

SLUTTRAPPORT TIL NAV

Prosjektnavn:

Legeproduserte tekster, en undersøkelse av språkbruken i legeerklæringer ved arbeidsuførhet.

Original artikkel-tittel:

Writing the patient down and out. The construal of the patient in medical certificates of disability.

Norsk tittel:

Å skrive pasienten ned – og ut? Fremstillinger av pasienten i legeerklæringer ved arbeidsuførhet.

Om prosjektet, finansiering og publisering.

Prosjektet utføres ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo. Det er finansiert av FoU-midler fra NAV og Allmenntilleggsmedisinsk forskningsfond, AMFF. Artikkelen er publisert i *Sociology of Health & Illness*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27801523>

Prosjektleder: Guri Aarseth, Institutt for helse og samfunn, avd. for allmenntilleggsmedisin.

Veiledere og medforfattere: Professor Bård Natvig, Helsam, avd. for allmenntilleggsmedisin; 1. Amanuensis Anne Helene Kveim Lie, Helsam, avd. for samfunnsmedisin; professor Eivind Engebretsen, Institutt for helsefag.

Medforfatter er Eva Maagerø, professor i norsk, fakultet for humaniora og utdanningsvitenskap, institutt for språkfag, Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Hun har bidratt med sin språk-faglige kompetanse spesielt innen systemisk funksjonell lingvistikk, som er analysemetoden i første artikkel.

Bakgrunnen for prosjektet.

Som allmenntillegger erfarer vi at å skrive uføreerklæringer kan være problematisk, og som rådgivende leger i NAV at de ofte er mangelfulle og til dels vanskelige å trekke konklusjoner

ut i fra. Medie-utspill om at den høye uføreraten i Norge blant annet skyldes «snille leger» dukker opp fra tid til annen, og gjenspeiler en antagelse om at leger har stor innflytelse på fordelingen av uføretrygd i Norge (Aftenposten, 2011). Innskrenkning av fastlegens autonomi i trygdesaker fremholdes som nødvendig i OECD-rapporter og nasjonale fagmiljøer (OECD, 2010; Botten, 2006)

Som rådgivende lege i NAV kan man erfare at mangelfulle legeopplysninger virker som en 'kjepp i hjulet' for behandlingen av trygdesaker: nye runder med innhenting av opplysninger, ofte (unødvendige og kostbare) spesialisterklæringer, ekstra samtaler med pasienten, flere møter med aktørene osv. Legene har ingen systematisk opplæring i å skrive Legeerklæring ved arbeidsuførhet, hverken i studiet eller senere. Det finnes heller ingen systematisk kunnskap om hvordan erklæringene faktisk skrives.

Det er en åpenbar gevinst ved at legeerklæringer fremstår som adekvate, utfyllende, saklige og strukturerte. Det letter Navs arbeid og reduserer sannsynligvis ekstra ressursbruk og korter behandlingstiden. Det er dessuten grunn til å anta at gode legeerklæringer styrker pasientens forvaltningsrettslige sikkerhet og redusere vilkårlighet i vurderingen av uføretrygd (Gulbrandsen et al., 2004; Terum and Nergård, 1999). Norge er et av meget få land som gir behandlende leger en så sentral plass i å attestere (deres egne) pasienters arbeidsuførhet (NOU, 2004). Ordningen plasserer i prinsippet allmennlegen som portvokter og behandler/hjelper i en institusjonalisert rollekonflikt der legen tenderer mot å innta advokatrollen (Norheim and Carlsen, 2003) eller – som beskrevet i en britisk studie – mot å oppleve vedvarende desillusjon «over systemet», der lege-pasientkonflikter og manglende støtte fra andre aktører fører til at legene unnlater å følge offisielle retningslinjer og i stedet resignerer overfor pasientenes krav (Hussey et al., 2003). Det er grunn til å tro at liknende problemer finnes i Norge, og kanskje vil man – ved inngående studier av tekstene – finne at dette også gjenspeiles i uføreerklæringer skrevet av leger. Det er vår hensikt å skaffe empirisk kunnskap om disse tekstene, viktige både for den enkelte pasient og for velferdssamfunnet.

Problemstilling:

Legen og teksten.

Noe av det vanligste leger gjør i sin virksomhet er å produsere tekst. Leger er gjennom journal - og sakkyndighetsskrivning skapere av en omfattende *sakprosa* som ikke er tilgjengelig for offentligheten, men som har store konsekvenser for samfunn og individ. Likevel tror vi ikke

at leger ser på seg selv som *tekstforfattere*. Selv om de fleste leger antas å ha gode medisinske kunnskaper og å gjøre rasjonelle vurderinger, kommer ikke disse nødvendigvis til uttrykk i form av gode tekster. En profesjonsutøver er også medlem av et *tekstsamfunn* som krever at han/hun har den tilhørende tekstuelle sjangerkompetanse; man må 'kunne skrive innenfor sitt fag' (Hellspong and Ledin, 1997). Leger kurses i «samtale med pasienten» mens de skriftlige ferdighetene gis liten oppmerksomhet. Allikevel er det, når alt kommer til alt, det skrevne som blir stående som dokumentasjon på legenes virksomhet. De fleste studier om legers rolle i uføretrygd-saker er basert på intervju med leger eller spørreskjema, men ser ikke på hvordan erklæringene faktisk utformes (Gulbrandsen et al., 2004; Tellnes, 1989; Getz and Westin, 1995; Nilsen et al., 2015; Overland et al., 2008; Carlsen, 2006; Lima and Nicolaisen, 2016). Mangelen på forskningsbasert viten om form og innhold av allmennlegenes erklæringer representerer etter vår mening et kunnskapshull. Det var derfor vår hensikt å forsøke å belyse ulike aspekter av erklæringene gjennom detaljert tekstanalyse.

Forskningsformål

Undersøkelsens hovedformål er å gi et grunnlag for kvalitetsforbedring av uføre-erklæringer.

- Delmål 1: Generere kunnskap om hvordan allmennlegen i legeerklæringer ved arbeidsuførhet *representerer eller fremstiller pasienten* som medvirkende og med-ansvarlig deltaker (artikkel 1).
- Delmål 2: Undersøke hvordan leger *belegger og begrunner sammenhengen* mellom sykdom, funksjonsevne og arbeidsevne i uføresaker (artikkel 2)
- Delmål 3: Etablere innsikt i hva slags mellompersonlige og retoriske virkemidler som brukes i slike tekster. Vi undersøker herunder hvordan leger formidler faglig usikkerhet og tvil, evt. egne holdninger og verdier overfor Nav-leseren (artikkel 3).

Den artikkelen som omtales her søker å fylle delmål 1.

På lengre sikt kan forskningen tenkes å ha betydning for:

- å opprettholde fastlegens funksjon i uføresaker ved at han/hun opptrer som en god premissleverandør og formidler adekvat og saklig informasjon om pasienten
- å øke bevisstheten hos leger om betydningen av legeerklæringen som egen sjanger med spesielle krav til språkbruk

- at behandlingen av uføresaker blir mest mulig forutsigbar og rettferdig for søkerne

Artikkel

Å skrive pasienten ned og ut – fastlegers fremstilling av pasienten i legeerklæringer ved arbeidsuførhet.

(Publiseres i *Sociology of Health & Illness* januar 2017 under tittelen “Writing the patient down and out. The construal of the patient in medical certificates of disability”).

Denne studien undersøker hvordan pasienten blir representert i legeerklæringer ved uførhet, sett i lys av rådende ideologier om pasient-sentrerthet, pasient-medvirkning (aktør-rollen) og medansvar i medisinske og tjenesteytende prosesser (Armstrong, 2014; Holte and Støre, 2004; Mead and Bower, 2000). Synet på pasient og bruker som medbestemmende og medansvarlig er etablert i lovverket (Folketrygdloven, 1993; Pasientrettighetsloven, 1999) og dels integrert i klinisk praksis og i sosial- og trygdesammenheng. Siden pasient- og brukerrettigheter vanligvis ivaretas på grunnlag av dokumenter i sakene, anser vi det som viktig at paternalistiske og doktor-orienterte diskurser ikke overskygger pasienten som et ansvarlig og medvirkende menneske (patient responsibility).

Data og metode

NAV (ved Arbeids- og velferdsdirektoratet), Rådet for taushetsplikt og forskning og Personvernombudet i Datatilsynet godkjente vår tilgang til og forskning på et utvalg av legeerklæringer ved uførhet. Populasjonen av uføretrygdede ble valgt ut strategisk etter alder, kjønn og diagnose, fordelt på fire fylker valgt etter statistiske uførerater på hhv. lav, middels, middels og høy (NAV, 2015). Av 150 forespurte uføretrygdede ga 40 personer samtykke til forskning på «deres» legeerklæringer, hvorav 33 ble inkludert (syv saker gjaldt annet enn uføresaker eller var ikke skrevet av fastleger). Det endelige materiale bestod av legeerklæringer fra Nordland, Sogn og Fjordane, Vestfold og Telemark (Tabell 1).

Table 1 Characteristics of the medical certificates of disability (N = 33)

Region (fylke)	Regional fordeling av legeerklæringer	
North (Nordland)	12	
Northwest coast (Sogn & Fjordane)	3	
Central South (Telemark)	4	
Central East (Vestfold)	14	
Male claimants	20	
Female claimants	13	
Age range of claimants	30–64 (average=median = 45)	
Diagnosis (ICPC-2)	Main:	Additional:
Musculoskeletal	20	17
Psychiatry	6	4
Others:	9	10

Vi foretok en dokumentanalyse av de 33 legeerklæringerne, der vi brukte *systemisk funksjonell lingvistikk* (SFL) som hovedmetode og teoretisk grunnlag (Halliday and Matthiessen, 2014). Dokumentanalyse som kvalitativ metode ser prinsipielt bort fra den *virkeligheten* som dokumentet beskriver (og som vi ikke kan vite noe direkte om) men betrakter dokumenter som ledd i sosial interaksjon. Dokumenter er ikke surrogater for “virkeligheten”, men er selv sosiale fakta (Atkinson and Coffey, 2011).

Lingvisten M. Halliday snakker om *setningen* som den representerende enheten, fordi den inneholder de meningsskapende (meta)funksjonene: forholdet mellom *prosesser* (det som skjer), *deltagere* (noe eller noen som setter i gang eller innlemmes i prosessen) og *omstendigheter* (tid, rom og måte) (Halliday and Matthiessen, 2014). I artikkelen undersøker vi hvordan legen representerer pasienten som deltaker, hvilke prosesser de deltar i og under hvilke omstendigheter dette foregår i teksten. Det er ikke verden som sådan, men mening om fenomener i verden som representeres i språket og som er objektet for vår analyse. Språket *representerer* virkelighet og gir oss mulighet til å bygge mentale bilder av virkeligheten (Maagerø E, 2005: 100). I analysen av tekst-data gjennomgår vi hver eneste setning, bestemmer hvilke deltakere (personer, gjenstander, fenomener) setningen handler om og

hvilke prosesser (erfaringer) de deltar i. Halliday opererer med seks ulike prosesser som all menneskelig erfaring kan kategoriseres innenfor, og vår analyse har dette som utgangspunkt. De seks prosessene med tilhørende typer av deltakere er fremstilt i tabell 2:

Table 2. Prosesser og deltakere (Halliday 2014, etter Maagerø)

Prosess	Hva som foregår	Deltaker
Materiell	Handle, hende	Aktør/Målobjekt
Relasjonell:	Noe(n) er noe; noe(n) har noe	a) Den Utpekte: knyttes til Identitet; eller en Verdi b) Bærer: knyttes til en egenskap eller kvalitet - deltakeren Attributt
Mental	Føle, tenke, forstå.	Sanser/Fenomen
Verbal	Si, ytre.	Taleren/Det sagte
Eksistensiell	Eksistere, være, finnes.	Det eksisterende
Atferdsmessig	Fysiologisk adferd: smile, gråte osv.	Den som oppfører seg

Det er selve prosessen som avgjør hvilken deltaker vi har med å gjøre. I en materiell prosess /setning der deltakeren utfører en ytre (fysisk) handling, eller påvirker verden og andre deltakere, er deltakeren eksempelvis *aktør*. De som blir påvirket eller gjort noe for/med/mot er *Målobjekter*. I en relasjonell prosess er deltakeren den *Utpekte*, identifisert ved noe annet (for eksempel: «Karen er sykepleier»), eller er *Bærer* av et Attributt – en kvalitet eller en egenskap (eks.: Jon *har* en jobb; Hassan *er* den flinkeste her). I en mental prosess er deltakeren *Sanser*, den som føler, tenker osv., og det som det tenkes på/det som forstås er deltaker *Fenomen* (eks.: Jon forstod oppgaven). Vi undersøker hvilke prosesser som beskrives i legeerklæringene og hvordan legen fremstiller pasienten som deltaker i prosessene.

Resultater og diskusjon.

Pasienten — den passive mottaker, den svake aktøren.

Vår analyse viser at skriverne av utføreerklæringene i vårt materiale – fastlegene – danner et bilde av trygdesøkeren i en objekt-rolle, som relativt maktesløs og uvirksom. De tildeler pasienten en passiv rolle som symptombærer, som regel som et objekt for andre aktørers handlinger, som regel anonyme eller metonymiserte (f. eks.: institusjonen i stedet for ansvarlige personer, er aktør). Undersøkelsen av pasientens aktør-rolle viste at denne er gjennomgående svak: sterkt begrenset, betinget, umulig, mislykket eller ikke-eksisterende. I den grad den beskrives, er den knyttet til forhold rundt sykdommen (*ta tablettene, gå til fysioterapeut osv.*), mens andre ordinære aktiviteter som man til vanlig deltar i, ikke blir beskrevet. Pasientenes lave aktørstatus var uten klar sammenheng med de medisinske tilstandene, eller kunne bare i begrenset grad forstås (infereres) ut fra dem («Måtte avbryte aktivitet på grunn av dårlig helse», «Kan ikke utføre noe arbeid, hverken fysisk eller stillestående»; «fikk råd om øvelser man klarte ikke gjennomføre dem»; «skeiet ut i forhold til kostholdet»). Den lave aktør-status som pasientens tilskrives i tekstene har som virkning at han/hun ikke beskrives som medvirkende og heller ikke blir tilskrevet medansvar i de (ofte langvarige) prosessene som leder til uføresøknad. Den språklige vinklingen fremstiller pasienten som passivt offer og objekt snarere enn som aktør, noe som står i motsetning til pasienten innenfor det nye velferdsparadigmet der arbeidslinja fremheves, nemlig som *bruker* med mulighet til innflytelse gjennom sin erfaring og kompetanse (Stamsø, 2010).

Symptomene: sterke aktører.

I motsetning til pasientens svake aktør-rolle, er *symptomene* representert som sterke, uavhengige aktører med «makt» til å *forstyrre* («pasienten er konstant forstyrret av dårlig balanse»), *kontrollere* («alkoholen kontrollerer livet hans»), *hindre* («angsten hindrer daglige aktiviteter»), men også *forårsake*, *forsinke*, *lage problemer* og *ha innflytelse* over pasientens liv. På grunnlag av symptombeskrivelsene fremstilles pasienten som et offer for symptomene, universelt ute av stand til å arbeide, uten at dette har grunnlag i eksplisitte beskrivelser av funksjonstapet eller helsetilstanden. Etter vår oppfatning utfordrer dette pasient-bildet sterkt den politisk vedtatte «aktør-modellen» og arbeidslinja (NOU, 2004).

Den av-personifiserte pasienten

Symptomene gis generelt særlig stor vekt, og tekstmessige fortrenger de ofte pasienten: i stedet for å beskrive pasienten, beskrives symptomene, og dermed fortrenses pasienten som tema ('smerter ved fysisk arbeid'). Dette medfører en tekst-stil der pasienten er *av-personifisert* til fordel for fokus på symptomene. Pasienten kan være helt fjernet fra setningene, opptrer sjelden som subjekt, og tillegges heller ikke status som med-ansvarlig. Pasienten som helt individ med egen vilje, motivasjon og egen-oppfatning av sin helsetilstand er ikke beskrevet i disse tekstene — trolig som funksjon av at dette heller ikke er etterspurt i Nav-skjemaet. Den attesterende legen er også som regel borte fra teksten, skjult som aktør og skriver i et distansert profesjons-liknende språk som gir inntrykk av at den skrivende legen ikke er personlig ansvarlig for hvordan tingene fremstilles («man har justert medikament-behandlingen og denne vil ikke bli endret»). Mens en av-personifisering av *pasienten* virker diminuerende for individet som aktør, er det motsatte tilfellet for den upersonliggjorte legen. Man gjenfinner den distanserte forfatterstilen i medisinske fagartikler, der den tjener til å fremstille forhold saklig og objektivt, som en «tingenes tilstand», og nettopp ikke som noe som bare kan tilskrives forfatterens mening. Grunnen til at leger – tross sitt ofte langvarige og personlige kjennskap til pasienten – velger å etterlikne den profesjonsbaserte sjanger-stilen i en erklæring, kan være flere. Arbeidet med legeerklæringene kan ofte være kilde til konflikt med pasienten (Money et al., 2010; Wynne-Jones et al., 2010; Carlsen and Norheim, 2005) eller være forbundet med at leger inntar advokatrollen i trygdesaker (Getz and Westin, 1995; Gulbrandsen et al., 2004). Et autoritativt profesjonsspråk kan utydeliggjøre legens eget engasjement og forpliktelse (commitment) og hans/hennes eventuelle konflikt og uenighet med pasienten, men også gi leseren inntrykk av «objektivitet» i beskrivelsene. I tillegg kan en slik konstaterende språkstil bidra til å overskygge pasienten som ansvarlig og medvirkende individ. Ovennevnte funn tyder på at legeerklæringene viderefører en paternalistisk, doktor-orientert diskurs og at pasient-perspektivet enten ikke er til stede eller ikke blir akseptert som en integrert del av pasientens tilstand. Det holistiske pasientperspektivet er dermed svakt representert.

Legeerklæringene har imidlertid ingen konsistent bruk av den «strenge», deskriptive sjangerstilen. De fleste legeerklæringene i vårt materiale har en blandingsstil, der legens synspunkter og pasientens stemme er flettet inn i hverandre og i de beskrivende deler av

teksten. Dette gjør det til tider svært vanskelig å avgjøre hva som er observert av legen, påvist ved undersøkelser, vurdert på medisinsk grunnlag og hva som «bare» er ytret av pasienten.

Fastlegenes uføreerklæringer synes å henge etter lovverket og praksis i andre deler av samfunnet, og å fastholde prinsippet om pasienten i den passive og til dels maktesløse objekt- og mottakerrollen. Fra en rekke undersøkelser vet vi at trygdemottakere har flere sosiale, fysiske og psykiske plager enn den øvrige del av befolkningen (Tschudi-Madsen et al., 2013; Claussen, 2014). Dette kan, etter vår oppfatning, likevel ikke forklare – eller rettferdiggjøre – at pasienter fremstilles uten deltakelse, handlekraft og ansvar i viktige prosesser som gjelder dem selv.

Konklusjon og forslag til oppfølging.

Tekster er ikke nøytrale gjengivere av en virkelighet, men har selv en aktiv rolle i å medprodusere virkelighet. Atkinson fremholder dokumentariske teksters selvstendige funksjon; de forklarer og rettferdiggjør; de fordeler skyld og ansvar; de krever fortjeneste og meritter (Atkinson and Coffey, 2011). Legeerklæringer bidrar til å fordele uføretrygd — i vår studie — oftest ved å fremstille pasienten som svak, maktesløs og passiv. Vi hevder at å fremstille en virkelighet ensidig, i den ene eller andre retning, kan ha ekstra stor nedslagskraft fordi den trygdesøkende ikke møter den endelige beslutningstakeren i NAV (regionalt) personlig. Det er derfor desto viktigere at institusjoner som arbeider med arbeidsuførhet gir disse tekstene større oppmerksomhet.

For at pasient-sentrert legepraksis og medvirkende «bruker» ikke bare skal være honnør-ord, bør både legen og NAV, slik vi ser det, endre sine praksiser. For det første, og i tråd med normene om brukers medvirkning og om pasient-sentrert medisin, bør personen som søker uføretrygd — i den grad det er mulig — ha formell rett og plikt til å fremstille seg selv i et eget dokument, med beskrivelse av relative tap av funksjon på viktige livsområder, og av sin arbeidsevne. Dette vil legitimere trygdemottakeren som *aktør* — et handlende, autonomt og medvirkende individ med rett til å snakke for seg selv. Pasientens egenfremstilling bør ha like stor grad av legitimitet i trygdesaker som i en medisinsk konsultasjon, der pasienten har rett til selv å representere sine erfaringer og opplevelser som ledd i pasient-sentrert praksis. Det er grunn til å anta at delt ansvar ved uføretrygd-saker vil redusere både eventuelle spenninger i lege-pasient forholdet og tendensen hos leger til å opptre som «advokat» for pasienten i stedet for som sakkyndig.

For det andre bør legens oppgave i trygdesaker begrenses til den kompetansen legen faktisk besitter: å gi medisinsk dokumentasjon i form av funn, observasjoner og evalueringer om kroppslige, sosiale og mentale begrensninger basert på disse. I trygdespørsmål må legen agere innenfor en rettferdighetsdiskurs, ikke en klinisk terapeutisk diskurs (som må legges til side når legen opptrer som sakkyndig). Legen bør derfor ikke bevege seg ut av sin kunnskapssone, men – i tråd med Folketrygdloven – overlate til Nav å mene noe om retten til trygdeytelser.

Måloppnåelse.

Vår analyse av tekster i uføreerklæringer skrevet av fastleger er gjort på et utvalg erklæringer som dekker de vanligste sykdomstilstandene ved uførhet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2014). Den foreliggende analysen av tekstene synliggjør noen forhold ved legeerklæringene som hittil kun har vært gjenstand for «synsing» og anekdotiske erfaringer. Basert på presentasjoner av våre funn for allmennleger og «metningspunktet» for innsamling av tekst-data (de fleste tekst-funnene var uttømt etter analyse av ti legeerklæringer), har vi grunn til å tro at våre funn har god overføringsverdi. Den artikkelen som er omtalt her belyser forhold ved legers attesting i disse sakene, som kan danne grunnlag for en mer inngripende og kunnskapsbasert endring av dokumentasjonen i uføresaker på lengre sikt.

- Aftenposten. (2011) Mener legene er blitt for snille. <http://www.aftenposten.no/norge/Mener-legene-er-blitt-for-snille-236696b.html>.
- Armstrong D. (2014) Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health and Illness* 36: 163-174.
- Atkinson P and Coffey A. (2011) Analysing Documentary Realities. In: D S (ed) *Qualitative Research. Issues of Theory, Method and Practice*. 3 ed. London. : SAGE Publications Ltd., 77-128.
- Botten G. (2006) Prioriteringer i norsk helsetjeneste - er det mulig? In: N K and T EK (eds) *Velferdspolitiske utfordringer. Risiko, prioriteringer og rettferdighet*. Oslo: Abstrakt forlag, 110-142.
- Carlsen B. (2006) The changing role of gatekeepers: Rationing and shared decision-making in primary care. *Faculty of Dentistry and Medicine*. Bergen: The University of Bergen
- Carlsen B and Norheim O. (2005) "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research* 5: 70.
- Claussen B. (2014) *[Poverty in Norway]. Fattigdom i Norge.*, Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014) *Sykdomsbyrde i den norske befolkningen - Folkehelse rapporten 2014 [Disease Burden in Norway - Public Health Report 2014]*. Available at: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:111836::0:7243:17::0:0.
- Folketrygdloven. (1993) Folketrygdloven §8-4, Første ledd - Lovens krav om arbeidsuførhet (Legal eligibility of work disability). Rikstrygdeverket.

- Getz L and Westin S. (1995) Radgivende legers og primaerlegers vurdering av komplekse uforepensjonssaker. [Assessment by consulting physicians and general practitioners about complex disability pension matters]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 115: 1748 - 1753.
- Gulbrandsen P, Aasland OG and Førde R. (2004) [Medical certificates issued to help the patient: summary in English]. *Tidsskr for den Norske Lægeforening* 124: 192-194.
- Halliday MAK and Matthiessen C. (2014) *Halliday's Introduction to Functional Grammar.*, New York: Routledge.
- Hellspong L and Ledin P. (1997) *Vägar genom texten. Handbok i brukstextanalys.*, Lund: Studentlitteratur.
- Holte H and Støre G. (2004) Fra passive mottakere til aktive deltakere [From passive recipients to active participants]. *Arbeid, velferd og samfunn [Work, Welfare and Society]*: 28-33.
- Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, et al. (2003) Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*.
- Lima IAÅ and Nicolaisen H. (2016) Helse og legeerklæring i arbeidsevnevurderingen. *Arbeid og velferd* 1: 105-120.
- Maagerø E. (2005) *Språket som mening: Innføring i funksjonell lingvistikk for studenter og lærere.*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Mead N and Bower P. (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51: 1087-1110.
- Money A, Hussey L, Thorley K, et al. (2010) Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. *Br J Gen Pract* 60: 721-728.
- NAV. (2015) Statistics note: The development in disability pension, by December 31st 2015 Oslo.
- Nilsen S, Malterud K, Werner EL, et al. (2015) GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 0: 1-7.
- Norheim OF and Carlsen B. (2003) Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Evaluering av fastlegeordningen. Bergen, Norway: Rokkansenteret, Bergen.
- NOU. (2004) [A New Administration of Work and Welfare] En ny arbeids- og velferdsforvaltning. In: utredninger No (ed). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning., Kap 11.
- OECD. (2010) Organisation of European Cooperation and Development: Sickness, disability and work; breaking the barriers.
- Overland R, Overland S, Johansen KN, et al. (2008) Verifiability of diagnostic categories and work ability in the context of disability pension award: A survey on "gatekeeping" among general practitioners in Norway. *BMC Public Health* 8:137.
- Pasientrettighetsloven. (1999) The Patients' Rights Act. Act of 2. July 1999 no. 63 [Pasientrettighetsloven]. In: Affairs RMoHaS (ed). Oslo.
- Stamsø M. (2010) Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. In: M S (ed) 2 ed. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tellnes G. (1989) Sickness certification in general practice: a review. *Fam Pract* 6: 58-65.
- Terum L and Nergård T. (1999) [Medical judgement and legal security. Doctors as gatekeepers in the distribution of public goods]. *Tidsskr Nor Legefor* 119: 2192-2196.
- Tschudi-Madsen H, Kjeldsberg M, Natvig B, et al. (2013) Multiple symptoms and medically unexplained symptoms--closely related concepts in general practitioners' evaluations. A linked doctor-patient study. *Journal of Psychosomatic Research* 74: 186-190.
- Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, et al. (2010) What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care* 28: 67-75.

