



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Evaluering av prosjektet 1-2-3-4 i Vestfold

Publisert: April 2017
Skrevet av: Terje Olsen

NF rapport nr.: 7/2017
ISBN-nr: 978-82-7321-708-0
ISSN-nr: 0805-4460



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

EVALUERING AV PROSJEKTET 1-2-3-4 I VESTFOLD

Publisert: April 2017
Skrevet av: Terje Olsen

NF rapport nr.: 7/2017
ISBN nr.: 978-82-7321-708-0
ISSN-nr.: 0805-4460



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

RAPPORT

TITTEL: Evaluering av prosjektet 1-2-3-4 i Vestfold	OFF. TILGJENGELIG: JA	NF-RAPPORT NR.: 7/2017
FORFATTER(E): Terje Olsen	PROSJEKTANSVARLIG (SIGN.): Terje Olsen	FORSKNINGSLEDER: Ragnhild Holmen Waldahl
PROSJEKT: Følgeevaluering av 1-2-3-4	OPPDRAGSGIVER: NAV Vestfold	OPPDRAGSGIVERS REFERANSE:
SAMMENDRAG: Resultater fra følgeevaluering av forsøket 1-2-3-4 i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme, gjennomført i 2015 og 2016.	EMNEORD: Sykefravær, sykmelding, primærlege, NAV, kommunikasjon, innovasjon, evaluering. KEYWORDS: Sick leave, general practitioner, welfare services, communication, innovation, evaluation.	
	ANTALL SIDER: 48	SALGSPRIS: 75



INNHold

FORORD	3
1 SAMMENDRAG	4
1.1 PROSJEKTINTERNE FAKTORER	5
1.2 LOKALE BETINGELSER	6
1.3 ORGANISASJONSEKSTERNE FAKTORER	7
1.4 FORSØKET MED 1-2-3-4 FORSTÅTT SOM OFFENTLIG INNOVASJONSVIRKSOMHET	8
2 ENGLISH SUMMARY	10
2.1 INTERNAL FACTORS	11
2.2 LOCAL CONDITIONS	12
2.3 EXTERNAL FACTORS	13
2.4 THE 1-2-3-4 TRIAL SEEN AS A PUBLIC INNOVATION ACTIVITY	14
3 INNLEDNING	15
3.1 ARBEIDSMÅTER, MÅLSETTINGER OG BAKGRUNN FOR 1-2-3-4	15
3.2 ORGANISERING OG DRIFT AV 1-2-3-4	17
3.3 PROBLEMSTILLINGER	18
4 METODISK TILNÆRMING	20
4.1 ANALYSER AV SYKEFRAVÆRSDATA	20
4.2 INTERVJUER MED RELEVANTE AKTØRER	22
4.3 SPØRREUNDERSØKELSER TIL FASTLEGER OG NAV-VEILEDERE	22
4.4 UTTREKK AV SYKMELDINGER	23
4.5 FORSKNINGSETISKE HENSYN	23
5 BRUKEN AV TALLKODER	24
5.1 BRUK AV TALLKODER I FORSØKSPERIODEN	24
5.2 FORDELING AV TALLKODER MELLOM KOMMUNENE	26
5.3 OPPSUMMERING	28
6 UTVIKLINGEN I LEGEMELDT SYKEFRAVÆR	30
6.1 LEGEMELDT SYKEFRAVÆR	30
6.2 GJENNOMSNITTLIG SYKEFRAVÆRSLENGDE	32
6.3 EFFEKTER PÅ INNGANG TIL ARBEIDSAVKLARINGSPENGER	33
7 LEGER OG NAV-VEILEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER UNDERVEIS	35
7.1 ERFARINGER UTTRYKT I INTERVJUENE MED NAV-VEILEDERE OG LEGER	35
7.2 RESULTATER FRA TRE SPØRREUNDERSØKELSER	38
7.3 LEGENES BRUK AV TALLKODER	39
7.4 LEGENES VURDERING AV SAMARBEIDET MED SAKSBEHANDLERNE HOS NAV	41
7.5 ERFARINGER KNYTTET TIL 1-2-3-4 SETT FRA LEGENES STÅSTED	41
7.6 NAV-VEILEDERES ERFARINGER OG VURDERINGER MED BRUK AV TALLKODER	42
7.7 NAV-VEILEDERES VURDERING AV SAMARBEIDET MED LEGENE	43
7.8 ERFARINGER KNYTTET TIL FORSØKET MED 1-2-3-4 SETT FRA NAV-VEILEDERNES SIDE	44
8 OPPSUMMERING	45

Tabeller

Tabell 1: Oversikt over sammenlignende kommuner.....	21
Tabell 2: Oversikt over forsøkskommuner og sammenlignbare kommuner, legemeldt sykefravær ved inngang til prosjektperioden. I prosent.....	21
Tabell 3: Oversikt over informanter.....	22
Tabell 4: Svarprosent, spørreundersøkelser om holdninger til og erfaringer med 1-2-3-4. ...	23
Tabell 5: Sykmeldinger med tallkoder i uttrekksuker. Absolutte tall.....	24
Tabell 6: Sykmeldinger med tallkoder i forsøkskommunene. Absolutte tall.....	25
Tabell 7: Sykmeldinger fordelt på tallkoder i enkelte uker i forsøksperioden. Antall og prosent.	26
Tabell 8: Sykmeldinger fordelt på tallkoder og kommuner enkelte uker i forsøksperioden. I prosent.	26
Tabell 9: Legenes bruk av forklarende tekst i tillegg til tallkoder. I prosent.....	27
Tabell 10: Legemeldte sykefraværskoder for arbeidstakere etter kommune og kvartal. Absolutte tall.	31
Tabell 11: Respondenter blant leger, tre måletidspunkt. Antall.	39
Tabell 12: Har du i din stilling begynt å jobbe etter 1-2-3-4-metodikken? (Legers svar på tre tidspunkt.) Antall.....	39
Tabell 13: I hvilken grad mener du 1-2-3-4-metodikken har bidratt til følgende forhold? (Legers vurderinger, høst 2016.) Antall.....	40
Tabell 14: Hvordan vurderer du samarbeidet mellom NAV, leger og arbeidsgivere i din kommune med tanke på oppfølging av sykmeldte? (Svarfordeling blant leger, høsten 2016.) Antall.	41
Tabell 15: Respondenter blant NAV-veiledere, tre måletidspunkt. Antall.	42
Tabell 16: Har du i din stilling begynt å jobbe etter 1-2-3-4-metodikken? (NAV-veilederes svar på tre tidspunkt.).....	43
Tabell 17: I hvilken grad mener du at 1-2-3-4-metodikken har bidratt til følgende forhold? (NAV-veilederes vurderinger, høst 2016.) Antall.	43
Tabell 18: Hvordan vurderer du samarbeidet mellom NAV, leger og arbeidsgivere i din kommune med tanke på oppfølging av sykmeldte? (Svarfordeling blant NAV-veiledere, høsten 2016.) Antall.	44

Figurer

Figur 1: Utvikling i bruk av tallkoder på sykmeldinger i tre kommuner. Antall.	25
Figur 2: Utvikling i legenes tallkoder på sykmeldinger. Absolutte tall.....	27
Figur 3: Registrerte sykmeldinger i tre kommuner, fordelt etter sykmeldingskoder. Antall. .	28
Figur 4: Utvikling i legemeldte sykefraværskoder i tre kommuner. Absolutte tall.....	32
Figur 5: Differanse i sykefraværets gjennomsnittlige varighet i tre kommuner i løpet av forsøksperioden. Absolutte tall.....	33

FORORD

To år med følgeevaluering av NAV Vestfolds prosjekt 1-2-3-4 har gått utrolig fort! Det skyldes først og fremst at det har vært både faglig interessant og hyggelige mennesker å samarbeide med i gjennomføringen av denne evalueringen. Nå når prosjektet går mot slutten, er det flere som skal takkes.

Aller først takk for oppdraget til NAV Vestfold.

Takk til NAV-veiledere og fastleger i Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme, og andre aktører i området, som har brukt tid i en travel hverdag til å svare på våre intervjuer og spørreundersøkelser i flere runder i løpet av prosjektperioden.

En stor takk også til 1-2-3-4-prosjektets styringsgruppe og ressursgruppe for godt samarbeid og interessante diskusjoner under prosjektets gang. En spesiell takk til seniorrådgiver Tor Erik Nyberg i NAV Vestfold for god hjelp med å innhente registerdata.

Tidligere kollega ved Nordlandsforskning, Hege Gjertsen, nå førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, deltok i følgeevalueringen det første året prosjektet pågikk. Hun utarbeidet spørreundersøkelsen til NAV-veiledere og fastleger, og hun har lest og kommentert sluttrapporten. Tusen takk for det gode samarbeidet.

En stor takk til forskningsleder ved Nordlandsforskning, Ragnhild Holmen Waldahl for grundig gjennomgang og kvalitetssikring av sluttrapporten.

Den aller største takken må rettes til prosjektleder Gerd Berget i NAV Vestfold. Hennes utrettelige innsats har vært av stor betydning ikke bare for prosjektets gjennomføring, men og for vår evaluering.

Bodø, januar 2017

1 SAMMENDRAG

Denne rapporten oppsummerer resultater fra vår følgeevaluering av forsøket 1-2-3-4 i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme. Forsøket har pågått i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2016. Prosjekteier er NAV Vestfold. Forsøket er gjennomført med midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet sammen med partene i arbeidslivet, LO og NHO.

Forsøket handler om kommunikasjonen mellom sykemeldende leger og NAV om legemeldt sykefravær. Innholdet har bestått av at fastleger og NAV-veiledere med ansvar for oppfølging av sykmeldinger benytter et felles tallsystem, der kodene 1,2, 3 og 4 har blitt ført i sykmeldingsblankettens punkt 6. Tallkodene 1 og 2 innebærer medisinske vurderinger og oppfølging fra leges side, med foreløpig avventing fra NAV. Tallkodene 3 og 4 innebærer at legen anser at NAV bør prioritere saken og følge opp raskt. Det er forventet at legene gir en kommentar om hva de anser at sykefraværet dreier seg om i kodene 2, 3 og 4.

Nordlandsforskning har hatt i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av forsøket med 1-2-3-4 under dets gang. Vi har gjennomført dette gjennom å innhente ulike typer relevante data som kan belyse effekter av forsøket, herunder også tre runder med feltarbeid og intervjuer med relevante aktører underveis. Under prosjektets gang har vi hatt en rolle som uavhengig diskusjons- og refleksjonspartner med prosjektleder og styringsgruppen. Som ledd i dette har vi levert to underveisrapporter til prosjektets styringsgruppe og møtt styringsgruppen ved tre tidspunkt.

Forsøket med 1-2-3-4 i de tre Vestfold-kommunene kan forstås på tre måter: a) et system for grovsortering av ulike typer sykmeldingstilfeller, b) et system der sykemeldende lege gir beskjed til NAV om hvilke tilfeller som bør prioriteres, og der det haster med å komme i gang med oppfølging og c) en metode for å skape en god og effektiv kommunikasjon mellom sykemelder og NAV om den enkelte pasient/bruker.

Prosjektet har vært drevet av NAV-kontorene i de tre kommunene selv, med en felles overbygning i form av prosjektleder i full stilling og felles styringsgruppe.

Slik det er beskrevet i prosjektplanen, forstår vi forsøket med 1-2-3-4 som en måte å teste ut en metodikk på som tidligere har vist seg fruktbar og relevant for sykefraværarbeidet i NAV Larvik. Her hadde man gjennom flere år utviklet et system med denne typen kategoriseringer, med stor oppslutning blant både NAV-ansatte og fastleger.¹ Et underliggende spørsmål har derfor vært hvorvidt denne modellen kunne overføres til andre kommuner som ikke nødvendigvis har de samme lokale forutsetningene som man har i denne kommunen.

Vi har observert at i samarbeidsrelasjoner mellom NAV og leger, der bruken av tallkoder har tilstrekkelig oppslutning fra begge parter, fungerer tallkodene som grunnlag for grovsortering og prioriteringer i stor grad etter hensikten. Her uttrykker både leger og NAV-ansatte at de i stor grad har gode erfaringer med denne måten å samhandle på.

¹ Erfaringene med bruk av tallkoder i Larvik er omtalt her: Ose, S.O. K. Dyrstad, I. Brattlid m.fl. (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?* Trondheim: SINTEF.

Vi fant også at spesielt to forhold var utfordrende i forsøket med 1-2-3-4 underveis. Disse forholdene kan oppsummeres slik:

- Varierende oppslutning fra legenes side
- Innføring av nytt system med elektroniske sykefraværsblanketter

Dette handler både om prosjektinterne forhold, forhold i omgivelsene i de tre kommunene der forsøket har blitt prøvd ut og ytre forhold knyttet til prioriteringer og endringer på fylkesnivå og nasjonalt nivå. Nedenfor skal vi kort utdype disse.

1.1 PROSJEKTINTERNE FAKTORER

NAV Vestfolds forsøk med 1-2-3-4 i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme har etter vår vurdering blitt gjennomført på en hensiktsmessig måte. Vi anser dette som et solid og vel gjennomført prosjektarbeid. Prosjektet har i stor grad fulgt den oppsatte prosjektplanen, arbeidet har vært preget av solid prosjektledelse og aktiviteten i prosjektet har vært godt organisert. Det har vært en tydelig oppfølging og kontakt mellom prosjektleder, NAV og fastlegene gjennom hele prosjektperioden.

Prosjektleder har jobbet grundig og systematisk med å følge opp NAV-kontorene og drive opplysningsaktivitet ut mot den enkelte fastlege og mot legekantorene i regionen. Prosjektleder har jevnlig utarbeidet systematiske oversikter over oppslutning og bruk av 1-2-3-4-metodikken blant legene i regionen, samt luket ut feil eller mangler i bruken av tallkoder og tekst. Det er lagt ned betydelig innsats i å nå ut med informasjon til samtlige leger i de tre kommunene. Dette arbeidet har etter alt å dømme vært avgjørende for at prosjektet har kommet så langt som det har. Alt vi har sett av arbeidet i prosjektet, bærer preg av godt drevet administrativt og faglig prosjektarbeid gjennom prosjektperioden. Prosjektet har hatt en bredt sammensatt styringsgruppe, en intern ressursgruppe og en referansegruppe som har møttes jevnlig. Inntrykket vårt er at dette samarbeidet har fungert godt og etter hensikten i hele prosjektperioden.

I forkant av prosjektet ble det vurdert slik at Legeforeningen eller lege ikke skulle være representert i prosjektets styringsgruppe.² Sett i ettertid, i etterpåklokskapsens lys, kunne det etter alt å dømme med fordel ha vært invitert med en representant for legesiden i prosjektets styringsgruppe. Dette ville ha tydeliggjort tilknytningen til legeside og bidratt til en tydeliggjøring av legenes posisjon og rolle under prosjektets gang, bidratt til legitimitet og vært et talerør for legens perspektiver inn i styringsgruppens arbeid.

I Larvik hadde man utviklet og etablert et samarbeid mellom NAV og fastlegene med bruk av tallkoder uten tilskudd av eksterne midler eller annen hjelp utenfra. Utgangspunktet i prosjektet 1-2-3-4 var nettopp at de tre NAV-kantorene skulle drive sitt prosjekt på tilsvarende vis. Da det etter hvert ble klart at NAV Tønsberg hadde problemer med å få tilstrekkelig oppslutning blant fastlegene i kommunen, anser vi at det kunne ha vært hensiktsmessig med en drahjelp for å få denne forutsetningen på plass. Som ledd i å styrke 1-2-3-4s legitimitet

² Opplyst i tilbakemelding på rapportutkast.

blant legene vurderer vi som evaluator det slik at prosjektet kunne ha hatt fordel av en noe større oppmerksomhet og drahjelp fra NAV Vestfolds side i denne perioden. Etter det vi kan se, har imidlertid dette vært relativt beskjedent. Det at prosjektet i liten grad synes å ha hatt "vind i seilene" fra fylkesleddet ved å gi prosjektet legitimitet på bakkeplan, kan etter vår vurdering ha gjort prosjektet litt tyngre å drive. Likevel er det lite trolig at disse faktorene i seg selv har vært avgjørende for utfallet av prosjektet.

1.2 LOKALE BETINGELSER

Forsøket med 1-2-3-4 kom i gang tidlig i 2015, slik det også var forutsatt i prosjektplanen. Allerede under den første perioden med datainnsamling var det åpenbart at det var betydelige forskjeller i legenes oppslutning om forsøket i de tre kommunene. I Nøtterøy og Tjøme var det nærmest fra første dag stor oppslutning, og man startet mer eller mindre opp med bruk av kodene fra første dag. Flere av legene og NAV-veilederne hadde hørt om erfaringene i Larvik tidligere og ivret etter å komme i gang med å bruke tallkodene. I de to kommunene har man hatt jevnlig samarbeidsmøter mellom legene og NAV, med høyt oppmøte fra begge parter. Ved avslutningen av prosjektfasen, ved utgangen av 2016, er det også i disse to kommunene at forsøket med bruk av tallkodene har kommet lengst, i den forstand at man har hatt en bred oppslutning fra begge parter. Riktignok bruker heller ikke alle leger i Nøtterøy tallkodene jevnlig ved utgangen av prosjektperioden, men det synes heller ikke å være noen uttrykt uvilje mot å gå inn på dette.

Under første fase med datainnsamling, våren 2015, ble det klart at situasjonen i Tønsberg var en noe annen enn i de to andre kommuner. Noen av legene ønsket å ta i bruk tallkodene, eller var innforstått med å gå inn i det toårige forsøket med å prøve ut dette. Noen av legene uttrykte også tydelig at de ikke ønsket å gå inn i dette. Vårt inntrykk er at det i Tønsberg synes å ha satt seg en kultur av manglende tillit til NAV blant enkelte leger. Vårt inntrykk er at dette ikke handlet om forsøket med 1-2-3-4 i seg selv, men har røtter lenger tilbake i tid. Likevel gir manglende tillit seg utslag i manglende oppslutning og samarbeid om forsøket i hele prosjektperioden. Når vi ser på den systematiske gjennomgangen som er gjort av prosjektleder, ser vi at tallkodene benyttes av samtlige fastleger i Tjøme kommune, rundt 2/3 av fastlegene i Nøtterøy kommune og 1/3 av fastlegene i Tønsberg kommune. Tallene ser ut til å ha vært relativt stabile siden prosjektstart.

Det ser ut til å være flere grunner til manglende oppslutning i Tønsberg. Dette er en større kommune enn de to øvrige, og de nære relasjonene og den gjensidige tilliten som finnes mellom NAV og legene i de to andre kommunene, er vanskeligere å etablere her. Før forsøksperioden kom i gang, hadde NAV Tønsberg i lengre tid vært preget av hyppige utskiftninger og vikariater blant personalet som arbeidet med sykefraværsoppfølging. Dette bidro heller ikke til å styrke samarbeidet mellom veiledere og leger, som også her handler om mulighetene for å utvikle personlige relasjoner.

I Nøtterøy og Tjøme synes relasjonene mellom leger og NAV derimot å ha vært stabil og preget av tillit og samarbeid når det gjelder bruken av tallkodene. Intervjuene med leger og NAV-ansatte fra disse to kommunene viser at samhandlingspartene har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og ansvarsområder. Vi vurderer oppslutningen om forsøket med 1-2-

3-4 og om legemøtene i disse to kommunene som uttrykk for at man over tid har bygd opp en gjensidig tillit og respekt på tvers av faggrensene.

En ordning med "legemobil" ble innført i de tre NAV-kontorene lenge før prosjektet startet. Legemobilen representerer et element som ifølge legene ofte fungerer spesielt bra i samarbeidet med NAV. Selv om legemobilen ikke er en del av 1-2-3-4, assosieres den likevel med forsøket sett fra legenes side. Ordningen innebærer at legene i kommunen har et nummer til NAV som kun de kjenner, hvor de kan ringe og få direkte svar i enkeltsaker. En saksbehandler har til enhver tid ansvar for å besvare telefonen. Ansvarer går på rundgang i staben, og dette har høy prioritet internt. Etableringen av legemobilen har bidratt til at legene opplever å få kontakt med saksbehandlere mer eller mindre umiddelbart og til å skape bedre tillit også for samarbeidet i 1-2-3-4-forsøket.

1.3 ORGANISASJONSEKSTERNE FAKTORER

Spørsmål om sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd handler om sentrale velferdspolitiske temaer, der politiske prioriteringer og endringer skjer relativt hyppig. Et prosjekt med en toårig forsøksperiode vil neppe kunne forvente å leve i "fredede" ytre betingelser over så lang tid uten at nasjonale føringer vil spille inn også på prosjektets eksistensbetingelser. Siden prosjektoppstart i begynnelsen av 2015 har det skjedd flere ting på nasjonalt nivå som har påvirket betingelsene for arbeidet med – og mulighetene knyttet til – prosjektet lokalt. Dette er prioriteringer og endringer som prosjektet lokalt i liten grad har mulighet til å påvirke i den ene eller andre retning.

I siste halvdel av 2015 innførte Arbeids- og velferdsdirektoratet bruk av en elektronisk sykefraværsblankett. Denne hadde vært forberedt i lengre tid. Innføringen i Vestfold skjedde på senhøsten 2015.³ Overgangen til elektronisk sykefraværsblankett innebar også enkelte endringer i blanketten som gjør at de funksjonene som bruken av tallkodene i forsøket har, blir ivaretatt i det nye skjemaet. Det nye skjemaet etterspør og ivaretar langt på vei de opplysningene som ville være aktuelle å skrive inn på 3-erne i prosjektet. For å ivareta hele spekteret av tallkoder i 1-2-3-4-forsøket ble man lokalt i de tre forsøkskommunene enige om å benytte punkt 8.1 i det nye skjemaet for å skrive inn tallkodene. Dette ble avklart også med Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Punkt 8.1 ("*Bør NAV ta tak i saken nå?*") var det punktet som passet for dette, men det innebar samtidig at legen måtte krysse av her også for 1-ere og 2-ere – der poenget er at NAV kan avvente legens medisinske vurdering. Prosjektet fikk et pedagogisk problem, og det oppsto en viss forvirring ved innføringen av den elektroniske blanketten. Muligens kan dette ha medført at prosjektet mistet noe av styringsfarten. Etter vår vurdering er dette i seg selv neppe nok til at forsøket ikke oppnådde de ønskede resultatene, men kombinert med varierende oppslutning fra legene tok det etter alt å dømme noe av energien ut av prosjektet i den avsluttende fasen.

³ Innføringen foregår gradvis, og høsten 2016 er det flere av legene som av ulike grunner fortsatt benytter de gamle skjemaene.

I løpet av 2016 har det blitt innført et elektronisk dialogverktøy hvor legene kan sende direktemelding til NAV-veiledere i enkeltsaker. De direkte kommunikasjonsformene mellom fastleger og NAV-veiledere blir dermed flere, og litt av den legitimerende effekten som legemobilen, riktignok utilsiktet, har skapt for forsøket, ser ut til å ha blitt redusert. Etter det vi kan se, har legemobilen på ingen måte mistet sin rolle i den daglige kommunikasjonen mellom partene, men symbolverdien som legemobilen hadde i den innledende fasen av forsøket, ser ut til å ha blitt redusert som følge av at nye elektroniske verktøy har blitt introdusert.

I det opprinnelige prosjektdesignet la vi som evaluator opp til å hele veien følge utviklingen i sykefraværet i de tre forsøkskommunene opp mot tilsvarende utvikling i ni andre sammenlignbare kommuner, med tanke på å se etter eventuelle effekter av forsøket. Siden Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (AA-registeret) ble lagt om nettopp i den perioden som prosjektet pågikk, var det ikke mulig å få ut disse tallene. Kanskje kunne dette ha bidratt til å gi prosjektet en viss drahjelp dersom det kunne vise til synlige resultater. Vi vurderer det likevel slik at dette ikke ville ha vært avgjørende for å sikre nødvendig legitimitet og oppslutning.

1.4 FORSØKET MED 1-2-3-4 FORSTÅTT SOM OFFENTLIG INNOVASJONSVIRKSOMHET

Forsøket med utprøving og implementering av 1-2-3-4-modellen ved NAV-kontorene og hos legene i tre kommuner i Vestfold kan leses som en ny måte å kommunisere på tvers av faggrenser om offentlige velferdstjenester på. I dette tilfellet handler det om samarbeid på tvers av offentlig og privat sektor. For velferdsstatens langsiktige økonomiske bærekraft og legitimitet er det avgjørende at samarbeidet mellom leger og NAV fungerer godt. Disse to rollene forvalter i fellesskap en portvokterfunksjon til fellesgoder som sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Det er derfor viktig at det jevnlig gjøres nytenkning og forsøk i småskala for å utforske eventuelle nye og forbedrede måter å organisere og drive dette samarbeidet på. Vi bør forstå forsøket med 1-2-3-4 i en slik sammenheng. Forstått på denne måten er lærdommene fra forsøket relevante og verdifulle, også når resultatene fra forsøket ikke ble som opprinnelig tenkt.

I gjennomgang av relevante registerdata fra Statistisk sentralbyrå og Arbeids- og velferdsdirektoratet har det ikke vært mulig å finne støtte for at forsøket med 1-2-3-4 har hatt en direkte effekt på legemeldt sykefravær, lengden på sykefravær eller inngang på arbeidsavklaringspenger. Det behøver imidlertid ikke bety at forsøket ikke kan ha hatt betydning for bedre bruk av tid og ressurser i enkeltsaker for både leger og NAV-veiledere, slik svar fra respondentene i våre spørreundersøkelser indikerer.

Samlet sett er det vanskelig å finne støtte for at forsøket med 1-2-3-4 har oppnådd de resultatmålene man ønsket å finne svar på om man faktisk kunne oppnå. Slik vi som evaluator vurderer det, betyr likevel ikke dette at prosjektet ikke har vært vellykket eller at innsatsen har vært bortkastet. Forsøket med 1-2-3-4 demonstrer med stor tydelighet hvilken betydning oppslutning og tillit fra de sentrale samhandlingspartene i relasjonen har for resultatene.

Selv om samarbeidet mellom fastleger og NAV i all hovedsak fungerer godt i de tre kommunene, ser vi altså at oppslutningen om bruk av tallkoder på sykmeldingene har vært varierende og vanskelig å endre underveis. Prosjektet har pågått i to år. Etter vår vurdering er det vanskelig å se at et lengre prosjektforløp ville ha endret utfallet av forsøket i betydelig grad. Hovedutfordringen allerede fra start har vært varierende oppslutning og tillit fra legene når det gjelder metodikken i forsøket. I prosjektets andre og siste driftsår innebar innføringen av elektronisk sykefraværsblankett at viktige funksjoner som tallkodene hadde, ble ivaretatt med endringer i det nye skjemaet. Disse endringene tok i siste fase av prosjektet mye av luften ut av prosjektet i form av tiltro og oppslutning også internt i NAV på fylkesnivå og lokalt nivå.

2 ENGLISH SUMMARY

This report sums up the results from our real-time evaluation of the 1-2-3-4 trial in three Norwegian municipalities: Tønsberg, Nøtterøy and Tjøme. The trial ran from 1 January 2015 to 31 December 2016. The project owner is NAV Vestfold. The trial was conducted with funding from the Norwegian Labour and Welfare Administration together with the employee and employer organisations, LO (Norwegian Confederation of Trade Unions) and NHO (Confederation of Norwegian Enterprise).

The trial is concerned with communication between doctors certifying sickness absence and NAV about medically certified sickness absence. It involved GPs and NAV officers with responsibility for following up on sickness absence using a joint number system, in which the codes 1, 2, 3 and 4 were entered in section 6 of the medical certificate form. Codes 1 and 2 mean medical assessments and follow-up by the doctor, with NAV waiting for the time being. Codes 3 and 4 mean that the doctor is of the opinion that NAV ought to give the case priority and follow up quickly. Doctors are expected to comment on what they consider the sickness absence to involve for codes 2, 3 and 4.

Nordlandsforskning was commissioned to carry out a real-time evaluation of the 1-2-3-4 trial while it was in progress. We did this by gathering various types of data that could throw light on the impact of the trial, including three rounds of field work and interviews with relevant actors along the way. While the project was in progress, we functioned as an independent discussion and reflection partner for the project manager and steering group. As part of this, we delivered two interim reports to the project's steering group and met with the steering group on three occasions.

The 1-2-3-4 trial in the three Vestfold municipalities can be seen in three ways: a) a system for roughly categorising different types of sickness absence, b) a system whereby the certifying doctor tells NAV which cases should be given priority and where follow-up is urgently needed, and c) a way of ensuring good, effective communication between the certifying doctor and NAV about the individual patient/user. The project was run by the NAV offices in the three municipalities themselves, but with a shared superstructure in the form of a full-time project manager and a joint steering group.

As described in the project plan, we see the 1-2-3-4 trial as a way of testing out a methodology that has previously proved productive and relevant for sickness absence work at NAV Larvik. Over the course of several years, Larvik had developed a system employing categorisations of this type that was well supported by both NAV staff and GPs.⁴ One underlying question was therefore whether this model could be 'transplanted' to other municipalities where local conditions were not necessarily the same as in Larvik.

We observed that, in collaborative relationships between NAV and doctors where the use of number codes enjoyed adequate support from both parties, the number codes work as a basis

⁴ Experiences with the use of number codes in Larvik are discussed here: Ose, S.O. K. Dyrstad, I. Brattlid m.fl. (2013) *Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?* Trondheim: SINTEF.

for rough categorisation and prioritisation largely as intended. In such cases both doctors and NAV by and large report good experiences with this way of interacting.

We also found there to be two factors that caused challenges in the course of the 1-2-3-4 project. These factors can be summed up as follows:

- Variable support on the part of the doctors
- Introduction of a new system involving electronic sickness absence forms

We are talking about internal factors, factors in the locations where the trial took place, and external factors linked to prioritisations and changes at county and national level. They are described in more detail below.

2.1 INTERNAL FACTORS

In our opinion, NAV Vestfold's 1-2-3-4 trial in the municipalities of Tønsberg, Nøtterøy and Tjøme was conducted in an expedient manner. We consider the project work to have been carried out soundly and well. The project largely followed the set project plan, the work was characterised by sound project management and the project activities were well organised. There was clear follow-up and contact between the project manager, NAV and the GPs throughout the project period.

The project manager worked thoroughly and systematically on following up on the NAV offices and running information activities in relation to the individual GPs and the medical practices in the region. The project manager prepared systematic overviews of support for and use of the 1-2-3-4 methodology among the doctors in the region at regular intervals, and weeded out errors or deficiencies in the use of number codes or text. A great effort was made to disseminate information to all doctors in the three municipalities. There is every reason to believe that this work was vital to the project getting as far as it did. All we saw of the work on the project bears the stamp of well-run administrative and technical project work during the project period. The project had a broad-based steering group, an internal resource group and a reference group, which met regularly. It was our impression that the cooperation worked well and as intended throughout the project period.

The neighbouring municipality of Larvik had developed and set up cooperation between NAV and GPs involving the use of number codes without external funding or other help from outside. The starting point for the 1-2-3-4 project was precisely that the three NAV offices should run their project in a similar way. As it gradually became apparent that NAV Tønsberg was having problems obtaining sufficient support among GPs in the municipality, we believe that some sort of assistance might help put this condition in place. In our capacity as evaluator, we believe that the project might have benefited from slightly more attention and assistance from NAV Vestfold as part of boosting 1-2-3-4's legitimacy with doctors. From what we can see, this was relatively modest, however. In our view, the fact that the project did not appear to get much of a 'leg-up' at county level to give the project legitimacy on the ground may have made the project slightly harder to run. It is unlikely, however, that these factors in themselves were crucial to the outcome of the project.

2.2 LOCAL CONDITIONS

The 1-2-3-4 trial got under way in early 2015, as intended in the project plan. Even during the initial period of data gathering it was apparent that there were considerable differences in support for the trial among doctors in the three municipalities. In Nøtterøy and Tjøme there was strong support right from day one, with the codes being used more or less from the outset. Several of the doctors and NAV officers had previously heard about the experiences in Larvik and were keen to start using the number codes. Regular cooperation meetings between the doctors and NAV were held in the two municipalities and were well attended by both parties. By the time the project phase finished, at the end of 2016, it was also in these two municipalities that the number code trial had made most progress in that it enjoyed wide support from both sides. To be sure, not all doctors in Nøtterøy were using the codes regularly at the end of the project period, but nor did there seem to be any express antipathy to taking part.

During the initial phase of data gathering, in spring 2015, it became apparent that the situation in Tønsberg was somewhat different to that in the other two municipalities. Some of the doctors wanted to use the number codes, or were amenable to taking part in the two-year trial of the system. Some of the doctors also stated plainly that they did not want to take part. It is our impression that a culture of lack of trust in NAV seems to have established itself among some doctors in Tønsberg. The impression we got is that this was not about the 1-2-3-4 trial as such, but had deeper roots. The lack of trust nevertheless resulted in poor support and cooperation regarding the trial throughout the project period. If we look at the systematic review carried out by the project manager, we see that the number codes were used by all GPs in Tjøme, around two thirds of GPs in Nøtterøy and one third of GPs in Tønsberg. The figures seem to have been relatively stable since the start of the project.

There seem to be several reasons for the lack of support in Tønsberg. This municipality is larger than the other two, and the close relations and mutual trust found between NAV and the doctors in the other two municipalities are harder to establish there. Before the trial got under way, there were frequent changes and temporary replacements among the staff working on sickness absence follow-up at NAV Tønsberg for an extended period. This did not help to strengthen the cooperative relationships between officers and doctors, including opportunities to cultivate personal relations.

In Nøtterøy and Tjøme, on the other hand, the relations between doctors and NAV seem to have been stable and characterised by trust as far as using the number codes is concerned. In the interviews with doctors and NAV staff from these two municipalities, the parties stress their mutual respect for each other's competence and sphere of responsibility. We see the support for the 1-2-3-4 trial and the doctor meetings in these two municipalities as reflecting the fact that mutual trust and respect across professional boundaries had been built up over time.

2.3 EXTERNAL FACTORS

Issues relating to sickness absence, work assessment allowance and disability benefits are key areas of welfare policy where political prioritisations and changes happen relatively frequently. A project involving a two-year trial period can scarcely expect to enjoy unchanging external conditions over such a long period and not have its conditions of existence affected by national regulations. Since the project got under way in early 2015, several things have happened at a national level to affect the conditions for work on the project locally - and the possibilities it offers. These are prioritisations and changes that the project cannot really influence one way or the other at a local level.

In the second half of 2015, the Norwegian Labour and Welfare Administration introduced an electronic sickness absence form. This had been in preparation for some time. In Vestfold, the form was introduced in the late autumn of 2015.⁵ The switch to an electronic sickness absence form also involved certain changes, resulting in the functions fulfilled by the number codes in the trial being incorporated in the new form. The new form largely asks for and takes care of the information that it would be relevant to enter for the 3s in the project. In order to cover the full spectrum of number codes in the 1-2-3-4 trial, agreement was reached locally in the three trial municipalities on using section 8.1 of the new form to enter the number codes. This was also clarified with the Norwegian Labour and Welfare Administration.

Section 8.1 ("*Should NAV become involved in the case now?*") was the right place for this, but also means that the doctor has to check the 1s and 2s here too – where the point is that NAV can await the doctor's medical assessment. The project acquired an educational problem and a certain confusion arose when the electronic form was introduced. This may have resulted in the project losing some of its manoeuvrability. In our assessment, this in itself is scarcely enough to prevent the trial achieving the desired results, but, combined with variable support from doctors, there is every reason to believe that it deprived the project of some of its energy in the final phase.

In 2016, an electronic dialogue tool was introduced to enable doctors to send communications directly to NAV officers in individual cases. This added to the direct forms of communication between GPs and NAV officers, and some of the legitimising effect that 'Legemobilen' (a hotline allowing GPs to contact NAV officers) generated for the trial, however unintentionally, seems to have dissipated. From what we can see, 'Legemobilen' in no way lost its role in day-to-day communications between the parties, but the symbolic value it had in the introductory phase of the project seems to have declined as a result of new electronic tools being introduced.

⁵ The introduction is happening gradually, and as of autumn 2016 several doctors are still using the old forms for various reasons.

2.4 THE 1-2-3-4 TRIAL SEEN AS A PUBLIC INNOVATION ACTIVITY

The trial involving testing and implementing the 1-2-3-4 model at NAV offices and among doctors in three municipalities in Vestfold can be seen as a new way of communicating about public welfare services across professional boundaries. In this case the cooperation cut across the public and private sectors. For the long-term economic sustainability and legitimacy of the welfare state, it is vital for cooperation between doctors and NAV to work well. These two roles fulfil a joint gatekeeping function in relation to public goods such as sickness benefits, work assessment allowance and disability benefits. It is therefore important for there to be regular rethinks and trials on a small scale with a view to exploring new and improved ways of organising and operating this cooperation. The 1-2-3-4 trial should be seen in this context. Viewed in this light, the lessons learned from the trial are relevant and valuable, even if the results of the trial are not as originally intended.

A review of relevant register data from Statistics Norway and the Norwegian Labour and Welfare Administration did not provide any evidence that the 1-2-3-4 trial had a direct impact on medically certified sickness absence, sickness absence duration or take-up of work assessment allowance. This does not necessarily mean that the trial is without importance for better use of time and resources in individual cases for both doctors and NAV officers, as replies from the respondents to our questionnaires indicate.

All in all, it is difficult to find evidence that the 1-2-3-4 trial achieved its objectives, one of the aims having been to find out whether they could actually be achieved. In our opinion as evaluator, this does not mean that the project was unsuccessful or that the effort was wasted. The 1-2-3-4 trial plainly demonstrates the importance for the results of support and trust from the main parties to the relationship.

Although cooperation between GPs and NAV essentially works well in the three municipalities, it is apparent that support for the use of number codes on medical certificates was variable and difficult to change along the way. The project lasted two years. In our opinion, it is hard to see that a longer project would have changed the outcome of the trial to any great extent. The main challenge from the outset was the variable support and trust on the part of the doctors with regard to the trial's methodology. In the second and last year of the trial, the introduction of an electronic sickness absence form resulted in key functions of the number codes being taken care of by changes in the new form. In the final phase of the project, these changes seem to have taken the wind out of the project's sails in the form of confidence and support at NAV too, both at county level and locally.

3 INNLEDNING

Sykefraværet i Norge regnes som høyt sammenlignet med andre OECD-land⁶ (OECD 2010; Askildsen 2016), og anses som oppsiktsvekkende høyt tatt i betraktning at Norge regnes for å ha en generelt god folkehelse. Vi har høyere arbeidslivsdeltakelse enn mange andre land, men har også en relativt høy andel av befolkningen på passive ordninger i form av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og lengre sykefravær.

Sykelønn, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er omfattende og kostbare fellesgoder som det er viktig å forvalte på best mulig måte for at de skal ha eksistensberettigelse, opplutning og ikke bli for kostbare også i årene som kommer (ibid.). Stor forskningsinnsats og omfattende forsøksvirksomhet har gjennom årene blitt satt inn på økt kunnskap og å gi bedre muligheter for å forebygge og redusere sykefravær og utestenging fra arbeidslivet. Problemstillingene har likevel vist seg å være innfløkte og vanskelige å komme i inngrep med.

Inngangsporten til disse ytelsene går i hovedsak via fastlegen og NAV-kontoret. NAV forvalter disse ordningene og er helt avhengig av legens vurdering av den enkelte pasients helsetilstand og forventede tilfriskningsforløp. Det som skjer i relasjonen mellom NAV-veileder og fastlege, utgjør dermed den helt sentrale inngangsporten til disse ytelsene. Derfor representerer også samarbeidet og kommunikasjonen mellom disse to partene potensielt en svært viktig dyade for å komme i inngrep med tilgangen til ytelser og oppfølging av sykmeldingstilfeller.

I denne rapporten presenterer og oppsummerer vi resultater og erfaringer fra Nordlandsforsknings følgeevaluering av forsøksprosjektet 1-2-3-4, som har blitt gjennomført i de tre Vestfold-kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme i 2015 og 2016. Forsøket i de tre kommunene har fokus nettopp på samarbeid og kommunikasjon mellom fastleger og NAV-veiledere om sykmeldingene og oppfølgingen av sykmeldingstilfeller.

Formålet med prosjektet har vært å teste ut en ny metodikk for å sortere og prioritere sykmeldinger, samt å videreutvikle kommunikasjonen mellom fastleger og NAV-veiledere i forbindelse med oppfølging av sykefravær. Utprøving av denne metodikken kan potensielt bidra til å utvikle et nytt verktøy for lettere å kunne skille mellom fire hovedkategorier av sykmeldinger, der hver kategori innebærer ulike oppfølgingsløp.

3.1 ARBEIDSMÅTER, MÅLSETTINGER OG BAKGRUNN FOR 1-2-3-4

I prosjektet har ambisjonen vært at veiledere ved de tre NAV-kontorene samarbeider tettere med sykmeldende leger om konkrete sykmeldingstilfeller, på den måten at de først og fremst får en mulighet til å prioritere oppfølgingsarbeidet i de tilfellene der det er snakk om mer sammensatte årsaker og sykdomsbilde. Informasjonen mellom samhandlingspartene bør

⁶ Askildsen, J.E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? Tidsskrift for velferdsforskning, 19(2): 97-101.

OECD (2010). *Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris: OECD Publishing.

Ose, S.O., H. Jensberg, R. Reinertsen, M. Sandsund, J.M. Dyrstad (2006). *Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Rapport A325. Trondheim: SINTEF.

ideelt sett flyte begge veier, slik at også legene får tilbakemelding om hva NAV gjør i etterkant av deres vurderinger. Samarbeidet involverer også arbeidsgiver og den sykmeldte arbeidstakeren. Systemet er innrettet slik at det skal være enkelt å ta i bruk for legene. Evalueringen er gjennomført med NAV Vestfold som oppdragsgiver.

Formålet og hensikten med 1-2-3-4 er av oppdragsgiver definert på denne måten:

Hensikt:

- Sikre at sykmeldte brukere får riktigst oppfølging (brukeren i sentrum)
- Hjelp til å prioritere for hvilke sykmeldte arbeidsinnsatsen skal settes inn (reduere sykefravær, effektiv bruk av offentlig innsats)
- Etablere en effektiv metodikk (effektiv bruk av offentlig innsats)

Områder det ønskes å oppnå gevinster:

- Reduksjon i sykefraværet
- Reduksjon i inngang på AAP
- Effektiv utnyttelse av NAVs innsats, av legeinnsatsen og av arbeidsgivers innsats

Overføringsverdier:

- Ved positive effekter skal tiltaket kunne «kopieres» av andre kommuner

(Kilde: Oppdragsgiver i utlysningsskildokumenter, datert 25.11.2014.)

Konkret går arbeidsmåten ut på at den sykmeldende legen skriver en tallkode fra 1 til 4 på sykmeldingsblanketten. Tallet er en beskjed til NAV om hvilken prioritet og oppfølging legen anser at sykmeldingen skal ha. Betydningen som tallet representerer, er beskrevet i skjemaet nedenfor.

SKRIV OPPFØLGINGSNUMMER 1-2-3-4

–påfør riktig nummer i feltet til NAV på sykmeldingen

1

Kortvarig sykefravær

– maks 4 uker

Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.

2

Medisinske årsaker

Legen følger opp. Angir antatt varighet, angir behandling/utredning i feltet til NAV
Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.

3

Tilrettelegging

Arbeidsgiver kan/bør tilrettelegge.
Legen skriver hva sykemeldte kan/ikke kan gjøre.

4

NAV MÅ FØLGE OPP

Legen vet ikke årsak, om arbeidsgiver tilrettelegger godt nok, mulig konflikt mv. Rapport til lege.

Denne tabellen ble trykket som en flyer i størrelsen ¼ A4-side og delt ut til legene i de tre kommunene under oppstarten av prosjektet, og siden "etterfylt" fra prosjektleder der hvor det har vært ønsket.

Som det fremgår av skjemaet, representerer tallene 1 og 2 de sykefraværstilfellene der legene mener at NAV kan avvente med saken inntil videre. Tallkode 1 betyr at legen vurderer at det er kortvarig fravær som krever medisinsk oppfølging, og er en beskjed til NAV om at de kan forholde seg avventende til denne. I de tilfellene der det kan være snakk om lengre fravær, altså 2-ere, forventes det likevel av legen skriver en beskjed til NAV om hvordan hun/han vurderer situasjonen og videre forløp.

Tallkodene 3 og 4 gjelder tilfeller som legen anser er av mer alvorlig og langvarig art, og der det kan være snakk om årsaker hvor legen ikke kjenner hele bakgrunnsbildet. Legen ser at det kan være forhold på arbeidsplassen, psykososiale forhold eller andre ting som kan spille inn. Disse tallene er en beskjed til NAV om at de bør komme fort på banen og følge opp raskt. På disse forventes det at legen skriver en forklarende tekst til NAV, som sammen med de øvrige opplysningene i skjemaet gir NAV-veilederen beskjed om hva legen mener er situasjonen i det enkelte tilfellet.

På denne måten er altså tallkodene en form for prioritering og grovsortering fra sykmeldende leges side, som gjør oppfølgingsarbeidet enklere og mer oversiktlig ved det enkelte NAV-kontor. I dialog med legen er det enighet om at NAV-veilederen ringer tilbake til legen og forhører seg nærmere i saker hvor det kan være behov for utfyllende opplysninger fra legens side. Etter det vi forstår, skjer dette i løpet av 2–3 dager etter at sykmelding er mottatt hos NAV.

"Legemobilen" er ikke en del av forsøket 1-2-3-4, men legene assosierer den med forsøket når de skriver tallkoder i sykmeldingsblanketten, og når vi har spurt om deres erfaringer fra forsøket. Dette er en slags lokal "hotline", der legene har et mobiltelefonnummer til en telefon som alltid er operativ av en ansatt ved det lokale NAV-kontoret som jobber med sykefraværsoppfølging. Telefonen har høy prioritet, og ansvaret går på rundgang blant de ansatte. Det betyr at legen alltid får svar på spørsmålene sine der og da, eller følges raskt opp.

Metoden som 1-2-3-4 bygger på, er i stor grad utviklet og etablert i samarbeid mellom NAV Larvik og fastleger i Larvik kommune. Her har man implementert dette arbeidet i det ordinære arbeidet og hatt gode erfaringer med denne måten å organisere samarbeidet mellom leger og NAV-veiledere på. NAV Larviks suksess med denne måten å organisere sykmeldingsoppfølgingen på ble etter hvert kjent og omtalt. Arbeids- og velferdsdirektoratet ble etter hvert enig med partene i arbeidslivet om å prøve ut Larviks modell i litt større skala, og den ble innrettet slik at man kunne teste ut hvorvidt modellen lot seg innføre i andre kommuner.

3.2 ORGANISERING OG DRIFT AV 1-2-3-4

Prosjektet gjennomføres av NAV Tønsberg, NAV Nøtterøy og NAV Tjøme i fellesskap. Prosjekteier er NAV Vestfold. Det er etablert en styringsgruppe for prosjektet bestående av

NAV-ledere i de tre kommunene, representanter for NAV Vestfold, Arbeids- og velferdsdirektoratet, LO, NHO og NAV Larvik. Videre er det etablert en prosjektgruppe bestående av fagpersoner som har ansvar for sykefraværsoppfølging ved de tre NAV-kontorene, samt fagpersoner fra Arbeidslivssenteret i Vestfold og rådgivende overlege. En intern ressursgruppe av andre fagpersoner ved NAV Vestfold har møttes og stått til prosjektleders rådighet som diskusjons- og drøftingspart ved behov underveis i prosjektet.

Fra 1. februar 2015 til utgangen av 2016 har det vært ansatt en prosjektleder i full stilling som en del av prosjektet. Prosjektlederen har drevet utadrettet arbeid i form av aktiv oppfølging av de enkelte legekantorene og legesekretærene med informasjon og veiledning i bruk av 1-2-3-4. Hun har dessuten drevet organisasjonsinternt arbeid i form av såkalte felles "uttrekksmøter" med alle NAV-veiledere med ansvar for sykefraværsoppfølging i de tre kommunene på bestemte tidspunkt underveis. Møtene har fungert som felles refleksjons- og drøftingsmøter rundt oppfølging av konkrete, anonymiserte case.

I løpet av prosjektperioden ble det enighet mellom Nøtterøy og Tjøme kommuner om å slå seg sammen til Færder kommune fra 1. januar 2018. De to NAV-kantorene har imidlertid forskuttert denne prosessen og ble samlokalisert som ett kontor allerede fra 1. oktober 2016. NAV Nøtterøy omorganiserte dessuten en del funksjoner ved sitt kontor i løpet av våren 2016, slik at ansvaret for sykefraværsoppfølging i siste fase av forsøket med 1-2-3-4 var fordelt på langt flere av de ansatte enn ved inngangen til prosjektet.

3.3 PROBLEMSTILLINGER

I dialog med vår oppdragsgiver, NAV Vestfold, formulerte vi ved oppstart et sett med fire hovedproblemstillinger og underproblemstillinger. Dette var spørsmål som vi på oppstartstidspunktet mente ville være relevante.

1: Hvilken effekt har 1-2-3-4 hatt på sykefraværet og arbeidsavklaringspenger (AAP)?

- Har tiltaket redusert legemeldt sykefravær?
- Har tiltaket redusert lengden på sykmeldingene?
- Har tiltaket redusert nye mottakere av AAP?

2: Bidrar 1-2-3-4 til at brukere får bedre oppfølging? I så fall på hvilken måte?

- Hvordan vurderer fastleger og NAV-veiledere oppfølgingen sykmeldte får etter innføringen av 1-2-3-4?
- Hva fungerer bra, og hva kan partene eventuelt gjøre annerledes?

3: I hvilken grad og eventuelt hvordan bidrar 1-2-3-4 til mer effektiv sykefraværshåndtering?

- I hvilken grad opplever NAV-veiledere og fastleger at 1-2-3-4 har bidratt til en mer effektiv håndtering av sykefravær (f.eks. tidsbruk, treffsikkerhet, tydeligere forventninger)?

- Hvilke elementer ved tiltaket 1-2-3-4 er det eventuelt som effektiviserer sykefraværsoppfølging?
- I hvilken grad har de ulike instansene forskjellige erfaringer med 1-2-3-4?

4: I hvilken grad er 1-2-3-4 egnet for generell implementering i landets øvrige kommuner?

- Hva er suksesskriteriene for å lykkes med god og effektiv oppfølging av sykmeldte? Hvilke forhold bør være til stede for at man skal lykkes med god sykefraværshåndtering?
- Opplevde barrierer for samarbeidet mellom NAV og legene (f.eks. praktiske, økonomiske og juridiske terskler)?

Etter hvert som forsøksprosjektet og hver følgestudie skred frem og vi utviklet mer innsikt i prosjektets virkemåte og samarbeidsformer, ble det tydelig at prosjektets fokus var systemrettet virksomhet i kommunikasjonen mellom fastleger og NAV, og dermed svært lite synlig for andre aktører enn disse.

Vi hadde opprinnelig formulert enkelte spørsmål som også omfattet sykmeldte og arbeidsgivere, om deres erfaringer med virkninger av forsøket. Siden dette er praktisk talt umulig å måle på en systematisk måte, har vi senere tatt ut dette. Spørsmålene er likevel belyst på den måten at vi har forsøkt å ta enkelte "stikkprøver" gjennom intervjuer med relevante informanter.

4 METODISK TILNÆRMING

Problemstillingene er søkt belyst gjennom flere typer data og gjennom en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder. Siden dette er en følgestudie, er data innsamlet på flere avtalte tidspunkt underveis. Vi redegjør nærmere for dette i hver av delene nedenfor. Som ledd i den formative evalueringen ble det ved starten av vår følgestudie avtalt med oppdragsgiver å levere to underveisrapporter⁷ som oppsummerte våre inntrykk, erfaringer og anbefalinger videre. Disse ble levert i juni 2015 og august 2016. Hver av disse rapportene ble fulgt opp med en muntlig presentasjon fra oss til prosjektets styringsgruppe.

4.1 ANALYSER AV SYKEFRAVÆRSDATA

En metode for å belyse eventuelle effekter av samarbeidet mellom legene og NAV kan være å studere utviklingen i sykefravær slik dette fremgår av sykefraværsregistrene som administreres av Arbeids- og velferdsdirektoratet. Siden data om sykefravær har vært under omlegging på landsbasis i praktisk talt hele den perioden som forsøket med 1-2-3-4 har pågått, har det ikke vært mulig å fremskaffe tall for sykefravær.⁸ Det vi imidlertid har fått ut, er tall på sykmeldinger, som bygger direkte på sykmeldingsattest 1A om legemeldt sykefravær. Videre har vi ønsket å se på utviklingen av nye AAP-tilfeller. Vi har også fått uttrekk av registerdata fra Arbeids- og velferdsdirektoratet etter avtale med vår kontaktperson ved NAV Vestfold.

Siden sykefravær og AAP-tilfeller påvirkes av en rekke eksterne variabler, blant annet konjunktursvingninger og arbeidsledighetstall, er det ikke tilstrekkelig å se på utviklingen på disse områdene alene i de tre kommunene. Innledningsvis avtalte vi med oppdragsgiver og prosjektgruppen at vi ville hente ut registerdata fra et utvalg av mest mulig sammenlignbare kommuner, for å få et komparativt materiale å studere utviklingen i 1-2-3-4-kommunene opp mot.

Konkret valgte vi ut ni andre kommuner. Det finnes ikke to helt like norske kommuner, men noen kommuner ligner hverandre mer enn andre. Kommunene vi valgte ut, har noenlunde tilsvarende innbyggertall, arbeidsmarked og næringsstruktur og omtrent tilsvarende registrert sykefraværnivå i fjerde kvartal 2014, altså ved inngangen til prosjektperioden ("baseline"). Vi la opp til å sammenligne: a) kommuner i samme fylke og andre fylker, alle med omtrent tilsvarende næringsstruktur og arbeidsmarked, b) Vestfold fylke og to sammenlignbare fylker og c) hele landet.

Planen var å innhente tallene kvartalsvis for disse kommunene, fylkeskommunene og på landsbasis i perioden fra og med 1. kvartal 2015 til og med 4. kvartal 2016. På grunn av at registrene ble lagt om i den perioden prosjektet pågikk, har vi først ved avslutningen av prosjektet hatt mulighet til å innhente disse registerdataene. Vi har innhentet tall kvartalsvis over to år, noe som innebærer til sammen åtte tidspunkter.

⁷ To interne underveisrapporter er utarbeidet til styringsgruppen våren 2015 og 2016.

⁸ Dette er redegjort for på SSB sine nettsider i artikkelen "Endringer i sykefraværstatistikken".
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/endringer-i-sykefravaerstatistikken>

Tabell 1: Oversikt over sammenlignende kommuner.

1-2-3-4-kommuner	Vestfold-kommuner	Buskerud-kommuner	Telemark-kommuner
Tønsberg	Sandefjord	Drammen	Porsgrunn
Nøtterøy	Stokke	Kongsberg	Bamble
Tjøme	Andebu	Modum	Siljan

Utvalget er ordnet slik at vi tilstreber å sammenligne større, mellomstore og mindre kommuner med hverandre, slik at utviklingen i sykefraværstall i Tønsberg sammenlignes med Sandefjord, Drammen og Porsgrunn. Nøtterøy (som utgjør kategorien «mellomstor» i denne sammenheng) sammenlignes med henholdsvis Stokke, Kongsberg og Bamble. Tilsvarende sammenligner vi tallene for Tjøme med tallene for Andebu, Modum og Siljan. Til sist er det også relevant å se dette i sammenheng med utviklingen på fylkesnivå og landsgjennomsnitt. Valget av sammenlignbare kommuner ble gjort i dialog med prosjektets referansegruppe tidlig i 2015.

Tabell 2: Oversikt over forsøkskommuner og sammenlignbare kommuner, legemeldt sykefravær ved inngang til prosjektperioden. I prosent.

Kommuner og fylkeskommuner	Befolkning ⁹	Legemeldt sykefravær 4. kvartal 2014 i prosent
Tønsberg	41 550	5,2
Nøtterøy	21 403	4,8
Tjøme	4 927	5,2
Sandefjord	44 976	5,3
Stokke	11509	5,0
Andebu	5 719	5,7
Drammen	66 214	5,6
Kongsberg	26 406	5,0
Modum	13 581	5,5
Porsgrunn	35 516	5,3
Bamble	14 193	5,2
Siljan	2 404	5,2
Vestfold	240 860	5,4
Buskerud	272 228	5,7
Telemark	171 469	5,7
Landet	5 109 056	5,4

⁹ Befolkningstall pr. 1. januar 2015. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

I tillegg til generelle sykefraværstall og AAP-tall på kommune- og fylkesnivå bestilte vi fra NAV Vestfold og Arbeids- og velferdsdirektoratet tilsvarende tall for ytterligere to undergrupper, fordelt på kjønn, alder og diagnosebakgrunn. Vi har bedt om spesifikke tall for to underutvalg, henholdsvis psykiske helseproblemer og muskel/skjelettlidelser. Det er i disse alders- og diagnosekategoriene vi finner de to store postene på sykefraværs- og AAP-statistikken. I den grad det vil være mulig å måle virkningen av 1-2-3-4-prosjektet i tall og endringer i utviklingen av sykefraværstilfeller, bør det være mulig å fange opp dette i disse tallene. I neste kapittel ser vi nærmere på det datamaterialet vi har innhentet på dette området.

4.2 INTERVJUER MED RELEVANTE AKTØRER

I løpet av prosjektperioden har vi gjennomført åpne, semistrukturerte, kvalitative intervjuer med aktører og grupper av aktører som har vært relevante for å få innblikk i erfaringene med prosjektet. Til sammen har vi gjennomført intervjuer med rundt 60 personer på ett eller flere tidspunkt underveis. Intervjuene er vanligvis gjennomført på den enkeltes arbeidsplass i arbeidstiden, etter nærmere avtale med den enkelte informant. I de fleste tilfeller er intervjuene gjort ansikt til ansikt, og de har vanligvis vart i underkant av én time. I enkelte tilfeller er intervjuene gjennomført som telefonintervjuer, vanligvis på noe kortere tid. Intervjuer er gjennomført med utgangspunkt i intervjuguider utarbeidet i forkant. I de fleste tilfeller har vi bedt om å gjøre lydopptak av intervjuene. Vi har skrevet ut sammendrag av intervjuene.

Tabell 3: Oversikt over informanter.

Instans	Feltarbeid 1	Feltarbeid 2	Feltarbeid 3
Fastleger og rådgivende overlege	5	4	4
NAV-veiledere	8	4	14
Ledere/mellomledere i NAV	3		2
NAV, fylkesnivå		5	
NAV Arbeidslivssenter		4	
Andre aktører	6		3
Prosjektleder	1	1	1
Informanter i alt	23	18	24

De tre rundene med feltarbeid ble gjennomført i uke 12 (medio mars) i 2015, i uke 11 (medio mars) i 2016 og i uke 41 (medio oktober) i 2016.

4.3 SPØRREUNDERSØKELSER TIL FASTLEGER OG NAV-VEILEDERE

Vi har gjennomført tre runder med enkle, nettbaserte spørreundersøkelser rettet mot alle NAV-ansatte som arbeider med sykefraværsoppfølging, og mot alle fastleger i de tre kommunene. Spørreundersøkelsene ble gjennomført like i etterkant av hver runde med feltarbeid og inneholder tre spørsmål om respondentens bakgrunn og seks spørsmål om respondentens holdninger, vurderinger og erfaringer knyttet til 1-2-3-4 på de tre

tidspunktene. Spørreundersøkelsen har blitt distribuert via direkte e-postadresser til 51 leger og 22–25 saksbehandlere i NAV.

Tabell 4: Svarprosent, spørreundersøkelser om holdninger til og erfaringer med 1-2-3-4.

	Målepunkt 1	Målepunkt 2	Målepunkt 3
Leger	26 (13:51)	18 (9:51)	33 (17:51)
NAV-ansatte	86 (12:14)	50 (11:22)	75 (18:24)

Som det fremgår av tabellen over, er det en beskjeden svarprosent blant legene. Lav oppslutning kan tolkes som et uttrykk for at dette regnes som lite interessant sett fra legenes side. En annen tolkning er at de ikke engasjerer seg fordi det ikke spiller noen stor rolle. I flere intervjuer med legene kommer det frem at de mottar mange forespørsler om å delta i ulike typer spørreundersøkelser, og at de velger nøye hvilke av dem de deltar i. Lav svarprosent må trolig forstås i lys av dette. (NAV-ansattes oppslutning varierer også. Interne omorganiseringer kan forklare lav svarprosent ved målepunkt 2.)

4.4 UTTREKK AV SYKMELDINGER

Underveis i prosjektet bestemte man seg for å gjøre regelmessige, systematiske gjennomganger av alle sykmeldinger med tallkode. Hensikten var å få en bedre forståelse av hvordan tallene ble brukt. Det har blitt gjort til sammen ni slike uttrekk i løpet av prosjektets gang. Hvert uttrekk innebærer at man manuelt har registrert samtlige sykefraværsblanketter der legen har satt en tallkode. Det er notert hvilken lege som har satt koden, hvilken kommune det gjelder, hvilken tallkode som er benyttet, og hvorvidt det er relevant tekst til tallet. Sammenlagt er det i løpet av disse uttrekkene gjort 964 registreringer av sykmeldingsblanketter med tall. Vi hadde ikke regnet med denne datakilden i utgangspunktet. Når disse dataene forelå i systematisert form, viste det seg å bli en viktig kilde til å forstå interessante sider ved forsøket og bruken av tallkoder på sykmeldingene.

4.5 FORSKNINGSETISKE HENSYN

Data knyttet til personlig helse og sykdom, sykefravær og uførepensjon er i mange tilfeller svært personlige og følsomme opplysninger. Studien har ikke samlet individdata om denne typen opplysninger. Forskerne følger på vanlig måte de retningslinjene som er utarbeidet av NESH.¹⁰ Alle opplysninger knyttet til enkeltpersoners utsagn om vurderinger og erfaringer er lagret slik Personvernombudet for forskning krever. Materialet er anonymisert ved utskrift. Metodisk design for vår følgestudie ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste / Personvernombudet for forskning ved prosjektstart og ble tilrådet gjennomført i svarbrev datert 13. februar 2015.

¹⁰ Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.

5 BRUKEN AV TALLKODER

En måte å lese hva som skjer i prosjektet på, er å se hvordan legene skriver sine tallkoder. Hvilke tallkoder benyttes, og hvordan fordeler dette seg? Hvordan er bruken av koder fordelt på kommunene? I dette kapitlet ser vi nærmere på det som finnes av datamateriale for å belyse dette.

5.1 BRUK AV TALLKODER I FORSØKSPERIODEN

Som nevnt tidligere valgte prosjektet underveis å foreta jevnlig gjennomgang av alle sykmeldinger. Hensikten var å se på antall sykmeldinger med tallkoder og se mer systematisk på hvordan legene koder, og hva de skriver av tekst i sykmeldingsblankettene. Det innebærer at prosjektleder manuelt har sett over samtlige sykmeldinger fra en gitt uke påfølgende mandag/tirsdag og registrert disse i et regneark med en egen post for hver sykmelding: lege, tallkode, kommune og hvorvidt legen har skrevet relevant tekst.

Prosjektleder har tatt ut og registrert samtlige sykmeldingsblanketter som hadde en tallkode i de ukene som er angitt i tabellen nedenfor.

Tabell 5: Sykmeldinger med tallkoder i uttrekksuker. Absolutte tall.

Uker	Antall sykmeldinger med tallkode	Antall sykmeldinger totalt i perioden	Prosentvis antall sykmeldinger med tallkode
Uke 35, 2015	108	171	63
Uke 42, 2015	57	210	27
Uke 48, 2015	115	221	52
Uke 6, 2016	127	245	52
Uke 14, 2016	107	265	40
Uke 22, 2016	120	213	56
Uke 36, 2016	95	222	43
Uke 41, 2016	116	238	49
Uke 48, 2016	119	289	41
Totalt	964	2 047	47

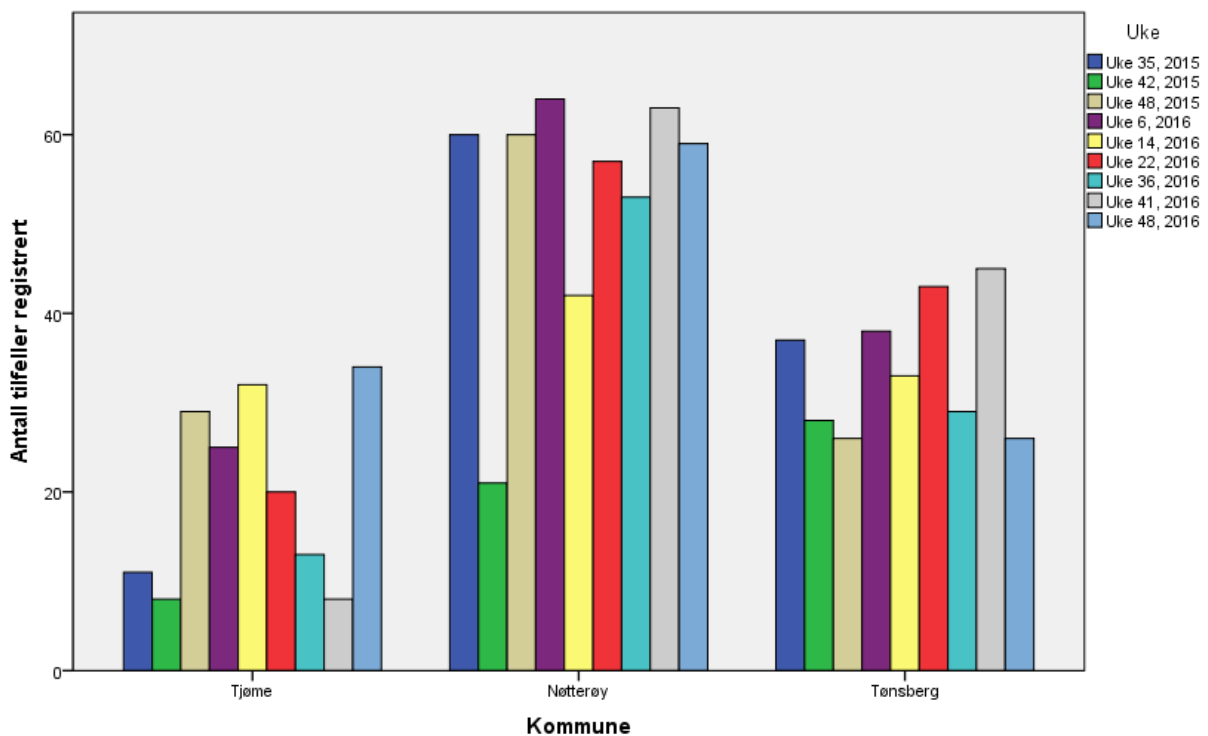
Slik det fremgår av tabellen over, har det blitt registrert 964 sykmeldinger med tallkoder i de nevnte ukene. Antall registreringer per uke i disse ukene har ligget relativt jevnt høyt, med unntak av uke 42 (vi har ikke informasjon om hvorvidt det eventuelt var spesielle ting som skulle tilsi et lavere antall sykmeldinger med koder nettopp da). Det er likevel bemerkelsesverdig at uken med høyeste andel registrerte sykmeldinger med tallkoder var uke 35 i 2015, altså den første uken sykmeldingene ble gjennomgått på denne måten. Det kan imidlertid være et uttrykk for tilfeldige variasjoner, og det er også noe tilfeldig i hvilke uker uttrekkene av tall er gjort.

Oversikten viser at andelen av sykmeldinger med tallkoding fra lege ligger på rundt halvparten av alt legemeldt sykefravær i de tre kommunene i de aktuelle ukene. Det er vanskelig å se at det er noen tendens til økning i andel sykmeldinger med tallkoder i løpet av prosjektperioden. Fordelt på de tre kommunene ser bildet ut som i tabellen nedenfor.

Tabell 6: Sykmeldinger med tallkoder i forsøkskommunene. Absolutte tall.

Kommune	Antall sykmeldinger med tallkoder i løpet av prosjektperioden
Tjøme	180
Nøtterøy	479
Tønsberg	305
Totalt	964

Slik det var tydelig allerede fra en tidlig fase av prosjektet, er det spesielt legene i Nøtterøy og Tjøme som har tatt i bruk tallkodene og brukt dem jevnt. Det har ikke vært betydelige endringer i dette bildet i løpet av prosjektperioden, men Tønsberg kommune har hatt en viss økning mot slutten av siste halvår i 2016 (som vist i figuren nedenfor).



Figur 1: Utvikling i bruk av tallkoder på sykmeldinger i tre kommuner. Antall.

Det kanskje mest interessante bildet tegner seg imidlertid når vi ser nærmere på selve bruken av tallkodene. Den altoverveiende bruken av koder gjelder 1-ere og 2-ere, altså de kodene som gjelder medisinske tilstander hvor legen sørger for videre oppfølging av den sykmeldte uten behov for nærmere dialog med NAV. Kode 1 forventes ikke å begrunnes, mens kode 2 forventes å ha en kort skriftlig redegjørelse eller forklaring fra legen i tillegg til tallkoden. Kodene 3 og 4, der legen signaliserer at NAV bør ta tak i saken, utgjør til sammen ti prosent av alle sykmeldinger i de utvalgte ukene. Her forventes det en tekst der legen kort forklarer hva

saken gjelder, og der saksbehandler bruker tallkoden som utgangspunkt for å kontakte legen tilbake.

Tabell 7: Sykmeldinger fordelt på tallkoder i enkelte uker i forsøksperioden. Antall og prosent.

Tallkode	Antall	Prosent
1 - Kortvarig sykefravær	339	36
2 - Medisinske årsaker	480	50
3 - Tilrettelegging	34	4
4 - NAV må følge opp	59	6
Annet	42	4
Mangler data (missing)	10	-
Totalt	954	100

Som det fremgår av tabellen over, signaliserer altså legen i de færreste tilfellene til NAVs saksbehandler at disse bør prioriteres fra NAVs side. Kanskje illustrerer nettopp dette noe av potensialet i metoden. Når saksbehandlerne mottar en merking av de usikre eller spesielle tilfellene (3-er eller 4-er) på rundt ti prosent av alle sykmeldingstilfeller med koder, kan dette frigjøre tid som de ellers ville bruke til å forholde seg til hele strømmen av sykmeldingssaker. På den måten kan NAV-veiledere nettopp være raskt på de sakene hvor legen anser at det haster mest.

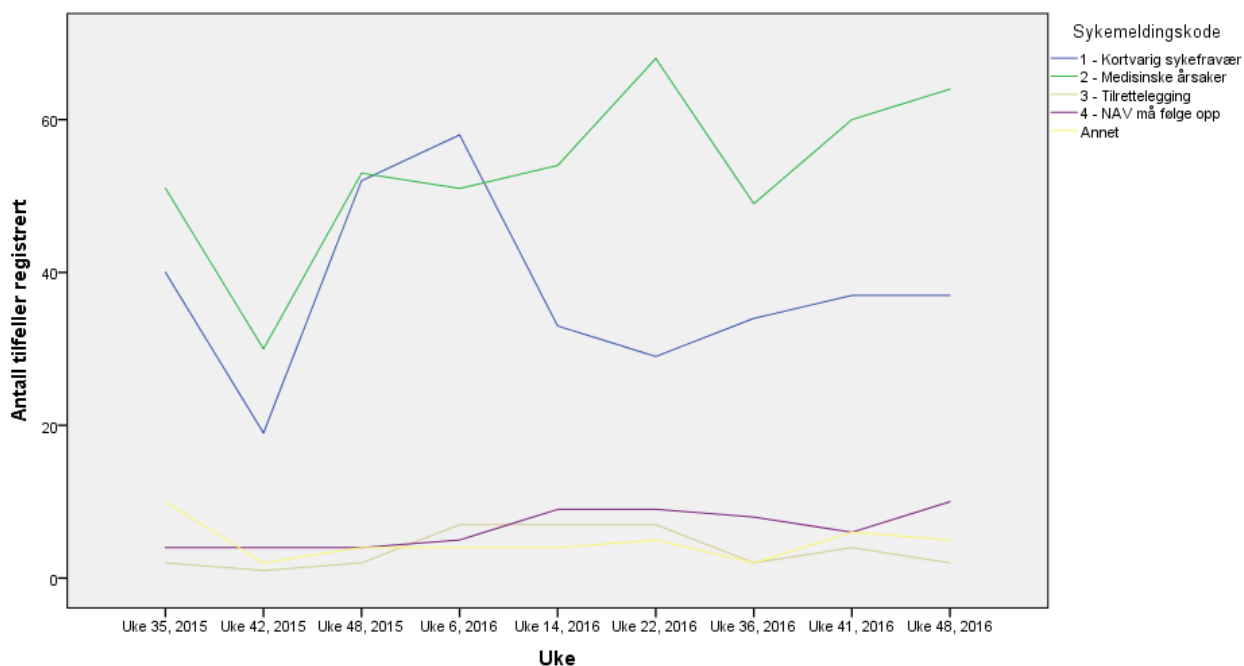
5.2 FORDELING AV TALLKODER MELLOM KOMMUNENE

Når vi ser nærmere på hvordan legene har kodet sykmeldingsblankettene i de ulike kommunene, fremkommer det ikke oppsiktsvekkende store forskjeller i praksisen mellom legene. Tabellen nedenfor viser fordelingen mellom kodinger og kommuner. Dette tyder på en relativt stor grad av entydighet i bruken av koder mellom legene. Entydig praksis kan tyde på at kodene er enkle å forholde seg til, og at opplæringen gitt til legene i bruk av kodingen har fungert tilfredsstillende.

Tabell 8: Sykmeldinger fordelt på tallkoder og kommuner enkelte uker i forsøksperioden. I prosent.

	1: Kortvarig sykefravær	2: Medisinske årsaker	3: Tilrettelegging	4: NAV må følge opp	Annet	Totalt
Tjøme	42	47	4	5	2	100 (179)
Nøtterøy	34	52	1	6	7	100 (474)
Tønsberg	35	49	7	8	1	100 (301)
Totalt	36	50	4	6	4	100 (954)

Hvordan ser så utviklingen ut over tid når det gjelder bruken av de ulike kodene? Figuren nedenfor viser at fordelt på uker ligger tallkodene 3 og 4 relativt stabilt i alle de ukene hvor tallkodene er registrert. Antall sykmeldinger med tallkodene 1 og 2 er langt mer variabelt fra uke til uke. Fra og med vårparten 2016 ser vi at bruken av kode 2, medisinske årsaker, har økt i omfang i forhold til kode 1, kortvarig sykefravær.



Figur 2: Utvikling i legenes tallkoder på sykmeldinger. Absolutte tall.

Når vi ser på hvordan legene bruker tallkodene, finner vi at det er store forskjeller. Av de 54 legene som i løpet av disse ukene er registrert med minst én tallkode, fordeler bruken seg fra maksimalt 55 tallkoder hos én lege til én tallkode registrert på den som har brukt koder minst.

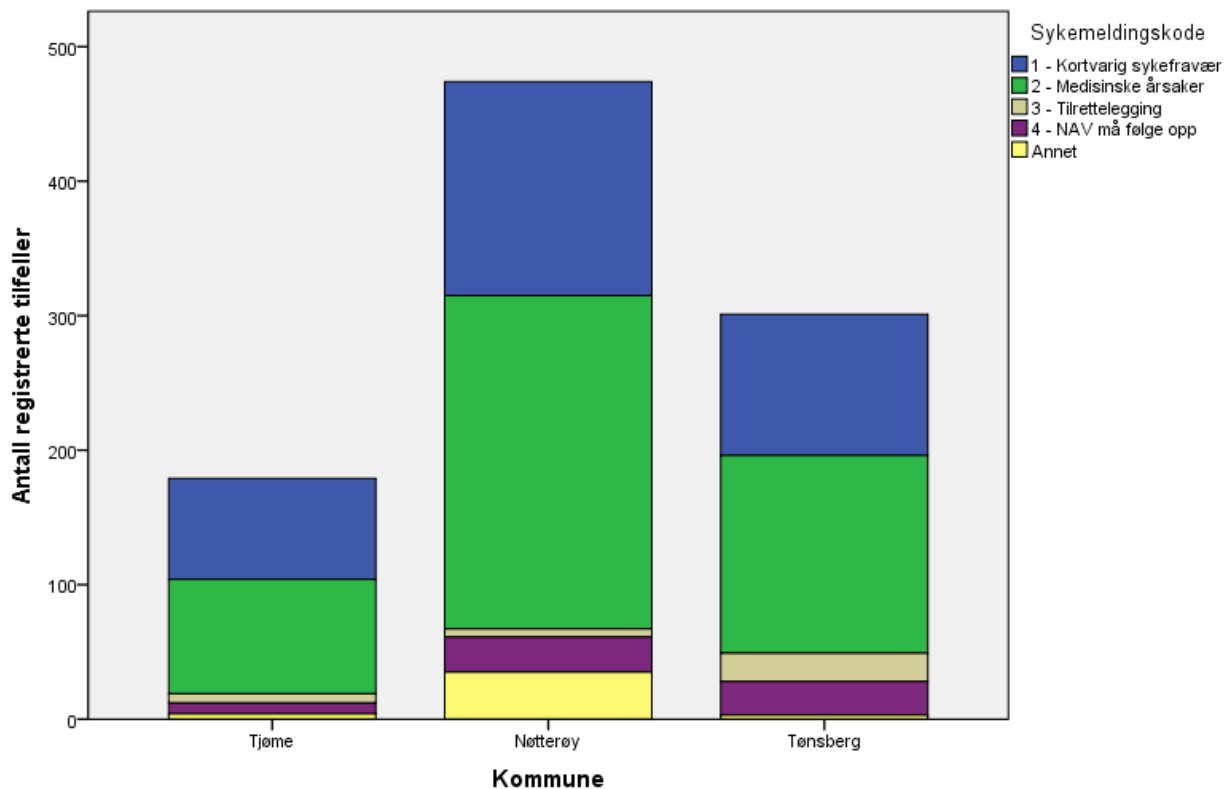
Det følger av systemet og sykefraværarbeidet generelt at innenfor kode 1 og 2 er legene relativt autonome i sine beslutninger. Det forventes likevel at legene gir en begrunnelse på kode 2, medisinske årsaker. Når vi ser nærmere på hvordan legenes bruk av tekst i tillegg til kodene er, fordeler dette seg slik mellom de ulike kodene.

Tabell 9: Legenes bruk av forklarende tekst i tillegg til tallkoder. I prosent.

	Relevant tekst	Tvilstilfelle	Ingen eller irrelevant tekst	Annet	Totalt
1: Kortvarig sykefravær	31	0	66	3	100 (59)
2: Medisinske årsaker	56	5	38	1	100 (455)
3: Tilrettelegging	61	10	0	0	100 (31)
4: NAV må følge opp	62	5	31	1	100 (58)
Annet (flere koder)	63	18	16	3	100 (38)
Manglende opplysninger (missing)					320
Totalt	55	5	38	2	100 (644)

I kode 1 er det 31 tilfeller av relevant tekst om sykdomstilfellet. Flest leger har som forventet gitt beskrivende tekst på kodene 3 og 4. Som vi ser av tabellen over, har mange også gitt beskrivende tekst på "annet". Det vi har registrert som "annet", er nettopp tilfeller der legene har angitt mer enn én kode, enten fordi de er i tvil, eller fordi de vurderer det enkelte sykefraværstilfellet som en kombinasjon av flere årsaker.

Den relativt like bruken i koder vises tydelig når vi fremstiller dette grafisk.



Figur 3: Registrerte sykmeldinger i tre kommuner, fordelt etter sykmeldingskoder. Antall.

Figuren viser at det er en relativt lik fordeling av tallkoder i kommunene. I Nøtterøy, som har hatt flest sykmeldinger med koder, er det registrert en del tilfeller av "annet". Det betyr i de fleste tilfeller at legen har skrevet kombinasjoner av flere tallkoder, f.eks. "2 og 3" eller "1/3". I slike tilfeller er det en beskjed om at det er flere og kanskje kompliserte tilstander. I figuren over er det altså de grå og lilla feltene som saksbehandlerne forventes å prioritere.

5.3 OPPSUMMERING

Alt i alt viser denne oversikten over bruken av tallkoder på ulike tidspunkt underveis noen enkle, men viktige poeng. For det første ser det ut til at det allerede fra start har vært en stor grad av konsistens i legenes bruk av tallkodene. Det tyder på at systemet er enkelt å fatte og enkelt å ta i bruk for legene. Dette underbygges også i intervjuene, der flere av legene vi har intervjuet, omtaler systemet og tallkodene som enkle og lette å ta i bruk.

For det andre ser det ut til at prioriteringseffekten har potensial til å fungere når det kun er rundt ti prosent av sykmeldingene som gis tallkode 3 eller 4, som er de kodene som krever at NAV responderer og følger opp raskt. Poenget er at det er mulig å bruke tiden hensiktsmessig på de sakene som krever oppfølging, når systemet gjør det lett å se hvilke tilfeller som bør prioriteres.

For det tredje finner vi likevel ikke noen økt oppslutning om bruk av tallkoder i den aktuelle perioden, til tross for jevnlig oppfølging av legekantor og legemøter. Dette kan forstås på flere

måter. En mulig tolkning kan være at prosjektet ikke har nådd ut med informasjon om prosjektet. Dette er midlertid lite sannsynlig all den tid vi vet at prosjektleder har drevet en svært aktiv "markedsføring" av tallkodene opp mot hvert enkelt legekontor og den enkelte lege. En annen tolkning kan være at den enkelte lege har gjort seg opp en mening ved førstegangs informasjon om prosjektet og deretter holdt seg til denne. Datamaterialet fra intervjuer med legene støtter denne tolkningen.

6 UTVIKLINGEN I LEGEMELDT SYKEFRAVÆR

I dette kapitlet ser vi nærmere på utviklingen i sykmeldinger i de tre prosjektkommunene. Dette er knyttet til problemstilling 1: Hvilken effekt har 1-2-3-4 hatt på sykefraværet og AAP? Har forsøket med 1-2-3-4 redusert legemeldt sykefravær? Har 1-2-3-4 redusert lengden på sykmeldingene og antall nye mottakere av AAP?

Formålet har vært å sjekke hvorvidt det er mulig å måle eventuelle effekter av forsøket gjennom å se på registerdata. I det opprinnelige metodiske designet la vi opp til å studere utvikling og endringer i sykefraværstall over tid ved å sammenholde slike endringer mellom de tre forsøkskommunene og et utvalg av andre, sammenlignbare kommuner. Siden man nettopp i prosjektperioden la om det såkalt AA-registret, har ikke disse tallene blitt produsert i perioden. Vi har derfor tydd til det vi anser som det neste beste alternativet, nemlig å se på tall for sykmeldinger. Vi anser at det mest nøyaktige tallgrunnlaget å bygge på her er oversikt over sykefraværstallsverk i hvert kvartal i en enkelt kommune, som er gjennomgått og publisert av Statistisk sentralbyrå (SSB). Dette er altså absolutte tall for antall legemeldte sykefraværstallsdager som er registrert i et utvalg kommuner.¹¹

Tallene som er innhentet fra SSB, er inndelt kvartalsvis på kommunenivå i perioden fra og med 3. kvartal 2014 til og med 2. kvartal 2016. Grunnen til at vi har tatt ut statistikk også for 3. kvartal 2014, er at det er sesongvise variasjoner i sykefraværet, og det nyeste målepunktet vi hadde tilgang til, var 3. kvartal 2016. Dermed er det mest riktig å sammenligne med 3. kvartal 2014, før prosjektet startet, og ikke 4. kvartal 2014, som ligger nærmest opp til prosjektstart. Dette er riktignok et begrenset materiale å vurdere og vil ikke kunne fange opp endringer for hele perioden. Likevel har det vært en mulighet til å se om det eventuelt kunne være tydelige endringer i sykmeldingstall i løpet av perioden.

Her bør det imidlertid bemerkes at mulighetene for å finne igjen endringene i de generelle tallene for sykmeldingene er små. Det forsøket 1-2-3-4 tar sikte på å forandre, er knyttet til bedre oppfølging av de sykefraværstilfellene der legen vurderer at det kan være sammensatte og/eller uklare grunner til sykmeldingen. Som vi ser i kapitlet som viser legenes bruk av tallkodene (kapittel 5), utgjør kodene 3 og 4 kun en relativt begrenset andel av alle sykmeldinger. Det gjør også at potensialet for å endre det store bildet i antall sykedager er begrenset. Likevel skal det legges til at nettopp det å komme raskt inn i disse tilfellene kan være en nøkkel til å redusere fraværets lengde.

6.1 LEGEMELDT SYKEFRAVÆR

For ikke på forhånd å utelukke muligheten til å se eventuelle effekter av 1-2-3-4 skal vi se på hvordan sykefraværstallene utvikler seg i de tre forsøkskommunene i forhold til andre sammenlignbare kommuner.

¹¹ Tallene er sesongjustert for influensasykdommer mv. av SSB.

Tabell 10: Legemeldte sykefraværsdager for arbeidstakere etter kommune og kvartal. Absolutte tall.

	2014K3	2014K4	2015K1	2015K2	2015K3	2015K4	2016K1	2016K2	2016K3	Differanse i prosentpoeng
Tønsberg	44692	52413	53199	47471	46257	52433	52894	48062	47151	+5,5
Nøtterøy	20297	23682	25057	21007	19458	22707	23296	22248	21305	+5,0
Tjøme	4697	5476	5949	5024	5942	6146	6412	5675	5343	+13,8
Sandefjord	49391	53218	53305	48317	49155	54241	52534	52770	50086	+1,4
Stokke	12920	14171	13709	12514	12520	14723	14470	12937	12982	+0,5
Andebu	6669	8246	6932	6352	6166	7655	8064	7026	6451	-3,3
Drammen	79906	89546	89299	77812	75337	88165	86599	84396	79002	-1,1
Kongsberg	29300	33760	35247	29330	26113	30293	29589	28004	26357	-10,0
Modum	14967	17480	17816	14435	14265	17071	16705	16509	15579	+4,1
Porsgrunn	39443	42648	43305	36519	37328	43460	42629	42416	41770	+5,9
Bamble	15828	16523	18680	16400	16200	17770	16012	15171	15498	-2,1
Siljan	2255	2843	3494	3022	2984	3022	2874	2684	2515	+11,5

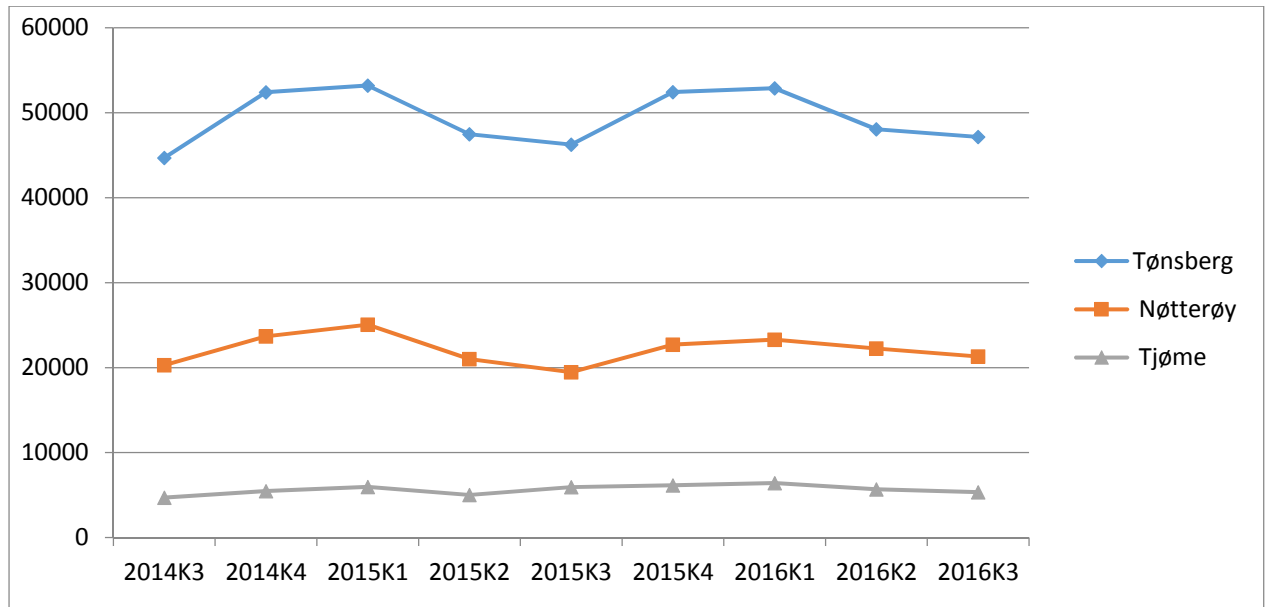
(Kilde: ssb.no/statistikkbanken, samt egne beregninger av differanser.)

Slik det fremgår av tabellen over, har antall registrerte legemeldte sykefraværsdager i alle de tre forsøkskommunene gått opp og ikke ned i perioden fra tredje kvartal 2014 og frem til tredje kvartal 2016. Differansen angitt i høyre kolonne viser prosentvis endring i forholdet mellom første og siste målepunkt. For Tønsberg og Nøtterøy er det snakk om en økning på 5 prosent i perioden. Når det gjelder Tjømes nærmere 14 prosent økning, må det forstås på bakgrunn av at i kommuner med lavt innbyggertall vil kun små endringer i sykmeldinger kunne få store prosentvise utslag (det ser vi også på tallene for en liten kommune som Siljan). Med unntak av Andebu viser tallene for legemeldte sykefraværsdager en viss økning i alle de øvrige vestfoldskommunene vi har sett på. Dette er riktignok enkelte kommuner, og ikke tall på fylkesnivå. Telemarkskommunene viser en oppgang, og det er først og fremst buskerudskommunene som har en nedgang i legemeldte sykefraværsdager.

Prosentvise endringer er beregnet ut fra absolutte tall. Vi har ikke justert for eventuelle endringer i innbyggertall i løpet av måleperioden. Om en kommune har økning eller reduksjon i folketall i perioden, er det rimelig å anta at også antall legemeldte sykefraværsdager vil endres tilsvarende. Når vi ikke har gjort beregninger for dette, er det fordi SSBs folketall i kommunene tilsier at dette ikke kan forklare forskjellene i tall. Vi har også sett nærmere på kjønnsforskjeller i sykefravær og finner at økningen er noe høyere blant kvinner enn blant menn. Dette er ikke uventet og reflekterer det generelle mønsteret hvor kvinners sykefravær er høyere enn menns. Det er likevel ikke mulig å se at bruken av tallkoder i forsøkskommunene påvirker utviklingen i dette på en måte som skiller seg fra de øvrige kommunene vi sammenligner med.

Når vi ser på endringene i legemeldte sykefraværsdager i de tre kommunene i hele perioden, er det først og fremst slående at tallene er relativt stabile og svinger etter sesong, slik figuren

nedenfor viser. Differansen mellom første og siste måling er imidlertid liten i forhold til de sesongvise svingningene.



Figur 4: Utvikling i legemeldte sykefraværst dager i tre kommuner. Absolutte tall.

Samlet sett finner vi ikke grunnlag for å hevde at forsøket 1-2-3-4 har hatt en målbar effekt på sykefraværstallene i den forstand at det gir seg utslag i antall legemeldte sykefraværst dager.

6.2 GJENNOMSNI TT LIG SYKEFRAVÆRSLENGDE

I spørreundersøkelsene har vi sett at leger og NAV-veiledere vurderer at 1-2-3-4 bidrar til mer effektiv oppfølging av sykefraværstilfeller (kapittel 7). Effektiv oppfølging av de enkelte sykefraværstilfellene kan med rimelighet forstås som at NAV og lege bidrar til at sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid, og at sykmeldingsforløpet blir kortere. Flere av personene vi har intervjuet blant leger og NAV-veiledere, resonnerer også på denne måten. Tanken er at NAV og lege kommer tettere inn i sykeforløpet – spesielt i de langvarige og mer kompliserte tilfellene – og kan følge opp tettere og bidra til at man i flere tilfeller kan redusere varigheten på sykefraværet eller forhindre at personen faller ut av arbeidslivet.

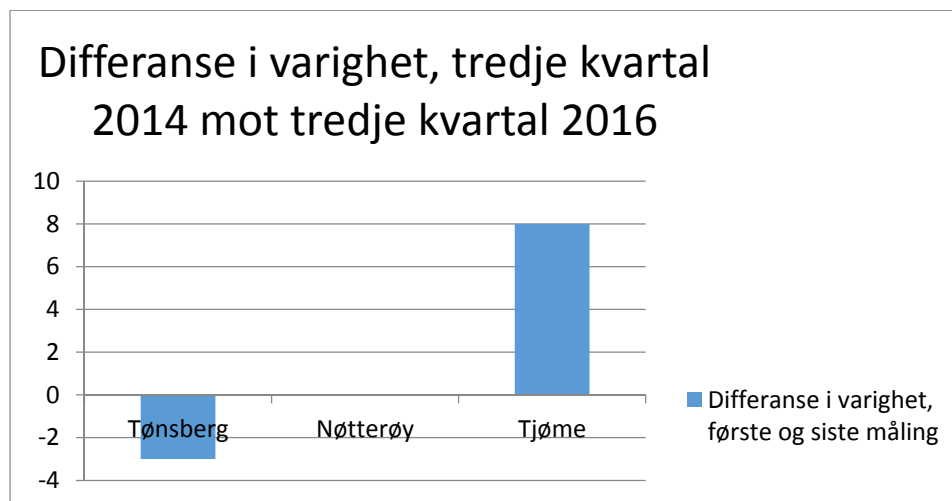
Dette er også en av de tenkte effektene man fra prosjekteiers side så for seg ved inngangen til prosjektet. Vi har derfor prøvd å undersøke hvorvidt 1-2-3-4 har hatt målbare effekter på lengden av registrert sykefravær. Arbeids- og velferdsdirektoratet har vært behjelpelig med å ta ut oversikter over gjennomsnittslengde for legemeldt sykefravær fra sine registre. Tallene er tatt ut for de tre forsøkskommunene, de ni kommunene vi sammenligner med, tre fylker og hele landet. Perioden for de tallene som er gjort tilgjengelige for oss, er fra første kvartal 2010 til tredje kvartal 2015. Tallene er oppgitt i antall hele dager.

Vi har tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig sykefravær i det siste tilgjengelige målepunktet og sammenlignet med tilsvarende målepunkt samme tid året før forsøket ble igangsatt. Det

tilsvarende fra tredje kvartal 2014 til tredje kvartal 2015. Tidsperioden er altså ikke lengre enn et knapt år, men bør likevel kunne gi en indikasjon på om 1-2-3-4 gir utslag i fraværslengde.

Tallene for landsgjennomsnittet viser at lengden lå på 46 dager for legemeldt sykefravær på de to tidspunktene vi sammenligner. For hele Vestfold sank lengden fra 51 til 49 dager i samme periode. Det er visse svingninger i løpet av året for alle kommuner, slik at første periode har flere sykefraværstilfeller og kortere gjennomsnittlig fravær. Når vi ser på de tre forsøkskommunene, er det i likhet med landsgjennomsnittet, Vestfold fylke og de fleste andre kommuner vi sammenligner med, vanskelig å finne entydige endringer i gjennomsnittlig lengde på legemeldt sykefravær.

I måleperioden har gjennomsnittslengden på legemeldt fravær i Tønsberg gått ned med tre dager, mens det ikke er noen endringer for Nøtterøy. Siden Nøtterøy har langt høyere deltakelse av leger som bruker 1-2-3-4 aktivt, var det nettopp her vi kunne forvente å finne resultater. I den samme perioden har Tjøme en økning på hele åtte dager i gjennomsnittlig legemeldt sykefravær. Som for de andre småkommunene gjelder det også her at noen enkelttilfeller kan gi store utslag, og vi bør derfor ikke legge for stor vekt på dette.



Figur 5: Differanse i sykefraværets gjennomsnittlige varighet i tre kommuner i løpet av forsøksperioden. Absolutte tall.

En antatt effekt av 1-2-3-4 kunne tenkes å være reduksjon i sykmeldingenes varighet. Det er imidlertid vanskelig å finne målbare effekter av dette. Tallene for de tre forsøkskommunene spriker, og vi har ikke funnet tydelige forskjeller mellom forsøkskommunene og de kommunene vi sammenligner med. Forsøkskommunenes tall for lengde på legemeldt sykefravær viser det samme mønsteret som for fylket og hele landet. Det kan riktignok hevdes at det er en svakhet at vi ikke har tall frem til tredje kvartal 2016. Det er likevel lite i de tallene vi allerede har, som tyder på at dette ville endre konklusjonene i betydelig grad.

6.3 EFFEKTER PÅ INNGANG TIL ARBEIDSAVKLARINGSPENGER

Det kan være rimelig å se nærmere på om eventuelle effekter av 1-2-3-4 lar seg etterspore i registerdata når det gjelder inngang til arbeidsavklaringspenger. Også på dette området har

Arbeids- og velferdsdirektoratet vært behjelpelig med å ta ut registerdata over nye AAP-tilfeller inndelt i hele år fra 2011 og frem til 2016 (september 2016). Siden vi sammenligner hele år, er 2015 det siste året som gir best mulighet for sammenligninger når det gjelder utvikling og endringer i mønster. Vi har fått tilgang til absolutte tall for de tre forsøkskommunene, de ni kommunene vi sammenligner med, tre fylker og tall for hele landet. Hovedbildet som tegnes i gjennomgangen av dette materialet, tyder på at antall nye tilfeller har gått litt ned i prosjektperioden. Det gjelder både i forsøkskommunene og i de kommunene vi sammenligner med. I likhet med det øvrige datamaterialet er det også her vanskelig å finne effekter av forsøket med 1-2-3-4.

Det kan med en viss rimelighet hevdes at det å forsøke å etterspore effektene av 1-2-3-4 i det generelle sykefraværet gjør at de tilfellene der NAV og legene lykkes, "drukner" eller blir borte i det større bildet. Tallene 3 og 4 er de sakene som fastlegene mener NAV bør prioritere og følge opp raskt. I forrige kapittel så vi at 3-er- og 4-er-sakene utgjorde ti prosent av alle sykmeldingssaker i de ukene vi tok ut og gjennomgikk alle sykmeldinger med tallkoder. Det måtte trolig forventes at samtlige – eller i alle fall hoveddelen – av legene benyttet tallkoder for at det skulle kunne tenkes å gi utslag i registerdata. Vi kan ikke se bort fra at bruken av tallkoder har effekt i enkeltsaker, men det lar seg altså ikke gjøre å påvise slike effekter på aggregert nivå.

7 LEGER OG NAV-VEILEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER UNDERVEIS

7.1 ERFARINGER UTTRYKT I INTERVJUENE MED NAV-VEILEDERE OG LEGER

Under prosjektets gang har vi gjennomført mer enn 60 intervjuer med aktører blant leger og NAV-veiledere, samt med en rekke andre parter. Intervjuene har vært et svært viktig inntak for oss som evaluator for å forstå innholdet i prosjektet underveis og de utfordringene forsøket har møtt på underveis. Uten å gjøre dette altfor langt skal vi her sammenfatte noen av erfaringene og vurderingene informantene har delt med oss.

Diskusjonene i dette kapitlet er knyttet til problemstilling 1: Bidrar 1-2-3-4 til at brukerne får bedre oppfølging – og i så fall på hvilken måte? og problemstilling 2: I hvilken grad og eventuelt hvordan bidrar 1-2-3-4 til mer effektiv sykefraværshåndtering?

"Samarbeidet med NAV blir bedre": Leger vi intervjuet i den innledende fasen av forsøket med 1-2-3-4, ga uttrykk for at tallkodene gjorde kommunikasjonen med NAV lettere. Legene kunne kommunisere raskt ved hjelp av tydelig informasjon i sykmeldingsskjemaet. En av legene refererte til at det er enklere å skrive en kommentar i skjemaet når den er knyttet til et tall. Ved å ta i bruk 1-2-3-4 involveres NAV raskere og tar tidligere tak i utfordrende sykefraværstilfeller. Dersom legene skriver tallet 4, skal de få skriftlig tilbakemelding fra NAV om hva NAV vil gjøre i forhold til den sykmeldte. Hensikten er at legene skal kunne bruke denne informasjonen i sitt neste møte med pasienten.

Et annet forhold ved 1-2-3-4 knyttet til samarbeidet med NAV som legene trakk frem, var at 1-2-3-4 bidrar til å dokumentere hvilken informasjon som overføres mellom samhandlingspartene. Enkelte la vekt på at også kontakten går raskere ved at de nå slipper å ringe NAV i vanskelige tilfeller – de kan bare skrive inn 4 så tar NAV tak i saken.

Flere leger vi intervjuet, ga uttrykk for at de kunne dele noe av ansvaret med NAV når det gjaldt oppfølgingen av sykmeldte. En av informantene uttrykte det slik: *"Det er bra at vi ikke skal stå alene om sykmeldingsoppfølgingen. Det er ikke det gøyeste vi gjør."* Legene understreker samtidig at det er de som bestemmer når NAV skal kobles inn.

Arbeidsgiverne har ikke blitt mer involvert: Etter at legene tok i bruk 1-2-3-4-metodikken, har de så langt ikke merket noen endring i hvordan arbeidsgiverne følger opp sykmeldte. En lege sier: *"Jeg kan telle på én hånd de gangene arbeidsgiver har respondert på det jeg har skrevet i 5.1-feltet."* Legene gir likevel uttrykk for at de anser at 1-2-3-4 kan bidra til bedre kommunikasjon med arbeidsgiverne. Det synes å være en utbredt oppfatning blant legene at arbeidsgivere sjelden tar kontakt og sjelden gir tilbakemelding når de skriver noe på sykmeldingsblanketten. De understreker samtidig at mange arbeidsgivere er positive til å tilrettelegge når sykmeldte har behov for det.

"Samarbeidet er så bra!": Tjøme og Nøtterøy er relativt små kommuner, slik at forholdene er oversiktlige og de NAV-ansatte og legene kjenner hverandre bedre her. Det gjør blant annet at terskelen er lav for å ta kontakt i forbindelse med enkeltsaker. Både blant legene og de NAV-ansatte ble det hevdet at samarbeidet om sykefraværssaker fungerer godt. En av NAV-veilederne sier dette direkte: *"Samarbeidet med legene er så bra! Det er morsomt, for de er så bra, de legene vi har her! De har absolutt meninger og kan være krasse, men de ønsker å være i dialog. Ønsker at vi spiller på lag."* I de to kommunene er det jevnlig møter mellom legene og NAV. Både leger og NAV-veiledere gir uttrykk for at disse møtene er svært viktige for å skape og opprettholde gode relasjoner mellom de to profesjonsgruppene.

Bevisstgjøre legene og den sykmeldte: Legene uttrykker at 1-2-3-4 kan bidra til å ansvarliggjøre pasienten. De informerer pasienten som sykmeldes om tallet de setter i sykmeldingsskjemaet, og hvorfor de gjør det. Dette anser vi også at er en interessant side ved prosjektet, som berører temaer knyttet til kommunikasjon og samhandling mellom lege og pasient. En av legene sier det slik: *"Før skrev jeg en kryptisk kommentar i 6.1-feltet og håpet at den sykmeldte ikke skulle forstå det, men håpet at de på NAV skulle klare å tyde det."* Ved å skrive et tall og en veiledende kommentar fordrer dette en forklaring fra legen til pasienten på hvorfor dette er skrevet på. Noen av legene vi har intervjuet, mener at dette åpner for en bedre kommunikasjon med pasienten om hvor lang tid man ser for seg at sykmeldingen vil vare. En av legene uttrykker det på denne måten: *"Da må jeg si til pasienten hva jeg forventer meg av sykmeldingen, og hvor lenge det er snakk om."* 1-2-3-4 innebærer altså at man begynner å diskutere tidsperspektivet rundt sykmeldingen tidligere, kanskje allerede ved det første legebesøket.

Gjennom de nasjonale føringene i sykefraværsarbeidet har legene de siste årene blitt pålagt å være tydeligere om når de forventer at pasientene skal kunne begynne å jobbe igjen, helt eller delvis. Etter vår vurdering kan 1-2-3-4 være et element som bidrar i denne retningen. En av legene uttrykker det som at *"... vi tvinges til å bli mer bevisste"*. Dersom dette er riktig, betyr det altså at tallet i 6.1-rubrikken i sykefraværsskjemaet gjør at legen og pasienten starter samtalen om hva som kan eller bør gjøres for å redusere lengden på sykefraværet. Vi vurderer dette som et interessant tema å følge videre i de neste rundene med intervjuer av legene, og etter hvert de sykmeldte selv.

"Utfordrende å sette riktig tall": Flere av legene gir uttrykk for at de opplever det som utfordrende å sette riktig tall i sykmeldingen. Legene har imidlertid noe ulike oppfatninger av hvilket tall som er vanskeligst å sette. Alle synes 1 er uproblematisk, og at 3 kan være utfordrende. Flere legeinformanter understreker at det kan være utfordrende å skrive noe om pasientens arbeidsevne og hvordan jobben kan tilrettelegges, siden de vanligvis ikke vet mye om pasientens jobbsituasjon (*"vi ser jo bare pasienten inne på kontoret"*). Når det gjelder tallene 2 og 4, er det delte oppfatninger. Noen av legene synes disse er enkle å plassere, mens andre leger forteller oss at de synes de er utfordrende. Legene har også ulike oppfatninger av hvor enkelt det er å skrive veiledende kommentarer til tallene. Mens noen synes dette er enkelt, mener andre at det kan være vanskelig. De som opplever at det er utfordrende å skrive kommentar, legger vekt på at det er vanskelig å skulle vurdere funksjonsevnen til den sykmeldte når de ikke vet tilstrekkelig om situasjonen han/hun har på arbeidsplassen. Legene viser til at sykehusene ikke vil vurdere pasientenes restarbeidsevne, samtidig som det

forventes at de som fastleger skal gjøre det. Under samtalene med legene ble det mest diskusjon om i hvilke tilfeller tallet 4 skal benyttes.

"NAV må også følge opp 3-tallet": Legen skal skrive tallene 1–4 etter hvilken sykmelding det er snakk om, antatt varighet på sykmeldingen og hvilken instans legen mener bør involveres eller ta ansvar for sykefraværsoppfølgingen. For tallet 3 står det at arbeidsgiver kan/bør tilrettelegge på bakgrunn av det legen skriver om hva den sykmeldte kan/ikke kan gjøre. Flere av legene vi intervjuet, gir derimot uttrykk for at de mener NAV også må følge opp i de tilfellene hvor de skriver tallet 3.

Tyngre start i Tønsberg: Ved NAV Tønsberg hadde man en tyngre start enn de to andre NAV-kontorene. Dette bør etter vår vurdering forstås på bakgrunn av at det er rimelige grunner til at man er kommet noe kortere enn Tjøme og Nøtterøy. Antall fastleger er betydelig høyere i Tønsberg, og det tok lengre tid for prosjektleder å "misjonere" budskapet ut til legene. Prosjektleder arbeidet aktivt med å følge opp de ulike legene og invitere seg selv til møter og lunsjpauser med legene lokalt. Etter det vi kjenner til, var det ikke like enkelt å få gjort avtaler med alle legekantorene. Ved NAV-kontoret viser informantene til at de opplever samhandlingen med legene i området som utfordrende i perioder. Dette kan også ha sammenheng med at det har vært noen perioder med sykmelding og dermed lavere bemanning blant de NAV-veilederne som har ansvar for å følge opp sykefravær. Av den grunn har legene trolig også opplevd at samarbeidet i noen tilfeller har gått trått.

Legemobilen: Både leger og NAV-veiledere har hele veien vist til "legemobilen" som en viktig suksessfaktor i dette bildet. Trolig er dette også en viktig årsak til det etter alt å dømme gode samarbeidet. "Legemobilen" fungerer som en slags "hotline" for legene til NAV-kontoret – et prioritert telefonnummer som legene kan ringe for å få svar i enkeltsaker og den enkelte pasients sak der og da. Det er kun legene som har dette nummeret, og på NAV-kontoret bytter saksbehandlerne på å betjene telefonen. Regelen er at denne alltid skal være betjent, slik at legen alltid skal kunne få svar fra en saksbehandler direkte. Det er også etablert en tilsvarende ordning for arbeidsgivere, "arbeidsgivermobilen", men den er foreløpig mindre kjent og mindre brukt enn "legemobilen". Også her går ansvaret for å besvare telefonen på rundgang mellom NAV-veilederne.

Tenker sykeforløp tidlig: Leger vi intervjuet i 2016, ga også uttrykk for at de hadde ulike erfaringer med prosjektet 1-2-3-4. Mens noen av legene vi intervjuet, var svært positive til denne måten å følge opp sykmeldte på, var andre mer usikre eller skeptiske til metodikken. De legene vi intervjuet som var positive til 1-2-3-4, og som selv hadde erfaring med å bruke metodikken, la blant annet vekt på at dette har bidratt til en bedre oppfølging av sykmeldte. En av legene uttrykte følgende: *"1-2-3-4, det er bra greier. Det hjelper meg å tenke sykeforløp veldig tidlig."* Vedkommende begrunnet dette med at 1-2-3-4 har bidratt til at legene tidligere i sykefraværsforløpet utfordres til å vurdere hvilken oppfølging som kan være aktuell.

En annen lege pekte på noe av det samme: *"Vi må kunne snakke åpent og uformelt om situasjonen for den enkelte bruker og pasient."* Denne legen mente at 1-2-3-4 har bidratt til at dette gjøres tidligere enn før. For å lykkes med tidlig oppfølging fra NAV av sykmeldte som trenger det, peker legene på at gjensidig kommunikasjon og informasjonsflyt om enkeltpasienter og deres situasjon mellom leger og NAV-veiledere er viktig.

"Så ikke nytten": I intervjuene møtte vi også fastleger som ikke har tatt i bruk 1-2-3-4. De begrunnet dette med at det er ressurskrevende, samt at de ikke har den nødvendige tillit til NAV i sin kommune. Enkelte gir uttrykk for at de har opplevd at NAV tilsynelatende ikke leser eller responderer på tallet som de setter i sykmeldingsskjemaet. En av legene forteller at NAV ikke responderer på tallkodene: *"Jeg har ikke på noe tidspunkt fått tilbakemelding av noe slag på min [tallkode i] sykmeldingen. Opplevde å skrive "4" flere ganger uten at noe skjedde som jeg fikk kjennskap til. Jeg spurte pasienten om noe var belyst fra NAV eller arbeidsgiver, men negativt svar. Jeg sluttet da etter hvert å følge opp dette (1-2-3-4), da jeg ikke så nytten."*

"Oppfølging etter ti minutter": Forsøket 1-2-3-4 handler om det interne samarbeidet og kommunikasjonen mellom NAV og legene og er ikke umiddelbart synlig for den enkelte sykmeldte. Gjennom en av veilederne kom vi likevel i kontakt med en av de sykmeldte som hadde erfart at oppfølgingen skjedde raskt som følge av prosjektet. Kvinnen hadde blitt sykmeldt på grunn av en konflikt på arbeidsplassen som førte til at hun fikk psykiske plager og ikke kunne gå tilbake til arbeidet på den arbeidsplassen hun hadde jobbet i lengre tid. Hun forteller at hun var langt nede i starten av sykmeldingsperioden. Ved en oppfølgende legekonsultasjon ble sykmeldingen hennes forlenget, og det ble sendt melding videre til NAV. *"Jeg hadde ikke mer enn kommet ut fra legekantoret og satt meg i bilen, så ringte de fra NAV! [...] Jeg tror kanskje det tok ti minutter."* Hun tror at den raske oppfølgingen bidro til å motivere henne og var viktig for det yrkeskvalifiserende løpet hun er inne i nå.

Dette er etter alt å dømme "ekstremvarianten" av kort responstid. Likevel kan det være et eksempel på det som uttrykkes blant leger og NAV-veiledere, at responstiden for å ta tak i de sakene som haster, går ned som følge av at leger benytter tallkodene. Vi har ikke hatt mulighet til å måle dette, men i tilfeller der det fungerer etter intensjonene, refereres det til "noen dager" og "under en uke".

7.2 RESULTATER FRA TRE SPØRREUNDERSØKELSER

Som ledd i å undersøke erfaringene med bruk av tallkoder sendte vi ut en kort spørreundersøkelse til leger og NAV-ansatte i de tre kommunene. Spørreundersøkelsen ble gjennomført på tre tidspunkt; våren 2015, våren 2016 og høsten 2016. Oppslutningen var noe varierende fra både leger og NAV-veiledere. Hensikten fra vår side var at disse kunne fungere som små "temperaturmålere" på oppslutning om den måten 1-2-3-4 representerer for å kommunisere mellom de to samhandlingspartene. Underveis i prosessen har resultater fra disse blitt presentert noe mer utfyllende i to underveisrapporter til prosjektets styringsgruppe. Nedenfor skal vi kort presentere resultatene fra spørreundersøkelsene. Vi presenterer først legenes svar og deretter NAV-veiledernes svar.

Tabell 11: Respondenter blant leger, tre måletidspunkt. Antall.

	Tønsberg	Nøtterøy	Tjøme	Totalt
Vår 2015	7	5	1	13
Vår 2016	3	5	1	9
Høst 2016	9	7	1	17

Som tabellen over viser, er det et lavt antall respondenter på alle de tre måletidspunktene. Svarprosenten høsten 2016 lå på 33 blant legene. Det ble kjørt en runde med purring i hver måling. Lav oppslutning om spørreundersøkelsen kan kanskje også forstås som uttrykk for oppslutning om metodikken, i den forstand at det trolig er de som har best erfaringer eller størst tro på metodikken, som vil være mest motivert til å besvare vår undersøkelse. Med et lavt antall besvarelser har vi latt være å prosentuerer svarfordelingene og har oppgitt dette i absolutte tall.

7.3 LEGENES BRUK AV TALLKODER

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene svare på om de har begynt å bruke 1-2-3-4-metodikken. Allerede våren 2015 fremgikk det av intervjuene at legene i Nøtterøy og Tjøme i stor grad hadde tatt i bruk 1-2-3-4, mens langt færre av legene i Tønsberg hadde gjort det. Noen av disse uttrykte også skepsis til forsøket. Et av spørsmålene i spørreundersøkelsen var knyttet til nettopp dette.

Tabell 12: Har du i din stilling begynt å jobbe etter 1-2-3-4-metodikken? (Legers svar på tre tidspunkt.) Antall.

	Ja	Nei	Totalt
Vår 2015	10	4	14
Vår 2016	9	0	9
Høst 2016	12	5	17

Som tabellen viser, er det liten forskjell mellom første og siste målepunkt (det midtre målepunktet hadde svært lav oppslutning, og det var tydeligvis kun de mest dedikerte som svarte her). Det viste seg underveis at dette mønsteret fortsatte gjennom hele forsøksperioden. Noen leger kom til etter hvert, men hovedmønsteret i utbredelse og bruk av tallkoder ser i stor grad ut til å ha etablert seg tidlig i forsøksperioden. Når svarfordelingen er 12 ja mot 5 nei på siste målepunkt, kan dette ses som uttrykk for at en god del av legene i de tre kommunene har forsøkt og har gjort seg erfaringer med å benytte tallkodene. Likevel ser vi av det øvrige datamaterialet en betydelig variasjon i hvor stor andel av alle sykmeldinger som den enkelte lege skriver tallkoder på.

Legene vi intervjuet underveis i prosjektperioden, ga uttrykk for at de hadde ulike erfaringer med 1-2-3-4. Mens noen av legene vi intervjuet var svært positive til denne måten å følge opp sykmeldte på, ga andre uttrykk for at de var mer usikre eller skeptiske til metodikken. De legene vi intervjuet som var positive til 1-2-3-4, og som selv hadde erfaring med å bruke metodikken, la blant annet vekt på at dette hadde bidratt til en bedre oppfølging av sykmeldte. En av legene uttrykte følgende: "1-2-3-4 det er bra greier. Det hjelper meg å tenke sykeforløp

veldig tidlig." Legen understreket at 1-2-3-4 har bidratt til at legene tidligere i sykefraværet utfordres til å vurdere hvilken oppfølging som kan være aktuell. En annen lege pekte på noe av det samme: "Vi må kunne snakke åpent og uformelt om situasjonen for den enkelte bruker/pasient." Denne legen mente at 1-2-3-4 har bidratt til at dette gjøres tidligere enn før. For å lykkes med tidlig oppfølging fra NAV av sykmeldte som trenger det, peker legene på at gjensidig kommunikasjon og informasjonsflyt om enkeltpasienter og deres situasjon mellom leger og NAV-veiledere er viktig. Enkelte leger etterlyser en bedre tillitsrelasjon mellom legene og NAV-veilederne og understreker betydningen av god kommunikasjon dem imellom.

Vi møtte og intervjuet også leger som ikke har tatt i bruk 1-2-3-4. De forklarte at de ikke brukte 1-2-3-4 fordi de vurderte dette som tidkrevende i en hektisk arbeidshverdag, samt at de ikke hadde den nødvendige tillit til NAV i sin kommune. Disse legene viste til at de ikke opplevde at det medførte noen reaksjon fra NAV-veilederes side. Her ble det også vist til at ny elektronisk sykmeldingsblankett innebar ytterligere en endring, som også reduserte behovet for bruk av tallene.

I spørreundersøkelsen stilte vi fire spørsmål om legenes vurderinger knyttet til 1-2-3-4-metodikken. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen på det seneste tidspunktet, høsten 2016, da vi bør kunne forvente det beste grunnlaget blant legene for å gjøre disse vurderingene.

Tabell 13: I hvilken grad mener du 1-2-3-4-metodikken har bidratt til følgende forhold? (Legers vurderinger, høst 2016.) Antall.

	I stor eller svært stor grad	Til en viss grad	I liten el. svært liten grad	Vet ikke	Totalt
1: Redusere legemeldt sykefravær?	1	3	8	5	17
2: Redusere nye mottakere av AAP?	1	2	7	7	17
3: Bidra til mer effektiv sykefraværsoppfølging?	5	6	4	2	16
4: Bidra til at sykmeldte får bedre oppfølging?	3	9	2	3	17

Som det fremgår av tabellen over, er det relativt beskjeden tiltro blant legene til at metoden med tall skal bidra til å redusere sykefravær og AAP-mottakere i betydelig grad (spørsmål 1 og 2 ovenfor). Hoveddelen av legene som har besvart studien, svarer "i liten grad" eller "vet ikke". Det siste kan her ses som uttrykk for skepsis, all den tid dette er langt lavere i spørsmål 3 og 4, som er knyttet til legenes vurderinger av hvorvidt de anser at tallkodene bidrar til mer effektiv sykefraværsoppfølging eller bedre oppfølging av sykmeldte. For både spørsmål 3 og 4 er det en overvekt av leger som uttrykker "i stor grad" eller "til en viss grad".

7.4 LEGENES VURDERING AV SAMARBEIDET MED SAKSBEHANDLERNE HOS NAV

For at 1-2-3-4-metodikken skal fungere, er det av stor betydning at samarbeidet mellom leger, NAV-veiledere og arbeidsgivere fungerer. Vi ser at nesten alle leger som har besvart spørreundersøkelsene, vurderer samarbeidet med NAV i sin kommune som godt med tanke på oppfølging av sykmeldte.

Tabell 14: Hvordan vurderer du samarbeidet mellom NAV, leger og arbeidsgivere i din kommune med tanke på oppfølging av sykmeldte? (Svarfordeling blant leger, høsten 2016.) Antall.

	Antall
Svært godt	3
Godt	13
Dårlig	1
Totalt	17

Tabellen spør riktignok også om samarbeidsrelasjonen til arbeidsgivere. Kommentarene i åpne tekstfelt tyder likevel på at det i hovedsak er samarbeidet med NAV som respondentene har forholdt seg til. På det siste målepunktet var fordelingen som vist i tabellen over. Vi finner ingen store bevegelser i disse vurderingene i løpet av forsøksperioden. I intervjuene kommer det imidlertid frem at legene i Tjøme og Nøtterøy opplever at samarbeidet med NAV er og i lang tid har vært godt. Legene i Tønsberg er mer delte i synet på hvordan samarbeidet fungerer.

I spørreundersøkelsen fikk legene også mulighet til å skrive med egne ord hvorvidt de opplever barrierer i samarbeidet mellom de ulike instansene når det gjelder oppfølging av sykmeldte. Legene skriver at de synes det er viktig med god kommunikasjon mellom legene og NAV for å kunne gi best mulig oppfølging av den sykmeldte og komme tidlig i gang. Legene synes samarbeidet har fungert mye bedre etter at NAV-veilederne ble mer tilgjengelige på mobiltelefon, som en skriver slik: *"Etter at NAV-konsulentene har blitt tilgjengelige for oss på telefon, har samarbeidet fungert mye bedre!"* En av legene skriver at pasientene vegrer seg mot å involvere arbeidsgiver når det er sentralt i fraværssituasjonen. En annen lege peker på at legene ikke har kontakt med rådgivende lege, noe NAV, ifølge denne legen, har bestemt at legene ikke skal ha. Elektronisk kommunikasjon med vedkommende ville ifølge respondenten styrke oppfølgingen av de sykmeldte.

7.5 ERFARINGER KNYTTET TIL 1-2-3-4 SETT FRA LEGENES STÅSTED

Totalt sett finner vi kun små forskjeller over tid i legenes vurderinger når det gjelder bruken av tallkodene. Det er riktignok et begrenset antall leger som har svart på våre spørreundersøkelser, og det er grunn til å tro at det er de minst skeptiske som har svart. I hele forsøksperioden har det først og fremst vært leger i Tjøme og Nøtterøy som konsekvent har benyttet 1-2-3-4-metodikken, mens det i Tønsberg varierer mer hvorvidt legene har tatt i bruk tallkodene.

Leger vi har intervjuet, og som bruker tallkodene regelmessig eller fast i sitt arbeid, uttrykker stor grad av tiltro til og oppslutning om denne måten å prioritere og samhandle med NAV på i hverdagen. Samtidig er det tydelig at det også er leger som uttrykker skepsis til bruk av tallkodene og begrunner det med ulike ting. En viktig årsak som ble trukket frem under intervjuene med legene både i fjor og i år, var forholdet mellom legene og det lokale NAV-kontoret. Manglende tillit kan forklare noe av årsaken til at en del leger fortsatt ikke har tatt i bruk 1-2-3-4. Samtidig peker legene på flere andre forhold som bidrar til å gjøre det utfordrende å bruke metodikken, blant annet innføringen av en ny elektronisk sykmeldingsblankett.

Vårt inntrykk gjennom intervjuene vi har gjort med legene, er likevel at NAV i hovedsak synes å respondere raskt når legene skriver inn et tall i sykmeldingsblanketten. I spørreundersøkelsen til legene fikk de mulighet til å skrive hva de opplever som utfordrende i forbindelse med å fortsette å bruke 1-2-3-4, og noen av dem svarte følgende: *"Mye vanskeligere etter innføring av nye skjema for sykmeldinger."* *"Metodikken blir nesten umulig med den nye sykmeldingsblanketten. Det er synd."* *"Synd at den nye sykmeldingsblanketten er laget på en måte som gjør dette gode systemet vanskelig å fortsette med!"*

7.6 NAV-VEILEDERES ERFARINGER OG VURDERINGER MED BRUK AV TALLKODER

Samtlige NAV-veiledere i de tre kommunene fikk de samme spørsmålene i den samme spørreundersøkelsen som legene på de samme tre tidspunktene som legene. Selv om det er enkelte variasjoner, er hovedbildet det samme som for legene. Oppslutningen er større i Nøtterøy og Tjøme, og noe lavere i Tønsberg.

Tabell 15: Respondenter blant NAV-veiledere, tre måletidspunkt. Antall.

	Tønsberg	Nøtterøy	Tjøme	Totalt
Vår 2015	5	5	2	12
Vår 2016	3	9	-	12
Høst 2016	6	12	-	18

Svarprosenten blant NAV-veiledere har variert noe underveis og lå ved siste måling høsten 2016 på 75 prosent. Når det gjelder oppslutning i Nøtterøy og Tjøme vår og høst 2016, må tallene forstås i lys av at de to NAV-kontorene forskutterte sammenslåingsprosessen av de to kommunene allerede fra årsskiftet 2015–2016, slik at de veilederne som før ville ha svart Tjøme, nå svarer Nøtterøy på spørsmål om organisasjonstilhørighet. I tillegg kommer at NAV Nøtterøy gjennomførte en organisasjonsendring våren 2016 som innebar at ansvaret for sykefraværsoppfølging ble spredt på flere personer.

På samme måte som for legene spurte vi NAV-veilederne om de hadde begynt å bruke 1-2-3-4-metodikken på tre ulike tidspunkt underveis.

Tabell 16: Har du i din stilling begynt å jobbe etter 1-2-3-4-metodikken? (NAV-veilederes svar på tre tidspunkt.)

	Ja	Nei	Totalt
Vår 2015	9	2	11
Vår 2016	12	0	12
Høst 2016	16	1	17

Som det fremgår av tabellen over, har tendensen blant NAV-veilederne vært økende over tid, mens legenes oppslutning har vært nesten uendret. I motsetning til legene kan imidlertid NAV-veilederne ikke velge om de vil delta i dette eller ikke. Oppfølging av sykmeldte er en vesentlig oppgave, og de må forholde seg til den praksisen som er ved deres arbeidsplass. Det er derfor ikke uventet at de aller fleste svarer at de har begynt å jobbe med denne metoden.

Tabell 17: I hvilken grad mener du at 1-2-3-4-metodikken har bidratt til følgende forhold? (NAV-veilederes vurderinger, høst 2016.) Antall.

	I stor eller svært stor grad	Til en viss grad	I liten el. svært liten grad	Vet ikke	Totalt
1: Redusere legemeldt sykefravær?	-	2	8	8	18
2: Redusere nye mottakere av AAP?	1	8	4	5	18
3: Bidra til mer effektiv sykefraværsoppfølging?	17	1	-	-	18
4: Bidra til at sykmeldte får bedre oppfølging?	15	2	-	1	18

Tabellen over viser NAV-veilederens svar i siste runde av spørreundersøkelsen, på det tidspunktet da de aller fleste i organisasjonen bør ha det beste erfaringsgrunnlaget for å gjøre disse vurderingene. Siden N hele veien er lav, bør vi ikke legge for stor vekt på fordelingen i hver enkelt rubrikk. Likevel er det interessant å se at hovedmønsteret i NAV-veilederens vurderinger i stor grad følger legenes, i den forstand at oppslutningen om spørsmål 1 og 2 er relativt liten, mens oppslutningen om spørsmål 3 og 4 er langt høyere. Det er likevel et viktig skille mellom NAV-veilederens og legenes svar på den måten at NAV-veilederne nesten gjennomgående gir uttrykk for at de er mer positive til disse spørsmålene enn legene.

7.7 NAV-VEILEDERES VURDERING AV SAMARBEIDET MED LEGENE

På samme måte som for legene stilte vi spørsmål om hvordan NAV-veilederne vurderte samarbeidet om sykefraværet i sin region. Spørsmålsstillingen inneholder også et spørsmål om samarbeidet med arbeidsgivere.

Tabell 18: Hvordan vurderer du samarbeidet mellom NAV, leger og arbeidsgivere i din kommune med tanke på oppfølging av sykmeldte? (Svarfordeling blant NAV-veiledere, høsten 2016.) Antall.

	Antall
Svært godt	2
Godt	14
Verken godt eller dårlig	2
Totalt	18

Interessant nok fremkommer mer eller mindre det samme svarmønsteret som hos legene. Det at samarbeidet generelt oppleves som godt av begge parter, er ikke nødvendigvis noe som er gitt på forhånd. I den innledende fasen av prosjektet ble det i noen tilfeller gitt uttrykk for at samarbeidet var noe anstrengt i Tønsberg kommune. Vi har imidlertid inntrykk av at forsøket i seg selv har bidratt til å skape en bedre relasjon og bygge opp en større grad av tillit og samarbeid mellom partene.

7.8 ERFARINGER KNYTTET TIL FORSØKET MED 1-2-3-4 SETT FRA NAV-VEILEDERNES SIDE

I de åpne tekstfeltene gir flere av respondentene uttrykk for at det er viktig for dem å komme tidlig inn i de langvarige sykefraværsløpene, for på den måten å kunne jobbe aktivt med tilrettelegging og tilbakeføring. Veilederne vurderer det slik at 1-2-3-4 bidrar til dette. En av respondentene uttrykker det slik: *"Jeg tror at bruk av kodene 1-2-3-4 bidrar til at NAV raskere kommer 'bedre og mer riktig' på banen i saker vi bør engasjere oss i, og ikke bruker unødig tid på saker vi ikke trenger å engasjere oss i."*

At forsøket med bruk av tallkoder er en god måte å samarbeide på, kommer til uttrykk i flere av respondentenes svar: *"Alle meldinger fra legene til NAV tas alvorlig og følges opp. Her er det ingen endring med 1-2-3-4, men det forventes av legene at vi tar tak "nå" når de skriver kode 4, og det gjør vi. Jeg ser at vi til tider får mangelfull tekst når 1-2-3-4 benyttes, som om legene automatisk tror vi vet hva som er saken."*

Samtidig gis det i de åpne svarfeltene uttrykk for en viss oppgitthet over at for få leger har sluttet opp om forsøket og i for liten grad velger å skrive tallkoder på sykmeldingene. En respondent beskriver det slik: *"Vanskelig samarbeid med legene, men dette har NAV jobbet aktivt med, og vi har fått et mye bedre forhold til legene i løpet av prosjektperioden. I prosjektet har det likevel vært en utfordring at svært få leger har brukt 1-2-3-4-systemet."*

Til tross for at prosjektet tilsynelatende har bidratt til å bygge en større grad av tillit mellom NAV og legene, er det også en ikke ubetydelig avstand mellom samhandlingspartene i vurderingen av hva som er problemet når det gjelder bruk og effekt av tallkoder. Noe forenklet kan vi si at NAV-veilederne vurderer at legene ikke følger opp og skriver koder, mens legene opplever at ingenting skjer når de skriver 3-ere og 4-ere.

8 OPPSUMMERING

Samlet sett ser vi at forsøket med 1-2-3-4 ikke har hatt effekter som lar seg påvise i form av målbare tall i registerdata. Det henger etter alt å dømme sammen med at det som er av positive effekter, blir for smått i det store bildet til at det er mulig å påvise. De legene og NAV-veilederne som har brukt kodene regelmessig, gir imidlertid uttrykk for at denne måten å samarbeide på har effekter i form av mer effektiv og bedre oppfølging av individuelle sykefraværstilfeller. Det er likevel et visst sprik blant legene i deres vurderinger, og datagrunnlaget er begrenset.

Det er på ingen måte uventet eller urimelig at aktørenes vurderer og erfaringer spiker i implementeringen av et prosjekt som dette. Trolig ville det ha vært mer oppsiktsvekkende dersom det motsatte var tilfellet. Det er ikke vanskelig å finne mange gode eksempler på og uttrykk for at samarbeidet mellom partene og kommunikasjonen gjennom tallkodene fungerer godt. Likevel er det verd å legge merke til at erfaringene fra Tønsberg skiller seg på viktige måter fra erfaringene fra de to andre kommunene. Dette har vært tilfellet i hele prosjektperioden.

Vi vurderer svarene på de problemstillingene vi har blitt bedt om å besvare, på denne måten:

1: Hvilken effekt har 1-2-3-4 hatt på sykefraværet og AAP?	
Har tiltaket redusert legemeldt sykefravær?	Kan ikke påvises. Lite trolig at tiltaket faktisk har redusert legemeldt sykefravær, sett ut fra gjennomgang av registerdata over sykmeldinger i perioden.
Har tiltaket redusert lengden på sykmeldingene?	Kan ikke påvises. Lite trolig, gitt resultater fra gjennomgang av registerdata over sykmeldinger i perioden.
Har tiltaket redusert antall nye mottakere av AAP?	Kan ikke påvises. Lite trolig, gitt resultater fra gjennomgang av registerdata over nye AAP-tilfeller i perioden.

2: Bidrar 1-2-3-4 til at brukerne får bedre oppfølging? I så fall på hvilken måte?	
Hvordan vurderer fastleger og NAV-veiledere oppfølgingen sykmeldte får etter innføringen av 1-2-3-4?	Oppfølgingen av den enkelte bruker vurderes hovedsakelig som til det bedre, av både leger og NAV-veiledere ifølge våre spørreundersøkelser til partene. Lav svarprosent blant fastlegene gjør likevel svaret usikkert. Intervjuene med leger og veiledere understøtter også det synet at den enkelte får tettere, raskere og bedre oppfølging.
Hva fungerer bra, og hva kan partene eventuelt gjøre annerledes?	Bruk av tallkodene bygger opp tillit og fremmer bedre samarbeid mellom fastleger og NAV-veiledere. Likevel ser vi også uttrykk for en viss misnøye med motpartens bruk/oppfølging av tallkoder. Både fastleger og NAV-veiledere gir uttrykk for dette.
3: I hvilken grad og eventuelt hvordan bidrar 1-2-3-4 til mer effektiv sykefraværshåndtering?	
I hvilken grad opplever NAV-veiledere og fastleger at 1-2-3-4 har bidratt til en mer effektiv håndtering av sykefravær (f.eks. tidsbruk, treffsikkerhet, tydeligere forventninger)?	Samlet sett gir begge parter uttrykk for at tallkoder innebærer en effektivisering av tidsbruken og bedre samhandling om sykefraværet.
Hvilke elementer ved tiltaket 1-2-3-4 er det eventuelt som effektiviserer sykefraværsoppfølging?	NAV-veiledere peker på tidsbruk internt i sykmeldingssaker, lettere å finne frem til de aktuelle sykefraværssakene som skal følges opp, kortere responstid overfor den enkelte bruker, lettere å prioritere. Legene som bruker tallkoder, peker på rask tilbakekobling fra legene i samarbeid om enkelttilfeller.
I hvilken grad har de ulike instansene forskjellige erfaringer med 1-2-3-4?	Erfaringene er blandet. Varierer i stor grad mellom kommunene.

4: Hvorvidt er 1-2-3-4 egnet for generell implementering i landets øvrige kommuner?	
Hva er suksesskriteriene for å lykkes med god og effektiv oppfølging av sykmeldte? Hvilke forhold bør være til stede for at man skal lykkes med sykefraværshåndtering?	Resultatene fra forsøket viser at samarbeidet mellom partene bygger på gjensidig tillit og respekt for hverandres faggrenser og tildelte oppgaver.
Opplevde barrierer for samarbeidet mellom NAV og legene (eksempelvis praktiske, økonomiske og juridiske terskler)?	Erfaringene i prosjektet har i liten grad berørt dette spørsmålet.

Vi vurderer gjennomføringen av forsøket med 1-2-3-4 i Vestfold som et veldrevet og solid gjennomført prosjektarbeid. Likevel var det spesielt to forhold som var utfordrende for prosjektet: Det ene var varierende oppslutning fra fastlegene i de tre kommunene. Det andre var innføringen av en ny sykefraværshåndtering i prosjektperioden. Ingen kunne forutse dette, men det førte samlet til at tallkodene ikke ble benyttet i stor nok grad til at det var mulig å se effekter. Dette illustrerer nettopp behovet for å kjøre forsøk lokalt i medium skala.


Innovasjonsvirksomhet i offentlig sektor er likevel relevant og betydningsfullt, også når resultatet ikke blir helt som planlagt. Forsøket med 1-2-3-4 viser hvilken betydning tillit har i samhandlingsrelasjonen mellom NAV og legene. Innføringen av en ny sykefraværshåndtering illustrerer også hvilken betydning eksterne faktorer hadde for gjennomføringen av forsøket. Det ville imidlertid være umulig å tenke seg at man skulle kunne holde ytre faktorer stabile i en toårsperiode innenfor et så omfattende saksområde med så stor politisk oppmerksomhet som nettopp sykefravær og inngangen til arbeidsavklaringspenger.

Slik det er gjennomført, har vi ikke funnet tallgrunnlag som tilsier at forsøket har redusert sykefraværet i de tre forsøkskommunene. Ei heller klarer vi å finne støtte for at lengden på sykefraværet er redusert som følge av bruk av tallkoder på sykmeldingene i de tre kommuner i forsøksperioden. Vi finner heller ikke støtte i registerdata for at nye AAP-tilfeller har blitt redusert som følge av at tallkodene benyttes i samarbeidet mellom fastleger og NAV-veiledere i de tre forsøkskommunene. Vi kan likevel ikke se bort fra at tallkoder har effekt i enkeltsaker, men det lar seg ikke gjøre å påvise slike effekter på aggregert nivå.

I våre spørreundersøkelser til fastleger og NAV-veiledere finner vi imidlertid en viss støtte i data for at partene mener at tallkoder gir bedre oppfølging av den enkelte sykmeldte. Vi finner også en viss støtte i dataene for at bruk av tallkoder vurderes som effektivt, gir kortere responstid og gjør det lettere å prioritere de riktige tilfellene. Samlet kan det virke som at et tettere og bedre samarbeid om sykefraværshåndteringen har vært et resultat av bruken av tallkoder. Det gjelder vel å merke for de legene som jevnlig har ført tallkoder på sykmeldingene.

Som vi har sett, er det betydelig variasjon internt mellom de tre kommunene når det gjelder fastlegenes oppslutning om og bruk av tallkoder. Dette indikerer en sårbarhet for å implementere tallkoder på en bredere basis, all den tid legene selv velger hvorvidt de ønsker å benytte tallkodene eller ikke. Innføringen av ny sykmeldingsblankett ivaretar flere av de funksjonene som i utgangspunktet var særegent med 1-2-3-4.

Samlet finner vi det vanskelig å argumentere for at 1-2-3-4 har hatt en tydelig effekt på lengden av sykefravær, overgang til AAP og effektiv sykefraværshåndtering i de tre forsøkskommunene, slik ambisjonen med forsøket var. Sett under ett finner vi for svakt grunnlag til å hevde at 1-2-3-4 bør foreslås implementert i andre kommuner på generell basis, slik forsøket tok sikte på å finne ut.

A woman with dark curly hair and glasses is looking at a human anatomy chart. The chart shows a human figure with various parts labeled. The woman is wearing a light green top. The background is a blurred medical setting.

Rapporten oppsummerer resultater fra Nordlandsforskning's følgeevaluering av forsøket 1-2-3-4 i kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme i 2015 og 2016. Forsøket dreier seg om å utvikle et tettere samarbeid mellom fastleger og de lokale NAV-kontorene om oppfølging av legemeldt sykefravær. Et eget kodesystem benyttes på den enkelte pasients sykmelding, og inneholder en beskjed til NAV om prioritering og behov for videre oppfølging. Prosjekteier har vært NAV Vestfold. Forsøket er gjennomført med midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, sammen med partene i arbeidslivet, LO og NHO.



NORDLANDSFORSKNING
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Postboks 1490
N-8049 Bodø
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10
nf@nforsk.no
www.nordlandsforskning.no