

mennpraksis brukes 60 prosent mot LVI. Derfor er det her vi har mest å hente på å redusere bruken og å bruke rett førstevalg hvis vi velger å behandle med antibiotika, nemlig fenoksymetylpenicillin (for eksempel Weifapenin® og Apocillin®). Vanlig penicillin er spesielt godt egnet til å drepe gram-positive bakterier med tykk cellevegg som streptokokker og pneumokokker mens makrolider egner seg til mikrober som ikke har slik cellevegg, som mykoplasma- og klamydiafamiliene.

KUPP-kampanjen om «Riktigere bruk av antibiotika» hadde enkle råd til fastlegene vi besøkte:

- Et lavt totalforbruk av antibiotika forebygger resistensutvikling.
- Luftveisinfeksjoner er vanligvis selvbegrensende. De fleste skyldes virus.
- Symptomatisk behandling er ofte tilstrekkelig.
- Penicillin er førstevalg ved de fleste bakterielle infeksjoner.
- Å spørre om pasienten forventer antibiotika vil være klargjørende og kan redusere unødvendig bruk.
- Makrolider og ciprofloksacin er meget resistensdrivende og bør bare brukes på spesifikk indikasjon (SE FIGUR 1 OG 2 S. 10–11).

Tenker vi over dette og handler deretter i klinikken tror jeg vi vil nå målet om 30 prosent reduksjon av antibiotika i befolkningen før 2020!

Ingen interessekonflikter annet enn at KUPP-kampanjen får økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

#### REFERANSER

1. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
2. NORM/NORM-VET 2014. Usage of Antimicrobial Agents and Occurrence of Antimicrobial Resistance in Norway. Tromsø / Oslo 2015. ISSN: 1502–2307 (print).
3. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
4. Llor C, Moragas A et al. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2013; 347: f5762.
5. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet, 2012 ([www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/prosentC3prosentB8vre-luftveisinfeksjoner/akutt-sinusitt](http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika/prosentC3prosentB8vre-luftveisinfeksjoner/akutt-sinusitt)).

■ ROAR.DYRKORN@LEGEMIDLER.NO

# Skjerpet aktivitet reduserte

■ RAGNHILD JORDET • spesialist i allmenntmedisin, koordinerende rådgivende overlege i NAV Hedmark

I april 2013 innførte NAV Hedmark en strengere praksis i vurderingen av sykmeldtes plikt til å være i arbeidsrelatert aktivitet. Ett år senere hadde sykefraværet gått ned med 10 prosent – en trend som senere har holdt seg.

Folketrygdlovens § 8-4 sier at den sykmeldte skal være tilbake i jobb helt eller delvis innen 8 uker. I de tilfellene der dette ikke skjer, skal sykepengene stanses midlertidig. Den sykmeldte får fire uker på seg til å komme i arbeid igjen, og ved hel eller delvis friskmelding innen 12 uker vil retten til sykepenger gjenvinnes. Unntak fra aktivitetsplikten gis der den medisinske tilstanden klart er til hinder for aktivitet, og der arbeidsgiver ikke har mulighet for å legge til rette for den sykmeldte.

#### Bedre oppfølging

Bakgrunnen for at NAV Hedmark bestemte seg for å fokusere på aktivitetskravet for sykmeldte, var at sykefraværstallene var betydelig over landsgjennomsnittet. Svært mange personer var på langtidsytelser. NAV hadde også gjennom en kvalitetsundersøkelse av egne åtte-ukersvedtak påvist et forbedringspotensial på alle punkter, det vil si både i NAV sine vurderinger og i opplysningene fra arbeidsgivere og sykmeldte.



Sykefraværssatsingen har blitt viet stor oppmerksomhet i pressen i Hedmark.

# etskrav sykefravær



*F.v. Ragnhild Jordet (rådgivende overlege), Linda Vaagan (arbeidspsykolog), Arne Brendlien og Unni O. Torve (kompetanseveiledere) har jevnlig videomøter med alle NAV-kontor i Hedmark. FOTO: AGNETHE WEISSER*

re. Særlig så vi at aktivitetsfokus kunne bedres i hele sykmeldingsløpet. Vi stilte spørsmålet om en bedret oppfølging tidlig i sykefraværsløpet kunne redusere både langtidsfravær og risiko for utstøting fra arbeidslivet.

NAV Hedmark bestemte seg for å øke kvaliteten på egen rolle i oppfølgingsarbeidet – først og fremst på åtte-ukerstidspunktet. På denne tiden arbeidet jeg som rådgivende overlege i NAV ved siden av å være fastlege (og arbeidsgiver). Som fastlege talte det meg at NAV nå satset på å forbedre kvalitet på eget arbeid i sykefraværsoppfølgingen framfor å skylde på legene for det høye sykefraværet. Ressursbruken i NAV ble endret ved at velferdsetatens le-

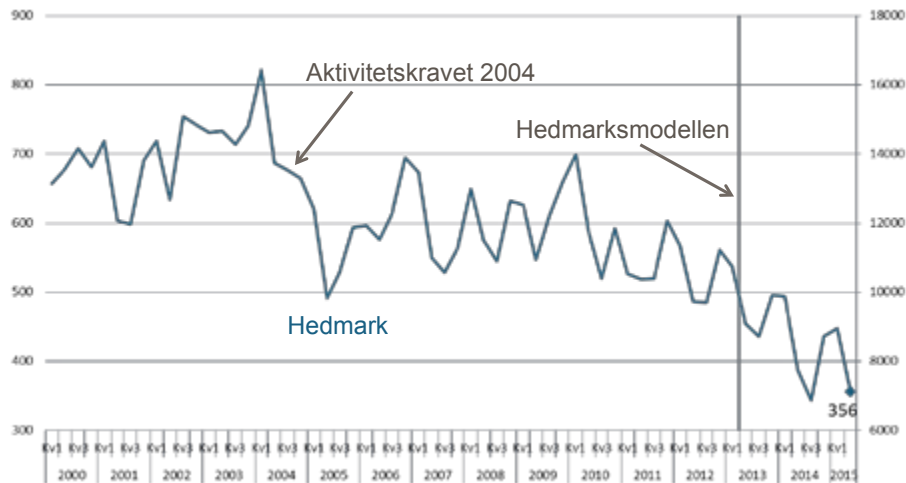
ger, arbeidspsykologer og juridisk kyndige personer ble satt i tverrfaglige team til å veilede medarbeidere i NAV-kontorene i oppfølging av sykmeldte. Med utgangspunkt i sykmeldingsattester og andre opplysninger – f.eks. oppfølgingsplan fra arbeidsgiver – fikk NAV-veilederne bistand i å vurdere mulighetene for arbeid eller arbeidsrettede tiltak. Foruten å tolke innholdet i sykmeldingsattestene drøftet veiledningsforaene ulike sykdommers betydning for funksjon og deltakelse i arbeid. Dermed utfordret man også arbeidsgiveres tilretteleggingsplikt og den enkelte sykmeldtes holdning til å være på jobb – også med redusert funksjon, der den medisinske tilstanden ikke er til hinder for dette (1).

Budskapet ble vanligvis formidlet gjennom brev tilpasset den enkeltes situasjon. I utvalgte tilfeller tok NAV initiativ til dialog med pasienten per telefon eller ved oppmøte. Noen ganger fant man behov for å innhente tilleggsopplysninger fra arbeidsgiver eller fastlege, og den tverrfaglige drøftingen kunne også konkludere med at det var behov for å innkalle til tidlig dialogmøte.

## **Fastlegene og aktivitetskravet før omleggingen**

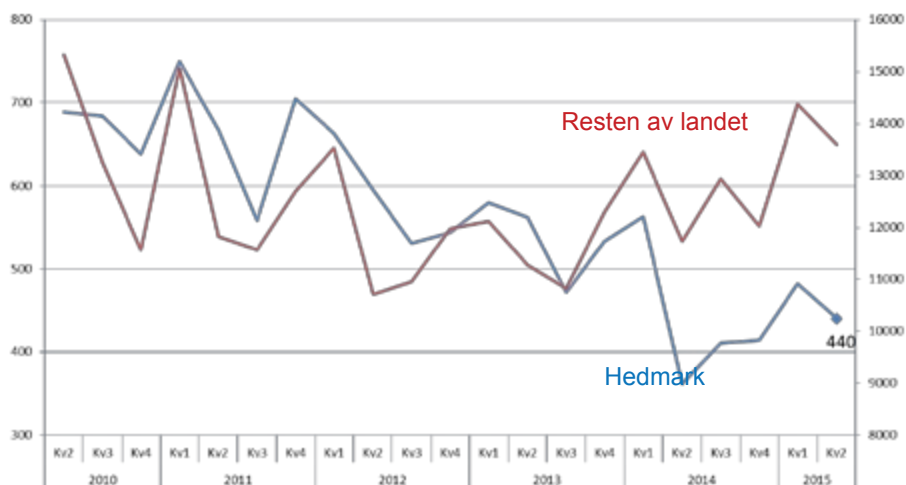
Som fastlege hadde jeg erfart at responsen fra NAV kunne være treg når jeg kom med innspill om behov for initiativ fra NAV

## Fortsatt nedgang i antall som har brukt opp sykepenger rett



FIGUR 1. GRAF: NAV 31.3.2016

## Tilgang til AAP Hedmark og resten av landet



FIGUR 2. GRAF: NAV 31.3.2016

overfor enkelte av pasientene mine. Jeg undret meg også over at NAV godtok forlengelser av sykmeldinger i saker der jeg som fastlege, etter «forhandlinger» med pasienten, hadde endt opp med å sykmelde der jeg egentlig trodde det var mulighet for aktivitet, men pasienten mente noe annet. Av NAV sin statistikk fremgikk det da også at så mange som 95 prosent hadde fått unntak fra aktivitetskravet ved inngangen til 2013, både i Hedmark og på landsbasis. Rett før omleggingen i april 2013 mottok fastlegene i Hedmark en grundig redegjørelse per brev fra NAV Hedmark om lovver-

ket ved sykmelding, med vekt på aktivitetskravet i folketrygdlovens §8-4. NAV påminnet om fastlegenes rolle i sykefraværarbeidet: i tillegg til selvsagte oppgaver som å utrede og behandle, å gjøre rede for pasientens funksjon og prognose i sykmeldingsattestens punkt 6.2, og å komme med medisinsk begrunnede innspill til arbeidsgiver om tilrettelegging i sykmeldingsattestens punkt 5. Fastleger i Hedmark mottok også e-post fra Hedmark legeförening, som var sendt ut i samarbeid med NAV Hedmark, med varsel om den endrede praksisen som ville komme.



## Dialog på arbeidsplassen er avgjørende

Innledningsvis etter omleggingen opplevde jeg et par tilfeller der fortvilte pasienter bestilte fastlegetime for å drøfte brevet de hadde mottatt fra NAV, med varsel om midlertidig stans av sykepenger. Jeg lurte litt på hvorfor, da jeg syntes selv jeg hadde lagt vekt på en god redegjørelse til NAV i sykmeldingsattestens punkt 6.2. Ved gjennomlesing av brevet viste det seg imidlertid at det primært var arbeidsgiveren pasienten ble bedt om å henvende seg til for å drøfte mulighet for deltakelse i noe arbeid på tross av nedsatt funksjon. Etter hvert erfarte jeg som fastlege et NAV med atskillig mer aktivitetsfokus enn tidligere, som var raskere til å følge opp innspill fra meg som fastlege, og framfor alt: Dette viktige fokuset vedvarte over tid! Vurderingene mine som fastlege av hvorvidt pasienten kunne jobbe på tross av sine plager, og ev. i hvilken grad, var tidligere oftest basert på pasientens vurdering av tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen. Etter omleggingen opplevde jeg at denne vurderingen i noen grad ble flyttet ut av legekontoret og inn på arbeidsplassen fordi NAV eksplisitt etterspurte arbeidsgivers vurdering av tilretteleggingsmuligheter. Jeg erfarte at mange arbeidsgivere var villige til å tilrettelegge også i situasjoner der pasienten vurderte at det ikke forelå slike muligheter på arbeidsplassen sin.

I noen tilfeller var sykmeldingssituasjonen en forhandlings situasjon mellom pasient og fastlege, der jeg vurderte at pasienten trengte et puff for å nærme seg arbeid og aktivitet. I slike situasjoner var det lettere for meg å påbegynne motivasjonsprosessen med tanke på arbeid når jeg av erfaring kunne anta at NAV ville komme til å gjøre sin del av jobben. Det kan være utfordrende med få ord å skulle forklare i sykmeldingsattestens punkt 6.2 de viktigste konkrete grunnene til at pasienten ikke kan utføre sitt vanlige arbeid, men der jeg virkelig har ment at pasienten trengte sykmelding fra sine vanlige arbeidsoppgaver over tid, har jeg opplevd at NAV har forstått budskapet. Der man stilte spørsmål, syntes jeg dette var naturlig utfra NAV sitt samfunnsoppdrag som pådriver for arbeid og aktivitet der det er mulig. Som fastlege syntes jeg at særlig pasienter uten arbeidsgiver dro nytte av det økte aktivitetsfokus hos NAV. Der opplevde jeg at NAV etter omleggingen kom atskillig tidligere inn med tilbud om arbeidsrettede tiltak. Også i situasjoner med konflikter på arbeidsplassen som utgangspunkt for en sykmelding, har jeg erfart at NAV sin rolleutøvelse har bidratt til løsning av fastlåste situasjoner.

I disse tilfellene har NAV påpekt arbeidsgivers ansvar for å ta tak i det konfliktskyte forholdet og den ansattes plikt til å medvirke til løsninger. Det er alltid mulig for fastlegen å gi individuelle opplysninger i den enkelte sak om eventuell utvikling av sykdom som krever spesielle hensyn.

### Håndheving av aktivitetskravet har redusert sykefraværet

Etter håndheving av aktivitetskravet i Folketrygdloven har det skjedd en betydelig reduksjon i sykefraværet i Hedmark. Etter ett år så man en nedgang på 10 prosent. Denne effekten har holdt seg stabil – sykefraværsprosenten har siden holdt seg omtrent på dette nivået (2). Antallet som bruker opp sykepengere rettighetene sine ble gradvis redusert gjennom 2013 og 2014. Tallet i Hedmark er nå under landsgjennomsnittet (FIGUR 1). Det skjedde videre en kraftig reduksjon i tilgang på nye mottakere av arbeidsavklaringspenger, med 38 prosent (sett i forhold til resten av landet) ved utgangen av 2014 (FIGUR 2) (3). I samme periode økte sysselsettingen i Hedmark. Sosialhjelpsutbetalingene økte ikke vesentlig, jf. figur 3. Håndheving av aktivitetskravet ser ut til å ha ført til at færre trenger offentlige ytelser. Dette øker handlingsrommet for NAV til å følge opp dem som har et større bistandsbehov.

### Aktivitetsmedisin med få bivirkninger

Like klart som at hvile og sykmelding er nødvendig ved enkelte tilstander er det at

det også finnes situasjoner da særlig lengre sykmelding kan forsterke pasientens problemer. Jo mer langvarig sykmelding, jo vanskeligere later det til å være for den sykmeldte å komme tilbake til jobb. Statistikk viser en markant økt risiko for å falle ut av arbeidslivet etter 8–12 ukers sykmelding. Tiltak som begrenser langvarig sykefravær antas derfor å være avgjørende for å unngå varig utstøting fra arbeidslivet og fattigdom. Samfunnsøkonomisk er det tydelig reduserte langtidssykefraværet viktig. Men redusert langtidssykefravær representerer også en helsegevinst for den enkelte. Det er dokumentert at arbeidsdeltakelse er helsefremmende for de fleste. Tap av arbeid kan ha en betydelig negativ effekt på fysisk og psykisk helse og ved retur til arbeid kan helsen igjen forbedres (4). Arbeid gir også sosial tilhørighet, mestringsopplevelser og mening, og skaper identitet og struktur i hverdagen. Rett type arbeid i riktig mengde, der arbeidstaker opplever balanse mellom krav som blir stilt og opplevde helsebegrensninger, kan være en viktig del av tilfriskningsprosessen. Ved god tilrettelegging i et arbeidsmiljø med et minimum av kvalitet, kan en snakke om arbeid som medisin (5)!

NAV Hedmark tenkte nytt gjennom å børste støv av aktivitetskravet i lovbestemmelser om sykmelding. Fastleger, arbeidsgivere og sykmeldte fulgte opp med sin andel av inkluderingsarbeidet. Som fastlege gjennom første halvannet år med den såkalte Hedmarksmodellen erfarte jeg ingen vesentlige «bivirkninger» av tiltaket hos pasientene mine. Tvert imot opplevdes

«aktivitetsmedisinen» fra fastlegeståstedet å være til pasientens beste gjennom å understøtte arbeidsinkludering og aktivitet. Modellen medførte også bedre kommunikasjon mellom viktige aktører i sykefravær- og sykenærversarbeidet (den sykmeldte, NAV, arbeidsgivere, fastlege og andre behandlere). Ny elektronisk sykmelding/elektronisk innsending av opplysninger fra arbeidsgivere, åpner nye muligheter for enda bedre kvalitet på informasjonsutveksling og andre tiltak knyttet til oppfølging av den sykmeldte.

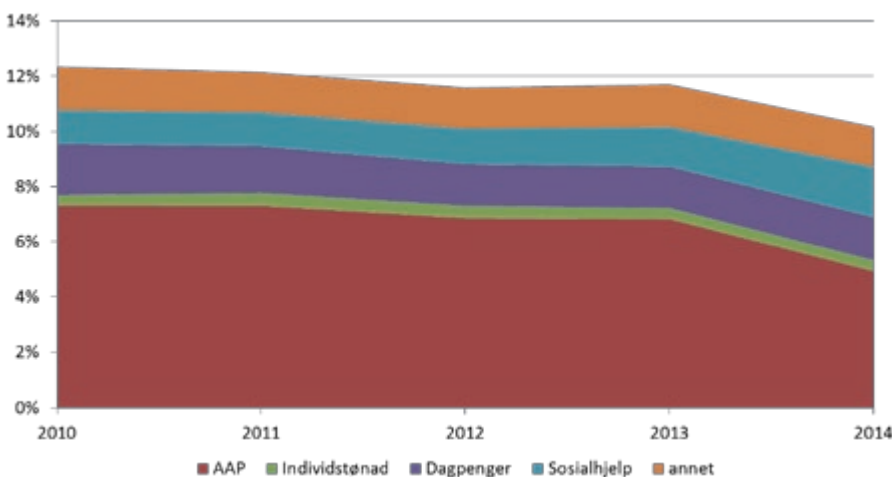
Forskning fra Uni Helse Bergen viser at det ikke er faktisk grad av symptomtrykk som avgjør om en sykmeldt vender tilbake til arbeid. Det ser ut til å være mestringsforventningen hos den sykmeldte som har mest å si for hvorvidt den store gruppen av pasienter med lettere til moderate psykiske plager kommer tilbake til jobb (6). Alle aktører omkring den sykmeldte kan være med og bidra til å bygge opp mestringshåp. Men fastlegen har et særlig unikt utgangspunkt for dette når pasienten henvender seg med ønske om sykmelding. I mange tilfeller kan da legen vurdere at pasienten er frisk nok til å prøve seg i jobb. Her kan nå fastlegene i Hedmark forvente at NAV understøtter mestringshåp og arbeidsdeltakelse. For nå gjør NAV det de sier de skal gjøre!

#### REFERANSER

1. IA-avtalen (2014). Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014-31. desember 2018.
2. Kann, I.C., Lima, I.A.Å., Kristoffersen, P. (2014). Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid og velferd*, 3, 14-33, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
3. Kann, I.C. & Lima, I.A., (2015). Tiltak i NAV Hedmark ga færre mottakere av arbeidsavklaringspenger. *Arbeid og velferd*, 2, 77-94. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.
4. Waddell, G. & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationary Office.
5. Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
6. Løvvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbet, E & Rema, S.E. (2014). Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*, 160-70.

FIGUR 3. GRAF: NAV 31.3.2016

## Færre på offentlige ytelser i Hedmark i 2014



■ RAGNHILD.JORDET@NAV.NO