

# HELSE OG LEGEERKLÆRING I ARBEIDSEVNEVURDERINGEN<sup>1</sup>

Av Ivar Andreas Åsland Lima og Heidi Nicolaisen

## Sammendrag

*Når en person søker om arbeidsavklaringspenger er det NAV-kontoret som behandler søknaden ved å gjennomføre en arbeidsevnevurdering. Denne artikkelen handler om legeerklæringen og medisinske aspektet ved vurderingene, og vi ser nærmere på retningslinjer, praksis og rollefordeling mellom NAV og fastlegene.*

*Arbeidsevnevurderingen står i spenningen mellom en helhetlig, brukerstyrt og individuell kartlegging av oppfølgingsbehov (NAV-lovens § 14a), og en mer regelstyrt saksbehandling av det medisinske vilkåret som er fastsatt i folketrygdloven. I NAVs retningslinjer for arbeidsevnevurderingen er ikke legeerklæringen omtalt og det er ingen regler for hvordan helseopplysninger skal vektlegges. Ifølge folketrygdloven er legeerklæringen derimot nødvendig og viktig for vurderingen av om det er en «årsakssammenheng» mellom sykdom og arbeidsevne. Når vi undersøker veilederne praksis med arbeidsevnevurderinger finner vi at det er folketrygdloven og legeerklæringen som mest legges til grunn.*

*I legeerklæringen skal legene redegjøre for diagnose, prognose, funksjonsevne og arbeidsevne. Ifølge veilederne er diagnose beskrevet, mens de tre andre temaene ofte er mangelfullt belyst. Veilederne vil i mange saker ha lite å støtte seg på fra legeerklæringen når de skal vurdere om sykdommen påvirker arbeidsevnen. Legene på sin side synes det er vanskelig å beskrive funksjonsevne og arbeidsevne. De er usikre på hva NAV egentlig vil vite på disse punktene, og flere leger mangler kompetanse på området. Det er også uklart om det er legens oppgave å vurdere arbeidsevne, eller om dette bør overlates helt til NAV.*

*Begge aktører mener at bedre samarbeid og tettere dialog vil øke kvalitet og tempo på både avklaringen av brukers arbeidsevne og den senere oppfølgingen. Vi foreslår flere tiltak for å bedre saksbehandlingen og for bedre samarbeid mellom leger og NAV.*

.....

<sup>1</sup> Vi takker Solveig Ose (SINTEF) for samarbeid om spørreundersøkelsen. Vi takker Søren Brage, Grete Damberg, Anne Haugen, Christine Selnes og Vigdis Solheim i Arbeids- og velferdsdirektoratet for kommentarer til artikkelen. Takk til Unni Torve fra NAV Hedmark og til NAV Bærum ved leder Liv Eriksen og medarbeidere, for kommentarer til forslagene. Vi takker NAV-veiledere, brukere, fastleger og rådgivende overleger for at de besvarte våre undersøkelser.

## Innledning

NAV-veilederen og fastlegen er nøkkelaktører i beslutningen om hvilke brukere som innvilges trygdeytelser og tjenester fra NAV. Disse beslutningene har store konsekvenser for den enkelte bruker, men også for velferdsstatens utgifter og virkemåte. Denne artikkelen handler om det medisinske aspektet ved vurderingene og vi ser nærmere på regulering, praksis, samarbeid og rollefordeling mellom NAV og fastlegene. I tidligere artikler har vi sett på to andre aspekter ved arbeidsevnevurdering, nemlig brukermedvirkning (Nicolaisen og Lima 2015) og markedsarbeid og arbeidsliv (Nicolaisen 2015).

Arbeidsevnevurderingen ble innført i 2010 og fremhevet som et nytt mulig fundament for vurdering av helse på den ene siden og arbeidsmuligheter på den andre. Metodikken er sentral i NAV og brukes til å kartlegge den enkelte brukers begrensninger og muligheter på arbeidsmarkedet, behov for oppfølging og rett til økonomiske ytelser. Mange arbeidsevnevurderinger gjøres for brukere som søker om arbeidsavklaringspenger, og blant disse har flertallet gått ut sykepengeperioden på ett år. Vi avgrensner denne artikkelen til arbeidsevnevurderinger ved søknad om arbeidsavklaringspenger. Formålet med arbeidsavklaringspenger er å sikre inntekt for personer som

### Data og metode

Undersøkelsen er basert på a) dokumentanalyse av retningslinjer, b) spørreskjemaundersøkelse og c) kvalitativ intervjuundersøkelse.

**Dokumentanalyse:** Vi har gjennomgått sentrale retningslinjer om arbeidsevnevurderinger samt politiske dokumenter tilknyttet innføringen av arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurderinger. Vi har søkt etter omtale av lege, legeerklæring, funksjonsevne og helse.

**Spørreskjemaundersøkelsen:** I samarbeid med SINTEF gjorde Arbeids- og velferdsdirektoratet en spørreundersøkelse rettet mot NAV-veiledere, der tema var arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurderinger. SINTEF trakk 5000 e-postadresser tilfeldig fra en liste med 10 214 NAV-veiledere<sup>1</sup>. Kontorledere, andre ledere, samt alle med permisjon/ annet fravær var tatt ut av den opprinnelige listen. Statsansatte hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å bli trukket ut som kommunalt ansatte, fordi de i større grad jobber med arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurdering. Tabell 1 viser antall svar på undersøkelsen.

**Tabell 1. Svar på spørreundersøkelse og beskrivelse av analyseutvalg**

	Antall
Aktuelle for undersøkelsen	1 768
Frafall	190
Fullførte besvarelser	1 578
<b>Analyseutvalg i artikkelen:</b>	
1. Har gjennomført AEV for AAP	<b>1 245</b>
1a. + Har ansvar for oppfølging av brukere med AAP	<b>1 044</b>

<sup>1</sup> Vi har kun tilgang på en anonymisert datafil der det ikke er mulig å identifisere enkeltpersoner.

I spørreundersøkelsen stilte vi NAV-veilederne et spørsmål om for hvilke grupper eller ytelser de hadde skrevet arbeidsevnevurderinger de siste 12 måneder. 84 prosent svarte at de har utført arbeidsevnevurderingen for gruppen som har eller søker om arbeidsavklaringspenger. Det utgjør 1 245 respondenter, og det er dette underutvalget vi analyserer her. I deler av artikkelen er utvalget ytterligere avgrenset til dem som har ansvar for oppfølging av brukere med arbeidsavklaringspenger (se tabell 1).

**Intervjuundersøkelsen** er basert på case-metodikk der poenget er å relatere erfaringene fra ulike aktører til hverandre innenfor samme kontekst (Mjøset 2009). Vi valgte NAV-kontorer med ulik størrelse, grad av urbanitet og geografisk plassering. Vi operasjonaliserte kontorstørrelse i tråd med Berg m.fl. (2011), der store kontor har minst 40 ansatte, mellomstore 10–39 og små under 10. Vi gjennomførte totalt 65 kvalitative intervjuer med alle aktører som er involvert i arbeidsevnevurderinger: Brukere (18), NAV-veiledere (24), fastleger (8), kontorledere (6), NAVs rådgivende overleger (5) og besluttere (kvalitetssikrere) (6).

Intervjuede brukere og veiledere representerer ulike aldersgrupper og trygdeordninger. Intervjuene ble gjort ansikt-til-ansikt, bortsett fra 10 som ble gjort over telefon. Intervjuene med fastleger, rådgivende leger og brukere varte i 20–40 minutter, mens veiledere, besluttere og kontorledere varte i rundt en time. Vi brukte en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuene ble transkribert<sup>2</sup> og senere kodet og systematisert ved hjelp av tekstanalyseprogrammet NVIVO. Det er trolig en skjevhet i intervjumaterialet. Det var vanskelig å rekruttere fastleger til intervju og de som sa ja er nok over gjennomsnittlig opptatt av, trygde- og arbeidsmedisin.

<sup>2</sup> Fastlegeintervjuene og enkelte andre intervjuer ble tatt opp på lydband og transkribert, mens vi i flertallet av intervjuene noterte underveis og transkriberte umiddelbart etterpå.

### Legeerklæring ved arbeidsuførhet

«Legeerklæring ved arbeidsuførhet» er skjemaet som legene bruker når de vurderer tilstanden til pasienter som søker arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Skjemaet ble fastsatt av Rikstrygdeverket i 1999. I 2010 ble det gjort noen språklige endringer i skjemaet ved at begrepet arbeidsavklaringspenger erstattet rehabiliteringspenger, attføring og tidsbegrenset uførepensjon.

Krav til legeerklæringer er nedfelt i «Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.» og er begrunnet i at slike tekster har stor betydning for samfunnet og for individets rettsikkerhet. NAV er gitt fullmakt til å bestemme hvilke opplysninger legeerklæringen skal inneholde (Aarseth 2014). Krav til legeerklæringer er også nedfelt i etiske regler for leger (1961). Legene kan velge å skrive erklæringen som fritekst, men vår undersøkelse tyder på de fleste bruker skjemaet. De viktigste opplysningene legene skal gi er: a) hvilke trygdeordning eller tjeneste i NAV legeerklæringen gjelder, b) om pasienten og om arbeidsforhold, c) om diagnose/sykdom, d) plan for utredning og behandling, e) forslag til tiltak utover medisinsk behandling, f) medisinsk begrunnet vurdering av funksjons- og arbeidsevne, g) prognose, h) årsakssammenheng (betydningen funksjonsnedsettelsen har for arbeidsevnen), og i) forslag til hvilke aktører NAV bør samarbeide med.

ønsker å beholde eller skaffe seg jobb mens de mottar behandling eller deltar i arbeidsrettet tiltak. Et sentralt vilkår er at arbeidsevnen er nedsatt med minst 50 prosent på grunn av sykdom eller skade (se faktaboks side 109).

Over tid har det blitt mer komplisert å vurdere det medisinske aspektet i trygdebeslutninger, blant annet fordi diagnose ikke lenger ses som tilstrekkelig for å beskrive arbeidsevne. Arbeidsevnebegrepet rommer også andre forhold som berører den enkeltes evne til å møte kravene som stilles til utførelse av et arbeid, som eksempelvis kravene på arbeidsplassen og i arbeidslivet generelt. Dessuten har selve sykdomsbegrepet også utviklet seg (Brage og Hernes 2010).

Det er gjort flere studier av arbeidsevnevurderinger, men få har undersøkt direkte hvordan legene bidrar inn i NAVs arbeidsevnevurderinger. Aarseth m.fl. (2014) har imidlertid vist at legene synes det er besværlig å fylle ut NAVs skjema som heter «legeerklæring ved arbeidsuførhet». Videre fant Riksrevisjonen (2014) at 85 prosent av legeerklæringene ikke ga noen

innspill til NAV om hva slags arbeid den enkelte er i stand til å utføre. Mandal m.fl. (2015) argumenterer for at legeerklæringen er lite egnet i forbindelse med arbeidsavklaringspenger fordi den ikke får frem det NAV ønsker svar på, nemlig hvilke aktiviteter brukeren *kan* delta i ut fra en medisinsk vurdering. Dessuten opplever NAV-veilederne ofte at funksjonsevne og arbeidsevne ikke er godt nok beskrevet av legen, blant annet fordi beskrivelsen knyttes for mye til det yrket bruker har/hadde og fordi det kan være vanskelig å skille legens stemme fra brukerstemmen (Nicolaisen 2015, Nicolaisen og Lima 2015, Mandal m.fl. 2015). Sammenliknet med systemer for å vurdere arbeidsevne i andre land har det norske systemet et stort rom for skjønn (Gjersøe 2015, Brage og Hernes 2010), men vekten som tillegges legens versus NAVs skjønn er lite diskutert.

I denne artikkelen ser vi nærmere på det medisinske aspektet. Det første spørsmålet er hvorvidt lover, regler og retningslinjer kan sies å gi klare rammer for praksis, det vil si hvordan legene skal gi medisinske opplysninger og hvordan NAV-veilederne skal motta og bruke dem. Et annet viktig spørsmål er hvilken vekt NAV-veilederne legger på legeerklæringen når de gjør arbeidsevnevurderingen, og om de får de opplysningene de trenger fra legene? Videre ser vi på hvordan fastlegene opplever å beskrive de ulike temaene i legeerklæringen. Er noen tema særskilt problematiske? Fastlegen har generelt roller både som pasientens advokat og som portvokter for velferdsstaten (Gulbrandsen m.fl. 2002). Hvordan synes legene det fungerer å kombinere disse rollene i saker om arbeidsavklaringspenger? Hvilke former for dialog og samarbeidsformer finnes mellom NAV og fastlegene og i hvilken grad bidrar de til effektiv avklaring av brukernes mulighet for arbeid?

### Legeerklæringen etterlyses i høringsrunden om arbeidsevnevurdering

I 2007 sendte Arbeids- og sosialdepartementet ut et høringsbrev med «forslag om ny folketrygdtytelse (arbeidsavklaringspenger) og forslag om å innføre rett og plikt til arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplan». Høringsbrevet er basert på St. meld. nr. 9 (2006/2007) «Arbeid, velferd og inkludering». Det særlig er Sosial-

og Helsedirektoratet, Legeforeningen og Universitetet i Oslo (UiO) som tar opp tema knyttet til medisinske vurderinger og legeerklæring. Disse påpeker at legeerklæring og medisinske vurderinger er lite omtalt i stortingsmeldingen.

Legeforeningen understreker at legeerklæringen er en «viktig kilde både ved vurdering av om det foreligger sykdom, skade eller lyte, som er inngangskriteriet for arbeidsavklaringspenger, og som kilde til en fornuftig og helhetlig arbeidsevnevurdering» (Legeforeningen 2008: 2). De foreslår deretter å endre legeerklæringen: «Skjemaet for legeerklæringen må utvikles i takt med de foreslåtte endringene til å bli et mer hensiktsmessig verktøy for legen og med det gi NAV bedre grunnlag for vurderinger» (Legeforeningen 2008: 2). Foreningen inviterer til et samarbeid om dette. Legeforeningen savner en omtale av de medisinske vurderingene i NAV: «... det anses som en mangel ved høringsnotatet at departementet ikke omtaler de medisinske vurderingene som må foretas i NAV i disse trygdesakene». De etterlyser også NAVs rådgivende leger: «Rådgivende leger i NAV må gis en sentral plass i vurderingene ved innvilgelse av arbeidsavklaringspenger og ved oppfølgingen underveis» (Legeforeningen 2008: 2).

Viktige høringsinstanser påpeker at legeerklæringen og medisinske vurderinger var lite vektlagt ved innføringen av arbeidsavklaringspenger og arbeidsevne-metodikken.

Vi har gått gjennom lovvedtaket for innføringen av arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurderinger (Ot. prp. nr. 4. (2008–2009)), og kan fastslå at heller ikke her er lege og legeerklæring særlig vektlagt. Dessuten er ikke begrepet funksjonsevne nevnt i det nye lovverket for arbeidsavklaringspenger, mens det er et nødvendig vilkår ved vurdering av sykepenger og uføretrygd.

## Legeerklæring er lite omtalt i retningslinjer om arbeidsevnevurdering

Hvilken betydning har medisinske vurderinger og legeerklæringen ifølge NAVs egne retningslinjer for arbeidsevnevurderinger? Vi går her gjennom fire av

de viktigste skriftlige retningslinjene for gjennomføring av arbeidsevnevurderinger. De tre første er offisielle retningslinjer, mens den fjerde er en uoffisiell sjekkliste som vi er blitt tipset om at flere veiledere bruker.

1. NAV-loven § 14a med «Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV» innført 2010, revidert 2012.
2. Standard for arbeidsrettet brukeroppfølgning: Prosess 6 Arbeidsevnevurdering, innført 2013, revidert 2015.
3. Nettsiden: «Ressursprofil og arbeidsevnevurdering».
4. «Sjekkliste for arbeidsevnevurdering med utfall varig tilpasset innsats» innført i forbindelse med ny saksflyt for uføresøknader i 2013.

Ifølge «Retningslinjer for oppfølgingsvedtak i NAV»<sup>2</sup> skal NAV kartlegge brukerens ressurser og hindringer for å vurdere behov for bistand fra NAV. Brukere som trenger en mer omfattende vurdering av bistandsbehov har rett til en arbeidsevnevurdering. Formålet med arbeidsevnevurderingen er å undersøke behovet for mer omfattende oppfølging ved å fastslå om brukeren har nedsatt arbeidsevne eller ei. Veilederen skal kartlegge seks tema: 1. arbeidserfaring, 2. utdanning, kompetanse og ferdigheter, 3. interesser og fritid, 4. personlige muligheter og utfordringer, 5. sosiale og materielle forhold og 6. helse. Deretter skal det sammenfattes og konkluderes med om arbeidsevnen er nedsatt eller ikke, og det gjøres et vedtak om hvilke bistandsbehov bruker har fra NAV. Arbeidsevnevurderingen skal utgjøre grunnlaget for en aktivitetsplan som beskriver mål med oppfølgingen og planen for å nå dette målet. Helse er altså nevnt som ett av seks likestilte tema, men det står ikke noe om legeerklæringen eller om bruk av NAVs rådgivende leger. For vurderinger gjelder generelt at: «For hvert av de relevante forholdene vurderes *konsekvensen* for brukerens ressurser og hindringer.» Det står ikke noe om hvordan veilederen skal bruke helseopplysninger om eksempelvis diagnose og funksjonsevne, eller hvordan helse skal vektlegges i forhold til andre tema. Det er heller ingen referanser til det medisinske vilkåret i folketrygdloven (se faktaboks). Vi finner omtrent det

.....  
<sup>2</sup> NAV-lovens § 14a.

samme i gjennomgangen av «Standard for arbeidsrettet brukeroppfølging»<sup>3</sup>.

På nettsiden «Ressursprofil og arbeidsevnevurdering» er legeerklæring omtalt flere steder. I kapittel 7 vises det til medisinske vilkår ved ytelser: «Ved flere inntektssikringsformer er det en forutsetning at reduksjonen i funksjonsevnen har sammenheng med brukers helseforhold». Det står videre at det som skal belyses i arbeidsevnevurderingen er «konsekvensene av helsemessige begrensninger for å kunne beholde, skaffe arbeid eller øke deltagelse». Helseopplysninger gis dermed forrang i forhold til andre av de seks nevnte tema. Her gis det også råd om innhenting av legeerklæringer: «Henvendelsene/spørsmålene til den som avgir erklæring, bør stilles slik at svarene inneholder den informasjon NAV-veilederen trenger om hvordan helsen kan påvirke brukerens situasjon». Det står også at en kan spørre NAVs rådgivende leger om hvilke helseopplysninger som bør innhentes.

I sjekklisten for uføretrygd er det fokus på helseopplysninger. 16 av 40 punkter handler om helse, og noen handler om hvordan helseopplysninger skal brukes til å vurdere funksjon og arbeidsevne, for eksempel: «Er det beskrevet på et generelt grunnlag hva bruker funksjonsmessig kan gjøre, med kildehenvisninger». I denne listen er det også obligatoriske punkter om innhenting av vurderinger fra rådgivende overleger i NAV.

Gjennomgangen viser at legeerklæring og medisinske opplysninger er lite omtalt i to av NAVs interne retningslinjer om arbeidsevnevurderingen, og etter vår vurdering er det medisinske aspektet uavklart i disse dokumentene. Det kan sees i sammenheng med at legeerklæringen og medisinske vurderinger var lite omtalt i sentrale politiske dokumenter. På nettsiden om arbeidsevnevurderinger blir derimot legeerklæringen og medisinske opplysninger indirekte vektlagt som sentrale kilder, med en klar kobling til vurderinger som må gjøres i § 11-5 (se faktaboks).

<sup>3</sup> Her er det heller ingen omtale av legeerklæringen, men det er en egen sjekkliste ved «Søknad om AAP». I denne sjekklisten er det en henvisning til folketrygdlovens § 11-5.

### Folketrygdloven § 11-5 og § 11-6 med rundskriv

«Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at medlemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått arbeidsevnen nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid» (Fra folketrygdloven). «I vurderingen av om vilkårene i § 11-5 er oppfylt må det foreligge en diagnose, men diagnose alene vil isolert sett være underordnet. Det vesentlige i denne sammenhengen vil derimot være hvilke konsekvenser helsetilstanden har for den enkeltes muligheter i arbeidslivet. Det må være klar årsakssammenheng mellom den nedsatte arbeidsevnen og brukers sykdom, skade eller lyte» (Rundskrivet til § 11-5)

I § 11-6 er det videre et vilkår at: «medlemmet for å skaffe seg eller beholde arbeid som han eller hun kan utføre

- a) får aktiv behandling, eller
- b) deltar på et arbeidsrettet tiltak, eller
- c) etter å ha prøvd tiltak etter bokstavene a eller b fortsatt anses å ha en viss mulighet for å komme i arbeid, og får oppfølging...»

### Retningslinjene i praksis

Hvilke retningslinjer brukes av NAV-veilederne i praksis når de gjør arbeidsevnevurdering av bruker som søker om arbeidsavklaringspenger? I surveyen spurte vi NAV-veilederne om hvilke verktøy de bruker ved vurdering av nedsatt arbeidsevne etter «folketrygdlovens § 11-5»<sup>4</sup>. I figur 1 har vi også tatt med rundskrivet til folketrygdlovens § 11-5 som et svaralternativ (se faktaboks).

Figur 1 viser at NAV-veilederne bruker forskjellige retningslinjer og standarder, og samme veileder bruker ofte flere ulike. De to som brukes klart oftest er den uoffisielle sjekklisten «for vurdering av uføretrygd» og rundskrivet til § 11-5. Mange veiledere skriver arbeidsevnevurderinger både ved søknader om arbeidsavklaringspenger og om uførepensjon<sup>5</sup>. Vi kan anta at veilederne har erfart sjekklisten som nyttig ved uførepensjonsvurderinger og derfor tar den i bruk ved vurdering av arbeidsavklaringspenger.

Det virker opplagt at veilederne oftest bruker rundskrivet til § 11-5 når de skal vurdere nedsatt arbeids-

<sup>4</sup> Vi spurte ikke om nettsiden «Ressursprofil og arbeidsevnevurdering».  
<sup>5</sup> Basert på analyse av surveyen, ikke vist her.

evne etter samme paragraf. Poenget er at sentrale retningslinjer for arbeidsevnevurdering i all hovedsak bare viser til NAV-lovens § 14a. I lys av dette er den høye andelen som bruker rundskrivet og sjekklister ved uførepensjon viktig fordi det indikerer at vurderingene ofte er forankret både i folketrygdloven og i NAV-loven, men i mindre grad i sistnevnte. Svar fra veilederne viser at de anser at vilkårene i § 11–5 inngår i arbeidsevnevurderingen: «Dersom AEV skal lages i forbindelse med en søknad om AAP er det umulig å se AEV helt adskilt fra vilkårsvurderingen av § 11–5, det vil si om arbeidsevnen er nedsatt i en ikke ubetydelig grad grunnet sykdom/skade eller lyte» og «Ofte er det ytelsen som bestemmer innsatsgruppe – ikke omvendt...» (to veiledere sitert i Mandal m.fl. 2015: 94–95).

### Sykdommens vekt i arbeidsevnevurderinger

Vi har vist at legeerklæringen og helse er lite omtalt og vektlagt i noen av NAVs interne retningslinjer for arbeidsevnevurderingen. Men hvilken vekt tillegges dette i praksis? Vi spurte veilederne om arbeidsevnevurderingen først og fremst er en vurdering av inngangsvilkår til ytelser, og om § 11–5 fungerer som et rent helsevilkår.

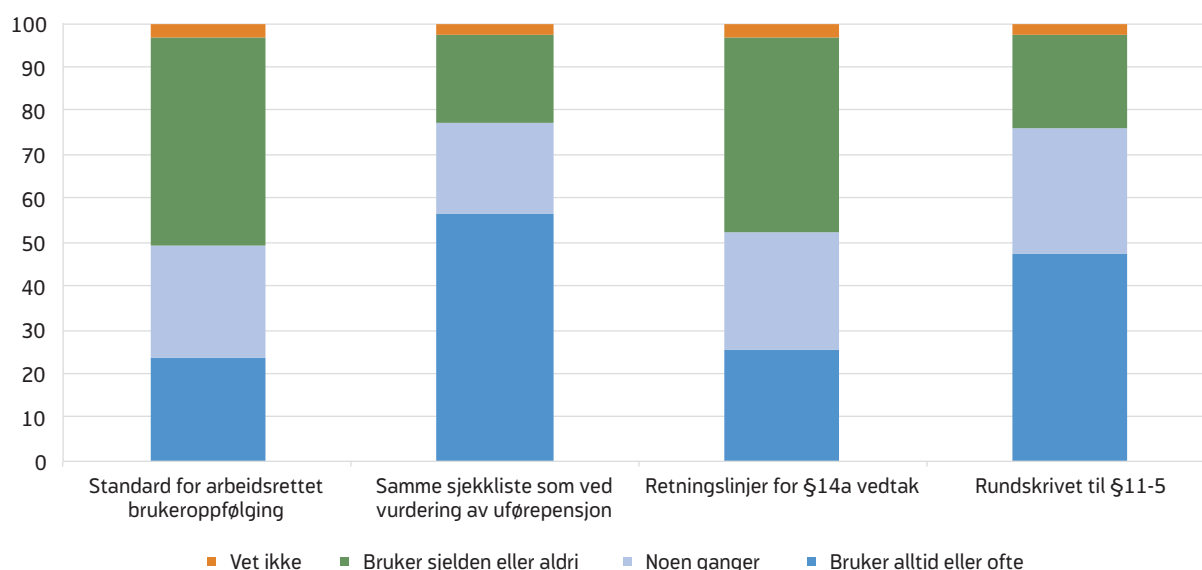
Søylen til venstre i figur 2 viser at de fleste veilederne er enige i at arbeidsevnevurderingen først og fremst

blir brukt til å utrede grunnlaget for økonomisk ytelse. Samtidig er 1 av 4 veiledere er uenige i påstanden, noe som kan bety at de anser at arbeidsevnevurderingen, i tråd med «Retningslinjer for oppfølgingsvedtak», brukes til å kartlegge behov for oppfølging. At mange veiledere erfarer at økonomiske ytelser er i hovedfokus i arbeidsevnevurderingen er ikke noe nytt. Både Berg m.fl. (2011) og Riksrevisjonen (2014) fant det samme. For veilederne kan det oppleves som en konflikt mellom § 14a, der målet er å beskrive behovet for individuell oppfølging ut fra en helhetlig kartlegging og i samarbeid med bruker, og § 11–5 – der en også skal vurdere rett til inntektssikring ut fra vilkåret om nedsatt arbeidsevne. Flere veiledere forteller at arbeidsevnevurderingen ofte fungerer som en ren vilkårsvurdering: «...AEV brukes sjelden som arbeidsverktøy etter at den er skrevet. Kun til å innvilge ytelser» (sitat veileder fra survey).

Søylen til høyre i figur 2 viser at 74 prosent av NAV-veilederne sier seg enige i påstanden om at § 11–5 «fungerer mest som et rent helsevilkår som må oppfylles for å sikre folk en ytelse»<sup>6</sup>. Dette er en indikasjon

<sup>6</sup> Det er to spørsmål i ett og er slik sett et brudd med vanlige regler for god spørsmålsstilling i et spørreskjema. De to spørsmålene er 1. Er § 11–5 først og fremst et helsevilkår? og 2. Må vilkåret oppfylles for å sikre folk en ytelse?

**Figur 1.** «Tenk på de gangene du har vurdert nedsatt arbeidsevne etter folketrygdlovens § 11–5 de siste 12 månedene. Hvor ofte brukte du følgende...» Minste N=1 166



Kilde: Sintef og NAV

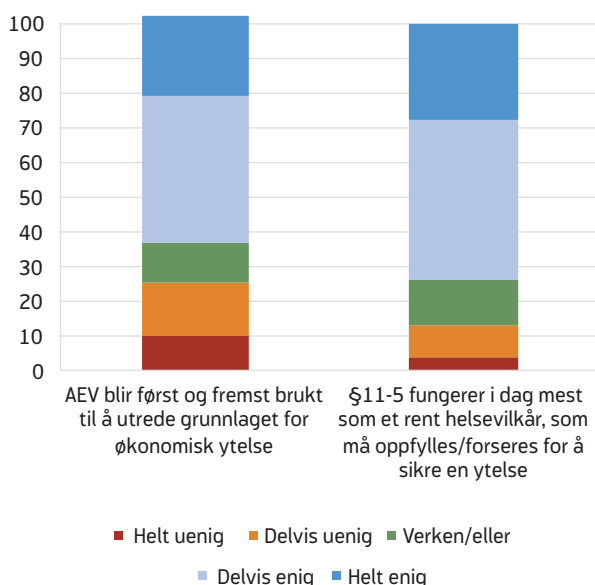
på at sykdom og helse som dokumenteres gjennom legeerklæringen veier tungt når veiledere skal vurdere rett til arbeidsavklaringspenger. Det at legeerklæringen veier tungt i slike beslutninger støttes også av Mandal m.fl. (2015: 120).

## Legeerklæringen

Dette avsnittet skal handle om bruk av legeerklæringen i vurderingen av brukers rett til arbeidsavklaringspenger. I hvilken grad får NAV-veilederen de opplysninger hun trenger fra legeerklæringen? Og hvordan mener legene at erklæringene fungerer? I spørreundersøkelsen ba vi veilederne vurdere hvor ofte sentrale punkter i legeerklæringen faktisk var omtalt, eller redegjort for.

Figur 3 viser at legeerklæringen ofte redegjør for den medisinske tilstanden, mens pasientens prognose, funksjonsevne og arbeidsevne sjeldnere er omtalt. Omtrent 90 prosent av veilederne har svart at det er redegjort for brukerens medisinske tilstand i nesten alle saker. Intervjuundersøkelsen bekrefter dette. Fastlegene og de rådgivende overlegene forklarer dette blant annet med at sykdom er kjernen i legenes utdanning, mens trygde- og arbeidsmedisin er relativt lite vektlagt.

**Figur 2. Svar på spørsmål om arbeidsevnevurderingen og om § 11-5. Minste N=957. Prosent**



Imidlertid er det uventet at legene ifølge veilederne redegjør såpass dårlig for den medisinske prognosen da dette er en viktig del av legenes utdanning. 60 prosent av NAV-veilederne svarer at legene redegjør godt nok for medisinsk prognose i kun halvparten av sakene eller sjeldnere. En forklaring kan være at det i mange saker handler om subjektive helseplager der det er vanskelig for legen å ha en faglig begrunnet oppfatning om prognose.

## Sammensatte og subjektive helseplager

Mange som henvender seg til NAV har subjektive og sammensatte helseplager, som utmattelse, muskel- og skjelettlidelser, psykiske plager og mage- og tarmpplager (Ihlebak m.fl. 2004). Omtrent 70 prosent av mottakere av arbeidsavklaringspenger har diagnoser innenfor muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser (Sørbø og Ytterborg 2015: 128). De fleste fastlegene synes at dette er vanskeligere å beskrive enn når diagnosen er basert på klare patofysiologiske funn. Også NAV-veilederne og brukerne erfarer at subjektive helseplager gir større utfordringer. I saker med subjektive og sammensatte helseplager tar det ofte lengre tid å avklare pasienten. De fleste leger vi intervjuet løser det ved å beskrive alt som har vært prøvd av behandling og arbeidsrettede tiltak og leter etter det mest «konkrete» og «objektive»<sup>7</sup>.

«Man blir jo nesten glad når man skal skrive legeerklæring og det er en kreftsykdom for da har man helt konkrete saker å beskrive, man kan gå inn å se på hva som er overlevelsessjansje, sannsynlig levetid. Alt er fullstendig definerbart. Men det er noe helt annet med muskel/skjelett, ekteskapelige problemer, eller der barnevernet er inne. Det er kompliserte saker, men det er fastlegens hverdag» (Fastlege, Oppland).

## Funksjonsevne og arbeidsevne: mange leger er usikre

I legeerklæringen skal det beskrives hvilke konsekvenser sykdom har for funksjons- og arbeidsevne. Funksjonsevnevurderingen er tenkt å være et binde-

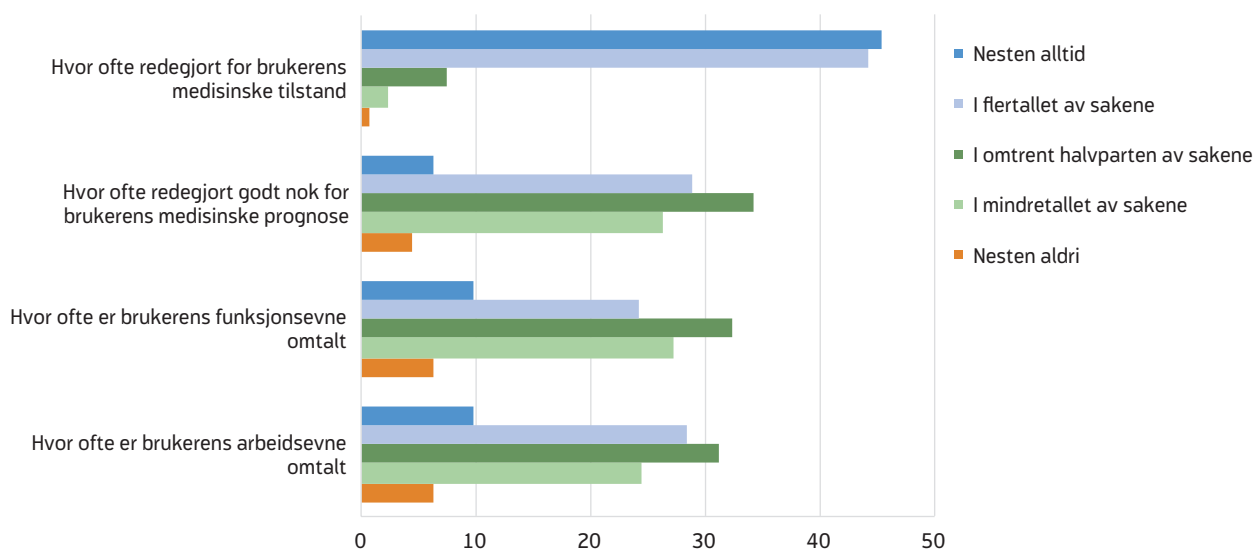
<sup>7</sup> Imidlertid må vi minne om at de legene vi har intervjuet neppe er representative, men har over gjennomsnittlig kunnskap om trygde- og arbeidsspørsmål.

ledd mellom diagnose og arbeidsevne. En god beskrivelse av funksjonsevne skal gi NAV et grunnlag for å vurdere brukerens evne til å mestre krav i arbeidslivet (Brage m.fl. 2004: 2572, Aarseth 2014: 59). Figur 3 viser at NAV-veiledernes vanligste erfaring er at legene har omtalt funksjonsevne og arbeidsevne i omtrent halvparten av sakene. Dessuten er det omtrent like mange som erfarer at det omtalt ofte som at det er omtalt sjelden. Dette betyr at i mange saker har veilederne lite å støtte seg på i legeerklæringen når de skal vurdere arbeidsevne. En undersøkelse viser at legeerklæringene ofte er svake når det gjelder å sette sykdom i sammenheng med funksjonsevnen og arbeidsevnen (Aarseth 2014: 59).

Hva kan være årsaken til at veilederne oppgir at funksjonsevne ofte er dårlig beskrevet i legeerklæringen? Aarseth (2014: 59) mener at noe av problemet ligger i måten NAV spør på i skjemaet «legeerklæring for arbeidsuførhet». Et poeng er at det kan være vanskelig for legen å gi uttrykk for tvil og nyanser fordi skjemaet har mange lukkede ja/nei spørsmål. Våre undersøkelser tyder på at vanskene også skyldes at det mangler gode definisjoner av begrepene funksjonsevne og arbeidsevne. Intervjuene med leger, rådgivende overleger og

NAV-veilederne styrker antakelsen om at mange leger er usikre på hvordan de skal skrive om funksjonsevne. Ofte blander de sammen beskrivelse av funksjonsevne og arbeidsevne, og beskriver begge deler opp mot det yrket som bruker har, eller har hatt. Idealet er at beskrivelsen av funksjonsevne skal være bredere, slik at den kan danne et grunnlag for å vurdere om bruker kan ha arbeidsevne i flere typer yrker (Nicolaisen 2015: 96–97). Flere av de intervjuede fastlegene ønsker seg støttetekster til hjelp. Kun to av de åtte fastlegene vi intervjuet sier at de beskriver funksjonsevne i tråd med normen, men disse er spesialister i arbeidsmedisin og dermed godt skolert i dette. Intervjuundersøkelsen viser at det er ganske vanlig at fastleger er usikre på hva NAV spør om, at de mangler tilstrekkelig kompetanse om funksjonsevnevurdering, og at det i stor grad er opp til den enkelte lege å lære seg hvordan man skriver legeerklæringene. Winde m.fl. (2012) viser også at mange fastleger ser på det å beskrive funksjonsevne som et av de mest problematiske aspektene ved legeerklæringen. Aarseth (2014: 60) påpeker at legene underkommuniserer faglig tvil når de beskriver funksjons- og arbeidsevne. En slik praksis strider imot retningslinjene som sier at det skal fremgå klart av erklæringen dersom helse-

**Figur 3.** NAV-veiledernes oppfatning av legeerklæringer mottatt siste 12 måneder. Gjelder for veiledere som følger opp arbeidsavklaringspenger. Minste N=984<sup>1</sup>. Prosent



<sup>1</sup> Denne delen av surveyen er avgrenset til veiledere som følger opp minst en person med arbeidsavklaringspenger.



personell er i tvil, eller er usikre<sup>8</sup>. Sitatene under illustrerer fastlegenes utfordringer:

*«Tidligere skrev jeg ut fra det yrket pasienten har og jeg tror de fleste fastleger fortsatt gjør det. Og det gjelder nok både funksjonsevne og arbeidsevne. Jeg tror man ofte slår dem sammen og tenker i den retning. (...) Men pasienten skal jo vurderes i forhold til ethvert arbeid. Det tror jeg at fastlegene i liten grad har fått med seg. Og er det en snekker som for eksempel er hofteoperert eller kneoperert, eller har problemer med armen så tenker man ikke at han skal vurderes i forhold til et hvert arbeid»* (Fastlege Akershus).

*«Jeg skulle gjerne hatt støttetekster som beskriver hvordan funksjonsevne skal beskrives. Noe som setter oss på sporet av hva NAV ønsker. Ikke så mye fulltekst, men noe som leder litt i vei»* (Fastlege Oslo).

### Funksjonsevne viktigere over tid

Over tid har det blitt viktigere å lage gode funksjonsevnebeskrivelser fordi det er utilstrekkelig å vurdere arbeidsevne på grunnlag av diagnose alene. Funksjonsevnebeskrivelse gir ifølge Krohne og Brage (2008: 850) en bedre forståelse av trygdesøkerens arbeidsevne enn diagnose alene gjør fordi a) sykdomsvilkåret fører til at andre sider ved bruker overses, b) det er stor forskjell i alvorlighetsgrad og prognose innenfor hver diagnose og c) at det er et økende omfang av trygdesøkere som har subjektive helseplager (se også Brage og Hernes 2010: 237). I lys av dette er det bekymringsfullt at funksjonsevnebeskrivelsene er så mangelfulle som vår undersøkelse tyder på. For å bøte på liknende problemer har svenske Försäkringskassan laget et tydeligere regelverk og en egen detaljert standard for funksjonsevnebeskrivelser som benyttes både av leger og veiledere (se Nicolaisen 2015: 97). Noe liknende ble laget for Norge (Brage m.fl. 2004), men dette verktøyet ser ikke ut til å være tatt i bruk i særlig grad. En annen grunn til at funksjonsevnebeskrivelsene ikke fungerer optimalt er trolig at dagens legeerklærings skjema legger vekt på begrensninger

i arbeidsevne ved å spørre etter hva pasienten *ikke* kan gjøre i det nåværende arbeidet (Aarseth 2014: 60).

Intervjumaterialet viser imidlertid at det finnes tegn til bedring. Noen NAV-kontor har skjerpet kravet til legenes funksjonsevnebeskrivelser ved søknader om arbeidsavklaringspenger. En fastlege sier han nå får omtrent halvparten av erklæringene sine i retur fra NAV med beskjed om å forbedre dette:

*«Det er en helt annen holdning hos NAV nå, det er masse mer avslag enn før og masse lange brev til pasienten om at fastlegen din må begrunne det og det. Det vanligste er at saksbehandleren krever litt bedre formuleringer på hva i all verden det er som er funksjonsbegrensningen, hva konkret pasienten ikke kan gjøre. Så er det jo vanskelig når det er blanding av depresjon, angst og personlighetsproblemer og vansker med å få fast jobb. Men det er bra de strammer oss opp litt»* (Fastlege Oslo).

Dessuten har veilederne ofte nytte av rapporter fra ulike avklaringstiltak når de skriver arbeidsevnevurdering. I slike tiltak kan de basere sin funksjonsbeskrivelse på langvarig og omfattende observasjon. Dette kan fungere som en tredje kilde til funksjonsevnevurdering ved siden av informasjon fra lege og bruker.

### Overlate arbeidsevne til NAV?

I legeerklæringen skal legen beskrive arbeidsevne og angi i prosent hvor stor arbeidsevnen er. Imidlertid råder det uklarhet om hvorvidt arbeidsevnebeskrivelse er legens oppgave. Flere forskningsbidrag innen trygdemedisin hevder at dette ikke primært er legens anliggende (Aarseth 2014: 60), og foreslår at legene heller bør konsentrere seg om å lage gode funksjonsevnevurderinger. Vurdering av arbeidsevne er derimot en oppgave for aktører med arbeidsmarkedsekspertise slik som NAV (Escorpizo og Brage 2015). Vårt intervju-materiale viser at det i praksis er flere forståelser av hvem som skal gjøre hva.

En rådgivende overlege vi intervjuet har anbefalt fastlegene i sitt område å droppe beskrivelsen av arbeidsevne. Mens andre rådgivende overleger og fastleger mener at legene bør skrive disse vurderingene, men at de må få mer opplæring i det. Imidlertid understreker

<sup>8</sup> §9 Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l., ikrafttredelse 01.01.2009.

de som mener at arbeidsevnevurdering bør overlates til NAV at det da vil være enda viktigere at legene skriver en god vurdering av funksjonsevne.

*«Leger burde bli bedre til å beskrive hvilke konsekvenser sykdom har på funksjon. Så burde det være en annen øvelse å vurdere hvordan funksjon kan kombineres med arbeid og det er det NAV-veilederne som burde gjøre. De har markedskompetanse. Men hvem skal ivareta ressurser og øvrige forhold som vil innvirke, både de intellektuelle kapasiteter, sosial fungering – alt som ikke er klar medisinsk oppgave – det er problematisk. Vi leger er utdannet til å finne ut om man har en sykdom og behandle den, ikke noe annet» (Rådgivende overlege, Nordland).*

## Dialog og former for samarbeid

NAV og helsevesenet har behov for dialog og samarbeid om arbeidsavklaringspenger. For den enkelte bruker kan det dreie seg om at NAV trenger utfyllende opplysninger fra lege, eller å drøfte tiltak og oppfølging. Det er også behov for dialog på overordnet nivå, for eksempel om hvordan regler skal praktiseres. Det er lite kunnskap om hvordan samarbeidet mellom fastleger og NAV-veiledere foregår i praksis<sup>9</sup>. I dette avsnittet skal vi drøfte hvorvidt ulike former for samarbeid og dialog støtter opp om målet om raske avklaringer av saker om arbeidsavklaringspenger.

Blant mange ulike tiltak, er det å styrke samarbeidet med fastlegene det tiltaket som flest veiledere mener bør prioriteres (se figur 4). At såpass mange mener dette, indikerer at det er svakheter ved samarbeidet slik det er i dag. «De veiledere som greier å komme i dialog med legene får resultater. Da spiller legen på lag og vi drar i samme retning.» (Beslutter, stort kontor i Akershus).

### Samarbeid om legeerklæringen i AAP-saker

Vi spurte veilederne om hvor ofte de kontakter legene for å få mer informasjon enn det som fremkommer i legeerklæringen.

<sup>9</sup> Arbeids- og velferdsdirektoratet får kunnskap om samarbeidet mellom disse aktørene gjennom blant annet fylkenes virksomhetsrapporter, men det foreligger lite kunnskap om temaet i form av forskning og utredning.

Omtrent 40 prosent av veilederne har svart at de ofte (i halvparten eller fler av tilfellene) kontakter legen for å få mer informasjon enn det som står i legeerklæringen (se figur 5). Det er særlig de veilederne som erfarer at legeerklæringene ikke omtaler funksjonsevne som ber om mer informasjon.

Over halvparten av veilederne synes det er vanskelig å komme i kontakt med legene (se figur 6). Det er store forskjeller mellom små og store kontor, noe vi antar egentlig handler om storby versus mindre steder<sup>10</sup>. Blant veiledere ved store kontor som gjennomfører mange<sup>11</sup> arbeidsevnevurderinger, har nærmere 90 prosent svart at det er vanskelig å få kontakt med legene. Dette kan tyde på at de som har stort arbeidspress i liten grad får til å prioritere kontakt med legene.

### Mangler gode kanaler for dialog

Kontakten mellom NAV-veilederne og fastlegene foregår enten via brev, e-post, telefon, eller møter. I utgangspunktet har de ikke hverandres direkte telefonnumre-, eller e-postadresser, men mange utveksler det på eget initiativ. Begge parter savner en form for sikker elektronisk kommunikasjon. E-post er ikke sikkert nok fordi de har behov for å utveksle sensitiv informasjon. Sikker elektronisk toveis kommunikasjon mellom sykmelder og NAV er nå under innføring.

Siden sikker elektronisk toveis kommunikasjon hittil mangler, foretrekker både fastlegene og NAV-veilederne telefonkontakt. Alternativet er brev som er tungvint og langsomt. Fordelene med telefon er at man får kjappe avklaringer og lettere unngår misforståelser. Dessuten kan man utveksle sensitiv informasjon på en sikker måte. En utfordring med telefon er at begge parter er mye opptatt i pasient-/brukermøter store deler av arbeidsdagen og derfor ikke kan svare på telefon.

### Fellesmøter vanskelig

Intervjuene med begge parter tyder på at legene strekker seg langt for å delta i møter med NAV som handler om enkeltpasienter som søker, eller mottar arbeids-

<sup>10</sup> Vi har ikke informasjon om hvilket kontor veilederne jobber ved.

<sup>11</sup> 11 eller flere i måneden.

avklaringspenger<sup>12</sup>. NAV-kontorene sliter derimot med å få leger til å stille opp på fellesmøter når de har behov for å informere om regler og praksiser. Betaling er et tema som reises av begge parter. Legene oppfatter dette som gratisarbeid og ber ofte om betalt for å stille opp. Flere av NAVs kontorledere ønsker å få mulighet til å betale. Arbeids- og velferdsdirektoratet anser imidlertid at det ligger innenfor fastlegeavtalen å stille opp på enkelte informasjonsmøter med NAV.

*«Vi har av og til sånne møter hos NAV, men det er jo ikke så veldig bra oppmøte. Men hvis man fikk timebetalt for det sånn som man gjør for legeerklæringer, så er det egentlig en billig investering, kunnskapsnivået ville steget utrolig»* (Fastlege Oslo).

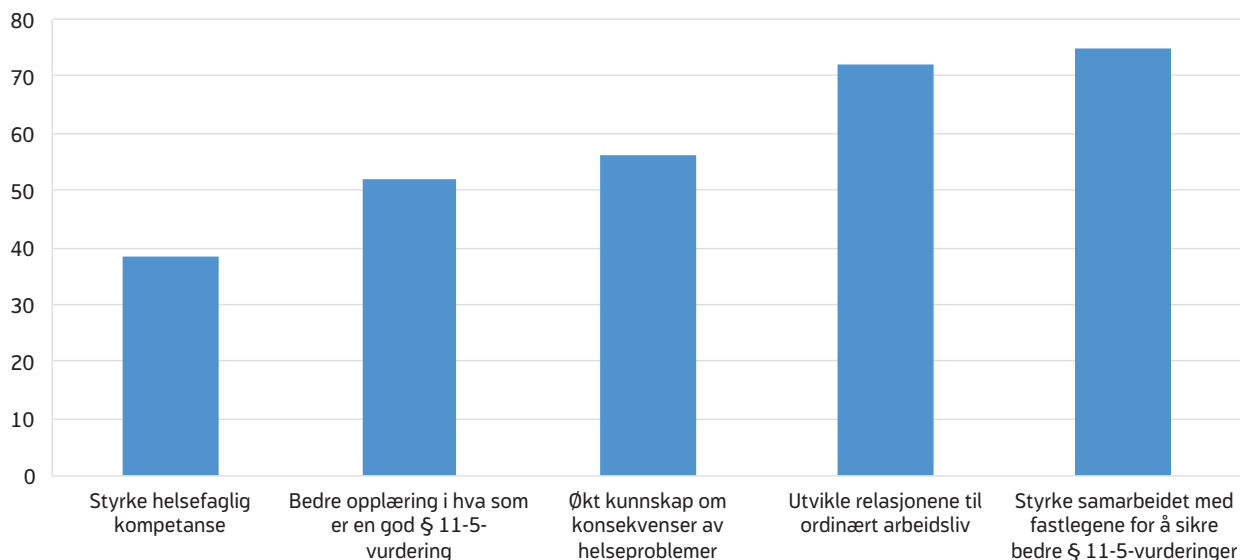
#### Dialog om AAP?

I forbindelse med arbeidsavklaringspenger er aktørene underlagt mindre rutinemessig kontakt enn de er i sykepengesaker. I sykepengeperioden skal det, med visse unntak, gjennomføres et dialogmøte 2 der både NAV, den sykemeldte, lege og arbeidsgiver møtes for å drøfte

arbeidsmuligheter. I tillegg kan det avholdes dialogmøte 3 når sykepengeperioden er i ferd med å løpe ut og det kan være aktuelt å søke om arbeidsavklaringspenger.

Intervjuundersøkelsen viser at en del leger og NAV-veiledere praktiserer møter både når det skal søkes om arbeidsavklaringspenger og videre i forløpet. Det er ingen som uttrykker ønske om et obligatorisk «AAP-dialogmøte» etter modell fra sykefraværsoppfølgingen, men begge parter peker på at slike møter er særlig viktig når det er uklarhet om brukers arbeidsevne. De intervjuede erfarer at møter der alle aktører er samlet ofte gir raskere og mer presise avklaringer. Hvis NAV og legen ikke møtes, men kommuniserer via pasienten, er erfaringene at dette kan bremse avklaringsprosessen. Møter som involverer alle aktører er trolig bedre egnet til å få frem tilretteleggingsmuligheter hos arbeidsgiver, alternativt få til utprøving av arbeidsevne hos tiltaksarrangør så tidlig som mulig. En spørreundersøkelse blant de som mottar arbeidsavklaringspenger<sup>13</sup> viser dessuten at 80 prosent av brukerne ønsker at lege og NAV har kontakt i deres sak.

**Figur 4.** «Hva mener du er viktigst å prioritere ved ditt kontor?». Andel som har svart at tiltak bør prioriteres høyere. Minste N=1091

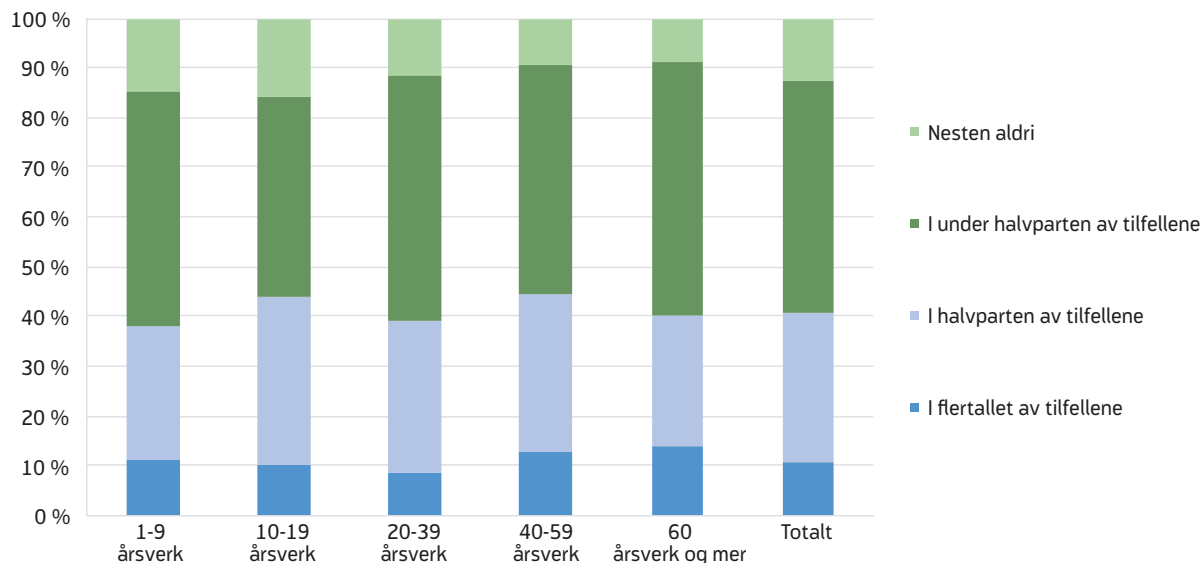


Kilde: Sintef og Nav

<sup>12</sup> Desember 2014 ble dialogmøtetaksten utvidet slik at den kan brukes til å betale sykemelder når hun/han deltar i møter med bruker og NAV og når bruker mottar arbeidsavklaringspenger og i sykemeldingsåret der bruker ikke har arbeidsgiver.

<sup>13</sup> En spørreundersøkelse om AAP ble gjennomført blant NAVs brukere høsten 2015. Takk til Olena Tkachenko og Sverre Friis-Petersen i Arbeids- og tjenesteavdelingen for at vi fikk tilgang til resultatene.

**Figur 5.** Hvor ofte kontaktet NAV-veileder lege for å få mer informasjon om «vurderingen av brukerens begrensninger». Etter antall årsverk ved kontoret. N=923

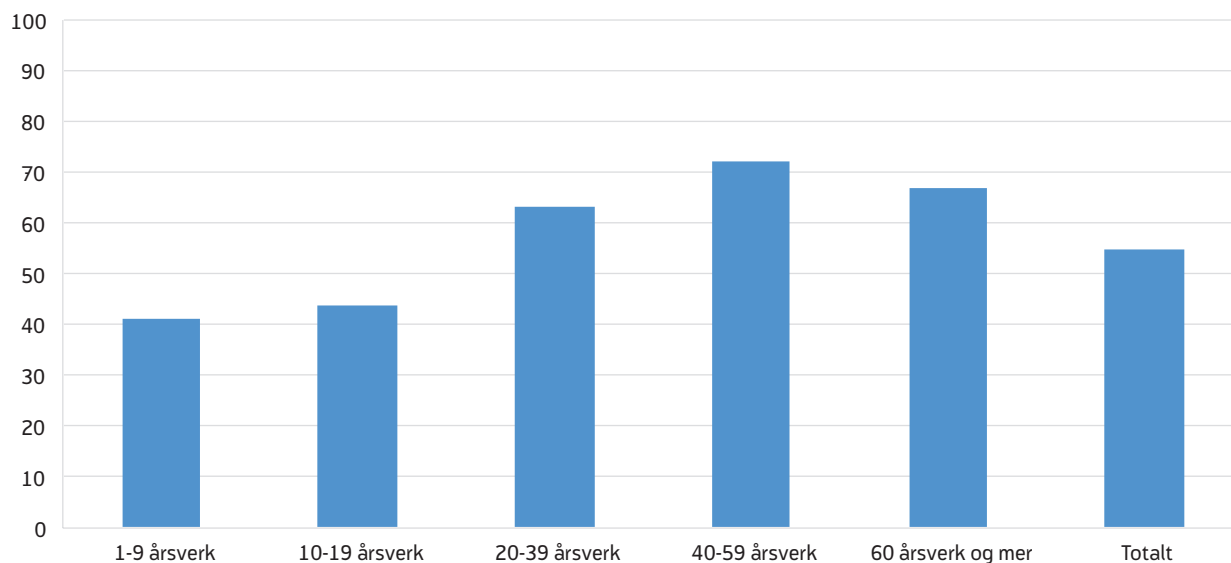


Kilde: Sintef og Nav

*«Jeg ber alltid om et møte i forkant sånn at vi er på lik linje. Hvis det er en pasient som har kreftsykdom og det er helt opplagt at han skal ha AAP, så gjør jeg ikke det. Men de fleste saker er jo ikke helt opplagt.(...) På disse møtene har vi gjerne arbeids-*

*giver, pasienten, NAV og jeg. Også ser vi for det første om det er mulig å få tilrettelagt noe på jobb som kan øke pasientens arbeidsinnsats. I den fasen der kan det være riktig å ha møtet for at pasienten skal kunne beholde jobben, da kan vi prøve å opp-*

**Figur 6.** «Synes du det er vanskelig å få kontakt med legene hvis du har spørsmål til skjemaene de har fylt ut?». Søylene viser de som har svart at ja, det er vanskelig. N=950. Etter antall årsverk. Prosent



Kilde: Sintef og Nav

*muntre arbeidsgiver. Han [arbeidsgiver] har jo ofte mulighet til å si opp arbeidstakeren på det tidspunktet. Og da blir det klarere hvilke muligheter pasienten har for å komme tilbake til jobb.»* (Fastlege Vest-Agder).

*«både pasient og arbeidsgiver kan være mer positive til muligheter for tilrettelegging når de sitter på møte med NAV. Dette kan hentes inn i AAP-arbeidet. Samtidig tror jeg det er nyttig at legen er tilstede i en del møter for å kunne svare på om tilrettelegging eller utprøving er helsefarlig – og som regel så er det ikke det. Men det kan jo pasienten finne på å si»* (Fastlege Nordland).

### **Legens roller – mer portvokter i AAP-saker**

I Norge har fastlegene flere trygdefaglige oppgaver enn i det fleste andre land. Legenes rolle i å attestere at arbeidsuførhet skyldes sykdom i forbindelse med trygdeytelser gir dem en portvokterrolle (Brage og Hernes 2010: 244). Samtidig har legene en rolle som talsmann, eller «advokat», for pasienten inn mot trygde-systemet og de ulike hattene kan føre til en lojalitets-konflikt (Hernes og Brage 2010: 235, Gulbrandsen m.fl. 2002).

Vårt intervjumateriale bekrefter langt på vei at legene har begge roller. Imidlertid ser det ut til at legen er viktigere som portvokter for søknader om arbeidsavklaringspenger enn for søknader om uføretrygd. For sistnevnte har NAV flere prosedyrer knyttet til godkjenning. Fastlegene understreker videre at de er avhengig av en god relasjon til pasientene både fordi medisinsk behandling krever et tillitsforhold, og fordi legens økonomi påvirkes av hvor mange pasienter hun har på sin liste. Et godt samarbeid mellom NAV-veilederen og lege ser imidlertid ut til å dempe legenes rollekonflikt fordi fastlegen kan be NAV om å ivareta portvokterfunksjonen. Sitatet under viser hvordan en lege erfarer sin rolle.

*«Når det gjelder arbeidsavklaringspenger føler jeg meg litt som portvokter. Når det gjelder uføretrygd føler jeg at NAV er portvokteren. Men jeg tror det er veldig viktig at det ikke er vi som skal godkjenne eller avslå uføretrygd. Da ville det fort bli mange legebytter»* (Fastlege Nordland).

### **Legeerklæringen: Det sikre i det usikre?**

I dette siste avsnittet vil vi vende tilbake til noen sentrale tema i artikkelen og drøfte mer inngående hvilken vekt legeerklæring har knyttet til arbeidsavklaringspenger og arbeidsevnevurderinger og hvordan vi kan forstå legenes rolle når arbeidsevnen skal vurderes i disse sakene.

Ett av målene med å innføre arbeidsevnevurderinger var å legge større vekt på ressurser og muligheter, og mindre vekt på sykdom. Over har vi vist at legeerklæringen og sykdom likevel ofte er det som tillegges mest vekt ved innvilgelse av arbeidsavklaringspenger, og at dette trolig vektlegges mer ensidig enn det som retningslinjene<sup>14</sup> tilsier. Samtidig er det et språk mellom retningslinjene for arbeidsevnevurderingen og rundskrivet for inngangsvilkåret til arbeidsavklaringspenger (§ 11–5). I førstnevnte er legeerklæringen lite omtalt. Arbeidsevnevurderingen legger opp til en helhetlig kartlegging av brukerens liv, og med flere tema og mange ulike kilder til en slik beskrivelse. Samtidig er det i folketrygdloven påkrevd å legge betydelig vekt på legeerklæringen når NAV skal vurdere rett til arbeidsavklaringspenger. Det er ikke selve diagnosen som skal vektlegges, men veilederen skal med utgangspunkt i legeerklæringen og kunnskap om arbeidsmarkedet vurdere hvordan sykdommen og funksjonsevnen påvirker arbeidsevnen. Folketrygdloven og NAV-loven «snakker» i liten grad med hverandre, samtidig som det er lagt opp til at både rett til arbeidsavklaringspenger, og behov for oppfølging etter NAV-lov, skal vurderes i samme prosess. Ifølge Gjersøe (under utgivelse) fremstår legeerklæringen som den mest sikre og autoritative kilden i en kompleks og usikker helhetsvurdering: legeerklæringen er det sikre i det usikre.

Sykdom og diagnose er godt beskrevet i legeerklæringen, mens prognose, funksjonsevne og arbeidsevne oftere er mangelfullt beskrevet. I NAVs retningslinjer<sup>15</sup> er det uklart hvilken rolle funksjonsevnebeskrivelser skal spille når retten til arbeidsavklaringspenger skal vurderes. Imidlertid har skjemaet for legeerklæringen

.....

<sup>14</sup> For arbeidsevnevurdering og arbeidsavklaringspenger.

<sup>15</sup> Merk at funksjonsevne heller ikke er nevnt i lovverket – men er altså en viktig del av legeerklæringen

hele tiden hatt funksjonsevne som sentralt for å forstå hvilke konsekvenser sykdom har for brukers mulighet til å mestre ulike jobber. Funksjonsevnevurdering står også sentralt i trygdemedisinske vurderinger i de fleste vestlige land (Escorpizo og Brage 2015).

Vår undersøkelse viser at mange leger er usikre når de skal beskrive funksjonsevne. I legeerklæringer blandes ofte beskrivelsen av arbeidsevne og funksjonsevne og begge beskrivelser knyttes for ensidig til det yrket bruker har. Dessuten bes legen om å vurdere arbeidsevne selv om det i følge retningslinjene er NAV som skal ha størst ansvar for arbeidsevne. Her er det altså en uklar rolledeling. Når det gjelder funksjonsevne og arbeidsevne er det en risiko for at legens stemme og skjønn i dag gis for stor tyngde selv om legens faglige grunnlag kan være begrenset. Imidlertid er rapporter fra ulike avklaringstiltak ofte en tredje kilde til funksjonsevnevurdering ved siden av legens og brukerens. Slike rapporter er nyttige når veilederne skriver arbeidsevnevurdering fordi tiltakene har basert sin funksjonsevnebeskrivelse på langvarig og omfattende observasjon.

Bedre samarbeid og tettere dialog med helsevesenet peker seg ut som et av de tiltakene som veilederne tror vil ha størst effekt for å bedre kvaliteten i saker om arbeidsavklaringspenger. Sikker elektronisk toveis kommunikasjon er etterspurt både av legene og NAV-veilederne skal innføres i løpet av kort tid. I dag er det mye opp til den enkelte lege og veileder å finne løsninger på sitt kommunikasjonsbehov.

### Forslag

Analysen viser at ulike regelverk og retningslinjer som saksbehandlerne skal forholde seg til er komplekse og ikke er tilstrekkelig harmonisert. Legeerklæringene er sentrale for beslutninger men er ofte mangelfullt utfylt. Det er også uenigheter om hva som bør være legens ansvar i vurderingen av arbeidsevne, og hva som skal være NAVs ansvar. Samtidig er det hvert år mange som søker arbeidsavklaringspenger, og god saksbehandling er av stor betydning for samfunn og enkeltindivid. På bakgrunn av undersøkelsen vil vi komme med følgende forslag:

- Legeerklæringen er et nødvendig dokument ifølge folketrygdloven og er i praksis et sentralt dokument når veilederen skal vurdere rett til arbeids-

avklaringspenger. Likevel er legeerklæringen nesten ikke omtalt i NAVs retningslinjer. Det bør vurderes om det kan lages tydeligere retningslinjer for hva som er en god nok legeerklæring, samt hvordan opplysningene i erklæringen skal brukes og vektlegges i vilkårsvurderingen.

- Det oppleves forvirrende for mange veiledere og brukere at arbeidsevnevurderinger har to ulike formål og er regulert av to ulike lovverk (NAV-lov og folketrygdlov) ved søknad om arbeidsavklaringspenger. En mulig løsning på dette problemet kan være å lage en egen saksbehandlingsprosedyre ved søknad om arbeidsavklaringspenger (§11–5 og § 11–6), og skille den klart fra beskrivelse av arbeidsmuligheter og oppfølging.
- Vurdere å lage klarere rammer for veilederens skjønnsutøvelse slik at de blir i stand til å gjøre en mer selvstendig og enhetlig saksbehandling. En mulig modell er saksdrøftingsmøter av § 11–5 og § 11–6 med deltakelse av veiledere, rådgivende lege og psykolog. En kompetanseveileder fra fylket kan bidra til likere praksis mellom NAV-kontor (se beskrivelse av saksdrøfting i Kann og Lima 2015). Tilnærmingen passer trolig godt i en organisasjon som NAV der medarbeiderne har ulik fagbakgrunn og en tradisjon for at læring foregår «skulder ved skulder» (Bay m.fl. 2014).
- Sette ned en arbeidsgruppe som reviderer skjemaet «legeerklæring ved arbeidsuførhet». Brukerens funksjonsevne er i mange tilfeller ikke omtalt, eller så er den ikke beskrevet slik NAV ønsker den skal beskrives. Legene etterlyser en kortfattet støttetekst som forklarer hva NAV ønsker informasjon om i funksjonsevnevurderingen.
- Det er en uklar rolledeling mellom NAV og helsevesenet i når det gjelder å fastsette arbeidsevne. Det bør vurderes å tydeliggjøre at det endelige ansvar for dette ligger hos NAV, mens legens vurdering inngår som et råd. Det å ha systematisk arbeidsmarkedekspertise er en oppgave som ligger mer naturlig hos NAV enn hos helsevesenet.
- NAV sliter med å få legene til å stille på felles møter som er viktige for å diskutere forståelse av regelverk og praksis. Partene bør komme til enighet om en rammeavtale for slike møter og løse uenigheten om godtgjøring for deltakelse.

- Vurdere å innføre et dialogmøte for mottakere av arbeidsavklaringspenger med deltakelse av NAV, lege, bruker og eventuell arbeidsgiver. Dette bør i hovedsak gjelde for brukere med arbeidsgiver der målet er å beholde arbeid eller der målet er å avklare arbeidsevne ved hjelp av tiltak. Hensikten er å få en så kjapp og presis avklaring av arbeidsevnen som mulig.

## Referanser:

Aarseth, Guri., Bård Natvig, Eivind Engebretsen og Anne Helene Kveim Lie (2014), «Legeerklæring ved arbeidsuførhet – skjema til besvær», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134 (1), s. 58–6.

Bay, Ann-Helén, Eric Breit, Knut Fossetøl, Anne Skevik Grødem og Lars Terum, Inge (2015) *NAV som lærende organisasjon*. Oslo: Institutt for Samfunnsforskning.

Berg, Helene, Lars-Erik Becken, Synne Klingenberg og Pia Dybvik Staalesen, (2011) *Arbeidsevnevurdering i NAV. Evalueringsrapport*. Oslo: Proba samfunnsanalyse.

Brage, Søren og Hernes, Thorgeir. (2010) «Medisin, helse og NAV». I: Hernes, Thorgeir. m.fl. (red.) *Arbeidsinkludering. Om det nye politikk- og praksisfeltet i velferds-Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brage, Søren, Nils Fleten, Ole Gard Knudsrød, Harald Reiso og Arne Ryen, (2004). «Norsk Funksjons-skjema – et nytt instrument ved sykmelding og uførhetsvurdering». *Tidsskrift for den norske legeforening*, 124, s. 2472–2474.

Escorpizo, Ruben og Brage, Søren (2015) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF*. Springer Cham Heidelberg, New York, Dordrecht, London. DOI:10.1007/978-3-319-08825-9.

Galaasen, Anders Mølster og Lima, Ivar Andreas Åsland (2014) «Arbeidsevnevurderinger i NAV: Kunnskapsstatus og veien videre». *Arbeid og Velferd*, 3/2014, s. 49–63.

Gjersøe, Heidi Moen (2015) «Regulating Inflow or Outflow: A Comparison of the Work Capability Assessments in the UK and Norway», *Journal of Social Policy*, s. 1–18. DOI: 10.1017/S0047279415000471.

Gjersøe, Heidi Moen (under utgivelse) «Vurdering av arbeidsevne i NAV: Et spørsmål om kunnskap?»

Gulbrandsen, Pål, Førde, Reidun og Aasland, Olaf Gjerløw (2002) «Hvordan har legen det som portvakt?». *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, s. 1874–9.

Ihlebak, Camilla, Hege R. Eriksen og Holger Ursin (2004) SHC – et måleinstrument for subjektive helseplager. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 41 (5), 385–387.

Kann, Inger Cathrine og Lima, Ivar Andreas Åsland (2015) «Tiltak i NAV Hedmark ga færre nye mottakere av arbeidsavklaringspenger», *Arbeid og velferd*, 2/2015. s. 77–94.

Krohne, Kariann og Brage, Søren (2008) «How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study». *British Journal of General Practice*. December 2008.

Mandal, Roland, Håvard Jacobsen Ofte, Chris Jensen og Solveig Osborg Ose, (2015) *Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning?* Trondheim: SINTEF.

Mjøset, Lars (2009) «The contextualist approach to social science methodology». I Byrne, David (red.) *The Sage Handbook of Case-Based Methods*. London: Sage.

Nicolaisen, Heidi (2015) «A'en i arbeidsevnevurderingen. Praksis og dilemmaer», *Arbeid og velferd*, 3/2015, 91–104.

Nicolaisen, Heidi og Lima, Ivar Andreas Åsland (2015) «Arbeidsevnevurderingen: Reell brukermidvirkning?» *Arbeid og velferd*, 2/2015, 35–49.

Riksrevisjonen (2014) *Riksrevisjonens undersøkelse av NAVs arbeidsrettede oppfølging av personer med nedsatt arbeidsevne*. Dokument 3:10 (2013–2014).

Winde, Lee, D., Kristina Alexanderson, Benedicte Carlsen, Linnea Kjelard, Anna Löfgren Wilteus og Sturla Gjesdal (2012) «General Practitioners' Experiences with Sickness Certification: A Comparison of Survey Data From Sweden and Norway», *BMC Family Practice*, 13:10

### **Retningslinjer, hørings svar og politiske dokument**

Den norske legeforening (2008) *Hørings svar*. Datert 12.03.2008.

Etiske regler for leger, vedtatt av Landsstyret i den norske Legeforening i 1961, med endringer, senest 2015. Lesedato 25.1.2016 på: <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>.

Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. Ikrafttredelse: 01.01.2009. Lesedato 5.1.2016, tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486>.

Ot. prp. nr. 4 (2008/2009), *Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover (arbeidsavklaringspenger, arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplaner)*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

St. meld. nr. 9 (2006/2007), *Arbeid, velferd og inkludering*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Hørings svar til Forslag om ny midlertidig folketrygd- ytelse (arbeidsavklaringspenger) og forslag om å innføre rett og plikt til arbeidsevnevurderinger og aktivitetsplan.

Universitetet i Oslo (2008). *Hørings svar*. Datert 13.03.2008.