Vestlandsforsking
Boks 163, 6851 Sogndal
Tlf.: 57 67 61 50
Internett: www.vestforsk.no

Rapport nr. 6/2006

Evaluering av ”Gult kort”

Kjartan Olafsson og Hogne Lerøy Sataøen

VF Rapport

Rapporttittel Evaluering av ”Gult kort”	**Rapportnr**. 6/2006 **Dato** 27. November 2006
Prosjekttittel Utprøving av "Gult kort" som tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet	**Tall sider** 145 + vedlegg **Prosjektnr** 2248
Forskere: Hogne Lerøy Sataøen, Thor Andre Fløtre, Karl Georg Høyer (VF) og Kjartan Olafsson (Sunnfjord Medisinske Senter)	**Prosjektansvarlig (VF)** Carlo Aall
Rapportforfattere: Kjartan Olafsson og Hogne Lerøy Sataøen	
Oppdragsgiver: Forsøksvirksomheten til arbeids og velferdsetaten	**Emneord** Helse Trygdemedisin Evaluering

Sammendrag:

Gult kort er et prøveprosjekt som er gjennomført i Flora kommune i perioden mellom september 2004 og desember 2005, gjennom et samarbeid mellom fastlegene ved Legegruppa SMS, Sunnfjord Medisinske Senter og NAV trygd Flora. Vestlandsforsking har bidratt i evalueringen av prosjektet som er finansiert av FARVE, forsøksvirksomheten til arbeids og velferdsetaten.

Hovedmålet med prosjektet var å prøve ut et nytt kommunikasjonsverktøy –Gult kort- som siktet inn mot å stimulere til arbeidsplassdialog om muligheter. Spesielt var dette tilfellet i situasjoner der arbeidstaker hadde stor restarbeidsevne, men der sykemelding normalt ville være det eneste alternativet.

Evalueringen av Gult kort består av ulike analyser: kvantitative analyser rettet mot effekt av ulike funksjoner i systemet; kvalitative caseanalyser der enkeltstående tilfeller blir grundig fulgt, og over tid. Hovedspørsmålet i evalueringsarbeidet var å kartlegge i hvilken grad Gult kort er egnet til å redusere sykefraværet i arbeidslivet.

Denne rapporten dokumenterer og evaluerer Gult kort.

Andre publikasjoner fra prosjektet

ISBN nr 82-428-0264-5	**Pris**

Forord

Dette er rapporten som presenterer resultatene av – ”Prosjektet Gult kort – et sykefraværsprosjekt i Florø ”

Allmennlege Kjartan Olafsson utformet og presenterte prosjektideen i 2003, og gjennomføringen av prosjektet ble mulig på grunn av et godt prosjektmiljø som er etablert i samarbeidet mellom legegruppa og NAV Flora trygd i Sunnfjord medisinske senter i Florø. Prosjektet har nådd sine resultat ut fra god vilje og gjennomføringskraft hos arbeidsgivere og arbeidstakere i bedriftene i Flora kommune, i tillegg til innsats og lojalitet til metoden i prosjektet som legene i Sunnfjord Medisinske senter har vist underveis.

Særlig takk til allmennlege Kjartan Olafsson for uvurderlig innsats som har gitt solid medisinskfaglig tyngde til prosjektet. Videre stor takk til Vestlandsforskning og spesielt til forsker Hogne Lerøy Sataøen for innsikt og innsats som har trygget den vitenskaplige forankringen av prosjektet. Mange tusen takk til Kjartan Olafsson og Hogne Lerøy Sataøen som har utformet og levert den utfyllende og oversiktlige sluttrapporten. Rapporten vil også bli fulgt opp med en kortfattet, men likevel tydelig og beskrivende kortversjon.

Takk til prosjektansvarlig fylkesdirektør i NAV Sogn og Fjordane Tore Thorsnes, og avdelingsdirektør Knut Steinar Eitungjerde, som har gitt viktig oppmuntring og støtte, samtidig med stor frihet i prosjektperioden.

Stor takk til styringsgruppen der regiondirektør i NHO avd. Sogn og Fjordane Karin Halle, kommuneoverlege i Florø Jan Helge Dale, distriktssekretær i LO Sogn og Fjordane Arvid Langeland og rådgiver ved Arbeidslivssenteret i Sogn og Fjordane Terje Svalheim har bidratt til soliditet, innsatsvilje og entusiasme i prosjektperioden. Styringsgruppa avspeiler det partsammensatte samarbeidet i sykefraværsarbeidet og har gitt prosjektet faglig tyngde, innsikt, forståelse og betydelig gjennomføringskraft.

Spesiell takk til prosjektsekretær Venke Eikeseth Olafsson som har hatt ansvar for daglig ivaretakelse av dokumentasjon og kommunikasjon i prosjektet. Med stor evne til tverrfaglig samarbeid, metodisk innsikt og ryddighet er alle grunnlagsdata sikret i prosjektperioden.

Programmet FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd, har finansiert prosjektet. Vi takker sekretariatsleder Niels Wulfsberg for gode og tydelige råd underveis. Til sist tusen takk til FARVE for stor imøtekommenhet når det gjelder å legge de økonomiske og administrative betingelsene til rette for gjennomføringen av prosjektet.

Samlet sett har alle som er nemt ovenfor bidratt til at prosessen underveis i prosjektperioden har gått på skinner, og at denne rapporten er kommet i havn innenfor en tilfredsstillende tidsramme.

Florø november 2006
Anne Berit Fristad
Prosjektleder

Innhold

1.0 Sammendrag 8
2. Innledning 13
3. Bakgrunnen for ordningen 15
3.1 Aktørnivået 15
3.1.1 ”Fjellet – en forhandlingsmodell” 16
3.1.2 Omstillingsfaktorer og ”den motvillige pasienten” 20
3.1.3 Samspill av faktorer 22
3.1.4 Hvor kan løsningene finnes? 24
3.2 ”Manuset og bakteppet” 27
3.2.1 Lovhjemmel og legens ”portnerfunksjon” 27
3.2.2 Et historisk perspektiv 28
3.3 Sykefravær- kunnskap om faktorer som påvirker fraværet 31
3.4 Økonomi og sykefraværsutvikling 32
3.5 Arena for utprøving 32
3.5.1 Sunnfjord Medisinske Senter 33
3.5.2 ”Felles arbeid felles mål” 33
3.5.3 IA arbeid i SMS og Flora 34
3.5.4 Flora trygdekontor – nå NAV Flora trygd 34
3.5.5 Legegruppa SMS 35
3.5.6 Flora kommune 35
3.5.7 Arbeidsliv og sysselsetting i Flora 35
3.5.8 Sykefravær i Flora 36
3.6 Manus og bakteppes betydning for verktøyet og utprøvingen 37
4. Gjennomføringen av prosjektet 38
4.1 Organisering 38
4.2 Faser i prosjektets gjennomføring 39
4.2.1 Arbeidspakke 1 - Forberedelser (01.04.04 – 01.05.04) 39
4.2.2 Arbeidspakke 2 - Etablering av rutiner for oppfølging (01.05.04 – 01.09.04) 39
4.2.3 Arbeidspakke 3 – Gjennomføring av utprøving og oppfølgende kvantitative analyser (01.09.04- 31.12.05) 41
4.2.4 Arbeidspakke 4 – Gjennomføring av utprøving og oppfølgende kvalitative analyser (01.01.05- 15.11.06) 41
4.2 Prosessen 41
4.2.1 Lokale forhold 41
4.2.2 Endringer på samfunnsnivå 41
4.2.3 Avvik og endringer i gjennomføring 42
5. Metode 43
5.1 Datakilde 1: Gult kort skjema 45
5.2 Datakilde 2: Strukturerte intervju 49
5.3 Datakilde 3: Kvalitative intervju 49
5.4 Generelle metodiske og etiske refleksjoner 51
6. Resultat: Kvantitative Data 52
6.1 Analyser av data fra Gult kort skjema 52
6.1.1 Gjennomføring 52
6.1.2 Skisserte tiltak 54
6.1.3 Bruk av andre deler av skjemaet 57
6.1.3.1 Legen åpner for retur 57
6.1.3.2 Dokumentasjon av at tilrettelegging er umulig 58
6.1.3.3 Lege eller arbeidsplass anfører ytterligere tiltak 59

6.1.4 Skjemaflyt og utfylling ... 61
6.2 Analyser av strukturerte intervju ... 63
6.2.1 Holdninger til Gult kort ... 63
6.2.2 Praktisering av Gult kort ... 65
6.2.3 Data om pasienter som gikk over i sykemelding ... 70
6.3 Effekter på sykefravær ... 71
6.3.1 Omfanget av Gult kort inklusjoner i forhold til inngangspopulasjonen ... 71
6.3.2 Potensialet for Gult kort inklusjoner i forhold til inngangspopulasjonen ... 73
6.3.3 Forskjeller i på sykefravær, aktivitet og produktivitet ... 74
6.3.3.1 Bidrar Gult kort til å unngå sykmelding? ... 74
6.3.3.2 Bidrar Gult kort til å øke nærvær? ... 77
6.3.3.3 Bidrar Gult kort til å øke potensialet for produktivitet? ... 82
6.3.3.4 Har intervensjonsgruppa større produktivitet? ... 87
6.4 Oppsummering ... 90
7. Resultat: Kvalitative data ... 92
7.1 Nye roller – nye utfordringer ... 93
7.2 Mange får det til, men de som har mest behov -får det dårligst til ... 98
7.3 Om å bry seg i hverdagen – ikke bare i festtalen ... 102
7.4 Å ta ansvar for egen tilrettelegging - ikke alle kan ha frie tøyler ... 104
7.5 Varige endringer ... 108
7.6 Navnet skjemmer ingen? ... 111
7.7 ”Å Hente tyngde til arbeidsplassdialogen.” ... 114
7.8 Det er alltid noe spesielt. Alle tilfeller er unike. ... 116
7.9 Oppsummering ... 118
8. Diskusjon og hovedkonklusjoner ... 121
8.1 Modell med legebestemte omstillingsfaktorer ... 121
8.2 Kan Gult kort som generelt tiltak føre til en reduksjon av sykefravær i arbeidslivet? 127
8.2.1 Integrert del av sykmeldingsblanketten ... 129
8.3 En ny sykmeldingsalgoritme? ... 130
8.4 Pasienten i sentrum for kommunikasjonssløyfer mellom arbeidsplass og legekontor. 136
8.5 Gult kort i forhold til andre aktører og tiltak ... 141
8.6 Pasientens autonomi og integritet ... 142
9. Litteratur ... 143
9.1 Andre kilder ... 144
Vedlegg 1 Gult kort- skjemaet ... 146
Vedlegg 2 Case-studie protokoll ... 151
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring ... 163
Vedlegg 4 Intervjuguide strukturerte intervju ... 164
Vedlegg 5 Instruksjon for Gult kort ... 171
Vedlegg 6 Utdrag sykefraværsstudie Flora 1993 ... 182

Figurliste

Figur 1 Viktige faktorer i arbeidsrelasjoner (Ilmarinen i Reiso 2004) 24
Figur 2 Arbeidsledighet i Flora 36
Figur 3 Sykefraværsutviklingen i Flora, perioden 2001-2005 37
Figur 4 Algoritme til bruk for arbeidstaker og arbeidsgiver 40
Figur 5 Hjemmeside, Gult kort 40
Figur 6 Overordnet metodisk struktur 43
Figur 7 Musematte til legene med algoritme 45
Figur 8 Aldersfordelingen i materialet 47
Figur 9 Kjønnsfordelingen i materialet 47
Figur 10 Diagnoser i kontroll- og intervensjonsgruppen 48
Figur 11 Antall gule kort fordelt per måned i utprøvingsperioden 53
Figur 12 Antall gule kort de ulike legene ved SMS har skrevet ut i utprøvingsperioden 54
Figur 13 Bruk av ulike tiltak 55
Figur 14 Skissert varighet for tiltakene, påført i Gult kort ved legekonsultasjon 56
Figur 15 Tidsavgrensing påført på arbeidsplassen 57
Figur 16 Eventuell supplering av førstegangskonsultasjon 58
Figur 17 Bruk av Gult kort skjemaets punkt 6.3 og punkt 1.5 60
Figur 18 Purring 62
Figur 19 Tid fra utskrevet Gult kort til signert plan 62
Figur 20 Holdning til Gult kort ved førstegangskonsultasjon 63
Figur 21 Mottakelse på jobben etter Gult kort 64
Figur 22 Holdning til Gult kort i ettertid 64
Figur 23 Dager fra Gult kort konsultasjon til tilrettelegging av arbeid 65
Figur 24 Antall dager med tilrettelagt arbeid 66
Figur 25 Type tilretteleggingstiltak 66
Figur 26 Type arbeidsoppgaver i Gult kort perioden 67
Figur 27 Varige endringer av Gult kort 68
Figur 28 Mottakelse på arbeidsplass for personer som arbeider i IA-bedrifter, og personer som ikke arbeider i IA-bedrifter 69
Figur 29 Sykemeldingstilfeller avsluttet innenfor 16 dager, sammenligning intervensjons- og kontrollgruppen 75
Figur 30 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, sykemelding 77
Figur 31 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, aktive tiltak 78
Figur 32 Sykemeldingstype, kontrollgruppe, tilfeller avsluttet innenfor 16 dager 80
Figur 33 Sykemeldingstype kontrollgruppe, alle tilfeller 81
Figur 34 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, aktive tiltak etter 16 dagers perioden 82
Figur 35 Potensialet for produktivitet - betydning av lengde og grad 83
Figur 36 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, tilstedegrad 85
Figur 37 Sykemeldingslengde og tilretteleggingstid, intervensjons- og kontrollgruppe 86
Figur 38 Type oppgaver i det tilrettelagte arbeidet 88
Figur 39 Selvrapportert arbeidsinnsats 89
Figur 40 Modell som viser samhandlingen rundt en sykemelding og faktorer for vellykket tilrettelegging 122
Figur 41 Videreutviklet omstillingsmodell 124
Figur 42 Forslag til ny sykemeldingsalgoritme 131
Figur 43 Algoritmen i Gult kort 135
Figur 44 Bakside Gult kort - tilbakemelding fra arbeidsplass til lege 137

Figur 45 Modell som illustrerer forholdet arbeidsplassdialog - pasient - lege/pasient-forholdet 140

Tabeller

Tabell 1 Sysselsatte personer etter arbeidssted i Flora pr. 2005 36
Tabell 2 Styringsgruppa Gult kort 38
Tabell 3 Utvalg til casestudie 50
Tabell 4 Informasjon om tilfeller der tilrettelegging ble vurdert til "umulig" 59
Tabell 5 Varige endringer i forhold til IA-tilnytning, i prosent 68
Tabell 6 Varige endringer i forhold til diagnose, i prosent 68
Tabell 7 Varige endringer i forhold til kjønn, i prosent 69
Tabell 8 Sykemeldingsårsak 70
Tabell 9 Dager med Gult kort før full sykemelding 70
Tabell 10 Gult korts påvirkning på sykemelding 71
Tabell 11 Antall dager med tilrettelegging før avbrudd til sykmelding, intervensjonsgruppe 79
Tabell 12 Lengden på fravær etter 16 dager 81
Tabell 13 Utvalg til caseanalyser 92
Tabell 14 Idealtypisk fremstilling av legeroller 123
Tabell 15 Begrunnelse for typologien medisinsk vs. relasjonell legerolle 123
Tabell 16 Vurdering av skisserte krav til tiltak 127

1.0 Sammendrag

Det hadde vore sjukmelding for meg om ikkje Gult kort hadde blitt føreslått.

Arbeidstaker, strukturert intervju

Gult kort er et prøveprosjekt som er gjennomført i Flora kommune i perioden mellom september 2004 og desember 2005, gjennom et samarbeid mellom fastlegene ved Legegruppa SMS, Sunnfjord Medisinske Senter og NAV Flora trygd. Vestlandsforsking har bidratt i evalueringen av prosjektet som er finansiert av FARVE, forsøksvirksomheten til arbeids og velferdsetaten.

Hovedmålet med prosjektet var å prøve ut et nytt kommunikasjonsverktøy som kunne tenkes å stimulere til arbeidsplassdialog om muligheter. En ønsket for hvert enkelt tilfelle av Gult kort å fremme tilrettelegging på arbeidsplassen, og gjennom dette å redusere sykefraværet. Gult kort kan karakteriseres som et strukturert kommunikasjonsverktøy (skjema) mellom aktørene i en sykefraværssituasjon. Disse aktørene er arbeidstaker, arbeidsgiver og lege. Under følger en punktvis oversikt over de ulike aktørenes viktigste roller ved bruk av verktøyet:

Legen

- å fastslå at arbeidsevnen er nedsatt i tråd med folketrygdens vilkår for sykmelding, men at aktivitet er mulig og hensiktsmessig,
- å beskrive vilkårene for dette, samt å veilede og motivere pasienten.

Pasienten/arbeidstakeren

- å ta ansvar for å finne løsninger på arbeidsplassen gjennom en dialog om muligheter, støttet av legens råd og skjemaets struktur. Om tilrettelegging er umulig kan arbeidstakeren vise bekreftelsen til legen og få sykmelding.

Arbeidsgiveren

- å gjennomføre dialog med arbeidstaker, og ha ansvar for å skrive en plan om tilrettelagt aktivitet (bakside av Gult kort), eller bekrefte at tilrettelegging er umulig.

Prosjektet er begrunnet i en forståelse av sykmelding og arbeidsevnevurdering som en relasjonell vurdering, hvor de tre aktørenes oppfatning av de medisinske begrensingene og arbeidsplassens mulighet til å omstille seg disse, avgjør hva slags tiltak som velges (ingen-gradert-, aktiv- eller full sykmelding). Legen må trekke konklusjonen før arbeidsmulighetene er vurdert i dialog på arbeidsplassen. Arbeidsplassen kan oppfatte konklusjonen som rent medisinsk begrunnet. Det som står på sykmeldingsblanketten kan bli en barriere for løsninger.

Denne evalueringsrapporten oppsummerer erfaringene med Gult kort og kaster et blikk fremover. Evalueringen baseres på både kvantitative og kvalitative data fra fire kilder: 1. Statistiske data framstilt fra de gule kortene. I utprøvingsperioden for Gult kort ble det inkludert 248 pasienter. De første 218 ble inkludert til en intervensjonsgruppe (109) og en

kontrollgruppe (109), deretter fikk alle intervensjon. Intervensjonsgruppen fikk med seg Gult kort, mens kontrollgruppen fikk tradisjonell oppfølging med de verktøy som er i bruk i dagens system. 2. Den andre datatypen var telefonintervju med arbeidstakere som har fått Gult kort. Telefonintervjuet var strukturert og kvantitativt, men hadde likevel med noen åpne svaralternativer. 3. For det tredje er evalueringen tuftet på dybdeintervjuer med ti case. Ett case består i denne sammenhengen av både arbeidstaker og arbeidsgiver. 4. Den fjerde datatypen er opplysninger sykefravær og lengden av dette. Kilden har vært Legegruppa SMS sin Win-Med journaldatabase. Totalt mener vi at *kombinasjonen* av disse dataene gir god innsikt i effekten av Gult kort, samt praktisering og vurdering av verktøyet fra de ulike partene som har deltatt.

En av analysene i evalueringen viser forholdet mellom inngangspopulasjon og antallet inklusjoner (Gult kort + kontrollgruppe). Inngangspopulasjonen er her ansatte i bedrifter med adresse i Flora kommune, som søkte lege ved Legegruppa SMS i perioden 01.09.04 – 31.12.05, og tilfredstilte kravet til å bli sykmeldt. Denne analysen vurderer således *mulighetsområdet* for Gult kort. Resultatene fra denne analysen viser at omfanget av inklusjon til Gult kort ble estimert til 7,1 % av inngangspopulasjonen. En vurdering av det teoretiske potensialet for Gult kort ble også gjennomført. Her estimerte vi at 12,8 % av inngangspopulasjonen kunne ha vært inkludert til Gult kort.

Evalueringen har også gjort sammenligninger av kontroll- og intervensjonsgruppa, langs tre dimensjoner - sykefravær, nærvær og produktivitet. Denne sammenligningen viser effekter i favør av intervensjonsgruppa, og vi skal nå kort peke på de viktigste resultatene.

For tilfeller avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden (første 16 dager) blir 1 av 10 i intervensjonsgruppa sykmeldt, mens 9 av 10 er i aktivitet uten sykmelding. I kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt, 1 av 4 i en aktivitet (aktiv- eller gradert sykmelding). For hele perioden ser vi at omlag 1 av 3 blir sykmeldt i intervensjonsgruppa, mens i kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt. I hele intervensjonsgruppa er 2 av 3 i aktivitet, mens for kontrollgruppa er det 1 av 3. Disse tallene viser at Gult kort har en effekt på sykefravær og nærvær i arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiverperioden gir et sterkt økonomisk incitament for dialog om løsninger og tilrettelegging, et slags ”gyllent øyeblikk” som ser ut til å virke. Intervjuene indikerer likevel at ikke *alle* arbeidsgivere er bevisste på denne fordelen.

32 av 109 (29 %) i kontrollgruppa blir sykmeldt lengre enn arbeidsgiverperioden, mens 26 av 109 (24 %) i intervensjonsgruppa blir sykmeldt lengre enn arbeidsgiverperioden. I intervensjonsgruppa er det høyere andel av aktive tiltak etter arbeidsgiverperioden og lavere totalt dagetall (om lag ett årsverk i forskjell). Dette *kan* være en indikasjon på at Gult kort har en effekt på sykefraværet etter arbeidsgiverperioden. Tallmaterialet er likevel for lite til at bastante konklusjoner kan trekkes.

Gult kort intervensjon øker tilstedegraden per dag i intervensjonsgruppa i forhold til kontrollgruppa, og gir en større variasjon av tilstedeværelse enn de sjablonpregede 50 % eller 100 % sykmeldinger i kontrollgruppa. Om alle i kontrollgruppa hadde fått 50 % sykmelding, ville egenangitt produktivitet likevel vært betydelig høyere i intervensjonsgruppa.

For gruppa Gult kort intervensjon ble det i bare 4 av 109 tilfeller ikke funnet tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen. I de øvrige tilfellene ble det gjort forsøk. De medisinske rådene synes å følges godt opp når planene settes opp på arbeidsplassen; planer lages og tiltak settes i verk raskt, de fleste innenfor 1-2 dager.

Tilretteleggingstiltaket *endring i arbeidsoppgaver* er det hyppigst anbefalte, planlagte og gjennomførte tiltaket. Videre viser sammenstillingen av de gule kortene at arbeidstakerne for det meste har utført deler av sine egne arbeidsoppgaver i perioden de har hatt Gult kort. Således er det i mindre grad enn forventet gjort store endringer på arbeidsplassene for å hjelpe arbeidstakere med Gult kort. Tilrettelegging synes å vare lengre enn sykmelding. Om tilrettelegging fører til en lengre periode utenfor vanlig produktivt arbeid enn en full vanlig sykmelding vet vi ikke, for sykmelding kan også følges av en viss tilrettelegging. Forsøket peker på at man må diskutere hvordan avgrensing i tid kan gjøres uten å ødelegge den fleksibilitet som ligger i en åpen ramme.

Om lag 80 % av arbeidstakere som har fått Gult kort er positive til sitt eget tiltak, både at legen foreslo det og hvordan de ble mottatt på arbeidsplassen. Mange sier de har foreslått det selv.

I tillegg til statistiske fremstillinger har evalueringen også basert seg på en gjennomgang av dybdeintervju. Et viktig funn her er at Gult kort impliserer nye roller for partene i en sykefraværssituasjon. Dette skaper igjen nye utfordringer. Analysene har blant annet identifisert at legene kjenner et visst "ubehag" ved å foreslå et annet tiltak enn det de tror pasienten forventer. Tallene viser også stor variasjon mellom legene i bruk av Gult kort. Likevel sier legene at de oppfattet Gult kort som et konkret, håndterbart og operasjonelt tiltak på hverdagsnivået. Samtidig kan relasjonen arbeidsgiver – arbeidstaker få nye utfordringer i en mer direkte kommunikasjonssituasjon som Gult kort oppfordrer til. Her skal dialogen skje på *arbeidstakerens* premisser, når han kommer med kortet og med de føringer det medfører, ikke når *leder* finner tid eller anledning. Det kreves av arbeidstakeren at han tar ansvar og medvirker til løsninger. Intervjuene har vist at noen situasjoner har ført til konfrontasjoner mellom leder og ansatt, men også at god kommunikasjon om løsninger rundt et Gult kort har lagt til rette for en annen og bedre kommunikasjon i fremtiden.

Videre har vi gjennom analysene av de kvalitative dataene sett at arbeidsplasser som trenger Gult kort mest, også er de arbeidsplassene der Gult kort er mest problematisk å gjennomføre. Og motsatt: de som har minst behov – ser ut til å være de som får det best til. Det kan således være grunn til å peke på at den tiltenkte årsaksretningen **Gult kort → kommunikasjonsrutiner** går *begge veier;* arbeidsplasser der det er god dialog mellom arbeidstakere og arbeidsgivere implementerer også Gult kort best.

De gule kort har ført til positive effekter utenom de som kunne beskrives mellom lege, pasient/arbeidstaker og arbeidsleder. For det første at (noen) av arbeidstakerne fikk bedre kjennskap til kollegaenes arbeid. For det andre har det medført mer direkte kontakt mellom arbeidsplass – trygdekontor – lege.

En vesentlig problematikk som ble tydelig gjennom analysene av de ulike casene var i hvilken grad det skulle legges til rette for stramme eller frie grenser for arbeidstakernes tilrettelegging. Intervjuene indikerer at noen personer, i noen typer arbeid, med noen typer arbeidsoppgaver, må ha en klar begrensning og styring av tilrettelegging. Andre kan ha stor glede av frie tøyler. Både legens og arbeidsleders vurdering og veiledning må i større grad ta hensyn til, og beskrive, disse forskjellene.

I noen intervjuer blir det understreket at navnet på ordningen – Gult kort – er lite egnet. Først og fremst fordi det impliserer at noen har gjort noe galt eller straffbart. Særlig enkelte

arbeidsgivere reagerer på dette. Et egennavn synes også å indikere at Gult kort er et tiltak slik som andre tiltak som aktiv sykmelding. Det er tydelig at mange strever med å skille tiltakene. Dette har gjort det vanskeligere å se at Gult kort ikke er et tiltak, men en kommunikasjonsmåte som kan *føre til* bestemte tiltak, først og fremst tilrettelegging uten sykmelding.

En siste vesentlig innsikt fra casestudiene er at mange arbeidstakere bruker det gule kortet som en anledning til å hente "tyngde" til arbeidsplassdialogen ved å "ha legen i ryggen". I intervjuene virker det som om det er to varianter av det *å hente tyngde* - en med et mulig negativt fortegn og en med et mulig positivt fortegn. Den positive varianten fokuserer på å få faglige råd og veiledning hos legen, som så danner et medisinsk faglig grunnlag for det pasienten oppfatter som et berettiget krav. Det kan også dreie seg om støtte på det menneskelige plan, å tørre å ta opp ting, å tørre å ta en vanskelig samtale med sjefen - rett og slett å se seg selv som viktig nok i den store sammenhengen på arbeidsplassen. I den negative varianten benyttes legen i større grad som *brekkstang* for å tvinge fram endrete arbeidsvilkår, i situasjoner hvor arbeidsplassdialog på forhånd har kommet til en annen løsning. Det siste kan være problematisk og fører trolig til at Gult kort ordningen kan få svekket legitimitet fra arbeidsgiversiden. Det er likevel grunn til å understreke at informantene i casestudien oppfatter ordningen rent *generelt* som en god ordning; de ser behovet og anerkjenner Gult kort som et relevant nytt virkemiddel.

Basert på Baklien (2006) sine diskusjoner om prosessevaluering er det viktig å lokalisere "føringer" og "barrierer" for prosjekter som skal evalueres. Med "føringer" menes faktorer som både direkte og indirekte har bidratt til måloppnåelse. Med "barrierer" menes faktorer som har bremset/hemmet i forhold til å nå målene i prosjektet. I evalueringen av Gult kort har vi blinket ut følgende viktige barrierer og føringer, i tillegg til de *effektene* som tidligere er beskrevet:

<u>Viktige føringer for ordningen:</u>

- Gult kort har ført til at sykefravær, arbeidsplassdialog og kommunikasjon blir diskutert på arbeidsplassene. Dette synes å være en direkte følge av ordningen, men det er likevel et åpent spørsmål om denne effekten vil være av varig karakter uten arbeid på systemnivå. Dette henger også sammen med IA-arbeidet, der systematisk arbeid med fleksibilitet og nærhet i kommunikasjon, samt rutiner for oppfølging av syke er sentralt. Gult kort metodikken fører til at systemene blir brukt, dialogene holdes "varme," og tilknytningen til IA forsterkes.

- Arbeidstakerne synes å få større innsikt i andres arbeid. Dette er en følge av tiltakene i Gult kort, bl.a tilpassing og rullering av arbeidsoppgaver.

- Gult kort synes i en del tilfeller å ha medført lavere terskel for direkte kontakt mellom trygdekontor, lege og arbeidsgivere. Enkelte opplever at Gult kort har blitt en kanal for å "nå inn."

- Legene oppfatter ordningen som et konkret, håndterbart verktøy på hverdagsnivået.

- Gult kort blir oppfattet som positivt av arbeidstakerne som har gjennomført ordningen. Dette gjelder både hvordan de oppfattet det når de fikk Gult kort hos legen, hvordan de ble mottatt på arbeidsplassen og når de vurderer ordningen i ettertid

- De gule kortene blir fulgt raskt opp på arbeidsplassene. Undersøkelsen viste at det går kort tid mellom legekonsultasjon, signering av plan mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og at tiltakene blir ført ut i livet.

- Arbeidsplassdialogene har bare i 4 tilfeller ikke kommet frem til noe tiltak.

Viktige barrierer for ordningen:

- At Gult kort har hatt et egennavn og vært et skjema på utsiden av den vanlige sykmeldingsordningen har medført forvirring i forhold til hva dette er i forhold til andre tiltak. Dette har hindret forståelsen av at Gult kort er en kommunikasjonsmåte, ikke et tiltak. For legene har det skapt et ubehag fordi man har opplevd å skulle gi et annet tiltak enn det pasienten har hatt forventning om.

- Intervjuene viser at Gult kort krever informasjon. Dette ser ut til å gjelde alle aktørene i prosjektet. Mange opplever det også som vanskelig å skille mellom aktiv sykmelding, gradert sykmelding og Gult kort.

- Diskusjonene viser at en utfordring for en vellykket tilrettelegging ligger i arbeidstakerens behov for klare eller frie rammer rundt tilretteleggingen. At dette ikke klart beskrives av legens råd eller i arbeidsplassens plan blir en barriere. Intervjuene viser at en del arbeidstakere lar tiltakene ”flyte” ut og dermed øker belastingen i større grad enn det som medisinsk sett var anbefalt.

- Nye roller skaper nye utfordringer. Vi har fokusert på utfordringer for alle aktørene. Legene skal gi fra seg en del av den vurderingen de tidligere har forvaltet, anbefale og tåle ubehaget ved å kreve noe annet enn det de tror pasienten forventer. Pasientene forventes å ta en mer aktiv rolle i sitt forløp både i dialoger, men også ved å måtte legge frem kvalitetssikret dokumentasjon.

- Ordningen kan brukes som et maktmiddel for å tvinge frem løsninger på arbeidsplassen hvor forhandlingene allerede er avsluttet

- Tallmaterialet viser at en ordning på siden av sykmeldingssystemet krever en viss form for motivering og innpisking blant legene, og purringer på arbeidsgiver for å få inn kopi av planer til NAV.

2. Innledning

I denne rapporten dokumenteres og evalueres prosjektet Gult kort, som er prøvd ut ved Sunnfjord Medisinske Senter i Flora. Rapporten kartlegger effektene av ordningen, og oppsummer erfaringer de ulike involverte aktørene har hatt med Gult kort. Utprøvingsprosjektet er basert på et samarbeid mellom fastlegene ved Legegruppa SMS, Sunnfjord Medisinske Senter og NAV Flora trygd. Prosjektet er finansiert av FARVE, forsøksvirksomheten til arbeids og velferdsetaten. Vestlandsforskning har bistått i gjennomføringen av datainnsamlingen, analyser og evaluering av prosjektet.

Gult kort er et prosjekt som har som hovedformål å forebygge sykemeldinger. Dette skal skje gjennom dialog om tilrettelegging og muligheter på arbeidsplassene. Gult kort kan derfor best karakteriseres som et strukturert kommunikasjonsverktøy mellom aktørene i en sykefraværssituasjon. Disse aktørene - lege, pasient/arbeidstaker og arbeidsgiver – har hver på sin måte hatt nye roller i utprøvingsprosjektet; legen vurderer om arbeidsevnen er nedsatt i tråd med folketrygdens vilkår for sykmelding. Hun vurderer om aktivitet er mulig og hensiktsmessig, og beskriver vilkårene for dette, samt å veilede og motivere pasienten. Pasienten/arbeidstakeren tar ansvar for å finne løsninger på arbeidsplassen gjennom en dialog om muligheter støttet av legens råd og Gult kort-skjemaets struktur. Om tilrettelegging er umulig kan arbeidstakeren vise bekreftelsen til legen og få sykmelding. Arbeidsgiveren gjennomfører dialog med arbeidstaker, og har ansvar for å skrive en plan om tilrettelagt aktivitet (bakside av Gult kort) eller bekrefte at tilrettelegging er umulig.

På denne måten er prosjektet siktet inn mot å utvikle og utprøve samhandlingsrutiner og kommunikasjon mellom ulike aktører:

- Mellom bedrifter (arbeidsgiver/arbeidstaker) og NAV trygd
- Mellom bedrifter og lege/fastlege
- Mellom arbeidsgiver og arbeidstaker

Denne rapporten systematiserer kunnskap og erfaringer om utprøvingen av Gult kort. Dokumentasjonen av prosjektet består av flere typer data. For det første er det gjennomført kvantitative analyser rettet mot effektene av Gult kort. Datakilden er her strukturerte intervju og nedtegnelser i Gult kort- skjemaet[1]. For det andre er prosjektet dokumentert gjennom mer dybdeorienterte case- analyser, der enkelttilfeller er studert grundigere, og over tid. I tillegg er det gjort en analyse av *mulighetsområdet* for Gult kort, der forholdet mellom inngangspopulasjonen til utprøvingsprosjektet og antallet faktiske inklusjoner (personer som enten fikk Gult kort eller havnet i kontrollgruppa) er vurdert. Kilden for denne analysen er Win-Med journaldatabase.

I prosjektskissen for Gult kort er den overordnete problemstillingen for evalueringsprosjektet om Gult kort vil være en egnet ordning for å redusere sykefraværet i arbeidslivet. For å gi en fornuftig vurdering av dette spørsmålet diskuteres for det første i hvilken grad *intensjonen* med Gult kort er realisert. Vi kjenner til at det langsiktige målet med prosjektet er å bedre kommunikasjonsrutinene på arbeidsplassene, mens det den kortsiktige intensjonen er at Gult kort *blir tatt i bruk*. Rapporten søker derfor å fokuser på om disse to målsettingene er realisert.

[1] Skjemaene som er fylt i samarbeid mellom lege – arbeidsgiver, og mellom arbeidsgiver – arbeidstager inneholder mye informasjon om praktiseringen av Gult kort. Denne informasjonen er derfor overført til datasett for bruk i analysene. Gult kort-skjemaet finnes i vedlegg 1).

For det andre vil det være vesentlig å få en systematisert oversikt over erfaringene med, og vurderingene av, prosjektet fra de ulike aktørene som er involvert i prøveprosjektet. Dette gjelder arbeidstagere, arbeidsgivere, leger og trygdekontoret. Basert på Baklien (2006) er det viktig i evalueringsprosjekter å lokalisere føringer og barrierer i et prosjektet. Med "føringer" mener vi faktorer som både direkte og indirekte har bidratt til måloppnåelse. Med "barrierer" menes faktorer som har bremset/hemmet i forhold til å nå målene i prosjektet. Casestudiene og dybdeintervjuene med utvalgte tilfeller, vil kunne være viktige innspill i å finne slike barrierer og føringer.

Evalueringsrapporten for Gult kort har åtte kapitler. Kapitlene er skrevet av rapportens forfattere i felleskap, med mindre noe annet er angitt i gjennomgangen under. Rapporten disponert på følgende måte: I **kapittel 3** gjøres det rede for bakgrunnen til Gult kort. I dette kapitlet begrunnes også en del valg i forhold til utformingen av Gult kort. Sentralt her er diskusjoner omkring arbeidsevnevurdering som hovedsakelig relasjonell. Slik gir dette kapitlet en bakgrunn for, og innføring i, grunnlaget for Gult kort. Kjartan Olafsson har forfattet dette bakgrunnskapitlet som også forklarer opptakten til Gult kort. **Kapittel 4** beskriver hvordan Gult kort *prosjektet* ble organisert og gjennomført. Her fokuseres det på organiseringen av prosjektet og aktørene i både prosjekt- og styringsgruppe. Kapitlet gir også en oversikt over Gult kort sine fire gjennomføringsfaser. Prosjektsekretær Venke Eikeseth Olafsson, som har brukt mest tid på prosjektet og derfor kjenner best gangen i det, har skrevet brorparten av dette kapittelet. **Kapittel 5** gir et innblikk i det metodiske arbeidet for å fremskaffe data om prosjektet. De ulike datakildene blir presentert og drøftet. Etter dette - i **kapittel 6** –presenteres de kvantitative dataene fra evalueringen. Først viser vi sammenstilt informasjon om bruken av Gult kort. Her blir data om gjennomføringen av prosjektet diskutert, i tillegg til at data fra skjemaene som belyser bruk og kommunikasjon i det enkelte tilfelle blir drøftet. For det andre presenteres tall basert på intervju med arbeidstakere som har hatt Gult kort. For det tredje innholder kapitlet en analyse av forholdet mellom inngangspopulasjon og antallet inklusjoner (gule kort + kontrollgruppe). For det fjerde drøftes forholdet mellom intervensjons- og kontrollgruppa langs tre dimensjoner; sykefravær, nærvær og produktivitet. I **kapittel 7** står caseanalysene sentralt. Her presenterer og diskuterer vi dybdeintervjuene, der ti tilfeller med Gult kort er studert nærmere. Siktemålet har vært å bruke disse intervjuene til å utdype og nyansere de kvantitative funnene i kapittel 6. **Kapittel 8** er et avslutningskapittel som drøfter resultatene fra evalueringen. Her løftes blikket, og erfaringene fra prosjektet blir satt inn i en trygdemedisinsk sammenheng. Dette kapitlet antyder også veien videre for Gult kort.

3. Bakgrunnen for ordningen

Hvorfor gjøre forsøk med bedrede kommunikasjonsverktøy fra legekontor til arbeidsplass i en tid hvor arbeidsplassen gjennom IA avtalen ble definert som arena for løsninger? Den partssammensatte koordineringsgruppa for oppfølging av IA avtalen sa endog i sin evaluering i 2005 at arbeidsplassen som løsningsarena er et perspektiv som er unikt i nordisk og europeisk sammenheng, og dermed spesifikt norsk (Den partssammensatte koordineringsgruppa for IA avtalen 2005). Å prøve ut verktøy som gir legen en tydeligere stemme inn til arbeidsplassen, hvordan passer det inn i en slik tenking?

I dette kapittelet forsøker vi å begrunne ideen og prosjektet. Med en kanskje haltende skuespillmetafor, kan vi si at hovedvekten vil ligge på aktørene og den samhandling som foregår mellom dem (pasient/arbeidstaker, arbeidsgiver og lege), men også det manus og de instruksjoner de har fått (lover, regler, verktøy), i tillegg til det bakteppe aktørene spiller foran (samfunnsmessige endringer) og publikums smak (holdninger i befolkningen). I teksten vil vi drøfte disse og synliggjøre konsekvensen, slik vi så det, ved utformingen av verktøyet – Gult kort.

3.1 Aktørnivået

Vi forstår arbeidsevnevurderingen (som ligger til grunn for vurdering av sykmelding) som hovedsaklig relasjonell, og dermed mest relativ, i mindre grad absolutt og medisinsk objektiv. Dette er avgjørende for å forstå begrunnelsen av et nytt verktøy som ”Gult kort”. Om arbeidsevnen kunne entydig bestemmes på medisinsk grunnlag ville en ikke hatt bruk for et verktøy som ”Gult kort”.

Vurderingene påvirkes av *forhandlinger* mellom aktørene. Slik er det både på arbeidsplass og legekontor. At Per, som har senebetennelse i skulderen, og ikke kan greie sitt vanlige arbeid, sier til legen at det ikke finnes noe alternativ, bringer den relasjonelle dimensjon inn i legens vurdering av sykmelding. Når Per kommer til sin arbeidsleder med en 50 % sykmelding og skal diskutere hvordan den skal legges opp, har han ikke med seg en uttømmende, absolutt og rent objektiv vurdering de kan forholde seg til. Den kan se slik ut, men bygger *også* på legens forståelse av hva som er *mulig på jobb*. Det er Per som forteller legen hva som er mulig på jobben. Fordi konklusjonen skal trekkes der og da, er Per legens eneste kilde. Hvilke muligheter som beskrives er både avhengig av legens spørsmål og Pers svar. Per kan av forskjellige grunner være umotivert for å gå på jobb, og la dette farge svarene. Legen kan ha dårlig tid, og *for* raskt akseptere en negativ konklusjon[2]. Hvordan arbeidsevnen kommer til uttrykk ved sykdom (fortsette å jobbe, være delvis sykmeldt, aktivt sykmeldt eller fullt sykmeldt) bestemmes derfor ikke *alene* av noen aktør, selv om legen fører resultatet av prosessen ned på papiret (sykmeldingen). Aktørene påvirker hverandre både positivt og negativt. Vi vil beskrive disse mekanismene fordi de er avgjørende for å forstå Gult kort.

Det forhandles på flere arenaer hvor rammene og betingelsene for forhandlingene ikke alltid bestemmes på den arena hvor de drøftes. Eksempler på slike betingelser og rammer er lovverk knyttet til sykepenger, og skjematur som er i bruk. Andre betingelser og rammer er de som aktørene formidler til hverandre. De kan være mer uklare, blir noen ganger misoppfattet og kan være, bevisst eller ubevisst, formidlet ”skjevt”. På arbeidsplassen dreier det seg om hva

[2] Legen kan ha vansker med å etterprøve pasientens utsagn der og da, sykmeldinger skrives også på legevakt dvs ettermiddag, natt og helg. Tidspress og problematikk knyttet til taushetsplikt og personvern vanskeliggjør direktekontakt med arbeidsgiver

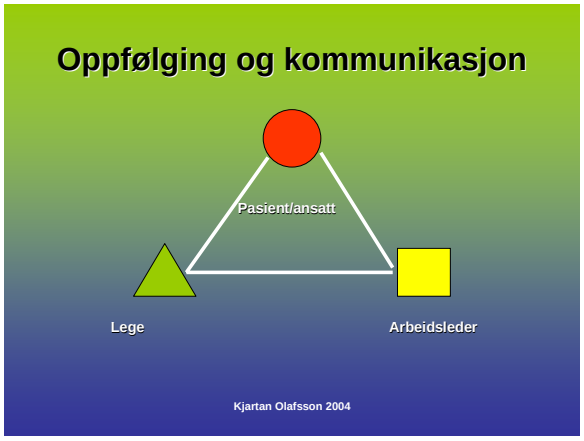
legen har ment (hva som er mulig), og på legekontoret hva som er mulig på arbeidsplassen. Når Per sier til legen at det ikke finnes arbeid under skuldernivå i hans blikkenslagerbedrift, så øker sjansen for at legen sykmelder ham helt. At arbeidsleder *har* oppgaver kommer ikke frem. Kanskje vet ikke Per om dem. Når Per leverer en full sykmelding til arbeidsleder, og verken blanketten eller Per involverer arbeidsleder i det relasjonelle elementet i denne vurderingen, så oppfattes sykmeldingen som en absolutt og objektiv vurdering, som setter hindringer for en dialog rundt nettopp det relasjonelle aspektet som førte til at den ble skrevet.

Arbeidsevnen er påvirket av sykdommens utvikling, resultatet av behandling, men også av motivasjon og vilje. Disse faktorene er i forandring og påvirker hverandre. Kvaliteten av den veiledningen som er gitt av legen, kvaliteten av dialogen på arbeidsplassen eller noen gode eller dårlige dager kan være avgjørende.

Vi vil bruke en modell som beskriver barrierer for kommunikasjon ved vurdering av arbeidsevne (Olafsson 2004a). Denne bygger på en forståelse av at uttrykket for arbeidsevne kommer frem etter forhandlinger. Modellen er kalt ”Fjellet” og beskriver hva som skjer på aktørnivået (forhandlinger, tema, aktørstyrke og kommunikasjon). Denne modellen beskrives som en del av begrunnelsen for prosjektet, men også fordi modellen ble benyttet i motivasjonsarbeidet overfor aktørene i utprøvingen av ”Gult kort” – leger, arbeidsliv, trygdeetat og bedriftshelsetjeneste.

3.1.1 ”Fjellet – en forhandlingsmodell”

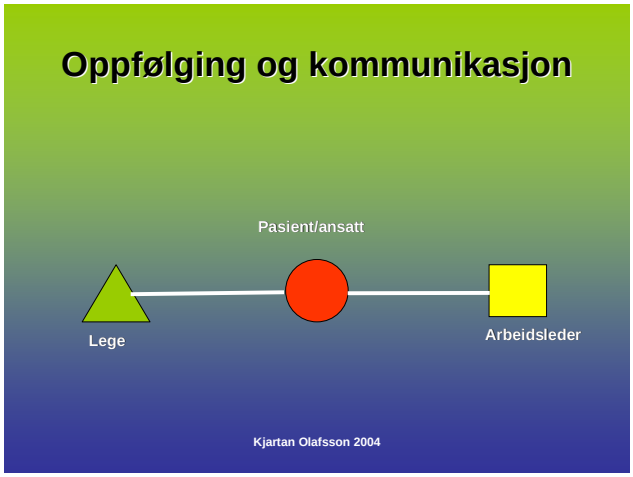
Modellen benytter et aktør- og arenaperspektiv hvor forhandlinger foregår mellom aktører.



Aktørstyrken endrer seg avhengig av hva det forhandles om, og på hvilken arena man befinner seg. I et sykefravær vil pasienten være den aktøren som deltar i alle forhandlingene og må derfor sies å være den sentrale aktør. Han forhandler på minst to arenaer hvor hans tilstand følges opp. Det er hos legen (lege-pasientforholdet) og arbeidsplassen (arbeidsplassdialogen)[3]. I henhold til dette kaller vi ham pasient i forhandlinger med legen, og ansatt i forhandlinger på arbeidsplassen. De andre aktørene er altså lege og arbeidsgiver. Nå denne kommunikasjonen omtales får man inntrykk av at den skjer ” i en trekant”. En slik beskrivelse gis trolig mer av ønske enn av realitet.

[3] Andre arenaer og aktører som ikke omtales her er bedriftshelsetjenesten, NAV etat eller andre behandlere.

Forhandlinger langs en linje



Etter fjellmodellen foregår kommunikasjonen annerledes. Den sier at samhandlingen om arbeidsevnen mellom de tre aktørene skjer i stadier hvor forskjellige aktører forhandler til forskjellig tid og på forskjellig sted. Forhandlingene kan starte mellom lege og pasient, men også på arbeidsplassen mellom arbeidstaker og arbeidsleder. Etter legens vurdering, veiledning og forhandling med pasienten, kan det skrives en sykmelding (gradert-, aktiv- eller full-). Pasienten tar med seg sykmeldingen og kommuniserer med sin arbeidsleder. Her vurderes, veiledes og forhandles det også. Om ikke problemet løser seg etter den perioden som er angitt, kommer pasienten tilbake til legen til en ny konsultasjon. Denne kan ha vært avtalt ved den første konsultasjonen, eller pasienten bestiller ny time når han ser behovet for ny sykmelding. Her skjer en ny runde forhandlinger, og en sykmelding kan skrives. Pasienten går tilbake til sin arbeidsleder og fortsetter kommunikasjonen. Slik kan kommunikasjonen gå frem og tilbake. Det blir en slags horisontal kommunikasjon, eller sagt på en annen måte, samhandling langs en linje. Ikke på noe tidspunkt skjer det direkte forhandlinger mellom lege og arbeidsplass.

Det er pasienten som er den sentrale aktør og bindeleddet mellom forhandlingene, enten det er hva han kan fortelle (legen eller arbeidslederen har sagt at…) eller hva han bærer med seg av skriftlige vurderinger og meldinger (”Medisinsk vurdering…” eller ”Oppfølgingsplan” fra arbeidsplassen). Pasienten eller arbeidstakeren bærer med seg premisser fra den ene forhandlingen til den andre.

Hvor lenge dette pågår, og hvor mange ganger pasienten ”går” frem og tilbake, er forskjellig og avhengig av det som skal forhandles, nemlig sykdommen og arbeidet. Hvis aktivitet ikke er mulig av medisinske grunner, så stopper forhandlingene ved hjelp av legens bekreftelse gjennom en full sykmelding.

Tema som forhandles

Vår beskrivelse av ”fjellet” omhandler de tilfellene der den medisinske tilstanden er slik at *arbeidsevnen kan være gjenstand for forhandlinger*. Modellen er ikke gyldig der aktivitet er medisinsk kontraindisert. Temaene som forhandles er:

- De medisinske rammebetingelser – er aktivitet medisinsk sett mulig og i så fall under hvilke vilkår?
- De arbeidsplassbestemte rammebetingelser – en forståelse av hva det vanlige arbeidet innebærer av belastninger og om det er mulig å tilrettelegge disse belastningene i forhold til den medisinske tilstanden.

Aktører

Lege og arbeidsgiver er i kraft av sine roller ”eksperter”, og de sterke aktører, på hver sitt tema, mens pasienten i tillegg til å ”kjenner hvor skoen trykker”, også er ekspert på sitt eget arbeid.

- Legen; de medisinske rammebetingelser.
- Arbeidsgiver; de arbeidsplassbestemte rammebetingelser

Arenaer
Det er to arenaer:
- Legekontoret – hvor legepasientforholdet utspiller seg.
- Arbeidsplassen – hvor arbeidsplassdialogen foregår.

Begge tema forhandles på hver av arenaene uten hensyn til at ekspertisen på det ene temaet befinner seg på den andre arenaen. Dette gir seg utslag i endringer i aktørstyrke som vist her,

- **Sykdommens begrensninger og muligheter**
  På arbeidsplassen:
  Når sykdommens begrensninger og muligheter forhandles er det pasient/ansatt som er den tyngste aktør. Han vet best "hvor skoen trykker" og hva legen har sagt.
  På legekontoret: Legen som har størst aktørtyngde på det medisinske.

- **Arbeidets muligheter og begrensinger**
  På arbeidsplassen: Arbeidsleder vil ha størst aktørtyngde på muligheter
  På legekontoret: Pasient/ansatt har størst aktørtyngde i forhandlinger om muligheter på jobben.

Aktørstyrke, manglende samtidighet og kommunikasjon
Vi ser at når det gjelder sykdommen og de medisinske mulighetene er det lege og pasient som har inntatt rollen som den sterke aktør, men det er på hver sin arena, legen i lege-pasient forholdet og pasient/arbeidstakeren i arbeidsplassdialogen. For arbeidets muligheter er det arbeidsleder og pasient som har vært den sterke aktør, men også der på hver sin arena. Arbeidsleder i arbeidsplassdialogen, pasienten/arbeidstakeren i legepasientforholdet.

Fjellet oppstår som følge av denne skiftende aktørstyrke, som fører til at lege og arbeidsleder kan få en feil oppfatning av hva som er mulig, men også ved at flyten av opplysninger om hva som er mulig, fra lege til arbeidsleder, eller arbeidsleder til lege, hindres av ufullstendige verktøy, og ufullstendig formidling gjennom pasient/ansatt.

Lege-pasient forhandler
Forhandlingene mellom lege og pasient er altså to delt. Ved den første, når det forhandles om aktivitet medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig, er legen den sterke aktør. Ved den neste når det forhandles om hva arbeidet betyr av belastninger, og om det er mulig å tilpasse disse belastningene, er pasienten den sterke aktør. Etter en vurdering, blant annet basert på forhandlingene, trekker legen en konklusjon, og fyller ut "Medisinsk vurdering av arbeidsevne ved sykdom", bedre kjent som sykmeldingen. Det blir ikke spurt etter noen *ren* medisinsk vurdering av om aktivitet er mulig, men en *konklusjon i form av et tiltak*. De aktuelle tiltakene i denne sammenhengen er, gradert sykmelding (med angivelse av grad), aktiv- eller full sykmelding. Vi kan kalle dette en operasjonell "funksjonsvurdering". Når legen tar stilling til disse tiltakene må hun vurdere arbeidsplassen og mulighetene der. Konklusjonen vil derfor basere seg på en vurdering av det medisinske, og en vurdering av det arbeidsmessige. Så lenge legen lytter til pasienten er den siste vurderingen den avgjørende. Det hjelper ikke om aktivitet medisinsk sett er mulig hvis det ikke er mulig å finne noe

tilpasset aktivitet på jobb. Blanketten synliggjør denne siste konklusjonen, og skjuler dermed de medisinske mulighetene.

Arbeidstaker- arbeidsleder forhandler

Den umotiverte pasienten, som medisinsk sett kunne ha vært i aktivitet, kan ha beskrevet mulighetene på jobb som fraværende, og dermed ankomme arbeidsplassen til neste runde av forhandlinger med en full sykmelding. Denne forhandlingen med arbeidsleder starter da med et utgangspunkt i en attest fra en lege på at det beste tiltaket er å være borte fra jobb. Dette blir trolig ofte oppfattet som en medisinsk vurdering, fordi det ikke kommer frem at legen har trukket konklusjonen ut fra en *oppfatning* av manglende muligheter på jobb basert på arbeidstaker formidling. Den umotiverte pasienten kan ikke forventes å oppklare misforståelsen, kanskje heller støtte under den. Det er altså arbeidstakeren som er den sterke aktøren i forhandlingen om medisinske muligheter på arbeidsplassen. Forhandlingen om mulighetene på arbeidet, hvor arbeidsleder er den sterke aktøren, blokkeres effektivt av ”manglende medisinske muligheter”. Løsninger kan blokkeres både med referanse til ”sykmeldingsblanketten”, men også til hva legen skal ha sagt.

Det hjelper ikke at arbeidsleder er den sterke aktøren på muligheter, han har jo makt og myndighet til å endre fordelig av arbeidsoppgaver, fordi forhandlingene aldri kommer i gang. Det paradoksale er at legen kan ha konkludert med full sykmelding på bakgrunn av manglende muligheter på arbeidsplassen, mens aktivitet i en eller annen form *egentlig* hadde vært mulig. Selvsagt tilrettelegges det ikke løsninger på arbeidsplassen med dette utgangspunktet, det vil kreve at man overstyrer det medisinske, og dermed legen. Hvem vil ta sjansen på det?

Negative og selvbekreftende sløyfer av kommunikasjon

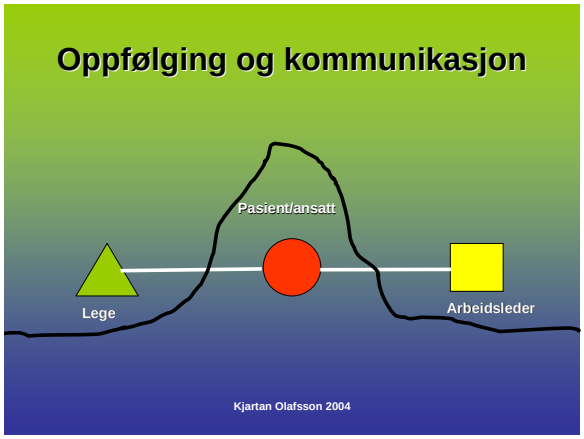
At det ikke ble funnet løsninger på arbeidsplassen blir til en negativ premiss i neste runde av forhandlinger. Disse skjer hos legen når forlengelse av sykmelding skal vurderes. Igjen er pasienten bindeleddet og kan fortelle hva arbeidsleder har sagt og gjort. Det som skjedde blir en bekreftelse på at den første vurderingen var riktig. Sykmeldingen har blitt en selvoppfyllende profeti, og passive løsninger kan fortsette. Jo flere runder som blir gått, dess lettere er det å akseptere at det *bare er slik*.

Ser legen funksjon?

Denne problematiske forhandlingen, som fører til vurderingen av hva som er mulig på jobb, forklarer hvorfor leger skriver full sykmelding i så mange tilfeller hvor de synes at aktivitet medisinsk sett burde ha vært mulig. Det finnes dokumentasjon for dette i en upublisert studie (Olafsson 1994). Her har leger vurdert mulighet for aktivitet på alle sykmeldingsblanketter over en tre måneders periode. Det er et stort antall fulle sykmeldinger hvor legen angir at aktivitet er mulig. I disse tilfellene med diskrepans har legene svart på hvorfor det ikke ble en gradert sykmelding. Legene angir i 85 % av disse tilfellene at det er arbeidsplassfaktorer som hindrer aktivitet. Sett fra ”Fjellet”, så er det kanskje mer et spørsmål om hvordan arbeidsplassens rammebetingelser og muligheter kommer til uttrykk i forhandlingene under legekonsultasjonen. Studien er kort presentert med utvalgte resultater i vedlegg 6.

Konsekvenser av fjellet – svarteperspill?

I disse situasjonene hvor en eller flere aktører mener at en løsning burde ha vært funnet, vil konsekvensene av ”fjellet” vise seg. Fordi man ikke kjenner til hva som er tenkt og ment på den ”andre siden”, men bare ser et negativt resultat, sluttes det at aktøren på den andre siden av fjellet har sviktet. Legen oppfatter at arbeidsgiver ikke har evne eller vilje til å tenke løsninger på arbeidsplassen. Arbeidsgiver oppfatter at legen kun sykmelder og ikke tenker aktive løsninger. Ingen av dem ser over ”fjellet” og forstår hva som har skjedd. De forblir i *sin* oppfatning av virkeligheten. Dette hindrer løsninger. Det finnes ikke verktøy for å få til den kommunikasjon som låser opp situasjonen. Direkte kommunikasjon hindres av stramme rammebetingelser og hensynet til taushetsplikten. Om man mistror den andre, så vil en kommunikasjon kanskje bli negativ og mistroisk. Begge parter mener at de prøver å gjøre det ”rette”, men resultatet uteblir. Oppfatningen om at aktøren på den andre siden ikke har gjort jobben sin – gjøres lett til en sovepute for egen innsats. ”Det er jo umulig å få til noe, for legen sykmelder jo bare”. Eller; ”Det er håpløst å få til aktive tiltak på den bedriften, for der gjør de aldri noe for å få det til”. Det blir et slags svarteperspill på individnivå. Dette svarteperspillet kan også føres på makronivå. ”Det er legene som har skylden”. ”Arbeidslivet er ikke villig til å tilrettelegge”. ”Folk har for dårlig moral og sykmelder seg for lett”.



I denne modellen er det lett å trekke slutningen at det er pasient/arbeidstaker som er barrieren for de gode løsninger. En slik tolkning blir en forenkling hvis man ikke greier å forstå pasientens ”motvilje” i en bredere sammenheng. Pasient/ansatt er påvirket av mange faktorer, blant annet av de dialoger han har vært inne i på legekontor og arbeidsplass, men ikke minst av at han er syk. I en av gruppesamtalene i prosjektet ”Felles arbeid felles mål” (Olafsson 2004a) hvor målet var å kartlegge arbeidslivets egen oppfatning av ”hvor skoen trykker” i sykefraværsarbeid, uttrykte en av de tillitsvalgte det slik:

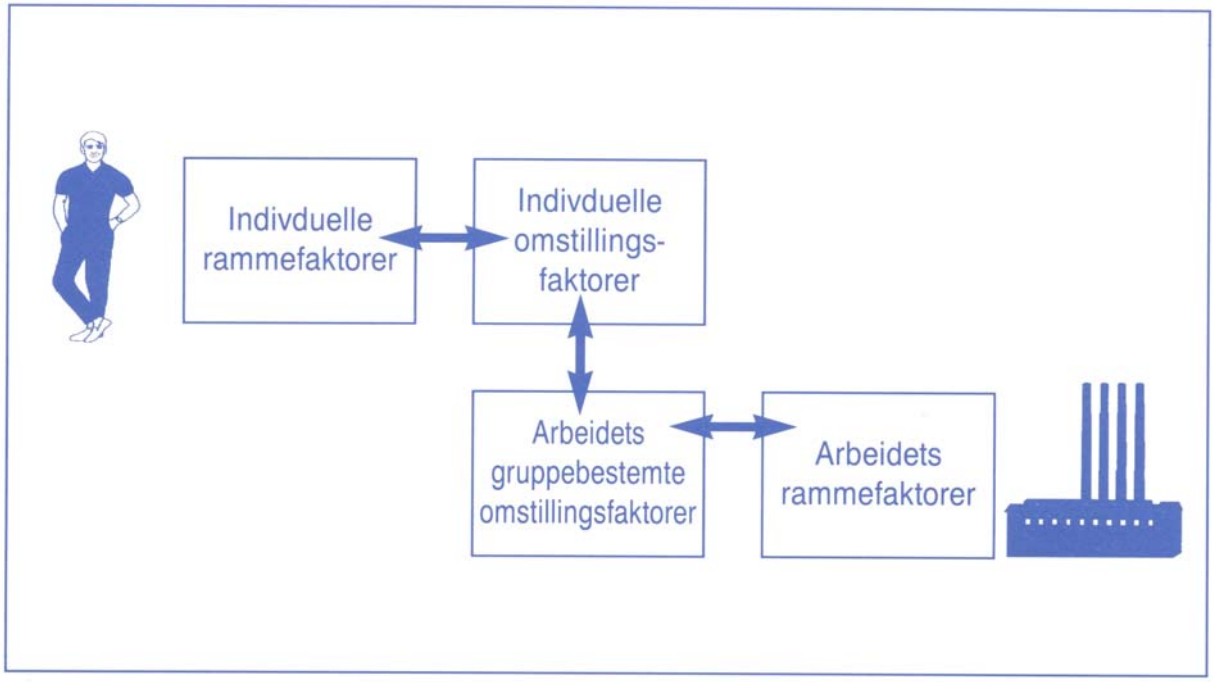
> *”Det er ikke alltid like lett å sjøl tenke nytt og tilpasse seg nye løsninger når man er sjuk og nedfor”.*

Det er lett å glemme dette, og mene at syke mennesker skal være fleksible, omstillingsvennlige og sørge for god kommunikasjon. Personer, sykdommer og skader, arbeid og andre omstendigheter er forskjellige. Ingen situasjoner som involverer mennesker med nedsatt arbeidsevne er helt like.

3.1.2 Omstillingsfaktorer og ”den motvillige pasienten”

Pasientens første standpunkt i forhandlingene på legekontoret, eller på arbeidsplassen, kan forstås ut fra en modell beskrevet i (Olafsson 1994). Denne er utviklet av Olafsson & Odijk etter den kvalitative evaluering av det som skjedde rundt de enkelte aktive sykmeldinger i prosjektet ”Aktiv sykmelding” ved Elkem Bremanger i 1992. Prosjektet førte til innføringen av aktiv sykmelding i folketrygden 1993, men ga også ny viten om faktorer av betydning for vellykket tilrettelegging. Gjennom analyse av case, konferanser og spørreskjema ble det

fastslått at en enkel evne/krav modell ikke kunne predikere utfall av en aktiv sykmelding. En arbeidstaker med egnet diagnose og funksjon, som det ble riktig tilrettelagt for, kunne få et dårlig utfall. Dårlige rammebetingelser kunne gi gode utfall, bare motivasjonen var stor nok. Det ble foreslått en ny modell basert på fire grupper av faktorer som i større eller mindre grad utøver gjensidig påvirkning



Modell- definisjoner

Individuelle rammefaktorer *ble beskrevet som*; ***de faste faktorene som er medbestemmende for den enkeltes situasjon og muligheter når funksjonsnedsettelse inntreffer.***

Eksempelvis alder, kjønn, diagnose og funksjon. Medisinske begrensinger definert av behandlende lege, samt enkelte konsekvenser av sykepengeregler defineres også til rammefaktorer for individet.

Arbeidsplassens rammefaktorer *ble beskrevet som*; ***de faste faktorene på arbeidsplassen som er medbestemmende for de ansattes situasjon og muligheter når funksjonsnedsettelse inntreffer.***

Eksempelvis type arbeid eller produksjon, skift- eller dag arbeid, policy og prosedyrer eksempelvis hva angår sykefraværsarbeid. Om bedriften har IA avtale kan sees på som en rammefaktor.

Individuell omstillingsfaktorer *ble beskrevet som*; ***den enkeltes evne og vilje til å forbedre egen situasjon og muligheter i tilfelle av funksjonsnedsettelse.***

Eksempler på forhold som påvirker evnen og viljen kan være erfaring i å være syk eller sykmeldt, oppfatning av hva som er riktig behandling av sykdom, hvordan har man opplevd sin egen eller andres tilrettelegging, om man føler seg viktig for arbeidsplassen, hvilken betydning arbeidet eller arbeidskamerater har i ens sosiale nettverk. Motivasjonen blir

summen av omstillingsfaktorene. Begrepene evne og vilje ble i rapporten drøftet i forhold til motivasjon. *Evnen* til omstilling ble definert som individuelle forutsetninger for fleksibilitet. Disse forutsetninger skiller seg fra de individuelle rammefaktorer ved at de er et resultat av individets samspill med erfaringer og opplevelser. Eksempelvis nevner vi kunnskaper, selvtillit, livsinnstilling og erfaringer gjort fra fleksibel adferd. *Viljen* til omstilling kan også beskrives som individets motivasjon for omstilling. Viljen eller motivasjonen er det mest foranderlige av de individuelle omstillingsfaktorer. Evne og vilje vil i de fleste tilfeller være nært knyttet sammen. Evne kunne vi kanskje definert som individuelle forutsetninger for *å bli* motivert. Å lære av erfaring gir evner eller forutsetninger som kan gi vilje eller motivasjon.

Arbeidsplassens gruppebestemte omstillingsfaktorer *ble beskrevet som*; ***gruppens kollektive evne og vilje til å forbedre situasjon og muligheter for ansatte som rammes av funksjonsnedsettelse.***

Eksempelvis vil gruppens oppfatninger av det å være syk eller sykmeldt, erfaring med behandling av sykdom, erfaring med tilrettelegging av arbeid ha betydning. Samhold, kameratskap og kvalitet av nettverk påvirker omstillingsfaktorene. Med andre ord vil det psykososiale arbeidsmiljø ha betydning. Det samme har den sykmeldtes status i gruppen. Hvilken ”goodwill” har han? Lederens adferd og holdninger vil påvirke gruppens evne og vilje til omstilling. Lederens evne og vilje påvirker hele gruppens evne til fleksibel adferd. Har gruppen og enkeltindividene trening i omstilling fra tidligere vil det virke positivt. Vi kan samle disse felles erfaringer under begrepet lokale teorier (Elden 1986), de problemoppfatningene og forklaringene en gruppe har i forhold til en situasjon.

3.1.3 Samspill av faktorer

I beskrivelsen av modellen (Olafsson 1994) kommenteres faktorene og samspillet slik:

> ”Vi mener å kunne dokumentere en klar interaksjon mellom de fire komponenter av vår modell. Jo bedre rammefaktorene er, dess mindre kreves det av omstillingsfaktorene. Finnes det ikke et minimum av omstillingsevne og vilje, særlig hos den sykmeldte, men også i hans arbeidsgruppe, så hjelper det ikke uansett hvor gode rammefaktorene er. Altså kan ikke rammefaktorer oppveie en helt manglende omstillings evne og vilje hvis vi ønsker en vellykket aktiv sykmelding. Det motsatte synes derimot å kunne skje; finnes det en meget sterk omstillingsevne og vilje hos en aktivt sykmeldt kan denne kraften oppveie nærmest maksimalt dårlige rammefaktorer, som dårlig funksjon eller manglende tilrettelegging. Omstillingsfaktorer i den sykmeldtes arbeidsgruppe synes også å være viktig. Vi har observert at det er en sterk interaksjon mellom omstillingsevnen og viljen hos den sykmeldte, og de samme faktorer i hans arbeidsgruppe. Denne sammenheng synes å kunne gå begge veier.
> En sykmeldt med sterk evne og vilje til omstilling vil oftere bringe frem de samme evner og vilje i sin gruppe. En gruppe som til vanlig har en sterk vilje og evne til omstilling vil ha medlemmer som oftere har større evne og vilje til individuell omstilling ved sykdom. Vår modell er ingen kjede av fire gjensidig avhengige ledd med lik styrke. Omstillingsleddene er de viktigste og kan langt på vei oppveie manglende styrke i de andre. Uansett er det fordelaktig at rammefaktorene er best mulig.”

Samspillet av de fire hovedkomponentene i modellen kan illustreres med to kasuistikker.

Kasuistikk 1 (Per, 46 år)

Er gift med Lena 42 år, arbeider skift på en fabrikk med en del tunge løft. Lena har panikkangst, og har begynt å ta alkohol for å døyve angsten. Per får akutt lumbago og de medisinske rammebetingelsene er slik at han ikke greier alle løft, eller en hel arbeidsdag. Rammefaktorene på arbeid er slik at man ikke kan gå halve skift, så Per vet at han må erstattes av en vikar, selv om han kan gjøre *noe*. Pers omstillingsevne og vilje er liten, fordi han har fokus på hjemmesituasjonen. Per snakker med sin leder før han går til legen. I denne samtalen formidler Per få omstillingsfaktorer, legger mest vekt på dårlige medisinske rammebetingelser, så arbeidslederens og dermed gruppas omstillingsfaktorer svekkes. Når Per kommer til legen avklares de medisinske rammebetingelser slik Per forventet, men ved diskusjon av muligheter på jobb, kan Per forteller at det ikke er noen, han jobber jo skift, det er tunge løft og han *har snakket* med arbeidsleder. Per får en 100 % sykmelding 1 uke. Dette påvirker Pers, arbeidsleders og arbeidskollegiets omstillingsevne, man har erfart at omstilling/tilrettelegging ikke lyktes ved en rygglidelse. Når Åge blir dårlig i ryggen har han en konkret erfaring fra sin arbeidsgruppe, og arbeidsleder har lært at det ikke hjelper med dialog.

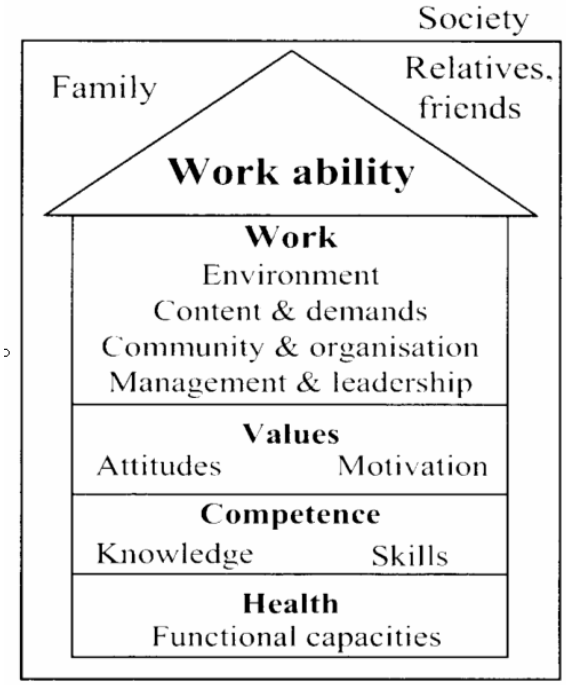
Kasuistikk 2 (Anna, 53 år)

Er enke, arbeider i en engroshandel med sekretærfunksjoner. Etter å ha mistet mannen året før, ble hun deprimert og var ute av arbeid ganske lenge. Hun har hatt mye vondt i muskel-skjelett systemet hele sitt voksne liv, og har de siste tre uker vært plaget med smerter i nakke/skuldre, og hatt mye hodepine. Hun har et sterkt ønske om å arbeide. Motivasjonen går på å beholde den kontakten hun føler er så viktig i hverdagen, dessuten vet hun at det blir rot i ”systemene” om noen andre skal ta over. Hun snakker med sjefen, som forteller henne hvor viktig hun er for bedriften. Han og en annen av Annas kolleger tilbyr seg å ta over noen av *hennes* funksjoner en periode. Arbeidets rammebetingelser er også slik at hun *kan* være borte deler av dagen uten å måtte erstattes av en vikar. Etter konsultasjon hos sin lege får Anna bekreftet at hun kan være aktiv, men må gjøre et øvelsesprogram, og ta en kur med betennelsesdempende tabletter. Under diskusjonen av arbeidets rammebetingelser, forteller Anna at det er både mulig og ønskelig å fortsette på jobb, men under redusert belastning. Etter forhandlinger rundt dette, skriver legen ut en 20 % sykmelding for 2 uker, slik at Anna kan gå hjem to timer tidligere hver dag for å gjennomføre sitt treningsprogram. Dette påvirker Annas, arbeidsleders og arbeidskollegiets omstillingsevne, man har erfart at omstilling/tilrettelegging lyktes. Neste gang noe skjer, har man en god erfaring som virker motiverende.

Individets og arbeidsplassens omstillingsfaktorer er altså særdeles viktig. Men disse faktorer må få sjansen til å utfolde seg. *For* dårlige rammebetingelser, *for* syk eller skadd pasient (smerter) - et arbeid uten muligheter (leiearbeid på brakke med 12 timers dag 200 km hjemmefra) blokkerer mulighetene for omstilling.

Faktorene er altså gjensidig avhengig av hverandre, både i et her-og-nå perspektiv under en bestemt sykdom som nedsetter arbeidsevnen, men også over tid, ved at erfaring og læring kan endre vekten av faktorene i positiv eller negativ retning. Samspillet er komplekst og en enkel evne/krav forståelse, som ikke innebefatter en utvidet forståelse av alt det som ligger i evne og krav, belyser kun toppen av "isfjellet". En tilsvarende oppfatning er kommentert av Ilmarinen i personlig kommunikasjon til Reiso (Reiso 2004*):* "Work ability refers to individual and occupational factors that are essensial to a person's ability to cope in worklife. Work ability is the result of the interaction between individual resources and work." Komponentene er satt opp i modellen som vist i *Figur 1*.

Figur 1 Viktige faktorer i arbeidsrelasjoner (Ilmarinen i Reiso 2004)



I en kommentar til figuren skriver Ilmarinen at "A system of feedback also exists between work ability and its components. A persons resources receive feedback on how he or she manages at work […] Work ability is…a dynamic process that changes its components throughout life."

3.1.4 Hvor kan løsningene finnes?

Nøkkelen ligger i å erkjenne at lege, pasient og arbeidsplass alle er nødvendige aktører både for å finne løsninger, men også for å påvirke pasientens tro på omstilling. Samtidig er både lege og arbeidsplass påvirket av pasientens tro på muligheter, enten det dreier seg om de medisinske eller de arbeidsmessige. Det handler om samspill, kommunikasjon og synergi. Nøkkelen er pasientens opplevelse av muligheter.

Pasientens opplevelse av mulighet for omstilling bestemmer hvordan han formidler rammebetingelser og muligheter; arbeidsplassens hos legen og de medisinske på arbeidsplassen. Dette påvirker legens og arbeidsplassens opplevelse og beskrivelse av pasientens rammebetingelser og muligheter. **Både arbeidsplass og lege påvirker pasientens opplevelse av muligheter.**

To hovedveier finnes til løsninger på nøkkelpunktet

- Øke pasientens opplevelse av omstillingsmuligheter
- Få frem korrekte beskrivelser av rammebetingelser gjennom at riktig forhandling føres på riktig sted, og ved at det sikres en kommunikasjon som hindrer misforståelser og fokuserer på muligheter.

Erkjennelsene[4] gir rom for to hovedforbedringsområder:

- **Bedre veiledning og motivering gir bedre bærere av kommunikasjon**

Situasjonen er ikke statisk. Uansett hvor objektivt en funksjon kan beskrives er forholdene rundt denne funksjonen forskjellig, og endrer seg over tid. Det kan dreie seg om personens motivasjon og arbeidets muligheter. Vi må derfor flytte tyngdepunktet fra vurdering til veiledning. Motivasjon og omstillingsevne lar seg påvirke av dialog og veiledning. Pasientens motivasjon og valg av posisjon i forhandlingene, påvirkes av den dialog han har hatt både hos legen og på arbeidsplassen. Er pasient/ansatt trygg på at det vil bli gitt god tilrettelegging og oppfølging på arbeidsplassen er det større muligheter for at han vil positivt omtale mulighetene på legekontoret. Har legen klart veiledet pasienten på at aktivitet er trygt og tilrådelig, vil det være større muligheter for at han etterspør, eller er positiv til, forslag fra arbeidsleder. Pasientens innstilling vil kunne bli en nøkkel som åpner eller lukker døra til muligheter på arbeidsplassen. Kvaliteten på den veiledning som blir gitt både på legekontor og arbeidsplass blir dermed et nøkkelpunkt.

Den syke eller skadde pasienten vil ofte bruke normalsituasjonens rammebetingelser som referanse, og ser ikke at han kan greier dem. En nyoppstått situasjon må gjennom veiledning redefineres fra at de individuelle rammebetingelser ikke gir mulighet til å greie vanlig arbeid til å gi mulighet for tilpasset aktivitet. Det blir et nytt sett rammebetingelser, en ny referanseramme, som inviterer omstillingen inn. Om arbeidsplassen følger opp, er pasienten kanskje ikke så motvillig lengre. Det handler om å se sine rammebetingelser i et nytt lys, redefinere dem, og selv delta i prosessen.

Å redefinere rammebetingelser på jobb av hensyn til seg selv, krever selvtillit og vilje til å vise seg frem med redusert funksjon og arbeidsevne. Mange synes dette er vanskelig, og tenker at dette ikke er i arbeidsplassens interesse. De ønsker ikke å bli ”et hår i suppa”, være til belastning, eller til hinder for kolleger. Det er bedre å ”gjemme seg vekk” til man kan være ”seg selv” igjen. Noen måter å organisere arbeid på har støttet opp under dette, eksempelvis at linjeleder ikke har anledning til å ta inn vikar med mindre personen er helt borte fra jobb.

[4] Erkjennelsen støtter sterkt det løft IA avtalen har vært. Et arbeidsliv med større rom for tilrettelegging og omstilling, som forplikter seg til å prioritere et slikt arbeid både på system og individnivå, må gjøre noe med den enkelte arbeidstakers opplevelse av omstillingsmuligheter ved sykdom.

- **Bedre verktøy for å ”se over fjellet” gir ny opplevelse av omstillingsmulighet**

Legene opplever at de må trekke konklusjonen om arbeidsførhet også i de tilfeller hvor dialogen med pasient/ansatt om muligheter på jobb kan oppleves å ha vært utilstrekkelig begrunnet. Pasienten har uttrykt at det ikke finnes muligheter for tilrettelegging, og legen har ikke tid eller mulighet for å etterprøve dette. Verktøy vil kunne gjøre det mulig å etterprøve pasientens konklusjon om at det ikke finnes muligheter *før* konklusjonen om sykmelding trekkes. At pasienten må etterprøve sin egen konklusjon kan skape rom for nye muligheter og en ny opplevelse av omstillingsmulighet. Legen trenger på en kvalitetssikret måte et svar på spørsmålet; ”Har du snakket med arbeidsgiveren din om det?”, og i så fall; ”Kan du snakke med arbeidsgiveren din om det først?”

Hva skjer når vi bruker en så kompleks forståelse av sykmelding og arbeidsevne, som de to modellene vi har presentert. Bringer det oss nærmere konkrete løsninger, eller blir kompleksiteten så stor at det bare forstyrrer? Vi mener at forenklinger ofte gir feil løsninger, og at modellene gir viktige implikasjoner for løsninger.
Hva er så de viktigste implikasjoner av disse modellene og betraktningene rundt denne når vi skal tenke løsninger?

- Pasienten eller arbeidstakeren er den sentrale aktør, bindeleddet mellom lege og arbeidsplass, og er den som må omstille seg. De andre aktører kan bare bidra til omstillingen. Verktøyet må øke den sentrale aktørens ansvar for å finne løsninger, men ivareta personvern.

- Arbeidsevne kan bare forstås som et samspill mellom medisinske og arbeidsmessige faktorer. Det derfor må anerkjennes at *både* arbeidsleder og lege har en rolle når de rette tiltak skal finnes. Disse aktørene legger premisser for hverandres rolleutøvelse. Verktøyet må derfor skille mellom medisinske og arbeidsmessige faktorer og vurderinger.

- Løsninger må bygge på et forhandlingsperspektiv, med aktører på to arenaer, legekontor og arbeidsplass. Et verktøy må legge til rette for at den avgjørende forhandlingen om en premiss, eller forståelsen av en rammebetingelse, gjøres på den arena hvor den kan påvirkes. Med andre ord skal den viktigste forhandlingen om medisinske muligheter føres hos legen, mens den viktigste forhandlingen om muligheter på arbeidsplassen føres med arbeidsleder. Disse forhandlinger må bygge på riktige premisser (ved forhandlingen om arbeidsmuligheter – hva er medisinsk sett mulig?), og verktøyet må understøtte at det skjer.

- Omstilling i forhold til endrede medisinske rammebetingelser krever tro på at det er mulig. Veiledning og støtte hos lege og arbeidsleder/kolleger, er avgjørende for pasienten/arbeidstakerens omstillingsevne. Verktøyet må stimulere til god veiledning og samhandling, som fører til en redefinisjon av arbeid i en slik grad at ambivalens overvinnes og omstilling er mulig.

- Verktøyet må gi legen anledning til å fastslå dato for nedsatt arbeidsevne på samme måte som for en sykmelding, men holde vurderingen av sykmeldingstiltak åpen til etter at arbeidsplassdialogen har foregått.

- Verktøyet må være enkelt å bruke for alle aktører, og særlig for legens del, legge vekt på å åpne for muligheter og dialog på arbeidsplassen, mer enn å detaljere funksjon og løsninger. Det er på arbeidsplassen løsningene må finnes, men på riktige medisinske premisser.

- Verktøyet må anerkjenne hvor forskjellig hver situasjon er, og at situasjonen utvikler og forandrer seg over tid. Det må legge til rette for dynamiske løsninger, ikke ”engangsvurderinger” med ”engangsløsninger”.

- Verktøyet må føre til positive erfaringer som blir synliggjort slik at læring og styrking av omstillingsfaktorer kan skje både på individ- og gruppenivå.

- Verktøyet må bidra til en kvalitetssikring av kommunikasjonen, sikre at vurderingene når frem, uendret av bevisste eller ubevisste misforståelser. Dette gjelder fra lege til arbeidsleder, men like viktig fra arbeidsleder til lege.

3.2 ”Manuset og bakteppet”

Hva så med aktørenes manus, sykepengereglene og de verktøy som finnes. Understøtter de godt nok aktivitet og arbeidet med å finne løsninger på arbeidsplassen?

3.2.1 Lovhjemmel og legens ”portnerfunksjon”

Folketrygdlovens § 8-4 definerer hvem som har rett til sykepenger: ”Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger”. (Folketrygdloven). Sykdom og skade må beskrives ved en diagnose. Inngangsporten til sykepenger er dermed en diagnose. Samfunnet forventer gjennom lovverket at legen inntar en sakkyndig rolle i tilknytning til forvaltningen av felles ressurser. Legen bidrar med råd (sykmeldingsblanketten) overfor arbeidsgiver (de første 16 dager) og NAV (etter 16 dager) som tar den formelle beslutningen. Både arbeidsgiver og NAV kan teoretisk sett bestride legens sykmelding, men dette er uvanlig, så i praksis blir legen ”portvokter” ved vurdering av om en person har rett til sykepenger. Det har med noen få unntak vært legene som har vært portvoktere for sykepengene[5].

Pasienten vil forvente at legen opptrer som hans advokat og ser til sine interesser. Legene kan komme i et krysspress, og har vært under kritikk, mest for å være for ”slepphendte”, men også for å være autoritære og restriktive. Det er gjennom forskjellige publikasjoner beskrevet i hvilken grad legen er, eller oppfatter seg å være, portvokter eller pasientens advokat. Lege-pasientforholdet har vært under kontinuerlig utvikling mot en mer likeverdig relasjon hvor nøkkelord er brukermedvirkning, autonomi, respekt og ”empowerment”. Legen som portvokter, den som ”måler og veier” pasientens lidelse, og til de grader legger premissene for om personen skal ha rett til en ytelse, gir en assosiasjon til en tid da legerollen var annerledes. Folk forventer nå å treffe en faglig sterk lege, som er lydhør for deres egen oppfatning av

[5] Viktigste unntak har vært retten til egenmelding som før IA avtalen var inntil 4 perioder på inntil 3 dager hver i løpet av en 12 måneders periode, men som for IA bedrifter ble til fleksibelt uttak av 24 dager i løpet av en 12 måneders periode. Den syke eller skadde ansatte skriver selv en melding, egenmelding, på et skjema som kan være forskjellig utformet fra bedrift til bedrift. Fra 2006 har også kiropraktorer og manuellterapeuter fått begrenset sykmeldingsrett.

virkeligheten. Dette gjelder i høyeste grad arbeidsevnevurderingene. Det er vanskelig å stille pasientens utsagn i tvil, enten det dreier seg om opplevd smerte og funksjonsnedsettelse, eller mulighet på jobben – Som fastlege John Nessa sier det i sin bok (Nessa 2003);

> ”En kan i alle fall ikke sette foten ned uten at en samtidig kommuniserer mellom linjene at en ikke stoler på det pasienten sier om seg selv[6]. Det er en grunnleggende etisk plikt for legen å forsøke å etablere tillit mellom pasient og lege.”

I en slik sammenheng blir uttrykket portvokter er feil. Benevnelsen portner er bedre. Det peker på legens rolle som døråpner, hjelper og veileder, ikke bare en som skal hindre de ”uverdige” å komme ”inn”. Derfor benyttes ordet portner, i stedet for portvokter, i alle publikasjoner og brev utgått fra Allmennlegeforeningen. Portner integrerer både samfunnets behov for portvokter, og individets behov for ”advokat”. Legen som portner må mestre begge roller *samtidig*. Det gode skjønn må utøves på bakgrunn av faglighet, og korrekt informasjon om muligheter i arbeid. Legens hovedoppgave vil uansett være å diagnostisere og å behandle pasientens sykdom eller skade, bidra til at han blir som før, eller i allefall så bra som mulig. Det forutsetter korrekt diagnostikk, og behandling uten unødvendig ventetid. Pasienten får med det en større mulighet til å komme tilbake i vanlig arbeid, og det på et tidligst mulig tidspunkt. Jo friskere pasienten er, dess lettere blir det for ham å omstille seg, eller for bedriften å omstille seg hans behov.

Regler, verktøy og samfunnsendringer har påvirket legens mulighet til å utøve sin portnerrolle både i forhold til sykepenger og aktivitet på jobben. Legerollen har sin vitenskaplige og filosofiske plattform som ligger fast, men endringer i samfunnet og regelverk endrer legens rolleutøvelse (”manus”). Endringstakten kan være stor. Pasienters, arbeidsgiveres og legers holdninger blir påvirket, ikke bare gjennom regleendringer og verktøy, men også av politiske diskusjoner. Derfor er det viktig å kort gjennomgå de viktigste utviklingstrekk i forhold til sykefravær. Det dreier seg om regelendringer og politiske føringer, økonomi og kunnskap om sykefravær.

3.2.2 Et historisk perspektiv

Vår sykepengeordning er om lag 100 år gammel, og det er sterke politiske interesser knyttet til utformingen av den. Det er godt dokumentert at utformingen av sykepengeordninger og graden av sjenerøsitet påvirker nivået på fraværet, og at dermed må ha en innvirkning også på individnivået. Vår sykepengeordning er av de mer sjenerøse i Europa. Fra syttitallet har det skjedd en del viktige endringer i sykepengeordningen og avtaleverk knyttet til denne. Inntil 1974 var det tre karensdager for sykepenger. Dette blir omgjort til en dag, som så blir fjernet i 1978, samtidig med at det blir gitt rett til 6 egenmeldingsperioder. I 1984 blir egenmeldingsordningen strammet inn til 4 perioder a 3 dager (Dyrstad og Ose 2004).

Arbeidslinja

Med ”Attføringsmeldingen” i 1992 (Stortingsmelding nr 39 -1991-92), trekkes det på sett og vis i ”nødbremsen”. Man påpeker det høye fraværet, utstøtingen av yrkeslivet, og manglende bruk av gradert sykmelding. Meldingen peker på ”arbeidslinja” i motsetning til ”trygdelinja” som denne rette veien å gå. Leger er på dette tidspunkt under betydelig kritikk av myndighetene for ikke å skrive nok graderte sykmeldinger. Enkelte påpeker at gradert sykmelding er et vanskelig virkemiddel, eksempelvis i industrien, hvor produksjonen og

[6] eller arbeidsplassen

arbeidsplanleggingen ikke ”passer” med gardering, og starter derfor med utprøving av mer fleksible virkemidler (Olafsson 1994). Etter utvikling, utprøving og evaluering av aktiv sykmelding ved Elkem Bremanger, innføres aktiv sykmelding[7] nasjonalt 01.07.93 gjennom endring i Folketrygdloven. Med aktiv sykmelding inntrer et paradigmeskifte i sykepengeordningen med vekt på funksjon og tilstedeværelse. I årene 92-94 gjennomføres et stort partssamarbeid mellom NHO-LO for å senke fraværet, og gjennom det hindre angrep på sykelønnsordningen. Fraværet viser seg å gå ned til et historisk lavt punkt i 1994 – 1995, for deretter å stige utover siste halvdel av -90 tallet. Nivået av aktive sykmeldinger øker jevnt og trutt mot slutten av -90 tallet og inn i det nye årtusen. Kritiske røster hever seg om manglende dokumentasjon, målstyring, måloppnåelse, og at tiltaket blir misbrukt i økonomisk hensikt av arbeidsgiver (Olafsson 2002 a og b; Scheel et al 2002; Westin 2003).

Funksjonsfokus

Samtidig er det grunnleggende prinsippet bak aktiv sykmelding, vektlegging av funksjon og tilstedeværelse, i økende politisk fokus. Stadig flere ønsker å dreie fokus vekk fra sykdom over til funksjon. ”Kvinnehelseutvalget” – (NOU 1999:13 *Kvinners helse i Norge*) – reiser spørsmål ved sykdomsbegrepet. Utvalget mener at fremfor å vektlegge hvor syk en person er, bør man legge sterkere vekt på hva personen kan gjøre, på tross av sykdom. ”Sandmannutvalget” – (NOU 2000:27 *Sykefravær og uførepensjonering*) – følger opp halvannet år senere, og mener at ved å legge større vekt på funksjon fremfor diagnose, vil det bli lettere å finne frem til riktig tiltak i arbeidslivet. Fokus på funksjon vil bidra til at sykmeldte kommer raskere tilbake i jobb, mener utvalget. Utvalget foreslår også en mer restriktiv sykepengeordning med egenandel både fra arbeidsgiver og pasient på fravær innenfor sykepengeåret. Sykepengeordningen kommer dermed under press. Partene i arbeidslivet, og regjeringen, inngår i oktober 2001 et trepartssamarbeid, som blant annet skal finne en annen måte å redusere fraværet på enn ved restriksjoner i sykepengeordningen. *Intensjonsavtalen* om et mer inkluderende arbeidsliv skal styrke arbeidslinjen i arbeidslivet. Avtalen legger til grunn at arbeidstaker, arbeidsgiver og hjelpeapparat skal legge større vekt på funksjon. Den legger vekt på at det skal være fokus på arbeidsplassen, og at arbeidsgiver og arbeidstaker skal være hovedaktørene. Offentlige myndigheter og leger skal være støttespillere, også kalt bistandsaktører, til den prosessen som skal foregå på arbeidsplassen. Det er på arbeidsplassen at løsningene skal finnes, gjennom god dialog og tidlig oppfølging. Det blir satt konkrete mål for reduksjon av sykefravær, nemlig 20 %, gjennom avtaleperioden. ”Riset bak speilet” er restriksjoner i sykepengeordningen. Bedrifter skal inngå IA avtaler[8] hvor de setter seg egne mål for arbeidet. Til støtte for dette starter man Arbeidslivssenterne som skal rekruttere bedrifter, og bistå dem med avtaleinngåelser og arbeid på systemnivå. Disse blir organisatorisk lagt til trygdeetaten. Det skjer også en omfattende skolering av den øvrige trygdeetaten for at de skal kunne støtte opp under tiltakene i IA avtalen. Det blir lagt sterk vekt på funksjonsvurderingen. Slagordet blir ”Fra diagnose til funksjon!” (Hjort 2004)

Legen i et inkluderende arbeidsliv

I Intensjonsavtalen blir legen direkte omtalt bare i forbindelse med funksjonsvurdering, og sykmeldingsblanketten blir omarbeidet i henhold til legens oppgave med en ”forenklet funksjonsvurdering” som blir tatt i bruk fra mai 2002. Denne omarbeidingen av blanketten fører ikke til bedre premisser for arbeidsplassdialogen, vurderingen blir i liten grad utfylt, og kvaliteten på utfyllingen er dårlig. Mange leger uttrykker frustrasjon over verktøyet. Meningene blant leger er samstemte på at tekstfelt og avkryssingsalternativer ikke passer med ”hverdagen”, og at man derfor ikke greier å bruke verktøyet. Dessverre blir dette tolket av

[7] En mer sjenerøs variant enn ved forsøkene ved Elkem Bremanger hvor det var en tidsgrense på 4 uker.
[8] Den første lokale avtalen ble inngått 21.januar 2002.

mange som legers manglende vilje til å gjøre funksjonsvurderinger, og legen fremstår i manges øyne som en bremsekloss i arbeidet med å bringe fokus på funksjon og løsninger.

Evalueringen av IA avtalen før jul i 2003, viser at fraværet ikke har gått ned, heller ikke for bedrifter med IA avtale sett under ett[9]. Evalueringen etterlyser en tydeligere lege- rolle i IA-arbeidet. Mange bedrifter etterlyser på dette tidspunktet, i forskjellige fora, en bedre dialog med -, og støtte fra legene, oftest som en bønn om å fylle ut "den forenklede funksjonsvurderingen". Ved en dypere diskusjon rundt hva man trenger fra legene, blir bildet mer nyansert. Man etterlyser legens bidrag til å motivere den ansatte til aktivitet, gi klarsignal til aktivitet[10], til raskest mulig å avklare medisinsk-, utrednings- og behandlingsmessig forløp, til avklaring av prognose, til å avslutte et arbeidsforhold, og overføre pasienten til yrkesrettet attføring på et riktig tidspunkt. Verktøy som kan gi bedre stimulering av aktivitet enn sykmeldingsblanketten, blir også etterlyst. Fra legehold blir det etterlyst endringer i skjematur som kan gi legen en *virkelig* mulighet til å bidra med innspill til aktivitet (Olafsson 2004a og 2004b).

Etter evalueringen av IA avtalen frem til 2003, og partenes erklæring av 03.12.03 om videreføring, formuleres videreføringen av IA arbeidet i Ot.prp. 48. Blant annet blir det foreslått endringer i sykepengereglene, som i enda sterkere grad synliggjør den enkeltes og arbeidsplassens ansvar for å komme frem til løsninger. Det blir innført et aktivitetskrav[11] innen 8 uker, som medfører stopp i sykepenger om det ikke finnes medisinske grunner for å fravike det. Disse endringer i folketrygdloven blir gjort gjeldende fra 01.07.04 - Ot.prp.nr. 48 (2003-2004). Det blir utarbeidet en ny sykmeldingsblankett, som i henhold til økt fokus på aktivitet får nytt navn; "Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom"[12]. Denne innføres fra juli 2004. For å få til disse endringene må legens rolle "oppgraderes".

Ny giv for legen i et inkluderende arbeidsliv

Tidlig i 2004 blir det derfor nedsatt en arbeidsgruppe mellom myndighetene, ved Rikstrygdeverket, og legeforeningen, som utarbeider forslag til et fagutviklingsprogram for leger i IA- arbeid. Dette blir kalt "Legen i det inkluderende arbeidsliv". Forarbeidene skjer våren 2004, gjennomføringen høsten 2004 og våren 2005. Fagutviklingsprogrammet vil rette opp det faktum at andre programmer i liten grad har fokusert på legen som en positiv bidragsyter i arbeidet med å nå intensjonsavtalens mål. Fagutviklingsprogrammet – "Legen i det inkluderende arbeidsliv" tar utgangspunkt i legens viktige rolle i forhold til den enkelte, og dermed i arbeidet med å nå intensjonsavtalens mål. Programmet legger til rette for å øke legers forståelse for sin rolle, og å utvikle denne videre i et samspill med andre aktører. Arbeidsgruppen formulerer det slik i sitt notat om programmet (Arbeidsgruppen 2004):

> "Fagutvikling handler om fagets anvendelse og å se faget i en sammenheng.
> I vårt program er sammenhengen mennesker der det finnes et gap mellom forutsetninger og arbeidsplassens krav. Sett i denne sammenheng legens forståelse av sin rolleutøvelse og bruk av "verktøy", ved:
> - Vurdering

[9] Det fantes gode bedriftseksempler på systematisk IA arbeid som gav fraværreduksjon, men effektene ble borte i den nasjonale statistikken.
[10] Melde klart at aktivitet ikke er kontraindisert
[11] Aktivitet, først og fremst gjennom gradert sykmelding, men arbeidsrelatert aktivitet omfatter også aktiv sykmelding, yrkesrettet attføring og reisetilskudd. Bruken av aktiv sykmelding strammes inn gjennom tidsbegrensing, krav til målstyring og begrensing av hvilke arbeidsoppgaver man kan gjøre.
[12] På grunn av det lange navnet vil vi i fortsettelsen omtale den som "sykmeldingsblanketten".

- Veiledning
- Samhandling og tverrfaglighet med aktører

Med forståelse gjennom analyse og refleksjon, dannes grunnlaget for ønskede forbedringer på alle tre sentrale punkt. Fagutvikling forutsetter fagutdanning (kunnskaps- og ferdighetsevne), men fagutdanning kan ikke erstatte fagutvikling. Programmet bygger derfor hovedsakelig på prinsipper som fremmer legers analyse og refleksjon gjennom dialog:

- med andre leger,
- med andre bistandstandsaktører i det tverrfaglige felt legen virker og
- med hovedaktørene (sykmeldt og arbeidsgiver).

Kunnskapsøkning skal i tillegg tilbys på alle de tre sentrale punkt; vurdering, veiledning og samhandling, for å understøtte fagutviklingsprosessen."

Fagutviklingsprogrammet når om lag 1 900 leger i allmennpraksis. Budskapet fra myndighetene er positivt (Trygdeetaten 2004).:

> "Legen er den viktigste medisinske premissleverandør for offentlige myndigheter og arbeidsplassen - og har således en stor betydning for problemstillinger i tilknytning til sykefravær. Legens medisinske vurderinger er nødvendig for å fatte riktige vedtak, men også for å planlegge og revidere tiltak på arbeidsplassen."

Fagutviklingsprogrammet blir fulgt av forskningsinstitusjonen Fafo. Programmet blir evaluert positivt i rapporten "Med legene på laget – Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv" (Moland 2005).

3.3 Sykefravær- kunnskap om faktorer som påvirker fraværet

Det ligger utenfor denne rapportens mål å gi en gjennomgang av sykefraværsforskningen og kunnskapsgrunnlaget. Det finnes gode gjennomganger av dette (se for eksempel Dyrstad og Ose 2004). Det finnes et stort kunnskapsgrunnlag om hvilke pasientfaktorer som påvirker sykefraværet (kjønn, alder, diagnose, geografisk tilhørighet etc). Kort oppsummert vet vi at kvinner har et høyere sykefravær enn menn. De blir oftere gradert sykmeldt. Økende alder øker fraværslengden, men senker hyppigheten. Muskel- skjelett og psykiske diagnoser er de hyppigste ved sykmelding.

Man vet også noe om legefaktorer (kjønn, alder, spesialitet, listelengde etc) særlig etter RTVs undersøkelse om legers sykmeldingspraksis fra 2005 (Søren Brage et al 2006). Det er også gjort omfattende forskning på arbeidsplassens betydning. Både fysiske og psykososiale faktorer er vist å ha betydning for sykefravær. Tungt arbeid, støy, risiko for skader og ergonomisk ensidighet, er vist å sammenheng med fravær. Nøkkelord for fraværsdrivende psykososiale faktorer er, manglende kontroll på egne oppgaver kombinert med høye krav, hvor mye sosial støtte den enkelte har, lav beslutningsmyndighet og lav jobbtilfredsstillelse. I hvor stor grad man opplever seg å være uerstattelig på jobb, betyr også mye.

Det er også vist at faktorer på makroplanet, som sysselsettingen, har stor betydning for sykefraværet. Det finnes to hypoteser om sammenhengen mellom sysselsetting og sykefravær, disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. Disiplineringshypotesen sier at i et stramt arbeidsmarked så vil folk holde seg i arbeid i frykt for å miste sitt arbeid eller få vansker med å finne et nytt. Sammensetningshypotesen sier at i perioder med mangel på

arbeidskraft vil marginale arbeidstakere med større fraværsrisiko komme inn i arbeidsmarkedet, og dermed trekke fraværet opp.

Det finnes mindre kunnskap om hvordan samspillet mellom pasient, lege og arbeidsplass påvirker sykefravær. Sykelønnsordningens regelverk, og forskjellige verktøy som blanketter og veiledninger, påvirker samhandlingen i sterk grad. Det er dokumentert en sammenheng mellom utformingen av sykelønnsordningen og fraværets nivå. Hovedregelen er at jo mer sjenerøs sykelønnsordningen er, dess høyere er fraværet. Sykelønnsordningens økonomiske incentiver blir fremhevet av noen som viktigst for fraværsnivået. (Storsletten 2006)

Harald Reiso har i et doktorgradsarbeid fra 2004 (Reiso 2004) blant annet sett på samsvaret mellom pasientens og legens vurdering av arbeidsevne og hvordan dette predikerte utfallet av sykmelding. Han finner at de sykmeldte og legene i stor grad var enige i sine vurderinger av arbeidsevne, mest ved starten av sykmeldinger. Arbeidsevne ble vurdert som svært mye eller mye nedsatt i 2/3 av tilfellene, og som middels nedsatt i 1/3. Legenes vurderinger ble gjenspeilet i sykmeldingsprosenten. De sykmeldte vurderte sin arbeidsevne som mer redusert jo mer stressende eller fysisk anstrengende deres jobber var. Legen hadde en tendens til å vurdere arbeidsevnen mer nedsatt enn pasienten ved depresjoner, og motsatt ved rygglidelser. Ved forlengelse av sykmeldinger forutsier de sykmeldtes egenvurderte arbeidsevne varigheten.

Vi oppfatter det slik at sykefravær må forstås som resultat av et komplekst samspill av faktorer fra makro- til individplanet. Dette gir store utfordringer i forhold til å måle effekter av aksjon. Dette komplekse samspill av faktorer har gjort det vanskelig å vise varige statistiske effekter på sykefravær etter intervensjon på enkeltfaktorer. Ved intervensjon kan man ha kontroll over enkeltfaktorer mens de andre lever sitt eget liv. Derfor må forsøk med ambisjon om å dokumentere effekt foregå med en kontrollgruppe.

3.4 Økonomi og sykefraværsutvikling

På tidspunktet for de første diskusjoner om Gult kort i 2002, brukte Norge 1/3 av sitt brutto nasjonalprodukt på trygdeytelser (191 av 580 milliarder kroner). Staten ved RTV betalte 13,5 sykepengedager pr ansatt i norsk arbeidsliv (i 1980 – 8,4 dager). I kroner utgjorde dette 26 milliarder. Dette kom i tillegg til arbeidsgivers utbetalinger i arbeidsgiverperioden. 10,2 % av befolkning i arbeidsfør alder (16-67) hadde uførepensjon mot 6,1 % i 1980. Dette utgjorde 36 milliarder kroner (Reiso 2004). Sykefraværet hadde steget jevnt og trutt fra 1994 til 2002. Med andre ord var det en rekke negative utviklingstrekk vedrørende befolkningens arbeidsevne, bedømt fra sykmeldingsstatistikken, som lå i bakteppet for diskusjonene om utprøving av Gult kort.

3.5 Arena for utprøving

Fagmiljøet i Florø har vært særlig opptatt av arbeidsliv og sykefravær/arbeidsevne. Fagfolk i Legegruppa SMS, Ytre Sunnfjord Bedriftshelsetjeneste AS, Fysioterapigruppa SMS og Flora Trygdekontor, som alle holder til i SMS, hadde gjennom årene vært involvert i prosjekter og utviklingsarbeid på disse felt. Ideen om Gult kort ble først spilt inn i 2001 av Kjartan Olafsson som arbeider som fastlege ved Legegruppa i Sunnfjord Medisinske Senter[13]. Det var derfor en plattform i SMS for utviklingsarbeid rundt grensesnittet mellom arbeidsplass og lege.

[13] Fra begynnelsen av 1990 tallet hadde Olafsson arbeidet med prosjekter og utviklingsarbeid knyttet til sykefravær og spesielt aktiv sykmelding. Aktiv sykmelding, som han hadde ideen til, ble utformet, utprøvet og evaluert av ham og medarbeidere ved Elkem AS Bremanger i 1991-1992 (Olafsson 1994).

3.5.1 Sunnfjord Medisinske Senter

Sunnfjord Medisinske Senter ble åpnet februar 2001. Senteret er et bofellesskap mellom forskjellige selvstendige enheter innefor helseområdet i Flora kommune. Senteret inneholder;

- Legegruppa SMS (alle allmennleger i Flora)
- Flora trygdekontor
- Ytre Sunnfjord Bedriftshelsetjeneste
- Øyenlegekontor
- Flora Apotek
- Synsenteret
- Flora helsestasjon
- Fysioterapigruppa SMS (alle private fysioterapeuter i Flora)
- Fysio – ergoterapiavdelingen til Flora kommune
- Deloitte (eneste som ikke er relatert til helse)

Utviklingen av Sunnfjord Medisinske Senter skjedde ved hjelp av medvirkningsorienterte

prosesser som har dannet grunnlaget for tverrfaglighet og samhandling i bygget. Disse prosesser omfattet utvikling av en bestilling til byggherre og arkitekt, utvikling av felles rutiner i deler av drift og fagutvikling. Denne samhandlings og medvirkningstanke har blant annet lagt grunnen for en strukturert fagutviklingsprosess organisert på tvers av de enheter som er i bygget. De forskjellige enheter har fokusert på tema og områder de har samhandling om i forhold til andre enheter. ”Fokusprosjekt” av forskjellige omfang er utført. Felles for alle er at de har søkt løsninger ”på tvers” (se Olafsson 2004c). Dette la grunnlaget for samarbeid både rundt enkeltklienter, men også i forhold til forskning og utvikling.

3.5.2 ”Felles arbeid felles mål”

Det utviklingsprosjektet som hadde størst betydning i forhold til å berede grunnen for ”Gult kort”, var prosjektet ”Felles arbeid felles mål” (Olafsson 2004a). Dette tok utgangspunkt i Ytre Sunnfjord Bedriftshelsetjeneste AS og Flora trygdekontor sine behov for å endre sine tjenestetilbud i takt med samfunnets og klientenes behov (her representert ved tre bedrifter av forskjellig størrelse i Flora kommune, stor: Kleven Florø AS, Mellomstor: BB Service System, Liten: Hotell Quality Florø). Prosjektet la grunnlag for en ny forståelse av sykefravær basert på kundens behov. Denne forståelsen gav innspill til endring i de enkelte bedriftene, men også i forhold til bedriftshelsetjenestens og trygdekontorets arbeidsmåter. En av de viktige utfordringer som ble definert, var behovet for et tettere og bedre inngrep med behandlende lege, gjennom utvikling av nye metoder og arenaer for samspill/samhandling med legen. Dette ble sett på som nødvendig for at bedriftenes arbeidsplassdialog skulle føre frem i de enkelte sykmeldingstilfeller. Flora trygdekontor og YSB AS innrettet sine systemer

blant annet i forhold til dette,[14] og definerte som en av sine hovedoppgaver å ”rydde” i saker etter eget initiativ, eller på ”oppdrag” fra klient, lege eller arbeidsplass. I ”Fjell-modellen” sin metafor, ved å være et ”speil på fjellet”. Det ble etablert møtestrukturer og utviklet metoder for å kunne møtes på en rask og effektiv måte i enkeltsaker, på legens kontor, ved at trygdekontoret fikk tilgang til legens timebok på bestemte tidspunkt. Bedrifter kunne be om plass til møte via trygdekontoret. Deltakerne etterlyste bedre verktøy for kommunikasjon og aktivisering, noe disse sitatene viser:

> *Vi trenger å komme i tidlig dialog med legen.* (Leder)
>
> *Vi trenger hjelp til å få avklaring og rydde i saker.* (Leder)

Forskjellige behov og verktøy ble drøftet. Ideen om Gult kort ble møtt med entusiasme fra bedriftsdeltakerne.

3.5.3 IA arbeid i SMS og Flora

I SMS ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å kartlegge hvilke utviklingsprosjekt som var aktuelle i en IA sammenheng. Denne gruppa søkte i 2002 Trygdeetatens forsøksvirksomhet om midler til å utrede flere prosjekt videre, blant annet ”Gult kort”, men fikk avslag. RTV ville orientere seg nærmere om ideene, og i 2003 kom en delegasjon fra RTV, ledet av Nanna Stender til SMS. Dette førte til en anbefaling fra RTV om å fokusere på Gult kort. Etter en tids betenkning ble det ble etablert et samarbeid med Vestlandsforsking om en prosjektsøknad. Det videre arbeid er beskrevet i kapittel 4 Gjennomføring.

I forhold til Gult kort har de primære samarbeidspartnere innenfor SMS har vært Legegruppa SMS og Flora trygdekontor. Disse omtales derfor nærmere. En viktig bakgrunn for dette samarbeidet har vært et tillitsfullt, langvarig og godt samarbeid i hverdagen. En viktig årsak til det har vært trygdesjef Anne Berit Fristad, som i hele sin virkeperiode har definert legene som ressurser og de viktigste samarbeidspartnere ved sykefravær. Det er lettere å få til samarbeid og utvikling i et klima av tillit og positivitet, enn i et klima av mistro og negative holdninger.

Det hadde vært gjort meget godt IA arbeid av trygdeetaten og virksomhetene i Flora kommune. Både Flora trygdekontor og Arbeidslivssenteret hadde vært svært aktive i forhold til bedriftene. Kommunen hadde en høyere andel av arbeidstakere ansatt i IA bedrifter enn resten av fylket.

3.5.4 Flora trygdekontor – nå NAV Flora trygd

På planleggingstidspunktet ble Flora trygdekontor beskrevet i en tekst forfattet av trygdekontoret (Olafsson 2004a). Her heter det at

> ”Flora trygdekontor er et av 26 trygdekontor i Sogn og Fjordane, og er ut fra folketall det største kontoret i Sogn og Fjordane. I tillegg til ansvar for tjenester til kommunens egne innbyggere er Flora trygdekontor sentralkontor og regionkontor på flere av folketrygdens stønadsområder. Kontoret har 12,5 stillinger, og er organisert i to grupper, en helsegruppe og en gruppe for frontservice og livsløpsytelser. I helsegruppen er det 7 personer som har hovedansvar for arbeidet med sykefravær,

[14] Flora trygdekontor videreutviklet sin bedriftsorganisering

rehabilitering, attføring, tidsavgrenset uførestønad og uførepensjon. Kontoret blir ledet av Anne Berit Fristad. I gjennom mange år har Flora trygdekontor samarbeidet med legesenter, Aetat, sosialetat og bedriftshelsetjenesten for å gi et målrettet tilbud til sykmeldte og den enkelte bedrift. Med trygdeetatens arbeidslivssenter etablert på Leikanger vil trygdekontoret i samarbeid med involverte parter i SMS samordne tilbudet lokalt med kontaktpersonene der. Ambisjonen er en brukerorientert og helhetlig førstelinje. Trygdekontorets ambisjoner er i tillegg til fokus rundt dialogen på arbeidsplassen å være en del av omstillingen ved å utvikle ny oppgavefordeling, nye arbeidsmåter og krav til helhetlige tjenester for å dekke brukernes behov".

3.5.5 Legegruppa SMS

Legegruppa SMS er en sammenslutning av alle fastleger og dermed alle allmennleger i Flora kommune. Kontoret telte 9 faste leger og 1 turnuskandidat. En majoritet av legene er spesialister i allmennmedisin. Legene er selvstendig næringsdrivende leger i driftsfelleskap, med Jan Helge Dale som daglig leder av driftsfellesskapet. Legene har lister rundt 1200 pasienter eller lavere. Senteret har drevet et omfattende arbeid for å bedre kvaliteten på flere felt. Legene i Legegruppa SMS dekker vakt og all øyeblikkelig hjelp funksjoner i Flora kommune (Sunnfjord Medisinske Senter, hjemmeside).

3.5.6 Flora kommune

Flora kommune er beskrevet slik på kommunens webside:

> "Flora kommune ligg heilt ute ved kysten av Sogn og Fjordane fylke. Det er den mest folkerike kommunen i fylket med omlag 11 300 innbyggjarar. Kommunen strekkjer seg frå Ålfotbreen i aust til havet i vest. Her finn du ein skjergard med eit mylder av små og store øyer og eit innland med brusande elvar, vakre fjelltoppar og stille vatn. Kommunen er eit eldorado for naturopplevingar, båtliv, jakt og fiske. I kommunen ligg og Noreg sin vestlegaste by - Florø. Byen vart etablert i 1860 og bygd opp på "havet sitt sølv", silda, som ein finn igjen byvåpenet. Byen framstår i dag som ein kombinasjon av ein sjarmerande småbyidyll og eit pulserande næringsliv i utvikling. Kommunen er fleire gonger kåra til den trivelegaste bykommunen i landet - og fekk utdelt Miljøbyprisen i 1998. Næringslivet i kommunen er eksportretta og hovednæringane er fiskeindustri, skipsbygging, forsyningsbase oljeindustri og servicenæring. Innbyggjarane i kommunen skapar verdiar som ligg fleire gonger over landsgjennomsnittet. "

3.5.7 Arbeidsliv og sysselsetting i Flora

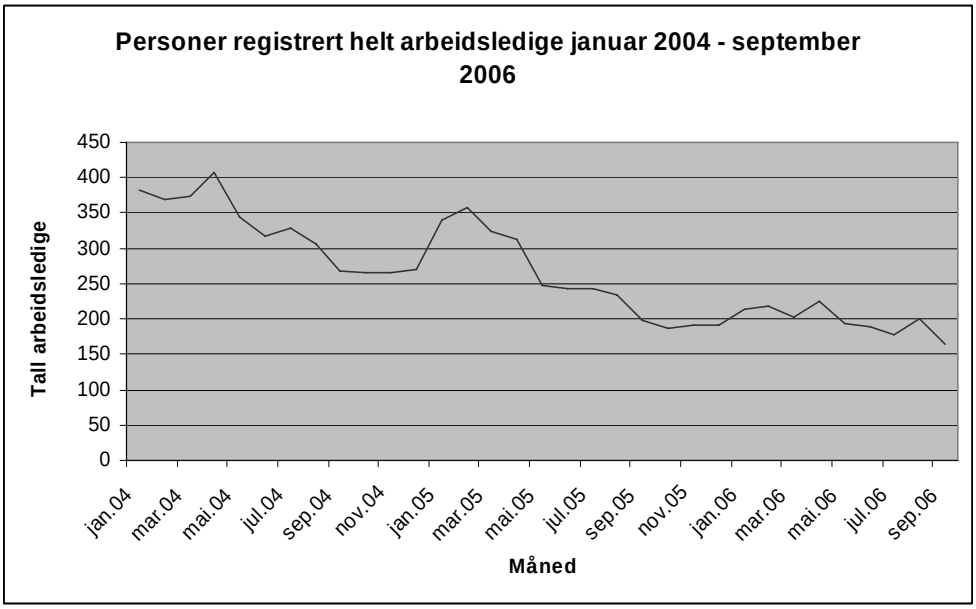
De som arbeider i virksomheter i Flora kommune er beskrevet i statistikk fra NAV arbeid 2005. Vi ser at det er 5306 sysselsatte i Flora. De fleste innefor industri, med helse og sosialtjenester på andreplass:

Tabell 1 Sysselsatte personer etter arbeidssted i Flora pr. 2005

Næring	Absolutte tall	Prosent
Jordbruk, skogbruk og fiske	296	5,6
Industri, bergverk, olje- og gassutvinning.	818	15,4
Kraft- og vannforsyning	48	0,9
Bygge- og anleggsvirksomhet	360	6,8
Varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet	713	13,4
Transport og kommunikasjon	566	10,7
Finansiell tjenesteyting	59	1,1
Forretningsmessig tjenesteyting, eiendomsdrift	478	9
Off.adm. og forsvar, sosialforsikr.	324	6,1
Undervisning	398	7,5
Helse- og sosialtjenester	927	17,5
Andre sosiale og personlige tjenester	292	5,5
Uoppgitt	27	0,5
I alt, alle næringer	5306	100

Det har vært store svingninger i arbeidsmarkedet i Flora i årene 2002-2005. Flere viktige bedrifter hadde møtt problemer, statsetater hadde nedbemannet eller lagt ned, sykehuset var nedleggingstruet og ble omorganisert til nærsykehus. I 2005 kom optimismen tilbake, skipsverftet kom skikkelig i gang igjen, og nye virksomheter ble etablert. Tallet på arbeidsledige falt det siste året i prosjektperioden.

Figur 2 Arbeidsledighet i Flora



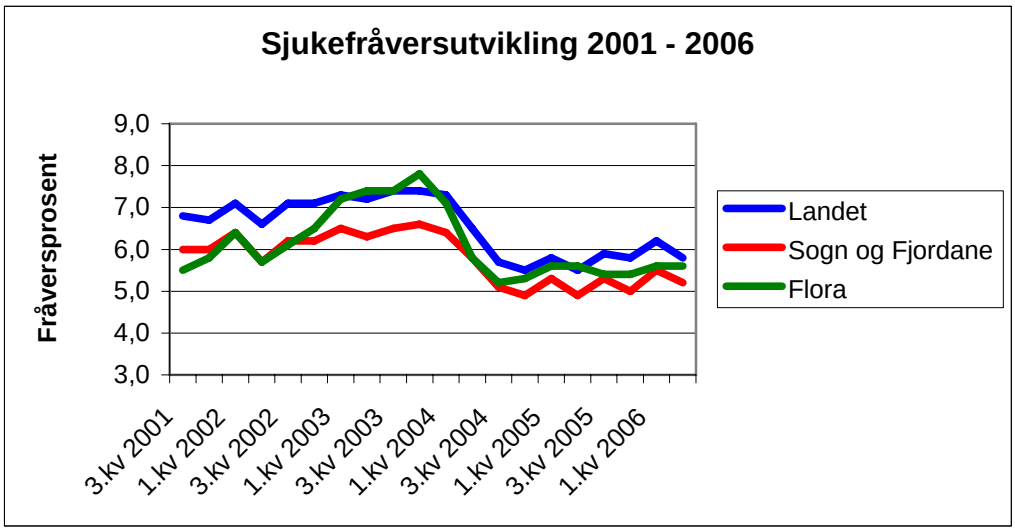
(Kilde: SSB)

3.5.8 Sykefravær i Flora

Med unntak for en stigning i "kriseårene" i arbeidslivet i Flora har sykefraværet fulgt det generelle mønsteret for fylket og landet for øvrig. Vi ser at Flora har en "topp" i sitt fravær i

perioden før prosjektstart. Flora ligger lavere enn landsgjennomsnittet, men stort sett hele tiden litt høyere i sykefravær enn gjennomsnittet i fylket, trolig på grunn av en større andel av sysselsatte innenfor industrien.

Figur 3 Sykefraværsutviklingen i Flora, perioden 2001-2005



3.6 Manus og bakteppes betydning for verktøyet og utprøvingen

- Det fantes økonomiske, politiske og faglige føringer på nasjonalt og lokalt nivå, som understøttet utprøving av verktøy som gjorde legen i stand til på en bedre måte å bistå arbeidstaker og arbeidsgiver i å finne løsninger på arbeidsplassen.

- Fra sykefraværsforskningen visste man at sammenhengene rundt fravær er så komplekse at effekter av et tiltak måtte evalueres med en kontrollgruppe.

- For å få kunne gjennomføre en intervensjon måtte den gjøres et sted hvor studieleger var tilgjengelig for instruksjon og oppfølging på en ensartet måte. Legegruppa SMS og det tverrfaglige miljøet ved SMS dannet et slikt miljø. Studiepopulasjon og arbeidsliv fulgte samme gode avgrensing.

4. Gjennomføringen av prosjektet

Som vi har sett av presentasjonen så langt er Gult kort *ikke* en sykmelding eller et tiltak i tradisjonell forstand. Ordningen kan bedre karakteriseres som et hjelpemiddel eller et strukturert kommunikasjonsverktøy til bruk for partene i en sykefraværssituasjon. Vi skal nå gi en kort beskrivelse av hvordan Gult kort *prosjektet* ble organisert og gjennomført. Her vil vi først fokusere på organiseringen av prosjektet, og gjøre rede for aktørene i både prosjekt- og styringsgruppe. Deretter skildres Gult kort sine fire gjennomføringsfaser, som også harmonerer med prosjektbeskrivelsens arbeidspakker. Avslutningsvis i kapitlet beskrives prosessen rundt etableringen av Gult kort, både med tanke på lokale forhold og strukturelle endringer, blant annet endringer i folketrygdloven og nye regler for sykemelding.

4.1 Organisering

Formelt startet Gult kort prosjektet 8. oktober 2003. Da ble det sendt en prosjektsøknad fra prosjektansvarlig fylkestrygdedirektør Tore Thorsnes, Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane for Flora trygdekontor, til trygdeetatens forsøksvirksomhet - nå FARVE (forsøksvirksomheten til arbeids- og velferdsetaten). Prosjektsøknaden ble utarbeidet av prosjektgruppa for Gult kort i samarbeid med Vestlandsforsking.

Prosjektet ble organisert med en prosjektgruppe som bestod av,

- Trygdesjef Anne Berit Fristad, Flora trygdekontor (prosjektleder)
- Spesialist i allmennmedisin Kjartan Olafsson, Legegruppa-SMS (faglig ansvarlig),
- Forskningsleder Karl G. Høyer, Vestlandsforsking (vitenskaplig veileder). Senere Thor Andre Fløtre som igjen ble erstattet av Hogne Lerøy Sataøen.
- Rådgiver Venke Eikeseth Olafsson, Flora trygdekontor (prosjektsekretær i 50 % engasjement)

Videre ble det etablert en styringsgruppe med representasjon fra partene i utprøvingen, arbeidslivet og myndighetene. Tabell 2 viser sammensettingen av styringsgruppa for Gult kort.

Tabell 2 Styringsgruppa Gult kort

Navn	Institusjon/ bedrift	Stilling/ arbeidsoppgaver
Kjartan Olafsson	Legegruppa – SMS	Lege, faglig ansvarlig
Anne Berit Fristad	Flora trygdekontor	Trygdesjef, prosjektleder
Karl G. Høyer	Vestlandsforsking	Forskningsleder, vitenskaplig veileder
Knut Steinar Eitungjerde	Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane	Underdirektør, styremedlem
Terje Svalheim	Trygdeetatens arbeidslivssenter	Kontaktperson, styremedlem
Karin Halle	NHO Sogn og Fjordane	Regiondirektør, styremedlem
Linda Kristin Rye	LO Sogn og Fjordane	Ungdomssekretær, styremedlem

Jan Helge Dale	Legegruppa – SMS	Kommuneoverlege, styremedlem
Venke Eikeseth Olafsson	Flora trygdekontor	Sykepleier, prosjektsekretær

Gjennom prosjektets gang har det skjedd endringer i styringsgruppa. I styringsgruppa, ved prosjektets avslutning, har Hogne Lerøy Sataøen representert Vestlandsforsking, Arvid Langeland LO og Tore Thorsnes fylkesleddet av NAV.

Prosjektgruppa har også hatt til rådighet en referansegruppe av utvalgte bedriftsrepresentanter og en av utvalgte leger til konsultasjoner ved behov.

4.2 Faser i prosjektets gjennomføring

De forskjellige fasene i gjennomføringen er beskrevet i prosjektbeskrivelsen som fulgte søknaden, og vi gir her en kort beskrivelse av hva som skjedde i de forskjellige fasene.

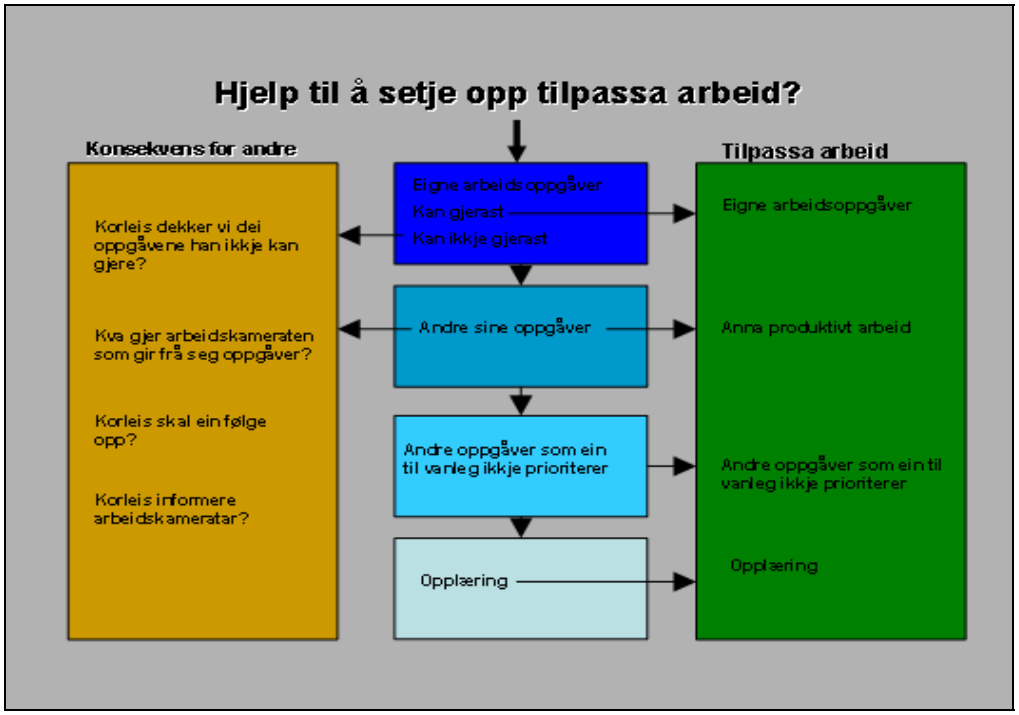
4.2.1 Arbeidspakke 1 - Forberedelser (01.04.04 – 01.05.04)

- Konstituering av styringsgruppa til Gult kort prosjektet.
- Arbeid for å sikre felles motivasjon og eierskap i Flora trygdekontor og Legegruppa SMS. Prosjektgruppa arrangerte derfor et dialogseminar den 24.03.04 mellom Legegruppa SMS og Flora trygdekontor. Her ble Gult kort drøftet i en bred kontekst av samhandling og fagutvikling. Det ble nedsatt arbeidsgrupper for Gult kort og andre samarbeidsområder.
- Utforming av skjema for Gult kort i samarbeid med referansegruppa av leger og bedrifter (se vedlegg 1).
- Skjema layout og trykking.
- Modul for elektronisk utfylling i journaldatabasen ”Win-Med” i samarbeid med arbeidsgruppe for Gult kort og programvareleverandør.

4.2.2 Arbeidspakke 2 - Etablering av rutiner for oppfølging (01.05.04 – 01.09.04)

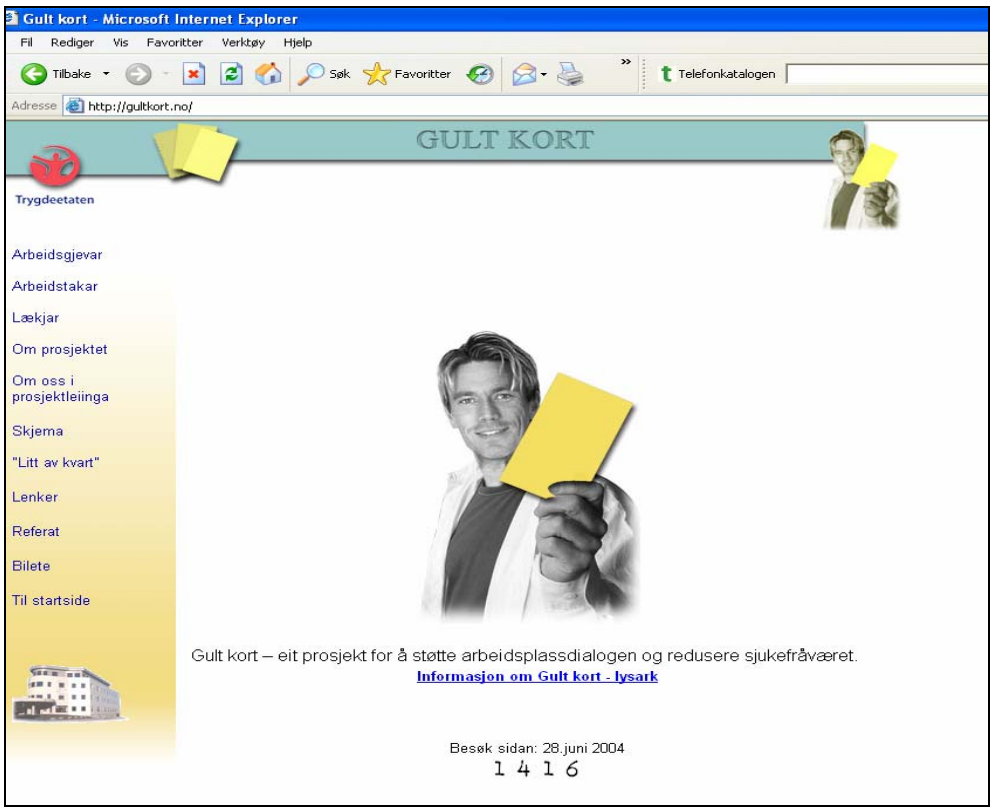
- Utarbeiding av veiledninger og informasjonsmateriell om Gult kort til pasient, lege og arbeidsgiver (se vedlegg 5).
- Til legen ble det laget musematte med kriterier for inklusjon og eksklusjon samt laminert hurtiguide for de forskjellige forløp. Det ble utarbeidet kasuistikker av forskjellige forløp som viste hvordan systematikken var tenkt å håndtere disse (se vedlegg 5).
- Til arbeidstaker og arbeidsgiver ble det utarbeidet hjelpemidler til dialog og en algoritme til bruk når arbeidsoppgaver skulle settes sammen. Se *Figur 4* og vedlegg 5.

Figur 4 Algoritme til bruk for arbeidstaker og arbeidsgiver



Videre ble det gjennomført informasjonsmøter med representanter fra virksomheter, både private og kommunale. Det ble også utarbeidet en hjemmeside for Gult kort (www.gultkort.no). Her ble instruksjoner og informasjon lagt ut. *Figur 5* viser velkomstsiden.

Figur 5 Hjemmeside, Gult kort



(Kilde: www.gultkort.no)

4.2.3 Arbeidspakke 3 – Gjennomføring av utprøving og oppfølgende kvantitative analyser (01.09.04- 31.12.05)

- Arbeid med verktøy for å tallfeste inngangspopulasjonen.
- Prosjektgruppa kom til at man måtte utvide arbeidspakke 3 i forhold til hva som var planlagt ved å gjøre strukturerte intervju med personer på "Gult kort". Guiden finnes i vedlegg 4. Intervjuene startet februar 2005.
- Utarbeiding av registreringsverktøy for kvantitative data fra skjema, intervju og sykmeldinger til senere databehandling.
- Oppfølging av Legegruppa i form av lunsjmøter med 2-3 måneders mellomrom, styrt etter behov.
- Oppfølging og informasjon til nye leger.

4.2.4 Arbeidspakke 4 – Gjennomføring av utprøving og oppfølgende kvalitative analyser (01.01.05- 15.11.06)

- Arbeid med case studieprotokoll (se vedlegg 2).
- Utvalg av case (se kapittel 5.3).
- Gjennomføring av caseintervju fra januar 2006.
- Gjennomføring av gruppeintervju med legene.
- Databearbeiding.
- Rapportering.

4.2 Prosessen

4.2.1 Lokale forhold

Det ble investert mye i prosesser, både i forhold til Legegruppa og trygdekontoret, og i forhold til arbeidstakere og arbeidsgivere i virksomheter i Flora. Disse investeringene var viktige fordi de ga verdifulle innspill til både skjema og rutiner, men også fordi det i noen grad skapte engasjement og ga rom for å bearbeide motstand.

Det ville være umulig å nå alle arbeidstakere og arbeidsgivere. Det ble heller ikke forsøkt på det. De som møtte gjorde det etter en åpen invitasjon. Ingen annen generell informasjon ble gitt, ut over at lokalavisen Firdaposten hadde en bred omtale av prosjektet før oppstart. Skjematuren ble ansett som selvinstruerende med sine ledetekster, og sin generelle tekst om prosjektet og hensikten med det (se vedlegg 1).

4.2.2 Endringer på samfunnsnivå

Verktøyet "Gult kort" var ferdig utviklet før endringsforslagene i Ot.prp. 48 (2003-2004) var kjent (lov om endringer i folketrygdloven -nye regler om sykmelding mv.). Blant annet var skjematur ferdig utformet og trykket før man kjente den nye "sykmeldingsblanketten". Endringene; plikten til aktivitet, endringer i lovverk og verktøy, samt legens rolle i å stimulere til aktivitet, kan alle sies å være momenter som harmonerte med Gult kort filosofien. I prosjektgruppa for Gult kort var det stor spenning knyttet til om man hadde integrert et nytt felt i den nye sykmeldingsblanketten, hvor legen kunne "snu" pasienten tilbake til arbeidsplassen for å diskutere tilrettelegging uten sykmelding. I så fall ville grunnlaget for

prosjektet ha falt bort. Det skjedde ikke. Endringene hadde imidlertid en stor betydning for prosjektet på den måten at både legene, intervensjons- og kontrollpopulasjonen arbeidet i et annet klima, med et annet regelsett rundt seg. Særlig i forhold til kontrollpopulasjonen var endringene påtakelige fordi disse ble utsatt for et annet verktøy (den nye sykmeldingsblanketten) enn det som var planlagt. Blanketten hadde flere muligheter for aktiviseringsinnspill, og synliggjorde plikten til aktivitet. Gult kort var imidlertid et tiltak knyttet primært til de første 16 dager, mens aktivitetsplikten i det nye lovverket ble virkelig utfordret noe senere i sykmeldingsperioden (8 uker). Likevel kunne vi vente leger som var mer pågående i forhold til aktivitet enn før. Dette ville kunne tenkes å medføre mindre forskjeller vedrørende råd og tiltak mellom intervensjons- og kontrollgruppen for Gult kort. Gult kort ville bli sammenliknet med en ny virkelighet, en annen enn planlagt for. Ville verktøyet da ha livets rett?

Denne lovendringen skjedde bare 3 måneder før oppstart av prosjektperioden. Endringene kan sies å være en endring av instruksjonen både til lege og pasient. Dette hadde betydning for prosjektet på en positiv måte ved et klima som la vekt på aktivitet, men på en utfordrende måte ved at forskjeller mellom intervensjon og kontroll måtte forventes å bli mindre.

4.2.3 Avvik og endringer i gjennomføring

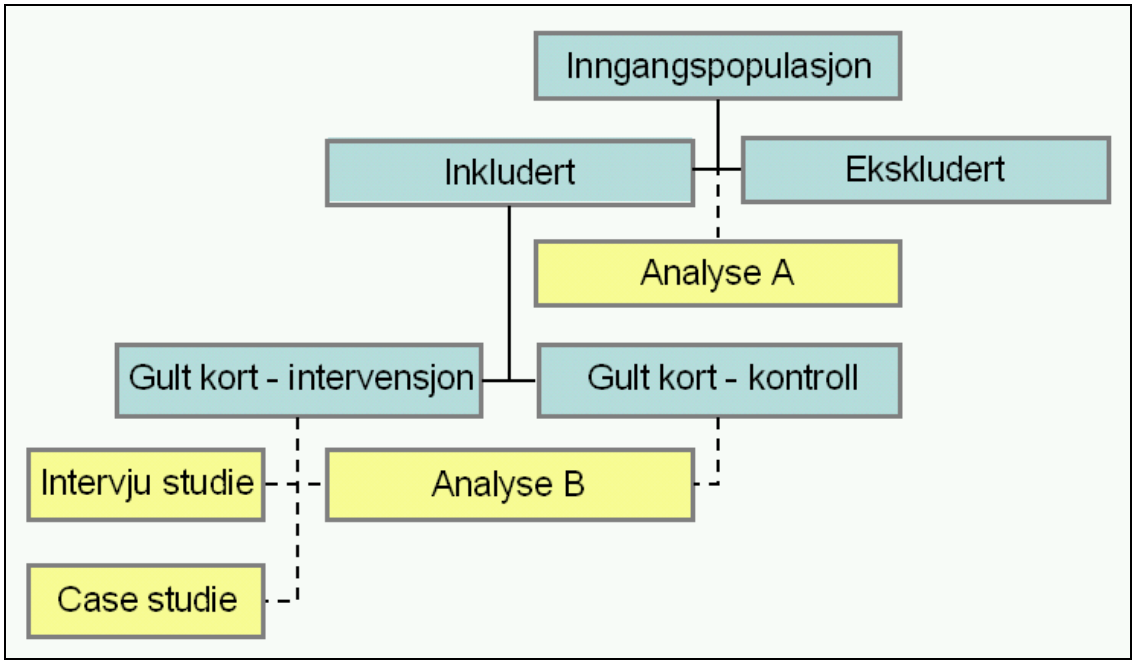
Prosjektet var planlagt og organisert i detalj, men naturlig nok skjedde det endringer underveis, både på personsiden (Vestlandsforsking, LO), på metodedelen (mer vekt på strukturert intervju) og på tidsbruken (stor interesse for prosjektet fra omverdenen medførte omfattende behov for fordrag og informasjon på annet vis).

5. Metode

I dette kapitlet presentes den metodiske tilnærmingen i evalueringen av Gult kort. Først gjør vi rede for den overordnede strukturen i evalueringen; hvordan pasienter blir rekruttert og utfallsrekkene i prosjektet. Deretter går vi mer spesifikt inn i de tre hovedtypene data som ligger til grunn for evalueringen. Dette betyr at vi først diskuterer informasjonen fra Gult kort-skjemaet. Etter dette viser vi hvordan intervjuopplegget ble gjennomført, både strukturerte spørreskjemaintervju og dybdeintervju av utvalgte case.

Figur 6 viser den overordna metodiske strukturen i evalueringen av Gult kort. Boksene markert med blå farge indikerer utfallsrekkene i prosessen, mens boksene markert med gult viser hvordan analysene griper inn i utfallsrekka.

Figur 6 Overordnet metodisk struktur



Den første boksen i *Figur 6* omtaler inngangspopulasjonen. I dette prosjektet består denne populasjonen av personer med følgende kjennetegn:

- oppsøker lege ved legegruppa til Sunnfjord Medisinske Senter
- jobber ved en bedrift i Flora kommune
- oppfyller inngangskriteriene til en førstegangssykemelding[15]

Personer med disse kjennetegnene er således rekruttert til prosjektet. Fra denne gruppen er det markert to ulike utfall; enten *inkludert* eller *ekskludert*. For at personer skal bli inkludert må de oppfylle kriteriene til Gult kort. Dette er:

a) Det er liten grunn til å tro at den medisinske tilstanden kan forverres ved aktivitet
b) Det er liten grunn til å tro at pasienten vil bli raskere frisk ved å være borte fra arbeid

[15] Inngangspopulasjonen inneholder bare personer som oppfyller inngangskriteriene til en førstegangssykemelding. I dette ligger det at personen normalt vil få en sykemelding. Dersom lidelsen ikke er av en art der sykemelding er aktuelt, eller vedkommende oppsøker lege av andre årsaker, vil altså personen ikke være del av inngangsmaterialet.

c) Det er formålstjenlig å gjennomføre en dialog på arbeidsplassen med mål om å unngå sykemelding

Vurderingen om pasientene oppfyller kriteriene for Gult kort blir gjort av den enkelte lege ved Sunnfjord Medisinske Senter. Personer som ikke fyller disse kriteriene havner i utfallskategorien *ekskludert*. Disse går normalt ut i en førstegangssykemelding. Som vi ser av figuren er det markert en analyse A, knyttet til forholdet mellom inngangspopulasjon og inkludert-ekskludert. Denne analysen søker å vurdere *mulighetsområdet* for Gult kort. Spørsmålet her er hvor stor del av inngangspopulasjonene som ble inkludert? Dette vil antyde potensialet for Gult kort. Kilden for denne analysen er Sunnfjord Medisinske Senter sine registreringer i WinMeds journaldatabase. Analyse A vil også diskutere forholdet mellom det realiserte potensialet (antallet faktiske inklusjoner) og det teoretiske potensialet (antallet mulige inklusjoner, ut fra måneds- og legefordelte utskrivinger).

Gruppen som blir *inkludert* har videre to utfall, jf. *Figur 6*. Pasienten kan enten havne i populasjonen *Gult kort-intervensjon*, eller *Gult kort-kontroll*. (Disse to gruppene er i den følgende diskusjonen også omtalt som *ekte* Gult kort og *uekte* Gult kort). Trekkingen til disse gruppene er tilfeldig. Praktisk er dette gjennomført ved at hver lege plasserer annenhver pasient i kontrollpopulasjonen. Kontrollpopulasjonen blir behandlet som ”normalt”, og utfallet er i de fleste tilfeller at de får en eller annen form for sykemelding. Egenskaper ved kontroll- og intervensjonspopulasjonen er beskrevet i mer detalj i kapittel 3.1.

I Gult kort-intervensjonsgruppa går pasientene gjennom en dialog for å finne tiltak på arbeidsplassene. Tiltakene består av en eller annen form for tilrettelegging. Slike tiltak kan være omrokering av arbeidsrutiner, reduksjon i arbeidstid eller endring av arbeidstempo. Dersom tiltakene fra dialogen fører frem, og det ikke oppstår andre faktorer som påvirker situasjonen (ny diagnose eller lignende) vil vedkommende forbli i arbeidssituasjonen. Arbeidstakeren vil da etter en tid, normalt innen 16 dager, gå tilbake til den vanlige arbeidssituasjonen. Dersom det ikke finnes en tilrettelegging så veksles det gule kortet inn i en sykmelding på direkten. Dersom tiltakene *ikke fører frem*, eller at situasjonen endrer seg, kan vedkommende pasient på nytt oppsøke lege, og vil da kunne få en sykemelding. Mye informasjon om gruppa ”Gult kort-intervensjon” finnes i nedtegnelsene i Gult kort skjemaet. Denne informasjonen er videre sammenstilt og vil bli benyttet i analysene.

For å hjelpe legene i vurdering av *eksklusjon* og *inklusjon* ble det utviklet en algoritme, trykt på musematter til bruk for legene. Denne er vist i Figur 7, og gir samtidig en oversikt over gangen i prosjektet.

Figur 7 Musematte til legene med algoritme

For å få kunnskap om prosjektet er det skissert to analyser; den ene kvantitativ (spørreskjemaintervju) og den andre kvalitativ (dybdeintervju). Slik får vi innsikt i Gult kort ordningen både med *tekst* og *tall*. Den kvantitative studien tar sikte på å tallfeste bruken av Gult kort, mens den kvalitative i større grad forsøker å gripe aktørene sine egne forståelser av, og erfaringer med, ordningen.

I forhold til evalueringsprosjektets problemstilling, vil vi søke å vise i hvilken grad Gult kort kan sies å gi effekter i form av redusert sykefravær, og i hvilken grad ordningen fungerer som kommunikasjonsverktøy mellom de involverte partene i en sykefraværssituasjon.

Datagrunnlaget blir hentet fra ulike kilder:

a) sammenstilt informasjon fra Gult kort-skjemaet
b) strukturerte intervju med pasienter i Gult kort-intervensjon
c) kvalitative intervju med ti case[16]

Vi skal i de følgende kapitlene gjøre rede for disse datakildene, og den metodiske fremgangsmåten for hver av disse.

5.1 Datakilde 1: Gult kort skjema

Mye informasjon om Gult kort finnes i skjemaene som blir fylt ut i sammenheng med utskriving av Gult kort. Her fyller både lege, arbeidsgiver og arbeidstaker inn informasjon.

[16] Et "case" er i denne sammenhengen både *arbeidstaker* og *arbeidsgiver*.

Denne informasjonen er overført til en database for bruk i evalueringen. For kontrollgruppen er det videre overført informasjon fra NAV Flora trygds sykefraværsregistre. På denne måten kan se på forskjeller og likheter mellom de to gruppene.

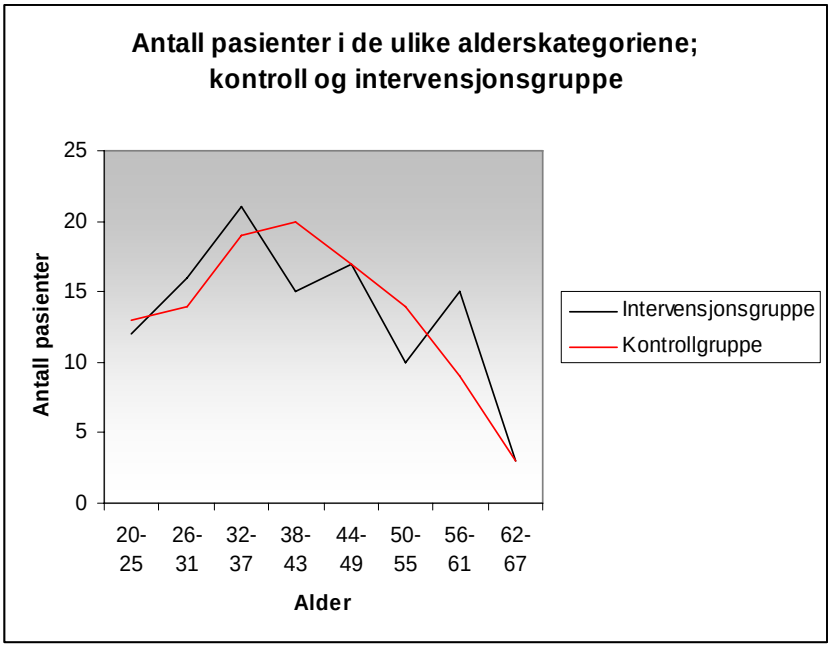
I utprøvingsperioden for Gult kort ble det skrevet ut til sammen 109 gule kort. Tilsvarende var det en kontrollgruppe på 109 pasienter. Etter at utprøvingsperioden ble avsluttet fortsatte legegruppa ved Sunnfjord Medisinske senter å skrive ut gule kort en kortere periode, slik at det totalt i prosjektet ble gjennomført 139 gule kort. I analysene av de gule kortene blir det imidlertid bare brukt data fra *utprøvingsperioden,* det vil si 109 pasienter i intervensjonsgruppen og 109 pasienter i kontrollgruppen. Datamaterialet blir analysert ved hjelp av bivariate analyser. Det blir på grunn av størrelsen til populasjonene og utvalgene ikke benyttet signifikans i analysene, men forskjeller blir vist og sammenhenger drøftet. Særlig vil dybdeintervjuene bidra med innsikt i sammenhenger som kommer til syne i forholdet mellom kontroll- og intervensjonsgruppen.

Designet i den kvantitative studien kan betegnes som et randomisert eksperiment (Mohr 1995:56). Med utgangspunkt i Mohr kan vi videre karakterisere denne typen studie som et ”quasi-eksperiment.” Dette skiller seg fra et ”klassisk” eksperiment, ved at utvalget og randomiseringen ikke er sentralisert; ulike leger foretar en løpende seleksjon av enheter til gruppene inkludert – ekskludert. Kontroll og intervensjonsgruppene er likevel *randomisert* ved at annenhver pasient blir plassert i kontroll og intervensjonsgruppene. Videre er designet i studien et såkalt post-test eksperiment. Dette betyr at målingen skjer i *etterkant* av påvirkningen. Aberet med et slikt post-test design er at vi *ikke* kan kontrollere at gruppene (kontroll og intervensjon) er like *før* påvirkningen finner sted. Randomiseringen sikrer likevel at eventuelle forskjeller ikke er systematiske i statistisk forstand.

På grunn av at utvalget til de to gruppene (kontroll og intervensjon) er randomisert, går vi ut fra at de to gruppene er sammenlignbare. Ved randomisering utelukkes det at bakenforliggende faktorer forårsaker eventuelle forskjeller som blir observert i den avhengige variabelen. Formålet med randomisering er at det ikke skal finnes systematiske forskjeller mellom de ulike gruppene i utgangspunktet. Ved randomisering risikerer man at tilfeldighetene gjør at enheter med særskilte bakgrunnskjennetegn havner i den enn eller andre gruppen. Det er likevel slik at det kun er *tilfeldigheter* som avgjør dette (Skog 1999).

Sammenligningen av kontroll- og intervensjonsgruppene fordrer likevel en nærmere gjennomgang av kjennetegnene ved de to ulike gruppene, særlig er det slik fordi eksperimentet har et *post-test design*. I det følgende vil vi derfor se om de to gruppene skiller seg fra hverandre på tre viktige bakgrunnsvariabler. Under presenteres derfor tre figurer som viser forskjellene i de to gruppene i forhold til de tre uavhengige variablene: alder, kjønn og diagnose

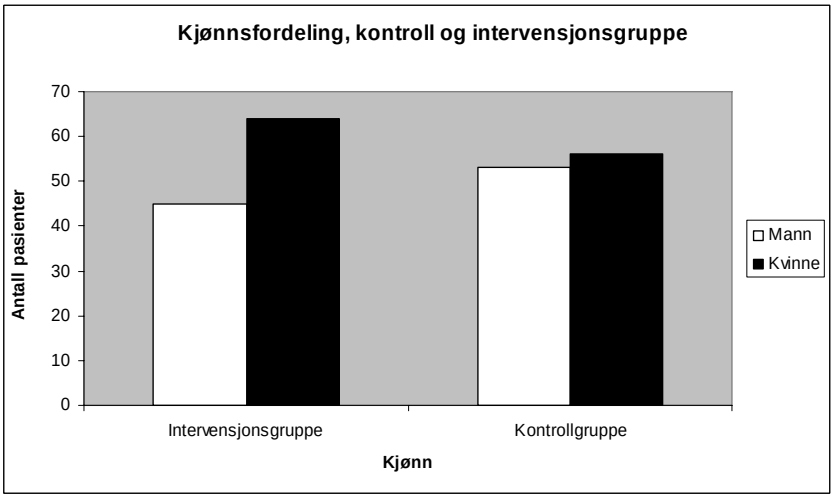
Figur 8 Aldersfordelingen i materialet



N=218

Figuren viser to forhold. For det første ser vi at kontroll- og intervensjonsgruppene er relativt like med hensyn til alder. Kurvene har den samme *tendensen*, med en topp for alderskategoriene mellom 32 og 43 år. For det andre ser vi at antallet pasienter i de ulike alderskategoriene er forholdsvis jevn. Det er likevel noe færre eldre pasienter enn yngre og middelaldrende. Dette er likevel i tråd med aldersfordelingen blant yrkesaktive generelt[17]. Det vesentlige her er imidlertid at de to gruppene ikke skiller seg systematisk fra hverandre med tanke på alder.

Figur 9 Kjønnsfordelingen i materialet



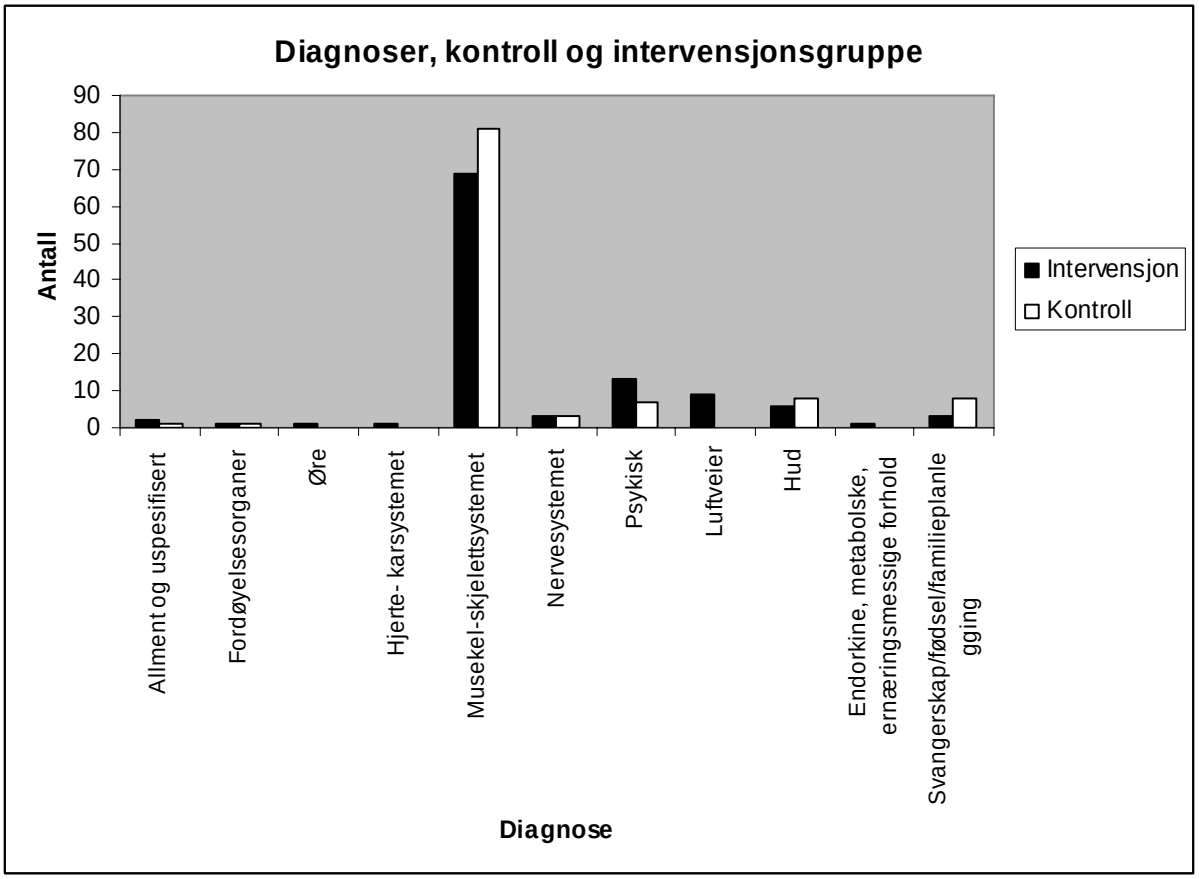
N=218

[17] Se for eksempel http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/ under kategorien "arbeidsliv, yrkesdeltaking og lønn."

Figur 9 viser kjønnsfordelingen i de to utvalgene. Vi ser for det første at kjønnsfordelingen er noe ulik i de to gruppene. I intervensjonsgruppen er det en overvekt kvinner. Kvinneandelen i intervensjonsgruppen er 59 %, mot 51 % i kontrollgruppen. Vi vurderer likevel forskjellen til så liten at det ikke utgjør et problem for den sammenlignende analysen. Vi vet likevel at kjønn er vesentlig forklaringsvariabel i forhold til sykefraværsproblematikk; generelt kan vi si at kvinner har et noe høyere sykefravær enn menn.

En tredje variabel det er sentralt å sammenligne kontroll og intervensjonsgruppen på, er diagnoser. Figur 10 viser diagnosefordelingen for kontroll og intervensjonsgruppen.

Figur 10 Diagnoser i kontroll- og intervensjonsgruppen[18]



N=218

Av Figur 10 kan vi lese at muskel-skjelettsystemet er den største kategorien for begge gruppene. I intervensjonsgruppen havner 69 av tilfellene i denne kategorien, mens det for kontrollgruppen er 81 pasienter som er klassifisert i muskel-skjelettsystemet. De neste kategoriene som har over ti enheter er ”psykisk,” ”hud” og ”svangerskap/fødsel/ familieplanlegging,” med henholdsvis 20, 14 og 11 enheter. Vi observerer videre at det bare er mindre forskjeller mellom kontroll og intervensjonsgruppene på de ulike kategoriene i Figur 10. Forskjellene mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen er så små det ikke kan anses som problematisk for videre sammenligning.

[18] Grunnlaget for kategoriseringen er ICPC (international classification of primary care)-kategoriene, som legene også har benyttet.

Data fra skjemaene forteller om hvordan ordningen er praktisert, og hvilke virkninger dette kan sies å ha. Et hovedspørsmål her er om det er forskjeller mellom gruppene med hensyn til utvikling av sykefraværsposisjon. Dette kan granskes ved å fokusere på hvor mange pasienter i Gult kort-intervensjon som etter hvert går over i tradisjonell sykemelding, og videre hvordan dette skiller seg fra kontrollgruppa.

5.2 Datakilde 2: Strukturerte intervju

Til grunn for evalueringsrapporten ligger også en kvantitativ spørreundersøkelse. Denne undersøkelsen ble gjennomført per telefon. Enhetene i undersøkelsen er pasienter i Gult kort intervensjonsgruppen.

Det totale antallet strukturerte intervju med arbeidstakere ble til slutt 85. Samtlige pasienter som mottok Gult kort ble kontaktet. Her ble det også gjennomført flere purringer, slik at svarprosenten til slutt ble 78. Den strukturerte intervjustudien av personer i gruppa Gult kort-intervensjon systematiserer erfaringer med ordningen. Sentralt har vært hvordan arbeidstakerne *opplever* å få Gult kort i stedet for tradisjonelle virkemidler som sykemelding eller aktiv sykemelding. Videre kan vi av intervjuene få innsikt i hvilke typer tilrettelegging som er mest hyppig brukt, hvordan tiltakene er fulgt opp, og hvilke varighet og utfall ordninga har hatt for de som er intervjuet.

Data fra denne undersøkelsen har noen svakheter. Leseren må ha in mente at pasientene som er kontaktet *kan* ha en tendens til ”ja-siing.” I dette ligger det at personer uten klare oppfatninger/synspunkter har en tendens til å si seg enige eller være positive (Hellevik : 156-157). Dette kan også være forsterket av prosjektets lokale forankring. Det er likevel gjort forsøk på å redusere problemene ved slike metodiske utfordringer, blant annet ved at dette er diskutert, og gjort bevisst, både i gjennomføring av intervju og i tolking av data.

Frafall av respondenter er også viktig å vurdere i undersøkelser som dette (Ringdal 2001: 283). Spørreundersøkelsen er gjennomført med 85 av 109 pasienter i Gult kort intervensjonsgruppa. Dette gir en svarprosent på 78. Et slikt frafallet er vurdert til å være akseptabelt. I tillegg til frafall, kan manglende data (”missing values”) svekke representativiteten (Ringdal 2001). Med dette sikter vi til at personer ikke svarer på *noen/enkelte* spørsmål i spørreskjemaet, slik at vi får hull i datamatrisen. I vårt materiale er det eksempler på dette. Ringdal (2001) viser imidlertid at dette ikke er problematisk dersom hullene i materialet er få og tilfeldige. Vi anser derfor ikke at manglende data svekker representativiteten i undersøkelsen. Vi har likevel valgt å oppgi antall svar per variabel i presentasjonen av resultatene, slik at leseren selv kan vurdere størrelsen på utvalgene.

I de strukturerte intervjuene var det også satt av plass til mer utdypende spørsmål av kvalitativ karakter. I telefonintervjuene ble derfor respondentene blant annet oppfordret til å utdype aspekter ved ordningen, hvordan de opplevde å få Gult kort osv. Informasjon fra disse spørsmålene er i noen grad benyttet i diskusjonen i kapittel 7.

Intervjuguiden som er utarbeidet er vedlagt rapporten (vedlegg 4).

5.3 Datakilde 3: Kvalitative intervju

De kvalitative intervjuene i evalueringen inngår i en casestudie, der ti utvalgte tilfeller er fulgt tett. Utvalget av disse ti casene ble gjort sent i utprøvingsperioden. Utgangspunktet var å få innsikt i forskjellige typer case, med forskjellige utfall. Vi hadde videre et ønske om å snakke

med pasienter som hadde ulike bakgrunnskjennetegn, som for eksempel alder, kjønn, yrke/arbeidstype. I tillegg vurderte vi det dit at både vellykkede og mindre vellykkede tilfeller burde konsulteres. Under er en første presentasjon av, og oversikt over, de ti casene som ble valgt ut, samt sentrale bakgrunnsvariabler.

Tabell 3 Utvalg til casestudie

Case	Karakteristikk	IA-bedrift	Størrelse	Kjønn	Diagnose
Case A	Vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Psykisk
Case C	Vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case D	Vellykket	Ja	Mellomstor	Mann	Hud
Case E	Ikke vellykket	Nei	Liten	Kvinne	Muskel-skjelett
Case G	Ikke vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Luftveier
Case I	Ikke vellykket	Nei	Liten	Mann	Muskel-skjelett
Case L	Vellykket	Ja	Mellomstor	Kvinne	Psykisk
Case N	Vellykket	Ja	Mellomstor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case O	Vellykket	Nei	Mellomstor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case M	Ikke vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Luftveier

Som vi ser av *Tabell 3* består casestudien av svært forskjellige typer tilfeller og utfall av Gult kort. På denne måten håper vi at dybdeintervjuene av disse casene vil generere innsikt i *forskjellige* sider ved tiltaket Gult kort. I tillegg til disse caseintervjuene ble det gjennomført gruppeintervju med sju av legene i legegruppa SMS. Fokuset i dette intervjuet var ikke konkrete case, men heller den generelle oppfatningen av de ulike sidene ved gult kort. Noen tentative resultater ble også presentert og diskutert i dette gruppeintervjuet. Ett supplerende telefonintervju med en av legene ble også gjennomført i denne sammenhengen.

Før gjennomføringen av intervjuene ble det utarbeidet en casestudie protokoll (vedlegg 2). Denne protokollen fungerte som en veileder under datainnsamlingen. Protokollen er med på å styrke prosjektets reliabilitet, blant annet ved at prosjektets overordnede mål var i fokus gjennom hele datainnsamlingen. I tillegg ble det utarbeidet en intervjuguide, som fungerte som rettesnor under de kvalitative intervjuene. Styringsgruppen for Gult kort engasjerte en sekretær, uten direkte tilknytning til prosjektet, til å gjennomføre intervjuene. Samtalene skjedde videre på ”nøytral” plass som var leid inn for formålet. Bakgrunnen for en slik ”forsiktig” tilnærming er at intervjuene involverer sensitive opplysninger, for eksempel om pasientenes vurdering av helse og arbeidstilknytningsforhold. Av denne grunnen ble det derfor også søkt om konsesjon av Datatilsynet for datainnsamlingen. Flora Trygdekontor og Vestlandsforskning etablerte også en samarbeidsavtale, der Trygdekontoret står som datainnsamler og Stiftinga Vestlandsforskning er databehandler.

Analysen fra casestudien har som målsetting å løfte frem erfaringer om vilkår for å redusere de barrierene som måtte eksistere mellom partene. Studien fokuserer på hvordan samhandlingsrutiner og kommunikasjon mellom bedrifter (arbeidsgiver/arbeidstaker) og offentlige myndigheter, bedrifter og lege/fastlege, og mellom arbeidsgiver og arbeidstaker har oppstått og utviklet seg. Resultatene skal systematiseres for å finne erfaringer både fra praktiseringen og virkningene av opplegget.

5.4 Generelle metodiske og etiske refleksjoner

Avslutningsvis i denne rapportens metodedel er det påkrevd med noen refleksjoner omkring metodiske og etiske aspekter i et slik prosjekt.

Undersøkelsens tema kan i utgangspunktet oppfattes som sensitivt. I særlig grad gjelder dette for arbeidstakerne. Spørsmål om helse, sykdom og eventuelle arbeidsplasskonflikter er vanskelige og ømtålige for mange. Særlig i dybdeintervjuene har dette vært viktig å være klar over, både med tanke på intervjuenes oppbygning, og tolking av de foreliggende intervjuutskriftene. Avtale om informert samtykke fra informantene er innhentet.

At deler av evalueringen bygger på et eksperiment-design har også metodiske og etiske implikasjoner. Eksperimenter krever på mange måter en aktiv inngripen i sosialt liv på en helt annen måte en ikke-eksperimentelle metoder vanligvis gjør, noe som reiser forskningsetiske problemstillinger (Skog 1998: 77). I forhold til Gult kort er det imidlertid liten grunn til å tro at ordningen har hatt vesentlige *negative* konsekvenser for pasientene. Gult kort- ordningens karakter, der det er informasjonskanalene på arbeidsplassen som blir forsøkt stimulert, har også ført til at pasienter har hatt mulighet til å komme tilbake til legen for å få tradisjonell behandling/sykemelding.

Når det gjelder eksperimenter er det også et annet forhold som er viktig å problematisere. Dette dreier seg om forsøkspersonene også blir eksponert for *andre* aspekter enn det vi legger til grunn er påvirkningen. Professor i statsvitenskap Evert Vedung formulerer det slik:

> The key question in goal-achievement measurement is: Are the results in accord with the program goals? And the impact assessment issue can be formulated: Are the results produced by the program? (Vedung 2000: 37)

De to spørsmålene som Vedung reiser er viktige i evalueringen av Gult kort. Ikke minst gjelder dette det siste; er det alltid slik at de observerbare resultatene er avhengig av tiltaket alene? Det kan for eksempel være rimelig å anta at pasienter på Gult kort får større rom for å diskutere sin jobbsituasjon med legen, og dermed større trygghet i dialog med arbeidsgiver. Pål Repstad (1992) tangerer denne problematikken i sine refleksjoner om helse og lege-pasientkommunikasjon. Han skriver at ”enkelte […] hevder at pasienter også blir fortere og lettere kvitt sine lidelser når de blir godt informert under institusjonsoppholdet” (Repstad 1992: 165-166). Poenget til Repstad kan være relevant i denne sammenhengen. Kan for eksempel Gult kort-intervensjon ha fått mer informasjon og følelsesmessig støtte, enn hva kontrollgruppa har fått? Ved en eventuell implementering av Gult kort i større skala, vil en slik diskusjon med, og utfyllende informasjon fra, legen kanskje kunne bli redusert til en mer instrumentell skjemautfylling. Eventuelle effekter kan således bestå flere ulike påvirkninger, både *strukturen* i Gult kort og *diskusjoner* med legen.

I tillegg til dette kan begrepet ”smitte” være en metodisk utfordring i et prosjekt som dette. Informasjon om Gult kort kan ha ”smittet” pasientene i kontrollgruppa (Skog 1998). Dette er et ikke ubetydelig poeng. Prøveprosjektet Gult kort har fått mye publisitet lokalt; både gjennom informasjonskampanjer og gjennom media. Sykefravær har vært på agendaen og kunnskap om Gult kort, kan ha ”smittet” også tilfeller i kontrollgruppen.

6. Resultat: Kvantitative Data

I kapitlet som følger presenterer vi resultater fra det kvantitative datamaterialet. Dette materialet har tre kilder;

- Informasjon fra skjemaene som ble fylt ut i sammenheng med Gult kort
- Strukturerte telefonintervju med pasienter på Gult kort
- Data fra NAV trygd for sykmeldingsforløpet til sykmeldte i kontroll og intervensjonsgruppa
- Win-Med journaldatabase ved Legegruppa SMS for antall nye sykmeldinger i inngangspopulasjonen

Under 6.1 presenterer vi sammenstilt informasjon om bruken av Gult kort fra analyse av skjemaene. Først presenterer vi data som har med gjennomføringen av prosjektet å gjøre, inklusjon over tid og per lege. Deretter data fra skjemaene som belyser bruk og kommunikasjon i det enkelte tilfelle. Vesentlige spørsmål som blir belyst er: Hva ble planlagt fra lege og arbeidsplass? Hvilke tiltak er foreslått fra legen? Hvordan er dette foreslått gjennomført på arbeidsplassen?

Under 6.2 presenteres tall basert på intervju med arbeidstakere på Gult kort (n 85). Her belyses hva personen som fikk Gult kort mener faktisk skjedde og hvordan han/hun oppfattet det.

Under 6.3 presenterer vi tall for sykmelding i inngangspopulasjonen, intervensjonsgruppa og kontrollgruppa, fra Win-Meds journalbase. Vi drøfter tallene i forhold til målet om færre sykmeldinger, økt nærvær og bedre opprettholdelse av produktivitet i intervensjonsgruppa. I denne drøftingen benytter vi også tall fra de andre to datakildene, Gult kort skjema og strukturert intervju, og forsøker å se sammenhenger.

Samlet sett vurderer vi det slik at de presenterte resultatene kan antyde trender i forhold til forskjeller i sykmeldingstid for kontroll- og intervensjonsgruppene. Gjennom analysene av dette får vi grep om direkte effekter i form av redusert sykefravær. Videre kan analysene gi svar på hvordan skjemaflyten har vært, og hvor nøyaktig og samvittighetsfullt Gult kort - skjemaet er benyttet. I sum kan dette gi grunnlag for å svare på spørsmålet om intensjonen med Gult kort er fulgt.

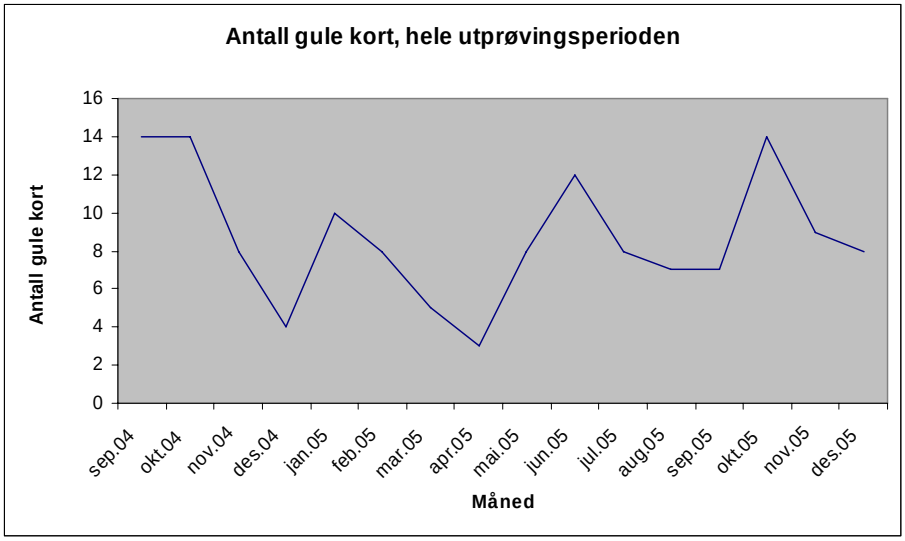
6.1 Analyser av data fra Gult kort skjema

6.1.1 Gjennomføring

Innledningsvis presenteres noen bakgrunnstall for praktiseringen av ordningen. Utprøvingsperioden for Gult kort var fra september 2004 til og med desember 2005.

Figur 11 viser hvordan utskrivingen av *ekte* gule kort forløp i utprøvingsperioden. For hvert gule kort ble det utskrevet en kontroll. Inklusjonen er dermed den dobbelte av hva kurven viser.

Figur 11 Antall gule kort fordelt per måned i utprøvingsperioden

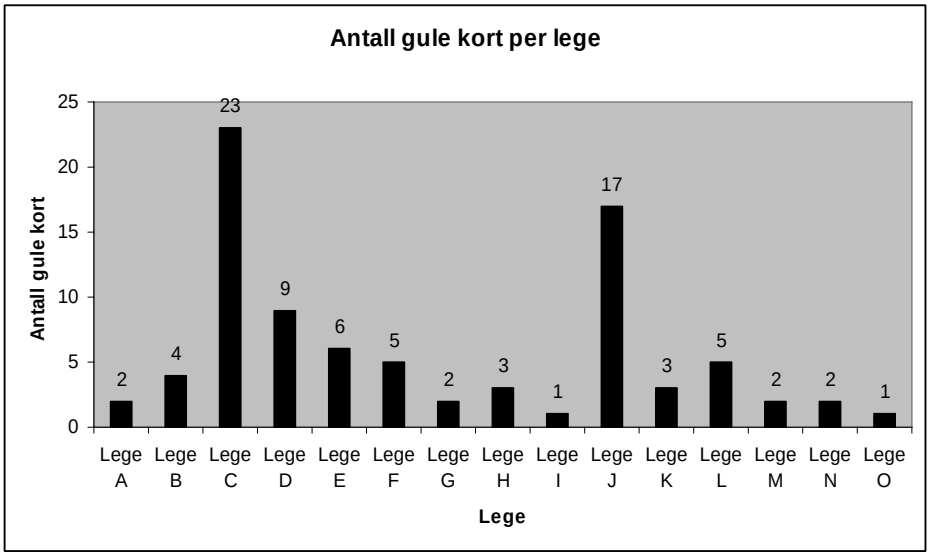


N=109

Av figuren ser vi at antallet gule kort per måned varierer mellom fjorten og fire. Dette må betegnes som et relativt stort spenn. Kurven viser at bruken og utskriving av gule kort har gått i ”rykk og napp.” Videre er det fire tydelige ”topper.” Dette er ved startdato for utprøvingsperioden[19], samt januar, juni og oktober. Intervjuene med legegruppen indikerer at alle toppene, unntatt den første, følger ”innpiskningsmøter” fra prosjektgruppa for Gult kort. Dette viser at prosjektet har vært avhengig av at det ble fulgt opp, for at legene skulle benytte ordningen i tilstrekkelig grad. At utskrivingen av gule kort følger slike tydelige topper, kan tyde på at motiveringen av legene som benytter ordningen er en barriere hvis en slik ordning skal benyttes *ved siden av* det ordinære sykmeldingssystemet. En variabel som kan være utfyllende i forhold til dette presenteres under. Her viser vi hvordan utskriving av gule kort varierer fra lege til lege.

[19] Noe som kan forklares med at legene hadde hver sin boks med skjema hvor annet hvert skjema var kontroll. Alle startet med et intervensjonskort.

Figur 12 Antall gule kort de ulike legene ved SMS har skrevet ut i utprøvingsperioden



N=85

Figur 12 gir en oversikt over hvor mange ekte gule kort de ulike legene som har arbeidet ved Legegruppa SMS i prosjektperioden har skrevet ut. Tallene her baseres på de strukturerte intervjuene, slik at det totalt dreier seg om 85 tilfeller av Gult kort. Figuren illustrerer at noen leger skriver ut mange gule kort, mens andre leger skriver ut få. I intervjuer med legegruppa ved Sunnfjord Medisinske Senter, kommer det fram at dette kan forklares på forskjellige måter. Den første grunnen er forskjeller i den tiden man har arbeidet ved Legegruppa i prosjektperioden. Ved Legegruppa SMS er det 10 leger i aktivitet til enhver tid, når vi regner med turnuskandidaten. I løpet av prosjektperioden har det arbeidet tre turnuskandidater og en del vikarer ved Legegruppa SMS. Noen leger har vært aktive i hele eller store deler av prosjektperioden, mens andre har hatt kortere aktivitet. Derfor ser vi flere leger med lavt antall inklusjoner. Den andre grunnen er legers ulike frekvens av legevakt. Legevakt har høy hyppighet av gule kort, fordi de akutte situasjoner som kan føre til førstegangs sykmelding oftest blir tatt hånd om her. For det tredje kan den ulike bruken av Gult kort ved SMS også komme av ulik sammensetting av pasienter i fastlege-porteføljen. Det er forskjeller i andelene av for eksempel pensjonister og unge under yrkesaktiv alder. De absolutte tallene kan derfor ikke sies å være et direkte uttrykk for legens "Gult kort-praksis". Ingen av forklaringene kan likevel fullt ut forklare skjevfordelingen som figur 13 illustrerer. Av de leger som har arbeidet stort sett hele prosjektperioden er variasjonen også stor, fra de høyeste tallene til < 10. Intervjuene med legegruppa kunne bekrefte at Gult kort praksis blant legene faktisk var forskjellig, og at både motivasjonen og den veiledningskompetansen, som er nødvendig for å bruke Gult kort, varierte. Vi kommer tilbake til dette under kapittel 7 - kvalitative data, hvor vi drøfter nye roller og nye utfordringer, og i kapittel 8, hvor vi drøfter konsekvensen av dette.

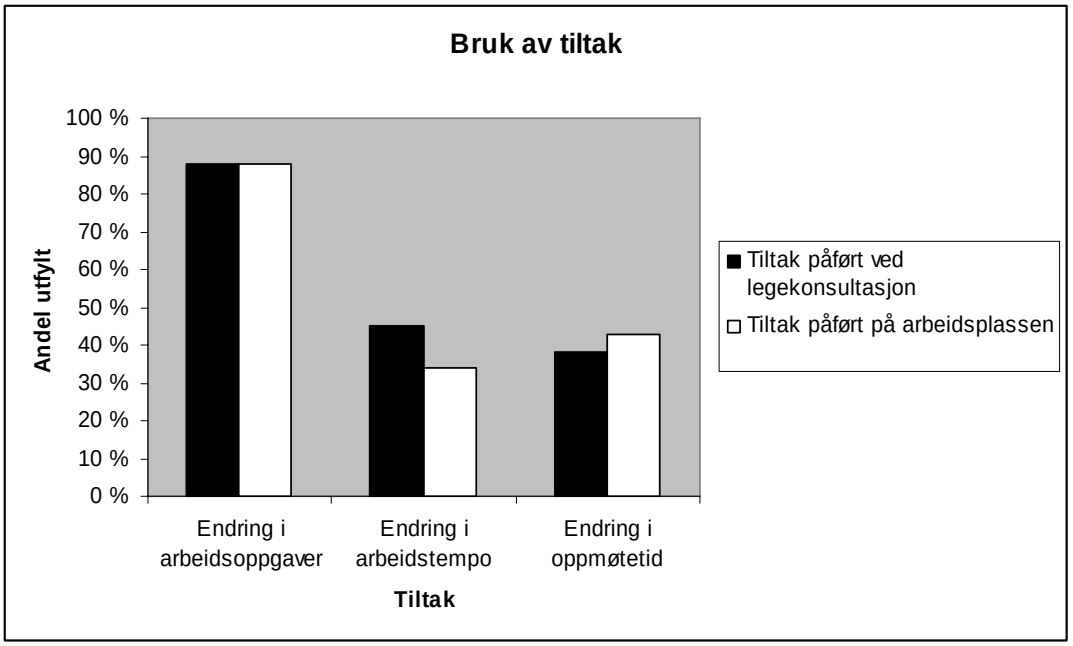
6.1.2 Skisserte tiltak

De neste fordelingene og figurene vi presenterer tegner opp et bilde av *hvordan* Gult kort er benyttet som kommunikasjons- og planverktøy. Sentralt her er hvilke tiltak som er foreslått av legen på det gule kortet, og deretter planlagt av arbeidsleder/arbeidstaker på baksiden av det gule kortet, og om det er *forskjeller* mellom de råd legene har gitt i forhold til de tiltak arbeidsgiver/arbeidstaker planlegger å bruke. I tillegg ser vi på hvilke varighet som er påført av legen i de gule kortene og om tiltakene er tidsavgrenset i planen fra arbeidsplassen. Hva

som *faktisk skjedde* evalueres under 6.2 gjennom intervju med arbeidstakerne etter at tiltaket er avsluttet. Vi vil i det følgende referere til Gult kort skjemaet med henvisning til punkt på skjemaet (se vedlegg 1 for skjema).

Data i Figur 13, Figur 14 og Figur 15 baserer seg på prosjektgruppas analyser av påskriften på de gule kortene, både fra lege og arbeidsgiver. Ved analyse av foreslåtte tiltak ble det sett på om det var angitt endring i arbeidsoppgaver, oppmøtetid og arbeidstempo, de tre viktigste endringsmuligheter som ligger implisitt i Gult kort metodikken. Flere utfall på samme tilfelle var mulig. Hvis en påskrift på ett kort hadde alle elementer, ble alle telt.
Vi merker oss at det i Gult kort intervensjon utelukkende er planlagt tiltak uten gradert eller aktiv sykmelding. Alle tiltak er utfylt i arbeidsplassdialogens pkt 1.1. Hvorfor det er slik drøfter vi under 6.3, men i korte trekk skyldes det at arbeidsgiver uansett betaler lønn første 16 dager, og at det ikke er noen fordel å oppnå med gradert- eller aktiv sykmelding, i forhold til å tilrettelegge uten sykmelding, innefor de første 16 dager.
Den første figuren viser hvilke råd og tiltak som er ført opp i de gule kortene. Søylene skiller her mellom tiltak som er anbefalt og påført ved legekonsultasjonen, og hvilke tiltak som er påført i planen etter dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Fordelingen er prosentuert, og søylene viser i hvor stor *andel* av tilfellene de ulike tiltakene er foreslått eller planlagt.

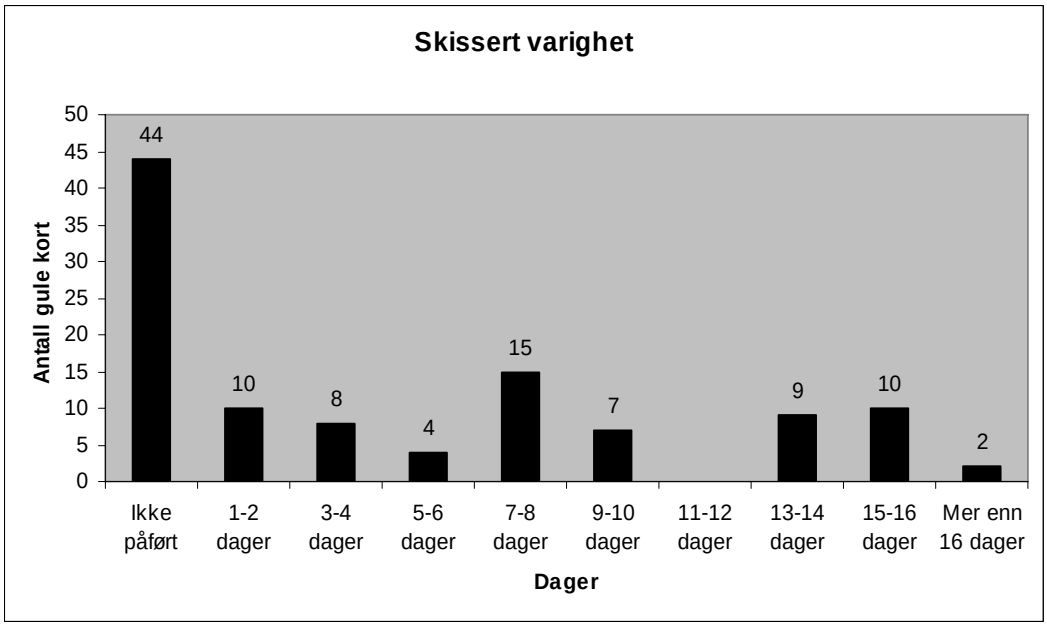
Figur 13 Bruk av ulike tiltak



Figur 13 viser særlig to interessante tendenser: for det første at endring i arbeidsoppgaver er det klart hyppigst foreslåtte og planlagte tiltaket, med nesten 90 % av tilfellene. Endring i arbeidstempo og oppmøtetid er benyttet i under 50 % av tilefellene. Vi observerer for det andre at det bare er *mindre* forskjeller i det legen har foreslått og det arbeidstaker og arbeidsgiver er blitt enige om å gjennomføre. Dette *kan* tyde på legenes betydning for hvilke tilretteleggingstiltak som blir planlagt er stor. Vi ser likevel at endring i tempo er et tiltak legene *oftere* foreslår enn hva arbeidstakere og arbeidsgivere blir enige om. For endring i oppmøtetid er dette omvendt; her ser vi at det er flere arbeidstakere og arbeidsgivere som har blitt enige om å benytte dette tiltaket, enn det er forslag fra legene.

Den neste figuren gir sammenfattet informasjon om hvorledes rubrikken om ”varighet” er benyttet i det gule kortet (se vedlegg 1, for Gult kort-skjema). I 6.2 evaluerer vi den *faktiske* varighet gjennom spørreundersøkelsen.

Figur 14 Skissert varighet for tiltakene, påført i Gult kort ved legekonsultasjon



N=109

Figur 14 har hentet informasjon fra feltet i det gule kortet hvor legen kommer med sine forslag (pkt 6.1 i skjemaet). Figuren oppgir antall gule kort med ulik varighet i absolutte tall. Først og fremst ser vi at i 44 gule kort (40 %) er det *ikke eksplisitt* skissert varighet på tiltakene. Går vi videre ser vi at tiltakene ellers er fordelt forholdsvis jevnt ut over en 14 dagers periode, med en topp på rundt en uke. Det faktum at 40 % av de gule kortene ikke har fått påført varighet på tiltakene, kan se ut som en svikt fra legene, men betyr ikke nødvendigvis det. Prosjektet hadde gjennom sin instruksjon angitt at varigheten av tilretteleggingsbehovet i utgangspunket skulle falle innefor arbeidsgiverperioden (16 dager). Dessuten var det fra prosjektets side bevisst ikke satt inn noe forslag til sluttdato. Dette for å unngå sjablonmessige spådommer fra legen. Etter intervjuene med legene tolker vi det slik at manglende angivelse har betydd at legen har ment at tiltaket har en ramme innenfor 16 dager. Enten har legen ikke kunnet angi en mer presis ramme, eller så har han ikke funnet det nødvendig. Systemets instruksjon var å gi en åpen angivelse av varighet, men ellers skulle dette være et tema legen overlot til arbeidstaker og arbeidsgiver å finne ut av.

Den neste figuren vi presenterer viser hvordan tidsavgrensningene er antydet *på arbeidsplassene*. Et viktig spørsmål å avklare er om tiltakene i større grad enn på legekontoret blir definert tidsmessig.

Figur 15 Tidsavgrensing påført på arbeidsplassen

N= 88

Figuren viser andelen gule kort, der arbeidstaker og arbeidsgiver har påført tidsavgrensninger for aktiviteten. Vi ser at ca 60 % av de gule kortene *ikke* har tidsavgrenset aktivitetene og tiltakene. Andelen gule kort som ikke har påført tidsavgrensning på arbeidsplassen er altså større enn for legekonsultasjonene. At en relativ lav andel gule kort har skissert et tidsperspektiv og varighet på tiltakene, kan tyde på at det er *tiltakene* og *aktivitetene* som blir sett på som viktigst med Gult kort. Dette ser videre ut til å være i sentrum både for legene og for arbeidsgiver/arbeidstaker. Vi behandler dette spørsmålet videre i drøftingskapittelet hvor vi stiller spørsmålet om aktive tiltak i seg selv har en forlengende kraft, og hvordan denne i så fall kan ”tøyles”.

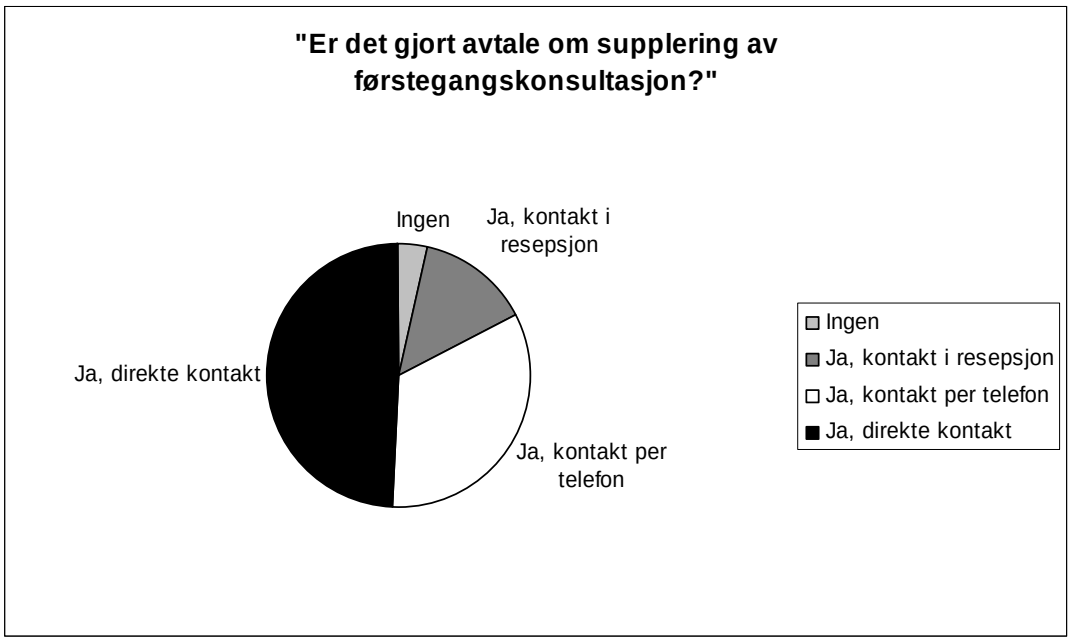
6.1.3 Bruk av andre deler av skjemaet

De neste variablene som presenteres viser hvordan andre deler av skjemaet er brukt og hva som er utfylt. Med dette sikter vi til hvordan det gule kortet er fulgt opp av arbeidstaker, arbeidsgiver og lege. Vesentlig informasjon om dette kan hentes fra påtegnelsene i Gult kort, blant annet gjennom analyser av hvilke felt som er fylt ut/ikke fylt ut.

6.1.3.1 Legen åpner for retur

Et vesentlig poeng med Gult kort var at pasienten skulle føle seg trygg på at om arbeidsplassdialogen ikke førte frem, så kunne han komme tilbake og veksle inn det gule kortet i en sykmelding, så sant han hadde med seg en signert plan hvor det i Gult kort pkt 1.4 var bekreftet og begrunnet fra arbeidsplassen hvorfor tilrettelegging var umulig. Figur 13 viser påtegnelsen legen har gjort i Gult kort pkt. 6.2 ”Når og korleis kontakte legen om tilrettelegging ikkje let seg gjennomføre?”

Figur 16 Eventuell supplering av førstegangskonsultasjon



N=109

Her ser vi at legene har fulgt opp instruksjonen om å gi en returmulighet til *eventuelt* bruk. Dette er utelatt eller glemt i kun 4 av 109 tilfeller. Dette må karakteriseres som et lavt tall. Det ble opp til legene å bestemme hvilken kontakt som skulle skje. Vi ser at det er en stor andel som har gitt instruks om direkte kontakt med legen ved et oppmøte. Eksempel på instruksjon fra lege til pasient hentet fra ett skjema: ”Fredag mellom 11.30 – 12 på mitt kontor”. En stor majoritet har satt opp tiltak som innebærer personlig kontakt (oppmøte eller telefon) ved en eventuell konvertering fra Gult kort til sykmelding. Vi tolker dette som en bekreftelse på at legene, i de tilfeller hvor arbeidsplassdialogen ikke fører frem, ser den nye kontakten som et supplement til den første konsultasjonen.

6.1.3.2 Dokumentasjon av at tilrettelegging er umulig

Av skjemaene kan vi lese at det i 4 tilfeller av 109 ble angitt etter første arbeidsplassdialog at det ikke fantes muligheter for tilrettelegging. Dette ble angitt i Gult kort skjemaets arbeidsplassdialogdel pkt 1.4 (bakside). Etter supplement av første legekontakt ble det så skrevet ut sykmelding. I tre av fire tilfeller er dette begrunnet på en veldig enkel måte av arbeidsgiver. I det siste med en utførlig begrunnelse.

Tabell 4 Informasjon om tilfeller der tilrettelegging ble vurdert til "umulig"

Kort beskrivelse	Arbeidsplassdialogens svar	Forløp
Kvinne 50-60 år. Renholder med skulderplager. Ansatt i liten bedrift med få muligheter, skulle avlaste skulder	”Vi har ikkje alternativt arbeid til X”.	Sykmeldt ett år, arbeidsplasskartlegging ved fysioterapeut. Søkte yrkesretta attføring fikk avslag, gikk på medisinske rehabiliteringspenger og deretter ny søknad YA. Uavklart sak.
Mann 50-60 år. Anleggsarbeider. Trengte avlastning av venstre kne.	”Tungt arbeid, har ikkje alternativer”.	Sykmeldt 3 måneder totalt. Arthroscopi med meniskfjerning gjort innenfor denne perioden.
Mann 20-30 år. Jobbet med fisk og trengte avlastning av finger etter skade.	”Arbeidet er av en slik art at en har behov for begge hendene”.	Ukjent
Mann 30-40 år: Terminalarbeider (lasting og lossing) med tennisarm. Hadde fra før fått innvilget arbeidsgiverfritak for sykepenger.	”Arbeidsoppgavene på vår arbeidsplass kan grovt deles inn i to kategorier. Kontorarbeid og terminalarbeid. Terminalarbeidet omfatter truckkjøring i betydelig grad. Siden dette arbeidet omfatter svært få arbeidstakere, er det avgjørende at alle som utfører terminalarbeid kan kjøre truck. Dersom en arbeidstaker ikke skal kjøre truck, vil vedkommende måtte representere en reell overkapasitet i forhold til oppgaven som skal løses. Vi ser derfor ingen god mulighet for å tilrettelegge for terminalarbeid som ikke skal omfatte truckkjøring. I alle fall ikke på lengre sikt. For kontorarbeid har vi i dag så god kapasitet, at det heller ikke framstår som et mulig alternativ”.	Tre uker sykmelding. Arbeidsplasskartlegging ved fysioterapeut.

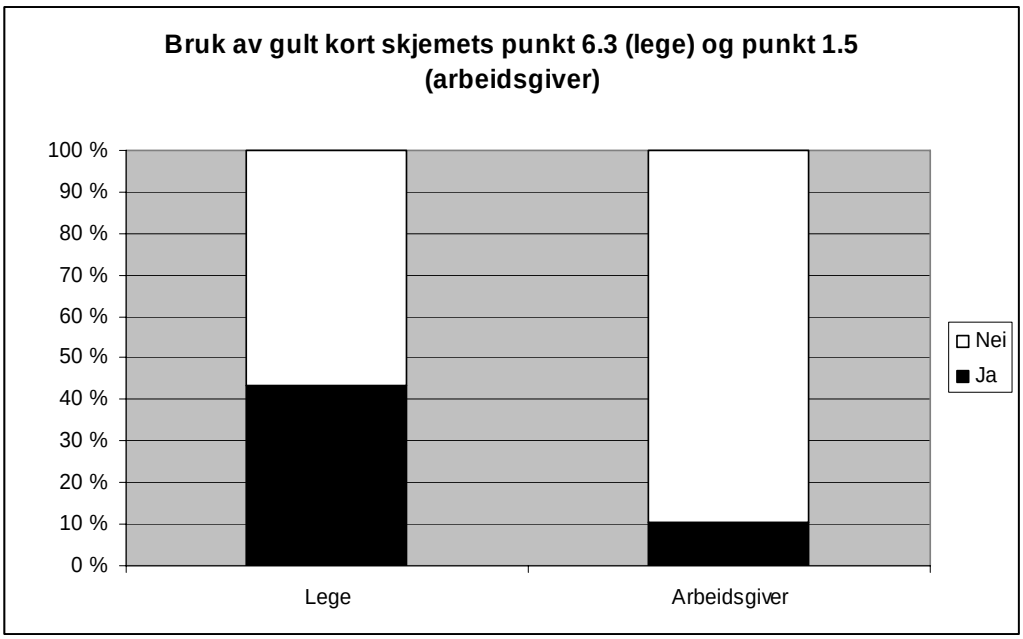
6.1.3.3 Lege eller arbeidsplass anfører ytterligere tiltak

Både lege og arbeidsplassdialog hadde mulighet for å peke på behov som ikke kunne løses alene gjennom Gult kort kommunikasjonen. Legen hadde sitt punkt for dette i Gult kort

skjemaet (forsiden), pkt 6.3[20] og arbeidsgiver i arbeidsplassdialogens del av skjemaet (baksiden) i pkt 1.5 [21]

Figuren under viser hvor ofte henholdsvis lege og arbeidsgiver har skrevet noe i de to punkt. Påskrifter er ofte en bekreftelse på at ikke noe ytterligere tiltak er nødvendig.

Figur 17 Bruk av Gult kort skjemaets punkt 6.3 og punkt 1.5



Eksempler på legens påskrift:

> ”På grunn av stående arbeide hele dagen, er det stor fare for gjentatt sjukemeldingsperioder. En arbeidsplassvurdering av fysioterapeut kan si noe om belastningen og mulige løsninger”.
>
> ”Kasus er velegna for dialog mellom arb.takar/arb.gjevar, men muligens trengs bistand evt. frå trygdekontor for hjelp i kommunikasjon”.
>
> ”Det bør drøftes å finne løsning med dagarbeid for å forhindre ytterligere sykdom og sykmeldinger”.
>
> ”Tilrettelegging med tanke på løftemetoder/ om man evt. kan hindre tunge løft for å hindre residiv”.

---

[20] *”Ser legen at det er nødvendig med tiltak utover det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (Eksempelvis varige endringar, kartleggingar, møte) Beskriv:*

[21] *Ser arbeidsgivar og/eller arbeidstakar at det er nødvendig med tiltak utover det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling får bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (Eksempelvis varige endringar, kartleggingar, møte) Beskriv:*

”Personalavd/bht gjer tiltak for å få arb.konflikta ut av verda på ein måte både arb.taker og bedrift er tent med.”

Eksempler på påskrift fra arbeidsplassdialogen:

”Vi har allereie avtala møte med fastlegen den 30.09 for å få ned det totale sjukefråveret.”

”Er i dialog med HMS Norge om arbeidsplassvurdering av personell med behov for tilrettelegging.”

”Avventer evt. opplegg fra fysioterapeut om det skulle vise seg nødvendig ut over evt. egen trening.”

6.1.4 Skjemaflyt og utfylling

At skjematur blir utfylt korrekt og på riktig tid, at skjemaet når frem dit det skal, er viktige moment i evalueringen.

Når det gjelder skjemaflyt vil vi skille denne i to løp:

- Den som er nødvendig for å oppfylle intensjonen med Gult kort i det enkelte tilfelle.
- Den som er nødvendig for å sikre dokumentasjon i prosjektsammenheng.

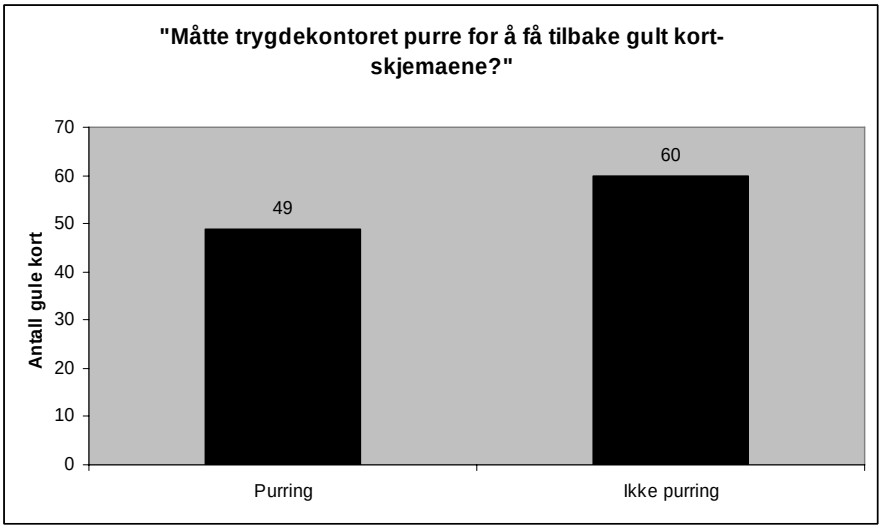
For å oppnå intensjonen med Gult kort måtte pasienten bringe med seg et Gult kort med legens påskrift til arbeidsplassen umiddelbart (innen neste arbeidsdag). Figur 15 viser at det i 13 tilfeller av 106 (3 mangler data) ikke er mottatt kopi av plan ved NAV trygd selv etter purring. Gjennom spørreundersøkelsen av 85 har vi fått kjennskap til 4 tilfeller hvor dette skyldes at arbeidstaker ikke har levert det gule kortet til arbeidsgiver. For tre av disse tilfellene sin del dreiet det seg om at arbeidstaker var uenig med legen i at ytterligere kommunikasjon skulle foregå, eller at de synes legen hadde presentert det på en slik måte at de ble provosert. Arbeidstaker løste dette med å ta ut egenmelding eller gå tilbake på jobben. I det fjerde tilfellet var det misforståelser og kommunikasjonsvansker som førte til at personen aldri leverte det gule kortet til arbeidsgiver, men tilrettelegging ble utført likevel (verifisert ved samtale med arbeidsgiver). Vi kjenner ikke til flere tilfeller hvor skjemaflyten ikke har fungert etter intensjonen, men kan ikke utelukke at det kan dreie seg om noen flere[22]. Legen skulle sende en kopi til trygdekontoret slik at første dag arbeidsevnenedsettelse kunne registreres. Dette fungerte etter intensjonen. Ved ”innveksling” av Gult kort til sykmelding skulle pasienten ta med seg ferdig utfylt skjema som bekreftelse på at tilrettelegging var umulig. Det skjedde i alle fire tilfellene.

Skjemaflyten prosjektet trengte for å samle dokumentasjon og data til bearbeiding var tyngre. Her skulle arbeidsgiver sende en kopi av ferdig utfylt, signert og datert plan til NAV trygd. Innsending av denne planen måtte i stor grad purres. Det ble purret en gang. Likevel manglet det til slutt 13 planer. 17 planer var utfylt, men man hadde glemt dato.

[22] I figur 19 hvor respondentene angir hvor mange dager det gikk før tilretteleggingen kom i gang er n 76 av totalt 85. Vi vet at 4 ble vekslet inn i sykmelding umiddelbart og at 4 aldri leverte planen til arbeidsgiver. Da mangler ett tilfelle, i tillegg til at vi ikke vet hva som skjedde i den delen av populasjonen som ikke ble intervjuet n 24.

Figur 18 viser i hvilken grad purring har vært nødvendig for å få sendt skjemaene til Trygdekontoret.

Figur 18 Purring

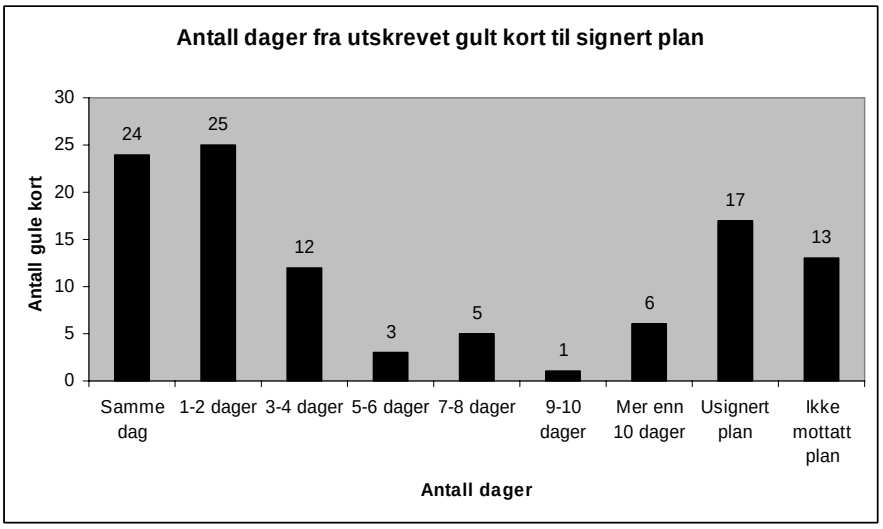


N=109

Figuren viser at Trygdekontoret i stor grad ble nødt til å purre. Om metodikken rundt Gult kort skulle bli innarbeidet i et generelt system, er det holdepunkter for at skjemaflyt vil fungere godt mellom lege, pasient, arbeidstaker og tilbake til legen, likeledes mellom lege og NAV trygd, men flyten fra arbeidsgiver til NAV trygd vil kunne bli en utfordring. Dette skyldtes trolig at denne innsendingen ikke var påkrevet for å oppfylle intensjonen med det gule kortet, men dekket "andres" (prosjektets) behov. Å etablere en god og fungerende infrastruktur for å håndtere skjemaene for Gult kort synes ikke å være en vesentlig barriere for ordningen.

Den neste figuren kan indikere hvordan det gule kortet ble fulgt opp på arbeidsplassen. Figur 19 viser hvor lang tid det gikk fra arbeidstakerne fikk Gult kort av legen, til planen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker ble signert.

Figur 19 Tid fra utskrevet Gult kort til signert plan



N=106

Figur 19 viser at en høy andel av skjemaene ble signert allerede første dag, eller i løpet av de to første dagene. Videre ser vi at kategoriene ”usignert” er relativt stor. I denne kategorien befinner det seg planer som er utarbeidet, men ikke *signert* med dato og underskrift. Tidsperspektivet fra utskriving av lege til plan mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er derfor ikke mulig å lese av disse skjemaene. Figuren indikerer likevel at flesteparten av de gule kortene blir fulgt tilstrekkelig raskt opp ute på arbeidsplassene. Data fra spørreundersøkelsen rapportert i 6.2 viser at planene faktisk ble utarbeidet svært raskt. Dette er viktig, særlig i lys av at Trygdekontoret i stor grad måtte purre for å få tilbake skjemaene. Figur 19 viser nettopp at samtalen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker har skjedd relativt raskt etter legekonsultasjon. Det ser således ut til at ordningen substansielt sett er fulgt godt opp, men det finnes altså forbedringer å gjøre i den administrative håndteringen av skjema på arbeidsplassene.

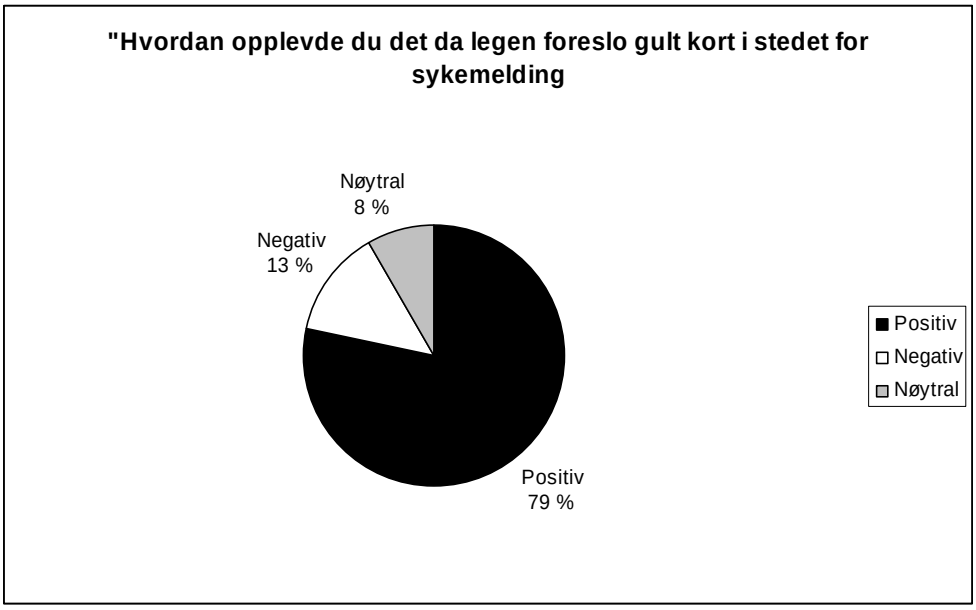
6.2 Analyser av strukturerte intervju

I det følgende presenterer vi data fra intervjuundersøkelsen. Vi viser her hvordan respondentene fordeler seg på de ulike variablene som inngår i undersøkelsen. Den strukturerte intervjuundersøkelsen har hatt som særlig siktemål å måle hva som faktisk skjedde, altså kunnskap om praktiseringen av Gult kort. I tillegg gir undersøkelsen opplysninger om hvordan arbeidstakerne har oppfattet ordningen.

6.2.1 Holdninger til Gult kort

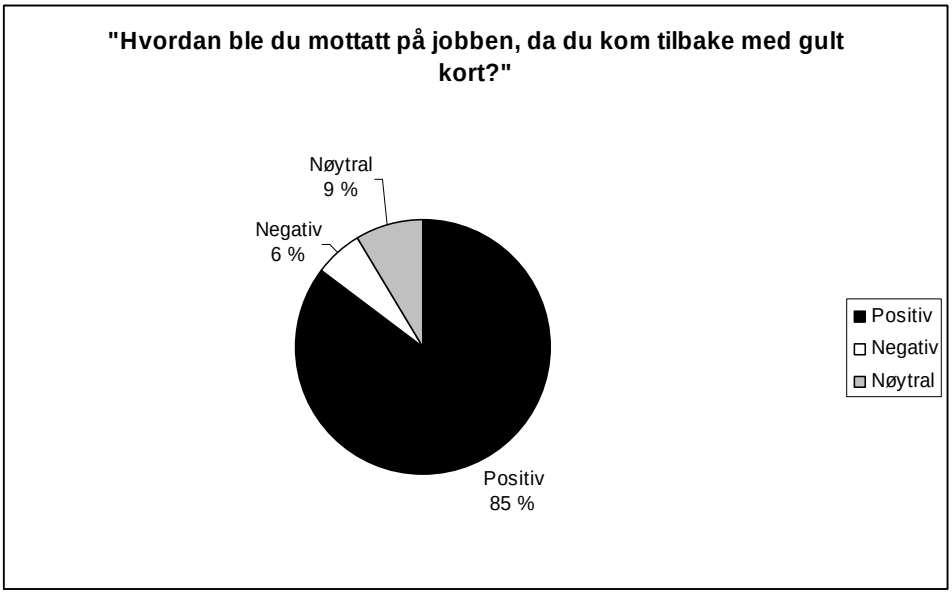
De første tre variablene vi presenterer prøver å fange opp hvordan pasienter på Gult kort har opplevd ordningen. Her har vi først bedt respondentene angi hvordan de oppfattet det, på det tidspunktet legen foreslo Gult kort, deretter hvordan de opplevde å bli mottatt på arbeidsplassen da de kom med Gult kort. Til slutt har vi bedt respondentenes gi en totalvurdering ut fra den oppfatningen de har på intervjutidspunktet; ”I ettertid, hva synes du om at du fikk Gult kort?” Samlet sett vurderer vi at disse tre variablene indikerer arbeidstakernes holdning til Gult kort.

Figur 20 Holdning til Gult kort ved førstegangskonsultasjon



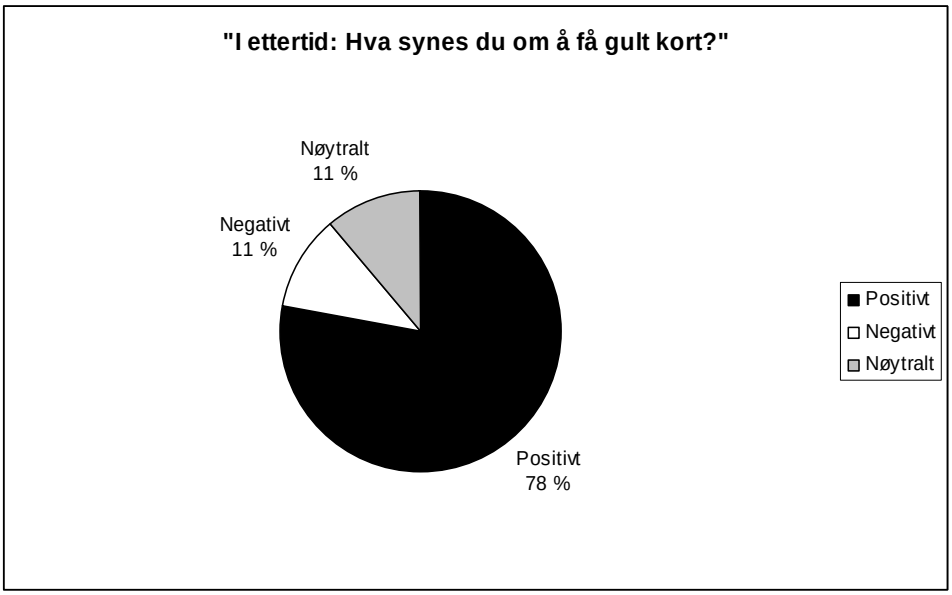
N=83

Figur 21 Mottakelse på jobben etter Gult kort



N=82

Figur 22 Holdning til Gult kort i ettertid



N= 81

Figur 20, Figur 21 og Figur 22 viser arbeidstakernes holdning til Gult kort. Vi ser at respondentene i stor grad tilkjennegir en positiv holdning til ordningen. Positive holdninger varier mellom 78 % og 85 % på de tre variablene. Forskjellene er således små. Det er likevel grunn til å spesielt understreke at svært få opplevde mottagelsen på arbeidsplassen som negativ. Dette er interessant og indikerer at dialogen på arbeidsplassen, eller holdninger hos arbeidskolleger og ledere, *ikke* er en vesentlig barriere for Gult kort. Til disse variablene kan det imidlertid reises noen metodiske innvendinger. For det første kan problemet med ”ja-siing” (som ble antydet i kapittel 5.4) være tilstede. Personer uten en klar oppfatning har en tendens til å svare bekreftende eller positivt. Videre kan det være slik at personer som i utgangspunktet er svært negativ til å få Gult kort, har reservert seg allerede på legekontoret

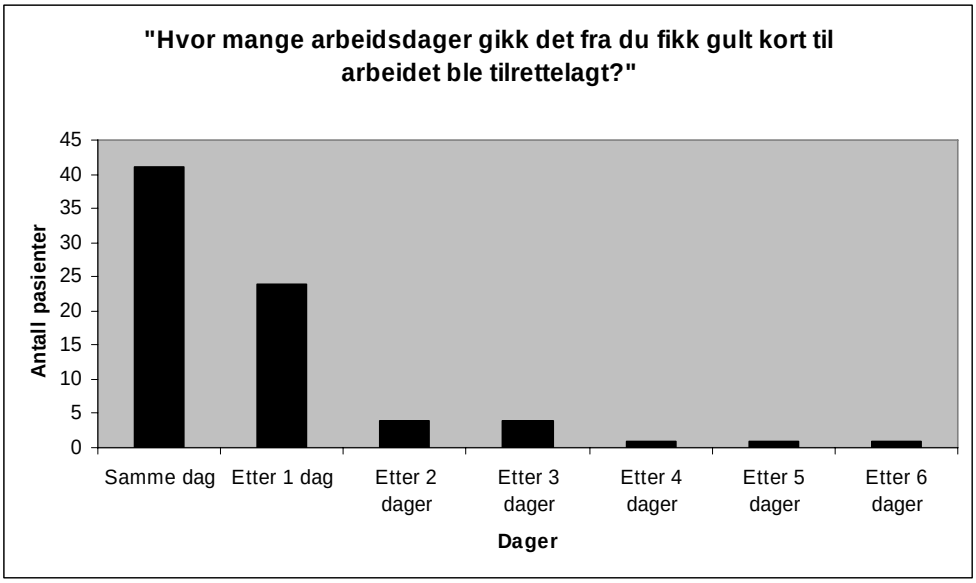
mot å få tilrettelegging via Gult kort. Slike pasienter, med negative holdninger, vil i så fall være silt ut fra materialet i utgangspunktet. Intervju med legene forteller oss at dette *har* forekommet, men at det gjelder få tilfeller. Gitt disse innvendingene, tyder likevel tallene fra disse tre variablene på at det er en positiv holdning til ordningen, fra arbeidstakersiden.

6.2.2 Praktisering av Gult kort

I spørreundersøkelsen blant pasienter på Gult kort finnes også informasjon om praktiseringen av ordningen. Vi har blant annet data om varighet på tiltakene, type tilrettelegging og typer arbeidsoppgaver.

Først skal vi se på hvor lang tid det gikk før arbeidet ble tilrettelagt i tråd med anbefalingene i det gule kortet. Figur 23 viser hvordan dette artet seg.

Figur 23 Dager fra Gult kort konsultasjon til tilrettelegging av arbeid

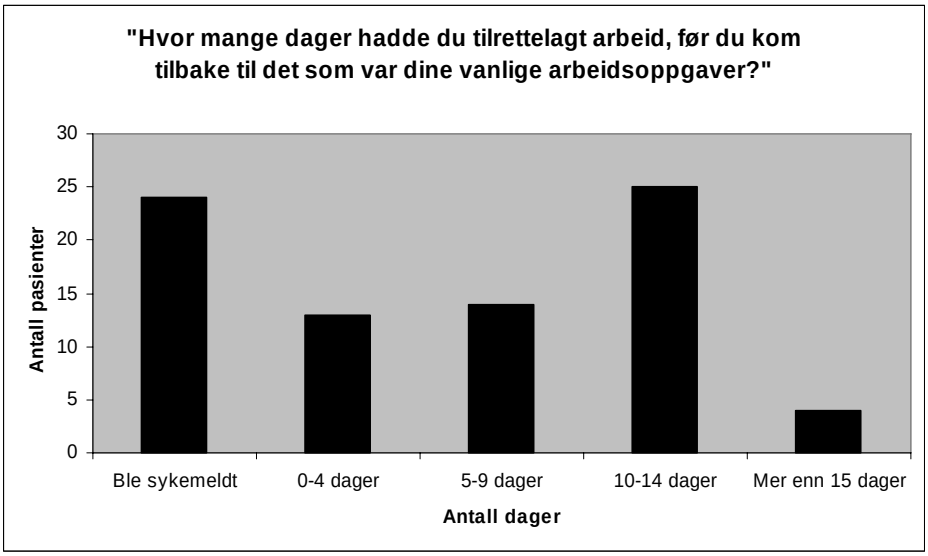


N=76

Figuren viser at over halvparten av respondentene sier de fikk tilrettelagt arbeidet samme dag som legekonsultasjonen. For 15 % av respondentene gikk det to dager eller mer før de fikk tilrettelagt arbeid i tråd med anbefalingene i Gult kort. Hovedvekten i fordelingen er mellom en og to dager, noe vi ser av et gjennomsnitt på 1,8 dager før tilrettelegging fant sted. Fordelingen i Figur 23 viser således at det gule kortet i langt de fleste tilfellene blir fulgt raskt opp – tilrettelegging skjer enten samme dag, eller dagen etter at legen skrev ut Gult kort. Dette forsterker inntrykket som ble skapt av Figur 19. Der så vi at det gikk relativt kort tid mellom legekonsultasjon og signering av plan mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Dette betyr videre at de ulike stegene i Gult kort prosessen har blitt fulgt; fra legekonsultasjon, via arbeidsplassdialog, til beslutning om tilrettelegging av arbeid. Treghet på arbeidsplassen synes således ikke å være et hinder for god praktisering av Gult kort.

Hvor lenge selve tilretteleggingen varte, kan vi ikke lese av skjematuren, men i spørreundersøkelsen får vi oppgitt varigheten av hver enkelt respondent.

Figur 24 Antall dager med tilrettelagt arbeid

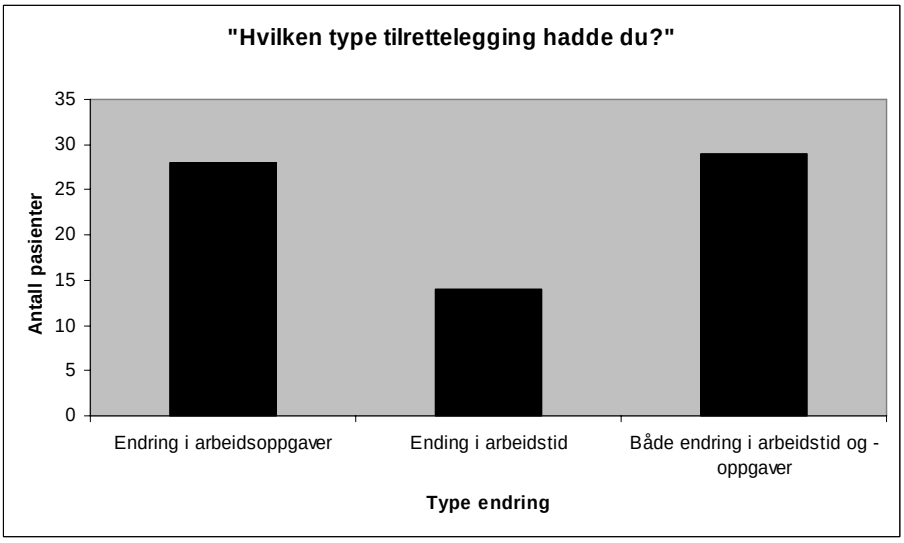


N= 80

Figur 24 viser en forholdsvis jevn fordeling på de ulike verdiene. Vi ser at om lag ¼ av de intervjuede pasientene etter hvert gikk over i en sykemelding etter en periode med tilrettelagt arbeid. Videre ser vi at respondentene i stor grad fordeler seg utover en periode på 0 -15 dager med tilrettelagt arbeid. Få har hatt tilrettelagt arbeid utover de første 14 dagene, og vi ser at hovedvekten av respondentene har hatt tilrettelagt arbeid i om lag 14 dager. Vi drøfter denne lengden i forhold til alternativet, nemlig sykmelding, i 6.3 der vi ser på effekter knyttet til nærvær og produktivitet.

I tillegg til varigheten på Gult kort-tiltakene, er respondentene bedt om å angi hvilken *type* tilrettelegging som ble gjennomført i perioden med Gult kort. Her er bare ett svaralternativ mulig. Resultatene er oppsummert i figuren under:

Figur 25 Type tilretteleggingstiltak

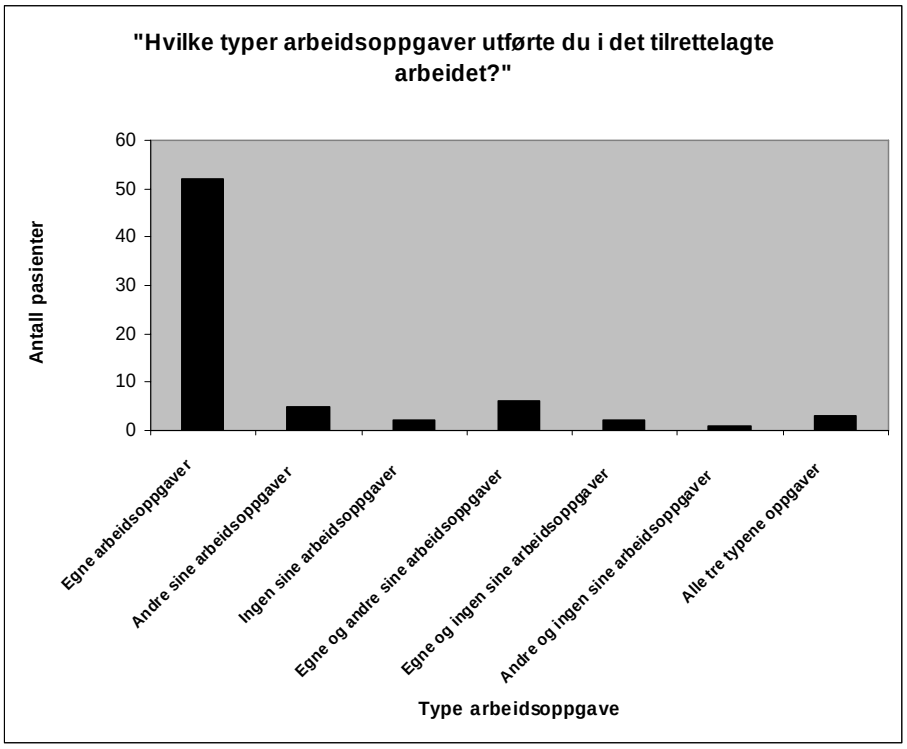


N= 71

Figur 25 gir en enkel oversikt over hvordan tilretteleggingen rundt om på arbeidsplassene har vært for pasientene på Gult kort. Verdiene på denne variabelen er enkle og skiller mellom endring i arbeidsoppgaver, endring i arbeidstid eller *begge* disse typene tiltak. Vi ser at det vanligste er å ha en kombinasjon av arbeidsoppgaver og arbeidstid. Av respondentene som har svart oppgir om lag 80 % å ha hatt endring i arbeidsoppgaver eller arbeidsoppgaver *og* arbeidstid. Endring i *bare* arbeidstid er i mindre grad brukt som tilretteleggingstiltak. Således ser vi at det er selve arbeidsoppgavene som i størst grad er gjenstand for endring.

Det neste spørsmålet i spørreundersøkelsen forsøker å nyansere spørsmålet om *arbeidsoppgaver*. Her er det spurt om hvilke *type* arbeidsoppgaver som er utført i Gult kort-perioden. Figur 26 presenterer resultatene fra dette spørsmålet.

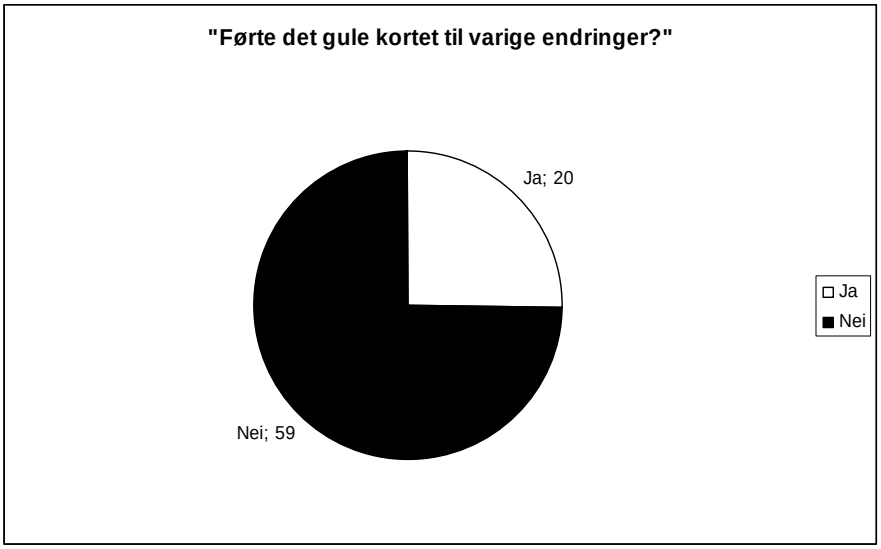
Figur 26 Type arbeidsoppgaver i Gult kort perioden



N=71

Variabelen som er presentert i figuren over har tre *hovedkategorier*; ”egne arbeidsoppgaver,” ”andre sine arbeidsoppgaver,” og ”ingen sine arbeidsoppgaver.” Det sentrale i denne fordelingen er at langt de fleste gjennomførte egne arbeidsoppgaver i Gult kort perioden. Et lite mindretall utførte andre sine oppgaver, mens svært få gjorde oppgaver som var ”konstruert” for tilfellet (”ingen sine arbeidsoppgaver”). Ser vi fordelingene i Figur 25 og Figur 26 i sammenheng, tegner det seg opp et interessant bilde, nettopp fordi de fleste respondentene oppgir endring i arbeidsoppgaver som viktigste tiltak, *samtidig* som de forsetter å gjøre sine egne oppgaver i perioden. En rimelig tolking av dette er at tiltakene og tilretteleggingen består av *mindre* justeringer i det vanlige arbeidet. Dette drøftes videre under 6.3 der vi ser på effekter knyttet til nærvær og produktivitet

Figur 27 Varige endringer av Gult kort



N=79

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen av pasienter på Gult kort, ble det spurt om respondentene opplevde at det gule kortet førte til varige endringer i arbeidsoppgaver. Spørsmålet er relativt åpent, men er presisert til å gjelde *arbeidsoppgaver.* Det er således ikke endringer i arbeidsmiljø, kommunikasjonsmønstre etc. som er forsøkt målt i denne variabelen. Som vi ser av Figur 27 svarer ¾ av respondentene at det ikke har ført til varige endringer i arbeidsoppgaver. Likevel er det en ikke ubetydelig andel (¼) som opplyser at Gult kort *har* ført til varige endringer. At hver fjerde respondent svarer at ordningen har ført til varige endringer i arbeidsoppgaver er en indikasjon på at en arbeidsplassdialog knyttet til et Gult kort kan initiere varige effekter.

Denne variabelen er en av spørreundersøkelsens viktigste, fordi den sier noe om varige endringer av ordningen. Spørsmålet om slike endringer på arbeidsplassene er et av evalueringens hovedanliggende. Vi vil derfor se hvordan fordelingen er på denne variabelen for tre ulike bakgrunnsvariabler; IA-tilknytning, diagnose og kjønn, vist i *Tabell 5*, *Tabell 6* og *Tabell 7*

Tabell 5 Varige endringer i forhold til IA-tilnytning, i prosent

	Varige endringer	Ikke varige endringer
IA-bedrift	25 %	75 %
Ikke IA-bedrift	26 %	74 %

Tabell 6 Varige endringer i forhold til diagnose, i prosent

	Varige endringer	Ikke varige endringer
Muskel-skjelett	22 %	78 %
Alle andre diagnoser	30 %	70 %

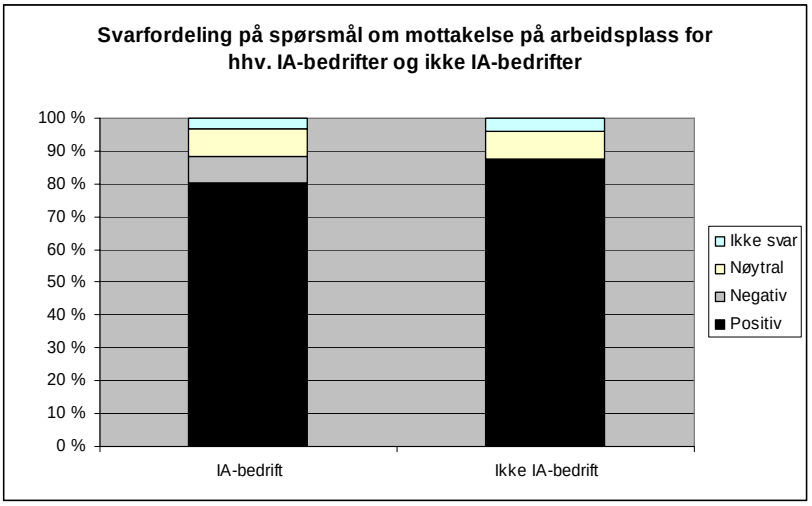
Tabell 7 Varige endringer i forhold til kjønn, i prosent

	Varige endringer	Ikke varige endringer
Kvinner	29 %	71 %
Menn	19 %	81 %

De presenterte tabellene kan gi signal om sammenhengene mellom noen viktige bakgrunnsvariabler og spørsmålet om arbeidstakerne har opplevd varige endringer som følge av Gult kort. Her må det understrekes at materialet er for lite til at dette gir oss robuste sammenhenger, som kan testes i statistisk forstand. Tallene må anses som indikasjoner på *mulige* sammenhenger, samtidig som det antyder forhold som er vesentlig å dykke dypere inn i det kvalitative datamaterialet.

Det vi kan trekke ut av tabellene er at IA-tilknytning *ikke* ser ut til å ha noen effekt på om man får til varige endringer på arbeidsplassene etter Gult kort. Like stor andel arbeidstakere med IA-tilknytning som uten, opplyser at Gult kort har ført til varige endringer i arbeidsoppgaver. Figur 28 viser på mange måter den samme tendensen. Her ser vi at det i liten grad er forskjell på hvordan arbeidstakerne opplever å komme tilbake på jobb med Gult kort for henholdsvis IA- og ikke IA-bedrifter. Dette må tolkes med varsomhet. Det er heftet usikkerhet ved tallene, og sammenligningen er ikke robust nok til å si noe *generelt* om forholdet IA- ikke IA. Et annet aspekt er at vi i gjennomgangen av de kvalitative dataene i kapittel 7 nettopp diskuterer om tilretteleggingsarbeidet har fungert best i de bedrifter som har et oppegående oppfølgingssystem og god kommunikasjon i hverdagen. Dette er oftest IA bedrifter. Det er godt mulig at tilrettelegging i moderat grad, er mer en del av de normale og daglige rutinene i en IA bedrift, enn i andre bedrifter, og at ansatte i IA bedrifter som får små varige endringer knyttet til et Gult kort, ser dette som en del av det vanlige arbeid i større grad enn de som kommer fra bedrifter uten IA avtale. Dette kan være en mulig forklaring på den manglende forskjellen på respondentenes angivelse av varige endringer. Det er også mulig at det individuelle tilretteleggingspotensialet i IA bedrifter i større grad er tatt ut *før sykdomstilfellet* nettopp på grunn av IA arbeidet.

Figur 28 Mottakelse på arbeidsplass for personer som arbeider i IA-bedrifter, og personer som ikke arbeider i IA-bedrifter



Fordelingene er noe annerledes for variablene diagnose og kjønn. Her finner vi at en større andel kvinner enn menn opplyser at Gult kort har ført til varige endringer. Likeledes observerer vi at personer med diagnosen ”muskel-skjelett” i mindre grad enn personer med andre diagnoser opplever varige endringer i arbeidsoppgaver etter Gult kort. Dette *kan* tyde på at menn i mindre grad enn kvinner bruker Gult kort til å få varige endringer på arbeidsplassen. Diagnosen ”muskel-skjelett” ser også ut til å være vanskelig med tanke på varige effekter.

6.2.3 Data om pasienter som gikk over i sykemelding

Analyser av effekter på sykmelding kommer i 6.3, men i det følgende presenteres data som angår de av respondentene i spørreundersøkelsen som opplyser at de i løpet av Gult kort-perioden gikk over i en tradisjonell sykemelding. Vi skal se nærmere på denne gruppen, og presenterer tall som kan gi svar på hva som var de viktigste årsakene til sykemelding, hvor lang tid gikk det før Gult kort gikk over i ”vanlig” sykemelding, og hvordan man opplevde Gult kort?

Antallet av de 85 respondentene som svarer at de gikk over i tradisjonell sykemelding varierer noe i forhold til hvilke spørsmål som er stilt. På noen spørsmål er det 25 personer som oppgir å ha gått ut sykemelding, på andre spørsmål er det 27 personer som oppgir det samme. Forskjellen kan bero på at ulik tolking av spørsmålene, med tanke på om sykemeldingen kom i *etterkant* eller *i løpet av* Gult kort tilretteleggingen. På grunn av dette opplyser vi totaltallet svar i tabellene som omhandler sykemeldte.

Tabell 8 Sykemeldingsårsak

Årsak til sykemelding	Frekvens	Prosent
Forverring	16	61,5
Planlagt behandling	1	3,9
Jobbårsak	9	34,6
Totalt	26	100

Tabell 8 oppsummerer svarene på spørsmålet *Om du ble sykemeldt, hva var årsaken til det?* Av tabellen ser vi at det er 26 respondenter som oppgir å ha blitt sykemeldt i løpet av Gult kort perioden. Her er det videre *forverring av situasjonen* som er den mest hyppige årsaken med 16 svar.

Tabell 9 Dager med Gult kort før full sykemelding

Dager på Gult kort	Frekvens	Prosent
0-3 dager	5	18,5
4-7 dager	7	25,9
8-11 dager	4	14,8
12-15 dager	4	14,8
16 dager	7	25,9
Totalt	27	100,0

Tabell 9 viser fordelingen på spørsmålet: *Dersom det gule kortet førte til en sykemelding, hvor mange dager i perioden med Gult kort tok det før du mottok sykmelding?* Her ser vi at antallet

som svarer at de blir sykemeldt er 27. Videre er ser vi at respondentene fordeler seg jevnt utover tidsaksen. Det vi likevel legger merke til at er en stor andel oppgir at de ble sykemeldte ved utgangen av Gult kort perioden. Respondentene har således gjennomført en periode på 16 dager med tilrettelegging i tråd med Gult kort.

Til sist ble respondentene som gikk over i sykmelding stilt spørsmål om de mener at Gult kort hadde påvirkning på sykemeldingen til vedkommende, og om dette var i positiv eller negativ lei. Resultatene er oppsummert i Tabell 10.

Tabell 10 Gult korts påvirkning på sykemelding

Gult korts påvirkning	Frekvens	Prosent
Positivt	1	3,8
Negativ	6	23,1
Ingen	19	73,1
Total	26	100,0

Tabell 10 viser fordelingen på spørsmålet: *Tror du at aktiviteten din gjennom Gult kort hadde noen innverkning på sykemeldingslengden?* Tabellen er interessant fordi den både antyder noe om treffsikkerheten av legens vurdering om at aktivitet ikke er ”skadelig” eller sykdomsforlengende, og hvordan tilretteleggingen fungerte på arbeidsplassen. Om det i disse tilfellene kan sies å være feil medisinsk indikasjon, feil tilrettelegging eller annen årsak kan vi ikke si noe om. Langt de fleste av respondentene som ble sykemeldte etter å ha hatt en tilrettelegging ved Gult kort, svarer at dette *ikke* hadde noen innverkning på selve utfallet – sykemeldingen. Det er likevel slik at 6 av respondentene som fikk sykemelding, mener at Gult kort hadde en negativ innverkning på sykemeldingsforløpet.

6.3 Effekter på sykefravær

Effekter på sykefravær rapporteres i to deler. Først begrunnes omfanget av Gult kort intervensjon i forhold til inngangspopulasjonen. Med andre ord hvor stor andel av de som blir sykmeldt ble inkludert til Gult kort intervensjon eller kontroll. Her gjøres også en vurdering av potensialet for Gult kort. Deretter sammenliknes data fra intervensjons- og kontrollgruppa med hensyn på sykefravær og nærvær/potensiale for produktivitet. Vi drøfter også det vi vet om ”selvangitt” produktivitet i intervensjonsgruppa i forhold til kontrollgruppa.

6.3.1 Omfanget av Gult kort inklusjoner i forhold til inngangspopulasjonen

Inngangspopulasjonen, var som vi husker, ansatte i bedrifter med adresse i Flora kommune, som søkte lege ved Legegruppa SMS i perioden 01.09.04 – 31.12.05, og tilfredstilte kravet til å bli sykmeldt. Hvor stor andel av inngangspopulasjonen ble *faktisk* inkludert til Gult kort?
Hvor stor andel av inngangspopulasjonen *kunne ha vært* inkludert til Gult kort?
For å kunne svare på disse spørsmålene må vi vite både teller og nevner i regnestykket.
Andel inkludert i Gult kort = teller/ nevner

Andel inkludert i Gult kort = antall inkluderte til intervensjon eller kontroll i prosjektperioden / Estimat for inngangspopulasjonen, eller nye sykmeldingstilfeller fra legegruppa SMS for personer som arbeider i bedrift i Flora i prosjektperioden.

Andel inkluderte i Gult kort = 248 / 3 494 = 0,071 = 7,1 %

Nevner: Nevneren består av antall nye sykmeldingstilfeller, med de beskrevne kriterier, i prosjektperioden. Å finne et direkte uttrykk for nevneren i brøken viste seg vanskeligere enn først antatt. Dette skyldtes blant annet dårlig oppdaterte registre over arbeidsgivers postadresse. I vanlig sykefraværsstatistikk er kommuneoversikter basert på bostedskommune, ikke arbeidsplassens beliggenhet. Kilden som ble benyttet for finne et utrykk for nevneren var Legegruppa SMS sin Win-Med journaldatabase. Denne inneholder data om sykmelding. Her kunne en søke på legens registrering av "ny sykmelding"- at valg som foretas før blanketten kommer opp på skjermbildet for legens utfylling av felt. Vi gjorde et søk på antall "ny sykmelding" for hele Win-Med databasen ved Legegruppa SMS i prosjektperioden.
I dette søket fant vi 4 274 tilfeller.

Dette er likevel ikke inngangspopulasjonen. Når en lege ved Legegruppa SMS skal forlenge en sykmelding startet av en lege utenfor Legegruppa SMS, eksempelvis en sykehuslege eller allmennlege i annen kommune, må han av tekniske grunner velge "ny sykmelding" for å få korrekt skjermbilde opp[23]. Disse tilfellene hører ikke til inngangspopulasjonen fordi de ikke er vurdert av forsøkslegene fra starten av sykmeldingsforløpet og må komme til fradrag. Spørsmålet er, hvor stort blir dette fradraget? Vi kan bare estimere dette fradraget og vil begrunne vårt estimat. I et materiale fra 1993 som omfattet *alle*[24] nye sykmeldinger på personer bosatt i Flora var det for 772 tilfeller skrevet 1451 blanketter (inkluderer altså forlengelser). Av de 772 nye tilfeller var 619 skrevet av allmennlege i Flora, 101 skrevet av sykehuslege fra lokalsykehus og 52 av andre leger (allmennleger utenfor kommunen eller sykehusleger utenom lokalsykehus).

Med andre ord stod de lokale allmennleger for 80 % av sykmeldingene på personer med bosted Flora kommune. Vårt tall på 4 274 skal imidlertid ikke reduseres med 20 %, fordi en del av de som sykmeldes av andre leger blir friske uten å få forlengelse ved legegruppa SMS. De blir aldri registrert som "ny sykmelding" ved legegruppa SMS. Vi anslår dette på skjønn til å dreie seg om halvparten. Reduksjonen blir dermed 10 % eller 427 tilfeller.
En liten andel av sykmeldinger som er skrevet ved Legegruppa SMS dreier seg om arbeidsforhold i bedrifter utenfor Flora, altså utenfor inngangspopulasjonen. Vi anslår dette til å være om lag 10 % av tilfellene. 427 kommer til fradrag på grunn av arbeidssted utenfor Flora. Tilfeller Gult kort som ikke ble til sykmelding må legges til i nevner. Det dreier seg om 74 tilfeller som kommer i tillegg.

Beregning av inngangspopulasjon:

[23] Velger han det andre alternativet "forlengelse" så vil journalprogrammet forlenge den forrige registrerte sykmelding skrevet ut ved Legegruppa SMS og tar dermed opp et skjermbilde som blir feil.
[24] Alle nye registrert inn til Flora trygdekontor

Nye tilfeller Legegruppa SMS = 4 274
- første forlengelser fra andre = 427
- arbeidssted utenfor Flora = 427
+ Gult kort uten sykmelding = 74

Estimat inngangspopulasjon = 3 494

Teller: I vårt materiale er telleren summen av Gult kort intervensjon og kontroll i prosjektperioden, 248.

6.3.2 Potensialet for Gult kort inklusjoner i forhold til inngangspopulasjonen

Hvordan skal vi oppfatte at 248 ble inkludert? Er potensialet for gule kort nådd med dette tallet? Det ser ikke slik ut for oss. Vi baserer det på den store variasjon fra lege til lege, og periode til periode. Det burde være slik at antallet gule kort var noenlunde likt mellom lege per tidsenhet og totalt sett per tidsenhet. Når vi vurderer tallet gule kort per lege må vi betenke at ikke alle har vært i aktivitet i hele perioden. Det er ti allmennleger i aktivitet til enhver tid ved Legegruppa SMS.

Estimert mulig andel Gult kort = Estimert mulige antall inkluderte i prosjektperioden / Estimat for inngangspopulasjonen, eller nye sykmeldingstilfeller fra legegruppa SMS for personer som arbeider i bedrift i Flora i prosjektperioden.

Estimert mulig andel Gult kort = 448 / 3 494 = 0,128 =12,8 %

Ser vi på antall inklusjoner pr måned var variasjonen mellom 14 til 4 inklusjoner til ekte Gult kort – det vil si 28 til 8 inklusjoner når kontrollgruppa er talt med, slik de vil være i en hverdagssituasjon uten randomisering. Om vi går ut fra at det høyeste månedstallet representerer potensialet blir regnestykket 28 x 16 måneder = 448.
Ser vi på inklusjoner per lege som var aktiv i hele registreringsperioden, finner vi at de to som har inkludert flest har om lag 45 tilfeller hver. 45 : 16 = 2,8 tilfeller pr mnd. 10 leger x 2,8 = 28 pr mnd i 16 måneder = 448

Når vi ser på månedsvariasjonen i inklusjon er det trolig at de leger med størst inklusjon også ha hatt en periodisk variasjon under potensialet.

Vi konkluderer med at potensialet for inklusjon har vært 450 tilfeller. Den faktiske inklusjon ble 248 tilfeller (139 intervensjon+109 kontroll). Det ble altså inkludert om lag 55 % av det teoretiske potensialet for inklusjon.

6.3.3 Forskjeller i på sykefravær, aktivitet og produktivitet

Tre hovedspørsmål drøftes gjennom sammenligninger av intervensjons- og kontrollgruppa. Det er nødvendig å se de tre spørsmålene i sammenheng, men av didaktiske grunner drøfter vi dem først hver for seg.

- Bidrar Gult kort til å *unngå* sykmelding?
- Bidrar Gult kort til å *øke nærvær* og dermed potensialet for produktivitet?
- Bidrar Gult kort til å *øke produktivitet*

Hvorfor er det interessant å se på Gult korts bidrag til å unngå "legesykmelding"? Betydningen av et slikt mål har vært vektlagt på flere andre områder. Å få til en arbeidsplassdialog med et funksjonsfokus og en tilrettelegging, som gjør det unødvendig å bli sykmeldt, har vært en prioritert oppgave hos IA- virksomhetene. Myndighetene har bidratt med kompetanse, verktøy og økonomiske tiltak[25]. Dette skulle bidra til å oppfylle første delmål i IA avtalen[26]. I IA- arbeidet ønsket man også at ansattes uttak av egenmeldinger skulle øke på bekostning av legemeldt sykefravær. I henhold til det ble antall egenmeldingsdager økt og uttaket gjort mer fleksibelt[27]. I sammenheng med lovendringen 01.07.04 ble det i forarbeidene diskutert å gjøre uttak av egenmelding obligatorisk (før legemelding), så det er ikke tvil om at partene har oppfattet det fordelaktig å unngå legemeldt fravær. Slik vi oppfatter det er fokuset på økt bruk av egenmelding begrunnet i at et ordinært sykmeldingsløp i *seg selv* kan virke forlengende, og at leger oppfattes å ha en tendens til sjablongmessig dosering av sykmelding som kan gjøres bedre av en selv. Fra før vet vi at aktive sykmeldinger ble så lange at lovendring måtte til. Mye tyder på at graderte sykmeldinger også blir lengre enn strengt nødvendig. Alle synes enige om at passive sykmeldinger skal unngås der hvor det er mulig. Ut fra disse argumenter er det interessant å drøfte i hvilken grad Gult kort bidro til at sykmelding *helt* kunne unngås. Vi må likevel understreke at dette spørsmålet må sees i lys av om Gult kort bidro til *økt* nærvær. Graderte og aktive sykmeldinger gir også nærvær og aktivitet. Derfor må den tilretteleggingen som følger av Gult kort sammenliknes med den aktivitet som oppnås *innenfor* sykmelding. Dette drøfter vi gjennom det andre hovedspørsmålet. Nærværet gir en mulighet for produktivitet, men er ingen *garanti* for produktivitet, derfor drøfter vi produktivitet i det tredje hovedspørsmålet.

Målgruppen for Gult kort var de korte funksjonsnedsettelsene. Med det mener vi de tilfellene hvor legen så det sannsynlig at pasienten var tilbake i full funksjon før arbeidsgiverperioden gikk ut, og at pasienten dermed ikke ville bli sykmeldt etter arbeidsgiverperioden. I en andel av populasjonen ble det som ventet nødvendig med tiltak (sykmelding) også etter 16 dager (ble ikke så raskt friske som antatt, eller forløpet tok en negativ vending). Vi drøfter hele populasjonen, uansett lengde på tiltak, under ett. På de spørsmål hvor det finnes datagrunnlag for å belyse svar, gjør vi en egen drøfting for den delen av populasjonen som kom i vanlig arbeid etter arbeidsgiverperioden.

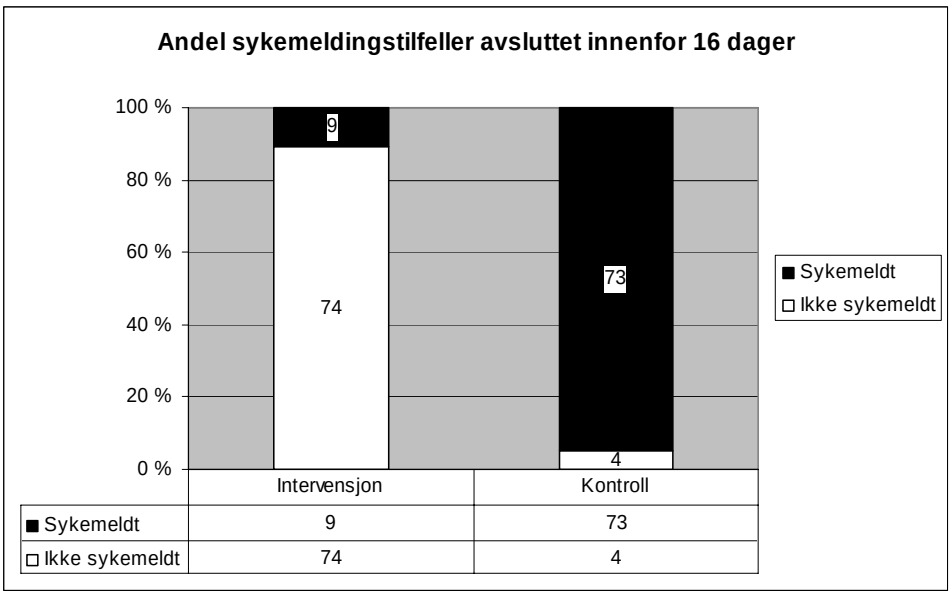
6.3.3.1 Bidrar Gult kort til å unngå sykmelding?

For tilfeller avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden blir 1 av 10 i intervensjonsgruppa sykmeldt, mens i kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt. For hele populasjonen ser vi at omlag 1 av 3 blir sykmeldt i intervensjonsgruppa, mens i kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt.

Figur 29 og *Figur 30* viser forholdet mellom intervensjons- og kontrollgruppen med tanke på sykemelding. Om vi sammenligner de som *aldri får en sykmelding* (i figuren: ikke sm) med de som får en *sykmeldin*g (i figuren: sykmeldt) viser det seg at Gult kort senker andelen sykmeldte i forhold til kontroll, både for tiltak avsluttet innenfor 16 dager (*Figur 29*) og for de med behov som strekker seg lengre (*Figur 30*).

For de tilfellene som avsluttes innenfor 16 dagersperioden er tallene slik. 11 % i intervensjonsgruppa får en sykmelding, enten fordi det ikke lot seg gjøre å finne tilrettelegging, eller fordi tilretteleggingen måtte avbrytes, mens 89 % ikke blir sykmeldt i det hele tatt. For kontrollgruppa er det helt annerledes. 95 % får en sykmelding, mens 5 % ikke får noen sykmelding i det hele tatt. Grovt sett kan vi si at 1 av 10 blir sykmeldt i intervensjonsgruppa, mens i kontrollgruppa blir mer enn 19 av 20 sykmeldt.

Figur 29 Sykemeldingstilfeller avsluttet innenfor 16 dager, sammenligning intervensjons- og kontrollgruppen



Hvorfor er det så store forskjeller innefor arbeidsgiverperioden? Vanligvis vil en tenke seg at tiltak velges etter hvor stor arbeidsevne som finnes. Tiltakene velges etter en algoritme som er presisert i lovendringen av 01.07.04, og eksempelvis finnes på baksiden av Gult kort. Først vurderes tilrettelegging uten sykmelding, deretter gradering av sykmelding i forkjellige grader, så aktiv sykmelding og til slutt full sykmelding. Med et system som Gult kort *forsvinner* algoritmen innenfor arbeidsgiverperioden. I praksis velges det mellom to alternativer, tilrettelegging uten sykmelding eller full sykmelding[28]. Fordi arbeidsgiver betaler lønn i arbeidsgiverperiodens 16 dager er det her de største incentiver for tilrettelegging finnes. Alt den syke produserer, hvor lite det er, blir en gevinst sammenliknet med at den syke er hjemme[29]. Ut fra en økonomisk vurdering burde altså enhver tilrettelegging være en bedre løsning enn full sykmelding. Det finnes imidlertid en økonomisk risiko som kan representere

[28] Under planleggingen av Gult kort var vi ikke oppmerksomme på styrken i denne effekten, så Gult kort algoritmens andre elementer – gradering og aktiv sykmelding (baksiden) kommer stort sett til uttrykk hvor det er fritak for arbeidsgiveransvar og ved forlenginger som strekker seg ut over 16 dager.

[29] Unntak om pasienten har fritak for arbeidsgivers sykepengeansvar ved sykdom eller ved graviditet hvor sykepenger i arbeidsgiverperioden kan refunderes etter søknad. En av de 4 som ikke fikk tilrettelegging i utgangspunktet var en person med et slikt unntak.

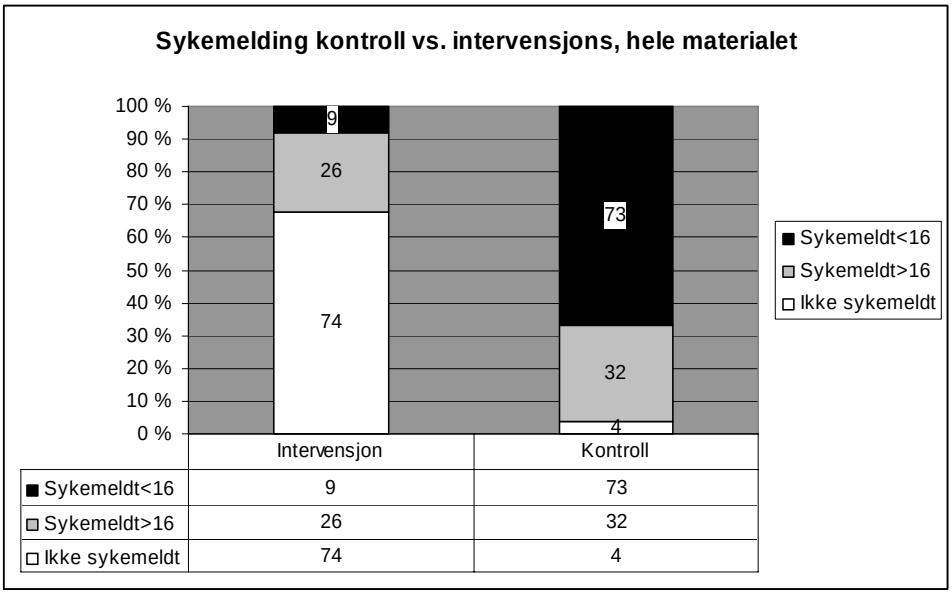
en motkraft for tilrettelegging uten sykmelding. En tilrettelegging kan innebære betydelig nedsatt produktivitet, kanskje i så stor grad at vikar må leies inn. Skulle den ansatte likevel ende i en sykmelding etter tilretteleggingen, eller tilretteleggingen varer lengre enn de første 16 dager, må arbeidsgiver betale lønn i den arbeidsgiverperioden som følger. Dette til tross for hans "gode vilje og innsats". Dette kan oppfattes som en risiko og blir dermed en barriere for tilrettelegging *uten sykmelding*[30]. Gradert eller aktiv sykmelding under en tilretteleggingsperiode fjerner risikoen for en "ny" arbeidsgiverperiode om tilstanden forverres eller strekker seg ut over 16 dager. Dette skaper et incentiv for sykmelding som ikke finnes ved Gult kort[31]. Fordi dato for Gult kort samsvarer med datoen hvor en lege har bekreftet nedsatt arbeidsevne (med tilsvarende "tyngde" som ved en sykmelding), så blir tilretteleggingen uten risiko for "ny" arbeidsgiverperiode. Blir tilretteleggingen avbrutt til en full sykmelding, eller varer lengre enn arbeidsgiverperioden, så settes sykmeldingens start til dato for Gult kort, med andre ord dato for nedsatt arbeidsevne. Med tilrettelegging under Gult kort er det derfor ikke lengre noe poeng for arbeidsgiver at aktiviteten doseres gjennom sykmeldingstype, eller grad, *før man når dag 16*. Derfor benyttes heller ikke sykmelding av noen type hos ni av ti som gjenvinner sin funksjon innenfor arbeidsgiverperioden. Hvorfor er det da 9 tilfeller med sykmelding innefor arbeidsgiverperioden, selv om de går tilbake i vanlig arbeid innenfor samme periode? Det dreier seg om tre tilfeller der det økonomiske incentivet for tilrettelegging uten sykmelding er endret, ett ved arbeidsgiverfritak for sykepengeansvar og to tilfeller ved graviditet hvor sykepenger kan refunderes[32]. De øvrige seks tilfeller dreier seg om pasienter som ikke har fått tilrettelegging eller har måttet avbryte tilretteleggingen. De har gått til lege for å få dette bekreftet med en sykmelding. Vi har spurt oss om dette tallet på sykmelding innenfor arbeidsgiverperioden skulle ha vært høyere? At det ble lavt nettopp pga det manglende incentiv for å be om sykmelding i arbeidsgiverperioden? Man kunne tenke seg at pasienten måtte bryte av tilretteleggingen, men hadde en klar formening om å bli frisk i løpet av noen dager, og derfor ikke så noen grunn til å gå til lege for å bli sykmeldt (arbeidsgiver betaler jo uansett). Vi mener på bakgrunn av intervjuene med intervensjonsgruppa å kunne avkrefte at dette skjedde i noen betydelig grad. Når vi ser på tidspunktene for avbrudd til sykmelding, finner vi dem stort sette innenfor arbeidsgiverperioden, og på forskjellig tidspunkt. Pasienter som må avbryte tilretteleggingen synes dermed å gå til lege for å få sykmelding på det tidspunktet hvor avbrudd skjer.

Når dato for Gult kort, og dermed start av tilrettelegging, likestilles med en sykmeldingsdato, forsvinner det meste av planlagte sykmeldinger (uansett type) innenfor arbeidsgiverperioden. Unntak er tilfeller hvor det er arbeidsgiverfritak for sykepenger eller behov for avbrudd av tilrettelegging.

[30] I IA - arbeidet har man forsøkt å bryte ned barrieren gjennom holdningsskapende arbeid og ved bruk av tilretteleggingstilskudd.
[31] Om dette skal oppfattes som en positiv effekt er avhengig av hvordan en vurderer tilrettelegging uten sykmelding i forhold til gradert sykmelding.
[32] Etter søknad for arbeidsgiverperioden.

Inkluderer vi også de som blir sykmeldt over 16 dager, altså *hele* materialet (*Figur 30*), blir tallene slik: 32 % i intervensjonsgruppa blir sykmeldt, mens 68 % aldri er sykmeldt. I kontrollgruppa blir 96 % sykmeldt, mens 4 % aldri får en sykmelding. Grovt sett kan vi si at 1 av 3 blir sykmeldt i intervensjonsgruppa, mens i kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt.

Figur 30 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, sykemelding



	Intervensjon	Kontroll
Sykemeldt<16	9	73
Sykemeldt>16	26	32
Ikke sykemeldt	74	4

Etter arbeidsgiverperioden blir arbeidstakers lønn kompensert gjennom trygdesystemets refusjon av sykepenger. På dette tidspunktet oppstår det et økonomisk incentiv til å synliggjøre reduksjonen i produktiv evne gjennom en sykmelding. Om produktiviteten er veldig lav, skrives det en full sykmelding eller aktiv sykmelding, om produktiviteten er større kanskje en gradert sykmelding. På denne måten får arbeidsgiver dekket noe av det tapet (kompensasjon av lønn) som følger med en arbeidstaker som ikke greier å produsere det han skal. Som vi før har vist, så starter ca. ¼ av sykemeldingene i intervensjonsgruppa[33] ved arbeidsgiverperiodens slutt (på dag 16). Det er derfor rimelig å tro at 25 % av de som blir sykmeldt i intervensjonsgruppa blir sykmeldt på grunn av økonomisk incentiv ved arbeidsgiverperiodens slutt, men likevel som en forlengelse av tilretteleggingstiltaket i Gult kort.

Disse tilrettelegginger kan ikke sies å være mislykket, men har altså blitt lengre enn forutsatt[34]. Fra analyser av legens påskrift av tidsanslag vet vi at det i to tilfeller har vært skrevet Gult kort selv om legen så at behovet for tilrettelegging ville vare lengre enn 16 dager.

6.3.3.2 Bidrar Gult kort til å øke nærvær?

Vi har begrunnet hvorfor en presentasjon av forskjeller i sykmelding mellom intervensjon og kontroll, uten å differensiere om sykmeldingen innebærer aktive tiltak og nærvær, ville være en urettferdig sammenlikning. Særlig med en sykelønnsordning som i stor grad har definert gradert- og aktiv sykmelding, som positive nærværs- og aktivitetsskapende tiltak. I en slik

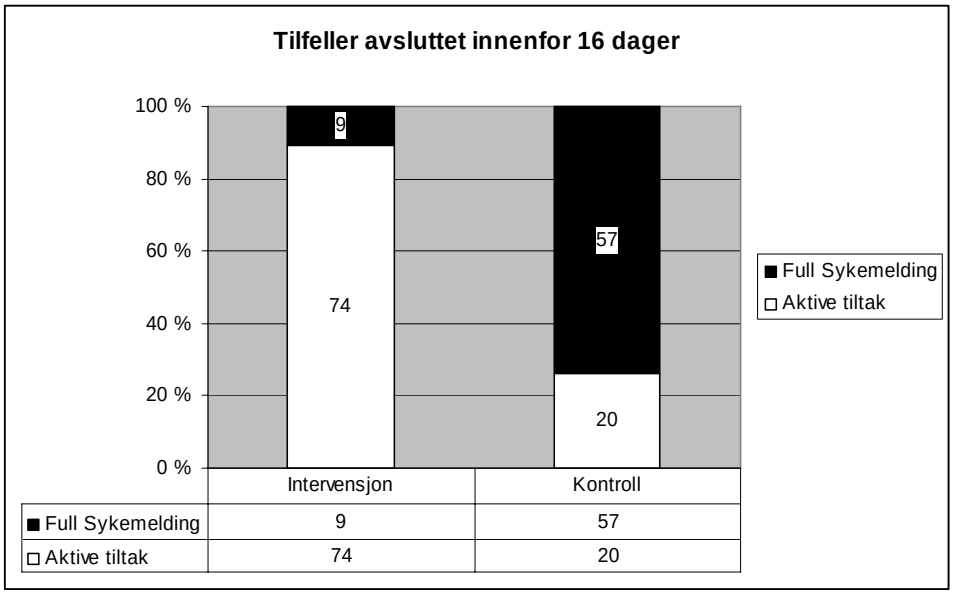
[33] Tallene her referer til den strukturerte intervjuundersøkelsen, og spørsmålet: ”om du ble sykemeldt, hvor mange dager i perioden med Gult kort gikk det før du mottok sykemelding?”
[34] I prosjektet la man vekt på at tiltaket kunne avsluttes innenfor arbeidsgiverperioden

kontekst mener vi det er mer riktig å sammenlikne passive mot aktive tiltak. Aktive tiltak definerer vi som tilrettelegging uten sykmelding (enten det er en følge av Gult kort eller ikke), graderte sykmeldinger og aktive sykmeldinger. Passive tiltak definerer vi som full sykmelding.

For tilfeller avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden kommer 9 av 10 i intervensjonsgruppa i aktive tiltak, mot 1 av 4 i kontrollgruppa. Tallene for hele kontrollgruppa blir 1 av 3 er i aktivitet innenfor arbeidsgiverperioden. I hele intervensjonsgruppa, om underkjenner tilrettelegging som går over i sykmelding som aktivitet, kommer 2 av 3 i aktivitet. (Tallet er falskt lavt fordi noen går fra tilrettelegging over i gradering).

Vi har detaljerte data for aktive tiltak innenfor arbeidsgiverperioden, men etter arbeidsgiverperioden har vi kun sykmeldingslengde og om det på et eller annet tidspunkt har forekommet gradering eller aktiv sykmelding. Vi presenterer derfor først den delen av populasjonen som gikk tilbake i vanlig arbeid før arbeidsgiverperioden var over. Deretter presenterer vi data for aktive tiltak innenfor arbeidsgiverperioden for hele materialet og tilslutt hva vi vet om det som skjedde etter arbeidsgiverperioden.

Figur 31 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, aktive tiltak



Tiltak avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden

Ser vi på kontrollgruppa først, finner vi at 20 av 77 personer har aktive tiltak, altså 26 % med aktive tiltak mot 74 % med passive tiltak. I intervensjonsgruppa er det 74 av 83 som har aktive tiltak. Altså 89 % med aktive tiltak og 11 % med passive tiltak.

Både for kontroll og intervensjonsgruppa må det gjøres valg på hva som skal klassifiseres som aktive og passive tiltak. For å unngå "whitewash" har vi for begge grupper valgt å klassifisere i disfavør av Gult kort intervensjon. I kontrollgruppa har personen blitt telt i gruppa "aktive tiltak" når personen *også* har hatt full sykmelding. I intervensjonsgruppa er personen telt i gruppa "fullt sykmeldt" uansett om personen også har hatt aktive tiltak. Av de 9 som er klassifisert som fullt sykmeldt, er det kun 4 hvor det stemmer helt. Det er dem som etter en arbeidsplassdialogen har kommet tilbake til legen med en signert bekreftelse på at tilrettelegging ikke var mulig, og vekslet den inn i en sykmelding. En gravid hadde faktisk halv sykmelding i arbeidsgiverperioden og ble deretter friskmeldt. De andre fikk tilrettelegging, men avbrøt til full sykmelding[35] etter varierende tid. Fra de 85 intervjuene i intervensjonsgruppa vet vi hvor lenge respondentene hadde tilrettelegging før den ble avbrutt[36]. Av de 9 som ble klassifisert som fullt sykmeldt kjenner vi eksakt dagetall for 6 av disse. 2 ble "vekslet inn" fordi man ikke fant tilrettelegging på arbeidsplassen, 2 etter 4 dager, en etter 12 dager og den siste 15 dager. Tallene i tabellen under gjelder hele intervensjonsgruppa (også de som ikke ble friske innenfor arbeidsgiverperioden), og viser antall dager med tilrettelegging før avbrudd til sykmelding.

Tabell 11 Antall dager med tilrettelegging før avbrudd til sykmelding, intervensjonsgruppe

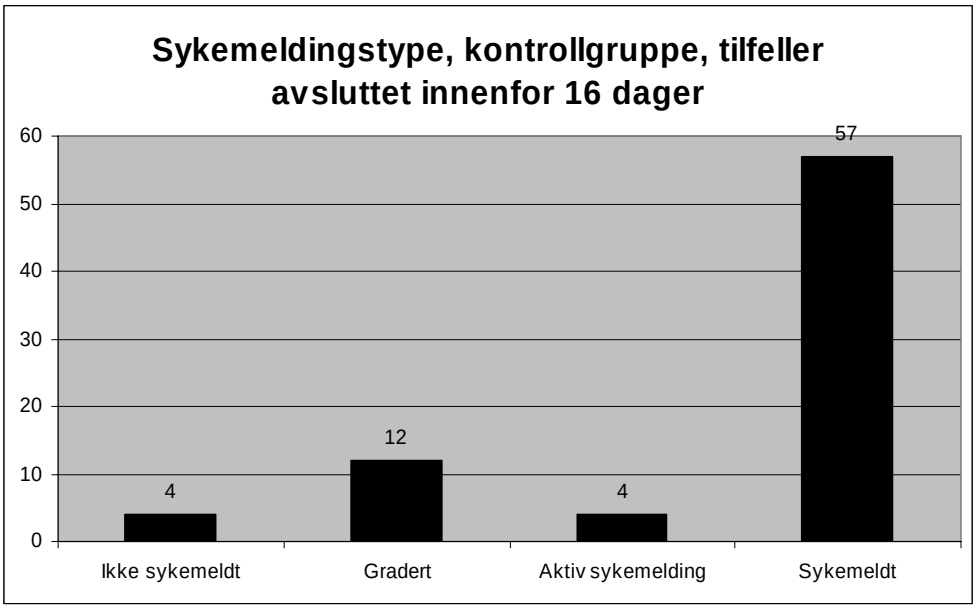
Dager på Gult kort	Prosent
0-3 dager	19
4-7 dager	26
8-11 dager	15
12-15 dager	15
16 dager	26

Hva slags aktive tiltak som ble forskrevet til personene i kontrollgruppa ser man av figuren under. Fire personer ble sendt tilbake til arbeid uten sykmelding, 4 personer fikk aktiv sykmelding og 12 ble gradert sykmeldt. Ved gjennomgang av de graderte sykmeldinger er det registrerer vi videre at alle disse er 50 %. Det er tydelig at dialogen på legekontoret ved graderinger har en tendens til å føre til halv sykmelding.

[35] At de avbrytes utelukkende til passive tiltak, en full sykmelding, i motsetning til en aktiviserende sykmelding som gradert eller aktiv, sier seg selv. De har jo avbrutt et fullt fleksibelt opplegg som kan endres både hva angår oppmøtetid og oppgaver uten å måtte ty til sykmelding. Innenfor arbeidsgiverperioden skjer et avbrudd til sykmelding bare når man ikke lengre kan være på jobb i det hele tatt. Derfor skjer alle avbrudd til en full sykmelding.

[36] Vi kan ikke si noe sikkert for de som ikke ble intervjuet fordi det lå i systematikken at en sykmelding som avbrøt tilrettelegging skulle dateres til dato for Gult kort, slik at arbeidsgiver ikke fikk en forlenget arbeidsgiverperiode ved å ha forsøkt tilrettelegging. .

Figur 32 Sykemeldingstype, kontrollgruppe, tilfeller avsluttet innenfor 16 dager



Med ”forbudet” mot å gjøre egne arbeidsoppgaver under en aktiv sykmelding er det ikke overraskende at dette virkemiddel benyttes i liten grad ved korte funksjonsnedsettelser. Å ikke kunne gjøre noen av sine vanlige arbeidsoppgaver ved en tilrettelegging, virker som en ulogisk måte å forholde seg til sitt eget arbeid på. Under neste hovedspørsmål – drøfting av produktivitet viser vi at det nettopp er deler av eget arbeid som velges når tilrettelegging planlegges. Varighetsbegrensingen kunne, sammen med en liberal holdning til valg av arbeidsoppgaver, ha gjort aktiv sykmelding til et viktig fleksibelt virkemiddel med samme risikoreduksjon for ”ny” arbeidsgiverperiode som Gult kort[37]. Vårt materiale bekrefter følelsen av at så ikke skjer med dagens regelverk.

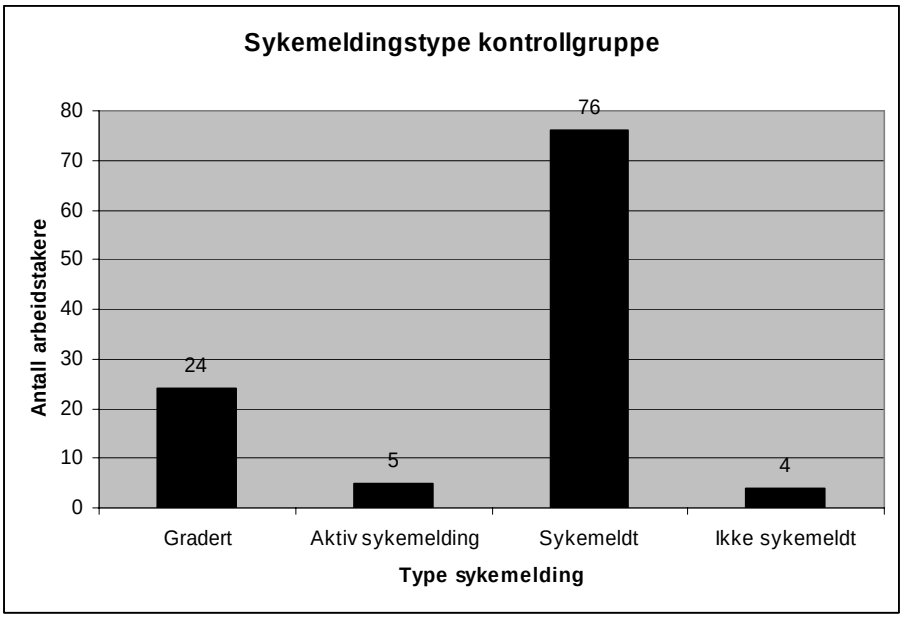
Hele materialet, inkluderer de som hadde en sykmelding etter arbeidsgiverperioden

Hva kan vi så si om aktivitet i arbeidsgiverperioden? Data for aktivitet finnes for hele materialet i arbeidsgiverperioden. Vi har tidligere vist andelen av sykmeldinger i hele materialet i Figur 30. I intervensjonsgruppa var det altså 26 som fikk en sykmelding som strekker seg forbi arbeidsgiverperioden. Som tidligere begrunnet ble et avbrudd fra tilrettelegging nesten uten unntak til en *full* sykmelding innenfor arbeidsgiverperioden (ellers hadde man ikke avbrutt).

Hva med kontrollgruppa? Vi ser her at tallet på graderte sykmeldinger er økt med 5, og aktive sykmeldinger med 3, fra de som fikk avsluttet sin sykmelding innenfor arbeidsgiverperioden. I kontrollgruppa er det altså totalt sett 33 som har aktive tiltak i begynnelsen av funksjonsnedsettelsen – her målt ved de første 16 dager. Disse tallene kan ikke direkte sammenliknes med intervensjonsgruppa fordi her har de aller fleste aktive tiltak en lengre periode før de avbryter. Skulle vi brukt samme metode som ved sammenlikningen av aktivitet for tilfeller avsluttet innenfor 16 dager ville tallene blitt 74 med aktive tiltak i intervensjonsgruppa (egentlig flere fordi de har vært i tilrettelegging som ble avbrutt).

[37] Det var slik det opprinnelige aktiv sykmeldingsprosjektet ved Elkem Bremanger fungerte, den såkalte Bremanger modellen. Ansatte ved Elkem Bremanger har problem med å se forskjellen på Gult kort og aktiv sykmelding.

Figur 33 Sykemeldingstype kontrollgruppe, alle tilfeller



For perioden som strekker seg forbi arbeidsgiverperioden har vi data på sykmeldingslengde, og om det har forekommet et aktivt sykmeldingstiltak i sykmeldingsperioden.

Når det gjelder sykmelding etter arbeidsgiverperioden har vi altså data på lengde og hvorvidt det i løpet av perioden forekom et aktivt sykmeldingstiltak (aktiv- eller gradert sykmelding) vist i Figur 33.

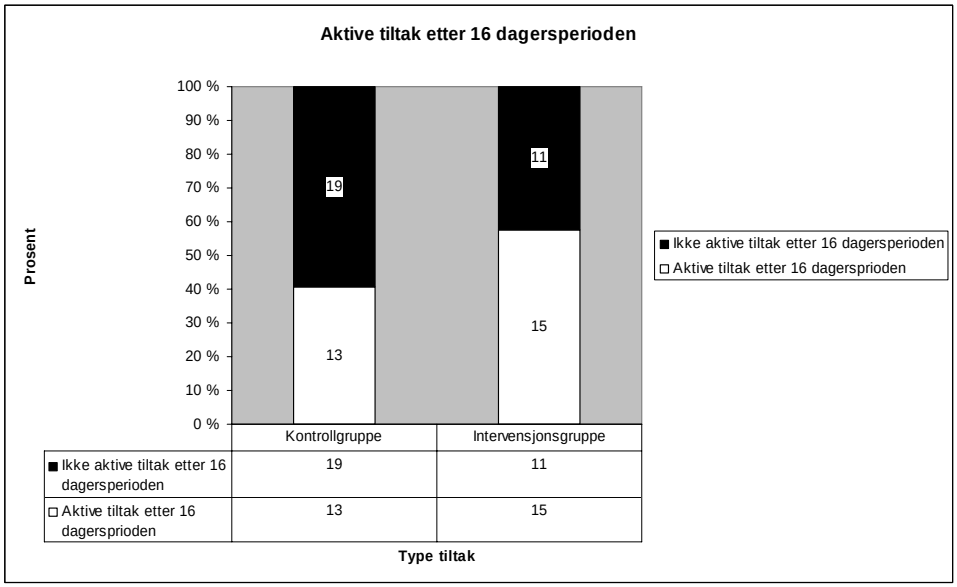
Er det grunn til å tro at de som får tilrettelegging (intervensjon) og må avbryte til sykmelding blir lengre ute av vanlig jobb[38]? Figur 34 og Tabell 12 tyder ikke på det er en klar sammenheng der.

Tabell 12 Lengden på fravær etter 16 dager

Dager sykemeldt etter 16 dagersperioden	Intervensjongruppa	Kontrollgruppa
1-5 dager	2	5
6-10 dager	3	1
11-15 dager		4
16-20 dager	2	1
21-25 dager	1	4
26-30 dager	2	2
over 30 dager	16	15
Antall personer med sykemeldinger over 16 dager	26	32
Totalt antall sykemeldingsdager	**2287**	**2553**

[38] Den delen av studiepopulasjonen hvor det ikke gikk slik en ønsket, måtte gå ut i sykmelding eller være sykmeldt lengre enn arbeidsgiverperioden.

Figur 34 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, aktive tiltak etter 16 dagers perioden



6.3.3.3 Bidrar Gult kort til å øke potensialet for produktivitet?

Hvorfor er det et poeng å drøfte produktivitet, er det ikke nok å se på forskjeller i sykmeldingsfrekvens og grad av nærvær? Et tiltak som Gult kort står ”laglig til for hugg” ved at det kan beskyldes for ”kamuflasje av fravær”, hvor arbeidstakere gjør uproduktive oppgaver, melder seg på arbeid for ”å koke kaffe og spisse blyanter”, for så å gå tidlig hjem. Kanskje bra for den syke ved at han holder kontakt med jobben, og kommer seg opp om morgenen, men uten økonomisk verdi for arbeidsplassen.

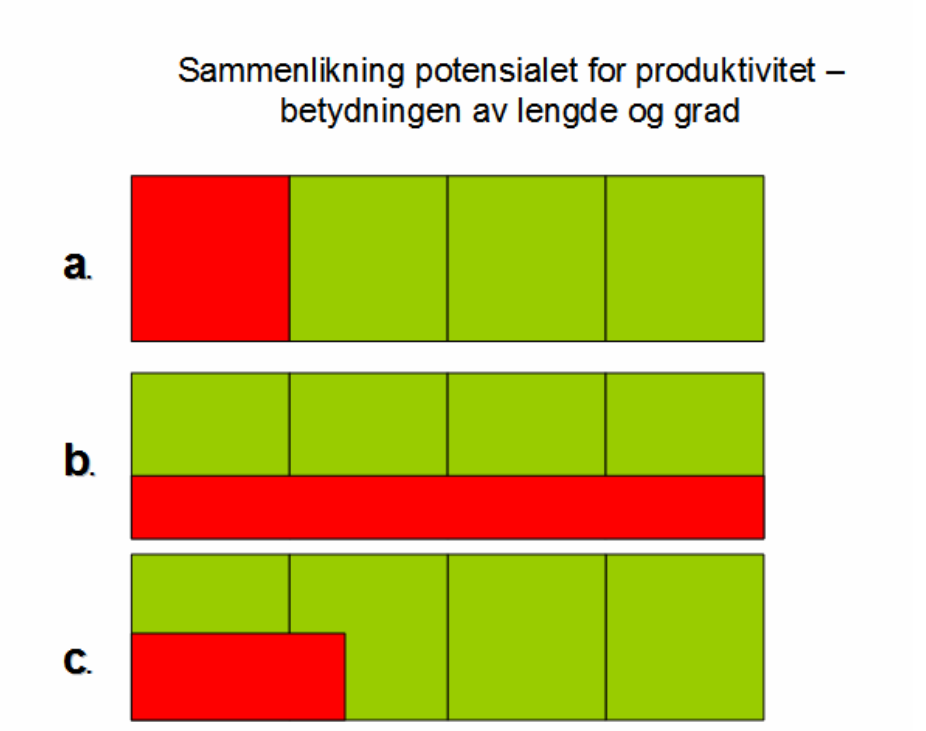
Nettopp for ikke å kamuflere fravær, bestemte en av bedriftene i Florø seg for å registrere tilrettelegging under Gult kort i sin sykefraværsstatistikk med en sykmeldingsgrad tilsvarende den reduserte produktiviteten. Noe annet ville være å skjule dette fraværet, mente de. Noen vil hevde at dette vil være en inkonsekvens, særlig av en IA - bedrift som ellers tilrettelegger uten at det blir ført i fraværstatistikken. Motargumentet vil være at tilrettelegging ikke er kamuflering av fravær, men en naturlig justering av aktivitet for å *unngå* fravær. Hva bestemmer om vi ser på en midlertidig tilrettelagt aktivitet som en kamuflasje eller nødvendig justering? Vi tror først og fremst at dette bestemmes av faktorer knyttet til det vi kan kalle den sykes produktivitet. At den syke faktisk har vært til stede på jobb, at han har gjort noe og at det han har gjort har hatt en direkte eller indirekte effekt på produksjonen. ”Nødsarbeid”, hos oss definert som oppgaver ingen gjør til vanlig, i små mengder og med lav grad av tilstedeværelse, blir lettere å kalle kamuflering, enn hel dag med deler av eget arbeid.

Vår drøfting tar sikte på å si noe om arbeidet under tilretteleggingen har hatt andre effekter enn å øke sosial kontakt og tilstedeværelse. Har det blitt utført produktivt arbeid og i hvilken grad?

Vi har data på egenrapportert produktivitet fra de som har fått Gult kort og blitt intervjuet (n 85). Med de forbehold som må tas om ansattes evne til å objektivt vurdere sin egen produktivitet, og at 15 ikke ble nådd for intervju, kan vi si mye om intervensjonsgruppa.

Derimot kan vi ikke vurdere kontrollgruppas produktivitet. De ble ikke intervjuet. I våre drøftinger har vi derfor gått ut fra at den sykmeldtes produktivitet tilsvarer sykmeldingen[39]. Med andre ord, en fullt sykmeldt er ikke produktiv, mens en gradert sykmeldt er produktiv i forhold til den graden som er angitt. Dette må nødvendigvis bli en forenkling. Det er tenkelig at en fullt sykmeldt likevel kan ha vært i noe aktivitet. Kanskje hadde legen skrevet en kommentar i merknadsfeltet som åpnet for en aktivitet etter en arbeidsplassdialog[40]. En delvis sykmeldt kan i praksis ha utført mer eller mindre produktivt arbeid enn den graden legen har angitt. Vi kjenner ikke til studier som sier noe om hvordan arbeidet organiseres ved en gradert sykmelding, men erfaring tilsier at tilnærmet alle tas ut ved å redusere tiden tilstede i henhold til graden. En 50 % sykmelding vil da bety 4 timers arbeid pr dag. For å kompensere vil noen øke produksjonstakten i de 4 timene, mens andre vil produsere mindre fordi de ikke greier å holde takten, men likevel går hjem etter sine 4 timer. Med det sterke "trykk" som er lagt på leger om å stimulere til aktivitet gjennom graderinger, tror vi at mange graderinger fører til den siste effekten. Selve sykmeldingen kan ikke si noe sikkert om faktisk produktivitet, i våre drøftinger vil derfor innføre begrepet *potensialet for produktivitet*. Vi definerer dette som *tid til stede på jobb i en definert observasjonsperiode.*

Figur 35 Potensialet for produktivitet - betydning av lengde og grad



Figuren viser en tenkt periode på 20 dager delt inn i perioder på 5 dager. De grønne feltene viser tid i arbeid, mens de røde viser tid hjemme. Ved det første tilfellet (a) er personen helt sykmeldt i 5 dager, og så i vanlig arbeid de neste 15 dager. Ved det neste tilfellet (b) er personen 40 % sykmeldt i hele perioden. I det siste tilfellet (c) er personen halvt sykmeldt i 7 dager, deretter i vanlig arbeid. Samme tilstand kan få *så* forskjellig tiltak og lengde og

[39] Det ligger i legens oppdrag å vurdere graden ut fra produktivitet og i forhold til den ansattes eget arbeid.
[40] Erfaring fra sykefraværsarbeid tilsier at det skjer sjelden. Vi har spurt legene som deltok i prosjektet om de har fått tilbakemeldinger på at sykmeldte likevel var aktive. Dette avkreftes.

dermed potensial for produktivitet. Kasuistikk diskusjoner i Fagutviklingsprogrammet ”Legen i det inkluderende arbeidsliv” i 2004 demonstrerte dette tydelig[41].

”Trosbekjennelsen” for IA- arbeidet sier at hvis den sykmeldte ikke forverres av aktivitet, er aktive tiltak alltid å foretrekke framfor å være hjemme. På individnivå en trygg konklusjon, men slutningen *kan* bli feil både for fraværsstatistikken og potensialet for produktivitet. Arealet av de grønne feltene utgjør tiden på jobb som funksjon av daglig tilstedeværelse ganget med antall dager man er til stede. Dette utgjør potensialet for produktivitet i de 20 dagene. C gir størst potensial for produktivitet fordi en større andel av de 20 dagene er fulle arbeidsdager, med andre ord at den delvise tilstedeværelsen er relativt kort. B gir lavest potensial for produktivitet fordi den delvise tilstedeværelsen er lang. Ved sammenlikningen mellom a og b oppveies fordelen ved å være delvis tilstede i b etter om lag 12 dager.

Vi har forsøkt å synliggjøre at i en observasjonsperiode er *potensialet for produktivitet* like avhengig av *lengden* på perioden man *ikke* er i full jobb (negativt) som *tiden daglig tilstede* på jobb (positivt).

Sett i forhold til full sykmelding - øker potensialet for produktivitet ved gradert sykmelding eller tilrettelegging uten sykmelding? Ja, under den forutsetningen at det aktive tiltaket ikke blir så langt at gevinsten ved den delvise tilstedeværelsen blir borte. Hvis utgangspunktet er full sykmelding en uke, vil man alternativt ved en halv sykmelding kunne være inntil 2 uker sykmeldt med en gevinst på *potensialet for produktivitet*, men etter 2 uker så blir den negative forskjellen i potensialet for produktivitet større for hver dag som går.

Om man kom betydelig raskere tilbake i sitt vanlige arbeid etter en kort full sykmelding, så ville ikke tilrettelegging gi økt potensial for produktivitet. Hva kan vi si om potensialet for produktivitet ved et Gult kort? Vi vet at tilretteleggingen skal skje innenfor arbeidsgiverperioden, men ikke hvor mange dager. Vi vet ikke hva den daglige tilstedeværelsen blir. Legen gir åpne rammer, og planen fra arbeidsplassen følger opp disse innspill, også med åpne rammer. Ved evaluering kan ikke blankettene gi oss samme informasjon om potensialet for produktivitet som en sykmeldingsblankett, som jo har en sluttdato og en grad. Når vi skal evaluere Gult kort intervensjon er vi derfor avhengige av intervjudata. Først og fremst om hvor lenge tilretteleggingen varte, og hvor stor del av dagen man var på jobb, noe vi kan kalle Gult korts potensial for produktivitet. Dette kan drøftes mot *potensialet for produktivitet* i kontrollgruppa.

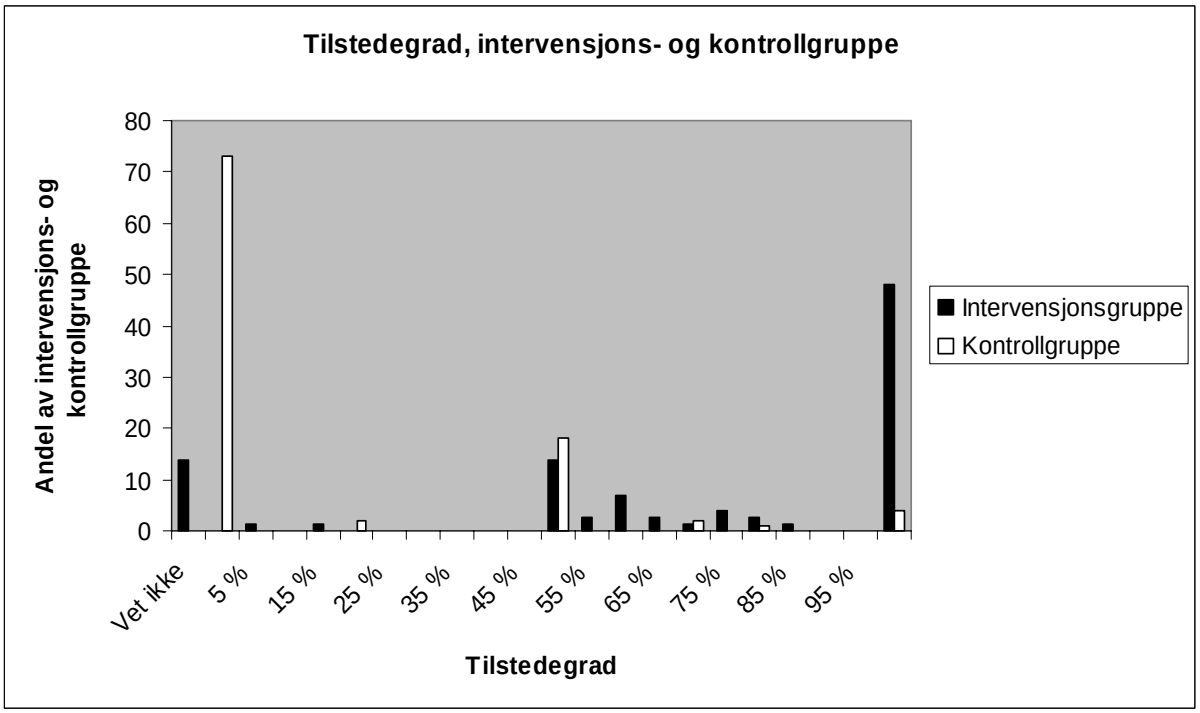
Tilstedegrad

Med tilstedegrad mener vi gjennomsnittlig tilstedeværelsesgrad per dag per tilfelle. For å vurdere forskjellene mellom kontroll- og intervensjonsgruppene på dette punktet har vi satt sammen en figur med to ulike variabler for kontroll- og intervensjonsgruppa. Figuren viser prosentuerte svar for intervensjonsgruppa på spørsmålet; ”dersom du ser hele perioden under ett, i hvilken grad var du tilstede?” Dette er presentert sammen med graden av sykmelding i kontrollgruppa. Personer som var 100 % sykmeldt antas å ha vært 0 % tilstede. Tilsvarende, antas eksempelvis at personer som har vært 80 % gradert sykmeldt å ha vært 20 % tilstede.
Intervjuresultatene viser at intervensjonsgruppa var på jobb i høy grad. 35 av de 63 som greier å angi graden av tilstedeværelse perioden sett under ett, sier at de har vært der *hele* tiden. De aller fleste har vært der mer enn 50 % av tiden. Det er også en stor *variasjon* i tilstedeprosenten i intervensjonsgruppa som ikke finnes i kontrollgruppa.

[41] Fordi det finnes en stor variasjonsmulighet i tre forhold - hva en lege mener er riktig tiltak, hva en person kan mestre og hvordan det tilrettelegges uten sykmelding (konferer modellen om omstillingsfaktorer, kapittel 3).

Det er tidligere redegjort for nærvær i kontrollgruppa. Påfallende her er mangelen på variasjon i tilstedegrad, for de fleste dreier det seg om ikke å være tilstede i det hele tatt, eller å være 50 % tilstede. De aller fleste graderte sykmeldinger var nemlig skrevet på 50 %. Med de forbehold som tidligere er anført, ser det ut til at Gult kort fører til en høyere grad av tilstedeværelse per dag. En mer åpen og fleksibel angivelse av hva som er mulig eller ikke mulig gir bedre rom for å "ta ut" arbeidsevne enn ved alternativet, som er den tilsynelatende sjablonmessige angivelsen ved bruk av sykmeldingsblanketten. Dette gjelder også om vi ser helt bort fra dem med full sykmelding og bare sammenlikner med dem som fikk aktive tiltak. Om alle i kontrollgruppa hadde fått gradert sykmelding på 50 %, ville intervensjonsgruppa likevel hatt en høyere daglig tilstedeværelse.

Figur 36 Sammenligning intervensjons- og kontrollgruppe, tilstedegrad



Lengden på perioden ute av vanlig jobb

Graden av tilstedeværelse er likevel bare "den ene siden av mynten". Vi har tidligere begrunnet hvorfor lengden på tiltaket må med i vurderingen. Potensialet for produktivitet er avhengig av *lengden på perioden man ikke er i full produktiv aktivitet*.

Er det en forskjell på *hvor lenge man er helt ute av "vanlig" arbeid* for dem med tilrettelegging uten sykmelding (intervensjon) og dem med sykmelding (med eller uten nærvær)[42]?

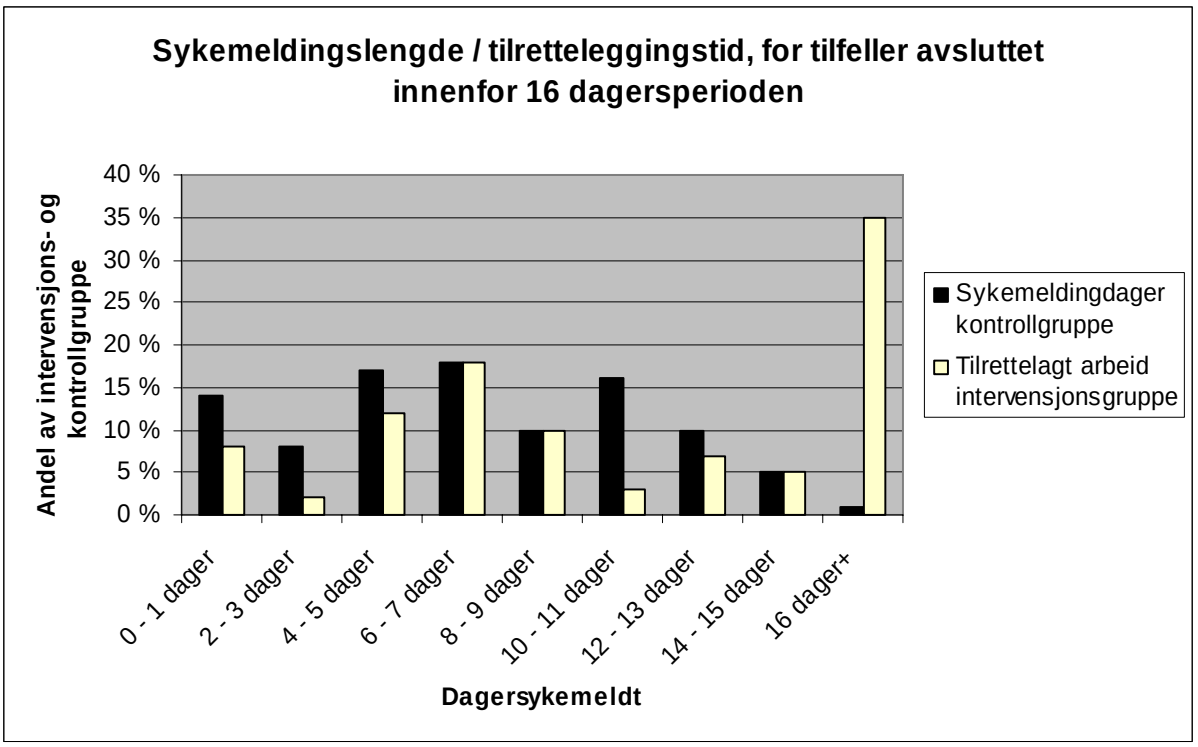
Dessverre kan ikke vårt materiale kaste et godt nok lys over denne problemstillingen. For å kunne svare på dette spørsmålet fyllestgjørende måtte vi også ha intervjuet kontrollpopulasjonen. I kontrollgruppa stopper sykmeldingen på en konkret dato, mens

[42] Den delen av studiepopulasjonen hvor det gikk slik en ønsket, de måtte ikke avbryte til sykmelding eller være sykmeldt lengre enn arbeidsgiverperioden.

tilretteleggingen kan ha begynt eller fortsatt forbi dette punktet. Enten ved at den ansatte selv gjør endringer, eller at han har avtalt det med leder eller kolleger. Dette fanger vi ikke inn. Det gjør vi derimot for intervensjonsgruppa. Her er tilretteleggingslengden angitt av respondentene, mens vi i liten grad har noen angivelse fra lege eller planen fra arbeidsplassen.

Det er større andel korte sykmeldinger enn korte tilrettelegginger (1-5 dager), mens det er større andel av tilrettelegginger enn sykmeldinger med varighet 6-9 dager. I gruppa 10-16 dager er andel tilrettelegginger større enn sykmeldinger.

Figur 37 Sykemeldingslengde og tilretteleggingstid, intervensjons- og kontrollgruppe



At respondenter i intervensjonsgruppa forteller om tilrettelegging i forhold til vanlig arbeid kan noen ganger bety at de likevel er fullt produktive. En tilrettelegging som innebærer at noen arbeidsoppgaver blir fjernet, mens nye er kommet til erstatning, kan bety at produktiviteten er opprettholdt. Det blir derfor galt å betrakte all tilrettelegging som en negativ faktor på den måten at hver dag med tilrettelegging er en dag mindre med vanlig produktiv aktivitet. Varige tilrettelegginger som opprettholder produktivitet,[43] og samtidig øker sjanse til å stå i arbeid med minst mulig sykmelding, må sies å være positive tiltak. I vårt materiale kommer dette tydeligst frem ved at 20 sier de har fått endringer i arbeidsoppgaver som gikk ut over den avtalte perioden. I søylene helt til høyre ser vi respondentene som har angitt å ha hatt tilrettelegging i (minst) hele arbeidsgiverperioden. Dette innebefatter en del som har fått lengre tilrettelegginger (8 personer), altså tilretteleggingstid mer enn 16 dager, og dermed mottatt vanlig lønn for sitt endrede arbeid etter arbeidsgiverperioden. At arbeidsgiver betaler lønn, ser vi som et indisium for at produktiviteten er opprettholdt. Det blir derfor galt å vurdere disse på den negative siden i potensialet for produktivitet etter 16 dager. Likevel har de alle hatt tilrettelegging *hele* arbeidsgiverperioden, så de må i vårt resonnement betraktes som lange tilrettelegginger innenfor arbeidsgiverperioden. Vår konklusjon blir at

[43] I tilstrekkelig grad til at arbeidsgiver aksepterer å betale vanlig lønn over tid.

tilrettelegging varer lengre enn sykmelding. Om dette er av reell betydning er avhengig av i hvilken grad sykmeldingene i kontrollgruppa følges av en tilrettelegging. Det kan vi ikke si noe om.

Kan aktive tiltak virke forlengende?
Med alle forbehold som må tas når man sammenligner to ulike variabler, så ser det ut til at Gult kort intervensjon sammenliknet med kontroll (sykmeldingstiltak som intervensjon), fører til flere timer på jobb per dag i intervensjonen, men også flere dager med intervensjon og dermed en mulig reduksjon av helt produktiv tilstedeværelse over en observasjonsperiode. Vi mener at den økte tilstedeværelsen per dag er viktigere enn den usikre, men mulig forlengende effekten av tilrettelegging. Likevel må vi stille spørsmål om den positive effekten av høy daglig tilstedeværelse motvirkes, og i så fall hvor mye, av lengden på tilretteleggingen? Dette er samme spørsmål som ble stilt for aktiv sykmelding, og som, etter vår mening, burde vært stilt for gradert sykmelding. For å kunne bringe et klart svar på dette må nye forsøk gjøres hvor kontrollgruppa intervjues i forhold til spørsmålet om de hadde tilrettelegging etter sykmelding.

Spørsmålet om aktive sykmeldingstiltak og tilrettelegginger har en implisitt forlengende kraft er interessant, og er av stor betydning i debatten rundt valg av riktige tiltak og styringen av disse. I den debatten som har foregått i forbindelse med Stoltenbergutvalgets arbeid har flere politikere tatt til orde for gradert sykmelding som en løsning som vil virke positivt ikke bare for enkeltpersonen, men også på statistikken, og de økonomiske utlegg for samfunnet. Våre tall kan være et bidrag til at det settes fokus på dette spørsmålet. Først og fremst for å avklare realitetene, men også for å diskutere mottiltak mot en eventuelle forlengende effekt av aktive tiltak.

Potensialet for produktivitet ved tilrettelegging under Gult kort er større fordi graden av tilstedeværelse pr dag er langt større enn i kontrollgruppa. Tilrettelegging varer lengre enn sykmelding, men om dette har en negativ effekt er usikkert, fordi vi ikke kan si om en tradisjonell sykmelding følges av en tilrettelegging. De fleste i intervensjonsgruppa er tilstede full dag. De som ikke er full dag har en grad av tilstedeværelse som viser stor variasjon, og derfor er mer i samsvar med personens behov. Om alle i kontrollgruppa hadde vært halvt sykmeldt ville tilstedeværelsen i intervensjonsgruppa likevel vært mye høyere. I kontrollgruppa er andelen tilstede lav. Når de er tilstede, så er det oftest 50 %. Ved Gult kort blir tilretteleggingen blir mer individuelt tilpasset enn når legen sykmelder gradert.

6.3.3.4 Har intervensjonsgruppa større produktivitet?

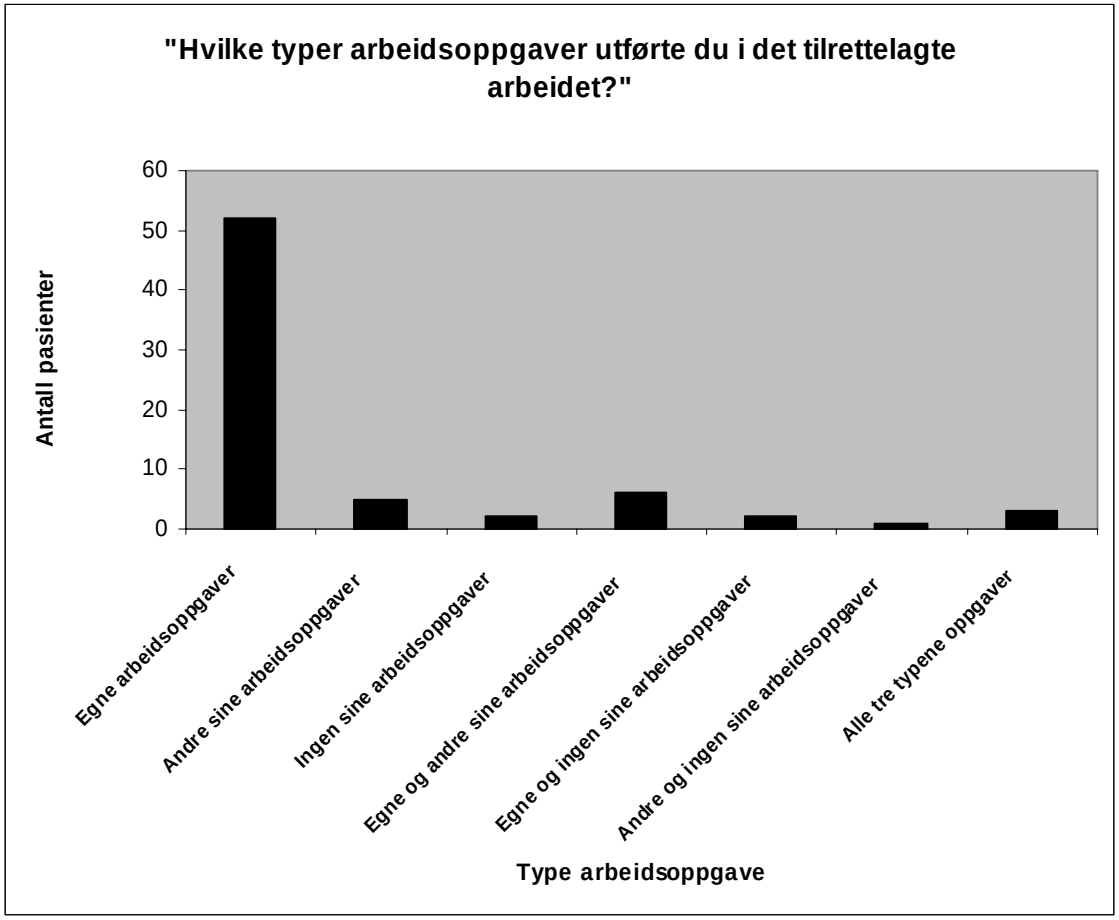
Med forbehold om lengden på intervensjonen, har vi trukket konklusjonen at Gult kort øker potensialet for produktivitet. Har vi da holdepunkter for at dette potensialet er ”tatt ut”? Kan vi si noe om oppgavene var en del av det vanlige arbeid, i hvor stor grad produksjonstakten

ble opprettholdt, og om personen som fikk tilrettelegging ble erstattet av vikar? Alle disse vurderinger er avgjørende for en vurdering av faktisk produktivitet.

Vi har i resultatdelen vist at de fleste oppfatter å ha fått endring i arbeidsoppgaver, eller både arbeidsoppgaver og tid, få har *kun* fått en justering av arbeidstid. Så de har *ikke* gjort *helt vanlig produktivt arbeid* innenfor en tilstedeavgrensing, slik vi gjerne oppfatter at gradert sykmelding blir brukt. Har endringene i arbeidsoppgaver vært så store at det har gitt lav produktivitet?

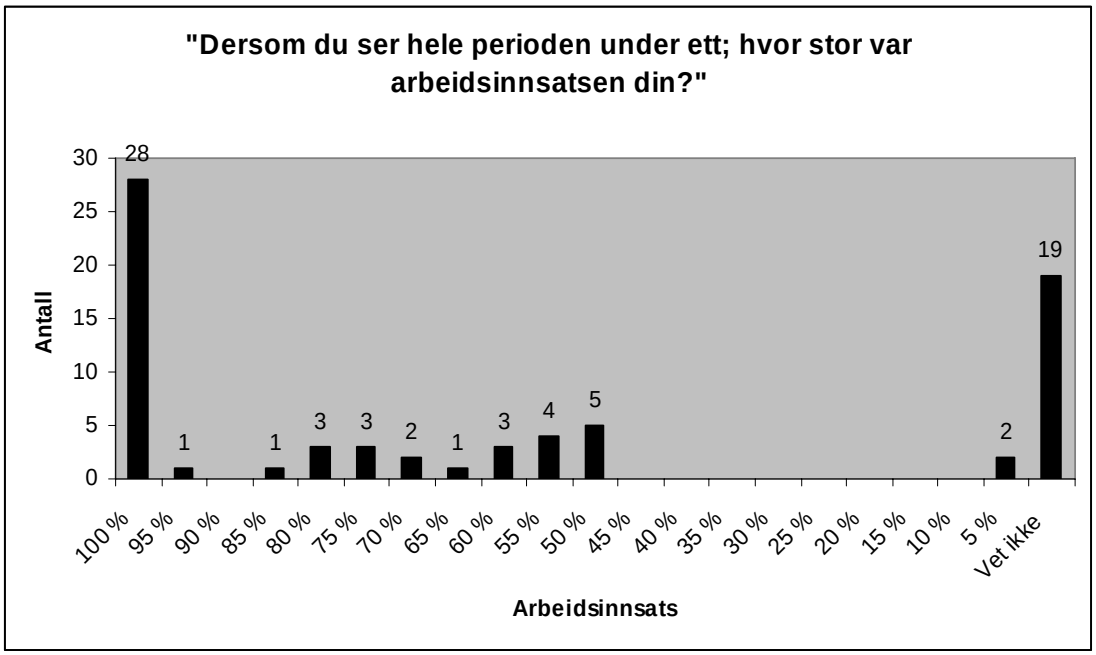
Det ser ikke slik ut. Første faktor som taler for opprettholdelse av produktivitet er at det stort sett er *egne* arbeidsoppgaver som utføres. Endringen må da bestå i en justering i tempo eller ved at noen operasjoner er tatt vekk. Vi spurte om man hadde gjort egne oppgaver eller andres oppgaver, ut fra en oppfatning om at begge disse kategorier inneholder produktivt arbeid, men la til et svaralternativ "ingens arbeid", som kunne inneholde arbeid som ikke var en del av det daglige produktive arbeid. Man kunne sette sammen kombinasjoner som passet. Resultatene viser at det er produktivt arbeid som utføres. Oftest ens egne oppgaver alene, men også annet produktivt arbeid i kombinasjon med egne oppgaver eller alene.

Figur 38 Type oppgaver i det tilrettelagte arbeidet



Type oppgaver er heller ingen garanti for produktivitet, de må utføres i en mengde som kan sies å være produktiv. Vi ba respondentene angi sin totale produktivitet i perioden. Vi ser av tallene at 19 ikke greier å anslå dette. En tilrettelegging kan variere gjennom perioden både i tid tilstede og i oppgaver. Det kan være vanskelig å summere dette på en fornuftig måte.

Figur 39 Selvrapportert arbeidsinnsats



De som greier å bedømme sin innsats oppfatter at den har vært betydelig. Hadde sammenlikningen vært en kontrollgruppe hvor alle fikk 50 % sykmelding, og ytte full innsats på denne, ville Gult kort intervensjonsgruppa være betydelig mer produktiv. Vi tror årsakene også her er at en større fleksibilitet i rammene for hva som kan gjøres, kombinert med et planarbeid på arbeidsplassen, tar ut produktiviteten på en bedre måte enn en gradering, som har dårlig treffsikkerhet i forhold til evne. Eksempelvis at en halvt sykmeldt som etter hvert kunne ha greid 80 %, likevel går hjem etter halv tid, fordi sykmeldingen oppfattes som styrende.

Vi har tidligere beskrevet at arbeidsgivere ikke var i stand til å gi noen produktivitetsvurdering av de enkelte tilrettelegginger, fordi de ikke husket eller visste nok om detaljene. I hvilken grad vikar ble leiet inn kan sies å være en arbeidsgivervurdering av lav produktivitet. Fra telefonintervjuene kan vi si at vikar i liten grad er blitt innleiet.

Ved Gult kort intervensjon er det stort sett *egne* arbeidsoppgaver som utføres. Endringen består i en justering i tempo eller ved at noen operasjoner er tatt vekk. ”Nødsarbeid” eller ikke produktivt arbeid utføres i liten grad. Pasienter på Gult kort oppfatter sin produktivitet som høy.

6.4 Oppsummering

Før vi går videre og diskuterer resultatene fra dybdeintervjuene med arbeidstakere og arbeidsgivere, skal vi kort oppsummere de viktigste innsiktene fra analysene av spørreskjemaer, sammenstilt informasjon fra Gult kort –skjemaene og sykefraværsdata. Dette vil samtidig være med å strukturere gjennomgangen av de kvalitative dataene.

Tabellene og figurene som er presentert i dette kapitlet har gitt nyttig informasjon om i hvilket omfang og hvordan Gult kort er benyttet som kommunikasjons- og planverktøy, hva det førte til av aktivitet og hvilke effekter det har hatt på tallene for fravær/nærvær bedømt gjennom sykefraværstallene.

Vi har for eksempel sett at det er stort samsvar mellom legens råd, den plan som settes opp på arbeidsplassen, og at tiltakene i stor grad gjøres i henhold til planen. Vi har videre sett at skjematur effektivt når frem til arbeidsplassen hvor prosessen og planarbeidet starter raskt. Undersøkelsen viste at det går kort tid mellom legekonsultasjon og signering av plan mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Tallene vi har presentert viser at det går kort tid fra legene skrev ut Gult kort til *tiltak er iverksatt* rundt om på arbeidsplassene. I bare 4 tilfeller av 109 har man ikke funnet tiltak på arbeidsplassen. Det må bety at arbeidsplassdialogen stort sett har fungert raskt og godt.

Vi har videre sett at endring i arbeidsoppgaver med utgangspunkt i egne arbeidsoppgaver er hyppigst brukt, og at nærværsgraden ved Gult kort er høyere og mer individuelt tilpasset enn i kontrollgruppa -sykefraværet er lavere. Ved behov ut over arbeidsgiverperioden går færre videre i sykmelding, og når de gjør det er graden av aktivitet høyere i intervensjonsgruppa. Tidsaspektet for tilrettelegging er lite styrt gjennom planarbeidet både fra lege og arbeidsplass. Man kan likevel stille spørsmålet om lengden på tilretteleggingen er optimal - eller kunne det vært sterkere styrt og dermed kortere?

Basert på fordelingene som er presentert i kapittel 6 kan det blinkes ut noen viktige barrierer og føringer for en implementering av Gult kort i større skala. Med ”føringer” mener vi faktorer som både direkte og indirekte har bidratt til måloppnåelse. Med ”barrierer” menes faktorer som har bremset/hemmet i forhold til å nå målene i prosjektet (Baklien 2006). De viktigste føringene for prosjektet er for det første at ordningen ser ut til å bli oppfattet som positiv av arbeidstakerne som har gjennomført Gult kort. Dette gjelder både holdning til ordningen når Gult kort ble gitt hos legen, og når de vurderer ordningen i ettertid. For det andre er rådene fulgt raskt opp på arbeidsplassene og resultatene er gode.

I tillegg til disse føringene for Gult kort, har evalueringen så langt også pekt på viktige barrierer. Gjennomgangen av datoer for uskriving av gule kort viste stor variasjon. Likeledes var det stor variasjon fra lege til lege. Den enkelte leges forskriving synes også å variere fra periode til periode. Det kan se ut til at en slik ordning, på siden av det ordinære sykmeldingssystemet, krever en viss form for motivering og innpisking, ellers ”dør den hen”. Om arbeidsgivers innsending av kopi av plan til NAV trygd oppfattes som en viktig kommunikasjon i et fremtidig system, vil dette være en barriere. Trygdekontoret måtte i litt under halvparten av tilfellene foreta purring for å få sendt kopi. Vi har også stilt spørsmål om lengden av tiltaket må styres sterkere, slik at lengden ikke blir en barriere.

Etter å ha gjennomgått de kvalitative funn i neste kapittel drøfter vi erfaringene og kunnskapen fra Gult kort prosjektet videre i kapittel 8. Der legger vi vekt på implikasjoner i forhold til

- generell kunnskap om kommunikasjon og omstilling rundt funksjonsnedsettelser og sykefravær (modell),
- det daglige sykmeldingsarbeidet og de redskaper som hører til (blanketten),
- videreutvikling og forsterking av sykmeldingsalgoritmen som ligger under,
- andre verktøy for kommunikasjon og samspill og
- andre aktører enn lege pasient og arbeidsgiver (Bedriftshelsetjenesten, NAV og øvrige helsepersonellgrupper).

7. Resultat: Kvalitative data

Så langt har vi brukt de kvantitative dataene som utgangspunkt for å vurdere Gult kort-ordningen. Vi har således fått *oversikt* over erfaringer med, og holdninger til, Gult kort. I det følgende benyttes de kvalitative dataene som utgangspunkt for å skape *innsikt* i hvordan Gult kort er oppfattet og benyttet. Som vist i rapportens metodedel ble ti gule kort fulgt tettere. Det ble gjennomført intervju med disse ti arbeidstakerne, samt deres respektive arbeidsgivere Dybdeintervjuene kan bidra til å utdype noen av resultatene fra de statistiske fremstillingene, i tillegg til at systematiseringen av intervjuene som følger under kan gi oss verdifull informasjon om hvordan Gult kort ble opplevd av de ulike aktørene. Dette skaper videre grunnlag for å vurdere de betingelser, føringer og barrierer, som ligger foran en eventuell større implementering av Gult kort. Gjennomgangen vil også gi oss mulighet til å se på fortellingene bak tallene som de strukturerte innsamlingene så langt har gitt. Hovedkilden for de kvalitative analysene er de 10 par av dybdeintervju som tidligere er omtalt. I tillegg benyttes sitater fra de strukturerte intervjuene. Utsagn herifra blir brukt til å fylle ut bildet der hvor det er relevant. Det er videre presisert i teksten hvor sitatene er hentet fra.

For å vise spennet i ulike gule kort, ble det prioritert å gjennomføre nærstudie av både vellykkede og mindre vellykkede gule kort. Intervjuene ble foretatt etter at utprøvingsperioden var over, i første kvartal av 2006. Intervjuene var omfattende og målsettingen var å få grep om hele historien til informantene; hvordan de oppfattet jobbsitasjonen, legekonsultasjon og Gult kort generelt (se vedlegg 2, for intervjuguide). De ti casene som ble plukket ut representerer et bredt spekter, vist i *Tabell 13*.

Tabell 13 Utvalg til caseanalyser

Case	Karakteristikk	IA-bedrift	Størrelse	Kjønn	Diagnose
Case A	Vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Psykisk
Case C	Vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case D	Vellykket	Ja	Mellomstor	Mann	Hud
Case E	Ikke vellykket	Nei	Liten	Kvinne	Muskel-skjelett
Case G	Ikke vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Luftveier
Case I	Ikke vellykket	Nei	Liten	Mann	Muskel-skjelett
Case L	Vellykket	Ja	Mellomstor	Kvinne	Psykisk
Case N	Vellykket	Ja	Mellomstor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case O	Vellykket	Nei	Mellomstor	Kvinne	Muskel-skjelett
Case M	Ikke vellykket	Ja	Stor	Kvinne	Luftveier

I tillegg til informasjonen i *Tabell 13* representerer de ti casene et aldersspenn på 33 – 55 år, og arbeidstyper som ”helse-omsorg,” ”mekanisk,” ”industri,” ”kontor,” ”industri,” ”renhold” og ”undervisning” er representert.

Kapitlet er organisert i åtte underkapitler. Kapitlene representerer hver på sin måte, vesentlige sider ved Gult kort ordningen. Sitat fra intervjuene blir benyttet for å illustrere dette, og vise hvilke holdninger informantene har – og hvilken form disse tar. Av hensyn til at informantene ikke skal kunne gjenkjennes i materialet er alle sitatene som benyttes justert til normalisert nynorsk. Avslutningsvis oppsummeres underkapitlene og vi diskuterer de viktigste føringene og barrierene som trer frem i materialet.

7.1 Nye roller – nye utfordringer

Det er jo ikkje bestandig enkelt for legen å vite korleis arbeidsplassen ser ut, så det er kanskje lett å skrive sjukemelding for å vere sikker. Det her [Gult kort] gjer at man får meir ein dialog, altså når du har den formelle muligheiten der så er det vel lettare både for lege og arbeidstaker å vurdere ei anna løysning.

Arbeidsgiver O

Gult kort ble introdusert i et system der *arbeidsplassen* i stor grad er definert som løsningsarenaen for sykefraværsproblematikk. IA-avtalen understreker nettopp arbeidsplassen som en nøkkel i dette arbeidet. Gult kort vil kunne oppfattes som en dreining i forhold til dette, fordi ordningen gir legene et kommunikasjonsredskap som på en annen måte kan påvirke og "styre" dialogene på arbeidsplassene. Gult kort vil også kunne oppfattes som en understreking av at arbeidsplassdialogen er den viktigste ved løsning, nettopp fordi legen unnlater å trekke konklusjon på arbeidsevne og legger til rette for en dialog som kanskje ikke ville vært mulig uten de medisinske premissene. Grunnforståelsen i Gult kort er at arbeidsevnevurderingen er *relasjonell.* Samtidig anerkjennes det at denne arbeidsevnevurderingen er gjenstand for *forhandling* mellom aktørene lege – pasient – arbeidsgiver, på arenaene legekontor – arbeidsplass. Forhandlingen er videre påvirket *både* medisinske og arbeidsmessige vilkår. At det ligger en slik forståelse til grunn for Gult kort, betyr samtidig at både pasienter, leger og arbeidsledere/arbeidsgivere kanskje må justere sine roller i når de bruker et nytt verktøy. Aktørene vil måtte utforske andre aspekter av sin rolle i legekonsultasjonene og i de ulike dialogene rundt om på arbeidsplassene. Pasienten kan være en passiv brikke eller en ansvarlig aktør, legen kan være en medisinsk autoritet som dikterer løsninger, eller en veileder og motivator, arbeidsleder kan bli en støttespiller og inspirator. Samtidig gir disse nye rollene også nye utfordringer. For eksempel; hvordan skal legen agere som tilrettelegger og veileder? Hvilken form tar dialogen mellom arbeidsleder og arbeidstaker?

I det følgende skal vi benytte utdrag fra dybdeintervjuene for å illustrere nye roller i særlig to relasjoner; nemlig mellom lege - pasient og mellom arbeidstaker – arbeidsleder.

Når det gjelder *lege-pasient* relasjonen, kan det ut fra intervjuer med legegruppen, synes som om legene opplever et "ubehag ved motivering." I dette ligger det at noen leger tilsynelatende opplever det som vanskelig å gi pasienten noe de tror vedkommende *ikke* vil ha. Man går her ut fra at pasienter i stor grad har en forventning om å bli sykmeldt for det problemet som gir nedsatt arbeidsevne. Det ser ut til at legene har liten tro på pasientenes ønske om andre løsninger. Gult kort er en slik alternativ løsning. Å skrive ut et Gult kort oppfattes således som et brudd med forventningene pasientene har til legen og legerollen. Selv om legene klart uttrykker at de synes det er riktig å gjøre det, opplever noen det som ubehagelig å be pasientene gå tilbake til arbeidsleder for å utrede mulighetene for å tilrettlegge. Ikke fordi det

oppleves galt at en slik dialog skal tas. Tvert i mot synes legene det er riktig, men fordi det å ta det opp, og dermed risikere å bryte en forventning, føles ubehagelig.

I gruppeintervjuet med legegruppa kom dette ”ubehaget ved motivering” til uttrykk på flere måter. For eksempel fortalte en av legene en historie som er et indirekte utrykk for at et slikt ubehag er tilstede. Her fortelles det om en utenlandsk lege som var i Florø en kortere periode, mens utprøvingsperioden pågikk. I denne perioden skrev han ut en rekke gule kort. Denne legens hyppige bruk av Gult kort ble kommentert av kollegaene. En av legene i intervjuet sier det slik;

> *[…] Men det var jo ikkje så farlig for han. Han skulle jo berre vevre her ein kort periode.*
>
> Lege, SMS

Dette sitatet *kan* indikere at det ligger et ubehag i å skrive ut et Gult kort og motivere til dialog, heller enn å sykemelde. Sitatet illustrerer at noen leger opplever det som ”ugreit” å skrive ut gule kort. Men hvorfor er Gult kort mer ”farlig” for de av legene som bor fast i Florø? Legen sier egentlig at det å skrive ut gule kort kan skade hans omdømme og relasjoner til pasientene, han må jo bli der og han er avhengig av sitt omdømme og sine relasjoner.

En av årsakene til ubehaget kan være en endring i rolle. Særlig for de leger som tar en mer autorativ legerolle, der arbeidsevnevurderingen er oppfattet som mest medisinske vurderinger, ”ferdigforhandlet” og objektiv. Når denne rollen forandres skapes samtidig nye forventninger, og således nye utfordringer, i legens møte med pasienter.

Tar vi utgangspunkt i intervjuene er det likevel vanskelig å gi eksakte forklaringer på *hvorfor* legene kjenner på et slikt ubehag. En forklaring kan være at man ikke ønsker å komme i konflikt med pasientene, og at man bryter med det man oppfatter er pasientenes ønske – nemlig en sykemelding. At pasientene ønsker en sykemelding trenger imidlertid ikke nødvendigvis alltid å være tilfellet, i alle fall er det flere i det strukturerte intervjuet som gir uttrykk for at de ikke *egentlig* ønsket sykmelding. Flere gir uttrykk for at Gult kort var et slags kompromiss med legen som egentlig ville sykmelde. Noen uttrykker endog at det var dem selv som foreslo Gult kort, fordi de hadde hørt om det. Under presenteres sitat som kan illustrere dette. De første utsagnene er hentet fra de strukturerte intervjuene. Det siste sitatet er hentet fra dybdeintervju og demonstrerer ambivalens i forhold til sykmelding, hvor dialogen med legen medførte et klart valg fra sykmelding til det å gå på jobb med endrede betingelser.

> *Kompromiss med Gult kort. Legen ønskte å sjukemelde, men eg ønskte å jobbe.*
>
> Strukturert intervju, arbeidstaker

> *Foreslo Gult kort sjølv. Hadde lest om Gult kort i avisa. Eg var åndsfrisk, kun foten som ikkje fungerte.*
>
> Strukturert intervju, arbeidstaker

Dr NN ville sjukmelde, men eg ønskte aktiv sjukmelding. Dr NN foreslo då Gult kort.

Strukturert intervju, arbeidstaker

Legen ville sjukmelde meg, men eg hadde lyst til å vere i aktivitet, då kom Gult kort fram som eit alternativ.

Strukturert intervju, arbeidstaker

Informant: *Jeg var veldig veldig sliten. For vi hadde alvorlig sjukdom i familien, nær familie. Og det gikk veldig innpå altså. Også var det mye styr på jobb. Det var det. Sånn, jeg vet ikke hvor mye jeg skal komme inn på det, men jeg har en sjef som kan være litt opp og ned […] Men sikkert fordi jeg var veldig sliten på grunn av det som skjedde med svigerinna mi og så hadde jeg veldig mye vondt sjøl. Det er sånn at når du har reumatisme så påvirkes også psyken din hvordan forløpet er, holdt jeg på å si. Så åh… jeg syns det var forferdelig hver dag jeg skulle gå på jobb rett og slett".*
Intervjuer: *Ja.*
Informant: *…men likevel så ville jeg ikke være sjukemeldt fordi jeg hadde vært nok sjukemeldt. Jeg hadde ikke lyst å være sjukemeldt mer. …så sa jeg at jeg har ikke lyst å bli sjukemeldt for det løser ikke mine problemer på jobb. Det blir ikke noe bedre for meg å komme tilbake igjen uten at vi får tatt opp de grunnleggende problemene som faktisk er på jobb. Så da mente han (legen) at jeg var så tøff at jeg kunne gå å snakke med sjefen min om det."*

Arbeidstaker A

Sitatene viser at frykt for å "gi pasientene noe de ikke vil" ha kan være ubegrunnet. Spørreundersøkelsen viste også dette. 79 % av de spurte opplevde det som positivt da legen foreslo Gult kort. Sitatet fra dybdeintervjuet viser at sykmelding ikke alltid er pasientens første valg, og at pasienten kan ha reflektert rundt alternativer uten å se dem. I intervjuet beskrives en motløshet, og ambivalens både i forhold til å greie å gå på jobb og det å være sykmeldt. Vi tror ambivalens er en dekkende beskrivelse for hva mange pasienter føler.
Når man spør en i utgangspunktet ambivalent pasient, om hva hans posisjon var, etter at han har gjennomgått en vellykket tilrettelegging, så er det kanskje naturlig at mange legger vekt på de følelsene som støtter det vellykkede tiltaket. Det er nemlig påfallende mange som sier å være mer aktivitetsorienterte enn legene, og dette står i en viss kontrast med hva legene forteller om når de beskriver hva som skjedde i konsultasjonene. Kanskje er det slik at den positive holdning til aktivitet, og negative til sykmelding, er et uttrykk for disse pasientens forståelse av hva som er den "riktige" pasientrollen i dette prosjektet, og at dette har et element av "ja-siing" i seg? Holdningen kan også oppfattes som et element i problemstillingen "nye roller – nye utfordringer" sett fra pasientens ståsted. Det kommer inn et moralsk element som ikke har vært så tydelig da pasienten i større grad var en brikke enn en aktør. Å velge en posisjon mot dialog og aktivitet blir på sett og vis umoralsk.

En annen forklaring på ”ubehag ved motivering” kan være at man mangler tro på sine evner til å ”selge” det gule kortet. I dette ligger kanskje både et element av trygghet på sin faglige vurdering om at aktivitet ikke er negativt, men også sin egen veiledningskapasitet i forhold til å skape motivasjon og tro på at aktivitet og dialog er positivt, en endringsfokusert rådgivning. En tredje forklaring, som på mange måter ble tematisert i intervjuene med legegruppen, er at man er usikre på hvordan man skal *formidle* Gult kort; hvordan man skal presentere opplegget og motivere for dialog på arbeidsplassen, når legen jo bare har en teoretisk forståelse av hva det er, i alle fall i starten, uten så mange erfaringer å vise til. Dette kommer til uttrykk i en av legens utsagn om at han er litt *”utrygg på produktet.”* Innebygd i slike formuleringer ligger således en rolleutfordring for legene i deres møte med pasienten; skal Gult kort benyttes som brekkstang for gjøre endringer i et arbeidsforhold, eller skal Gult kort bidra til en dialog og diskusjon? En siste forklaring kan være en negativ feedbacksløyfe. Det var jo slik at pasientene som kom tilbake til legen var dem som ikke fikk tilrettelegging i det hele tatt, og dem som måtte avbryte. De pasientene det gikk bra med, kom ikke tilbake til legen. Positiv feedback måtte skje ved tilfeldige treff, eller ved at legen *tenkte seg* at det hadde gått bra, fordi han hadde sett en bra tilretteleggingsplan, men ellers ikke hadde hørt noe.

Den andre relasjonen som er viktig her, er forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsleder. Gult kort utfordrer også internt i bedriftene de nye måter å håndtere sykefravær på som er vektlagt så sterkt gjennom IA. Det er ikke nok å ha prosedyrer og at lederen tar en telefon når han har tid. Her skal det skje på pasientens premisser, når han kommer fra legen. Vi ser av de kvantitative data at dialogene og planarbeidet blir tatt raskt. Inntrykket fra intervjuene er at ledere oppfatter dette som en så viktig sak at de synes det er riktig å prioritere det.

> *Det var mykje "styr". Eg måtte hjelpe sjefen til å forstå,… føler dei har vanskeleg for å sette seg inn i jobben eg har. Bra å ha erfaring til eventuelt ein annan gong.*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju

Under skal vi gjengi et langt utdrag fra ett av intervjuene. Dette sitatet, som er hentet fra en arbeidstaker tilsatt i helsevesenet, kan løfte frem nettopp hvordan Gult kort impliserer nye kommunikasjonsstrukturer i bedriftene. Arbeidstakeren som er intervjuet har i lengre tid hatt et anstrengt forhold til sjefen på arbeidsplassen. Dette har ført til at dialogen har stoppet opp. Gult kort virker i dette tilfellet som en *anledning* til å kommunisere.

> ***Informant:*** *[…] og så gjekk vi opp til han som er sjefen. Og fortalte at eg var på Gult kort og sånn og sånn. Og da hadde eg på forhånd fortalt han daglige lederen at eg ikkje hadde noe særlig bra forhold til han som er sjefen.*
> *Så han visste kordan eg hadde det. Og han ville vere med opp og snakke med sjefen sammen med meg.*
> ***Intervjuer:*** *Mm.*
> ***Informant:*** *Og han blei så sint når vi kom opp (latter). Ja, for dette kom til å gå sånn utover dei andre på arbeidsplassen og sånn og sånn […] Og han hadde ingen ting til overs for noe Gult kort og ja… vi fekk skikkelig skyllebøtte. Og da tenke eg at ”veit du kva dette her gidd eg ikkje,” og sa: ”hør her: veit du kva nå skal eg fortelle deg.” Eg var*

rimelig shaky. men det gjekk veldig greit, altså. Så fortalte eg kordan vi arbeidsgruppa følte at det var på jobb for tida. Tok det opp som ein felles sak , ikkje bare kordan eg følte det, men også kordan dei andre følte det. For vi hadde snakka veldig mykje om det. Kordan kommunikasjonen var på jobben, kordan vi følte oss veldig lite verdsatt… Vi blei møtt med veldig lite respekt fra ledaren. Og det gjer noko med deg som menneske når du ikkje blir møtt med respekt altså. Så vi snakka saman i langt over ein time. Og han var ikkje klar over at vi oppfatta han på den måten, så han fekk seg noen a-ha'er han også. Eg må seie at etter at eg hadde den på ein måte konfrontasjonen med han - veldig sakelig og ordentlig - så har i alle fall eg fått det veldig mye bedre på jobb.

Arbeidstaker A

Som vi ser illustrerer sitatet et Gult kort som har virket etter hensikten. Det gule kortet ble en anledning for arbeidstakeren til å gå i dialog på arbeidsplassen. Samtidig viser sitatet at ordningen med Gult kort impliserer nye roller også i relasjonen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Hvor legen har lagt litt ekstra trykk på aktivitet, eventuelt feilvurdert om aktivitet er hensiktsmessig, blir utfordringene for arbeidsplassdialogen større. Sitatet under eksemplifiserer dette, her blir en informant utfordret på hva han syntes om å få Gult kort i ettertid

Eg forstår tanken bak det, men eg følte eg blei tvinga i jobb av legen. Arbeidsgivar meinte og eg var for dårleg.

Arbeidstaker, strukturert intervju

Det ser ut til at avstanden fra fiasko til suksess er liten, og kanskje handler mye om kommunikasjon og støtte; sitatet under illustrerer:

Dei fleste ønskjer å vere i arbeid når dei klarer det. Eg fekk "aksept om å vere i ro" av kollegaer. Eg var ikkje sjuk nok til å vere sengeliggande.

Arbeidstaker, strukturert intervju

7.2 Mange får det til, men de som har mest behov -får det dårligst til

Med et Gult kort så er det jo litt arbeid. Du skal ta den tida det trenger for å tilrettelegge, du skal snu om litt. Eg vil kanskje si at det har ikkje kosta oss nokke ekstra, vi har heller ikkje tjent så veldig på det. Men det du tjener på er at du får en helt anna dialog med den ansatte. Du får en mykje meir fornøyd medarbeider. Jeg tror at i det lange løp så har du tjent på det på den måten, om ikkje du ser det i kroner i dag - så tror eg du tjener på det uansett. Eg har i grunn ikkje nokke negativt å sei om Gult kort. Vi hadde litt startvansker då med kordan skulle vi tolke ka legen hadde meint med det og litt sånn, men vi tok jo bare telefonen så hadde du det oppklart.

Arbeidsleder L

I intervjuene med arbeidstakere og arbeidsgivere fikk vi innsikt i både ”god” og ”dårlig” bruk av Gult kort. Lesningen av intervjuene fikk oss også til å undres over om ikke det var slik at de arbeidsplassene som hadde mest bruk for Gult kort, også var de som sviktet mest. Tilsvarende virket det som om arbeidsplasser som hadde gode kommunikasjonsrutiner omkring sykefravær, også var de som hadde de beste resultatene av Gult kort. To utdrag fra de strukturerte intervjuene eksemplifiserer:

> ***Intervjuer:*** *Hvordan ble du tatt i mot på arbeidsplassen?*
> ***Informant:*** *Positivt, alle var opptatt av at eg skulle få godt tilrettelagt arbeid, slik at eg kunne komme fort tilbake i fullt*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju
>
> *Blei godt mottatt. Hadde møte og satt ned plan og arbeidsgivar skaffa vikar, slik at eg gjekk på topp.*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju

I det følgende skal vi presentere utdrag fra intervjuene som illustrerer spennet i hvordan Gult kort er oppfattet og benyttet. Sitatene over illustrerer på mange måter oppsidene ved ordningen, men vider blir både ”god” og ”dårlig” bruk presentert og diskutert. Vi har allerede vist et eksempel på vellykket bruk av Gult kort, der kortet fikk positive konsekvenser. Sitatet i forrige kapittel der Arbeidstaker A tok et ”generaloppgjør” med arbeidsgiver og således fikk på plass en varig dialog er et eksempel på ”god” bruk av Gult kort. Denne arbeidstakeren oppsummerer sine erfaringer med Gult kort slik: ”[…] eg fekk eit heilt anna liv på jobben, altså. Etter at eg turte å gå opp å seie at ”veit du kva, dette syns eg faktisk ikkje noe om!” (Arbeidstaker A)

Noen ganger vil det gule kortet fungere som et diagnostisk redskap for å påvire virksomheter og ledere som ikke får dette til. For de ansatte kan det være en bekreftelse på noe de vet fra før.

> ***Intervjuer:*** *Kva synest du om å få Gult kort i ettertid?*
> ***Informant:*** *Syntest ikkje noko om å levere kortet. Sjefen tok det ille opp. Sjefen burde teke kontakt før. Eg har tidlegare fått legeerklæring frå Dr.NN vedrørande same problem, utan at det blei tatt omsyn til.*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju

I et annet intervju finner vi indikasjoner på at miljøet på arbeidsplassen har betydning for hvordan Gult kort blir tatt i bruk og hvor vellykket ordningen blir. Sitatet under viser at et godt arbeidsmiljø og etablerte kommunikasjonsrutiner kan være et viktig vilkår for et vellykket Gult kort.

> *På vår avdeling er det full åpenhet, vi er alle venner det er kjempe godt miljø der. Og det har mye å si for at en sånn ting som Gult kort skal være vellykka. Så vi jobber alle som…vi er liksom veldig sammensveisa vi støtter opp hverandre om vi er elektriker , mekaniker, formann eller teknisk leiar, det spiller ingen rolle vi snakker like godt alle sammen.*
>
> Arbeidstaker D

Målsettingen med Gult kort var at ordningen skulle stimulere til bedre kommunikasjonsrutiner og dialog på arbeidsplassene. Sitatet vi presenterte over kan nettopp tyde på at *årsaksretningen* også kan gå den motsatte veien. I dette ligger det at arbeidsplasser med sunne og gode dialoger også er de som takler Gult kort best. Gode kommunikasjonsstrukturer og dialog mellom ansatte og ledere, kan således være et *vilkår* for å få Gult kort til å fungere på en tilfredsstillende måte.

Motsatsen til dette er at de bedriftene som i utgangspunktet har dårlige arbeidsplassdialoger også i liten grad får til Gult kort. Følgende sitat – hentet fra de strukturerte intervjuene – tematiserer dette:

> ***Intervjuer:*** *Hvordan ble du tatt i mot på arbeidsplassen?*
> ***Informant:*** *Eg la det gule kortet på kontoret til sjefen når han ikkje var tilstade. Han tok kontakt med meg etter 3-4 dagar for å diskutere. Det virka som sjefen tok det gule kortet som ein trussel. Det var ikkje samarbeid om å skrive planen, arbeidsgivar berre førte opp oppgåver og eg signerte.*
>
> Arbeidstaker, strukturerte intervju

Sjefen sa "mye bedre at du blir sykmeldt og vi kan få inn vikar for deg". Eg blei skjelt ut for at det blei verre for dei andre, "berre sjuklingar på jobb."

Arbeidstaker, strukturerte intervju

Leiar lo…

Arbeidstaker, strukturerte intervju

Dybdeintervjuene viser at bedrifter med dårlig kommunikasjon nettopp også er de bedriftene som mangler mest på en god gjennomføring av Gult kort. Tekstpassasjen vi presenterer under er hentet fra en arbeidstaker som arbeider på en industriarbeidsplass, der mye av arbeidet er *fysisk.* Dette er en arbeidsplass, der Gult kort i stor grad kunne hatt en misjon. Vi registrerer likevel at både arbeidstakeren og arbeidsgiveren *ikke* finner dette særlig egnet:

Nei, vi diskuterte det då og eg skulle ikkje kjøre truck. Eg skulle ikkje kjøre lastebil. […] Skal du gjør noko her nede så har du truck -altså alt blir håndtert med truck. Og ellers er det å kjøre ut med lastebil, eller så blir det å gå rundt på lageret å koste. Så vi fant ut at - eg sa sjøl at beste løysing er rett og slett å vere vekke nokre dager, ei veke blei det vel då. Altså å gå her nede og bare dilte etter dei andre, det var ikkje løysinga. Når eg ikkje kunne gjør noko her nede så syns eg ikkje det var nokon vits i å vere her heller.

Arbeidstaker I

I forlengingen av dette er det viktig å understreke at mange arbeidsgivere legger vekt på strukturelle dimensjoner og vilkår når de i intervjuene reflekterer rundt Gult kort, sykefravær og mulige tiltak. Under presenteres et sitat som i stor grad er dekkende for arbeidsgivere og arbeidslederes holdning til endringer i arbeidslivet, og hvordan Gult kort griper inn i dette. Arbeidslederen som her uttaler seg arbeider ved en institusjon med flere brukere;

Brukartallet i forhold til dei som skal ha teneste er det samme no i 2006, som det var i 1995. Forskjellen er at i 1995 så var der 23,5 årsverk, no er der 11. […] Pluss at arbeidspresset blir jo ganske stort då når vi er komt under halvparten av bemanningen av det vi hadde i 1995, mens brukartallet av dei som skal ha tjeneste er akkurat det samme. Så her ligger en begrensing både i forhold til Gult kort og i forhold at vi er en IA-bedrift.

Arbeidsgiver A

Det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner om ulike bedrifters bruk av Gult kort på bakgrunn av sitatene over, og de kvalitative intervjuene mer allment. Likevel fremstår det som tydelig at de bedriftene som har mest behov for Gult kort- ordningen, også er de som får det dårligst til. Mange trekker også inn strukturelle vilkår som forklaring dersom Gult kort ikke fungerte. Typisk blir arbeidspress, tidsrammer og økonomiske forhold trukket frem som årsak, noe sitatet under eksemplifiserer;

> *Den gangen vi blei informert om det gule kortet, kor eg var bla en av de som hevda at det her er nokke som passer forferdelig dårlig i en allerede underbemanna teneste.*
>
> Arbeidsgiver A

De som trenger det mest, kan altså være dem med manglende system, dårlig kommunikasjon og ledelse, stramme rammebetingelser i form av lav bemanning, men også med mange ansatte som har problemer. Om en stor del av arbeidsstokken er marginale i forhold til å komme på jobb, så er det ikke alltid at et tiltak som Gult kort beskrives positivt:

> *Vi har som sagt 8 av 11 som har fysiske begrensninger, så det er egentlig et puslespill kvar gang vi planlegger nye dagsplaner. Så er det et puslespill for å få det her til for det er en del…der er så mange begrensninger i forhold til kven kan gjør kva, men vi prøver jo då og strekke det til det ytterste i og med at vi er en IA-bedrift. Kommunen her er en IA-bedrift. Så uten at eg skal si at det skjedde i forbindelse med …men det er ofte det at når en kikker på fraværet så er det ofte det at hvis folk kommer i en annen situasjon, arbeidssituasjon enn det vi har planlagt. Og det gjør en av og til, noen ganger vil det føre til at en i etterkant av nokke sånt får fravær av annet personale. Eg skal ikkje sei at det skjedde då, men…*
>
> Arbeidsgiver A

7.3 Om å bry seg i hverdagen – ikke bare i festtalen

> *Eg likar å vere på jobb, eg trives, det er godt miljø der. Det er kjedelig å vere heime og vere på tradisjonell sjukemelding, det er kjedelig. Og det gjør noko med deg som menneske òg hvis du går på tradisjonell sjukemelding og er heilt vekke fra arbeidet, eller delvis vekke. Det gjør noko med sjølvfølelsen, altså du får litt dårlig sjøltillitt. Og jo lenger du har vert vekke fra arbeidsplassen jo meir kvier du deg for å begynne igjen da. Så å holde det gåande med restarbeidsevne og sånn… - Eg syns det er bare positivt.*
>
> Arbeidstaker D

Gult kort - kanskje *særlig* fra legesynspunkt - er et operasjonelt tiltak på hverdagsnivået. Med dette sikter vi til at det er et tiltak som er relativt lett å forholde seg til for aktørene som er involvert. I forhold til andre tiltak for reduksjon av sykefravær og for stimulering av arbeidsplasskommunikasjon, er Gult kort tilsynelatende konkret og håndterbart. Dette blir understreket i intervjuene med legegruppa ved Sunnfjord Medisinske Senter. Samtidig har ordningen også en utilsiktet positiv konsekvens, nemlig at arbeidstakerne blir bedre kjent med hverandres arbeid. Dette kommer ikke frem i alle intervjuene, men vi registrerer at *noen* trekker frem at ved å utføre andre arbeidsoppgaver enn normalt, økes forståelsen av kollegenes arbeid. Et annet eksempel på at Gult kort er et tiltak på hverdagsnivået som influerer på det daglige arbeidet rundt om på arbeidsplassene er at mange – særlig arbeidsgivere – poengterer at Gult kort har gjort det lettere for bedriftene å snakke med trygdekontor og legekontor. Man får altså en større forståelse av andre aktørers arbeid og trolig en større forståelse av å viktigheten av samhandling. De kvalitative data tyder på at ”fjellet” som ble beskrevet i bakgrunnskapittelet ikke er så synlig her. Det er lite kommentarer om ”udugelige” leger eller ”udugelige” arbeidsledere.

Som overskriften på kapittelet antyder handler Gult kort i stor grad om å *bry seg i hverdagen.* Det er stor forskjell på dette og å arbeide for et inkluderende arbeidsliv i festtalene! Intervjuene våre viser også dette. Mens noen arbeidsgivere synes å ha integrert kunnskapen om IA holdningene, og tatt dem i bruk i hverdagen, har andre tatt med seg de ”gode overskriftene” fra IA-samlinger og møter, uten å ha noen dypere forståelse av hva de innebærer, ei heller hva de betyr i hverdagsarbeidet.

Under har vi plukket ut to sitat som viser hvordan arbeidsgivere tenker om sykefravær. Det slående har er at man har *svært ulike* innganger til dette fenomenet.

> *Vi har, i og med vi har blitt ei IA-bedrift, så har vi prøvd å inkludere personar litt meir og fulgt dei opp i sjukeperioden. Vi har prøvd aktivt å få dei hit så sant dei ikkje har feber og er sengeliggande, og i alle fall komt ein tur ut om dagen så dei har ein viss tilhørighet til bedrifta. Så vi har hatt ei tettere oppfølging absolutt, i den perioden dei har vore sjuke. […]Eg trur at på Leikanger opererte dei med kostnader pr.*

dag som låg på en plass mellom 2500 og 3000 kr. for arbeidsgjevar. Og det er klart at dette kan vere nyttig informasjon for arbeidstaker; at hvis du er litt trøtt ein dag så svir det litt for arbeidsgjevar i alle fall. At dei får litt fokus på det. At det er faktisk ikkje er staten som betalar.

Arbeidsgiver E

Som IA-bedrift så ser vi effekten av at hvis vi går tidlig inn og følger dei tett så er det mykje større sannsynlighet for at dei og er tilbake igjen fortere, fordi dei merker at arbeidsplassen bryr seg. Og det trur eg er nøkkelen til at veldig mange unngår å være sjukemeldte, men du må ikkje legge press for vi veit jo ikkje alle tilfellene ka som ligger bak for at dei er sjuke. Det kan være meir enn det dei seier og. Sånn at det bruker vi no bevisst

Arbeidsleder N

Sitatene vi har presentert over viser forskjellen på to arbeidsgiveres holdning til sykefravær. Det første sitatet viser en arbeidsgiver som legger press, mens det andre illustrerer en holdning der det å motivere står sentralt. Sitatene illustrerer på denne måten et stort spenn i holdninger til sykefravær blant de informantene vi har vært i kontakt med under dybdeintervjuene. Dette spennet dreier seg både om synet på bakgrunnen for sykefravær, og holdninger til hvordan man kan arbeide målrettet med problemene. Det faktum at spennet er så stort som intervjusitatene over viser, illustrerer også at en enhetlig tilnærmingsstrategi til problematikken er utfordrende.

Det første sitatet vi trakk fram over (arbeidsgiver E), viser en innstilling som harmonerer dårlig med grunnlaget for Gult kort. Holdningene som blir lagt for dagen stimulerer ikke til tilrettelegging og dialog. Når informanten samtidig understreker arbeid for et inkluderende arbeidsliv og tilhørighet, får vi tydelig eksemplifisert forskjellen mellom det å bry seg i hverdagen og det som blir trukket frem i festtalene. Informanten legg vekt på inkluderende arbeidsliv og oppfølging når han snakker i generelle vendinger, men understreker økonomisk forpliktelser når han uttaler seg om det konkrete caset. Det ser ut til at Gult kort kan være med på å gi de gode holdningene - de som viser seg i festtalene - et konkret uttrykk i hverdagen.

7.4 Å ta ansvar for egen tilrettelegging - ikke alle kan ha frie tøyler

Det gjekk heilt greit. Og som nemnt tidligare så la vi oss ikkje noko bort i korleis. - Det som var formålet var jo at ho skulle bli bra og sånne ting då. Og ho styrte meir eller mindre det løpet sjølv då. Så hadde ho ei målsetting der ho skulle komme gradvis tilbake og øke på, og det gjekk veldig greit.

Arbeidsgiver E

Sitatet innledningsvis viser på en god måte hvordan mange arbeidsgivere brukte Gult kort; de lot arbeidstakerne styre mye selv. Men det er forskjell på folk; mens noen trenger klare grenser for hva de skal gjøre, hvordan de skal gjøre det, og hvor lang tid de skal bruke, vil andre kunne ha det bedre ved å ha stor frihet – kunne tilpasse seg til dagsformen og endre etter behov. Det kan være vanskelig å holde seg fra belastende oppgaver når den du skal betjene, kollegaen eller klienten, er i behov for ”en hånd” der og da. Det kan være sykepleieren som hører en ”klokke” fra en pasient, på et tidspunkt hvor ingen andre er tilstede. Mekanikeren som vil ha hjelp til et lite løft, og ingen andre enn han med tilrettelegging er i nærheten. Sitatene under viser nettopp to slike situasjoner:

> ***Intervjuer:*** *Om du ble sykmeldt hva var årsaken til det?*
> ***Informant:*** *Blei omplassert frå verkstad til kontor. Det blei dermed for lett for dei som var på verkstedet til å forlate det sidan eg sat inne på kontoret. Dei andre utnytta situasjonen. Når kundar då kom hadde eg problem med å seie nei og begynte å lage ting som medførte at eg anstrengte meg og fekk forverra [tilstanden]*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju
>
> *[Eg blei] forverra ved å vere i jobb. Fekk unntak frå å vaske gulv og å hente ned kle over skulderhøgde, men i praksis når du er tilstede er det lett å gjere det for å yte service og få ting til å fungere. Er aleine i min etasje.*
>
> Arbeidstaker, strukturert intervju

Kanskje er det slik at tilnærmingen og vilkårene for aktivitet må bli forskjellig alt etter mennesker og type arbeid. Det kan ha med personlighet å gjøre, og det kan ha med type arbeid å gjøre. Hvordan skille dette? Trolig er det tilstrekkelig innsikt om dette hos klienten selv dersom han blir utfordret på det. I alle fall vil lege, eller leder, kunne ha kunnskap om klienten og hans behov i forhold til frie eller stramme tøyler, dersom lege pasientforholdet

eller arbeidsrelasjonen har vart en stund. Ingen av partene synes bevisste på at dette er et viktig tema å vurdere *før* en tilrettelegging.

En konkret plan med evaluerbare mål og delmål, en oppfølging underveis, og en klar påpeking av eget ansvar for å definere og holde seg til grenser, kan virke mot disse grenseoverskridelsene, men samtidig ta vekk noe fleksibilitet. Hvorfor skrives det løse planer der mye er opp til klienten selv? Det kan dreie seg om en form for misforstått "snillhet" som bare gjør det mer vanskelig for klienten. Eller det kan være tidsnød og manglende prioritering av planarbeidet. Det er enklere å skrive – "gjør det du kan", enn å analysere detaljert hvilke elementer av eget arbeid pasienten kan eller ikke kan gjøre. Oppfølging er også en tilleggsbelastning for leder i enn kanskje ellers travel hverdag. Enklere blir det å legge hele ansvaret på klienten. Og det kan i noen tilfeller være det beste. Der hvor arbeidstaker kan ta ansvar og styring vil fleksibiliteten bli enda bedre.

Vi skal nå vise til eksempler på dette. Det første intervjuutdraget viser at frie rammer *kan* fungere godt for noen. Sitatet er hentet fra en arbeidstaker som ikke opplevde det som noe problem at han fikk mye ansvar selv. Det andre utdraget er derimot hentet fra et intervju med en arbeidsleder som la vekt på å styre planen og tilretteleggingen i stor grad. I sum viser disse sitatene to ulike måter å håndtere problemstillingen om frie eller faste rammer:

> ***Intervjuer:*** *Korleis blei det med den planen? Blei den forandra undervegs eller gjorde du det samme arbeidet under dei ukene?*
> ***Informant:*** *Ja, eg fekk beskjed om å styre det sjølv. Og det gjorde jeg.*
>
> Arbeidstaker D

> *Og så hadde han da gradvis tilvenning igjen i trucken til han klarte det. Men da hadde eg dialog med han kvar dag faktisk i den siste perioden for å vere sikker på at han ikkje gjorde bare for at han ville for alt i verden. Eg sa til han at du må bli frisk igjen, du må ikkje presse deg så får du gjerne ein smell om ei lita stund igjen. Men det gjekk fint. Det gjekk veldig fint. Han har ikkje vore sjukemeldt, heller.*
>
> Arbeidsleder N

Flere av arbeidstakerne som er intervjuet tar tilsynelatende på seg for mye ansvar. Dette er en utfordring for *alle* aktørene i ordningen. Legen må vurdere i hvilken grad det skal være stramme eller svake grenser. For arbeidslederne er dette også en utfordring, særlig steder der arbeidsoppgavene er *diffuse***.** Eksempler på dette er arbeid der man gjør ulike oppgaver i løpet av en arbeidsdag. Fra intervjuene har vi illustrert dette med et sitat. Situasjonen er her at arbeidstaker har fått Gult kort på grunn av overbelastning på stemmen. Arbeidsplassen er i dette tilfellet en skole. I intervjuet ser vi at arbeidstakeren utfører svært *forskjellige* typer arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag. Dette gjør Gult kort uten klare rammer vanskelig.

> *Jeg klarte jo å snakke litt, men poenget var at jeg var sjukemeldt fordi at jeg ikke skulle bruke stemmen i det hele tatt. Og så satte jeg meg ned og avlasta de litt med å ta telefonrunder og ringe og avlyse elever og det er klart det var jo akkurat det jeg ikke skulle gjøre, men det var*

jo mitt eget initiativ; "jeg kan prøve litt," ikke sant? Men egentlig så skulle jeg bare være helt knyst. Så da ble jo det vanskelig òg ikke sant? For poenget var jo at jeg skulle helst ikke si noen ting. Og det er jo ikke alltid like lett heller da når du går rundt omkring på et kontor med arbeidskolleger og …ja. Ja du føler deg litt sånn idiotisk å sitte der når telefonen ringer så skal ikke du ta den hvis ikke det er noen andre der […] Så det blir bare at du syns hele situasjonen blir litt teit. Jeg kan alltids pipe fram et "hallo," men det var jo nettopp det jeg ikke skulle gjøre ikke sant.

Arbeidstaker G

I denne sammenheng spiller en utbredt holdning inn. Det er at mange informanter – både arbeidsgivere og arbeidstakere – trekker på holdningen *er du på jobb, så er du på jobb***.** Denne type utsagn finnes, på ulike måter og i ulike former, i svært mange intervjuer. Den positive varianten er at arbeidsgiver sier at "du trenger ikke komme tilbake på jobb før du er *helt* frisk," eller "nå skal du være hjemme og slappe av til du er frisk." Innebygd i slike utsagn er en holdning om at arbeid er et *enten - eller*; enten full jobb eller full sykemelding. Ordningen med Gult kort har prøvd å imøtegå slike holdninger, ved fokus på tilrettelegging og tillemping. Intervjuene tyder likevel på at dette fremdeles er en utfordring. Sitatet vi presenter under kan tjene som eksempel på dette:

Informant: *Eg kunne vere sjukemeldt faktisk opp i …eg var nesten eit år ein periode. Og så kunne det vere 2-3 månader, eit halvt år…Ja litt fordi at eg ikkje er flink nok til å seie i fra. For eg skal ha alt på stell.*
Intervjuer: *Ja...*
Informant: *Ja. Når eg er på jobb, så er eg på jobb. Så da er det ordentlig det eg gjer.*
Intervjuer: *Men var det nokon sånn muligheiter for tilrettelegging og sånt på den gamle arbeidsplassen?*
Informant: *Det er så mykje å gjere, og lite personal at du har ikkje så mykje muligheit til det nei.*

Arbeidstaker A

Også arbeidsgiverne har i en del tilfeller holdninger som tilsvarer dette, om at "er du på jobb så er du på jobb." Sitatet under viser dette. Sitatet er hentet fra en annen arbeidsplass enn utdraget over, men illustrerer det samme poenget, men denne gangen fra arbeidsgiverperspektivet. Informantene sier her tydelig at arbeidet er et enten – eller; det finnes ingen mellomting.

Det som blei konklusjonen var at vi ikkje hadde muligheit for å legge spesielt til rette på lang sikt. På kortere sikt vil vi nok kunne gjøre en del, men på lengre sikt vil det vere umulig å legge til rette for eksempel ved å unngå truckkøyring som jo er ein del av hovedarbeidsområdet vårt. Altså då snakkar vi om enten å kunne gjere arbeidet eller å ikkje kunne gjere arbeidet. Der var dessverre hos oss ingen sånn mellomting.

Arbeidsgiver I

De to presenterte sitatene viser at det fremdeles er en holdning til stede der man enten er på jobb, eller man er syk(meldt). Det kan virke som at dette er en av barrierene for å ta i bruk Gult kort. Samtidig er dette en holdning og en barriere mot *de fleste* tiltak for å begrense og redusere sykefravær i Norge. Holdningen om at *er du på jobb, så er du på jobb* kan ikke sees løsrevet fra problematikken om løse eller stramme grenser for tilrettelegging. I mange tilfeller kan det se ut som denne holdningen også betyr at det å legge til rette med faste rammer oppleves som vanskelig og ubehagelig.

I noen grad har det å holde seg til grensene med rammebetingelser å gjøre også. Der hvor det er en presset arbeidssituasjon, og mulighetene for vikar er små, blir det vanskelig å holde seg til avlastet aktivitet, noe intervjuutdraget under tyder på:

> *Vi har 21 ungar fordelt på 3 vaksne. Den andre assistenten gjekk på halvt. Avdelinga hadde ikkje klart å ta meir omsyn enn det som allereie var gjort.*
>
> Strukturert intervju arbeidstaker

For oss ser ut til at dialogene på legekontor og arbeidsplass må ta opp *muligheten for å styre belastningen* som et eget tema. Det må bli en del av veiledningen, og resultatet må synliggjøres i plan og tiltak. Eksempelvis kan det være slik at om legen etter sin veiledning får et inntrykk av at det dreier seg om en pasient som har vansker med å si nei, og jobber i et utfordrende miljø med stramme rammebetingelser, så kan legen legge en tidsbegrensing inn. For eksempel; ”være halv tid tilstede”, eller en klar oppgavebegrensing; ”skal ikke delta i pleien”, eller legge klare føringer på at det skal foreligge en detaljert plan som må følges opp.

Å ta ansvar for egen tilrettelegging medfører også at man forsøker å finne løsninger uten sykmelding, men det er ikke alltid at dialog og oppfølging fører til at man selv finner løsninger og at det blir kortere sykmeldingsforløp, eller at sykmelding unngås. Noen ganger kan det se motsatt ut. Utsagnet under kommer fra en pasient som hadde en tilrettelegging som ikke førte til sykmelding, men syntes at hun godt *kunne ha blitt* sykmeldt da det dro ut litt å bli bra. Fordi hun ikke ble fulgt opp fant hun en løsning selv.

> *Det "kosta" meir å gå tilbake til legen for å få sjukmelding, enn å gå på jobb. Kanskje kunne det vore ei pliktig tilbake rapportering til legen ved utløpet av Gult kort perioden? Men det ville vel ha ført til at fleire blei sjukmeldt...*
>
> Strukturert intervju arbeidstaker

7.5 Varige endringer

Vi hadde gitt signal ut at vi syns det var veldig vanskelig det her å nå igjennom til trygdekontoret og nå igjennom og få kanalar inn. Det syns vi var veldig vanskelig, og jobba veldig tungt med sjukefraversarbeidet egentlig. Så vi var veldig glade når vi fekk lov å vere med på det prosjektet så vi har fått kjennskap til korleis trygdekontoret jobba, korleis legane jobba, vi har fått - holdt på å sei - vi har fått veldig mykje gratis gjennom det prosjektet. Og veit korleis alle jobba. Og det er veldig lett for oss no å ta kontakt f. eks; "vi har gjort det vi kan gjere, og vi er nødt til å ha ei avklaring på det, vi kan ikkje gjere noko meir, det må være en vei videre for den sykemeldte." […] No har vi kanalane inn, det er ofte vi kan begynne med avklaringsmøter allereie etter 2-3 månader.

Arbeidsleder L

I sammenstillingene av de kvantitative dataene viste vi at ¼ av de intervjuede pasientene på Gult kort mener at det gule kortet har ført til varige endringer på arbeidsplassen. Den strukturerte spørreundersøkelsen gir imidlertid ikke svar på hva *innholdet* i disse varige endringene er. Fordelingene vi presenterte i kapittel 6 gir liten informasjon om mer allmenne endringer i kommunikasjon og dialog på arbeidsplassen. Dybdeintervjuene kan være med på å fylle ut bildet. Intervjuutdraget som er presentert innledningsvis er en indikasjon på at Gult kort har hatt en utilsiktet positiv konsekvens i det faktum at arbeidsplassene, trygdekontoret og legene har blitt mer kjente med hverandre og hverandres hverdag. Det innledende sitatet viser en arbeidsleder som gjennom deltakelse i Gult kort opplever å ha fått "mykje gratis." Bakgrunnen for dette er at Gult kort har muliggjort direkte kontakt og kommunikasjon med trygdekontor og legekontor om sykefraværsproblematikk.

Intervjuer: *Kva synest du om å få Gult kort i ettertid?*
Informant: *Det var det som skulle til for å ordne opp i ting -greit å gripe fatt i problema ved å bruke Gult kort.*

Strukturert intervju, arbeidstaker

Et annet viktig aspekt i forhold til varige endringer og kommunikasjonsrutiner er at Gult kort-prosjektet ser ut til å ha ført med seg en øket diskusjon om sykefravær og tilrettelegging rundt om på arbeidsplassene. Intervjuene våre viser at dette har blitt et tema i lunsjen og på pauserommene i tiden etter at arbeidstakere har fått gule kort. Således har ordningen hatt en positiv og utilsiktet konsekvens, nettopp fordi Gult kort har ført til at sykefravær og sykeordninger blir satt under debatt på arbeidsplassen. I hvilken grad dette har ført til *varige* forandringer er likevel et mer åpent spørsmål. Det kan være at en ordning som Gult kort mister nyhetens interesse ved en bredere innføring uten et eget navn. Likevel ser vi at

diskusjonen skjer på flere ulike arenaer, noe vi leser i sitatet under. Her er det en arbeidsleder som forteller om hvordan Gult kort er blitt drøftet internt i bedriften:

> *Og vi snakkar om dei som har hatt Gult kort. Og vi snakkar gjennom vårt arbeidsmiljøutvalg - fortel kva vi har gjort der. Det er anonymt då, men vi fortel litt meir om dei sakene vi har, og litt om type fråver vi har, og sånne ting. Sånn at dei er informerte hvis det er noko dei vil at vi skal bidra med og at vi skal gjere betre på arbeidsmiljøsida.*
>
> Arbeidsleder N

Når det gjelder varige endringer som følge av ordningen, er det et slags underliggende, men kanskje uoppnåelig mål at Gult kort skal bli *overflødig*. Med dette sikter vi til at kommunikasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker blir så god at legen ikke lenger trengs som rådgiver om arbeidsevne i en sykefraværssituasjon hvor det åpenbart ikke er skadelig medisinsk sett å være i aktivitet på jobb. Vi har eksempler på at dette har vært tilfellet. Det er også eksempler på at arbeidstakere har fått en ny erkjennelse av arbeidsgivers vilje:

> *Eg blei positivt overraska over arbeidsgivar sin selvfølgelighet i velvilje til tilrettelegging*
>
> Strukturert intervju, arbeidstaker

Under illustrerer vi det som oppleves som en endring med et intervjuutdrag. Situasjonen i dette caset er at arbeidsgiver og arbeidstaker i lengre tid har hatt et anstrengt forhold. Imidlertid har Gult kort fungert på en slik måte at luften mellom de to partene er ”renset.” Dette har på sikt ført til et mer åpent forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

> ***Intervjuer:*** *Korleis trur du arbeidsgjevaren din ser på Gult kort nå i ettertid då?*
> ***Informant:*** *Eg veit ikkje egentlig. Vi har jo ikkje fått noen fleire gule kort…*
> ***Intervjuer:*** *I forhold til din?*
> ***Informant:*** *Eg seier at eg treng ikke det lenger i hvert fall. I dag vil eg kunne ta det opp med han direkte.*
> ***Intervjuer:*** *Ja?*
> ***Informant:*** *Eller bare gjere det på eigenhånd. Men han er nok meir positiv hvis andre skulle komme, så tror eg nok at dei ikkje ville få oppleve det samme som jeg opplevde då eg kom med det gule kortet.*
>
> Arbeidstaker A

Dette eksempelet viser at Gult kort i *noen* tilfeller har ført til varige positive endringer. Ordningen har i dette tilfellet stimulert og bidratt til en bedre og mer åpen dialog på arbeidsplassen. På denne måten representerer sitatet over en ”solskinnshistorie;” der det gule kortet tilsynelatende er blitt overflødig.

Varige endringer trenger ikke bare bety endring i kommunikasjonsrutiner. I intervjuene er det eksempler på at Gult kort også har stimulert til forbedring av det fysiske arbeidsmiljøet.

Arbeidsleder E forteller om resultat av arbeidsplasskartlegging som ikke bare kom personen på Gult kort til gode, men også arbeidskollegaen.

> ***Informant****: Vi kjøpte inn nye arbeidsstasjoner og stoler.*
> ***Intervjuer:*** *Arbeidsstasjoner då tenker du på?*
> ***Informant:*** *Bord og sånne ting. Og også nokken forskjellige mus, to forskjellige typer også nokke sånne puter eller nokke sånt som du har handleddene på, litt sånt forskjellig. Men eg trur nok kanskje hovedsakelig stolen var det store problemet. At det hjalp veldig når den nye stolen kom.*
>
> Arbeidsleder E

7.6 Navnet skjemmer ingen?

Det er "Gult kort" og "IA-bedrift" og "aktiv sjukemelding," berre det ikkje blir for mange sånne ting så går det greit […] Kva det heite og korleis det blei ordna, det må eg seie - det er gjerne feil- men aktiv sjukemelding og Gult kort - så er eg ikkje helt sikker på forskjellen der. Om forskjellen er at aktiv sjukemelding så er det meir legen og den personen som set opp kva han kan gjere, mens når det er Gult kort så er det gjerne han sjølv og arbeidsgjevar som set opp kva han skal jobbe med.

Arbeidsgiver D

Navnet på ordningen og prosjektet - Gult kort - blir nevnt av mange informantene i intervjuene. Flere, særlig arbeidsgiverne, mener at dette er en upresis beskrivelse av ordningen, fordi det gir inntrykk av å være en *straff* til arbeidsgiver. Kanskje kan navnet og konnotasjonene knyttet til Gult kort ha gjort det vanskelig for noen å forstå at det dreier seg om *kommunikasjonsverktøy*. Egennavn peker kanskje på et tiltak?

> ***Intervjuer:*** *Hva syntes du om å få Gult kort hos legen?*
> ***Informant:*** *Veldig bra. Skjønte ikkje heilt forskjellen på Gult kort og aktiv sjukmelding, men fekk info av legen*
> Strukturert intervju, arbeidstaker

Poenget med å kalle ordningen Gult kort var imidlertid at det skulle indikere at det var en avventende sykmelding, at vilkårene var tilstede, men man kunne unngå den; en advarsel til *situasjonen*. Hensikten var å gi beskjed om at det burde skje endringer i tilpasning av arbeid. Skjedde ikke dette, ville det etter all sannsynlighet ende i en sykemelding. Gult kort var på denne måten en konkret advarsel. Både pasienter og arbeidsgivere har oppfattet navnet og advarselssymbolikken negativt, men ikke alle. Særlig arbeidsgivere har reagert fordi de følte at de hadde "sin sti ren" både når det gjaldt oppfølging og kommunikasjon og forebyggende arbeidsmiljøarbeid og ville dermed ikke ha noen "dom" på dette fra en lege.

Navnet har bidratt til publisitet om prosjektet, i tillegg til at det er blitt gjenkjennelig for de fleste i Flora. Navnevalget er således basert på en kalkulert avveining fra prosjektgruppa. Sitatet under viser en informant som tviler på navnet;

> *Så bortsett frå at eg syns navnet "Gult kort" ikkje var det mest passande, så er eg positiv til det. For Gult kort forbind du med fotball og at du har gjort noko halvegs gale, då. Så eg ville gjerne ha bytta namn på det, hvis eg skal komme med en idé.*
>
> Arbeidsgiver D

I forlengelsen av dette kan det likevel diskuteres om navnet Gult kort har hindret noen i å forstå fult ut innholdet i ordningen. Dybdeintervjuene antyder at dette *kan* være tilfelle. Intervjuene tyder på at det for mange er *for* mange ordninger og begreper å forholde seg til. Intervjuene kan også tyde på at noen oppfatter Gult kort som et annet navn på, eller en fjern slektning av, aktiv sykemelding og at det således er et enestående og *alenestående* tiltak. Dette *kan* ha skapt hindringer for ordningen. Under viser vi et eksempel på dette. Her ser vi en arbeidsgiver som har problemer med å skille mellom vesentlige begreper. Innføringen av Gult kort gjør ikke saken bedre;

> *Eg vil seie det [Gult kort] er veldig mykje det samme som IA. Veldig mykje likt. Det er nesten så det går i fotspora, spør du meg. For det har no noko med at det skal vere inkluderande arbeidsliv, og at er du sjuk og får eit Gult kort så kanskje du kan gjere andre operasjoner og sånn, og prøve å tilrettelegge og sånn ting. Det er no akkurat det samme som IA; eg ser ikkje nokon forskjell der. Det gjer eg ikkje.*
>
> Arbeidsgiver E

Som utdraget over indikerer, har flere av informantene vansker med å gripe forskjellene mellom IA, aktiv sykemelding, gradert sjukemelding og vanlig sykemelding. Dette viser at det er et stort informasjonsbehov ved implementering av et prosjekt som dette. Det er viktig med tilstrekkelig forklaring, informasjon og innføring for *alle* aktørene. En informant mener en løsning ville være å la tidligere Gult kort pasienter informere:

> *[D]et som eg syns hadde vert litt greit…vi har fått eit skriv på jobb – "Gult kort." Det burde ha komt nokon rundt som hadde gode erfaringar med Gult kort og snakka med oss om korleis det fungerer på plassar der det verkelig har fungert bra.*
>
> Arbeidstaker A

Det kan virke som om det er arbeidstakerne som i størst grad etterlyser med informasjon. Mange av arbeidsgiverne mener at de har fått den viktigste informasjonen, og at dette har vært bra. Sitatet under er illustrerende for en slik posisjon:

> *Du får ganske mykje ting og tang som du skal forholde deg til. Så hvis du då ikkje får nokon som på ein måte står på og fortel kva dette her er for noko, så trur eg kanskje det kan gli fort til sides. Det blir ikkje prioritert. Så informasjon er viktig. Og der har dei vore heilt unike faktisk med å oppdatere og sende ut informasjon, sånn nyhetsmail om at no er det sånn og sånn. Og der har trygdekontoret og den gruppa vore veldig flink til altså. Så eg er veldig fornøyd.*
>
> Arbeidsleder N

Til denne problematikken er det også et annet viktig poeng. Dette dreier seg om å løfte frem at *bedriftene* har noe å vinne på ta i bruk Gult kort. En arbeidsgiver sier for eksempel at man ikke trenger folk som bare står og ser på, men må "ha folk inne som er ship shaped" (Arbeidsgiver A). I flere intervjuer synes det som om arbeidsgiverne ikke oppfatter den

økonomiske nytten de har av ordningen. Det er således en utfordring å få disse bedriftene til å se potensialet.

Forut for utprøvingsperioden for Gult kort, ble det som vist i kapittel 4 gjennomført informasjonskampanjer og møter med bedrifter. Informasjon om ordning er således spredt til ulike aktører i Flora. Når vi samtidig observerer at mange strever med å gripe ordningens hovedidé, eller ikke ser egen økonomiske gevinst (arbeidsgivere), kan informasjonsbehovet vise seg å være en av hovedbarrierene for (implementering av) Gult kort.

I forhold til legene kan navnet også ha vært en hindring. Målet var å ta opp med pasienten at han skulle tilbake til arbeid for en kommunikasjon rundt muligheter. ”Nå skal du få med et Gult kort”, blir forstyrrende i denne kommunikasjonen. En av legene forteller at han sluttet å bruke egennavnet i pasientkommunikasjonen. Han formidlet til pasienten at han kunne se at pasienten ikke kunne greie sitt vanlige arbeid slik det ble beskrevet, at aktivitet var mulig og at han kunne sende med noen vilkår for å få det til. Navnet ble introdusert først etter at pasienten hadde kjøpt ”pakken”.

Men mange pasienter har sett på navnet med humor slik dette sitatet viser:

> *Morosamt, eg knytta gult skjerf rundt halsen- det blei mykje latter og fleip.*
>
> Strukturert intervju arbeidstaker

7.7 ”Å Hente tyngde til arbeidsplassdialogen.”

Hvis du har kommunikasjonsproblem på jobb, så er det heilt tydelig at det å ha legen i ryggen - kanskje eventuelt at ein kunne hatt eit møte med legen og arbeidsgjevar - at det kan hjelpe. Ja. Men egentlig så bør ein kunne klare å stå opp å gjere det sjølv også, med å vite at ein har ein i ryggen som kan hjelpe deg hvis det skulle skjære seg. Så akkurat kommunikasjonsproblem på jobb - der er det gule kortet veldig bra.

Arbeidstaker A

Rammesitatet innledningsvis sier noe om hvordan enkelte arbeidstakere oppfatter Gult kort. Mange ser på det som en anledning til å hente tyngde til arbeidsplassdialogen, eller å ”ha legen i ryggen,” slik informanten over formulerer det. I intervjuene virker det som om det er to varianter av det *å hente tyngde* - en med et mulig negativt fortegn, og en med et mulig positivt fortegn. Den positive varianten fokuserer på å få legens faglige råd og veiledning, som et medisinsk faglig grunnlag for det pasienten oppfatter som et berettiget krav. Det kan også dreie seg om støtte på det menneskelige plan, å tørre å ta opp ting, å tørre å ta en vanskelig samtale med sjefen - rett og slett å se seg selv som *viktig nok* i den store sammenhengen på arbeidsplassen. I den negative varianten benyttes legen i større grad som *brekkstang* for å tvinge frem endrete arbeidsvilkår, i situasjoner hvor arbeidsplassdialog på forhånd har kommet til en annen konklusjon. I en slik sammenheng kan Gult kort brukes i en manipulerende hensikt. Det er flytende overgang mellom de to typene av ”å hente tyngde”, og det som i første omgang kan se ut som manipulasjon trenger ikke være det, og omvendt.

Intervjuer: *Hva synes du i ettertid å ha fått Gult kort?*
Informant: *Kjempebra, hadde prøvd å få tilrettelagt arbeid før eg gjekk til legen, utan å bli høyrt. Brukte det gule kortet som brekkstang til varig ordning*

Strukturert intervju, arbeidstaker

Arbeidsgivar var overraska/ paff over at eg hadde det slik. Eg hadde gitt uttrykk for at eg var matt tidlegare utan at det blei gjort noko.

Strukturert intervju, arbeidstaker

Vi skal nå illustrere forholdet om en positiv og en negativ variant av det å hente tyngde, med utdrag fra to ulike intervjuer. Det første sitatet eksemplifiserer en positiv variant, mens det andre utdraget viser at arbeidstakeren benytter legen som en brekkstang for å få til endringer som tidligere ikke har latt seg gjøre.

Nei, no er det stort sett veldig open dialog hos oss då, men eg sjølv føler at det er naturlig å gå til legen å diskutere det. Så ein har meir råd frå han viss ein skulle gå til leiaren for å få lagt om arbeidet. Det tenker eg sjølv, men det er ikkje problem for oss å gå og diskutere private ting då, men det er jo litt sånn viss du då skal pålegge andre kollegaer å legge om sitt eige arbeid for at du sjølv skal ha ein fleksibel ordning, så kanskje det er meir naturleg å få det fra legen. Muligens. Det treng ikkje akkurat vere fysiske skader ein har.

Arbeidstaker N

I det neste eksemplet har arbeidstaker ikke fått den løsningen hun ønsket i sin dialog med arbeidsgiver, og snakker med sin lege om hva som kan gjøres. Han synes det er galt å sykmelde, forteller hun, og skriver ut Gult kort for å få tilrettelagt og tatt opp igjen dialogen på arbeidsplassen

Eg er XX år og har to ganger vore sjukemeldt på grunn av stiv nakke og svimmel. Og eg har jobba to nattevakter på 6 veker; det er ikkje så mykje, men det gjorde at eg mista søvnen når eg kunne sova, og det gjekk utover dagtidsvaktene. Sånn at eg var vekke på dagtid fordi eg ikkje hadde sove om natta. Og eg spurte arbeidsgjevar om eg kunne få tilrettelagt å kunne gå dagvakter i staden for å gå på natt, og det gjekk ikkje an, fordi at nokon måtte jobba på natta også. Sånn at det var ingen muligheter for å løyse det der. Og så fekk eg beskjed om at eg kunne ta permisjon frå nattevaktene mine. Og det syns eg ikkje var rett. Derfor så oppsøkte eg legen min for å høre kva eg kunne gjere […] Så når eg fekk Gult kort så gjekk eg inn på jobben min. Og da sa ho som var leder då at det var greit. Eg skulle få orden på turnusen sånn at eg slapp å jobbe natt.

Arbeidstaker C

I det første sitatet (arbeidstaker N) ser vi at legen blir benyttet som rådgiver og samtalepartner før arbeidsplassdialogen. Her er det således ikke snakk om at legen blir benyttet som en tydelig brekkstang for å forandre noe på arbeidsplassen. Trolig kan det her i større grad handle at arbeidstakeren søker en form for trygghet gjennom faglighet. I det andre eksemplet, derimot, kan det se ut som om legen er benyttet som et makt- eller pressmiddel i arbeidsplassdialogen. Dette fordi man allerede hadde en dialog mellom arbeidstaker og arbeidsleder som ikke hadde ført frem.

Det å være bevisst disse to formene av å hente tyngde til arbeidsplassdialogen er viktig. Det vil være et problem dersom den negative varianten – der legen blir benyttet som brekkstang for å tvinge gjennom endringer – blir benyttet for ofte og i for utstrakt grad. Trolig vil dette føre til at ordningen mister legitimitet hos arbeidsgiversiden. Denne kan sammenliknes med legeerklæringer om at ansatte må ha endrede arbeidsvilkår.

7.8 Det er alltid noe spesielt. Alle tilfeller er unike.

> *[E]g har diabetes [og] har fritak for… - arbeidsgjevar har fritak for utgifter når eg er sjukemeldt eller egenmeldingsdager sant. Sånn at for han vil - om eg gikk heime disse 14 dagane eller var på jobb så ville det ikkje koste han nokke. Men eg har ikkje problem med å jobbe og han vil helst ha meg i jobb, men det er det at eg har hatt det så mange ganger og eg veit at skal det hjelpe så må eg være vekke fra jobb og gjøre minst mulig.*
>
> Arbeidstaker I

I en del av intervjuene som ble gjennomført i sammenheng med evalueringen av Gult kort, påpeker informantene små "hindre" for bruk av Gult kort. Det innledende sitatet er et eksempel på dette, der den medisinske historien til arbeidstakeren, eller hans tidligere erfaringer, er en barriere for å ta i bruk ordningen. Mange opplever at det er spesielle sider ved deres situasjon som gjør at Gult kort ikke fungerer optimalt. De opplever likevel at Gult kort – *på det generelle nivået* – er en god ordning. Eksempler på slike mindre /"unike" aspekt som oppfattes som hindre er blant annet trekk ved sykdommen, skiftarbeid, nattevakter, familiesituasjon, annen sykdomshistorie etc. For å illustrere dette konkret kan vi hente et sitat fra en arbeidstaker som arbeidet skift. Gult kort førte til at han måtte gå over fra skift til dagtidsarbeid, noe som oppleves som problemfylt.

> *For det er klart at går du i skift og er ein del av eit team som skal utføre ei spesifikk oppgave - og det er jo ofte sånn at dei som går i skiftordning da dei likar ikkje så godt å gå over på dagtid - som du kanskje måtte gjøre. [….] Og hvis ein blir gåande så lenge som ein månad på det her [Gult kort] så dreier det seg om 6000 kroner.*
>
> Arbeidstaker D

Vi ser altså at skiftarbeidet til vedkommende her blir brukt som argument for at det er lite passende i hans situasjon. Det er likevel grunn til å legge til at vedkommende hadde en positiv holdning til ordningen mer generelt. Dette harmonerer med resultatene fra spørreskjemaintervjuene som ble diskutert i kapittel 6. Her merket vi oss at de fleste respondentene oppfattet Gult kort som en positiv ordning. Prosentandelen som oppfattet Gult kort som positivt varierte fra 78 % til 85 %. Denne positive innstillingen merkes også i de kvalitative intervjuene. Selv i de mindre vellykkede casene blir Gult kort *som ordning* oppfattet som positivt. Informantene ser behovet og anerkjenner midlene. Man kan likevel spore en forskjell mellom oppfatningen av Gult kort som *ordning,* og de mer konkrete oppfattelsene og opplevelsene som hver enkelt har. For noen er det nemlig slik at Gult kort ikke passer i deres *konkrete* situasjon. Et tydelig eksempel på at man anerkjenner ordningen, men har problemer med å tilpasse den til den konkrete situasjonen, ser vi under. Her er

sitasjonen at en lærer med overbelastet stemme ikke finner at Gult kort er egnet i hennes situasjon. Arbeidsgiveren beskriver det slik;

> *Og du kan sei at elevane ser ho på jobb og så kjem de gjerne og spør kvifor ikkje ho kan undervise. Og ho følte det veldig ubehagelig. Eg vil tru at det beste… Altså Gult kort er vel ikkje tingen for oss i denne sammenhengen der, men eg vil tru at kombinasjonen av vanlig sjukemelding og aktiv sjukemelding er den beste innenfor vårt område kan du sei. På andre arbeidsplasser kan eg tenke meg at Gult kort kanskje vil fungere mykje bedre. Eg trur det er veldig avhengig av kva type yrke det er altså.*
>
> Arbeidsgiver G

Sitatet illustrerer veldig godt det faktum at mange anser Gult kort som et positivt tiltak på det generelle nivået, men at det likevel ikke alltid er opplevd som egnet i forhold til de spesifikke situasjonene for hver enkelt.

7.9 Oppsummering

> *[S]å det er massevis av muligheter til å bruke dette. Det er veldig avhengig av kva slags person du er, kva miljø du jobbar i, korleis du det på arbeidsplassen. Og det her med arbeidsleder sin måte å vere byråkratisk på, fleksibilitet, evner til å sjå muligheter for anna arbeid og våge å sleppe andre folk till i andre oppgaver.*
>
> Arbeidstaker D

Rammesitatet som innleder dette kapitlet understreker at det er mange variabler som spiller inn i forhold til om Gult kort lykkes i å bidra til bedre kommunikasjonsrutiner og dialog på arbeidsplassen. Diskusjonene i kapittel 7 har nettopp vist dette. Diskusjonen har også vist den store kompleksiteten som finnes i dette feltet; det er mange ulike tilfeller, det er mange ulike variabler som spiller inn, det er ulike diagnoser, det er ulike arbeidsplasser osv. Vi håper også at leseren har fått forståelse av den variasjonen og kompleksiteten som her finnes. Vurderingene, veiledningen og samhandlingen rundt sykefravær kan aldri bli enkel. Løsningene må bli forskjellige og verktøy må legge til rette for det. I den følgende oppsummeringen skal vi likevel prøve å trekke ut de viktigste erfaringene fra casestudien.

Vi har i drøftingene vist at Gult kort impliserer nye roller både for arbeidstakerne, arbeidsgiverne og legene. Dette skaper nye utfordringer. Analysene har blant annet identifisert at legene kjenner et visst "ubehag ved motivering." De føler at det kan være ubehagelig å motivere klienten til dialog, dersom denne åpenbart ønsker sykemelding. Kanskje er det slik at legene i noen grad har en forutinntatt oppfatning av at pasientene ønsker sykmelding som løsning på sin nedsatte arbeidsevne? Det kan se ut til at legene oppfatter at pasientene ønsker sykmelding oftere enn pasientene selv sier de ønsker det. Samtidig kan relasjonen arbeidsgiver – arbeidstaker få nye utfordringer i en mer direkte *kommunikasjonssituasjon* som Gult kort oppfordrer til. Intervjuene har blant annet vist at noen sitasjoner har ført til konfrontasjoner mellom leder og ansatt, men hovedinntrykket er at dialogen fungerer.

Videre har vi gjennom analysene av de kvalitative dataene sett at arbeidsplasser som trenger Gult kort mest, også er de arbeidsplassene der Gult kort er mest problematisk å gjennomføre. Og motsatt: de som har minst behov – ser ut til å være de som får det best til. Det kan således være grunn til å peke på at den tiltenkte årsaksretningen **Gult kort → kommunikasjonsrutiner** går *begge veier;* arbeidsplasser der det er god dialog mellom arbeidstakere og arbeidsgivere implementerer også Gult kort best. Vi ser at de bedriftene som har utviklet gode rutiner og hatt sykefravær på dagsordenen "tar" systemet lettere og mener at graden av suksess er større i disse bedriftene. På bakgrunn av dette kan det se ut til at IA arbeidet har vært en viktig faktor for å legge til rette for at en Gult kort metodikk skulle kunne fungere.

Gult kort er særlig av legene oppfattet som et konkret, håndterbart og operasjonelt tiltak på hverdagsnivået. Ordningen har også noen *utilsiktede,* men positive effekter. For det første fører det til at (noen) av arbeidstakerne fikk bedre kjennskap til kollegaenes arbeid. For det andre har det medført mer direkte kontakt mellom arbeidsplass – trygdekontor – lege.

En vesentlig problematikk som ble tydelig gjennom analysene av de ulike casene var i hvilken grad det skulle legges til rette for stramme eller frie grenser for arbeidstakernes tilrettelegging. Intervjuene indikerer at det i en del tilfeller tilsynelatende ble gitt *for* frie tøyler for arbeidstakerne på Gult kort. Trolig henger dette sammen med et ønske om å vise en inkluderende holdning, men også i noen tilfeller en underliggende holdning om at *er du på jobb – så er du på jobb.* En slik holding til arbeid og fravær betyr også at det å legge til rette med faste rammer oppleves som vanskelig for mange.

I noen intervjuer blir det understreket at navnet på ordningen – Gult kort – er lite egnet. Først og fremst fordi det impliserer at noen har gjort noe galt eller straffbart. Særlig arbeidsgiverne reagerer på dette. I tillegg er det tydelig at mange strever med å forstå skillene mellom ulike typer sykemelding. Innføring av Gult kort ser *ikke* ut til å gjøre dette enklere. Informasjonsbehovet ved en eventuell innføring av Gult kort som en fast ordning er derfor stor. I denne sammenhengen er det også viktig å få frem de økonomiske sidene for arbeidsgiversiden, da dette ser ut til å være et noe uklart punkt for del av informantene.

En siste vesentlig innsikt fra casestudiene er at mange klienter bruker legekonsultasjonen som maktmiddel i arbeidsplassdialogen. Vi har identifisert en positiv og en negativ variant av dette. Noen bruker lege som veileder og rådgiver i en sykefraværssituasjon og gjennom dette henter støtte til det de oppfatter som berettigede krav. Andre igjen bruker legen som ”brekkstang” i vanskelige jobbrelasjoner. Det siste kan være problematisk og fører trolig til at Gult kort kan få svekket legitimitet frå arbeidsgiversiden. Det er likevel grunn til å understreke at informantene i casestudien oppfatter ordningen rent *generelt* som en god ordning; de ser behovet og anerkjenner Gult kort som et relevant virkemiddel. På det *konkrete* planet – i egen arbeidssituasjon - er det imidlertid ikke alltid informantene finner ordningen helt velegnet.

På bakgrunn av gjennomgangen av dybdeintervjuene, har vi blinket ut følgende viktige barrierer og føringer for ordningen. Med ”føringer” mener vi faktorer som både direkte og indirekte har bidratt til måloppnåelse. Med ”barrierer” menes faktorer som har bremset/hemmet i forhold til å nå målene i prosjektet (Baklien 2006).

<u>Viktige føringer for ordningen:</u>

- Gult kort har ført til at sykefravær, arbeidsplassdialog og kommunikasjon blir diskutert på arbeidsplassene. Dette synes å være en direkte følge av ordningen, men det er likevel et åpent spørsmål om denne effekten vil være av varig karakter uten arbeid på systemnivå. Dette henger også sammen med IA-arbeidet, der systematisk arbeid med fleksibilitet og nærhet i kommunikasjon, samt rutiner for oppfølging av syke er sentralt. Gult kort metodikken fører til at systemene blir brukt, dialogene holdes ”varme,” og tilknytningen til IA forsterkes.

- Arbeidstakerne synes å få større innsikt i andres arbeid. Dette er en følge av tiltakene i Gult kort, blant annet tilpassing og rullering av arbeidsoppgaver.

- Gult kort synes i en del tilfeller å ha medført lavere terskel for direkte kontakt mellom trygdekontor, lege og arbeidsgivere. Enkelte opplever at Gult kort har blitt en kanal for å "nå inn."

- Legene oppfatter ordningen som et konkret, håndterbart verktøy på hverdagsnivået.

- Gult kort blir oppfattet som positivt av arbeidstakerne som har gjennomført ordningen. Dette gjelder både holdning til ordningen når de fikk Gult kort hos legen, og når de vurderer ordningen i ettertid

- De gule kortene blir fulgt raskt opp på arbeidsplassene. Dialogene synes stort sett å fungere godt, men det er en viss variasjon. Det går kort tid mellom legekonsultasjon og at planarbeidet settes i gang mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Viktige barrierer for ordningen:

- Intervjuene viser at det er et stort informasjonsbehov. Dette ser ut til å gjelde alle aktørene i prosjektet. Mange opplever det også som vanskelig å skille mellom aktiv sjukemelding, gradert sjukemelding og Gult kort.

- Diskusjonene viser at en utfordring for en vellykket tilrettelegging ligger i arbeidstakerens behov for klare eller frie rammer rundt tilretteleggingen. At dette ikke klart beskrives av legens råd eller i arbeidsplassens plan blir en barriere. Intervjuene viser at en del arbeidstakere lar tiltakene "flyte" ut og dermed øker belastingen i større grad enn det som medisinsk sett var anbefalt.

- Nye roller skaper nye utfordringer. Vi har fokusert på utfordringer for alle aktørene. Legene skal gi fra seg en del av den vurderingen de tidligere har forvaltet, anbefale og tåle ubehaget ved å kreve noe annet enn det de tror pasienten forventer. Pasientene forventes å ta en mer aktiv rolle i sitt forløp både i dialoger, men også ved å måtte legge frem kvalitetssikret dokumentasjon.

- Ordningen kan brukes som et maktmiddel for å tvinge frem løsninger på arbeidsplassen hvor forhandlingene allerede er avsluttet

- Våre data viser at en ordning på siden av sykmeldingssystemet krever en viss form for motivering og innpisking blant legene og purringer på arbeidsgiver for å få inn kopi av planer til NAV.

8. Diskusjon og hovedkonklusjoner

I beskrivelsen av bakgrunnen og begrunnelsen av prosjektet ble det formulert en del premisser for et vellykket verktøy ved teoretiseringer rundt to modeller. I diskusjonens 8.1 vil vi drøfte resultatet og erfaringene opp mot disse premissene for å se om verktøyet Gult kort har oppfylt de krav vi satte til et verktøy for å stimulere arbeidsplassdialogen og dermed unngå sykmelding. Vi drøfter våre funn i forhold til generell kunnskap om kommunikasjon og omstilling rundt funksjonsnedsettelser og sykefravær (modell), og kommer med forslag til endring av denne forståelsen basert på våre funn. Vi presenterer en ny modell hvor legen, arbeidstaker og arbeidsgiver (arbeidsplass) bidrar med omstillingsfaktor av betydning for hvordan arbeidsevnen oppfattes og kommer til uttrykk.

Disse konklusjoner får betydning for diskusjonen rundt spørsmålet om Gult kort metodikken kan gjennomføres i en større skala, som et system på siden av sykmeldingen, eller som en integrert del av sykmeldingen. I 8.2 konkluderer vi med at metodikken trolig ikke har ”livets rett” uten å bli integrert i en revidert sykmeldingsblankett, hvor gjeldende sykmeldingsalgoritme trer tydeligere frem enn i dag. Denne metodikken må støttes av nasjonale informasjons- og implementeringskampanjer. Samfunnets investering i IA – arbeid, både på arbeidsplassene og hos legene, har vært en nødvendig forutsetning for å tenke at Gult kort metodikken skal kunne være en del av sykmeldingsalgoritmen.

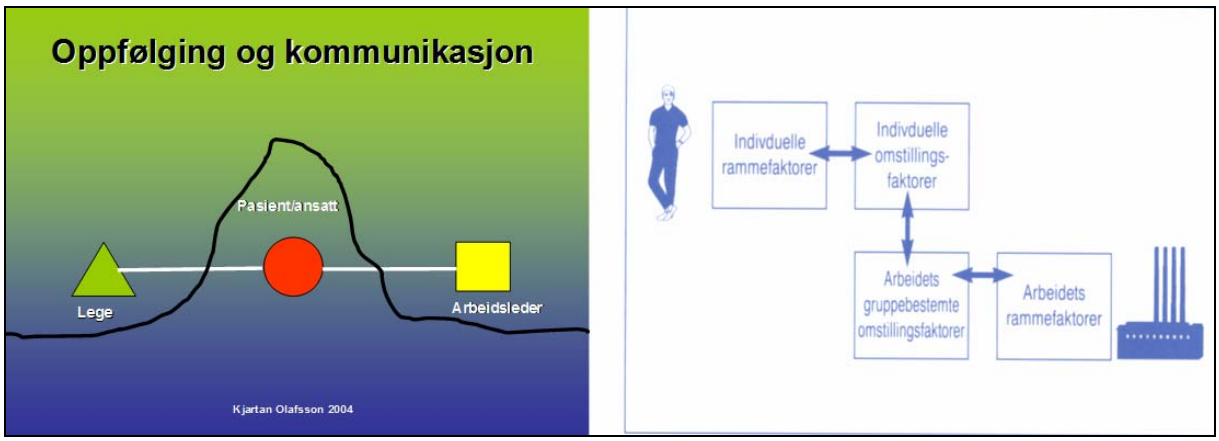
I 8.3 drøfter vi derfor sykmeldingsalgoritmen generelt, og spesielt i lys av erfaringene fra Gult kort. I 8.4 stiller vi spørsmålet: Bør ikke kommunikasjonssløyfene som er oppnådd i Gult kort metodikken fortsette gjennom hele sykmeldingsforløpet, der hvor det er nødvendig, ved at det går kvalitetssikret informasjon fra arbeidsplassen tilbake til legen, som premiss for legens vurdering og veiledning, før legen forlenger sykmeldingen og/eller sender nye utfordringer til arbeidsplassløsninger? I 8.5 trekker vi konklusjonen at Gult kort er en kommunikasjonsform, ikke et tiltak. Metodikken rundt Gult kort vil avdekke behov for dypere former for samhandling og kommunikasjon mellom lege, pasient[44] og arbeidsgiver, men også ved involvering av andre aktører som NAV, bedriftshelsetjeneste og andre helseprofesjoner. Metodikken erstatter ikke andre verktøy eller profesjoner, - tvert i mot. Den viktigste barrieren for en slik metodikk synes å være kommunikasjon og samhandling som ikke respekterer pasientens integritet og autonomi. I 8.6 drøfter vi respekt for taushetsplikt, og veiledningskompetanse, som grunnmuren metodikken må bygges på. Dialog om løsninger må være, og oppfattes som, et positivt tiltak der pasientens handlingsrom økes, ikke en straff eller ”pisk”. Viktigste motgift mot forvitring av integritet og autonomi må være pasientens ansvar for, og medbestemmelse om, løsninger.

8.1 Modell med legebestemte omstillingsfaktorer

I bakgrunnskapittelet har vi presentert forståelsesmodeller for både samhandlingen rundt en sykmelding, ”Fjellet” (Olafsson 2004a) som beskriver barrierer i kommunikasjonen ved sykmelding, og en modell som sier noe om faktorer av betydning for vellykket tilrettelegging og deres samspill, en omstillingsmodell (Olafsson 1994).

[44] I den følgende diskusjonen brukes både begrepene ”pasient” og ”arbeidstaker” om personen som er syk. I relasjoner hvor legen er part kalles personen pasient, ved omtale av arbeidsplassdialogen kalles personen arbeidstaker. Hvor det er snakk om samhandling mellom alle tre aktører brukes både pasient og arbeidstaker.

Figur 40 Modell som viser samhandlingen rundt en sykemelding og faktorer for vellykket tilrettelegging



Gjennomføringen og evalueringen av prosjekt Gult kort har underbygget modellenes validitet. Diskrepansen mellom vellykket tilrettelegging i intervensjonsgruppa og antallet fulle sykmeldinger i kontrollgruppa, tyder på at det finnes et ”fjell” for kontrollgruppas del. Som beskrevet i bakgrunnskapitlet dreier dette seg om en kommunikasjonsbarriere mellom partene i en sykefraværssituasjon. På samme måte har forsøket vist at kommunikasjonsbarrierene (”fjellet”) er mindre i intervensjonsgruppa hvor kommunikasjonen er annerledes og mer åpen.

Prosjektet har vist at når legen vurderer de medisinske muligheter, og åpner døra til aktivitet, men lar drøftingene om arbeidsplassens muligheter skje på arbeidsplassen, så er ikke ”fjellet” eller barrierene like tydelig. Løsninger kan diskuteres og oftest finnes. Når forskjellene blir så store, på to like populasjoner, hos samme leger, og på samme arbeidsplasser, så styrker det hypotesen om at systematikken og kommunikasjonen rundt arbeidsevnen er avgjørende for at tiltak finnes.

Forsøket viser at for å forhindre kommunikasjonsbarrierer, må forhandlinger om muligheter skje der løsningen kan finnes. Hva som medisinsk sett er mulig må bestemmes på legekontoret, og hva som er mulig å finne av løsninger på arbeidsplassen må bestemmes på arbeidsplassen. Disse muligheter må nå frem til pasienten, men også legekontor og arbeidsplass. De medisinske til arbeidsplassen, og arbeidsplassens til legekontoret. Det er de ”åpne dører” som må synliggjøres, mer enn de detaljerte beskrivelser. Åpne dører gir rom for handling. Det er viktigere at legen ”geleider” pasienten til riktig dør, enn at han detaljert beskriver hvordan rommet på innsiden skal se ut. Noen retningslinjer fra legen er likevel nyttige.

Pasienten må være i senter for forhandlingene, men utfordres på eget ansvar og omstillingsevne ved at kommunikasjonen gjøres skriftlig og kvalitetssikret. Ellers er det lett for en demotivert og ambivalent pasient, bevisst eller ubevisst, å styre kommunikasjonen mot misforståelser og et problemfokus. At arbeidsplassen får tilgang til slike vurderinger fra legen, og legen fra arbeidsplassen, betyr mulighet for respekt, og reell samhandling basert på hverandres vurderinger. Man kan veilede og samhandle mot *samme mål*. En felles forståelse av muligheter og begrensinger vil øke pasientens mulighet for omstilling. Det vil også øke både legens og arbeidsleders omstillingsmuligheter og evne til å gi korrekt veiledning. De tre aktører, lege pasient og arbeidsleder kan trekke i samme retning, så å si ”gjøre hverandre

bedre". Det motsatte skjer når kommunikasjonen er ufullstendig, slik den kan være i dagens system.

Funnene i vårt prosjekt tyder på at omstillingsfaktorene er betydningsfulle, at motivasjon og evne til omstilling hos pasienten, eller i gruppa han jobber, langt på vei kan overstyre dårlige rammefaktorer enten på individ- eller arbeidsnivå. Vårt prosjekt har synliggjort at det finnes en viktig tredje gruppe omstillingsfaktor i tillegg til de pasientbestemte og de arbeidsplassbestemte, nemlig de omstillingsfaktorer som legen bidrar med. Den store variasjonen i bruk av Gult kort fra lege til lege, og hos samme lege i forskjellige tidsperioder, bekrefter at de legebestemte omstillingsfaktorene varierer. Det er forskjell på leger i forhold til deres opplevelse av egen rolle. Dette blir også styrket av relevant litteratur om legerollen og utviklingen av denne (for eksempel Light og Aasland 2003; Olafsson 2004b). Mens Light og Aasland skiller mellom den "tradisjonelle" legerollen og den "nye" legerollen, diskuterer Olafsson den "medisinske" og den "relasjonelle" legen. Disse typologiene har klare fellestrekk, vist i figuren under. Det er viktig å understreke at legene fordeler seg mellom disse ytterpunktene, og kan ha forskjellig ståsted alt etter pasient, eller stadium i en pasients tilstand. Typologien er således idealtypisk og må anses som et kontinuum.

Tabell 14 Idealtypisk fremstilling av legeroller

Den nye legerollen	**Den tradisjonelle legerollen**
Åpenhet og dokumenterbarhet	Klinisk autonomi
Hovedvekt primærhelsetjeneste	Grenspesialisering
Kunnskaps og ferdighetsbasert praksis	Legebasert praksis
Legen som koordinator	Oppgaver delegeres
Den relasjonelle legen	**Den medisinske legen**
Medisinske forhold i kontekst av arbeid	Fokus på medisinske forhold
Veileder	Vurderer
Lydhør	Autoritativ
Samhandlingsorientert	Individualistisk

Relevansen av å innføre begrepene den "medisinske" og "relasjonelle" legen i sykefraværsarbeidet er begrunnet av Olafsson (2004b). Dette er gjort ved legers utsagn om sykefraværsarbeid, hentet fra fagutviklingsprogrammet "Legen i det inkluderende arbeidsliv". Utsagnene viser hvor forkjellige føringer for handlinger som legges fra de to ytterpunktene av rolleforståelse, se
Tabell 15.

Tabell 15 Begrunnelse for typologien medisinsk vs. relasjonell legerolle

Den medisinske legen	Den relasjonelle legen
"Jeg vurderer det medisinske, det som har med arbeid å gjøre får andre ta seg av."	"Funksjon kan jeg bare forstå i forhold til arbeid"
"Jeg har ikke bruk for tilbakemelding fra arbeidsplass-dialogen"	"For å kunne vurdere må jeg ha tilgang til de vurderinger som skjer på arbeidsplassen"
"Er de uenige i graderingen min så får de snakke med trygdekontoret"	"Jeg blir ikke støtt om noen er uenig i min gradering- jeg ønsker dialog og endrer"
"Tilretteleggingsplikten oppfatter jeg som	"De får tilrettelegge så langt det går an – mer kan

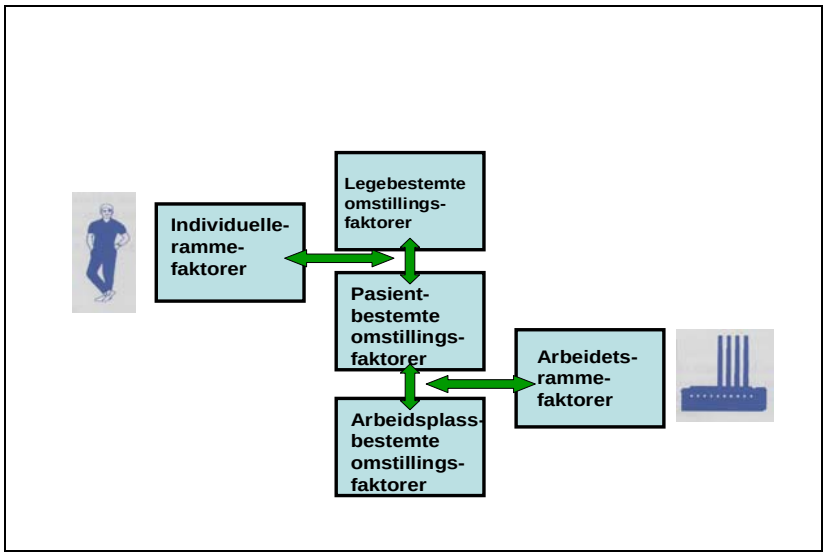
absolutt”	en ikke vente”

Disse idealtypiske legerollene er sentrale også i diskusjonen av Gult kort. Den medisinsk orienterte legen (Olafsson 2004b) oppfatter sine oppgaver som begrenset til de medisinske forhold, og dermed inntar hun en nokså autoritær holdning til tiltak som eksempelvis gradering, og ser heller ikke på samhandling eller kommunikasjon som særlig viktig. Den relasjonelle legen, på den andre siden, setter det medisinske i sammenheng med arbeidskrav ved vurdering og veiledning rundt arbeidsevne. Hun er lydhør for pasientens meninger om muligheter, og åpen for samhandling. I sammenheng med bruk av Gult kort metodikk tror vi den medisinske legen og tradisjonelle legen i mindre grad vil benytte ordningen. Hun vil skrive sine graderinger og sykmeldinger ut fra et medisinsk perspektiv, og vil kunne synes at det er forstyrrende å skulle ta hensyn til hva arbeidsplassen mener. En slik metode vil kunne føles som et tap av autoritet. Å skulle motivere ”den medisinske legen” for bruk av Gult kort vil være en større utfordring enn for ”den relasjonelle legen” og den nye legerollen, som vil finne redskapet i tråd med sine egne holdninger. En felles plattform for begge roller vil kunne være oppgaven å bestemme dato for nedsatt arbeidsevne, fastslå om aktivitet medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig, og i så fall hva som skal til av medisinske betingelser for å forløse arbeidsevnen.

Erfaringer er forskjellige. En av de deltagende legene i Gult kort prosjektet uttrykte det slik; ”Etter lang erfaring i et distrikt lærer en seg på hvilke arbeidsplasser det er mulig å få til noe, og hvor det ikke er mulig, men samtidig kan man bli offer for sin egen oppfatning fordi verden forandrer seg uten at erfaringen justeres”. Utsagnet tyder på at leger kan ”stivne” i oppfatninger og at dette kan gå ut over omstillingsfaktorene i de konkrete tilfeller. Læring gjennom positive erfaringer er viktig, men utfordrende i en virksomhet hvor ny kontakt oftest styres av at ”noe gikk galt”.

RTVs kartlegging av legers sykmeldingspraksis (Brage 2006) konkluderte med at det var en viss variasjon mellom leger som eksempelvis angikk mange variabler som spesialitet, alder, kjønn, geografi og listelengde. Vår konklusjon etter Gult kort prosjektet, sett i lys av både ”legeprogrammet” og RTVs undersøkelse, er at legebestemte omstillingsfaktorer hører med i ”regnestykket” og dermed modellen. Legens rolleforståelse, motivasjon, vilje og evne til å se og formidle muligheter er faktorene vil vi kalle legebestemte omstillingsfaktorer. Vi har derfor gjort en videreutvikling av omstillingsmodellen:

Figur 41 Videreutviklet omstillingsmodell



Individuelle rammefaktorer *forstår vi som*; ***de faste faktorene som er medbestemmende for den enkeltes situasjon og muligheter når funksjonsnedsettelse inntreffer.***
Individuelle rammefaktorer er de medisinske rammebetingelser for pasienten. Faktorer som kjønn, alder, diagnose, medisinsk objektiv funksjon, faste karaktertrekk og liknende.

Arbeidsplassens rammefaktorer *forstår vi som*; ***de faste faktorene på arbeidsplassen som er medbestemmende for de ansattes situasjon og muligheter når funksjonsnedsettelse inntreffer.***

Arbeidsplassens rammefaktorer er de rammebetingelser som gis på pasientens arbeidssted. Eksempelvis type arbeid eller produksjon, skift- eller dag arbeid, policy, IA status og oppfølgingsprosedyrer.

Pasientbestemte omstillingsfaktorer *forstår vi som*; ***den enkeltes evne og vilje til å forbedre egen situasjon og muligheter i tilfelle av funksjonsnedsettelse.***
Dette er pasientens motivasjon og pågangsmot for å tilpasse seg sin funksjonsnedsettelse. Ambivalens til aktivitet på jobb, og manglende refleksjon og bevissthet om muligheter er viktige barrierer.

Arbeidsplassbestemte omstillingsfaktorer *forstår vi som*; ***nærmeste leder og kollegers individuelle og kollektive evne og vilje til å forbedre situasjon og muligheter for den ansatte som rammes av funksjonsnedsettelse.***
Nærmeste leder og arbeidskollegers motivasjon og pågangsmot til å legge til rette og støtte den syke ansatte.

Legebestemte omstillingsfaktorer *forstår vi som*; ***legens evne og vilje til å veilede og motivere pasient og arbeidsplass til å forbedre pasientens situasjon og muligheter i tilfelle av funksjonsnedsettelse.***
Dette er legens evne, motivasjon og mulighet til å veilede og støtte pasienten. Dette er ikke bare bestemt av legens personlige egenskaper, kunnskaper og ferdigheter, men også samspillet med de regler og verktøy hun har til rådighet.

Samspill mellom faktorer

Rammefaktorene påvirker omstillingsfaktorene. Utfordrende rammefaktorer, enten det er på jobb eller i forhold til sykdommen/ privatlivet, setter ned omstillingsevnen hos alle aktører. For en leiearbeider som jobber 12 timers skift, og bor på brakke, blir det vanskeligere både for pasient, lege og arbeidsleder å tenke tilpasning til en funksjonssvikt. For en sterkt smerteplaget pasient med en alvorlig syk kone som pleies hjemme, settes omstillingsevnen ned hos alle aktører så sant de vet om hjemmesituasjonen.

Også omstillingsfaktorene påvirker hverandre. Denne gjensidige påvirkbarheten er grunnlaget for Gult kort metoden. Upresis eller dårlig formidling mellom de tre aktørene, eller konklusjoner som stenger for muligheter, gir ikke grobunn for omstilling. Motsatt gir åpen og mulighetsorientert kommunikasjon grobunn for løsninger og fjerner grunnlaget for mer eller mindre ”styrte” misforståelser. Når legen bidrar til å bearbeide pasientens ambivalens og manglende refleksjon rundt aktive løsninger, kan pasienten bli motivert, noe som igjen legger et grunnlag for en god arbeidsplassdialog. Hvis arbeidsplassen tilbyr god kommunikasjon, høy fleksibilitet og godt IA arbeid, øker det omstillingsevnen hos de ansatte. Ved sykdom og funksjonssvikt vil den ansatte *vite* at det er muligheter og løsninger på jobben. Om legen foreslår aktivitet kan han styrke motivasjonen i motsetning til å prøve å skape en. For legens del kan det være avlæring av erfaringer som skal til for å øke omstillingsevnen. Eldre leger med lang erfaring fra et lokalt arbeidsliv kan ha meninger basert på tidligere erfaringer om hva som er mulig, eller ikke mulig, på bestemte arbeidsplasser. Endringer i policy og handlemåter i bedriften blir ikke synlig for legen før hun har fått en god opplevelse av hvordan en sykmeldt blir tatt hånd om på arbeidsplassen.

Å jobbe med omstillingsfaktorene blir en form for endringsfokusert rådgivning – å sammen se etter muligheter og veilede mot dem. Dette krever spesifikke kunnskaper og ferdigheter hos legen. Slik veiledning kan være mer tids- og arbeidskrevende enn å skrive en full sykmelding. For legen kan det være lett å gripe til den enkleste løsningen når motstanden og tidspresset setter inn. Dagens sykmeldingsopplegg forventer at ”fasit” finnes i første konsultasjon. Dette er i mange tilfeller umulig, og direkte galt å forsøke på. Med Gult kort metodikken ”lukker” ikke legen vurderingen med en sykmelding, men ”forlenger” vurderingen ved at det først skal skje en dialog på arbeidsplassen. Den endelige konklusjon trekkes etter arbeidsplassdialogen. Man unngår dermed presset på at konklusjonen (sykmeldingen) skal trekkes i den ofte stressede situasjonen en første konsultasjon er. Den kan skje på legevakt, kveld og under stort trykk av andre pasienter. Det er viktig at system, regler og skjematur, ”holder trykket oppe” i arbeidet med å se etter muligheter, samtidig som det gir en realistisk mulighet til at legen skal bidra til omstilling. Veien må gjøre lettest mulig. Noen løsninger innebærer en ”for tung vei”. Vi har hørt utsagn som ”hadde bare legene visst mer om hver enkelt arbeidsplass…hadde bare legene hatt lister over mulige oppgaver for hver arbeidsplass eller …hadde bare legene skrevet en mer detaljert funksjonsvurdering”. Alle disse utsagn forutsetter at legens rolle er å direkte eller indirekte detaljstyre hva som skal skje på arbeidsplassen. I de fleste tilfeller tror vi det blir feil, og i alle fall urealistisk i forhold til hva som er mulige og hensiktsmessige legebidrag til omstilling.

En sammenstilling av ”den utvidede omstillingsmodellen” med modellen for kommunikasjonsbarrierer -”Fjellet”, synliggjør at det er to forskjellige barrierer i den kommunikasjonen som skal bidra til at de tre aktørene alle bidrar med omstillingsfaktorer. En barriere oppstår på forhandlingstemaet arbeidsplassens muligheter i lege/pasientdialogen, en annen oppstår på de medisinske muligheter når arbeidstaker og arbeidsgiver forhandler. Disse kommunikasjonsbarrierene, må forseres med samhandling og kommunikasjon ellers låses omstillingsbidragene fra alle aktører. Slik samhandling og kommunikasjon kan skje med

skjematur, noe Gult kort er eksempel på. Nøkkelen som kan låse opp omstillingsmulighetene er et verktøy som fører til at riktig forhandling føres på riktig sted, med de riktige premisser som utgangspunkt.

Vårt prosjekt har vist at selv når det etableres muligheter for å forsere kommunikasjonsbarrierene så benytter legene seg av denne i sterkt varierende grad. Vi tror forskjellen beror på legenes varierende rolleforståelse, motivasjon for, og evne til, å veilede og motivere pasienten til å gjøre noe annet enn det legen tror han ønsker. Disse problemstillingene vil i stor grad være relevante for videre forskning og prosjektarbeid. Kanskje kan særlig to tiltak være sentrale i arbeidet med å endre legebestemte omstillingsfaktoren;

- Fortsette arbeidet med fagutvikling av kompetanse og ferdigheter på veiledning av pasienter når det gjelder arbeidsevne
- Integrere systematikken i sykmeldingsalgoritmen og blanketten og gjøre dette allment kjent

8.2 Kan Gult kort som generelt tiltak føre til en reduksjon av sykefravær i arbeidslivet?

Omfanget av inklusjon til Gult kort ble estimert til 7,1 % mens potensialet er estimert til 12,8 %. Begrunnelsen for estimatet av inngangspopulasjonen finnes i 6.3.

Sammenlikningene av sykefravær, nærvær og produktivitet viser effekter i favør av intervensjonsgruppa. For tilfeller avsluttet innenfor arbeidsgiverperioden blir 1 av 10 i intervensjonsgruppa sykmeldt, mens 9 av 10 er i aktivitet uten sykmelding. I kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt, 1 av 4 i en aktivitet (aktiv- eller gradert sykmelding)
For hele populasjonen ser vi at omlag 1 av 3 blir sykmeldt i intervensjonsgruppa, mens i kontrollgruppa blir 19 av 20 sykmeldt. I hele intervensjonsgruppa er 2 av 3 i aktivitet, mens for kontrollgruppa er det 1 av 3. Disse tall gir en sikker indikasjon på at Gult kort har en effekt på sykefravær og nærvær i arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiverperioden gir et sterkt økonomisk incitament for dialog om løsninger og tilrettelegging, et slags ”gyllent øyeblikk” som ser ut til å virke. Intervjuene indikerer likevel at ikke *alle* arbeidsgivere er bevisste på denne fordelen.

32 av 109 (29 %) i kontrollgruppa blir sykmeldt lengre enn arbeidsgiverperioden 26 av 109 (24 %) i intervensjonsgruppa blir sykmeldt lengre enn intervensjonsperioden. I intervensjonsgruppa er det høyere andel av aktive tiltak etter arbeidsgiverperioden og lavere totalt dagetall (om lag ett årsverk i forskjell) Dette *kan* være en indikasjon på at Gult kort har en effekt på sykefraværet etter arbeidsgiverperioden.

Gult kort intervensjon øker tilstedegraden per dag i intervensjonsgruppa og gir en større variasjon av tilstedeværelse enn den sjablonpregede 50 %, eller ingen ting, i kontrollgruppa. Om alle i kontrollgruppa hadde fått 50 % sykmelding, ville egenangitt produktivitet likevel vært betydelig høyere i intervensjongruppa.

I kapittel 3 ble det diskutert en rekke krav til et tiltak som Gult kort. Vi skal nå gjøre en tentativ vurdering av i hvilken grad disse kravene kan sies å være oppfylt med Gult kort. Dette er oppsummert i *Tabell 16*.

Tabell 16 Vurdering av skisserte krav til tiltak

Hovedkrav til tiltak	**Vurdering**
Pasienten eller arbeidstakeren er den sentrale aktør, bindeleddet mellom lege og arbeidsplass, og er den som må omstille seg. De andre aktører kan bare *bidra til* omstillingen. Verktøyet må øke den sentrale aktørens ansvar for å finne løsninger.	Oppfylt
Arbeidsevne kan bare forstås som et samspill mellom medisinske og arbeidsmessige faktorer. Det derfor må anerkjennes at *både* arbeidsleder og lege har en rolle når de rette tiltak skal finnes. Disse aktørene legger premisser for hverandres rolleutøvelse. Verktøyet må derfor skille mellom medisinske og arbeidsmessige faktorer og vurderinger.	Oppfylt
Løsninger må bygge på et forhandlingsperspektiv, med aktører på to arenaer, legekontor og arbeidsplass. Et verktøy må legge til rette for at den avgjørende forhandlingen om en premiss, eller forståelsen av en rammebetingelse, gjøres på den arena hvor den kan påvirkes. Med andre ord skal den viktigste forhandlingen om medisinske muligheter føres hos legen, mens den viktigste forhandlingen om muligheter på arbeidsplassen føres med arbeidsleder. Disse forhandlinger må bygge på riktige premisser (ved forhandlingen om arbeidsmuligheter – hva er medisinsk sett mulig?), og verktøyet må understøtte at det skjer.	Oppfylt
Omstilling i forhold til endrede medisinske rammebetingelser krever tro på at det er mulig. Veiledning og støtte hos lege og arbeidsleder/kolleger, er avgjørende for pasienten/arbeidstakerens omstillingsevne. Verktøyet må stimulere til god veiledning og samhandling, som fører til en redefinisjon av arbeid i en slik grad at ambivalens overvinnes, og omstilling er mulig	Varierende kvalitet på veiledning både på legekontor og arbeidsplass. Øke veilednings og innsalgskompetanse.
Verktøyet må gi legen anledning til å fastslå dato for nedsatt arbeidsevne på samme måte som for en sykmelding, men holde vurderingen av sykmeldingstiltak åpen til etter at arbeidsplassdialogen har skjedd.	Oppfylt
Verktøyet må være enkelt å bruke for alle aktører og særlig for legens del legge vekt på å åpne for muligheter og dialog på arbeidsplassen, mer enn å detaljere funksjon og løsninger. Det er på arbeidsplassen løsningene må finnes, men på riktige medisinske premisser.	Oppfylt

Verktøyet må anerkjenne hvor forskjellig hver situasjon er, og at situasjonen utvikler og forandrer seg over tid. Det må legge til rette for dynamiske løsninger, ikke engangsvurderinger med engangsløsninger.	Prosjektet fokuserte på arbeidsgiverperioden. I denne perioden oppnådde man dynamisk utvikling av tiltak. Ved avbrudd til sykmelding gikk man over til vanlige blanketter. Om skjematur hadde vært brukt ved nye vurderinger og forlenginger kunne kanskje bedre dynamikk vært oppnådd også senere?
Verktøyet må føre til positive erfaringer som blir synliggjort slik at læring og styrking av omstillingsfaktorer kan skje både på individ og gruppenivå.	På grunn av lavt antall på hver arbeidsplass og arbeidsplasser uten gule kort ingen tung effekt, men synlig på individ og arbeidsgruppenivå
Verktøyet må bidra til en kvalitetssikring av kommunikasjonen, sikre at vurderingene når frem uendret av bevisste eller ubevisste misforståelser. Dette gjelder fra lege til arbeidsleder, men like viktig fra arbeidsleder til lege.	Oppfylt med få unntak

At Gult kort fikk den effekten som er beskrevet så langt, betyr det at man ville fått samme effekt på andre populasjoner og med andre leger? Ville metodikken kunne føre til samme effekter på nasjonalt nivå? I det følgende vil disse to spørsmål bli drøftet.

8.2.1 Integrert del av sykmeldingsblanketten

Ved innovasjon som fører til aksjon er informasjon og implementering hovedutfordringer. Det samme kan sies om vedlikehold. Prosjekt Gult kort hadde en fordel i forhold til implementering, informasjon og vedlikehold ved sin lokale forankring og de oversiktlige og nære forhold. Alle forsøkslegene arbeidet på samme kontor sammen med faglig ansvarlig. Legekontoret lå i samme bygning som Flora trygdekontor, hvor prosjektleder og prosjektsekretær hadde sitt virke. Dette gjorde det enkelt å involvere legene i prosjektet, og nå dem regelmessig med informasjons-, motiverings- og vedlikeholdsarbeid. Som tidligere vist var slikt vedlikeholdsarbeid nødvendig på flere tidspunkt hvor tallet på gule kort gikk ned. Innpisking påvirket den legebestemte omstillingsfaktoren og førte til flere inklusjoner. I en relativt liten kommune er det også lett å få samlet bedriftsrepresentanter til informasjon, og lokalavisen leses av et stort flertall av befolkningen. Kommunen har kun ett trygdekontor hvor prosjektsekretæren arbeidet og kunne dermed kontinuerlig ”holde en finger på pulsen”. Det vil si holde kontroll på den innkommende strømmen av nye sykmeldinger og følge opp de enkelte gule kort i etterkant.

Vi tror ikke det ville være like lett å gjennomføre et prosjekt som Gult kort i en større kommune med spredte legekontor og mer vanskelige forhold hva angår mulighet for informasjon og oppfølging. Å ”kjøre” et prosjekt som dette betyr for alle aktører at de ved utøvelsen av tiltaket må ”brøyte veien” eller ”gå først i løypa”. Dette gjelder både leger,

pasienter og ledere i bedriftene. Disse nye roller og utfordringer, som er beskrevet tidligere, oppleves i noen grad som såpass belastende at de kan påvirke motivasjonen for å bruke tiltaket. Samme type lokalt implementerings-, informasjons- og vedlikeholdsarbeid som ble gjort i Flora er ikke realistisk å forvente andre steder. Det er bare mulig med sterk motivasjon fra en prosjektledelse og andre aktører som er synlige i hverdagen. En slags "grunderkraft" som ikke finnes når tiltaket skal føres videre. Det er dermed liten grunn til å tro at et oppfølgingsprosjekt i en større skala, eksempelvis i et fylke, ville kunne oppnå samme andel av inklusjoner som i Flora.

For at et tiltak som Gult kort skulle kunne ha en effekt på landsbasis tror vi at "løypene må gås opp på forhånd". Det må klart signaliseres at dette er "den løypa vi alle må gå". Signalene må være entydige både fra myndigheter og legenes organer. Legene må vite at dette er forventet av dem, pasientene må vite at hvis det medisinsk sett er mulig å være i aktivitet vil det kreves arbeidsplassdialog før legen sykmelder, og arbeidsgivere må være forberedt på dialogen før den første pasienten kommer.

Metodikken må bli en del av den algoritmen lege og pasient arbeider med under legens vurdering og veiledning av arbeidsevne. Med andre ord så må metodikken inn på sykmeldingsblanketten og bli en integrert del av denne. Mange leger uttrykte i legeprogrammet at det var mye lettere å diskutere og stimulere til aktivitet med den nye blanketten som kom i 2004, fordi man kunne bruke den som et slags pedagogisk hjelpemiddel og en dokumentasjon på hva samfunnet forventet av lege og pasient (Olafsson 2004b). Det ubehaget enkelte forsøksleger har følt ved å måtte "påføre" pasienten tiltaket Gult kort, ville trolig lindres og kanskje forsvinne helt, hvis det ble ledd i en nasjonal strategi og synliggjort som sådan. Dette ville kreve en ny sykmeldingsalgoritme, og en ny sykmeldingsblankett, hvor rekkefølgen av tiltak kom klart frem. Vi vil komme med et forslag til en slik algoritme senere.

I lys av diskusjonen i kapittel 8.2.1, hva må til for å implementere Gult kort i større skala? Det måtte skje en massiv informasjon ut til borgerne, de ansatte, pasientene om endringen i kommunikasjonsmetodikken. Endringene ville være i tråd med de endringer som skjedde med aktivitetskravet i 2004, og betyr at man gikk ut med informasjon om nye metoder for å oppfylle målet om aktivitet. Vi tror det er viktig å legge vekt på at dette ikke er et tiltak, men en kommunikasjon for å oppnå tiltak. Man ville kunne forvente seg en indirekte effekt på fraværet både ved at arbeidsplassdialogen ble prioritert som første tiltak, men også ved at terskelen for å be om sykmelding ville kunne bli høyere[45].

Det viktigste forarbeidet er gjort gjennom IA arbeidet hvor et flertall av virksomheter I Norge har fått systematikk for oppfølging og endrede holdninger til tilrettelegging av arbeid. Legene har tatt del i IA arbeidet gjennom fagutviklingsprogrammet og den prosessen fortsetter.

Vår vurdering i forhold til en videreføring er at metodikken ikke vil være levedyktig som et sideordnet tiltak til sykmeldingsblanketten. Det er derfor ikke noe poeng å prøve det ut som sådan i en annen sammenheng enn Flora. Vi mener metodikken vil "leve" som en integrert del

[45] Vi kan ikke dokumentere en slik effekt fra vårt forsøk. Vårt prosjekt var bare en av flere store endringer som påvirket populasjonen i Flora i årene 2004 og 2005. Vi nevner Folketrygdlovendringen av 01.07.04 med endringene i blanketter og fokuset på aktivitet, legeprogrammet "Legen i det inkluderende arbeidsliv" som gikk høsten 2004 og våren 2005 med deltakelse fra alle legene ved legegruppa SMS og de store endringene i arbeidsmarkedssituasjonen lokalt. Den positive endring som inntrådte i sykefraværet høsten 2004 var en følge av disse samlede påvirkningene og kan ikke tilskrives prosjektet. Vi ser de samme endringer nasjonalt og lokalt i andre kommuner.

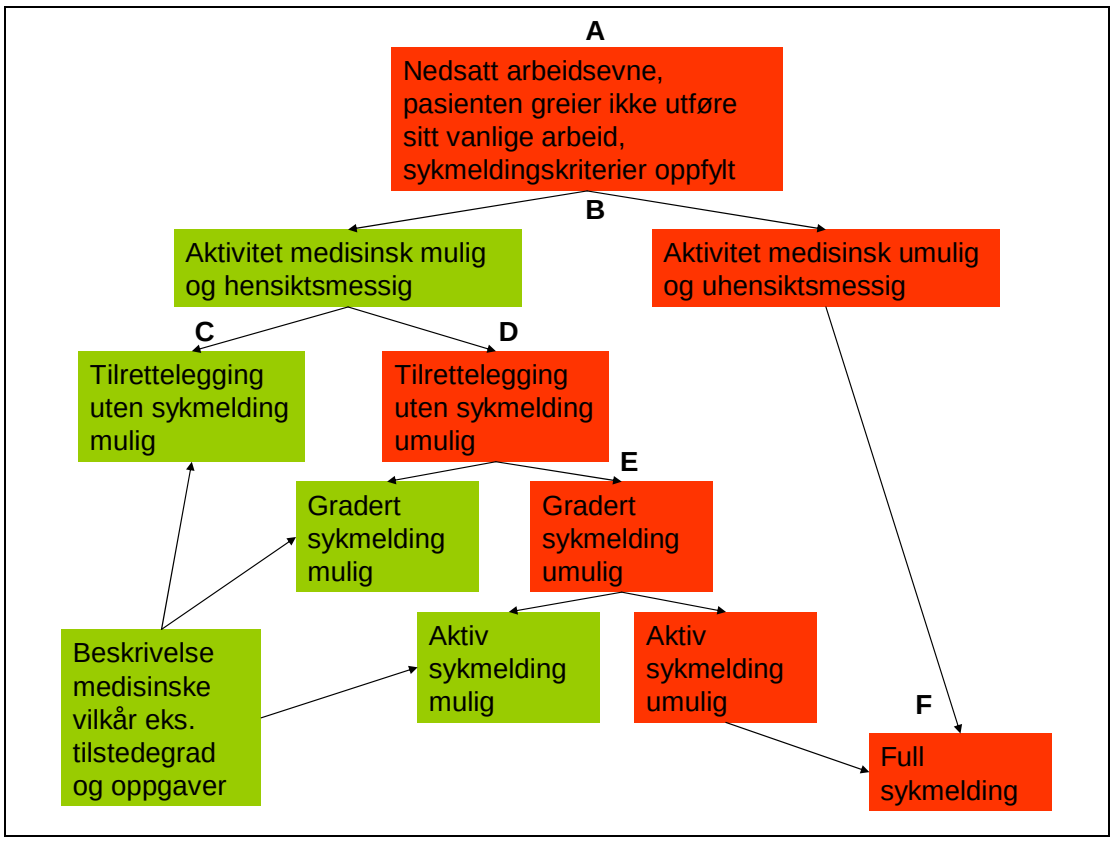
av sykmeldingsblanketten forutsatt at det blir allment kjent at dette er måten arbeidsevne vurderes på. I en slik levedyktighet ville vi forvente en sykefraværsreduserende effekt på linje med det vi har oppnådd i Flora. På bakgrunn av dette vil vi drøfte sykmeldingsalgoritmen.

8.3 En ny sykmeldingsalgoritme?

På bakgrunn av de erfaringer som er gjort i prosjektet vil vi ta sjansen på å foreslå en presisering av sykmeldingsalgoritmen gjennom en ny blankett. Den grunnleggende algoritmen til dagens sykmeldingsregelverk er egentlig den samme som i Gult kort, men på grunn av "fjellet", vil det når en sykmelding skrives trekkes konklusjoner uten at det blir gjort reell vurdering av flere ledd i algoritmen. Når aktivitet medisinsk sett er mulig gir Gult kort en kvalitetssikret gjennomgang av *hele* algoritmen før full sykmeldings *kan* skrives.

Etter vår oppfatning er den logiske flyten i algoritmen slik som i *Figur 42*:

Figur 42 Forslag til ny sykemeldingsalgoritme



A. Legens første vurdering er om arbeidsevnen er så nedsatt at pasienten ikke kan utføre sitt vanlige arbeid? Dette vil være en vurdering basert på de tre F-er, fortelling, funn og fortolking. I tillegg må legen vurdere om den nedsatte arbeidsevnen kan begrunnes i tråd med vilkårene i folketrygdloven.

B. Den andre vurderingen legen gjør er om aktivitet på arbeid medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig. I denne vurderingen må legen ta hensyn til risiko for at tilstanden blir verre

ved aktivitet, eller at tilhelingen blir lengre ved aktivitet enn ved full avlastning. Ut fra en medisinsk helhet må det vurderes hensiktsmessig med aktivitet på jobb.

Om det ikke er medisinske mulig med aktivitet så skrives full sykmelding.
C. Om det er medisinsk mulig og hensiktsmessig med aktivitet må det vurderes om denne kan oppnås på arbeidsplassen uten sykmelding eller gjennom en gradert eller aktiv sykmelding. I dagens system, hvor det forventes at legen tar stilling til dette allerede i den første konsultasjonen, så vil det basere seg på pasientens fortelling, den erfaring legen har fra denne arbeidsplassen og i hvor stor grad legen vil "overstyre" pasientens oppfatning, eller det man *tror* er arbeidsplassens holdning.

Om det er mulig med tilrettelegging uten sykmelding så kan legen sette noen vilkår eller beskrive noen rammer for aktiviteten (funksjonsvurdering).

D. Om det ikke er mulig med tilrettelegging uten sykmelding så skal gradert sykmelding vurderes før aktiv sykmelding. Ved gradering må en konkret grad av arbeidsuførhet fastsettes. Spørsmålet om gradering er mulig, og i hvilken grad det er mulig, vil i dagens system også basere seg mye på pasientens fortelling og legens skjønn. Bedømt ut fra hva som skjedde i kontrollgruppa i prosjektet så er det to vanlige utfall av legens vurdering; *umulig* (full sykmelding) eller *mulig i 50 %* (halv sykmelding).

E. Om gradert sykmelding ikke er mulig, så skal aktiv sykmelding vurderes. Det er presisert av lovgiver at gradert sykmelding *må* vurderes *før* aktiv sykmelding. I en logisk algoritme ville det, når gradering ikke var mulig, ligge til rette for en aktiv sykmelding. Med den lovendring som skjedde 01.07.04 er det dessverre ikke automatisk slik. Det er kommet til et tilleggsvilkår om at den sykmeldte ikke skal gjøre noen av sine vanlige arbeidsoppgaver[46]. Satt på spissen sier dagen regelverk at hvis man ikke kan være gradert sykmeldt, så oppfatter samfunnet det som et bedre alternativ at den sykmeldte går ut i full sykmelding enn at han gjør deler av sitt eget arbeid. Dette bryter algoritmen. Presiseringen av at eget arbeid ikke kan gjøres, var trolig gjort for å få kontroll over et økende antall aktive sykmeldinger som kunne ha vært graderte. Dette ble oppnådd, men med for høy kostnad. Vi mener det må vurderes å endre vilkåret for aktiv sykmelding til *"der hvor gradering ikke er mulig"*. Da gjenopprettes en logisk sykmeldingsalgoritme. Gråsonen og tvilstilfellene må kunne være et oppfølgingsansvar for NAV trygd, mer enn for legen, som heller må styrke fokuset på å åpne dører til aktivitet, enn å finne argumenter for å lukke dem.

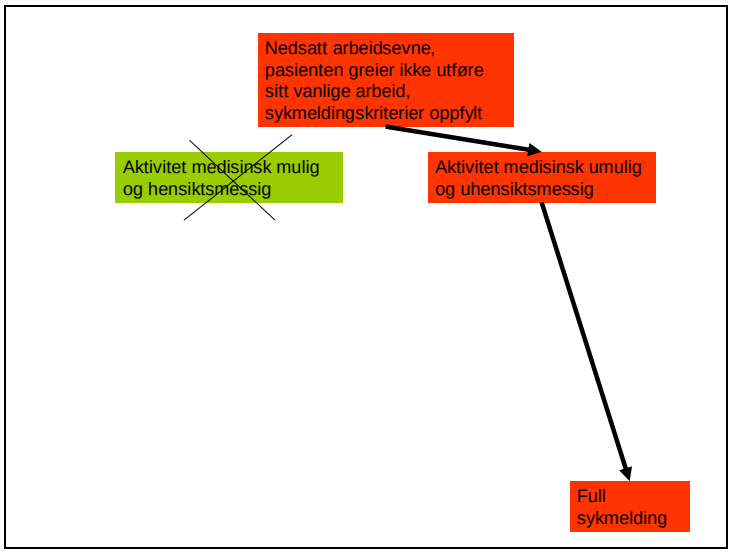
F. Om aktiv sykmelding vurderes som umulig så er full sykmelding eneste alternativet.

---

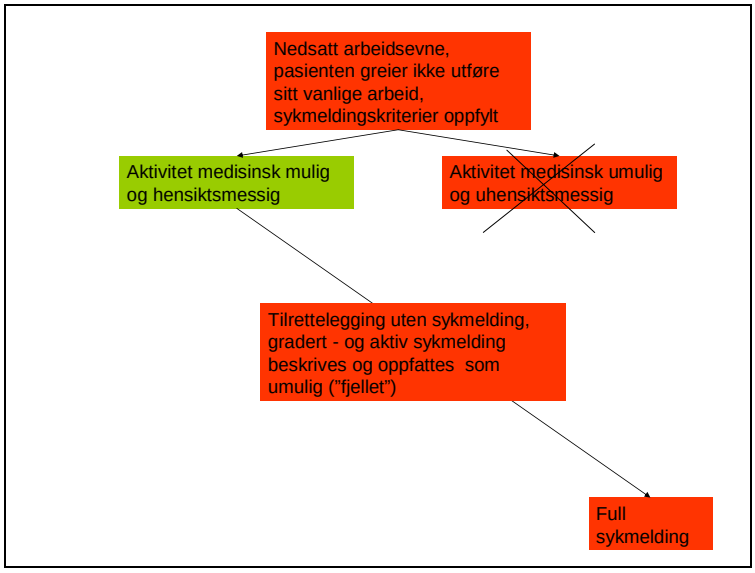
[46] Vi har i denne rapporten vist at den "bank" av lettere oppgaver det oftest gjøres uttak fra ved tilrettelegging er eget arbeid. Dette samsvarer med erfaringer fra andre kilder. Særlig tydelig ble dette i et prosjekt i Florø (Olafsson 2004a). Da et hotell definerte det å ha oversikt over tilgjengelig lettere arbeid som sin prioriterte oppgave, fant de at de fleste lettere oppgaver var deler av vanlig arbeid. Tilrettelegging kan skje ved å beholde de lettere deler av eget arbeid, eller få tilført lettere arbeid fra andre. At man gjør deler av eget arbeid betyr ikke at det kunne vært skrevet en gradering. Arbeidsgivere forventer at en sykmeldt med gradering skal være produktiv i forhold til den graden som er skrevet. Eksempelvis vil man ha muligheten til å erstatte den tapte arbeidskraften med vikar om produktiviteten er lav eller nøkkelfunksjoner forsvinner. La oss tenke oss en delvis automatisert produksjonslinje som to mann styrer. Arbeidet består av kontrollromsaktivitet, observasjon og dokumentasjon. I tillegg må begge ut i produksjonen og gjøre tungt fysisk arbeid i 4 timer per skift. Om den ene av dem får en senebetennelse i en skulder så kan han ikke automatisk sykmeldes 50 % fordi han greier kontrollromsoppgavene. Hans arbeid er å greie begge deler. Kollegaen kan ikke ta alt det fysiske arbeidet og man får ikke inn vikar i en halv stilling på natt for bare å ta det fysiske arbeidet. Han blir på grunn av arbeidets organisering 100 % arbeidsufør. I en aktiv sykmelding ville han kunne delta i kontrollromsaktiviteten, og arbeidsgiver kunne ta inn en vikar med dekning. Han ville dermed gå på toppen av den vanlige arbeidsstokken.

Med dette har vi kommet frem til to veier i algoritmen som begge kan ende med full sykmelding.

- Man greier ikke sitt arbeid pga sykdom[47] og det er medisinsk ikke tilrådelig å være i aktivitet.



- Man greier ikke sitt arbeid pga sykdom, og det er medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig å være i aktivitet, men ingen aktive tiltak synes mulige på arbeidsplassen, verken tilrettelegging uten sykmelding, gradert sykmelding (uansett grad) eller aktiv sykmelding.



Den første veien til full sykmelding bygger på en ren medisinsk vurdering, mens den andre også inkluderer vurderinger av arbeidsplassens mulighet for å tilpasse aktive tiltak.

[47] Slik folketrygdloven definerer det

Etter vårt prosjekt mener vi at dagens sykmeldingsblankett kan forbedres i forhold til å synliggjøre at det er *to forskjellige veier* til full sykmelding.

For oppfølgingsarbeidet er det viktigste veiskillet *om aktivitet medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig eller ikke*. Dette valget må legen være ansvarlig for. Dette hovedveivalget må dokumenteres i blanketten og dermed være synlig for pasient, arbeidsgiver og NAV etat. Vårt prosjekt viser at for en majoritet av pasienter hvor *aktivitet medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig,* så skrives det likevel en full sykmelding etter at legen gjennom konsultasjonen og diskusjonen med pasienten har kommet frem til at de forskjellige former for aktivitet er umulig på nettopp denne arbeidsplassen. Dessverre er det slik at verken arbeidsgiver eller NAV kan lese av denne fulle sykmeldingen at det medisinske sett hadde vært *mulig* med aktivitet. Med andre ord kan man ikke se *hvordan* legen har kommet frem til sin konklusjon om full sykmelding[48], og den kan dermed oppfattes som medisinsk begrunnet. Dette kan låse døra til "mulighetsrommet".

Legen skal kunne ha en faglig begrunnet mening om

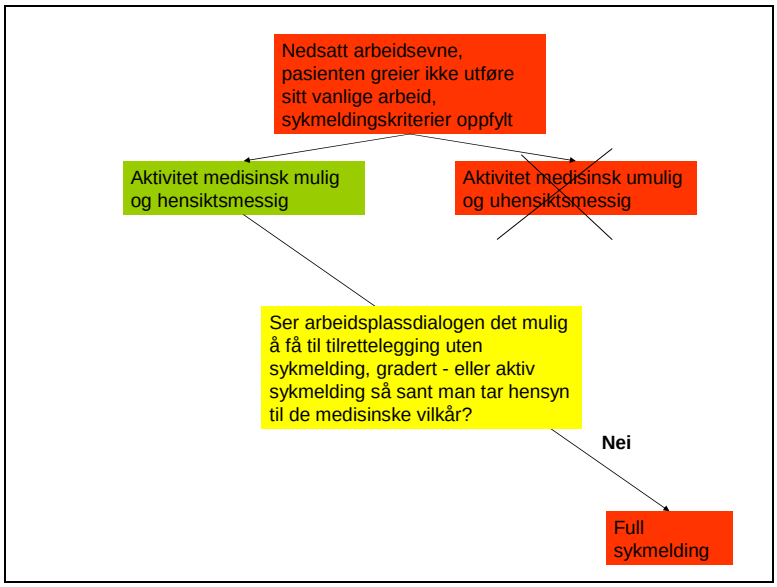
- *vilkårene for sykmelding er tilstede og dato for dette*
- *aktivitet medisinsk sett er mulig og hensiktsmessig*
- *hvilke medisinske vilkår arbeidsplassen må ta hensyn til under aktiviteten.*

Legen kan *ikke* ha en faglig begrunnet mening *om* det finnes muligheter for aktive løsninger på arbeidsplassen, og i så fall *hvilke*. Det må arbeidsplassen vurdere sammen med pasienten.

I et tilfelle hvor legen konkluderer med full sykmelding, selv om aktivitet medisinsk sett hadde vært mulig og hensiktsmessig, bør det før legen trekker sin konklusjon om full arbeidsuførhet dokumenteres av arbeidsplassen at aktive tiltak er umulig å få til. Denne bekreftelsen må være signert av både arbeidstaker og arbeidsgiver og bygge på en selvinstruerende sjekkliste og algoritme som utgangspunkt for en reell dialog om muligheter. Bare da kan legen på et sikkert grunnlag skrive en full sykmelding der hvor aktivitet er medisinsk sett mulig og hensiktsmessig[49]. Slik var Gult kort skjematuren bygget opp. Legen har med andre ord ikke avsluttet sin vurdering før arbeidsplassen har gjort sin. Dette er vist i figuren under.

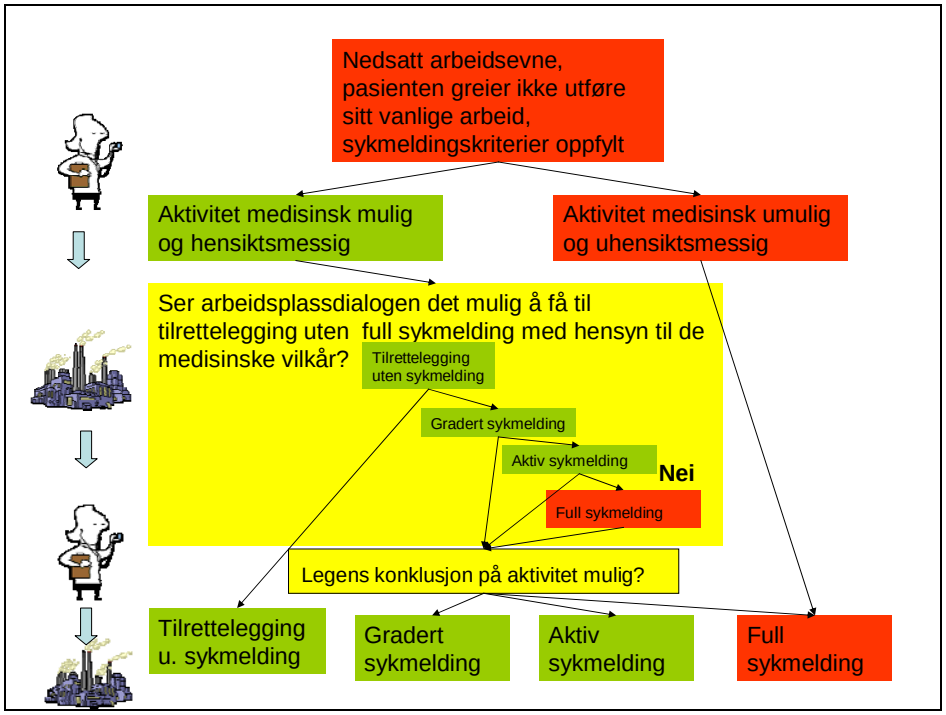
[48] Legene uttrykte i Fagutviklingsprogrammet - "Legen i det inkluderende arbeidsliv" at de savnet en slik mulighet. Flere hadde funnet ut av dagens blankett punkt 2.11.1 kunne brukes om et slik punkt, og RTV forandret sin veiledning til blanketten hvor det kom frem at punktet kunne brukes som et signal til arbeidsgiver og trygdeetaten om at aktivitet likevel kunne være mulig (Olafsson 2004b).

[49] At det virkelig ikke er mulig kan så etterprøves av NAV som også kan gå inn i bedriften på systemplanet og stimulere til fleksibilitet.



I prosjektet viste det seg at i kun 4 av 109 tilfeller ble muligheten for aktivitet avvist "på direkten" etter en arbeidsplassdialog. Med andre ord at det ble lagt frem for legen en signert bekreftelse og begrunnelse fra arbeidsplassen om at tilrettelegging var umulig. I de andre tilfeller fant man muligheter, selv om de ikke alltid førte frem, eller ble opplevd som gode nok. Algoritmen i Gult kort, som vi mener burde være en generell sykmeldingsalgoritme, blir dermed som i *Figur 43*. Denne algoritmen synliggjør og understreker vår konklusjon om at et vellykket oppfølgingsarbeid krever at lege, pasient og arbeidsleder alle oppfattes som aktører med hver sine funksjoner som de andre er avhengige av. Systematikk og skjematur må understøtte den enkelte aktørs ansvar for å se muligheter, men også bidra til å ta ut synergi mellom aktørene.

Figur 43 Algoritmen i Gult kort



Hva blir forbedringene vi kan tilføre en revidert sykmeldingsblankett etter vårt prosjekt? Det er, for å oppsummere, fem hovedpoenger fra Gult kort vi mener bør vurderes ved revisjon av dagens blankett.

- At de medisinske muligheter vurderes av legen (i dialog med pasienten). At legen har en faglig funksjon som ikke kan erstattes av arbeidsplassdialogen; på medisinsk grunnlag å åpne eller lukke døra til aktivitet.

- At legens vurderinger av muligheter blir synlige for de andre aktørene og at legen veileder både pasient og arbeidsplass på hva som skal til for å lykkes.

- At mulighetene på arbeidsplassen vurderes i dialog på arbeidsplassen, men i lys av legens vurderinger og veiledende innspill om medisinske muligheter.

- At arbeidsplassdialogens vurdering og forslag til tiltak når frem til legen og er med i grunnlaget for legens konklusjon om arbeidsevne.

- At legens kan fastslå dato for nedsatt arbeidsevne, men avvente konklusjonen om hvordan arbeidsevnen skal tas ut (eksempelvis ved gradering om hvilken grad sykmelding) til etter at arbeidsplassdialogen har funnet sted.

Det skal ikke så store endringer til i dagens blankett for å ta hensyn til disse poengene. Her følger et forsøk på operasjonalisering i forhold til sykmeldingsblanketten.

- *Fastslå dato for nedsatt arbeidsevne etter samme inngangskriterier som ved en sykmelding (grunnlag for sykmelding, krav til undersøkelse) uten å bestemme sluttdato eller tiltak (avventende sykmelding)*

- *Er aktivitet medisinsk sett mulig og hensiktsmessig Ja/Nei - Som første del av sykmeldingsalgoritmen etter at grunnlaget for sykmelding er funnet.*

- *Romslig tekstfelt hvor legen beskriver hvilke medisinske vilkår arbeidsplassen må ta hensyn til ved aktivitet, (gjerne med forslag til disposisjon) og etterspør arbeidsplassens vurdering av om tilrettelegging som oppfyller disse kravene kan finnes*.

- *Vil du vente med å trekke konklusjon om tiltak til etter arbeidsplassens vurdering? Ja/Nei*

Spørsmålet om hvordan arbeidsplassens eller arbeidsplassdialogens vurderinger skal nå tilbake til legen drøftes i neste underkapittel.

8.4 Pasienten i sentrum for kommunikasjonssløyfer mellom arbeidsplass og legekontor

Som beskrevet har et sentralt element i Gult kort metoden vært den kvalitetssikrede tilbakemeldingen fra arbeidsplassen til legen. Skjematuren (baksiden av Gult kort) har styrt tilbakemeldingens form og innhold, se *Figur 44*. Dette var en selvinstruerende sjekkliste og algoritme for arbeidsplassdialogen, som gav plass for å dokumentere en plan eller hvorfor det ikke var mulig med tiltak. En underskrift fra både arbeidsleder og pasient skulle understøtte dialog og samarbeid om konklusjonen. I prosjektet ble kopi av denne planen sendt NAV trygd som sendte kopi til legen til orientering. Heretter kaller vi dette ”baksiden”.

Figur 44 Bakside Gult kort - tilbakemelding fra arbeidsplass til lege

ARBEIDSPLASSDIALOG OG PLAN VED GULT KORT

Fyllast ut saman med arbeidsgivar

Namn: Fødselsdato:

Utfyllinga skal skje i dialog mellom arbeidsgivar og arbeidstakar på arbeidsplassen. Ved funksjonsvurderinga følgjast flyten i dette skjemaet. Arbeidsgivaren er ansvarleg for å sende kopi til trygdekontoret. Arbeidstakaren er ansvarleg for å bringe kopi av skjemaet til legen om det er nødvendig.

1 Samtale om muligheiter

- Medisinske vilkår i punkt 6.1
- Mål om vanleg arbeid frå dato...
- Fokus på "kva som skal til for at.."
- Eigne oppgåver du kan greie
- Andre oppgåver du kan greie
- Kva du må unngå
- Tempo, pausar - eigenkontroll
- Arbeidstid
- Informasjon til kollegaar medspelarar
- Behov for oppfølging – korleis og av kven?

Tilrettelegging utan sjukmelding

JA →

NEI

1.1 Beskriv innhald i planen - kva er vi einige om?

Gradert sjukmelding

JA →

NEI

1.2 Beskriv: Sett opp arbeidsplan deretter rekn ut prosent.

Aktiv sjukmelding

JA →

NEI

1.3 Beskriv arbeidsoppgåver:

1.4 Om det ikkje lykkast å finne aktive løysingar for tilrettelegging på arbeidsplassen, beskriv kvifor?

1.5 Ser arbeidsgivar og/eller arbeidstakar at det er nødvendig med tiltak ut over det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

Stad, dato

Arbeidsgivar: Arbeidstakar:

”Baksiden” ble brukt til tre forskjellige formål:

- Oppfølgingsplan på arbeidsplassen.
- Dokumentasjon av at tiltak ikke var mulig.
- Forslag til sykmeldingstiltak når vellykket tilrettelegging innenfor arbeidsgiverperioden gikk over i en gradert sykmelding etter arbeidsgiverperioden.

Som tidligere beskrevet i rapporten oppstår det et økonomisk incitament for sykmelding når man har tilrettelagt seg gjennom hele arbeidsgiverperioden. Ser behovet ut til å fortsette videre enn de 16 dager med tilrettelegging, og produktivitetsnedsettelsen er av en slik størrelse at arbeidsgiver og/eller ansatt finner at dette bør kompenseres med sykepenger fra staten, så ber pasienten om gradert eller aktiv sykmelding. ”Baksiden” har vært brukt i slike situasjoner. Der har arbeidsgiver og ansatt satt opp en plan for neste periode. Når pasienter i denne situasjonen har kommet tilbake til legen med arbeidsplassens vurdering viser det seg at gradert og aktiv sykmelding er vurdert, for nå gir disse en refusjon[50]. Både leger, pasienter og arbeidsgivere har gitt uttrykk for nytten av at arbeidsplassens muligheter kartlegges før legen gjør en ny vurdering av arbeidsevne. At man har vært i tilrettelagt aktivitet i arbeidsgiverperioden har ikke vært bortkastet, utprøving av funksjonsevne har foregått på en fleksibel måte slik at det kan bli lettere å treffe eksempelvis med en korrekt gradering i neste runde. På grunn av det store økonomiske incitament for tilrettelegging i arbeidsgiverperioden kan denne perioden betraktes som et slags ”gyllent øyeblikk”, noe man altså kan trekke nytte av ved en forlengelse. Det er jo også slik at alle lange sykmeldinger begynner en gang.

Det ble tidlig stilt spørsmål om hvorfor denne kommunikasjonssløyfen bare skulle foregå i arbeidsgiverperioden og i slutten av denne. Var ikke kommunikasjonssløyfene like viktig i alle faser av sykdommen og arbeidsevnenedsettelsen? Noen leger kopierte og delte ut tilbakemeldingsskjemaet til pasienter som hadde vært sykmeldt en stund for å stimulere til utforsking og dialog om muligheter på arbeidsplassen, før en neste konsultasjon om forlenging.

En sykdom eller skade utvikler seg over tid, funksjonen og arbeidsevnen endrer seg, de medisinske vilkår for aktivitet likeså. Dette endrer mulighetene på jobb. For de fleste tilstander skjer det en bedring mot det å bli helt arbeidsfør, for andre er utviklingen annerledes. Den medisinske vurderingen kan dermed ikke være en engangsvurdering, like lite som vurderingen av muligheter på jobb kan være det. En hensiktsmessig funksjonsvurdering og tiltaksplan, som ”lever med” endring i pasientens tilstand, krever innspill og premisser både fra arbeidsplass og legekontor. Skal arbeidsplassdialogen lykkes må det finnes gode medisinske premisser. Skal de medisinske premisser bli gode må legen få tilgang til arbeidsplassdialogen. Dette samspillet må fortsette gjennom hele sykmeldingsløpet. Gult kort metoden er enkleste nivå av samspill. Dører som åpnes og rom som tas i bruk. En slik enkel sløyfe av kommunikasjon, med pasienten i sentrum, kan fortsette gjennom hele sykmeldingsløpet.

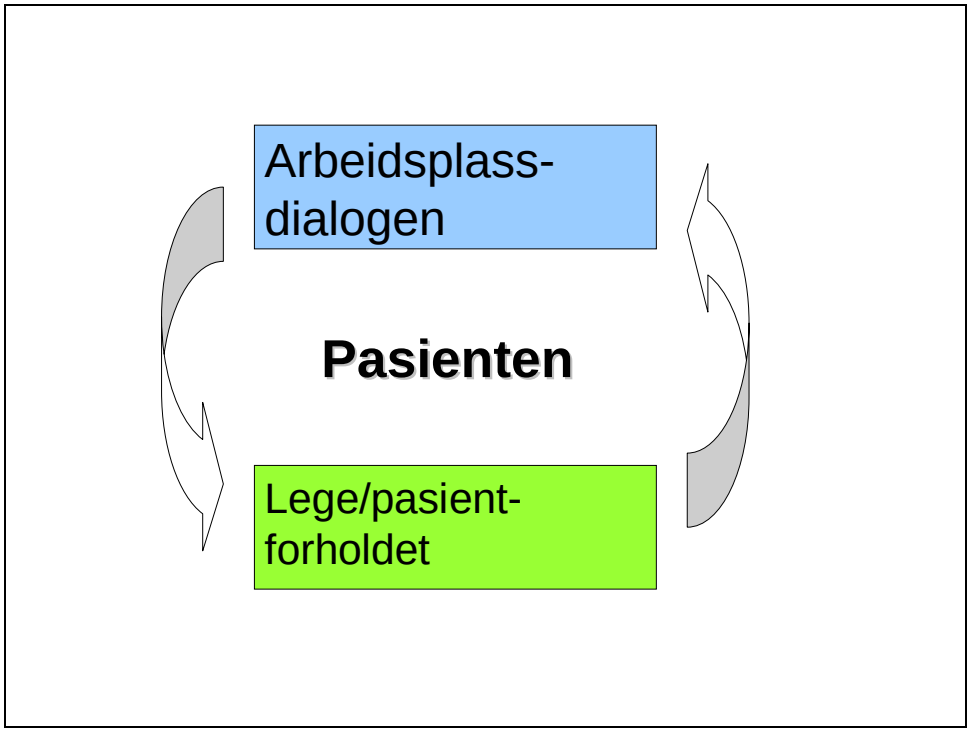
Kasuistikkeksempel

La oss bruke en tenkt pasient med skulderskade som eksempel. Eksempelet er beskrevet i tekstboksen under.

[50] Før dag 16 kan man tilrettelegge uten sykmelding fordi det uansett ikke kommer noen refusjon. (Unntak; personer med arbeidsgiverfritak og graviditetsbetingende tilstander)

Pasienten får med seg et Gult kort som forteller at han må avlaste venstre arm, unngå arbeid over skuldernivå og ha stor egenkontroll. Han lager sammen med sin leder en plan på arbeidsplassen som han følger i 16 dager. Det blir tydelig ved oppfølgingen på arbeidsplassen at han ikke kan utføre sitt vanlige arbeid når det nærmer seg utløpet av 16 dager, så det gjennomføres en ny arbeidsplassdialog med fokus på hva som er mulig i perioden som kommer. Arbeidstaker og arbeidsgiver setter opp en arbeidsplan og regner ut at den vil tilsi om lag 70 % produktivt arbeid. De foreslår at tilretteleggingen skjer i 4 uker til. Dette føres inn på tilbakemeldingsskjemaet til legen/ oppfølgingsplanen. Pasienten tar med planen til sin kontroll hos legen som bekrefter at det medisinsk sett er behov for endret belastning en stund til. Legen skriver 30 % sykmelding 2 uker fremover. Han synes på faglig grunnlag at 4 uker er for pessimistisk. Startdato for sykmeldingen settes til dato for arbeidsevnenedsettelsen (dato for Gult kort) slik at arbeidsgiver ikke får en ”ny” arbeidsgiverperiode når de nå beveger seg ut over arbeidsgiverperioden. I tekstfeltet anfører legen at graden kan økes til friskmelding på et tidligere tidspunkt om tilstanden bedrer seg raskere enn forventet. Han fraråder en av oppgavene som er planlagt, fordi den inneholder lengre perioder med statisk muskelbelastning som kan forverre smerten. Pasienten tar med seg sykmeldingsblanketten til arbeidsplassen hvor dialogen med leder fører til en revidert plan. En uke senere faller pasienten i trappa hjemme og får en forverring. På arbeidsplassen diskuterer de hvordan man kan tilpasse aktiviteten til dette, de setter opp en ny plan og fyller ut et nytt tilbakemeldingsskjema hvor det foreslås kun helt lette oppgaver i på aktiv sykmelding i en uke, deretter opptrapping til 50 % aktivitet. Pasienten tar med seg skjemaet til legen som er enig i tiltaket, effektuerer dette ved å fylle ut en sykmeldingsblankett og gir medisinsk behandling.

Figur 45 Modell som illustrerer forholdet arbeidsplassdialog - pasient - lege/pasient-forholdet



Vi har her vist hvordan skjematur kan lette arbeidet både på legekontor og arbeidsplass, og viktigst av alt føre til tiltak som er tilpasset pasientens skiftende behov. Nøkkelordene er kommunikasjon og samspill. Hensiktsmessige skjema er *ett* sett med verktøy, men vi trenger en hel verktøykasse. Det er derfor nødvendig å utvikle flere verktøy for kommunikasjon og samspill. Verktøy må tilpasses behovet. Er det nødvendig med en "tung" samhandling må verktøyene tilpasses deretter (møtestrukturer). I det store antall tilfeller hvor en enkel samhandling er tilstrekkelig, må verktøyet være praktisk mulig å bruke. Det vil si være tilpasset hverdagen til både arbeidsplass og lege (skjema).

For å drøfte disse spørsmål med arbeidslivet inngikk prosjektet et samarbeid med NHO Sogn og Fjordane ved regiondirektør Karin Halle. I sammenheng med HMS dagen i Sogn og Fjordane arrangerte prosjektet en idedugnad på Vesterland 26.10.05 etter en modifisert dialogkonferansemodell med ledere og ansatt fra bedrifter som selv hadde meldt seg. Her ble det drøftet hva en slik kommunikasjon skulle innholde, hva som er nødvendig og hvordan den kunne foregå. Dette ble oppsummert slik

- Ja, det er mulig og ønskelig å lage et skjema som fullfører kommunikasjonssløyfen
- Det kan slås sammen med oppfølgingsplanen, og gjerne være et vedlegg til en ny og forbedret "Medisinsk vurdering av arbeidsevne"- baksiden på "Gult kort" er et godt utgangspunkt.
- Dette må ikke komme i stedet for en mulighet til direkte kommunikasjon med lege, telefon- møte etc.

Det var altså stor enighet om at en forsterket kommunikasjon er nødvendig, men at den ikke måtte føre til *flere* skjemaer. Man ønsket sterkt en samordning av den lovpålagte oppfølgingsplanen og et tilbakemeldingsskjema til legen. Likeledes ønsket man sterkt en annen type informasjon fra legen enn det man fikk på den nåværende blanketten. En mer åpen

og motiverende informasjon. Man poengtert sterkt at skjema ikke kan erstatte direkte dialog, enten på telefon eller i møtesammenheng.

8.5 Gult kort i forhold til andre aktører og tiltak

En viktig erkjennelse er at Gult kort ikke er noe tiltak, men en kommunikasjonsmåte. Det kan dermed ikke sammenliknes med tiltak som aktiv eller gradert sykmelding. Gult kort kan derimot sammenliknes med andre kommunikasjonsmåter;

- legen til arbeidsplassen eksempelvis dagens sykmeldingsblankett,
- arbeidsplassen til legen, pasientens muntlige fortelling eller kopien av en oppfølgingsplan.

En kommunikasjonsform som Gult kort utfordrer aktørene sterkt i forhold til å lete etter løsninger og legge til rette for at andre gjør det samme. Mange saker kan løses på enkleste vis med enkel motiverende og ansvarliggjørende kommunikasjon mellom de tre aktørene lege, pasient og arbeidsgiver gjennom skjematur som Gult kort.

Når sakene er tyngre og løsningene vanskeligere å finne inntrer det behov som ikke kan løses gjennom metoder som Gult kort. Vi ser to hovedgrupper av tiltak.

- Supplerende muntlig kommunikasjon mellom lege, pasient og arbeidsgiver.
- Tverrfaglig intervensjon og kommunikasjon som involverer flere aktører

Behovene for dypere tiltak kan avdekkes raskere gjennom kommunikasjonsmetoder som Gult kort, men løsningene må finnes i en ekte dialog og kanskje i tverrfaglighet. Altså med kommunikasjon av større tyngde enn skjema og tiltak fra flere enn de tre hovedaktørene.

I Florø har det vært lang tradisjon på korte møter mellom lege, arbeidstaker og arbeidsgiver, med NAV trygd og/eller bedriftshelsetjenesten som deltaker og organisator. Omtrent samtidig med Gult kort prosjektet ble det i verksatt et arbeid med lettere tilgjengelige møteplasser. Legene stilte fast tid til rådighet i sine timebøker, som skulle administreres av NAV trygd, til bruk når noen (pasient, lege eller arbeidsgiver) ønsket et avklarende møte i en sykmeldingssak. På denne måten kunne man på kort varsel møtes og avklare behov. Møtene blir holdt på legens kontor og varigheten er sjelden over 30 minutter. Slike møteplasser og strukturer er nødvendige for å kommunisere dypere rundt problemstillinger som avdekkes gjennom bedre hverdagskommunikasjon. Gult kort er et eksempel på en slik kommunikasjon.

Vi snakker om involvering av NAV etat med de aktører og tiltak som finnes der, eksempelvis hjelpemiddelsentral, arbeidslivssenter, lokal NAV kompetanse fra arbeid, trygd eller sosialetat. Også bedriftshelsetjeneste med deres kompetanse på arbeidsrelaterte tilstander og kunnskap om kartlegging og tilrettelegging er viktige og nødvendige ressurser. Samarbeidende helsepersonell som er involvert, fysioterapeuter, kiropraktorer, jordmødre og psykologer må trekkes inn på individnivå der hvor det er nødvendig.

Vi mener at metodikken rundt Gult kort øker behovet for

- møteplasser og møtestrukturer
- gode moderatorer og organisatorer av tverrfaglig oppfølging

- fagkompetanse på arbeidsmedisin og NAV oppfølging
- samhandling med samarbeidende helsepersonellgrupper

Det er viktig at skjematur støtter opp under arbeidsplassens hovedansvar for å finne løsninger og legens hovedansvar for å vurdere muligheter, men støttesystemene rundt blir viktige for å få systematikk som dette til å fungere. Viktige aktører i dette er bedriftshelsetjenesten og NAV.

8.6 Pasientens autonomi og integritet

En viktig utfordring i alt sykmeldingsarbeid er hensynet til pasientens autonomi og integritet. Det er pasienten som er syk og i senter for sitt eget liv. Dialogene på legekontor og arbeidsplass handler om ham og må dermed involvere ham. Et større fokus på aktivitet og muligheter slik lovendringen av 01.07.04 forutsetter, medfører et større trykk på kommunikasjon og samhandling. Det ”fjellet” som ble en hindring for å finne løsninger kunne til samme tid sees på som en beskyttelse mot en strøm av sensitiv informasjon begge veier. Dette er også en problematikk som er tydelig i Gult kort ordningen.

Leger oppfatter dette feltet som konfliktfylt. Det blir galt å bygge en ”ringmur” av taushet rundt lege-pasientdialogen, for da blokkeres løsninger og positive prosesser i pasientens beste interesse. Men lege og pasient ”eier” diagnosen og de medisinske forhold. Taushet rundt disse forhold er lovhjemlet, og det er legens profesjonelle ansvar å vokte taushetsplikten.. Arbeidsgiver har krav på både å dele og påvirke kunnskap om funksjon og arbeidsevne, men ikke om de medisinske forhold. Uansett må pasienten stå i sentrum for informasjonsstrømmen og kunne gi samtykke til det som blir formidlet etter å ha kontrollert det som blir skrevet og sagt. Et godt prinsipp er, ingen kommunikasjon uten at pasienten er tilstede. Ingen skjema uten at pasienten er delaktig i utfylling, har gitt samtykke og selv bringer dem videre.

Hva med de etiske sider, i hvor stor grad er pasienten fri til å styre informasjon som utveksles i et møte hvor samtykke er gitt på forhånd og alt skal skje i god hensikt? Vi mener at en metodikk som Gult korts må baseres på et positivt utgangspunkt hvor pasientens handlingsrom økes. Derfor må dialogene være positive og veiledningen fokusere på muligheter og løsninger. Der hvor handlingene skjer i pasientens beste interesse er det enklere å få et ekte engasjement, ansvar og medvirking fra pasienten. Dette er beste motgift mot uthuling av taushetsløftet og undergraving av pasienters selvbestemmelse over egne liv.

I vårt arbeid for å finne gode løsninger som hindrer utstøting og passivitet vil vi i større grad enn før måtte kommunisere og samhandle – ikke bare med pasienten. Skal vi ta denne utfordringen må vi ikke bare ha gode verktøy, men en trygg plattform å arbeide på.

9. Litteratur

Arbeidsgruppen for ”Legeprogrammet” (2004) *Legerollen i det inkluderende arbeidsliv – et fagutviklingsprogram* Oslo: Notat fra arbeidsgruppe nedsatt fra Dnlf og RTV

Baklien, Bergljot (2006): *Prosessevalueringens nytte og relevans.* Forelesning om evaluering, dagsseminar, Transportøkonomisk Institutt, 23. januar 2006, upublisert notat.

Brage, Søren et.al (2005): *Fastlegers sykmeldingspraksis I: variasjoner*, RTV- rapport 05/2006 Utredningsavdelingen Rikstrygdeverket

Elden, Max et. al (1986): *Mennesker i arbeid, en innføring i organisasjon og ledelse* Trondheim, Universitetsforlaget

Dyrstad, J.M. og Ose S.O (2004): ”Sykefravær,” i *Det nye arbeidsmarkedet. Kunnskapsstatus og problemstilllinger*. Pål Schøne (red). NFR rapport 2005. ISBN 82-12-02031-2. s 89-108.

Hellevik, Ottar (1999): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Hjort, Peter (2004): *Funksjonsvurderingsperspektivet –fra diagnose til funksjon, fra problem til mulighet,* foredrag oppstartkonferanse for fagutviklingsprogrammet ”Legen i det inkluderende arbeidsliv” Gardemoen 26.04.2004

Light, Donald W. og Aasland, Olaf G. (2003): Den nye legerollen –kvalitet, åpenhet og tillitt, i *Tidsskrift for Den norske lægeforening, nr.13-14,* s.1870-1873.

Mohr, Lawrence (1995): *Impact analysis for program evaluation*. London: Sage Publications

Leif E. Moland (2005): *Med legene på laget – Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv*, Arbeidsnotat i Følgeforskning om Inkluderende arbeidsliv Oslo, Fafo- notat 2005:06

Nessa, John (2003): *Medisin og eksistens: samtale, psykodynamikk og psykoterapi i allmennmedisin* Oslo, Gyldendal akademisk

Olafsson, Kjartan (1994): *Evalueringsrapport – Aktive sykmeldinger ved Elkem Bremanger*, Svelgen, Næringslivets forlag

Olafsson, Kjartan (2002a): ”Aktive sykmeldinger- på villspor eller rett vei?” *i Attføring og arbeid*, Årgang 21 1/2002 s 23-28.

Olafsson, Kjartan (2002b): ”RTV har ikke fulgt opp sine egne intensjoner,” intervju i *Velferd – sosial trygd,arbeid og helse*. Årgang 91 – utgave 5/2002, s 12-13

Olafsson, Kjartan (2004a): ”*Felles arbeid mot felles mål”. Hva ønsker hovedaktørene i arbeidslivet av bistandsaktørene? – Kan ønskene oppfylles?* Evalueringsrapport, Flora Trygdekontor og Ytre Sunnfjord Bedriftshelseteneste.

Olafsson, Kjartan (2004b): ”Oppsummering av diskusjonene i samling 1, ” Manus utarbeidet til *Alment praktiserende lægers forenings tillitsvalgte sitt innlegg i samling 2,* upublisert

Olafsson, Kjartan (2004c): *Beskrivelse av utviklingen av Sunnfjord Medisinske Senter* i ”Felles arbeid felles mål” [tilgjengelig: http://www.idebanken.org/default.asp?show=art&artID=1556]

Reiso, Harald (2004): *Work ability and sickness abscence. A follow-up study in general practice* Faculty of Medicine, University of Oslo 2004

Repstad, Pål (1992): *Sosiologiske perspektiver på helse- og sosialinstitusjoner.* Oslo: Tano.

Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Scheel,I., Hagen, K.B., & Oxman, A. D. (2003): *The unbearable lightness of healthcare policymaking: a description of a process aimed at giving it some weight* J Epidemiol Community Health, 57: 483-497

Skog, Ole Jørgen (1998): *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal

Storsletten, Kjell (2006): *”Er sykefravær et valg?”* kronikk Aftenposten 15.september 2006

Trygdeetaten (2004): ”Trygdeetatens nye rolleforståelse", Innledningsforedrag i programmet *Legen i det inkluderende arbeidsliv*. Trygdeetaten 2004, upublisert

Vedung, Evert (2000): *Public policy and program evaluation*. London: Transaction publishers.

Westin, Steinar (2003): ”Misbruker ordningen med aktiv sykmelding,” intervju i *Velferd – sosial trygd, arbeid og helse*. Årgang 92 – utgave 1/2003, s 14- 15

9.1 Andre kilder

Den partssammensatte koordineringsgruppa for IA avtalen (2005): *Evaluering av Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv* Oslo, Notat til partene i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

Flora kommunes hjemmeside [tilgjengelig: www.flora.kommune.no]

Folketrygdloven om sykepenger [tilgjengelig: http://www.lovdata.no/all/tl-19970228-019-021.html]

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv [tilgjengelig: http://www.trygdeetaten.no/Arbeidsliv/pdf/intensjonsavtale.pdf]

NOU (1999:13) *Kvinners helse i Norge*

NOU (2000:27) *Sykefravær og uførepensjonering*

Ot.prp.nr. 48 (2003-2004): *Om lov om endring i folketrygdloven* (Nye regler om sykmelding m.v.)

Partenes erklæring av 03.12.03 om videreføring av IA avtalen [tilgjengelig: http://www.trygdeetaten.no/Arbeidsliv/pdf/Erklaering_fra_partene_031203.pdf]

Stortingsmelding nr 39 (1991-1992): *Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon*

Sunnfjord Medisinske Senter hjemmeside: [tilgjengelig: http://www.sunnfjord-medisinskesenter.com]

Vedlegg 1 Gult kort- skjemaet

FOLKETRYGDA **GULT KORT**

Legen skal sende dette til trygdekontoret same dagen.

1 Opplysningar om personen og om arbeidsforholdet

1.1 Etternamn, fornamn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekontor
1.4 Adresse, postnummer og poststad		1.5 Yrke
1.6 Namn og adresse til arbeidsgivaren i det arbeidsforholdet som «gult kort» gjeld for		1.7 Har personen fleire arbeidsforhold? Ja ☐
		1.8.1 Personen er kjend eller ☐ 1.8.2 Legitim. er vist ☐

2 Dato for gult kort (arbeidsevne/forenkla funksjonsvurdering)

2.1 Avtalt på telefon (dato)	2.2 Konsultasjon «gult kort» (dato)

3 Diagnose m.v.

3.1 Diagnose/Diagnosar (Hovuddiagnose først)	3.1.2 Kode/Kodar

4 Merknader til trygdekontor

5 Underskrifta til legen m.m.

5.1 Dato, namnet, adresse, telefonnummeret og underskrifta til legen

6 Kva må ein ta omsyn til - legen sin vurdering

6.1 Medisinske vilkår - «kva skal til for at...»

- Type avlastning (kva og på kva for måte)
- Tempo og pausar
- Tidsaspekt

6.2 Når og korleis kontakte legen om tilrettelegging ikkje let seg gjennomføre?

6.3 Ser legen at det er nødvendig med tiltak utover det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (Eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

FOLKETRYGDA GULT KORT

Arbeidstakar sitt eksemplar

Hugs utfylling av planen på baksida

1 Opplysningar om personen og om arbeidsforholdet

1.1 Etternamn, fornamn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekontor
1.4 Adresse, postnummer og poststad		1.5 Yrke
1.6 Namn og adresse til arbeidsgivaren i det arbeidsforholdet som «gult kort» gjeld for		1.7 Har personen fleire arbeidsforhold? Ja ☐
		1.8.1 Personen er kjend eller ☐ 1.8.2 Legitim. er vist ☐

2 Dato for gult kort (arbeidsevne/forenkla funksjonsvurdering)

2.1 Avtalt på telefon (dato)	2.2 Konsultasjon «gult kort» (dato)

Informasjon til arbeidstakar:
Gult kort er ei melding til arbeidsgivaren din om at du treng tidsavgrensa tilrettelegging av arbeid for å unngå sjukmelding. Dette gjeld innanfor arbeidsgivarperioden, der arbeidsgivaren må betale lønn. Ender det likevel i ei sjukmelding gjeld denne frå datoen for det gule kortet. Fordelar for deg er at du kan halde deg aktiv, ha kontakt med arbeidsplassen og ta arbeidsoppgåver tilpassa funksjonen din. Om det ikkje lykkast kan du til ei kvar tid diskutere ei sjukmelding med legen din.

Underteikna lege meiner at tidsavgrensa tilrettelegging må vurderast før bruk av eventuell sjukmelding. Det er ikkje fare for at den medisinske tilstanden vert forverra ved aktivitet, dersom ein tek omsyn til vilkåra i punkt 6. Det er heller ikkje grunn til å tru at du raskare vil verte frisk ved å vere borte frå jobb. Du og arbeidsgivaren din skal ha ei samtale om moligheiter for tilrettelegging. De skal nytte baksida av det gule kortet som samtalehjelp, til plan og dokumentasjon. Denne samtalen må skje med ein gong. Begge skal underteikne skjemaet. Lykkast det å finne ei tidsavgrensa tilrettelegging nyttast skjemaet som ein oppfølgingsplan. Arbeidsgivaren skal sende ein kopi til trygdekontoret.

Dersom det ikkje lykkast å finne ei tidsavgrensa tilrettelegging skal du gå attende til legen med det ferdig utfylte skjemaet (her må du og arbeidsgivaren din ha diskutert og tatt stilling til delvis og aktiv sjukmelding) for å få ei sjukmelding. Dette er ditt ansvar.

Treng du hjelp eller meir informasjon om ordninga, kontakt trygdekontoret på telefon 57 75 81 60, gå inn på www.gultkort.no eller snakk med legen din.

4 Merknader til trygdekontor

5 Underskrifta til legen m.m.

5.1 Dato, namnet, adresse, telefonnummeret og underskrifta til legen

6 Kva må ein ta omsyn til - legen sin vurdering

6.1 Medisinske vilkår - «kva skal til for at...»

- Type avlastning (kva og på kva for måte)
- Tempo og pausar
- Tidsaspekt

6.2 Når og korleis kontakte legen om tilrettelegging ikkje let seg gjennomføre?

6.3 Ser legen at det er nødvendig med tiltak utover det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (Eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

ARBEIDSPLASSDIALOG OG PLAN VED GULT KORT

Fyllast ut saman med arbeidsgivar

Namn: Fødselsdato:

Utfyllinga skal skje i dialog mellom arbeidsgivar og arbeidstakar på arbeidsplassen. Ved funksjonsvurderinga følgjast flyten i dette skjemaet. Arbeidsgivaren er ansvarleg for å sende kopi til trygdekontoret. Arbeidstakaren er ansvarleg for å bringe kopi av skjemaet til legen om det er nødvendig.

1 Samtale om muligheiter

- Medisinske vilkår i punkt 6.1
- Mål om vanleg arbeid frå dato...
- Fokus på "kva som skal til for at.."
- Eigne oppgåver du kan greie
- Andre oppgåver du kan greie
- Kva du må avlastast for
- Tempo, pausar - eigenkontroll
- Arbeidstid
- Informasjon til kollegaar medspelarar
- Behov for oppfølging – korleis og av kven?

Tilrettelegging utan sjukmelding

JA →

1.1 Beskriv innhald i planen - kva er vi einige om?

NEI

Gradert sjukmelding

JA →

1.2 Beskriv: Sett opp arbeidsplan deretter rekn ut prosent.

NEI

Aktiv sjukmelding

JA →

1.3 Beskriv arbeidsoppgåver:

NEI

1.4 Om det ikkje lykkast å finne aktive løysingar for tilrettelegging på arbeidsplassen, beskriv kvifor?

1.5 Ser arbeidsgivar og/eller arbeidstakar at det er nødvendig med tiltak ut over det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

Signatur, dato

Arbeidsgivar: Arbeidstakar:

FOLKETRYGDA GULT KORT

Arbeidsgivar sitt eksemplar

Husk utfylling av planen på baksida

1 Opplysningar om personen og om arbeidsforholdet

1.1 Etternamn, fornamn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekontor
1.4 Adresse, postnummer og poststad		1.5 Yrke
1.6 Namn og adresse til arbeidsgivaren i det arbeidsforholdet som «gult kort» gjeld for		1.7 Har personen fleire arbeidsforhold? Ja ☐
		1.8.1 Personen er kjend eller ☐ 1.8.2 Lyttilm. er vist ☐

2 Dato for gult kort (arbeidsevne/forenkla funksjonsvurdering)

2.1 Avtalt på telefon (dato)	2.2 Konsultasjon «gult kort» (dato)

Informasjon til arbeidsgivar:

Gult kort er ei melding til deg som arbeidsgivar om at den tilsette treng tidsavgrensa tilrettelegging av arbeid for å unngå sjukmelding. I staden for å betale ut sjukepengar i arbeidsgivarperioden får du no moligheit til å tilrettelegge arbeidsoppgåver for den tilsette i same periode. Om det skulle ende i ei sjukmelding vil denne gjelde frå datoen for det gule kortet. Du risikerer ikkje noko økonomisk, og kan om de er IA – verksemd, søke om tilretteleggingstilskot. Fordelar for deg som arbeidsgivar er reduseri i sjukefråvær og tilgang til arbeidskraft som elles ville ha vore heime.

Underteikna lege meiner at tidsavgrensa tilrettelegging må vurderast før bruk av sjukmelding. Det er ikkje fare for at den medisinske tilstanden vert forverra ved aktivitet, om ein tek omsyn til vilkåra i punkt 6. Det er heller ikkje grunn til å tru at arbeidstakaren raskare vil verte frisk ved å vere vekke frå jobb. Du og arbeidstakaren din skal ha ei samtale om moligheiter for tilrettelegging og nytte baksida av det gule kortet som samtalehjelp, til plan og dokumentasjon. Denne samtalen må skje med ein gong. Begge skal underteikne skjemaet.

Dersom det ikkje lykkast å finne ei tidsavgrensa tilrettelegging skal arbeidstakaren gå attende til legen med det ferdig utfylte skjemaet (her må du og arbeidstakaren din ha diskutert og tatt stilling til delvis og aktiv sjukmelding) for å få ei sjukmelding. Dette er arbeidstakaren sitt ansvar.

Kopi må sendast trygdekontor same dag. Dette er ditt ansvar. Treng du hjelp til dette eller utfyllande informasjon om ordninga eller medisinske vilkår(frå legen) kontakt trygdekontoret på telefon 57758160 eller gå inn på www.gultkort.no.

4 Merknader til trygdekontor

5 Underskrifta til legen m.m.

5.1 Dato, namnet, adresse, telefonnummeret og underskrifta til legen

6 Kva må ein ta omsyn til - legen sin vurdering

6.1 Medisinske vilkår - «kva skal til for at...»

- Type avlastning (kva og på kva for måte)
- Tempo og pausar
- Tidsaspekt

6.2 Når og korleis kontakte legen om tilrettelegging ikkje let seg gjennomføre?

6.3 Ser legen at det er nødvendig med tiltak utover det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (Eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

ARBEIDSPLASSDIALOG OG PLAN VED GULT KORT

Fyllast ut saman med arbeidstakar

Namn: Fødselsdato:

Utfyllinga skal skje i dialog mellom arbeidsgivar og arbeidstakar på arbeidsplassen. Ved funksjonsvurderinga følgjast flyten i dette skjemaet. Arbeidsgivaren er ansvarleg for å sende kopi til trygdekontoret. Arbeidstakaren er ansvarleg for å bringe kopi av skjemaet til legen om det er nødvendig.

1 Samtale om muligheiter

- Medisinske vilkår i punkt 6.1
- Mål om vanleg arbeid frå dato…
- Fokus på "kva som skal til for at.."
- Eigne oppgåver du kan greie
- Andre oppgåver du kan greie
- Kva du må avlustust for
- Tempo, pausar - eigenkontroll
- Arbeidstid
- Informasjon til kollegaar medspelarar
- Behov for oppfølging – korleis og av kven?

Tilrettelegging utan sjukmelding

JA →

1.1 Beskriv innhald i planen - kva er vi einige om?

NEI

Gradert sjukmelding

JA →

1.2 Beskriv: Sett opp arbeidsplan deretter rekn ut prosent.

NEI

Aktiv sjukmelding

JA →

1.3 Beskriv arbeidsoppgåver:

NEI ↓

1.4 Om det ikkje lykkast å finne aktive løysingar for tilrettelegging på arbeidsplassen, beskriv kvifor?

1.5 Ser arbeidsgivar og/eller arbeidstakar at det er nødvendig med tiltak ut over det som kan skje tidsavgrensa etter arbeidsplassdialogen? Er det behov for vurdering, rettleiing eller samhandling frå bistandsaktørar for å hjelpe hovudaktørane på arbeidsplassen? (eksempelvis varige endringar, hjelpemiddel, kartleggingar, møte) Beskriv:

Stad, dato

Arbeidsgivar: Arbeidstakar:

Vedlegg 2 Case-studie protokoll

Utprøving av Gult kort - case-studie protokoll.
Versjon 5 – 2 november 2005

Vestlandsforsking, 2005

Om prosjektet

Prosjektet Gult kort er utprøving av eit system for å hjelpe arbeidsgjevar og arbeidstakar i førebygginga og oppfølginga av sjukmeldte på arbeidsplassen. Dette gjelder særskilt i situasjonar kor arbeidstakar har stor restarbeidsevne, men kor sjukmelding likevel normalt er det einaste alternativet, etter dialogen på legekontoret. I praksis er tiltaket at arbeidstakar får eit Gult kort hjå legen i staden for ei sjukmelding. Dette kortet skal arbeidstakar og arbeidsgivar fylle ut saman med målsetjing om at endringar i arbeidsrutinar eller omrokkeringar på arbeidsplassen kan forhindre at sjukmelding blir nytta. *Prosjektet* Gult kort skal såleis utvikle og utprøve samhandlingsrutinar og kommunikasjon mellom bedrifter (arbeidsgjevar/arbeidstakar) og offentlige myndigheiter, bedrifter og lege/fastlege, og mellom arbeidsgjevar og arbeidstakar.

Prosjektet er eit samarbeid mellom de ulike einingane forankra i Sunnfjord Medisinske Senter, og er geografisk avgrensa til Flora kommune. Lege Kjartan Olafsson er fagleg prosjektleiar. Flora Trygdekontoret ved trygdesjef Anne Berit Fristad har den administrative prosjektleiinga og Venke Eikeseth Olafsson er prosjektsekretær. Vestlandsforsking er vitskapleg ansvarlig under gjennomføringa. Rikstrygdeverket finansierar prosjektet.

Prosjektet skal gjennomføre kvantitative analysar retta mot effektar av systemet sine ulike funksjonar. Vidare gjennomfører det case-analysar kor enkeltståande tilfelle blir følgt grundigare, og over tid. Det inngår såleis også som ein viktig del av utprøvingsprosjektet å få erfaring om vilkår for å redusere dei barrierar som eksisterer mellom partane innanfor dagens ordning med sjukmeldingar. Hovudproblemstillinga er å avdekke om ordninga er eigna til å redusere sjukefråværet i arbeidslivet.

Organiseringa av case-studien

Vestlandsforsking har det overordna faglege ansvaret for gjennomføringa av case-studiane og dei tilknytta kvalitative analysane. Både ut frå kvart case – og den samla analysen av alle case – vil det ligge eit grunnlag for å systematisere begge hovudtypar erfaringar. Kjernen i kvar case-studie er eit systematisert *intervjuopplegg*, med arbeidstakar, med arbeidsleiar/bedrift, med tilsett ved trygdekontoret og med ansvarleg lege. Prosjektsekretæren gjennomfører den intervjubaserte studien i prosjektet. For nærare informasjon om dette, sjå prosjektet sin overordna metodiske struktur. I høve til case-studien vil den intervjubaserte studien også fungere som eit screeningintervju. Dette betyr at desse intervjua dannar grunnlag for utveljinga av 10 spesifiserte case. Vestlandsforsking står for utforminga av intervjuopplegget til case-studien. Prosjektgruppa vil likevel kunne jobbe tett opp til Vestlandsforsking i denne fasen og spele inn tilleggsspørsmål der det er relevant. Gjennomføringa av dei kvalitative intervjua står prosjektgruppa Gult kort for. Vestlandsforsking sitt bidrag er analysar, drøftingar og rapportering i samspel med prosjektleiinga. Vestlandsforsking er også ansvarleg for å lage ei rettleiing (ein såkalla case protokoll) for gjennomføringa av desse intervjua, i tillegg til å rettleie og bistå intervjuaren fagleg..

Gjennomføringa er stipulert å omfatte i alt 10 case. Eit case er definert som ein arbeidstakar som får Gult kort (populasjonen Gult kort intervensjon). Hovudføremålet med case studiet er gjennom meir detaljerte studium og analyser, å få kunnskap om korleis eit opplegg med Gult kort kan praktiserast, blir oppfatta, og verkar for dei ulike gruppene som inngår i opplegget.

Vidare vil case-intervjua bidra til å utfylle dei kvantitative analysane i prosjektet, og ein vil kunne få auka innblikk i aktørane sine historier knytt til bruken av Gult kort. Såleis vil desse djubdeintervjua òg skape grunnlag for ei drøfting av dei betingelsane som (eventuelt) finst for implementeringa av Gult kort. Det er ikkje minst viktig å få meir detaljert kunnskap om føresetnadene for at ei ordning med Gult kort kan virke til å redusere omfanget av sjukefråvær. Case-studiane og dei tilknytte analysane skal såleis i første rekke gi erfaringar omkring følgjande spørsmål:

- Korleis opplever brukar og arbeidsgivar Gult kort?
- Kva kjenneteiknar eit Gult kort (vellykka, mislykka)
- Korleis er Gult kort praktisk mogeleg å gjennomføre? Legg det eventuelt for mykje ekstra arbeid på lege/trygdekontor?
- Korleis har Gult kort effektar på sjukefråværet?
- På kva måtar har Gult kort medført nye rutinar for samhandling og kommunikasjon mellom dei involverte partane?
- På kva måte har Gult kort vore eigna til å skape betre rutinar i forhold til tideleg oppfølging og seleksjon av ulike kategoriar sjukmeldte?
- På kva måtar har Gult kort vore eigna til å skape betre rutinar for arbeidet med individuelt tilpassa arbeidsmoglegheiter og løysingar for pasientane/arbeidstakarane på arbeidsplassen?

Prosedyre for gjennomføring

I kvart av dei 10 case-studiane inngår det intervju og innhenting av supplerande data. Dette skjer når den aktuelle arbeidstakaren er identifisert gjennom den intervjubaserte studien (screeningintervju), og har sagt seg villig til å være med i det oppfølgjande opplegget. Det konkrete tidspunktet for gjennomføringa av case-intervjuet vil kunne variere i dei 10 tilfella, avhengig av situasjonen både ved oppstart, utviklinga gjennom perioden og situasjonen når avslutning er aktuelt. Den intervjubaserte studien (screeningintervjuet) startar derimot nær opp til intervensjonsperioden. Ein vil såleis få tilbakemeldingar frå intervjuobjekt kor saksgangen både er relativ ny, og kor vedkommande er lenger unna i tid. På denne måten ynskjer vi å kunne fange opp effektar som eksempelvis i kva grad Gult kort har ført til meir permanente endringar i kommunikasjonsrutinar på arbeidsstaden. Det innhentast også supplerande data frå fleire ulike kjelder som utgjer kvar arbeidstakars samla omgjevnadar. Utover arbeidstakaren sjølv vil det innhentast data frå og gjennomførast intervju med arbeidsgjevar/arbeidsleiar, med behandlande lege, og med aktuell rådgjevar ved trygdekontoret.

Utveljing av case

Fastlegginga og defineringa av dei stipulerte 10 casa vil skje i eit samarbeid mellom aktørane som deltek i gjennomføringa av Gult kort. Defineringa av casa baserer seg på eit såkalla strategisk utval. Det vil seie at vi at vi ønskjer å intervjue kandidatar med nokre kjente eigenskapar. Grunnlaget for utveljinga blir data frå screeningintervjuet som er gjort med alle i intervensjongruppa. Basert på vurderingar av i kva grad det gule kortet var ”vellykka”[51] eller ”ikkje vellykka”, samt om det er kome sjukmelding i etterkant[52] blir det laga tre inngangsvariablar.. Case-studien bør såleis omfatte i) case der det gule kortet har ført til endring i kommuniksjonsmønster i bedriftene og arbeidstakaren har fått tilrettelagt arbeidet på ein god måte, i tillegg til ii) case der kommunikasjonsrutinene på arbeidsplassen ikkje er betra og det Gule Kortet ikkje har fungert på den måten ein tok sikte på. Samstundes vil vi òg iii) intervjue personar som har fått ei ny sjukemelding. Med bakgrunn i desse blir det trekt ut kandidatar innanfor følgjande sett variablar:

- Spørsmålet om verksemda er med eller ikkje med i IA-ordninga
- Spørsmålet om verksemda har motteke eller ikkje motteke spesifikk opplæring
- Talet arbeidstakarar i verksemda
- Arbeidssituasjonen i verksemda (hardt fysisk -, lettare fysisk -, eller stillesittande arbeid)
- Den historiske sjukmeldingsstatistikken i verksemda
- Kjønn, alder og familiesituasjonen til arbeidstakaren
- Diagnosetypen til arbeidstakaren
- Eventuelle sjukmeldingar i etterkant
- Tilstandens tyngde til arbeidstakaren
- Behandlande lege

[51] Ein ”vellykka” Gult kort intervensjon kan definerast som eit case der ein unngikk sjukmelding, der arbeidstakar og arbeidsgjevar var nøgnde med det som skjedde, eller der kor ein forbetra dialog og prosess medførte endringar med positiv effekt sjølv om det enda med ei sjukmelding på kort sikt

[52] Eit Gult kort kan oppfattast som vellykka sjølv om det oppstår sjukmelding i etterkant. Dette gjeld eksempelvis i tilfeller der sjukmeldinga kjem som følgje av ein ny diagnose.

Sett i lys av det relativt låge talet på case i evalueringa vil desse variablane mest bli brukt som rettesnorerer for å få ei mest mogleg brei fordeling. Denne vurderinga må gjerast etter screeningintervjua. Det blir laga ei matrise der dei tre inngangsvariablane blir nytta som grunnlag, og dei andre variablane blir utfylde etter ei rimeleg lik fordeling. Vidare bør ein ha meir pragmatiske omsyn in mente når det gjeld utvalet; kandidatane bør ha ei historie å fortelje, og eit ønskje om å formidle dette. Prosjektgruppa spelar inn forslag om ca. 20 aktuelle kandidatar og Vestlandsforsking gjer det endeleg utvalet blant desse. Forslaget frå prosjektgruppa bør innehalde relevante data om kvart case, det vil seie variablar som er lagra gjennom screeningintervju og Gult kort-skjema. Allereie i denne fasen bør ein innhente samtykkeerklæringar frå dei 20 potensielle casa.

Praktisk tilnærming

Informantane kan delast i to kategoriar. Den eine er *mottakaren* av tiltaket, som er arbeidstakaren og arbeidsleiaren[53]. Den andre er *utøvaren* av tiltaket, som er legen og rådgjevaren hjå trygdekontoret. Case-studiet har difor på to områder ei utfordring i tilnærminga av intervjuobjekta.

Den *første* utfordringa knyter seg til fenomenet ”høflege svar”. Dette er eit vanleg problem i mange intervjusituasjonar. Årsaka kan vere at mottakaren av tiltaket vil støtte opp om initiativet. Særskilt for arbeidstakaren kan det også oppstå ei oppfatning om at han/ho bør vere lojale opp mot trygdeetaten og legen som institusjonar. Dette byggjer på at dei grunna si liding er i ein sårbar situasjon, og kan difor kome til å støtte systemet dei er avhengige av.

For å motverke at datamaterialet blir påverka av at intervjuobjektet gir dei svara han/ho trur intervjuaren ynskjer er det viktig at intervjuobjektet blir gjort merksam på rolla til intervjuaren. Intervjuet utøvast ikkje på vegne av Flora trygdekontor, men på vegne av prosjektet Gult kort. Respondenten skal også gjerast merksam på at det bare er Vestlandsforsking og prosjektleiinga som har innsyn i svara. Andre rådgjevarar ved trygdekontoret, legen eller arbeidsleiaren får difor ikkje kjennskap til ytringane verken skrifteleg eller munnleg. Ved seinare publisering er all informasjon gjort nøytral. Vidare skal ein informere om kva rutiner som er oppretta for handsaminga av data, samt at alle opptak av samtalar vil bli sletta etter bruk.

Det er også viktig at intervjuaren er merksam på ytringar som kan ha form av å gi skjulte meiningar, eller å vere eit ”understatement”. I slike tilfeller må intervjuaren merke seg dette for så å spørje intervjuobjektet oppatt på eit seinare tidspunkt. Eventuelt kan det i enkelte tilfeller også vere aktuelt å gjennomføre fleire intervju med same intervjuobjektet for å fylle ut informasjonen. Dette kan då gjerast ved å eksempelvis ringe intervjuobjektet og be om ei konkretisering. I dette høve kan det vere ei ulempe med ein ekstern intervjuar, forstått som at vedkommande ikkje er knytt til Sunnfjord Medisinske senter. Dette fordi ein større distanse til stoffet, og mindre kjennskap til rutinar innan systemet, kan føre til at små nyansar i utsegn fell vekk. Prosjektleiinga vil derfor gjennomgå intervjua og komme med tilleggsspørsmål som Vestlandsforskning kan supplere intervjua med.

Den *andre* utfordringa knyter seg til den *arenaen* der intervjuet skjer. Når arbeidstakaren er intervjuobjektet skal han/ho kunne velje dette mellom sin eigen arbeidsstad eller eit anna alternativ. Intervjua skal altså *ikkje* skje i eksempelvis trygdekontoret sine lokale. Årsaka er at

[53] I mange tilfeller, og særskilt i mindre verksemder, vil dette også vere arbeidsgjevaren. Vi vel likevel å nytte ordet arbeidsleiar her.

dersom arbeidstakaren skal oppsøke trygdekontoret betyr det også at han/ho går inn på intervjuaren sitt ”territorium”. Då er arbeidstakaren gjest i eit offentleg kontor, og vil difor kunne pålegge seg sjølv ei rolle deretter. Intervjuet skal av dette anten skje på arbeidstakaren sitt ”territorium” ved at intervjuaren er gjesten på arbeidsstaden, eller på ein annan nøytral stad. Arbeidsstaden er her å føretrekke då dette også gjev intervjuaren eit innblikk i dei fysiske omgjevnadane. Derimot kan arbeidstakaren i enkelte situasjonar føle dette ubehagleg med tanke på at andre kollegia eller arbeidsleiaren er nære i intervjusituasjonen.

Intervjuet med *arbeidsleiaren* bør heller ikkje skje på trygdekontoret. Her er det eit poeng at intervjuet skjer *utanfor* arbeidsstaden. Dette fordi arbeidstakaren ikkje skal ha følinga av at ”no snakkar dei om meg”. Utover at slike ting kan oppfattast som ubehagleg for arbeidstakaren kan det også gjere at han/ho blir meir forsiktig med sine eigne ytringar. Her vil det vere tilstrekkeleg at intervjuaren gjer ei vurdering basert på eiga oppfatning av eventuelle spenningsforhold på arbeidsstaden, og kva storleik arbeidsstaden har.

Ved gjennomføringa av intervjua med utøvarane av tiltaket (legen og rådgjevaren ved trygdekontoret) er koplinga til eige kollegium svært sterk. Fordelen med dette er mellom anna at intervjuaren gjennom sitt kjennskap til intervjuobjektet også kjenner vedkommande sin måte å kommunisere på. Medan ulempa ligg i at sjølve prosjektideen har oppstått i same organisasjonen som skal gje ytringar om prosjektet sin funksjonalitet.

Dette legg sterke krav på både intervjuaren og intervjuobjektet til å opptre objektivt. Ein faktor som kan auke objektiviteten er at intervjuet har form av å vere eit *formelt møte*. I dette ligg det at møtet blir avtalt på førehand, at det har ein klar agenda, at agendaen er varsla skriftleg på førehand (eit brev med eit ”program”/stikkord til spørsmål eller tilsvarande) og at det skjer på tomannshand i eigna lokale (for eksempel eit møterom). På bakgrunn av dette vil det vere ein fordel om intervjua blir gjennomført på ein nøytral stad. Vi føreslår at prosjektet leiger eit kontor (til dømes på samfunnshuset), der intervjua kan bli gjennomført. Dette sikrar både reliable svar og er i tråd med samfunnsvitskapleg metodelitteratur.

Den praktiske gjennomføringa av case-intervjua står den innleigde prosjektsektretæren Tone Undertun for. I gjennomføringa av intervjua står ein overfor ei rekkje viktige vurderingar. Vestlandsforsking føreslår følgjande: Intervjua blir bandfesta[54] samstundes som intervjuaren også noterer vesentlege (ikkje-verbale) poeng fortløpande i samtalen. Ein føresetnad for at Vestlandsforsking skal kunne utarbeide ein rapport på bakgrunn av intervjua, er at desse blir transkriberast. Dei transkriberte intervjua vil nettopp vere utgangspunkt for analysane og drøftingane Vestlandsforsking skal gjere.

Det skisserte opplegget betyr at samarbeidet mellom datainnsamlar (prosjektgruppa Gult kort) og databehandlar (Vestlandsforsking) må koordinerast godt. Her tenkjer vi oss tre viktige tiltak: a) godt samarbeid og informasjon i forkant av intervjua ii) opning for innspel og drøftingar undervegs iii) dialog kring rapporteringa i etterkant. Når det gjeld punkt a) tenkjer vi oss eit møte der dei to prosjektsekretærane og Vestlandsforsking saman går gjennom casestudie-protokollen, intervjuguidar, samt diskuterer dei utvalgte casa. Det bør òg gjennomførast eit prøveintevju (pilot), som grunnlag for eventelle justeringar av intervjuguide og spørsmålsformuleringar.

[54] Dersom informantane ikkje er konfortable med at samtalen vert bandfesta, bør vi akseptere dette og heller utarbeide meir utfyllande notat i løpet av samtalen.

Vestlandsforsking vil også gjennomføre to *gruppeintervju* med høvesvis legegruppa og rådgjevarane på trygdekontoret kring meir generelle spørsmål om Gult kort som instrument. Dette vil skje i sluttfasen av utprøvingsperioden. Møtet blir ikkje kopla opp til noko særskilt case, men det samla resultata frå casestudiet. På dette møtet vil ikkje andre deltakarar frå prosjektorganisasjonen vere til stades. Grunngjevinga for å arrangere eit slikt møte er at Vestlandsforsking i det vitskaplige arbeidet kan dra nytte av å vere ein utanforståande aktør. Det vil såleis vere ein styrke at også utøvarane av tiltaket får høve til å ytre seg til ein ekstern part.

Spørjeguide for den kvalitative undersøkinga

Bakgrunnsinformasjon

Den fyrste typen informasjon som må systematiserast er bakgrunnsinformasjonen om caset. Denne informasjonen er langt på veg den same som utveljinga av caset byggjer på, og er difor kjent. Det kan likevel vere naudsynt å gjere tilføyingar ettersom kriteriet no er å få eit djupare innsyn, og ikkje å velje dette blant mange aktuelle case.

Intervjubasert informasjon

Intervjuet skal følgje eit likt spørsmålsoppsett i alle dei 15 casea. Likevel er spørsmåla bare eit verktøy for å styre konversasjonen med intervjuobjektet, og dei skal ikkje fungere som ei strengt regissert spørjeundersøking. Det beste er om intervjuobjektet gjev mest mogeleg informasjon utan at intervjuaren spør. Dette både fordi intervjuobjektet då kan kome inn på moment som ikkje intervjuaren var klar over, og difor ikkje ville spurt om. Samt at det er lettare å få informasjon av intervjuobjektet som ”pratar seg litt varme”. Likevel kan det vere naudsynt å styre samtalen inn på riktig tema. Denne forma for spørsmål vert gjerne kalla semi-strukturerte intervju; og då til forskjell frå strukturerte intervju som meir har preg av å vere ei rein avkryssing i eit spørjeskjema.

Spørsmåla er bygde opp med nokre inngangsspørsmål. Under desse er det lista opp ulike punkt som er av interesse. Dersom intervjuaren ikkje kjem innom desse punkta av seg sjølv bør intervjuaren bruke dei som rettesnorer i samtalen.

Arbeidstakar

Korleis var møtet med legen når du fekk Gult kort?

Kan du beskrive møtet

Vart du positiv eller negativt overraska?

Fekk du god nok informasjon

Var det lett å skjøne din rolle (rettar og plikter)?

Var det noko med Gult kort opplegget som var uklart?

Korleis var møtet med arbeidsleiaren?

Kan du beskrive møtet?

Korleis oppfatta du det å kome med Gult kort til arbeidsleiaren?

Gjorde det Gule kortet at det var lettare enn før for deg å stå mellom legen og arbeidsleiaren i ein situasjon med redusert arbeidskapasitet?

Fungerte skjemaet i høve til din situasjon?

Kva fungerte ikkje?

Kan du beskrive korleis de kom fram til ein plan?

Korleis meiner du samarbeidet og kommunikasjonen var?

Korleis meinar du gjennomføringa av Gult kort fungerte i praksis

Kva tiltak kom dykk fram til? (Be om døme)

Korleis let endringane seg gjennomføre? (Be om døme)

Korleis var det i høve til dei andre arbeidstakarane? (Be om døme)

Korleis gjekk rutinane på arbeidsplassen seg til? (Be om døme)

Vart det gjort justeringar i planen undervegs? (Be om døme)

Vart du nøgd med arbeidssituasjonen din? (Be om døme)

Er det ting du no ser kunne vore gjort annleis? (Be om døme)

Kva tankar gjer du deg omkring å ha eit slikt møte med arbeidsleiaren?

Påverka det motivasjonen din i nokon retning?

Var det ting du tidlegare ikkje hadde teke opp som no følast lettare?

Vart du høyrt og/eller forstått på ein annan måte enn før?

Korleis meinar du utbyttet av Gult kort har vore for deg?

Fekk du den avlastinga du meiner du hadde behov for?

Måtte du oppsøkje legen på nytt? Kvifor, og korleis fungerte i så tilfelle dette?

Har ordninga ført til at kommunikasjonen mellom deg og arbeidsgivar er betra?

Har Gult kort ført til større openheit tilrettelegging på arbeidsplassen? (Be om eventuelle døme)?

Har ditt gule kort fått konsekvensar for andre arbeidstakarar på arbeidsplassen?

Dersom ein liknande situasjon skulle oppstå ein annan gong, trur du at det vil vere lettare å løyse dine behov (direkte på arbeidsstaden)?

I kva grad føler du at resultatet var avhengig av din eigen innsats og velvilje?

Korleis ser du på Gult kort i høve til å vere sjukmeldt?

Arbeidsleiar

Kan du beskrive møtet med arbeidstakaren?

Fungerte skjemaet i høve til dykkar situasjon?
Kva fungerte? / Kva fungerte ikkje?

Korleis var det å kome fram til ein plan?

Var informasjonen god og lettfattelig nok?

Var det lett å skjøne di rolle (rettar og plikter)?

Nytta du deg av meir informasjon enn det arbeidstakaren hadde med (eksempelvis www.gultkort.no)

Korleis meinar du det Gule kortet fungerte som kommunikasjonskanal mellom deg og legen?

Var det noko problem knytta til bruken av Gult kort?

Korleis meinar du gjennomføringa av Gult kort fungerte i praksis?

Kva tiltak kom dykk fram til?

Korleis let endringane seg gjennomføre?

Vart det gjort justeringar undervegs?

Var det problematisk å få rutinane til å stemme opp mot andre tilsette?

Følte du det som eit ekstra stress som arbeidsleiar å forholde deg til endringane?

Er det ting du no ser kunne vore gjort annleis?

Føler du at Gult kort har ført til ekstra kostnader og meirarbeid

Kva tankar gjer du deg omkring å ha eit slikt møte med arbeidsgjevaren?

Såg du løysingar som du tidlegare ikkje hadde sett, eller har hatt moglegheit til å gjennomføre?

Var det lett å kommunisere med arbeidstakaren om dette?

Vart du nøgd med situasjonen?

Korleis meinar du utbyttet av Gult kort har vore for di verksemd?

Påverka ordninga med å telle ned dagar med sjukepengar frå Gult kort motivasjonen din for å legge til rette?

Dersom ein liknande situasjon skulle oppstå ein annan gong, trur du det vil vere lettare å løyse dette direkte på arbeidstaden?

Har du vore i kontakt med legen eller trygdekontoret undervegs? Kvifor, og korleis fungerte i så tilfelle dette?

I kva grad meinar du resultatet var avhengig av din eigen innsats og velvilje?

Korleis ser du på Gult kort i høve til at arbeidstakaren blir sjukmeldt?

Lege

Korleis oppfatta du møtet med arbeidstakaren?

Korleis var det å vurdere at han/ho var kandidat til Gult kort?

Korleis var det å vurdere kva form for avlasting du skulle tilrå?

Korleis var det å informere arbeidstakaren om kva dette innebar?

Korleis reagerte arbeidstakarane (døme)

Vart det noko diskusjon om kvifor du ikkje ville gi sjukmelding?

Oppfatta du arbeidstakaren som misnøgd eller positiv på nokon måte?

Fekk du inntrykk av at arbeidstakaren kvidde seg til å kome attende på arbeidsstaden med eit Gult kort?

Korleis oppfatta du situasjonen til arbeidstakaren med tanke på at han/ho skulle vere bindeleddet kommunikasjonen til arbeidsleiaren?

Har det vore noko form for oppfølging i etterkant med denne arbeidstakaren? Kvifor,og korleis har dette fungert (grunngjevinga for at tilpassinga ikkje let seg gjennomføre m.m)?

Korleis oppfatta du din eigen arbeidssituasjon i dette tilfellet?

I høve den rutinen som er innarbeida rundt Gult kort, var det noko med denne arbeidstakaren som skilde seg frå andre?

Har flyten av skjema fungert som det skulle?

Ville du gjort andre vurderingar slik du ser situasjonen har utvikla seg?

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Førespurnad om deltaking i evalueringa av prosjektet "Gult kort"

Prosjektet Gult kort prøver ut eit system for å hjelpe arbeidsgjevar og arbeidstakar i førebygginga og oppfølginga av sjukmeldte på arbeidsplassen. Dette gjeld særskilt i situasjonar der arbeidstakar har stor restarbeidsevne, men sjukmelding likevel er det normale alternativet, etter dialogen på legekontoret. I praksis er tiltaket at arbeidstakar får eit Gult kort hjå legen i staden for ei sjukmelding. Dette kortet skal arbeidstakar og arbeidsgivar fylle ut saman med målsetjing om at endringar i arbeidsrutinar eller omrokkeringar på arbeidsplassen kan forhindre at sjukmelding blir nytta. Prosjektet Gult kort skal såleis utvikle og prøve ut samhandlingsrutinar og kommunikasjon mellom bedrifter (arbeidsgjevar/arbeidstakar) og offentlige myndigheiter, bedrifter og lege/fastlege, og mellom arbeidsgjevar og arbeidstakar.

I samband med evalueringa av prosjektet, skal det gjennomførast intervju med nokre av arbeidstakarane/arbeidsgjevarane som har vore involvert i Gult kort. Dette blir gjort for å kartlegge erfaringar med Gult kort, og systematisere kunnskap om bruken av denne ordninga. Spørsmåla i intervjuet vil derfor fokusere på korleis Gult kort har blitt opplevd av dei som har vore involvert; kva som har funger bra og kva som har fungert dårleg.

Det vil vere til stor hjelp om du har høve til å stille opp på eit slikt intervju. Intervjuet vil ta om lag en time. Det er vidare ønskjeleg at intervjuet skjer på "nøytral plass." Dersom dette ikkje let seg gjere kan vi komme heim til deg, eller eventelt gjennomføre intervjuet på arbeidsplassen.

Det vil bli nytta bandopptakar under intervjua. Det er frivillig å vere med, og du har moglegheit til å trekkje deg når du sjølv måtte ynskje det, utan å måtte grunngje dette. Alle opplysningar vil bli handsama konfidensielt, og ingen einskiltpersonar vil kunne bli kjent att i den ferdige rapporten. Etter at prosjektet er avslutta vil alle opplysningar og transkripsjonar bli sletta. Prosjektet er meldt til Datatilsynet.

Dersom du ønskjer å delta i intervjuundersøkinga, er det fint om du skriv under på den vedlagte samtykkeerklæringa.
Med vennleg helsing

Flora Trygdekontor

Samtykkeerklæring:

Eg……har motteke skriftleg og munnleg informasjon og samtykker i å delta i evalueringa av Gult kort

Vedlegg 4 Intervjuguide strukturerte intervju

1.Personalia og opplysningar om arbeidsforholdet:

Løpenummer	
Namn	
Fødselsdato	
Kjønn	
Telefon	
Yrke	
Stilling (leiar med personalansvar?)	
Bransje	
Arbeidsgivar	
IA- bedrift	
Namn på leiar	
Leiarnivå (1.linjeleiar, stab, annan leiar)	
Telefon til arbeidsgivar	

2.Dato for Gult kort:

Avtalt på telefon (dato):	**Konsultasjon "Gult kort" (dato):**

3.Diagnose og lege:

Diagnose	Diagnosekode	Lege

4. Indikasjon for Gult kort:

God	Dårleg	Nøytral

Tekstboks:

5. Intervjuguide: Arbeidstakar:

(Stille lada spørsmål etter opent spørsmål for å få bekrefta svaret).

Hadde du tatt ut eigenmelding før du oppsøkte lege?

Ja	nei

Tal eigenmelding:

B. Korleis opplevde du at legen føreslo tilrettelegging (”Gult kort”) i staden for sjukmelding?

Positiv	Negativ	nøytral

Tekstbok/ sitat:

C. Korleis blei du mottatt på jobben når du kom tilbake frå legen med Gult kort?

Positiv	Negativ	nøytral

Tekstboks/ sitat:

D. Kor mange arbeidsdagar tok det frå du fekk Gult kort til du fekk tilrettelagt arbeid? (dag for Gult kort tel 0 null)

Antall	

E. Kor mange dagar hadde du tilrettelagt arbeid før du kom tilbake til det som er arbeidsoppgåvene dine i dag?(antall dagar f.o.m.-t.o.m. der tilrettelagt arbeid er dag1)

Antall	

F. Dersom du ser heile perioden under eitt, kva grad var du tilstade? (arbeidstid)

Prosent	

G. Dersom du ser heile perioden under eitt, kor stor var arbeidsinnsatsen din/ det du faktisk ytte? (tilrettelagde arbeidstid gange intensitet)

(Tid gange intensitet = produktivitet/ resultat)

Prosent	

H. Kva type tilrettelegging hadde du?

Endring i arbeidsoppgåver	**Endring av arbeidstid**	**Både og**

I. Kva type arbeidsoppgåver utførde du i det tilrettelagde arbeidet?
(kan sette fleire kryss)

Eigne arb.oppgåver	**Andre sine arb.oppgåver**	**Ingen sine arb.oppgåver**

J. Gjekk du gradvis tilbake til ordinært arbeid i perioden du hadde tilrettelegging? (opptrapping)

Ja	**Nei**

Tekstboks/ sitat:

K. Førte det gule kortet til endringar i arbeidsoppgåver som gjekk utover den avtalte perioden?

Ja	**Nei**

Tekstboks/ sitat:

L. Kva synest du i ettertid om at denne arbeidstakaren har fått Gult kort?

Positiv	**Negativ**	**Nøytral**

Tekstboks/ sitat:

M. Om det gule kortet resulterte i ei sjukmelding, kor mange dagar i perioden med "Gult kort" tok det før du mottok sjukmelding? (dato for Gult kort er dag 1)

Antall	

N. Om du blei sjukmeldt, begynte du i arbeid att før sjukmeldingsperioden var avslutta, evt. kor mange dagar? (Avviket -tel frå sjukmeldingsdato t.o.m og bakover)

Antall	

O. Om du blei sjukmeldt, kva var årsaka til det?

Forverra	Annan diagnose	Planlagt behandling	Jobb årsak

Tekstboks/ sitat:

P. Trur du at det at du var i aktivitet ved bruk av "Gult kort" hadde nokon innverknad på sjukmeldingslengda?

Positiv	Negativ	ingen

Tekstboks/ sitat:

Q. Er det noko du synst kunne vert gjort på ein annan måte?
Tekstboks/ sitat:

R. Kva synest du om å få Gult kort no i ettertid?

Positiv	Negativ	Nøytral

S. Kan eg få samtykke/ lov til å kontakte arbeidsgivaren din?

Ja	Nei

6. Intervjuguide: Arbeidsgivar:

A. Hadde arbeidstakaren tatt ut eigenmelding før han oppsøkte lege?

Ja	Nei

Tal eigenmelding:

B. Korleis opplevde du at arbeidstakar kom tilbake på jobben med ”Gult kort” med behov for tilrettelegging?

Positiv	**Negativ**	**Nøytral**

Tekstboks/ sitat:

C. Korleis opplevde du arbeidstakaren sin haldning og motivasjon, til å komme tilbake på arbeidsplassen, for å ha ein dialog rundt tilrettelegging var?

Positiv	**Negativ**	**Nøytral**

Tekstboks/ sitat:

D. Var opplysningane frå legen tilstrekkelege for å utarbeide ein plan for tilrettelegging? (Punkt 6.1 medisinske vilkår)

Ja	**Nei**	**Sånn passe**

Tekstboks/ sitat:

E. Korleis opplevde du som arbeidsgivar baksida på ”Gult kort” som verktøy i arbeidsplassdialogen?

Godt	**Middels**	**Dårleg**

Tekstboks/ sitat:

F. Kor mange arbeidsdagar tok det frå Gult kort var utskrive til tilrettelegging var ordna? (ha ein kalender framfør intervjuar, ”eg ser Gult kort var utskrevet den datoen, kor mange dagar tok det før tilrettelegging var på plass?)

Antall	

G. Kor mange dagar hadde arbeidstakaren tilrettelagt arbeid før han kom tilbake til det som er arbeidsoppgåvene i dag?
(antall dagar f.o.m.-t.o.m. der tilrettelagt arbeid er dag1)

Antall	

H. Så eit spørsmål om tid. Dersom du ser heile perioden under eitt, kor lange arbeidsdagar hadde han i gjennomsnitt? (Kva utgjer det i prosent?)

Prosent	

I. Dersom du ser heile perioden under eitt, kor stor var arbeidsinnsatsen til arbeidstakaren? (tilrettelagt arbeidstid gange intensitet)
(Tid gonger intensitet = produktivitet/ resultat)

Prosent	

J. Kva type tilrettelegging hadde arbeidstakaren din?

Endring i arbeidsoppgåver	Endring av arbeidstid	Både og

K. Kva type arbeidsoppgåver utførde arbeidstakaren i det tilrettelagde arbeidet? (Kan sette fleire kryss)

Eigne arbeidsoppgåver	Andre sine arb.oppgåver	Ingen sine arb.oppgåver

L. Gjekk arbeidstakaren gradvis tilbake til ordinært arbeid i perioden han hadde tilrettelegging? (Ei opptrapping)

Ja	Nei

Tekstboks/ sitat:

M. Om det gule kortet resulterte i ei sjukmelding, kor mange dagar i perioden med "Gult kort" tok det før arbeidstakaren fekk sjukmelding? (dag 1 er dato for Gult kort)

Antall	

N. Om arbeidstakaren blei sjukmeldt, begynte han i arbeid att før sjukmeldingsperioden var avslutta, evt. kor mange dagar tidlegare?
(Avviket -tel frå sjukmeldingsdato t.o.m og bakover)

Antall	

O. Om arbeidstakaren blei sjukmeldt, kva var årsaka til det?

Forverra	Annan diagnose	Planlagt behandling	Jobb årsak

Tekstboks/ sitat:

P. Trur du at det at arbeidstakaren var i aktivitet hadde nokon innverknad på sjukmeldingslengda?

Positiv	Negativ	ingen

Tekstboks/ sitat:

Q. Førte det gule kortet til endringar i arbeidsoppgåver som gjekk utover den avtalte perioden?

Ja	Nei

Tekstboks/ sitat:

R. Kva synest du i ettertid om at denne arbeidstakaren har fått Gult kort?

Positiv	Negativ	nøytral

Tekstboks/ sitat:

S. Er det noko du synest kunne vert gjort på ein annan måte? Noko du saknar?
Tekstboks/ sitat:

Vedlegg 5 Instruksjon for Gult kort

Det følgende dokumentet beskriver instruksjonen til lege, pasient og arbeidsgiver gitt i skriftlig materiell og på hjemmesiden.

Instruksjon til lege

Legens veiledning ved Gult kort
Innledning
Denne veiledningen skal støtte legens vurdering, veiledning og samhandling i sammenheng med Gult kort. Veiledningen inneholder beskrivelse av populasjon, inklusjonsperiode, eksklusjons- og inklusjonskriterier, skjematur, instruksjon til pasient og kontroll, samt oppfølging og samhandling.
Beskrivelse av målgruppe
Populasjonen er pasienter som søker lege ved legegruppa SMS og har et arbeid i en bedrift i Flora kommune. Inklusjonsperioden er 01.09.04 til 31.12.05.
Inklusjon
Inklusjon til Gult kort kan skje i situasjoner hvor legen finner at vilkår for sykmelding er tilstede, men at det er en betydelig restfunksjon tilstede. Det skal være så mye restfunksjon tilstede at legen etter undersøkelse og dialog vil vurdere

Tilrettelegging uten å sykmelde (men hvor inngangskriterier for sykmelding er tilstede)
En gradert eller aktiv sykmelding

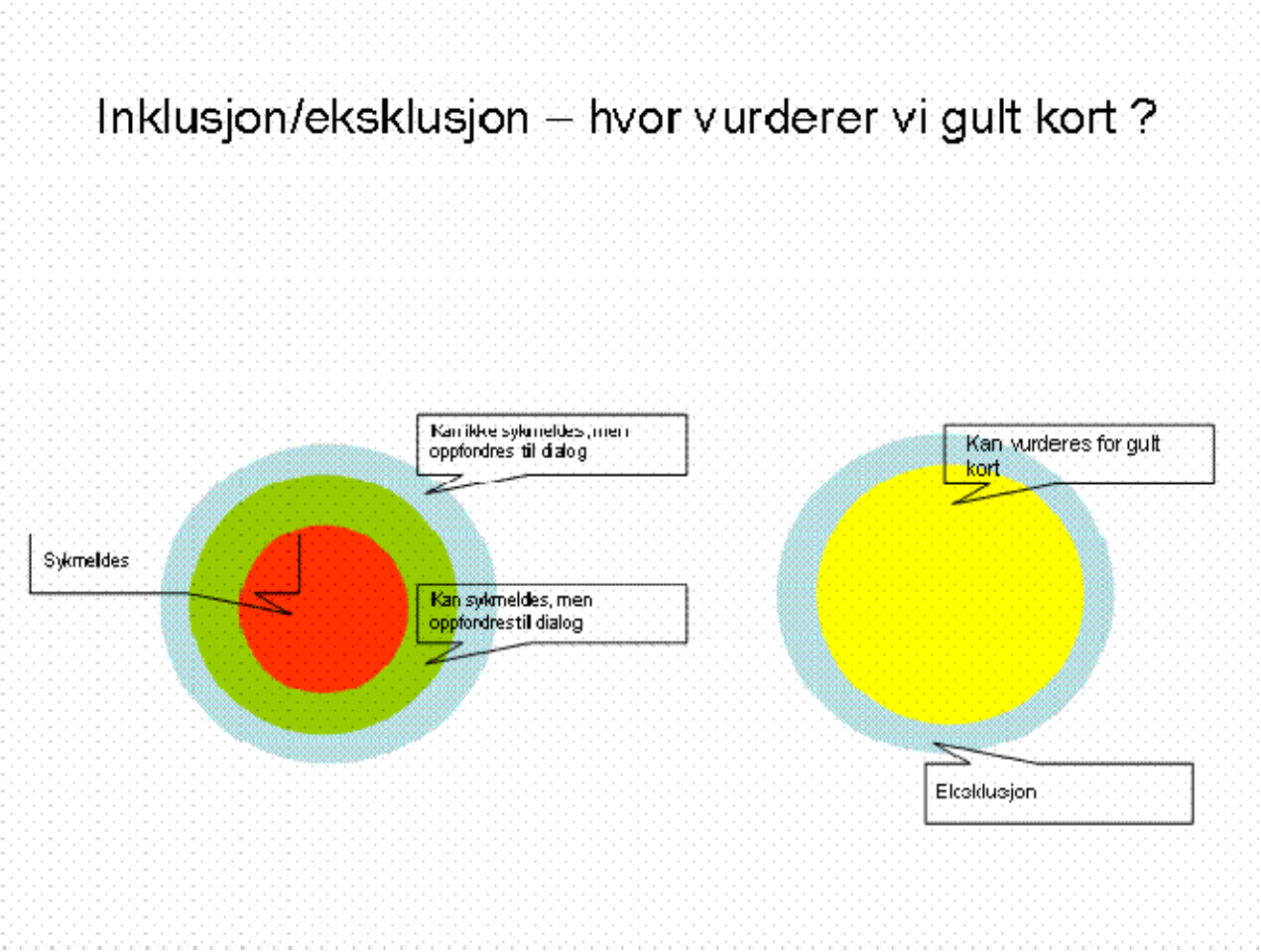
Legens skjønnsmessige vurdering av funksjon er avgjørende. I bunnen ligger at funksjonsnedsettelsen må skyldes en tilstand som ellers ville tilfredsstille krav til sykmelding. Dette gjelder både diagnose og funksjonsnedsettelsens grad.

Eksklusjon
Pasienter som har arbeidssted utenfor Flora kommune ekskluderes. For øvrig gjelder samme eksklusjonskriterier som ved sykmelding.

Tilstander med diagnose eller funksjonsnedsetting som ikke tilfredsstiller krav til sykmelding.(Z-diagnoser, eller så små funksjonsnedsettelser at sykmelding ville være helt urimelig)

I tillegg kommer de samme eksklusjonskriterier som benyttes ved aktive tiltak som gradert-og aktiv sykmelding.

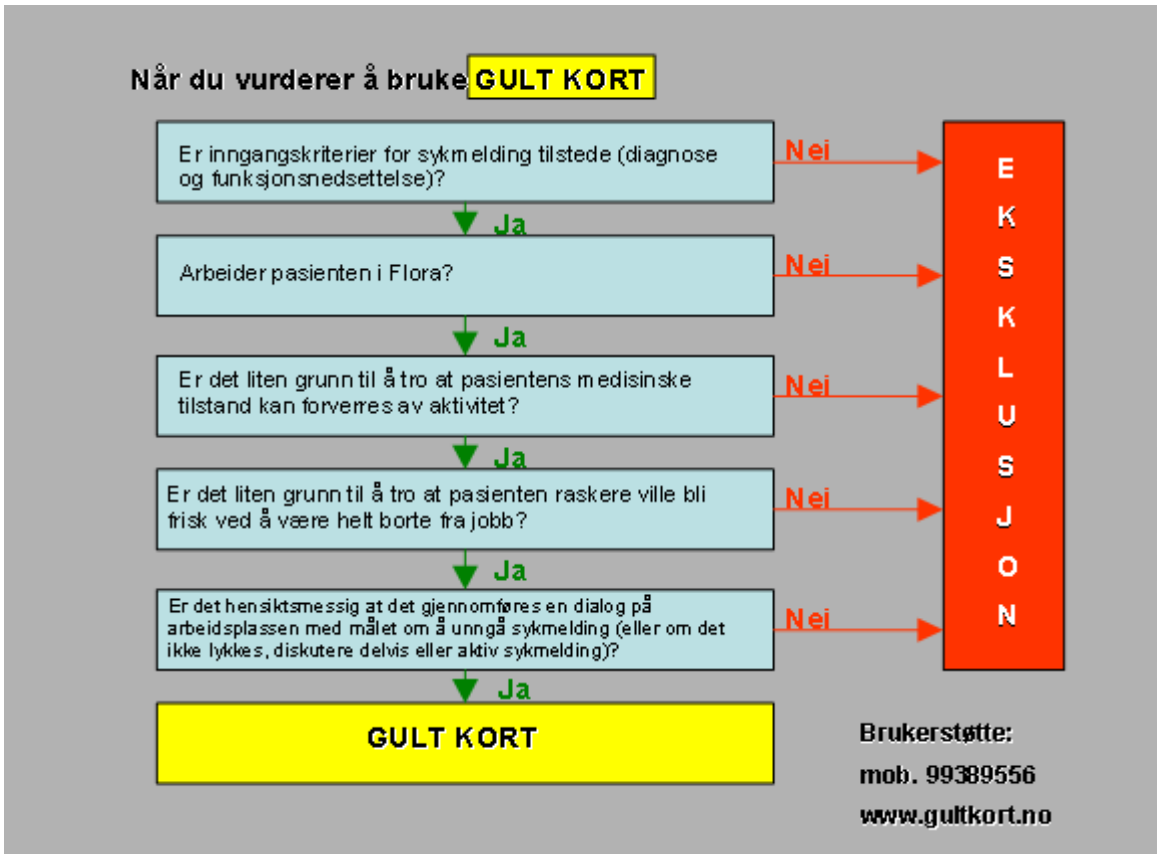
Tilstander hvor det er medisinsk kontraindikasjon mot aktive tiltak (betydelig sjanse for å bli forverret og dermed forlenge funksjonssvikten)
Tilstander hvor forbedring av funksjonsevnen vil forventes å gå raskere med et fravær fra arbeid.



Figuren viser hvor målgruppen ligger. Den ytterste ringen beskriver pasienter med tilstander som i dag oppfordres til kontakt med egen arbeidsgiver om tidsavgrenset jobbavlastning uten at sykmelding er et alternativ. Disse skal ikke inkluderes til Gult kort. Den grønne ringen beskriver pasienter med tilstander hvor man i dag oppfordrer til dialog og hvor sykmelding er et alternativ. Disse kan inkluderes til Gult kort. Det indre røde område beskriver pasienter med tilstander hvor man i dag benytter gradert- aktiv- eller vanlig sykmelding. Disse kan inkluderes til Gult kort.
Inngangskriterier til sykmelding er dermed helt avgjørende. Bakgrunnen er at Gult kort skal rekruttere fra den populasjonen som vanligvis vil bli sykmeldt, ikke utvide populasjonen.

Algoritme til støtte for inklusjon

Hvis inngangskriteriene for sykmelding er vurdert som tilstede, vil legen kunne tenke på Gult kort. Er Gult kort aktuelt gjennomgår legen inklusjonskriteriene. Legens skjønn vil avgjøre om det er hensiktsmessig i dette tilfellet å bruke Gult kort. Her må legen utøve et skjønn som baserer seg på alt det et lege pasientforhold kan by på av tilfang av opplysninger. Vi har utarbeidet et hjelpemiddel for inklusjon/eksklusjon. Algoritmen er vist på figuren under. Den er trykket på en musematte som legene vil ha på pulten.

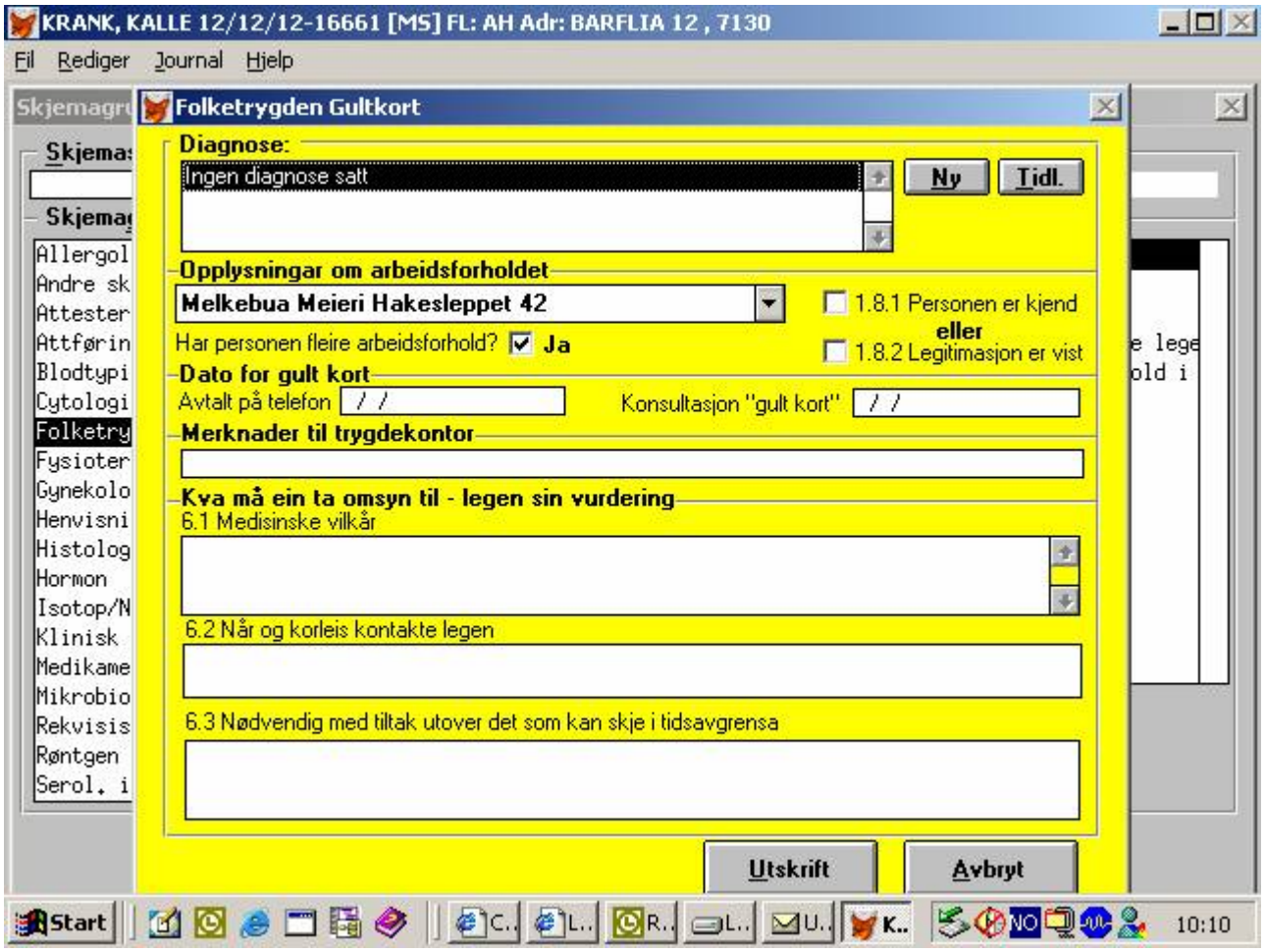


Forsøket med Gult kort gjøres med en kontrollgruppe. Har man kommet frem til indikasjon for Gult kort allokeres pasienten til intervensjons- eller kontrollgruppe.

”Gult kort”-intervensjon
”Gult kort”-kontroll.

Dette foregår ved at hver lege har sin egen eske med skjema hvor annen hvert skjema er et ”Gult kort” og et ”Gult kort”- kontrollskjema. Kontrollskjema er likt ”Gult kort” side 1, men er påført en diagonal svart linje fra øvre høyre til nedre venstre hjørne.

”Gult kort” –intervensjon
Legens utfylling av skjema
Skjema for Gult kort fylles ut ved hjelp av WinMed journalsystem på meny Skjema, Andre skjema, Folketrygden eller hurtigtast F 12. Under vises skjermbildet. Vær obs på at ledetekster ikke er fullstendig i regsitreringsbildet så ha et skjema for hånden ved utfylling.



.

Punkt 1 Opplysninger om person og arbeidsforhold
Dette punktet inneholder det samme som en vanlig sykmelding og maskinen fyller det automatisk ut så sant personalia er korrekt innført i Winmed. Det er viktig å sjekke at riktig arbeidsgiver er innført før skjema printes ut (like viktig som ved en vanlig sykmelding)

Punkt 2 – Dato for Gult kort
Dette feltet angir når første kontakt fant sted ved telefon og/eller konsultasjon. Gult kort dato er lik konsultasjonsdato. I unntakstilfeller kan en tenke seg at pasienten ikke kan eller vil gå inn i dialogen før etter en til tre dager. I noen tilfeller mener kanskje legen at det bør gå en til tre dager. Dette anmerkes i så fall i punkt 6 hva man må ta hensyn til.
Gult kort kan også komme etter en ordinær sykmelding i arbeidsgiverperioden. Skjema fylles ut på vanlig måte og dato for Gult kort blir da dato for den nye konsultasjonen hvor Gult kort deles ut.

Punkt 3 Diagnose
Dette punktet fylles ut på samme måte som ved en vanlig sykmelding av WinMed så sant man har registrert inn en diagnose på konsultasjonen. Det er viktig at korrekte diagnoser benyttes.

Punkt 4 Merknader til trygdekontor
Gjennomslag går til pasient, men ikke til arbeidsgiver. Feltet benyttes hvis det unntaksvis skulle være behov for å gi en beskjed til trygdekontoret som arbeidsgiver ikke skal se. Det er gjennomslag tilpasient. Vanligvis vil dette felte stå tomt.

Punkt 5 Underskriften til legen
Fylles automatisk inn av WinMed.

Punkt 6 Hva man må ta hensyn til i denne perioden

I punkt 6.1 beskrives type avlastning (hva og på hvilken måte) Eksempelvis at høyre arm skal avlastes, men kan brukes til lettere oppgaver. Behov i forhold til tempo og pauser beskrives om det er annerledes enn for andre i vanlig arbeid. Til slutt antyder legen hvor lenge han tror tilpasningen av arbeid må skje. Om legen mener at man bør vente en til tre dager med å sette i verk tilretteleggingen anmerkes det her.

I **punkt 6.2** sier legen når og hvordan det gule kortet kan omgjøres dersom dialogen om muligheter ikke fører til en tidsavgrenset jobbavlastning uten sykmelding

I **punkt 6.3** angir legen ønske om oppfølging ut over det midlertidige som ligger i Gult kort. Hvis legen ser at det foreligger et behov for en vurdering eller samhandling som går ut over det midlertidige. Eksempelvis for en varig endring i arbeidsvilkår, behov for å kartlegge hjelpemidler eller avklare forhold gjennom møte. I dette punktet kan legen gi innspill til hovedaktørene, pasient og arbeidsgiver, til bistandsaktører i trygdeetaten, men også til bedriftshelsetjeneste eller andre behandlere gjennom trygdekontorets behandling av blanketten.

Legen sender del 1samme dag til trygdekontoret. Del 2 og 3 følger pasienten. Del 2 er pasientens kopi, del 3 er arbeidsgivers kopi.

4 Case til belysning av Gult kort
4.1 Case 1 –Per Hansen

Per Hansen som arbeider i en møbelfabrikk har fått et slag mot høyre legg og har hevelse og noe smerter i leggen. Etter legens undersøkelse i samtalen om funksjon og muligheter gir Per uttrykk for at det er umulig for ham å stå i produksjonslinjen med vanlig arbeid. Han ber om sykmelding. Etter at legen har tenkt at her kunne Gult kort være et alternativ går legen gjennom hjelpemidlet for inklusjon/eksklusjon

Legen bekrefter først inngangskriterier for sykmelding, at Per faktisk jobber i en bedrift i Flora kommune, avkrefter at han kan bli forverret av aktivitet, avkrefter at han ikke blir raskere frisk ved å være hjemme og tilslutt gjør en vurdering av om det er hensiktsmessig at det gjennomføres en dialog om muligheter på arbeidsplassen.
Legen velger så Gult kort på menyen i WinMed og fyller ut kortet. I punkt 2 dato for Gult kort skrives dagens dato. Alle andre felt fylles ut automatisk frem til punkt 6. Han skriver i punkt 6.1 at Per må ha mulighet for å avlaste høyre ben delvis. Han trenger å kunne gjøre en del sittende arbeid og ha mulighet for i perioder å legge foten høyt. Han vil kunne arbeide i vanlig tempo så sant dette respekteres. Trolig vil det ta en liten uke før han er helt i orden igjen. I punkt 6.2 skriver legen at på torsdag mellom kl 12 og 15 kan Per møte opp igjen i resepsjonen for omgjøring av Gult kort dersom tilrettelegging ikke lykkes.

Legen river av del 1 og sender trygdekontoret, gir del 2 og 3 til Per med følgende muntlige instruksjon.

Instruksjon av pasient med gult kort

- Gult kort er en melding til din arbeidsgiver om at du blir sykmeldt hvis dere ikke finner en løsning på arbeidsplassen.
- Samtalen om muligheter på arbeidsplassen skal starte i dag og fullføres senest i morgon
- Det dere kommer frem til skal skrives ned i skjemaet på din blanketts bakside – vis frem!
- Går det bra med en tilrettelegging trenger du ikke gjøre mer.
- Finner dere ingen løsning må du komme tilbake til meg med ferdig utfylt og signert vurdering av muligheter. Dette koster ikke noe. AVTAL NÅR OG HVORDAN !
- Føler du at tilretteleggingen ikke går bra så snakk med din leder – du kan når som helst få omgjort tilretteleggingen til en sykmelding. Kom i så fall til ny time hos meg.

Per går tilbake til arbeidet og oppsøker sin arbeidsleder Otto som tar i mot Per på en positiv og høflig måte. De setter seg sammen og ser på hva legen har skrevet og samtaler om dette. De tar for seg baksiden av skjema 2 og går gjennomfører en samtale om muligheter.
Etter å ha diskutert Pers vanlige oppgaver og andre tilgjengelige oppgaver kommer de frem til at tilrettelegging er mulig ved at Per i de neste 5 dager skal gjøre en annen arbeidsoperasjon som uansett måtte gjøres. Her kan vilkårene legen har beskrevet tilfredsstilles. De beskriver dette på boksen for tilrettelegging – fyller inn hvordan Per skal følges opp i boksen nederst på siden, signerer avtalen og sender en kopi til trygdekontoret.
Per utfører det tilpassede arbeidet i 5 dager og går så over i sitt vanlige arbeid.

4.2 Case 2 Per Hansen – forløp 2

Vi tenker oss samme historie som i case 1. Legen har skrevet ut Gult kort og Per har møtt Otto i en dialog. De har sett på muligheter og tatt for seg bakside av skjema 2 til støtte.
De har kommet frem til at det ikke finnes noe alternativt arbeid i hel dag som Per kan greie. Han er ikke bra nok til å følge en produksjonslinje verken på hel eller delvis arbeidstid og de har ikke funnet frem til noe alternativt arbeid. På skjemaet har de begrunnet først hvorfor tilpasset arbeid er umulig deretter hvorfor gradert er umulig og tilslutt hvorfor aktiv sykmelding er umulig.
Per tar med seg det ferdig utfylte skjema til resepsjonen i Legegruppa SMS torsdag kl 12. I en kort samtale, som ikke koster noe, skrives det ut en vanlig sykmelding på 4 dager. I sin samtale med Per benytter legen følgende hjelpemiddel til å bekrefte at sykmelding er nødvendig.

Per går hjem.

4.3 Case 3 – Per Hansen forløp 3
Per møter i resepsjonen torsdag kl 12 uten sitt skjema som dokumenterer at samtalen om muligheter er gjennomført. Per får beskjed om å komme tilbake med skjema neste dag.

4.4 Case 4 – Per Hansen forløp 4
Per møter i resepsjonen uten skjema og sier at det er helt umulig å få gjennomført samtalen, han får ikke kontakt med sin leder og føler seg avvist av de andre. Han må ha sykmelding. Legen ringer støtte på trygdekontoret 99389556. Trygdekontoret går inn i en ryddefunksjon, tar kontakt med arbeidsgiver og bruker og sørger for at de gjennomfører en rask avklaring.

4.5 Case 5 – Linda Pettersen
Linda var uheldig en kveld da hun skulle åpne en boks sardiner og fikk et kutt på en finger som måtte syes på legevakt. Hun arbeider i fiskeindustrien og har mye belastning av fingre. Hun tror ikke det går an å gjennomføre vanlig arbeid med dette kuttet. Etter gjennomgang av eksklusjon/inklusjon skriver legen ut Gult kort. Han beskriver i pkt 6.1 at hun må har rent og tørt arbeid som gir delvis avlastning av hånd i en antatt periode på 1 uke. Legen gir Linda muntlig instruksjon etter oppskriften og sender med henne skjemadel 2 og 3 etter å ha sendt del 1 til trygdekontoret.
Linda går til sin leder Vigdis og de gjennomgår en samtale om muligheter ved hjelp av skjemaet på bakside av del 2. De kommer raskt frem til at Linda kan gjøre en produksjonsjobb så sant man avlaster henne fra de tyngste delene av jobben. Disse skal hennes kollega ta over. De skriver dette ned på skjema – anfører i boksen nederst at Vigdis følger henne opp. Linda starter i den tilpassede jobben neste dag. Etter fire dager er fingeren blitt rød og hoven – hun mistenker at det har blitt en betennelse i såret. Linda tar kontakt med Legegruppa SMS. Hun får en øyeblikkelig hjelp time og snakker med legen. Hun får behandling og legen skriver en ordinær sykmelding datert fra første dag Gult kort. Linda går hjem. Fordi sykmeldingen blir datert til første dag for Gult kort vil ikke arbeidsgiver risikere mer enn de vanlige 16 dagene i arbeidsgiverperioden.

Instruksjon til arbeidsgiver

Korleis møte ein tilsatt med Gult kort?

POSITIV Din medarbeidar som kjem attende frå lækjarkontoret med eit Gult kort kan vere i tvil om dette var den beste løysinga. Kanskje hadde han tenkt seg ei vanleg sjukmelding? Eller han synest at det var ei god løysing. Motivasjonen kan med andre ord vere forskjellig. Det er særs viktig å møte alle desse tilsette med ei positiv haldning og klart vise at det er ønskt og vil bli prioritert å finne ei løysing. ”Så flott att du kjemt attende for å finne løysingar – det skal ikkje stå på oss å finne ei løysing du kan leve med.”

RASK Du må prioritere å ta samtalen om mulegheiter raskt og helst med ein gong. Seinast neste dag. Kan du ikkje sjølv gjere det så må ein annan ta over.

RO Samtalen om mulegheiter må skje i rolege omgivnader, finn ein plass der du er skjerma frå mas anten det er frå telefonar eller andre medarbeidarar.

Korleis vurdere mulegheiter?

DIALOG ELLER SAMTALE er måten vi vurderer mulegheiter. Denne dialogen skjer mellom deg og din tilsette. Å lytte blir viktig. Å forstå at din tilsette er i ein spesiell situasjon

er like viktig. Det er ikkje alltid like lett å være kreativ og omstillingsvennleg når ein har eit problem. Tid kan vere viktig. Ta opp att dialogen neste dag om det går trått.

DEI MEDISINSKE VILKÅRA Start med å diskutere kva medisinske vilkår ein må ta omsyn til ved ei tilrettelegging. Sjå på kva legen har skrive i punkt 6. Be om din tilsette sin eigen vurdering og høyr om det stemmer med kva legen har skrive. Om det er så stor forskjell at det blir ei hindring for samtala om mulegheiter så kontakt trygdekontoret på 99 38 95 56 så hjelper vi til med å klare opp i dette.

FRISK Start alltid med å prate om når den tilsette reknar med å vere i vanleg arbeid. Få alltid fram ein dato å strekkje seg mot, sjølv når dette ikkje er heilt visst. Målet er ”friskmeldinga” . Tiltaka er noko vi gjer for å nå fram til, eller fylle tida til, at den tilsette blir god nok til vanleg arbeid. Ser den tilsette eit anna perspektiv på tida enn det som er sagt i det gule kortet – prat om dette og trekk inn den hjelpa du kan få til å klare opp og samhandle.

AVLASTING Bli samde om kva som skal avlastast. Er det ei skulder, ein fot eller ein arm. Kor mykje avlasting er naudsynt. Heil eller delvis. Kan han sitte, stå, gå, kor mykje kan han løfte. Bør ein unngå statisk belastning? Korleis skal ein auke belastninga etter kvart.

ARBEIDSTID Er det mogleg å arbeide heile dagen med tilrettelegging, eller må ein gjere noko med arbeidstida? Om personen går skift vurder dagarbeid. Skal det skje anna behandling i perioden som må tilpassast arbeidet som til dømes fysioterapi eller kiropraktorbehandling? Forsøk å få til ein heil arbeidsdag.

TEMPO Avtal korleis arbeidsmengda skal styrast i perioden. Er det etter produksjonen sin takt eller skal den tilsette sjølv bestemme tempo etter korleis det går. Kva ventar du som arbeidsgjevar at han skal greie. Set krav, men gjev klare meldingar om kor mykje eigenkontroll din tilsette skal få. Eit godt råd er å legge vekt på at den tilsette må ha stor eigenkontroll over tempo. Det vil gi fridom og minske frykta for at arbeid skal gjere ein verre.

PAUSER Er det naudsynt med ekstra pauser? Skal desse styrast av den tilsette sjølv eller skal dei settast opp i planen.

ARBEIDSOPPGÅVER Start med å diskutere kva den tilsette gjer til vanleg. Kva kan han fortsette å gjere og kva kan han ikkje gjere. Kva anna arbeid trur han at han kan greie? Start med oppgåver som høyrer til kvardagen og vanleg produksjon. Om dette ikkje fyller ein dag diskuter arbeidsoppgåver som kan gjerast, men som ein kanskje ikkje har kunna prioritere. Diskuter om naudsynt og opplæring som ein mulegheit.

ARBEIDSKAMERATAR Korleis vil dette gripe inn i arbeidskameratars arbeid? Vil nokon måtte gjere andre oppgåver i ei periode? Trengst det støtte eller hjelp frå arbeidskameratar? Korleis skal ein trekke desse inn og gjere dei til medspelarar?

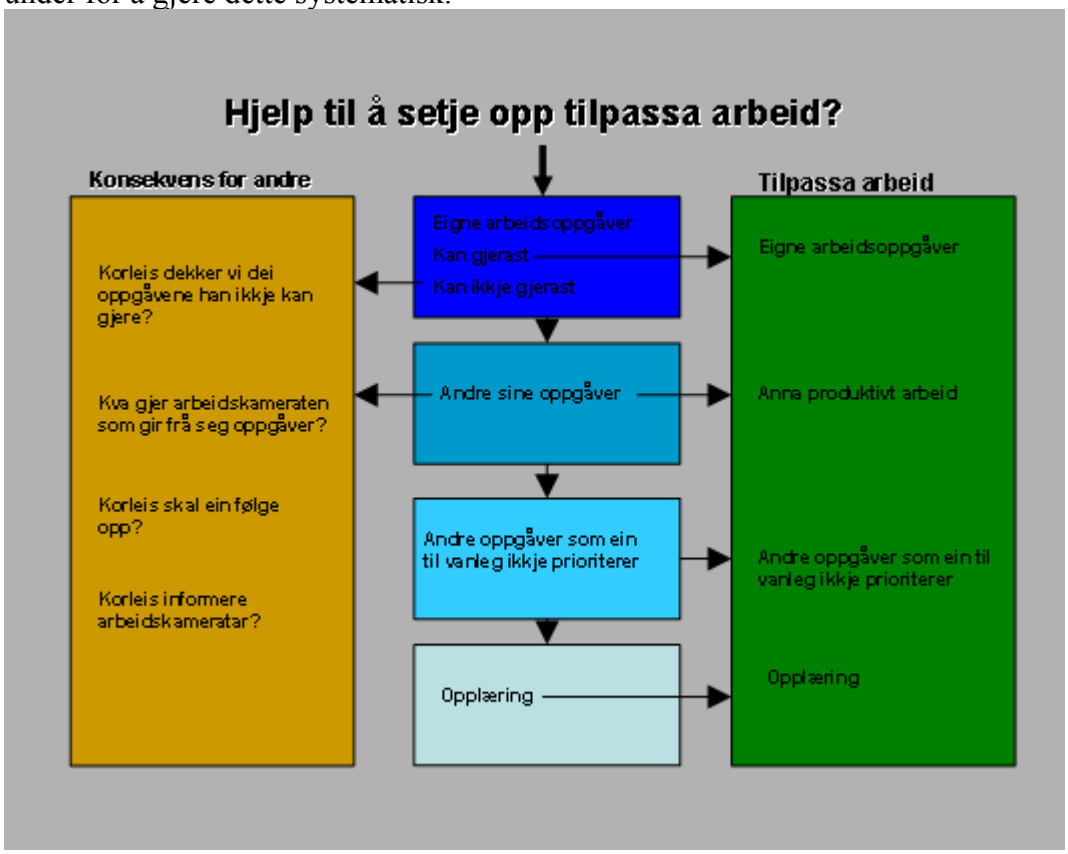
Korleis sette opp ein plan– ved Gult kort?
SKJEMA Finn fram skjema på baksida av den tilsettes gule kort. Følg flyten i dette.
1.Gjennomfør ein samtale om muligheiter med dei momenta som er omtalt under ”Korleis vurdere muligheiter?”

- Dei medisinske vilkåra
- Frisk
- Avlasting

- Arbeidstid
- Tempo
- Pauser
- Arbeidsoppgåver
- Arbeidskameratar

Det er utarbeidd eit eige hjelpemiddel ”En samtale om arbeidsmuligheter” frå trygdeetaten. Denne folderen kan nyttast i samtalen.

Når ein kjem fram til det å sy saman eit tidsavgrensa tilpassa arbeid kan ein bruke flytskjema under for å gjere dette systematisk.



Kva kan han fortsette å gjere og kva kan han ikkje gjere av sine eigne arbeidsoppgåver? Om vilkåra for arbeid endrast (eigenkontroll gjennom produksjonskrav, tempo og pausar) kan ein greie arbeidet? Kva anna arbeid trur han at han kan greie? Start med oppgåver som høyrer til kvardagen og vanleg produksjon. Om dette ikkje fyller ein arbeidsdag diskuter arbeidsoppgåver som kan gjerast, men som ein kanskje ikkje har kunna prioritere. Diskuter og om naudsynt opplæring som ein moglegheit.

2. Avgjer først om dialogen har ført til eit midlertidig tilpassa arbeid utan sjukmelding. I så fall beskriv ein tiltaket i denne boksen. Send ein kopi til trygdekontoret.

Dersom det ikkje var mogleg å tilpasse eit arbeid, vurder om ein kan få til ei gradering /delvis sjukmelding kor den tilsette gjer eigne arbeidsoppgåver. Diskuter ein arbeidsplan og rekn ut prosenten i høve til det. Den tilsette tek så kontakt med legen sin for å få ei gradert sjukmelding Om ei gradering skulle vere umogleg vurder om ei aktiv sjukmelding kan nyttast. Om heller ikkje dette er mogleg beskriv kvifor. Den tilsette tek med seg det ferdig utfylte og signerte skjemaet attende til legen og får skrive ut ei vanleg sjukmelding.

Kva skiljer tilrettelegging utan sjukmelding, gradert/delvis sjukmelding og aktiv sjukmelding som løysing ved Gult kort?
Tiltaka ved Gult kort skjer innanfor arbeidsgiverperioda. Det vil seie innanfor arbeidsgjevar sin ansvarsperiode for sjukeløn på 16 dagar. I denne perioda vil arbeidsgjevar betale lønna anten det er vanleg arbeid, tilrettelagt arbeid, gradert arbeid eller aktiv sjukmelding.
I denne perioden er det difor i praksis ikkje så viktig å skilje på dei tre aktive tiltaka tilrettelegging, gradering eller aktiv sjukmelding. Viktigaste skilnaden er at ei tilrettelegging ikkje vil auke bedrifta sin statistikk for sjukefråvær. Om funksjonsnedsettinga skulle vare lengre enn arbeidsgjevarperioden vil det være viktig å finne rett tiltak. Ved tilrettelegging får ikkje arbeidsgjevar sjukepengerefusjon (men om dei er IA bedrift kan ein søke om tilretteleggingstilskott) Ved gradering vil ein få delvis refusjon og ved aktiv sjukmelding vil ein kunne få full refusjon av sjukepengar.
Tilrettelegging skal være det lettaste tiltaket, deretter kjem gradering og tilslutt det ”tyngste” tiltaket – aktiv sjukmelding.

Korleis følgje opp ein tilsett med ei aktiv løysing på arbeidsplassen?
Det er viktig at den tilsette kjenner seg godt tatt vare på. Ein må ha klare avtaler om kva oppgåver som skal utførast og vilkåra for korleis det skal skje. Dette må skrivast ned i ein plan som begge signerer. Den tilsette må ha ein leiar som føl han opp. Det må finnast ei beskriving i avtala om korleis oppfølginga skal skje.

Korleis får du vegleiing på dei medisinske eller trygdemessige spørsmåla du treng svar på?
Det kan i nokre høve skje at dei medisinske vilkåra er uklare eller endrar seg undervegs. Det kan trengs utdjuping eller supplering av dei medisinske rammevilkåra som den tilsette sjølv ikkje greier å skaffe. I desse høva bør ein be den tilsette kontakte legen. Om dette ikkje gjev oppklaring kan du kontakte trygdekontoret sin prosjektsekretær som kan hjelpe med å finne ut av dette. Ring i så fall **99 38 95 56** eller e- mail venke.eikeseth.olafsson@trygdeetaten.no

Korleis får du i stand eit møte med lækjar eller andre som har med den tilsette å gjere?
Det kan i nokre høve syne seg at saka ikkje er så enkel som ho såg ut til å være. Kanskje trengs det permanente tiltak, vidare avklaring av prognose, kartlegging av arbeidsplass, eller samordning av tiltak. Er du medlem av ei bedriftshelseteneste kan dei hjelpe. Det kan også trygdekontoret. I prosjektperioden kan du ringe **99 38 95 56** eller e- mail venke.eikeseth.olafsson@trygdeetaten.no
Vi hjelper til med å få til samhandling som skal dekke det behovet de har sett på arbeidsplassen. Eit vilkår er at den tilsette sjølv er i senter for denne samhandlinga.

Kva gjer du om det ikkje går bra, den tilsette blir verre eller funksjonssvikten varer lengre enn venta?
Tilbakemeldingar frå- og oppfølginga av den tilsette og skal gje innspel til endringar i opplegg undervegs. Om noko ikkje går bra må ein ta ein ny dialog om endring. Ein går gjennom dei same punkta som i første samtalen.
Har noko endra seg i dei medisinske vilkåra – er tilstanden forverra. I så fall er den så mykje forverra at legen må kontaktast eller kan ein justere opplegget?
Har dette forandra tidsperspektivet for når ein blir frisk nok til å gjere sitt vanlege arbeid?
Skal det skje endringar i belastninga?
Skal det skje endringar i arbeidstid, tempo eller pauser?
Skal ein endre arbeidsoppgåver?

Er dei psykososiale forholda i orden?

Kva kan du krevje av din tilsette?
Du skal krevje av den tilsette at han aktivt deltek i utforminga av eit tilpassa arbeid. Han skal seie klart frå kva han meiner. Den tilsette har sjølv eit ansvar for å melde i frå om ting endrar seg, særleg til det verre. Han må sjølv sette grenser og gå i frå planen berre om det er naudsynt eller teneleg
Den tilsette er ansvarleg for å kome med ei beskriving av dei medisinske vilkåra som er naudsynt for å få til tilrettelegginga også ved endringar. Han er ansvarleg for all kommunikasjon med legen.

Instruksjon til arbeidstaker

Innholdsmessig identisk med instruksjonen til arbeidsgiver.

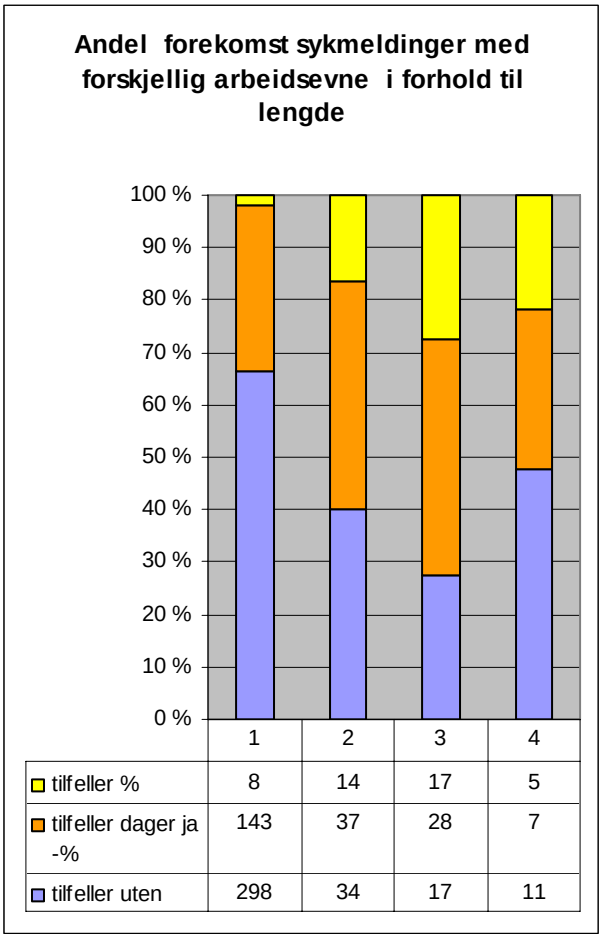
Vedlegg 6 Utdrag sykefraværsstudie Flora 1993

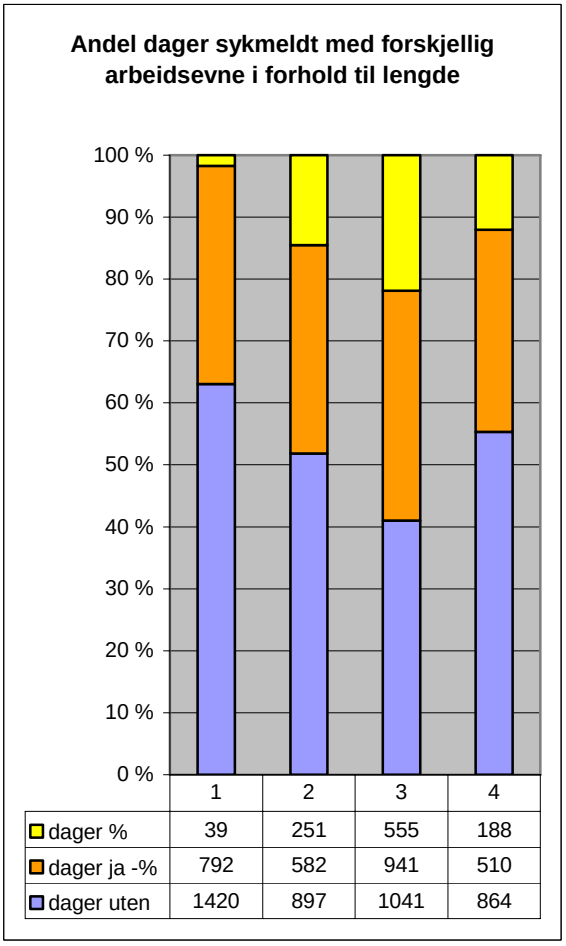
Utvalgte resultater fra sykemeldingsstudie i Flora fra 1993

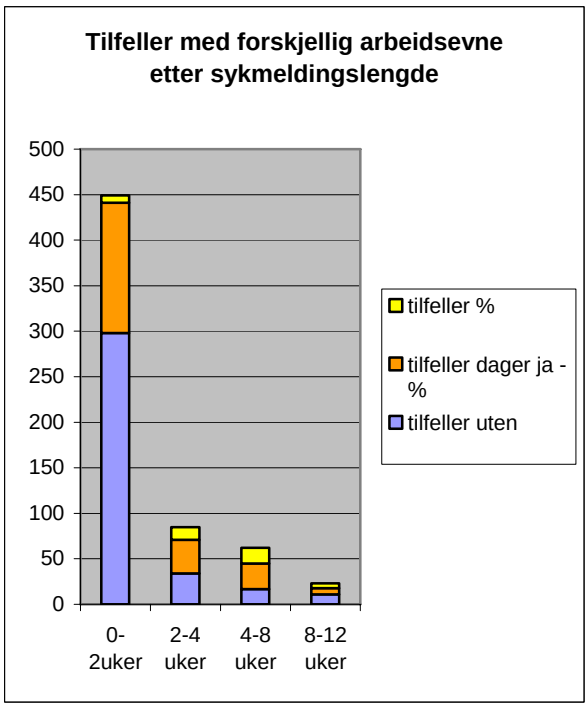
I en upublisert studie fra Florø i 1993 kunne Olafsson dokumentere at det ikke er samsvar mellom den funksjon legen ser og den som kommer til uttrykk på blanketten. Alle sykmeldinger, nye og forlengelser inntil 3 måneder, inngikk i materialet som totalt bestod av 1451 blanketter på 619 tilfeller. Legene angav på blanketten om de mente at pasienten kunne ha vært på arbeid i noen grad, dersom tilrettelegging kunne gjøres[55]. Det skulle ikke være skadelig å gå på jobb, men det var ikke lagt inn noe produktivitetskrav. Dette var en teoretisk vurdering som ble angitt på en registreringsdel på blanketten[56]. Overfor pasienten benyttet legen seg av de muligheter for aktivisering som fantes på blanketten, det vil si gradert sykmelding. Hypotesen var at det ville oppstå en diskrepans mellom antallet tilfeller hvor legen så en "restarbeidsevne" og antallet hvor det lykkes å skrive en gradering. Legen ble bedt om å angi grunnen for hvert tilfelle med diskrepans, altså der hvor legen hadde fullt sykmeldt, men angitt at han så en arbeidsevne. Han kunne klassifisere svaret etter tre alternativer, arbeidsplassfaktorer, pasientfaktorer eller umulig å skille.

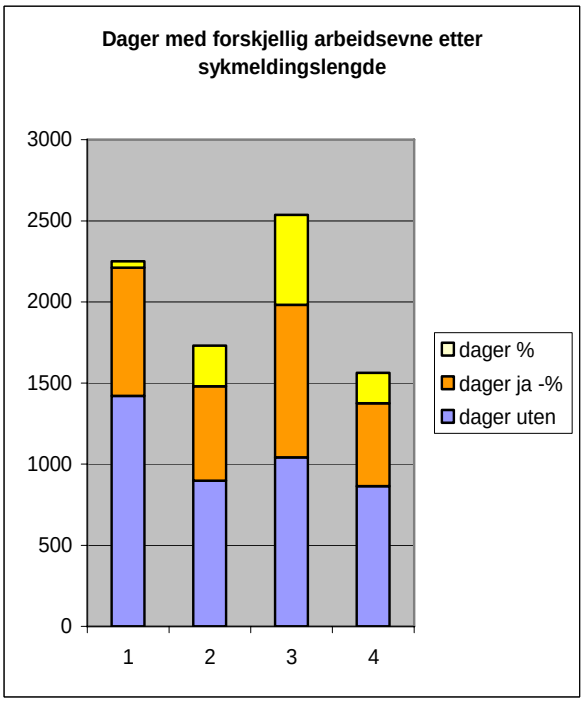
Resultatene viste at legene så en viss arbeidsevne i en svært høy andel av tilfellene, og at dette utgjorde et betydelig antall dager. For totalmaterialet var tallet på tilfeller hvor legen så mulighet for tilstedeværelse på ett eller annet tidspunkt i sykmeldingen 41 %. Splitter man opp etter lengden av sykmelding som i tabell 1 ser man at andelen øker med økende sykmeldingslengde til og med dag 56 (8 uker) for deretter å falle[57]. Faktisk vurderer legene det slik at over 70 % av de sykmeldte som endte med en sykmeldingslengde mellom 29-56 dager kunne ha vært i noen grad på jobb. Studerer man de absolutte tall i tabell 3 ser man at antallet tilfeller er størst i de to første uker fordi totaltallet av sykmeldinger er størst her. For dagetall blir bildet noe annerledes. Mulige aktive dager øker til og med dag 56. Det samme gjør sjansen for at det skrives en gradert sykmelding. Størst diskrepans mellom sett arbeidsevne og gradering er det for de første to uker. Legene angir i 84 % av tilfellene med diskrepans at det skyldes arbeidsplassfaktorer, 13 % at det skyldes pasientfaktorer og i 3 % at det er umulig å skille. Mulighet for å være på jobb er et svært relativt begrep som ikke innebefatter at det er hensiktsmessig. Det er grunn til å tro at legene i denne studien la en lav terskel til grunn for sin vurdering innenfor rammen "Kunne denne pasienten ha vært på aktiv sykmelding?" De absolutte tall må derfor tolkes med varsomhet, men studien viser tydelig at det er et stort potensial i aktivitet som ikke kunne forløses ved bruk av gradert sykmelding selv om legen så arbeidsevne. Legen oppfatter stort sett at det er arbeidsplassens skyld. Denne vurderingen bygger på hav pasienten har formidlet i konsultasjonen.

[55] Vurdert ut fra en beskrivelse av aktiv sykmelding slik den ble brukt ved Elkem Bremanger.
[56] Før aktiv sykmelding ble tatt i bruk og inkorporert i attesten.
[57] Lavt antall tilfeller over 8 uker, trolig mer alvorlige diagnoser


Andel forekomst sykmeldinger med forskjellig arbeidsevne i forhold til lengde
100 %
90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
10 %
0 %
1 2 3 4
tilfeller % 8 14 17 5
tilfeller dager ja -% 143 37 28 7
tilfeller uten 298 34 17 11


Andel dager sykmeldt med forskjellig arbeidsevne i forhold til lengde
100 %
90 %
80 %
70 %
60 %
50 %
40 %
30 %
20 %
10 %
0 %
1 2 3 4
dager % 39 251 555 188
dager ja -% 792 582 941 510
dager uten 1420 897 1041 864


Tilfeller med forskjellig arbeidsevne etter sykmeldingslengde
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
0-2uker
2-4 uker
4-8 uker
8-12 uker
tilfeller %
tilfeller dager ja -%
tilfeller uten


Dager med forskjellig arbeidsevne etter sykmeldingslengde
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
1
2
3
4
dager %
dager ja -%
dager uten