

Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet

Av: INGER CATHRINE KANN OG SØREN BRAGE

SAMMENDRAG

Reglene for sykmelding ble endret i juli 2004 for å øke den arbeidsrelaterte aktiviteten blant sykmeldte. Arbeids- og velferdsdirektoratet har undersøkt om disse endringene har hatt konsekvenser for de sykmeldtes trygdeytelser, helse og arbeidstilknytning. Det ble benyttet både registerdata og en spørreundersøkelse til landets fastleger.

I spørreundersøkelsen fant vi at de fleste legene endret sin praksis etter 1. juli 2004. De var mindre tilbøyelige til å sykmelde sine pasienter og de friskmeldte dem tidligere. Samtidig rapporterte tre fjerdedeler av legene at de benyttet gradert sykmelding i større utstrekning enn tidligere. Legene mente at disse endringene gjorde at sannsynligheten var større for at pasientene beholdt sin arbeidstilknytning. Flertallet av legene mente også at de nye reglene samlet sett var bedre enn de gamle, men 13 prosent mente at de nye reglene var dårligere.

Registerundersøkelsen viste at sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere med å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeid. En årsak kan være at langvarig sykefravær i seg selv er en risikofaktor for å falle ut av arbeidslivet. Samtidig var det slik at disse sykmeldte hadde større sjanse for nye sykefravær.

HVILKEN SYKMELDINGSPRAKSIS ER DEN BESTE?

Til grunn for den sykefraværsforebyggende politikken som har vært ført de siste årene, har det ligget en antakelse om at rask friskmelding og aktivitet i sykmeldingsperioden er gunstig for de sykmeldte. Kontakt med arbeidsplassen, eksempelvis gjennom aktiv sykmelding eller graderte sykepenges, antas å øke sjansen for at de sykmeldte ikke faller ut av arbeidslivet. Det vil si at rask friskmelding og økt arbeidsrelatert aktivitet gir *bedre prognose for arbeidstilknytning*.

Fra medisinsk side har det vært hevdet at langvarige og passive trygdeytelser kan ha uheldige konsekvenser for individets helse. Det har vært pekt på at medisinsk behandling i dag, sammenliknet med for 20–30 år siden, legger mye større vekt på aktiv og tidlig opptrening ved for eksempel hjerneslag, hjertelidelser og muskel- og skjelettlidelser. En tidlig retur til arbeid og økt aktivitet kan gi *bedre prognose for god helse*.

Samtidig kan det åpenbart være en stor helserisiko knyttet til det å gå for tidlig tilbake til arbeid. Ved en rekke tilstander har det vist seg nødvendig å begrense fysiske aktivitet for å unngå forverring av tilstanden på kort eller lang sikt. Det har også vært hevdet at for rask tilbakevending til arbeid øker risikoen for seinere langvarig sykefravær. Det interessante spørsmålet er derfor hvilken sykmeldingspraksis som fører til flest helsegevinster på lang sikt, lavest sykefravær, lavest uførepensjonering og høyest yrkesdeltagelse?

Mange fastleger endret sin praksis etter at de nye reglene for sykmelding trådte i kraft i juli 2004 (se faktaboks). Arbeids- og velferdsdirektoratet har undersøkt hvilke konsekvenser disse endringene hadde for de sykmeldtes seinere arbeidstilknytning, helsetilstand og behov for trygdeytelser. De samlede resultatene fra undersøkelsen er publisert i NAV-rapport 3/2007.

Nye regler for sykmelding

De nye reglene for sykmelding som trådte i kraft 1. juli 2004, omfattet blant annet krav om arbeidsrettet aktivitet senest åtte uker etter sykmelding, samt bruk av graderte sykepenges isteden for aktiv sykmelding. Samtidig ble også sykmeldingsblanketten erstattet av «Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom», som i større grad fokuserer på hvilke muligheter det er for å arbeide til tross for sykdom, og i mindre grad på sykdommens begrensninger.

SPØRREUNDERSØKELSE OM LEGENES HOLDNINGER

Spørreundersøkelsen ble gjennomført for å undersøke om fastlegene selv mente de hadde forandret sin praksis, hvordan dette hadde påvirket deres pasienters helse og muligheter på arbeidsmarkedet, og hva de selv mente om regelendringene. Det ble laget et enkelt spørreskjema på to sider som omfattet seks hovedspørsmål. De fire første gjaldt endringer i legenes praksis etter 1. juli 2004. Til hvert av disse spørsmålene ble det stilt tre oppfølgings-spørsmål om hvilke konsekvenser legene mente at endringene hadde hatt for pasientene. De to siste omhandlet legenes syn på regelendringene.

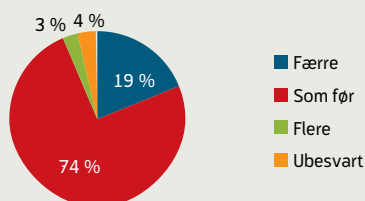
Spørreskjemaet ble sendt ut i november 2006 til alle 3 365 leger som var fastleger i perioden 2004–2006. Til sammen var det 2 244 leger (67 %) som besvarte skjemaet.

LEGENE RAPPORTERTE AT DE HAR ENDRET SIN PRAKSIS

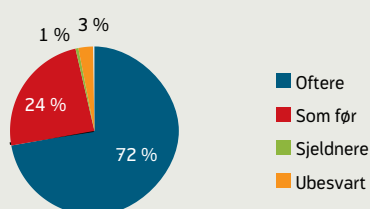
Tre av fire rapporterte at de i større utstrekning brukte graderte sykepenges etter regelendringene i juli 2004. En av

Figur 1
Fastlegenes selvrapporterte endringer av sykmeldingspraksis etter 1. juli 2004 (N=2244)

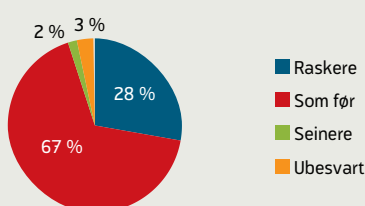
Sykmelder du flere av dine pasienter nå sammenliknet med før juli 2004?



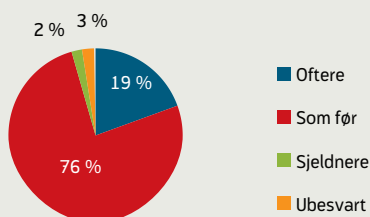
Hvor ofte bruker du graderte sykepenger nå sammenliknet med før juli 2004?



Hvor raskt friskmelder du dine pasienter nå sammenliknet med før juli 2004?



Hvor ofte tar du kontakt med arbeidsgiver nå sammenliknet med før juli 2004?



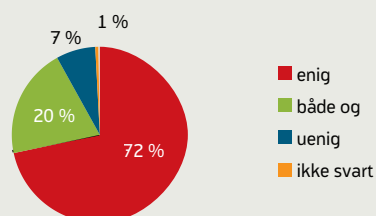
fire friskmeldte sine pasienter raskere, og en av fem skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med pasientenes arbeidsgivere (Figur 1).

LEGENE MENTE AT ENDRINGENE HOLDT PASIENTENE LENGRE I ARBEID

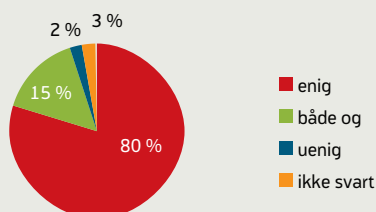
Av legene som hadde skrevet ut færre, kortere og graderte sykmeldinger, mente over 70 prosent at endringene økte sannsynligheten for at pasienten beholdt sin arbeidstil-

Figur 2
Legenes synspunkter på deres pasienters arbeidstilknytning etter hvilke endringer legene hadde gjort i sin praksis ¹

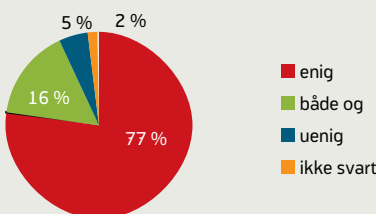
"Sannsynligheten for at de er i arbeid er større"(N=427)
(Leger som selv mener de har endret praksis til færre sykmeldinger)



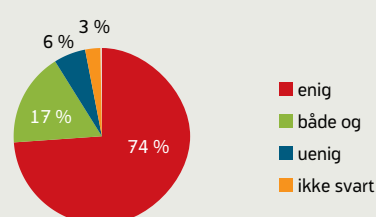
"Sannsynligheten for at de er i arbeid er større"(N=626)
(Leger som selv mener de har endret praksis til kortere sykmeldinger)



"Sannsynligheten for at de er i arbeid er større"(N=1619)
(Leger som selv mener de har endret praksis til mer graderte sykmeldinger)



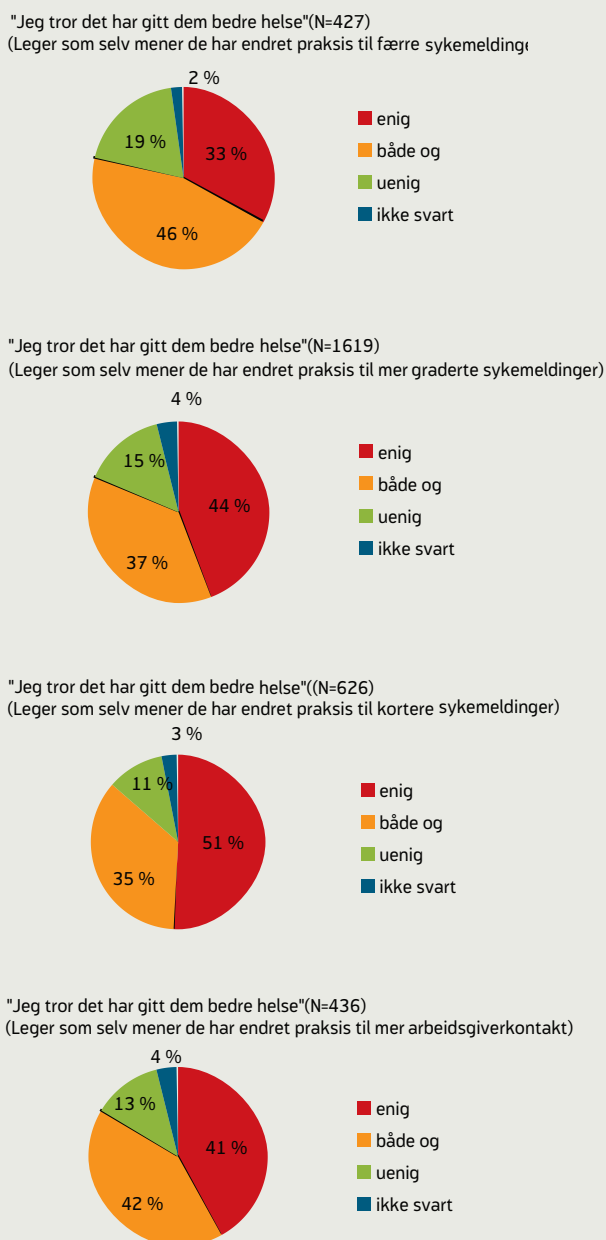
"Sannsynligheten for at de er i arbeid er større"(N=436)
(Leger som selv mener de har endret praksis til mer arbeidsgiverkontakt)



¹ Noen få leger hadde foretatt endringer i praksis motsatt av det som var hensikten med regelendringen, det vil si «flere sykmeldinger», «lengre sykmeldinger», «mindre graderte sykmeldinger» og «mindre arbeidsgiverkontakt». Antallet leger i disse kategoriene var meget lavt, henholdsvis 58, 38, 13 og 40. Prosentfordelingene av disse er derfor usikre, så disse er ikke representert i figuren.

Figur 3

Legenes synspunkter på deres pasienters helse etter hvilke endringer legene hadde gjort i sin praksis²



² Noen få leger hadde foretatt endringer i praksis motsatt av det som var hensikten med regelendringen, det vil si «flere sykemeldinger», «dengre sykemeldinger», «mindre graderte sykemeldinger» og «mindre arbeidsgiverkontakt». Antallet leger i disse kategoriene var meget lavt, henholdsvis 58, 38, 13 og 40. Disse legene mente imidlertid også at de endringer de hadde foretatt var til beste for deres pasienter. Prosentfordelingene er imidlertid usikre, så disse er ikke med i figuren.

knytning og i mindre grad beveget seg i retning av en uførepensjon (Figur 2). Leger som hadde gjort det motsatte, var få og de mente også i mindre grad at pasientene deres var i arbeid.

Spørsmålene er i stor grad holdningsspørsmål. De er ikke bygget på en vitenskapelig vurdering av hver enkelt pasient, men gir en samlet vurdering av de erfaringene legene har med de nye reglene. Vurderingene bygger antagelig også på diskusjoner med andre leger om deres erfaringer.

HAR ENDRINGENE BIDRATT TIL BEDRE HELSE FOR PASIENTENE?

Legene var noe mer usikre på om endringene de hadde gjort i sin praksis, var til beste for pasientenes helse (Figur 3). Svært få leger mente at endringene var negative for pasientens helse, men mange mente at det ikke hadde noen effekt. Å gi kortere sykmelding var det flest leger hadde tro på. Over halvparten av legene som hadde endret seg i retning av å skrive kortere sykemeldinger, mente at det bidro til bedre helse for pasientene. Om det å gradere mer og gi færre sykemeldinger ga bedre helse, var legene mer usikre på. Henholdsvis 15 og 19 prosent av legene som hadde endret sin praksis mente at det var direkte negativt for pasientenes helse å gradere mer og sykmelde færre.

Det var i utgangspunktet svært mange leger som endret praksis i retning av å gradere flere sykemeldinger. Dette skyldes nok delvis at regelverket i større grad "tvang" legene til å benytte dette mer, i og med at det ikke lenger var tillatt å sykmelde i mer enn 8 uker uten at aktive tiltak ble satt i verk. Det enkleste aktive tiltaket er å gi gradert sykmelding. Men det kan også være at svært mange i utgangspunktet hadde tro på at dette var et godt tiltak. Når de nå ble spurt to år etter, var det imidlertid under halvparten av legene som trodde at dette var til det beste for pasientenes helse. I registerundersøkelsen fant vi heller ingen effekter av at legene oftere benyttet gradering, mens vi fant en effekt av kortere sykmelding, som også var det legene selv mente hadde best effekt på pasientenes helse.

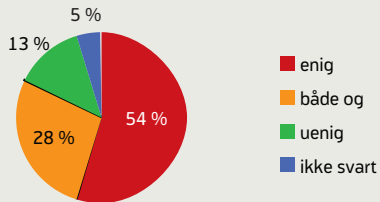
LEGENE VAR POSITIVE TIL REGELENDRINGENE

54 prosent av legene var helt eller delvis enige i at de nye reglene var bedre for pasientene enn de gamle (Figur 4). 28 prosent svarte både/og. Legenes positive syn på endringene kan både være en forklaring på, og et resultat av, de praksisendringer de gjorde. For NAV-reformen med fokus på at aktivitet som helsefremmende, ser det ut til at legene og NAV i relativt stor grad er enige om virkemidlene, muligens med unntak av at en del leger ser ut til å være mer usikre på om bruk av gradert sykmelding har en slik effekt.

Det kan diskuteres hvor mye vekt som skal legges på legenes besvarelser av spørreskjemaet. Generelt kan det

Figur 4
Fastlegenes holdninger til de nye reglene 1. juli 2004 (N=2244)

"Jeg mener at de nye reglene, samlet sett, er bedre for mine pasienter enn de gamle"



av og til observeres en tendens til å svare i tråd med gjengse normer for atferd. Dette skjemaet var sendt ut av NAV Arbeids- og velferdsetaten, noe som kunne styrke en slik tendens å svare «politisk korrekt». Imidlertid peker resultatene fra undersøkelsen i samme retning som tidligere registerundersøkelser av praksisendringene i 2004 (Brage og Kann 2006b). Det ble også understreket at resultatene fra spørreundersøkelsen ikke skulle kobles til andre data, og at de skulle slettes når undersøkelsen var ferdig. Den høye svarprosenten (67 %) tyder på at legene

Registerundersøkelsen – Data og metode

Data fra fastlegeregisteret ble koblet mot pasientregisteret, for å finne hvilke pasienter som «tilhører» hvilke leger³. For å finne pasientenes status på ulike tidspunkt ble det benyttet sykmeldingsfiler, arbeidsgiver–arbeidstakerregisteret (AA-registeret), arbeidssøkerregisteret (helt ledige), og opplysninger om uføreytelser, attførings- og rehabiliteringsytelser, sykepenginger og død (BUDSAM-filer).

Analysene ble gjennomført i to trinn.

I analysenes første trinn ble fastlegene kategorisert etter hvilke endringer de hadde gjort i sin praksis etter at de nye sykmeldingsreglene ble innført 1. juli 2004. Vi sammenliknet da hvordan de sykmeldte sine pasienter i juli 2004 med hvordan de sykmeldte i juli 2003. Utvalget omfattet de 2 779 fastlegene som hadde sykmeldt pasienter i både juli 2003 og 2004. Legene ble kategorisert etter hvor mye de endret sin tilbøyelighet til rask friskmelding, henholdsvis bruk av graderte sykepenginger.

Når legene skulle kategoriseres etter endringer i hvor raskt de friskmeldte sine pasienter, måtte det kontrolleres for endringer i pasientegenskaper. Dette ble gjort i regresjonsmodeller basert på aggregerte tall for hver lege⁴. Modellene tok hensyn til at legenes pasienter hadde ulike karakteristika og at det påvirket hvor lange sykefravær

³ Vi vet at ca halvparten av sykmeldingene foretas av fastlegene. Det er disse sykmeldingene vi må ta utgangspunkt i, da de har en rimelig homogen struktur. Dersom vi trekker inn alle leger (f.eks sykehusleger), har vi ikke register over hvor mange pasienter de har knyttet til seg. Antall sykmeldinger er da uten nevner.

legen attesterte for. Det ble også kontrollert for at legens egne pasienter i varierende utstrekning ble sykmeldt av andre leger.

Regresjonsmodellene ga forventede tall på gjennomsnittlig varighet av sykefraværstilfellene som legen hadde i juli 2003 og i juli 2004. De forventede tallene ble trukket fra de reelle tallene for varigheten av legens sykefraværstilfeller i de samme årene. Forskjellen mellom 2004 og 2003 definerte da i hvor stor grad legen hadde begynt å friskmelde raskere sett i forhold til de andre legene, og gitt pasientsammensetningen det aktuelle året.

Kategoriseringen handler altså bare om endringen i forhold til hvordan modellen forventer at legene sykmelder gitt hvilket år det er, og gitt pasientsammensetningen til legen dette året. En lege som har høyere enn forventet ett år og lavere enn forventet neste år, sier vi er raskere til å friskmelde. Sykmeldingsnivået til legen kan likevel reelt sett ha blitt høyere, hvis f.eks pasientsammensetningen skulle tilsi et enda høyere nivå.

I analysenes annet trinn ble denne kategoriseringen brukt som forklaringsvariabel for å undersøke fremtidig trygdebruk hos de pasientene som var blitt sykmeldt i juli 2004. Dette omfattet 17 583 pasienter. Disse pasientenes bruk av trygdeytelser ble fulgt i 1-1,5 år. Vi benyttet cox regresjoner og inkluderte variable som kjønn, alder, sykefraværets lengde, arbeidstid, arbeidssted, arbeidsledighet i kommunen, om du var arbeidsledig på sykmeldingstidspunktet, samt diagnose.

Sammenhengene mellom praksisendringer og utfallsmål ble analysert ved hjelp av Cox proporsjonale hasartratemodell. I denne analyseser hvilke forhold som påvirker «tid til en hendelse». Det beregnes en hasartrate («sjanse») for overgang på hvert tidspunkt.

Hasartrate, $h(t)$, kan tolkes som sannsynligheten for at individet opplever en hendelse i løpet av neste(korte) tidsintervall av varighet Δt :

$$P(T \leq t + \Delta t \mid T > t) \approx h(t) \Delta t$$

Regresjonsanalyse: Cox Proporsjonal Hasard (PH) modell:

$$h(t; x_1, \dots, x_p) = h_0(t) \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 \dots + \beta_p x_p) \\ = h_0(t) \exp(\beta_1 x_1) \dots \exp(\beta_p x_p)$$

der t er tiden fra personen blir friskmeldt og til en ny hendelse inntreffer.

Forklaringsvariablene x_1 - x_p skal her være alt som kan forklare sjansen for overgang.

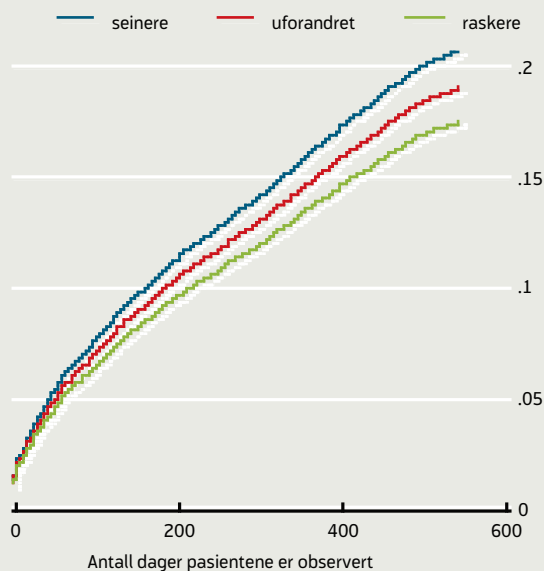
β_1, \dots, β_p er p ukjente parametere som beskriver hvordan den tilhørende forklaringsvariablen X påvirker sjansen for overgang.

I artikkelen benytter vi begrepet «sjanse» der den mer presise betegnelsen ville være «hasartrate». Hasartrate er ikke en sannsynlighet. Den kan derfor være større enn én, og den er avhengig av målestokken.

⁴ Det ble også brukt en modell basert på individer. Der ble den enkelte pasients forventede sykefraværslengde beregnet først, og deretter aggregert til hver lege. Uansett valg av modell ble resultatene de samme, sannsynligvis fordi 87 prosent av legene havnet i samme kategori.

Figur 5

Tid til avgang fra arbeidslivet for pasienter etter om den sykmeldende legen ble «raskere», «uforandret» eller «senere til å friskmelde» fra 2003 til 2004⁶. Justert for pasientegenskaper



hadde tillit til at etaten ikke ville misbruke svarskjemaene. Sannsynligvis var legene også selv interessert i resultatene av denne undersøkelsen og hadde derved selv interesse av å svare så korrekt som mulig. Undersøkelsen var laget i samarbeid med legeföreningen, og det kan ha bidratt til at legene var positive til undersøkelsen. Alt dette til sammen taler for at legene, i hovedsak, ga besvarelser som reflekterer deres virkelige praksisendring.

STØRRE SJANSE FOR FORTSATT ARBEIDSTILKNYTNING VED RASKERE FRISKMELDING

Registerundersøkelsen ble foretatt på alle pasienter som var blitt sykmeldt i juli 2004. Dette omfattet 17 583 pasienter. Disse pasientenes bruk av trygdeytelser ble fulgt i 1–1½ år.

På dette materialet ble det foretatt en regresjonsanalyse for å se om sjansen for å gå ut av arbeidslivet⁵, var avhengig av hvilke endringer legen hadde gjort i sin syk-

⁵ Ut av arbeidslivet er her definert som overgang til en av trygdeytelsene: rehabilitering, yrkesrettet attføring, uføreytelse eller arbeidsledighet

⁶ Her brukes baseline kumulative hasardrater med bruk av referanseverdier i regresjonsligningen, det vil si kvinner, 40–50 år, i helsesektoren og med muskel- og skjelettsykdom. Linjene viser ulike verdier for legens tendens å friskmelde i 2004. For en forklaring av «raskere», «uforandret» og «senere» vises til metodeavsnitt.

meldingspraksis fra 2003 til 2004 (for mer detaljert metodebeskrivelse, se faktaboks, eller NAV-rapport 3/2007).

Vi fant at sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet enn andre sykmeldte. Deres sjanse for å falle ut av arbeidslivet var jevnt over lavere under oppfølgings-tiden på 1,5 år (Figur 5). Det er i samsvar med tidligere undersøkelser, blant annet av Gjesdal og Bratsberg (2003). Det kan være at varigheten på sykefraværet i seg selv er en risikofaktor for å falle ut av arbeidslivet.

I spørreundersøkelsen rettet mot legene mente også flertallet at en raskere friskmelding var gunstig for pasientenes helse, arbeidstilknytning og behov for varige trygdeytelser, noe som kan styrke dette funnet.

Regresjonsresultatene viste også at risikoen for å falle ut av arbeidslivet

- økte jo lengre fravær pasienten hadde
- økte dersom pasienten var arbeidsledig på sykmeldings-tidspunktet
- økte dersom den sykmeldte arbeidet i privat sektor
- økte jo yngre pasienten var, noe som kan ha sammenheng med at mange unge er i midlertidige stillinger, og derved har dårligere stillingsvern
- var større i gruppen med psykiske lidelser og hjerte-/karsykdommer enn i gruppen med muskel-/skjelettlidelser, sykdommer i luftveiene og svangerskapsdiagnoser

KORTERE TID TIL NESTE SYKMELDING VED RASKERE FRISKMELDING

Registerundersøkelsen viste også at for pasienter som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, gikk det kortere tid til neste sykmelding (Figur 6).

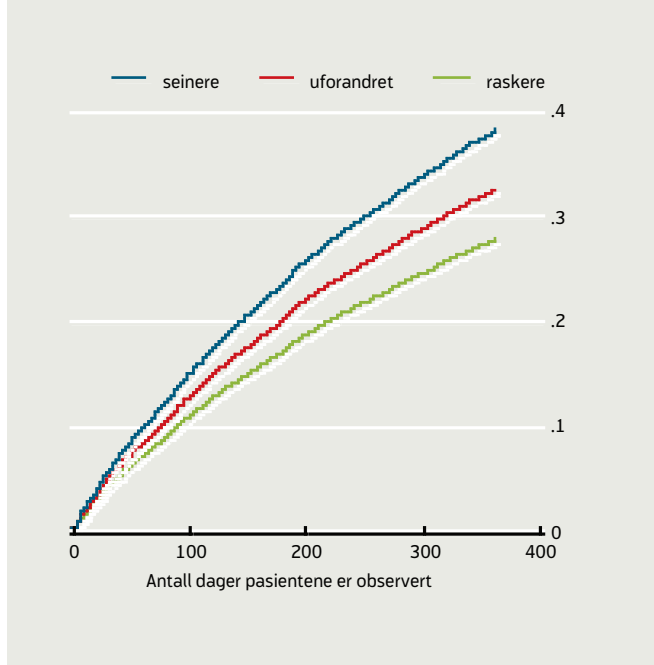
En forklaring på dette kan være at mange sykmeldte har langvarige eller kroniske lidelser og begrenset arbeidskapasitet som nødvendiggjør en balansegang mellom arbeidsinnsats og restitusjon. En for tidlig retur til arbeid kan føre til at pasienten raskere blir sykmeldt på ny.

Resultatene fra regresjonene viste også at den økte risikoen for en ny sykmelding blant annet var avhengig av den sykmeldtes kjønn, diagnose, arbeidssted og ansettelsesforhold.

Risikoen var

- høyere jo kortere det første sykefraværet var
- høyere dersom den sykmeldte var kvinne
- høyere dersom den sykmeldte var deltidsansatt
- høyere i gruppen med muskel-/skjelettlidelser, sykdommer i nervesystemet og svangerskapsrelaterte sykdommer, enn ved for eksempel luftveissykdommer.
- høyere i helse- og sosialsektoren, enn for eksempel i varehandel, offentlig administrasjon og undervisning
- høyere for selvstendig næringsdrivende enn arbeidstakere

Figur 6
Tid til ny sykmeldingsperiode for pasienter etter om den sykmeldende legen ble «raskere», «uforandret» eller «seinere» å friskmelde fra 2003 til 2004⁷. Justerte tall for pasientegenskaper.



RASKERE FRISKMELDING GA INGEN EFFEKT PÅ ARBEIDSLEDIGHET OG UFØREPENSJON

Det ble også undersøkt om raskere friskmelding påvirket sjansen for å bli arbeidsledig eller sjansen for uførepensjon. Noen slike sammenhenger ble ikke funnet i undersøkelsen. Vi kan imidlertid ikke utelukke at det finnes slike sammenhenger. Det har vært lave arbeidsledighetstall i de siste årene, og få sykmeldte blir arbeidsledige i løpet av 1,5 år. For å studere effekten på uførepensjon bør oppfølgingstiden være lenger enn de 1,5 årene som ble brukt i denne undersøkelsen.

Vi fant imidlertid at sjansen for uførepensjonering var

- større jo eldre den sykmeldte var
- større dersom den sykmeldte arbeidet deltid
- større dersom den sykmeldte var arbeidsledig da vedkommende ble sykmeldt
- større dersom fraværet var lengre enn 60 dager
- større dersom den sykmeldte hadde sykdommer i nervesystemet eller hjerte-/karsykdommer, enn om vedkommende hadde muskel-/skjelettlidelser

- ingen sektor skilte seg ut med høyere uførerisiko
- Disse funnene er i stor grad i samsvar med Gjesdal og Bratsberg (2003) sine funn.

INGEN KONSEKVENSER AV MER GRADERTE SYKEPENSJONER

Registerundersøkelsen viste ingen sammenheng mellom økt bruk av graderte sykepenger og tid til avgang fra arbeidslivet, arbeidsledighet, nye sykmeldinger eller uføreytelser.

I spørreundersøkelsen mente imidlertid mange av de legene (77 %) som hadde økt bruk av graderte sykepenger at dette hadde gunstige effekter på pasientenes arbeidstilknytning. En del av legene (44 %) som oftere benyttet gradering, mente også at det var gunstig for pasientenes helse. For å kunne si med større sikkerhet om gradering faktisk er gunstig, trengs det flere og antagelig mer omfattende undersøkelser over lengre tid.

RESULTATENE FRA DE TO UNDERSØKELSENE TREKKER I SAMME RETNING

Det å gi raskere friskmelding var den endringen legene hadde størst tiltro til, både med hensyn til pasientens arbeidstilknytning og hva som var best for pasientens helse. Det er interessant at det også var her vi fant effekter i registerundersøkelsen. Nemlig at leger som hadde endret seg i retning av raskere friskmelding hadde pasienter som i mindre grad hadde overgang til langvarige eller permanente trygdeytelser. Når både registerundersøkelsen og spørreundersøkelsen peker i retning av sterkere arbeidstilknytning ved raskere friskmelding, mener vi dette funnet kan tillegges større vekt.

REFERANSER

- Brage S, Kann IC (2006). *Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet*. RTV-rapport 06/2006. Oslo: Rikstrygdeverket, Utredningsavdelingen.
- Gjesdal S, Bratberg E (2003). «Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study». *Scand J Public Health*; 31: 246-54.
- Kann IC, Brage S (2007). *Endringer i fastlegers sykmeldingspraksis. Konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknytning og behov for trygdeytelser*. NAV-rapport 3/2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis*. SBU rapport 167. Stockholm, SBU.

⁷ Her brukes baseline kumulative hasardrater med bruk av referanseverdiene i regresjonsligningen, det vil si kvinner, 40–50 år, i helsesektoren og med muskel- og skjelettsykdom. Linjene viser ulike verdier for legens tendens å friskmelde i 2004. For en forklaring av «raskere», «uforandret» og «seinere» vises til metodeavsnitt i faktaboks.