

Hva er i veien med Hedmarksmodellen?



■ KJARTAN OLAFSSON • Fastlege Legegruppa Sunnfjord Medisinske Senter, sentralstyremedlem i Legeforeningen og styremedlem i Allmennlegeforeningen

16. februar 2016 sendte hovedorganisasjonene i norsk arbeidsliv, LO, NHO, YS, Virke, Spekter, UNIO, Akademikerne og KS et brev til Arbeids- og sosialdepartementet og ba om at oppfølgingsregimet fra Hedmark endres. De skriver: «Partene er derfor på ingen måte uenig i at det skal ligge aktivitetskrav på den sykmeldte, dens arbeidsgiver og dens sykmelder. Vi er imidlertid bekymret for praktiseringens bivirkninger og ønsker å foreslå en endring i praksis». Legeforeningen og de allmennmedisinske foreningene AF og NFA har vært i løpende dialog med NAV om endringer. Hvorfor dette engasjementet?

Sterke følelser i sving

Sinte og fortvilte pasienter kommer til fastlegen fordi sykepengene er stoppet. De har da fått et brev fra NAV om midlertidig stans av sykepenger og pasientene skjønner ikke hva som skjer. Legen kan føle seg utsatt for vrede og fortvilelse – har han/hun gjort for dårlig jobb? Ikke alle har fortjent å få et slikt brev. Det finnes eksempler på pasienter med alvorlig kreftsykdom under cellegiftbehandling som har fått brevet, andre med alvorlig psykisk lidelse eller pasienter i en postoperativ fase.

Pisken svinges

Hva har skjedd? NAV som forvalter pasientens sykepenger har bestemt seg for å bruke pisken. Aktivitet og arbeid er bra, og i Hedmark tenkte de at hensikten helliger middelet. Pisken, eller «gulrotpisken» som den ble kalt i et kritisk leserinnlegg, svinges med gode hensikter, nemlig å håndheve aktivitetskravet i folketrygdloven og få folk tilbake i aktivitet. Hvis det er tvil om hvorfor aktivitet ikke er i gang, får pasienten et rapp i form av midlertidig stans i sykepengene. Og det hjelper med pisk. Hedmark kunne skilte med forbedringer i målbare fraværstall. Det er heller ikke vanskelig å være enig i at noen pasienter trenger et motiverende «dytt i ryggen».

Bivirkningene er for store

Men bivirkningene kan i noen tilfeller være for store. Enkeltpasienter utsettes for unødige tilleggsbelastning, relasjoner utfordres og kan skades. Pasienter som kan være i et lavmål i livet krenkes og/eller påføres unødvendige tilleggsbelastninger. Behandler/pasientrelasjoner stresses, og forholdet mellom NAV og behandlere settes på prøve.

God forvaltningsskikk brytes

Intensjonen i §17 i forvaltningsloven brytes. Forvalteren har et selvstendig ansvar for å opplyse saken tilstrekkelig for å kunne fatte en riktig beslutning. I Hedmarksmodellen benytter NAV seg av tvil eller informasjonsunderskudd til å sende et brev om midlertidig stans av sykepenger. Vi er uvante med en slik oppførsel fra forvaltere. La oss sammenligne med et annet område vi er kjente med. Hva skjer når det skrives en mangelfull henvisning fra fastlegen til sykehuset? Overlegen som vurderer henvisningen har selv ansvar for å få tak i mer opplysninger. Alternativet er å ta pasienten inn til konsultasjon. I Hedmarksmodellen henter NAV ikke inn flere opplysninger. I Buskerud har NAV endog fjernet systemer som man hadde før Hedmarksmodellen for innhenting av supplerende opplysninger fra lege.

Informasjonsunderskudd og tvil gir rom for pisk

Hvilke opplysninger har NAV når bestemmelsen fattes? Vanligvis bare legeopplysninger fra sykmeldingen. Det skal foreligge legeopplysninger skrevet i punkt 6 på sykmeldingen, eller for Infodoc sine brukere gjennom EKHO løsningen. Ellers er det ingen obligatoriske kilder. NAV har vanligvis ingen opplysninger fra arbeidsgiver. I 2015 forsvant arbeidsgivers plikt til å rapportere at de har holdt dialogmøte 1 og skrevet oppfølgingsplan, og de har ingen plikt til å sende inn oppfølgingsplan eller referater fra eventuelle dialogmøter. NAV

har heller ikke rutinemessig samtale med pasienten før uke 8. Så i de fleste tilfeller vet NAV bare det som har stått på sykmeldingen.

Lite kommunikasjon med behandler

Hvis NAV ikke snakker med dem som kan opplyse saken bedre, hvem snakker de da med? De snakker med hverandre. Ufullstendige opplysninger blir vurdert i grupper av NAV-ansatte kalt «saksbehandlerverksted». Her deltar eksempelvis rådgivende lege, psykologer eller ansatte fra arbeidslivssenteret, som alle har det til felles at de ikke kjenner saken. Her kan rådgiverne hente støtte til å ta den ubehagelige avgjørelsen om å stanse sykepengene. Men dessverre ser det ut som ingen vil snakke med dem som kunne opplyst saken før midlertidig stans besluttet.

For lite/dårlige medisinske opplysninger?

Det er liten tvil om at vi ofte gjør en dårlig jobb når vi begrunner hvorfor pasienten er 100 prosent sykmeldt. Noen ganger får vi ikke frem hvorfor det medisinsk sett er best å være borte fra jobb. Andre ganger skjuler vi medisinske muligheter og arbeidsgivers tilsynelatende manglende vilje til løsninger i en 100 prosent sykmelding. Vi tar på oss en annen parts ansvar; å dokumentere at det er umulig å få til noe på jobb. Vi gjør det med en 100 prosent sykmelding uten å peke på arbeidsmulighet.

Noen ganger er det mulig å forstå hvorfor det mangler opplysninger.

At flere behandlere er inne i behandlingssopplegget rundt pasienten, sykehus, fastlege og/eller kiropraktor, kan føre til misforståelser om hvem som skal skrive og om det er skrevet fra før.

Det er også varierende oppfatning i NAV om hva som er «gode nok» opplysninger. Skal symptomer beskrives i detalj med henblikk på funksjon, eller er mer overordnede vurderinger bra nok;

«Jeg mener at denne pasienten er for depri-



KART/FOTO: SCANNINGMAN STOCKPHOTO

mert til å arbeide nå, men vi ser for oss at han kan komme i gradert sykmelding i løpet av noen uker».

En slik vurdering kan oppfattes som ufullstendig og føre til stansbrev. Jeg og mange leger med meg vil synes at dette er dekkende nok. Noen rådgivende leger vil høre *hvilke symptomer som ligger bak depresjonen og hvorfor de nedsetter funksjonen*. Denne detaljeringsgraden av opplysningene er ikke redegjort for i detalj i lovverk og rundskriv. NAV har i sine informasjonsbrev til leger gått ut fra spørsmål som benyttes i ny elektronisk sykmelding EKHO, men det er bare Infodocbrukere som i skrivende stund har tilgang til disse. De brukes likevel som mål for alle.

Hvorfor slikt hastverk

EKHO (som til nå kun har vært implementert i Infodoc) gir mulighet til å være mer detaljert i sykmeldingen fra dag 1. Det å ha ny elektronisk sykmelding med detaljering av spørsmål før åtte uker ville gitt et bedre utgangspunkt for å vurdere aktivitetskravet. Jeg stiller meg derfor spørrende;

Hvorfor ventet man ikke på at alle fastleger hadde fått implementert EKHO i sine respektive operativsystemer?

Det pågår pilotstudier der man skulle prøve ut Hedmarksmodellen i Buskerud, Aust-Agder og Rogaland, men så valgte man å ta det i bruk før man hadde fått resultatet fra de respektive fylkene. Da spør jeg; Hvorfor ventet man ikke på resultatene fra utprøvingen av modellen (2015–16) i de tre forsøksfylkene. Hvis man ønsket å rulle ut modellen over hele landet, hva var vitsen med å sette i gang pilotprosjektene?

Sanksjoner mot pasienten

I 2015 fjernet man relativt milde sanksjonsmuligheter mot arbeidsgiver og lege, henholdsvis for ikke å rapportere at oppfølgingsplan var skrevet og dialogmøte var holdt, og hvis legen ikke hadde gyldig fraværsgrunn for dialogmøtet. Rett etterpå innfører man sanksjoner mot den svakeste parten, den 100 prosent sykmeldte pasienten. Hedmarkmodellen innebærer jo egentlig at den svakeste part får den strengeste straffen (retten til penger til livsopphold faller bort/trues med å tas bort). Vil NAV tilbake til et sanksjonsregime for alle?

Kunne vi fulgt opp aktivitetskravet på annen måte?

Alle er enige om hovedmålet – nemlig at unødig inaktivitet skal bekjempes. Det er liten tvil om at aktivitet og arbeid er bra der det er mulig. Pasient, lege, arbeidsgiver og NAV kan og skal alle bidra til å finne løsninger der det er mulig. Aktivitetskravet forvaltet på en fornuftig måte er et gode. Et system som er bygget på respekt for pasienten – den syke og svake part, legen som fagperson og arbeidsgiveren som forvalteren av tilrettelegging, vil sammen kunne få de samme gode resultatene som Hedmarkmodellen. Hvis mål og middel er bra, trenger vi ikke noen hensikt som heller middelet. Da vil Hedmarkmodellen bli overflødig. Alternativet til Hedmarkmodellen er *ikke* å gjøre ingenting, men å gjøre noe *annet og bedre*.

Larvikmodellen – 1-2-3-4 er ett eksempel på metode av en annen støpning. Her kan legen bidra med sin kunnskap om pasienten og situasjonen og dermed prioritere

NAVs oppfølgingsinnsats i respekt for pasientens behov og muligheter.

Verktøy

Legen trenger bedre verktøy for å bidra, noe det nye elektroniske sykmeldingssystemet – EKHO, ser ut til å oppfylle. Her kan vi etterspørre NAVs bistand og oppfølging, der kan vi og endelig få tilbakemelding på forespørsler også (mange har følt at de tidligere har skrevet meldinger inn i et svart hull).

Pasienter skal behandles med respekt

Men først og fremst må vi tilbake til en situasjon der pasienter behandles med respekt. Mistenkeliggjøring og krenking av pasienter må det bli slutt på. Incentiver og dytt er akseptable nok, men da må man sikre seg at det gjøres informert, og ikke minst er basert på tilstrekkelig informasjon. La oss beholde aktivitetskravet, det er positivt, men begrav Hedmarkmodellen der vi fjerner midlertidig stans av sykepenge. Det vi trenger er økt kommunikasjonen mellom partene og respekt for de faglige vurderingene. Så må vi leger legge oss i selen for å avgi gode opplysninger og være proaktive, se etter løsninger der det er mulig. Med bedre verktøy og samarbeidspartnere som er lydhøre for våre meninger burde dette være mulig. Heldigvis tyder mye på at det vil skje endringer i løpet av året.

■ KJARTAN@OLAFSSON.BIZ