



Statsrådene Bent Høie og Anniken Hauglie besøkte Medisinsk Senter Fornebu for å se fastlege Egil Johannesen ta i bruk beslutningstøtten 12 april 2016.

## Faglig veileder for sykmelder – Delprosjekt implementering

Sluttrappport – juni 2019

## Innhold

Sammendrag .....	2
Innledning .....	3
Bakgrunn .....	3
Delprosjekt implementering .....	4
Hvorfor et implementeringsprosjekt? .....	4
Prosessintegert beslutningsstøtte .....	6
Bakgrunn for implementeringsprosjektet .....	6
Målet for prosjektet: .....	8
Gjennomføringen av implementeringsprosjektet .....	8
Evaluering av implementeringsprosjektet. ....	9
Identifisering av utfordringer ved implementering av beslutningsstøtte.....	10
Anbefalinger for videre arbeid med beslutningsstøtten.....	11

## Sammendrag

Diagnosespesifikk beslutningsstøtte for sykmeldere er et verktøy der det gis kunnskapsbasert anbefalinger ved over 120 diagnoser. Målet er å øke kvaliteten på sykmeldingsarbeidet i primærhelsetjenesten. Spesielt ønsker man å redusere den store variasjonen i sykmeldingslengder for samme diagnose som er påvist i Norge.

**Delprosjekt implementering hadde som mål å få kunnskap om hvordan man best kan implementere dette tiltaket i tjenestene.**

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

Evaluator (SINTEF) brukte en kvalitativ metodikk der de inkluderte smågruppene fungerte som fokusgrupper, 10 smågrupper med 68 leger fra hele landet deltok.

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

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

I det videre arbeidet for å øke kvaliteten av sykmeldingsarbeidet vises også til samarbeid med SKIL (Senter for kvalitet på legekontor) og Norsk forening for allmennmedisin. Kursvirksomhet tilpasset fastlegens hverdag der smågruppene brukes som arena anbefales.

## Innledning

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

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

Fra oppdraget om utvikling av faglig veileder for sykmelder til god beslutningsstøtte/kunnskapsstøtte for sykmelder presiseres oppdraget videre:

*"Sykmelder skal ha enkel tilgang til god beslutningsstøtte / kunnskapsstøtte som oppleves relevant både i tematikk og i konkrete tekster med anbefalinger. Kunnskapsstøtten skal utnytte moderne informasjonsteknologi, med optimal brukervennlighet bl.a. gjennom integrasjon i elektronisk pasientjournal."*

## Bakgrunn.

Faglig veileder for sykmelder består i dag av 17 kapiteler der det første kapittelet omhandler de "Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelder".

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

I de andre kapitelene gis veiledende råd til sykmelder gjennom konkrete tekster med anbefalinger som møter sykmelders utfordringer i hverdagen. Veilederen ble første gang publisert i 2011.

I tillegg er det utviklet ny og forbedret statistikk-løsning fra NAV, publisert i juni 2016. Diagnosespesifikke anbefalinger til sykmelder (beslutningsstøtte) ble publisert 12. april 2016. Oppdatert innhold i generell veileder for sykmelder fra 2011 ble publisert 6. september 2016. Veilederen er tekstlig/faglig sist oppdatert pr september 2018.

Det vises videre til oppdragsbrev av juni 2014 fra ASD der følgende bla ble presisert som en del av oppdraget: «Beslutningsstøttesystemet skal gjøres gjeldende for hele landet samtidig og integreres i eksisterende elektronisk sykmelderveileder som er utarbeidet i samarbeid mellom Arbeids -og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet»

I dag fremstår faglig veileder for sykmelder som ett produkt som beskrevet over.

Statistikk fra Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) har vist en stor variasjon i lengden på sykmeldinger for samme diagnose. Det er en målsetning at denne forskjellen skal reduseres. I tillegg er det et mål om økt kunnskap om sykefravær.

Den diagnosespesifikke veilederen består av råd for over 250 forskjellige diagnoser. Arbeidet har foregått ved at fagpersonell har jobbet utfra diagnosegrupper. Følgende grupper har vært involvert i arbeidet; ortopedi, nevrologi og gynekologi, muskel/skjelett, psykiske lidelser, indremedisin (inkludert hjerte-kar og lungesykdommer), infeksjoner, generell kirurgi, øyesykdommer, hudlidelser og øre/nese/halssykdommer. Alle gruppene har jobbet etter en felles mal som inkluderer sentral informasjon om diagnosene, forventet behandlingstid, anbefalinger om forventet sykmeldingslengde samt råd om tidspunkt for ny vurdering ved langvarig sykmelding.

Målet er at den diagnosespesifikke beslutningstøtten skal integreres i EPJ systemene som blir brukt i primærhelsetjenesten. På grunn av forsinkelser hos flere EPJ leverandører er det kun noen av dem som har integrert løsningen.

***Overordnet mål for implementering:***

- Økt kvalitet i sykefraværarbeidet:
  - Større forutsigbarhet
  - Mer likebehandling
- At sykmelder skal oppleve økt faglig støtte i prosessen rundt arbeidet med sykemeldinger
- Kunnskapsbasert støtte i dialogen med pasienten i sykemeldingsprosessen
- Bistand til sykmelder ved utarbeidelse av melding til arbeidsgiver
- Økt forståelse for helseeffekter av å være i arbeid

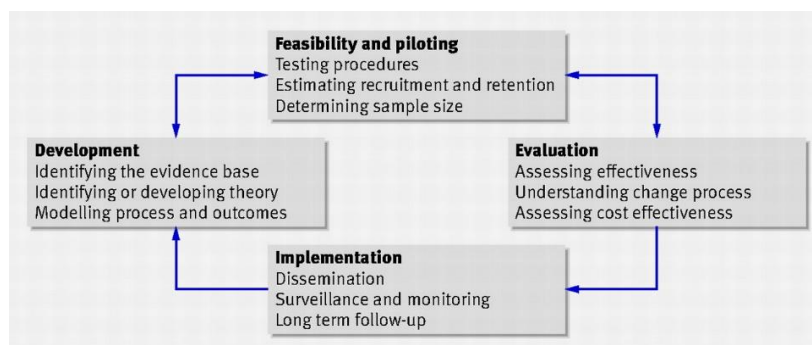
## Delprosjekt implementering

### HVORFOR ET IMPLEMENTERINGSPROSJEKT?

Det er vist at utgivelse av retningslinjer og informasjon om dem, ikke påvirker adferd i vesentlig grad. I dette dokumentet vil implementering bli relatert til mål om atferdsendring hos fastleger, selv om prosjektet også vil gjelde andre faggrupper. For at retningslinjer og annen faginformatjon skal bli implementert er det generelt sett en forutsetning at flere faktorer er tilstede, noen sentrale er:

- *Eierskap til retningslinjen/informasjonen*: Brukergruppen må oppleve at de rådene som fremgår av retningslinjen er relevant for deres pasientpopulasjon.
- *Råd må være gjennomførbare i den kliniske hverdagen*: Det er sentralt at rådene som fremgår er mulige å gjennomføre innen de rammer som tjenesten arbeider under.
- *Råd må oppfattes som relevante for brukeren*: Fastlegen må oppfatte problemstillingene som relevante og viktige i legens kliniske praksis.
- *Insentiver for å endre praksis vil øke atferdsendring*: Insentivene kan være både en bedring/oppdatering/lettelse av kliniske praksis i tillegg til mulige økonomiske insentiver. Akkreditering av endringen vil også øke implementering.

Det er etter hvert kommet god dokumentasjon på hvordan komplekse intervensjoner bør utarbeides, piloteres, evalueres, rapporteres og implementeres. Det britiske Medical Research Council (MRC) utarbeidet i 2000 en veileder for «Developing and evaluating complex interventions» som ble oppdatert i 2008, og er en sentral kunnskapsoppsummering på temaet.<sup>1</sup> Her beskrives en sirkel der man tar utgangspunkt i utviklingen av intervensjonen, påfølgende pilot for å vurdere gjennomførbarhet, evaluering av pilot og til slutt implementering av intervensjonen. Det er rettet oppmerksomhet over mangel på dokumentasjon og standardisering av forskningen rundt implementeringsstudier,<sup>2</sup> som er en viktig siste del av implementeringsprosessen.



### Sentrale elementer i utvikling og evalueringsprosessen av implementering av komplekse intervensjoner.

Årsaken til at dette trekkes frem er at man har god erfaring med at «nyttige tiltak» ikke nødvendigvis er nyttige, med mindre man fremskaffer dokumentasjon på dette.

<sup>1</sup> Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance [Internet] London: MRC; 2008 [updated 2008 Sep 29; accessed 2013 Jul 28]. Available from: <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>

<sup>2</sup> Pinnock H et al, Phase IV Implementation Studies, The Forgotten Finale to the Complex Intervention Methodology Framework, Ann Am Thorac Soc Vol 11, Supplement 2, pp S118–S122, Feb 2014

Ikke bare kan det vise seg at invensjonen ikke blir brukt i praksis<sup>3</sup>, men det kan også være at invensjon tidligere ble forsøkt i en helt annen kontekst og av den grunn ikke førte til ønsket resultat.<sup>4</sup> Det er spesielt viktig at introduksjon av tiltak i helsetjenesten i økende grad benytter seg av den kunnskap man i dag har på metodene for å dokumenter effekt på området, selv om dette vil kreve noe tid å fremskaffe.

### Prosessintegret beslutningsstøtte

Beslutningsstøtte verktøy kan være svært nyttige. Det er imidlertid avgjørende at verktøyet er tilgjengelig på det rette tidspunktet i beslutningsprosessen (prosessintegret). Som et enkelt eksempel kan tenkes et verktøy for å minne legen på å forskrive en spesiell gruppe medikamenter. Når legen er inne i reseptmodulen av sin EKP kan et varsel komme opp dersom han forsøker å skrive ut et medikament som ikke anbefales. Alternativer forslag (med like god effekt på tilstanden) kommer opp. Her har legen jobbet seg igjennom beslutningsprosessen, undersøkt pasienten, diskutert behandling mm, og når valg av medikament skal gjøres, slår verktøyet inn på rett tid.

Eksemplet over er enklere enn beslutningsstøtten for sykmeldere. Her begynner legen å vurdere behov for sykmelding allerede når pasienten blir hentet på venteværelse. Kommer pasienten på krykker, uttrykker smerter eller andre plager, kan det ofte være helt uaktuelt med friskmelding. Så etter samtale og undersøkelse konkluderes det med videre sykmelding. Men, det er først når legen er inne i sykmeldingsmodulen i EPJ at verktøyet er tilgjengelig.

Dette betyr at det er krevende å utvikle prosessintegrete beslutningsverktøy for noen sykdommer og tilstander. Da må man utvikle andre tiltak (som for eksempel kurs) for å løse bedre oppfølgingen eller kvaliteten av tjenesten.

### Bakgrunn for implementeringsprosjektet

Man kan tenke seg flere modeller for implementering av beslutningsstøtten. Fra norsk allmennpraksis er det to prosjekter som har sett på implementering der målet er atferdsendring; KUPP prosjektet og KTV prosjektet.<sup>5 6</sup> KUPP prosjektet, kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter, ble først gjennomført i som en pilot i Trondheim og Tromsø med en 15-20 minutters oppdateringsbesøk hos fastlegene. Målet var å endre forskriving av et betennelsesdempende medikament som gir mindre

---

<sup>3</sup> Eccles M, McColl E, Steen N, Rousseau N, Grimshaw J, Parkin D et al. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 941

<sup>4</sup> Power R, Langhaug L, Nyamurera T, Wilson D, Bassett M, Cowan F. Developing complex interventions for rigorous evaluation – a case study from rural Zimbabwe. *Health Education Research* 2004;19(5):570-575.

<sup>5</sup> <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/16/kupp-et-fastlegenes-forskriving/>

<sup>6</sup> Gjelstad, Svein; Høye, Sigurd; Straand, Jørund; Brekke, Mette; Dalen, Ingvild & Lindbæk, Morten (2013). Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). *BMJ (British Medical Journal)*. ISSN 0959-8146. 347. doi: [10.1136/bmj.f4403](https://doi.org/10.1136/bmj.f4403)

fare for bivirkninger. Dette er senere fulgt opp med andre temaer som riktig antibiotikabruk og diabetes. I KTV prosjektet, kollegabasert terapiveileding, brukte man etablerte smågrupper til implementering av retningslinjer for antibiotikabruk i allmennpraksis. Prosjektet viste en signifikant reduksjon i forskrivning av antibiotika.

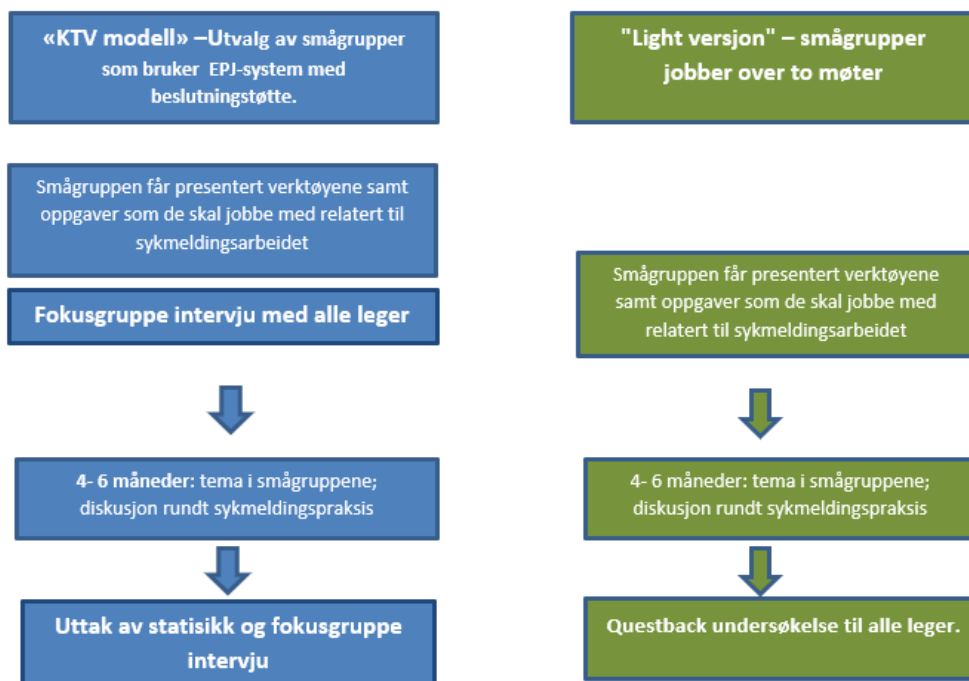
Det er nyttig å skille de ovennevnte prosjektene og intervensjonene, i KUPP var det som kalles en enkel intervensjon, mens i KTV var det en kompleks intervensjon.

I implementeringen av beslutningsstøtte verktøyet må sees på som implementering av en kompleks intervensjon. Dette vil kreve:

- Informasjon om variasjon i sykmeldingslengder til fastlegen.
- Diskusjon og refleksjon rundt forskjellene.
- Annerkjennelse hos den enkelte fastlege at en endring i adferd er riktig og viktig (for både pasient og samfunn).
- Endring til en praksis med mindre variasjon.

Man hadde i utgangspunktet et ønske om å evaluere to forskjellige metoder for implementering. Som følge av manglende integrering i EPJ har prosjektet endret struktur. Høsten 2018 kunne delprosjekt implementering, sammen med delprosjekt evaluering (som Sintef har ansvar for), iverksettes. Modellen for prosjektene finnes i figuren under:

#### Evalueringsmodell:





## Målet for prosjektet:

Målet er å få kunnskap om hvordan man best kan oppnå en nasjonal implementering av beslutningstøtten. Vi bruker en kvalitativ metode med fokusgrupper. Målgruppen er fastleger, og ved å involvere legenes smågrupper. "Smågrupper" er grupper som består av allmennleger. Deltagelse i smågrupper er en obligatorisk læringsaktivitet for etterutdanningen i allmennmedisin, og en valgfri aktivitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Vi har et forum der vi får frem erfaringene med bruk av flere deler av veilederen men også erfaringer med statistikkprogrammet for sykmelder utviklet av NAV.

## GJENNOMFØRINGEN AV IMPLEMENTERINGSPROSJEKTET.

Med bakgrunn i implementeringsforskningen ble leger i smågrupper invitert til å delta. Det ble en stor respons fra over 60 smågrupper over hele landet. Behovet for å gjennomføre fokusgruppene var rundt 10 smågrupper med rundt 50 fastleger. For å i møte komme den store interessen for prosjektet valgte man å invitere de smågruppene som ikke kom med i hovedprosjektet til en «light» versjon. Her skulle smågruppene jobbe på samme måten, men evalueringen bestod kun i en questback undersøkelse i stedet for evaluering med fokusgrupper. På denne måten ønsket man å underbygge funnene i hovedprosjektet.

Man ønsket å prioritere smågrupper som brukte EPJ systemer der beslutningsstøtten var integrert, men for å se om tilgjengelighet påvirker bruken, også leger som kun hadde tilgang til verktøyet fra nettsidene til Helsedirektoratet eller NAV inkludert.

Ledere for smågruppene ble invitert til et dagskurs der man gikk igjennom hvordan man kunne bruke anbefalingene, oppbygningen av veilederen og statistikkmodulen. Det ble fokusert på interaktive diskusjoner der utfordringer i sykmeldingsarbeidet ble problematisert, og hvordan veilederen kunne bidra med råd.

Lederne for smågruppene fikk også god informasjon om hvordan det videre arbeidet i smågruppen var tenkt, samt om omfanget av evalueringen. Alle lederne for smågruppene fikk kompensasjon for deltagelse på dagskurset samt videre ledelse av arbeidet i sin smågruppe og deltagelse i evalueringen. De øvrige deltagerne i smågruppene fikk kompensasjon for deltagelse i evalueringen. Det ble også tilbudt refusjon av reiseutgifter og enkel servering i forbindelse med møtene.

Som nevnt over ønsket vi også å tilby smågrupper som ikke kom med i hovedprosjektet deltagelse i en "light" versjon. Gruppelederne i disse 31 smågruppene deltok også på dagskurset og ledet det videre arbeidet i gruppen sin, noe de ble honorert for. Evalueringen bestod i utfyllelse av et spørreskjema etter gruppen hadde avholdt 2 møter.

I hovedprosjektet fulgte alle gruppene planen på en svært god måte. Diskusjonene i gruppene var naturligvis forskjellige, men tematisk ble alle punktene under berørt;

- utfordringer med sykmeldingsarbeidet i praksis
- bruk av beslutningsverktøyet ved sykmeldinger
- bruk av den generelle veilederen ved sykmeldingsarbeid
- bruk av statistikkverktøyet for sykmeldere

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med alle gruppene (10 grupper og 68 leger) med en god spredning over hele landet (Agder til Finnmark). Med noen få unntak deltok alle legene på begge fokusintervjuer.

I "light"-gruppen fulgte gruppene samme opplegget, men det var en lavere enn forventet oppslutning fra legene, kun 79 svar av 128 deltagende leger. En del av svarene var også mangelfulle da legene ikke hadde besvart alle spørsmål.

## EVALUERING AV IMPLEMENTERINGSPROSJEKTET.

Overordnet mål for evaluering:

- Hvordan bidrar beslutningsstøtten til økt kvalitet i sykmeldingsarbeidet, slik fastlegene ser det?
- Hvordan bidrar beslutningsstøtten til en bedre dialog med pasienten, slik fastlegene ser det?
- Opplever fastlegene beslutningsstøtten som faglig støtte i utarbeidelsen av melding til arbeidsgiver?
- Opplever fastlegene beslutningsstøtten som kunnskapsbasert?
- Hvordan bidrar statistikk for sykmelder til faglig støtte, slik fastlegene ser det?

Sintef har hatt ansvar for evalueringen og oppsummert denne i rapporten; "Implementering av diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding. En kvalitativ følgeevaluering".

I rapporten legges det størst vekt på informasjonen fra fokusgruppene, mens resultatet fra spørreundersøkelsen ble tillagt mindre vekt da det var færre enn forventete svar. Likevel viste den at dataene peker i samme retning som fokusgruppene slik at de i så måte er utfyllende.

Rapporten beskriver flere sentrale problemstillinger som kom fram i forbindelse med evalueringen. Noen viktige hovedpunkter med kommentarer følger her;

1. **Sykmeldingsarbeidet er sammensatt;** Sykmeldinger omfatter mer enn medisinske vurderinger og mange kontekstuelle forhold må alltid vurderes i lys av den medisinske problemstillingen. Beslutningsstøtten svarer ikke ut disse utfordringene.

2. **Beslutningsstøtten fungerer ved enkle diagnoser;** Den omfatter i større grad konkrete og avklarte enkeltdiagnoser, der behovet for faglig støtte er minst.
3. **Sammensatt problemstillinger;** Rådene er vage og beslutningsstøtten poengterer at alle tilstander må vurderes individuelt. De gir således liten merverdi i disse sakene og bidrar i liten grad til å effektivisere arbeidet.
4. **Gradert sykmelding;** Her gir beslutningsstøtten nyttige råd som er en god påminnelse til legene. Økt bruk av gradering er viktig for å opprettholde kontakt med arbeidsplassen.
5. **Den generelle veilederen;** Deltagelse i prosjektet og arbeidet i gruppene bidro til å gjøre andre kapitler kjent, noe legene fant nyttig.
6. **Pedagogisk hjelpemiddel;** I samtalen med pasientene har de konkrete rådene vært et nyttig verktøy for flere.
7. **Praktisk tilgjengelighet;** Integrering i EPJ var viktig og mangel på søkefunksjon var et savn.
8. **Statistikkportalen;** Konkret tilbakemelding om egen praksis var viktig for å bevisstgjøre legene. Noen mente en slik tilbakemelding ville føre til endring av praksis.

## IDENTIFISERING AV UTFORDRINGER VED IMPLEMENTERING AV BESLUTNINGSSTØTTE.

Evalueringen viste at beslutningsstøtten til nå i liten grad svarer ut de utfordringene man har ønsket å løse. Hovedgrunnen til dette var at den i liten grad følger grunnleggende prinsipper som implementeringsforskningen har identifisert.

1. **Eierskap til retningslinjen/informasjonen;** Beslutningsstøtten har ikke kommet som et svar på utfordringer målgruppen har identifisert. Ved å fokusere kun på konkrete og avklarte diagnoser, svarer den ikke ut de utfordringene legene står over for.
2. **Råd må være gjennomførbare i den kliniske hverdagen;** For flertallet av pasienter der legen oppfatter det som utfordrende, ble rådene for enkle, da de hun omtalte avklarte enkeltdiagnoser.
3. **Råd må oppfattes som relevante for brukeren;** Dette gjelder både når i beslutningsprosessen rådene kommer (mangel på prosessintegrering) og, igjen, at de ikke tar hensyn til sammensatte problemstillinger.
4. **Insentiver for å endre praksis vil øke atferdsendring;** Bruken av beslutningsstøtten og endring av praksis medfører ingen belønning for legene. Flere fremhevet at tilbakemelding fra statistikkmodulen ga dem faglig stolthet når deres praksis var i tråd med retningslinjer og ønsker. Imidlertid er det mangel på insentiver, som for eksempel kurspoeng, for å stimulere til endret adferd.

## ANBEFALINGER FOR VIDERE ARBEID MED BESLUTNINGSSTØTTEN.

Selv om beslutningsstøtten ikke svarer ut viktige utfordringene fastlegene møter i praksis vil den være nyttig i flere sammenhenger. Det ble fremhevet at den kan være et pedagogisk verktøy overfor pasientene og innholdet ble oppfattet som kunnskapsbasert. Dette betyr at den diagnosespesifikke beslutningsstøtten er en nyttig og naturlig del av sykmeldingsveilederen. Statistikkportalen, som var en viktig del av prosjektet, blir oppfattet som svært nyttig.

Implementeringsprosjektet ble svært godt mottatt av fastlegene. På tross av utlysning på sommeren (juli) ønsket hele 60 smågrupper (nær 300 leger) å delta i prosjektet. Hovedårsaken til dette oppfattes å være et ønske om å utvikle fastlegekontoret og egen praksis, noe som også kom frem i flere av intervjuene. Dette vitner om et ønske om å øke kvaliteten på tjenestene legene yter, på tross av hektisk hverdag og lange dager.

Videre arbeid med verktøyet bør derfor;

1. ***Integreres i arbeidet med å øke kvaliteten i sykmeldingsarbeidet:***  
Tiltakene må bygge på prinsipper som implementeringsforskningen har vist er effektive. Senter for kvalitet på legekontor (SKIL), har utviklet opplæringskurs for fastleger som baserer seg på disse prinsippene. Både ved å ta utgangspunkt i egen praksis, opplæring i grupper over tid, samt muligheter for deltagerne å måle endring i egen praksis.
2. ***Skape eierskap til tiltakene hos fastlegene:***  
Et samarbeid mellom fastlegeorganisasjonene (Norsk forening for allmenntmedisin, NFA) og SKIL, vil fortsatt sikre at problemstillinger som er relevante for målgruppen. Dersom man i tillegg kan gi insentiver (enten i form av kurspoeng eller muligheter til takster), vil man øke deltagelse ytterligere.