

Kvalitetsvurdering av Sykmelding II – en nyttig legeerklæring eller et unødvendig skjema?

Årlig skrives det over 180 000 Sykmelding II-erklæringer. Hensikten med disse er å gi trygdeetaten tilstrekkelige medisinske opplysninger for den videre oppfølging etter åtte ukers sykmelding. Vi ønsket å vurdere kvaliteten og nytten av disse legeerklæringene i arbeidet med å avklare den medisinske situasjon og behovet for aktive tiltak fra trygdeetatens side.

2237 Sykmelding II-erklæringer innsendt til 21 trygdekontorer i Hordaland i løpet av seks måneder i 1994 ble vurdert av saksbehandler og den rådgivende lege ved trygdekontoret.

Begge bedømmere fant at de aller fleste erklæringene inneholdt tilstrekkelig medisinsk informasjon, men at 12 % av erklæringene ikke hadde nok opplysninger for å fatte 12-ukersvedtak om videre sykepenger. Det var imidlertid liten enighet mellom saksbehandler og rådgivende lege om hvilke tilfeller som manglet tilstrekkelige opplysninger. Bare i færre enn hvert 10. tilfelle mente de to bedømmerne at det var aktuelt å iverksette eller planlegge aktive yrkesrettede tiltak på det aktuelle tidspunkt. Også her var det forholdsvis stor uenighet mellom bedømmerne om hvem dette var aktuelt for.

Undersøkelsen synes å bekrefte at det store flertallet av Sykmelding II-erklæringer ikke får noen konsekvenser for trygdekantorenes oppfølging av sykmeldte. Det synes å herske usikkerhet blant rådgivende leger og saksbehandlere i vurderingen av Sykmelding II. Trygdekantorene bør oftere innhente tilleggsopplysninger fra den sykmeldte og arbeidsgiver tidlig i sykefraværet.

Sykmelding II etter åtte ukers sykefravær ble innført i 1988 for å gi trygdeetaten et bedre medisinsk grunnlag for å vurdere langtidssykmeldte (1). Fra 1993 kom det krav om at trygdekantorene skulle fatte et formelt vedtak om tilståelse av sykepenger utover 12 uker, noe som forutsatte enda mer utfyllende og oppdaterte opplysninger fra sykmeldende lege.

Årlig skriver norske leger omkring 180 000 Sykmelding II-erklæringer (P.Ø. Gaardsrud,

John Gunnar Mæland

john.meland@isf.uib.no

Seksjon for sosialmedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8C

5009 Bergen

Peder Rolfsson Ringdal*

Fylkestyngdekantoret i Hordaland

Postboks 7230

5020 Bergen

Kjell Haug

Seksjon for sosialmedisin

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

*Nåværende adresse:

Vangstunet legesenter

Postboks 34

5701 Voss

Mæland JG, Ringdal PR, Haug K.

Assessing the quality of medical certificates in long-term sickness absence.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 161–4.

Background. In Norway, doctors must provide the National Health Insurance (NIS) with a special medical certificate if a sick-leave exceeds eight weeks. The aim of this study was to evaluate this medical information in relation to the NIS criteria for further sickness benefits and the usefulness of the certificate in assessing the need for early rehabilitative and vocational initiatives.

Material and methods. 2,237 consecutive eight-week medical certificates submitted to 21 NIS offices in the county of Hordaland in 1994 were independently evaluated by the NIS officer and the NIS medical consultant in a questionnaire survey.

Results. Both evaluators found sufficient medical information in the vast majority of medical certificates, though in about 12 % of the cases the medical criteria for further benefits were not sufficiently documented. In less than 10 % of the cases, active rehabilitative or vocational measures were called for at this point in time. However, there was a rather low degree of consensus between the NIS officer and the medical consultant about in which cases supplementary information or active measures were warranted.

Interpretation. We conclude that the eight-week medical certificate usually contains enough medical information but is of limited use in assessing the need for active intervention by the NIS. Supplementary information from the absentee and the employer should be collected at an early stage of the sick leave.

☞ Se også side 156

Rikstrygdeverket, personlig meddelelse). Undersøkelser viser at trygdekantorene fatter et negativt 12-ukersvedtak (avslag) i mindre enn 2 % av tilfellene, og at aktive virkemidler brukes forholdsvis beskjedent fra trygdeetatens side i det videre sykdomsforløpet (2, 3). En randomisert kontrollert undersøkelse fra Hordaland viste ingen reduksjon av videre sykepenger eller uførepensjon som følge av systematisk trygdefaglig og trygdemedisinsk vurdering av Sykmelding II-erklæringer (4).

Det er derfor av interesse å se nærmere på om disse legeerklæringene gir et godt og tilstrekkelig grunnlag for trygdeetatens oppfølging av langtidssykmeldte. I den nevnte undersøkelsen fra Hordaland ble 2237 fortløpende Sykmelding II-erklæringer vurdert av både trygdefunksjonær og rådgivende lege. Vi bruker disse vurderingene til å belyse hvordan Sykmelding II-erklæringene bidrar til å avklare den medisinske situasjon og behovet for aktive tiltak fra trygdeetatens side i oppfølgingen av langtidssykmeldte.

Materiale og metode

Samtlige Sykmelding II-erklæringer fra en tilfeldig halvpart av trygdekantorene i Hordaland ble samlet inn i periodene 1.3.–30.4. 1994 og 1.9.–31.12. 1994, i til sammen seks måneder (4). Materialet bestod av 2237 Sykmelding II-erklæringer fra de 21 deltakende trygdekantorene. Disse legeerklæringene ble først gjennomgått av saksbehandler ved trygdekantoret, som fylte ut et vurderingsskjema med 21 spørsmål. Deretter ble Sykmelding II-erklæringen og saksbehandlers vurderingsskjema sendt til trygdekantorets rådgivende lege, som gjennomgikk og kommenterte Sykmelding II-erklæringen på vanlig måte og besvarte et tilsvarende spørreskjema med 29 spørsmål. I alt 12 rådgivende leger vurderte mellom 16 og 305 Sykmelding II-erklæringer hver.

De to vurderingsskjemaene, som inneholdt til dels identiske spørsmål, dreide seg blant annet om hvorvidt legeerklæringene inneholdt nok medisinske opplysninger for et 12-ukers vedtak, om diagnosen var tilstrekkelig begrunnet, om det forelå medisinsk begrunnet funksjonsvurdering, om det var gjort nok rede for sosiale forhold og om Sykmelding II-erklæringen angav en plan for videre medisinsk oppfølging. Videre ble saksbehandler og rådgivende lege bedt om ta stilling til behovet for ytterligere opplysninger, om de medisinske vilkår for videre

Tabell 1 Gjennomsnittlig (95 % konfidensintervall) vurdering blant saksbehandlere av forståeligheten av de medisinske ord og uttrykk i Sykmelding II og gjennomsnittlig helhetsvurdering av Sykmelding II blant rådgivende leger etter de viktigste diagnosegrupper. (Visuell analog skala 0–100. Høy verdi indikerer høy forståelighet/kvalitet)

Diagnosegruppe (antall)	Saksbehandlers vurdering av forståelighet	Rådgivende leges vurdering av helhetlig kvalitet
Muskel- og skjelettsykdommer (n = 963–961)	81,9 (80,9–82,9)	61,3 (59,8–62,9)
Psykisk lidelse (n = 278–275)	87,0 (85,7–88,2)	65,1 (62,2–68,0)
Hjerte-karsykdommer, luftveissykdommer (n = 187–189)	81,2 (78,7–83,9)	65,0 (61,7–68,3)
Svangerskap, fødsel, familieplanlegging (n = 123–124)	85,5 (82,5–88,5)	58,2 (53,4–62,9)
Annet (n = 285–286)	79,7 (77,7–81,7)	63,9 (61,1–66,7)
Totalt (N = 1 836–1 835)	82,5 (81,8–83,2)	62,5 (61,3–63,6)

sykmelding var oppfylt og om det var aktuelt for trygdekontoret å iverksette ulike tiltak for å forebygge langvarige trygdeytelser. Saksbehandler og rådgivende lege ble også bedt om å vurdere prognosen med hensyn til arbeidsforhet ut fra Sykmelding II-erklæringen. Med få unntak kunne spørsmålene besvares med fem svarkategorier: «ja», «trolig ja», «trolig nei», «nei» eller «kan ikke besvares». I tillegg ble saksbehandlerne bedt om å angi på en visuell analog skala hvor godt de forstod de medisinske ord og uttrykk i Sykmelding II-erklæringen (fra «forstår in-

gen ting», verdi 0, til «forstår alt», verdi 100), mens de rådgivende legene på en tilsvarende skala ble bedt om å angi kvaliteten av Sykmelding II-erklæringen ut fra en helhetsvurdering (fra «svært dårlig», verdi 0, til «svært god», verdi 100).

ICPC-diagnosene i Sykmelding II ble kategorisert i følgende hovedgrupper: muskel- skjelett-systemet (kapittel L), psykisk (kapittel P), hjerte-karsykdommer og sykdommer i luftveier (kapittel K og R), svangerskap, fødsel og familieplanlegging (kapittel W) og annet (øvrige kapitler).

Tabell 2 Saksbehandlers og rådgivende leges kvalitetsvurderinger av Sykmelding II (prosent)

	Ja	Trolig ja	Trolig nei	Nei	Kan ikke besvares
<i>Saksbehandlers vurderinger</i>					
Klart hva som gjør at den sykmeldte ikke kan arbeide	58,3	35,9	1,2	0,9	3,7
Samsvar mellom medisinsk diagnose og funksjonsnedsettelse	48,6	43,8	1,8	0,4	5,4
Den medisinske oppfølging så langt virker aktiv	52,8	37,5	2,3	2,4	5,0
<i>Rådgivende leges vurderinger</i>					
Samsvar mellom behandlende leges diagnose og diagnose vurdert av rådgivende lege	70,5	17,6	1,5	5,3	5,1
Medisinsk begrunnet funksjonsvurdering foreligger	91,1	–	–	8,9	–
Enig i den medisinske begrunnede funksjonsvurdering	69,6	22,3	4,2	1,2	2,8
Plan for videre medisinsk oppfølging foreligger	92,6	–	–	7,4	–
Enig i plan for videre medisinsk oppfølging	72,4	20,9	3,8	1,2	1,6
Gjort nok rede for sosiale forhold	42,1	29,0	8,5	13,8	6,6
Indisert med ytterligere diagnostiske undersøkelser enn de planlagte/iverksatte	3,0	4,0	13,8	77,6	1,6
Bør be om undersøkelse/vurdering hos annen lege, eventuelt spesialist	1,5	3,6	10,8	82,3	1,8
Bør innkalles til rådgivende lege	0,4	3,1	16,9	78,7	0,9

En del av vurderingsspørsmålene var identiske eller nær identiske for saksbehandlere og rådgivende lege. Grad av enighet mellom de to bedømmerne er uttrykt ved kappa, som uttrykker samsvar utover hva som oppnås ved ren tilfeldighet. Normalt oppfattes kappa lavere enn 0,20 som lav grad av enighet, mens kappa høyere enn 0,50 uttrykker høy grad av enighet i bedømmelsen. For utregning av kappa ble svarene «ja» og «trolig ja» slått sammen. Likeledes ble svarene «trolig nei» og «nei» slått sammen, mens tilfeller der en eller begge bedømmerne angav «kan ikke besvares», ble utelatt.

Resultater

Det store flertallet av Sykmelding II-erklæringene ble godt forstått av saksbehandlerne hva gjaldt medisinske ord og uttrykk. Graden av forståelse varierte imidlertid noe mellom diagnosegruppene: Best forstod saksbehandlerne legens beskrivelse av psykiske lidelser og svangerskapsrelaterte tilstander, mens legeerklæringer vedrørende muskel- og skjelettlidelser ble noe dårligere forstått (tab 1).

I tabell 2 finnes saksbehandlerne og de rådgivende legenes vurderinger av den medisinske informasjon i Sykmelding II-erklæringene. Generelt tegner det seg et bilde av at begge grupper var godt tilfreds med de opplysninger og den medisinske plan som sykmeldende lege gav. I omkring ni av ti tilfeller mente saksbehandler at Sykmelding II-erklæringen gjorde det klart hvorfor pasienten ikke kunne arbeide, og at det var samsvar mellom den medisinske diagnose og funksjonsnedsettelsen. På samme måte var rådgivende lege stort sett enig i den medisinske begrunnede funksjonsnedsettelsen. De rådgivende legene hadde sjelden innsigelser mot diagnosen og den angitte plan for videre medisinsk oppfølging. Videre fant de rådgivende legene bare i henholdsvis 7 % og 5 % av tilfellene grunn for å be om ytterligere medisinske undersøkelser eller vurdering hos annen lege, mens enda færre pasienter burde innkalles til rådgivende lege.

Noe mindre tilfredse var de rådgivende legene med opplysningene om sosiale forhold i Sykmelding II-erklæringen (tab 2). I omkring hvert femte tilfelle ble det etterlyst mer informasjon om sosiale forhold, noe oftere ved psykiske diagnoser (28 %) og sjeldnere ved diagnoser relatert til svangerskap, fødsel og familieplanlegging (13 %).

Samlet fant både saksbehandlerne og rådgivende leger at det ikke var nok medisinske opplysninger i Sykmelding II-erklæringen for 12-ukersvedtaket i henholdsvis 12 % og 13 % av tilfellene (tab 3). Det var imidlertid lav grad av enighet mellom de to bedømmerne om hvilke tilfeller dette gjaldt. Av de 255 Sykmelding II-erklæringene som etter rådgivende leges oppfatning hadde utilstrekkelige medisinske opplysninger, ble bare 66 vurdert tilsvarende av trygdekontorets saks-

behandler (kappa 0,16). Det var også liten enighet om når diagnosene i Sykmelding II ikke var tilstrekkelig begrunnet. Saksbehandler fant i 60 tilfeller (3 %) at de medisinske vilkårene for videre sykmelding ikke var oppfylt. Rådgivende lege hadde samme oppfatning i 34 av disse tilfellene, men fant i alt 206 tilfeller av Sykmelding II (11 %) hvor de medisinske vilkår ikke var oppfylt (kappa 0,22).

Både saksbehandlerne og de rådgivende legene mente i en tredel av tilfellene at det burde innhentes ytterligere opplysninger fra den sykmeldte før 12-ukersvedtak ble fattet, men det var lav grad av enighet om hvilke tilfeller dette gjaldt (tab 3). De rådgivende legene vurderte oftere enn saksbehandlerne at trygdekontoret burde ta kontakt med arbeidsplassen før det ble fattet vedtak om videre sykepenger (i hhv. 15 % og 8 % av tilfellene), og her var enigheten noe større om hvem dette var aktuelt for. Begge bedømmergruppene mente at det sjelden var aktuelt for trygdekontoret å planlegge aktive utføringstiltak ut fra opplysningene i Sykmelding II (tab 3). I bare 6–8 % av tilfellene fant man det aktuelt å ta saken opp i basisgruppe eller å planlegge bedriftsintern utføring, mens planlegging av yrkesrettet utføring var aktuelt i enda færre tilfeller på dette stadiet. Det var moderat til rimelig grad av enighet mellom saksbehandlerne og de rådgivende legene om hvilke tilfeller dette gjaldt.

Mens de rådgivende legene fant at 38 % av Sykmelding II-erklæringene normalt burde ha vært forelagt rådgivende lege, angav saksbehandlerne at de normalt hadde gjort dette i 33 % av tilfellene. Også her var det bare moderat grad av enighet om hvilke tilfeller dette gjaldt (kappa 0,39). Begge bedømmerne var enige om at saken ikke burde oversendes i halvparten av tilfellene, mens det var enighet om at den burde forelegges i 22 % av tilfellene. I de øvrige 28 % var bedømmerne uenige på dette punkt.

Saksbehandler og rådgivende lege frembød størst grad av enighet i vurderingen av fremtidig arbeidsførhet. Mens man antok at ni av ti langtidssykmeldte kunne vende tilbake til tidligere arbeid, ble henholdsvis 3 % og 5 % vurdert å være varig uføre ut fra Sykmelding II av saksbehandler og den rådgivende lege.

De rådgivende legene ble bedt om å gi en samlet vurdering av kvaliteten på Sykmelding II-erklæringen på en visuell analog skala som gikk fra «svært dårlig» (0) til «svært god» (100). Gjennomsnittlig vurdering på denne skalaen var at 62,5 % (tab 1) og 72 % av alle Sykmelding II-erklæringene ble vurdert å ligge over midtpunktet på skalaen. Sykmeldinger for psykiske lidelser og hjerte- og karsykdommer/luftveissykdommer ble gjennomgående funnet å være av noe bedre kvalitet, mens de erklæringer som gjaldt svangerskap, fødsel og familieplanlegging var dårligst ut fra de rådgivende legenes vurdering.

Tabell 3 Saksbehandler og rådgivende leges vurderinger av de medisinske vilkår for videre sykmelding, behov for aktive tiltak, og prognose (prosent) samt grad av enighet mellom de to bedømmerne (kappa) (N = 1 627–2 050)

	Saksbehandler (%)	Rådgivende lege (%)	Enighet (Kappa)
<i>De medisinske vilkår</i>			
Diagnosen(e) ikke tilstrekkelig begrunnet	4,5	5,2	0,14
Ikke nok medisinske opplysninger for 12-ukersvedtak	12,2	12,7	0,16
De medisinske vilkår for videre sykmelding ikke oppfylt	3,1	10,6	0,22
<i>Behov for tiltak</i>			
Bør innhente ytterligere opplysninger fra den sykmeldte før 12-ukersvedtak fattes	30,7	29,5	0,18
Bør ta kontakt med arbeidsplassen før 12-ukersvedtak fattes	8,3	14,9	0,28
Aktuelt å ta saken opp i basisgruppe	6,0	8,1	0,33
Aktuelt å planlegge bedriftsintern utføring	7,2	8,5	0,42
Aktuelt å planlegge yrkesrettet utføring	3,4	4,9	0,41
Ville/burde normalt blitt forelagt rådgivende lege ¹	32,9	38,3	0,39
<i>Prognose</i>			
Kan sannsynligvis vende tilbake til tidligere arbeid	91,0	90,0	0,55
Er varig ufør	3,1	4,7	0,67

¹ Saksbehandler ble stilt dette spørsmålet «Ville du normalt og uavhengig av det aktuelle prosjektet ha forelagt denne saken for rådgivende lege?» De rådgivende legene ble spurt: «Mener du at denne saken normalt og uavhengig av det aktuelle prosjektet burde vært forelagt rådgivende lege?»

Diskusjon

Det er tidligere gjort enkelte evalueringer av den første utgaven av Sykmelding II-erklæringen (5, 6). Forholdsvis nylig har Riksrevisjonen gjort en undersøkelse av trygdeetatens oppfølging av sykmeldte hvor trygdekontorenes bruk av Sykmelding II ble belyst (3). For øvrig kjenner vi forbausende lite til hvordan Sykmelding II-ordningen fungerer og hvordan den bedømmes sett fra trygdeetatens side. Tatt i betraktning at disse lovbestemte legeerklæringene påfører både leger og trygdeetat betydelige arbeidsbelastninger, er det all grunn til å spørre om nytteverdien står i forhold til innsatsen.

Da denne undersøkelsen ble foretatt i 1994, brukte man den reviderte sykmeldingsattest II (RTV-blankett 3.12), som ble innført i 1993. Dette tosiders skjemaet inneholdt spørsmål om pasientens yrke og arbeidskrav, sykehistorie og diagnose, medisinsk begrunnet funksjonsvurdering, plan for medisinsk utredning og behandling, prognose og restarbeidsevne.

Skjemaet hadde også spørsmål om eventuelle psykososiale, arbeidsmessige eller familiære problemer, om legen og pasienten hadde ulike oppfatninger om sykdommen, om legen mente det var tvil om at pasientens sykdom samsvarte med funksjonsnedsettelsen, samt om legen ønsket at sykmeldingstilfellet skulle drøftes med nærmere angitte instanser.

Fra 1. januar 2001 er dette skjemaet erstattet av Legeerklæring ved arbeidsuførhet (IA 08–07.08), et felles skjema for arbeidsuførhet utover åtte uker. Dette tresiders skjemaet er ytterligere utvidet i forhold til den tidligere Sykmelding II-blankett. Dette aktualiserer ytterligere behovet for å få vite mer om hvordan legeopplysninger på dette stadiet av et sykefravær vurderes i forhold til trygdeetatens oppfølgingsoppgaver.

Den foreliggende undersøkelse av et stort og representativt antall Sykmelding II-erklæringer fra Hordaland i 1994 viste at både saksbehandlerne og de rådgivende legene var gjennomgående godt fornøyd med den medisinske informasjon i erklæringene. Opplysningene om diagnose, funksjonsvurdering og plan for videre medisinsk oppfølging ble funnet å være tilstrekkelige i mer enn ni av ti tilfeller. Dette stemmer bra med Riksrevisjonens funn for et mindre utvalg av langtidssykmeldte (3). Kun unntaksvis hadde de rådgivende legene innsigelser mot behandlende leges håndtering av den sykmeldte så langt.

Derimot ble det forholdsvis ofte funnet behov for å innhente ytterligere opplysninger fra arbeidsplassen og/eller fra den sykmeldte før 12-ukersvedtak ble fattet. De rådgivende legene ønsket mer opplysninger om sosiale forhold i hvert femte tilfelle. Også tidligere undersøkelser har funnet at Sykmelding II-erklæringene ikke alltid har nok

opplysninger om yrke, eventuell arbeidsledighet eller om det er aktuelt med delvis sykmelding (7, 8). Dette viser at legeerklæringen alene ikke alltid gir tilstrekkelig grunnlag for trygdens vurderingen av langtidssykmeldte. Også Riksrevisjonen pekte på at trygdekontorene i for liten grad tar kontakt med den sykmeldte og arbeidsgiver (3). Saksbehandlere og rådgivende leger fant bare unntaksvis at det var aktuelt for trygdekonto- ret å ta saken opp i basisgruppe eller iverksette aktive attføringstiltak. Det kan tenkes at manglende opplysninger om arbeid og sosiale forhold gjorde det vanskelig å ta stilling til attføringstiltak ut fra Sykmelding II-erklæringen alene. Men vi antar at be- grunnelsen oftere var at slike tiltak enten ble sett som unødvendige eller at saken ikke var tilstrekkelig medisinsk avklart på Sykmel- ding II-tidspunktet. Dette kan bidra til å for- klare hvorfor trygdekontorene forholdsvis sjelden initierer aktive tiltak blant langtidssykmeldte (2, 3, 9, 10).

Mens det var forholdsvis høy grad av enighet mellom saksbehandler og rådgiven- de lege om hvem av de langtidssykmeldte som sannsynligvis kunne gjenoppta arbeidet og hvem som var varig uføre, var de to be- dømmere atskillig mindre enige i de øvrige vurderingene. En mulig feilkilde for denne sammenlikningen var at de rådgivende lege- ne hadde tilgang til saksbehandlerens vurde- ringsskjema når legene vurderte saken. Imidlertid har vi god grunn til å tro at legene vurderte sakene på selvstendig basis og at saksbehandlerens vurderingene ikke ble lest annet enn i et fåtall av tilfellene. En even- tuell påvirkning ville ventelig tendert mer til å øke graden av enighet enn til å redusere den.

Vi antar at den gjennomgående lave kon- kordans både uttrykker reelle systematiske og mer tilfeldige forskjeller i bedømmelse. Skjønnsmessige vurderinger vil alltid være preget av større eller mindre variabilitet mellom ulike bedømmere og når samme be- dømmere gjør gjentatte vurderinger. Den gjennomgående lave enigheten tyder på at bedømmerne var usikre på kriteriene for en avgjørelse. De rådgivende legene tenderte mot å være noe mer kritiske til om de medi- sinske vilkår for videre sykmelding var opp- fylt og mente også noe oftere enn saksbe- handlerne at saken normalt burde vært fore- lagt rådgivende lege. Likevel var begge bedømmerne enige i at dette var unødvendig i halvparten av tilfellene.

Vi har vist at rådgivende leges systematis- ke gjennomgang av alle Sykmelding II-er- klæringer ikke førte til kortere sykmeldings- periode eller lavere andel uførepensjonerte senere (4). Også det faktum at de rådgivende legene stort sett var enige i behandlerne leges opplegg, tilsier at det ikke er hensikts- messig at rådgivende lege vurderer samtlige Sykmelding II-erklæringer. Det er grunn til å tro at de fleste sykmeldende leger kritisk vurderer behovet for videre sykmelding og

forsøker å motivere sine pasienter til å gjen- oppta arbeidet så tidlig som mulig (11, 12). Denne undersøkelsen viser at det er lite å an- merke på legens plan for den videre medi- sinske oppfølging i det store flertall av Syk- melding II-sakene.

Samlet peker denne undersøkelsen på fle- re problematiske forhold ved Sykmelding II- ordningen, slik den nå er utformet. For det første medfører ordningen at svært mange legeerklæringer sendes inn til trygdekontorene uten at de medfører andre tiltak enn kontinuering av sykepengene. For det andre gir disse erklæringene ofte ikke tilstrekkelige ikke-medisinske opplysninger om den sykmeldte. For det tredje synes vurderingen av opplysningene i Sykmelding II å variere urimelig mye mellom presumptivt sakkyn- dige bedømmere. Dette medfører at Sykmel- ding II blir et usikkert beslutningsgrunnlag for trygdeetaten. Vi tror at Sykmelding II- ordningen bør vurderes nærmere for å sikre en bedre balanse mellom de ressurser som medgår og den nytte ordningen har.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Oppfølging av langtidssykmeldte. NOU 1986: 22. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1986.
2. Oppfølging sykmeldte med særlig vekt på 12 ukersvedtaket. RTV rapport nr 2/97. Oslo: Riks- trygdeverket, 1997.
3. Riksrevisjonens undersøkelse om trygdeeta- tens oppfølging av sykmeldte. Dokument nr 3: 9 (1998–99) Oslo: Riksrevisjonen, 1999.
4. Ringdal PR, Haug K, Mæland JG. Fører syste- matisk vurdering av Sykmelding II-erklæringer til lavere trygdeforbruk? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 157–60.
5. Melsom H, Noreik K. Evaluering av Sykmel- ding II – en legeattest for sykmelding utover åtte uker. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1390–2.
6. Berg JE, Tellnes G, Noreik K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. Tidsskr Nor Læge- foren 1990; 110: 1393–7.
7. Tellnes G, Melvær E, Askevold OH, Moum T, Mathisen S, Vu THT. Kan langtidssykmeldin- gene bli kortere? Norsk Tidsskrift for Arbeidsme- disin 1992; 13: 312–5.
8. Evaluering av trygdekantorenes arbeid med sykepengetilfeller våren 1993. RTV-rapport nr 2/ 94. Oslo: Rikstrygdeverket, 1994.
9. Berg JE, Tellnes G, Bjerkedal T. Hvordan går det med Sykmelding II-pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 222–5.
10. Bjørndal A. Oppfølging av langtidssyk- meldte. En undersøkelse av en kohort fra Moss kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2857–62.
11. Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1442–4.
12. Getz L, Westin S, Paulsen B. Behandler og sakkyn- dig – mellom barken og veden? Allmenn- praktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1435–40.

Summaries in English



- 157 Ringdal PR, Haug K, Mæland JG
Does systematic evaluation of sickness certification lead to less use of health insurance?
- 161 Mæland JG, Ringdal PR, Haug K
Assessing the quality of medical certificates in long-term sickness absence
- 165 Vik A, Helbekkmo N, Bremnes RM
Low-grade non-Hodgkin's lymphoma in Northern Norway: treatment, outcome, and prognostic factors
- 172 Otterstad JE, Strøm O
Thrombangiitis obliterans – a case history
- 174 Grude N, Tveten Y
Aerococcus urinae in urinary tract infections
- 178 Leirdal M, Sioud M
Receptor tyrosine kinase ras-ERK signal transduction pathway as therapeutic target in cancer
- 183 Salvesen R
Acute cerebral infarction: diagnosis of subgroups
- 187 Smith-Meyer E, Bjørneklett A, Swärd E, Refsum N
A quality audit of implementation of procedures for hospital drug administration: a method for error prevention
- 193 Haugen OA
Smoking in Norwegian hospitals
- 196 Yaqub S, Kyrødalen L
Smoking ban in a general hospital psychiatric unit: effects on «as needed» medication