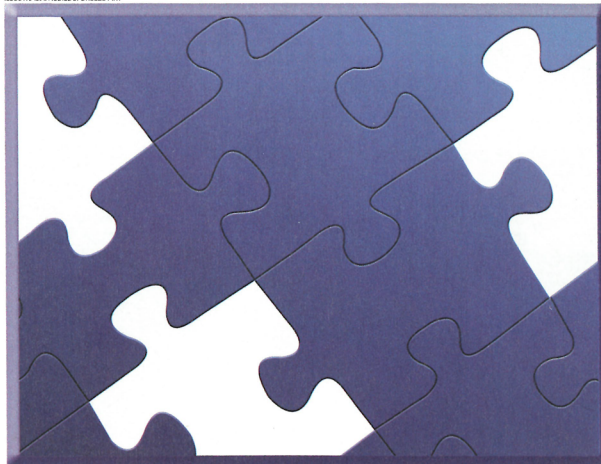


ILLUSTRASJONSBILDE: BREEZE ART



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Fastlegen og NAV

– raskere tilbake til et inkluderende samarbeid?

AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN

NAVigasjonsvansker

Jeg skal i denne artikkelen bare i noen grad berøre spørsmålene om krav til elektronisk kommunikasjon med NAV eller NAVs feilaktige påstander om at de har en selvfølgelig rett til å kreve kopi av full journal etter eget skjønn. Vi får tro at Stortinget her kommer til fornuft og tar kloke beslutninger i disse spørsmålene, og Allmennlegeforeningen prøver å bidra til at så skjer.

Det er et inntrykk nå av at Statens behov for utvikling av kontrolltiltak finansieres tungt og at lovmessige hindringer for kontroll fjernes effektivt, mens helsetjenestens behov for sikkerhet i samhandlingen underfinansieres og vanskeligjøres. Det er et krevende landskap når vi som helsetjenestens fotsoldater opplever at arbeid med helseforvaltning stadig fortrenger behandling av syke i hverdagen vår. Fotfolket jobber under tidspress og med svære forventninger fra befolkningen, og har behov for understøttelse og positive virkemidler ovenifra. Hvis Statens nåværende kommunikasjonsform til fotfolket i Helse-Norge vurderes ut fra vanlige kriterier for virksomhetsledelse tror jeg ikke karakteren blir særlig høy. Ledelse basert på kritikk, kontroll og sanksjoner virker ofte dårlig.

Legearbeidet har endret seg dramatisk de siste ti-årene, ikke bare på grunn av de økte muligheter for medisinske intervensjoner, men også på grunn av de raskt økende krav til dokumentasjon av alt vi gjør og sier. Man kan gjerne snakke



Jan Emil Kristoffersen

Født 1953, cand med Oslo 1979, spesialist i allmennmedisin fra 1992. Fastlege Skårer legesenter i Lørenskog, Leder Allmennlegeforeningen 2005–

om en «dokumentasjonsepidemi» som preger vår hverdag i stigende grad. Kanskje har endringene vært særlig tydelig for allmennlegene etter innføringen av fastlegeordningen, men knapt noen medisinsk spesialitet har gått fri.

En del av denne epidemien er attestene og erklæringene. Særlig allmennlegene opplever at det brukes mye tid til attester og erklæring som kunne vært brukt til behandling og forebygging. Eksempler på dette kan være skolens ulike og ofte uhensiktsmessige ønsker om at lege skal attestere når en elev på grunn av en banal og forbigående tilstand har vært fraværende fra undervisning. Det synes å herske en forestilling om at korttidsfravær fra undervisning blir mer «gyldig» bare legen får høre samme historien som læreren, i stedet for at skolen gjør helhetlige vurderinger av den enkelte elevs fremmøte i samråd med de foresatte.

Det utvikler seg ofte lokale kulturer hos våre samarbeidspartnere hva behovet for attester angår, ikke bare i skolene,

men for eks. hos lokalt NAV, barnevern, pleie- og omsorgstjenester med mer.

De som har vært i faget en stund har sett at trygdens måte å kommunisere med legene på stadig endrer seg. Vi ser for eks. at trygdens forsøk på å ansvarliggjøre pasientene med såkalt «økt brukermedvirkning» fører til en dårligere kommunikasjon mellom lege og trygdekontor, eller «lokalt NAV» som det nå heter. Pasienter som er på langvarige stønader, glemmer beskjeder, forlegger brev, skjønner ikke hva som står der, bedriver passiv mestrings ved ikke å åpne NAVs brev, eller får panikk og går «under jorden» i lang tid før de til slutt i 12. time ber om en akutt time for å få utferdiget en ny legeerklæring.

De gangene legen fortsatt får en direkte forespørsel fra NAV, kanskje til og med servert med en presis bestilling på hva NAV har behov for å belyse, blir denne delen av legearbeidet morsommere og av bedre kvalitet.

«Alt var bedre før...»

Det er sjelden man har rett i at «det var bedre før i tia». Men tida før «økt brukermedvirkning» var bedre, i hvert fall for legen. Det var den gangen da legen også fikk kopi av vedtaket når man krysset av for det på legeerklæringsblanketten. I dag har disse kryssene ofte ingen virkning, og neste gang pasienten kommer til time er legen ikke orientert om vedtaket. Trolig kunne det ha vært sendt elektronisk fra NAV til legen, i mange år allerede.

NAV er en stor og tung skute, og for tiden pågår det en betydelig kursendring, fra regelstyring mot mer løsningsorientert klientarbeid. Dette er spennende prosesser, og kanskje blir alt mye bedre i årene fremover. Det har tidvis vært grunnlag for nøktern optimisme i forhold til mulighetene for bedre samhandling mellom allmennlegene og NAV

Norske leger var tidlig ute med å ta i bruk *elektronisk pasientjournal* (EPJ), og mange, spesielt blant allmennlegene, har nå 25 års erfaring med bruk av EPJ. De ledende EPJ-leverandørene har etter hvert utviklet programmene slik at de representerer ganske gode elektroniske saksbehandlingssystemer av et slikt format og innretning som er hensiktsmessig i legepraksis.

Legen bør derfor konsekvent bruke EPJ i attestarbeidet. Mange typer blanketter til NAV, forsikringsselskaper og lignende ligger inne som dokumentmaler i EPJ og kan skrives ut enten på originalblanketten eller på hvite ark.

Der hvor legen mottar krav eller ønsker om å bruke skjemaer som ikke er integrert i EPJ, bør legen utferdige sin er-

klæring ved hjelp av en standard brev- eller henvisningsmal i sin EPJ, og eventuelt henwise til punkter og spørsmål i et ukurant skjema i den grad det er nødvendig.

Ingen ekstern attestbestiller, heller ikke NAV, kan kreve et særskilt papirformat på en erklæring, og i praksis er de aller fleste rekvirenter svært tilfreds med EPJ-baserte erklæringer i fritekst skrevet ut på blanke ark.

For legen vil det være slik at konsekvent bruk av EPJ medfører at det alltid ligger en henvisning til erklæringen i journalnotat, og at attesten i sin helhet er elektronisk lagret. Dette har en formell side i forhold til dokumentasjonsplikt og behov, og også den store fordel at velformulerte tekstlige elementer er tilgjengelige for gjenbruk via klipp og lim senere.

Informasjonsplikt

Lege som yter tjenester for trygdens regning, plikter å gi NAV nødvendige opplysninger for at NAV skal kunne behandle og kontrollere krav om ytelser.

Dette er hjemlet i lov om folketrygd § 21.4 som bl.a. sier: § 21-4. Innhenting av opplysninger og uttalelser

Ved behandling av krav om ytelser eller kontroll av løpende ytelser og tidligere utbetalte ytelser etter denne loven har Arbeids- og velferdsetaten rett til å innhente *nødvendige* opplysninger fra behandlingspersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning.

De som gir behandling eller yter tjenester for trygdens regning, plikter etter krav fra Arbeids- og velferdsetaten å gi de erklæringer og uttalelser som er *nødvendige* for at etaten skal kunne vurdere rettigheter og plikter etter denne loven. Det samme gjelder andre særskilt sakkyndige. I en legeerklæring om sykefravær plikter legen å opplyse om en sykdom eller en skade kan ha sammenheng med arbeidssituasjonen.

De som blir pålagt å gi opplysninger, erklæringer og uttalelser, plikter å gjøre dette uten ugrunnet opphold og uten hinder av taushetsplikt.

Arbeids- og velferdsetaten har videre rett til å innhente *nødvendige* opplysninger ved bevisopptak etter reglene i tvistemålsloven, eller ved politiet.

Denne lovbestemmelsen gir NAV nokså vidtgående myndighet til å innhente informasjon. Etter Legeforeningens oppfatning er det dog et vesentlig poeng at legens plikt er avgrenset til å avgi bare informasjon som er nødvendig for formålet; dvs. at det er legen som skal ta stilling til hvilken informasjon som er nødvendig for at NAV skal kunne avgjøre eller kontrollere et krav om en ytelse, og hvilken informasjon som faller utenfor og derfor ikke skal formidles til NAV. Dette innebærer at legen vanligvis ikke skal sende uredigert journal, epikriser eller lignende til NAV i forbindelse med avgivelse av erklæringer.

Hvis NAV ber om kopi av full journal bør legen alltid be om en skriftlig begrunnelse for dette. NAV opererer i slike saker for tiden med en klagefrist på *tre døgn*, men henvisning til forvaltningslovens § 14. Etter Legeforeningens syn er det ikke anledning til å bruke denne lovhjemmelen i saker hvor taushetsplikt kan være til hinder for å utlevere informasjonen. Leger som får denne type forespørsler bør ta kontakt med Legeforeningen.

Riktig bruk av L-takstene krever våkne leger

Staten har over mange år erkjent at det er formålstjenlig at de vanligste legeerklæringer som NAV har behov for honoreres, slik at NAV også kan stille visse form- og kvalitetskrav til informasjonen.

Honorar for forskjellige legeerklæringer til NAV er regulert i det såkalte L-takst systemet. L-takstene er ikke gjensstand for forhandlinger og det er flere historiske eksempler på at departementet ensidig nedregulerer nivået på disse takstene uten forutgående drøfting med Legeforeningen.

Tanken bak L-takst systemet var i sin tid at en L-enhet skulle tilsvare ett minutt arbeid, slik at for eks L1 (sykmelding del I) er honorar for ett minutt arbeid mens L40 er honorar for 40 minutters arbeid.

NAV har tradisjonelt bedt om erklæringer basert på egne skjema, men de senere år har det utviklet seg en ny kultur hvor man ber om til dels omfattende opplysninger i forbindelse med sykepenge- eller rehabiliteringssaker uten å vise til et spesifikt skjema eller takst.

Man bør ta kontakt med lokalt NAV når det kommer bestillinger på erklæringer hvor det ikke er samsvar mellom arbeidets omfang og den takst NAV legger til grunn at legen skal bruke. Den vanligste situasjon er at NAV anfører at det ikke finnes et skjema for formålet, og at man samtidig slår fast at takst 8 skal brukes, mens det for legen er åpenbart at det dreier seg om en større erklæring som tilsier at takst L40 skal brukes. Noen ganger vil også NAV vise til at «gjeldende takst» skal brukes. Kontakt med lokalt NAV pr. telefon eller brev vil vanligvis løse opp slike uklarheter, der hvor det ikke er åpenbart for legen hvilket takstkrav som er korrekt.

Enkle kjøreregler for forholdet til NAV

Hva når NAV krever mer utredning enn det er medisinsk indikasjon for?

Dette er en økende utfordring. Et typisk eksempel er ved spørsmål om følgetilstand av et hjerneslag eller en hode-skade har gitt nedsatt arbeidsevne, og hvor troen på avanserte utredninger, herunder nevropsykologiske vurde-

ringer, synes stor, uten at pasienten har noe nytte av slike utredninger, eller kanskje endog opplever dem som belastende og resultatene som krenkende. En prinsipielt lignende situasjon er det når vi fra 1.7.07 plikter å gjøre spirometriske undersøkelser med reversibilitetsundersøkelser også på vel etablerte astmatikere med stabilt velfungerende behandling over mange år, når det ikke tidligere er dokumentert i vår eller tidligere legers- eller sykehusjournal. For oss som leger er det all grunn til å påpeke det, når det kreves enda en henvisning til en annen- eller tredjelinje organspesialist, hvis vi er trygge på at pasienten allerede er tilfredsstillende utredet. I all hovedsak må trygdens vurderinger være basert på den informasjon som kan utledes av resultatene av ordinær undersøkelse og behandling begrenset til det den medisinske tilstand krever.

Behovet for forståelig språk

De ansatte i NAV har bare unntaksvis medisinsk faglig kompetanse og er avhengige av at leger utformer sine erklæringer med bruk av norske ord og uttrykk som er forståelig for ikke-legger. Leger som venner seg til å uttrykke seg med norske ord og vendinger istedenfor doktorlatin vil oppleve at samarbeidet generelt og i enkeltsaker blir bedre.

Det er NAV som gjør vedtak

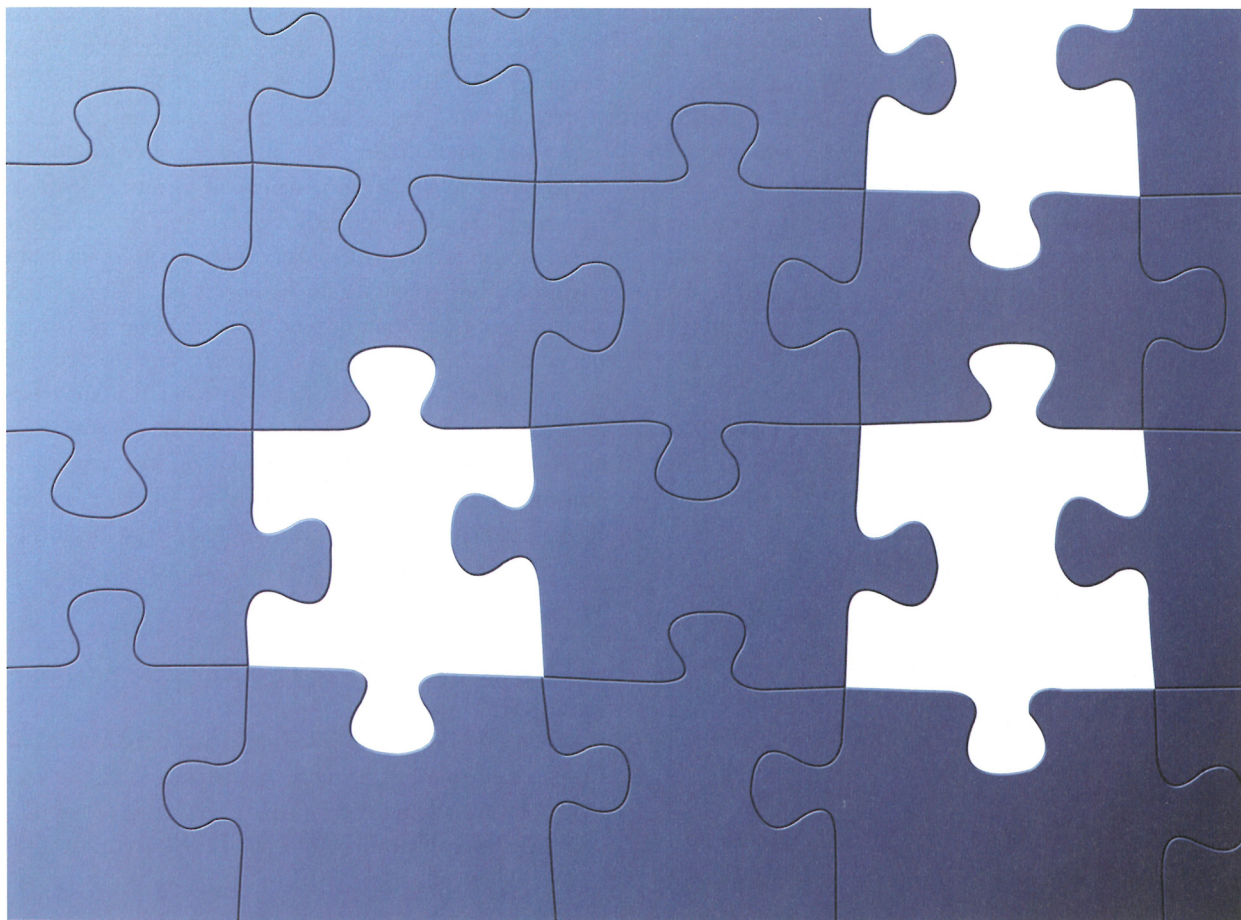
Legen bør være varsom med å tilrå spesifikke vedtak i sine erklæringer til trygden. Det er NAV som skal fatte vedtak, mens legen skal begrense seg til å formidle de medisinske premisser for vedtakene.

Ha åpne kanaler til lokalt NAV

Lokalt NAV ønsker som regel å ha kontakt med leger i sitt nedslagsfelt i form av samarbeidsmøter og mulighet for muntlig konferanse om enkeltpasienter ved behov. For fastlegene vil det også være nyttig å ha god kommunikasjon. Gjensidig utveksling av direkte telefonnumre gjør at partene slipper å vente på å komme gjennom sentralbordkøer og bidrar ofte til bedre kommunikasjon. Legen bør gjøre korte journalnotater ved muntlig kontakt om enkeltpasienter med NAV, og innhente aksept i den enkelte sak for at for eks. takst L8 kan brukes når avklaringer gjøres muntlig.

Husk på pasientens rett til innsyn og drøfting

For pasienten er det viktig at beslutninger som vedrører trygderettigheter og medisinske premisser bak dem skjer i åpne prosesser med rett til medvirkning, og at informasjonen er sporbar. Der hvor NAV for eks. inviterer til drøftingsmøter hvor man ønsker å gå gjennom en eller flere enkeltsaker med legen, bør legen stille som vilkår at pasienten(e) er gjort kjent med at slik drøfting skal foregå.



ILLUSTRASJON: BRITZ

Tenk gjennom rollefordeling

Legen og den NAV-ansatte har i utgangspunktet et felles mål om å hjelpe, men basert på ulik utdanning, mandat og relasjon til pasienten. Det er viktig å erkjenne at NAV arbeider innenfor rammer med en detaljert regelstyring av vilkår for å tilstå ytelser. Verken legen eller NAV-ansatte bør bidra til at det fattes vedtak som ikke er i tråd med gjeldende regelverk, selv om dette kan slå ut tilsynelatende urimelig for enkeltpasienter.

Ikke bidra til at det skapes fiendebilder

Pasienter som opplever seg ikke å være ivaretatt bør hjelpes til ikke å etablere fiendebilder av sine saksbehandlere i NAV, mens NAV ikke helt sjelden må minnes på at personer som er i behov av ytelser er langt mer sårbare og nærtagende enn man i utgangspunktet skulle tro. Legen har en viktig rolle i å bidra til samforståelse i trekanten pasient-helsevesen-NAV. Høflige, men tydelige leger som utøver et stringent medisinsk skjønn vil alltid navigere bedre i den trygdemedisinske «skjærgård», og på sikt være sine pasienters beste hjelpere.

Høflighet virker best

NAV-ansatte kan noen ganger oppleve kontakt med behandlende leger som krevende. Den NAV-ansatte vil ofte

føle usikkerhet vis a vis leger som langtidsutdannet helsepersonell, og har behov for å bli hørt og sett som en fagperson i sin rolle av legen. Legen bør derfor koble sin medisinske autoritet med lydhørhet for trygdens vurderinger. Emosjonelle utbrudd i skriftlig og muntlig form tjener sjelden pasienten, uansett hvor urimelig legen opplever at en beslutning eller vurdering i lokalt NAV er.

Dialogmøtene – den nye vin i sykmeldingsarbeidet?

I forbindelse med Sykefraværsutvalgets arbeid høsten 2006 ble partene i arbeidslivet og myndighetene enige om endringer på sykefraværsområdet. Sykefraværsutvalget fremmet en rekke forslag for å redusere sykefraværet, hvor styrking av arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for at sykmeldte skal få mulighet til å komme raskt tilbake i arbeid, og kjøp av helsetjenester, står sentralt. I denne forbindelse har legen fått større medvirkningsplikt og til dels nye roller. Aksjon «Raskere tilbake» er i skrivende stund i drift, og flittig diskutert blant kolleger. Det gjenstår å se om mer medisinsk behandling vil redusere sykefraværet, og om dette kan gjennomføres uten at andre deler av befolkningen med smerter eller funksjonsvikt må vente lenger på sin behandling. Departementet har varslet en grundig evaluering og mange ser med god grunn frem til den.

Fra Allmennlegeforeningens side har det lenge vært pekt på behovet for å etablere en dialogarena hvor de medisinske premisser og arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging kan drøftes på en måte som understøtter den sykmeldtes muligheter for aktivitet med respekt for den sykmeldtes begrensninger. Som fastleger kan vi finne det vanskelig å vurdere pasientens reelle arbeidskapasitet på grunn av manglende kunnskap om rammebetingelsene i arbeidsforholdet. Uten en dialogarena kan partene lett bli gjenstand for hverandres manglende tro på at aktivitet skulle være mulig for den sykmeldte.

Legen har i utgangspunktet plikt til å delta i dialogmøte. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har i brev til Stortingets arbeids- og sosialkomité av 28.11.06 imidlertid nysansert dette:

Departementet viser i denne forbindelse til annet ledd, annet punktum i folketrygdlovens § 25.5 om behandlers plikt til å delta i samarbeidsmøter, hvor det fremgår at det skal tas hensyn til behandlers arbeidssituasjon og andre forhold av betydning som gjør det vanskelig å møte. Denne bestemmelse skal komme tilsvarende til anvendelse for de tilfeller hvor arbeidsgiver og arbeidstaker eller arbeidstaker alene ønsker at legen skal delta i dialogmøter. *For øvrig forutsetter vi at et slikt møte alltid avtales i god tid på forhånd med de personer som skal delta, og at møtetidspunkt og -sted må tilpasses bl.a. legens arbeidssituasjon.*

For sykmeldende lege betyr dette at et møte skal være innkalt til i tilstrekkelig tid på forhånd. Plikten til å møte må veies mot f.eks. behovet for tilgjengelighet og akuttberedskap i kommunen. Å delta i arbeid rundt sykmeldte er en prioritert oppgave for fastlegene, og det vil bare være tungtveiende hensyn som tilsier at man ikke kan møte. Der hvor f.eks. høyt arbeidspress, reisevei og transporttid gjør et møte med legens deltagelse på arbeidsplassen uhensiktsmessig, kan møtet gjerne avholdes på legens kontor. Kanskje bør det noen ganger bare være et telefonmøte. Dette møtet må i så fall settes opp av arbeidsgiver, som også må ta regningen. Teleoperatørene tar blodpris for telefonmøter.

De nye reglene om dialogmøte setter ikke til side legens taushetsplikt. Dette innebærer at det er pasienten som gjennom sitt samtykke styrer om legen skal være med og hvilken informasjon som skal gis. Balansegangen mellom taushetsplikt og løsningsorientering er krevende.

Til slutt...

For egen del er det nå 28 år siden jeg vandret ut fra Rikshospitalet i fint vårvær med den vidunderlige vissheten om at jeg hadde vært oppe til min aller siste eksamen noensinne og at jeg omsider var som «fri mann» å regne. Opprinnelige planer om en snever organspesialitet ble forpurret av en periode som turnuslege og distriktslege i øvre Telemark, hvor fascinasjonen for allmennmedisinen ble sterk. Kanskje allmennmedisinen grep meg før jeg begrep den, har jeg tenkt noen ganger etterpå når dagene har vært lange og frustrasjonen over papirbunkene stor. Jeg har samarbeidet med mange forskjellige trygdekontor, og de senere årene også mye med Rikstrygdeverket/NAV sentralt i forbindelse med tillitsverv og lederverv i Aplf/Allmennlegeforeningen. Min ringe erfaring er at både som enkeltindivider og i forningssammenheng kommer vi som leger lengst med de tre ganske skarpe verktøyene «respekt», «dialog» og «tydelige budskap.»

- Ja, NAV har logistikk- og IT-utfordringer som skaper masse bry for oss.
- Ja, NAV er ikke alltid like imponerende til å utveksle kompetanse mellom sin indre og ytre etat.
- Ja, NAV sysselsetter svært mange personer og de har omfattende oppgaver som vi ikke alltid opplever at forvaltes på en klok måte.

Men i NAV jobber det massevis av flotte, dedikerte og kunnskapsrike personer som gjør sitt aller beste innenfor de rammer de har. Hvis vi viser at vi tross alt ser dette, så vil det trolig også være slik at man i NAV lettere kan se at fastlegestanden består av massevis av flotte, dedikerte og kunnskapsrike personer som gjør sitt aller beste innenfor de rammer vi har!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jan.emil.kristoffersen@legeforeningen.no

Det som er spennende
og viktig for deg – er spennende
og viktig for Utposten!