway has led to several attempts at strengthening the proactive role of the National Insurance System (NIS) in cases of long-term sick-listing. Since 1988, a special medical certificate is required after eight weeks of sick-leave. The aim of this study was to examine whether systematic evaluation of this medical certificate by NIS officers and NIS medical consultants could reduce future health insurance expenditure.

Material and methods. In 1994 a randomised study using a paired design of the NIS local offices in the county of Hordaland was undertaken. All eight-week medical certificates in the intervention group (N = 2,237) were systematically reviewed, whereas standard routines were used for the control group (N = 1,764).

Results. After three years, no significant differences were observed between the two groups in health insurance utilisation.

Interpretation. We conclude that local NIS offices are unable to use the information in the eight-week sick notes to effectively influence future utilisation of health insurance. The reason may be that NIS offices lack the skills necessary for early intervention in long-term sick-listing.

☞ Se også side 156

behandlende lege etter åtte ukers sykefravær, det som ble kalt Sykmelding II. I 1988 ble det innført tverrfaglige basisgrupper og fra 1991 ble den trygdemedisinske rådgivningstjenesten styrket. I 1993 kom det krav

Tabell 1 Sammensetningen av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen			
	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen	P-verdi
<i>Kjønn (%)</i>			
Kvinner	56,9	56,8	
Menn	43,1	43,5	0,970
<i>Sivilstand (%)</i>			
Ugift	21,3	24,8	
Gift	63,5	61,4	
Etterlatt	2,3	2,3	
Skilt	9,8	8,9	
Separert	3,2	2,6	0,085
<i>Arbeidsforhold (%)</i>			
Selvstendig næringsdrivende	7,4	6,9	
Arbeidstaker	92,4	91,9	0,478
Alder (år), gjennomsnitt (SD)	44,4 (12,5)	43,5 (12,5)	0,020
Årsinntekt 1992 (1 000 kr), gjennomsnitt (SD)	165,7 (90,5)	165,7 (84,6)	0,979

om at sykepengene utover 12 uker forutsatte et eget vedtak fra trygdekontoets side (4, 5). Fra samme år ble det innført nye og mer detaljerte sykmeldingsblanketter, og Sykmelding II-blanketten ble utvidet til å omfatte mer detaljerte spørsmål og vurderinger om sykmeldingstilfellet. Tanken bak disse tiltakene har vært at en grundig og tidlig trygdefaglig og trygdemedisinsk oppfølging av den sykmeldte ville kunne redusere langtids-sykefraværet og bruken av varige trygdestønader (6).

Til nå foreligger det bare spredte og usystematiske vurderinger av om denne økte trygdefaglige innsatsen har gitt de forventede resultater (7–14). I 1993 tok Fylkestrygdekontoet i Hordaland initiativet til en større undersøkelse for å vurdere kvaliteten og nytten av Sykmelding II-erklæringene. En del av denne studien tok sikte på å avdekke om systematisk gjennomgang av Sykmelding II-erklæringene av både saksbehandler på trygdekontoet og rådgivende lege ville påvirke sykmeldingsvarigheten og overgang til uførepensjon. I perioden 1994–98 ble dette undersøkt gjennom en parvis randomisert, kontrollert undersøkelse blant trygdekontoene i Hordaland, og vi rapporterer her resultatene av denne intervensjonen.

Materiale og metode

40 av de 41 trygdekontoene i Hordaland ble satt sammen i mest mulig like par ut fra følgende kriterier: geografisk beliggenhet, innbyggertall, andel av befolkningen som var i alderen 16–66 år, antall stillinger ved trygdekontoene, antall og gjennomsnittlig varighet av avsluttede sykepengetilfeller i perioden januar–september 1993, uførepensjonister per 30.9. 1993, samt arbeidsledighet i 1. og 2. halvår 1993. Innen hvert par ble trygdekontoene deretter gjennom loddtrekking fordelt til henholdsvis intervensjon og kontroll. Ett trygdekonto som falt utenfor pardanningen ble trukket til å være intervensjonstrygdekonto. Denne parvise randomisering førte til at intervensjonstrygdekontoene (n = 21) og kontrolltrygdekontoene (n = 20) ble svært like med hensyn på de nevnte karakteristika.

Datainnsamlingen foregikk i periodene 1.3.–30.4. 1994 og 1.9.–31.12. 1994, i til sammen seks måneder. Da det i prosjektperioden ble gjennomført en omfattende omorganisering av trygdekontoet i Bergen sentrum, falt dette kontrolltrygdekontoet delvis ut av prosjektet, noe som reduserte antallet Sykmelding II-erklæringer innen denne gruppen med anslagsvis 250.

Sykmelding II-erklæringene som inkom til kontrolltrygdekontoene, ble behandlet etter vanlige rutiner. I intervensjonstrygdekontoene ble Sykmelding II-erklæringene først gjennomgått av saksbehandler, som besvarte et eget vurderingsskjema med til sammen 21 spørsmål. Deretter ble Sykmelding II-blanketten oversendt rådgivende lege som behandlet saken og gav sine kommentarer/tilrådinger til saksbehandler på vanlig måte. Rådgivende lege besvarte så et eget vurderingsskjema med til sammen 29 spørsmål. Vurderingsskjemaene inneholdt bl.a. spørsmål om kvaliteten på informasjonen i Sykmelding II-erklæringen, behov for ytterligere informasjon, vurdering av hvorvidt de medisinske vilkår for videre sykmelding var oppfylt, prognose for pasientenes fremtidige arbeidsevne og om ulike tiltak for å forhindre langvarige trygdeytelser burde iverksettes av trygdekontoet. Vurderingsskjemaene ble ikke vedlagt trygdekontoenes saksmapper, men ble lagret som et eget prosjektmateriale sammen med kopi av Sykmelding II-erklæringen. Det ble også innhentet opplysninger om de langtidssykmeldtes sosioøkonomiske forhold (sivilstand, arbeidsforhold, årsinntekt 1992) fra trygdekontoene.

De langtidssykmeldte personene ble fulgt opp i folkeregisteret per desember 1996 med hensyn til overlevelse og utvandring. Henholdsvis 2,9% og 2,4% av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen var da registrert som døde eller utvandret. Videre ble det hentet opplysninger fra Rikstrygdeverket om varighet av den aktuelle og senere sykepengeperioder samt eventuell innvilget uførepensjon før 1.4. 1997, dvs. en gjennomsnittlig oppfølgingstid på 36 måneder etter Sykmelding II-tidspunkt (variasjon 30–40 måneder).

De statistiske analyser for eventuelle forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen ble gjort på individnivå med krav om under 1% signifikansnivå, for å beskytte mot eventuelle type I-feil som følge av samvariasjon innen subpopulasjoner og i undergruppeanalysene. Khikvadrattester ble benyttet for kategoriske data og t-tester for kontinuerlige data.

Resultater

I den aktuelle perioden kom det inn 4156 Sykmelding II-erklæringer fra de deltakende trygdekontoene i Hordaland. Av disse ble 155 (3,7%) utelatt, de fleste fordi det allerede forelå Sykmelding II fra annen eller samme lege og de øvrige på grunn av svært mangelfulle opplysninger eller fordi de var uleselige. De 4001 gjenværende fordelte seg med 2237 i intervensjonsgruppen og 1764 fra kontrollgruppen. Tabell 1 viser at det var god overensstemmelse mellom de to gruppene ut fra demografiske kjennetegn, bortsett fra at gjennomsnittsalderen var nær ett år høyere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen (p = 0,02). Knappt 57% av de langtidssykmeldte var kvinner.

Tabell 2 Varighet av sykmeldingsperioden og uførestatus etter tre år i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen	P-verdi
Varighet sykmelding (dager), gjennomsnitt (SD)	188,2 (110,0)	190,7 (111,9)	0,505
Innvilget uførepensjon per 1.4. 1997 (%)	17,3	16,9	0,691
Uføregrad (%) blant uførepensjonerte, gjennomsnitt (SD)	81,7 (22,8)	85,1 (22,1)	0,109

Langtidssykemeldingene ble fordelt ut fra hoveddiagnose både for primærsykmeldingen og Sykmelding II. Det var bare ubetydelige avvik mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt diagnosefordelingen, og diagnosespektret endret seg lite fra primærsykmelding til Sykmelding II. Vel halvparten av langtidssykemeldingene skyldtes en lidelse i muskel- og skjelettsystemet, mens psykiske lidelser var årsak i ca. 15% av tilfellene.

Valide tidsangivelser for den primære sykmeldingsperioden forelå for 3 620 personer (90,5%). Gjennomsnittlig varighet av sykmeldingen i intervensjonsgruppen var 188 dager og i kontrollgruppen 191 dager, en ikke-signifikant forskjell (tab 2). Etter 52 uker var 12,8% av personene i intervensjonsgruppen fortsatt sykmeldt, mot 14,8% i kontrollgruppen. Heller ikke når det gjaldt eventuelle nye sykmeldingsperioder de neste tre årene var det noen signifikante forskjeller mellom gruppene (data ikke vist).

Tre år etter Sykmelding II hadde 17,3% av personene i intervensjonsgruppen fått innvilget uførepensjon, mot 16,9% i kontrollgruppen (ikke signifikant forskjell). Det var heller ikke signifikant forskjell mellom gruppene i gjennomsnittlig uføregrad (tab 2).

Tabell 3 viser andelen uførepensjonerte i intervensjons- og kontrollgruppen ut fra sosiale bakgrunnsfaktorer. Det var ingen signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen innen de enkelte strata, bortsett fra de i to laveste aldersgruppene. Flere langtidssykmeldte under 40 år ble uførepensjonert hvis de tilhørte intervensjonsgruppen, mens forholdet var motsatt for aldersgruppen 40–49 år. Det var en sterk økning i andel uførepensjonerte med økende alder innen begge gruppene. Derimot var det bare små forskjeller i uføreandel etter inntekt når man ser bort fra gruppen med aller høyeste årsinntekt, som hadde klart lavere uføreandel.

Når de langtidssykmeldte ble gruppert ut fra de største diagnosegruppene i henhold til Sykmelding II, var det heller ingen sikre forskjeller i andel uføre mellom intervensjons- og kontrollgruppen innen noen diagnosegruppe (tab 4). Personer sykmeldt for hjerte- og karsykdommer eller luftveissykdommer (ICPC kapittel K og R) hadde høyeste andel uførepensjonerte, mens ingen av kvinnene som var langtidssykmeldt for lidelser relatert til svangerskap, fødsel eller familieplanlegging (ICPC kapittel W), ble uførepensjonert i løpet av oppfølgingsperioden.

Diskusjon

Vi valgte å måle effekten av systematisk trygdefaglig og trygdemedisinsk vurdering av Sykmelding II-erklæringen ut fra varigheten av primærsykmeldingen og uførepensjonering innen tre år etter innkommet Sykmelding II-erklæring. Hensikten var å fange opp eventuelle forskjeller i trygdeytelser

Tabell 3 Andel uføre (%) etter opplysninger om sosial bakgrunn i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen	P-verdi
<i>Kjønn</i>			
Kvinner	17,7	17,0	0,652
Menn	16,7	16,5	0,934
<i>Alder (år)</i>			
≤ 39	4,5	2,1	0,009
40–49	9,1	12,7	0,059
50–59	26,2	31,4	0,084
60–66	50,6	46,7	0,363
<i>Inntekt 1992 (kr)</i>			
< 100 000	20,8	19,7	0,674
100 000–159 900	17,5	17,4	0,962
160 000–209 900	19,6	17,2	0,318
≥ 210 000	11,0	13,2	0,300
<i>Arbeidsforhold</i>			
Selvstendig næringsdrivende	20,2	24,0	0,453
Arbeidstaker	16,9	16,5	0,795

innen rimelig tid. Selv om vi ikke kan utelukke at den systematiske gjennomgangen av Sykmelding II resulterte i andre besparelser av midlertidige trygdeytelser, som rehabiliterings- og attføringspenger, fant vi altså ingen effekt av dette tiltaket når det gjaldt varigheten av primærsykmeldingen, senere sykefravær eller uførepensjon innen tre år. Undergruppeanalyser viste noe lavere uføreandel i intervensjonsgruppen for langtidssykmeldte i alderen 40–59 år (ikke signifikant), mens andelen uføre ble funnet signifikant høyere i intervensjonsgruppen for personer under 40 år. Vi har ingen gode forklaringer på disse forskjellene, annet enn at det dreier seg om tilfeldige funn i analyser av undergrupper.

Ved en ren tilfeldig fordeling av trygdekantorene kunne man risikert skjevheter mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Den parvise randomiseringen sikret at gruppene var sammenliknbare ut fra kontorenes beliggenhet, størrelse og befolkningsgrunnlag. Vi mener at de viktigste strukturelle og befolkningsmessige faktorene som kunne tenkes å påvirke trygdeutfallet, ble tatt hånd om av de valgte kriteriene for etablering av trygdekantorparene. Dette balanserte eks-

perimentelle designet sikret også at intervensjons- og kontrollgruppen ble sammenliknbare på individnivå (15). Følgelig valgte vi å analysere gruppeforskjeller på individnivå, men satte krav om statistisk signifikans på 1%-nivå siden randomiseringen skjedde på trygdekontornivå.

Dessverre medførte organisatoriske endringer underveis i prosjektperioden at ett større trygdekantor tilhørende kontrollgruppen falt ut. Vi har ikke grunn til å tro at dette frafallet medførte noen systematiske skjevheter mellom de to pasientgruppene.

Vurderingsskjemaene for trygdefunksjonær og rådgivende lege var laget som et hjelpemiddel i kvalitetskontrollen av Sykmelding II-erklæringene og trygdekantorenes 12-ukersvedtak. Skjemaene inneholdt en rekke spørsmål som gikk på den medisinske begrunnelse for arbeidsuførheten, behov for supplerende opplysninger samt vurdering av mulighetene for aktive tiltak fra trygdekantorets side for å forebygge unødig trygdeforbruk, som basisgruppebehandling og attføringstiltak (16).

Saksbehandlerskjemaet kan sees som en formalisering av de ordinære saksbehandlingskrav i forbindelse med trygdekantorets

Tabell 4 Andel uføre (%) etter hoveddiagnose i Sykmelding II i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen

	Intervensjonsgruppen	Kontrollgruppen	P-verdi
Muskel- og skjelettlidelser	14,7	15,3	0,717
Psykiske lidelser	17,2	20,1	0,415
Hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer	31,8	31,0	0,885
Svangerskap, fødsel, familieplanlegging	0	0	–
Andre diagnoser	23,7	17,4	0,078

12-ukersvedtak. Trygdekantoret forutsettes alltid å vurdere om de medisinske vilkår for rett til videre sykepenger er oppfylt, og i denne sammenheng vil Sykmelding II-erklæringen være et sentralt dokument (14). Videre heter det i Rikstrygdeverkets rundskriv at trygdekantoret bør lage en konkret plan for den videre oppfølging for å unngå unødvendig passivitet (6). Det er imidlertid erkjent at trygdekantorene ikke har maktet å gjennomføre en så grundig vurdering og oppfølging av de langtidssykmeldte som ønskelig er (13, 14).

Etter at saksbehandler på intervensjons-trygdekantorene hadde gjennomgått saken, ble Sykmelding II-erklæringen oversendt den rådgivende lege, som deretter sendte sine eventuelle kommentarer/anbefalinger til trygdekantoret på vanlig måte. Ordinært vurderer de rådgivende leger bare utvalgte Sykmelding II-erklæringer. I dette materialet ville trygdefunksjonæren normalt bare forelagt hver tredje Sykmelding II for rådgivende lege (16). At samtlige Sykmelding II-erklæringer ble vurdert av både saksbehandler og rådgivende lege skulle derfor i utgangspunktet tilsi en klar styrking av trygdekantorets oppfølging i intervensjon-gruppen.

Når systematisk bruk av vurderingsskjemaene likevel ikke hadde noen innvirkning på senere uførepensjon, kan dette ha flere forklaringer. En mulighet er at saksrutinene ved trygdekantorene allerede var så gode at vurderingsskjemaene ikke kunne bidra til bedret praksis. Dette er lite trolig, gitt at 12-ukersvedtakene var relativt nye områder for trygdekantorene i 1994, og at trygdeataten lenge hadde indikert behov for styrket kompetanse på dette området.

En annen mulighet er at vurderingene gjort av saksbehandler og den rådgivende lege ikke ble tilstrekkelig tatt hensyn til i den videre saksbehandling. Det ble ikke lagt noen føringer på hvordan trygdekantorene skulle nyttiggjøre seg de rådgivende legenes vurderinger, og vi har heller ikke informasjon om hvilke tiltak disse eventuelt medførte. Dermed er det mulig at intervensjons-trygdekantorene langt på vei har fulgt ordinære saksbehandlingsrutiner. Et mer bundet opplegg for trygdekantorene hadde muligens gitt andre resultater. På den annen side følger vår intervensjonsmodell de føringer som ble lagt for oppfølgingsarbeidet av langtidssykmeldte og kan således sees som et realistisk tiltak gitt de tilgjengelige ressursene innen trygdesystemet.

Vi tror at den manglende effekten av tiltaket først og fremst skyldes at trygdekantorene i 1994 hadde sterkt begrensede muligheter for å initiere aktive tiltak, eventuelt å stanse sykepengeutbetaling forholdsvis tidlig i et sykeforløp, selv om behovet for dette ble erkjent. Ressurs- og kompetansmangel gjorde nok at mange Sykmelding II-erklæringer ble akseptert til tross for åpenbare mangler. Selv om 12% av dem i denne un-

dersøkelsen etter saksbehandlers oppfatning ikke inneholdt nok medisinske opplysninger for et 12-ukersvedtak, mente de samme trygdefunksjonærene i bare 3% av tilfellene at de medisinske vilkår for videre sykmelding ikke var oppfylt (16). I praksis ble antakelig enda færre tilfeller underkjent (12).

De etter hvert omfattende administrative rutinene for trygdekantorenes håndtering av langtidssykmeldte ble trinnvis innført i 1980- og 1990-årene som et forsøk på å bremse opp for en økning i langtidstrygdeytelser, da særlig uførepensjon (3, 4, 6, 9, 10, 12). Dessverre finnes det lite systematisk evaluering av hva denne satsingen har ført til. I en mindre undersøkelse fra Moss trygdekantor fant Bjørndal (11) at økt trygdefaglig innsats overfor langtidssykmeldte ikke førte til større gjenopptakelse av arbeidsaktivitet.

Vår undersøkelse ble gjort kort tid etter at 12-ukersvedtaket var innført som krav for videre sykepengeutbetaling, og man kunne tenke at et tilsvarende opplegg nå ville ha gitt større uttelling. En evaluering fra Rikstrygdeverket av trygdekantorenes oppfølging av sykmeldte i 1995 viste imidlertid at det bare i ca 10% av 12-ukersvedtakene forelå selvstendige oppfølgingsplaner og at bruken av aktive virkemidler var beskjeden (12). En undersøkelse av Riksrevisjonen fra 1997-98 (14) viste at Sykmelding II ble oppfattet som det viktigste grunnlaget for trygdekantorenes oppfølging av langtidssykmeldte, men at det var svært sjelden at opplysningene der førte til spesielle tiltak fra trygdekantorets side.

Det er derfor grunn for å reise spørsmålet om trygdeataten til tross for årelang satsing maktet å påvirke det videre trygdeforløpet gjennom administrative tiltak forholdsvis tidlig i sykeperioden. Den betydelige generelle arbeidsbelastningen kombinert med et høyt antall 12-ukersvedtak (anslagsvis 135 000 årlig på landsbasis), gjør det vanskelig for trygdekantorene å konsentrere innsatsen der hvor den kunne få størst effekt. Til dette kommer at vårt kunnskapsgrunnlag om hvilke forhold som innebærer dårligere prognose og/eller potensial for avkorting av sykefravær gjennom aktive tiltak, er mangelfullt.

Selv om Sykmelding II-erklæringen kan bidra til bedre medisinsk belysning av sykepengetilfellet, synes trygdekantorene å mangle tilstrekkelig kompetanse, ressurser og metoder til å nyttiggjøre seg disse opplysningene på en måte som endrer det videre trygdeforløpet. Det er derfor grunn til å spørre om Sykmelding II og 12-ukersvedtaket, slik disse er utformet i dag, er effektive og hensiktsmessige virkemidler for å begrense trygdeforbruket.

Litteratur

1. Kjønstad A. Folketrygdens uførepensjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
2. Utviklingen i uførepensjonsordningen på 1990-tallet – endring i praksis? RTV-rapport 07/99. Oslo: Rikstrygdeverket, 1999.
3. Norges offentlige utredninger. Oppfølging av langtidssykmeldte. NOU 1986: 22. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1986.
4. Berg JE, Tellnes G, Norein K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1393-7.
5. Ot. prop. nr. 64 (1992-93). Om lov om endringer i lov 17 juni 1966 nr. 12 om folketrygd og i visse andre lover (samleproposisjon).
6. Oppfølging av sykmeldte. Handlingsplan for trygdeataten. Oslo: Rikstrygdeverket, 1996.
7. Melsom H, Noreik K. Evaluering av Sykmelding II – en legeattest for sykmelding utover åtte uker. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1390-2.
8. Berg JE, Tellnes G, Bjerkedal T. Hvordan går det med Sykmelding II-pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 222-5.
9. Tellnes G, Melvær E, Askevold OH, Moum T, Mathisen S, Vu THT. Kan langtidssykmeldingene bli kortere? Norsk Tidsskrift for Arbeidsmedisin 1992; 13: 312-5.
10. Evaluering av trygdekantorenes arbeid med sykepengetilfeller våren 1993. RTV-rapport nr. 2/94. Oslo: Rikstrygdeverket, 1994.
11. Bjørndal A. Oppfølging av langtidssykmeldte. En undersøkelse av en kohort fra Moss kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2857-62.
12. Oppfølging sykmeldte med særlig vekt på 12 ukers vedtaket. RTV-rapport nr. 2/97. Oslo: Rikstrygdeverket, 1997.
13. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
14. Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeataten oppfølging av sykmeldte. Dokument nr. 3: 9 (1998-99). Oslo: Riksrevisjonen, 1999.
15. Koepsell, TD. Epidemiologic issues in the design of community intervention trials. I: Brownson RC, Petitti DB, red. Applied epidemiology. Theory to practice. Oxford: Oxford University Press, 1998: 177-211.

○

Bokomtaler



- 210 Skard T
Mødrenes kontinent
- 215 Sundelin A
Det som skjer
- 215 Røsnes RM, red
Angstens poesi