

Leif E. Moland

Med legene på laget

**Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes
rolle i et inkluderende arbeidsliv**

Arbeidsnotat 6 i Følgeforskning Inkluderende arbeidsliv

Leif E. Moland

Med legene på laget

Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv

Arbeidsnotat 6 i Følgeforskning Inkluderende arbeidsliv

© Fafo 2005
ISSN 0804-5135

Forord

Rikstrygdeverket har siden 2001 hatt i oppdrag fra regjeringen å bistå partene i arbeidslivet med å realisere målene i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA). På få år har trygdeetaten bygd kompetansesentre i hvert fylke (arbeidslivssentrene) og gjennomført et omfattende opplæringsprogram for flere tusen ansatte. Etaten fremstår etter hvert som et solid og kompetent lag, i stand til å støtte arbeidslivet i innsatsen for å redusere sykefraværet og inkludere og ta vare på arbeidskraft med redusert arbeidsevne. Men om aktiviteten har vært stor og de berørte har vært tilfredse med innsatsen, så har resultatene i stor målestokk latt vente på seg. Høsten 2004 kunne RTV endelig presentere sykemeldingstall som gir grunn til optimisme.

Med en sammenlikning fra idretten kan en si at ”IA-laget”s kondisjon, styrke og tekniske ferdigheter på disse årene har nådd et bra nivå. Laget har imidlertid inntil nylig manglet avslutteren; det være seg spurteren som avgjør en stafett lagkameratene har lagt grunnarbeidet for, eller spissen som setter ballen i mål etter solid forsvarsspill og godt forarbeid på midtbanen.

I 2004 har sportsdirektøren gått sammen med legene for å styrke laget ytterligere. Undertegnede har fulgt den delen av legestanden som er blitt spurt om å være med på laget og som har takket ja til treningstilbudet. Legen har fått en sentral plass på laget og fyller sin rolle som avslutter. I seierens stund er det gjerne avslutteren som får oppmerksomheten. Berettiget eller uberettiget kritikk for passivitet er glemt. Nå ser sportsdirektøren fremover. Samarbeidet har gitt frukter og bør følges opp. Kanskje finnes det også et potensial for å nå ytterligere høyder?

I forbindelse med evalueringen har jeg hatt stort utbytte av samarbeidet med Vigdis Solheim i Rikstrygdeverket (RTV) og Kjartan Olafsson fra Alment praktiserende lægers forening (APLF) som har utviklet og drevet fram Fagutviklingsprogrammet. Takk til dere og til Kjell Maartmann-Moe i APLF, Tone Mørk i RTV og mine kolleger Hanne Bogen og Eivind Falkum ved Fafo for innsiktsfulle kommentarer i skrivefasen. Jeg vil også takke Peter Hjort som var sentral for RTV i programmets startfase og representanter for trygdeetaten og APLF i fylkene for den imøtekommenhet dere har vist.

Leif E. Moland
Fafo, 28.01.05

Innhold

Forord	3
Sammendrag.....	7
Målgruppe, faglige mål og arrangørsamarbeid	7
Fagutviklingsprogrammets faser	8
Programmets faglige innhold, samarbeid og videreføring	8
Til 1: Fagutviklingsprogrammets forankring	8
Til 2: Programmets faglige mål.....	9
Til 3: Oppslutning.....	9
Til 4: Samarbeid mellom leger og trygdeetat.....	10
Til 5: Noen utfordringer i forhold til videreføring	10
Innledning.....	12
Bakgrunn.....	12
Faglige mål for programmet.....	13
Målgruppe for programmet	13
Samarbeid mellom RTV og DNLF/APLF.....	14
Metode for utvikling og gjennomføring av programmet.....	14
Mål på suksess	14
Problemstillinger og følgeforskningens fokus	15
Noen spørsmål som blir belyst.....	16
Datagrunnlag	17
Gjennomføring av programmet.....	17
Fase 1: Planlegging, sentral forankring og utarbeiding av programutkast.	18
Sentral forankring og samspill med Ot.prp.nr.48 (20032004)	18
Et samarbeidsprosjekt mellom RTV og DNLF/APLF	19
Samarbeid og fagutvikling versus informasjonskampanje fra myndighetene.....	19
To hovedsamlinger pluss mellomaktiviteter i hvert fylke.....	21
"inspirerte leger" eller trygdebyråkrater i førersetet?	21
Samarbeid og dialog	22
Faglig innhold	24
Fase 2: Presentasjon av programmet, politisk støtte og regional forankring	25
Nasjonal kick-off-samling	25
Fase 3: Første regionale fellessamling	27
Planlegging og pilotforsøk i Nord-Trøndelag.....	27
Første fellessamling – fylke 1	31
Første fellessamling – fylke 2	31
Fase 4: Mellomaktiviteter	32
Mellomaktivitet 1 – Arbeidsplassen	32
Mellomaktivitet 2 – Trygdeetaten som bistandsaktør	33

Mellomaktivitet 3 – Legerollen	34
Fase 5: Andre fellessamling.....	36
Det faktiske, faglige innholdet på møtene	38
Pasientens beskytter, men mot hva? (til aktivitet eller passivitet? – en del av funksjonsvurderingen).....	39
Vurdering av arbeidsevne og riktig gradering, kunnskap om arbeidsplassen.....	39
Taushetsplikt og behov for kommunikasjon med arbeidsgiver	40
Når pasienten sier seg sykere enn hva faglige indikasjoner tilsier	41
Legene og de andre bistandsaktørene.....	42
Blanketten som virkemiddel	43
IA-arbeid bare for store virksomheter?	43
Samarbeid, faglig innhold, mulige resultater og veien videre.....	44
Nøkkelpersoner om de ulike aktørene i programmet.....	44
Akkumulert og videreformidlet erfaring	44
Programmets samarbeidsform.....	46
RTV om samarbeidsformen	46
APLF om samarbeidsformen	46
Deltakende leger om samarbeidsformen	47
Hva sier programmets målgruppe?	48
Mulige resultater	48
Mulig resultat: De deltakende legene er blitt mer positive til IA-arbeidet	48
Også endret atferd?	50
Om oppmøte og veien videre	52
Oppfølging er viktig. Tre målgrupper skiller seg ut.....	54
Oppfølging er viktig, men hvordan?.....	54
Veien videre.....	56

Sammendrag

Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA) ble undertegnet av myndighetene og partene i arbeidslivet 03.10.01. Trygdeetaten har siden da hatt i oppgave å bistå virksomheter i arbeidslivet med å nå målene i intensjonsavtalen. I løpet av de drøyt tre årene som har gått, har trygdeetaten opprettet egne arbeidslivssentre og arrangert en rekke konferanser og utviklingsprogrammer internt (arbeidslivssenter, trygdekontor, fylkestrygdekontor og hjelpemiddelsentraler). Trygdeetaten har gått sammen med Den norske lægeforening om å utvikle og gjennomføre et landsomfattende fagutviklingsprogram for allmennpraktiserende leger. Programmet vil i hovedsak bli gjennomført høsten 2004 og vinteren 2005.

Fafo er bedt om å evaluere to forhold, nemlig samarbeidet mellom trygdeetaten og Legeforeningen og programmets betydning for å trekke legene tettere inn i den samlede innsatsen for et inkluderende arbeidsliv.

Målgruppe, faglige mål og arrangørsamarbeid

Fagutviklingsprogrammets hovedmålgruppe er allmennlegene, til forskjell fra for eksempel bedriftsleger, sykehusleger og andre medisinere i 2.-linjetjenesten. Programmet har som overordnet mål å trekke legene sterkere inn i et helhetlig og målrettet arbeid for et inkluderende arbeidsliv. Programmet har som ambisjon å informere legene om IA og dets virkemidler samt å påvirke deres holdninger og atferd slik at de motiverer og gir arbeidstakere trygghet til å være i aktivitet, understøtter dialogen og funksjonsvurderingsprosessen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og formidler kontakt til relevante fagmiljøer innen forebygging og rehabilitering.

Fagutviklingsprogrammet vil være en suksess alt etter som det evner å nå ut til målgruppen, å få gjennomslag hos legene for programmets mål og å styrke samarbeidsrelasjonen mellom trygdeetaten og legene sentralt og lokalt. Det er for tidlig å bruke trygdestatistikk for å evaluere eventuelle effekter av programmet. Vi har imidlertid tilstrekkelig materiale til å:

1. bedømme hvordan programmets mål og innhold er forankret i og følger opp Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, Trygdeetatens Mål og prioriteringer for 2004 og sentrale føringer i Ot.prp. nr. 48 (2003–2004)
2. beskrive hvordan gjennomføringen av programmet har avspeilet målene som er satt for programmet. Det vil si informasjon og diskusjon som kan bidra til at behandlende lege
 - a. motiverer og gir arbeidstakere trygghet til å være i aktivitet
 - b. understøtter dialogen og funksjonsvurderingsprosessen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver
 - c. formidler kontakt til relevante fagmiljøer innen forebygging og rehabilitering
3. bedømme om målgruppen for programmet er nådd
4. beskrive samarbeidet mellom leger og trygdeetat
5. peke på noen utfordringer i forhold til videreføring

Fagutviklingsprogrammets faser

Utviklingen og gjennomføringen av programmet kan deles inn i fem faser. Disse er:

- o *Planlegging: Sentral forankring og utarbeiding av programutkast.* Arbeidet ble samkjørt med det som skulle bli Ot.prp. nr. 48 (2003–2004). En arbeidsgruppe bestående av representanter fra Rikstrygdeverket og Alment praktiserende lægers forening (APLF) utarbeider programinnholdet.
- o *Presentasjon av programmet, politisk støtte og regional forankring.* Kick-off-samling på Gardermoen 26.04.04.
- o *Forberedelse og gjennomføring av Samling 1.* Pilotsamlinger holdes i Nord-Trøndelag. Erfaringer herfra tas med i fortsettelsen. Ordinære samlinger holdes deretter i de andre fylkene. Tema: Informasjon om IA og trygdeetatens og legenes roller som bistandsaktør for den funksjonsvurdering og tilrettelegging som skal foregå på arbeidsplassen. APLFs representant i arbeidsgruppen sikrer gjennom sin rolle som foredragsskribent og -holder et enhetlig trygdemedisinsk budskap og at erfaringer fra den fasen trekkes med i de to neste.
- o *Forberedelse og gjennomføring av mellomaktiviteter.* Arrangeres som mindre samlinger ved utvalgte IA-virksomheter, på trygdekontorene og ved legekantor. Legene får god anledning til å ta opp spørsmål med representanter for arbeidslivet og trygdeetaten.
- o *Forberedelse og gjennomføring av Samling 2.* Samme opplegg som Samling 1, men består først og fremst av diskusjoner rundt utvalgte pasientcase. Her deltar både leger og representanter for de fleste aktører med ansvar for områder som kan ha relevans for IA-arbeidet. Fungerer som en overgripende versjon og videreføring av mellomaktivitetene.

Programmets faglige innhold, samarbeid og videreføring

Til 1: Fagutviklingsprogrammets forankring

Med utgangspunkt i *evalueringen av IA-arbeidet fram til 2003* og *partenes erklæring* om videreføring formuleres en videreføring av IA-innsatsen i *Trygdeetatens Mål og prioriteringer* for 2004. Her heter det blant annet at kjernen i arbeidet skal være vurdering av funksjon og arbeidsmuligheter i møte med brukeren, ikke bare på legekantoret, men også på arbeidsplassen i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Trygdeetaten, leger og andre vil være hjelpeaktører i arbeidet med å forebygge og hindre unødvendig fravær fra arbeidsplassen. *Fagutviklingsprogrammet* og *odelstingsproposisjonen* blir to virkemidler i dette arbeidet. Nyhetene i odelstingsproposisjonen får dessuten en sentral plass i Fagutviklingsprogrammet. Dette har utvilsomt gjort programmet svært matnyttig for legene og antakelig bidratt til at programmet ble tilstrekkelig praktisk. Fagutviklingsprogrammet inngår med andre ord i en velbegrunnet og strategisk satsing.

Til 2: Programmets faglige mål

Samlingene har vært rettet mot legens rolle, først og fremst i møtet med pasienten, og der- nest i forhold til arbeidsplass og bistandsapparat. Dette er dels gjort gjennom en overordnet beskrivelse av aktørenes roller i et IA-perspektiv og dels gjennom praktiske øvelser for å anvende ”den rette lære” og nye virkemidler. Programmet har gitt deltakerne ny trygdefaglig kunnskap og imøtekommet legenes tidvis store behov for faglige avklaringer og praktisk håndtering av konkrete saker.

Programmets delmål a) om at legene skal *motivere og gi arbeidstakere trygghet til å være i aktivi- tet* treffer legenes hverdag svært godt. Myndighetene ønskes ”velkommen etter” når de gjen- nom IA lanserer virkemidler til å håndtere situasjoner der pasienter etter legens mening bur- de kunne stille på jobb dersom forholdene blir tilrettelagt.

Vel forsikret om at de fortsatt er pasientens forsvarere, har legene blitt med på program- mets delmål b) om å *understøtte dialogen og funksjonsvurderingsprosessen* mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Her har både spørsmålet om taushetsplikt, legens rolle som pasientens forsvar- er i et ”brutalt arbeidsliv” og bruken av den nye blanketten for medisinsk vurdering av ar- beidsmulighet ved sykdom stått sentralt. Vanskeligere enn dette har spørsmålet om mulighe- ter for en god dialog med arbeidsplassen vært. Hvor ofte skal den føres, med hvem og hvordan?

Legene har gjennom IA-perpektivet fått økt forståelse for arbeidsplassens rolle i syke- fraværssituasjoner og de har fått konkrete hjelpemidler som støtter opp om at løsninger skal finnes der. De er særlig positive til paragraf 2.11.1¹ på den nye blanketten for medisinsk vur- dering av arbeidsmulighet ved sykdom. Her har de fått et kommunikasjonsverktøy i forhold til arbeidsgiver og trygdeetat, og et evalueringsverktøy ved pasientkonsultasjon om forleng- else av sykemelding. Legene etterlyser imidlertid bedre tilbakemeldinger fra både arbeids- plass og trygdekontor.

Programmets delmål c) om at *legene skal formidle kontakt til relevante fagmiljøer* innen forebyg- ging og rehabilitering, har stått på programmets siste punkt. Dette har blitt aktualisert i en- kelte casediskusjoner i Samling 2. Det er mulig dette har fått for liten plass. Programmet har lagt stor vekt på legenes dialog med trygdeetaten og arbeidsgivere, mens andre fagmiljøer har hatt en perifer plass. Ikke minst har arbeidslivssentrene hatt en beskjeden plass. Men det er kanskje ikke så rart siden disse jobber mot arbeidsplassen, et sted legene nødvendig vil være.

Alt i alt har legene fått en innføring i hvordan dagens trygdeapparat har tatt mål av seg til å jobbe mer proaktivt mot arbeidslivet og til et tettere samarbeid med legene. Forventninger er skapt og fallhøyden er betydelig dersom trygdeetaten ikke følger opp.

Til 3: Oppslutning

Cirka halvparten av allmennlegene har deltatt på første fellessamling. De fleste fylkene har hatt en oppslutning på mellom 45 og 60 prosent. Fylker og trygdekontor som har jobbet mye med rekruttering, har fått uttelling i form av god oppslutning om programmet fra sine leger.

¹ Legen kan skrive ut sykefravær for en periode, men samtidig si fra til trygdekontoret/arbeidsgiveren dersom det ikke er ”tungtveiende medisinske eller behandlingsmessige årsaker til at personen ikke kan være i arbeids- relatert aktivitet”.

For hver samling er legene bedt om å fylle ut et evalueringsskjema. Svarprosenten på dette er overveiende svært lav, og vi kjenner kun til en del av besvarelsene. Karakterene vi har sett, er til gjengjeld ganske høye. På en skala fra 1 til 10 der 10 er mest positivt, gir et flertall karakteren 6, 7 og 8, litt avhengig av aktivitet.

Til 4: Samarbeid mellom leger og trygdeetat

Samarbeidet mellom leger og trygdeetat foregår mellom sentrale institusjoner, mellom regionale/lokale institusjoner og mellom individ (lege) og lokal institusjon. Samarbeidet kan være av overordnet faglig eller økonomisk karakter, om enkelttilfeller eller som i dette tilfelle, et fagutviklingsprogram.

Samarbeid om Fagutviklingsprogrammet har vært et mål i seg selv, både sentralt og lokalt, primært for at programmet skal bli best mulig. For det første har RTV ønsket at trygdeetaten og legene skulle samarbeide om utformingen av programmets innhold og form. For det andre har både RTV og DNLF/APLF lagt stor vekt på at innholdet skulle ta utgangspunkt i legenes hverdag og at legene skulle være aktive i gjennomføringen av programmet. Dette har en lykkes godt med.

Samarbeidet om dette ene programmet representerer samtidig en mulighet for å styrke det fremtidige samarbeidet mellom legene og trygdeetaten på helt andre områder. Lokalt har en fått et grunnlag for et styrket samarbeid både mellom institusjonene på fylkesnivå og mellom den enkelte lege og dennes trygdekontor. Det siste vil i så fall være en del av målsettingen for selve programmet. APLF og fylkestyrgdekontorene har i enkelte fylker allerede lagt planer for oppfølging i 2005. Samarbeidet mellom leger og trygdekontor har utvilsomt fått et løft i en rekke kommuner, ikke minst som følge av mellomaktiviteter og enkelte trygdekontors innsats i forhold til hele Fagutviklingsprogrammet.

Sentralt har samarbeidet mellom RTV og DNLF/APLF om Fagutviklingsprogrammet gitt erfaringer som karakteriseres som utfordrende, vanskelige, stimulerende og nyttige. Det er to svært ulike organisasjoner som har samarbeidet, to organisasjoner som er vant til å forhandle om tjenesteleveranser og pris, og som nå er blitt kjent med andre sider ved hverandres organisasjon. Denne gangen har de samarbeidet om et samfunnsmessig mål der virkemidlet har vært faglig utvikling av legene og styrking av deres plass i "IA-tjenestekjeden". I dette tilfelle har APLF bidratt til å utvikle og gjennomføre et program og skape en oppslutning som RTV neppe hadde klart alene. Erfaringene fra dette samarbeidsprosjektet bør kunne brukes til å videreutvikle samarbeidet mellom RTV og DNLF/APLF.

Til 5: Noen utfordringer i forhold til videreføring

Samtlige involverte ønsker å videreføre og styrke samarbeidet mellom trygdeetaten og legene. Hos APLF sentralt og i RTV legges det stor vekt på å utvikle permanente strukturer for det videre samarbeidet. De mener at det ønskede samarbeidet kan komme på plass med den plattformen Fagutviklingsprogrammet allerede har gitt og ser ikke for seg flere versjoner av Fagutviklingsprogrammet. De som har jobbet med Fagutviklingsprogrammet fra APLFs side, er enige i dette, men tilføyer at videreføringen av erfaringene fra Fagutviklingsprogrammet også må inneholde opplæringstilbud både til de legene som har deltatt i programmet og til aktuelle leger som ikke har deltatt. Samtidig foreslår de en enklere samling av permanent karakter der trygdeetat og alle primærleger kan møtes.

Da en valgte å gjennomføre et fagutviklingsprogram til forskjell fra en informasjonskampanje eller et opplæringsprogram, ble det markert at legene skulle være med å utvikle ”den nye legerollen” til forskjell fra å tilpasse seg et dekret fra trygdeetaten. Nå har cirka halvparten av allmennpraktikerne vært med på dette. En kan dermed si at legestanden har vært med å utforme ”den nye legerollen”. Spørsmålet er imidlertid om resten av de sykemeldingsskrivende legene bør gjennom et tilsvarende program eller om de kan klare seg med mindre.

DNLF ønsket opprinnelig en enkel informasjonskampanje. APLF og RTV mente at IA-spørsmålet ville gripe så dypt inn i legerollen at en måtte jobbe fram et mer omfattende opplegg. Basert på tilbakemeldinger fra deltakere og programansvarlige har det vært behov for et omfattende program. Spørsmålet, slik Fafo ser det, er om det er rimelig at noe som griper så dypt inn i legerollen at et omfattende program er nødvendig for å gi kunnskap og skape forståelse hos legene, bare var nødvendig for dem som deltok frivillig. Skal da den andre halvparten klare seg med positiv smitte fra dem som har deltatt? I så fall vil det antakelig ta lang tid før hele legestanden inngår i ”IA-teamet”.²

Målet er at samtlige leger, på profesjonelt vis skal anvende tankegods og virkemidler fra IA-konseptet slik at en kan unngå at det oppstår et A-lag og et B-lag blant legene. Hvorvidt leger som ikke har deltatt i programmet, ved hjelp av enklere midler vil tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og internalisere de samme holdninger til IA-deltakelse som en forventer fra deltakerne, vil sykefraværstallene for 1. kvartal 2005 kunne gi en pekepinn om.³

Tre forhold må avklares og finne sin utforming:

- o For det første må de behov for videre kunnskapsutvikling og samarbeid som er uttrykt gjennom programmet, følges opp. Dette utgjør ”den normale videreføringen” som skal inn i permanente former og som må rettes mot alle allmennpraktikere.
- o For det andre må en vurdere om og hvordan en eventuelt skal følge opp de allmennpraktikerne som ikke har vært med i programmet særskilt. Det er grunn til å tro at leger som ikke har deltatt i programmet, utfordres av de samme spørsmålene som har opptatt leger som har deltatt. Lar disse seg håndtere på en god måte uten at det settes av tilstrekkelig tid?
- o For det tredje må en vurdere hvilke tiltak som bør rettes inn mot den siste gruppen av sykemeldingsskrivende leger som ikke har vært med i programmet. Her tenker vi først og fremst på sykehusleger. Disse vil trenge et eget opplegg. Siden de ikke er primærleger, vil en kort samling antakelig være tilstrekkelig.

² Leger vi har snakket med er ikke fremmede for en ide om å styrke trygdemedisinens plass i legenes kvalifiseringsprogram. Fra trygdehold ser en et forslag om å styrke trygdemedisinen gjennom kravformuleringer i fastlegeavtalen som en mulig, men ikke aktuell problemstilling per i dag.

³ Dette forutsetter at sykefraværstallene kan brytes ned på trygdekontornivå slik at en kan sammenlikne trygdekontor med høy deltakelse med trygdekontor med lav deltakelse. Mer nøyaktig ville det selvsagt bli dersom en kunne sammenlikne sykemeldingspraksisen hos leger som har deltatt i programmet, med leger som ikke har deltatt.

Med litt avstand til selve Fagutviklingsprogrammet fremstår samarbeidet mellom RTV og APLF på flere nivåer i selv som fornyende og særlig løfterikt med sikte på videre utvikling av et helhetlig tjenestetilbud til arbeidstakere (pasienter) og arbeidsgivere. Programmet fremstår også som et eksempel til etterfølgelse på andre områder.

Innledning

Bakgrunn

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA) ble undertegnet av myndighetene og partene i arbeidslivet 03.10.01. Trygdeetaten har siden da hatt i oppgave å bistå virksomheter i arbeidslivet med å nå målene i intensjonsavtalen.⁴ Trygdeetatens innsats for å styrke enkeltmenneskets plass i arbeidslivet inngår derfor nå som en av etatens hovedoppgaver.⁵ For å bidra til dette har etaten de siste årene utviklet seg fra å være en ganske rendyrket forvaltningsenhet med oppgave å sikre enkeltindividene korrekte og rettferdige trygdeytelser, til også å bli en tjeneste- og kompetanseorganisasjon. Arbeidet med IA er i dag et område der utvikling av etaten som tjenesteleverandør har hatt stort omfang. Gjennom arbeidslivssentrene i hvert fylke yter trygdeetaten tjenester til virksomheter som jobber med en eller flere av målsettingene i Intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv.

”Flere i arbeid og færre på trygd gjennom et inkluderende arbeid” fremstår for tiden som et av etatens viktigste satsingsområder. I tilknytning til dette er en rekke aktører involvert.⁶ I de årene Prosjektet for inkluderende arbeidsliv har vært operativt, har innsatsen for å etablere arbeidslivssentrene som kompetanse- og tjenesteenhet og dernest trekke med aktører som bør inngå i en sammenhengende og samarbeidende tjenestekjede for å nå målsettingene om et inkluderende arbeidsliv, hatt første prioritet. Det har vært arrangert en rekke konferanser og programmer for å trekke trygdekontor, fylkesttrygdekontor og hjelpemiddelsentraler inn i arbeidet.⁷ Nå var turen kommet til legene. Trygdeetaten har derfor gått sammen med Den norske lægeforening om å utvikle og gjennomføre et landsomfattende fagutviklingsprogram for allmennpraktiserende leger og det ble bestemt at programmet skal gjennomføres høsten 2004 og vinteren 2005. Programmet er ett av flere virkemidler for å nå trygdeetatens mål for 2004. I mål- og prioriteringsdokumentet for 2004 heter det blant annet:

⁴ Mer om avtalen kan leses på trygdeetatens hjemmeside:
<http://www.trygdeetaten.no/Arbeidsliv/pdf/intensjonsavtale.pdf>

⁵ ”Trygdeetatens hovedoppgave er å hindre utstøting og utestenging fra arbeidslivet og sikre enkeltmenneskers rettigheter i forhold til folketrygden og de andre ordninger trygdeetaten forvalter.” (Mål og prioriteringer for 2004)

⁶ Partene i arbeidslivet, ledelse og tillitsvalgte i virksomheter, bedriftshelsetjeneste, trygdekontor, arbeidslivssenter, hjelpemiddelsentral, leger, Aetat med flere.

⁷ Disse programmene er kort beskrevet i Bogen, Hanne: ”Vi kan alltid rope på’n Per”. Fafo 2005

”Intensjonsavtalen gjør funksjonsevne til et nøkkelbegrep i vurderingen av den enkeltes arbeidsevne. Hensikten er å finne riktige tiltak i arbeidslivet. Trygdeetaten vil i 2004 legge økt vekt på funksjonsvurderinger som en tilnærming i arbeidet med å forebygge og hindre unødvendig fravær fra arbeidsplassen. Det legges opp til at funksjon og arbeidsmuligheter skal være tema i møte med brukeren, både på arbeidsplassen i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, i etatens egen veiledning og saksbehandling, og fra behandlende leges side. Trygdeetaten, leger og andre vil være hjelpeaktører. Det vil bli arbeidet videre med å utvikle virkemidler og miljøer som kan bidra inn i funksjonsvurderinger. Det er innen området også en utfordring knyttet til legenes rolle, noe det vil bli arbeidet videre med, jf. også partenes erklæring.” (side 5 i Trygdeetatens Mål og prioriteringer for 2004)

”Ha styrket og konsolidert samarbeidet med Intensjonsavtalens sentrale parter, Aetat, Legeforeningen, brukerorganisasjoner, Senter for seniorpolitikk o.a.” (side 11 samme sted)

Faglige mål for programmet

IA-arbeidet lå ved oppstarten av programmet langt etter målsettingen og myndighetene så at målene i avtalen ikke vil bli nådd uten aktiv deltakelse fra legenes side. Dette har myndighetene gitt uttrykk for blant annet gjennom kritikk av legenes sykemeldingspraksis og utspill som av legene kunne tolkes som angrep på grunnleggende verdier i legenes profesjonsutøvelse.⁸ Gjennom Fagutviklingsprogrammet har ønsket om å trekke legene mer aktivt inn i IA-arbeidet kommet fram på en annen og mer konstruktiv måte. Fagutviklingsprogrammet har som overordnet mål å trekke legene sterkere inn i et helhetlig og målrettet arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv. Programmet legger på den ene side til grunn at arbeidsplassen er viktigste arena for IA-arbeidet, det vil si for håndtering av spørsmål knyttet til arbeidsevne, og på den annen side at legene (sammen med flere andre) har en viktig rolle som bistandsaktør i samspelet med arbeidstaker og arbeidsgiver. Det har som ambisjon å informere legene og påvirke deres holdninger og atferd slik at behandlende lege:

- a) motiverer og gir arbeidstakere trygghet til å være i aktivitet
- b) understøtter dialogen og funksjonsvurderingsprosessen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og
- c) formidler kontakt til relevante fagmiljøer innen forebygging og rehabilitering⁹

Målgruppe for programmet

Fagutviklingsprogrammets hovedmålgruppe er allmennlegene. En kunne ha tenkt seg å ha tatt med både bedriftsleger, sykehusleger og andre medisinere i 2.-linjetjenesten. Men i den-

⁸ Utdypes lenger ut i rapporten.

⁹ Prosjektplan for Prosjekt for inkluderende arbeidsliv, versjon 0.3 datert 03.03.04.

ne omgang har en valgt leger med primærkontakt med pasienter. ”Endrings- og utviklingsarbeidet retter seg mot de behandlende legene (fastlegene/primærlegene) og deres samhandling med IA-virksomhetene og virksomhetenes kontaktpersoner/team i trygdeetaten.” (Prosjektplan, ref. note 3) Trygdeetaten har ikke satt noe tall på hvor mange leger de tar sikte på å nå direkte gjennom dette programmet. Den norske lægeforenings president sier i et foredrag 26.04.04 at det er et mål å ”nå de fleste allmennleger i løpet av året”.

Samarbeid mellom RTV og DNLF/APLF

Det er første gang Rikstrygdeverket (RTV) og Den norske lægeforening (DNLF)/Alment praktiserende lægers forening (APLF) går sammen om et samarbeidsprosjekt av denne typen. Det er derfor et selvstendig tema for evalueringen å beskrive hvordan samarbeidet har forløpt.

Metode for utvikling og gjennomføring av programmet

To forhold har stått sentralt i arbeidet med Fagutviklingsprogrammet. For det første har en ønsket at trygdeetaten og legene skulle samarbeide om utformingen av programmets innhold og form. For det andre har det vært lagt stor vekt på at innholdet skulle ta utgangspunkt i legenes hverdag og at legene skulle være aktive i gjennomføringen av programmet.

I prosjektplanene legges det opp til at ”endrings- og utviklingsarbeidet overfor legene gjennomføres som et fagutviklingsprogram. Programmet utvikles i prosess med Den norske lægeforening og andre berørte parter, og forankres på fylkesnivå i form av to samlinger med lokal samhandling i mellomperioden.” RTV har tidligere gode erfaringer med å bruke et fagutviklingsprogramkonsept i forbindelse med større endringer av oppgaver, roller og kompetanse. Dette er beskrevet i Metodehefte for Trygdekontorprogrammet 2003. IA6.9.1-017.03:

”Det ble valgt et *fagutviklingsprogramkonsept* som endrings- og utviklingsverktøy. Dette var fordi et fagutviklingsprogram spesielt er egnet ved større endringer av oppgaver, roller og kompetanse. Videre er et fagutviklingsprogram spesielt godt egnet for etablering av felles plattform, felles verdigrunnlag og felles forståelse for de oppgaver som skal gjøres. Det var et poeng at programmet skulle gi etatens oppgaveløsning i forhold til IA et enhetlig preg.

Et fagutviklingsprogram handler om kompetanseutvikling mer enn kompetanseoverføring. Hovedvekten ligger på forståelse av egen rolle, verdier og holdninger og ikke detaljer og ferdigheter. Endring av yrkesutøvelsen og nytenkning i forhold til eget arbeid krever dialog og refleksjon over egen praksis. Det betyr at tidsperspektivet er avgjørende når man skal realisere en ny rolleutforming. Et annet viktig aspekt ved fagutviklingsprogramkonseptet er forpliktende deltakelse. Deltakerne må aktivt gå inn i videreutviklingen av sin egen rolle.”

Mål på suksess

Fagutviklingsprogrammet vil være en suksess alt etter som i hvilken grad en har oppnådd:

- å nå ut til målgruppen

- å få gjennomslag hos legene for programmets mål (punktene a–c over)
- å styrke samarbeidsrelasjonen mellom trygdeetaten og legene sentralt og lokalt

Problemstillinger og følgeforskningens fokus

Fafo har vært engasjert av RTV som følgeforskere for Prosjekt for inkluderende arbeidsliv siden 2002. Følgeforskning gir fortløpende rapporteringer i en større prosjektprosess i stedet for å evaluere prosjekthåndteringen i etterhånd. Vår følgeforskning har primært vært en prosessevaluering og ikke en effektevaluering. Det vil si at vi fremfor å dokumentere i hvilken grad IA-avtalens mål blir oppfylt, har vurdert den organisasjonen trygdeetaten har bygd opp for å ivareta sitt IA-mandat. Temaene for følgeforskningen har variert fra år til år, avhengig av hvilke områder RTV har ønsket belyst.¹⁰

Fafo er nå bedt om å gjennomføre en enkel følgeforskning av Fagutviklingsprogrammet for leger. Denne rapporten skrives på et tidspunkt da gjennomføringen av programmet er kommet noe over halvveis. Vi kommer derfor ikke til å kunne si noe om eventuelle varige effekter. I denne rapporten vil vi beskrive prosessen og innholdet i Fagutviklingsprogrammet ut fra to siktemål:

1. Det ene er å beskrive samarbeidet mellom trygdeetaten og Legeforeningen. Her kan en også se om programmet virker positivt inn på forholdet mellom utøvende leger og trygdekontor/fylkestrygdekontor og vice versa.
2. Det andre er å beskrive innholdet i Fagutviklingsprogrammet opp mot intensjonen om å trekke legene sterkere inn i en tverrfaglig og tverrinstitusjonell innsats for et inkluderende arbeidsliv. (Herunder vil også legenes oppfatning av sitt samfunnsansvar kunne trekkes inn.) Det viktigste spørsmålet vil være om programmet tar opp a) hvordan behandlende lege kan motivere og gi arbeidstakere trygghet til å være i aktivitet og b) hvordan legene kan understøtte dialogen og funksjonsvurderingsprosessen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Følgeforskningen kunne da ideelt sett på i) utviklingen av programopplegget, ii) programgjennomføringen, iii) innholdet i programmet, iv) oppslutning om programmet, v) resultater av programmet i form av eventuelle endringer i deltakende legers forståelse og praktisering av sin rolle i et inkluderende arbeidsliv, vi) innspill fra legene til IA-spørsmålet og vii) konsekvensene for IA-arbeidet av myndighetenes nye krav formulert i Ot.prp. nr. 48 (2003–

¹⁰ Fafos følgeforskning av Prosjektet for inkluderende arbeidsliv i 2004 er beskrevet i et prosjektnotat av 23.03.04. Fafos arbeid inneværende år er delt inn i fem delprosjekter. Disse er henholdsvis Aktivitetsprogrammet, Teamutviklingsprogrammet, Legeprogrammet, Hva er arbeid? og Forum for inkluderende arbeidsliv.

2004).¹¹ I denne begrensede evalueringen og på dette tidspunktet i programprosessen vil vi kunne si mest om de fire første punktene. Vi beskriver Fagutviklingsprogrammets intensjoner, den praktiske gjennomføringen slik den fremstår høsten 2004 og sider ved det faglige innholdet i henhold til avsnittet over. Dette gjøres ved å beskrive og vurdere:

- det praktiske og faglige innholdet i skriftlige kilder som omtaler mål og innhold for programmet
- det praktiske og faglige innholdet i gjennomføringen av programmet høsten 2004
- hvilke aktører som har bidratt til programmet og utviklingen av dette. Hvilke endringer er foretatt underveis og hvorfor?
- sterke og svake sider ved programmet, programutviklingen og programgjennomføringen sett i lys av programmets hensikt
- innspill til hvordan innsatsen for å trekke legene mer inn i IA-arbeidet kan videreføres

Noen spørsmål som blir belyst

Noen konkrete spørsmål som tas opp, er:

- Samarbeidet mellom legene og trygdeetaten sentralt og lokalt
- Valget av utviklingsprogram i stedet for informasjonskampanje/opplæringsprogram
- Hvordan legerollen eventuelt blir utfordret av programmet
- Programmets håndtering av målsettinger som at legen skal:
 - gi medisinsk begrunnelse for aktivitet (gi pasienten trygghet)
 - gi funksjonsvurdering og ikke bare diagnose
 - være støttespiller for prosessen på arbeidsplassen
 - formidle kontakt til andre behandlingsmiljøer
- Hvordan programmet har ivaretatt relasjonen mellom legene, trygdeetaten og andre aktuelle instanser

¹¹ For legeprogrammet er særlig følgende punkter i odelstingsproposisjonen særlig aktuelle: 1) Innføring av aktivitetskrav senest innen åtte uker for å få rett til sykepenger (med unntaksmuligheter). 2) Måltrettet bruk av aktiv sykemelding – krav til bruk av gradert sykemelding der den sykemeldte delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver. 3) Begrensning av perioden med aktiv sykemelding til henholdsvis fire og åtte uker. 4) Særskilt dokumentasjon ved lege senest etter åtte uker hvis ikke arbeidsrelatert aktivitet er i gang. 5) Plikt til å medvirke til at funksjonsevnen blir avklart. 6) Skjerpet sanksjon overfor leger som ikke følger de nye reglene for sykemelding

- Hvilken betydning Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) har hatt for programmet
- Hvordan erfaringene fra programmet bør videreføres

Datagrunnlag

Datainnsamlingen har foregått våren og høsten 2004 og er basert på følgende:

a) Dokumentanalyse

nevnte notater, Ot.prp. nr. 48 (2003–2004), andre brev, notater, lysark, etc.

b) Deltakelse på samlinger for legene:

- pilot for Samling 1 i Levanger, Nord-Trøndelag 07.06.04
- Samling 1 i Lillestrøm, Akershus, 06.09.04
- Samling 1 i Sarpsborg, Østfold 05.10.04
- Samling 2 i Porsgrunn 15.11.04
- Samling 2 i Lillestrøm 24.11.04

c) Samtaler/intervjuer med nøkkelpersoner, representanter for APLF og RTV

d) Deltakelse i kick-off-samling på Gardermoen 26.04.04 og planleggingsmøter vår og høst 2004

Gjennomføring av programmet

Utviklingen og gjennomføringen av programmet kan deles inn i fem faser. Disse er:

1. Planlegging: Sentral forankring og utarbeiding av programutkast (vinter 2004)
2. Presentasjon av programmet, politisk støtte og regional forankring (vår 2004)
3. Forberedelse og gjennomføring av Samling 1 (forsommer og høst 2004)
4. Forberedelse og gjennomføring mellomaktiviteter (høst 2004, vinter 2005)
5. Forberedelse og gjennomføring av Samling 2 (høst 2004, vinter 2005)

Fase 1: Planlegging, sentral forankring og utarbeiding av programutkast.

Sentral forankring og samspill med Ot.prp.nr.48 (20032004)

Behovet for å gjennomføre tiltak som kan trekke legene mer med i arbeidet for et inkluderende arbeidsliv, har vært erkjent lenge blant aktørene i trygdeetaten, som har jobbet spesielt for å nå målsettingene i intensjonsavtalen (Bogen og Moland 2003)¹². Samtidig oppfattet verken RTV, Sosialdepartementet eller NHO sykefraværsutviklingen ved årsskiftet 2003–2004 som tilfredsstillende. IA-arbeidet som pågikk, måtte suppleres med flere tiltak og ett av dem burde rettes mot legene. I samforstand med partene bak IA-avtalen og DNLF tok RTV derfor initiativ til å starte et arbeid for å lage et eget program for legene (Trygdeetatens Mål og prioriteringer for 2004).

I forkant av dette hadde en partssammensatt evalueringsgruppe utarbeidet et notat som ble lagt til grunn for partenes erklæring av 03.12.03 om videreføringen av Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (vedlegg til Ot.prp. nr. 48 (2003–2004)). I erklæringen foreslås flere av tiltakene knyttet til den nye blanketten for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom, og aktivitetskravene som legges på både ansatt/pasient, arbeidsgiver og lege i proposisjonen, som utarbeides våren 2004.

”For å lykkes med IA-arbeidet er det en forutsetning at også legen støtter opp om IA-avtalens prinsipp om at arbeidsplassen er det stedet hvor sykefraværsforebyggende arbeid og utprøving av funksjonsevne skal gjennomføres. Legens funksjonsvurdering skal derfor ta utgangspunkt i vedkommendes arbeidsplass og arbeidsoppgaver.” (Fra Ot.prp. nr. 48 (2003–2004))

”Arbeidet med odelstingsproposisjonen startet høsten 2003 og kom i forlengelsen av evalueringen av IA. Arbeidet med proposisjonen foregikk parallelt med utviklingen av Fagutviklingsprogrammet. Erfaringene med IA sto sentralt i utarbeidingen av begge. Både Fagutviklingsprogrammet og odelstingsproposisjonen ble formulert slik at den kunne støtte opp under IA-arbeidet. Proposisjonen tar jo opp legenes rolle særskilt og stiller krav til at legene må bli mer offensive.” (RTV)¹³

”Sett fra vår side, var legeprogrammet en naturlig følge av Trygdekontorprogrammet. Og odelstingsproposisjonen har opplagt gitt god drahjelp. Vi merket at det ble lettere å få med legene i og med den.”(RTV)

Fra årsskiftet og utover våren 2004 jobbes det altså parallelt med den kommende odelstingsproposisjonen og utvikling av et konkret program for legene. Odelstingsproposisjonen har hatt stor betydning for Fagutviklingsprogrammet. Departementet og partene er engasjert

¹² Hanne Bogen og Leif E. Moland: Arbeidslivssentrene som kompetansevirksomheter i en sammensatt tjenestekjede. Fafo notat 2003:27

¹³ Når kilde ikke er oppgitt etter et sitat, viser sitatet til intervju med representant for RTV eller APLF.

og gir dermed økt tyngde til programmet. Vi vil også se at proposisjonen får en sentral plass i det faglige innholdet i programmet og at nettopp dette har vært en viktig motivasjonskilde for mange av legene som har deltatt i programmet. På den annen side kan odelstingsproposisjonens sterke fokusering på nye regler i sykemeldingsarbeidet ha bidratt til svekke andre sider ved programmets mer medisinskfaglige ambisjoner.

”Vi hadde møter med Sosialdepartementet og daværende statsråd om programmet allerede i januar (2004). Dette bidro til å gi RTV en god forankring av ideen om et program og en omforent forståelse, også i DNLF, for at det var et behov for dette programmet.” (RTV)

”Odelstingsproposisjonen har hatt en avgjørende betydning for programmet. Den har gitt mange diskusjoner. Den har også vært en plattform for hva vi har gjort i programmet. Odelstingsproposisjonen viser jo tydelig hvordan legenes rolle blir påvirket av IA. Uten den og nye sykemeldingsregler ville nok oppmøtet vært lavere. Det hadde også vært vanskeligere å gi programmet et så konkret innhold.” (RTV)

”Det har vært fokusert mye på legen som forvalter og mindre på legen som profesjonell.” (APLF)

Et samarbeidsprosjekt mellom RTV og DNLF/APLF

I den første delen av planleggingsfasen foregikk samarbeidet på toppnivå mellom RTV, DNLF og NHO. Ganske snart ble imidlertid RTV og APLF de sentrale aktørene. RTVs operative engasjement ivaretas i første omgang av direktøren for Prosjekt for inkluderende arbeidsliv. Senere trekkes fylkestyngdedirektørene og andre etatsledere inn. APLFs engasjement ivaretas overordnet av styreleder.

En arbeidsgruppe etableres i mars 2004, bestående av Vigdis Solheim og Peter Hjort fra RTV og Kjartan Olafsson fra APLF. Gruppen utarbeider ulike forslag til innhold og gjennomføring. Sekretariatet for programmet legges til RTV v/Prosjekt for inkluderende arbeidsliv.

Samarbeid og fagutvikling versus informasjonskampanje fra myndighetene

Under forarbeidet til legeprogrammet ble flere alternativer vurdert. Ett av de første valgene en sto overfor, var om en skulle gjennomføre en informasjonskampanje rettet mot legene eller om en heller burde utvikle et mer omfattende program. Og dersom en informasjonskampanje ikke ble oppfattet som tilstrekkelig, sto valget mellom et opplæringsprogram eller et utviklingsprogram.

Et annet spørsmål var om trykdeetaten eller Legeforeningen skulle arrangere programmet. Svaret på dette fulgte naturlig av svaret på det foregående spørsmålet. RTV vurderte utfordringen med å trekke legene mer med i IA-arbeidet til å være et spørsmål om å fornye viktige sider ved legerollen. RTV formidlet et ønske om å fornye legerollen så radikalt at de

en rekke ganger brukte betegnelser som ”Den gamle legerollen” og ”Den nye legerollen”.¹⁴ Dermed vil en enkel informasjonskampanje ikke være tilstrekkelig. Et program som berører legerollen, antas å få liten legitimitet og gjennomslag hos legene dersom disse ikke gis en sentral rolle i utformingen av det faglige innholdet i programmet.

DNLF ønsket opprinnelig en enkel informasjonskampanje. APLF og RTV mente at IA-spørsmålet ville gripe så dypt inn i legerollen at en måtte jobbe fram et mer omfattende opplegg. APLF som i februar 2004 overtok som RTVs partner fra legestanden, påtar seg medansvar for den delen av det faglige innholdet som skal ha med legerollen å gjøre.

Allerede i et internt notat i Rikstrygdeverket¹⁵ av 25.01.04 brukes betegnelsen fagutviklingsprogram til forskjell fra opplæringsprogram. Med dette markeres det at legene skal være med å utvikle ”den nye legerollen” til forskjell fra å tilpasse seg et dekret fra trygdeetaten.

RTV og DNLF/APLF er nå enige om at det skal gjennomføres et landsomfattende fagutviklingsprogram som rettes mot alle allmennpraktiserende leger. Det er også enighet om at programmet skal utvikles og arrangeres i nært samarbeid mellom RTV og APLF.

¹⁴ Betegnelsene brukes i flere dokumenter og foredrag, blant annet i forbindelse med den nasjonale kick-off-samlingen på Gardermoen i april 2004 og pilotsamlingen i Levanger i juni 2004.

¹⁵ Forslag til faglig innhold i henhold til notat av 25.01.04

Slår fast at IA-avtalen har hovedfokus på arbeidsplassen og at leger skal være støttespillere for den prosessen som foregår der. Det vises til erfaringer fra andre programmer som har hatt som siktemål å trekke flere aktører inn i IA-arbeidet.

Det argumenteres for at programmet må bli et fagutviklingsprogram og ikke bare et opplæringsprogram. Viktige elementer må være dialog, forankring i legenes praksis og at programmet strekkes noe ut i tid. Dette har man gode erfaringer med fra Trygdekontorprogrammet som ble holdt i 2003.

Det foreslås at en konsentrerer seg om allmennpraktiserende leger som hovedmålgruppe. Hovedformålet skal være å utvikle behandlende lege som støttespiller i samspelet mellom hovedaktørene: arbeidstaker og arbeidsgiver. Programmet er en suksess dersom en har bidratt til at legen a) motiverer og gir arbeidstaker trygghet til å være i aktivitet, b) understøtter dialogen og funksjonsvurderingsprosessen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og c) formidler kontakt til relevante fagmiljøer innen forebygging og rehabilitering.

En går inn for at programmet utformes slik at det kan være poenggivende for allmennpraktiserende leger. Det foreslås at programmet gjennomføres etter modell med to hovedsamlinger der den andre gjerne kan gå over to dager. I mellomperioden skal det avholdes aktiviteter som legene og de lokale trygdekontorene må ta ansvaret for.

Programmet organiseres med en sentral programkomité med deltakelse fra DNLF og RTV. På fylkesnivå legges hovedansvaret på fylkestrygdedirektørene.

To hovedsamlinger pluss mellomaktiviteter i hvert fylke

I notat av 24.03.04 er hovedstrukturen for Fagutviklingsprogrammet på plass.¹⁶ Det foreslås en oppstartssamling på nasjonalt nivå med deltakelse fra DNLF, RTV, NHO/LO med fylkestrygdedirektører og APLFs landsråd (fylkesledere) som målgruppe.

På fylkesnivå legges det opp til to samlinger: Første samling foreslås som en startsamling ved fylkestrygdedirektør og APLFs landsråd samt den lokale NHO-LO-ledelse. Målgruppe er leger som skal være smågruppeledere (se under). Hensikten skal være å foranke programmet og gi gruppelederne inspirasjon, kunnskap og ferdigheter til å drive smågruppeprosessen. Andre samling oppsummerer og diskuterer veien videre. Samme arrangører. Samme målgruppe.

Mellom disse fellessamlingene legges det opp til smågruppeaktivitet etter en modell Legeforeningen bruker i etterutdanning av sine medlemmer.¹⁷ Arbeidsgruppen tenkte at smågruppeaktivitetene ville ha gunstig effekt både på rekrutteringen (fordi det gir poeng) og forankringsarbeidet (fordi det stiller krav til egenaktivitet). Dette viste seg etter hvert å være vanskelig å gjennomføre. En gikk derfor bort fra smågruppekonseptet. Partenes deltakelse i programmet ble valgt ivare tatt via virksomhetene med representanter i samlingene.

“Inspirerte leger” eller trygdebyråkrater i førersetet?

Sekretariatsfunksjonen ble som vi har sett, umiddelbart lagt til Prosjekt for inkluderende arbeidsliv i RTV. RTV har til å begynne med to av tre medlemmer i arbeidsgruppen som utvikler programmet.¹⁸ RTV satser også sterkt regionalt ved å gi fylkesdirektørene en sentral rolle. APLF har ett av sine medlemmer med i arbeidsgruppen. Regionalt stiller de med sine landsrådsrepresentanter. Dette er leger som er tillitsvalgt for hvert sitt fylke for å føre forhandlinger. Dermed blir den ene parten representert med ledere og trygdefagfolk, mens den andre stiller med tillitsvalgte som kan lite om IA, kjenner lite til prosjektets forhistorie og som skal bruke av sin fritid. Til gjengjeld kan de mye om sin egen rolle og sine pasienters forhold til arbeidslivet.

Siden det er legerollen som står i sentrum, legger arbeidsgruppen og RTV stor vekt på at programmet ikke skal ta utgangspunkt i arbeidslivets og trygdens krav til legene, men i legenes hverdag og i deres møte med pasienter som også er arbeidstakere. Dermed blir det viktig

¹⁶ Notat av 24.03.04 er skrevet av Kjartan Olafsson (APLF) og Peter Hjort (RTV) med bistand fra Vigdis Solheim (RV).

¹⁷ Spesialitetskomiteen i allmennmedisin vedtok i møte 11. oktober 2004 at legene kan få deltakelsen godkjent som kliniske emnekurs i trygdemedisin. De deltakerne som samlet har 15 poeng eller mer, får dette godkjent som et klinisk emnekurs i trygdemedisin. De som samlet har 6–14 poeng, får godkjenning som valgfrie kurspoeng. Deltakelse under 6 timer godkjennes ikke i spesialistutdanningen. Samling 1 er godkjent som 6 timer/poeng. Mellomaktiviteten søkes godkjent som 3 x 3 timer/poeng. Samling 2 søkes godkjent som 6 timer/poeng. Totalt 21 timer/poeng.

¹⁸ Peter Hjort gikk ut av arbeidsgruppen i juni 2004, etter at pilotsamlingen i Nord-Trøndelag var gjennomført.

at lokale leger får sentrale roller både i programgjennomføringen og i utformingen av det faglige innholdet.

Som nevnt ble det i notat av 24.03.04 foreslått at lokale leger skulle være gruppeledere og drivende kraft i utviklingsprogrammet. Disse skulle få opplæring og inspirasjon til å være smågruppeledere. Etter å ha vært på en nasjonal samling¹⁹ skulle APLFs landsråd og fylkestrygdedirektørene opprette fylkesvise komiteer for å forberede arbeidet i fylket. Om de inspirerte legene heter det i notatet:

”Vi ser for oss at de inspirerte APLFs landsråd og fylkestrygdedirektører kommer hjem til sitt fylke, oppretter en lokal komité og starter en rekrutteringsprosess til første samling på fylkesnivå. De kontakter personlig leger som de mener er egnede og mulige gruppeledere (fyrstårn) på kommunenivå. Disse tilbys veiledningshonorar for å organisere lokale smågrupper av leger i sitt nærområde (5–10 leger). Gruppeleder møter på første samling på fylkesnivå og får over to dager kunnskap, inspirasjon og materiell til den lokale aktiviteten. Disse samlinger bør kunne bli emnekurs i trygdemedisin. Smågruppeaktiviteten blir den viktigste i Fagutviklingsprogrammet. Det er her refleksjon og dialog skal gi ny kunnskap, nye ferdigheter og ny forståelse, og stimulere til nye og bedre samhandlingsmønstre som kommer til uttrykk på individnivå.” (Prosjektnotat av 25.03.04)

Fra dette prosjektnotatet ble avlevert, stoppet gruppens arbeid med programutviklingen opp en periode, mens innholdet ble gjenstand for vurdering i RTV, DNLF og APLF. Når en i ettertid sammenlikner programutkastet med programmet slik det er blitt gjennomført, ligger den største forandringen i at fylkessamlingene er blitt til fellessamlinger for alle deltagende leger og ikke bare for gruppeledere som først tenkt. Videre er mellomaktivitetenes betydning tonet noe ned. Smågruppeaktiviteten med leger som gruppeledere er falt bort, og trygdeetatens rolle som tilrettelegger er styrket. (Legene kan melde seg på mellomaktiviteter som trygdeetaten har tilrettelagt, for eksempel besøke trygdekontorer og IA-virksomheter som er villige til å ta imot dem.) Rent arrangørteknisk legges mer av arbeidet til trygdeetaten og programmet blir mer robust ved at fremdriften blir mindre avhengig av å ha ”inspirerte leger” i førersetet. Legene har imidlertid fortsatt en sentral rolle som medarrangører av fellessamlingene. Mens fylkestrygdekontoret har ansvar for møtelokaler og deler av programinnholdet, har legene ansvaret for å lede samlingene og for deler av det faglige programinnholdet.

Samarbeid og dialog

Alle vi har snakket med, fremhever at Fagutviklingsprogrammet representerer noe unikt i forholdet mellom trygdeetaten og legene. Partene kom raskt til enighet om programmets hensikt. Diskusjonene mellom aktørene gikk først og fremst på spørsmålet om hvor mye en skulle legge inn i programmet og hvor mye legene skulle involveres. Det er ikke helt enkelt å

¹⁹ En nasjonal kick-off-samling ble holdt 26.04.04.

beskrive hvem som mente hva til enhver tid. Det er imidlertid gjennomgående at med økende innsikt i IA-problemstillinger og dermed også økt forståelse for hvordan dette utfordrer legerollen, tillegges legeinvolvering i programmet også økt vekt. Legene skal ikke bare være målgruppe for et undervisningsopplegg, de skal være deltakende i utformingen av gode løsninger for egen praksis.

Det er neppe overraskende at RTV til å begynne med var mest radikal, både hva gjelder innholdsmessige ambisjoner og i ønsket om å involvere legene som en mest mulig jevnbyrdig partner. For å presisere: I denne sammenhengen besto de radikale av ansatte i Prosjekt for inkluderende arbeidsliv og de som utgjorde arbeidsgruppen for Fagutviklingsprogrammet. Her inkluderes også APLFs representant, en lege med omfattende erfaring fra IA-arbeid og sykemeldingsspørsmålet. DNLF tenkte lenge tradisjonelt: at RTV skulle informere og legene rette seg etter dette. Denne posisjonen er rimelig ut fra at en er vant til at RTV orienterer om nye rutiner. Men det er vanskeligere å forstå DNLFs holdninger når en tar i betraktning hvordan legerollen utfordres. Da APLF overtok for DNLF, inntok de ganske raskt et standpunkt som er nærmere RTVs. De hadde betenkeligheter med det første forslaget (programnotat av 24.03.04) fordi dette krevde for mye av legene, noe vi har sett at programgruppen tok til følge. APLF er derimot svært positive til hvordan RTV har inkludert legene og trukket dem med både i utviklingen av programopplegget og i gjennomføringen lokalt:

”DNLF ville opprinnelig ha dette som et program der trygdekontorene skulle informere legene om endringer. DNLF ville gjøre dette minst mulig belastende og forpliktende for legene. De tenkte på ”gamlemåten”, at programmet skulle holdes som informasjonsmøter på legekantorene.” (RTV)

”Notatet av 24.03.04 bruker betegnelser som ”inspirerte leger” og smågruppeprogram. Smågruppeaktiviteter skal alltid ledes av en lege. Dermed stilte vi store krav til de legene som skulle være smågruppeledere. Dette var nok litt for ambisiøst. Og kunne blitt et sårbart opplegg.” (RTV)

”Vi hørte om planene for et program for leger omtrent ved årsskiftet 2003–2004. APLF kom inn etter at det var gjort en sentral avtale mellom RTV, NHO og DNLF. Vi så at vi måtte oppgradere legene på IA. Med IA skal det implementeres en ny kultur i norsk arbeids-, trygde- og helseliv. Dette er store greier og kan ikke gjøres med et knips slik noen trodde. Fra starten og fram til programmet fant sin utforming, har det skjedd mye og det har skjedd som resultat av gode diskusjoner. Resultatet er blitt veldig bra, og da er det egentlig mindre interessant hvem som mente hva underveis.” (APLF)

”Samarbeidet om Fagutviklingsprogrammet for leger i et inkluderende arbeidsliv har realitetsorientert RTV. De har samarbeidet i stedet for det vanlige, å utstede dekreter. Vi er veldig tilfredse.” (APLF)

Faglig innhold

Når det gjelder de sentrale, faglige problemstillingene som ble lagt fram i notatet av 24.03.04, blir hovedlinjene stående hele programmet igjennom. Vi har sett samfunnsmessige begrunnelser og trygdeetatens motiv for å trekke legene mer aktivt inn i arbeidet for et inkluderende arbeidsliv. Notatet formulerer legenes rolle i det samme arbeidet sett fra legenes ståsted:

”Offentlige myndigheter og leger skal være støttespillere til den prosessen som foregår på arbeidsplassen. Som støttespiller er legen den viktigste medisinske premissleverandør både for offentlige myndigheter og arbeidsplassen. Legens medisinske vurderinger er nødvendig for å understøtte brukermedvirkningen og for å fatte riktige vedtak, men er også viktig for å planlegge og revidere tiltak på arbeidsplassen.”

Fagutviklingsprogrammet tar utgangspunkt i legens sentrale rolle i forhold til den enkelte pasient ved vurdering og oppfølging av sykemelding, stimulering til å velge aktive tiltak fremfor passive løsninger og ved oppfølging av tidsavgrenset uførestønad der målet er at den trygdede kommer tilbake i arbeid. Det heter videre at programmet tar sikte på å legge til rette for å øke legers forståelse for sin rolle og utvikle denne videre i et samspill med andre aktører. Disse er for det første andre leger, for det andre øvrige bistandsaktører i det tverrfaglige felt legen virker i og sist, men ikke minst hovedaktørene: pasient/arbeidstaker og arbeidsgiver. I tillegg til å vektlegge samhandling og tverrfaglighet med andre aktører vil programmet spesielt ta opp legens rolle i tilknytning til funksjonsvurdering og veiledning. Notatet sier følgende om vurdering:

”En diagnostisk vurdering hører til legens tradisjon, men er også en vurdering legen er pålagt å gjøre blant annet for på samfunnets vegne å vurdere om pasienten oppfyller kriterier for rettigheter som eksempelvis sykemelding. Legen skal fortsatt vurdere sykdom og medisinske inngangskriterier til ytelser fra trygden. Den gode lege-pasientrelasjon kan ikke stoppe ved diagnosevurderingen, men må i dialog og gjennom helhetstenkning legge vekt på muligheter. Om legen ikke finner medisinskfaglige kontraindikasjoner for aktive løsninger, skal han gjennom sin vurdering og valg av virkemidler understøtte tiltak på arbeidsplassen. Han skal alltid understøtte arbeidsplassdialogen om muligheter.”

Om veiledning heter det kort og godt at ”Legen forventes å veilede sin pasient på en måte som styrker motivasjon og trygghet for å velge aktive løsninger”. Det er med andre ord tre sider ved legerollen en ønsker å belyse, diskutere og videreutvikle gjennom programmet. Det er:

- o for det første legen som vurderer,
- o for det andre legen som veileder og
- o for det tredje legen som samhandler.

Fase 2: Presentasjon av programmet, politisk støtte og regional forankring

Nasjonal kick-off-samling

26.04.04 ble det arrangert en nasjonal kick-off-samling på Gardermoen. Et forslag til fagutviklingsprogram ble presentert. Det skal først og fremst presenteres for fylkesnivåene i trygdetaten og Legeforeningen, det vil si de personene som skal ta ansvaret for den faktiske gjennomføringen av programmet. Programmet skal også presenteres for partene i arbeidslivet, det vil si de som representerer ledere og ansatte som skal forholde seg til de nye bestemmelsene i Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) og målene for Fagutviklingsprogrammet.

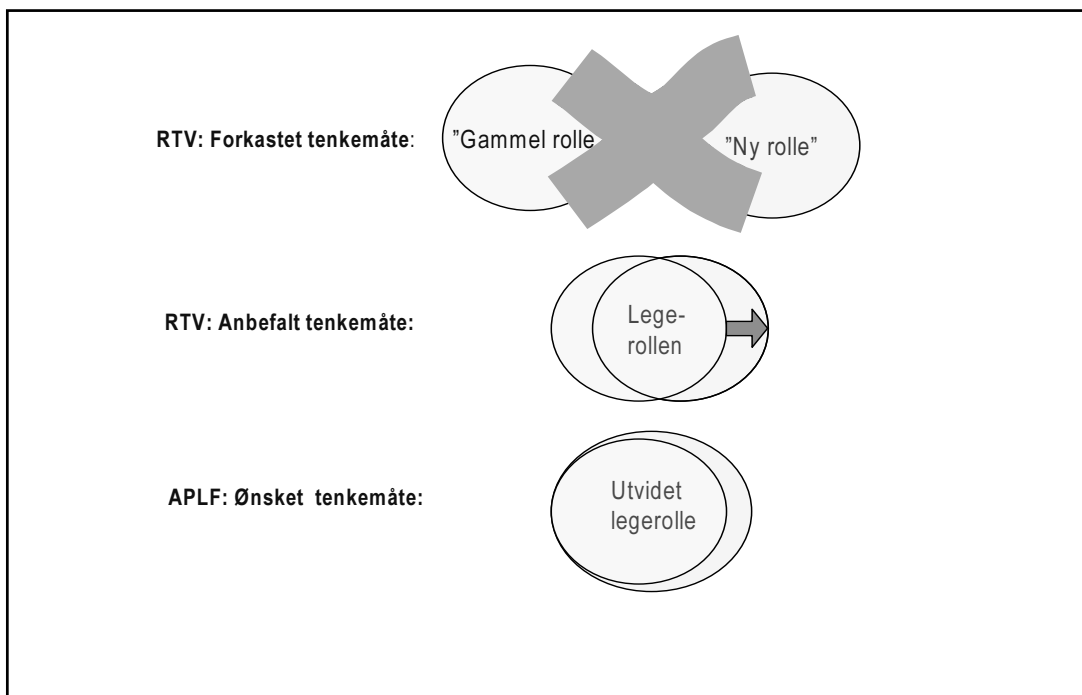
På dette tidspunktet var det fortsatt uklart om en skulle ha smågruppesamlinger i henhold til notat av 23.04.03 eller storsamlinger (slik det ble). Samlingen ble regissert av RTV. Målet var dels å informere og dels ved hjelp av de tilstedeværende å skape en plattform som kunne gi programmet nødvendig legitimitet blant legene. DNLFs generalsekretær var møteleder. Til stede var sosialministeren, presidenten i DNLF, leder for APLF, trygdedirektøren, direktører fra NHO, fagforbundsledere, en rekke fagfolk fra organisasjonene og trygdeetaten, fylkestygdedirektørene, APLFs landsrådsrepresentanter (leger/fylkesledere), leger fra styret/fagutvalget i APLF foruten seks representanter fra koordineringsgruppen for intensjonsavtalen. Til sammen cirka 55 personer.

Det ble holdt en rekke innlegg der de sentrale aktørene snakket varmt om IA-avtalen og om viktigheten av at legene blir med på laget. Legene fikk høre hvor viktige de er og hvilke forventninger arbeidslivet har til dem. Samtidig fikk de klar melding om at deres halvhjertede oppslutning om IA er en (av flere) forklaringer på et uakseptabelt høyt sykefraværsliv.

RTV forsøkte å forklare sine visjoner om ”den nye legerollen” på en slik måte at det ikke skulle vekke anstøt hos legene. I figur 1 har vi gjengitt et lysark som ble brukt for å fortelle at det bare er noe som skal fornyes. Det meste og det grunnleggende ved legerollen skal bestå. Men som vi ser av de to øverste tegningene i figur 1, er det også noe som skal bort.²⁰

²⁰ Det skal legges mindre vekt på en diagnosetilnærming som kan virke inaktiverende og mer vekt på funksjonsvurderinger som skal virke aktiverende.

Figur 1: Legerollen i et IA-perspektiv. De to øverste sirkelfigurene viser hvordan "den nye legerollen" ble presentert for legene av RTV. Den nederste viser hvordan APLF ser "den nye legerollen".



Etter kick-off-samlingen lagde APLF en ny figur som skulle være lettere å svelge for legene. Her er den nye rollen tegnet som en sirkel som omslutter den gamle, slik det fremkommer i den nederste tegningen i figur 1. Dette skulle vise at legerollen ble utvidet uten at noe er skiftet ut.

Under kick-off-samlingen brukte sentrale aktører på legesiden fortsatt betegnelsen informasjonsprogram i stedet for utviklingsprogram. Under samlingen var det stor avstand mellom legetoppene og legenes fylkesrepresentanter. Leger i ledelsen av DNLF, APLF og i NHO var positive til programmets målsetting, mens de utøvende allmennpraktikerne (APLFs tillitsvalgte) var skeptiske, i beste fall avventende.

Prosjektgruppen fikk under samlingen flere innspill de tok med seg i den videre programutviklingen. Både leger og arbeidslivsrepresentanter dvelte ved faren for at myndighetene prøver å rokke ved en av de mest grunnleggende sidene ved legerollen: nemlig legen som pasientens beskytter. Legen kan aldri gå i forhandlinger med for eksempel arbeidsgiver som kommer i konflikt med pasientens medisinske behov/rettigheter. Dette er et område for profesjonen som legene ikke kan godta at andre legger seg bort i. En bedre håndtering av dette spørsmålet vil være avgjørende for om programmet skal lykkes i å få med seg legene eller ikke.

Det kan virke som de allmennpraktiserende legene som kom på dette møtet, var lite forberedt. En del av dem viste liten interesse for de samfunnsmessige problemstillingene som danner det politiske bakteppet for IA-avtalen, Fagutviklingsprogrammet og odelstingsproposisjonen. Mange likte dårlig at utenforstående forteller dem hvordan de skal utøve sin

legegjerning. Nye blanketter for sykemelding, og da spesielt med bare to-tre måneders forvarsel, ble heller ikke særlig godt mottatt. Legene fremførte forventninger om å få økonomisk kompensasjon for nye oppgaver, og de likte dårlig å bli truet av sosialministeren.

Det er altså to forhold ved programmet som virker spesielt utfordrende på legene. Det første er at utenforstående griper inn i definisjonen av legerollen. Det andre ligger i den konkrete målsettingen om at legen skal være bistandsaktør for dialogen på arbeidsplassen med de implikasjoner dette får både for funksjonsvurderingen, pasientbeskytterrollen og legens tidsbruk.

Slike og andre innspill viser at legefórankringen vil være særdeles viktig for å kunne gjennomføre programmet. De programansvarlige fikk også bekreftet at det var riktig å satse på et fagutviklingsprogram som går over noe tid i stedet for å gjennomføre et kortere informasjonsprogram.

Det var stor oppslutning om samlingen og RTV oppfattet den som en suksess, dels fordi den ga status til det videre arbeidet og dels fordi man her hadde klart å få på plass et samarbeid med legene en tidligere ikke har hatt. Som det går fram av sitatene under, oppnådde RTV at programmet fikk status hos fylkestyngdedirektórene og de skeptiske legene fikk opp humóret ved at deres topledere talte varmt for saken.

”Kick-off-samlingen var en god investering. Vi fikk en plattform som var en styrke for det videre arbeidet. Denne samlingen ga en ”drive” til fylkestyngdedirektórene. For dem ble det nå status å få til dette programmet. Vi oppnådde et brudd med vanlig samhandlingspraksis med Legeforeningen.” (RTV)

”Samlingen på Gardermoen var ingen god opplevelse. Nærmest som et fait accompli ble vi trukket inn i et samarbeid vi knapt kjente innholdet av.²¹ Dertil kom en statsråd som brukte mer pisk enn gulrot. Men vi fikk summet oss og kom videre. Leger er jo vant til å gjøre hva de blir fortalt. Vi fikk ryddet opp i noen misforståelser internt i APLF. Og så var det motiverende at mange sentralt i DNLF la stor vekt på at dette programmet skulle lykkes.” (APLF-landsrådsrepresentant)

Fase 3: Første regionale fellessamling

Planlegging og pilotforsøk i Nord-Trøndelag

Opplegg og programinnhold for samlingene ute i fylkene ble presentert på kick-off-samlingen. Samme dag (26.04.04) møttes en gruppe som skal gjennomføre en pilotsamling. Fylkestyngdekontoret og APLF i Nord-Trøndelag har sagt seg villige til å prøve ut opplegget. Møtet ble preget av en entusiastisk fylkestyngdedirektórfra Nord-Trøndelag som er fortrolig med programmets mål og sannsynlige virkemidler, en velvillig leder for APLF og lokale

²¹ Enkelte av APLFs landsrådsrepresentanter har opplevd hele programmet som en overkjóring, mer fra DNLF og APLF enn RTV. De er valgt for å drive lønnsforhandling, ikke for å formidle fag. I dette programmet fikk de ikke noe valg. APLF innser at dette har vært uheldig for innsatsviljen hos enkelte av deres folk. ”Men stadig flere av våre ser at programmet har vært viktig for standen.” (APLF)

APLF-representanter som ikke riktig visste hva de har begitt seg ut på. Dette styrkeforholdet kommer til å prege pilotsamlingene. Arbeidsgruppen for programmet så at de hadde en viktig oppgave med å støtte de lokale APLF-representantene. APLFs representant i arbeidsgruppen utarbeider et nytt programforslag, som så blir gjennomført i piloten.

Nord-Trøndelag gjennomfører et tentativt opplegg for den første fellessamlingen i to omganger i begynnelsen av juni 2004. Fylkestyngdekantoret sto ansvarlig for opplegget. Det var meningen å gjennomføre samlinger på fire ulike steder i fylket. To av disse ble avlyst på grunn av svak påmelding. I Levanger stilte cirka 35 leger. Dagen etter var fem leger samlet i Namsos. Dette tilsvarer en oppmøteprosent på om lag 35 prosent, noe som er lavt i forhold til et ønske om å nå alle, men som er høyt sammenliknet med hva som er vanlig ved andre kurs og kurssets status som (famlende) prøveprosjekt. Arrangørene mener at oppslutningen var bra tatt i betraktning av kort varsel. Programmet som ble fulgt, er vedlagt.

Piloten ga gode erfaringer. Etter pilotsamlingene ble det foretatt en evaluering. Sentralt i denne sto skriftlige innspill fra fylkestyngdedirektør, konsulent og rådgivende lege ved fylkestyngdekantoret i Nord-Trøndelag. Disse kan sammenfattes slik:

1. Det må gjøres mer for at legene kommer i sentrum. IA må fremstå som noe attraktivt for deres legegjerning. En må unngå en fremstilling der legene presses til å føye seg inn i "IA-folden" Utfordringen ligger i å gjøre dette til legenes forum slik at de tar del i problemstillingene som deltakere og ikke bare som (negative) mottakere. (Langt på vei fulgt opp)
 - Bruke mindre foredragstid på interne forhold til trygdeetaten. (Fulgt opp)
 - Være mer på vakt mot en beskrivelse som skjønner IA-virksomheten, presenterer en offensiv trygdeetat, og en passiv/motstridende legestand som gjøres til sydebukk for det høye sykefraværet. (Fulgt opp)
 - Om forholdet mellom tid til foredrag og tid til diskusjon har tilbakemeldingene vært motstridende. Noen leger ser at de er med på et gjensidig utviklingsprogram og er glade for det. Da kan det ikke forventes at trygdeetaten har for mange klare svar. Andre leger vil ha servert flere ferdige løsninger slik at de vet hva de har å rette seg etter. Alt i alt er det ønskelig med mer legeaktivitet (særlig uformell) og mindre foredragsdominans fra IA-virksomhet og trygdeetat. (Fulgt opp)
 - Innledningene fra trygdeetatens representanter har overordnet karakter. Fare for at budskapet blir ullent og uhandgripelig.
2. Mer konkret informasjon om de viktigste endringene i Ot.prp. nr. 48. (Fulgt opp)
3. Videoopptak der statsråd, trygdedirektør, DNLF-president, APLF-leder og andre forbundsledere og direktører uttaler seg om IA, fungerte dårlig. Foreslås flyttet i programmet eller tatt helt bort. (Fulgt opp)
4. Kommunikasjonen mellom APLF/RTV/programgruppen sentralt og de lokale APLF-representantene må bli bedre., særlig der en lokal lege skal holde foredraget om legerollen ("Legen som bistandsaktør for arbeidsplassdialogen" og "Utforming av legerollen i det inkluderende arbeidslivet"). (Fulgt opp)

5. Avklaring av kursgodkjenning. (Fulgt opp)

Vi ser at det er gjort en god lokal evaluering av pilotsamlingen. For enkelthets skyld har vi foregrepet historiens gang noe ved å tilføye i en parentes hvordan evalueringspunktene er fulgt opp i det videre arbeidet.

Alle er enige i at legene må spille en sentral rolle under gjennomføringene av samlingene og at en lege må holde legeforedraget. Det er imidlertid ulike oppfatninger om hvordan dette skal gjøres. Kravene til det faglige innholdet i legeforedraget stiller bestemte krav til foredragsholderens trygdefaglige kompetanse. Denne er det få leger som har. Samtidig er det ønskelig å spille på lokale krefter. En står her overfor tre mulige løsninger. Den ene er at APLFs representant i arbeidsgruppen holder samtlige legeforedrag (cirka 60) til Samling 1. Den andre er at en lokal lege holder et trygdefaglig foredrag ut fra egne forutsetninger. Den tredje er at lokale leger holder foredraget med faglig støtte utarbeidet av arbeidsgruppen. RTV oppfatter den første løsningen som den ideelle. Dette vil sikre at samtlige samlinger blir presentert ett og samme kvalitetssikrede legeforedrag. Dette er imidlertid vanskelig å gjennomføre i praksis. Det vil også bli svært kostbart. Etter pilotprogrammet utformet APLFs representant i arbeidsgruppen det legeforedraget han hadde holdt slik at det skulle være enkelt å benytte for APLFs fylkestillsvalgte (landstrådsrepresentantene) på de kommende samlingene i fylkene. Han holder i gjennomsnitt to foredrag i hvert fylke. Dermed skulle de lokale APLF-representantene ha et godt grunnlag for å holde foredraget i de øvrige samlingene. Som vi skal se, velger noen å benytte foredragsmalen, andre ikke. Noen steder er det heller ikke APLFs tillitsvalgte, men andre leger som holder legeforedraget. Praksis blir med andre ord en lett blanding av de tre løsningsmulighetene.

Både APLF og RTV oppsummerer erfaringene med pilotsamlingen som gode. Et førsteinntrykk om dårlig oppslutning snus fort. Leger utenfor Nord-Trøndelag får høre at samlingen hadde vært vellykket, noe som ifølge RTV bidro til å lette spredningsarbeidet til de andre fylkene.

Oppstartsfasen er over. Samarbeidet mellom trygdeetaten og legene har så langt vært lærerikt. Og på tross av en del vanskeligheter er samtlige tilfredse med at man har samarbeidet så tett. Alle vi har snakket med, har imidlertid etterlyst mer engasjement fra DNLF (selv om DNLF overlot førerretten til APLF). Dette kunne kanskje gitt raskere avklaring på programets status i Legeforeningens poenggivende kursprogram, noe som i sin tur kunne gitt noe bedre oppslutning på de første samlingene. Om de involverte synes at DNLF har sittet vel mye på gjerdet, beskrives trygdedirektøren i motsatte termer: entusiastisk og utålmodig etter å komme i gang. En anmodning om å forserer tidsplanen og gjennomføre samtlige første-gangssamlinger over hele landet før sommerferien, skapte frustrasjoner hos de gjennomføringsansvarlige og oppfattes som urealistisk. APLF reagerer sterkest og karakteriserer det som avtalebrudd fra RTVs side. Saken løste seg ved at man kun hadde pilotsamlingene før sommerferien. De øvrige samlingene har gått ut over høsten i den takt de lokale kreftene har kunne holde. Dette har ført til at enkelte oppfølgingssamlinger er forskjøvet til ut i 2005. Fremdriften er dermed blitt noe forlenget i forhold til RTVs ønsker, mens den overensstemmer mer med APLFs vurderinger fra tidlig i planfasen. Dette inngår som ett av flere eksempler på at RTVs og APLFs representanter på flere nivåer har lyttet til hverandres innspill og landet på hensiktsmessige løsninger.

* * *

I løpet av høsten ble det avholdt 60 lokale versjoner av Fellessamling 1. APLFs representant i arbeidsgruppen for programmet har holdt legeforedraget ved 34 av disse samlingene. Malen for programmene har vært felles. APLFs lokale representant har ønsket velkommen og i varierende grad fungert som møteleder. I enkelte tilfeller har det vært en annen enn landsrådsrepresentanten som har vært legenes møteleder. Fylkestrygdedirektørene har i prinsippet hatt ansvar for alt praktisk og for et flerdelt innlegg om IA, Fagutviklingsprogrammet og odelstingsproposisjonen.

Tabell 1: Mal for Samling 1

15.00	IA-avtalen og legene - Mål og hensikt med programmet v/APLF - IA-plattformen og IA-historikken v/fylkesdirektør
15.15	IA-virksomheten v/ leder og/eller ansatterepresentant i en lokal IA-virksomhet. Hva forventes av arbeidstakere og arbeidsgiver? Og hva forventer IA-virksomhetene av legene? - Forpliktelser og forandringer som følger av det å inngå en IA-samarbeidsavtale - Hvilke endringer ønsker det inkluderende arbeidslivet i legerollen?
15.45	Pause
16.00	Trygdeetatens rolle i et IA-perspektiv v/trygdeetaten - Hva kan legene forvente i samarbeidet med trygdeetaten? - Hva forventer trygdeetaten av legerollen?
16.45	Pause
17.00	Legen som bistandsaktør for arbeidsplassdialogen. Innledning v/APLF. Diskusjon - Hvordan kan legen bistå arbeidsplassdialogen? - Hvordan bør legen og trygdeetaten samhandle? Utforming av legerollen i det inkluderende arbeidslivet. Innledning v/APLF. Diskusjon - Hva er nytt i rollen? Hvilke forventninger har legene til rollen? - Hvilke forventninger har legene til andre aktører? - Hva er mulighetene og hva er hindringene i rolleutviklingen? - Hvordan kan legene og trygdeetaten sammen legge opp prosessen for fagutvikling av legerollen?
18.30	Pause
18.45	Gjennomgang av de nye reglene om sykemelding og ny blankett v/trygdeetaten
19.30	Hva kan vi reise hjem og gjøre etter dette møtet? Om mellomaktiviteten og smågruppevirksomheten, neste regionsamling og det å være med i et fagutviklingsprogram som er praksis- og individrettet v/fylkesdirektør og APLF-leder
20.00	Video fra kick-off-samlingen 26.04.04 (Lite benyttet)
20.15	Evaluerings
20.30	Slutt

Første fellessamling – fylke 1

Cirka 70 deltakere, av disse var litt over 50 leger, møttes til sin første fellessamling i september 2004. De andre tilstedeværende kom fra trygdeetaten. God struktur på programmet: Ikke for trygdedominant start, legene slipper til selv om de ikke sier så mye til å begynne med. De er mer avventende enn aktivt deltakende. Fylkestrygdedirektøren venter for eksempel med å presentere RTVs forventninger til legene. Dermed unngår en å starte med kritikk. Det er en positiv tone og langt færre kritiske innlegg fra legene enn det en kunne forventet basert på erfaringene fra kick-off-samlingen og piloten.

Fylkesrepresentanten fra APLF leder møtet. Vedkommende har på forhånd deltatt på et forberedelsesmøte i RTV der APLFs representant i arbeidsgruppen gjennomgikk legeforedraget og intensjonene med Fagutviklingsprogrammet. Dermed oppnådde man at møteleder hadde forstått hensikten med programmet og at han plasserte legene positivt i forhold til IA-arbeidet. Dette i motsetning til andre møteledere fra legestanden, der kunnskapene om IA har vært tilnærmet fraværende.

APLFs representant i arbeidsgruppen for programmet holder selv ”legeforedraget”. Dette ligger innholdsmessig tett opp til det faglige grunnlaget og de målsettingene som er beskrevet i programnotatet og videreført etter kick-off-samling og pilot.

Fylkestrygdedirektøren hadde flere foredrag i henhold til programmet. Hun var klar, hensikts- og samarbeidsorientert. Til tider konfronterende, men uten å ødelegge for dialogen.

Representanten fra arbeidslivet (middels stor bedrift) var kunnskapsrik og hadde mange gode historier som viste hvorfor og hvordan IA-arbeidet var viktig for bedriften. Uttrykte sterkt ønske om å styrke kommunikasjonen med legene. Både friere og mindre streng enn bedriftsrepresentanter vi har hørt andre steder. Hadde noen spark til legene, men ikke verre enn at forsamlingen håndterte det.

Problemstillinger i forbindelse med legens rolle som vurderer, veileder og samhandler sto sentralt i diskusjonene og innspill fra salen blir notert med tanke på senere oppfølging. Det viktigste innholdet vil bli gjengitt sammen med innspill fra de andre fylkenes samlinger lenger ned i teksten.

Første fellessamling – fylke 2

Cirka 50 deltakere, av disse var om lag 35 leger. De andre kom fra trygdeetaten. Direktøren for arbeidslivssenteret i fylket gjennomfører de innleggene som egentlig skulle vært holdt av fylkestrygdedirektøren. Arbeidslivssenterdirektøren har god dialog med legene. Fylkestrygdedirektøren er til stede og deltar aktivt i debatten utover i møtet. Arbeidslivsrepresentanten kommer fra et av fylkets ”mønsterbedrifter”. Dette er en stor industribedrift som har gjort en rekke gode erfaringer med sitt systematiske sykefraværarbeid. Vedkommendes historie blir litt for solskinnsaktig for forsamlingen, som er vant til arbeidsgivere med begrensede muligheter (og/eller interesser) for IA-spørsmålene.

APLFs representant i arbeidsgruppen, som har holdt ”legeforedraget” ved en rekke samlinger, er ikke til stede ved denne samlingen. Legen som er valgt til å holde foredraget, benytter ikke det manuset med lysark som er stilt til rådighet sentralt. I dette tilfellet holdes legeforedraget som et erfaringsbasert innlegg, med en rekke spark til norsk trygdepolitikk opp gjennom årene. Til å være kveldens hovedinnlegg og vurdert opp mot det trygdefaglige perspektivet som ligger til grunn for Fagutviklingsprogrammet, var dette innlegget faglig sett noe svakere enn standardforedraget. Dette ble imidlertid langt på vei kompensert av innleg-

gene fra trygdeetatens folk og av at foredragsholderen bidro til mange engasjerte innspill fra salen. I og med at målsettingen for første samling foruten å informere om IA var å vekke legenes interesse for å jobbe videre med sin egen rolle i forhold til IA, er det godt mulig at denne samlingen fungerte like godt som i fylke 1, selv om samlingen i snever, faglig forstand var svakere.²²

På en skala fra 1 til 10 der 10 er topp, gir legene som deltok på samlingen, stort sett 6 og 7 på de ulike programpostene. Dette er omtrent det samme karakternivået som ble gitt i fylke 1. Samtlige tema beskrives som aktuelle og legene oppgir at samlingen har vært lærerik og nyttig. Gjennomgangen av den nye blanketten og en pasienttilnærming der en ser muligheter i stedet for begrensninger med sikte på å øke pasientens egenaktivitet, trekkes fram av legene som forhold der Fagutviklingsprogrammet vil få dem til å endre atferd. Ønsker om styrket dialog med trygdekontoret blir også nevnt av mange.

Fase 4: Mellomaktiviteter

Det er lagt opp til at deltakerne mellom fellessamlingene kan møtes i mindre grupper for å diskutere sin rolle i det inkluderende arbeidsliv. Sentralt ble det utarbeidet et opplegg for tre slike mellomaktiviteter. Beskrivelsen i det følgende er hentet fra en arbeidsbok laget for hver av samlingene.

Mellomaktivitet 1 – Arbeidsplassen

Her er temaet legens mulighet til å etterspørre, kreve og bidra til dialogen på arbeidsplassen. Målsetting for møtet er at legene gjennom dialog med arbeidsleder(e) og ansatt(e) i en bedrift i lokalmiljøet skal få kunnskap om

- Bedriftens systemer for forebygging av fravær og for oppfølging av sykemeldte.
- Hva legen kan etterspørre og kreve av oppfølging på arbeidsplassen i forhold til egne pasienter, eksempelvis oppfølgingsplanen.
- Hvilke behov arbeidsgiver har for legen som bistandsaktør gjennom vurdering, veiledning og samhandling.
- Hva man kan forvente eller kreve av arbeidstakers medvirkning.
- Betydningen av dialog for å skape gjensidig forståelse og grunnlag for samhandling i hverdagen og i utviklingsarbeid.

Legene møter representanter fra arbeidslivet, fortrinnsvis på en arbeidsplass, som kan gi en representativ fremstilling av hva som er arbeidsmetoder i en bedrift/virksomhet som har undertegnet avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Det legges opp til en kort omvisning på arbeidsplassen – med den hensikt å gi en forståelse av hvordan produksjonen gir muligheter og begrensninger for tilrettelegging, og hvordan bedriften forholder seg til dette. Deretter korte innlegg fra arbeidsplassen med fokusering på oppfølgingsarbeid på individnivå. Innleggene skal stimulere til diskusjon om vurdering, veiledning og samhandling rundt en-

²² I og med at dette er en underveistrapportering som avgis før fylke 2 har gjennomført sine mellomaktiviteter og sin Samling 2, kan vi ikke si noe mer om effekten av Samling 1.

keltsykemeldte. Til slutt legges det opp til casediskusjoner – enten med utgangspunkt i bedriftens gode eksempler/dårlige eksempler eller vedlagte case. Diskusjonsmomenter er:

- Hva trenger arbeidsplassen av opplysninger fra legen om hans vurderinger og veiledning av den sykemeldte? Hvordan skal dette skje? Hva er ønsket og hva er mulig sett fra bedriftens ståsted?
- Legen skal på medisinsk faglig grunnlag vurdere og veilede den sykemeldte – hva trenger legen å vite om arbeidsplassen og de muligheter som finnes der? Hvordan skal han få tilgang til dette? Hva er ønsket situasjon fra legens ståsted?
- Hvordan håndterer virksomheten de nye kravene/forventningene vedrørende realisering av aktivitetskravet, aktiv sykemelding, graderte sykepenger? Hvordan påvirker dette samhandlingen med legene?
- Er det mulig å bli enige om en felles beskrivelse av en ønsket situasjon og i så fall hvordan ser denne ut? Hvilke betydningsfulle muligheter og hindringer finnes? Diskuter forholdet til andre aktører som bedriftshelsetjeneste, andre helseprofesjoner (fysioterapeuter, kiropraktorer etc.) og trygdeetat. Hvordan kan vi komme videre?

Mellomaktivitet 2 – Trygdeetaten som bistandsaktør

Her er temaet legens og trygdeetatens rolle som bistandsaktører i utvikling av inkluderende arbeidsplasser og den gjensidige samhandlingen mellom dem for å bidra til dette. Målsetting for møtet er gjennom kontakt med lokalt ansatte i trygdeetaten å få økt kunnskap om

- Trygdeetatens oppfølging av enkeltsaker og støtte til arbeidsplassdialogen
- Trygdeetatens bistand til arbeidsplassene på systemnivå
- Hvordan etatens kompetanse brukes på tvers av enhetene (Samhandlingsmodellen)
- Hva legen kan etterspørre og kreve av trygdeetaten i sitt nærområde i forhold til oppfølgingen av egne pasienter og deres arbeidsplasser
- Hvilke behov trygdeetaten har for legen som samhandlingspartner for å støtte arbeidsplassen gjennom vurdering, veiledning og samhandling
- Hva man kan forvente eller kreve av arbeidstakers medvirkning
- Betydningen av dialog for å skape gjensidig forståelse og grunnlag for samhandling i hverdagen og i utviklingsarbeid

Legene møter representanter fra trygdeetaten, fortrinnsvis på et trygdekontor, som er kjent med Fagutviklingsprogrammets mål og metoder, og som kan gi en representativ fremstilling av hva som er arbeidsmetoder i trygdeetaten. Både arbeidslivssenteret og hjelpemiddelsentralen deltar. Trygdeetaten gjennomgår egen veiledningsfunksjon, ansvar og rolledeling. Synliggjøring av behovet for legens vurdering, veiledning og samhandling med fokusering på individnivå. Samhandlingen mellom lege og trygdeetat skal understøtte arbeidsplassens eget ansvar for å finne løsninger. Til slutt legges det opp til casediskusjoner. Blant flere diskusjonsmomenter som er listet opp i arbeidsboken, finner vi følgende:

- Hva krever trygdeetaten av opplysninger fra legen om hans vurderinger og veiledning av den sykemeldte og hvordan skal dette skje (utfylling av blankett – konsekvenser av mangelfull utfylling, legeerklæringer, møter)? Hva betyr det at det finnes et lovfestet aktivitetskrav? Hva gjør trygdeetaten med disse opplysningene?

- Legen kan møte veggen i kommunikasjonen med pasient og arbeidsgiver om løsninger på arbeidsplassen – hva kan trygdeetatens rolle være i slike tilfeller? Hvordan ber legen om bistand? Hva er hindringer for å oppfylle aktivitetskravet?
- Hva er ønsket situasjon når det gjelder kommunikasjon med trygdeetaten sett fra legens ståsted (skriftlig, muntlig gjennom telefon eller møter)? Hva er tilsvarende sett fra trygdeetatens ståsted?

Mellomaktivitet 3 – Legerollen

Her er temaet hvordan legen utvikler sin rolle som lege sett i lys av det inkluderende arbeidslivet. Møtet er kun for leger og målsettingen er å reflektere over og diskutere egen rolle på områdene vurdering, veiledning og samhandling. Oppnå forståelse av

- Nye muligheter for lege-pasient-forholdet og dermed rolleutøvelsen
- Nye krav til lege-pasient-forholdet og dermed rolleutøvelsen
- Pasientautonomi og taushetsplikt – hvor går grensene?
- Betydningen av å drøfte rammebetingelsene i legepraksisen i forhold til hvordan de best understøtter en god vurdering, veiledning og samhandling
- Legens samfunnsansvar – ”portnerrollen” versus hensynet til individet
- Hva man kan forvente eller kreve av pasientens medvirkning
- Betydningen av dialog for å skape gjensidig forståelse og grunnlag for samhandling i hverdagen og i utviklingsarbeid

Mulige diskusjonsmomenter kan være:

- Hva er opplevelsen av nye muligheter og nye krav til legerollen?
- Hvor mye skal jeg som lege ta hensyn til pasientens egenoppfatning når jeg skriver en sykemelding? ”Portvokter” versus ”advokat”. ”Det er ikke mulig med graderinger på min arbeidsplass!”
- Hva kreves av samhandling og samhandlingsrutiner – for å kunne utøve god vurdering og veiledning? Hvem skal vi samhandle med og hvordan?
- Hvordan skal samhandling skje i hverdagen, drøft taushetsplikt og pasientautonomi (bruker i sentrum). Se på praktisk gjennomføring (skjema, telefon, møter, osv.)
- Hva betyr dette for min praksis? Tidsbruk, håndtering av sykemeldinger (konsultasjon, telefon, oppmøte). Planlegging av neste kontakt (avtalt ny konsultasjon eller ikke).
- God veiledning – hva er det? Trenger vi faglig oppdatering på veiledning, eller kan vi bruke den kunnskap og de ferdigheter vi har opparbeidet?

I fylke 1 besøkte cirka 85 leger 22 IA-virksomheter. Det vil si at hver virksomhet mottok besøk fra cirka fire leger. Rådgivere fra arbeidslivssenteret koordinerte virksomhetsbesøket. Trygdekontoret deltok også på hvert møte og profilerte, ifølge fylkestyrgdedirektøren, trygdekontorene på en positiv måte overfor leger og arbeidstakere. Bedriftene stilte med ledelsen. Noen stilte også med tillitsvalgte. Gjennomgangstemaer som diskuteres, var endring av aktiv sykemelding, gradert sykemelding og pasientens behov for oppfølging, legens nye rolle og ulike virkemidler der også Aetat og bedriftshelsetjenestene kan være aktuelle å samarbeide med.

Mange av legene mener at de ikke har tilstrekkelige kunnskaper om arbeidsplassen til å vurdere arbeidsmulighetene ved sykdom, og at de er prisgitt arbeidstakerens/pasientens versjon. En beskrivelse av arbeidet som utføres i virksomheten, ville vært greit å ha. Individuell oppfølgingsplan er et godt verktøy for å få mer kunnskap om hva som er gjort for at arbeidstakerne skal kunne være i jobb. Planen bør følge arbeidstakeren i alle samtaler videre, og den bør inneholde informasjon om hvem som er nærmeste leder, noe pasienten ikke alltid vet. Legene vet heller ikke nok om de ulike virkemidlene som finnes for å hjelpe arbeidstakere inn i jobb igjen.

Fra diskusjoner under samlingen medles det at mange virksomheter ikke ser bedriftshelsetjenesten (BHT) som en naturlig samarbeidspartner. BHT er for lite flinke til å bruke oppfølgingsplaner. BHT sies likevel å være ett av de viktigste bindeleddene mellom bedriften og legen. Hvis BHT er krysset av på sykemeldingen, er det et signal til arbeidsgiver om å ta kontakt med bedriftshelsetjenesten for bistand. Som det også har kommet fram i flere andre rapporter (Econ, 2003 – 047, Bogen og Moland 2003, 2004) er spekteret av BHT-tilbud svært varierende.

Legene synes det er vanskelig å friskmelde pasienter til Aetat. Hvis pasienten kan friskmeldes til Aetat for en diagnose, kommer ofte en ny diagnose, som gir grunnlag for videre sykemelding. Dette skyldes sannsynligvis at friskmelding til Aetat kan få konsekvenser for den sykemeldtes økonomi. Hvis pasienten ikke får jobb innen tre måneder, går han over på dagpenger, som utgjør betydelig mindre enn om han fortsatt fikk sykepenger.

Ellers utvekslet arbeidsgiver, trygdekontor og leger en rekke ønsker til hverandre av mer praktisk karakter. Legene må for eksempel bli flinkere til å skrive friskmeldingsdato. Dette er juridisk viktig der arbeidstaker starter opp før sykemeldingsperioden er avsluttet. Arbeidsgiverne var frustrerte over ulik praksis hos trygdekontorene vedrørende hvem som får fritak for kronisk sykdom, hvor strenge man er i forhold til om pasienten må ha vært borte så og så mange dager, eller om det holder at pasienten har en kronisk sykdom som i perioder kan gi mye fravær. Legene ønsker at trygdekontorene informerer sykemeldte mer aktivt om utføringmuligheter før 52 ukers sykemelding.

På et evalueringsskjema der man skal beskrive sitt utbytte av ulike innslag i Fagutviklingsprogrammet, gir de her 8 poeng på en skala fra 1 til 10, der 10 er topp. Møtet med arbeidslivet har med andre ord vært positivt. Det foreslås å gjennomføre tilsvarende møter én gang i halvåret. Et annet alternativ kan være at virksomheter inviteres til å delta på legemøtene som gjennomføres med jevne mellomrom på trygdekontorene.

* * *

I fylke 1 har en valgt å ha trygdeetaten med på virksomhetsmøtene og slik slått sammen Mellomaktivitet 1 og 2. De har dermed ikke hatt egne møter med trygdekontorene. Derimot har de hatt legemøter, noe andre fylker har droppet. I fylke 2 stilte 102 leger på disse legemøtene. Oppmøtet varierte stort fra kommune til kommune. Møtene har fulgt opp de samme temaene som beskrevet over.

Et annet fylke som gjennomførte Mellomaktivitet 2, gjennomgikk mange av de samme temaene som nevnt over. Her benyttet de mye av samlingen til praktisk trening der den enkel-

te lege fikk pasientcase og fylte ut det nye skjemaet ”medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom”. Trygdekontoret behandlet saken. Deretter diskusjon. Ifølge fylkestyngdedirektøren har dette fungert svært bra.

Et tredje fylke har gjennomført alle mellomaktivitetene. Her har trygdekontorets folk møtt på legesenteret, noe som i dette tilfellet blir fremhevet som veldig positivt.

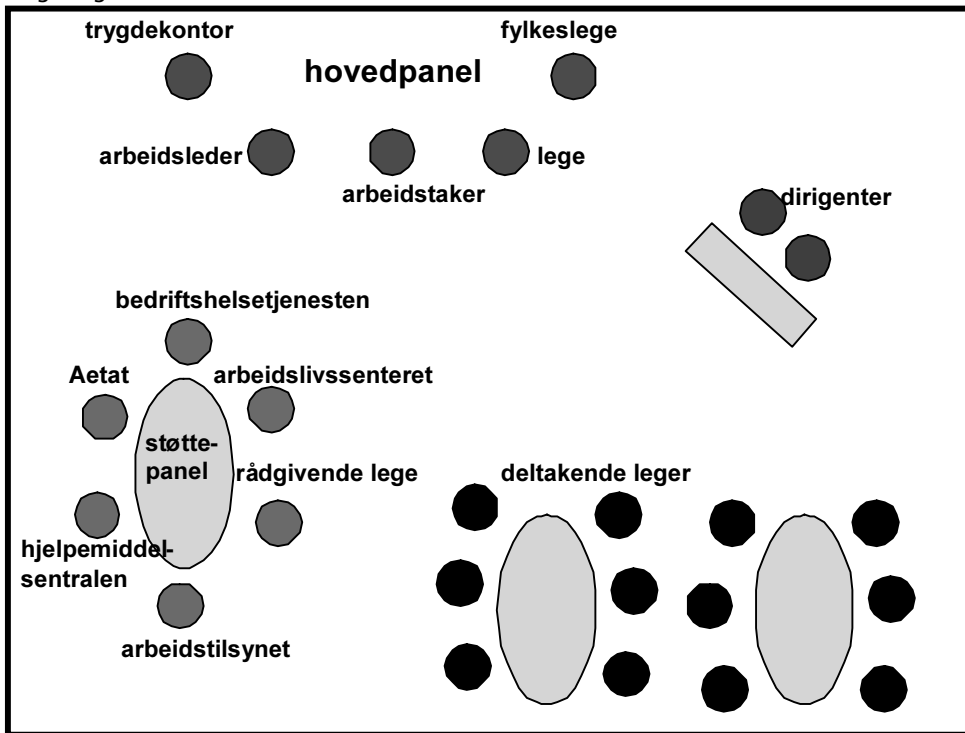
Fase 5: Andre fellessamling

Fellessamling 2 skulle holdes rundt i fylkene i perioden fra november 2004 til januar 2005. Samarbeidet mellom APLF og trygdeetaten om samlingene er det samme som ved Fellessamling 1. APLFs representant var sentral i utformingen for å sikre mest mulig realistiske case. Nå er første fellessamling og mellomaktivitetene gjennomført og hovedmålet med samlingen er at legene skal diskutere sin egen rolle i et inkluderende arbeidsliv. Programmet er derfor lagt opp slik at forsamlingen av leger skal komme mest mulig til orde. Her er færre foredrag og mindre ny informasjon. I stedet er det lagt opp til flere korte, forberedte innlegg fra leger. I tillegg tas såkalt casemetodikk i bruk. Arrangørene begrunner opplegget for andre fellessamling slik:

”Fagutviklingsprogrammet ”Legen i det inkluderende arbeidslivet” har som siktemål å stimulere til refleksjon om legerollen i sykemeldingsarbeidet og dermed skape økt bevissthet og rom for endring og kvalitetsforbedring. Første samling ga trygghet og godt klima for en rollediskusjon. Mellomaktivitetene aktiviserte og skapte dialogarenaer lokalt slik at prosessene kunne fortsette. Samling 2 skal være siste ledd i denne refleksjons-, bevisstgjørings- og endringsprosessen. Her skal man også kunne oppsummere og diskutere hvor langt man har kommet. [...] Man har i dette nivået større mulighet for å oppnå beskrivelser av konkrete handlingsmåter. [...] Mye av diskusjonene hittil i programmet har foregått på et overordnet nivå, selv om case har blitt spontant diskutert på flere av Samling 1 og i noen grad mellomaktivitetene. Det er ønskelig å teste de erkjennelser som har oppstått på metanivået på et casenivå og se om de ”holder vann”, og i tillegg understøtte fortsatt læring. Den konkrete betydningen av rolleendring, regelendring og økt samhandling kan vises tydeligere i en caseorientert tilnærming. Legene i programmet har ved spørsmål i Samling 1 bekreftet at casetilnærming i Samling 2 er ønskelig. Det er derfor lagt inn 2 (3) timer casediskusjon i programmet. [...]”

Til avdelingen der ulike pasientcase skal diskuteres i lys av IA-perspektivet, er det satt opp to panelgrupper. Hovedpanelet består av en representant for ansatte som forsøksvis inntar en pasientrolle, dennes lege, arbeidsgiver og trygdekontor, samt fylkeslegen som blant annet kommenterer spørsmål omkring taushetsplikten. I støttepanelet sitter eksperter fra en rekke tilgrensende tjenesteenheter (figur 2). Det har variert noe fra fylke til fylke om hvorvidt de har benyttet ett eller to panel. Som vi ser av figuren, er det også tegnet inn dirigenter. De har en viktig oppgave i å påse at forsamlingen ikke henger seg alt for lenge opp i ett tema, enten det er et hoved- eller sidespor.

Figur 2: Skjematisk fremstilling av casediskusjonen under Samling 2 med deltakende leger, hovedpanel, støttepanel og dirigenter.



Tabell 2: Mal for Samling 2

Tid	Tema
30 min	Velkomst v/ APLF og fylkesdirektør Erfaringer og hovedpoeng fra Samling 1 og mellomaktivitetene Legenes erfaring så langt Trygdeetatens erfaring så langt
45 min	Hva er mine refleksjoner og erfaringer så langt? 3 x 15 minutter Arbeidsplassen v/lege <ul style="list-style-type: none"> Hva opplever jeg som lege at jeg har å spille på i arbeidslivet (samtale om muligheter – oppfølgingsplan) og hva forventer arbeidslivet av meg? – refleksjoner rundt vurdering, veiledning og samhandling. Trygdeetaten v/lege <ul style="list-style-type: none"> Hva opplever jeg som lege at jeg har å spille på i forhold til trygdeetaten og hva forventer trygdeetaten i forhold til meg? – refleksjoner rundt vurdering, veiledning og samhandling. Legerollen v/lege <ul style="list-style-type: none"> I lys av de nye krav, ønsker og muligheter – refleksjoner rundt legerollen i det inkluderende arbeidsliv med vekt på rolleutvikling av vurdering, veiledning og samhandling.
30 min	Legerollen – Hvilke muligheter og utfordringer har legene sett? v/APLF. Erfaringer på tvers av fylkesgrensene. Oppsummering av hovedtrender i diskusjonene etter 65 møter som har involvert mer enn 50 % av landets allmennleger i Samling 1. Hva gjør vi med denne kunnskapen?
15	Diskusjon
45 min x 2	Hvordan lykkes i IA-arbeidet? Casebelysning av legens vurdering, veiledning og samhandling gjennom følgende temaer: <ul style="list-style-type: none"> Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt Arbeidsrelatert aktivitet Taushetsplikten APLF og fylkesdirektør leder casediskusjonene med panel bestående av allmennlege, bedriftsleder, tillitsvalgt, representant fra trygdeetaten, bedriftshelsetjenesten, fylkeslegen. Rådgiver fra trygdekontor og arbeidslivssenter, rådgivende lege og rådgiver fra Aetat bør sitte i salen og ev. supplere. Korte innlegg om de enkelte temaene. Temaene belyses gjennom ulike typer case
30 min	Åpen post – tema valgt på fylkesnivå,
30 min	Veien videre – tanker fra lokal trygdeetat og legeförening med diskusjon.

Det faktiske, faglige innholdet på møtene

Det faglige innholdet som har vært diskutert i Samling 1 og 2 og i mellomaktivitetene, ligger tett opp til det som har vært annonsert i programmet. Strukturen og temaene har ligget fast. At man noen steder har droppet å vise en video eller brukt annet manus enn det som har vært laget sentralt, rokker ikke nevneverdig ved det. I det følgende gjengis de temaene som har fått mye oppmerksomhet, slik dette er formulert i møtereferater²³. Vi beskriver samtidig hvordan en del av problemstillingene er håndtert. I det følgende er det også trukket vekslere

²³ Her legger vi til grunn både referater fra egen tilstedeværelse og referater skrevet av representanter for arrangøren, vanligvis en ansatt i trygdeetaten. De sistnevnte referatene inneholder også oppsummering av evalueringsskjemaer deltakerne har fylt ut etter hver samling.

på Kjartan Olafssons (APLF) foredrag på Samling 2 der han oppsummerer erfaringene fra Samling 1.²⁴

Møtene har vært rettet mot legens rolle, først og fremst i møtet med pasienten, og der- nest i forhold til arbeidsplass og bistandsapparat. Innholdet i og konsekvensene av den utvi- dede legerollen – *legen som vurderer, veileder og samhandler* – har stått sentralt i gjennomføringen av programmet. Dette er dels gjort gjennom en overordnet beskrivelse av aktørenes roller i et IA-perspektiv og dels gjennom praktiske øvelser for å anvende ”den rette lære” og nye virkemidler.

Pasientens beskytter, men mot hva? (til aktivitet eller passivitet? – en del av funksjonsvurde- ringen)

Legene er enige om at de skal oppmuntre pasienten til aktivitet og nærhet til jobb. Dette vil ofte kunne være positivt med tanke på restitusjon. Men fravær fra jobben kan også være viktig og riktig, og det må være legens oppgave ved sin medisinske faglige vurdering og gjennom veiledning og dialog å sortere ut når dette er situasjonen. Så må veiledningen og vurderingen fortsette slik at man finner rette tidspunkt for å ”foreskrive” aktivitet. Dette er vanskelig, og spørsmålet om hvordan legen kan bli en god veileder sto sentralt på flere av de første samlingene. Til grunn for god veiledning ligger en funksjonsvurdering og til grunn for en god funksjonsvurdering fordres både medisinsk fagkunnskap og kjennskap til arbeids- plassen (av og til også hjemmesituasjonen).

Vurdering av arbeidsevne og riktig gradering, kunnskap om arbeidsplassen

Legens pasientvurderinger vil ofte trekke inn både medisinske og objektive forhold og rela- sjonelle forhold som bygger mest på pasientens subjektive beskrivelser av helse, funksjon, arbeidsoppgaver og arbeidsmuligheter. Legen får dermed en rekke ulike og sammensatte pasientsituasjoner som utgangspunkt for sin vurdering, veiledning og samhandling med and- re bistandsaktører. Rent konkret viser det seg tydeligst i hvordan man graderer en sykemel- ding. Om dette har det vært stor diskusjon. Den ene hovedgruppen av leger konsentrerer seg om pasienten uten å trekke inn arbeidslivskonteksten spesifikt: Den rent medisinske vurdering tar utgangspunkt i pasientens tilstand og hva man som lege mener dette burde bety for aktivitetsevne, men uten å sette det direkte i sammenheng med pasientens egne ar- beidsoppgaver. Den andre hovedgruppen gjør den samme medisinske vurderingen, men vil i tillegg foreta en produktivitetsvurdering der lege og pasient diskuterer hvor mye av produk- tive oppgaver han kan greie. Til grunn for uenigheten blant legene ligger blant annet en ulik forståelse av arbeidsgivers tilretteleggingsplikt. Skal legens gradering av funksjonsevne ta hensyn til arbeidsgivers tilretteleggingsevne- og -vilje eller skal legen forutsette at arbeidsgi- ver tilrettelegger i henhold til den funksjonsgrad legen i samråd med pasienten har foreslått?

Her er det ulik praksis på ulike arbeidsteder. Legene ber trykdetaten om å forklare hva tilretteleggingsplikten egentlig innebærer. Hva kan de på pasientens vegne kreve av tilrette- legging?

²⁴ Kjartan Olafsson, 2004: ”Oppsummering av diskusjonen i Samling 1. På bakgrunn av 38 samlinger”. Dette er et foredrag med 32 lysark (ppt-fil). Inneholder både sitater fra deltakende leger og kommentarer fra Olafsson.

Særlig ved programmets start, under Samling 1, var mange leger oppgitt over hvor håpløst det ville være for dem å gi riktig funksjonsvurdering uten kjennskap til arbeidsplassen og de hadde mange eksempler på at pasient og arbeidsgiver hadde ulike versjoner av sykdomsbildet og arbeidsevnen. Direkte samtale med arbeidsgiver var heller ikke særlig tiltalende for legene. Dette blir som vi skal se, bearbeidet utover i programmet.

Taushetsplikt og behov for kommunikasjon med arbeidsgiver

Spørsmålet om legens taushetsplikt overfor arbeidsgiver har stått sentralt i alle samlingene. IA-prosjektets oppfordring om dialog på arbeidsplassen og legenes oppgaver som bistandsaktør har skapt usikkerhet om hvorvidt legene selv må snakke med arbeidsgiveren om pasientens funksjonsevne. Dette vil i så fall lett kunne komme i konflikt med legens taushetsplikt og rolle som pasientens beskytter. Mange var usikre på hvor smart det var å snakke direkte med arbeidsgiver. Det kunne fort bli vanskelig å snakke om arbeidsfunksjon uten å komme inn på diagnose. Selv om IA-programmet jobber for mer åpenhet rundt sykefravær på arbeidsplassen, er det fortsatt mange ansatte som ønsker at arbeidsgiver ikke skal kjenne til deres fraværsgrunner. Det har derfor vært viktig at programmet har stadfestet at taushetsplikten fortsatt er like hellig som den alltid har vært, og at dialogen på arbeidsplassen først og fremst skal stå mellom arbeidsgiver og arbeidstaker der legens bidrag primært er å understøtte denne. Det er ikke ment at legen selv skal gå i dialog med arbeidsplassen i alle tilfeller.

Legenes erfaringer til nå er at taushetsplikten i praktisk sykemeldingsarbeid sjelden skaper noe problem. De fleste pasienter ønsker at alle parter, legen også, skal trekke i samme retning for å hjelpe dem, og da vil kommunikasjon være i deres beste interesse. Legene er også klar over at ”taushetsplikten ikke må bli noe vi som leger gjemmer oss bak fordi vi ikke er motiverte for, eller vil prioritere, dialog og samhandling”.

I løpet av programmet kom det fram mange løsningsforslag på hvordan legene kunne understøtte dialogen på arbeidsplassen uten selv å behøve å gå inn i den. Individuell oppfølgingsplan var til å begynne med ukjent for nesten samtlige leger. Etter hvert vakte den imidlertid interesse og mange vil nå spørre pasienten om å få se denne når situasjonen tilsier det.

Forslag om å forstå funksjonsgradering som en fortløpende prosess der en ”graderer i sløyfer”, lettet mange legers usikkerhet (og irritasjon) formulert i utsagnet ”Slik systemet er, må vi uttale oss om ting vi ofte ikke har greie på.”. Hva det vil si å gradere i sløyfer, er formulert slik av en av de deltagende legene:

”Jeg graderer i dialog med pasienten og etter beste medisinske skjønn. Så fortsetter dialogen på arbeidsplassen hvor de gjør sin vurdering. I neste konsultasjon kan jeg gi råd i forhold til dette. Kommunikasjonen går i sløyfer mellom legekontor og arbeidsplass. Pasienten er bindeleddet. Det gir mening for meg og graderingen blir god.”

Med Ot.prp. nr. 48 (2003–2004) er legene bedt om å vurdere gradert sykemelding før aktiv sykemelding. Dette er egentlig ikke nytt. Men både bedriftenes og myndighetenes (inntil nylig) ønske om å bruke aktiv sykemelding førte til at omfanget ble svært stort og bruken utartet. Pasienter kom til legen med bestillinger om aktiv sykemelding hvor avtaler allerede var gjort på arbeidsplassen eller i samråd med andre aktører. Det var vanskelig å endre denne praksisen fra legekantoret. Legene støtter derfor dette punktet i odelstingsproposisjonen.

De sier samtidig at en må påse at ikke samme feil gjøres med graderte sykemeldinger. Bevisst målretting og tidsavgrensing kan forhindre dette.

Aktiv sykemelding oppfattes av legene fortsatt som en god mulighet enten sammen med bruk av gradering eller når gradering ikke fungerer. Det er for eksempel et spørsmål om aktiv sykemelding kan brukes i forkant av en gradering for å teste ut hvor mye en arbeidstaker kan greie. Her oppstår det imidlertid problemer med formuleringen om at ”egne arbeidsoppgaver ikke kan benyttes under en aktiv sykemelding”. Legene mener en formulering om ”aktiv sykemelding ikke skal benyttes hvor gradering er mulig” ville vært bedre og ligge mer opp til deres praksis. En brosjyre om aktiv sykemelding som kunne deles ut til pasientene samtidig som man gir sykemeldingen, etterlyses. Denne kunne avklare legens ansvar i forhold til de øvrige aktørers ansvar. Dermed er legen med på å stimulere til aktivitet, innholdet i den individuelle planen bestemmes på arbeidsplassen og trygdeetaten avgjør om innholdet tilfredsstillende til aktiv sykemelding eller om den må omskrives til en gradering.

Alt i alt bar diskusjonene om funksjonsvurdering og veiledning preg av at løsningsmulighetene var mange, etter hvert som en ble kjent med dem.

Når pasienten sier seg sykere enn hva faglige indikasjoner tilsier

Situasjoner der legen ikke ser faglige grunner til å etterkomme en pasients forespørsel om sykemelding, er vel kjent og dårlig likt blant legene. En av deltakerne spissformulerte seg slik:

”Det er ikke vi som sykemelder, det er pasienten selv. Vi brukes som buffer for pasienten. Helst så jeg at vi leger ikke sykemeldte, men lot pasienten selv gjøre det, mens vår oppgave kunne være å diagnostisere og bidra til friskhet.”

I løpet av samlingen har det både vært forelest om og diskutert hvordan legene kan håndtere denne situasjonen. ”Følger vi opp en slik uenighet godt nok og lenge nok? Lar vi bruker/pasient bestemme eller bruker vi vår faglighet?” I starten av programmet førte problemstillingen til at en del tid ble brukt på diskusjoner om skulkere som ønsker å optimalisere fraværsmulighetene. Etter hvert ble mer oppmerksomhet rettet mot det positive ved IA-tenkningen, for eksempel betydningen av arbeidsplassstilthørighet.

Legene formidler at de gjennom IA-perspektivet har fått økt forståelse for arbeidsplassens rolle i sykefraværssituasjoner og at de har fått konkrete hjelpemidler som støtter opp om at løsninger – enkle så vel som vanskelige – skal finnes der. Ofte vil enkle spørsmål om hvorvidt pasienten har snakket med arbeidsgiver, være tilstrekkelig. I saker der lege og pasient ikke kommer fram til en tilfredsstillende løsning på sykefraværsspørsmålet, melder legene at de er svært tilfredse med å kunne benytte rubrikk 2.11.1 på den nye blanketten for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom. Dette gir legen mulighet til å skrive ut sykefravær for en periode, men samtidig si fra til trygdekontoret om at de mener det ikke er ”tungtveiende medisinske eller behandlingsmessige årsaker til at personen ikke kan være i arbeidsrelatert aktivitet”. En av de deltagende legene formulerte det slik:

”Hvis jeg har en pasient som ikke greier jobben sin, men har restarbeidsevne og mine overtalelseskunster om delvis eller aktiv sjukmelding har feila, så har jeg gitt full sjuk-

melding. Men jeg har skrevet nei i 2.11.1. Da har jeg sendt et signal om at her fins det muligheter til aktivitet. Så er spørsmålet, tar noen det signalet?”

Tidlig i programmet ble det diskusjoner om hvordan en skulle bruke dette punktet. Opprinnelig var 2.11.1 ment som et kontrollpunkt fra myndighetenes side. Etter innspill basert på erfaringene fra Fagutviklingsprogrammet, endrer RTV teksten i veiledningen til blanketten slik at en avkrysning fra legens side kunne tolkes som et signal til trygdekontoret og arbeidsgiver om at aktivitet er mulig selv om legen har gitt pasienten full sykemelding. RTVs endring av veiledningen er et godt eksempel på samarbeidsbasert utvikling og høstet bifall hos legene.

Legene og de andre bistandsaktørene

Med bruken av 2.11.1 på den nye blanketten for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom er det sendt et signal videre til trygdeetaten/arbeidsgiveren. Det avsluttende spørsmålet i sitatet er ikke bare en utfordring til trygdeetaten. I formuleringen om noen tar signalet, ligger det også en kritikk av trygdeetaten, i dette tilfelle representert ved trygdekontorene. I løpet av programmet har det vært uttrykt stor skuffelse fra legenes side over at trygdekontorene som regel ikke gir tilbakemelding til legene på deres innspill. Trygderepresentantene tar selvkritikk og lover bedring. Gjennom Fagutviklingsprogrammet er det nå på ulikt vist bygd opp forventninger hos legene til en betydelig bedring av dialogen; ikke bare fordi legene fortjener det, men fordi det er en rimelig del av den nye, prosessorienterte arbeidsformen som kjennetegner hele IA-tenkningen. Fallhøyden er derfor betydelig dersom trygdeetaten ikke følger opp.

Budskapet om trygdeetaten som et helhetlig team og omformingen av etaten fra forvalter av trygdeutbetalinger til tjenesteleverandør for et bedre arbeidsliv har vært tungt å selge inn. Legene kjenner foreløpig bare den gamle trygdeetaten og har liten erfaring med at de ulike enhetene praktiserer noe som kan likne på løsningsorientert samarbeid. Men med gjennomføring av mellomaktiviteter og rammen for casediskusjoner som skal gjennomføres i Samling 2, ligger det godt til rette for å kunne utvikle et bedre samarbeid mellom legene og trygdeetaten.

Sykemeldinger der pasienten har psykososiale problemer knyttet til forhold på arbeidsplassen, er vanskelige å håndtere. Er dette i det hele tatt sykemeldingsberettiget? Og hvis det er, finnes det noe alternativ til full sykemelding? Og hva gjør man med det? Her er legens rolle som veileder viktig. Men samhandlerrollen vil kanskje være enda viktigere.

Legene trekker selv fram tillitsvalgte, bedriftshelsetjeneste, trygdekontor og i vanskelige saker Arbeidstilsynet som gode medspillere. Mange er opptatt av at en ikke må glemme bedriftshelsetjenesten. I andre programmer har vi sett at også arbeidsgiverne ønsker et bedre samarbeid med bedriftshelsetjenesten (dersom de har slikt). I kjølvannet av etableringen av arbeidslivssentrene har arbeidsgivere i IA-virksomheter fått kunnskap om hvordan de bedre kan utnytte bedriftshelsetjenesten. Dette har mange steder bidratt til betydelig fornyelsespress i bedriftshelsetjenesten. Arbeidslivssentrene er imidlertid fortsatt dårlig kjent blant legene og nevnes knapt, i alle fall ikke i programmets første del.

Samhandling tar tid, og for leger er tid et knapphetsgode. Hvis samhandling fører til økt konsultasjonstid, vil dette medføre lengre arbeidsdag eller færre konsultasjoner per dag. Det-

te fører til at mange leger, særlig i begynnelsen, er skeptiske til IA-arbeidet. Som en av legene formulerte det: ”Jeg skjønner at det er et stort trykk på at jeg skal ut og samhandle, men kan noen fortelle meg hvor jeg skal ta tida fra?” Motsvaret kom raskt fra en annen: ”Etter at jeg begynte med korte, avklarende møter i vanskelige sykemeldingssaker, har jeg spart mye tid og ikke minst frustrasjon.”

Behovet for møteplasser for kommunikasjon er synliggjort gjennom programmet. Legene ser at økt dialog ikke bare med pasient og andre instanser, men også med arbeidsgiver kan være positivt. Men de understreker at det må skje på hensiktsmessige måter ellers ”blir det beste det godes fiende”. Mange har gode erfaringer fra (de gamle) basismøtene. Andre har blitt med i mer uformelle møtesammenhenger. Noen har invitert arbeidsgiver sammen med ansatt til et lite møte innenfor konsultasjonsrammen. Andre steder har trygdekontoret vært mellommann og organisator. En del av dette samarbeidet har bidratt til å løse saker raskt og avklare spørsmål uten mye papir fram og tilbake. Legene er med andre ord positive til dialog, men understreker at tidsknapphet tvinger fram streng prioritering og foreslår samtidig bedre arbeidsdeling. I dette tilfelle er trygdekontorene adressen: Kan de ivareta en sekretariatsfunksjon og hjelpe til med planlegging og oppfølging etter møtene?

Blanketten som virkemiddel

Vi har allerede sett at legene er positive til felt 2.11.1 på den nye blanketten for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom. Blanketten har flere funksjoner. Den er en ”verdisjekk” som løser ut penger, en sakkyndigvurdering for arbeidsgiver og trygd, en sjekkliste og et verktøy for legen ved vurdering og samhandling med pasienten, et kommunikasjonsverktøy i forhold til arbeidsgiver og trygdeetat, og et evalueringsverktøy ved konsultasjon om forlengelse. Legene hadde gjerne sett at de fikk bedre tilbakemeldinger fra både arbeidsplass og trygdekontor. Mange etterlyser spesielt tilbakemeldinger fra arbeidsgiver. Dette vil antakelig bli bedre etter hvert som individuell oppfølgingsplan benyttes av arbeidsgiver og arbeidstaker.

Flere leger fyller ut blanketten sammen med pasientene og opplever at det er en hjelp til å ansvarliggjøre pasienten, blant annet i spørsmålet om aktivitet. Ellers synes nok mange leger at blanketten er svært tidkrevende å fylle ut og at det ikke gjenspeiles i taksten. De har for øvrig forventninger til at elektroniske løsninger skal komme og at disse er tilpasset legenes behov.

IA-arbeid bare for store virksomheter?

De fleste IA-virksomheter er store eller mellomstore. Dette gjelder også de bedriftene som har stilt opp i programmet. Disse har ressurser til å jobbe planmessig, og de er så store at det lar seg gjøre å sette folk med begrenset arbeidskapasitet inn i andre oppgaver. Mange av legenes pasienter jobber i små virksomheter og har ofte arbeidsgivere med begrenset vilje eller mulighet til å finne inkluderende løsninger for ansatte med redusert arbeidsevne. Hva har trygdeetaten å gi av råd til disse? Spørsmålet er ekstra aktuelt for legene fordi de selv er arbeidsgivere på små legekontor.

Samarbeid, faglig innhold, mulige resultater og veien videre

Akkumulert og videreformidlet erfaring

Da en valgte fagutviklingsmetodikken, valgte en samtidig et opplegg som stiller store krav til arrangører og deltakeres engasjement og delaktighet over tid. Arrangørene hadde lite erfaring med denne type samarbeid og deltakelse var basert på frivillighet for APLF-landsrådenes del. RTV har dertil latt APLF få stor innflytelse på programinnholdet som er utviklet og drevet fram gjennom diskusjoner mellom RTV og APLF og mellom sentrale og lokale aktører. Det er med andre ord flere miljøer som har bidratt med innspill og oppgaver. APLFs representant i arbeidsgruppen har hatt en sentral rolle; først som pådriver i utformingen av programnotat og programinnhold, og senere som foredragsholder. Med kompetanse både innen trygdefag og medisin har han hatt legitimitet hos legene. Han har vært ildsjelen som ofte er nødvendig for å drive gjennom vanskelige oppgaver. Men vel så interessant er rollen som akkumulator. Ved å bruke APLFs representant så aktivt ved gjennomføringen av de første samlingene oppnådde man ikke bare at et enhetlig budskap med helhetlig perspektiv ble formidlet, men også at gode og mindre gode erfaringer ble trukket inn i gjennomføringen av senere samlinger.

Deltakere og nøkkelpersoner om sentrale og perifere aktører i programmet

I løpet av planleggingen og gjennomføringen av Fagutviklingsprogrammet har en rekke instanser og enkeltpersoner vært involvert. Noen har vært aktive, andre passive. Noen har vært positive, andre mindre positive. I dette avsnittet gjengir vi kort hvordan deltakere og representanter for de som har jobbet med programmet har oppfattet de ulike aktørene.

Kort om legestanden

DNLF sentralt har støttet ideen om tiltak for å trekke legene bedre inn i arbeidet for et inkluderende arbeidsliv, men har ikke hatt noen sentral rolle i utformingen og gjennomføringen av fagutviklingsprogrammet. De vurderte behovet for et omfattende fagutviklingsprogram for å være mindre enn APLF og RTV og overlot til APLF å representere legestanden. Økt nærvær fra DNLF ville i følge deltakende leger ha gitt programmet større faglig tyngde og kanskje bidratt til å styrke rekrutteringsarbeidet. Det var lenge usikkerhet om fagutviklingsprogrammets status i forhold til legeforeningens utdanningsystem. En raskere avklaring av spørsmålene om kurspoeng ville nok også ha lettet arbeidet med gjennomføringen av programmet.

APLF sentralt har vært positive til programmet, men det tok noe tid før de fikk den sentrale rollen de senere har spilt. APLF har vært RTVs formelle samarbeidsparter og en avgjørende døråpner til legene. De har fått noe kritikk (internt) for sin håndtering av egne fylkestillitsvalgte i første fase. APLF sentralt har vært en viktig støttespiller for egen representant i arbeidsgruppen for fagutviklingsprogrammet.

APLFs representant i arbeidsgruppen har vært den viktigste pådriveren for programutviklingen, for dets treffsikkerhet overfor legene, for akkumulering av kunnskap underveis og for høy grad av enhetlighet i avviklingen.

Innsatsen fra APLF i fylkene har vært avgjørende for den praktiske gjennomføringen. For mange av APLF-landsrådene har dette vært en vanskelig oppgave, helt annerledes enn den forhandlerrollen de er valgt til. Den enkelte APLF-representant har derfor håndtert oppgaven ganske ulikt. Noen har var meget innsatsvillige, andre motvillige.

Blant de deltagende legene var noen positive fra starten av, andre skeptiske. Vi sitter igjen med et inntrykk av en positiv utvikling. Legene har bidratt aktivt under samlingene.

Kort om trygdeetaten

RTV sentralt har i overensstemmelse med opplegget for programmet, vært lite synlige under samlingene. RTV roses for tiltaket og for å ha trukket legene med i et utviklingsprogram. De har imidlertid fått kritikk for å ville forsere programprosessen og for hastverk med nye sykemeldingsblanketter i sommer. RTVs sekretariatsfunksjon har vært god.

Fylkestrygdekontorene har hatt en viktig rolle for gjennomføringen av samlingene, og har blant annet hatt en regional sekretariatsfunksjon. Fylkestrygdekontorene har også hatt faglige innledninger og innspill på samlingene.

Trygdekontorenes innsats har spilt inn på rekrutteringen av leger til programmet. For øvrig har trygdekontorene hatt en tilbaketrukket rolle på samlingene. Enkeltpersoner har kommet med enkelte innspill. I følge legene har trygdepersonell gjennom samlingene fått økt innsyn i og forståelse for hvordan legene jobber. Det er formulert forventninger til det videre samarbeidet mellom legene og trygdekontorene

Arbeidslivssentrene er lite kjent for legene og vise versa. Representanter fra arbeidslivssentrene har i følge legene lært mye om legestanden ved å være med. Samtaler vi har hatt med ansatte ved arbeidslivssentrene bekrefter at de synes fagutviklingsprogrammet har vært positivt.

Hjelpemiddelsentralene har knapt vært til stede. De ble bedt om å være med et stykke ut i programmet. Det er uklart om dette har skjedd.

Kort om andre offentlige instanser

Aetat er trukket lite med i programmet. Det har vært tilfredshet blant legene der Aetat har stilt. Bedriftshelsetjenesten har heller ikke vært tildelt noen sentral rolle. Mange virksomheter har ikke bedriftshelsetjeneste. Programmet skulle dessuten konsentrere seg om allmennlegene for å holde fokus på lege-pasient-forholdet. En del leger savnet BHT. Fylkeslegen har vært invitert til å delta i den avsluttende fellessamlingen. Enkelte steder skal dette ha vært vanskelig å få til. Arbeidstilsynet har vært invitert til å delta i den avsluttende fellessamlingen.

Kort om Arbeidslivet

Bedriftsledere har vært invitert til å holde innledninger og til å være vertskap for mellomaktiviteter. Det har vært lett å få dem til å stille på samlinger og deres bidrag har blitt godt motatt. Tillitsvalgte fra IA-virksomheter har ikke hatt en like viktig rolle i programmet. De har vært invitert til å delta i den avsluttende fellessamlingen som deltaker i paneldiskusjonen.

Programmets samarbeidsform

Fagutviklingsprogrammet er utviklet og gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom trygdeetaten og legene. Ingen av dagens ledere har tidligere vært med på et samarbeid av denne typen. Samarbeidet kan beskrives med følgende stikkord: utfordrende, vanskelig, lærerikt, utbytterikt og stimulerende.

RTV om samarbeidsformen

For RTV er dette programmet ett i rekken av mange fagprogrammer som har vært kjørt i forbindelse med IA-satsingen. Foruten en faglig plattform bygd på intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv, har programmene hatt til felles at de har vært rettet mot aktører som er helt sentrale i arbeidet for å kunne nå IA-målene. Men der de andre programmene har vært rettet mot (til dels svært forskjellige) aktører internt i trygdeetaten, skiller Fagutviklingsprogrammet for leger seg ut ved at målgruppen ligger utenfor trygdedirektørens styringslinje. Trygdefaglige spørsmål utgjør dessuten bare en del av legenes arbeidsområde. Legenes interesser er med andre ord bare i begrenset grad sammenfallende med trygdeetatens.

RTVs representanter beskriver dette programmet som det absolutt mest krevende de har gjennomført de årene IA-prosjektet har pågått. Plan- og gjennomføringsfasen har også tatt lengre tid enn vanlig. Dette skyldes rimeligvis at de tidligere programmene har vært etatsinterne satsinger, mens legeprogrammet er lagt opp som et samarbeidsprosjekt mellom to svært ulike organisasjoner. APLF er en fagforening uten styringsrett. De kan bare anmode sine medlemmer om å stille opp. Dermed blir prosessen mer omstendelig og mindre forutsigbar enn i en linjeorganisasjon. Takstforhandlinger mellom myndighetene og Legeforeningen og andre faglige agendaer i DNLF har også vært kompliserende for fremdriften i programmet.

RTV understreker at de har samarbeidet med Legeforeningen fra begynnelsen av. ”Vi har utviklet noe sammen. Vanligvis er det ikke slik. Vi har lært å bruke andre folk og nye metoder.” Samarbeidet har vært krevende og lærerikt. Men det har også vært nødvendig. Gamlemåten med å informere ville ikke vært tilstrekkelig: ”Her nytter det ikke med den tradisjonelle trygdetilnærmingen.”

APLF om samarbeidsformen

APLF beskriver samarbeidet omtrent på den samme måten. De er mer positive enn RTV til det som har gått bra og samtidig mer kritiske enn RTV til det som ikke har gått så bra.

”Det har vært inspirerende at vi denne gangen har fått innflytelse på utformingen av rollen vår. Det har vært et savn tidligere. Vi er veldig fornøyde med RTVs Prosjekt for inkluderende arbeidsliv.”

APLFs kritikk av samarbeidet med trygdeetaten er ikke rettet mot Fagutviklingsprogrammet, men mot andre forhold i samarbeidet med RTV. Som tidligere nevnt reagerte APLF sterkt på at RTV forsøkte å forsere prosessen våren 2004:

”Et slikt omfattende program som dette må få ta tid. Mange skal involveres, de skal delta, medutvikle og tilegne seg noe helt nytt. Vi savner respekt for dette. Dette har

dessverre forsuret et samarbeid om noe vanskelig og viktig. Forstår ikke RTV at legene har en omfattende agenda der RTV bare utgjør en av mange saker?”

RTV har beskrevet APLF som en organisasjon som kom sent, men godt inn i prosessen. APLF nevner flere forhold som forklarer at de var noe nølende i startfasen. Legene ville ikke være med på et så omfattende og arbeidskrevende prosjekt før de var sikre på at innsatsen vil komme pasientene til gode. Dårlig erfaring med den gamle sykemeldingsblanketten ligger til grunn. APLF nevner også, som RTV har gjort, at lønsspørsmålet en periode sto i veien for større innsatsvilje fra legenes side.

”I mange år har legene følt seg lurt av trygdeetaten. De har fylt ut del 2 i den gamle sykemeldingen til trygdekontor som aldri har brukt opplysningene. Tenk på alt det arbeidet som her er nedlagt til ingen nytte? Slikt er nedslående, og det gjorde oss skeptiske til å nedlegge mye energi før vi var sikre på at det ville komme pasienten til gode.”

”Uløste tariffspørsmål er et annet forhold som har vært uheldig for fremdriften av Fagutviklingsprogrammet. Rent forhandlingsteknisk ligger takstfastsettelsen i forbindelse med det nye sykemeldingsskjemaet hos RTV og utenfor APLFs forhandlingsmandat. Vi opplever at takstene har gått ned samtidig som vi har fått flere oppgaver i forbindelse med skjemautfyllingen. Dette bidrar heller ikke til å øke entusiasmen for et samarbeidsprosjekt med trygdeetaten.”

Deltakende leger om samarbeidsformen

Blant de deltagende legene har holdningene til selve samarbeidsformen vært tatt godt imot:

”Det er positivt at RTV vil inkludere Legeforeningen i utviklingen av programmet. Samarbeid og lagspill er viktig. Nå må vi legge uheldige uttalelser og bruk av pisk bak oss.”

”Vi er med på et landsdekkende program. Det viser at legene nå blir tatt på alvor. Håper at vi kan komme fram til et felles mål.”

”Det har vært positivt at alle meninger er velkomne og at vi kan diskutere ut egne opplevelser av hverdagen og sykemeldingsarbeidet slik det ser ut fra mitt kontor.”

”Det har vært lite motstand fra legene under samlingene. Jeg hadde ventet mer og var derfor litt forsiktig i starten. Sluttet fort å be arbeidsgiverrepresentantene om å være varsomme når de presenterte sine erfaringer og forventninger til legene. Jeg synes det har vært god stemning på samlingene. Legene og trygderepresentantene har klart å dra dette sammen. Legene har jo også møtt stor forståelse for sin rolle og rolleutøvelse.”
(APLF)

APLFs landsrådsrepresentanter har representert hele skalaen fra svært positive og innsatsvillige til svært negative og til dels motvillige. De fleste har nedlagt mye arbeid (jf. tidligere omtale). I enkelte fylker har misnøyen med mangelfull økonomisk kompensasjon vært så stor at det har skapt arrangørtekniske problemer.

Hva sier programmets målgruppe?

Vi har sett at legene gir positive tilbakemeldinger på innholdet i de ulike programpostene. Egenaktivitet der de selv får bidra med synspunkter på samarbeidet med trygdeetaten, IA-tenkningen, ny rolle og pasientens plass i det hele, settes foran alt annet. Der nest synes legene de har fått god kunnskap om IA og nye regler for sykemelding. Det har vært positivt å få bedre kjennskap til de andre aktørene i den trygdefaglige tjenestekjeden. Diskusjoner med konkrete case der ny kunnskap og nye regler anvendes og der også de andre aktørene har bidratt, ser også ut til å ha fungert bra. APLF som den siste tiden har uttalt seg positivt om programmet ved en rekke anledninger, har blant annet sagt det slik:

”Fra vårt hold oppleves det faglige innholdet i programmet som veldig bra. Med Fagutviklingsprogrammet og med Ot.prp. nr. 48 har vi fått gode hjelpemidler til vårt arbeid med pasienten. Ikke minst har rolleavklaringen vært viktig.”

”Synes ikke vår rolle som pasientens beskytter har vært satt under det presset vi opplevde på Gardermoen. Alle leger kommer i situasjoner der vi skriver sykemeldinger av lengre varighet enn det vi mener kan begrunnes medisinsk. De fleste av oss opplever dette som ubehagelig. Gjennom IA-programmet har vi fått hjelp til å lirke pasientene til å tenke mer positivt og dermed komme fram til en sykemeldingsgrad som stemmer bedre med våre faglige vurderinger. Det er blitt lettere å spille på at folk kan være i aktivitet selv om de ikke er 100 prosent friske. Det er for eksempel helt greit å ta de siste pillene av penicillinkuren på jobben. Dette er vi selvsagt tilfredse med.”

Mulige resultater

Programmet er ennå ikke fullført. De ansvarlige er derfor forsiktige med å trekke konklusjoner om eventuelle resultater. Alle er tilfredse med det som har kommet fram på samlingene, ikke minst til legenes positive holdninger. Gode holdninger kan imidlertid være av forbigående art, dersom de ikke blir fulgt opp. Og: Hva vet man om hvorvidt positive holdninger uttrykt på samlingene, har ført til endringer i praksis?

Mulig resultat: De deltagende legene er blitt mer positive til IA-arbeidet

I starten av programmet inntok mange av legene en rolle som pasientens beskytter overfor et samfunn og et arbeidsliv som stiller (for) store krav til innsats. Reaksjonen fra deltakerne var ganske lik den vi så på kick-off-samlingen på Gardermoen i april 2004. Legene inntok en beskytterrolle som ligger tett opp til forsvarerrollen, der pasienten skulle forsvares mot arbeidsgivere og trygdekontor. Legene inntok også en rolle som forsvarer av grunnleggende etiske standarder for egen profesjonsutøvelse.

De samfunnsøkonomiske motivene for å redusere sykefraværet møtte en viss forståelse hos legene, men hadde liten legitimitet som faktor i vurderingen av en pasients eventuelle fraværsbehov. Kritikken mot legestanden for slepphendt sykemeldingspraksis ble av legene tolket som ytterligere manglende forståelse for lege-pasient-forholdet. Et ”brutaliserende arbeidsliv” har utgjort en annen barriere for oppslutning fra legene om IA. Mange leger sliter med å se at arbeidslivet er inkluderende når de stadig møter det motsatte i sin legegjøring. Mange av pasientene oppsøker dem nettopp fordi de er merket av utstøting, effektivisering og rasjonalisering. Legene kjenner dessuten mange eksempler på IA-virksomheter som gjør godt oppfølgingsarbeid, men som samtidig gjennomfører betydelig nedbemanning hvor folk kommer i ”skvis” og oppsøker legekantoret. Posten og Telenor nevnes gjerne som eksempler på slike virksomheter.

Det har dermed vært en utfordring for arrangørene å forsøke å harmonisere legenes samfunnsengasjement med IA-tenkningen og unngå at legenes forståelse av sin beskytterrolle kommer i konflikt med et positivt samarbeid med arbeidsgivere og myndigheter. Legene er neppe blitt mer blåøyde i løpet av programmet. Men følelsen av å bli gjort til syndebukk for et for høyt fravær, har fortatt seg, og skepsisen mot å skulle bli tatt som gissel for et mer effektivt (”brutalisert”) arbeidsliv på bekostning av pasientens behov, har endret seg i løpet av programmet. For det første er det ingen tvil om at legene fortsatt har sin primære forpliktelse overfor pasienten. Dette er stadig gjentatt av arbeidsgivere og myndigheter.

For det andre har gjennomgangen av legens rolle som vurderer, veileder og samhandler økt legens oppmerksomhet mot pasientens ulike roller, ikke minst betydningen av å være tilknyttet arbeidslivet. Dette er beskrevet av legene som positivt. Legene er også blitt mer kjent med arbeidsgivere, trykdetat og andres innsats mot et delvis felles mål om inkludering. For det tredje har man gjennom programmet viet mye plass til casediskusjoner med utgangspunkt i legenes hverdag med pasienter der de nye perspektivene og de nye virkemidlene er tatt i bruk. Legene er inkludert i utviklingen av egen rolle og deler av ”det nye” ser ut til være positivt for pasienten. Legene ser at det er flere med på laget og at de andre forstår legenes ofte vanskelige situasjon. Her er lite igjen av ”legen som syndebukk for høyt sykefravær”, slik mange oppfattet sosialministerens uttalelser våren 2004.

I løpet av programmet kan det se ut til at mange av legene er blitt mer bevisste sin rolle som aktivitetsrettet veileder overfor pasienten. Hvis dette også praktiseres, kan det tolkes som et positivt resultat av programmets sterke vektlegging av funksjonsvurderinger der en ser etter pasientens muligheter i stedet for en diagnosenkning som har lett for å se begrensningene.

Oppfattet vi for øvrig en tendens utover i programmet der pasientbegrepet stadig oftere ble skiftet ut med ansattbegrepet? Dette er neppe uttrykk for svekkelse av pasientrollen, men avspeiler at man under møtene i programmet hadde stor oppmerksomhet på pasientens rolle som arbeidstaker og dennes medansvar for sammen med arbeidsgiver å finne gode løsninger på en situasjon der denne har redusert arbeidsevne.

”Vi er i ferd med å få en forståelse hos samtlige aktører om at ansvaret for sykefraværet ligger hos arbeidsgiver og ansatt. Da er vi kommet veldig langt.” (lege)

Også endret atferd?

Vi har sett at programinnholdet slik det er gjennomført, ligger tett opp til målsettingen for programmet og at legene har vært positive til dette. Mange mener også at legene har tatt til seg IA-budskapet. Hva så med programmets betydning for endring av legenes praktiske håndtering av pasienter/ansatte som er helt eller delvis syke for kortere eller lengre tid?

Fra enkelte fylker meldes det om trygdesjefer som etter svært kort tid mener å ha sett atferdsendringer hos legene. Det siktes da til deres bruk av den nye blanketten for medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter ved sykdom. Dels har legene selv fortalt trygdesjefene at de er blitt mer bevisste ved utfyllingen, og dels har trygdefunksjonærer kunnet melde at legene er blitt flinkere til å fylle ut blankettens del I. Det er videre registrert økt bruk av gradering ved første gangs konsultasjon, noe som har synlig effekt på utbetalingen av sykepengene fra trygdekontorene.

I midten av desember ble sykefraværstallene for 3. kvartal 2004 offentliggjort. Disse viser en betydelig nedgang i sykefraværet sammenliknet med tallene fra 3. kvartal 2003 (tabell 3). Hvorvidt IA-arbeidet og/eller legene skal ha æren for dette eller om det skyldes helt andre forhold, skal vi ikke ta opp her. Derimot viste de samme tallene at bruken av graderte sykemeldinger er gått opp, mens antall og andel aktive sykemeldinger er gått ned. I fjor høst utgjorde de graderte sykemeldingene elleve prosent av alle legemeldinger. Denne høsten er andelen graderte kommet opp i 17 prosent. Det skrives altså færre legemeldinger og blant dem som skrives, er en økende andel graderte. Dette er i tråd med myndighetenes ønsker og de intensjoner for sykemeldingsarbeid som er formulert i Ot.prp. nr. 48 (2003–2004).

Kan dette tas til inntekt for at Fagutviklingsprogrammet for leger har vært en suksess? Halvparten av allmennpraktikerne har vært med på programmet. Det vil si at et flertall av sykemeldingsutskriverne ikke har vært med på programmet. Vi har ikke tilgang på data som kan si noe om endringen i sykemeldingspraksis skyldes endringer hos pasienter, arbeidsgivere eller leger. IA-virkosomhetene skiller seg riktignok ut positivt, men det er så lite at det ikke kan forklare den store endringen. Det er mulig trygdekontorene kan sjekke om tallene er uttrykk for en allmenn atferdsendring hos legene, eller om det er bestemte leger eller grupper av leger som har endret atferd.

Lengre ned beskrives oppslutningen om programmet. En indikator på oppslutningen er andel fastleger per fylke som har deltatt i programmet. Foreløpig har vi kun tall for deltakelse i første fellessamling. Når tallene for deltakelse i begge fellessamlingene fra samtlige fylker foreligger, vil en kunne gjøre en analyse av om det er sammenheng mellom programdeltakelse og bruken av graderte sykemeldinger. Fra første samling skiller Sogn og Fjordane seg ut med høy deltakelsesprosent. Dette fylket er også blant dem som har hatt størst økning i bruken av graderte sykemeldinger. Tilsvarende har Oslo lav deltakelse og liten økning i bruken av graderte sykemeldinger. Ingen av fylkene har kombinasjonen høy deltakelse og lav graderingsvekst. Det finnes imidlertid fylker med lav deltakelse og høy graderingsvekst.

Det er med andre ord ikke grunnlag for si at lav/høy deltakelse på første fellessamling fører til lav/høy endring i bruk av graderte sykemeldinger. Bedre tallgrunnlag vil kanskje øke muligheten for å finne en sammenheng. Det er kanskje ikke grunn til å forvente så mye heller? Tallene for 3. kvartal dekker en periode da de færreste fylkene var ferdige med sine første fellessamlinger. Dermed kan en eventuell læringseffekt fra disse ikke ha rukket å få nevneverdig utslag på sykemeldingsføringen. Vi må derfor foreløpig anta at den ønskede

endringen av legenes sykemeldingspraksis per 3. kvartal 2004 først og fremst skyldes de nye kravene i odelstingsproposisjonen og den oppmerksomhet som har vært rundt dette. Informasjon om Fagutviklingsprogrammet våren 2004 fra RTV og DNLF og en felles oppfordring til legene om å slutte opp om IA-målene kan også ha bidratt til å forberede legene på endring.

Det bør også nevnes at en del leger nok har justert sin praksis før odelstingsproposisjonen trådte i kraft 01.07.04. Diskusjoner om proposisjonen i våres kan ha bidratt til dette. Likeledes må en være åpen for at det IA-arbeidet som har foregått over flere år og som først i år gir resultater, kan ha hatt en egen effekt også på enkelte leger.

”Flertallet av leger har vært genuint interessert i det nye sykemeldingsarbeidet. Programmet har vært en suksess. Vi har hatt veldig mange positive innlegg. Halvparten av legene sier nå at de vil endre sin sykemeldingspraksis. Reduksjonen i langtidssykemeldinger 2. kvartal viser at vi også har endret atferd. Det er utrolig bra, tatt i betraktning av at mange av oss har holdt på lenge og kan være tunge å snu.” (lege)

Tabell 3: Sammenlikning av antall og andel graderte og aktive sykemeldinger i 3. kvartal 2003 og 3. kvartal 2004 etter fylke. (Kilde: Rikstrygdeverket)

	3. kvartal, 2003			3. kvartal 2004			Relativ endring fra 2003 til 2004		Andel gradert		Andel aktive	
	Antall i alt	Antall gradert	Antall aktiv	Antall i alt	Antall gradert	Antall aktiv	Endring andel gradert	Endring andel aktiv	Andel gradert 2003	Andel gradert 2004	Andel aktive 2003	Andel aktive 2004
I alt	429049	48224	13679	370150	63282	10457	52,1	-11,4	11,2	17,1	3,2	2,8
Østfold	23910	2436	779	20866	3391	562	59,5	-17,3	10,2	16,3	3,3	2,7
Akershus	50800	6441	1305	44166	8081	1000	44,3	-11,9	12,7	18,3	2,6	2,3
Oslo	53097	6337	1037	48305	7952	693	37,9	-26,5	11,9	16,5	2,0	1,4
Hedmark	16872	2075	672	14441	2790	488	57,1	-15,2	12,3	19,3	4,0	3,4
Oppland	16864	2284	586	14104	2696	494	41,1	0,8	13,5	19,1	3,5	3,5
Buskerud	24065	2886	969	20664	3842	776	55,0	-6,7	12,0	18,6	4,0	3,8
Vestfold	19074	2175	766	15896	3031	488	67,2	-23,6	11,4	19,1	4,0	3,1
Telemark	14661	1623	528	12354	2256	428	65,0	-3,8	11,1	18,3	3,6	3,5
Aust-Agder	7840	1014	293	7001	1208	232	33,4	-11,3	12,9	17,3	3,7	3,3
Vest-Agder	12911	1542	467	11076	1923	403	45,4	0,6	11,9	17,4	3,6	3,6
Rogaland	32023	3088	1032	27983	4076	737	51,1	-18,3	9,6	14,6	3,2	2,6
Hordaland	43754	4365	1417	37819	5720	922	51,6	-24,7	10,0	15,1	3,2	2,4
Sogn og Fj.	9421	966	286	7887	1360	265	68,2	10,7	10,3	17,2	3,0	3,4
Møre og R.	20755	2383	793	18082	3170	675	52,7	-2,3	11,5	17,5	3,8	3,7
Sør-Trønd.	25414	2993	941	21824	3858	740	50,1	-8,4	11,8	17,7	3,7	3,4
Nord-Trøn.	10908	1266	380	8908	1667	399	61,2	28,6	11,6	18,7	3,5	4,5
Nordland	22038	2166	753	17815	2903	613	66,6	0,7	9,8	16,3	3,4	3,4
Troms	16442	1606	449	14250	2390	364	71,7	-6,5	9,8	16,8	2,7	2,6
Finnmark	8182	586	226	6669	964	178	101,8	-3,4	7,2	14,5	2,8	2,7
Uoppgitt	18	2	.	40	4	.	-10,0	.	11,1	10,0	.	.

Om oppmøte og veien videre

Cirka halvparten av allmennlegene har deltatt på første fellessamling. De fleste fylkene har hatt en oppslutning på mellom 45 og 60 prosent. Vest-Agder, Sogn og Fjordane og Østfold har hatt spesielt stor oppslutning. Oslo og Akershus vest har hatt betydelig lavere oppslutning. Siden det fortsatt gjenstår en del av programmet, foreligger det ikke landsdekkende tall for oppslutningen om mellomaktivitetene og andre fellessamling. Ut fra rapporter fra enkelte fylker kan en regne med omtrent de samme tallene, kanskje noe lavere, for Samling 2. Mellomaktivitetene vil sannsynligvis ha betydelig lavere deltakelse.

Tabell 4: Antall møter og antall og andel allmennpraktiserende leger som har deltatt på første fellessamling etter fylke.

	Antall møter i fylket Samling 1	Antall leger møtt på Samling 1	Andel leger fra fylket som har møtt
Akershus	5	165	46 %
Aust-Agder	2	52	52 %
Buskerud	2	75	37 %
Finnmark	2	35	41 %
Hedmark	3	98	53 %
Hordaland	4	198	46 %
Møre og Romsdal	4	102	46 %
Nordland	7	97	50 %
Nord-Trøndelag	3	51	45 %
Oppland	3	87	51 %
Oslo	3	128	29 %
Rogaland	2	165	59 %
Sogn og Fjordane	3	84	90 %
Sør-Trøndelag	5	113	47 %
Telemark	3	64	45 %
Troms	3	75	46 %
Vest-Agder	3	116	75 %
Vestfold	2	59	36 %
Østfold	3	132	76 %
Total	62	1896	48 %

Vi ser at det er ganske store forskjeller i deltakelse mellom fylkene. I tillegg er det stor forskjell innad i fylkene.

Sogn og Fjordane hadde deltakelse på cirka 90 prosent. Samtlige trygdekontor jobbet ifølge legene positivt og aktivt for å rekruttere sine leger til programmet. Temaet var godt kjent. En hadde på forhånd hatt noen samlinger om IA og sykepengene. I tillegg valgte Sogn og Fjordane å gjennomføre en ekstra samling for å få med seg dem som ikke stilte ved den første runden.

Fra Akershus meldes det om store forskjeller mellom regionene Follo, Skedsmo og Asker/Bærum, men også innad i regionene var det betydelige forskjeller. Det enkelte trygdekontors rekrutteringsinnsats kommer klart til syne på deltakeroppslutningen blant kontorets leger.

Vest-Agder hadde en oppmøteprosent 75 prosent. De forklarer dette med følgende strategi: Informasjon om samlingen ble sendt ut til legene per post og påmeldingen ble foretatt via faks. Rådgivende overlege i trygdeetaten ringte og purret på svar, samtidig som nytt påminningsbrev ble sendt ut med ny svarfrist. De legene som ikke møtte opp der de var påmeldt, fikk beskjed om at de var overført til siste dag.

Under avslutningssamlingen i Telemark ble det sagt at flere leger ville ha stilt om Legeforeningen hadde gått sterkere ut og anmodet om det. Her ble det også etterlyst mer informasjon om programmet på DNLF/APLFs hjemmesider.

Oppfølging er viktig. Tre målgrupper skiller seg ut.

Erfaringene fra programmet er positive. Både APLF, RTV og deltakere forventer at programmet blir fulgt opp på et eller annet vis. Oppfølgingen kan ha tre målgrupper: a) de som har vært med på utviklingsprogrammet, b) allmennpraktikere som ikke har vært med på programmet og c) andre leger som ikke har vært med.

”Programmet har vært veldig positivt. Men vi kan ikke stoppe med dette. Vi må få med de legene som ikke har deltatt, og vi må ha oppfølging for dem som nå har deltatt. Ellers står vi i fare for å få en kortvarig effekt.” (landsrådsrepresentant, APLF)

”Det er bra at vi har rom for vårt medisinske skjønn også i vår forståelse av blanketten og reglene, men forskjellene fra kollega til kollega må ikke bli for store. Det skaper problemer og konflikter som eksempelvis at pasienter bytter liste for å finne en ”snillere” lege. Derfor ønsker mange at kolleger som ikke har deltatt i programmet, skal nås med informasjon, eller bedre: invitasjon til å ta del i refleksjoner og konklusjoner fra programmet. Det må finnes en egnet måte å gjøre dette på.” (lege)

”Noen kolleger er opptatt av at sykehuslegene, kanskje spesielt kirurgene, må få en opplæring. Vi overtar pasienter som etter samtale med kirurger har fått forventninger om lange sykemeldinger uten arbeidsrelatert aktivitet, og blir sittende med ”snuoperasjonen” og grunngevingen i Del II.” (Foredragsholder fra APLF under andre fellesamling)

Oppfølging er viktig, men hvordan?

Alle vi har snakket med, er tilfredse med Fagutviklingsprogrammet, både innholdsmessig og med det samarbeidet trygdeetaten og Legeforeningen har klart å få til. De er enige om at det trygdefaglige samarbeidet mellom leger og trygdeetat må videreføres.

Legene og representanter fra APLF og RTV som har jobbet aktivt med programmet, har konkrete forslag til hvordan oppfølgingen kan foregå. De vil gjerne ha et eget tilbud for de legene som ikke var med i første runde. Samtidig foreslår de en enklere samling av permanent karakter der trygdeetat og alle primærleger kan møtes.

APLF og RTV legger stor vekt på å utvikle permanente strukturer for det videre samarbeidet. De har formulert at de ikke ser for seg flere versjoner av Fagutviklingsprogrammet. APLF håper at de legene som har vært med i programmet, vil formidle sine erfaringer til kolleger som ikke har vært med. RTV oppfatter Fagutviklingsprogrammet slik det nå kjøres, som et startprogram med tilstrekkelig suksess til at det ikke er nødvendig med flere startpakker. Videreføringen bør nå kunne skje innenfor ordinære samhandlingsformer mellom leger og trygdeetat. Det gjelder bare å finne en god struktur for samhandlingen.

Alle impliserte vil ha oppfølging. Begge parter vil ha tettere samarbeid. Topplederne mener at dette kan komme på plass med den plattformen Fagutviklingsprogrammet allerede har

gitt. De som har jobbet med Fagutviklingsprogrammet fra APLFs side, er enige i dette, men tilføyer at videreføringen av erfaringene fra Fagutviklingsprogrammet også må inneholde opplæringstilbud både til de legene som har deltatt i programmet og til aktuelle leger som ikke har deltatt. Samtidig foreslår de en enklere samling av permanent karakter der trygdeetat og alle primærleger kan møtes.

Både leger og trygdefolk ønsker mer struktur på samarbeidet. Fra legehold kommer forslag om å styrke trygdemedisinens plass i legenes kvalifiseringsprogram. Fra trygdehold nevnes det som en mulighet å styrke trygdemedisinen gjennom formuleringer i fastlegeavtalen.

”Vi er svært fornøyde med den store oppslutningen om programmet. Mer enn 50 prosent av allmennlegene har vært med. Det er veldig bra. Håper den halvparten som har vært med, formidler det de har lært til sine kolleger.” (APLF)

”Vi må videreføre dette arbeidet. Jeg er mest opptatt av å etablere nye møteplasser mellom etaten og legene. Vi må få en fast struktur på samhandlingen og vi må fortsette samarbeidsformen.” (RTV)

”Dette har vi allerede tatt opp både med fylkestyngdekontoret og med APLF. Vi har avtalt møter med fylkestyngdekontoret rett over jul for å diskutere hvordan vi best mulig kan følge opp arbeidet og holde saken varm. Vi må aktivt jobbe for at IA fortsatt skal stå på dagsorden. Dette gjør vi på privat basis. APLF er orientert, men ikke involvert.” (landsrådsrepresentant, APLF)

”En del av oss ønsker å gjøre trygdemedisin til et obligatorisk emnekurs for spesialisering innen allmennmedisin. Men det forutsetter at DNLF satser tyngre på dette. I det hele tatt kunne DNLF vært mer aktiv i dette arbeidet. De var med i forkant, men etter det har vi hatt lite glede av dem.” (landsrådsrepresentant, APLF)

”Kanskje burde det vurderes obligatorisk opplærings-/utviklingstiltak for de legene som skal sykemelde? Vi må i alle fall få med sykehuslegene i neste runde.” (RTV)

”Vi vurderte å trekke inn kommunene da vi planla programmet. Det er jo de som skriver driftsavtale med legene. Det toget er uansett gått i denne omgang. Men vi har bedt Sosialdepartementet ta dette opp med Helsedepartementet som forvalter fastlegeavtalen sentralt.” (RTV)

Noen av legene som har deltatt aktivt i programmet, har kommet med konkrete forslag til hva de mener kan være aktuelt å jobbe videre med. De nevner blant annet:

- årlige éndagssamlinger mellom legene og trygdeetaten der trygdefaget prøves ut med casemetodikk
- stimulere til lokale aktiviteter mellom trygdekontor og fastlege
- bedre verktøy som kan hjelpe legene å gjøre en god funksjonsvurdering. Må inneholde informasjon om arbeidsoppgaver og mulig tilrettelegging på arbeidsplassen
- opplæringen bør inngå i det ordinære kursprogrammet lokalt
- lage en brosjyre med kollegaråd

Veien videre

Vi ser at samtlige involverte ønsker å videreføre og styrke samarbeidet mellom trygdeetaten og legene. Det er også ønskelig å videreføre arbeidet som er nedlagt i legeprogrammet. At IA-målet om 20 prosent reduksjon i sykefraværet tilsynelatende er i ferd med å bli nådd, svekker ikke ønsket om fortsatt innsats.

Da en valgte å gjennomføre et fagutviklingsprogram til forskjell fra en informasjonskampanje eller et opplæringsprogram, ble det markert at legene skulle være med å utvikle ”den nye legerollen” til forskjell fra å tilpasse seg et dekret fra trygdeetaten. Nå har cirka halvparten av allmennpraktikerne vært med på dette. En kan dermed si at legestanden har vært med på å utforme ”den nye legerollen”. Spørsmålet er imidlertid om resten av de sykemeldingskrivende legene bør gjennom et tilsvarende program eller om de kan klare seg med mindre.

Vi har sett at DNLF opprinnelig ønsket en enkel informasjonskampanje. APLF og RTV mente at IA-spørsmålet ville gripe så dypt inn i legerollen at en måtte jobbe fram et mer omfattende opplegg. Er det rimelig at noe som griper så dypt inn i legerollen at et omfattende program er nødvendig for å gi kunnskap og skape forståelse hos legene, bare var nødvendig for dem som frivillig deltok? Skal da den andre halvparten klare seg med smitteeffekt fra dem som har deltatt?

Basert på tilbakemeldinger fra deltakere og programansvarlige har det vært behov for et omfattende program. Hvis dette er riktig, vil det slik Fafo ser det, være nærliggende å gjennomføre egne tiltak rettet mot de leger som skriver sykemeldinger og som ikke har vært på Fagutviklingsprogrammet.

Ledelsen i RTV og APLF mener at leger som ikke har deltatt i programmet, vil tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og internalisere de samme holdninger til IA-deltakelse som en forventer fra deltakerne på annet vis, blant annet over lunsjen med kolleger som har deltatt. Hvorvidt dette er tilfelle, vil sykefraværstallene for 1. kvartal 2005 kunne gi en pekepinn om.²⁵

Tre forhold må avklares og finne sin utforming:

- o Før det første må de behov for videre kunnskapsutvikling og samarbeid som er uttrykt gjennom programmet, følges opp. Dette utgjør ”den normale videreføringen” som skal inn i permanente former og som må rettes mot alle allmennpraktikere. Deltakerne har ønsket en styrket dialog med trygdeetaten, primært begrenset til trygdekontoret. De vil foruten faglig oppdatering ha tilbakemeldinger på at trygdekontorene følger opp deres innspill. Det betyr at en videreføring bør legge vekt på å vise fruktene av det arbeidet legene og trygdekontorene har gjort siste halvår og en diskusjon av videre forbedringspunkter.

²⁵ Dette forutsetter at sykefraværstallene kan brytes ned på trygdekontornivå slik at en kan sammenlikne trygdekontor med høy deltakelse med trygdekontor med lav deltakelse. Mer nøyaktig ville det selvsagt bli dersom en kunne sammenlikne sykemeldingspraksisen hos leger som har deltatt i programmet, med leger som ikke har deltatt.

- o For det andre må en vurdere om og hvordan en eventuelt skal følge opp de allmennpraktikerne som ikke har vært med i programmet særskilt. Dette er aktuelt dersom det er grunn til å tro at disse legene på grunn av manglende forståelse av sin rolle i et inkluderende arbeidsliv blir liggende etter i pasientoppfølgingen og i samarbeidet med trygdeetaten. Har de for eksempel tilstrekkelig grunnlag for å være med på samtaler som nevnt i punktet over, eller vil de bare forsinke møtefremdriften ved spørsmål som tidligere har fått sin behandling i Fagutviklingsprogrammet? Det er grunn til å tro at leger som ikke har deltatt i programmet, utfordres av de samme spørsmålene som har opptatt leger som har deltatt. De deltakende legene har følt seg utfordret og provosert av at utenforstående griper inn i definisjonen av legerollen og den konkrete målsettingen om at legen skal være bistandsaktør for dialogen på arbeidsplassen med de implikasjoner dette får både for funksjonsvurderingen, veiledning, taushetsplikten, pasientbeskytterrollen, krav til kommunikasjon ”i øst og vest” og legens tidsbruk. Lar disse spørsmålene seg håndtere på en god måte uten at det settes av tilstrekkelig tid?
- o For det tredje må en vurdere hvilke tiltak som bør rettes inn mot den siste gruppen av sykemeldingsskrivende leger som ikke har vært med i programmet. Her tenker vi først og fremst på sykehusleger. Disse vil trenge et eget opplegg. Siden disse legene ikke er primærleger, vil en kort samling antakelig være tilstrekkelig.

Tabell 5: Oversikt over målgrupper og mulige opplegg for videreføring, slik Fafo ser det.

	Normalisert videreføring så snart som mulig	Ekstraordinære tiltak i nærmeste fremtid
Allmennpraktikere som har deltatt	Permanente samarbeidsarenaer, faglig oppdatering av kortere varighet	Ikke nødvendig
Allmennpraktikere som ikke har deltatt	Samme som over	Kan være nødvendig
Sykehusleger (og andre)	Kan vente	Bør absolutt vurderes, dersom disse er en målgruppe

Med legene på laget



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2005:06
Bestillingsnummer 765
ISSN 0804-5135