



SAMMENDRAG OG ANBEFALINGER

fra sluttrapport i følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt "Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten

Forfattere: Silje L. Kaspersen, Mari Gunnes og Solveig O. Ose

Dette dokumentet inneholder kun sammendrag og anbefalinger fra to rapporter som presenterer funn i den forskningsbaserte følgeevalueringen av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid som SINTEF og NTNU har gjennomført på oppdrag fra de fire regionale helseforetakene:

- 1) Kaspersen, SL., Gunnes, M. og Ose, SO. (2022): Sluttrapport. Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt "Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. SINTEF-rapport 2022:00168. Trondheim.
- 2) Kaspersen, SL., Kalseth, J., Gunnes, M., Hara, K.W. og Ose, SO. (2022): Vedlegg til sluttrapport. Følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten. SINTEF-rapport 2022:00169. Trondheim.

Evalueringen har pågått fra desember 2018 til desember 2021, og bygger på et omfattende empirisk materiale bestående av både registerdata, spørreskjemaundersøkelse i to runder og intervju med en rekke aktører hvert av årene. Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå. I boksen under presenteres de viktigste problemstillingene vi har jobbet med i evalueringen.

Status og innhold i Helse og arbeid/HelseArbeid

Vi presenterer status for omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid både når det gjelder hvor langt regionene har kommet i implementeringen, hvilke tilbud som finnes, i hvilken grad tjenestene er tverrfaglige og har fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom.

Arbeidsrettede tiltak

Vi har undersøkt hvilke tiltak innenfor helse og arbeid som defineres som arbeidsrettede, hvordan tjenestene selv sier at de jobber arbeidsrettet og hva de opplever som nyttige grep, hvordan de som jobber i arbeidsrettede tilbud og *ikke* er helsepersonell opplever som sin rolle (f.eks. NAV-ansatte i poliklinikk), og i hvilken grad veilederen for arbeidsrettet rehabilitering benyttes i tjenestene.

Organisering og samhandling internt og eksternt

Vi har studert hvordan omleggingen har påvirket organiseringen av de arbeidsrettede behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning omleggingen har hatt for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt med andre relevante aktører som NAV og fastleger.

Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser

Vi har studert hvilke tilbud som fantes før omleggingen, hvilke tilbud som ble nedlagt, etablert eller videreført innenfor Helse og arbeid for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser – og hva dette har gjort med sammensetningen av pasientpopulasjonen. Vi har også undersøkt hvordan tilbudene har opplevd å skulle bruke prioriteringsforskriften i sin rettighetsvurdering av pasienter til Helse og arbeid.

Sykefravær

"Raskere tilbake" ble også kalt "sykepengeprosjektet", og det har vært et klart mål om at ordningen skulle redusere sykefraværet. Vi har studert i hvilken grad "Raskere tilbake"-pasientene fikk lavere sykefravær etter behandling enn sammenliknbare pasienter som ikke var behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud. Vi har også studert om det var forskjeller i sykefraværet hos pasienter som fikk "Raskere tilbake"-tilbud før 2018, sammenliknet med pasienter som fikk tilbud innen Helse og arbeid i 2018, og om pasientsammensetningen har endret seg etter omleggingen.

Samfunnsøkonomisk vurdering

For å se Helse og arbeid-satsingen i et større helse- og velferdstjenesteperspektiv har vi gjort en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering av i hvilken grad omleggingen til Helse og arbeid synes å ha vært et godt grep for å redusere sykefravær og få folk tilbake i jobb.

Sammendrag

Å være i arbeid er en av de aller viktigste måtene å sikre seg inntekt på, og økonomisk sikring er essensielt for at den enkelte skal ha god livskvalitet og kunne delta fullt ut i samfunnslivet. Arbeidsdeltakelse er med på å forme vår personlige identitet, kan gi fellesskapsfølelse og sosialt nettverk, og for de aller fleste av oss er derfor arbeid bra for helsa. At arbeidsdeltakelse ses på som en kilde til god helse i seg selv, og settes som et mål for behandlingen, er det som skiller de arbeidsrettede tilbudene fra det øvrige tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Helse og arbeid-tilbudene i spesialisthelsetjenestene defineres slik på Helsenorge.no:

Helse og arbeid er et tilbud til de som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole, eller som står i fare for å falle ut. Tilbudet skal gjøre det mulig for de som blir henvist å komme lettere tilbake i arbeid. Det er også et tilbud til de som står i fare for å bli sykemeldt, der målet er å unngå sykemelding. Tilbudet gjelder også hvis målet er å fungere bedre i en studiehverdag.

Evalueringen har pågått fra desember 2018 til desember 2021, og bygger på et omfattende empirisk materiale bestående av både registerdata, spørreskjemaundersøkelse i to runder og intervju med en rekke aktører hvert av årene. Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå.

Kunnskapsgrunnlag

Systematiske litteraturgjennomganger på feltet arbeidsrettet behandling og rehabilitering har i stor grad konkludert med fravær av effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for retur til arbeid, metodiske svakheter i studiene og lav tillit til resultatene. Generelt finner man bedre effekt av mer komplekse intervensjoner som går over noe tid, sammenliknet med korte polikliniske intervensjoner. Dette gjelder særlig innenfor muskel-skjelett- og smertelidelser. Studiene med mest lovende effekter har vært innenfor arbeidsrettet kognitiv terapi, kreftrehabilitering med fokus på arbeidsfokusert behandling, intervensjoner som fokuserer på problemløsningskompetanse og stressreduksjon, samt IPS.

Forskningslitteraturen viser ikke negative effekter av arbeidsrettede tilbud på retur til arbeid, og tiltakenes effekt på symptomreduksjon, mestringstro og fysisk-, sosial-, og kognitiv funksjon rapporteres ofte å være bedre eller den samme som andre aktive tiltak eller vanlig praksis. Også studier av brukererfaringer fra tidligere "Raskere tilbake"-tilbud kan vise til svært tilfredse pasienter, men generaliserbarheten i resultatene er uklar, da man ofte ikke har hatt reelle kontrollgrupper å sammenlikne med. Vi anbefaler at det forskes mer på hva det er som gjør at arbeidsrettede behandlingstilbud i større grad enn øvrige tilbud kan se ut til å føre til friskere pasienter, og hvorfor det likevel er vanskelig å påvise effekt på sykefravær og retur til arbeid.

Status og innhold i tjenestene

Helseforetakene har i stor grad implementert Helse og arbeid i henhold til oppdraget. Landet sett under ett har det skjedd en markant utvikling i samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern på dette feltet, sammenliknet med under "Raskere tilbake"-perioden. Gitt utbredelsen av HelseArbeid og økt samarbeid med NAV, kursdeltakelse fra hele landet i jobbfokusert kognitiv terapi og økt bruk av felles spørreskjemapakker med arbeid som mål, vil en større andel av Helse og arbeid-pasientene i dag motta arbeidsrettet, tverrfaglig utredning og behandling, sammenliknet med hvordan tilbudene var rigget før omleggingen. Dette under forutsetning om at tilbudene faktisk jobber i henhold til anbefalingene i disse modellene, noe evalueringen gir inntrykk av at de fleste gjør. Tilbakemeldingene fra fagfolk i tjenestene peker på flere utfordringer med å skulle få til tverrfaglighet og samtidighet i tjenestene, der ulike

arbeidskulturer mellom de fysikalsk medisinske tilbudene og psykisk helsevern er ett utfordringsområde, særlig der tilbudene ikke er samlokalisert.

Selv om Helse og arbeid-tilbudene fortsatt varierer såpass mye i organisering, innhold og omfang at langt fra alle pasienter mottar et likeverdig tilbud uavhengig av hvor i landet de bor, er det med stor sannsynlighet mer likeverdig og mer tverrfaglig innenfor muskel- skjelett og psykisk helse enn det var før omleggingen, særlig når det gjelder tilgjengelighet. Ettersom det ble bestemt at tilbudene innenfor arbeidsrettet kreftrehabilitering og ervervet hjerneskade også skulle få fortsette i Helse og arbeid, kan det stilles spørsmåltegn ved hvorfor ikke dette er tilbud som i større grad blir systematisk forsøkt implementert andre steder i landet. Særlig kreftoverleverne vil utgjøre en stadig større andel av arbeidspopulasjonen, og flere studier har funnet god effekt av arbeidsfokusert rehabilitering for denne gruppen (Stapelfeldt, 2019¹). Flere av informantene i evalueringen har ønsket seg større grad av diagnoseuavhengige tilbud også i helseforetakene, og når vi spør om pasientgrupper som de ser behov for å inkludere nevnes bl.a. uspesifikke symptomer, overvektsproblematikk, større utbredelse av tilbud innen kreft og hodepine/hjernetraume/post commotio, CFS/ME, utbrenthet og insomni.

Registreringen av debitorcode 20 falt betydelig i 2018, og har vært for dårlig til at vi kan identifisere alle pasienter som har mottatt Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten i registerdata. Vi anbefaler at fagfeltet diskuterer en revitalisering av kodepraksisen slik at man kan identifisere hvilke pasienter som har fått arbeidsrettet utredning/behandling, og at nasjonale helse- og velferdsmyndigheter utreder muligheten for at registerdata på arbeidsutfall kobles til aktivitetsdata fra NPR, og at det gis systematisk tilbakemelding til tilbudene om hvor stor andel av pasientene som f.eks. ble avsluttet i løpet av siste kvartal som ikke er sykmeldt, på AAP eller uføretrygdet. Vi mener en slik tilbakemelding til tjenestene vil synliggjøre nytten av koding og kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene. Å knytte refusjonstakst til koden vil gi nødvendige insentiver til koding.

Arbeidsrettede tiltak

Med omleggingen til Helse og arbeid har alle helseforetakene nå polikliniske tilbud innen tverrfaglig arbeidsrettet behandling. Disse har blitt relativt like de tradisjonelle ARR-tilbudene i fagsammensetning, men tilbyr ikke døgnbehandling. De færreste Helse og arbeid-tilbudene jobber aktivt opp mot arbeidsgiver, noe ARR-tilbudene i større grad gjør. Mens ARR-tilbudene tradisjonelt har hatt døgnbaserte behandlingstilbud, ser vi en dreining mot at det også tilbys kortere mestringstilbud og dagbehandling hos ARR-leverandørene. I så måte smelter skillet mellom arbeidsrettet utredning/behandling og rehabilitering mer sammen etter omleggingen. Etter omleggingen har det blitt utviklet egne spørreskjemapakker med arbeidsrelaterte spørsmål som flere av tilbudene benytter seg av, og mange rapporterer å bruke en del av de samme kartleggingsverktøyene på tvers av tilbud. Systematisk kartlegging av arbeidsrelaterte forhold i utredningen, bruk av jobbfokusert kognitiv terapi og NAV-veiledere med arbeidssted i poliklinikkene er typiske eksempler på hvordan Helse og arbeid-tilbudene jobber arbeidsrettet. Nesten alle respondentene i vår spørreundersøkelse høsten 2021 opplever at de jobber arbeidsrettet i tjenesten.

Organisering og samhandling internt og eksternt

I forbindelse med omleggingen sto helseforetakene fritt til å velge organiseringsmodell selv så lenge de leverte tverrfaglig, arbeidsrettet utredning og behandling til pasienter med muskel- og skjelett og/eller vanlige psykiske lidelser. Helse Nord utmerket seg med en lederstyrt implementering av HelseArbeid-senter i alle helseforetak, godt forankret i RHF'et og helseforetaksledelsen. Basert på resultater fra spørreundersøkelser og intervju ser vi at ansatte og ledere i Helse Nord skiller seg positivt ut på mange indikatorer. Vi har valgt å trekke fram Nordlandssykehuset HF som et godt eksempel fordi de er samlokalisert og har nært samarbeid med både Rask psykisk helsehjelp i kommunen og IPS i helseforetaket, og dermed dekker hele spekteret av alvorlighetsgrad for de som henvises for psykiske problemer og lidelser. Organiseringen gjør dem i stand til å prioritere pasientstrømmen godt.

Det er generelt forbedringspotensial når det kommer til samarbeid internt i helseforetakene rundt pasienter som trenger både fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern. Under halvparten av de ansatte som svarte på vår undersøkelse høsten 2021 oppga at samarbeidet er godt rundt disse pasientene. Det var også få av de private tjenesteleverandørene innen Helse og arbeid som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde et tilfredsstillende samarbeid med Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre er det noen steder uklar rollefordeling mellom Helse og arbeid-poliklinikker og vanlige allmennpsykiatriske poliklinikker – og det har kommet innspill på at Helse og arbeid noen steder blir en snarvei inn til DPS som fastlegene utnytter. Det var samarbeidet med fastlegen og NAV i poliklinikken som skåret best i den siste undersøkelsen, mens arbeidsgivere skåres høyt særlig i private ARR-tilbud. Det er liten tvil om at utbredelsen av HelseArbeid-modellen har bidratt til et styrket og bedre samarbeid mellom NAV og helsetjenesten i hele landet, men fortsatt er det en del ubesvarte spørsmål rundt hva og hvordan et optimalt samarbeid mellom de to instansene kan foregå, og man bør i videre forskning se på brukeropplevd merverdi av dette samarbeidet. Det er for dårlig systematisk samhandling med kommunehelsetjenesten i de fleste Helse og arbeid-tilbudene per i dag, her har omleggingen i for liten grad ført til konkrete endringer på nasjonalt nivå.

Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser

Vi har presentert hvordan registerdata fra Norsk pasientregister, NAV og SSB kan belyse pasientsammensetning og utvikling innenfor arbeidsrettet behandling og rehabilitering i perioden 2008-2018. Vi fant at helseforetakene ser ut til å ha fulgt oppfordringen om å inkludere flere unge personer i tjenestene etter omleggingen, og det er i all hovedsak muskel- og skjelett og psykisk helse-relaterte tilbud som dominerer, slik anbefalingene ved omlegging var. Psykisk helsevern har utgjort en stadig større andel av "Raskere tilbake"-tilbudene gjennom perioden, mens somatikken krympet fra 95 prosent i 2008 til 67 prosent i 2017. I 2018 ble 62 prosent av pasientene kodet i somatikk, 30 prosent i psykisk helsevern, 0 i TSB og 8 prosent i arbeidsrettet rehabilitering (en dobling fra i andel fra 2017, men tallene for 2018 er usikre). I løpet av studieperioden har en stadig større andel av pasientene i "Raskere tilbake" blitt behandlet i minst to ulike sektorer (f.eks. somatikk og psykisk helsevern) innenfor samme år. Dette kan være en indikator på at flere utredes og behandles for samtidig helseproblematikk.

Både de offentlige og private tilbudene har formidlet at de opplever å få mer komplekse pasienter som står lenger fra jobb enn tidligere, noe som er en naturlig konsekvens når prioriteringsforskriften skal legges til grunn. Vi ser det også i våre registerdata – pasientene i Helse og arbeid i 2018 hadde vært lenger sykmeldt i perioden før behandling, enn pasientene under "Raskere tilbake" før 2018. Rundt 60 prosent av fagfolkene som besvarte vår undersøkelse sier at de opplever å få pasienter som matcher tilbudet deres godt. Hos de resterende har de en opplevelse av at tilbudet ikke matcher helt, og de ønsker typisk å kunne prioritere "lettere" pasienter som har vært kortere sykmeldt, for å kunne sette inn tiltak tidligere. Tilbakemeldingene på presiseringene i prioriteringsrapporten som kom fra en interregional arbeidsgruppe i 2020, tilsier at den tolkes i retning av å prioritere pasienter som står nærmere arbeid (nyttekriteriet og "tidlig inn" vektlegges).

Slik vi oppfatter det har signalene fra sentralt hold i flere av helseregionene vært at IPS ikke ligger innenfor ansvarsområdet til Helse og arbeid, ettersom alvorlig syke pasienter ikke vil kunne nyttiggjøre seg Helse og arbeid-tilbudene. For oss virker det som et kunstig skille, og vi ønsker en debatt om hvorvidt IPS bør inngå i Helse og arbeid-satsingen i alle helseregioner, gitt at man kan kode IPS-aktivitet slik at man vet hvem som har fått denne type oppfølging.

Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær

Resultater fra registeranalyser gjennomført i forbindelse med følgeevalueringen viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling i somatikken ikke er forskjellig for de som har fått behandling kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og utdanningsnivå. Når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det er en marginal større økning i ytelser (under én dag) for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

Innenfor psykisk helsevern er endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling ikke forskjellig for de som har fått debitor 20 behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. Når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det er en marginalt større nedgang i ytelser (2-3 dager) før og etter behandling for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

Innen arbeidsrettet (poliklinisk) rehabilitering viste resultatene at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling var forskjellig for de som har fått debitor 20 behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. De som hadde fått behandling merket med debitor 20 har en gjennomsnittlig nedgang på 8-9 dager med sykefravær. Men når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det ikke er systematiske forskjeller mellom de som er kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling innen rehabilitering for samme diagnose, kjønn, alder og utdanningsnivå. Det kan være større effekt av døgnbehandling, men døgnpasientene utgjør uansett en liten andel av debitor 20 populasjonen.

Resultatene i dette kapitlet kommer fra nasjonale analyser og inkluderer over 93 prosent av alle pasientene som har fått behandling kodet med debitor 20 i perioden 2008-2018. Selv om det er små effekter på nasjonalt nivå, kan det være enkelttilbud som har større effekt. Men generelt sett, har denne nasjonale satsningen hatt liten betydning for utviklingen i sykefraværet og andre helserelaterte ytelser i denne perioden.

Samfunnsøkonomisk vurdering

Vi har gjort en samfunnsøkonomisk vurdering av arbeidsrettede tilbud i spesialisthelsetjenesten, gitt det vi vet om effekten på retur til arbeid for pasientene. Sysselsetting og deltakelse i arbeidslivet er faktorer som bidrar både gjennom økt verdiskapning og høyere skatteinntekter for staten, og gjennom lavere utgifter til folketrygden dersom man klarer å hindre frafall og øke inkludering i arbeidslivet. Tiltak og tjenester som påvirker yrkesdeltakelsen er derfor viktige i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Fordi høyt sykefravær på individnivå øker sannsynligheten for å falle ut av arbeidslivet, vil tiltak som reduserer sykefravær og motvirker at sykmeldte går over på varige ytelser, være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Tiltak som ikke påvirker yrkesdeltakelse og arbeidstilbud vil dermed ha betydelig lavere samfunnsøkonomisk gevinst enn tiltak som påvirker sysselsettingen. Det kan argumenteres med at bedre livskvalitet og symptomlette kan påvirke produktiviteten til ansatte, ved at friskere ansatte gir høyere produktivitet. Slik sett kan vi tenke at sykefravær og fravær fra arbeid er et endepunkt for en produktivitetskurve som faller med lavere livskvalitet og større symptomtrykk til null/ingen produktivitet når sykefraværet er et faktum. Dersom ikke sykefraværet eller yrkesdeltakelsen påvirkes, slik våre funn i kapittel 5 tyder på, forsvinner det *samfunnsøkonomiske* argumentet som lå til grunn for etableringen av "Raskere tilbake"-tilbudene tilbake i 2007.

Dette betyr sannsynligvis også at Helse og arbeid tilbudene etter omleggingen må begrunnes med noe annet enn at de bidrar til redusert sykefravær og økt arbeidsdeltakelse. Framtidige randomisert kontrollerte studier vil kunne si mer om hvordan de nåværende Helse og arbeid-tilbudene påvirker mottak av helserelaterte ytelser, men registerdata fra NPR vil i liten grad kunne spore disse pasientene etter omleggingen i 2018 på grunn av manglende koding av arbeidsrettet behandling.

At ansatte i spesialisthelsetjenesten skal kjenne til fordelene av å være i arbeid og ulempene det medfører å være utenfor arbeidslivet på individnivå, synes fornuftig. At de i sin kontakt med pasientene kan bidra til å motivere noen til å komme tilbake i arbeid, og kanskje dermed redusere antall dager med behov for sykmelding eller annen helserelatert ytelse for enkeltpasienter – lyder også fornuftig. At det bygges egne tilbud i spesialisthelsetjenesten som skal ha et arbeidsfokus i behandlingen, kan være en strategi for på lenger sikt å øke arbeidsfokus i hele spesialisthelsetjenesten. Men som tiltak for å få ned sykefraværet på nasjonalt nivå er det tvilsomt at det har effekt. Kanskje ville tiltak som forebygger helseproblemer og behov for sykmelding ute på arbeidsplassene og i kommunene der folk lever sine liv, gitt tydeligere effekt på sykefraværet.

Anbefalinger

Forskning og utvikling

- Systematiske litteraturgjennomganger finner i liten grad effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten på retur til arbeid. Få av studiene er gjennomført slik at man kan ha høy tillit til resultatene. Her har hele arbeid og helse-feltet en utfordring. At Norge nå har arbeidsrettede tilbud i alle helseforetak er et godt utgangspunkt for større multisenterstudier som kan undersøke hvilke komponenter i arbeidsrettet utredning, behandling og rehabilitering som eventuelt påvirker bruken av helserelaterte ytelser. **Vi anbefaler at det utarbeides en felles nasjonal forskningsstrategi på feltet der lederforankring i Helse og arbeidstilbud og samarbeid med Fagrådet for arbeid og helse og helse- og velferdsmyndighetene blir viktig.** Evalueringen støtter for øvrig anbefalingene om forskning, fagutvikling og brukerinvolvering gitt i ny [Strategi for fagfeltet arbeid og helse](#).
- **Det bør forskes mer på hva det er som gjør at arbeidsrettede behandlingstilbud i større grad enn øvrige tilbud kan se ut til å føre til friskere pasienter,** og hvorfor det likevel er vanskelig å påvise effekt på sykefravær og retur til arbeid. At pasienter som har fått et arbeidsrettet tilbud er mer fornøyd enn andre pasienter kan være et argument for å spre ut og øke arbeidsfokus i hele spesialisthelsetjenesten. Her er Helse og arbeid-tilbudene i en særstilling for å kunne drive kunnskapsspredning til øvrige tjenester, noe vi anbefaler at tjenestene vurderer å jobbe systematisk med i eget helseforetak og opp mot kommunehelsetjenesten.
- Manglende kodepraksis gjør at vi etter omleggingen til Helse og arbeid ikke har full informasjon i Norsk pasientregister om hvilke pasienter som har mottatt arbeidsrettet utredning og behandling. **Fagfeltet bør diskutere om en revitalisering og samkjøring av kodepraksisen kan være nyttig for framtidig forskning og utvikling i Helse og arbeid-tilbudene. Å knytte refusjonstakst til koden vil være et viktig grep for å få oppslutning om kodingen.**
- Vi anbefaler å utrede muligheten for å koble data fra Norsk pasientregister til NAV-data (helserelaterte ytelser, sysselsetting mv.), og **gi systematisk tilbakemelding til Helse og arbeid-tilbudene på arbeidsutfall for pasientene i månedene og årene etter avsluttede Helse og arbeid-forløp.** Dette kan fungere som kvalitetsindikatorer, input i forskning og bidra til tjenesteutvikling. Helse-dataservice og helseanalyseplattformen kan være relevante aktører i et slikt initiativ.

Implementering

- Det er implementert Helse og arbeid-tilbud for pasienter med muskel- og skjelett og psykiske lidelser i alle helseforetak, men det gjenstår å kalibrere innholdet i tilbudene for å unngå uønsket variasjon og sørge for lik tilgjengelighet til tilbudene. For å lykkes med det bør det være en overordnet **nasjonal tjeneste/kompetansenettverk** el.l. med ansvar for å skape en felles framtidig arena for forskning, kunnskapsutveksling og metodeutvikling på feltet. Det er viktig at tjenesten inkluderer både offentlige og private aktører innenfor Helse og arbeid, og favner både

poliklinisk og døgnbasert arbeidsrettet utredning, behandling og rehabilitering på tvers av sektorområder. Miljøene som har mottatt kompetansespredningsmidler etter omleggingen bør involveres systematisk også framover.

- Fagfeltet etterspør større frihet til å etablere **diagnoseuavhengige tilbud** innenfor Helse og arbeid i helseforetakene, og dette er en debatt som bør tas i fagfeltet. Gitt korrekt koding av arbeidsrettet behandling til NPR vil man uansett vite hvilke diagnoser pasientene har fått behandling for.
- Det finnes noen relativt små, men gjennomarbeidede, Helse og arbeid-tilbud vi mener har stort forskningspotensiale og potensial for større utbredelse enn i dag. Dette gjelder særlig **arbeidsfokuset kreftrehabilitering, og tilbud innenfor hjernetraume og hodepine**. Det finnes også tilbud rettet særlig mot **unge pasienter** i Helse og arbeid som man bør prioritere å forske på og spre kunnskap om.
- IPS har tradisjonelt vært rettet mot mer alvorlig syke pasienter, men ideologien det jobbes etter er såpass lik at vi anbefaler å **inkludere IPS som en del av Helse og arbeid** i alle helseregioner. Modellen eger seg godt for å få til bedre samarbeid med fastleger, psykologer i kommunen, psykisk helsearbeid i kommunen, arbeidsgivere og NAV – samarbeidsaktører Helse og arbeid-tiltakene selv ønsker å samarbeid mer med. Det blir likevel viktig å kunne skille IPS fra annen metodikk.

Organisering og samhandling

- Det uttrykkes svært positive erfaringer med **samløkalisering** for de av Helse og arbeid/HelseArbeid-tilbudene som har samlet fysisk medisinske tilbud, psykologtilbud og ev. NAV på samme lokasjon. Vi har løftet fram Nordlandssykehuset HF sitt HIA-senter som godt eksempel, der man også er samlokalisert med kommunehelsetjenesten og Rask psykisk helsehjelp i den største kommunen i opptaksområdet. En slik organisering virker hensiktsmessig, og man bør samtidig vurdere å inkludere eventuell Frisklivssentral og rehabiliteringstiltak innenfor muskel- og skjelett i kommunen.
- Fagfolk i tjenestene påpeker stort behov for bedre samarbeid rundt pasienter som trenger **både et fysisk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern**, men det trengs mer kunnskap om omfanget av pasienter med slik sammensatt problematikk.
- Helse og arbeid-tilbudene bør, i større grad enn i dag, jobbe systematisk for å få til økt samarbeid med **kommunehelsetjenesten og fastlegene** i opptaksområdet.
- Det systematiske samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene er betydelig styrket etter omleggingen, men det er fortsatt uklart hvor **merverdien av å ha NAV i poliklinikken** ligger og om dette er en samarbeidsform som er samfunnsøkonomisk lønnsom i betydningen at den påvirker bruk av helserelaterte ytelser. Vi anbefaler at dette utforskes videre.

Prioritering

- Fagfolk i tjenestene oppgir at en relativt høy andel av pasientene (ca. 40 %) i liten grad matcher tilbudet deres etter at prioriteringsveileder og rettighetsvurdering avgjør inntak. Dette handler som regel om å møte pasienter med komplekse helseproblemer som står langt fra arbeid (lange sykefravær/AAP). Fagfeltet bør jobbe med **metodeutvikling** for å møte behovet hos disse pasientene, og vi anbefaler å holde øye med pasientsammensetningen i tilbudene over tid.
- Det er et ønske fra mange av fagfolkene i Helse og arbeid-tilbudene om å kunne komme tidligere inn i pasientforløpene for å forebygge lange sykefraværforløp. Litteraturen viser at hva som vil være "the golden hour" for å intervensere varierer mellom diagnosegrupper og typer intervensjoner, og det bør forskes mer på hvilke typer intervensjoner som passer for hvem, og på hvilket tidspunkt.

- Pandemien medførte nye og effektive digitale metoder for oppfølging og kontroller av pasienter i Helse og arbeid-tilbudene, og for de pasientgruppene dette passer for, anbefales det å tilby pasientene **et digitalt alternativ**.

Samfunnsøkonomisk vurdering

- Basert på en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av omleggingen i form av videreføring og oppbygging av arbeidsrettede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten anbefaler vi at tjenestene **tilpasses behovene til pasientene som skal prioriteres**, heller enn å forsøke å rekruttere "riktige" pasienter til et tilbud som skal redusere sykefraværet i arbeidslivet.
- Vi anbefaler å bruke **Helsefelleskapene** til å diskutere hvordan ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene bør være for ulike grupper i befolkningen, kartlegg tilbudene som finnes og lag en plan om hva det er fornuftig å utvikle videre i kommunene, og hva som bør utvikles i de spesialiserte helsetjenestene.
- Samarbeid kan være ressurskrevende for alle parter, og i et samfunnsøkonomisk perspektiv må derfor målet for samarbeidet og innholdet i samarbeidet være godt fundert. **Mekanismene som tilsier at økt samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten reduserer sykefraværet og frafall fra arbeidslivet må identifiseres og synliggjøres, og målet for samarbeidet bør reflektere dette.**
- At det bygges egne tilbud i spesialisthelsetjenesten med arbeidsfokus i behandlingen, kan være en strategi for på lenger sikt å øke arbeidsfokuset i hele spesialisthelsetjenesten. Men som tiltak for å få ned sykefraværet på nasjonalt nivå er det tvilsomt at det har effekt. Kanskje vil tiltak som forebygger helseproblemer og behov for sykmelding ute på arbeidsplassene og i kommunene der folk lever sine liv, gi tydeligere effekt på sykefraværet.