

## REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd. <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjoerhet/> (Oppdatert: 22. februar 2015).
2. Faggruppe for osteoporose og benhelse, Norsk ortopedisk forening. Behandlingsveileder for menn og kvinner  $\geq$  50 år, med lavenergi-brudd. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-ortopedisk-forening/> (Publisert: oktober 2015).
3. Ross AC, Manson JE. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96 (1): 53–8.
4. Norsk elektronisk legehåndbok. Osteoporose. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 10. mars 2015).
5. Nasjonal brukerhåndbok i medisinsk biokjemi. Vitamin D, P. Versjon 1.1. (Sist oppdatert: 15. juli 2015).
6. Syversen U, Halse JI. Bisfosfonatbehandling av osteoporose og andre skjelettsykdommer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 244–7.
7. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Fosamax. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 17. juni 2016).
8. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Zoledronsyre. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 6. juni 2016).
9. Black DM, Reid IR et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res.* 2012; 27 (2): 243–54.
10. Wells GA, Cranney A et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001155.
11. Serrano AJ, Begona L et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of alendronate and zoledronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29 (12): 1005–14.
12. Schilcher J, Michaëlsson K. Bisphosphonate Use and Atypical Fractures of the Femoral Shaft. *N Engl J Med* 2011; 364: 1728–37.
13. Anagnostis P, Stevenson JC. Bisphosphonate drug holidays – when, why and for how long? *International Menopause Society, Climacteric* 2015; Early online: 1–7.
14. Austin M, Yang YC et al. Relationship between bone mineral density changes with denosumab treatment and risk reduction for vertebral and nonvertebral fractures. *J Bone Miner Res* 2012; 27 (3): 687–93.
15. Bone HG, Bolognese MA et al. Effects of denosumab treatment and discontinuation on bone mineral density and bone turnover markers in postmenopausal women with lowbone mass. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96 (4): 972–80.
16. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Denosumab. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist endret: 17. august 2016).
17. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Prolia. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 1. desember 2015).
18. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Teriparatide (hPTH(1–34)). <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 10. juni 2016).
19. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Forsteo. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 15. mars 2016)
20. Syversen U, Halse JI. Behandling av osteoporose med parathyreoideahormon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 39–41.
21. Lewiecki EM, Miller PD et al. Understanding and communicating the benefits and risks of denosumab, raloxifene, and teriparatide for the treatment of osteoporosis. *J Clin Densitom* 2014; 17(4): 490–5.

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

spesialist i allmenntidrett, lege i spesialisering, RELIS Midt-Norge og Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

TRUDE BASSO

MD PhD, lege Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital.

# Forskning bidrar til bedre sjukmeldingspraksis

Ein av seks nordmenn i yrkesaktiv alder står utanfor arbeidslivet på grunn av sjukdom. Det er ein stor kostnad for samfunnet. Men den høgste prisen betalar den sjukmelde sjølv. Manglande deltaking i arbeidslivet kan føre til svekka sosialt nettverk og sviktande tru på egne ferdigheiter.

For oss i NAV er ei av oppgåvene våre å bidra til at flest muleg skal få delta i arbeidslivet. Vi veit at arbeid i dei fleste tilfelle er helsefremjande. Deltaking i arbeidslivet kan vere ei kjelde til sosiale relasjonar, identitet, personleg vekst og mestring. Høg arbeidsdeltaking i samfunnet har også stor nytteverd i form av auka verdiskaping og færre stønadsmottakarar. Difor prøver vi en ny ordning der det blir gjort ei ny medisinsk vurdering av ein annan lege etter seks månader, i eit forsøk på å forkorte sjukmeldingsperioden.

## Den sjukmelde betalar prisen

Når vi også veit at psykiske lidningar er den typen sjukefråvær som aukar mest, er det ein ekstra grunn til å sjå nærare på korleis vi kan bidra til at fleire beheld kontakta med arbeidslivet. Det å ha ein jobb kan vere viktig for å meistre psykiske helseproblem. Ein blir ikkje nødvendigvis friskare av å vere heime, og i mange tilfelle vil nettopp ledigang føre til ein forverra situasjon.

Sjukdom rammar dei fleste av oss frå tid til annan, og nokre gonger har ein ikkje anna val enn å vere borte frå arbeid ein periode. Det er likevel ikkje dei som er sjukmelde i kortare periodar som treng tettast oppfølging. Det er når sjukefråværet ser ut til å kunne bli langvarig at det kan være behov for meir oppfølging. Folk må få hjelp til å sjå på kva muligheiter dei har, før det går for lang tid. Statistikkane til NAV viser at dess lengre ein er borte frå arbeidslivet i eit sjukefråvær, dess vanskelegare er det å kome attende i jobb. Langvarige sjukefråvæer ender ofte i andre stønader, som til slutt ender i uføretrygd.

Vi veit ikkje nok om kva tiltak som har best effekt for å få ned talet på sjukmelde. Forsking vil forhåpentleg bringe oss nærare svaret.

## Forsøk med ny medisinsk vurdering av annan lege

Vi ønskjer å legge til rette for å hjelpe fleire på eit tidlegare tidspunkt. Difor er vi for tida med i eit forsøk saman med Uni Helse Research, som vi håpar vil bidra til at færre blir stengt ute frå arbeidslivet på permanent basis.

Bakgrunnen for forsøket er at Regjeringa ønskjer at ingen skal kunne sjukmeldast i meir enn seks månadar av si eigen fastlege, utan at det blir gjort ei ny medisinsk vurdering (NMV) av ein annan lege. Arbeids- og sosialdepartementet har bedt NAV gjennomføre eit forsøk med ei ny medisinsk vurdering av ein annan lege innan utgangen av seks månaders sjukmelding. Hordaland er valt som pilotfylke. Føremålet er å redusere sjukefråværet, og få meir kunnskap om kva effektar ei ny medisinsk vurdering kan ha på lengda av fråværet og sjukmeldingsgraden.

Hausten 2015 gjekk NAV i Hordaland i gang med forskingsprosjektet i samarbeid med Uni Research Helse. Forsøket varer ut oktober i år. Ni legar har blitt tilsett i deltidsstillingar. Desse skal gje dei som har vore sjukmelde i meir enn seks månadar muligheit til å få ein ny vurdering av helsetilstanden. Legene som er tilsett i forsøket skal ikkje vurdere retten til sjukepengar. Ei ny vurdering kan vere med på å bidra til at ein ser situasjonen til den sjukmelde i eit nytt lys, og at ein gjennom tilrettelegging og oppfølging kan sjå muligheiter ein ikkje har vore merksam på tidlegare. Vi veit at det er komplisert for mange fastlegar å følge opp langtidssjukemeldingar. Kanskje kan ei ny vurdering resultere i at den sjukmelde får anledning til raskare å komme heilt eller delvis attende til arbeidslivet?

Uni Helse Research si forskning på forsøket med ny vurdering av helsetilstanden vil vere eit viktig verktøy for å måle oppfølginga av dei sjukmelde, slik at vi kan få handfaste svar på kva tiltak som gir best effekt. Det er òg i tråd med NAV si strategi om å sikre at tenestene og verkemidla i arbeids- og velferdsforvaltninga i størst muleg grad er kunnskapsbaserte.

Resultata av forsøket veit vi enno ikkje. Det vil vi først få et godt bilete av i januar 2018, når sluttrapporten skal leggest fram. Uansett kva fasiten seier når rekneskapet blir gjort opp, vil det forhåpentleg bringe oss eit steg nærare ei løysing på korleis vi kan bidra til å gje fleire sjukmelde menneske endå betre hjelp.

ANNE KVERNELAND BOGSNES  
fylkesdirektør i NAV Hordaland

# NAV verdsetter fastlegene!

Presses fastleger av NAV til å bedrive overdiagnostikk og overbehandling, spør Mona Søndena i forrige nummer av *Utposten*. Og har NAV urealistiske forestillinger om spesialisthelsetjenestens fortrefelighet?

Svaret er et rungende NEI på begge spørsmål, særlig det første.

I artikkelen «NAVmakt – avmakt, del II» i *Utposten* nr. 4 peker Søndena på noen problemstillinger og dilemmaer i samhandlingen mellom fastlege og NAV. I dette innlegget vil jeg belyse to av dem.

La meg innledningsvis understreke at NAV-reformen var en krevende omstilling. NAV-kontorene var i lang tid på etterskudd i sitt arbeid med å følge opp sykmeldte – både når det gjelder kvantitet og kvalitet. Etter hvert er ventetider blitt redusert og det er mer rom for kvalitetsutvikling i NAV. Tidlig oppfølging av sykmeldte får mer oppmerksomhet, og rådgivende overlege- og arbeidspsykologressurser er blitt omprioritert til å bistå NAV-kontorene i dette arbeidet.

NAV må forholde seg til folketryktdoven og skal innhente nødvendige opplysninger for å avklare brukers arbeidsmuligheter, behov for støtte og rett til ytelser. Det er helt nødvendig å få inn balanserte opplysninger som synliggjør brukerens ressurser, ferdigheter og begrensninger, sett opp mot mulighetene for å delta i inntektsgivende arbeid. Medisinske opplysninger er en del av dette. Brukeren selv plikter å bidra til sakens opplysning, og etter gjeldende retningslinjer skal opplysninger primært innhentes fra brukeren så langt dette anses tilstrekkelig og formålstjenlig. Så vil egenopplysningene være avgjørende for hva NAV innhenter fra andre.

Nåværende retningslinjer for innhenting av legeerklæringer og medisinske opplysninger understreker at disse i utgangspunktet skal innhentes hos pasientens fastlege. NAV anerkjenner med andre ord at det er fastlegen som vanligvis har den beste helhetlige oversikt over pasientens helsebegrensninger og hvordan disse er utredet og behandlet, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har god kjennskap til pasientens totale livssituasjon og ressurser og hva som ev er de viktigste hindrene for arbeidsdeltakelse.

Innkommne medisinske opplysninger vurderes av NAV-veileder, ofte også sammen med rådgivende overlege og eventuelt arbeidspsykolog. Sammenholdt med pasientens egen vurdering av situasjonen og opplysninger fra eventuell arbeidsgiver tar NAV stilling til om saken er tilstrekkelig belyst. Hvis saken vurderes som ikke tilstrekkelig medisinsk belyst, blir det innhentet supplerende medisinske opplysninger. Tidligere, med liten tilgang på rådgivende overlegetjeneste,

henvendte NAV seg ofte til spesialisthelsetjenesten i slike situasjoner. Etter nåværende retningslinjer i NAV skjer innhenting av tilleggsopplysninger ved konkrete spørsmål til fastlege. Spørsmålene skal helst kvalitetssikres ved tverrfaglig drøftinger der også rådgivende overlege er med. I nåværende retningslinjer for NAV er det tydeliggjort at fastlegen (eller annen behandler) har ansvar for utredning og behandling, og at NAV ikke skal overta dennes rolle i dette arbeidet. NAV kan for eksempel ikke kreve at fastlegen skal henvise til spesialist for nærmere utredning. NAV kan imidlertid be om fastlegens vurdering av om ytterligere utredning eller behandling er aktuelt. Fastlegen vurderer om det er behov for dette. Hvis fastlegen synes spørsmålet fra NAV er en god idé, henviser fastlegen til spesialisthelsetjeneste på vanlig måte. Dersom fastlegen vurderer NAV sitt spørsmål som uaktuelt, er det ønskelig med et begrunnet svar om dette.

I NAV Hedmark erfarer vi at disse spørsmålene noen ganger blir verdsatt som en drahjelp i retning av for eksempel mer aktiviserende rehabiliteringstiltak i saker der pasienten ikke har vært motivert for å følge fastlegens forslag. Andre ganger erfarer vi at spørsmålene blir misforstått av fastlegen som 'krav fra NAV'. Her har NAV et potensial til å bli bedre til å sette spørsmålene inn i en sammenheng som gir mening for fastlegen. Regelmessige samarbeidsmøter med Legeførenings fylkesavdeling har fokusert på behovet for å øke NAV sin bestillerkompetanse i henvendelser til fastlegen om medisinske opplysninger. Fastlegen kan også gi sitt bidrag i å utvikle denne kommunikasjonen ved å ta kontakt når det er noe i henvendelsen fra NAV som trenger utdyping. NAV trenger og ønsker at fastlegene bruker sin kunnskap, erfaring og kreativitet til å gjøre NAV bedre gjennom slike tilbakemeldinger!

Til spørsmålet fra NAV som Søndena referer til i sin artikkel – om hvorvidt det var tatt røntgenbilder av pasienten – kan svaret for eksempel være at det ikke er tatt, og at det heller ikke er indikasjon for det, hvis dette er fastlegens vurdering. NAV bestemmer ikke at det skal tas røntgenbilde og verken kan, skal eller vil «presse» fastlegen til utredning som det ikke er indikasjon for. Det forutsettes selvfølgelig at både fastlege i sin diagnostikk og behandling og at NAV i sine spørsmål (kvalitetssikret av rådgivende overlege/arbeidspsykolog) holder seg innenfor alminne-

lig anerkjent medisin. Tilleggsspørsmålene fra NAV kan dreie seg om diagnostiske avklaringer eller spørsmål om hvilke behandlingsplaner som foreligger. Noen ganger kan det være uklart hva som er en gjengivelse av pasientens historie og hva som er legens vurderinger. Oppfølging av helseskadelig livsstil og egentreningstiltak er også eksempler på problemstillinger som NAV kan etterspørre.

Etter min erfaring vil tilleggsspørsmål fra NAV oftest dreie seg om hvorvidt en mer aktiviserende rehabiliteringsprosess kan være aktuelt, så som mestringskurs, henvisning til medisinske/yrkesrettede rehabiliteringsinstitusjoner, eller eventuelt bruk av «Raske tilbake»-tiltak der det anføres lange ventetider. Det er ikke intensjonen at tilleggsspørsmål fra NAV skal avstedkomme unødig bruk av begrensede medisinske ressurser, verken i første- eller annenlinjetjenesten. Fastleger og NAV har en felles interesse i at medisinske ressurser blir brukt rasjonelt slik at ventetid for nødvendig utredning og behandling blir så kort som mulig.

NAV sitt samfunnsoppdrag er å lete etter mulighet for at pasienten kan komme seg ut i arbeid, når dette er mulig. For NAV handler det altså ikke først og fremst om i hvilken grad pasienten er syk (selv om NAV også trenger å vite nok om pasientens sykdom!) men i hvilken grad det foreligger funksjons-/arbeidsevne som kan utnyttes i arbeidslivet. I NAV sitt arbeid med å hjelpe brukeren til å finne balansen mellom jobbkrav som stilles og hensyntagen til de opplevde helsebegrensningene, er fastlegene en viktig premissleverandør. Både fastleger og NAV har et felles mål om å bidra til økt mestring for den enkelte. Når NAV nå vektlegger mer kvalitet i oppfølgingen av personer med helserelaterte ytelser, er det naturlig at det trengs kommunikasjon for at aktørene omkring den sykmeldte skal forstå hverandre i arbeidet med å støtte den sykmeldte. Søndenas artikkel viser at kommunikasjonen mellom NAV og fastleger kan bli bedre på dette området. Retningslinjene i NAV for samhandlingen med fastlegene løfter fram fastlegenes sentrale rolle – kan hende ligger praksis noe etter. Er fastlegens tause kunnskap intet verdt? spør Mona Søndena. Jo, NAV anerkjenner fastlegens kunnskap og erfaring, også den tause – men den siste trenger NAV noen ganger å få formulert/utdypet gjennom tilleggsspørsmål.

Avslutningsvis oppfordrer jeg fastlegekolleger til å delta på samarbeidsmøter med NAV og bli enig om hvordan man kan nå hverandre i en travel hverdag – gjennom utveksling av epostadresser og telefonnummer. Andre kontaktkanaler er dialogmeldinger og behandlertelefonen i NAV: tlf. 55 55 33 36.

RAGNHILD JORDET  
rådgivende overlege i NAV Hedmark, spesialist i allmennmedisin