

Vedlegg til sluttrapport

Følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten

VERSJON
1

DATO
2022-02-14

FORFATTERE

Silje L. Kaspersen
Jorid Kalseth
Mari Gunnes
Karen W. Hara
Solveig Osborg Ose

OPPDRAGSGIVERE

De fire regionale helseforetakene

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Tone Enget Westby

PROSJEKTNUMMER

102017974

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

332 + referanser

Sammendrag

Dette er et vedlegg til sluttrapporten i forbindelse med følgeevalueringen av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten. Vedleggsrapporten inneholder dokumentasjon av metoder, datagrunnlag og resultater. Den er ment som et oppslagsverk til den oppsummerende hovedrapporten, men kan også leses som en egen rapport. Følgeevalueringen har benyttet både kvalitative og kvantitative data, og baserer seg på metodetriangulering.

Kapittel 1 gir en innføring i følgeevalueringens problemstillinger og design. Kapittel 2 gir en beskrivelse av "Raskere tilbake"-ordningen slik den var og rammene for omleggingsprosessen. Kapittel 3 gir en metodebeskrivelse av de data evalueringen baseres på, og analyser av disse. I kapittel 4 presenterer vi datagrunnlag og resultater av analysene. Kapittel 5 inneholder registeranalyser av tilbudenes effekt på helserelaterte ytelser, hovedsakelig i tiden før omleggingen, mens vi i kapittel 6 gir en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av arbeidsrettede tilbud i spesialisthelsetjenesten og målet om å få folk tilbake i jobb.

Rapportnummer: 2022:00169

ISBN: 978-82-14-07545-8

Innholdsfortegnelse

1	Følgeevalueringens problemstillinger og design	7
1.1	Om evalueringen	7
1.2	Problemstillinger og forskningsspørsmål	7
1.3	Følgeevalueringens design	10
1.3.1	Metodetriangulering	10
1.4	Etikk	11
1.5	Styringsgruppe	11
2	Om "Raskere tilbake"-ordningen og omleggingsprosessen	12
2.1	Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte	12
2.2	Mål om redusert ventetid og derigjennom redusert sykefravær	12
2.3	Fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid	13
2.3.1	Omlegging av finansieringsordningen	14
2.3.2	Fra fokus på redusert ventetid, til fokus på arbeidsretting og samtidighet	15
2.3.3	Prioritering og rettighetsvurdering	16
2.4	Registrering av "Raskere tilbake" og arbeidsrettet behandling	19
2.5	Informasjon til befolkning og henvisere om tilbudene	20
3	Metodebeskrivelser	21
3.1	Litteraturgjennomgang	21
3.1.1	Søkestrenger, systematiske kunnskapsoppsummeringer	21
3.2	Intervju	22
3.2.1	Innledende intervju under i tjenestene (2019)	22
3.2.2	Intervju i alle helseforetak 2020	24
3.2.3	Workshop med fylkesrepresentanter i NAV om samarbeidet med helsetjenesten	25
3.3	Spørreundersøkelser	26
3.3.1	Kartlegging 2019	26
3.3.2	Kartlegging 2021	26
3.3.3	Survey etter deltakelse på nettverkssamling med Arbeids- og velferdsdirektoratet	26
3.3.4	Kartlegging av tilbud blant private aktører med avtale	27
3.4	Aktivitetsdata 2017-2021 (datauttak fra RHF-ene)	28
3.5	Fastlegehenvvisninger til HelseArbeid-sentre i Helse Nord	28
3.6	Registerdata	28
3.6.1	Registerkoblingsprosessen	29
3.6.2	Deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser	30
3.7	Samfunnsøkonomisk vurdering	30
4	Datagrunnlag og resultater	31
4.1	Tidligere forskning og evaluering	31
4.1.1	Eksisterende kunnskap om "Raskere tilbake"-tilbudene	31

4.1.2	Ekspertenes erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og "Raskere tilbake"-ordningen.....	33
4.1.3	Kartlegging og analyse av prosjektet "Raskere tilbake"	33
4.1.4	Arbeidsrettet rehabilitering og forskning ved Hysnes Helsefort.....	34
4.1.5	Utvalgte doktorgradsarbeid og enkeltstudier av "Raskere tilbake"-tiltak og pasienter.....	35
4.1.6	Internettressurser av relevans for Helse og arbeid-feltet.....	38
4.1.7	Internasjonale systematiske kunnskapsoversikter.....	39
4.2	Innledende intervju i 2019.....	59
4.2.1	Hva skal barnet hete?	59
4.2.2	Målgruppe	60
4.2.3	Prioritering og rettighetsvurdering.....	61
4.2.4	NAVs rolle	61
4.2.5	Kommunehelsetjenestens rolle.....	62
4.2.6	Bedriftshelsetjenestens rolle.....	62
4.2.7	Samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern i Helse og arbeid.....	63
4.2.8	Rekruttering.....	64
4.2.9	Hva med øvrig spesialisthelsetjeneste?	65
4.3	Spørreundersøkelse våren 2019.....	65
4.3.1	Respons.....	65
4.3.2	Erfaring med "Raskere tilbake" og omleggingen har medført for tilbudene	67
4.3.3	Håndtering av omleggingen på klinikk/avdelingsnivå og helseforetaksnivå.....	69
4.3.4	Mulighet for å påvirke utviklingen i tjenestetilbudet.....	70
4.3.5	Omleggingens påvirkning på forutsigbarhet i arbeidshverdagen	71
4.3.6	Positive og negative endringer omleggingen av "Raskere tilbake" har medført	71
4.3.7	Beskrivelse av målgruppen for Helse og arbeid	73
4.3.8	Er tilbudene i Helse og arbeid tilpasset ulike grupper av unge i alderen 18-30 år?.....	76
4.3.9	Hva består aktiviteten innenfor Helse og arbeid av?	77
4.3.10	Vurdering av samhandling rundt pasienter med sammensatte problem	78
4.3.11	Hvordan jobber man egentlig "arbeidsrettet" eller "arbeidsfokusert"?.....	79
4.3.12	Vurdering av tverrfaglighet, grad av arbeidsretting og samtidighet.....	82
4.3.13	Bruk av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering	83
4.3.14	Debitorcode 20 = "Raskere tilbake"-pasient	87
4.3.15	Endringer i pasientsammensetningen ved innføring av bruk av prioriteringsforskriften	90
4.3.16	Utfordringer knyttet til rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften	93
4.3.17	Innspill til problemstillinger en prioriteringsveileder innen Helse og arbeid bør inneholde.....	94
4.3.18	Helse og arbeid-tilbudenes tre viktigste samhandlingsaktører.....	96
4.3.19	Samhandlingsutfordringer på Helse og arbeid-feltet.....	99
4.3.20	HelseArbeid-konseptet.....	99
4.4	Oversikt over Helse og arbeid-tilbud per 2019.....	103

4.5	Forskernes inntrykk halvannet år etter omleggingen.....	110
4.6	Intervju i alle helseforetak høsten 2020; en tilbudsoversikt	112
4.6.1	Helse Sør-Øst	112
4.6.2	Helse Vest	126
4.6.3	Helse Midt-Norge	128
4.6.4	Helse Nord	130
4.6.5	Tilbud innenfor Helse og arbeid hos private aktører med ytelsesavtaler	134
4.6.6	Helse Sør-Øst	134
4.6.7	Helse Vest	142
4.6.8	Helse Midt-Norge	145
4.6.9	Helse Nord	147
4.6.10	Samarbeid mellom de private og andre aktører	150
4.6.11	Utfordringer med Helse og arbeid-satsingen og generelle innspill.....	151
4.7	Analysen av sentrale problemstillinger i intervjuene	153
4.7.1	Helse og arbeid og pandemi 2020.....	153
4.7.2	Samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten.....	154
4.7.3	Historikk og sentrale føringer	154
4.7.4	Implementering av HelseArbeid.....	154
4.7.5	Helse og arbeid som individtiltak - og et bedriftstiltak "litt på siden"?	158
4.7.6	Behov for juridiske avklaringer i samarbeidet mellom NAV og helse	160
4.7.7	NAVs rolle i Helse og arbeid	161
4.7.8	Samarbeid med kommunehelsetjenesten i Helse og arbeid/HelseArbeid	162
4.7.9	Prioritering og rettighetsvurdering.....	166
4.7.10	Finansiering, insentiver og kapasitet.....	172
4.7.11	Andre pasientgrupper i Helse og arbeid.....	174
4.8	Spørreundersøkelse høsten 2021	176
4.8.1	Karakteristika ved respondentene	178
4.8.2	Fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid	181
4.8.3	Innhold i Helse og arbeid-tilbudene	187
4.8.4	Vurdering av eget Helse og arbeid-tilbud.....	190
4.8.5	Hva ønsker tilbudene å måles på?.....	191
4.8.6	Kommentarer til organisering av Helse og arbeid-tilbudene	192
4.8.7	Bruk av digitale løsninger	197
4.8.8	HelseArbeid	201
4.8.9	Samhandling, samarbeid og samtidige tjenester	206
4.8.10	Kartleggingsverktøy	211
4.8.11	Registrering av aktivitet til Norsk pasientregister	212
4.8.12	Prioritering og rettighetsvurdering.....	214
4.8.13	Informasjon om Helse og arbeid	218
4.8.14	Videreutvikling av tjenestene	220
4.8.15	Generelle innspill til omleggingen	222

4.9	Aktivitetsdata 2017 – 2021 (uttak fra RHF) og fastlegehenvisninger	223
4.9.1	Arbeidsrettet rehabilitering (private aktører)	223
4.9.2	Somatikk	225
4.9.3	Psykisk helsevern	226
4.9.4	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	227
4.9.5	Fastlegehenvisninger til HelseArbeid-sentre i Helse Nord	228
4.10	Registerdata fra Norsk pasientregister og NAV	229
4.10.1	Studiepopulasjonen	229
4.10.2	Kvalitetssikring av data	230
4.10.3	Totalpopulasjonen 2007-2018.....	231
4.10.4	Sykepengepopulasjonen 2007-2018	233
4.10.5	Pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten (2008-2018)	236
4.10.6	"Raskere tilbake"-pasientene i spesialisthelsetjenesten	243
4.10.7	"Raskere tilbake"-pasientene som ikke var å finne i arbeidspopulasjonen	262
4.10.8	Oversikt over hele studiepopulasjonen.....	267
4.10.9	"Raskere tilbake"-populasjonen – utvikling i utvalgte diagnoser	272
4.10.10	Ventetider hos "Raskere tilbake"-populasjonen vs. andre pasienter	282
4.10.11	Sykefravær og behandling i spesialisthelsetjenesten	288
4.10.12	Antall og andel "Raskere tilbake"-pasienter som mottok sykepenger i perioden	292
4.10.13	Antall og andel med sykepenger som mottok debitorkode 20-behandling samme år.....	293
5	Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær, AAP og uføretrygd .	303
5.1	Poliklinisk behandling i somatikken	304
5.1.1	Grafisk illustrasjon	305
5.1.2	Resultat fra matchinganalyser.....	308
5.1.3	Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?.....	309
5.2	Poliklinisk behandling i psykisk helsevern.....	311
5.2.1	Grafisk illustrasjon	311
5.2.2	Resultat fra matchinganalyser.....	314
5.2.3	Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?.....	315
5.3	Poliklinisk behandling innen rehabilitering.....	317
5.3.1	Grafisk illustrasjon	317
5.3.2	Resultat fra matchinganalyser.....	321
5.3.3	Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?.....	322
5.4	Oppsummering	324
6	Samfunnsøkonomisk vurdering	325
6.1	Induktiv aktørtilnæringsmetode for evaluering av komplekse problemstillinger	326
6.2	Problemstilling som skal besvares	326
6.3	Identifisere de viktige aktørene/kontekst rundt tilbudene	327
6.4	Identifisering av sentrale situasjonsbilder	329
6.4.1	Økt arbeidsfokus, men tyngre pasienter nå – rett målgruppe?	329

6.4.2	Ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.....	330
6.4.3	Samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenestens rolle i sykefraværsarbeidet.....	331
6.5	Oppsummering	332
7	Referanser.....	333

BILAG/VEDLEGG

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

1 Følgeevalueringens problemstillinger og design

1.1 Om evalueringen

Høsten 2018 lyste de fire RHF-ene ut midler til en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Forskere i SINTEF (Avd. Helse, Gruppe for helsetjenesteforskning) og ved NTNU (Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie) svarte på den offentlige utlysningen, og ble valgt som leverandør av oppdraget i november 2018. Prosjektgruppen er satt sammen av erfarne forskere med både medisinsk, sosialepidemiologisk/trygdemedisinsk og samfunnsøkonomisk kompetanse på arbeid og helsefeltet. Arbeidet med etiske godkjenninger startet i desember 2018, og de første datainnsamlingene ble gjort våren 2019. Evalueringen har pågått i ca. tre år, og utkast til sluttrapport ble levert RHF-ene i desember 2021.

1.2 Problemstillinger og forskningsspørsmål

Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen, og de tiltak som ble videreført/nyetablert, har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå. I henhold til oppdragsbeskrivelsen som ble gitt i utlysningen, skulle omleggingen fra prosjekt til drift følge-evalueres med vekt på fem hovedpunkter:

- innhold i pasienttilbudene over tid og rådgiving om ev. justering av kursen
- effekt av endringer i organisering og samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og overfor NAV, fastleger mv.
- effekt på arbeidsrettede tiltak integrert i behandlingen i spesialisthelsetjenesten.
- tiltakenes konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser
- tiltakenes effekt på sykefravær

Forskerteamet har analysert implementeringsprosessene for å forstå hva omleggingen til Helse og arbeid har betydd for arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. Følgeevaluering impliserer tilbakeføring av kunnskap til feltet (og oppdragsgiver) underveis for å bidra til læring og justering av kurs. Dette har vi ivaretatt gjennom jevnlige møter med oppdragsgiver og med aktører i praksisfeltet, og deltakelse på samlinger/konferanser med praksisfeltet. Kartlegginger og intervju som har blitt gjennomført blant ledere og ansatte i sykehus/private aktører har også kunnet bidra til å bevisstgjøre respondentene (og feltet) på hvilke områder og parametere sentrale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene er opptatt av. For å operasjonalisere problemstillingene formulerte vi flere forskningsspørsmål under hver av hovedproblemstillingene, som vi også svarer på i sluttrapporten:

Status og innhold i tjenestene

- Hva er status for omleggingen av "Raskere tilbake" til Helse og arbeid i de fire regionene?
- I hvilken grad har tiltakene helse og arbeid som mål, og hvordan jobbes det med helsefremmede tiltak for å sikre eller gjenvinne yrkesdeltakelse?
- Hvordan oppleves omleggingen når det gjelder (økt) bruk av prioriteringsforskriften?
- I hvilken grad er tiltakene tverrfaglige?

- I hvilken grad er det fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom i de tiltakene som gis?

Organisering og samhandling internt og eksternt

- Hvordan har omleggingen av "Raskere tilbake" påvirket organiseringen av Helse og arbeid-tilbudet i spesialisthelsetjenesten?
- Hvilken betydning har omleggingen hatt for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt med andre relevante aktører?

Arbeidsrettede tiltak i Helse og arbeid

- Hvilke tiltak innenfor Helse og arbeid defineres som "arbeidsrettet"?
- Hvordan har omleggingen av "Raskere tilbake" påvirket hvordan tjenestene tenker om hva som er arbeidsrettet behandling og grensen opp mot arbeidsrettet rehabilitering?
- Hvilke arbeidsrettede tiltak opplever spesialisthelsetjenesten selv som nyttige/effektfulle?
- Hvordan opplever de som jobber med arbeidsrettede tiltak innenfor Helse og arbeid, og ev. ikke er helsepersonell, sine oppgaver i spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan oppfattes og benyttes veilederen for arbeidsrettet rehabilitering ute i tjenestene? Hva er eventuelle udekkede behov i en veileder for arbeidsrettede tiltak i spesialisthelsetjenesten?

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

- På hvilken måte har omleggingen av "Raskere tilbake" endret tilbudet til pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser? (endringer fra 2017 til 2018/2019).
 - Hvilken type tilbud er valgt nedlagt, etablert eller videreført på HF- og eventuelt sykehusnivå innenfor Helse og arbeid for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser?
 - Hva skjer med omfang og type tiltak, og sammensetning av pasientpopulasjonen?
 - Har kravene om å følge prioriteringsforskriften medført endringer i pasientpopulasjonen mtp. komorbiditet el.l.?
 - Har omleggingen av "Raskere tilbake" medført endringer i ventetid på behandling for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser?
 - Har gjennomsnittlig tid til arbeidsdeltakelse endret seg for debitor 20-pasienter i de to hoveddiagnosegruppene etter omleggingen?
 - Er det geografiske forskjeller i hvordan omleggingen ser ut til å påvirke pasientene?
- Hvordan er utviklingen i debitor 20-koding i pasientdata etter omleggingen?
- Hvordan er forekomsten av samtidig muskel-skjelett og psykisk sykdom blant debitor 20-pasienter i Norsk pasientregister, og har det vært endringer i denne sammensetningen over tid?

Sykefravær

Det overordnede forskningsspørsmålet i denne arbeidspakken er å studere i hvilken grad "Raskere tilbake" og Helse og arbeid har hatt effekt på sykefraværet, og om det skjer endringer ved omleggingen av prosjektet.

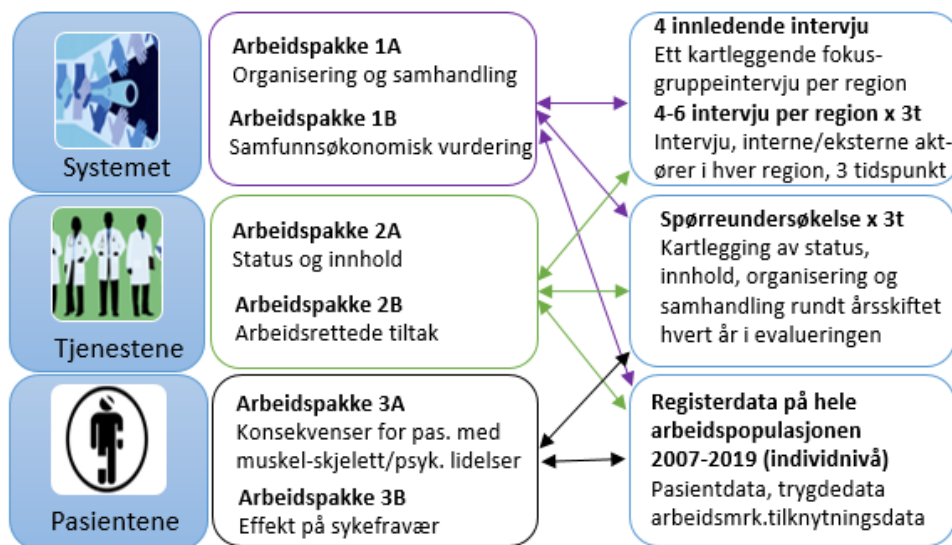
- Er det forskjeller i omfang/lengde/hyppighet/diagnoser i sykefraværet hos pasienter som fikk "Raskere tilbake"-tilbud før 2018, sammenliknet med pasienter som får tilbud innenfor Helse og arbeid etterpå?
- Kan man se en effekt på sykefraværet på HF-, sykehus- eller kommunenivå rundt tidspunktet det ble innført "Raskere tilbake"-/Helse og arbeid-tiltak i et HF?

Samfunnsøkonomisk vurdering

- I et samfunnsøkonomisk perspektiv – i hvilken grad synes omleggingen av "Raskere tilbake", og de arbeidsrettede tiltak som nå videreføres eller etableres, å være gode grep for Helse og arbeid-feltet og hvilke utfordringer og muligheter har følgeevalueringen vist? (på system-, tjeneste- og pasientnivå?)
- Hvilken samfunnsøkonomisk betydning har det hatt å innføre bruk av prioriteringsforskriften i Helse og arbeid-tiltak?

1.3 Følgeevalueringens design

Følgeevalueringen baserer seg på metodetriangulering, der vi har undersøkt forskningsspørsmålene ved hjelp av både registerstudier, årlige kartlegginger (spørreundersøkelser blant ansatte og ledere) og intervju. Evalueringen har hatt tre delprosjekt med totalt seks arbeidspakker. Delprosjektene har vært innrettet med et aktørperspektiv på hhv. pasientnivå, tjenestenivå og systemnivå, og har pågått parallelt i tid. Figuren under gir en oversikt over tema og datagrunnlag i hver arbeidspakke. Forskningsspørsmålene i hver arbeidspakke er gitt i delkapitlet over.



Tre delprosjekt med seks arbeidspakker og bruk av intervju, kartlegging og registerdata.

1.3.1 Metodetriangulering

Evalueringen baseres på metodetriangulering, der vi benytter både kvantitative (registerdata, spørreundersøkelser) og kvalitative (gruppeintervju, individuelle intervju) metoder for å besvare forskningsspørsmålene. Metodene er beskrevet mer i detalj i kapittel 3.

Kvantitative metoder

For å studere konsekvenser av omleggingen på pasientnivå har vi valgt å basere oss på **registerdata** på individnivå, som presenteres i form av deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser. Vi søkte registerdata for hele den norske arbeidspopulasjonen i perioden 2007 til 2018, og søkte om å oppdatere koblingen med data for 2020 og 2019, slik at vi kunne studere endringer etter omleggingen. En særlig fordel med å ha data på hele arbeidspopulasjonen er at vi kan estimere en målgruppe for Helse og arbeid-tiltak etter omleggingen, basert på det vi vet om pasientpopulasjonen knyttet til "Raskere tilbake" i årene før 2018. Det viste seg imidlertid at kodingen av debitorcode 20 i årene etter 2017 falt dramatisk, og det var vanskelig å si om det skyldtes at tilbudene generelt sett ble færre i en periode etter omleggingen, eller om det var kodepraksis som var endret – sannsynligvis var det begge deler i 2018. Men den lave kodingen fortsatte i 2019-2021, noe som gjør at man ikke lenger kan si med sikkerhet, ut fra NPR-data, hvem som har fått Helse og arbeid-tilbud og ikke. De færreste Helse og arbeid-tilbudene utgjør egne avdelinger, og de kan dermed heller ikke spores via avdelingsnummer osv.

For å besvare problemstillingene som handler om konsekvenser på tjeneste- og systemnivå, gjennomførte vi **kartlegginger** i form av elektroniske spørreundersøkelser rettet mot ansatte og ledere ved Helse og arbeid-tiltak i spesialisthelsetjenesten på to tidspunkt i evalueringen (skulle vært tre tidspunkt, men pga. pandemi og vurdert nytte, ble den ene spørreundersøkelsen gjort om til intervju). Baseline-skjema ble sendt ut våren

2019, med oppfølging høst 2021. Skjemaene tok sikte på å kunne måle endringer på en del parametere mellom måletidspunktene. Skjemaene kartla blant annet typer arbeidsrettede tiltak som tilbys ved det enkelte HF, innhold i tiltakene, ressursbruk/type fagpersonell som inngår, samarbeid og dialog både internt og eksternt, udekkede behov for tiltak mv. Resultatene presenteres hovedsakelig presenteres som deskriptiv statistikk.

Kvalitative metoder

Vi gjennomførte innledende intervju med personer som har vært sentrale i å etablere/videreføre behandlingstiltak innenfor Helse og arbeid. Basert på det som kom fram i disse innledende intervjuene planla vi en rekke intervjuer med flere HF fordelt utover prosjektperioden. Alle arbeidspakkene i delprosjekt 1 og 2 inneholder forskningsspørsmål som skal løses ved bruk av kvalitativ metode, og vi tilpasset semistrukturerte intervjuguider med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Vi hadde en pragmatisk tilnærming til om intervjuene ute i HF-ene og med eksterne aktører ble gjennomført som individuelle intervju eller fokusgruppeintervju, avhengig av hva som er mest hensiktsmessig. De innledende intervjuene i hver region ble gjennomført som fokusgrupper. Av hensyn til miljø og prosjektøkonomi (og etter hvert pandemi) ble mange intervju gjennomført på Skype/Teams. Intervjuene ble tas opp på bånd, transkribert, kodet og analysert etter en metode for tematisk tekstanalyse¹.

En samfunnsøkonomisk vurdering gjøres dersom det ikke er grunnlag for, eller hensiktsmessig, å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse der virkningene tallfestes og verdsettes i kroner. Metoden er utviklet for anvendt forskning på komplekse problemstillinger, og beskrives nærmere i kapittel 3 og i hovedrapporten.

1.4 Etikk

Følgeevalueringen er meldt til, og tilrådd av, Norsk senter for forskningsdata (NSD), som er SINTEFs personvernombud. Registerdatakoblingen som benyttes i den registerbaserte evalueringen har REK-godkjenning (ref.nr. 2018/627/REK Midt) og det er gjennomført full personvernkonsekvensutredning som er godkjent hos NSD (ref. 59481).

1.5 Styringsgruppe

Evalueringen har hatt en egen styringsgruppe bestående av spesialrådgivere/seniorrådgivere fra de fire regionale helseforetakene. Det har vært faste møter med evalueringsteamet 3-4 ganger per år i evalueringsperioden, og vi har i tillegg deltatt på ulike ressursgruppemøter o.l. som også har blitt benyttet til datainnsamling. Helse Sør-Øst RHF har vært representert ved Tone Enget Westbye, Helse Vest RHF ved Hilde Rudlang, Helse Midt-Norge RHF ved Tore Jo Nilsen og Helse Nord RHF første måneder ved Knut Tjeldnes, og resten av perioden ved Linn Gros. Styringsgruppen har mottatt flere interne rapporter og notater i løpet av evalueringsperioden, der noen av dem også har blitt distribuert i tjenestene.

2 Om "Raskere tilbake"-ordningen og omleggingsprosessen

2.1 Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte

Forløperen til det som skulle bli "Raskere tilbake" finner vi i en beslutning fra Stortinget om at bevilgningen til det såkalte "Sykepengeprosjektet" skulle gjøres om til en landsomfattende ordning kalt "Kjøp av helsetjenester for oppfølging av sykmeldte", administrert av Rikstrygdeverket. I 2001 fikk ca. 8000 pasienter tilbud om kjøp av helsetjenester, og da "Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv" (2001-2002) ble signert, ble også ordningen utvidet til å gjelde flere diagnoser og sykdomstilstander, og det skulle legges særlig vekt på tverrfaglig avklaring av sammensatte lidelser. Som følge av resultatene av Sykefraværsutvalgets arbeid, et utvalg sammensatt av partene i IA-avtalen, ble ordningen omgjort til et tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (jf. Ot.prp. nr. 6 (2006–2007)² og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007)³). Ønsket var å få «en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet». Bevilgningene over statsbudsjettet ble økt, og ordningens omfang og innhold ble utvidet; blant annet ble midlene fordelt mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Omtrent én tredjedel av "Raskere tilbake"-midlene ble gitt til NAV, resten til spesialisthelsetjenesten (Innst. O. nr. 29 (2006-2007)⁴). I kapittel 4 presenteres en del av forskningen publisert på data knyttet til "Raskere tilbake"-tilbudene.

2.2 Mål om redusert ventetid og derigjennom redusert sykefravær

Ordnningen, som ble kalt "Raskere tilbake", hadde som mål å redusere ventetid på behandling og tilbakekomst til jobb, og derigjennom redusere sykefraværet. I spesialisthelsetjenesten ble det ansatt regionale "Raskere tilbake"-prosjektledere som koordinerte tilbudene. Ifølge Aas et al. (2011) hadde ordningen få detaljerte retningslinjer fra nasjonalt hold når det gjaldt innhold, kompetanse og metodebruk i tiltakene, og tilbudene varierte relativt mye på tvers av helseforetakene. I evalueringsrapporten som kom i 2011 ble de tidlige "Raskere tilbake"-tilbudene gruppert i fire kategorier (Aas et al., 2011:25)⁵;

- 1) **Medisinsk og kirurgisk behandling:** Offentlige sykehus, unntaksvis private sykehus/klinikker. I hovedsak ortopedisk og kirurgisk behandling, men noen få tilbud som drev med nevrologisk eller radiografisk utredning og/eller behandling.
- 2) **Rehabilitering i sykehus (somatikk):** Tilbud til pasienter med rygg, nakke og skuldersmerter. Unntaksvis tilbud til pasienter med ervervede hjernesker, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Typiske komponenter var diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring med fokus på individuell mestring. Unntaksvis kontakt mot arbeidsplass og NAV. Noen få var såkalte lærings- og mestringssentra.
- 3) **Behandling og rehabilitering i psykisk helsevern:** Alle former for tilbud til pasienter med psykiske problemer og/eller rusavhengighet, både ren behandling, men også tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Offentlige sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsikiatriske sentra. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom, og høy grad av komorbiditet var som oftest ekskludert fra disse tilbudene. Dermed var dette oftest tilbud til personer med angst og depresjon.

- 4) **ARR i opptreningsinstitusjoner:** Private rehabiliteringsinstitusjoner (ble tidligere ofte kalt rekonvalesent- og/eller opptreningssentra). Tilbudet ble ofte gitt til langtidssykmeldte med muskel- og skjelettplager, som hadde sammensatt problematikk. Tverrfaglig opplegg, ofte døgnbasert. Typiske tiltakskomponenter var opptrening og kognitiv tilnærming, der mange også hadde tilbud rettet mot NAV og arbeidsplass.

Bortsett fra at det mot slutten av prosjektperioden ble færre kirurgiske tilbud innen "Raskere tilbake", er de fire kategoriene representative for tilbudene slik de framsto i hele perioden 2007 til 2017. Mot slutten av perioden gikk det mot en rendyrking av tilbud for pasienter med vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon, og muskel- og skjelettlidelser. Det har vært liten grad av gjestepasientutveksling mellom helseregionene i ordningen (det ser vi også i våre registerdata), og Aas et al. (2011:39) peker på at henvisninger fra andre fylker eller region ofte var et eksklusjonskriterium for "Raskere tilbake"-tiltak i de helseforetaksfinansierte tilbudene. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse (herunder psykoselidelser), eller aktiv rusproblematikk, var heller ikke i målgruppen⁵. Evalueringen fra 2011 (ibid.) oppgir et estimat på at rundt 20 prosent av henvisningene til "Raskere tilbake" ble avvist. Tilbudene som fantes i NAV ble anskaffet via anbud og gjaldt kun sykmeldte (ikke de som sto i fare for å bli sykmeldt). De liknet en del på tilbudet i spesialisthelsetjenesten (tilbudstypene var "Oppfølging", "Avklaring", "Arbeidsrettet rehabilitering" og "Behandling"), men innebar i større grad oppfølging på arbeidsplassen og kontakt med arbeidsgivere.

2.3 Fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid

Ifølge Helsedirektoratets innspill til Helse- og omsorgsdepartementet da ordningen skulle legges om, ble det i perioden 2007 til 2016 bevilget i underkant av 4,9 milliarder kroner til ordningen. I samme periode ble det registrert 258 000 henvisninger til "Raskere tilbake"-ordningen – ca. 30 000 henvisninger per år (Helsedirektoratet, 2017). I 2017 ble det benyttet drøyt 600 millioner kroner til "Raskere tilbake"-tiltak (inkl. overførte midler). I statsbudsjettet for 2018 ble 616,7 millioner kroner flyttet fra ordningen «Raskere tilbake» og til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (dvs. basisbevilgning og de to aktivitetsbaserte ordningene innsattsstyrt finansiering (ISF) og laboratorie- og radiologiske undersøkelser). Totalt beløper bevilgningene til "Raskere tilbake" i spesialisthelsetjenesten seg på i underkant av seks milliarder kroner i hele perioden. I tabellen under har vi sammenstilt tall fra Statsbudsjettet det enkelte år, der "Raskere tilbake"-midlene var oppgitt under kapittel 732 Regionale helseforetak, post 79.

Tabell 2.1 Bevilgninger til "Raskere tilbake" over statsbudsjettet hvert av årene i perioden. I 2018 ble ordningen lagt om og midlene overført som rammeoverføring til helseforetakene under det nye navnet Helse og arbeid.

År	NOK		År	NOK
2007*	481 927 000		2014	549 559 000
2008	457 900 000		2015	567 694 000
2009	478 048 000		2016	584 157 000
2010	483 567 000		2017	600 513 000
2011	498 558 000		Totalt "Raskere tilbake" 2007-2017	5 746 911 000
2012	514 013 000			
2013	530 975 000		2018 (Helse og arbeid, rammeoverføring)	616 700 000

*Note: For budsjettåret 2007 finner vi ikke det eksakte beløpet oppgitt, men har beregnet det basert på opplysninger om totalsum i perioden 2007-2011 oppgitt i Aas et al. 2011⁵.

Vi kjenner til få samfunnsøkonomiske evalueringer av kost/nytte på dette feltet fra Norge, ut over det som ble gjort med data på "Raskere tilbake"-pasienter ett år etter oppstart. Det ble da konkludert med at "Raskere tilbake" trolig ikke var samfunnsøkonomisk lønnsomt de første par årene (som data dekket) fordi sykefraværet bare ble marginalt redusert gjennom litt kortere ventetider, noe man kunne oppnådd på andre måter og for flere pasientgrupper^{6 7}. En artikkel med svenske data (Persson et al. 2015) undersøkte kostnadene av sykefravær og rehabilitering av sykmeldte arbeidstakere med muskel-skjelett eller psykiske lidelser (N = 812). Forskerne konkluderte med at de største sykefraværskostnadene er knyttet til produktivitetstap, mens investeringene i arbeidsrettet rehabilitering relativt sett er mye lave og bør komme tidligere i forløp. De konkluderte også med at det bør utvikles nye metoder som er mer arbeidsrettede, i stedet for at helsepersonell bare skal behandle symptomer⁸.

2.3.1 Omlegging av finansieringsordningen

Som beskrevet i statsbudsjettet for 2017 (Prop. 1 S (2016–2017)), ville Helse- og omsorgsdepartementet bruke 2017 til å legge om helsetjenestens del av "Raskere tilbake"-ordningen, slik at midlene skulle inngå i det ordinære pasienttilbudet. Målet med omleggingen er mer likeverdige tjenestetilbud til befolkningen. Det ble vektlagt at "de positive elementene i ordningen" skulle videreføres. Derfor ble det i Statsbudsjettet for 2018 (Prop. 1 S (2017-2018)) foreslått at midlene til "Raskere tilbake" over kap. 732, post 79, og helserelevante midler over kap. 732, post 70, skulle overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling i 2018.

Midlene som fra og med 2018 har blitt overført som rammetilskudd er anbefalt brukt til å videreføre, videreutvikle og opprette nye tiltak med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand. Disse tilbudene i spesialisthelsetjenesten omtales nå som Helse og arbeid. Tilbudene er anbefalt å være tverrfaglige, kunnskapsbaserte med vektlegging av samtidighet i behandling og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser. Det finnes også mindre tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering etter kreftbehandling og hjernetraume og en del smertetilstander. Tilbudene innen Helse og arbeid skal stimulere til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Målgruppen for tiltakene ble beskrevet som personer med rett til helsehjelp der det vurderes å være økt fare for funksjonsfall uten tilbud om arbeidsrettet rehabilitering (Helse Sør-Øst, 2017¹).

De fire regionale helseforetakene valgte litt ulike finansieringsløsninger da prosjektet skulle over i drift med rammefinansiering. Det finnes lite offentlig tilgjengelig informasjon om finansieringsløsningene, og vi har fått innspill fra representantene i styringsgruppa til beskrivelser på regionnivå.

I Helse Sør-Øst ble midlene som ble videreført etter overgang fra prosjektet Raskere tilbake over i drift, i 2018 lagt inn i inntektsmodellens fordelingsnøkkel i regionen, og dermed inn i basisbevilgningen til helseforetakene. Dette medførte f.eks. at Sunnaas sykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, som hadde hatt omfattende «Raskere tilbake»-behandlingstilbud, ikke fikk midler overført. Private kjøp (arbeidsrettet rehabilitering hos private rehabiliteringsinstitusjoner) og kjøp av arbeidsrettet poliklinisk behandling for angst og depresjon hos private tilbydere, ble videreført på samme nivå (økonomisk) som under prosjektperioden. Diakonhjemmet DPS har fått kompetansespredningsmidler etter omleggingen for å holde kurs i arbeidsrettet kognitiv terapi for fagfolk i Helse og arbeid fra hele landet. Det har vært stor etterspørsel etter kursene.

¹ Helse Sør-Øst (2017): *Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake- ordningen i spesialisthelsetjenesten*. Ikke-publisert notat fra RHF-ene til HOD. Se også Helsedirektoratets tilsvarende innspill [her](#).

I Helse Vest ble midlene i hovedsak overført til HF-ene i tråd med inntektsfordelingsmodellen. Ettersom Helse Stavanger HF hadde hatt relativt store "Raskere tilbake"-tilbud fra før, mens Helse Bergen HF hadde hatt mindre, ble det nå en omfordeling til Helse Bergen HF. I tillegg er det i 4-årsperioden 2018 – 2021 delt ut stimuleringsmidler etter søknad til helseforetak og private ideelle i forbindelse med omleggingen fra «Raskere tilbake» til Helse og arbeid. Dette for å stimulere til kompetanseutviklingsprosjekt. Kjøp fra private innenfor rehabilitering ble videreført i 2018. I tillegg ble det inngått to avtaler om kjøp av arbeidsrettet tilbud for angst og depresjon fra private. Det har vært jobbet med å utvikle en arbeidsrettet modul på den internettbaserte behandlingen for panikk lidelse, sosial angst eller depresjon kalt eMeistring, som Helse Bergen HF har bygget opp og som nå spres i flere foretak rundt om i landet.

I Helse Midt-Norge ble midlene fordelt etter Magnussen-modellen, og private kjøp ble videreført i samme størrelsesorden som tidligere. Tre private rehabiliteringsinstitusjoner fikk avtale. Det ble ikke skilt ut egne stimuleringsmidler som tilbudene kunne søke om. Det ble opprettet en FoU-enhet for helse og arbeid ved St. Olavs Hospital HF som skal drive kunnskaps- og praksisutvikling (veilede kliniske miljø innen helse og arbeid i regionen, designe og koordinere FoU-prosjekter og kliniske pilotprosjekter, bidra til samarbeid), forskning og formidling. Enheten har arrangert en årlig konferanse for Helse og arbeid-tilbudene i Helse Midt-Norge, der det også har blitt invitert foredragsholdere fra andre regioner og sentrale nasjonale miljø som Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Enheten har mottatt finansering for å utvikle informasjonsvideoer rettet mot både pasienter og tjenester knyttet til muskel- og skjelettproblematikk.

Helse Nord valgte en annen modell enn de øvrige RHF-ene i forbindelse med omleggingen ved at de ønsket å rendyrke HelseArbeid-konseptet i alle sine HF. Initiativet kom fra HF-ene selv, og var ikke noe RHFet tvang fram. Midlene ble fordelt etter inntektsmodellen her også, men Helse Nord RHF ønsket prosjektbeskrivelser (forankret i HF-ledelsen) med oversikt over hvilke tilbud og tverrfaglig sammensetning de ulike HF-ene i regionen ønsket å etablere før de fikk starte opp. Det ble bygget opp HIA-senter i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter allerede fra starten av omleggingen i 2018, der UNN var pilot og bygget opp et HIA-senter ved å samlokalisere fagfolk fra de "Raskere tilbake"-tilbudene som allerede fantes i Tromsø før omleggingen. UNN HF, med bidrag fra de øvrige HF-ene i Helse Nord, har fått en sentral rolle i kunnskapsspredning om HelseArbeid nasjonalt. Nordlandssykehuset har Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse, og et relativt stort forskningsmiljø på Helse og arbeid-feltet. Både i UNN HF og Nordlandssykehuset HF er det pågående randomiserte kontrollerte studier på HIA-tilbudene i regionen (multisenterstudier) – både individtiltaket og bedriftstiltaket.

2.3.2 Fra fokus på redusert ventetid, til fokus på arbeidsretting og samtidighet

I regi av Raskere tilbake-prosjektet ble det etablert en rekke nye behandlingsforløp og intervensjoner i spesialisthelsetjenesten. Noen har vært tiltak med tradisjonell avklaring og behandling i ordinære behandlingstilbud som f.eks. ortopedi, nevrologi og lungesykdommer. For disse var målet å korte ned ventetiden for behandling, og det har ikke vært konkrete arbeidsrettede tiltak involvert. Parallelt har det foregått et annet løp der det ble utviklet spesifikke behandlingsmetoder for å bistå pasienter med tilbakegang til arbeid. Det ble etablert tverrfaglige (og tverretatlige) behandlingstilbud som skulle gi rask utredning, avklaring og behandling innen muskel- og skjelettlidelser, for hjernetraumepasienter og innen kreftrehabilitering. For vanlige psykiske lidelser ble det utviklet arbeidsrettet kognitiv terapi for pasienter med angst og depresjon. I tillegg har flere private aktører med avtale med spesialisthelsetjenesten levert tradisjonelle arbeidsrettede rehabiliteringsopphold.

I de regionale helseforetakenes anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet ble det vektlagt at fastleger og andre henvisere skal fortsette å ha søkelys på tilrettelegging for arbeidsdeltakelse i konsultasjon med pasientene. Aktuelle pasienter skal imidlertid etter omleggingen henvises på linje med andre pasientgrupper,

og alle henvisninger skal rettighetsvurderes i tråd med prioriteringsforskriften og relevante veiledere. Dette var nytt i 2018 for de fleste sykehusene (selv om enkelte helseforetak/behandlingstilbud også tidligere har benyttet prioriteringsforskriften) og kan bety en mulig vridning i hvem som får behandling gjennom Helse og arbeid. Fra å være et tilbud for sykmeldte, og de som stor i fare for å bli sykmeldt under "Raskere tilbake"-ordningen, skal Helse og arbeid nå også inkludere pasienter som står utenfor arbeidslivet. I sin anbefaling til HOD har RHF-ene søkelys på at helse og arbeid-dimensjonen må vektlegges mer i prioriteringsarbeidet⁹. En annen viktig endring var at utdanning og skole, og dermed yngre målgrupper som ikke nødvendigvis er i jobb, også skal kunne prioriteres under Helse og arbeid.

2.3.3 Prioritering og rettighetsvurdering

2.3.3.1 Nasjonale føringer

De samlede prinsippene for prioritering i spesialisthelsetjenesten baseres på tre hovedkriterier; 1) nyttekriteriet, 2) ressurskriteriet og 3) alvorlighetskriteriet (se kap. 1.5 i Meld.St. 34 (2016-2016) - Verdier i pasientens helsetjeneste¹⁰). Til bruk på klinisk nivå, beskrives kriteriene slik (ibid.):

Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for: – Overlevelse eller redusert funksjonstap – Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring – Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. **Alvorlighetskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra: – Risiko for død eller funksjonstap – Graden av fysisk og psykisk funksjonstap – Smerter, fysisk eller psykisk ubehag Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Rettighetsvurdering til Helse- og arbeid tilbudene skal baseres på de samme prioriteringsveiledere som for alle andre pasienter som skal rettighetsvurderes inn til spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble det 2019/ 2020 utarbeidet en rapport på tvers av regionene med prinsipper til hjelp for de som skulle gjøre rettighetsvurdering inn til Helse- og arbeid tilbudene¹¹. Alle henviste pasienter skal vurderes i samsvar med prioriteringsforskriften. Forskriften ble endret 1. februar 2019 for blant annet å gjøre innholdet i vurderingen av rett til helsehjelp tydeligere for helsepersonell i den kliniske hverdagen. Prioriteringsforskriften krever at to vilkår må være oppfylt for at det skal gis rett til nødvendig helsehjelp: a) Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen og b) Vilkåret om et rimelig forhold mellom forventet ressursbruk og forventet nytte. Videre heter det, under vilkåret om ressursbruk og forventet nytte², at:

Yrkesaktivitet i seg selv er ikke et vurderingskriterium. Det betyr at en i ressursvurderingene ikke skal inkludere verdien av det arbeidet som vil utføres ved at pasienten kommer tilbake i jobb. En skal heller ikke inkludere eventuelle besparelser i trygdeutbetalinger. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.

Når det gjelder pasientkjennetegn som *ikke* kan legges til grunn ved rettighetsvurdering, er også arbeidsevne (produktivitet) nevnt som et slikt kriterium. De overnevnte føringene har gjort det utfordrende for tjenestene å drive rettighetsvurdering til Helse og arbeid-tilbud, der nettopp det å være i/komme tilbake til arbeid er et av hovedmålene med behandlingen. Våre data fra intervju og spørreundersøkelser tyder på at

² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/nar-henvisninger-vurderes>

prioriteringsarbeidet har vært ekstra krevende i psykisk helsevern. I sine anbefalinger til HOD i forbindelse med omleggingen, refererer de fire RHF-ene til Stortingsmelding 34 (2015-2016) "Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering"¹⁰, der deltakelse i arbeid framgår som et viktig moment i prioriteringen:

Regjeringen vil i tillegg peke på sammenhengen mellom deltakelse i arbeid og helse. Deltakelse i arbeid vil som regel gi økt livskvalitet og bedre helse for den enkelte. Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglige rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mestring, mening i tilværelsen, inntekt og tilhørighet. Å bruke ressurser i helsetjenesten bidrar samtidig til at befolkningen har god helse og øker muligheten for den enkelte til å delta i arbeids- og samfunnsliv gjennom livsløpet. I vurderinger av nytte for den enkelte pasient vil det kunne være relevant å inkludere ev. livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid. Den økonomiske verdien av det arbeidet som vil utføres ved at en pasient kommer tilbake på jobb skal imidlertid ikke inkluderes i prioriteringsvurderinger i helsetjenesten. Mennesket har verdi i seg selv, ikke i kraft av hva det har gjort seg fortjent til eller kan yte i arbeidslivet.

I løpet av 2021 kommer en oppdatert, felles strategi for fagfeltet Arbeid og Helse. Strategien er utarbeidet i samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (IS-3023). Strategien skal være utformet for å kunne støtte fagfeltet i form av overordnede veivalg, som kan gi retning til ønsket tjenesteutvikling. Den lanserer over 30 strategiske grep som handler om å tilby evidensbaserte tjenester, komme tidligere inn, satse på lokale aktører, sammenkoble tjenestene og skape flyt, samt utnytte muligheter i digitale verktøy. Det framgår av strategien at det ved utgangen av 2021 planlegges å utvikle nasjonale faglige anbefalinger for konseptet "individual placement and support" (IPS) og arbeid med nasjonale faglige anbefalinger for konseptet "HelseArbeid".

2.3.3.2 Rettighetsvurdering til Helse og arbeid/HelseArbeid i de ulike helseregionene

Organisering av rettighetsvurderingen har vært litt ulikt rigget i de ulike regionene etter omleggingen. I Helse Sør-Øst gjøres rettighetsvurdering til private avtaler i Helse og arbeid hos private rehabiliteringsinstitusjoner i RKE (Regional koordinerende enhet) ved Sunnaas. Dette på lik linje med alle pasienter som henvises til private rehabiliteringsinstitusjoner i HSØ. Når det gjelder PHV og arbeidsrettet poliklinisk behandling for angst og depresjon hos private avtaleleverandører, så vurderes alle henvisninger til disse 4 leverandører på DPS ved (stort sett) nærmeste helseforetak.

I Helse Vest har det innenfor arbeidsrettet rehabilitering hele tiden vært praksis at henvisninger fra fastleger/avtalespesialister sendes til Regional vurderingsenhet for rehabilitering som gjør rettighetsvurderingen og fordeler til institusjonene. Sykehusene kan henvise direkte til private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette er også her tilsvarende som øvrig rehabilitering. Når det gjelder arbeidsrettet behandling for angst og depresjon var ordningen i Helse Vest fra 2018-2020 at de private gjorde rettighetsvurderingen selv. Dette ble endret etter ønske fra både HF og privat. Og med nye avtaler fra 2022 er ordningen at henvisninger går til helseforetak som rettighetsvurderer og, forutsatt samtykke fra pasientene, henviser til privat avtalepart for behandling.

I Helse Midt-Norge rettighetsvurderer de offentlige tilbudene henvisningene til egne HF, mens henvisninger til de tre private aktørene som har hatt avtale i perioden (Betania Malvik, Friskgården og Muritunet) kan sendes direkte til behandlingsstedet, som selv foretar rettighetsvurdering.

I Helse Nord sendes henvisningene til HIA-sentrene i det respektive helseforetak pasienten tilhører, som også gjør rettighetsvurderinger til de private rehabiliteringsinstitusjonene (Valnesfjord helsesportsenter, Stamina Helse og Vigør) – med unntak av Helse Finnmark der det private Opptreningscenteret i Finnmark gjør rettighetsvurderinger av henvisninger fra hele Finnmark.

2.3.3.3 Presisering av prioritering og rettighetsvurdering til Helse og arbeid/HelseArbeid

Gjennom evalueringperioden har det blitt tydelig at det var behov for en presisering av prioriteringsveilederne i de respektive fagfelt, og RHF-ene satte ned interregionale arbeidsgrupper for å få fortlgang i dette arbeidet. I rapporten fra arbeidsgruppene som kom i 2020¹¹, går det blant annet fram i sammendraget at:

- Målgruppen for arbeidsrettet behandling bør være personer med vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser, som gir et funksjonsfall og påvirker evnen til å stå i arbeid eller utdanning. Pasientgruppen har ofte et blandet symptombylde og individuelle tilleggskfaktorer. Pasientgruppen har ofte behov for samtidig hjelp fra NAV og helse for å oppnå en varig positiv endring i sin livssituasjon, og arbeidsgruppen anbefaler at arbeidsrettet behandling bør ytes i tett samarbeid med hjelpetiltak fra NAV.
- Tilbudet bør gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning/rehabilitering enn det fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan tilby. Viktige aspekter er om personen:
 - ikke klarer å møte på jobb
 - har hyppig bruk av egenmelding
 - har betydelige vansker med å gjennomføre arbeidsdagen med forventet kvalitet
 - har vansker med å levere forventet/vanlig resultat
 - har avventende sykemelding
 - har gjentatte sykemeldinger med lang varighet
- Personer som vurderes med rett til arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten, må ha en målsetting om å opprettholde eller gjenoppta tilknytning til arbeid eller utdanning. Egenmotivasjon og arbeidsnærhet har stor betydning for nytteverdien.
- Tidligere innsats anses å gi bedre behandlingsresultat til en lavere ressursinnsats for pasientene i målgruppen.
- Dagens prioriteringsveiledere legges til grunn for vurdering av henvisning, og for ytre rammer for behandlingsfrist. Individuelle forhold som funksjonsfall på flere arena (jobb, skole, sosialt, privat) bør i denne sammenheng tillegges særlig vekt. Personer som inkluderes må ha en målsetting om å opprettholde eller gjenoppta tilknytning til arbeid eller utdanning. Egenmotivasjon og arbeidsnærhet har stor betydning for nytteverdien av arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsnærhet definerer arbeidsgruppen som en vurdering av om:
 - pasienten har et arbeidsforhold eller ikke
 - tilrettelegging på arbeidssted/skole sannsynliggjør at pasienten kan fortsette i arbeid/skole til tross for helseplager
 - det foreligger plan for tilbakeføring til arbeid/skole dersom pasienten har falt helt eller delvis ut
 - det er muligheter for arbeid/skole der hvor det ikke foreligger et arbeidsforhold eller utdanningsløp
 - det foreligger samarbeid med NAV og arbeidsgiver
- Aldersgrensen anbefales vurdert skjønnsmessig, med utgangspunkt fra 18 år og opp til pensjonsalder. Der det er hensiktsmessig, kan ungdom fra 16 år gis et tilbud, for eksempel lærlinger i videregående skole.

- Samarbeid med NAV er en viktig premis for å lykkes i Helse og arbeid. Arbeidsgruppa anbefaler at helseforetak og private institusjoner som leverer arbeidsrettet behandling inngår lokale samarbeidsavtaler med NAV.
- Arbeidsgruppa ønsker en generell presisering av dagens prioriteringsforskrift for å klargjøre hvordan vilkåret «nytte» kan inkludere helse- og livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid eller utdanning.

Som det framgår av både intervju og spørreundersøkelser gjennomført i forbindelse med evalueringen er prioritering fortsatt et debattert tema, se kapittel 4.8.

2.4 Registrering av "Raskere tilbake" og arbeidsrettet behandling

Under "Raskere tilbake" ble debitorcode 20 benyttet for å registrere aktivitet til Norsk pasientregister. Koden utløste dobbel DRG (diagnose-relaterte grupper) i finansieringssystemet, og sykehusene hadde derfor sterke insentiver til å følge opp at aktiviteten på feltet ble kodet. I Oppdragsdokumentet til RHF-ene for 2018³, og i overordnet systembeskrivelse for ISF i 2018⁴, gikk det fram at debitorcode 20 fortsatt skal registreres etter omleggingen, slik at det skal være mulig å identifisere Helse og arbeid-aktivitet i årene etter 2017 også: "Aktivitet som opprettholdes/etableres under Helse og arbeid bør være sporbar. I RHF-enes registreringsanbefalinger⁵, anbefales primært at debitor 20 videreføres, og at det også bør det stilles krav til konsekvent bruk av prosedyrekoder for arbeidsrettet behandling". Prosedyrekodene OABI00 og OBBJ00 er uttrykk for at aktiviteten er arbeidsrettet. Pasienter som får arbeidsrettet behandling skal derfor registreres med både «raskere tilbake/sykepengeprosjektet» (debitorcode 20) og prosedyrekoden OABI00. Videre heter det at prosedyrekoden OBBJ00 også bør benyttes når det er klinisk relevant.

Dessverre viste data fra sykehusenes fagsystemer allerede i 2018 at debitor 20-kodingen nærmest ble halvert etter omleggingen, noe vi også ser i NPR-data. Det er vanskelig basert på registerdata å avgjøre hva som skyldtes reell nedgang i aktivitet innenfor arbeidsrettet behandling i enkelte HF, og hva som skyldes at (de økonomiske) insentivene for å kode var redusert. Det er også slik at våre registerdata viser at de arbeidsrettede prosedyrekodene er lite brukt, slik at disse ikke kan fungere som prokxy for hva som er arbeidsrettet behandling.

Anbefalingene fra RHF-ene har vektlagt at det skal være en styrking av arbeidsrettede tilbud for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser som angst og depresjon. Tidligere ortopedisk/kirurgisk raskere tilbake-aktivitet skulle ikke lenger registreres som arbeidsrettet behandling etter «raskere tilbake/sykepengeprosjektet» (debitorcode 20), med mindre det inkluderte samtidig behandling og arbeidsrettet bistand. Det gis følgende begrepsavklaring for Helse og arbeid-tiltakene i RHF-enes anbefalinger:

Arbeidsrettet behandling – sentrale punkter:

- Tydelig arbeidsfokus med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand, dvs. både helse og arbeid som mål. Arbeidsdeltakelse er viktig for bedre helse og livskvalitet/mestring
- Med arbeid forstås også skole og utdanning

³ <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-rhf.pdf>

⁴ [Innsatsstyrt finansiering 2018.](#)

⁵ http://admininfo.helsesorost.no/regionalt_/Regionale%20prosedyrer%20fra%20EK/Brukerveiledning%20Arbeidsrettet%20behandling.pdf

- Samarbeid med NAV, fastlege, arbeidsgiver og andre om samtidige tiltak
- Tverrfaglig tilnærming og organisering
- Tidlig hjelp i sykdomsforløpet – kort ventetid
- At pasienten er aktiv part i egen behandling
- At pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom kan få tverrfaglig og samtidig behandling

NCMP-kode (prosedyrekoder):

OABI00 Kartlegging av funksjonsevne relatert til arbeid/utdanning:

Kartlegging av den enkeltes evne til å møte kravene som stilles i utførelsen av et arbeid. ICF-basert kartlegging eller tilsvarende av pasient/brukers ressurser og hindringer i forhold til arbeidsdeltakelse, inkl. kartlegging av motivasjon og andre personlige faktorer, kompetanse, arbeidskrav, og nåværende og tidligere arbeids- og stønadssituasjon. Vurdering av tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen/arbeidsmarkedet og avklaring av brukers, arbeidsgivers, og NAVs forventninger.

OBBI00 Aktivitet relatert til å beholde eller skaffe seg arbeid eller utdanning:

Med aktivitet forstås her et vidt spekter av tiltak, som skal kjennetegnes av de sentrale punktene for arbeidsrettet behandling (jf. ovenfor).

2.5 Informasjon til befolkning og henvisere om tilbudene

På helsenorge.no og hos hvert av de regionale helseforetakene finnes det lenker til tilbudene innenfor Helse og arbeid i det enkelte helseforetak. Fra helsenorge.no kan man f.eks. søke på ordet "arbeid" som gir tilgang til siden for Helse og arbeid. Derfra kan man klikke seg videre til tilbudene i det enkelte helseforetak (<https://www.helsenorge.no/helsehjelp/helse-og-arbeid/>).

I 2019 så vi at del av tiltaksbeskrivelsene var mangelfulle, og gav tilbakemelding til styringsgruppen om dette. Ultimo 2021 framstår nettsidene som betraktelig mer oppdaterte, flere følger også en felles mal (se f.eks. <https://www.siv.no/behandlinger/helse-og-arbeid-tidligere-raskere-tilbake>). I forbindelse med intervjuene i 2020 sammenholdt vi informasjonen på nettsidene med beskrivelsene av tilbudene i intervjuene, og så at det fortsatt er potensial for å oppdatere sidene hyppigere noen steder. Det var også nyetablerte tilbud (høst 2020) som manglet beskrivelser. I surveyen gjennomført i 2021 var det flere tilbud som skrev at de fortsatt må jobbe med å informere henvisere om tilbudet.

3 Metodebeskrivelser

3.1 Litteraturgjennomgang

I løpet av prosjektperioden har vi søkt og samlet forskningslitteratur og evalueringer som omhandler "Raskere tilbake"-ordningen. En gjennomgang av de mest relevante studiene fra Norge gis innledningsvis i kapittel 4. I forbindelse med sluttrapporten gjorde vi også et tematisk søk i desember 2021 etter internasjonale systematiske kunnskapsoversikter på Arbeid og helse-feltet – innenfor de viktigste diagnosegruppene som Helse og arbeid-tilbudene dekker. Søket beskrives i det følgende.

3.1.1 Søkestrenger, systematiske kunnskapsoppsummeringer

Med mål om å skaffe en oversikt over eksisterende kunnskap om effekten av forskjellige helsetiltak rettet mot ulike arbeidsrelaterte utfallsmål (det være seg rehabiliteringsintervensjoner, spesifikke strategier eller retningslinjer), har vi gjennomført et "rapid review" for å få et inntrykk av omfang og typer studier på feltet. Vi har tatt utgangspunkt i de mest vanlige diagnosene som det tilbys Helse og arbeid-tilbud innenfor, som muskel- og skjelettlidelser, vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon, smerte, kreft og hjernetraume. I tillegg inkluderte vi fastlegetjenesten og artikler som omhandler organisasjonsnivå og implementering.

Vi identifiserte først fem særlig relevante systematiske kunnskapsoppsummeringer på fagfeltet. I tillegg tok vi med fastlegerelaterte kunnskapsoppsummeringer og artikler med organisasjons- og implementeringsperspektiv på feltet. Disse ble gjennomgått for å dokumentere valg av søkeord (*keywords*) og eventuelle søkefraseringer, som videre ble utgangspunktet for vårt litteratursøk.

Litteratursøket ble gjennomført i PubMed, og vi benyttet følgende kombinasjon av søkeord (her eksemplifisert i kombinasjon med psykisk helse):

("return to work" OR "work rehabilitation" OR "vocation* treatment" OR "vocation* rehabilitation" OR "evidence-based practice" OR "motivational interview*") AND (employment OR "sick* certification" OR "sick leave" OR "worker's compensation" OR "occupational health") AND "mental health"

Siste søkeord i søkefrasen (dvs. aktuelle diagnose/tilstand eller tema) ble tilpasset hvert søk med bruk av følgende søkeord;

Søk nr.	Spesifikk diagnose/tema
1	"mental health"
2	"musculoskeletal"
3	"chronic pain"
4	"cancer"
5	"brain injury"
6	"general practice" OR "general practitioner*" OR "physicians, family" OR "family practice" OR "primary care"
7	"organization* level" OR "system level"
8	"implementation"

Vi har tilpasset omfanget av litteratursøket til tilgjengelig tid og ressurser for oppdraget. Kunnskapsoppsummeringen ble derfor begrenset til å inkludere kun systematiske oversiktsartikler, språk ble begrenset til engelsk, og publikasjonsperioden begrenset til siste 10 år (fra og med 2011 til desember 2021).

Resultatene av søket presenteres i tabellariske oversikter som gir leseren et raskt innblikk i problemstillinger og konklusjoner. Disse presenteres i kapittel 4.

3.2 Intervju

3.2.1 Innledende intervjurunder i tjenestene (2019)

Første halvår av evalueringen ble det gjennomført fokusgruppeintervju og individuelle intervju med over 70 personer som jobbet i Helse og arbeid-tilbud. Alle regioner var representert. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide (presentert under). I tillegg har forskerne deltatt og presentert evalueringen på flere nettverkssamlinger og konferanser, der vi har benyttet pauser og gruppearbeid/workshops til å diskutere tema av relevans for evalueringen med fagfolk som har deltatt.

Oversikt over gjennomførte intervju våren 2019:

- Fokusgruppe i Helse Sør-Øst RHF februar 2019 (alle helseforetak representert med representanter fra både fysikalsk medisin og psykisk helsevern, n = 19)
- To fokusgruppeintervju med representanter fra henholdsvis tverrfaglig poliklinikk rygg-, nakke-, skulder og psykisk helsevern (n = 6)
 - Individuelle intervju med representanter fra Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag (n = 2).
 - Deltakende observasjon i rettighetsvurderingsmøte for private aktører i Helse Midt-Norge (februar 2019, n = 10)
- Fokusgruppe i Helse Vest, mars 2019 (inkl. private med avtale, n = 13)
 - Individuelle intervju med ansatte i Helse Bergen (n = 2)
- Fokusgruppeintervju i Helse Nord, mars 2019 (inkl. private med avtale og Arbeidslivssenteret i Troms og Finnmark, n = 15)
 - Individuelt intervju med representant fra Opptreningscenteret i Finnmark
 - Deltakende observasjon på todagers studietur om HelseArbeid 19.-20. februar 2019 (med deltakere fra spesialisthelsetjenesten fra hele landet, samt Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet)
- Prosjektleder har i forbindelse med en annen evaluering som omhandler samhandling i kommunale tjenester gjennomført fokusgruppeintervju med en rekke fastleger i tre kommuner våren 2019. I august/september 2019 ble det gjennomført intervju i tre nye kommuner. De seks kommunene er spredt over hele landet og dekker alle fire helseregioner. Her var planen å ta opp problemstillinger knyttet til samarbeid rundt pasienter som kan være aktuelle for henvisning til Helse og arbeid, men få av fastlegene hadde kjennskap til Helse og arbeid-tilbudene.

3.2.1.1 Intervjuguide

Innledning

- Presentere følgeevalueringen
- Gå gjennom informasjonsskriv/ samtykkeerklæring (muntlig), personvern – sentralt og lokalt (personvernombud)
 - Båndopptaker
- To-delt opplegg:
 - 1) runde rundt bordet, der hvert HF kort beskriver utviklingen i sine tilbud innenfor Raskere tilbake/Helse og arbeid
 - 2) fri diskusjon rundt prosessen i forbindelse med omleggingen, koding av debitor 20, økonomi, samarbeid internt og eksternt, bruk av prioriteringsforskriften osv.

Innledning om tilbudet ved det enkelte sykehus/helseforetak

- Runde rundt bordet (ALLE –presentere seg innledningsvis i sitt innlegg med navn, stilling, sykehus, rolle i H&A – så vi får det på bånd)
 - Kort beskrivelse av tilbudet innen H&A i det enkelte foretak – ved utgangen av 2017 og hva som ble lagt ned/videreført i hhv. 2018 og 2019.
 - Tilbud per 2019 er innenfor Hjernetraume/hjerneslag, kreft, psykiske lidelser, muskel-skjelett.
 - Tilbud per 2015 i HSØ var hjernetraume, hjerte, kreft, psykisk, lunge, muskel/skjelett, nevrologi, ortopedi, rehab, revmatologi, rus.

Om prosessen med omlegging av Raskere tilbake og nå "sørge-for-ansvar" for Helse og arbeid

- Informasjon (HF/RHF/ledelse), mulighet til påvirkning av tjenestetilbud, utfordringer i prosessen?
- Økonomi
 - Hvordan avgjøres bruk av bevilgningene (og er de ihht intensjonen)?
 - Under RT var det dobbel DRG – hvordan har overgangen til rammefinansiering uten slike insentiver eventuelt påvirket tilbudet?

Samhandling internt og eksternt

- Samhandling med interne (inkl. private) – og utvikling over tid
- Rolleavklaring – medisinsk fokus/arbeidsfokus (sosionom osv.)
- Samarbeidet med eksterne – primærhelsetjenesten (fastlegene), rehabiliteringstiltak/institusjoner, NAV/Arb.livs.sentrene, BHT, arbeidsgiver – aktivt/formalisert/fungerer i praksis? – utfordringer?
 - SAMSNACK-problemstillinger – plattformer for kommunikasjon.
 - Få fram dette med ev. konkurranse mellom tjenestene om pasientene -
- Konseptet HelseiArbeid – hvilken rolle spiller det for samarbeidet på tvers?
 - Bedriftstiltaket (NAV), individtiltaket (spes.h.tj)
- Samarbeidet med NAV – hvordan har utviklingen har vært? Hva er utfordringene?
 - Er samarbeidet mellom helseforetakene og NAV godt nok?
 - Hva kreves for å få til et bedre samarbeid?
 - Hva kan NAV bidra med for å støtte opp under et bedre samarbeid?

- Hva kan helseforetakene bidra med for å støtte opp under et bedre samarbeid?

Bruk av prioriteringsforskriften – nå vs. tidligere

- Hvilke konsekvenser har innføring av bruk av prioriteringsforskriften for hvilke pasienter som nå får tilbud (sammenliknet med under RT)
- Nytte/kostnads-aspekter tilknyttet prioritering? RT vs. H&A

Debitor 20-koding nå vs. tidligere

- Endringer i måten debitor 20 kodes etter omleggingen?
- Hva gjøres for å holde trykket oppe på riktig koding?
- Hvordan har informasjonen om dette vært fra RHF-et?
- Bekymringer?

Arbeidstrettede tiltak, arbeidsretta rehab

- Hvilke tiltak innenfor Helse og arbeid defineres nå som "arbeidsrettet"?
 - Hvor oppfatter tjenestene at skillet går mellom hva som er arbeidsrettet rehabilitering hva som er arbeidsrettede tiltak?
 - Hvordan har omleggingen av "Raskere tilbake" påvirket hvordan tjenestene tenker om hva som er arbeidsrettet behandling? Endringer siden "Raskere tilbake"-perioden?
- Hvilke arbeidsrettede tiltak opplever spesialisthelsetjenesten som nyttige/effektfulle?
- Hvordan opplever de som jobber med arbeidsrettede tiltak innenfor Helse og arbeid, og ev. ikke er helsepersonell, sine oppgaver i spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan oppfattes og benyttes den **foreliggende veilederen for arbeidsrettet rehabilitering ute i tjenestene**? Hva er udekkede behov i en veileder for arbeidsrettede tiltak i spesialisthelsetjenesten, hvis man tar utgangspunkt i den som foreligger?

Eventuelt

- Åpent – udekkede behov – hva har blitt bedre/verre etter omleggingen?
- Er det noe vi ikke har snakket om, som du/dere kunne tenke dere å ta opp til slutt?

3.2.2 Intervju i alle helseforetak 2020

I 2019 gjennomførte vi en nasjonal spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle helseforetak og alle private institusjoner med avtale innen Helse og arbeid. Over 500 ledere og ansatte var på listen over mulige respondenter, og 194 personer svarte (denne presenteres under). I henhold til prosjektplanen skulle en ny elektronisk undersøkelse vært gjennomført i 2020, men både på grunn av Covid-19-pandemien (som kanskje ville påvirket responsraten våren 2020 negativt), og fordi vi ønsket å komme nærmere inn på tiltakene for å kunne beskrive innholdet i tilbudet, valgte vi å endre planene til å gjøre intervju med Helse og arbeid-tilbud i alle helseforetakene i stedet. Dette i samråd med styringsgruppen, og det ble sendt endringsmelding til NSD i prosjektet.

Vi fikk en liste over kontaktpersoner i alle helseforetakene fra hvert av RHF-ene, og tok kontakt med disse for å avtale intervju på Skype eller Join i perioden oktober-desember. Vi spurte om å få intervjuer både ledere og

ansatte i tiltakene. De aller fleste intervjuene er fokusgruppeintervju med minst to deltakere fra tjenestene – og med to forskere fra SINTEF som intervjuet. I noen intervju stilte kun ledelsen. Noen få tiltak stilte med hele Helse og arbeid-personalet. Informantene fikk informasjon om følgeevalueringen på forhånd og samtykket enten skriftlig eller muntlig til deltakelse. De ble forberedt på at vi kom til å spørre om status, utvikling, pandemi-relaterte spørsmål, prioritering av ulike pasientgrupper og samarbeid med andre aktører i Helse og arbeid-tilbudene deres. Intervjuene ble gjennomført som såkalt semistrukturerte intervju, som betyr at forskerne hadde en forhåndsdefinert intervjuguide med tema vi skulle gjennom i løpet av intervjuet, men at vi hadde mulighet til å avvike fra guiden etter behov og stille oppfølgings spørsmål når relevante tema dukket opp. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert til tekst.

3.2.3 Workshop med fylkesrepresentanter i NAV om samarbeidet med helsetjenesten

Den 29. oktober 2020 arrangerte tre av forskerne i prosjektgruppen en to timer lang digital workshop om samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene. De fleste deltakerne jobbet i NAV på fylkesnivå, for eksempel som koordinerende rådgivende overleger eller koordinatorene for ulike satsinger/prosjekter i NAV (HelseArbeid mv.). Det deltok også representanter fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Her ønsket vi å diskutere barrierer og drivere for et godt samarbeid mellom de to tjenestene. Innkallingen til workshopen (formulert av forskere i evalueringen) er gjengitt under. Invitasjonen ble først sendt ut med informasjon om påmelding via kontaktpersoner i Arbeids- og velferdsdirektoratet til allerede eksisterende nettverk som har jobbet med tematikken i NAV. SINTEF/NTNU sendte ut Outlookinnkalling til 15 påmeldte deltakere. Det ble til slutt 12 deltakere utenom de som deltok som observatører fra Arbeids- og velferdsdepartementet, og oss tre forskerne. Datagrunnlaget fra workshopen er benyttet til å diskutere samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene. I det følgende gjengis utsendelse-posten til workshopen, slik at leseren av denne rapporten kan forstå hvilken setting den foregikk i. Det var en suksessfaktor i den digitale workshopen at alle hadde blitt bedt om å forberede seg, og at alle fikk ordet i en runde rundt bordet.

Invitasjon til workshop

Hei,

Vi setter stor pris på at du har takket ja til delta på en digital workshop der vi diskuterer barrierer og drivere for godt og hensiktsmessig samarbeid mellom NAV og helsetjenestene. SINTEF og NTNU står som arrangør av workshopen, der NAV har bidratt til å rekruttere deltakere fra etablerte nettverk på arbeid og helse-feltet. Som forberedelse kan deltakerne gjerne tenke gjennom (og eventuelt notere ned) eksempler fra egen arbeidshverdag der man har opplevd å møte enten motstand eller "forløsning" i etableringen/videreutviklingen av samarbeidet med helsetjenestene. Det vil være relevant med erfaringer både fra etableringen av HelseArbeid rundt om i landet, og i forhold til samhandlingen som gjelder personer med milde til moderate psykiske helseplager og muskel-skjelettplager. Forskerne i SINTEF og ved NTNU ønsker å bruke diskusjonen som datagrunnlag inn i en pågående evaluering av omleggingen av "Raskere tilbake", som vi gjør på oppdrag for de fire regionale helseforetakene. Innspillene vil formuleres slik at de framgår anonymt i all referering til det som måtte framkomme av informasjon i workshopen. Målet vårt er å få en oppdatering på hvordan det forventende samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene går, hvilke områder som er utfordrende (og hvordan utfordringer ev. er løst), på hvilke områder og på hvilken måte et samarbeid mellom NAV og helse er mest hensiktsmessig. Hvilken rolle får NAV i samarbeidet med helsetjenestene? Det er vi nysgjerrige på.

Vi setter av to timer til møtet, som vil foregå på Teams. Forskerne fra SINTEF og NTNU vil lede møtet, som vil ha følgende agenda (endringer kan forekomme):

- Kort presentasjonsrunde
- Runde rundt (det digitale) bordet - kort presentasjon fra hver enkelt på hvem/hva om/hvordan man har samhandlet med helsetjenestene og erfaringer fra dette arbeidet
- Diskusjon i plenum om faktorene som hemmer og fremmer samarbeid og samhandling mellom NAV og helsetjenestene. Forskerne følger opp diskusjonen med spørsmål underveis.

Denne workshopen vil gi både de som jobber med arbeid og helse nasjonalt i NAV og SINTEF/NTNU god input når det gjelder erfaringer dere sitter med, og hva slags støtte dere kan ha behov for, for å få til enda bedre samarbeid på tvers av tjenesteområdene. Workshopen gir dere mulighet til deling av erfaringer på tvers av fylker.

3.3 Spørreundersøkelser

Datagrunnlaget inkluderer flere spørreundersøkelser i spesialisthelsetjenesten, beskrevet under.

3.3.1 Kartlegging 2019

Våren 2019 utarbeidet vi det første av to kartleggings skjema rettet mot ledere og ansatte i alle klinikker/avdelinger, i helseforetakene og hos private leverandører, som tilbyr (eller tidligere tilbød) spesialisthelsetjenester innenfor Helse og arbeid. Dette gjelder både de som hadde "Raskere tilbake"-aktivitet før 2018, men som har lagt ned aktiviteten, avdelinger som framholder tilbud utviklet under "Raskere tilbake"-perioden, og avdelinger som etter omstillingen er i gang med, eller planlegger oppstart av, nye tilbud innenfor arbeidsrettet/arbeidsfokusert utredning og behandling. Kartleggings skjemaet ble sendt ut 15. mai 2019 til omtrent 500 ledere og ansatte som jobber innenfor Helse og arbeid i hele landet (inkludert private aktører med avtale). Vi hadde i forkant av utsending gjennomført en egen kartlegging blant ledere av Helse og arbeid-tilbud, og innhentet informasjon om e-postadresser til deres ansatte i Helse og arbeid-tilbudene. Første frist for svar på kartleggingen var satt til 31. mai 2019, og etter påminnelse ble ny frist satt til 11. juni. Deretter gjorde vi en gjennomgang av hvilke HF eller private aktører vi fortsatt manglet svar fra, for så å gjøre en målrettet purring. Det er frivillig å svare på slike undersøkelser, og det er grenser for hvor ofte vi kan purre hvis ingen svarer. Absolutt siste frist for svar ble satt til 1. juli 2019. På grunn av ekstra runder med personvernombud på ett av sykehusene, fikk det siste sykehuset tilsendt undersøkelsen i august 2019.

Ledere ble oppfordret til å sende skjemaet videre til sine ansatte som kunne være aktuelle respondenter, og vi har derfor ikke fullstendig oversikt over hvor mange som mottok e-posten fra oss med lenke til det elektroniske kartleggings skjemaet. Resultater fra undersøkelsen presenteres i kapittel 4.

3.3.2 Kartlegging 2021

Det første kartleggskjemaet ble relativt omfattende og inkluderte også mange åpne fritekstspørsmål. Kunnskapen vi tilegnet oss gjennom analyser av det første kartleggings skjemaet, gjorde at vi i neste runde kunne ha flere standardiserte kategoriske spørsmål. Høsten 2021 gjennomførte vi den siste kartleggingen, med samme utsendelsesprosedyre som sist, der vi både kunne måle utvikling på enkelte spørsmål, og inkluderte nye spørsmål for problemstillinger som oppstår underveis i evalueringsperioden.

3.3.3 Survey etter deltakelse på nettverkssamling med Arbeids- og velferdsdirektoratet

To representanter fra evalueringen deltok i juni 2019 på en to-dagers nettverkssamling Arbeids- og velferdsdepartementet arrangerte hovedsakelig for representanter fra NAV (Arbeidslivssenter, NAV fylke o.l.), men der også enkelte representanter for spesialisthelsetjenesten var invitert. I etterkant av samlingen

fikk vi Arbeids- og velferdsdirektoratet til å sende ut en helt anonym elektronisk kartlegging til NAV-ansatte deltakere på nettverkssamlingen, med tre åpne spørsmål om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på arbeid og helse-feltet, som også inngår i det samlede datagrunnlaget.

3.3.4 Kartlegging av tilbud blant private aktører med avtale

Noen av de største private virksomhetene som har avtale med de regionale helseforetakene har vi intervjuet på samme måte som helseforetakene (som f.eks. Diakonhjemmet, Haraldsplass, Friskgården og Opptreningssenteret i Finnmark). Men av kapasitetshensyn valgte vi å lage en kort nettbasert spørreskjemaundersøkelse til de øvrige private med avtale. Fra kontaktpersoner for Helse og arbeid i de fire RHF-ene fikk vi kontaktinfo til ansvarlige i private institusjoner med ytelsesavtale innenfor arbeidsrettete tilbud og arbeidsrettet rehabilitering. Undersøkelsen ble sendt ut i slutten av november 2020 med to ukers frist. Det ble sendt én purring til institusjoner som ikke hadde svart innen første frist, og ny frist ble satt én uke fra purring.

Spørreskjemaet inneholdt innledningsvis spørsmål om hvilke(t) RHF institusjonen hadde avtale med på undersøkelsestidspunktet, navn på institusjonen og om vedkommende som svarte hadde lederansvar. Vi kartla også hvor mange årsverk som arbeider med arbeidsrettet/arbeidsfokustert behandling i hver institusjon. Om selve tilbudene hadde vi følgende spørsmål:

- **Beskriv kort hvordan dere får henvisninger til Helse og arbeid-tilbudet (f.eks. direkte fra fastlege/via RKE/RVE eller via Helse og arbeid-klinikker i helseforetakene) (åpent)**
- **Beskriv kort hva tilbudene hos dere innenfor Helse og arbeid innebærer for pasientene som henvises og hvilke metoder som typisk benyttes:**
- **Hvordan vil du beskrive målgruppen for tilbudene innenfor Helse og arbeid i din virksomhet per i dag? Veiledende tekst: Hvis dere har videreført tilbud fra "Raskere tilbake", legg gjerne vekt på hvordan målgruppen nå eventuelt skiller seg fra målgruppen dere hadde i denne typen tilbud i "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017).**
- **Hvordan jobber dere arbeidsrettet/arbeidsfokustert i din virksomhet/klinikk/avdeling? (åpent)**
- **Kodes aktivitet innenfor Helse og arbeid-tilbudet hos dere med debitorcode 20 til Norsk pasientregister? (Ja/Nei/Vet ikke)**
- **I hvilken grad erfarer du at din virksomhet/klinikk/avdeling har et tilfredsstillende samarbeid med følgende aktører per i dag:** (Svaralternativer; I svært stor grad, i stor grad, i noen grad, i liten grad, i svært liten grad, uaktuelt)
 - Arbeidsgivere
 - Pårørende
 - Bedriftshelsetjeneste
 - Arbeidsinkluderingsbedrifter/vekstbedrifter (tidl. attføringsbedrifter)
 - NAV lokalt
 - NAV arbeidslivssenter
 - Andre enheter i NAV (f.eks. NAV Rådgivningstjeneste og NAV Hjelpemiddelsentral)
 - Fastlegen

- Frisklivsentral i kommunen
 - Kommunehelsetjenesten (utenom fastlegen)
 - Helse og arbeid-tilbud i helseforetakene
 - Private avtalespesialister
 - Andre aktører, beskriv: _____
- **Hva er de største utfordringene på Helse og arbeid-feltet i din virksomhet klinikk/avdeling – hvilke aktører er involvert og hva mener du må til for å løse utfordringene?** (åpent)
 - **Hvis du har kommentarer til nedleggelsen av "Raskere tilbake" og prosjektets overføring til ordinær drift (Helse og arbeid) kan du skrive det her** _____

3.4 Aktivitetsdata 2017-2021 (datauttak fra RHF-ene)

Det er, som beskrevet over, en omstendelig prosess å få utlevert data fra helseregistrene, og det innebærer ofte en tidsforsinkelse i tidsserien. Vi har derfor fått årlige uttak av data på debitorcode 20 på nasjonalt nivå fra en seniorrådgiver i Helse Midt-Norge RHF, slik at vi har kunnet følge med på utviklingen i koding og registrering underveis. Siste leveranse kom høsten 2021, og inneholder tall til og med andre tertial 2021.

3.5 Fastlegehenvisninger til HelseArbeid-sentre i Helse Nord

I forbindelse med en annen evaluering SINTEF gjør for Helsedirektoratet, der vi gjorde intervju med fastleger i seks kommuner spredt over hele landet, spurte vi til slutt i intervjuene (som handlet om tverrfaglig koordinering) om de kjente til at Raskere tilbake var nedlagt og om de visste om det var etablert nye tilbud innenfor arbeid og helse. Dette var det svært få av fastlegene som kjente til, bortsett fra ett fastlegekontor der flere av legene henviste til en privat aktør med avtale innenfor Helse og arbeid som lå på samme tomt som fastlegekontoret.

Vi ønsket å finne en annen måte å måle kunnskap om Helse og arbeid-tilbudene hos fastlegene på, da intervju ikke gir nok breddekunnskap. Vi kontaktet først Norsk forening for allmenntilleggsmedisin med forespørsel om det var mulig å samarbeide med dem om utsendelse av en kort survey til fastlegene, men fikk svar om at de måtte prioritere egne undersøkelser. Vi var også i kontakt med Utposten (fagblad for allmenn- og samfunnsmedisin) om utsendelse via dem, uten hell. Neste steg ble å undersøke om vi kunne få informasjon fra RHF-ene om hvor mange ulike fastleger som har henvist til de enkelte Helse- og arbeid-tilbudene. På RHF-nivå viste det seg at ingen av regionene hadde tilgang til slike registreringer, men ved UNN HF, Nordlandssykehuset HF og Finnmarksykehuset HF fikk vi til et samarbeid med tre kontaktpersoner som tok ut lister til oss fra journalsystemet over alle fastleger som hadde henvist til tilbudet (uavhengig av om henvisningen ble innvilget eller avslått). Disse tallene ble så sett opp mot SSB sin statistikk for antall fastlegeavtaler i de kommunene som tilhørte de respektive helseforetakene. Resultatene presenteres i kapittel 4.

3.6 Registerdata

I den registerbaserte delen av evalueringen ønsket vi å bygge ut tidsserien i en etablert registerdatabestilling som allerede er godkjent av REK og NSD til samme formål. Her var det ikke være aktuelt å hente ut data før i 2020, slik at vi kunne få data for årene 2018 og 2019. Utgangspopulasjonen i den eksisterende koblingen er *alle som har hatt et arbeidsforhold på minst 30 dager i perioden 2007-2017 (-2019)*. Dette utgjorde 3 543 569 arbeidstakere, i tillegg kom de som eventuelt ikke var i arbeidspopulasjonen, men som likevel fikk behandling

gjennom "Raskere tilbake" eller Helse og arbeid. En oversikt over type register og eksempler på variabler i registerkoblingen gis i tabellen under.

Tabell 3.1 **Registre det er søkt om datalån fra eksempler på variabler og hensikt.**

Register (dataeier)	Eksempler på variabler	Hensikt
Folkeregisteret (Skatteetaten/NAV)	Demografi; fødselsår, kjønn, kommunenr, dødsdato ++	Identifisere populasjonen, bokommune, HF-tilhørighet mv.
FD-trygd (NAV)	Tidspunkt for uføretrygd (inkl. diagnose), sykefravær/sykepenges (inkl. diagnose), pensjoner, AAP, sysselsetting, pensjonsgivende inntekt mv.	Identifisere forekomst av medisinske trygdeytelser og trygdeforløp. Mulige utfallsvariabler og sensurvariabler i overlevelsesanalyser. Sysselsettingsdata for identifisering av "tilbake-i-jobb".
Norsk pasientregister (NPR, HelseDirektoratet)	Tidspunkt for henvisninger, innleggelser, utskrivninger, diagnoser, prosedyrekoder, DRG, debitor 20 mv.	Identifisere helsetjenesteforbruk i spesialisthelsetjenesten (somatikk, psykisk helsevern, TSB, rehabilitering), herunder RT-aktivitet gjennom debitor 20.
NUDB (SSB)	Høyest fullførte utdanning	Utdanning benyttes som indikator for sosioøkonomisk status/sosial ulikhet
Fastlegeregisteret (HelseDirektoratet)	Tilknytning mellom fastlege og innbygger	Identifisere listestørrelse og hvilke pasienter som er på samme liste, noen kjennetegn ved fastlege og fastlegepraksis (kjønn, alder, listestørrelse mv.)

3.6.1 Registerkoblingsprosessen

Den registerbaserte evalueringen av "Raskere tilbake", som NTNU og SINTEF startet planleggingen av allerede i 2017, ble forsinket grunnet usedvanlig lange saksbehandlingstider hos både NSD og registreierne. En del av forsinkelsen skyldtes innføring av den mye omtalte nye personvernforordningen (General Data Protection Regulation, GDPR, forordning 2016/679), som i Norge ble iverksatt fra juli 2018. Det var i tillegg mange som søkte data på samme tid, og stort press på jurister og datautleverere i helseregistrene. I 2018/2019 virket det som mange instanser har brukt mye tid på å forstå sitt ansvar når personidentifiserende opplysninger skal behandles. Vår søkeprosess startet med REK og NSD i februar 2018. I mars 2019 var alle godkjenninger fra REK, NSD og registreiere klare, slik at NAV kunne trekke studiepopulasjonen. Endelig datakobling forelå først i juli 2020 (med tidsserie t.o.m. 2018), mens tall fra NPR og NAV var klare i mars 2020, slik at vi kunne starte datavask og datatilrettelegging våren 2020. Prosjektet måtte gjennom en personvernkonsekvensutredning (DPIA) i tett dialog med NSD (DPIA, nr. 59841). Registerkoblingen er godkjent i REK (2018/627/REK Midt) og NSD.

Sommeren 2021 fikk vi så oppdatert tidsserien med tall fra NPR på hele populasjonen i 2019 og 2020, slik at vi kunne studere utvikling i pasientpopulasjonen etter omleggingen. Vi observerte allerede i 2018 en stor nedgang i registreringen av debitorcode 20, og fikk tilbakemeldinger om at det var veldig ulik praksis for registrering på denne koden etter at den ikke lenger er knyttet til ISF og gir takst. Vi vurderte derfor at registerdataene ikke kan brukes på samme måte for 2018 og årene etter som for tiden under Raskere tilbake (t.o.m. 2017), og har ikke koblet sykefraværdata på den oppdaterte tidsserien. Det vil blant annet være slik at det med stor sannsynlighet vil inngå Helse og arbeid-pasienter som ikke er kodet med debitorcode 20 i kontrollgrupper som eventuelt genereres på tallene etter 2018. Aktivitetstall for debitorcode 20 til og med 2. tertial 2021 (direkte fra RHF) er presentert i et eget kapittel.

3.6.2 Deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser

Registerdataanalysene vil hovedsakelig baseres på beskrivelser med deskriptiv statistikk (prosentandeler, gjennomsnitt, median der det er relevant) fordelt etter sektor, helseregioner/helseforetak, og innslag av multivariate regresjonsanalyser. Den totale "Raskere tilbake"-populasjonen har ikke blitt presentert data på før, og siden prosjektet har vært et svært viktig bidrag til utviklingen av feltet arbeidsrettet behandling og rehabilitering, er det viktig at historikken presenteres for offentligheten. I kapittel 5 i hovedrapporten gjøres analyser av effekt på sykefravær i form av såkalte matching-analyser. Her har vi matchet debitorcode 20-pasientene med sammenliknbare pasienter som har vært behandlet for samme diagnoser, som er like gamle, har samme kjønn og nivå på utdanningen osv. Her sammenlikner vi endringene i utfall (sykefravær, AAP, uførhet) over tid mellom "Raskere tilbake"-populasjonen og kontrollene som ikke har vært behandlet i "Raskere tilbake". Alle analyser gjennomføres i STATA SE 16, og i noen tilfeller er Excel brukt for tabell- og figurgenerering.

3.7 Samfunnsøkonomisk vurdering

Evalueringen skal ikke gjøre en tradisjonell kost-nytte-analyse, men en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering som gis i sluttrapportens kapittel 6. I prosjektbeskrivelsen har vi vektlagt følgende forskningsspørsmål:

- I et samfunnsøkonomisk perspektiv - i hvilken grad synes omleggingen av "Raskere tilbake", og de arbeidsrettede tiltak som nå videreføres eller etableres, å være gode grep for "Helse i arbeid"-feltet og hvilke utfordringer og muligheter har følgeevalueringen vist?
 - Å se spesialisthelsetjeneste opp mot primærhelsetjeneste er særlig relevant, da det nå tilbys kommunale tiltak som likner på det spesialisthelsetjenesten tilbyr, for eksempel innenfor psykisk helsearbeid der det i økende grad etableres (polikliniske) behandlingstilbud rettet mot angst og depresjon som blant annet har sykmeldte som målgruppe.
- Hvilken betydning har det hatt å innføre bruk av prioriteringsforskriften i Helse og arbeid-tiltak?
- Gitt resultatene om effekt på sykefravær, hvordan kan vi kvalitativt vurdere nytte og kostnad i Helse og arbeid-tiltak når det gjelder endringer i sykefravær og tid til arbeid?

Sentralt i metoden ligger strukturering av kvalitative data, typisk innhentet gjennom intervju og diskusjon med fagfolk. Struktureringen av data er forklart gjennom en 10-steps prosedyre (Ose, 2016). En samfunnsøkonomisk vurdering gjøres dersom det ikke er grunnlag for, eller hensiktsmessig, å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse der virkningene tallfestes og verdsettes i kroner. Metoden er utviklet for anvendt forskning på komplekse problemstillinger. En samfunnsøkonomisk vurdering gjøres gjennom å 1) Identifisere viktige aktører for temaet som studeres, 2) systematisk innhenting av erfaringer fra alle relevante aktører, 3) systematisk gjennomgang av all informasjon med flere forskere involvert, 4) identifisering av sentrale situasjonsbilder, og 5) utvikle forslag til anbefalinger til endringer.

4 Datagrunnlag og resultater

Evalueringen startet ultimo 2018, og vinteren 2019 med å formulere utkast til spørreskjema, intervjuguider og NSD og REK-søknader. Mye av våren 2019 gikk med på å innhente godkjenninger fra (først) fagdirektører og (deretter) personvernombud ved alle HF og private institusjoner med avtale innenfor Helse og arbeid, om at det var ok at vi kontaktet ansatte i tilbudene for gjennomføring av spørreskjemaundersøkelser og intervju i løpet av prosjektperioden. Dette var kort tid etter innføringen av EUs personvernforordning (GDPR) sommeren 2018, og evalueringen ble på mange måter (for oss, personvernombud i helseforetakene og registereiere) et pilotprosjekt i det nye personvernregelverket der nye stier måtte tråkkes opp (som tok tid).

Vi starter kapitlet med å beskrive noe av forskningen som er gjort på "Raskere tilbake" tidligere, og vi har også gjennomført en tematisk litteraturgjennomgang av internasjonale systematiske kunnskapsoversikter som presenteres til slutt i dette delkapitlet.

4.1 Tidligere forskning og evaluering

Som beskrevet i kapittel 3 har vi oppsummert den mest relevante litteraturen fra Norge som har vært relatert til "Raskere tilbake" og Helse og arbeid. Til slutt i delkapitlet presenterer vi også tabeller med oversikt over relevante internasjonale systematiske oversiktsartikler.

Vi starter med å inkludere en sentral oppsummeringsartikkel fra 2021, der Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) har gjennomført et systematisk litteratursøk og oppsummert effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak på retur til arbeid for personer som er, eller står i fare for å bli, langtidssykmeldt¹². Disse studiene er av relevans for målgruppene i dagens Helse og arbeid-tilbud. Av 20 primærstudier og 13 systematiske litteraturgjennomganger konkluderte FHI med at det er usikkert om det er noen forskjell mellom arbeidsrettede rehabiliterings-tiltak og andre aktive tiltak eller vanlig praksis i retur til arbeid etter 12 måneder. De skriver videre at det er usikkert om det er noen forskjell mellom tverrfaglig rehabilitering og andre aktive tiltak i retur til arbeid etter 24 måneder. Det var også usikkert om det er noen forskjell mellom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak og vanlig praksis i helserelaterte utfall. Ingen av de evaluerte tiltakene fant negative effekter på retur til arbeid (ibid.).

4.1.1 Eksisterende kunnskap om "Raskere tilbake"-tilbudene

Det har blitt gjort en del enkeltstudier av diagnosespesifikke intervensjoner og noen få evalueringer av tilbudene i "Raskere tilbake" i perioden 2007-2017. Vi oppsummerer funn fra de mest omfattende evalueringene under, og presenterer først en undersøkelse Folkehelseinstituttet har gjort med utgangspunkt i data fra brukerundersøkelser blant "Raskere tilbake"-pasienter i 2015/2016.

Brukerundersøkelse

I 2017 gjennomførte Folkehelseinstituttet analyser av brukerundersøkelser i "Raskere tilbake"-tilbud (Sjetne, 2017)¹³. Brukerrapporterte erfaringer var samlet inn lokalt som en tverrsnittsundersøkelse av institusjonene som deltok i tiltaket. Innsamlingsrutinene varierte fra sted til sted. Anonyme datafiler ble oversendt til Folkehelseinstituttet, og materialet omfattet 7754 svar fra 61 ulike institusjoner. Resultatene fra Raskere tilbake-brukere ble sammenstilt med resultater fra nasjonale brukererfæringsundersøkelser ellers i spesialisthelsetjenesten. Svarerne ga stort sett svært positive beskrivelser av sine erfaringer, og flertallet beskrev positive utfall av behandlingen. Det var noe variasjon mellom de enkelte fagområdene. Pasientene som hadde hatt lengst sykmeldingsperiode i løpet av det siste året hadde gitt de dårligste skårene på

spørsmålene om resultat av behandlingen. Brukererfaringene fra Raskere tilbake var generelt bedre enn tilsvarende fra spesialisthelsetjenesten ellers, men gitt at man ikke hadde en kontrollgruppe, skriver forskeren som har gjennomført analysene at resultatet kun kan sies å gjelde de som har svart på undersøkelsen (ibid).

Den første evalueringen av "Raskere tilbake" kom i årene 2008-2010 og ble gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning AS. Det foreligger tre delrapporter fra evalueringen (Drangsland og Kjerstad, 2008; Kjerstad og Holmås, 2009; Holmås og Kjerstad, 2010)^{6 7 14}. Den første rapporten omhandler implementeringsprosessen bak "Raskere tilbake". Forskerne fant at "Raskere tilbake" ble tatt i bruk mye raskere i spesialisthelsetjenesten enn i NAV, selv om man tok hensyn til forskjellene i økonomiske rammer. Her ble det trukket fram som positivt at informasjonsformidlingen ikke gikk linjevei i spesialisthelsetjenestene, men at ansvaret ble spredt på HF-ene. Som en forutsetning for at "Raskere tilbake" skulle bli en suksess, lå at de ulike aktørene måtte koordinere sin innsats og vise evne og vilje til samhandling. Forskerne fant imidlertid at koordineringen mellom ulike aktører var uten et samlet perspektiv ett år etter innføringen, og det ble sterkt anbefalt å fokusere mer på koordinering av tiltakene slik at de ulike institusjonene ble operative på samme tid.

Den andre delrapporten⁷ omhandler fastlegene med data fra en spørreundersøkelse blant fastleger i desember 2008 (n=1087). Rapporten konkluderte med at når det gjaldt henvisningsgrad måtte denne anses som middels god. Kun 35 prosent av fastlegene sa seg enige i at "Raskere tilbake" ville bidra til at sykmeldte faktisk kom raskere tilbake i jobb enn tidligere. Denne holdningen blant fastlegene ble sett på som bekymringsverdig all den tid det kan tenkes å påvirke hvorvidt legene ser det formålstjenlig å henvise til ordningen, eller at de ikke henviser de pasientene som kan tenkes å ha mest utbytte av behandlingen. Rundt 40 prosent av legene sa seg enige i at "Raskere tilbake" gjorde det lettere å henvise sykmeldte, eller fare for sykmeldte pasienter, men majoriteten ikke var enig i dette. Et sentralt funn var at legene mente "Raskere tilbake"-ordningen var problematisk når det gjelder prioriteringsforskriften. Legene scoret også de ulike tiltakene lavt når de ble bedt om å vurdere disse, men alt i alt ble det konkludert med at henvisningsgraden i populasjonen av fastleger var høy nok i forhold til ressursinnsatsen i "Raskere tilbake".

Den tredje delrapporten⁶ har benyttet registerdata fra NAV og NPR for 2008. Det ble funnet signifikante tiltakseffekter for kirurgisk og medisinsk behandling, der pasienter på "Raskere tilbake"-tiltak hadde gjennomsnittlig 4,3 færre sykepengedager enn personer som mottok behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Effekten gjaldt særlig kirurgiske pasienter, mens medisinske pasienter ikke hadde signifikant kortere sykefravær enn sammenligningsgruppen. Effekten er funnet å ligge i kortere ventetider, ikke behandlingen i seg selv. Ventetidene ble redusert med ca. 18 dager når man så medisinsk og kirurgisk behandling under ett. Forskernes betraktninger tilsa at "Raskere tilbake" samlet trolig ikke var en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet var marginal, og at man gjennom alternative måter å redusere ventetider på kunne oppnådd det samme – også for andre pasientgrupper. Ordningen hadde etter bare ett års virkning bidratt til betydelig reduksjon i ventetider, og uten at dette gikk ut over de ordinære pasientene. Forskerne nevner flere begrensende faktorer ved datagrunnlaget og måten "Raskere tilbake" ble iverksatt på (ikke randomisert f.eks.), slik at det hefter en god del usikkerhet ved konklusjonene.

4.1.2 Ekspertenes erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og "Raskere tilbake"-ordningen

I den første rapporten beskrives "Raskere tilbake"-tilbudene å i stor grad ha vært stabile siden oppstarten, og gav tilbud til personer med muskel- og skjellettplager og/eller psykiske plager, som ikke bodde langt unna tilbudet og som hadde vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år. Det ble påpekt at det burde vært "Raskere tilbake"-tiltak i kommunehelsetjenesten i lys av Samhandlingsreformen. Det ble funnet stor grad av overlapp mellom tilbudene i spesialisthelsetjenesten, og stor geografisk variasjon i tilbud. Det som var mest likt mellom tilbudene i NAV og helseforetakene, var at begge hadde en overvekt av helseprofesjonskompetanse i tilbudene. Å opprette en fast koordinator som sydde tilbudene sammen, å samhandle med eksterne aktører, å gjennomføre arbeidsplassvurderinger og å følge opp etter endt tilbud, ble konkludert med å være mangelfullt utviklet i mange tilbud (Aas, Solberg og Strupstad, 2011).

Målet i den andre delen av evalueringen (Skarpås, Aas og Berg, 2013) var å identifisere problemstillinger og endringsbehov som ble erfart i tilbudet til sykmeldte generelt og spesielt med tanke på tilbud finansiert gjennom "Raskere tilbake" (runde I i en Delphi-studie i to trinn). Deretter skulle man undersøke i hvilken grad det var konsensus om disse problemstillingene blant en større gruppe aktører innen oppfølging av sykmeldte (runde II). Funnene tilsa at det var en klar oppfatning blant aktørene om at "Raskere tilbake" var et positivt bidrag til sykmeldte og at det burde videreføres, men at det måtte bedre metoder til for god samhandling mellom etatene (Helse og NAV) og med arbeidsplassene. Kompetanse om et inkluderende arbeidsliv måtte spres, tilbudene i "Raskere tilbake" gjøres mer kjent og kunnskap fra forskningen gjøres mer tilgjengelig. Brukerkompetanse ble også funnet å ha potensial for bedre utnyttelse. Det var manglende konsensus om betydningen av en lokal koordinator – noe som gikk mot internasjonale funn. Videre avdekket studien at misvisende sykmeldingsdiagnoser lett kan skape feil fokus i tilbudene, særlig med tanke på psykiske lidelser der årsakene ble funnet å være av mer sosial karakter (skilsmisse, arbeidskonflikter, sorg osv.). Hovedfunnet var at den største utfordringen framover var å finne modeller for god samhandling mellom de tre hovedaktørene arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten.

Flere av forskerne som gjennomførte evalueringen har senere publisert artikler på studier av "Raskere tilbake"-pasienter. Det ble i 2019 publisert en artikkel som undersøker sammenhengen mellom det å ha en koordinator i spesialisthelsetjenesten (innenfor ulike typer tilbud) og tilbakegang til arbeid. Utvalget besto av ansatte med i full sykmelding for ulike diagnoser (n = 326) som deltok i "Raskere tilbake"-tiltak (n = 43). 73 prosent oppgav at de hadde en koordinator i sitt tilbud. Resultatene viste at de som hadde en koordinator brukte betraktelig lenger tid på å komme tilbake i jobb, sammenliknet med dem som oppgav at de ikke hadde koordinator. Sammenhengen forble imidlertid ikke statistisk signifikant når man kontrollerte for blant annet sosioøkonomiske faktorer, diagnose og type "Raskere tilbake"-tiltak pasienten hadde deltatt i. Dette viser at kompleksitet sannsynligvis spiller en større rolle enn koordinering for disse pasientene (Skarpaas et al. 2019)^{15 16}.

4.1.3 Kartlegging og analyse av prosjektet "Raskere tilbake"

På oppdrag fra Helse Sør-Øst gjennomførte Deloitte en kartlegging og systematisering av evalueringer innenfor "Raskere tilbake" i Helse Sør-Øst fram til 2015, med særlig fokus på effekt av tilbakegang til arbeid (Helse Sør-Øst, 2015)⁹. Kartleggingen går inn på resultater av studier som er gjennomført innenfor de enkelte 11 fagområdene der det har vært tilbudt "Raskere tilbake"-tiltak i Helse Sør-Øst. Omtrent 90 prosent av de som har evaluert tilbakegang til arbeid har funnet positive resultater på dette, men det påpekes at grunnlaget for å kunne si noe om effekt ofte er svakt i de studiene som har vært gjennomført. Svært få av evalueringene har operert med kontrollgruppe i analysene. Kartleggingen konkluderer likevel med at ordningen kan vise til svært gode resultater for brukertilfredshet, og at evalueringene som har sett på behandlingskvalitet kan vise til symptomlette og positive mål på en rekke mål på helse og mestring (livskvalitet, arbeidsevne, tiltro til egne evner, mestringsfølelse).

4.1.4 Arbeidsrettet rehabilitering og forskning ved Hysnes Helsefort

Hysnes Helsefort var et "Raskere tilbake"-finansiert rehabiliteringstilbud og forskningsprosjekt i Helse Midt-Norge i perioden 2010-2016. Det foreligger en sluttrapport som beskriver aktivitet og oppsummerer forskningsresultater i prosjektperioden (Johansen og Fimland, 2017)¹⁷, i tillegg ligger det flere artikler fra den første tiden studien pågikk på en prosjektnettside⁶. Ifølge sluttrapporten ble det gjennomført tre ulike rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort: 1) 3 ½ uker rehabilitering, med eller uten oppfølgingsamtaler på telefon i 6 måneder (i forbindelse med et randomisert klinisk forsøk). 2) 4 + 4 dager rehabilitering med to uker hjemme imellom, der det kunne gjennomføres besøk på arbeidsplass sammen med rehabiliteringsterapeut ved Hysnes Helsefort. 3) 2+1 uker rehabilitering, med en uke hjemme imellom, med eller uten en strukturert arbeidsplassintervensjon (i forbindelse med et randomisert klinisk forsøk).

For å evaluere effekten av rehabiliteringsprogram 1 og 2 ble det også etablert et poliklinisk sammenligningstilbud ved St. Olavs Hospital - Klinikk for Fysikalsk medisin og rehabilitering (Fysmed). Rehabiliteringsprogram 1 ble tilbudt fra oppstart frem til februar 2015. Program 2 i perioden april 2012 til januar 2015. I mars 2015 ble program 1 og 2 avløst av program 3 på grunnlag av de på den tiden tilgjengelige forskningsresultatene og erfaringene fra de foregående programmene. Samtlige rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort besto av tre hovedkomponenter: 1) Acceptance and Commitment Therapy (ACT)- en nyere form for kognitiv atferdsterapi, 2) fysisk trening og aktivitet og 3) arbeidsrelatert problemløsning, inkludert en plan for varig tilbakeføring til arbeid. Deltakerne hadde fulle "arbeidsdager", der det både var gruppebaserte og individuelle timer (Johansen og Fimland, 2017)¹⁷. I sluttrapportens konklusjon oppsummeres funnene fra forskningen som forelå slik (Johansen og Fimland, 2017, s. 32):

Personer sykmeldt med muskel-skjelett, psykiske eller uspesifikke diagnoser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter de startet rehabiliteringen og kom betydelig raskere tilbake i jobb etter langvarig (3 ½ uker), men ikke kortvarig (4+4 dager) rehabilitering sammenlignet med poliklinisk ACT. De døgnbaserte programmene var imidlertid atskillig mer kostbare enn det polikliniske programmet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom programmene på somatisk og mental helse. Vi anbefaler ikke at det korte programmet implementeres i ordinær rehabilitering. Hvorvidt det lange programmet bør implementeres i ordinær rehabilitering vil være en helsepolitisk avveining av effekten på den økte arbeidsdeltakelsen for de sykmeldte og deres familier, bedriftene og samfunnet mot tilleggskostnadene et slikt tilbud innebærer. Det vil være viktig med ytterligere oppfølging for å undersøke varigheten av effekten av det lange programmet, og vi har i første omgang planlagt enda et års oppfølging i sykefraværregister. En pågående studie undersøker om en variant av det lange programmet på Hysnes Helsefort kan ha ytterligere effekt dersom det kombineres med en strukturert arbeidsplassintervensjon. De kvalitative studiene har så langt vist at deltakerne forstod og tilegnet seg mye av hovedintensjonen i den terapeutiske tilnærmingen (ACT). Det er tydelig at mange av deltakerne opplevde verdifulle endringsprosesser. Deltakere sa at de hadde en økt bevissthet omkring egen helse- og arbeidssituasjon og at de hadde tilegnet seg flere teknikker for å mestre helseplagene sine. I tillegg beskrev deltakere det som gunstig å delta i grupper sammensatt av personer med ulike diagnoser. Å ha en egen rehabiliteringsterapeut gjennom hele programmet ble også omtalt som viktig og positivt.

⁶ <https://stolav.no/hysnes-helsefort#vilke-erfaringer-har-tidligere-deltakere-med-opphold-pa-hysnes-helsefort>

4.1.5 Utvalgte doktorgradsarbeid og enkeltstudier av "Raskere tilbake"-tiltak og pasienter

Det er avlagt en rekke doktorgradsavhandlinger på Helse og arbeid-relaterte problemstillinger de siste årene, og det er publisert en del (diagnosespesifikke) enkeltstudier. Det ligger utenfor prosjektet å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang, men vi har valgt å omtale noen enkeltstudier fra de siste årene som har involvert pasienter i "Raskere tilbake"-ordningen innenfor fagfeltene muskel- og skjelett, psykisk helse, kreft og hjernetraume. Dette er hovedområdene det tilbys Helse og arbeid-relaterte tilbud innenfor per i dag. Det er en utfordring i søken en litteratur at det ikke konsekvent er referert til "Raskere tilbake" i de studiene som har vært gjort på pasienter i "Raskere tilbake"-tiltak.

Muskel- og skjelett-relaterte studier

En av avhandlingene med data fra "Raskere tilbake"-pasienter er gjennomført av Randi Brendbekken, seksjonsoverlege ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Innlandet. Hun disputerte i 2018 med avhandlingen «*Multidisciplinary intervention versus brief intervention in specialist health care. Attempting to improve outcomes for patients on sick leave with musculoskeletal pain*»⁷. En randomisert kontrollert studie ble gjennomført ved Sykehuset Innlandet, der det ble utviklet en tverrfaglig tilnærming (MI) hvor psykososiale forhold og arbeid ble vektlagt, og hvor det ble benyttet et visuelt kommunikasjons- og læringsverktøy. Intervensjonen ble sammenliknet med enklere behandling utført av lege og fysioterapeuter, og utfallsmålene var sykefravær og bedring i helseplager. 284 pasienter ble rekruttert fra vanlige henvisninger til poliklinikken. Resultatene tilsa at en høyere andel av de som inngikk i MI-gruppen kom raskere tilbake i jobb de første månedene av oppfølgingstiden, og de fikk raskere bedring av helsa. Etter ett år var det ikke forskjeller mellom de to gruppene når det gjelder yrkesdeltakelse og helseforhold, men de som hadde fått intervensjonen rapporterte om mindre helseplager, bedre fysisk form og mindre helsetjenestebruk. De var også mer fornøyd med tjenestene de hadde fått. Studien konkluderer med at MI har verdifulle elementer for pasientgruppa, men at effektene er for små til at det er samfunnsøkonomisk forsvarlig da MI er mer ressurskrevende.¹⁸⁻²⁰ I 2021 har Randi Brendbekken og medarbeidere også utviklet et klinisk verktøy til bruk ved arbeidsrettet rehabilitering/ behandling; **ISIVET**⁸.

Det er publisert flere artikler på "Raskere tilbake"-tiltaket *iBedrift*, som har vært operativt ved Sykehuset i Vestfold siden oppstart av "Raskere tilbake", og som nå inngår i HelseArbeid (bl.a. iverksatt som Helse og arbeid-tilbudet i hele Helse Nord). I en kluster-randomisert studie undersøkte Johnsen et al. (2019) effekten på sykefraværet i 93 barnehager (n = 1011 ansatte) av to ulike måter å gi informasjon om muskel- skjelett-lidelser og psykiske plager på arbeidsplassen. I den originale modellen fikk alle ansatte informasjon i tre omganger, mens den modifiserte utgaven gav informasjon til kun ledere i første sesjon, før de ansatte fikk to sesjoner. Studien fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de to modellene.²¹

Det samme forskningsmiljøet undersøkte i en annen del av "atWork"-studien om individuelle strategier for å håndtere stress (coping strategies/response outcome expectancies) er viktigere enn arbeidsforhold og antall subjektive helseplager når det gjelder symptomtrykk for angst og depresjon. Datagrunnlaget besto av 1746 ansatte fra to norske kommuner som besvarte spørreskjema. Forskerne hadde en hypotese om at å være god på å håndtere stress (coping) ville være en viktigere prediktor for symptomtrykk for angst og depresjon enn antall subjektive helseplager og arbeidsforhold. Resultatene viste imidlertid at den sterkeste sammenhengen var mellom høyt antall subjektive helseplager og høyt symptomtrykk på angst og depresjon. Basert på tidligere studier konkluderer imidlertid denne studien med at siden det er vanskelig å forebygge

⁷ <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2735555>

⁸ <https://isivet.no/>

antall subjektive helseplager, anbefales det at arbeidsplassintervensjoner mot angst og depresjon fokuserer på å påvirke og endre de ansattes strategier for å håndtere stress og sykdom (Johnsen et al. 2016-2019)²¹⁻²⁴.

Dag Brekke, overlege ved Sunnaas Sykehus, disputerte i 2017 på effekten av "Raskere tilbake" basert på en studie ved en tverrfaglig poliklinikk ved Sunnås Sykehus: "Evaluations of the project "Rapid Return to Work". A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders" (Brekke, 2017)²⁵. Målet med studien var å sammenlikne langtidssykmeldte pasienter som var sykmeldt grunnet muskel-/skjelettlidelser eller milde psykiske lidelser og fikk kort oppfølging én dag (brief intervention) for å se om de kom raskere tilbake i jobb enn pasienter som fikk vanlig oppfølging. Studiepopulasjonen ble utgjort av 420 pasienter i studiegruppen som fikk "Raskere tilbake"-intervensjon, og 1260 kontroller trukket fra NAV som fikk oppfølging som vanlig. Median sykmeldingstid i studiegruppen var seks måneder, med en kjønnsfordeling på 69 prosent kvinner. Kontrollene var også sykmeldt med median på seks måneder. I omtalen av doktorgraden i Tidsskriftet⁹, er funnene oppsummert slik:

Regjeringens satsning «Raskere tilbake til arbeid» i 2007 inkluderte en tverrfaglig poliklinikk i Østfold hvor fastleger kunne henvise langtidssykmeldte arbeidstagere. Et tverrfaglig vurderingsteam bestående av en medisinsk spesialist, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom ble satt til å gjøre kliniske vurderinger, gi instruksjoner og behandling til de henviste pasientene i løpet av én arbeidsdag (brief intervention). I mitt doktorgradsprosjekt ble 420 fortløpende registrerte pasienter på poliklinikken sammenlignet med en parert kontrollgruppe som fikk vanlig oppfølging i helsevesenet. Arbeidstilknytningen ble hentet fra Navs registreringer. En gruppe pasienter, utvalgt etter kliniske vurderinger, fikk fire ukers tverrfaglig oppfølging i institusjon eller poliklinikk i tillegg til endagsoppfølgingen.

Etter tre års oppfølging var hovedfunnet at det var færre som hadde returnert til arbeid og flere som hadde fått innvilget uførepensjon i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Analysene identifiserte en høyrisikogruppe som hadde falt utenfor Navs oppfølging.

Noen få randomiserte studier med lignende intervensjoner har gitt tilsvarende lite oppmuntrende resultater. Langvarige intervensjonstiltak i nært samarbeid med arbeidslivet har bedre og mer varig effekt. Dette bør følges opp nærmere. Kortvarige intervensjoner fungerer ikke.

Psykisk helse-relaterte studier

Av relevante studier på tiltak innenfor psykisk helse og arbeid må særlig nevnes effektevalueringene som er gjort av IPS som metode for tilbakegang til arbeid.²⁶⁻²⁹ Her foreligger det også flere vitenskapelige publikasjoner på materialet, blant annet en multisenterstudie (RCT, n = 410) publisert i 2019 som viser bedre effekt av IPS-modellen enn vanlig behandling for personer med moderat til alvorlig psykisk lidelse (Reme et al. 2019)²⁹. En annen artikkel fra 2019 oppsummerer implementeringen av IPS i Norge og beskriver de pågående randomisert kontrollerte studiene (Sveinsdottir et al. 2020)³⁰. I denne artikkelen går det fram at mens man i arbeidsrettet rehabilitering tradisjonelt satset på "train-then-place", kom det nye innfallsvinkler tidlig på 90-tallet med introduksjonen av "supported employment" og IPS. Mens man i tidlig fase ikke fulgte en metodisk evidensbasert tilnærming til IPS, har dette endret seg i retning mer evidensbaserte tilnærminger de siste årene, og den første store RCT'en av IPS i Norge viste effekt både på arbeids- og helseutfall blant personer med moderat til alvorlig psykisk lidelse. Artikkelen beskriver også flere pågående forsøk der man

⁹ <https://tidsskriftet.no/2018/08/doktoravhandlinger/kort-tverrfaglig-oppfolging-virker-ikke>

undersøker effekt av IPS mot nye pasientgrupper (smertepasienter) og flyktninger (Sveinsdottir). I sluttrapporten som beskriver den første effektevalueringen av IPS (Reme et al. 2016²⁶) heter det:

Individuell jobbstøtte (IPS) er en tilnærming til arbeidsrehabilitering blant psykisk syke, som har vist god effekt på sysselsetting i internasjonale studier. Denne rapporten beskriver en randomisert kontrollert studie som undersøker effekten av metodikken i Norge. Totalt 410 deltakere ble inkludert i studien og tilfeldig fordelt til to grupper: 229 fikk tilbud om IPS mens 181 fikk tilbud om en høykvalitetsversjon av ordinær oppfølging. Først og fremst dokumenteres det at IPS har effekt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser også i norsk kontekst. Dernest dokumenteres det at effekten av IPS ikke var forskjellig mellom gruppene av moderate versus alvorlige psykiske lidelser. Til slutt dokumenteres det positive effekter av IPS på helse og livskvalitet som aldri har vært vist på tvers av så mange indikatorer i tidligere studier. (Reme et al. 2016)

Det er gjennomført flere studier de siste årene på datamateriale samlet inn ved Poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet sykehus³¹⁻³⁵, og det er for tiden også i gang en ventelistestudie³⁶. Poliklinikken tilbyr arbeidsrettet kognitiv terapi til personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli det på grunn av depresjon eller angstlidelser, og er en av de lengst drevne arbeidsfokusede poliklinikkene som både hadde tilbud under "Raskere tilbake" og nå i Helse og arbeid. En artikkel som ble publisert i 2020 viste at metakognitiv terapi og arbeidsfokusede kognitiv terapi kan være en effektiv intervensjon for pasienter som er sykmeldt på grunn av vanlige psykiske lidelser³⁴.

Det er også gjennomført flere mastergrader på datamaterialet (Glaser (2017), Arntzen (2017), Høye og Källen (2011))³⁷⁻³⁹. En av mastergradene som ble gjennomført på data fra Poliklinikken Raskere tilbake fant kun forskjeller i symptomnivå for depresjon mellom personer som var i arbeid og fullt sykmeldte. De øvrige gruppeforskjellene i symptomnivå på depresjon, angst og smerter var ikke signifikante. Et annet hovedfunn var at negative forhold ved det sosiale arbeidsmiljøet hadde vært årsak til sykmelding, spesielt for personer som var fullt sykmeldte. De fullt sykmeldte rapporterte også om signifikant mer arbeidsrelatert grubling og unngåelse enn gradert sykmeldte. Når det gjaldt kjønnsforskjeller i symptomer og barrierer kunne resultatene i liten grad bidra til å belyse årsaken til at kvinner er mer sykmeldte enn menn (Arntzen, 2017)³⁸.

Også Lovisenberg sykehus har publisert studier på sin "Raskere tilbake"-populasjon. De har blant annet undersøkt prediktorer for å være tilbake i jobb seks måneder etter endt behandling for 106 pasienter med vanlige psykiske lidelser. Resultatene i denne prospektive kohort-studien viste at de som hadde jobber med høy yrkesstatus og høyere arbeidsevne mot slutten av behandlingen, var de som hadde høyest sannsynlighet for å være i jobb etter seks måneder. Det viste seg også at positive forventninger om å komme tilbake i arbeid, enten fra før de startet behandling eller at forventningene endret seg underveis, også hadde høyere sannsynlighet for å komme tilbake i jobb. Studien konkluderer med at pasienter med lav yrkesstatus og som rapporterer lav arbeidsevne mot slutten av behandlingen for angst og depresjon, er i risiko for langtidsuførhet (Victor, Lau og Ruud, 2018)⁴⁰. De samme forfatterne har også sammenliknet karakteristika ved 270 pasienter med vanlige psykiske lidelser behandlet i "Raskere tilbake"-poliklinikk med 86 pasienter i en "vanlig" poliklinikk. Bakgrunnen er diskusjonene som oppsto rundt prioritering av sykmeldte pasienter foran andre pasienter. Resultatene viste at "Raskere tilbake"-pasientene hadde lavere symptomtrykk, var litt eldre, hadde høyere sannsynlighet for å være i et forhold, og de hadde høyere inntekt enn de som var til behandling i vanlig poliklinikk. Helserelatert livskvalitet var den samme i de to gruppene, og selv om symptomtrykket var lavere, var det likevel innenfor moderat (og ikke mild) alvorlighetsgrad for "Raskere tilbake"-pasientene (Victor, Lau og Ruud, 2016)⁴¹.

Innlandet sykehus har lenge hatt et tverrfaglig poliklinisk og ambulant tilbud for personer etter hjerneslag og traumatisk hjerneskade. Oppbyggingen av dette tilbudet og implementeringsprosessen er beskrevet i Haveraaen et al. (2017)⁴². Denne kohortstudien (n=189) hadde som mål å beskrive utviklingen i pasient- og tilbudskarakteristika i løpet av de seks første årene i implementeringen av et "Raskere tilbake"-tilbud til personer med ervervet hjerneskade. Over perioden ble det funnet små forskjeller i pasientkarakteristika generelt, men pasientgruppen ble mer homogen mtp. alder, kjønn og alvorlighetsgrad for skaden. Pasientgruppen ble større, samtidig ble lengden på tilbudet og antall konsultasjoner og gruppesesjoner redusert, noe forfatterne peker på kan bety et mer tids- og kostnadseffektivt program, samtidig som de spør seg om det mangler konsensus når det gjelder intensiteten i denne type program (ibid.). En annen artikkel basert på samme kohort studerte faktorer som kan tenkes å påvirke RTW for pasienter med ervervet hjerneskade. De fant at kvinner og de uten multimorbide tilstander var de som raskest kom tilbake i jobb. De fant også assosiasjoner mellom de mer intense, langvarige arbeidsrehabiliteringstiltakene og at det tar lenger tid å komme tilbake i jobb (Aas et al. 2018)⁴³.

Kreft

Oslo universitetssykehus har, og hadde også i "Raskere tilbake"-perioden, et arbeidsrettet poliklinisk dagrehabiliteringstilbud for kreftpasienter (gruppe eller individuelt). Thorsen et al. (2016)⁴⁴ studerte tilbakegang til arbeid og hvilke karakteristika som var assosiert med å ikke komme tilbake i jobb. Pasientene deltok én dag i uken i sju uker, og fikk pasientopplæring, gruppediskusjoner og fysisk trening. 106 kvinnelige kreftpasienter fullførte tiltaket og svarte på oppfølgingskartleggingen som danner grunnlag for studien. 36 prosent av kvinnene var ikke tilbake i jobb seks måneder etter at de deltok i intervensjonen. De som oftest ikke var tilbake i jobb bodde oftere sammen med andre (paired relations) og hadde mer fatigue ved baselinemålingen, sammenliknet med de som opplevde å komme tilbake i jobb. Både de som ikke kom, og de som kom, tilbake i jobb opplevde bedring i fatigue i løpet av perioden (Thorsen et al. 2016, ibid.).

4.1.6 Internettressurser av relevans for Helse og arbeid-feltet

Det er enkelte internettressurser som kan være verdt å merke seg hvis man vil følge med på hva som skjer innenfor Helse og arbeid-feltet:

- Informasjon til pasienter på helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/helsehjelp/helse-og-arbeid>
- Nasjonalt fagråd for arbeid og helse: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse>
- Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering: <https://arbeidoghelse.no/>
- Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse: <https://nordlandssykehuset.no/fag-og-forskning/kompetansesentre/kompetansesenter-for-arbeid-og-psykisk-helse>
- Helse Sør-Øst RHF oppdaterer ventetider for Helse og arbeid-tilbudene i sine helseforetak: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake-helse-og-arbeid/ventetider-raskere-tilbake>
- Om Helse og arbeid i Helse Vest RHF: <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/behandling/helse-og-arbeid> og e-meistringstilbud ved Haukeland sjukehus i Helse Bergen; det er utviklet egne arbeidsfokusede e-meistrings-moduler: <https://helse-bergen.no/emeistring/om-emeistring>

Vi har kategorisert de inkluderte oversiktsartiklene i åtte ulike diagnosegrupper eller tema; psykiske lidelser (n=16), muskel- og skjelettlidelser (n=7), blandede diagnoser (n=13), kroniske smerter (n=4), kreft (n=11), hjernetraumer (n=8), fastlege og arbeidsgivers rolle (n=4), samt implementering/systemnivå (n=4). En tabellarisk oversikt over alle inkluderte artikler med informasjon om mål, metoder, resultater og konklusjon [presenteres elektronisk her](#). En overordnet beskrivelse av de systematiske oversiktene mål og konklusjoner er presentert i åtte tabeller til slutt i dette delkapitlet. I det følgende har vi oppsummert resultatene punktvis fra systematiske oversiktene siste fem år av særlig relevans for Helse og arbeid:

4.1.7.1 Systematiske oversikter på psykisk helse og retur til arbeid:

- Rehabiliteringsintervensjoner med mål om RTW for personer som har mistet jobben som følge av vanlige psykiske lidelser → vi trenger mer kunnskap om sammenhengen mellom jobbtap/psykisk helse og rehabilitering spesielt for kvinner, arbeidstakere i ustabile forhold og innvandrere (Lancman, 2021⁵³).
- Intervensjoner for behandling av vanlige psykiske lidelser (angst/depresjon) og RTW → jobbfokusert kognitiv terapi og intervensjoner med fokus på problemløsningskompetanse reduserte tid til første retur til arbeid på kort sikt, usikker effekt på full tilbakekomst til jobb på lenger sikt. Tiltakene reduserte symptomtrykk for vanlige psykiske lidelser, og man bør utforske bedriftshelsetjenestens rolle i behandling av denne type lidelser. Bør også forskes mer på forebyggende tiltak (Axén, 2020⁴⁷).
- Effektevaluering av IPS for pasienter med milde til moderate psykiske lidelser → fant effekt av IPS sammenliknet med vanlig behandling på det å få folk i jobb (men lav kvalitet på studier/lav presisjon) (Fadyl, 2020⁵⁰).
- Intervensjoner for å øke RTW hos personer med depresjon → kombinasjon av arbeidsfokusert og klinisk intervensjon viste effekt på sykefravær på kort sikt, men etter ett år eller lenger oppfølging førte det ikke til at flere i intervensjonsgruppen var i jobb. Intervensjonene kan redusere depresjonssymptomer og gi bedre funksjon. Psykologiske intervensjoner kan redusere antall sykefraværsdager, sammenliknet med vanlig behandling. Ingen forskjell i effekt på sykefravær av ulike antidepressive medikamenter. Mer forskning trengs for å si hvilke kombinasjoner av arbeidsfokuserte og kliniske intervensjoner som fungerer best (Nieuwenhuijsen, 2020⁵⁸).
- Intervensjoner som skal fremme RTW for personer med angst/depresjon, stressrelaterte sykdommer, somatoforme lidelser og personlighetsforstyrrelser → finner effekt av intervensjoner som inkluderer kontakt med arbeidsplassen og mer komplekse intervensjoner med flere komponenter. Sterkere evidens for intervensjoner som reduserer stress, sammenliknet med andre psykiske lidelser. (Mikkelsen, 2018⁵⁵)
- Tidlige intervensjoner rettet mot ungdom/unge voksne som er i risiko for alvorlig psykisk lidelse → moderat til sterk evidens for kognitiv rehabilitering, blandet effekt av kognitiv terapi, moderat til sterk effekt av jobbmestrende oppfølging (SE), sterk evidens for familiebasert psykoedukasjon for å hindre reinnleggelser og øke problemløsningskompetansen. Read, 2018⁵⁹

4.1.7.2 Systematiske oversikter på muskel- og skjelettlidelser og retur til arbeid:

- Bruk av motiverende intervju som metode for å få personer som er sykmeldt for muskel- og skjelettlidelser tilbake i jobb vet man svært lite om. Kun to studier ble inkludert, den ene fant ingen effekt, den andre fant positiv effekt (Aanesen, 2021⁶⁷).
- Intervensjoner som har fokus på å utvikle resiliens (psykologisk motstandskraft) for personer som har muskel- og skjelettplager som følge av skader (traumatic physical injuries) har bedre effekt enn

standard behandling. Særlig ser programmer som involverer arbeidsplass ut til å ha effekt på arbeidsdeltakelse (Heathcote, 2019⁶²).

- Usikker effekt av å komme tidlig inn med intervensjoner bestående av tverrfaglige flerkomponenter for voksne med regionale muskelsmerter (Cochrane, 2017¹¹¹).
- En oversikt undersøkte effekt av multidisiplinære biopsykososiale rehabiliteringsintervensjoner for low back pain/korsryggsmerte, og i gjennomsnitt kom intervensjonsgruppen bedre ut enn de som fikk vanlig behandling. Studiene var imidlertid av svært lav kvalitet, og det oppfordres til mer forskning på dette (Marin, 2017⁶³).

4.1.7.3 Systematiske oversikter på sammensatte diagnoser og retur til arbeid:

- En oversikt undersøkte subjektiv og psykologisk "well-being" på jobb hos pasienter med kroniske eller langvarige helseproblemer som hadde vært ute av jobb en periode. Autonomi på jobb var viktig for RTW, høye jobbkrav var negativt, intern og ekstern støtte var positivt. De fant generelt at dette er noe som har fått veldig lite oppmerksomhet, og det anbefales mer forskning på det (Figueredo, 2020⁶⁹)
- Hilton, 2019⁷⁴ har laget et kart over studier som er gjort på mindfulnessforskning. Dette som et beslutningsverktøy for evidensbaserte arbeidsplassintervensjoner.
- Jetha, 2019⁷⁰ finner at arbeidsfokusede intervensjoner som jobbmestrende oppfølging (SE) har god effekt på unge voksne med utviklingshemming.
- Finnes, 2019⁷⁶ har sammenliknet utfall og effekt av psykologiske intervensjoner på pasienter sykmeldt for vanlige psykiske lidelser eller muskel- og skjelettlidelser – sammenliknet med ventelistekontroller, vanlig behandling eller en annen klinisk intervensjon. De fant små men signifikante effekter av psykologisk behandling i form av redusert sykefravær.
- Nazarov, 2019⁷⁷ har hatt et bredt fokus på ulike kroniske diagnoser (diabetes, hjerte/kar, respirasjonssykdommer, muskelskjelett, psykisk helse, nevrologiske sykdommer) og intervensjoner for RTW → fant at arbeidsplassfokusede og multidisiplinære intervensjoner er de mest effektive, og at coaching kan være effektivt for kronisk sykdom og håndtering av fatigue.
- Cullen, 2018¹⁰⁹ gir en oversikt over litteratur på effekten av arbeidsplassbaserte RTW-intervensjoner for personer med samtidige muskelskjelettlidelser/smertelidelser og psykiske lidelser. Studien konkluderer med å anbefale implementering av flerkomponent-intervensjoner (f.eks. helsetjenester, tjenestekoordinering og arbeidsplassintervensjoner).
- Vogel, 2017⁷³ finner ingen effekt av å tilby egne koordinatorprogrammer innenfor RTW.

4.1.7.4 Systematiske oversikter på kronisk smerte og retur til arbeid:

Det var generelt få oversiktsartikler og lavt nivå på evidensen i de studiene oversiktene på kronisk smerte inkluderte. De mest relevante for Helse og arbeid-feltet har kommet i løpet av de siste tre årene:

- En av oversiktsartiklene konkluderte med at man bør vurdere tverrfaglige intervensjoner (Wegrzynek, 2020⁸¹).
- Wainwrigth, 2019⁸⁰ fant usikker, og lavere enn forventet, effekt av intervensjoner for å øke resiliens hos pasienter med kronisk smerte.

4.1.7.5 Systematiske oversikter på kreft og retur til arbeid:

Det har kommet flere relevante oversiktsartikler på sammenhengen mellom kreft og retur til arbeid i løpet av de siste fem årene:

- Algeo, 2021⁸² inkluderte studier som hadde undersøkt rehabiliteringsintervensjoners effekt på retur til arbeid for kvinner med brystkreft, og konkluderer med at det er mangel på effektive og metodologisk strukturerte rehabiliteringsintervensjoner for denne gruppa. Også Cocchiara, 2018⁸³ gir også en oppsummering av litteratur på brystkreft og RTW med en tematisk inndeling av typer studier som er gjort: faktorer som hemmer/fremmer RTW, erfaringer med å returnere til jobb og økonomiske aspekter ved RTW hos brystkreftoverlevende.
- Guo, 2021⁸⁴ har undersøkt studier for typer, innhold og resultater av RTW-intervensjoner for kreftpasienter, og finner at de er veldig ulike, men kan kategoriseres i fysiske, psykiske, arbeidsrettede og tverrfaglige intervensjoner. Det konkluderes med at helsepersonell kan bidra når det gjelder opptrening (fysisk), lage arbeidsplaner, besøke arbeidsplasser og kombinere arbeidsrettede og fysiske intervensjoner for å bidra til økt RTW.
- Stapelfeldt, 2019⁸⁶ har undersøkt om RTW-intervensjoner utformet for å holde andre kronisk syke pasienter i jobb også kan være effektive for kreftpasienter. De konkluderer med at kreftoverlevende i jobb bør tilbys skreddersydde forløp med tverrfaglig og arbeidsrettet tilnærming.
- Paltrinieri, 2018⁹¹ har studert hva vi vet om RTW og kreftoverlevende i ulike deler av Europa, og funnet at det stort behov for mer kunnskap fra områdene rundt Middelhavet og Sentral-Europa.
- Hunter, 2017⁸⁹ har sett på effekt av kreftrehabilitering med fokus på arbeidsfokustert behandling, og finner sterk evidens for at tverrfaglig rehabilitering og psykososiale strategier kan redusere angst og depresjon, og moderat evidens for at denne type intervensjoner kan hjelpe kreftoverlevende til å komme tilbake i jobb.

4.1.7.6 Systematiske oversikter på hjernetraume og retur til arbeid:

Vi fant totalt 8 systematiske oversikter som omhandlet hjernetraume og RTW, hvorav fire siste fem år, men ikke alle var relevante for problemstillingene i evalueringen.

- Alves, 2020⁹⁹ har undersøkt studier som studerer betydningen av arbeidsplassfaktorer for å beholde jobb, eller komme tilbake i jobb etter ervervet hjerneskade (ABI). De finner at det er lite evidens på dette feltet, og den som finnes er av dårlig kvalitet. Det oppfordres til flere studier på feltet.
- O'Keefe, 2019¹⁰³ så på studier som undersøkte hvilke studier som finnes og hvordan man best leverer intervensjoner i sykehus for å stimulere til RTW etter nevrologiske skader fra slag eller moderat til alvorlig hjerneskade. De finner at RTW er en viktig faktor i rehabiliteringen, at det finnes studier som sier noe om hva som skal til for å integrere arbeidsfokus i en sykehussetting, men at få studier sier noe spesifikt om hvilke komponenter som skal inngå i intervensjonen.

4.1.7.7 Systematiske oversikter på fastlege og/eller arbeidsgivers rolle i retur til arbeid:

Vi fant kun fire systematiske oversikter som inkluderte fastlege/og eller arbeidsgivers rolle i retur til arbeid, hvorav tre siste fem år.

- Den ene oversiktsstudien handler om fastlegeoppfølging av kreftoverlevende og finner at det er lite evidens på fastlegens rolle når det gjelder å fasilitere RTW hos kreftoverlevende (de Jong, 2018⁹⁴).
- Greidanus, 2018⁹⁶ undersøkte både kreftoverleverens og arbeidsgiverens perspektiv på hva som hemmer og fremmer RTW etter kreft. De etterlyser flere intervensjoner på arbeidsplassen.
- Også Jansen, 2021¹¹⁰ har studert arbeidsgivers rolle for å forebygge at personer med dårlig helse faller ut av arbeidslivet, og finner at det er nødvendig med flere ulike arbeidsplass tiltak og at arbeidsgiver har en viktig rolle.

Tabell 4.1 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler vanlige psykiske lidelser (n=16).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Lancman, 2021⁵³	We sought to identify articles that address programs for professional rehabilitation and the return to work of people laid off due to mental health problems, and to verify the results of professional rehabilitation programs and the follow-up processes for such return.	The issues involving return to work and permanence in work were complex and multifaceted in the research articles studied. Recovery from Common Mental Disorders (CMDs) is a major cause of long-term sick leave and the granting of disability benefits. Many people with these diagnoses remain employed; however, further studies are needed with women, workers with fragile relationships, and immigrants.
Axén, 2020⁴⁷	To synthesize the research literature regarding occupational health service (OHS) interventions targeting prevention or reduction of CMD among employees. The effect on workability (sickness absence, return-to-work and self-reported workability) and on CMD symptoms was evaluated in a narrative analysis.	Return-to-work and improvement of CMD symptoms are poorly correlated and should be addressed simultaneously in future interventions. Further, interventions for CMD administered through the occupational health service require further study. Rehabilitative and preventive strategies should be evaluated with scientifically robust methods, to examine the effectiveness of such interventions.
Fadyl, 2020⁵⁰	To evaluate the effectiveness of vocational interventions to help people living with mild to moderate mental health conditions gain paid work.	The meta-analysis showed a clear intervention effect but low precision, and more high-quality studies are needed in this field. There is currently very low-quality evidence that IPS-style intervention results in more participants in competitive employment compared with 'usual care' control groups in populations with mild to moderate mental health conditions.
Nieuwenhuijsen, 2020⁵⁸	To evaluate the effectiveness of interventions aimed at reducing work disability in employees with depressive disorders.	A combination of a work-directed intervention and a clinical intervention probably reduces the number of sickness absence days, but at the end of one year or longer follow-up, this does not lead to more people in the intervention group being at work. The intervention may also reduce depressive symptoms and probably increases work functioning more than care as usual. Specific work-directed interventions may not be more effective than usual work-directed care alone. Psychological interventions may reduce the number of sickness absence days, compared with care as usual. Interventions to improve clinical care probably lead to lower sickness absence and lower levels of depression, compared with care as usual. There was no evidence of a difference in effect on sickness absence of one antidepressant

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
		medication compared to another. Further research is needed to assess which combination of work-directed and clinical interventions works best.
Covell, 2020⁴⁸	The purpose of this review was to map key themes in the peer-reviewed literature about accommodations for nurses' return to work following leaves of absence for mental health issues.	While the literature supports alternative to discipline programs as a primary accommodation supporting return to work of nurses, more on the effectiveness of such programs is required. Empirical evidence is necessary to develop, maintain, and refine much needed return to work accommodations for nurses after leaves of absence for mental health issues.
McKay, 2018⁵⁴	The current study makes use of the existing research to conduct a systematic review of articles providing a comprehensive understanding of what is known about the Clubhouse Model, to identify the best evidence available, as well as areas that would benefit from further study.	The findings from this review indicate that Clubhouses are a promising practice but additional studies using rigorous methods that report the strength of the outcomes are needed to evaluate Clubhouse programs with fidelity to the Clubhouse Model.
Mikkelsen, 2018⁵⁵	The present systematic review and meta-analysis aim to synthesise evidence on the effectiveness of interventions aimed at enhancing RTW in sick-listed workers with mental disorders.	The results reveal strong evidence for interventions including contact to the workplace and multicomponent interventions and moderate evidence for interventions including graded RTW. In addition, the results provide strong evidence for interventions targeting stress compared with interventions targeting other mental disorders. The findings point to important implications for policy and design of future interventions.
Muñoz-Murillo, 2018⁵⁶	This systematic review aims to assess the effectiveness of strategies used in the professional (re)integration of persons with mental disorders (MD) in European countries.	Our findings highlight the complexities of the implementation of employment strategies (job access and return to work). Job access strategies seem to improve employment outcomes. The effectiveness of return-to-work strategies remains unclear. The involvement and commitment of physicians, employment specialists, and employers, and employee's capacity for self-care seem decisive for employment re-integration success. Further analyses are needed to assess the cost-effectiveness of these interventions and corroborate our results, with longer follow-ups.
Read, 2018⁵⁹	The purpose of this systematic review was to describe the evidence for the effectiveness of early intervention to improve and maintain performance in occupations for youths with or at risk for serious mental illness (SMI).	Occupational therapy practitioners should integrate cognitive remediation (CR), supported employment and supported education (SE/E), and family psychoeducation (FPE) into early intervention with youth with or at risk for SMI. In addition, cognitive-behavioural therapy (CBT) is an effective modality for use with this population.

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Talbot, 2017⁶⁰	To assess the evidence on the effectiveness of work skills programmes for mentally disordered offenders.	There is modest evidence to support inclusion of specific work skills programmes in the treatment of offenders with mental disorder. Future studies should be of theoretically driven programmes, such as Individual Placement Support (IPS), and use a standard set of relevant outcome measures and long enough follow-up for testing the effectiveness of any programme on engagement in competitive, paid employment as, even if skilled, offenders with mental disorder must constitute a hard to place group.
Joyce, 2016⁵²	The present study aimed to carry out a systematic meta-review examining the effectiveness of workplace mental health interventions, defined as any intervention that a workplace may either initiate or facilitate that aims to prevent, treat, or rehabilitate a worker with a diagnosis of depression, anxiety, or both.	Overall, these findings demonstrate there are empirically supported interventions that workplaces can utilize to aid in the prevention of common mental illness as well as facilitating the recovery of employees diagnosed with depression and/or anxiety.
Naidu, 2016⁵⁷	To establish the optimum method of delivering cognitive behavioural therapy (CBT) to workers with common mental health problems.	Internet CBT should be made available in workplaces for workers with anxiety disorders as part of a stepped care plan.
Dewa, 2015⁴⁹	This paper reviews the current state of the published peer-reviewed literature related to return-to-work (RTW) interventions that incorporate work-related problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders. It addresses the question: What is the evidence for the effectiveness of these RTW interventions?	There is limited evidence that combinations of interventions that include work-related problem-solving skills are effective in RTW outcomes. The evidence could be strengthened if future studies included more detailed examinations of intervention adherence and changes in problem-solving skills. Future studies should also examine the long-term effects of problem-solving skills on sickness absence recurrence and work productivity.
Joosen, 2015⁵¹	We compared available guidelines on the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms in an occupational healthcare setting and determined their development and reporting quality.	Practice guidelines to address work disability due to mental disorders and stress-related symptoms are available in various countries around the world, however, these guidelines are difficult to find. To promote sharing, national guidelines should be accessible via established international databases. The quality of the guideline's developmental process varied considerably. To increase quality and applicability, guideline developers should adopt a common structure for the development and reporting of their guidelines, for example Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) criteria. Owing to differences in social systems,

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Andersen, 2012⁴⁵	The purpose of this study was to investigate which opportunities and obstacles employees with common mental disorders (CMD) experience in relation to return to work (RTW) and how they perceive the process of returning to work. In addition, the study explores what characterizes an optimal RTW intervention and points to possible ways to improve future interventions for employees with CMD.	developers can learn from each other through reviews of this kind.
Arends, 2012⁴⁶	To assess the effects of interventions facilitating return to work (RTW) for workers with acute or chronic adjustment disorders.	We found moderate-quality evidence that CBT did not significantly reduce time until partial RTW and low-quality evidence that it did not significantly reduce time to full RTW compared with no treatment. Moderate-quality evidence showed that PST significantly enhanced partial RTW at one-year follow-up compared to non-guideline-based care but did not significantly enhance time to full RTW at one-year follow-up. An important limitation was the small number of studies included in the meta-analyses and the small number of participants, which lowered the power of the analyses.

Tabell 4.2 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler muskel- og skjelettlidelser (n=7).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Aanesen, 2021⁶⁷	Our objective was to investigate what research on motivational interviewing (MI) as a method to facilitate return to work for individuals who are on sick leave due to musculoskeletal disorders exists, and what are the results of the research?	This mapping review identified a huge gap in research on MI to increase return to work for individuals with musculoskeletal disorders.
Heathcote, 2019⁶²	To synthesize evidence of the effectiveness of socio-ecological resilience rehabilitation programs on returning to work (RTW), self-efficacy, and stress mitigation following traumatic physical injuries.	Compared to rehabilitation programs providing standard care following injuries, programs aimed at developing resilience could improve reemployment outcomes and self-efficacy. Individual resilience may be an important factor promoting functional recovery after traumatic injury. Resilience rehabilitation programs are effective in enabling patients' return to work and increasing their self-efficacy. In particular, programs involving the workplace are important components for enabling optimal work participation outcomes.
Cochrane, 2017¹¹¹	To determine the effectiveness of early multidisciplinary interventions in promoting work participation and reducing work absence in adults with regional musculoskeletal pain.	There is uncertainty as to the effectiveness of early multicomponent interventions owing to the clinical heterogeneity and varying health and social insurance systems across the trials.
Marin, 2017⁶³	To examine the effectiveness of multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation (MBR) for subacute low back pain (LBP) (pain for a duration of six to 12 weeks) among adults, with a focus on pain, back-specific disability, and work status.	On average, people with subacute LBP who receive MBR will do better than if they receive usual care, but it is not clear whether they do better than people who receive some other type of treatment. However, the available research provides mainly low to very low-quality evidence, thus additional high-quality trials are needed before we can describe the value of MBP for clinical practice.
Vargas-Prada, 2016⁶⁶	The aim of this review was to investigate the effectiveness of workplace return-to-work (RTW) interventions delivered at very early stages (<15 days) of sickness absence (SA).	Our review has identified a lack of evidence from the literature at this time point to support "very early" intervention compared to usual care. The methodological design of the studies, notably the extent and timing of usual care provided and variable compliance/crossover between groups could however explain the lack of demonstrated benefit. Consensus is required on the definition of "early" and "very early" interventions, and further research is recommended to improve understanding of the factors influencing when and how best to intervene for maximum gain.
Nastasia, 2014⁶⁴	This study sought to provide an overview of the main topics and trends in contemporary research on successful non-clinical interventions for preventing	The findings of this literature review provide with information about the main topics and trends in research on rehabilitation interventions, revealing

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
	<p>prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs).</p>	<p>some successful modalities of intervention aimed at preventing prolonged work disability.</p> <p>Successful intervention for preventing prolonged work disability in workers compensated for WRMSDs address workplace issues: physical and psychosocial demands at work, ability of the workers to fill these demands, work organization and support of the worker, and worker' beliefs and attitudes related to work. Successful intervention promotes collaboration, coordination between all actors and stakeholders involved in the process of rehabilitation. Strategies able to mobilize the employees, employers, insurers and health care providers are still needed to be implemented.</p>
<p>Palmer, 2012⁶⁵</p>	<p>To assess the effectiveness of interventions in community and workplace settings to reduce sickness absence and job loss in workers with musculoskeletal disorders (MSDs).</p>	<p>As benefits are small and of doubtful cost-effectiveness, employers' practice should be guided by their value judgements about the uncertainties. Expensive interventions should be implemented only with rigorous cost-benefit evaluation planned from the outset. Future research should focus on the cost-effectiveness of simple, low-cost interventions, and further explore impacts on job retention.</p>

Tabell 4.3 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler sammensatte diagnoser (n=13).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Figueredo, 2020⁶⁹	To evaluate the subjective and psychological well-being at work of employees with chronic or long-standing health problems or those returning to work after any cause of disability.	Employees' subjective well-being after return to work has received very little attention to date. Given its importance in the current configuration of the labour market, it should be the object of more research.
Alexander, 2019⁶⁸	The emergency service sector (police officers, firefighters, and ambulance/paramedic staff) workforce has been shown to report a higher prevalence of illness/injury and sick leave compared to the general population. The objective of this scoping review is to examine and map the range of vocational rehabilitation available for emergency services personnel.	This review demonstrated that there is a lack of information in the public domain on vocational rehabilitation (VR) for staff working in the emergency service sector, as well as a lack of rigorous evaluation available on the effectiveness of VR within the emergency service sector. There is inconsistent provision of VR internationally for emergency service sector staff.
Hilton, 2019⁷⁴	In support of evidence-based decision making in workplace contexts, we created an evidence map summarizing physical and mental health, cognitive, affective, and interpersonal outcomes from systematic reviews of randomized controlled trials (RCTs) of mindfulness interventions.	The evidence map provides an overview of existing mindfulness research. It shows the body of available evidence to inform policy and organizational decision-making supporting employee wellbeing in work contexts.
Jetha, 2019⁷⁰	Our study aims to examine the effectiveness of work-focused interventions that support the labour market transition of young adults with chronic disabling health conditions; and to examine whether the effectiveness of work-focused interventions differ across work transition phase (e.g., preparation, entry and sustaining work, employment advancement) and disability type.	Tailored supported employment (SE) is recommended to foster preparation and entry into the labour market. Evidence-based interventions are needed to facilitate sustained work and career advancement of young adults living with different disabling health conditions.
Fassier, 2019⁷⁵	Intervention mapping (IM) is a protocol for developing effective behaviour change interventions. It has been used for 10 years to develop work disability prevention (WDP) interventions, but it is not known to what extent and with what success. The main objective of this study was to review the effectiveness of these interventions. Secondary objectives were to review their fidelity to the IM protocol, their theoretical frameworks, and their content.	The IM protocol is used in WDP since 2007. The participative dimension appears underused. Few theoretical frameworks were used. Implications are to better consider the stakeholders involvement and mobilize theoretical frameworks with greater attempts to intervene on the work environment.
Finnes, 2019⁷⁶	The main objective of this systematic review and meta-analysis was to examine the outcome and comparative effectiveness of psychological interventions in reducing	There was a small but significant effect of psychological treatments in reducing SA. We identified areas of improvement such as methodological problems among the included

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
	sickness absence (SA) due to common mental disorders (CMDs) or musculoskeletal disorders, compared to a waitlist control group, usual care, or another clinical intervention.	studies and failure to specifically address RTW in the interventions that were evaluated. Clinical implications of the findings, and ways of improving methodological rigour of future studies are discussed.
Nazarov, 2019⁷⁷	As part of the CHRODIS Plus Joint European Action project, a systematic review was conducted to identify studies of interventions that support the maintenance of work and return to work (RTW) among workers with chronic illnesses. These interventions should target employees with the following conditions: diabetes, cardiovascular diseases, metabolic vascular syndrome, respiratory diseases, musculoskeletal disorders, mental disorders, and neurological disorders.	We found that workplace-oriented and multidisciplinary programs are the most supportive to RTW and reducing the absence due to illness. In addition, cognitive behavioural therapies achieve positive results on RTW and sick leave. Finally, coaching is effective for the self-management of chronic disease and significantly improved perceptions of working capacity and fatigue.
Cullen, 2018¹⁰⁹	The objective of this systematic review was to synthesize evidence on the effectiveness of workplace-based return-to-work (RTW) interventions and work disability management (DM) interventions that assist workers with musculoskeletal (MSK) and pain-related conditions and mental health (MH) conditions with RTW.	While there is substantial research literature focused on RTW, there are only a small number of quality workplace-based RTW intervention studies that involve workers with MSK or pain-related conditions and MH conditions. We recommend implementing multi-domain interventions (i.e., with healthcare provision, service coordination, and work accommodation components) to help reduce lost time for MSK or pain-related conditions and MH conditions. Practitioners should also consider implementing these programs to help improve work functioning and reduce costs associated with work disability.
Esteban, 2018¹⁰⁸	The aim of this systematic literature review is to synthesize European qualitative studies exploring views and experiences of persons with chronic conditions regarding strategies for integration and reintegration into work.	Findings highlight, among others, the need to actively involve participants in the return-to-work process and to provide timely and clearly structured processes and interventions. This review provides stakeholders key information to develop, plan, implement and evaluate interventions to integrate and re-integrate persons with chronic conditions into work in Europe.
Smith, 2017⁷¹	This systematic review investigates the effectiveness of evidence-based interventions to increase employment for people with various disabilities.	Many of the strategies to increase work participation were appropriate for occupational therapy intervention. Suggestions were made for research, specifically looking at more rigorous evaluation of strategies in the long term.
Vogel, 2017⁷³	To assess the effects of return-to-work coordination programmes versus usual practice for workers on sick leave or disability.	Offering return-to-work coordination programmes for workers on sick leave for at least four weeks results in no benefits when compared to usual practice. We found no significant

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Vilsteren, 2015⁷²	To determine the effectiveness of workplace interventions in preventing work disability among sick-listed workers, when compared to usual care or clinical interventions.	differences for the outcomes time to return to work, cumulative sickness absence, the proportion of participants at work at end of the follow-up or the proportion of participants who had ever returned to work at short-term, long-term, or very long-term follow-up. For patient-reported outcomes, we found only marginal effects below the minimal clinically important difference (MID). The quality of the evidence ranged from very low to moderate across all outcomes.
Schandelmaier, 2012¹¹²	We conducted a systematic review to determine the long-term effectiveness of RTW coordination compared to usual practice in patients at risk for long-term disability.	We found moderate-quality evidence that workplace interventions reduce time to first RTW, high-quality evidence that workplace interventions reduce cumulative duration of sickness absence, very low-quality evidence that workplace interventions reduce time to lasting RTW, and moderate-quality evidence that workplace interventions increase recurrences of sick leave. Overall, the effectiveness of workplace interventions on work disability showed varying results. Workplace interventions reduce time to RTW and improve pain and functional status in workers with musculoskeletal disorders. We found no evidence of a considerable effect of workplace interventions on time to RTW in workers with mental health problems or cancer. We found moderate-quality evidence to support workplace interventions for workers with musculoskeletal disorders. The quality of the evidence on the effectiveness of workplace interventions for workers with mental health problems and cancer is low, and results do not show an effect of workplace interventions for these workers. Future research should expand the range of health conditions evaluated with high-quality studies.
Schandelmaier, 2012¹¹²	We conducted a systematic review to determine the long-term effectiveness of RTW coordination compared to usual practice in patients at risk for long-term disability.	Moderate quality evidence suggests that RTW coordination results in small relative, but likely important absolute benefits in the likelihood of disabled or sick-listed patients returning to work and associated small improvements in function and pain. Future research should explore whether the limited effects persist, and whether the programmes are cost effective in the long term.

Tabell 4.4 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler kroniske smerter (n=4).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Wegrzynek, 2020⁸¹	To explore which tertiary interventions effectively promote return to work (RTW) for chronic pain (CP) sufferers.	There is no conclusive evidence to support any specific tertiary RTW intervention for workers with CP, but multidisciplinary efforts should be considered. Workers' compensation is an important area for RTW policymakers to consider.
Wainwright, 2019⁸⁰	To explore the role of resilience enhancement in promoting work participation for chronic pain sufferers, by reviewing the effectiveness of existing interventions.	Effectiveness of resilience interventions for chronic pain sufferers on RTW is uncertain and not as helpful as anticipated. Further agreement on its conceptualization and terminology and that of RTW is needed.
Moens, 2019⁷⁸	The aim of this review was to identify and summarize evidence on returning to work in patients with chronic pain treated with spinal cord stimulation (SCS).	Based on available literature, SCS proved to be an effective approach to stimulate return to work in patients with specific chronic pain syndromes.
Schaafsma, 2013⁷⁹	To assess the effectiveness of physical conditioning as part of a return-to-work strategy in reducing time lost from work and improving work status for workers with back pain. Further, to assess which aspects of physical conditioning are related to a faster return to work for workers with back pain.	The effectiveness of physical conditioning as part of a return-to-work strategy in reducing sick leave for workers with back pain, compared to usual care or exercise therapy, remains uncertain. For workers with acute back pain, physical conditioning may have no effect on sickness absence duration. There is conflicting evidence regarding the reduction of sickness absence duration with intense physical conditioning versus usual care for workers with subacute back pain. It may be that including workplace visits or execution of the intervention at the workplace is the component that renders a physical conditioning programme effective. For workers with chronic back pain physical conditioning has a small effect on reducing sick leave compared to care as usual after 12 months follow-up. To what extent physical conditioning as part of integrated care management may alter the effect on sick leave for workers with chronic back pain needs further research.

Tabell 4.5 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler kreft (n=11).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Algeo, 2021⁸²	The aim of this systematic review was to examine key characteristics of rehabilitation interventions, and their effectiveness on work outcomes for women with breast cancer, compared to usual care.	There remains a lack of effective and methodologically rigorous rehabilitation intervention studies for breast cancer survivors. The development and evaluation of effective rehabilitation interventions to support return to work is warranted.
Guo, 2021⁸⁴	This review is to explore the types, contents, and results of return-to-work interventions for cancer patients.	Return-to-work interventions for cancer patients are diversified and can be divided into physical, psychological, vocational, and multidisciplinary interventions. Medical staffs can utilize physical exercises, making working plans, vocational consultation, educational leaflets, combinations of vocational and physical interventions to enhance cancer patients' return-to-work. Other interventions still need to be developed and validated.
Lamore, 2019⁸⁵	The aim of this systematic review is to identify and describe the interventions developed specifically to help cancer patients to RTW after treatment.	This systematic review underscores the need for research in the RTW field to reach a consensus on RTW criteria and their assessment. Recommendations to this effect are suggested.
Stapelfeldt, 2019⁸⁶	Interventions supporting occupationally active cancer survivors to retain work and prevent adverse work outcomes, beyond return to work, are scarce. As lessons may be learned from interventions that have been evaluated in working employees with other chronic diseases than cancer, the objective of this review was to summarize the characteristics of these interventions.	Based on studies focusing on occupationally active employees with other chronic diseases than cancer, it is advised that working cancer survivors should be offered tailored interventions, by skilled trainers, to sustain their employability. Shared goal setting, with relevant stakeholders, and vocational components should be included, potentially as part of a multidisciplinary intervention.
Cocchiara, 2018⁸³	To point out the knowledge in literature up to date about return to work (RTW) after breast cancer, the factors influencing it and the interventions to facilitate it.	The heterogeneity of the interventions suggests the need for a better definition of the concept of RTW. To compare interventions, studies should use a rigorous approach and better outcome measures should be identified to evaluate RTW.
Paltrinieri, 2018⁹¹	Return to work (RTW) of cancer survivors (CSs) fluctuates in different contexts. This systematic review searched for recent data on the RTW rate of CSs in Europe, investigating associated factors.	Data from Mediterranean and Central European countries are urgently needed to understand whether RTW is an issue for CSs there as well and whether socio-rehabilitative interventions are required to mitigate the potential negative impact of cancer on individuals and society.
Hunter, 2017⁸⁹	This article is the second part of a systematic review of evidence for the effectiveness of cancer rehabilitation interventions within the scope of occupational therapy that address the	Strong evidence indicates that multidisciplinary rehabilitation benefits cancer survivors and that psychosocial strategies can reduce anxiety and depression. Moderate evidence indicates that interventions can support survivors in returning to

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
	activity and participation needs of adult cancer survivors. This article focuses on the use of multidisciplinary rehabilitation and interventions that address psychosocial outcomes, sexuality, and return to work.	the level of sexuality desired and help with return to work.
Stone, 2017⁹²	The purposes of the study are to describe what is currently known about work-related issues for young adult cancer survivors diagnosed between ages 15 and 39, to identify gaps in the research literature, and to suggest interventions or improvements in work processes and occupational settings.	<p>More research is needed to study interventions to better manage health changes in young adult cancer survivors within the context of the workplace. Since financial hardship has been shown to be especially high among young cancer survivors, employment is essential to ensure payment of cancer-associated costs and continued medical care.</p> <p>While young adult cancer survivors may initially grapple with cancer-related physical and psychosocial changes that impact work productivity or influence choice of occupation, employment appears to enhance overall quality of life.</p>
de Boer, 2015⁸⁷	To evaluate the effectiveness of interventions aimed at enhancing RTW in cancer patients compared to alternative programmes including usual care or no intervention.	We found moderate quality evidence that multidisciplinary interventions enhance the RTW of patients with cancer.
Egan, 2013⁸⁸	The purpose of this review is to summarize current evidence regarding rehabilitation interventions to address problems during survivorship.	<p>Most of the knowledge available regarding potential rehabilitation interventions comes from psychosocial oncology literature. While there are limitations, this literature provides an excellent starting point to examine the potential effectiveness of rehabilitation interventions within cancer survivorship programs.</p> <p>Good evidence exists for the use of exercise/physical rehabilitation in reducing fatigue after treatment for most cancers and improving upper extremity functioning following treatment for breast cancer. Preliminary evidence exists in a number of areas that may be improved by rehabilitation interventions, such as pain, sexual functioning, cognitive functioning and return to work, but further research is needed. No intervention studies addressing participation limitations were identified. Rehabilitation professionals are encouraged to take the lead in exploring participation limitations among cancer survivors and developing suitable interventions.</p>
Molina, 2013⁹⁰	To review the research literature on cancer and work in Spain and the design	Further research in Spain and other countries is necessary, and efforts should be made to support the re-employment of cancer patients.

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
	and methodology of the interventions studied.	

Tabell 4.6 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler hjernetraumer (n=8).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Alves, 2020⁹⁹	The objective of this study was to conduct a systematic review assessing workplace factors related to work retention (or return to work) in employees with acquired brain injury (ABI). Additionally, we aimed to synthesise the evidence and state of knowledge on this subject.	Relative to individual factors, there is little evidence on specific workplace factors' relationship to work retention among employees with ABI. For most workplace factors, there were too few high-quality studies to designate evidence as more than limited or insufficient. Future studies should replicate rigorous studies of well-defined modifiable workplace factors related to work retention.
O'Keefe, 2019¹⁰³	Addressing return to work early after neurological impairment from stroke or moderate and severe traumatic brain injury may improve likelihood of returning to employment, yet little is known about how best to organize work interventions for delivery in the inpatient hospital setting. The purpose of this scoping review was to identify knowledge gaps and inform program development in hospital-based work interventions.	Return to work intervention appears to be an important component of neurological rehabilitation. While studies to date have identified enablers for the integration of work interventions into the inpatient hospital setting, there is limited description of specific components of programs, and a lack of studies evaluating program effectiveness.
Mani, 2017¹⁰²	We analysed the literature on cognitive rehabilitation (CR) related to mild/moderate traumatic brain injury (TBI) to learn the influence of cognition on return to work (RTW) post TBI.	Cognition plays a significant role in predicting and facilitating RTW in patients with TBI.
Thomas, 2017¹⁰⁵	Identify all RCTs of mild traumatic brain injury (mTBI)/concussion therapy, risks of bias, and therapies with significant positive results.	Of 14 RCTs, six CBT, four digital assistants or videotape feedback and one physical therapy all had significant positive results. One referred patients to consultants and no significant positive results. Two assessed return to employment and no differences between interventions. Limitations are: (1) only four RCTs used the same concussion definition; (2) average age 38 (except for one study of adolescents, (3) all studies used unique interventions; (4) most authors used multiple interventions and effects could not be separated; (5) substantial attrition from eligible to randomization, (4) only 64% at low risk from randomization, (5) 80 different outcome measures and meta-analysis was not possible, (6) only two studies assessed return to work.

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Donker-Cool, 2015¹⁰¹	To gather knowledge about effective return-to-work (RTW) interventions for patients with acquired brain injury (ABI).	Effective RTW interventions for patients with ABI are a combination of work-directed interventions, coaching/education and/or skills training. These interventions have the potential to facilitate sustained RTW for patients with ABI.
Brasure, 2013¹⁰⁰	To determine the effectiveness and comparative effectiveness of multidisciplinary rehabilitation programs for moderate to severe traumatic brain injury (TBI) in improving participation-related outcomes in adults. This article presents results of select key questions from a recent Agency for Healthcare Quality and Research comparative effectiveness review.	Our review used a rigorous systematic review methodology and focused on participation after multidisciplinary rehabilitation programs for impairments from moderate to severe TBI. The available evidence did not demonstrate the superiority of one approach over another. This conclusion is consistent with previous reviews that examined other patient-centred outcomes. While these findings will have little clinical impact, they do point out the limited evidence available to assess effectiveness and comparative effectiveness while highlighting important issues to consider in future comparative effectiveness research on this topic.
Tyerman, 2012¹⁰⁶	The primary objective of this paper was to review models of specialist vocational rehabilitation (VR) after traumatic brain injury (TBI) and their outcomes to inform service development across relevant agencies.	There is evidence to support the benefits of a wide range of models of specialist VR after TBI. However, there remains a need for controlled studies to inform service development and more evidence on cost-effectiveness to inform funding decisions.
Stergiou-Kita, 2012¹⁰⁴	This paper is a qualitative synthesis of clients' perspectives of the elements significant to return to work following traumatic brain injury (TBI). This is part of a larger review, completed to provide the evidence base for a vocational evaluation guideline.	Vocation evaluation should include the assessment of: the meaning clients ascribe to work following a TBI and their post-injury goals; clients' self-perceptions of work competency, work readiness and anticipated challenges with return to work; and the available supports.

Tabell 4.7 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler fastlege og/eller arbeidsgivers rolle (n=4).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
de Jong, 2018⁹⁴	General Practitioners (GPs) may have a significant role in psychosocial cancer care, including work-related concerns. Therefore, we performed a systematic literature review to identify the role of the GP in work-related concerns and integration/reintegration into work of cancer patients and/or survivors.	There is little evidence regarding the role of the general practitioner in cancer care and work guidance. Therefore, further research should focus on the role that is desired for GPs and on interventions to study the feasibility of GP involvement in the return to work of cancer patients and/or survivors.
Greidanus, 2018⁹⁶	To identify employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors from the perspective of both employers and cancer survivors, and to synthesise these perceived barriers and facilitators to understand their perceived consequences.	This review identified a plurality of and a large variety in perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors, which can be understood to be related to both employers' willingness and ability to support. There is a need for interventions targeting employers, with the aim of enhancing the sustainable work participation of cancer survivors.
Dorrington, 2018⁹⁵	The fit note, introduced in England, Wales and Scotland in 2010, was designed to change radically the sickness certification process from advising individuals on their inability to work to advising them on what they could do if work could be adapted. Our review aimed to evaluate the following: (1) Is the 'maybe fit' for work option being selected for patients? (2) Are work solutions being recommended? (3) Has the fit note increased return to work? (4) Has the fit note reduced the length of sickness absence? We considered the way in which outcomes vary according to patient demographics including type of health problem.	Fit notes represent a major shift in public policy. Our review suggests that they have been incompletely researched and not implemented as intended.
Campbell, 2013⁹³	To examine the influence of employment social support type (e.g., co-worker, supervisor, general support) on risk of occurrence of low back pain, and prognosis (e.g., recovery, return to work status) for those who have low back pain.	The evidence suggests that the association between employment support and prognosis may be subject to influence from wider concepts related to the employment context. This review discusses these wider issues and offers directions for future research.

Tabell 4.8 *Beskrivelse av de systematiske oversiktens mål og konklusjoner som omhandler implementering og/eller systemnivå (n=4).*

Studie	Oversiktens mål	Oversiktens konklusjoner
Jansen, 2021¹¹⁰	There is growing awareness that the employer plays an important role in preventing early labour market exit of workers with poor health. This systematic review aims to explore the employer characteristics associated with work participation of workers with disabilities. An interdisciplinary approach was used to capture relevant characteristics at all organizational levels.	Our review indicates the importance of different employer efforts for work participation of workers with disabilities. Workplace programs aimed at facilitating work accommodations and supervisor support can contribute to the prevention of early labour market exit of workers with poor health. Further research is needed on the influence of organizational culture and company characteristics on work participation.
Nexø, 2018⁹⁸	A wide range of guidelines have been developed to prevent work-related mental health problems (MHP), but little is known about the quality of such guidelines. We systematically reviewed the content and quality of workplace guidelines aiming to prevent, detect, and/or manage work-related MHP.	Few guidelines have been developed with sufficient rigor to help employers prevent or manage work-related MHP and evidence of their effectiveness remains scarce.
Joosen, 2015⁵¹	We compared available guidelines on the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms in an occupational healthcare setting and determined their development and reporting quality.	Practice guidelines to address work disability due to mental disorders and stress-related symptoms are available in various countries around the world, however, these guidelines are difficult to find. To promote sharing, national guidelines should be accessible via established international databases. The quality of the guideline's developmental process varied considerably. To increase quality and applicability, guideline developers should adopt a common structure for the development and reporting of their guidelines, for example Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) criteria. Owing to differences in social systems, developers can learn from each other through reviews of this kind.
Clayton, 2012⁹⁷	OECD countries over the past two decades have implemented a range of labour market integration initiatives to improve the employment chances of disabled and chronically ill individuals. This article presents a systematic review and evidence synthesis on effectiveness of government interventions to influence employers' employment practices concerning disabled and chronically ill individuals in five OECD countries. A separate paper reports on interventions to influence the behaviour of employees.	Future evaluations need to pay more attention to differential impact of interventions, degree of take-up, non-stigmatizing implementation and wider policy context in each country.

4.2 Innledende intervju i 2019

Materialet fra de innledende intervjurundene i 2019 ble i første omgang benyttet som grunnlag for å lage et relevant kartleggings skjema, og til å forstå hvilke problemstillinger og utfordringer de som jobber innenfor Helse og arbeid har vært opptatt av i den første tiden etter omleggingen. I det følgende vil vi kort gjengi noen tema som ble diskutert i intervjuene, og som vi oppfatter som viktige følge med på i årene som kommer.

4.2.1 Hva skal barnet hete?

Videreføringen av "Raskere tilbake" omtales som Helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten, der helsebegrepet antakeligvis står først for å vise at dette er et tilbud som først og fremst er forankret i helsetjenestene. Det hersker en del forvirring rundt begrepsbruken, i alle fall blant ansatte som ikke har vært direkte involvert i omleggingen av "Raskere tilbake". Begrepet "Raskere tilbake" brukes fortsatt sporadisk, og er så godt innarbeidet at blant annet Vinderen DPS har fått fortsette å kalle sin poliklinikk for "Poliklinikken Raskere tilbake". Flere av våre informanter omtaler også sine nåværende tilbud som "Raskere tilbake". De som har drevet arbeidsrettet rehabilitering i helsetjenestene har tradisjonelt brukt begrepene "Arbeid og helse", "Work and health" på engelsk, derav blant annet nettsiden www.arbeidoghelse.no som tilhører Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet lanserte også i 2016 en rapport og en strategi med overskriften "Arbeid og helse – et tettere samvirke" som er en strategi for felles innsats for arbeid og helse. Det er også etablert et eget Fagråd for arbeid og helse¹⁰. Forvirringen blir ikke mindre når NAV og helsetjenestene lanserer et eget konsept; "HelseArbeid", som nå inngår som et tiltak i IA-avtalen. Helse Nord har også valgt å kjøre hele sin Helse og arbeid-satsing som "HelseArbeid", så i nord er forvirringen mindre enn ellers i landet. Det er kanskje ikke så viktig hvilket navn man bruker, men er tydelig for oss at begrepene ikke er innarbeidet i tjenestene halvannet år etter omleggingen, og at man skal ha en del kunnskap om feltet for å kunne skille mellom ulike satsinger og konsepter. Dette kan være greit å være bevisst når man skal kommunisere tilbudene ut til fastleger og pasienter. Kanskje hadde det vært enklere om videreføringen av "Raskere tilbake" rett og slett het "Arbeid og helse", og at det hadde gjort det enklere å søke informasjon om tilbudene for "uinnvidde".

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagråd-for-arbeid-og-helse>

4.2.2 Målgruppe

Basert på de data vi hadde allerede i 2019, hersket det liten tvil om at de tilbudene som ble bygges opp innen Helse og arbeid er innrettet mot psykisk helse og muskel/skjelett-problematikk, slik intensjonen var. Mens Helse Nord RHF har gått for en søknadsbasert bevilgningsmodell for Helse og arbeid, har de tre øvrige helseregionene fordelt pengene etter inntektsfordelingsmodellen (Magnussen-modellen). En av hovedintensjonene med å legge om "Raskere tilbake" var å få til mer likeverdige tilbud, og det er nå sørget for at alle helseforetak skal opp og gå med tilbud innenfor Helse og arbeid (supplert av private aktører med avtale). Flere av helseforetakene er har brukt 2018 og deler av 2019 til å rigge tilbud og rekruttere ansatte. De største konsekvensene av omleggingen har kommet i Helse Sør-Øst, der flere helseforetak har måttet skalere ned sine tilbud markant, mens andre har måttet bygge seg opp fra grunnen av. Fra sentralt hold i RHF'et uttrykkes det forståelse for at det kom "sorgreaksjoner" på det som opplevdes som "rasering av gode behandlingstilbud".

Basert på intervjurundene våren 2019, og på resultater i kartleggingen presentert i neste kapittel, virker det som en del av de tilbudene som har røtter tilbake til "Raskere tilbake"-perioden fortsatt i all hovedsak får inn den samme pasientgruppen som de hadde under "Raskere tilbake" (pasienter som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt). De aller fleste synes å ha fått med seg at målgruppen nå utvides til også gjelde unge pasienter som er under utdanning (eventuelt ikke i jobb/utdanning) og pasienter som ikke nødvendigvis står i et aktivt arbeidsforhold (AAP, begynnende uføreløp etc.), men flere ytret at tilbudene deres foreløpig ikke er tilpasset til en tyngre målgruppe, og at dette er en utfordring når de skal rettighetsvurdere og prioritere pasienter som kan ha nytte av tilbudene. Samtidig som de sier at de stort sett har samme pasientpopulasjon i tiltakene nå som før, sier mange at de får mer alvorlig syke pasienter med kompleks, multimorbid, helseproblematikk. Spørsmålet blir da hvor lenge man vil fortsette å prioritere pasienter som "passer til tilbudet", heller enn å utvikle tilbudene i en retning som kan ha effekt for, og favne, en tyngre, eller annerledes, målgruppe enn det som gjaldt under "Raskere tilbake". Et av DPS'ene som tidligere bare tilbød et begrenset omfang av kognitiv terapi (ikke arbeidsfokusert), så muligheten til å opprette Helse og arbeidstilbud i en annen avdeling da omleggingen kom, og har nå et tilbud rettet mot yngre brukere under 30 år, som i mange tilfeller ikke har vært i jobb enda:

Ja, så vi endret målgruppe fordi at vi så at reglene for «Raskere tilbake» åpnet opp for det. Ja, og egentlig så grep vi det litt begjærlig, fordi at ja, det passet veldig godt. Det passet mer oss, det var lagt noen kriterier så det passet populasjonen vår bedre med den endringen og det ble også tydeliggjøring at det skulle være rettighetspasienter. Både det med rettighetsstatus og det at det også ikke bare var sykemeldte eller fare for sykemelding. Det at det ble endret til det altså, det med utdanning og så videre. (...) jeg tenker det her er framtid, når det gjelder psykisk helse og unge mennesker. Det her vi kan jobbe forebyggende nå, jeg tenker det samfunnsøkonomisk, det er veldig god innsats, det som du skisserer da. Ja, de andre DPS'ene har vært på besøk, de har tatt kontakt med oss for å høre hvordan vi har fått til dette samarbeidet med kommunehelsetjenesten og NAV. Det som jeg viste til som vi har hatt nå i 10 år, for å etterape den modellen for å få et samarbeid på tvers. (Leder for psykiatrisk poliklinikk i Helse Midt-Norge)

En tilgrensende problemstilling vi har kommet inn på når det gjelder målgruppe, er i hvilken grad **Individuell Jobbstøtte (IPS)** skal falle inn under Helse og arbeid-satsingen. I flere av helseregionene brer nå IPS om seg som et tilbud til de med moderat til alvorlig psykisk lidelse som ønsker å komme i arbeid (jf. Reme et al. 2016 som effektevaluerte tiltaket). IPS finansieres litt ulikt fra fylke til fylke, men inntrykket er at det i større og større grad blir en del av helsetjenestene (ikke bare NAV), og noen samarbeider etter hvert også med fastleger og psykologer i kommunehelsetjenesten om tilbudene (se godt eksempel i Askøy kommune: <https://askoy.kommune.no/psykisk-helse/nav-tilbud/panikkurs>). I ett av helseforetakene i Helse Nord satser

man også på samlokalisering av IPS og HelseArbeid, og det er etablert flere ressurscenter for IPS rundt om i landet. En av informantene våre sa det slik:

"(...) så snakker vi om et kontinuum hvor HelseArbeid dekker de som har lettere problemstillinger, medisinsk sett- som er veldig mange. Så har IPS de som har mer alvorlige medisinske problemstillinger, som er få. Men intensjonen i tjenesten er den samme, at de som ønsker og har en motivasjon med en målsetning om å komme seg i arbeid, de skal få nødvendig hjelp til det. Slik sett er IPS og helse i arbeid samstemte i intensjonen, vi gir de helsetjenestene som er nødvendige, og har fokus på at folk vil ha godt av, og at alle vil ha nytte av, at de personene får lov til å komme seg tilbake til arbeidsplassen. Jeg tror at det er den tenkningen, den grunnleggende tenkningen som forener IPS og HelseArbeid, og som er vanskelig å selge inn i helselandskapet.

Det forskes for tiden på IPS blant annet ved kompetansetjenesten for arbeid og psykisk helse ved Nordlandssykehuset HF¹¹. Vår holdning er at det vil være unaturlig å ikke inkludere IPS som en del av Helse og arbeid hvis dette er et tilbud som brer om seg i stor grad. Modellen egner seg godt for å få til bedre samarbeid med fastleger, psykologer i kommunen, psykisk helsearbeid i kommunen, arbeidsgivere og NAV – og dette er samarbeidsaktører Helse og arbeid-tiltakene selv ønsker å samarbeid mer med (jf. resultater i kartlegging presentert i kapittel 4).

4.2.3 Prioritering og rettighetsvurdering

I alle intervjuene, og på alle samlinger vi har deltatt på hittil evalueringen, har spørsmålene om prioritering og rettighetsvurdering dukket opp. Da vi intervjuet styringsgruppa i evalueringen, de som koordinerer Helse og arbeid i RHF'ene, og spurte hvilken problemstilling som har skapt mest "hodebry" våren 2019, så svarer de "prioritering og rettighetsvurdering". Det finnes relativt mange måter å drive rettighetsvurdering av henvisninger på rundt om i landet – både internt i samme helseforetak, mellom helseforetak og private aktører, og mellom somatikk og psykiatri. Man forholder seg til ulike prioriteringsveiledere, noe som kan være vanskelig i et tverrfaglig sammensatt tilbud. Dette er en stor utfordring når målet er å gi likeverdige tjenester til befolkningen, og behovet for klarere, og felles, retningslinjer og inklusjonskriterier for hvem som skal prioriteres innenfor Helse og arbeid er høyt etterspurt fra fagfolkene i feltet. Det ble satt sammen arbeidsgrupper som ser på disse problemstillingene regionalt¹¹, men det etterspørres bedre koordinering og felles retningslinjer på nasjonalt nivå fra departement og direktorat.

4.2.4 NAVs rolle

Etter omleggingen av "Raskere tilbake" sier flere av våre informanter i evalueringen at det har blitt et sterkere fokus på at helsetjenestene og NAV skal samarbeide. Ny IA-avtale og at Arbeids- og velferdsdirektoratet, i samarbeid med Helsedirektoratet, i 2018 lanserte HelseArbeid der NAV inngår som samarbeidspartner, har bidratt til å stryke fokuset. I løpet av 2019 skal alle fylker ansatte en egen HelseArbeid-koordinator, hovedsakelig finansiert av NAV slik vi forstår det, som skal følge opp samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene. Dette er noe som har manglet hittil, og som mange har høye forventninger til. Også flere av helseforetakene som ikke jobber etter HelseArbeid-modellen, er i gang med å lage overordnede samarbeidsavtaler med NAV. Flere var imidlertid inne på at det tar (for) lang tid før overordnede samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og NAV faktisk operasjonaliseres i praktisk samarbeid "på gølv". I de foretakene som har ansatte i NAV samlokalisert med helsetjenestene, har tilbakemeldingene vært gode – med unntak av problematikk knyttet til journalføring og taushetsplikt. Flere har gitt tilbakemelding om at NAV er vanskelig å få tak i, og at digitaliseringen av NAV, med få direktnummer tilgjengelig, er til hinder for godt samarbeid.

¹¹ <https://nordlandssykehuset.no/fag-og-forskning/kompetansesentre/kompetansesenter-for-arbeid-og-psykisk-helse>

4.2.5 Kommunehelsetjenestens rolle

Samarbeid med kommunehelsetjenesten (hvis vi ser bort fra fastlegene) virker ikke å være veldig utbredt, og her ligger det et stort potensial for bedre samhandling for både Helse og arbeid og "HelseArbeid", slik evalueringen ser det. Fastleger, kommunalt psykisk helse og rusarbeid (herunder Rask psykisk helsehjelp og psykologer i kommunen) og frisklivssentralene er eksempler på tjenester i kommunen som innehar mye kompetanse på muskel- skjelett og psykisk helse. Et godt eksempel her er hvordan Sykehuset Innlandet har samarbeidet med frisklivssentralene i Hamar, Stange og Ringsaker om å levere mestringskurs om hvordan man kan leve med helseplager og mestre hverdagen (kurset "Ta styring"). Vi diskuterte kommunehelsetjenestens rolle i flere av intervjuene. Et av hovedargumentene for hvorfor det er utfordrende å samarbeide med kommunen, er at tilbudene i den enkelte kommune er så forskjellig, og at helseforetaket skal forholde seg til så mange ulike kommuner. Et annet argument er at flere mente at Helse og arbeid er et veldig egnet felt for spesialisthelsetjenesten å ivareta sin plikt til også å forebygge framtidig helsetjenestebruk. Utfordringen som mange nevner, er at det per i dag ikke foreligger finansiering for å drive med forebygging i spesialisthelsetjenesten. Her er svaret fra en ansatt i et helseforetak som praktiserer "HelseArbeid", da vi spurte om ikke bedriftstiltaket like gjerne kunne vært noe de samarbeidet med kommunehelsetjenesten om å utføre:

Jeg skjønner spørsmålet rent linjemessig tenkt, men vi gjorde jo et- dette så vi allerede når vi etablerte iBedrift i 2009, at rent teoretisk så kunne det være noe som kommunehelsetjenesten kunne betjene kanskje, gitt faglige forutsetninger for å formidle det som vi mente var riktig. Noe som vi fant ut at ikke var tilstede i utgangspunktet da. Men så er det flere ting etterhvert, ihvertfall som gjør at vi har holdt veldig fast på at dette er riktig, slik som landet ligger i dag. Slik som kompetansen er utviklet i dag, og slik som systemene fungerer i dag. Det går egentlig på flere ting. Det ene er hva er alternativet hvis vi fra spesialisthelsetjenesten kun skal jobbe med denne problemstillingen inne på sykehuset en til en? Vel da kommer kompetansen som vi er i besittelse av kun til nytte for et utrolig fåtall mennesker. Den samme kompetansen er ikke i lik grad til stede i alle kommuner, og hvertfall ikke i alle bedrifts helsetjenester. Det er et aktivt valg da, de tror at den kunnskapen de er i besittelse av er veldig nyttig ute til befolkningen i den riggen vi har lagt opp til. Det er et veldig bevisst valg, vel da bruker vi litt ressurser men så når vi veldig mange med deler av den kapasiteten som vi har inne. Så gjør vi også den tradisjonelle sykehusjobben i tillegg. Vi mener at det er en dum ide å låse seg inne på et kontor, og isolere kunnskapen som ligger i sykehuset kun for de heldige som kommer inn til sykehuset... (Leder av "HelseArbeid"-tilbud i Helse Nord)

Forsker teamet er av den oppfatning at man i større grad bør jobbe systematisk med å øke samarbeidet med kommunehelsetjenesten om pasientene i Helse og arbeid, informere hverandre om hvilke tilbud som finnes, avklare roller der det er behov for det, og se på samarbeidsmuligheter. For eksempel kan en tenke seg at spesialisthelsetjenesten tar en veilederrolle når det gjelder å spre kunnskap om arbeid og helse, og hvordan jobbe arbeidsfokusert, til ansatte i frisklivssentraler og i psykisk helse- og rusarbeid. Det har etter hvert kommet e-mestringstilbud med arbeidsfokuserede moduler (utviklet i Helse Bergen HF) som, hvis de viser seg effektfulle og samfunnsøkonomisk forsvarlige, kanskje også kan tilbys fra psykologer i kommunen".

4.2.6 Bedriftshelsetjenestens rolle

I kartleggingen blant ansatte og ledere i Helse og arbeid som ble gjennomført våren 2019, er det flere som rapporterer at det er lite samarbeid med bedriftshelsetjenesten. En av skeptikerne til "HelseArbeid"-konseptet mente at bedriftstiltaket er en typisk oppgave for bedriftshelsetjenesten. Når vi har diskutert dette i intervjuene, likner argumentasjonen på den vi beskrev for kommunehelsetjenesten over; det finnes ikke bedriftshelsetjeneste i alle bedrifter og blir uforutsigbart å belage seg på. Et annet argument er at spesialisthelsetjenesten kommer inn som en mer nøytral part enn bedriftshelsetjenesten – som er betalt av

arbeidsgiver. Bedriftshelsetjenestens rolle som samarbeidsaktør inn i Helse og arbeid og "HelseArbeid" er noe vi vil følge nærmere, for å se om det dukker opp gode eksempler på smart arbeidsfordeling her.

4.2.7 Samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern i Helse og arbeid

Halvannet år etter at omleggingen trådte i kraft, viser både intervju og kartlegging at det i større grad enn under "Raskere tilbake"-perioden nå etableres tverrfaglige tilbud som har intensjoner om å få til samtidighet i tjenestene og fokus på hele mennesket (både somatikk og psykisk helse). Samlokalisering av tjenester er i ferd med å bli mer utbredt etter omleggingen – særlig i Helse Nord der alle helseforetakene går for samlokaliserte tjenester med både fysikalsk-medisinske og psykisk helse-tilbud og NAV-tilbud på samme sted, som gir muligheter for tverrfaglig utredning og behandling. Det finnes flere eksempler på samlokalisering i de andre helseforetakene også. Et av tilbudene i Helse Sør-Øst har valgt å samlokalisere alt til et bygg i et industriområde "for å sykeliggjøre pasientene minst mulig", som lederen av tiltaket uttalte. Der man ikke har fått til samlokalisering, er det likevel mange eksempler på at fagmiljø som tidligere ikke har hatt kontakt med hverandre, nå utvikler tilbud sammen innenfor Helse og arbeid.

Samlokalisering, tverrfaglig jobbing og samarbeid med NAV byr på en del nye utfordringer, og systemer for journalføring og håndtering av taushetsplikt både innad i helse og med NAV var et tilbakevendende tema i intervjuene. Også kodingen av aktivitet kan bli utfordrende med en tverrfaglig tilnærming, som beskrevet av en leder fra et tverrfaglig tiltak ved et helseforetak i Helse Sør-Øst:

Vi har valgt en forholdsvis krevende organisatorisk modell og jeg er litt usikker på om det er en vei å gå videre, eller ikke. Vi sliter mye med det flere mener jeg, hvordan vi skal kode å se på denne pasientpopulasjonen. Slik som det er i dag, så har vi et tilbud på tvers av somatikk og psykiatri, altså pasientene kommer for kurs og slik, der det er både pasienter med en psykisk diagnose og andre pasienter med en somatisk diagnose. De kommer og blir rettighetsvurdert på hver sin instans, DPS rettighets- vurderer psykiatripasientene, fysikalsk medisin rettighets vurderer somatikkpasientene. Så sliter vi litt med å rigge hvordan flyten imellom her skal være, det er to ulike DIPS, det innebærer at fysioterapeutene i somatikken ikke har lesertilgang til det psykologen skriver om samme pasient. Vi har også et problem med hvordan vi skal sette diagnoser i de ulike behandlingstiltakene, spesielt da hvis vi har et kurs på tvers av somatikk og psykiatri, eller hvis pasienten har to diagnoser da når behandler man den ene, og når behandler man den andre?

Det er fortsatt noen helseforetak som har brukt lang tid på å få psykisk helsevern på banen, og dette gjelder særlig de stedene som ikke hadde tilbud i psykiatrien under "Raskere tilbake"-perioden. Argumentasjonen går ofte på at psykisk helsevern ser for seg at Helse og arbeid-tilbud må rette seg mot pasienter med mild angst og depresjonsproblematikk, som ikke ville fått innvilget rett til helsehjelp i deres "ordinære" tilbud – og at de ikke vil kunne prioritere dette. Det finnes også eksempler på at fysikalsk medisinske tilbud og psykisk helsevern er uenige i hvilken rolle psykisk helsevern skal ha i tverrfaglige behandlingstilbud. Her uttrykt fra en leder i psykisk helsevern:

"(..) det er jo en kjensgjerning at dem ser at psyke og soma henger sammen og dem i «fysmed», nakke, skulder, trenger en psykiatri-kompetanse/psykologi-kompetanse inn der. Det som jeg tror er organisatorisk lurt at dem gjør da, det er rett og slett at dem ansetter den kompetansen, at dem får tverrfaglig kompetanse i sin egen avdeling. Det å veilede dem som etterspørres, det med veiledning en gang i måneden og sånn fra psykisk helsevern, det vil ikke gi det dem etterspør, rett og slett. De ønsker det fysikalsk medisinske

og det psykiatriske mer koblet sammen i forståelse og behandling til pasientene. Det er jo veldig klokt tenkt, men da tror jeg det er bedre å ansette selv.

Vi må også nevne at en del av midlene som ble bevilget til kunnskapsspredning og monitorering i forbindelse med omleggingen, har gått til å utvikle og finansiere et kurstilbud i arbeidsfokusert kognitiv terapi som personell ved Poliklinikken Raskere tilbake ved Vinderen DPS har holdt. Dette har ifølge arrangøren vært et svært populært tilbud våren 2019, og hvis kurset viser seg effektivt antar vi at dette bidrar til å øke arbeidsfokuset i behandlingen i hele landet. Vi er ikke kjent med at det arrangeres tilsvarende kurs i somatikken.

4.2.8 Rekruttering

Som nevnt over meldes det i 2019 om rekrutteringsproblemer, særlig når det gjelder psykologer og fysikalskmedisinere. På psykolog-siden er det sannsynlig at disse tiltakene til en viss grad konkurrerte med kommunene i 2018/2019 – der det kom lovkrav om psykologdekning i alle kommuner innen 2020. Når det gjelder fysikalsk medisin har det ifølge våre informanter vært utfordrende lenge, og særlig i Nord-Norge. Tilbudene i de ulike helseforetakene er ulikt rigget med tanke på bruk av lege- og psykologressurser, og det er ulike "tradisjoner" for om alle pasienter skal møte en lege under utredningen, eller om andre fagprofesjoner står for hele utrednings- og behandlingsprosessen. En fysikalskmedisiner vi intervjuet uttalte følgende:

Men der kommer vi inn i det som jeg kaller yrkespolitisk manøver. Der ligger veldig mye fagpolitikk i dette her, om at når en vil blåse opp legestanden så kan en godt legge en føring som sier at alle må møte en lege. Det har ikke vært slik for oss på 15 år. Lenge før dette tilbudet kom, så har vi hatt fysikalsk medisinsk poliklinikk hvor vi har hatt én eller to leger, og 8 fysioterapeuter. Det har vært forsvarlig i alle år.

Når det gjelder psykologkompetanse kan det være muligheter for å samarbeide om stillinger opp mot kommunehelsetjenesten (som også sliter med rekrutteringen). Det finnes eksempler på flere kommuner med psykologer som også har en stillingsandel i spesialisthelsen (jf. Kaspersen et al. 2018¹²). Andre tiltak som noen hadde satt i verk for å bøte på rekrutteringsproblemer var å ansette psykiatriske sykepleiere eller å la sosionom ansatt i tilbudet ta videreutdanning i psykisk helsearbeid. For øvrig bør det forskes mer på i hvilken grad, og for hvilke pasienter, det er av betydning å møte en fysikalskmedisiner i gitte typer tilbud innenfor Helse og arbeid, og hvordan det oppleves for pasientene å komme til spesialisthelsetjenesten uten å nødvendigvis møte en lege.

¹²https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_devaluering_psykologer_i_kommunen_sintef2018.pdf

4.2.9 Hva med øvrig spesialisthelsetjeneste?

Nå har vi skrevet en del om samarbeid med eksterne aktører, og internt mellom fysisk medisin og psykisk helsevern, men hvis hele spesialisthelsetjenesten hadde vært gode på å jobbe arbeidsfokusert, hadde vi kanskje ikke trengt et eget Helse og arbeid-tilbud. I hvilken grad man klarer å spre kunnskapen som utarbeides i Helse og arbeid også til andre deler av spesialisthelsetjenesten, vil bli interessant å følge med på. Et tema vi vet lite om per i dag er også hvordan man koordinerer tilbudene som nå etter hvert finnes i alle helseforetakene med de private tilbudene innen arbeidsrettet rehabilitering og psykisk helse. Blir det "konkurrerende" tilbud, eller tilpasser man tilbudene slik at de private kompletterer helseforetakene?

I Helse Sør-Øst finnes det også Helse og arbeid-tilbud innenfor kreft (Oslo universitetssykehus/Aker) og hjernetraume (Sykehuset Innlandet). Flere av informantene våre nevnte behovet for arbeidsfokuserte tilbud tilpasset kreft-pasienter, og egne kompetansehevede tiltak (eventuelt e-læringsmoduler) for Helse og arbeid-personell i hele landet vil sannsynligvis bli etterspurt. For å si litt mer om hva tilbudet ved OUS innebærer, tar vi med et utdrag fra intervju med lederen der:

Tilbudet har pågått siden 2009-10, men vi har både videreført og videreutviklet tilbudet nå i overgangen mot fast drift. Hvor vi har samlokalisert all driften i et nytt kreft-rehabiliteringssenter. Det er nytt for oss i hvert fall, det ligger på Aker sykehus. Men vi opererer fortsatt mye på Radiumhospitalet. Vi er et poliklinisk rehabiliterings- og psykologtilbud for kreftpasienter spesifikt. Målområdet vårt er egentlig hele Helse Sør-Øst, i og med at vi har en litt spesiell virksomhet. Men det er klart at vi får flest pasienter fra Oslo og omegn, men vi ser også at en del kommer ganske langveisfra fordi det er ikke så mange som har akkurat dette tilbudet, mot kreftpasienter og mot de i yrkesaktiv alder. Det er jo nesten slik at 50% av kreftpasientene er i yrkesaktiv alder ved diagnose, bare i løpet av de siste ti årene så er man at det er en voldsom økning i kreftoverlevende må en si, prognosene er b-litt så bra. Cirka 70% lever jo etter fem år, mange er veldig opptatt av å kunne stå i arbeid, enten de er blitt helt friske eller at de klarer å holde kreften i sjakk. Så ser vi at vi får en økende henvisningsmengde av pasienter med sen effekter som påvirker arbeidsevne, så det er det vi kanskje har konsentrert oss om videre. Vi har både gruppe, og tverrfaglig rehabiliteringstilbud mot de som er nok så nylig ferdigbehandlet. Det har vi hatt hele tiden, men vi har nå videreutviklet også til å ta inn flere som sliter med sen-effekter som påvirker arbeidsevne, blant annet dette med fatigue, polineuropati, muskel- og skjelettplager, smerter. Så vi er tverrfaglig sammensatt, det er tolv mennesker som jobber mot dette her, litt varierende brøk. Fått inn etter hvert veldig flinke folk som både kan de psykologiske aspektene, men også kjenner litt den kreftverdenen og det som de står i, de pasientene. (Leder av poliklinikk ved OUS).

Flere har også påpekt at det mangler tilbud for fedmeproblematikk innenfor Helse og arbeid. Her vil det sannsynligvis også kunne være potensial for å samarbeide med frisklivssentralene, som kan ha både fysioterapeuter og ernæringsfysiologer ansatt, og som jobber med den samme målgruppen.

4.3 Spørreundersøkelse våren 2019

4.3.1 Respons

Kartleggingen i 2019 ble sendt ut til omtrent 500 ledere og ansatte, hvorav 208 responderte på undersøkelsen. 14 av disse valgte å ikke samtykke til deltakelse i kartleggingen, slik at utvalget utgjøres av

194 personer. Dette gir en responsrate på nær 40 prosent, noe som er relativt vanlig i denne type frivillige undersøkelser, men vi skulle selvfølgelig ønske at den var høyere. Vi fikk tilbakemeldinger på at noen mente skjemaet var for omfattende, og vi vil jobbe for å redusere skjemalengden i de kommende kartleggingene til neste år. Likevel var det svært bra gjennomføringsgrad blant de som deltok: de aller fleste svarte på alle de spørsmålene de fikk presentert. Av de helseforetakene og private aktørene som mottok skjema, fikk vi inn svar fra alle bortsett fra ett helseforetak og én privat aktør. Fordelingen av respondenter per region er gitt i tabellen under. Vi har også oppgitt fordelingen på andel årsverk totalt i de regionale helseforetakene (2016-tall), oppgitt i NOU 2016:25¹³.

Tabell 4.9 Fordeling av antall og andel respondenter per regionale helseforetak. N = 194

	Antall resp.	Andel resp. (%)	Andel ansatte totalt i RHF, 2016-tall (%)
Helse Nord RHF	23	12	12
Helse Midt-Norge RHF	27	14	15
Helse Vest RHF	44	23	19
Helse Sør-Øst RHF	100	52	54
Sum	194	100	100

Av de 194 som svarte har 36 prosent faglig ansvar og/eller personalansvar i sin stilling. Det var høyest andel psykologer/psykologspesialister, fysioterapeuter og leger/LIS/legespesialister som svarte. Av legene var det høyest andel fysikalskmedisinere, de øvrige jobbet innenfor psykiatri og nevrologi.

¹³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/sec9>

Tabell 4.10 Respondentenes fagbakgrunn. N = 194.

	Antall	Andel (%)
Ergoterapeut	10	5
Fysioterapeut	46	24
Lege	3	2
Lege i spesialisering (LIS)	1	1
Legespesialist	14	7
Psykolog	24	12
Psykologspesialist	39	20
Samfunnsvitenskapelig bakgrunn	3	2
Sosionom	2	1
Sosionom med videreutdanning	6	3
Sykepleier	5	3
Sykepleier med videreutdanning	13	7
Økonomi/administrasjon	3	2
Annet, hva:	25	13
Total	194	100

De som ikke fant sin fagbakgrunn på listen kunne skrive inn fagbakgrunnen sin. Flere var vernepleiere, kiropraktor, fysioterapeuter med ulike typer videreutdanning, idrettspedagoger, master i helsevitenskap eller ernæring mv.

Basert på svar om hvor mange ansatte som jobbet i respondents klinikk/avdeling på responstidspunktet, og hvor mange av disse som ble oppgitt å arbeide med arbeidsrettet/arbeidsfokuset behandling, anslår vi at 48 prosent av respondentene svarer at de jobber i en klinikk/avdeling der alle jobber med arbeidsrettet behandling. De øvrige respondentene jobber i avdelinger der man i større eller mindre grad også utfører "ordinær" behandling.

4.3.2 Erfaring med "Raskere tilbake" og omleggingen har medført for tilbudene

På spørsmålet "Hadde klinikken/avdelingen du jobber i aktivitet innenfor "Raskere tilbake" i perioden 2007-2017?" svarte 77 prosent bekreftende, 14 prosent svarte "Nei", mens 8 prosent svarte "Vet ikke" (mest sannsynlig nyansatte). På spørsmål om hvilke typer "Raskere tilbake"-tilbud respondentene hadde erfaring med, var fordelingen som følger:

Tabell 4.11 Fordeling av typer "Rasker tilbake"-tilbud respondentene hadde erfaring med. (Flere kryss mulig). Andelsmessig fordeling.

	Andel (%)
Muskel-/skjelett tverrfaglig avklaringspoliklinikk; rygg	17
Muskel-/skjelett tverrfaglig avklaringspoliklinikk; nakke	13
Muskel-/skjelett tverrfaglig avklaringspoliklinikk; skulder	15
Poliklinisk tilbud for angst, depresjon og andre milde til moderate psykiske lidelser	17
Arbeidsrettet rehabilitering	16
Tilbud til CFS/ME-pasienter	3
Tilbud innenfor hjerneskade/traume	3
Revmatologisk/smertepoliklinikk	2
Kirurgiske tjenester innen ortopedi	2
Forebyggende arbeid (iBedrift el.l.)	2
NAV-ansatte hadde kontorsted i vår klinikk/avdeling (jobbkonsulent el.l.)	1
Tilbud innenfor nevrologi og nevrokirurgi	1
Tilbud innenfor kreftrehabilitering	1
Tilbud innenfor hjerte-/karsykdommer	1
Tilbud for moderate til alvorlige psykiske lidelser	1
Tilbud innenfor rusbehandling	0.3
Tilbud innenfor lungesykdommer	0.3
Vet ikke	2
Annet:	3
Sum	100

Vi spurte videre om tilbudene de hadde under "Raskere tilbake"-perioden ble videreført i ny form, uendret form eller nedlagt. Av de 149 som hadde svart på dette spørsmålet (gikk kun til de som svarte at de hadde hatt "Raskere tilbake" tidligere), svarte 49 prosent at de videreførte tilbudet i ny form, 42 prosent at de viderefører i samme form, mens 9 prosent av respondentene har opplevd at tilbudet de jobbet i ble nedlagt. Den høyeste andelen av de som svarte at "Raskere tilbake"-tilbudet de jobbet i ikke ble videreført, jobbet i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Av tiltakene som ble videreført i uendret form, var andelen internt på regionnivå høyest i Helse Sør-Øst, der 47 prosent svarte at de har videreført tilbudene i uendret form. En av de private aktørene har svart utfyllende om hva som er nytt etter omleggingen (vi har anonymisert region her):

"Overgang fra "Raskere tilbake" for lettere psykiske lidelser hvor NAV var oppdragsgiver til Helse og arbeid, hvor NN og NN er oppdragsgiver. Nytt: Tilbudet er nå på spesialisthelsetjenestenivå, med tilhørende krav og føringer, og at pasientene rettighetsvurderes med tanke på om de har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten jf. Prioriteringsforskriften. Dermed litt andre kriterier for hvem som er i målgruppen. Tidligere henviste NAV-veileder til tilbudet, ofte med legeerklæring fra fastlege vedlagt. NAV hadde som målkrav at 60 % av deltakere som ble inkludert i tilbudet skulle være 100 % friskmeldt etter en behandlingsperiode på 18 uker, med rom for inntil 15 samtaler. Videre var det mulighet for vedlikeholdsbehandling for pasienter som ble friskmeldt 100 % innen sluttdato, bestående av ytterligere inntil 6 samtaler i løpet av 18 nye uker. Pasienter som ble ansett å ha små utsikter til friskmelding i løpet av behandlingsperioden ble "ekskludert" fra tilbudet, og fikk ikke noe tilbud. Personer som var 100 % friskmeldt kunne heller ikke benytte seg av tilbudet, og tilbudet var forbeholdt

sykmeldte, ikke personer med andre ytelser, som AAP. | Nå er det fastleger som henviser til tilbudet. I NN gjøres rettighetsvurderingen av lokal DPS, mens vi i NN har fått tildelt vurderingskompetanse, og dermed gjør rettighetsvurderingene selv i eget internt inntaksteam bestående av spesialister i psykologi og psykiatri. Tilbudet er nå både for sykmeldte og for personer som står i fare for å bli sykmeldte, og også for personer med andre ytelser enn sykepenger. Videre er det nytt at tilbudet også omfattes av pakkeforløp."

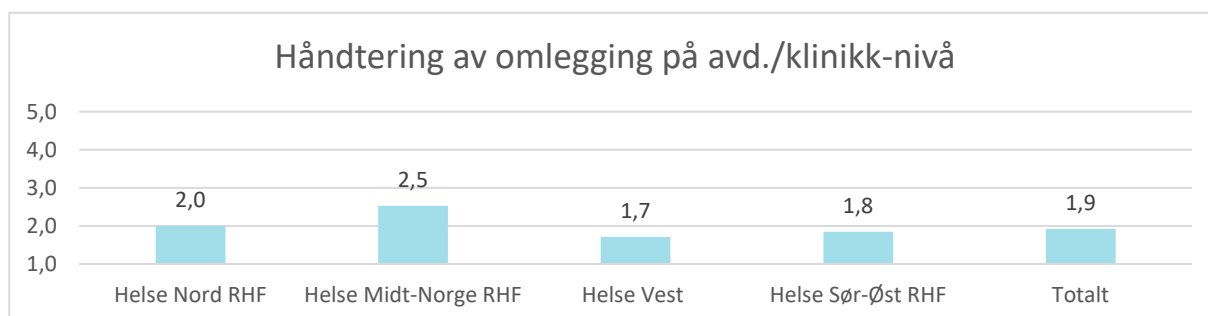
Flere av de private påpeker at tilbudet deres har gått fra å være et NAV-tiltak til å bli et spesialisthelsetjeneste-tiltak. Det er også flere av de private aktørene som sier at pasientgruppen har blitt tyngre, etter at de også skal inkludere de som har moderate plager (ikke bare "lettere"). Et par av de private skriver at de har fått færre henvisninger enn antatt, og sliter med å rekruttere til tilbud om mestringsopphold. Et annet helseforetak svarer at tilbudet nå har blitt begrenset kun til muskel/skjelett og psykiatri, og at det er større fokus på samtidighetsbehandling muskel/skjelett/psykiatri, samt at de har egen HelseArbeid-rådgiver på poliklinikken. Flere nevner også at de har innført arbeidsrettet kognitiv terapi etter modell fra Diakonhjemmet sykehus:

Tidligere tverrfaglig tilbud til uspesifikke, sammensatte lidelser med muskel/skjelettplager og lettere til moderate psykiske helseutfordringer. "Raskere tilbake" ren samtaleterapi som tidligere var under DPS kom så hit. Vi tok dette i første omgang inn i modellen vi hadde i det tverrfaglige teamet ved å utvide inntak og kapasitet på behandlere her, da vi så at pasientene som var henvist til ren samtaleterapi hadde mange av de samme utfordringene og nytte av tverrfaglig behandling som de som var henvist til dette. Har nå i det siste i tillegg til dette startet egen ren samtalebehandling etter modell fra Diakonhjemmet/Vinderen DPS Raskere Tilbake. Teamet rundt dette består av psykologspesialister, sykepleiere og vernepleier. Ekstra fokus på kognitiv terapi, men også ACT og EMDR i teamet.

Helseforetak i Helse Sør-Øst

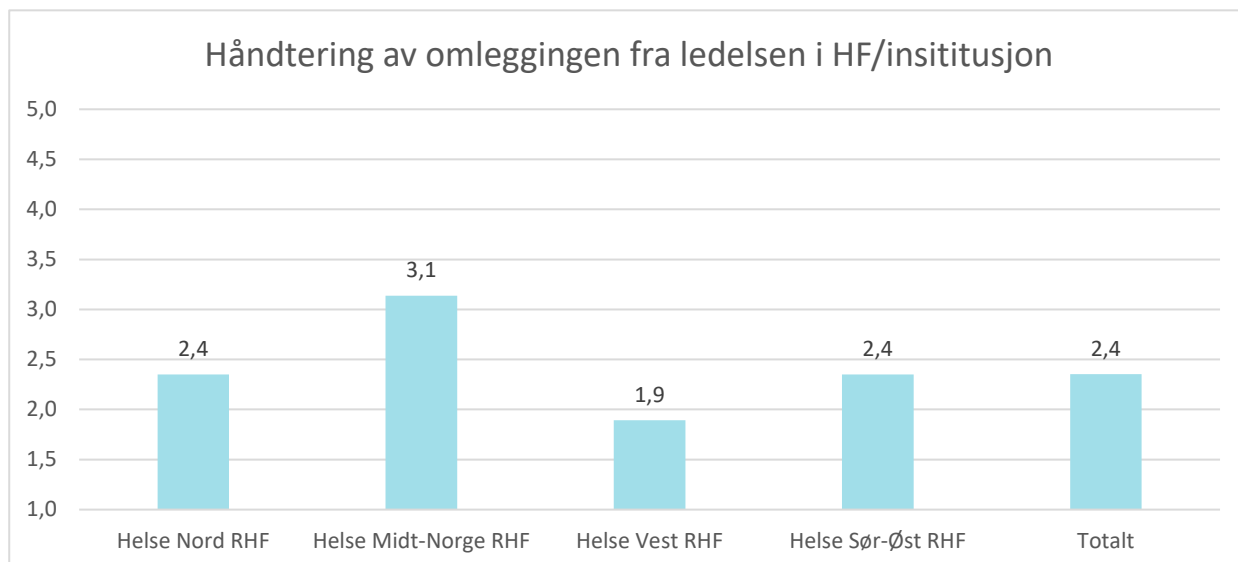
4.3.3 Håndtering av omleggingen på klinikk/avdelingsnivå og helseforetaksnivå

Vi spurte ansatte og ledere "Hvordan vurderer du at *din klinikk/avdeling* har håndtert omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid?". På en skala fra 1-5 der 1 er svært godt og 5 er svært dårlig, svarte 77 prosent av 151 respondenter at dette var håndtert godt eller svært godt. På helseregionnivå fordelte svarene seg i gjennomsnitt som følger (jo nærmere 1 jo bedre), der respondenter fra Helse Vest synes å være mest fornøyd, tett fulgt av Helse Sør-Øst, som vist neste figur.



Figur 4.2 "Hvordan vurderer du at *din klinikk/avdeling* har håndtert omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid?". Gjennomsnittsskår på skala fra 1-5, der 1 er svært godt, og 5 er svært dårlig. N = 151. Helseregion og gjennomsnitt for alle respondenter (Totalt).

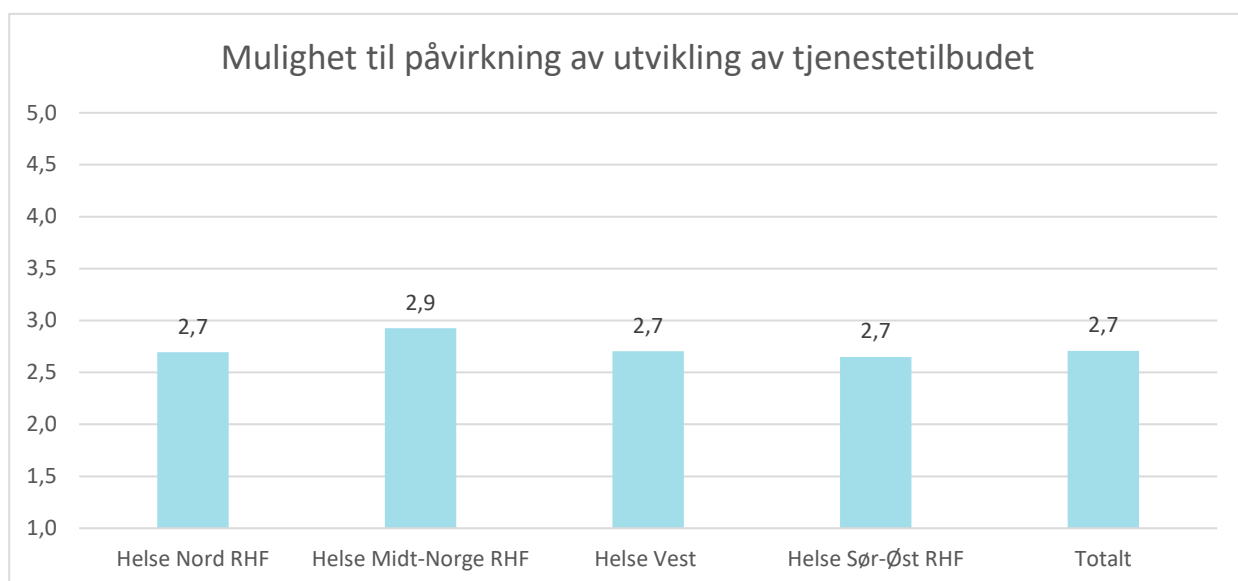
Vi stilte det samme spørsmålet om hvordan de vurderer at *ledelsen i helseforetaket* har håndtert omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Svarene følger samme mønster, med et lavere gjennomsnitt for Helse Midt-Norge.



Figur 4.3 "Hvordan vurderer du at ledelsen i helseforetaket har håndtert omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid?". Gjennomsnittskår på skala fra 1-5, der 1 er svært godt, og 5 er svært dårlig. N = 151. Helseregion og gjennomsnitt for alle respondenter (Totalt).

4.3.4 Mulighet for å påvirke utviklingen i tjenestetilbudet

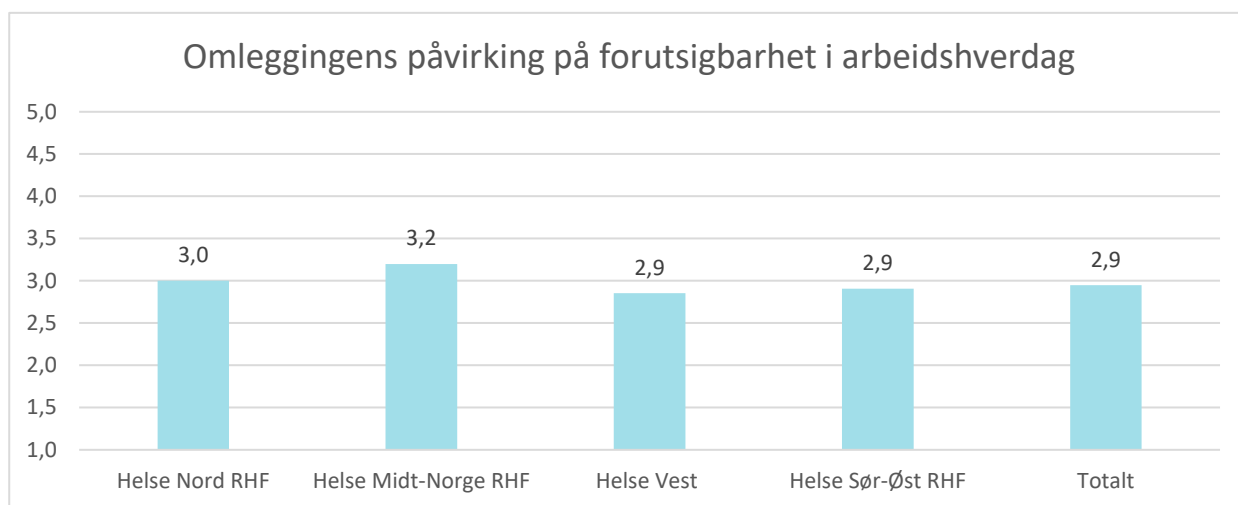
Vi spurte ledere og ansatte om "I hvilken grad har du hatt mulighet til å påvirke utviklingen av tjenestetilbudet etter omleggingen av "Raskere tilbake" i 2018?". Her svarte 21 prosent at de i liten eller svært liten grad føler at de har hatt mulighet til å påvirke utviklingen av tjenestetilbudet, mens 45 prosent svarer at de i stor eller svært stor grad har hatt mulighet til det. Her var det svært små forskjeller mellom helseregionene, som vist i figuren under.



Figur 4.4 I hvilken grad har du hatt mulighet til å påvirke utviklingen av tjenestetilbudet etter omleggingen av "Raskere tilbake" i 2018? Gjennomsnittskår på skala fra 1-5, der 1 er "I svært stor grad", og 5 er "I svært liten grad". N = 194. Helseregion og gjennomsnitt for alle respondenter (Totalt).

4.3.5 Omleggingens påvirkning på forutsigbarhet i arbeidshverdagen

På spørsmål om hvordan respondentene vil si at omleggingen av "Raskere tilbake" har påvirket forutsigbarheten i arbeidshverdagen deres sammenlignet med før omleggingen, svarte omtrent én av fire (24%) at arbeidshverdagen var blitt mer eller mye mer forutsigbar. 55 prosent svarte verken/eller, mens 21 prosent av de 133 som besvarte spørsmålet (18 stykker hadde krysset av for uaktuelt), mente at arbeidshverdagen nå er mindre eller mye mindre forutsigbar. Her var det respondentene fra Helse Midt-Norge som i størst grad opplevde arbeidshverdagen som mindre forutsigbar. Vi tar forbehold om at resultatet kan være påvirket av tilfeldigheter da utvalget som har svart fra Helse Midt-Norge (N = 20, hvorav 8 svarte mindre forutsigbart) er relativt lite. Generelt var det svært små forskjeller mellom helseregionene på dette spørsmålet, da de fleste la seg på verken/eller-alternativet.



Figur 4.5 Hvordan vil du si at omleggingen av "Raskere tilbake" har påvirket forutsigbarheten i din arbeidshverdag sammenlignet med før omleggingen? Gjennomsnittsskår på skala fra 1-5, der 1 er "Mye mer forutsigbar", og 5 er "Mye mindre forutsigbar". N = 133. Helseregion og gjennomsnitt for alle respondenter (Totalt).

4.3.6 Positive og negative endringer omleggingen av "Raskere tilbake" har medført

Vi ba respondentene kort å beskrive de viktigste positive og negative endringene omleggingen av "Raskere tilbake" har medført i deres arbeidshverdag. 105 personer valgte å svare på spørsmålet. Av positive endringer som ble nevnt var økt forutsigbarhet og større fagmiljø to av faktorene som er hyppigst nevnt. Mange er fornøyd med å samarbeide bedre internt, og her utpeker særlig kommentarene i Helse Nord seg i positiv retning.

Da helseforetaket overtok ble forventingen til hva avdelingen skulle være tydeligere. Nå ble det mindre avlastning for poliklinikk og mer fokus på at vi skulle jobbe med målgruppen personer som er sykmeldt eller i fare for å bli sykmeldte og ikke "lettere" polikliniske pasienter. Sykehuset ble mer interessert i det vi gjør og det oppfattes udelt positivt. Det negative er vel at vi har nedkorting i behandlingstid til 15 timer mot 20 timer før. Det er ikke noen faglig begrunnelse for dette. (Helse Vest)

Av andre positive endringer nevnes:

- at flere diagnosegrupper og en bredere målgruppe inkluderes i tiltakene (særlig kommentarer fra fys.med.-miljøene på dette)

- mer fokus på faglighet rundt arbeidsfokusert behandling – flere konferanser, seminarer og fagdager å delta på, noe som gir inspirasjon
- flere opplever at det de har holdt på med nå blir mer synliggjort inn i sykehuset på en annen måte enn tidligere |
- flere somatiske avdelinger nevner etablert kontakt med psykiatrien i eget foretak som noe positivt
- økt tilgang på andre helseprofesjoner og "kortere vei" til NAV
- flere opplever bedre ledelsesforankring av tiltakene nå, enn før omleggingen
- en av de private aktørene trekker fram at de synes det er positivt at "behandlingen nå er i refusjonsordningen, slik at pasienter får frikort, når NAV var oppdragsgivere så var det ikke slik".

Når det gjelder negative opplevelser knyttet til omleggingen er det flere som kommer inn på konflikter som har oppstått i avdelingen som følge av omleggingen, hovedsakelig knyttet til ressursfordeling og hvilke pasienter som skal gå inn under Helse og arbeid, og hvilke som skal gå inn under "ordinært" tilbud. For de av helseforetakene eller private institusjoner som har måttet kutte i tilbud, eller er usikre på framtiden, har omleggingen medført stor usikkerhet, slik noen av de ansatte uttrykker det:

Jeg opplever at det har vært lite fokus fra ledere høyere opp i systemet og lite kontroll over midler og rammer for raskere tilbake. Det har ført til en stor usikkerhet rundt tilbudet og hva det skal inneholde. Seksjonsleder har vært positiv til tilbudet hele tiden, og det har vært viktig. Tilbudet er skjørt sånn som det er organisert i dag (...).

Oppdraget kom sent i 2018 og det var lite håndfast i hva som lå der i forventning/klare rammer. Man kan tolke oppdraget ganske forskjellig, noe man ser ved at tilbudet rundt arbeidsrettet rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten drives veldig forskjellig både innen samme helseforetak og i andre deler. Hos oss har det skapt en uro.

En annen ansatt skrev:

Diskusjoner om omlegging har ført til konflikt, og prosessen har stagnert- Diskusjoner har ført til splittelse mellom satsning på fys.med.poliklinikk (utredning og behandling) og ARR (den delen av fys.med.poliklinikken som jobber arbeidsrettet). Hvilke tilbud skal pasientene som ikke er ARR-pasienter få? Hvilke personell-ressurser er knyttet til ARR og hvilke er tradisjonell fysikalsk medisin? Det er tydeliggjort at vi mangler retningslinjer og mål, både for ARR og fys.med.pol.

Private aktører naturlig nok økt "konkurranse" når helseforetak som før ikke hadde noe tilbud bygger seg opp, og de private må tilpasse tilbudene sine helseforetakene i større grad enn tidligere. En gjentagende endring som flere anser som negativ for sin arbeidshverdag, er at de får inn en sykere pasientgruppe som står lenger fra arbeid enn "Raskere tilbake"-pasientene gjorde. Flere opplever at det blir mismatch med det tilbudet de har, og pasientgruppen de får:

Vi får nå betydelig flere personer inn på opphold som har gått LANG TID sykemeldt/AAP og det er synd at "fast track" som Raskere Tilbake var ble borte. Det er vesentlig at de som kommer inn på ARR fremdeles har et håp og en motivasjon for arbeidsdeltakelse. (Privat aktør i Helse Sør-Øst)

Opplever å få mange henvisninger som er godkjent av RKE der bruker/pasient ikke er i nærheten av arbeidsdeltagelse. Dette er et stort dilemma og krever en avklaring på hva som skal være kriteriene for å få et slikt tilbud. (Privat aktør i Helse Sør-Øst)

Andre problemstillinger som nevnes av flere er mangelfull orientering til fastlegene og pasientene om tilbudet, at det er vanskelig å oppnå kravene til inntjening etter det man oppfatter som økt krav om DRG fra helseforetaket; "færre ansatte, flere pasienter, mindre tid per pasient, pasientgruppe som krever mye samhandling vi ikke får betalt for" (ansatt i Helse Midt-Norge). Av andre negative konsekvenser av omleggingen nevnes:

- mer individfokuset behandling på bekostning av gruppebaserte tilbud – mindre homogene grupper
- økte henvisninger uten økning i ressurser, mer sårbart ift sykefravær
- mer fokus på kartlegging, koding og administrasjon. Mer tid til planleggingsmøter.
- noen av de private har brukt mye ressurser for å informere og få henvisninger, flere skriver at fastlegene og andre henvisere er for lite opplyst om tilbudene
- et av HF-ene som har slitt med å få til god samhandling mellom psykiatri og somatikk skriver at "tilbudet gis nå til en pasientgruppe som har komorbide lidelser, men som i liten grad har fått behandling for sine samtidige plager"

4.3.7 Beskrivelse av målgruppen for Helse og arbeid

I de regionale helseforetakenes anbefalinger til helsemyndighetene (Helse Sør-Øst RHF, 2017:15) sto det at:

*"Ved endring av prosjektet Raskere tilbake-ordningen over i drift i 2018, anbefales videreføring av tverrfaglige, kunnskapsbaserte og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser. Målgruppen er personer med rett til helsehjelp der det vurderes å være økt fare for funksjonsfall uten tilbud om arbeidsrettet behandling. **Målgruppen er personer med rett til helsehjelp der det vurderes å være økt fare for funksjonsfall uten tilbud om arbeidsrettet behandling.**"*

Som beskrevet innledningsvis var det nytt for de fleste (ikke i HSØ) helseforetakene at pasientene skulle rettighetsvurderes, og ikke nødvendigvis ha tilgang til tilbudet hvis de var sykmeldt, eller sto i fare for å bli sykmeldt. Det er en overvekt av tilbakemeldinger, kanskje særlig fra de private aktørene med avtale, som tilsier at de nå mottar pasienter som er mer alvorlig syke, og/eller har mer komplekse og sammensatte lidelser. De aller fleste nevner dette med at man ikke lenger trenger å være sykmeldt for å få et tilbud, og at det kommer flere på AAP eller andre ytelsersom har stått lenge utenfor arbeidslivet.

Vi har nå åpnet opp for flere diagnoser under muskel-skjelett plager. Dvs. at målgruppen ikke lenger bare er rygg og skuldre. Vi prøver å holde oss til de kriterier vi hadde under RT med at de skal stå i fare for sykemelding og ikke være sykmeldt mer enn 1 år (sykepengeåret). Prioriteringsveilederen for fys.med. brukes også. Målgruppen er skoleelever og yrkesaktiv alder. Vi tar ikke inn uføre og alderspensjonister og helst ikke pasienter som har vært mange år på AAP.

Brukerne er lengre fra arbeidsdeltakelse enn tidligere. Anslår ca. 30 % av brukerne har arbeidsforhold og anslår at 20 % er innenfor sykemeldingsåret. Etter at NAV endret

kravene for AAP har hovedvekten av henvisningene dreiet seg om at det er behov for en avklaring.

At tilbudene ikke lenger er diagnoseavhengige nevnes som en fordel hos de som kommenterer dette. Fedme-tilbud nevnes som en mangel – fra helseforetak i ulike regioner. Likevel er det fortsatt mange som svarer at de opplever pasientpopulasjonen som den samme, at sykmeldte prioriteres høyt, og at de ikke har endret målgruppen etter omleggingen i vesentlig grad. En av de private aktørene skriver:

Personer med gjennomsnittsalder 42 år, ca. 80 % kvinner og 20% menn. Helsearbeidere/sykepleiere og førskolelærere/lærere i stort overtall. servicearbeidere er også veldig godt representert. Koomorbide problemstillinger hos de fleste. Alle grader av arbeidstilknytning fra fullt sykmeldt til ikke sykmeldt. De aller fleste ønsker dagbasert eller poliklinisk tilbud/behandling. Økende antall med slitenhet-/tretthetsproblematikk som hovedutfordring.

En annen skriver at de ikke har definerte inklusjons-kriterier:

Vi har ikke definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. | Tidligere (Raskere tilbake) hadde vi fokus på rygg- og skulderproblematikk. Etter omlegging til ARR er vi blitt diagnoseuavhengige, altså har vi et bredere tilbud innen muskel-/skjelettplager. Mange har langvarig og sammensatt problematikk.

En annen respondent oppfatter at de har fått mindre syke pasienter etter omleggingen – kanskje fordi tilbudet i større grad er lagt opp til dagtilbud ved denne institusjonen nå sammenliknet med tidligere.

Målgruppen er pasienter med muskel skjelettplager og/eller lettere psykiske plager, som mildere grad av engstelse, depresjon, bekymringer, og/eller en kombinasjon av disse. målgruppen skal i all hovedsak ha arbeid som mål som fellesnevner. Vi har pasienter med relativt enkle terapeutiske problemstillinger som kan løses, med enkle avklaringer, til de mer kompliserte, hvor det trengs en lengre utredning, og hvor en ofte henviser til andre instanser. I den grad den skiller seg fra tidligere målgruppe, må det være at deler av pasientene er enklere caser, hvor en med enkel rådgivning, evt. et kortere mestringsopphold, langt på vei hjelper pasientene tilbake til en bedre jobbhverdag.

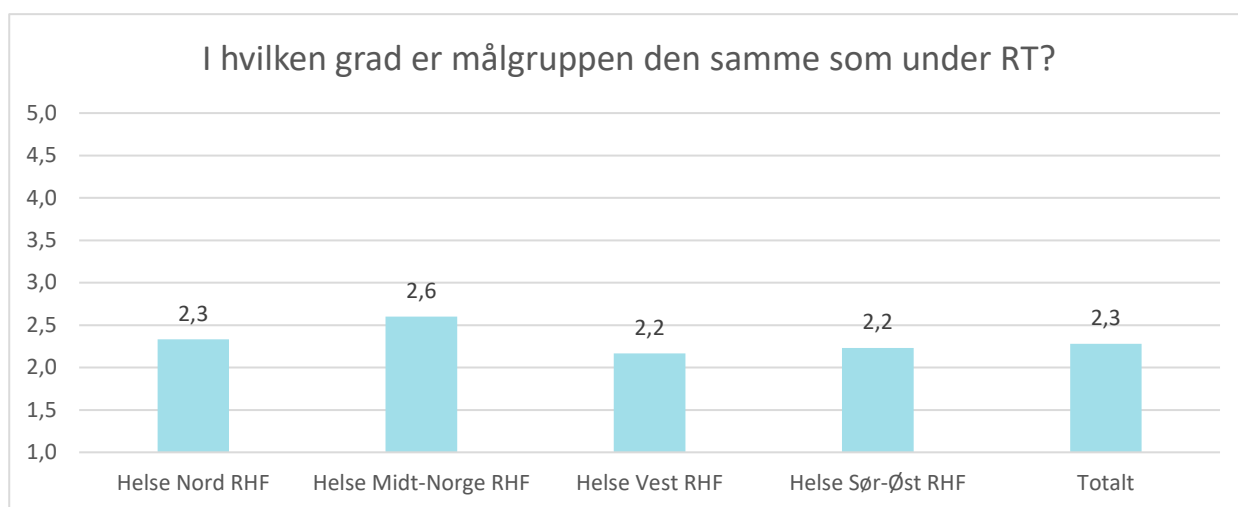
En av de private aktørene med avtale med Helse Sør-Øst merker at de forskjellige DPS-ene vurderer pasientene ulikt:

*Vi opplever det som at flere får tilbudet nå, da tilbudet gjennom NAV Raskere tilbake for lettere psykiske lidelser var begrenset til sykmeldte som hadde et arbeidsforhold, mens det nå også omfatter personer som står i fare for å bli sykmeldt, og personer som har andre ytelser enn sykepengene. **Pasientene skal nå rettighetsvurderes, og vi erfarer i avtalen med HSØ at dette gjøres litt forskjellig på de ulike DPS'ene. Noen steder vektlegges individuelle forhold som funksjonsfall i arbeid, samt antatt nytte av et korttidstilbud av denne typen, slik at det gis rett til helsehjelp til pasienter med mildere tilstander som antakelig ville blitt avvist på en DPS allmennpoliklinikk. Dette er ofte pasienter som har god nytte av tilbudet.** Vi får henvisninger via to kanaler; 1) de som henvises direkte til oss og kun rettighetsvurderes ved DPS, og 2) DPS har også anledning til å videresende pasienter fra sine egne ventelister der de vurderer at de kan være i målgruppen for vårt tilbud. Det har vært en prosess med å gjøre tilbudet kjent, og gradvis opplever vi at det er mer "riktige" pasienter som kommer til oss etter rettighetsvurderingen. I oppstarten hadde vi flere tilfeller av mer alvorlige tilstander som viste seg å ha behov for mer tverrfaglig og lengrevarig oppfølging, med mer alvorlig*

problematikk enn det som var tenkt som målgruppe for tiltaket, og/eller med behov for en mer bredspektret utredning. Sammenliknet med tidligere tilbud innen raskere tilbake har nok målgruppen nå noe mer omfattende problematikk, men samtidig opplever vi det positivt at flere får hjelp. Vi ser imidlertid at det er en stor gruppe med mildere problematikk som er i grenseland mht å ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som potensielt har stor nytte av tilbudet.

Basert på innspillene som kom om målgruppen for tiltakene konstaterer vi at feltet har fått med seg at også de som ikke er sykmeldt eller har et arbeidsforhold skal ha et tilbud innenfor Helse og arbeid. Det virker som mange av tilbudene som eksisterte under "Raskere tilbake"-perioden fortsatt holder seg til samme målgruppe, og ikke nødvendigvis har tilpasset tilbudene sine en mer alvorlig syk og kompleks pasientgruppe – som mange også opplever at de har fått henvist. Dette blir et viktig punkt å følge med på, både i registerdata, og i senere kartlegginger.

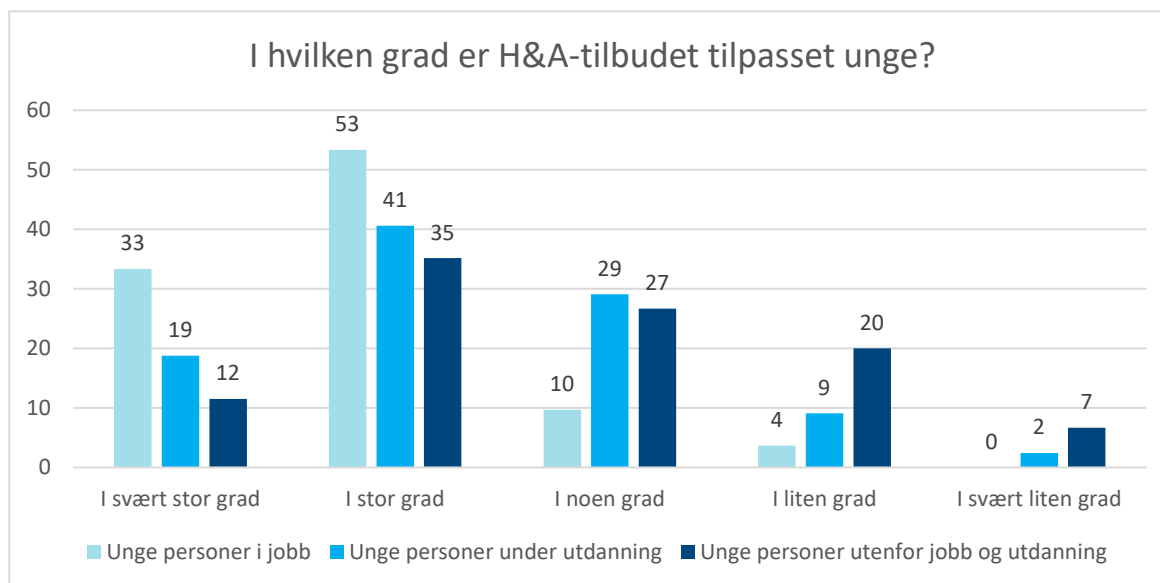
Vi hadde også et spørsmål der respondentene skulle vurdere "I hvilken grad er målgruppen for det nåværende tilbudet i din klinikk/avdeling den samme som den var under "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017)?" Her svarte 64 prosent i stor, eller svært stor, grad, 30 prosent svarte "I noen grad", mens bare seks prosent svarte i liten, eller svært liten, grad. Fordelt på helseregion (se figur under) var det veldig likt mellom regionene, Helse Midt-Norge skiller seg noe fra gjennomsnittet med å ha opplevd litt større endringer etter omleggingen.



Figur 4.6 I hvilken grad er målgruppen for det nåværende tilbudet i din klinikk/avdeling den samme som den var under "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017)? Gjennomsnittsskåre på en skala fra 1-5, der 1 = I svært stor grad og 5 = I svært liten grad. N = 136.

4.3.8 Er tilbudene i Helse og arbeid tilpasset ulike grupper av unge i alderen 18-30 år?

På spørsmål om i hvilken grad Helse og arbeid-tilbudet er tilpasset ulike grupper av unge personer (18-30 år), er de fleste enige om at tilbudet i deres avdeling er tilpasset unge personer i jobb. Rundt 60 prosent mener også at unge personer under utdanning får et tilpasset tilbud. 27 prosent mener at tilbudene deres ikke er tilpasset unge personer som står utenfor både jobb og utdanning.



Figur 4.7 I hvilken grad er Helse og arbeid-tilbudet i deres klinikk/avdeling tilpasset ulike grupper av unge personer (18-30 år)? N = 165. Andel (%).

4.3.9 Hva består aktiviteten innenfor Helse og arbeid av?

Vi ramset opp en rekke typer tiltak som vi vet tilbys innenfor Helse og arbeid, og ba respondentene krysse av for hvilke tilbud som fantes i deres avdeling på utfyllingstidspunktet (mai/juni 2019). Svarene fordelte seg som følger, i sortert rekkefølge etter prosentvis andel av svarene fra de 194 respondentene (alle hadde svart på minst ett tilbud, og i vi har latt hvert HF/institusjon bare telle én gang):

Tabell 4.12 Hva består aktiviteten innenfor Helse og arbeid av ved din klinikk/avdeling per i dag (flere kryss mulig). N = 194.

	Andel (%)
Psykisk helsevern for voksne – arbeidsrettet/arbeidsfokustert kognitiv terapi eller andre arbeidsrettede behandlingsmetoder	40
Fysikalsk medisinsk utredning/behandling med psykolog(er) ansatt i avdelingen	33
Tverrfaglig mestringstilbud	29
Arbeidsrettede rehabiliteringsopphold	27
Fysikalsk medisinsk utredning/behandling uten psykolog(er) ansatt i avdelingen	23
Samtaler med sosionom er en del av tilbudet	23
Psykisk helsevern for voksne – poliklinisk utredning/behandling som for øvrige pasientgrupper (vanlig behandling for angst, depresjon o.l.)	21
NAV-ansatte har kontorsted i vår klinikk/avdeling (Arbeid- og helsekoordinator, jobbkonsulent e.l.)	15
HelseArbeid (både individtiltaket og bedriftstiltaket)	14
Annet; hva?	13
HelseArbeid (bare individtiltaket)	8
E-mestringstilbud	6
Individuell jobbstøtte (IPS)	5
Kreftrehabilitering	4
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige	1
HelseArbeid (bare bedriftstiltaket)	1
Vi har ingen aktivitet innenfor Helse og arbeid i dag	1

Omtrent 40 prosent hadde krysset av for at de bedriver arbeidsrettet/arbeidsfokustert kognitiv terapi eller andre arbeidsrettede metoder innenfor psykisk helsevern (21 prosent svarer at de gjør poliklinisk utredning/behandling som for øvrige pasientgrupper). En tredjedel jobber i avdelinger der man gjør fysikalsk medisinske utredninger/behandling og også har psykologer ansatt i avdelingen (23 prosent jobber i slike avdelinger men uten psykolog ansatt). Omtrent en tredjedel jobber også i avdelinger som tilbyr tverrfaglige mestringstilbud og arbeidsrettede rehabiliteringsopphold. 23 prosent av tilbudene har sosionom som del av tilbudet.

15 prosent svarte at de har NAV-ansatte med kontorsted på samme sted som de selv jobber, mens 14 prosent sier at de har HelseArbeid (både bedriftstiltaket og individtiltaket). Ansatte fra disse institusjonene svarte at de har HelseArbeid: Alle fire helseforetak i Helse Nord + Opptreningsssenteret i Finnmark. Helse Stavanger HF, Helse Bergen, Helse Førde, LHL-klinikkene Bergen, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet HF,

Idrettens helsesenter, Oppfølgingsenheten Frisk AS. Ingen av institusjonene i Helse Midt-Norge svarte at de har HelseArbeid med både bedrifts- og individtiltak.

Seks prosent av respondentene svarte at de har e-mestringstilbud, mens fem prosent jobbet i avdelinger som har IPS. Av andre typer tilbud (kategorien "Annet") som ikke var listet opp som alternativ, var gjengangerne blant kommentarene:

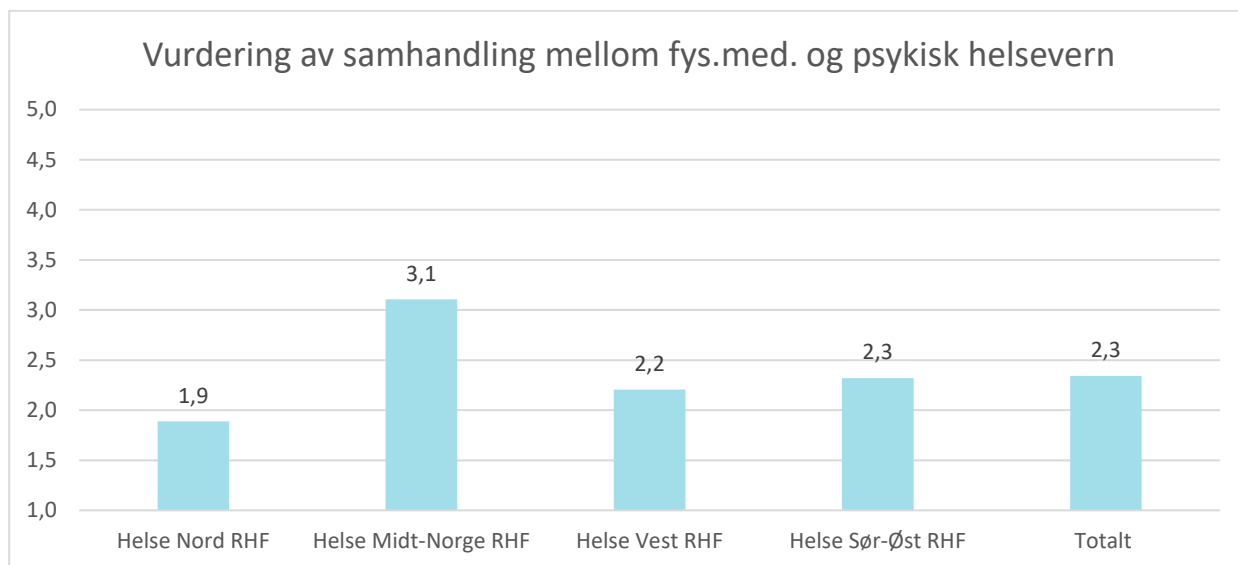
- Mestringstilbud
- Samtaler med arbeidsrådgiver
- Opplæring av arbeidsgivere
- Forsknings- og utviklingsaktivitet
- Kursdager for spesifikke diagnoser

4.3.10 Vurdering av samhandling rundt pasienter med sammensatte problem

Vi spurte hvordan respondentene vil vurdere samhandlingen i sin klinikk/avdeling rundt pasienter som trenger både et fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern. Av 155 som svarte, mente 57 prosent av dem at samhandlingen rundt denne type pasienter er god eller svært god. 16 prosent svarte dårlig eller svært dårlig. Tallene er også framstilt som gjennomsnitt fordelt på helseregion i figuren under.

Tabell 4.13 Samhandling rundt pasienter med behov for både somatiske tilbud og tilbud innen psykisk helsevern. N = 155.

	Antall	Andel (%)
Svært god	41	26
God	48	31
Verken/eller	42	27
Dårlig	20	13
Svært dårlig	4	3
Total	155	100



Figur 4.8 Samhandling rundt pasienter med behov for både somatiske tilbud og tilbud innen psykisk helsevern. Gjennomsnittskår på skala fra 1-5, der 1 er "Svært god", og 5 er "Svært dårlig". N = 155.

4.3.11 Hvordan jobber man egentlig "arbeidsrettet" eller "arbeidsfokuset"?

Det finnes ingen klare definisjoner på hva å jobbe arbeidsrettet eller arbeidsfokuset skal innebære. Vi spurte respondentene om de kunne beskrive hvordan de jobber arbeidsrettet/arbeidsfokuset i sin klinikk eller avdeling, og ba dem gjerne oppgi noen eksempler på hva som fungerer bra eller mindre bra. 158 personer svarte på spørsmålet. I tabellen under har vi gjengitt noen av svarene som viser bredden i tilnærmingene.

Tabell 4.14 Utvalgte beskrivelser av hvordan det jobbes arbeidsrettet/arbeidsfokuset i Helse og arbeid.

Alle i det tverrfaglige teamet har arbeid som hovedmål, og vi kartlegger arbeidssituasjon nokså grundig allerede ved utredning, mens andre ganger kommer det mer i fokus etter hvert. Vi har et godt tverrfaglig samarbeid og dialog mellom leger, fysioterapeuter og arbeidsrådgiver rundt den enkelte pasient.

Første møte hvor pasient/bruker møter hele teamet bestående av lege, fysio, sosionom og psykolog. Der diskuteres formål med utredningen, hovedproblem ift fungering i arbeidslivet, fysisk og psykisk helse, samt ønsker/forventninger pasienten har. Deretter utredning eller samtale med hver av yrkesgruppene (lege/fysio sammen). Avslutter med et oppsummeringsmøte uka etter hvor NAV, fastlege og evt arbeidsgiver er invitert. Der diskuteres aktuelle tiltak og veien videre for å kunne komme tilbake i jobb, eller kunne stå i jobb.

Kartlegging av fysiske og psykososiale forhold, hva som fungerer og barrierer i forhold til tilbakeføring til jobb. Avklare motivasjon og om det er andre forhold som hindrer pasienten i å komme tilbake i jobb.
| Undervisning om muskel-skjelettlidelser, trening individuelt og i grupper inkl. avspenning/mindfulness. Alle våre tilbud har som mål å gi pasienten kunnskap til selv å bli sin beste behandler.

Samarbeidet med arbeidsgiver starter fra dag 1 og inngår som en like viktig del av kartlegging og oppfølging av den sykmeldte. Oppfølgingstilbud med mål om å styrke den enkeltes mestringstro og derigjennom motivasjon. Spesialist i fysisk medisin og psykologspesialist jobber som en integrert del av lærings- og mestringstilbudet framfor mange parallelle behandlinger / konsultasjoner. Samarbeid med fastlege, NAV og arbeidsgiver har en sterk plass i tilbudet. Å være til stede i arbeidsmiljøet og dele kunnskap med arbeidsgiver slik at arbeidsgiver styrkes på arbeidsinkludering.

Sosionom hos oss følger opp pasientene. Kontakt med andre instanser ved behov. Forsøker å lage opptrappingsplaner for sykmeldte. Tryggings- og mestringsfokus gjennom undervisning, aktivitet og samtaler

Vi er opptatt av å samhandle tett med eksterne aktører sammen med deltaker for å finne gode løsninger; arbeidsgivere, fastleger, NAV-veiledere og evt. andre behandlere. For de som ikke har arbeidsgiver er vi tidlig ute med å avklare jobbmuligheter, og bistår i å finne egnet praksisplass, eller hjelper til i søkeprosesser. For de som ønsker å skifte yrkesretting men er usikre på hva som er riktig bruker vi gjerne NN som kartleggingsverktøy, i tillegg til vår egen kartlegging som alle gjennomfører.

Suksesskriteriene våre er å vise at vi har forventninger til egeninnsats, og det at deltakerne trener seg på arbeidslivets spilleregler. De blir utfordret til å ta utgangspunkt i situasjonen her og nå, og i størst mulig grad se hvilke muligheter de har til å bruke de ressursene som bor i dem. Vi har et tverrfaglig team der også psykolog og fysikalskmedisiner er med, og vi ser utfordringer med å bruke deres kompetanse inn, fordi mange deltakere da får en forventning om utredning og behandling igjen, heller enn rehabilitering. Vi jobber med å finne en god form på dette, men det utfordrer også oss som helsepersonell og våre holdninger og forventninger, ikke bare deltakerne sine.

Vi følger nå retningslinjene for inntak av pasienter til arbeidsrettet rehabilitering og har derfor åpnet opp for flere diagnoser. Det er et økt fokus på arbeid tidligere enn før- nå allerede ved utredning.

Vi har alltid hatt et arbeidsrettet fokus på all vår tilnærming og gruppebaserte tilbud. For de som er i fare for å falle ut av jobb eller er sykemeldte og vi ser det er hensiktsmessig å få dem tilbake i jobb, kobler vi inn det tverrfaglige teamet som bl.a. inneholder en sosionom. Denne har som hovedoppgave å fokusere på hvordan vi kan hjelpe pasienten tilbake i jobb. Da vår pasientgruppe er nokså sammensatt der det ofte er en kombinasjon av psyke og soma, ville det ha vært en fordel om vi kunne hatt tettere samarbeid med psykisk helsevern og et samarbeid om avklaring her. Det ville hindret at pasientene flyttes frem og tilbake i de ulike pasientkøene og vi tror det ville ført til kortere ventelister i begge leire og dermed også muligheter for raskere tilbake til jobb for den enkelte. Vet at de har fått til dette i Bergen, men her blir vi møtt med at vi må ansette egen psykolog. Vi tror ikke dette løser utfordringene. Samhandling hadde vært bedre.

Det er alltid et tema som tas opp under den fysikalsk medisinske utredningen. Bruker ofte mye tid på å informere om viktighet av jobb tross plager, samt strategier for hvordan man på en best mulig måte kan benytte seg av avventende og gradert sykemelding som en del av behandling. | Ved behov kan man koble på en NAV-ansatt som er tilgjengelig daglig. Det oppleves som et bra tilbud å ha lett tilgjengelig.

Fokus på barrierer for tilbakeføring til arbeid, både fysiske og psykiske plager, på jobb og andre psykososiale faktorer. Bistand til prosesser der NAV og/eller arbeidsgiver er involvert. Arbeidsrettet kognitiv terapi for angst og depresjon. Både psykisk helse og inkluderingen av NAV i poliklinikken er nytt og vi jobber med å utforme og koordinere disse tjenestene med det eksisterende tilbudet.

I HelseArbeid bedriftstiltaket er vi ute i bedrifter gjennomfører presentasjoner med helseinformasjon, prosessarbeid og arbeidsmiljøarbeid. avklaringspoliklinikken, har jobbavklaring som en del av kartleggingen og noe som vi skal svare på tilbake til fastlege. Vi har etablert kontakt internt i NAV lokalt som kan bistå oss i enkeltsaker. Vi tilbyr (der det er hensiktsmessig) å være med i dialogmøter.

Fungerer bra: Samarbeid med lokale fastleger. Alle epikriser gjør avklaringer ift. jobbsituasjon.

Fungerer mindre bra: Vi har lite kontakt direkte med arbeidsgivere. Foreløpig kun NAV ansatt tilgjengelig på telefon/mail fra NAV, vi har enda ikke etablert faste møtepunkter ift. å drøfte pasienter. Vi er foreløpig en liten avdeling.

Pasienter får tilsendt skjema i posten der spørsmålsstillinger rundt arbeid, arbeidsevne, holdninger til arbeid og aktivitet samt tro på tilbakeføring / opprettholdelse i arbeid kartlegges. I tillegg er fokus på arbeid tilstede i ved inntakssamtale, avklaringer og i behandling

Endring i psykisk helse fører naturlig til tanker om tilbake til arbeid. Først bli møtte på psykisk helsa og deretter hvordan det er på jobben og håndtering av den.

Hos oss er rammene at pasientene våre gjennomsnittlig får 10-15 timer i et behandlingsforløp. De 3-4 første konsultasjonene brukes til en strukturert utredning, med standardiserte verktøy og klinisk intervju. Dette inkluderer også kartlegging av arbeidsrelevante temaer og utfordringer. For pasienten som etter utredningen fremdeles vurderes å være i målgruppen utarbeides så en behandlingsplan med fokus på både mestring/bedring av psykiske helseplager, samt økt mestring i arbeidslivet. I den videre behandlingen er det et parallelt fokus på disse målsettinger, der arbeidsfokus integreres i den symptomrettede terapien. Bruk av opptrappingsplan, forberedelse av kommunikasjonsstrategier, samarbeid med fastlege/arbeidsgiver, samt arbeidsplassen som terapiarena fungerer bra.

Innenfor muskel og skjelettsmerter jobber vi med arbeidsfokuset utredning. Dette er en tverrfaglig poliklinikk med lege, fysioterapeut og sosionom. Uken etter kommer pasienten tilbake til en oppfølgingspoliklinikk med lege eller fysioterapeut mer fokus på helse relaterte tiltak og arbeidsrelaterte tiltak. Det finnes også to type polikliniske mestringskurs i regi av poliklinikken.

Generelt så ser vi ved denne pasientgruppen av mange pasienter kommer sent til utredning, at de har gått sykemeldt over lengre tid. Slik vi driver vår poliklinikk har vi ikke kapasitet til tettere oppfølging og direkte kontakt med arbeidslivet. I tillegg er det en del overlappende utfordringer med psykisk helse, og det hadde vært en del fordeler med å samle helse og arbeid tilbudet for somatikk og psykisk helse.

Innen for helse og arbeid ervervet hjerneskade jobbes det med arbeidsrettet rehabilitering i et lengre forløp. Her følges pasientene over tid, og tett opp mot sin arbeidsplass og mot NAV. Arbeidsformen er ressurskrevende da det jobbes mye ambulant, men samtidig gir den tette oppfølgingen rom for skreddersøm og tilpasninger som gjør at man lykkes i tilbakeføringen. Pasientene følges i ca. 1-1,5 år og har en saksansvarlig fra teamet som følger den enkelte hele veien og koordinerer prosessen sammen med pasienten. I tillegg til denne individuelle oppfølgingen finnes det gruppetilbud også, både inneliggende og poliklinisk. Utfordringer for dette tilbudet er at det finnes få andre i landet, og derfor lite fagmiljø. For denne pasientgruppen som ofte trenger en del rehabilitering er det mangelfullt at det ikke finnes flere tilbud på landsbasis, da mange av pasientene er i arbeidsfør alder.

Teamet som består av fysioterapeut, arbeidsveileder og sykepleier har felles kartleggingsamtale ved ankomst. Fysio utfører tester og skriver en timeplan. Pasient har ca ukentlig kontakt med de respektive faggruppene. Som veileder opprettes det kontakt etter behov med NAV, arb.giver eller andre samarbeidspartnere. Vi forsøker å ha en helhetlig tilnærming med fokus på målsetting for oppholdet og jobbe med planer for veien videre etter oppholdet. Pasient har også samtale med fysisksk-medisinsk lege, og ved behov psykolog og sosionom. Vi har en sluttamtale med pasient og teamet for å oppsummere og konkretisere hva som vil være veien videre. Det skrives en tverrfaglig epikrise etter oppholdet. Det som virker mindre bra er effekten av det å være en samlet gruppe og den gruppedynamikken som pasientene mister, samt at vi hadde flere møtepunkter da det var en samlet gruppe, selv om det var mindre individuell samtaler. Vi jobber faglig bra som team og vi har felles møter og samtaler med og uten pasient for å være oppdaterte på prosessen den enkelte har med pasienten.

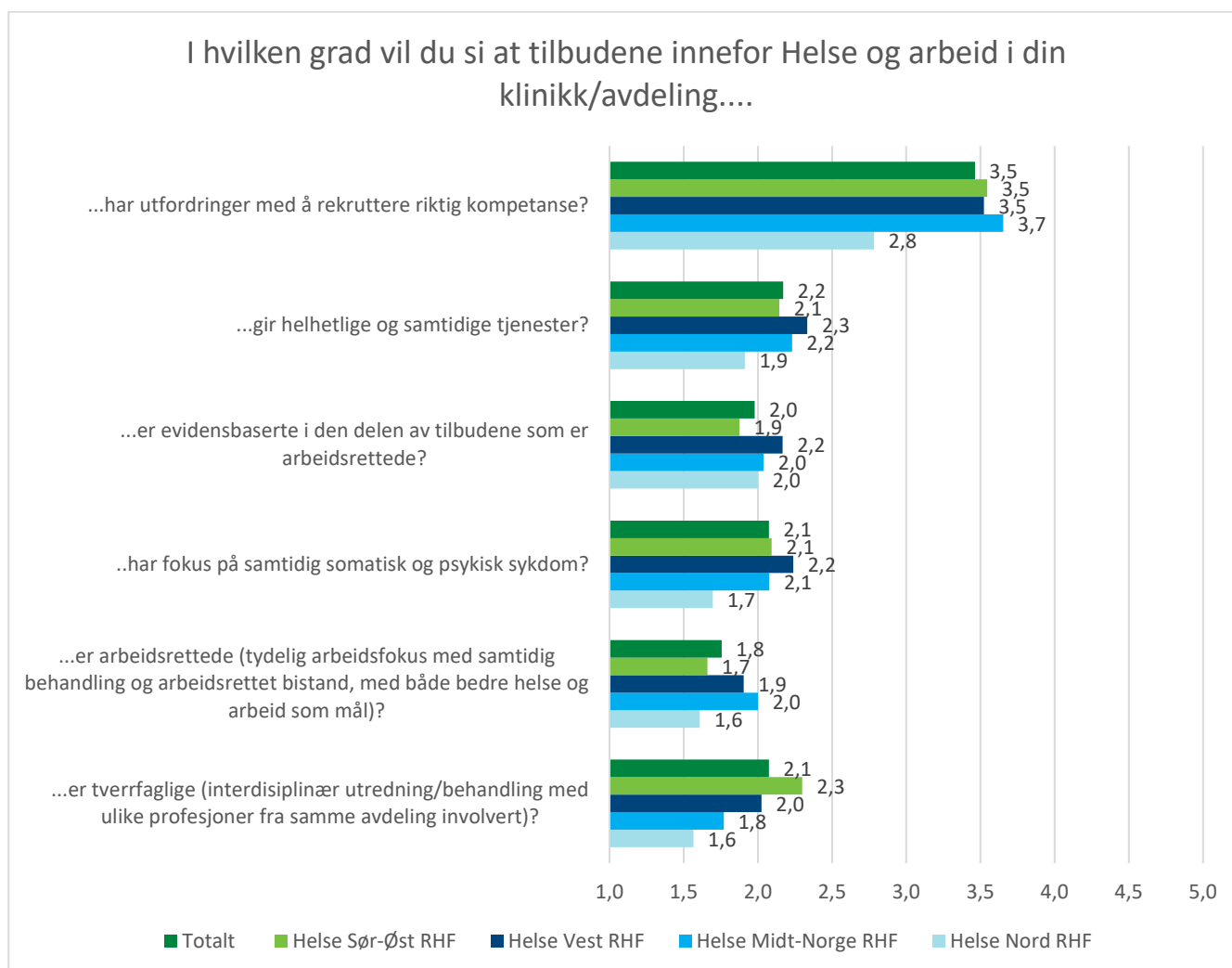
Vi prioriterer pasienter i arbeidsfør alder med tilbud om tverrfaglig utredning og kartlegging av muskel/skjelettplager, også sammensatte lidelser. Kartlegging av jobb trekkes naturlig i inn i samtalen. Etter undersøkelse gis tilbakemelding til pasienten om evt funn som knyttes til toleranse for belastning, også arbeid, samt råd om evt å ta opp mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen. Om aktuelt, arbeidsevnevurdering hos NAV eller videre oppfølging av psykisk helse, helse og arbeid som vi samarbeider tett med, ukentlige møter.

Vi fokuserer der «skoen trykker», enten det er på jobb eller privat. Så knytter vi disse to sammen og fokuserer på mestring, balanse og kontroll.

Vi har i dag spørreskjema som til en viss grad kartlegger arbeidssituasjonen til pasientene, men jobber for å få på plass mer spesifikke arbeidsrettete spørreskjema som pasientene allerede skal få før konsultasjon og etterpå for å evaluere hvordan det går med dem. Det jobbes også med innholdet i en arbeidsrettet oppfølging av pasientene.

4.3.12 Vurdering av tverrfaglighet, grad av arbeidsretting og samtidighet

Basert på noen tema vi ønsket å undersøke nærmere basert på de innledende intervjuene, listet vi opp seks ulike faktorer relatert til Helse og arbeid-tilbudene, og ba respondentene gi en vurdering av i hvilken grad de mente egne tilbud oppfylte disse faktorene. Svarene er kanskje mest interessante på helseforetaksnivå, men av hensyn til anonymitet, presenterer vi gjennomsnitt på helseregionnivå. De ble bedt om å krysse av på en fem-punktskala fra "I svært stor grad" (1) til "I svært liten grad" (5), der "I noen grad" tilsvarer 3 på skalaen. Spørsmålet om å rekruttere kompetanse er det som slår mest ut – og det synes å være minst problemer med dette i Helse Midt-Norge, mens det er størst problemer i Helse Nord (dette spørsmålet har invers skalalogikk sammenliknet med de andre, ettersom man spør etter utfordringer). På de øvrige parameterne er det relativt jevnt og små avvik fra landsgjennomsnittet, men de ansatte i Helse Nord skiller seg ut som mer fornøyde på alle parametrene, bortsett fra rekruttering av riktig kompetanse.



Figur 4.9 "I hvilken grad vil du si at tilbudene innenfor Helse og arbeid i din klinikk/avdeling ...". Gjennomsnittskår per helseregion og totalt på skala fra 1-5, der 1 er "I svært stor grad", og 5 er "I svært liten grad". N = 188.

4.3.13 Bruk av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering

Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR, www.arbeidoghelse.no) har lenge vært en viktig samarbeidspartner, særlig for de private arbeidsrettede rehabiliteringstilbudene, men også for deler av den offentlige spesialisthelsetjenesten. NK-ARR har presentert seg på flere av de nasjonale konferansene etter omleggingen og deltar ofte på samlinger på arbeid og helse-feltet. De har utviklet en veileder som ifølge dem selv:

"først og fremst er skrevet for fagfolk som jobber med ARR. Det vil si spesialisthelsetjenesten og andre som jobber med sykefraværsoppfølging der arbeidsdeltakelse er et mål. Veilederen kan også brukes av bestillere av ARR-tjenester. Veilederen kan da brukes til å stille krav til tjenesteytelsen. Den kan også benyttes av de som ønsker å bli informert om ARR's rolle i arbeidslivet og helsetjenesten."

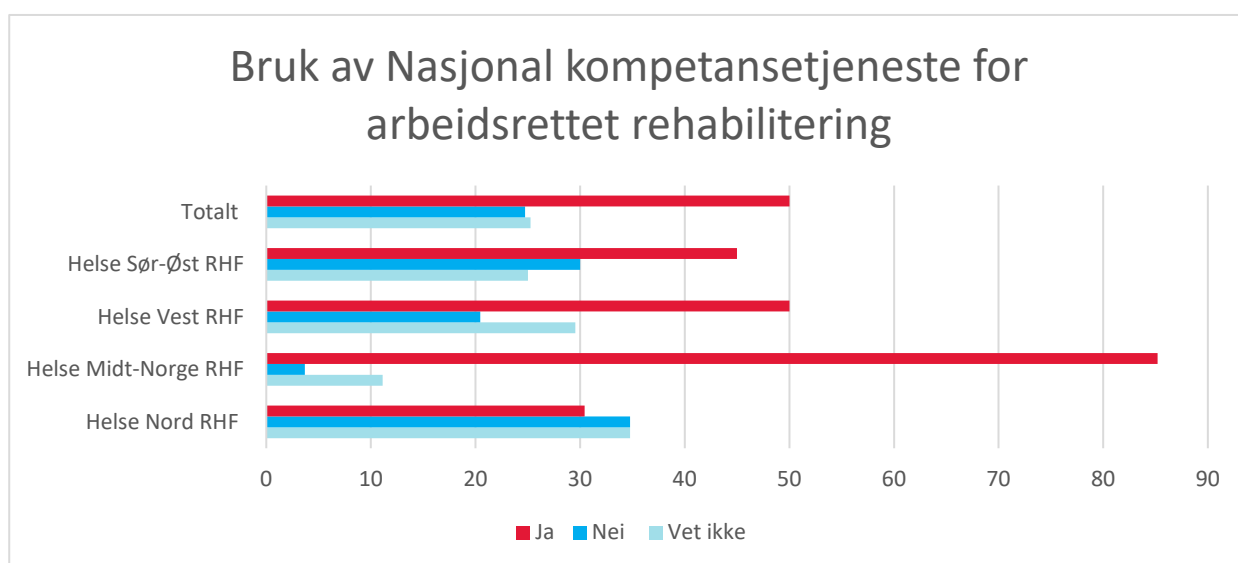
Veilederen kan lastes ned her: <https://arbeidoghelse.no/om-oss/veileder-i-arbeidsrettet-rehabilitering/> og ble utarbeidet i samarbeid med representanter fra:

- [Hysnes Helsefort](#) og [Muritunet](#), Helse Midt
- [Hernes Institutt](#), Helse Sør-Øst
- [Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter](#), Helse Vest
- [Valnesfjord Helseportssenter](#), Helse Nord
- [Rehabiliteringssenteret AiR](#), Helse Sør-Øst.

I kartleggingen spurte vi følgende spørsmål vedrørende veilederen:

"Har du/din klinikk/avdeling benyttet veilederen i arbeidsrettet rehabilitering, eller kurs ved Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, i forbindelse med utvikling av behandlingen eller rehabiliteringen (innhold, klinisk tilnærming, opplæring av personale eller liknende)?"

Av de 194 som besvarte dette spørsmålet, hadde nøyaktig halvparten benyttet seg av veilederen eller kurs ved kompetansetjenesten, 25 prosent svarte nei, og de resterende 25 prosentene svarte "Vet ikke". Det kan tyde på at minst én fjerdedel av utvalget ikke kjenner til kompetansetjenesten, ettersom de ikke vet om de har benyttet seg av den. Hvis vi fordeler svarene per helseregion, ser vi at det var en betydelig høyere andel av de som har benyttet kompetansetjenesten som jobber i Helse Midt – nesten samtlige av de nær 30 personene som svarte herfra.



Figur 4.10 Bruk av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR). N = 194 totalt.

Kompetansetjenesten for arbeidsrettet rehabilitering har utviklet en egen spørreskjemabank¹⁴ og det de omtaler som et "Kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering", der institusjoner kan velge å rapportere inn data for derigjennom å kunne drive kvalitetsforbedringsarbeid i egen tjeneste og sammenlikne seg med andre aktører på feltet. Vi spurte respondentene hvilke kartleggingsverktøy de benytter i utredningen av pasienter som skal motta arbeidsfokusert utredning/behandling. Vi listet opp en del skjema som NK-ARR og andre benytter, og hadde et åpent alternativ til slutt der respondentene kunne skrive inn andre typer verktøy. Det er stor variasjon i hvilke skjema som benyttes, og vanskelig å få oversikt over alle typer skjema. Basert på svarene vi fikk er de mest brukte instrumentene; arbeidsevnespørsmål, EQ5D-5L, Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ), Return to Work Selv Efficacy (RTWSE), Skjema for kvalitetsregister for arbeidsrettet

¹⁴ <https://arbeidoghelse.no/metoder-og-verktoy/sporreskjemaer/>

rehabilitering og ICF-basert spørreskjema (internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse).

Mange hadde vært flinke til å oppgi hvilke andre skjema de bruker, og basert på dette kan vi lage en mer presis kategorisk variabel på dette spørsmålet i neste kartlegging. Vi tar med en tabell med oversikt over hvilke kartleggings-skjema/instrumenter som ble nevnt, i tilfelle leseren ønsker å undersøke nærmere om noe kan være av interesse for sitt tilbud:

Tabell 4.15 Eksempler på typer kartleggings-skjema som er i bruk i Helse og arbeid, i tillegg til de som ble hyppigst oppgitt; EQ5D-5L, Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) og Return to Work Selv Efficacy (RTWSE). Overlapp vil forekomme.

Ankomstskjema Arbeid og helse, HSCL-25, NRS-skjema	Kortversjon av WES-RC, NRS, sosiodemografisk skjema, Ørebro Rehab Nytte, PasOpp
AUDIT, DUDIT, CORE-OM	MINI kartlegging av symptomer på psykisk lidelse, smertetegning
Audit, Dudit, OQ-45, Mini Screen	MINI, Skid, MADRS og andre kartleggingsverktøy som normalt brukes i kartlegging av psykisk lidelse.
BAI og BDI, Mini, NNRR	Nakkeryggregistreringsskjema, noen ganger Rand-36, back performance scale
BAI, BDI, WEMWBS, Vinderen DPS sitt "kartleggings-skjema jobbsituasjon"	NCCN, Dallund, fatigue questionnaire, HAD
BAI, BDI-2, MINI, SCL-10, WHO-5	Norsk Nakke og Rygg Register
BDI og BAI samt WEMWBS	Norsk nakke- og ryggregister (NNRR), CheckWare platformen for pasienter som kommer inn til psykologer.
BDI, BAI, MINI ved indikasjon, HSCL10	N-pop, Jobbengasjement, Work-SOC, Resilience, SOC, Egnenvurdering, HADS, Coop-Wonka
BDI, BAI, OQ-45, MINI	ODI, HSCL-25, FABQ
BDI, BAI, SCL-10, MINI.plus	ODI, nakkefunksjonsindex, HSCL-25
BDI, BAI, Wemwebs	OQ45, MADRS, noen ganger M.I.N.I
BDI-II, BAI, Kartlegging arb situasjon, Kartlegging livssituasjon, WEMWBS	OQ-45, skjema for kartlegging av arbeidsevne, audit, dudit, MINI, av og til BAI, BDI, KEDS el andre relevante verktøy ut fra problematikk.
BDI-II, BAI, MINI-plus, Ddtit, Audit	OQ-45, symptomkartlegging, alkohol/narkotiske stoffer
BDI-II, BAI, WEMWBS	Ordinalskala for vurdering av smerte, tretthet og konsentrasjonssvikt, Kartlegging av kjønn, alder, utdanning, yrke, arbeidsstatus, økonomi (utarbeidet av nettverksgruppe «Raskere tilbake» april 2008), Smertetegning, Ordinalskala, kartlegging av selvfølelse og livstilfredshet, Kartlegging fysisk og psykisk vold og mobbing relatert til arbeid, Utfylling av medikamentliste, Egnenvurdering av tidligere behandling og effekt av denne
Beck Depression Inventory, Beck Anxiety inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale.	Oversikt over arbeidssituasjon (fra diakonhjemmet sykehus) BAI, BDI-II, VA

Beck Depression Questionnaire, Beck Anxiety Questionnaire, Outcome Questionnaire 45	PHQ-9(depresjon) GAD-7(angst). Kartlegger arbeidsforhold, sykemelding, jobbforventning, sykdomsforståelse ved hjelp av samtale og integrerer dette i behandling.
Bruker også skjema utviklet av Raskere Tilbake (Diakonhj), fra veileder for jobbfokusert terapi	Psykometriske skjema
CORE-OM, AUDIT, DUDIT	Satt sammen eget anamneseskjema med validerte kartleggingsverktøy som TAMPA, Ørebro, O`Keele, smertetegning etc.
CORE-OM, Audit, Dudit, enkelt spm fra WAI	SCL 90, AUDIT, DUDIT, MINI
FACT score, fatigue skjema, NCCN	Scl90-r, audit, didn't, bli, CPAQ
SCI, Kartleggingskjema for fatigue, kartlegging av symptomtrykk hos post commotiopasienter, stjernediagram osv.	SHC – Subjective Health Complaints, Tampa scale of kinesphobia, L1st 11 life satisfaction questionnaire, SCL-90 R symptom check
SCL 90	SHC- subjective health complaints Tampa, Lisat, SCL-90
HADS, BAI, BDI	Skjema i rygg- og nakkeregisteret med flere validerte skjema og Ørebro
SCL 90, LISAT 11, The Tampa Scale, A comparison of Pain Raiting Scale, Deyo RA 1983	Smertetegning, Hopkins, Smerteskala, Oswestry, Kwick-dash
SCL-90-R	Smertetegning, NRS, Neck Disability Index, Oswestry, SPADI, pasientspesifikk funksjonsskala, Hopkins sjekklister for symptomer
HADS, BDI, BAI, Liebowitz Sosial Fobi	Theorell-krav og kontroll-ISIVET
HADS, HSCL-25	VAS og Oswestry
Hannover Functional scale, NRS fatigue, 30 sek reise/sette seg, flere fysiske tester (gangtest, håndtest, trapptest, bevegelsestest), Hopkins Symptom Checklist, EC 17, PSPS motivasjonsskala	Ved innkomst brukes smertertegning. BAI og BDI brukes for å kartlegge henholdsvis angst og depresjon.
HSCL - 25, Oswestry, Helseproblemer siste 30 døgn, NRS, smerteskjema	Vi registrerer i konservativt nakke-ryggregister (NNRR). flere av overnevnte skjema er med der. Psykologer bruker BDI og BAI og MINI ved indikasjon
HSL, HADS; smertetegning, NRS	Vip24, men ikke som standard for alle
HSCL-25, OSWESTRY, BDI og BAI	WES-RC
HSCL-25, VAS, ODI	WONCA og skjemaet «kartlegging av arbeidsevne»
Individtilpasset kartlegging muntlig.	Work Ability Index
ISIVET, døgn sirkel	Ørebro-skjema
ISIVET, SCL-10	WRI/WEIS, ESAS, Ørebro

Vi spurte videre hvordan data som samles inn fra pasientene gjennom kartleggingskjema blir registrert. Vi har gjennom evalueringen snakket med flere helseforetak som sliter med å få elektroniske løsninger opp å gå. Resultatene viste at papirskjema før konsultasjon fortsatt er det vanligste, mens elektronisk utfylling før konsultasjon er det nest vanligste. Over halvparten av de som svarte, rapporterte at de har en eller annen form for registrering/kartlegging av pasientene en tid etter at de er skrevet ut, og da er det mest vanlig med elektronisk skjema. På spørsmål om hvordan data benyttes, svarer de aller fleste at dataene benyttes i utredning og behandling av pasientene og til å følge med på utviklingen i klinikken (analyser av

pasientkarakteristika til internt bruk). Kun fem personer svarte at dataene som samles inn, ikke brukes til noe. 15 prosent sier at de bruker dataene til forskning.

4.3.14 Debitorcode 20 = "Raskere tilbake"-pasient

Under tiden med "Raskere tilbake" skulle all aktivitet som falt inn under ordningen registreres i Norsk pasientregister (NPR) med "Debitorcode 20". Aktører som leverte tilbud under "Raskere tilbake"-paraplyen hadde sterke insentiver til å kode riktig med Debitor 20, ettersom dette utløste dobbel DRG. I de innledende intervjuene kom det fram at det hadde hersket en del usikkerhet rundt hvordan det ble med kodingen da ordningen ble lagt om, og både Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF sendte ut et notat som presiserte at kodebruken skulle framholde.

Koden har følgende beskrivelse i ISF-regelverk for 2018: «Debitorcode 20 (Raskere tilbake) er videreført som grunnlag for identifisering av tilsvarende aktivitet i 2018 som var omfattet av ordningen i 2017. Koden skal fortsatt anvendes i 2018, men medfører i motsetning til i 2017 og tidligere ikke at behandlingsaktiviteten ekskluderes fra ISF-beregningsgrunnlaget. I presiseringen fra Helse Vest RHF heter det at:

Rutinen gjelder for alle pasienter som får arbeidsrettet utredning/behandling/rehabilitering gjennom behandlingstilbud som videreføres, videreutvikles eller opprettes etter «raskere tilbake/sykepengeprosjektet». Primært gjelder dette pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser som angst og depresjon. Prosedyrekodene OABI00 og OBBJ00 er uttrykk for at aktiviteten er arbeidsrettet. Pasienter som får arbeidsrettet behandling skal derfor registreres med både «raskere tilbake/sykepengeprosjektet» (debitorcode 20) og prosedyrekoden OABI00. Prosedyrekoden OBBJ00 bør også benyttes når det er klinisk relevant. Andre relevante prosedyrekoder kommer i tillegg ved behov.

Videre i notatet følger det en begrepsavklaring av hva som skal regnes som arbeidsrettet behandling:

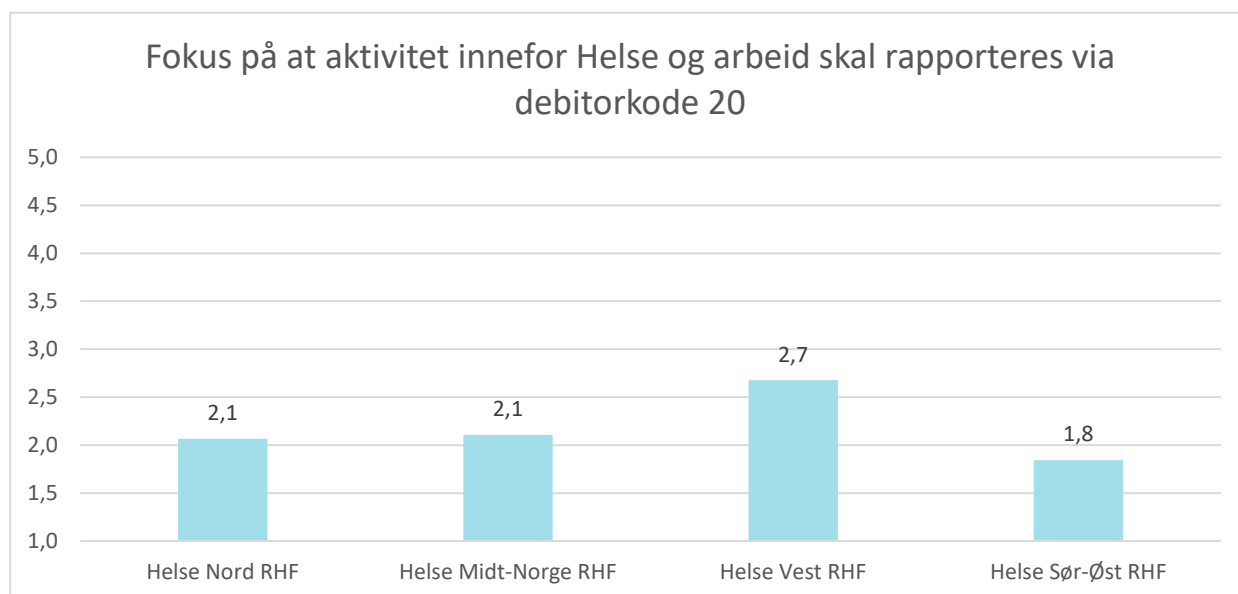
- Tydelig arbeidsfokus med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand, dvs. både helse og arbeid som mål. Arbeidsdeltakelse er viktig for bedre helse og livskvalitet/mestring.
- Med arbeid forstås også skole og utdanning
- Samarbeid med NAV, fastlege, arbeidsgiver og andre om samtidige tiltak
- Tverrfagleg tilnærming og organisering
- Hjelp tidleg i sjukdomsforløpet – kort ventetid
- At pasienten er aktiv part i egen behandling
- At pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom kan få tverrfaglig og samtidig behandling.

I kartleggingen spurte vi "I hvilken grad vil du si at ansatte i din klinikk/avdeling har fokus på at aktivitet innenfor Helse og arbeid skal rapporteres til Norsk pasientregister via debitorcode 20?". 194 personer besvarte spørsmålet, der 47 prosent svarte i stor, eller svært stor, grad. Som vi ser er det hele en tredjedel av utvalget som svarer "Vet ikke", noe som speiler at det ofte er administrativt personell som har ansvar for kodingen, mens det er helsefaglig personell som i all hovedsak har deltatt i kartleggingen.

Tabell 4.16 I hvilken grad vil du si at ansatte i din klinikk/avdeling har fokus på at aktivitet innenfor Helse og arbeid skal rapporteres til Norsk pasientregister via debitorcode 20? N = 194.

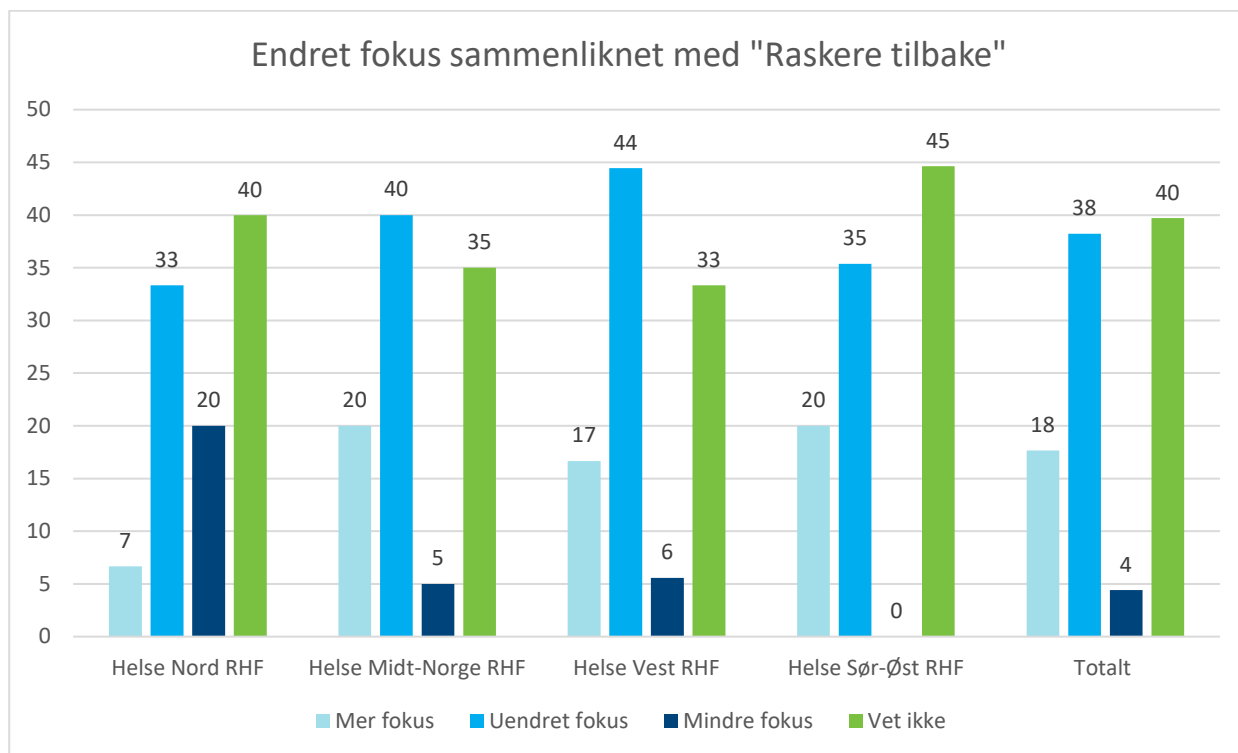
	Antall	Andel (%)
I svært stor grad	42	22
I stor grad	49	25
I noen grad	25	13
I liten grad	8	4
I svært liten grad	5	3
Vet ikke	65	34
Totalt	194	100

Laget som en gjennomsnittskåre fordelt på helseregion ("Vet ikke"-kategorien holdes utenom), fordelte svarene seg slik på en skala fra 1-5 der 1 er "I svært stor grad" og 5 er "I svært liten grad":



Figur 4.11 "I hvilken grad vil du si at ansatte i din klinikk/avdeling har fokus på at aktivitet innenfor Helse og arbeid skal rapporteres til Norsk pasientregister via debitorcode 20?". Gjennomsnittskåre fordelt på helseregion ("Vet ikke"-kategorien holdes utenfor), fordelte svarene seg slik på en skala fra 1-5 der 1 er "I svært stor grad" og 5 er "I svært liten grad". N = 129.

Videre spurte vi de hadde vært ansatt under "Raskere tilbake"-perioden, om de mente at det er mer eller mindre fokus på kodingen med Debitor 20 etter omleggingen. Svarene fra 136 personer fordelte seg som følger, og viser at Helse Nord utpeker seg i retning av at det har blitt mindre fokus på koding med Debitor 20, der 20 prosent av respondentene mente at fokuset har blitt mindre:



Figur 4.12 Sammenlikning av fokus på Debitor 20 nå og før omleggingen. Prosentandel. N = 136.

Som beskrevet i kapittel 3.2 fikk vi oversendt et uttrekk av aktivitetsdata på Debitor 20-koden fra de fire RHF-ene. Uttrekket viser at det var et betydelig fall i aktivitet kodet med Debitor 20 fra første kvartal 2017 til første kvartal 2018 i de aller fleste helseforetakene, med unntak av de som ikke hadde "Raskere tilbake" tidligere, og som startet opp tilbud i 2018. Det er også forventet at aktiviteten ville falle i første kvartal, da en del tilbud ble lagt ned i forbindelse med omleggingen. Det er av avgjørende betydning for evalueringens registerdatastudier at helseforetakene fortsetter å benytte Debitor 20, og det bør også være helseforetakenes egeninteresse at man i Norsk pasientregister kan spore den aktiviteten som foreligger. Særlig i psykisk helsevern vet vi at det kommer til å bli en utfordring å kunne spore aktivitet, da disse tradisjonelt ikke har benyttet DRG-basert finansieringssystem, og ikke er vant med denne type koding.

Det kom også en del kommentarer i det åpne feltet på spørsmålet i kartleggingen vedrørende Debitor 20 – flere hadde ikke hørt om denne koden før. Andre skrev:

Tabell 4.17 Kommentarer til spørsmålet om Debitor 20.

Alt for mye fokus på rapportering. Tar fokus bort fra idiosynkratiske problemstillinger hos pasienten
Debitor 20 er ikke et "språk" som blir brukt blant brukerne som registrerer kontakter og innleggelser, og dermed ikke lett å forså hva er og hvor i systemet som blir brukt ved registrering. 2 forskjellige systemer Debitor 20 og hvor en skal registrer dette i DISP.
Debitor kode 20 håndteres av administrativt personell og er dermed ikke kjent blant alle ansatte.
Etter at RT gikk over i vanlig drift har vi ikke fått informasjon eller deltatt i noe arbeid innenfor RT. Vi har etterspurt hva som skjer mange ganger, men ikke fått svar annet enn at NN etter omlegging har fått mindre midler enn frem til 2017. Vi har i mange år arbeidet for å ha nært samarbeid med NAV, arbeidsplassen og psykisk helse for våre pasienter, før dette kom inn i HelseArbeid.

Involvering av NAV i konsultasjonen skulle vært tellende som 3. faggruppe ifm tverrfaglig kode. De som registrerer i NNRR- vil ikke ha anledning å bruke andre verktøy for å registrere, da tidsbruken til pasientene blir for stor.
kodesystemet fanger ikke opp de sammensatte aktivitetene og utviklingen av rehabiliteringen, etter min mening er det ikke godt nok i praktisk bruk.
Lite fokus fra ledelsen, men da vi er et lite team har vi internt/via teamleder fokus på å registrere debitor 20 på all aktivitet ved team Helse og arbeid
Noe av kartleggings skjemaene er unyttig og lite relevant. Registrering av aktivitet og NPR er svært tidkrevende og reduserer effektiviteten. Mange bruker mye tid på dette.
opplever lite motivasjon hos behandlerer på dette med rett koding. som leiar må eg med jamne mellomrom påminne behandlarar og merkantilt personell om dette
Systemet er ikke tilrettelagt for at pasientene skal få samtidig behandling innen somatikk og psykiatri samtidig. Jeg opplever at det er enklere å følge opp disse pasientene under somatisk avdeling, da dette systemet virker å tilpasse seg bedre. Vi har valgt å følge opp noen pasienter kun innen psykiatri, men disse pasientene får ikke fysioterapi da dette er vanskelig å få til grunnet systemet.
Venter på at det skal utvikles et sett av kartleggingskjema av sintef/ntnu*
vi følger opp med kontroll av at vi koder riktig. ved feil etterregistrerer vi.
Vi har kartleggingsverktøy ved oppstart og avslutning, men også kartlegging underveis ut i fra pasientens individuelle behov.
Vi har nettopp begynt å ta imot pasienter ved vår enhet.
Vi innhenter også ofte tilleggsopplysninger, epikriser etc. til pasientene
Vi koder også NCMP-koder relatert til arbeid i kartleggings- og behandlingssamtale.

***Det ligger ikke innenfor mandatet til denne evalueringen å utvikle kartleggingsverktøy.**

4.3.15 Endringer i pasientsammensetningen ved innføring av bruk av prioriteringsforskriften

Som nevnt flere steder i dette notatet, er et av forskningsspørsmålene i evalueringen om det er slik at pasientsammensetningen endrer seg som følge av at pasientene nå skal rettighetsvurderes om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og prioriteringsforskriften benyttes. Hypotesen er at det vil bli flere alvorlig syke pasienter som inkluderes i ordningen når denne ikke lenger bare skal prioritere de som er i arbeid (og har opptjent sykepengere rettigheter).

Prioriteringsforskriften¹⁵ §2 sier som nevnt innledningsvis i rapporten at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når:

- a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- b) den forventede ressursbruken står i et rimelig forhold til den forventede nytten av helsehjelpen.

Forventet nytte av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde/og eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for 1) overlevelse eller redusert funksjonstap, 2) fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, 3) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag. Forskriften ble endret 1. februar 2019 for blant annet å gjøre innholdet i vurderingen av rett til helsehjelp tydeligere for helsepersonell i den kliniske hverdagen. Prioriteringsforskriften krever at to vilkår må være oppfylt for at det skal gis rett til nødvendig helsehjelp: a) Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen og b) Vilkåret om et rimelig forhold mellom forventet ressursbruk og forventet nytte.

¹⁵ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208#KAPITTEL_1

I §2a står det også noe om at helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden (se utklipp under fra "Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd").

§ 2a. Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra følgende kriterier:

- a) helsehjelpens prioritet øker i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen. Den forventede nytten av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - overlevelse eller redusert funksjonstap
 - fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
 - reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.
- b) helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - risiko for død eller funksjonstap
 - graden av fysisk og psykisk funksjonstap
 - smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- c) helsehjelpens prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på.

Både nå-situasjonen, varighet av liv og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

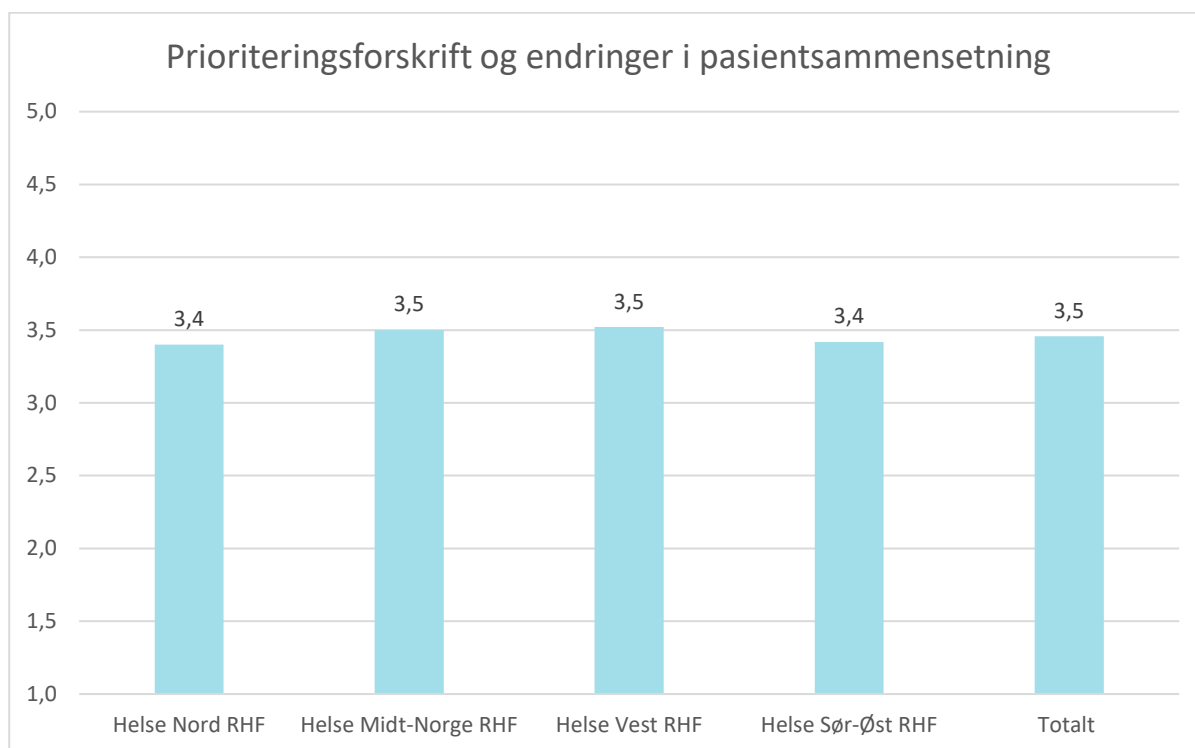
0 Tilføyd ved forskrift 10 april 2015 nr. 339 som endret ved forskrift 29 okt 2015 nr. 1229 (i kraft 1 nov 2015), endret ved forskrift 11 jan 2019 nr. 16 (i kraft 1 feb 2019).

Vi spurte respondentene om i hvilken grad innføring av rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften har medført endringer i pasientsammensetningen ved deres klinikk/avdeling, sammenliknet med pasientsammensetningen under "Raskere tilbake". Her var det bare de som hadde erfaring med å ha jobbet under "Raskere tilbake"-perioden som fikk spørsmålet. 136 responderte, hvorav 28 prosent av utvalget mente at dette i svært liten grad hadde medført endringer i pasientsammensetningen, sammenliknet med tidligere. 40 prosent svarte at det i noen grad eller stor grad har påvirket pasientsammensetningen, men så mye som 32 prosent svarte at de ikke vet eller at spørsmålet ikke er aktuelt. Kun 11 prosent mente at det i stor grad hadde medført endringer, dette gjaldt særlig private aktører med avtale.

Tabell 4.18 I hvilken grad har innføring av rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften medført endringer i pasientsammensetningen ved din klinikk/avdeling, sammenliknet med pasientsammensetningen under "Raskere tilbake"? N = 136.

	Antall	Andel (%)
I svært stor grad	0	0
I stor grad	11	8
I noen grad	43	32
I liten grad	23	17
I svært liten grad	15	11
Vet ikke	40	29
Ikke aktuelt	4	3
Totalt	136	100

Det var omtrent helt lik innstilling til dette spørsmålet på tvers av helseregionene:



Figur 4.13 I hvilken grad har innføring av rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften medført endringer i pasientsammensetningen ved din klinikk/avdeling, sammenliknet med pasientsammensetningen under "Raskere tilbake"? Gjennomsnittsskåre på en skala fra 1-5, der 1 = I svært stor grad og 5 = I svært liten grad. N = 92 ("Vet ikke" og "Ikke aktuelt"-kategoriene er fjernet i forbindelse med gjennomsnittsskåre)

De av respondentene som svarte at de hadde opplevd en endring etter omleggingen, fikk mulighet til å skrive inn en beskrivelse av de endringene innføring av rettighetsvurdering har medført. En oppsummering av disse innspillene gis punktvis under:

- Fibromyalgipasienter og fedme-pasienter får ikke lenger tilbud i enkelte helseforetak
- Økt fokus på at tilbudet eksisterer
- Man tar inn flere diagnosegrupper på muskel/skjelett-siden – medfører endret pasientsammensetning. Strengere inntak på psykisk helse-siden – mer alvorlig syke pasienter nå.
- Mange flere AAP-mottakere enn tidligere (= mer alvorlige lidelser)
- Flere unge tas inn i tilbudet – som ikke har opptjent sykepengerettigheter
- En av de private aktørene opplever at de har fått en mer "passende pasientgruppe", som passer til tilbudet deres. Andre private aktører opplever det motsatte: *"Vi opplever at pasienter som er rettighetsvurdert, ikke kan delta i "Arbeid og helse". De psykososiale utfordringene, språkproblemer og også det lange fraværet fra arbeidslivet er hindringer vi må jobbe med før fokuset. "Arbeid og helse" når inn hos mange i gruppen. vi må derfor i stor grad justere opplegget underveis, og avklare mange av disse spørsmålene."*

- Et av helseforetakene mener at det i større grad blir vurdert om førstelinjetjenesten kan ha et tilbud: *"Tidligere hadde vi "Stressmestringskurs" som mange pasienter fikk tilbud om. Pasientene ble henvist til slike kurs ofte uten mer beskrivelse av tilstand, nå er det fokus på tilstand og om 1. linje tjenester er riktig først."*
- En av respondentene skriver: *"Usikker på om dette er en naturlig dreining ved at primærlegene i større grad klarer å behandle de "lettere" pasientene selv slik at det nå henvises fler av de "riktige" og tyngre pasientene. Det gjør likevel at vi nå opplever at vi må bruke mer tid på pasientene og at det tar lengre tid å vurdere/behandle de vi tar inn til vurdering. Dette harmonerer ikke med at vi ikke har økte ressurser på feltet og vektingen av denne pasientgruppen er lav slik at inntjeningen heller ikke harmonerer med den økte tiden som blir brukt på pasientgruppen."*

4.3.16 Utfordringer knyttet til rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften

Vi inkluderte et åpent spørsmål om innspill til dette med rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften, uavhengig av om respondenten hadde jobbet under "Raskere tilbake"-perioden eller ikke. Her kom det mange og lange innspill fra 92 av respondentene. En av de private aktørene skriver:

Stor variasjon i de som har rett. Det er inntrykket at de som har en bedre funksjon er prioritert (mtp hva som er føringene fra helseforetaket angående standard løp). Etisk ville det vært bedre å kunne gitt et bedre tilbud til de som står lengre fra arbeid. Eks unge voksne med lite arbeidserfaring og lite utdanning. Vi kunne gjerne tenkt oss å bruke mer tid på disse, men de krever mye større ressurser enn rammene tilsier. For bedriften er det fint å få inn "de friskeste", men etisk og for samfunnet hadde det vært bedre å fått flere ressurser og prioritert også de som står lengre fra arbeid.

For øvrig var det mange som synes inklusjonskriteriene i Helse og arbeid fortsatt er for vage og uklare, målgruppene er ikke helt klare og når man i tillegg mottar mange mangelfulle henvisninger fra fastlege er det vanskelig å gjøre rettighetsvurderinger. En annen problemstilling går på dette med hva Helse og arbeidspasientene skal få av tilbud, sammenliknet med pasienter som ikke henvises dit. Får noen et bedre tilbud enn andre, også på samme sykehus? Opplever av noen som urettferdig at friskere Helse og arbeidspasienter får samme frister som de mer alvorlig syke. Flere påpeker at det er bra med mindre diagnosespesifikke tilbud på muskel- skjelettsiden, og sier at dette har gitt mer jevn ressursfordeling internt. Det er utfordringer knyttet til vurdering av alvorlighetskriteriet og samtidige tjenester:

"Den største gruppen av de som henvises har alvorlige problemstillinger da symptombildet preges av samtidighet av mange problemstillinger og ikke at hver enkelt problemstilling er så stor. Det er et dilemma at helsetjenestens ideologi og forståelse bygger på at hvert enkelt symptom skal vurderes og behandles, og så mangler man verktøy til å forstå og behandle kompleksiteten i samtidigheten av mange problemstillinger / symptomer - både psykisk, somatisk, familie, økonomi, jobb."

Flere påpeker at det mangler prioriteringsforskrift for psykisk helse i helseforetak der dette tilbudet nå ligger utenfor psykisk helsevern. Mange etterlyser klarere retningslinjer for prioritering innenfor psykisk helsefeltet, noe det neste sitatet illustrerer godt:

Det finnes prioriteringsforskrift for psykisk helsevern, hvor målgruppen til Helse og arbeid i stor grad faller utenfor, og etter retningslinjene ikke skal ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er en annen målgruppe enn målgruppen til DPS, og trenger en egen prioriteringsforskrift. Vi bruker prioriteringsforskriften som en retningslinje, men må hele tiden tilpasse til det oppdraget vi har forstått at vi har. Vi vurderer også at vi har en klar grense ifht at moderat mot alvorlig grad av depresjon/angstproblematikk, eller annen alvorlig psykisk lidelse faller utenfor vår målgruppe og innenfor målgruppen til DPS eller andre deler av psykisk helsevern. Vi er bekymret for at Helse og Arbeid skal brukes som en avlastning av et overbelastet psykisk helsevern, og dermed redusere kapasitet til den pasientgruppen som vår behandling er utformet for og effektiv for. At denne gruppen får god og tilstrekkelig hjelp er av stor samfunnsøkonomisk betydning. Derfor er det så viktig å få en egen prioriteringsforskrift som tydeliggjør målgruppen til dette tilbudet.

Det er mange ulike varianter når det gjelder hvem som rettighetsvurderes for hvem i de ulike regionene. Hvorfor gjøres det så ulikt? Kan potensielt bidra til et mindre likeverdig tilbud. Flere sier at de vektlegger kostnadseffektivitet og fare for funksjonsfall for å få prioritert pasienter som passer til tilbudene. En av respondentene sier de diskuterer om det skal være et krav at det er problemer i forhold til jobb hvis pasienten ikke er sykmeldt, og om det bør være krav om sammensatte plager. En privat aktør skriver at flere steder er ansvaret for rettighetsvurdering til deres lagt til DPS'enes egne Helse og arbeid - klinikker, og da synes kjennskapen til tilbudet til å være bedre, og de opplever gradvis å få stadig flere "riktige" pasienter.

4.3.17 Innspill til problemstillinger en prioriteringsveileder innen Helse og arbeid bør inneholde

Vi ba videre om innspill på hvilke problemstillinger respondentene mente at en egen veileder for prioritering innen Helse og arbeid bør berøre. Her har vi tatt med et bredt spekter av innspill på hva fagfeltet ønsker seg:

- Bør ha fokus på helsegevinst på lik linje med arbeidsgevinst som mål.
- Enda tydeligere på eksklusjonskriterier på den ene siden i forhold til alvorlighetsgrad og samtidig hvilken problematikk som heller bør behandles i førstelinjen/andre steder.
- Tidsperspektiv på oppfølging
- HelseArbeid: Avklaring av spesialisthelsetjenestens rolle i bedriftstiltaket og NAV's rolle i individtiltaket.
- Når skal pasienter søke hjelp i førstelinjetjeneste og når skal det inn i Helse og arbeid?
- Bør si noe om type tilbud, poliklinisk, dag og døgn. Vi opplever at brukere både på grunnlag av reisevei, men mest pga. kompleksitet i utfordring, har behov for å tas ut av hverdagen for å kunne nyttiggjøre seg rehabiliteringen.
- Hvordan kartlegge motivasjon (for arbeidsrettede tiltak)?
- Bør si noe om pasientens motivasjon for tiltak og ikke minst ift å komme tilbake i (samme) jobb. Det bør også stå noe om sykemeldingens lengde. Pasienter på AAP og uføre kan vurderes inn i Helse og arbeid dersom motivert for tilbudet og interesse i å gjøre noe selv.

- Når skal de henvises og når starter oppfølging? (sykemeldingsperiode? Innen 3 mnd? Innen 6 mnd? Innen 12 mnd? AAP?)|
- Prioritering ift rehabiliteringspotensiale, og rask hjelp tidlig i sykmeldingsprosessen. Egne tiltak for ulike pasientgrupper spesielt rus og uspesifiserte lidelser/utmattelsesproblematikk/ME, fedme
- Varighet ute av arbeid (hvilken ytelse fra Nav?) - hvem bør vi satse på?
- Hvilken kompetanse bør tverrfaglig team inneha - krav til psykolog?
- I hvor stor grad bør vi drive utadrettet, og på hvilken måte?
- Varighet av oppfølging; korte forløp (pakkeforløp) og mye gruppebasert, eller lengre forløp (på ubestemt tid- 6-24 mnd?) og mer individuelt tilpasset?
- Krav til arbeidslivstilknytning?
- Krav til påvirkning av arbeidslivsfunksjon?
- "Rangering" av muskel-/skjelettplager, hva skal gis prioritet?
- Betydningen av funksjonsfall i arbeid
- Antatt nytteverdi av et arbeidsrettet korttids-tilbud
- Alvorlighetsgrad: nytteverdi for lettere tilstander enn det som normalt gis rett til helsehjelp i DPS er en relevant problemstilling, også sett opp mot kost/nytte i lys av at det kan være forebyggende for langtidsfravær og økt symptomtrykk med tidlig intervensjon også for en gruppe som ikke normalt gis rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Nytttekriteriet bør vektlegges mht. at mildere tilstander kan prioriteres for å forebygge langtidsfravær og økt alvorlighetsgrad av tilstand jo lenger fravær fra arbeid
- Alder, tid ute av jobb, betydningen av arbeid for helsa, bivirkninger av å være utenfor, tidsperspektivet, samhandling, samtidighet i tiltak
- Bør si noe om prioritering av unge uføre
- Hvordan skal de som venter på behandling av uføresøknad vurderes?
- Vurdering tap av prognose for arbeidsevne og tidsaspekt med tanke på varig uførhet og livskvalitet.
- Bruk av arbeidsplassvurdering og retningslinjer for type kontakt ut mot arbeidsgiver
- Cost- benefit ved å gi effektive tilbud raskt, ikke forsøkt hjulpet tidligere, evt noe hjelp og har hatt klar funksjonsbedring
- Si noe klart om evidens og modeller det bør jobbes etter
- Eksklusjonskriterier bør ha fokus på grad av symptomer/funksjon. Tydelig presisering av hvilke tilstander som bør utredes/behandles innenfor ordinær DPS og psykisk helsevern.
- Vektlegging av funksjonsfall og tap av livskvalitet, i tillegg til symptomer. Det at folk står i fare for å falle ut av arbeidslivet har store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet. Dette er for lite vektlagt i nåværende veiledere.

- Arbeidsdeltakelse/sykemelding, alvorlighet, kompleksitet, varighet og tidligere sykdommer

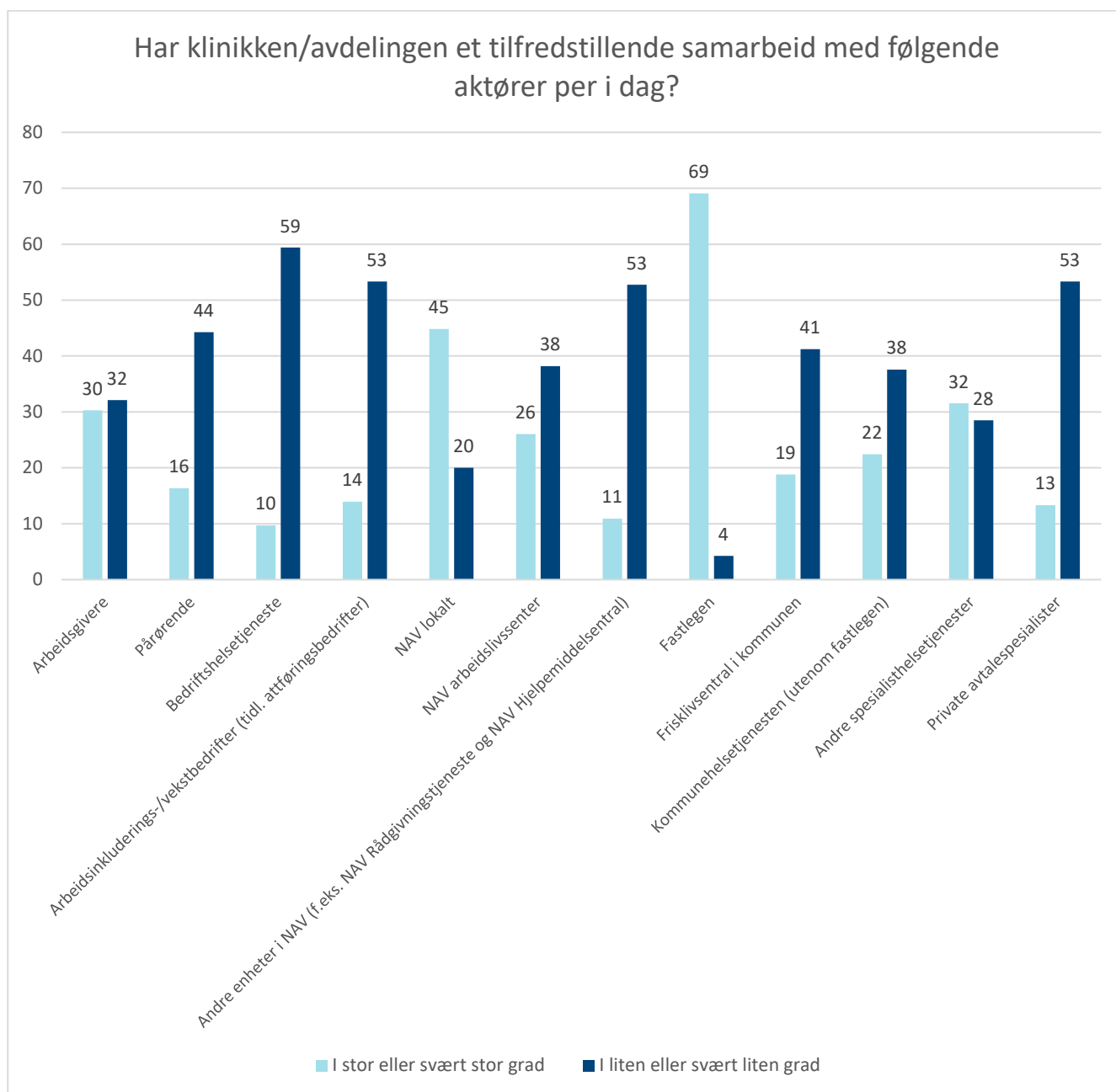
4.3.18 Helse og arbeid-tilbudenes tre viktigste samhandlingsaktører

Vi ba respondentene om å rangere, på en skala fra 1-3 der 1 er den viktigste, 2 nest viktigste og 3 tredje viktigste samhandlingsaktøren rundt en "gjennomsnittspasient". Som vi ser av tabellen, var det hele 58 prosent som rangerte fastlegen som viktigste aktør. Dernest kommer arbeidsgivere og NAV lokalt. Her er det særlig helseforetakene som har både bedrifts- og individtiltak av HelseArbeid som trekker opp andelen som prioriterer arbeidsgivere høyt.

Tabell 4.19 Rangering av viktigste samhandlingsaktør rundt "gjennomsnittspasienten". N = 165.

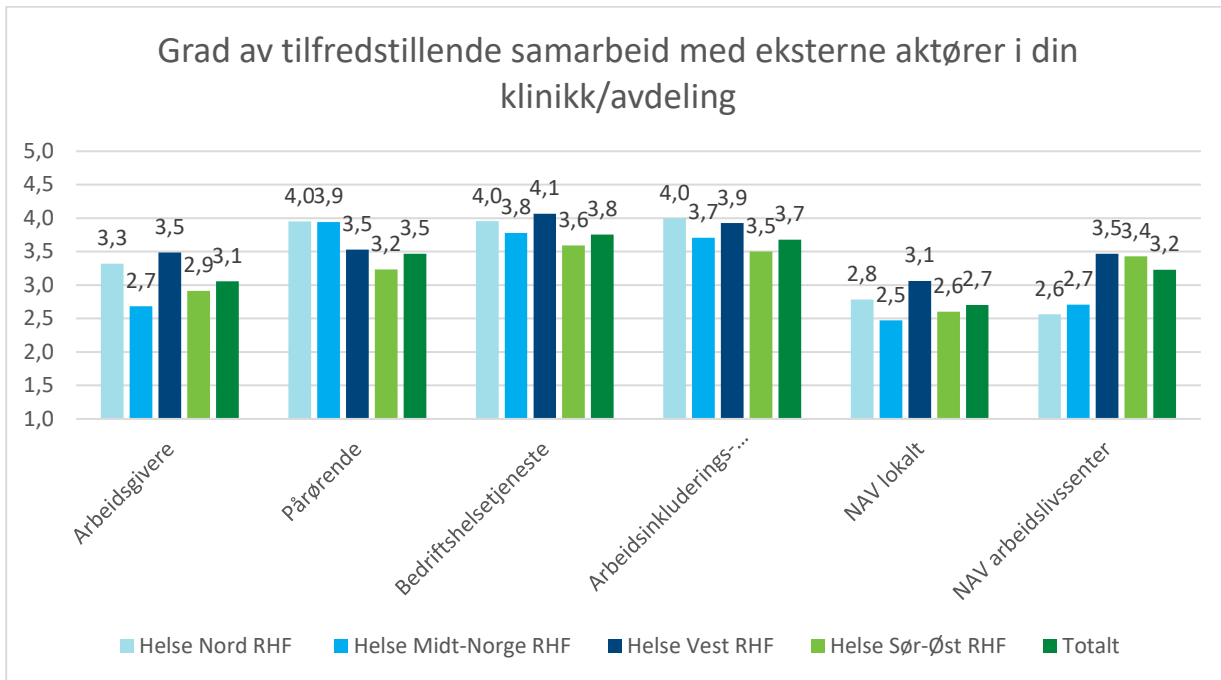
	Andel (%)		
	Viktigst	Nest viktigst	Tredje viktigst
Arbeidsgivere	24	19	20
Pårørende	1	2	3
Bedriftshelsetjeneste	0	0	1
Arbeidsinkluderings-/vekstbedrifter (tidl. attføringsbedrifter)	1	0	1
NAV lokalt	10	33	31
NAV arbeidslivssenter	2	4	6
Andre enheter i NAV (f.eks. NAV Rådgivningstjeneste og NAV Hjelpemiddelsentral)	1	1	2
Fastlegen	58	20	13
Frisklivsentral i kommunen	0	4	3
Kommunehelsetjenesten	1	5	8
Andre spesialisthelsetjenester	2	10	9
Private avtalespesialister	1	2	1
Sum andel	100	100	100
Antall totalt	165	165	165

De samme 165 personene har svart på i hvilken grad de per i dag har et tilfredsstillende samarbeid med de ulike aktørene per i dag. Også her er det fastlegene, arbeidsgiverne og NAV lokalt som kommer best ut. Verdt å merke seg er at bedriftshelsetjenestene kommer ut som en aktør spesialisthelsetjenesten i liten grad har et tilfredsstillende samarbeid med – nær 60 prosent svarte negativt her. Pårørende og private avtalespesialister vurderes det heller ikke å være tilfredsstillende samarbeid med, for over halvparten av respondentene. Det var også mulig å svare uaktuelt for de instansene som ikke er relevant å samarbeide med om målgruppen.

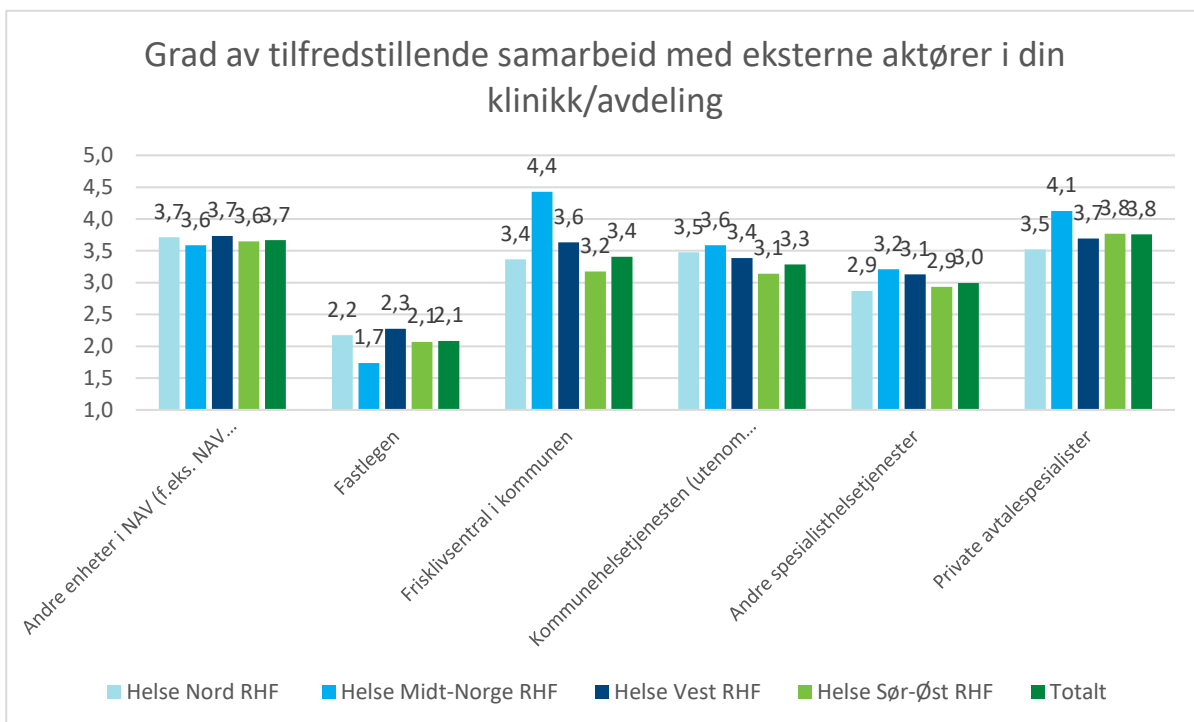


Figur 4.14 Vurdering av tilfredsstillende samarbeid med ulike aktører per i dag. Andel som svarer hhv. I stor, eller svært stor grad, andel som svarer i liten, eller svært liten, grad. N = 165.

Vi har også laget gjennomsnittsskåre på regionnivå for denne variabelen. Det kan kanskje være av interesse for de ulike regionene å se hvor forbedringspotensialet er størst. Resultatene presenteres i de to neste figurene, da alt ikke fikk plass i en figur.



Figur 4.15 Vurdering av tilfredstillende samarbeid med ulike aktører per i dag. Skala fra 1-5, der 1 = I svært stor grad og 5 = I svært liten grad. N = 165.



Figur 4.16 Vurdering av tilfredstillende samarbeid med ulike aktører per i dag. Skala fra 1-5, der 1 = I svært stor grad og 5 = I svært liten grad. N = 165.

4.3.19 Samhandlingsutfordringer på Helse og arbeid-feltet

Vi ba respondentene beskrive eventuelle samhandlingsutfordringer de opplever i egen arbeidshverdag. Et aspekt ved at Helse og arbeid nå tar imot en bredere og i mange tilfeller mer alvorlig syk pasientgruppe med sammensatte behov, er det tenkelig at behovet for samhandling med andre instanser blir større enn tidligere. Her er en punktvis oppsummering av innspill fra 82 personer som jobber på feltet:

- Bruker mye tid på planleggingsmøter, og på å finne felles møtetidspunkt som passer for alle. NAV saksbehandlere og arbeidsgivere er vanskelige å få tak i
- Tilgjengelighet til saksbehandler i NAV og mulighet for å drøfte enkeltsaker (personvern) er ofte utfordrende. Bedre systemer for (sikker) samhandling med NAV som ivaretar taushetsplikten etterspørres av mange.

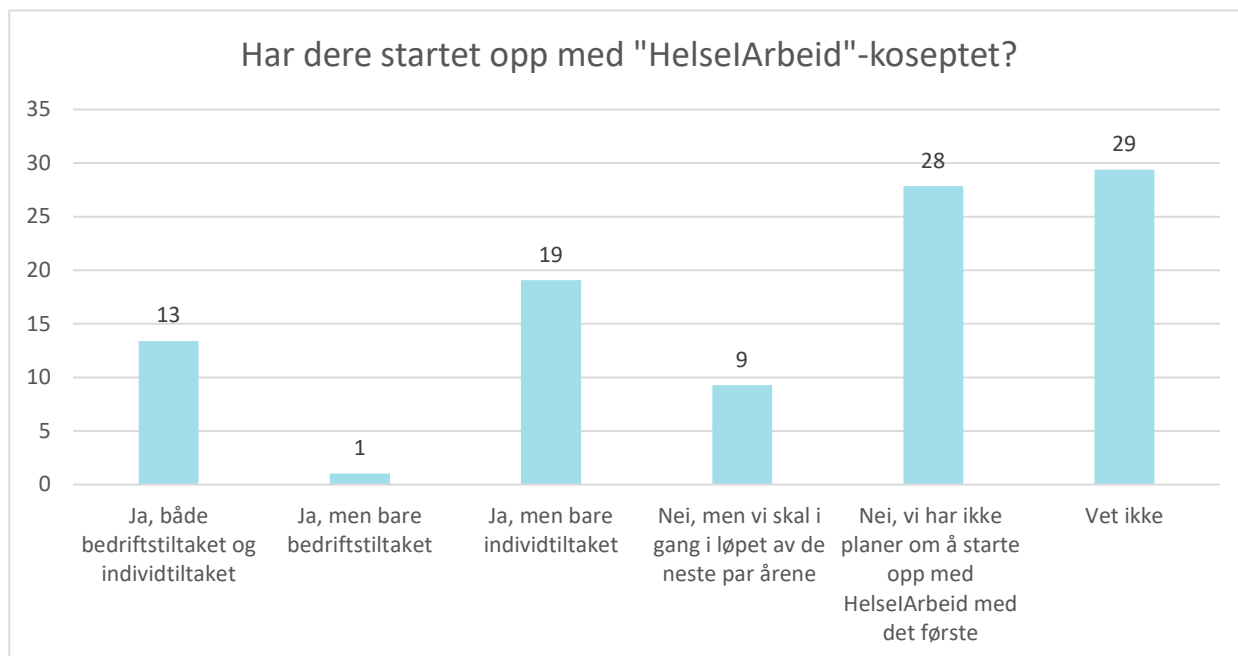
Samhandlingen med lokale NAV-veiledere er utforende, da de har sine tiltak og har et tydelig skille på hvordan de skal samarbeide med helsetjenesten. Det er forståelig med tanke på personvern, men vi ser hvor viktig det er å få til et samarbeid på tvers av etatene. Jeg mener det burde vært avklart på høyt hold at NAV-veiledere skal samhandle med de som jobber med helse og arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at vi da kunne ha fått tilgang til telefonnummer til veiledere, samt en kontaktperson dersom vi ikke får kontakt med NAV-veileder.

- Mer samarbeid med arbeidsgiverne og bedriftshelsetjenesten er ønsket, men det presiseres at man må komme opp med gode kommunikasjonsløsninger for dette.
- Utfordrende å holde oversikt over alle aktører og tilbud innad i helseregionen
- Kort behandlingstid for pasientene gir begrenset mulighet til å få tid til samhandling med andre aktører.
- Tjenestebeskrivelsen for tilbudet har i liten grad fokus på samarbeid med andre aktører.
- Vanskelig å få kontakt med mange fastleger. Kveldspoliklinikk vanskeliggjør samarbeid med andre instanser for de av våre behandlere som jobber der.
- Enkelte ser på manglende behov for samhandling som en styrke hos pasienten; vedkommende ordner og informerer selv: *"Siden dette er ressurssterke pasienter står de for mye av samhandlingen selv."*
- Det å ha private og offentlige aktører innfor det samme tilbudet uten noen spesifikke retningslinjer på hvem som skal hvor, fører til at fordelingen av pasienter blir tilfeldig. Altså må det spesifiseres. Ellers er samhandling med ordinærpoliklinikkene det vanskeligste da de er strengere og det blir overlatt til mer uklare normer på hvorvidt folk tilbud i HA eller ikke.

4.3.20 HelseArbeid-konseptet

Vi har beskrevet HelseArbeid-konseptet i kapittel 1.4, og viser til dette for de som ikke kjenner til konseptet som består av individtiltak i spesialisthelsetjenesten og bedriftstiltak ute i bedriftene. Vi har per nå ikke klart

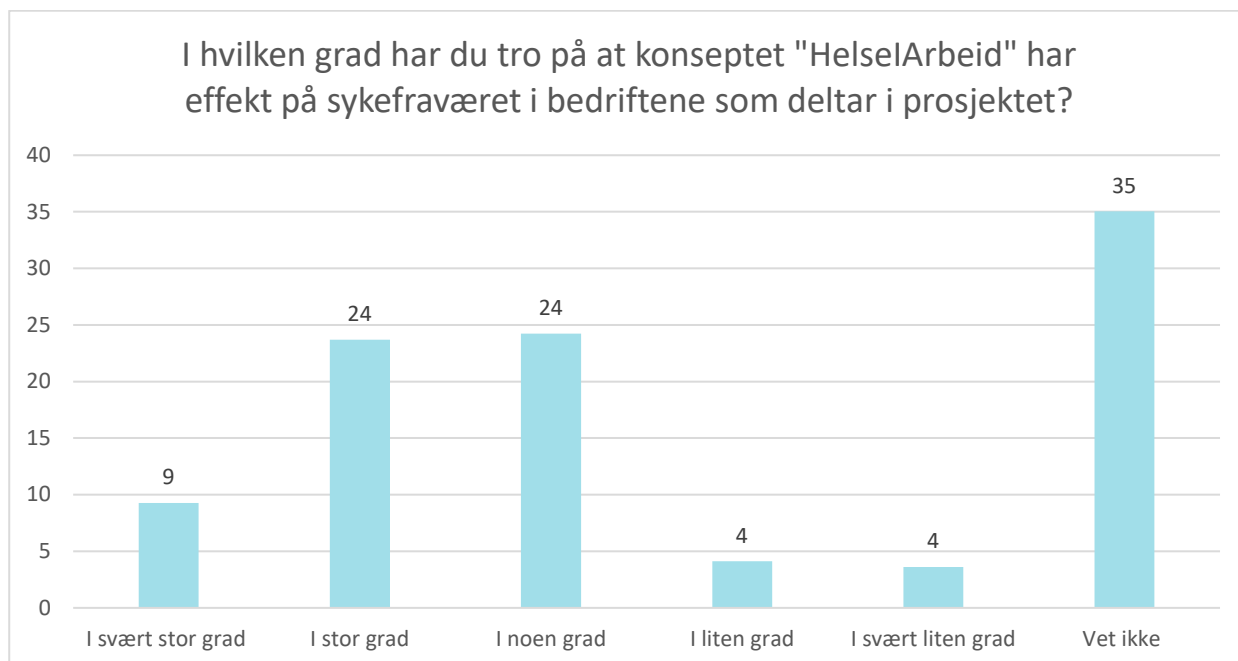
å finne offentlig tilgjengelige tall på hvor mange fylker og helseforetak som er i gang med konseptet fra NAV. Vi spurte respondentene våre i kartleggingen, som svarte som følger:



Figur 4.17 Har din klinikk/avdeling startet opp med "HelseArbeid"-konseptet? N = 194.

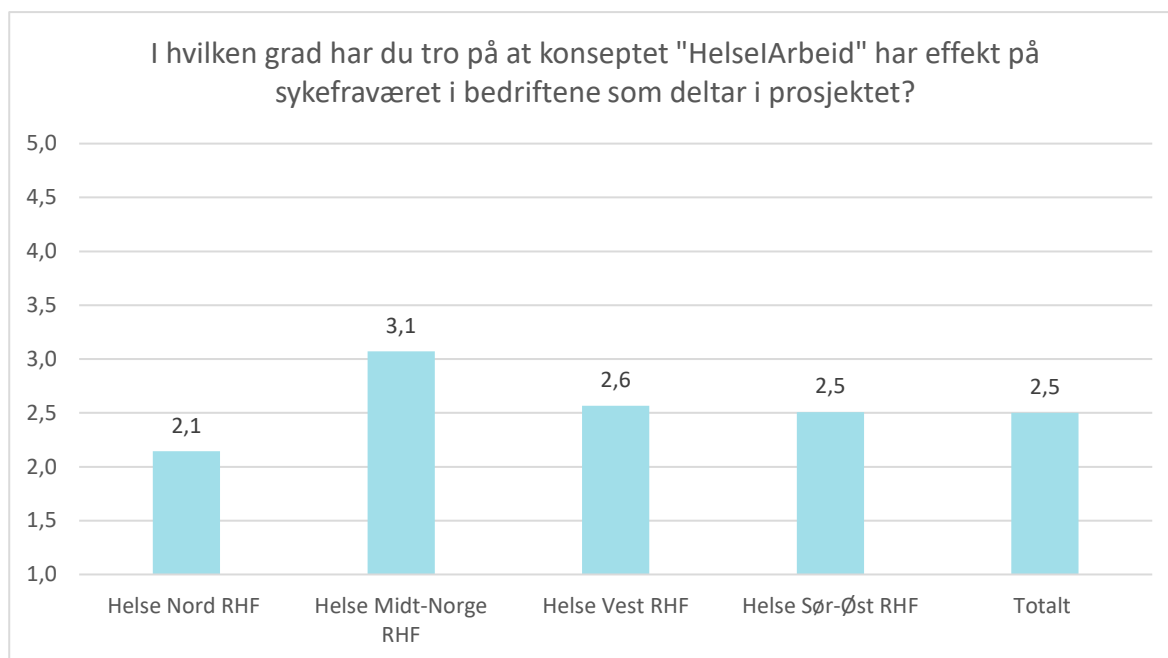
Nær en tredjedel ser ikke ut til å vite om de er i gang. 13 prosent svarer at de kjører full modell med både bedriftstiltak og individtiltak. 19 prosent er i gang med individtiltaket, mens 28 prosent foreløpig ikke har noen planer om å starte opp. Det er særlig de private med avtale som svarer at de ikke har planer om å starte opp med konseptet. I Helse Nord er som kjent alle helseforetakene nå med, og de har også inkludert de private aktørene i modellen.

Det finnes forskning som viser at sykmeldtes tanker om hvor lenge de kommer til å være sykmeldt er en viktig faktor for å si noe om når en sykmeldt person kommer tilbake i jobb. En ny studie har vist hvordan forventningene endrer seg har betydning for hvor lenge man er sykmeldt (Aasdahl, 2018). Vi ønsket å spørre de som jobber på Helse og arbeid-feltet i hvilken grad de har tro på at konseptet "HelseArbeid" vil ha effekt på sykefraværet i bedriftene som deltar i prosjektet. Skalaen gikk fra "I svært stor grad" til "I stor grad", og det var mulig å svare "Vet ikke", noe som viste seg å være viktig for 35 prosent av respondentene. Resultatene er presentert i figurene under.



Figur 4.18 I hvilken grad har du tro på at konseptet "HelseArbeid" har effekt på sykefraværet i de bedriftene som deltar i prosjektet? N = 194.

Vi laget også en gjennomsnittskåre (skala 1-5 der 1 = i svært stor grad og 5 = i svært liten grad) blant de som graderte svaret sitt, og ser at trua er sterkest i Helse Nord og svakest i Helse Midt-Norge.



Figur 4.19 Tro på konseptet "HelseArbeid" fordelt på region. N = 126 (vet ikke-kategorien holdes utenfor). Helseregionnivå.

Det har vært snakket en del "fra scenen" på samlinger og konferanser om hvor ulike styringslinjene i spesialisthelsetjenesten og NAV er – der tiltak i NAV implementeres hvis ledelsen mener de skal det, mens man i de regionale helseforetakene og helseforetakene har større frihet til å velge. Dette kan oppleves frustrerende for samarbeidet om tiltak som "HelseArbeid", og det er evalueringens inntrykk fra deltakende

observasjon på samlinger og konferanser at NAV ønsker en klarere ledelse og tydeligere signaler fra helsetjenestene når det gjelder implementeringen av "HelseArbeid".

En av respondentene som hadde valgt å ytterligere kommentere HelseArbeid-konseptet, er skeptisk til bruk av spesialisthelsetjenesteressurs inn i bedriftstiltaket (de aller fleste som valgte å legge igjen en kommentar i det åpne feltet, var skeptikerne):

Det er ikke forsket nok på dette feltet. Synes derfor det ennå er uhensiktsmessig bruk av en knapp ressurs i spesialisthelsetjenesten der det fortsatt vil være behov for å gjennomføre vurderinger av pasientene. Har i større grad tro på å bruke allerede etablert samhandling mellom arbeid og helse der bedriftshelsetjenesten kunne hatt en stor rolle og "overtatt" mye av den rollen spesialisthelsetjenesten her er tenkt skal tilby. Videre tror jeg e-tjenester og undervisningsmaterieell, utviklet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ville kunne oppveie for knapphet på ressurser innen spesialisthelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten ville kunne ha dette å støtte seg til når man skulle formidle det budskapet man ønsker å få ut til de ansatte.

Det er mange som etterspør bedriftshelsetjenestens rolle i forhold til HelseArbeid, og en av dem skriver at det høres ut som "et unødvendig komplisert konsept – uklar rollefordeling opp mot bedriftshelsetjeneste". En privat aktør med avtale synes også bedriftstiltaket virker unødvendig (dette er for ordens skyld ikke en privat aktør som selv tilbyr bedriftshelsetjenester):

Det er merkelig å iverksette et nytt konsept når det er utbygget bedriftshelsetjeneste i hele landet. Hvorfor ikke legge dette forebyggende aspektet inn i deres oppgaveområde?

Et av sykehusene i Helse Sør-Øst skriver at konseptet vil avhenge om det kommer tydeligere styringssignaler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om forventninger til samarbeid mellom NAV og HF. Det er flere som peker på manglende styring og forankring i samme region:

Det er mangel på styring fra ledelse sentralt og på toppnivå som viser seg når vi startet arbeidet. Ingen styringsgruppe med mandat som man kan støtte seg på. Lite fleksibilitet fra DPS til samarbeid (ledelse nivå). Forventer at dette kommer mer på plass, og med mer tydelighet hvordan vi skal jobbe.

En av respondentene fra et sykehus i Helse Sør-Øst mente at "HelseArbeid" burde vært en egen pakke i et pakkeforløp:

Burde være egen pakke i pakkeforløp. En del ekstraarbeid for å tilpasse innhold og journalføring til vanlig poliklinikkpakke. Dvs mesteparten av "pakken" journal og registreringsmessig må være gjort i første time, da man ikke driver med lengre utredninger i denne tilnærmingen.

Mens en annen har jobbet med iBedrift tidligere, og ser ikke at de har finansiering til konseptet per i dag:

Har jobbet med Helseiarbeid (iBedrift) i 10 år, tiltaket har liten effekt, og det er ingen finansiering av dette pr i dag, så uaktuelt å starte dette nå.

Det er også tre av respondentene som er inne på at det ikke skal stå på viljen til etablering, men at de sliter med å få tilrettelagt samarbeid med NAV og samtidighet i tjenestene. En av disse skriver:

Hvis vi skal lykkes må det være en samtidighet i tilbudene fra helse og NAV. Viljen er til stede i hvert fall hos oss, men det hele er ikke lagt til rette for at vi kan få det til slik vi mener er fornuftig.

4.4 Oversikt over Helse og arbeid-tilbud per 2019

Basert på de innledende intervjuene gjennomført i første kvartal 2019, fikk evalueringen inntrykk av at 2018 i stor grad ble benyttet til å avklare hvilke tilbud som skulle bygges opp eller legges ned. Omfanget av private kjøp skulle være i samme omfang som før omleggingen. Mens enkelte tilbud har fortsatt akkurat som før, finnes det helseforetak som ikke hadde noen "Raskere tilbake"-tilbud som del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men har brukt tid på å etablere nye tilbud og rekruttere ansatte (f.eks. Helse Nord-Trøndelag). Våren 2019 var det fortsatt enkelte helseforetak som var helt i oppstartsfasen (f.eks. Finnmarkssykehuset HF). Vi sammenholdt informasjonen som framkommer om tilbudene innenfor Helse og arbeid hos de regionale helseforetakenes nettsider, med det som oppgis i kartleggingen gjennomført i forbindelse med evalueringen. I tabellene under presenteres tilbudene slik evalueringen oppfatter at de framstår våren 2019. Med tanke på at disse sidene benyttes av fastleger, sykehusleger og annet personell med henvisningsrett, ble helseforetakene oppfordret (via kontaktpersoner i RHF-ene) til å oppdatere disse nettsidene og sjekke at lenkene fungerer.

Tabell 4.20 Oversikt over tilbudene i Helse og arbeid vår 2019. Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF		
Psykisk helsevern	Diakonhjemmet Sykehus (Oslo)	Poliklinisk behandlingstilbud for pasienter med angst og depresjon.
	Lovisenberg Diakonale Sykehus (Oslo)	Psykologsamtaler
	Oslo universitetssykehus, Nydalen DPS	Kveldspoliklinikk for lettere psykiske lidelser, angst og depresjon
	Oslo universitetssykehus, Kreftrehabiliteringssenteret Aker sykehus	Psykososial poliklinikk (psykologsamtaler) for pasienter behandlet for kreft samt deres pårørende.
	Sykehuset i Vestfold (Tønsberg)	Korttids-tilbud v/lettere psykiske lidelser (angst/depresjon) hos psykolog
	Sykehuset Telemark (Porsgrunn)	Utredning og behandling av sammensatte problemstillinger; muskel-/skjelett og/eller psykiske plager.
	Vestre Viken HF (Kongsberg DPS, Asker DPS, Bærum DPS, Ringerike DPS, Drammen DPS)	Psykisk helsevern – angst, depresjon og tilpasningsforstyrrelser
	Sykehuset Innlandet HF	Psykisk helsevern – angst, depresjon og tilpasningsforstyrrelser
	Akershus universitetssykehus HF	Psykisk helsevern – angst, depresjon og tilpasningsforstyrrelser
	Sykehuset Østfold HF	Psykisk helsevern – angst og depresjon
HSØ private avtaler, psykisk helsevern	Norsk Arbeidshelse (Tønsberg/Sandefjord, Porsgrunn/Arendal, Kristiansand/Oslo, Ski/Fredrikstad, Sarpsborg, Askim)	Poliklinisk tilbud - mild til moderat angst og depresjon
	Oppfølgingsenheten Frisk AS (Hamar, Elverum, Kongsvinger/Jessheim, Lillehammer, Drammen, Sandvika/Oslo)	Poliklinisk tilbud - mild til moderat angst og depresjon
	Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter (Lillehammer)	Poliklinisk tilbud - mild til moderat angst og depresjon
	Salutis Psykologi (Gjøvik)	Poliklinisk tilbued - mild til moderat angst og depresjon
Muskel/ skjelett	Oslo Universitetssykehus (Ullevål)	Utredning av nakke/rygg og skulderlidelser
	Revmatismesykehuset (Lillehammer)	Tverrfaglig utredningspoliklinikk for personer med muskel-/skjelettplager.
	Revmatismesykehuset (Lillehammer)	Korttidsopphold i gruppe; Kunsten å være yrkesaktiv revmatiker
	Sunnaas sykehus (Oslo)	Tverrfaglig vurderingspoliklinikk

	Sykehuset i Vestfold (Stavern)	Gjennom iBedrift formidles kunnskap om alminnelige plager - ute på arbeidsplassen. Hovedvekt på uspesifiserte muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser
	Sykehuset i Vestfold (Tønsberg)	Poliklinikk som tilbyr rask avklaring for personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager
	Sykehuset Innlandet (Ottestad)	Tverrfaglig poliklinikk for muskel/skjelettplager
	Sykehuset Telemark (Porsgrunn)	Utredning og behandling av sammensatte problemstillinger; muskel-/skjelett og/eller psykiske plager.
	Sykehuset Østfold HF	Behandling av skulderproblematikk.
	Sørlandet sykehus HF	Utredning og rehabilitering langvarige muskel-/skjelettplager
	Vestre Viken HF (Bærum, Ringerike, Drammen, Kongsberg)	Utredning og behandling av muskel-/skjelettplager
Rehabilitering	Idrettens Helsesenter AS (Oslo)	Tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering, voksne – døgn/dag/ambulant
	Rehabiliteringssenteret AiR AS (Rauland, Telemark)	Som over.
	Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS (Lillehammer)	Som over.
	Stiftelsen CatoSenteret (Son i Vestby, Akershus)	Som over.
	Stiftelsen Hernes Institutt (Hedmark)	Som over.
	Sørlandets rehabiliteringssenter Eiken AS (Vest-Agder)	Som over.
	Unicare Bakke AS (Halden, Østfold)	Som over.
	Vikersund Kurbad AS (Buskerud)	Som over.
Hjernetraume/hjerneslag	Sykehuset Innlandet (Ottestad)	Tverrfaglig poliklinikk og ambulant tilbud for personer etter hjerneslag og traumatisk hjerneskade
Kreft	Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet/Aker	Poliklinisk dagrehabilitering for kreftpasienter. Gruppetilbud eller individuelle tilbud. Psykologsamtaler (psykososial onkologi)

Tabell 4.21 Oversikt over tilbudene i Helse og arbeid vår 2019. Helse Vest RHF.

Helse Vest RHF		
Psykisk helsevern	Helse Førde (Lærings- og mestringscenteret, Sunnfjord med.senter.)	Livsmestringskurs/livsstyrketreningskurs
	Helse Bergen	E-meistring (med arbeidsrettete moduler) og individuell samtalebehandling
	Helse Fonna (Haugaland, Stord, Folgefonn DPS)	Psykisk helse: De allmennpsykiatriske poliklinikkene ved Haugaland, Stord og Folgefonn DPS har tilbud.
	Helse Stavanger (Sola)	Behandlingstilbud ved Sola distriktpsikiatriske senter, poliklinikken. Individuell samtalebehandling. Stressmeistringskurs.
Muskel/skjelett	Helse Førde (Førde og Lærdal)	Ortopediske tjenester. Diagnostikk med eventuell kirurgisk behandling eller anbefaling av annen ikke-kirurgisk behandling i primær- eller spesialisthelsetenesta.
	Helse Førde (Førde)	Fysikalsk medisin og rehabilitering. Poliklinisk for pasienter med muskel-/skjelett-/ryggplager. Også tilbud til de som trenger mestringsråd og hjelpemiddel. Den tverrfaglige gruppa består av fysikalsk medisiner, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom.
	Helse Bergen	Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nakke- og ryggpoliklinikken har diagnostikk og tverrfagleg ikke-kirurgisk behandling av nakke-, rygg- og skulderplager.
	Helse Fonna (Stord)	Muskel-, ledd- og skjelettplager: Utgreiing og behandling ved fysikalsk medisinsk poliklinikk, Stord sjukehus.
	Helse Stavanger	Klinikk for hode, hals og rehabilitering, AFMR Lassa, seksjon for fysikalsk medisin. diagnostikk/utredning, behandling og rehabilitering av personer med muskel- og skjelettlidelser derav skulder og rygg.
HV, private avtaler	Oppfølgingsenheten Frisk i Randaberg - arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern	Private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale gir et tilbud om rehabilitering med arbeid som mål. Arbeidsretta behandlingstilbud til personer med muskel- og skjelettlidelser
	Oppfølgingsenheten Frisk i Randaberg - arbeidsrettet behandling, somatikk	Som over.
	Røde Kors Haugland Rehab.senter i Fjlaer - arbeidsrettet behandling	Som over.
	LHL-klinikkene Bergen - arbeidsrettet behandling	Som over.
	LHL-klinikkene Nærland - arbeidsrettet behandling	Som over.

	Åstveit Helsecenter i Bergen - arbeidsrettet behandling	Som over.
	Institutt for psykologisk rådgivning (Bergen og Haugesund)	Tilbud om arbeidsretta poliklinisk utredning og behandling for personer med angst og depresjon, som har betydelig funksjonstap og svekka livskvalitet.

Tabell 4.22 Oversikt over tilbudene i Helse og arbeid vår 2019. Helse Midt-Norge RHF.

Helse Midt-Norge RHF		
Psykisk helsevern	Helse Nord-Trøndelag (Levanger)	Allmenpsyk. poliklinikk.
	St. Olavs hospital (Trondheim)	Arbeidsrettet behandling, Tiller DPS. Målgruppen er unge voksne (18 - 25 år) med angst og/eller depresjon som har falt ut av skole eller jobb, og som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
	Helse Møre og Romsdal (Kristiansund, Molde, Ålesund)	Psyk. poliklinikk i Kristiansund, Molde og Ålesund
Muskel/skjelett	Helse Nord-Trøndelag (Levanger)	Fysikalsk medisinsk poliklinikk
	St. Olavs hospital (Trondheim)	Tverrfaglig poliklinikk rygg, nakke skulder
	Helse Møre og Romsdal (Ålesund, Molde, Aure rehab.)	Muskel-, skjelett- og sammensatte lidelser (Aure rehab.), Nevrologisk poliklinikk (Molde), Rus- og avhengighetsbehandling, Tverrfaglig ryggpoliklinikk og kurscenter (Molde), Tverrfaglig ryggpoliklinikk (Ålesund), Tverrfaglig skulderpoliklinikk (Ålesund), Smertepoliklinikk (Ålesund)
HMN, private avtaler	Betania Malvik	Arbeidsrettet rehabilitering. Nye målgrupper. muskel/skjelett og allmenne og uspesifiserte lidelser. Døgntilbud
	Friskgården	Dagopphold, arbeidsrettet rehabilitering. Personer i yrkesaktiv alder med muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske lidelser. Tilbudet gjelder personer med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det skal legges avgjørende vekt på tap av arbeidsfunksjon og mulig tap av rehabiliteringspotensial uten tilbud om arbeidsrettet rehabilitering.
	Muritunet AS	Dagtilbud og poliklinikk etablert. Arbeidsrettet intervensjon i alle målgrupper ved institusjonen. Innføring av elektronisk datainnsamling. Kartlegging av arbeids- og stønadsforhold seks og 12 mnd etter avreise.

Tabell 4.23 Oversikt over tilbudene i Helse og arbeid vår 2019. Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF		
HelseArbeid	Helgelandssykehuset HF (Sandnessjøen)	HelseArbeid-senter. Gir tilgang til tverrfaglig utredning og vurdering av vanlige muskel-/skjelett- og psykiske plager, i tillegg til arbeidsrelaterte avklaringer. Helse i arbeid tilbyr også mestringskurs (to eller åtte dager) for muskel-/skjelettplager samt behandling av depresjon og angstlidelse for personer som er i ferd med å miste tilknytning til jobb eller studier. Ved behov gis videre henvisning til øvrig behandlingstilbud. Ikke lenger utredning for ME/CFS etter omlegging.
HelseArbeid	Nordlandssykehuset HF (Bodø)	HelseArbeid-senter. Tilbud om utredning og oppfølging til personer som nylig har falt ut av arbeid, eller står i fare for å falle ut av arbeid som følge av vanlige muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske plager. Utredningen er tverrfaglig og kan ved samtykke også inkludere ressurser fra NAV. Ekspertise på arbeidsrettet rehab. for kognitive vansker etter hjerneskade. Samtaletterapi ved psykiske plager.
HelseArbeid	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	HelseArbeid-senter. Tverrfaglig utredning-/avklaring for spesifikke og uspesifikke smertetilstander i muskel- og skjelettapparatet. Konservativ behandling av skulderlidelser, hofte- og kneleddartrose og rygglidelser. To-dagers mestringskurs for rygg-/nakkeplager. Artroseskole for slitasjegikt hofte/kne. Psykologtilbud/samtaletterapi. Forebyggende og helsefremmende bedriftstiltak i samarbeid med NAV der målet er å øke nærværet i bedriften.
HelseArbeid	Finmarkssykehuset HF	HelseArbeid. Skulder (Hammerfest), Håndskade (Kirkenes). Under oppbygging våren 2019.
HN, private avtaler	Opptreningscenteret i Finnmark (Alta)	Poliklinisk utredning. Arbeidsrettet mestringsopphold fem dager. Målgruppen er personer som er i fare for å bli og/eller er sykemeldt, eller er hindret i å komme i arbeid/ utdanning pga. muskel-/skjelettplager. Korte intervensjoner på fem dager organisert i grupper. Innholdet baseres på relevante nasjonale faglige retningslinjer. Samarbeid med NAV, fastlege og arbeidsgiver er sentralt.
	Valnesfjord helsesportsenter	Personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt med uavklart tilstand innen muskel og skjelettskader og/eller vanlige psykiske helseplager. Opphold som tiltak for de som trenger mer veiledning i egen helsesituasjon. Mestringsoppholdet varer i fem døgn.
	Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad (Tromsø)	De som står i fare for å bli og/eller har blitt sykemeldt siste året. For eksempel på grunn av muskel-/skjelettplager, stress og/eller slitenhet som hindrer dem i å jobbe eller ta utdanning. Problemstillingen vil ofte være sammensatt av helserelaterte og arbeidsrelaterte utfordringer. Fem dagers gruppebasert

		mestringsopphold med individuell oppfølging. Dag- og døgntilbud. 3-måneders telefonoppfølging i etterkant.
	Stamina Helse, Bodø	Behandlingstilbud for pasienter med sammensatte tilstander med smerter i muskulatur/bindevev. Omfatter pasienter med nakke/skulder/ryggplager/fibromyalgi, bekkenleddsyndrom m.v. Behandlingsløpet strekker seg over 9 uker. 3 dager i uken de første 5 uker og 2 dager de siste 4 uker. Behandlingen er gruppebasert og består av individuelle kartleggingssamtaler, ulike aktivitetsformer individuelt og i gruppe. I tillegg til undervisning med fysioterapeut og ernæringsfysiolog.
Generelt	Helse Nord har i tillegg til å opprette tverrfaglige avklaringspoliklinikker inngått avtale med avtalespesialister (psykologspesialister) om å arbeide arbeidsrettet. Det er også avtale om IPS i regi av Nordlandssykehuset.	

4.5 Forskernes inntrykk halvannet år etter omleggingen

Halvannet år etter at "Raskere tilbake" ble lagt ned som prosjekt var det etablert tilbud innenfor Helse og arbeid rettet mot pasienter med muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser innenfor alle helseforetak. Midlene ble fordelt etter Magnussens inntektsfordelingsmodell i tre av fire regioner, der Helse Nord har vært unntaket som valgte å fordele midlene etter søknad fra helseforetakene. I flere av regionene har ny finansieringsmodell medført at enkelte helseforetak måtte nedskalere tilbudene kraftig, mens andre har måttet bygge opp nye tilbud fra bunnen av. Kjøp fra private aktører skulle videreføres i omtrent samme størrelsesorden som under "Raskere tilbake", og det har så vidt vi kjenner til blitt gjort.

Tilbakemeldingene fra fagfolk på feltet var etter halvannet til to år etter omleggingen at sammenhengen mellom arbeid og helse, arbeidsrettet rehabilitering og arbeidsfokustert behandling som sådan, har blitt mer synliggjort i sykehusene etter omleggingen av "Raskere tilbake" fra prosjekt til drift. Noen hevdet at arbeidet ble lettere å forankre på ledernivå når det nå inngår i "sørge for"-ansvaret. Tverrfaglighet, samtidige og koordinerte tilbud, samlokalisering av tjenester og et tettere samarbeid med NAV er faktorer mange synes å ha forventninger om at Helse og arbeid-satsingen i spesialisthelsetjenesten skal medføre. Et drøyt halvt år inn i evalueringen meldes det om mange gode initiativer og tiltak rundt om i hele landet. Det finnes eksempler på samlokaliserte tiltak i alle helseregionene der også NAV er med inn i helsetjenesten. Psykologkompetanse etterspørres fra de fysikalsk medisinske miljøene, og mange har, eller skal, signere samarbeidsavtaler med NAV (dette arbeidet går imidlertid litt trått i enkelte helseforetak, og praktisk operasjonisering av samarbeidet etterspørres). Det meldes om rekrutteringsproblemer særlig når det gjelder psykologer og fysikalsk-medisinere, og flere kreative løsninger på dette er presentert i kapittel 4.3.

Etter omleggingen har det vært arrangert flere nasjonale og regionale konferanser og samlinger. Her har fagfolk fra både (tverrfaglige) fysikalsk medisinske miljø, psykisk helsevern og NAV deltatt – noe de gir tilbakemelding om at har bidratt til en opplevelse av inspirasjon og "et nytt fagfelt", selv om man kanskje hver for seg, og på hver sin tue, har drevet ulike former for arbeidsrettet behandling i årevis. Enkelte universiteter (herunder NTNU) arbeider med å gjøre "Arbeid og helse" til egne emner og studieprogramområder.

Etter å ha fått svar fra et utvalg på nær 200 ansatte og ledere som arbeider innenfor Helse og arbeid i hele landet, var den overordnede tilbakemeldingen at omleggingen har vært godt håndtert både på avdelingsnivå, og helseforetaksnivå. Helse Midt-Norge skilte seg negativt fra landsgjennomsnittet når det kom til hvordan respondentene vurderte at omleggingen har vært håndtert fra ledelsen i helseforetaket/institusjonen, mens Helse Vest kom best ut i gjennomsnitt på dette spørsmålet. Vi spurte også i hvilken grad de ansatte har kunnet være med å påvirke utviklingen av tjenestetilbudene, og om de mener at omleggingen har påvirket forutsigbarheten i egen arbeidshverdag. På begge disse spørsmålene la de fleste seg midt på skalaen fra 1-5, og det var svært små forskjeller mellom regionene.

Mange er positive til at det nå inkluderes flere diagnosegrupper i tilbudene enn tidligere, men det virker å være store variasjoner i hvordan prioriteringsforskriften tolkes, også internt i samme helseforetak. Det er klare signaler fra fagfeltet om at det ønskes en felles prioriteringsveileder og klarere retningslinjer for rettighetsvurdering for den type tverrfaglige behandlingstilbud som nå etableres i Helse og arbeid. Det er foreløpig ikke signaler om at det gjøres noe med dette på nasjonalt nivå, men de regionale helseforetakene er i gang med å nedsette arbeidsgrupper som skal se på saken. Rettighetsvurderinger gjøres på forskjellige måter i de ulike helseregionene, både internt mellom helseforetakene og når det gjelder hvem som rettighetsvurderer for private tilbud. Dårlig spesifiserte henvisninger fra fastleger og andre til Helse og arbeidstilbud er også en vanlig problemstilling. Der det tidligere var nok at pasienten var sykmeldt, eller sto i fare for å bli det, for å definere fare for funksjonsfall, oppleves dette nå vanskeligere å vurdere på bakgrunn av henvisninger. Evalueringen har gjennomgått helseforetakenes nettsider for tilbudene, og vil oppfordre alle

til å sjekke at informasjonen om tilbudet er oppdatert, og gjerne med retningslinjer om hva henvisningen bør inneholde, slik at henvisere finner fram til de tilbudene som finnes.

I april 2019 kom en rapport om tilstand og utfordringer på arbeid helse-området, utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til sine respektive departementer. Rapporten konkluderer med at det kan være mye å hente ved å utarbeide felles faglige anbefalinger for utøvere i helsetjenesten og NAV, og at de to sektorene bør etablere felles mål for hva en ønsker å oppnå med felles faglige anbefalinger. Videre skriver de at *"Å utarbeide nye nasjonale faglige anbefalinger vil gjøre det mulig å beskrive nye intervensjoner som legger til rette for samarbeid rundt forløp der samtidighet, sektorovergrepene tjenestesamhandling og virksomme intervensjoner er vesentlig"* (Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (2019)). Vi forventer at det arbeides videre med disse anbefalingene på nasjonalt nivå.

Selv om de aller fleste virker å være klar over at målgruppen for Helse og arbeid er utvidet til også å gjelde pasienter som står utenfor arbeidsmarkedet, oppgir verken helseforetakene eller de private aktørene som hadde tilbud under "Raskere tilbake", at målgruppene for tiltakene har endret seg vesentlig. Mange melder imidlertid om at det henvises en høyere andel mer alvorlig syke pasienter med komplekse og sammensatte lidelser enn tidligere – som deres tilbud ikke nødvendigvis passer til. Det oppleves krevende å skulle jobbe arbeidsrettet med pasienter som står langt fra arbeid, og flere av respondentene våre svarer at tilbudene ikke er tilpasset unge som står utenfor jobb og utdanning. Spørsmålet blir da om tilbudene i tiden framover utvikler seg i retning av også å favne de mer alvorlig syke pasientene, og de yngste gruppene, eller om man prioriterer pasienter som passer til tilbudene slik de er i dag. På psykisk helse-feltet brer nå IPS om seg som en metode med dokumentert effekt for de med alvorlig psykisk lidelse, og vi ser ingen grunn til at ikke IPS skal kunne regnes som en del av Helse og arbeid-tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Tilbakemeldingen på vår kartlegging viser at respondentene selv mener at de i stor grad evner å gi helhetlige og samtidige tjenester, at de jobber evidensbasert i den delen av tjenesten som er arbeidsrettet, at de evner å ha fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom, et de har et tydelig arbeidsfokus, og at de tilbyr tverrfaglig utredning og behandling. På disse parameterne var det relativt små forskjeller mellom helseregionene, men Helse Nord utmerker seg som mer fornøyd enn de øvrige.

Tall fra helseforetakenes fagsystemer viste tidlig at aktivitetsregistrering med Debitor 20 så ut til å falle mye fra 2017 til 2018, og det er sannsynlig at ikke all aktivitet i Helse og arbeid kodes slik det ble gjort under "Raskere tilbake"-perioden. Det er viktig at oppmerksomheten rundt kodingen opprettholdes i evalueringssperioden, all den tid registerstudiene i evalueringen baseres mye på Debitor 20-koden. De regionale helseforetakene ble oppfordret av forskerne i evalueringen til å gjenta budskapet i oppdragsbrevne til helseforetakene for 2020 og 2021.

4.6 Intervju i alle helseforetak høsten 2020; en tilbudsoversikt

Intervju med alle Helseforetak ble gjennomført i siste kvartal 2020. De ble transkribert til tekst, og våren 2021 utarbeidet vi et notat til styringsgruppen som blant annet inneholdt en oversikt over tilbudene slik de framsto ved inngangen til 2021. Vi vet at tilbudene kan endre seg fort, og vi har forsøkt å plukke opp store endringer i tilbudene, f.eks. gjennom svar i spørreskjemaundersøkelsen høsten 2021. Det vil sannsynligvis være endringer i innholdet i noen tilbud her som ikke er fanget opp, så tilbudsoversikten må leses med det *in mente*. F.eks. har vi fått beskjed om at Sunnaas sykehus må legge ned sin aktivitet etter 2021, da områdesykehusene har bygget opp tilstrekkelige tilbud.

Alle landets helseforetak hadde i løpet av 2020 fått på plass tilbud innenfor Helse og arbeid. Ved utgangen av 2020 fantes det på landsbasis litt over 50 ulike klinikker med Helse og arbeid-relaterte tilbud i de offentlige helseforetakene. I tillegg kom tilbud hos 23 private aktører som har avtale med de regionale helseforetakene om å yte tjenester innenfor Helse og arbeid. Tilbud om arbeidsrettet utredning, behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er dermed potensielt tilgjengelig for flere innbyggere enn det som var tilfelle i perioden med "Raskere tilbake" (2007-2017). I dette kapitlet gir vi en oversikt over tilbudene i hver helseregion og beskriver innholdene i disse, basert på informasjon fra tiltakenes nettsider og fra intervju med de aller fleste tiltakene.

4.6.1 Helse Sør-Øst

4.6.1.1 Akershus universitetssykehus

4.6.1.1.1 Psykisk helsevern – poliklinikk (Groruddalen DPS)

Helse og arbeid-tilbudet ved Groruddalen DPS tilbyr dagpoliklinisk behandling for angst, depresjon og tilpasningsforstyrrelser, i inntil 15 timer per pasient. De vektlegger å ta inn personer med avgrensede problemstillinger i vurdering av egnethet for tilbudet. Tiltaket har per desember 2020 ti psykologstillinger, og har også ansatt psykiater (30 %). De har valgt å vektlegge faglig bredde blant behandlerne, og har flere psykologer med spesialisering i arbeidspsykologi, samfunnspsykologi og psykologer som har jobbet både i kommunehelsetjenesten og med rehabilitering i somatikken.

Behandlingen i Helse og arbeid-tilbudet er innrettet mot å øke arbeidsevne og bedre helse og mestringsevne. I oppstartsfasen har det hovedsakelig blitt individuelle konsultasjoner, men de ønsker at behandlingstilbudet i større grad skal omfatte korttids gruppebehandling, og har kjørt kurs i bekymringsmestring, søvnproblematikk og kurs for håndtering av stress i arbeidslivet. Hvert kurs har ca. 20 pasienter to ganger 2,5 timer, og man får utdelt en kursbok med selvhjelpsteknikker. Klinikken har også et selvutviklet kurs målrettet mot pasienter som er i jobb i "arbeidsrettighetsstressmestring" (pilotprosjekt) basert på mindfulnessprinsipper.

Tilbudet er i dialog med NAV om HelseArbeid og de ønsker å få NAV-veileder og sosionom inn i poliklinikken. Dette arbeidet har blitt utsatt pga. pandemien.

4.6.1.1.2 Nevroklinikken – Hodepine, og nakke/rygg-poliklinikk (HelseArbeid)

Ahus har landets største nevroklinikk som utreder og behandler pasienter med sykdommer i nervesystemet. I 2019/2020 har de også startet opp et helt nytt tilbud innenfor Helse og arbeid rettet mot pasienter med hodepineproblematikk og nakke/rygg-lidelser. Poliklinikken er foreløpig et pilotprosjekt som skal evalueres ved utgangen av 2021, og tar i utgangspunktet bare inn pasienter fra to kommuner – Lillestrøm og Lørenskog. Hvis tilbudet videreføres, skal det favne pasienter fra hele opptaksområdet. Hodepinepoliklinikk

gjennomføres to dager per uke, og nakke/rygg-poliklinikk to dager per uke. I Hodepine-teamet er det tre hodepine(lege)spesialister, sykepleier, fysioterapeut og psykolog og egen NAV-veileder. Nakke/rygg-teamet består av to fysikalskmedisinere, fysioterapeut, sykepleier og egen NAV-veileder. Tiltaket utgjør individtiltaket i HelseArbeid, og det er planlagt oppstart med bedriftstiltak på sikt. NAV kan også henvise til tiltaket.

Pasientene (18-67 år, norskspråklige (pga. forskning/skjema)) som blir rettighetsvurdert inn i tiltakene blir ringt opp av sykepleiere som avklarer deres tilknytning til arbeidslivet (sykmelding, AAP, utføre med liten stilling i jobb inkluderes), hvilke plager de har, sykmelding og fraværshistorikk. Deretter avgjøres det om de passer i tiltaket. De undersøkes av lege i første møte, som avgjør om det er indikasjoner på operasjon, eller om pasienten skal videre med i prosjektet. Sykepleier utfører kognitiv testing, før pasientene på dag to møter fysioterapeut og psykolog i en tverrfaglig kartlegging. Pasienten får også tilbud om møte med NAV-veileder. Deretter skreddersys et behandlingsopplegg etter behov, noen hos psykolog, noen hos fysioterapeut og noen får begge deler. Det jobbes også med å etablere gruppetilbud, noe som skal i gang i januar 2021.

4.6.1.2 Diakonhjemmet Sykehus

4.6.1.2.1 Psykisk helsevern - Poliklinikken Raskere tilbake

Poliklinikken utgjøres av et tverrfaglig team med psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere som benytter hovedsakelig jobbfokusert kognitiv terapi og metakognitiv terapi på pasienter over 18 år med depressive plager, angstplager og søvnproblemer. Terapien har som mål at pasienten får kontroll over sine problemer, forstår hva som bidratt til å opprettholde dem, og finne metoder som kan brukes for å forebygge nye problemer. Brukermedvirkning vektlegges, pasienten skal medvirke aktivt i egen behandling og føle seg respektert og ivaretatt.

Før oppstart av behandling tilbys et terapiforbereende kurs i mestring av angst og depresjon for de som står på venteliste (2 timer/uke i 4 uker). Det arrangeres også regelmessig gratis informasjonsmøte ved poliklinikken for familie, pårørende og venner til pasienter.

Behandlingen foregår som regel over 8-12 timer. På nettsidene til tiltaket er det listet følgende sentrale elementer i behandlingen:

- God informasjon om angst og depresjon, og normalisering av reaksjoner og følelser.
- Innsikt i sammenhengen mellom tenkning, følelser og handlinger, med vekt på å endre hemmende og uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre.
- Tiltak for å begrense tiden som brukes til energitappende bekymring, grubling og selvkritikk.
- Bevisstgjøring av ressurser og problemer i jobbsituasjonen, og hjelp til å holde seg i jobb eller komme tilbake til jobb.
- Ved behov kunne trene på gode måter å kommunisere på, både på jobb og i privatlivet, og å styrke evnen til problemløsning.
- Finne frem til aktiviteter som gir økt opplevelse av mestring og tilfredsstillelse.
- Vekt på struktur og døgnrytme i hverdagen.
- Råd om håndtering av søvnproblemer.
- Forebygging av tilbakefall.

Det benyttes selvevaluerings skjema i hver time som benyttes aktivt i behandlingen.

4.6.1.2.2 Kompetansesenter for psykisk helse og arbeid

Kompetansesenter for psykisk helse og arbeid er finansiert av de regionale helseforetakene og skal spre kunnskap om psykisk helse, behandling og arbeid. De tilbyr veiledning, kurs og undervisning for helsepersonell, og har egen forskning. I tillegg tilbys arbeidsrettet behandling ved Poliklinikken Raskere tilbake og gjennom individuell jobbstøtte (IPS).

Poliklinikken Raskere tilbake har gjennomført flere forskningsprosjekter på behandlingen over flere år. En løpende forløpsstudie samler data fra pasienter som mottar kognitiv terapi og som samtykker til å fylle ut spørreskjema i forløpet. Målet er å undersøke hvordan behandlingsmetodene forebygger langtidssykefravær. Det pågår også en randomisert kontrollert ventelistestudie av effekten av jobbfokusert metakognitiv terapi.

4.6.1.3 Lovisenberg Diakonale sykehus

4.6.1.3.1 Psykisk helsevern – Poliklinikken Helse og arbeid

Poliklinikken ved Lovisenberg har lenge vært en av landets største Helse og arbeid (tidligere Raskere tilbake)-tilbud i psykisk helsevern. Omtrent 50 psykologer og psykologspesialister har tilbudt behandling på alle hverdager og på kveldstid tre dager i uka, men i 2021 kom det signaler om at tilbudet skal bygges noe ned. Målgruppen for tilbudet er personer med vanlige psykiske lidelser (angst og depresjon) av moderat grad, som gir et betydelig funksjonsfall og påvirker evnen til å stå i arbeid. Problemene må være av en slik grad at man kvalifiserer for rett til helsehjelp i psykisk helsevern.

Tiltaket beskriver at de som henvises til Helse og arbeid bør ha en tilknytning til arbeidslivet eller ha en klar plan for å komme dit. Det forutsettes et funksjonsnivå hvor koordinerte tjenester ikke er nødvendig. Det legges opp til at pasientene kombinerer behandlingen med å opprettholde eller øke aktiviteten på arbeidsplassen. De tre første individuelle samtalene er vurderings- og planleggingssamtaler. Kursholdere har alltid forsamtale i forkant for å vurdere om kurset er passende.

Tilbudet består av en rekke kurs og behandlingsmetoder (se informasjon på Lovisenbergs nettside med mer detaljert beskrivelse av innhold):

Angstlidelser hos voksne - generalisert	Panikkangstkurs	Selvhevdelseskurs - Forstå deg selv og andre bedre
Depresjon hos voksne	Poliklinisk behandling i psykisk helsevern	Selvhevdelseskurs - Kunsten å si nei
Generalisert angstlidelsekurs - Bekymret, jeg?	Psykiske lidelser hos voksne - pakkeforløp	Sosial angst, kurs
Helseangstkurs	Psykodynamisk terapi	Spiseforstyrrelsekurs - Hjelp, jeg spiser for mye
Kognitiv terapi hos voksne	Psykoedukasjon	Stressmestringskurs - Biofeedback og stressregulering
Mindfulness gruppe	Selvfølelseskurs	Stressmestringskurs - Kunsten å mestre stress i arbeidslivet
Mindfulness MBCT		
Mindfulness MBSR		

Noen av kursene forutsetter at man er minst 40 % friskmeldt. Alle potensielle pasienter og deltakere blir bedt om å fylle ut en nettbasert kartlegging før oppstart (Checkware) og etter avslutning av kurs og/eller samtaletilbud.

4.6.1.4 Oslo universitetssykehus

4.6.1.4.1 Helse og arbeid ved Kreftrehabiliteringssenteret (Aker)

I perioden 2008-2017 har OUS hatt et Raskere tilbake-tilbud rettet mot kreftpasienter ved Aker sykehus og Radiumhospitalet. I forbindelse med omleggingen til Helse og arbeid ble tilbudene samlet i Kreftrehabiliteringssenteret ved Aker sykehus. Tilbudet er dekkende for hele Helse Sør-Øst, og er det eneste i sitt slag i landet med arbeidsfokuset kreftrehabilitering under Helse og arbeid-paraplyen.

Målgruppen er kreftpasienter i yrkesaktiv alder, og det er ikke krav om at pasientene er sykmeldt eller i jobb. I denne pasientgruppen vil mange nærme seg, eller være over på AAP, når de er klar for rehabilitering etter kreftbehandling. At målgruppen er bredere (og også inkluderer f.eks. studenter) oppleves som en stor fordel i dette tiltaket, sammenliknet med Raskere tilbake-perioden da sykepengekriteriet veide tungt. De fleste henvisningene kommer internt fra OUS eller andre sykehus, men også noe direkte fra fastlegene. Det er også flere kreftkoordinatorer ute i kommunene som kjenner tilbudet, og kan informere om det til sine brukere.

Tilbudet består av både gruppetilbud med kurs/undervisning én dag i uken over sju uker (ca. 10-12 personer per gruppe) og individuell rehabilitering med psykologsamtaler. De aller fleste får én av delene, men noen får også samtaler etter å ha deltatt i gruppebehandling. I noen tilfeller videreføres det til arbeidsrettet døgntilbud ved private institusjoner med avtale. Alle pasientene får en kartleggingssamtale før kurset med generell orientering og fokus på arbeidssituasjonen, tilretteleggingsmuligheter, rettigheter mv. Fagteamet er tverrfaglig sammensatt av onkolog, kreftsykepleier, sosionomer, psykologer, fysioterapeuter, ernæringsfysiolog og helsesekretær. Foreløpig er ikke NAV inne i poliklinikken, men det er ønskelig fra tilbudets side å få et bindeledd til NAV inn i klinikken på sikt.

4.6.1.4.2 Psykisk helsevern – Poliklinikken Raskere tilbake/Helse og arbeid (Nydalen DPS)

Siden 2015 har Nydalen DPS hatt en egen poliklinikk for Raskere tilbake/Helse og arbeid – hovedsakelig organisert som kveldspoliklinikk¹⁶. Målgruppen er pasienter som er sykmeldt (eller som står i fare for å bli det) på grunn av en angstlidelse eller en depresjonstilstand av mild til moderat alvorlighetsgrad. Også personer som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) eller er studenter kan søkes til tilbudet. Tilbudet forutsetter at pasientene skal være i et arbeidsforhold på henvisningstidspunktet. Henvisningsmengden er mer enn doblet fra 2015 til 2019.

Per høst 2020 har poliklinikken 17 psykologer/psykologspesialister og en psykiater som arbeider en kveld i uken med pasienter fra kl. 16 til kl. 21, noe som tilsvarer omtrent 12 % stilling på hver ansatt (2,2 stillinger til sammen). For de av pasientene som ikke har mulighet til å møte om kvelden, arbeider 2 psykologer på dagtid, én dag hver. To sekretærer i deltidsstilling betjener resepsjonen den ene kvelden i uka, og dessuten en enhetsleder, som er spesialist i psykiatri, og som arbeider administrativt og klinisk i full stilling. En av sekretærene arbeider med administrasjon 1,5 dager i uken, også på dagtid.

Behandlingen består av individualterapeutiske samtaler og kurs. I tillegg mottar pasientene medikamentell behandling og medisinske vurderinger ved behov. Hovedinnholdet i behandlingene er psykoterapeutisk, herunder psykoedukasjon, eksponeringstrening ved angstlidelser, hjemmeoppgaver og gjennomgang av skriftlig materiell. Ved siden av individuelt rettet psykoterapeutisk behandling av den angst og/eller depresjonstilstanden pasienten har, legges det vekt på tilbakeføring til arbeid. Det kartlegges hvilken arbeidssituasjon pasienten er i, hva slags utdanning og arbeidserfaring vedkommende besitter og det

¹⁶ Beskrivelsen som gis her er utarbeidet av leder av tiltaket i forbindelse med en statusrapport for tiltaket vi har fått tilgang til.

undersøkes om det kan være forhold på arbeidsplassen som har bidratt til nåværende lidelse. Det oppfordres til kontakt med arbeidsplassen, til at gradert sykmelding vurderes fremfor full sykmelding, det legges vekt på arbeidsplassen som mestringsarena (der det passer) og arbeidsplassen som fristed (der det passer). Er arbeidet en medvirkende årsak til psykisk sykdom, arbeides det målrettet for å løse opp en ofte fastlåst situasjon, blant annet gjennom å vurdere flere arbeidsmuligheter og lage en ny og videre ramme å tenke innenfor. Sykdom kan også være en anledning til å revurdere ønsker og mål for den enkelte.

Pasienter med depresjonstilstander får tilbud om å delta på kurs i depresjonsmestring. Kurset går over fire kvelder og inneholder opplæring og undervisning om depresjon og om kognitive teknikker knyttet til depresjonsmestring og forebygging av nye episoder. Personer med panikkangst tilbys et kurs over tre kvelder, med undervisning, mestringsteknikker og øvelser. Kursene kommer i tillegg til den individualterapeutiske behandlingen og tilbys hovedsakelig mens pasienten venter på første time hos psykoterapeut. Tiltaket samarbeider tett med fastleger og med NAV, samt enkelte ganger med spesialister i andre fagfelt. Selv om behandlerne arbeider andre steder har de klart å frigi tid for å stille ved møter hos NAV og likeledes å kunne møte i retten (akutte belastningslidelser som følge av vold og arbeidsrettslige saker). Tiltaket evaluerer fortløpende grad av arbeidsuførhet og symptomtrykk (ved bruk av skåringsverktøyet SCL-10) i pasientens første og siste behandlingstime, slik at man kan kvantifisere endring gjennom behandlingsperioden.

Tiltaket rettighetsvurderer henvisinger for Oppfølgingsenheten Frisk og Norsk Arbeidshelse.

4.6.1.4.3 HelseArbeid ved Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved OUS har inngått samarbeid med NAV om HelseArbeid. Individtiltaket gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning enn det fastlegen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og NAV har mulighet til å gi. Målgruppen er voksne personer (>17 år) som har vært sykmeldt mindre enn ni måneder med nakke- rygg smerter uten indikasjon for raske operative tiltak. Tiltaket ønsker henvisning i tidlig fase, ideelt sett før de har vært sykemeldt i 3 mnd.

Utredninger gjennomføres i en tverrfaglig poliklinikk og tar sikte på å avklare årsak til plagene samt vurdere relevante tiltak og oppfølging rettet mot å kunne stå i arbeid. Behandlingstilbudet går over 6 uker, gjennomføres av tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut, sosionom og psykolog og inkluderer arbeidsrettet veiledning fra NAV. Behandlingsopplegget inneholder undervisning og ulike former for trening som vil kunne hjelpe til å bli tryggere på å bruke kroppen og bedre funksjon. I samråd med pasienten vil det utarbeides en plan for tilbakegang til arbeid.

4.6.1.5 Revmatismesykehuset

4.6.1.5.1 Korttidsopphold i gruppe

Revmatismesykehuset har hatt Raskere tilbake-tilbud siden 2008, der bred tverrfaglig tilnærming og rask avklaring har vært vektlagt. Et tverrfaglig team kan bestå av revmatolog, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykoterapeut, sosionom og kostveileder. Målgruppen for tilbudene er personer med inflammatorisk revmatisk sykdom, degenerative revmatiske sykdommer og sammensatte muskel-/skjelettplager. Tilbudet består nå av korttidsopphold i gruppe: "Kunsten å være yrkesaktiv revmatiker" Opplegget egner seg for personer som har diagnoser innen muskel- skjelettplager og inflammatorisk revmatisk sykdom og består av tre dager innleggelse, tre uker hjemme og fem dager innleggelse. Intervensjonene foregår både i gruppe og individuelt. Det gjennomføres fem grupper pr år (tre grupper på våren og to på høsten).

4.6.1.6 Sunnaas sykehus (lokalisert ved Aker sykehus)

4.6.1.6.1 Tverrfaglig vurderingspoliklinikk – muskel/skjelett, smerte, tretthet, angst og depresjon

Ved Aker sykehus har Sunnaas hatt en tverrfaglig vurderingspoliklinikk for pasienter med muskel-/skjelettlidelser, smerteproblematikk, tretthetssymptomer og lettere psykiske lidelser. Poliklinikken har hatt aktivitet siden før omleggingen og fram til og med 2021. I kartleggingen SINTEF gjennomførte høsten 2021 skriver de at Helse og arbeid-tilbudet vil bli avvirket i løpet av året fordi flere av områdesykehusene har bygget opp sin kapasitet.

Slik tilbudet var fram til 2021 ble det gjennomført vurdering av lege, psykolog, sosionom og fysioterapeut. Det var satt av 1,5 time til hver konsultasjon hos de ulike fagpersonene og disse ble gjennomført over en periode på 2-3 uker. Fagpersonene kartla funksjon opp mot arbeid – både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Tidligere behandling, rehabilitering og arbeidsutprøving blir også kartlagt. Teamet hadde et møte hvor de sammenliknet notater og laget en plan for hva som skal gis av tilbakemelding til pasienten. Deretter møtte pasienten hele det tverrfaglige teamet (møte på ca. 30 minutter) hvor vurderingene ble oppsummert, og aktuelle videre tiltak og behandling for å styrke pasientens arbeidsevne blir foreslått. Dette har hovedsakelig foregått digitalt. Det ble laget en plan som er individualisert og skreddersydd ut ifra behov. Etter avsluttende tverrfaglig møte skrives et poliklinisk notat (tverrfaglig epikrise) som sendes til fastlege og pasient. Det er sjelden videre oppfølging ved poliklinikken. Det har også vært gjennomført ulike gruppetilbud ved Sunnaas, som stressmestringsgrupper og egne mestringskurs for innvandrerkvinner.

4.6.1.7 Sykehuset Innlandet

4.6.1.7.1 Poliklinikk og ambulant tilbud for personer med hjerneslag og traumatisk hjerneskade (Gjøvik/Ottestad)

Ved sykehuset Innlandet, Seksjon for Arbeid og helse, har det i mange år vært et arbeidsrettet tilbud i form av tverrfaglig poliklinikk og ambulant tilbud for personer med helseproblemer etter hjerneslag og traumatisk hjerneskade. Hovedvekten (60-70 %) er hjerneslagpasienter. Typiske kognitive utfall kan være problemer med hukommelse, oppmerksomhet, konsentrasjon, språk, problemløsning, personlighetsendringer, emosjonelle endringer, nedsatt initiativ, nedsatt tempo og mental trettbarhet. Antall henvisninger har mer enn doblet seg de siste årene, og de får flere og flere med hjernerystelse som har behov for et arbeidsrettet tilbud. Pasientgruppen er også yngre enn før. Som inntakskriterium skal det ikke ha gått mer enn to år siden hjerneslag, og for post commotio pasienter skal det helst ikke ha gått mer enn ett år (gjør unntak for yngre personer). Pasientene må være motiverte for å komme tilbake i jobb, og arbeidsrehabiliteringsprosessen skal være pasients egen prosess. Tiltakene skreddersys det enkelte forløp, men skal ikke overskride 1,5 år i varighet. Arbeidsplassen ses på som en arena for rehabilitering.

Dagens arbeidsmodell ble utviklet i løpet av 2018, og hovedmålet er arbeidsdeltakelse for den enkelte pasient. Modellen skal ivareta hele rehabiliteringsprosessen i spesialisthelsetjenesten, men også på tvers av sektorer. Teamet i poliklinikken består av fysikalskmedisiner, lege, ergoterapeuter, fysioterapeut, idrettspedagog, sykepleier, sosionom og nevropsykolog. Tilbudet er bygget opp etter en forløpsmodell med utredning, undervisning/gruppedeltakelse og innebærer også ambulant virksomhet der teamet alltid drar ut og gjør en arbeidsplassvurdering og møter nærmeste leder til pasienten. Teamet deltar også i møter med NAV og samarbeidsmøter med f.eks. tiltaksarrangører. Pasientene får en egen koordinator/saksansvarlig, og de fleste pasientene følges opp gjennom 1-1,5 år. NAV er ikke direkte knyttet til poliklinikken, men de har tett samarbeid med NAV.

Ved første oppmøte avklares mål rundt å komme tilbake til arbeid. Pasienten kalles inn til et tverrfaglig møte med lege og to andre fagpersoner fra teamet (inkl. koordinator). I det første møtet kartlegges eventuelle barrierer i forhold til arbeidsdeltakelse, ressurser og pasientens mål. I andre møte er det mål om å utarbeide en plan for rehabilitering mot bedre helse og arbeidslivet. Ved behov gis tilbud om utredning eller oppfølging av andre faggrupper i teamet. Pasientene kan få behandling i gruppe for en avgrenset periode. Gruppetilbudene beskrives slik på tilbudets nettside:

Mestringskurs 1: Tilbake til arbeid etter hjerneslag/skade

"Målsetningen er å få økt forståelse for egen situasjon, utveksle erfaringer med andre i lignende situasjon og sette fokus på egne ressurser".

Mestringskurs 2: Å være yrkesaktiv etter hjerneslag/skade

"Tilbudet er poliklinisk og en videreføring av tema som ble presentert på mestringskurs 1, men innholdet bærer preg av at deltakerne har større kunnskap og erfaring rundt egen situasjon. Fokuset i gruppetilbudet ligger på mestring og livskvalitet i en endret hverdag".

Poliklinisk gruppetilbud for personer som opplever fatigue/kapasitetssvikt:

"Dette innebærer at fatigue og mestring sees i et heldøgnsperspektiv, men at det er først og fremst er fatigue og kapasitetssvikt opplevd i relasjon til arbeid som skal være hovedfokus for intervensjonen.

Når oppfølgingen er avsluttet vil fastlege og eventuelt annen henviser motta en sluttrapport. Det kan være aktuelt at andre instanser i hjemkommunen eller spesialisthelsetjenesten følger opp videre.

4.6.1.7.2 Psykisk helsevern – angst, depresjon og tilpasningsforstyrrelser (DPS Elverum-Hamar)

DPS Elverum-Hamar har en eget poliklinisk Helse og arbeid-tilbud under den ene allmennpoliklinikken til rettighetsvurderte pasienter med milde til moderate psykiske lidelser, angst og depresjon. Helse og arbeidsteamet har fem stillinger 1 overlege, to psykologspesialister og 2 psykologer. Teamet er kurset i arbeidsfokuset kognitiv terapi. Poliklinikken tar inn pasienter for helse Divisjon psykisk helse ved Sykehuset Innlandet (dekker også Lillehammer DPS og Gjøvik DPS sitt område). Målgruppen er pasienter med lettere psykiske lidelser, angst og depresjon. Psykose og rus og å være på AAP er eksklusjonskriterier. Pasientene må være sykmeldt eller i fare for å bli sykmeldt, og ha en arbeidstilknytning.

Teamet gjør en vanlig psykiatrisk utredning, men kartlegger jobbsituasjonen spesifikt og bruker jobben som en eksponeringsarena og undersøker hvilke begrensninger sykmeldingen har for pasienten. Behandlingen har fokus på arbeid og arbeidssituasjonen. Korttidsbehandling ved bruk av kognitiv og metakognitiv terapi, samt traumeterapi, med inntil 15 konsultasjoner. Det er NAV-veiledere tilknyttet tiltaket (avtalt to halve dager per uke) som de kan ringe til, og bruker i større grad NAV nå enn tidligere, blant annet i forbindelse med konflikt på arbeidsplassen.

4.6.1.7.3 Seksjon for helse og arbeid – Arbeidsrettet rehabilitering muskel- og skjelettsmerter (Ottestad)

Poliklinikken på Ottestad har hatt tilbud om arbeidsrettet rehabilitering siden 2007, og har gjennomført flere vitenskapelige studier på pasientgruppen med muskel- og skjelettsmerter. Teamet består av lege, sosionom og fysioterapeut. Det ligger i henvisningskriteriene at pasienten bør være utredet og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i kommunehelsetjenesten før henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det fylles ut spørreskjema før første konsultasjon.

Pasienten møter til en todelt utredning der første møte består av en konsultasjon med sosionom og deretter en konsultasjon med lege. Møtet avsluttes med at det lages en rehabiliteringsplan. I andre møte (ca. 1 uke senere) møter pasienten fysioterapeut som undersøker og gir veiledning om fysisk aktivitet. Når utredningen

er avsluttet følges noen opp i poliklinikken for en avgrenset periode, mens de fleste følges opp av fastlege eller andre instanser i hjemkommunen. Aktuelle tilbud etter utredningen er:

- LIFT 1: «Lærings -og mestring for pasienter med langvarige muskel – og skjelettsmerter».
- LIFT 2: «Mestring av belastninger – basert på kognitiv læringsteori».

Ved behov organiseres samarbeidsmøte med fastlege og evt. andre relevante aktører i helse- og sosialtjenesten.

4.6.1.8 Sykehuset i Vestfold

4.6.1.8.1 Psykisk helsevern og muskel/skjelett - Helse- og arbeidspoliklinikk (Kysthospitalet)

Tilbudet ved helse- og arbeidspoliklinikken ved Sykehuset i Vestfold har eksistert under hele Raskere tilbake-perioden og er rettet mot personer med psykiske plager, rygg- og nakkeplager og gravide med bekkenplager. Poliklinikken er et samarbeid mellom klinikk fysisk medisin og rehabilitering og klinikk psykisk helse og rusbehandling, og er samlokalisert. Teamet består av overleger, ergoterapeut, idrettspedagog/forsker, fysioterapeuter, psykologspesialister, sekretær og to ledere (én for hver av klinikkene som samarbeider).

Forløpet starter med en samtale ved poliklinikken innen to uker etter henvisningstidspunktet, hvor pasienten orienteres om tilbudet og får delta i planleggingen av forløpet. Alle pasienter deltar på to dagers undervisning, hvor hensikten er å få økt innsikt i helseplager som stress, rygg- og nakkeplager, angst og depresjon. Innholdet i undervisningen danner grunnlag for det videre individuelle forløpet. Her kan man etter behov velge samtale med psykolog og/eller fysioterapeut. Personer med rygg- og nakkeplager og gravide med bekkenplager tilbys en undersøkelse av fysioterapeut som første kontakt. Videre tilbys et fem dagers veiledningsbasert mestringskurs i gruppe, hvor refleksjon og kartlegging er virkemidler. I etterkant av dette tilbys samtale med veileder/coach. På nettsiden beskrives innholdet i tilbudet slik:

- 1) Samtale hvor du får informasjon om forløpet, og en forventningsavklaring. Det vil i samarbeid med helsepersonell utarbeides en plan for forløpet. Tidspunkt for time hos psykolog og/eller fysioterapeut inngår i denne planen.
- 2) To dagers kurs med gruppeundervisning om helseplager. Det tas utgangspunkt i vanlige helseplager, som innbefatter stress, muskel-/skjelettplager angst og depresjon. Hensikten er at du skal få økt innsikt i din situasjon og valgmuligheter på veien videre, som kan føre til økt mestring og bedret livskvalitet. Kurset skiller seg fra gruppeterapi idet dette er undervisning snarere enn terapi.
- 3) Enten individuelle samtaler med psykolog eller med fysioterapeut:
 - Individuelle samtaler med psykolog: Kartlegging og behandling rettet mot din utfordring. Mestringsorientert fokus på nåsituasjonen, og kunnskapsformidling med henblikk på forståelse av psykologiske mekanismer.
 - Individuelle samtaler med fysioterapeut: Kartlegging, klinisk undersøkelse og oppfølging rettet mot din utfordring.
- 4) Om ønskelig kan du delta på et fem dagers veiledningsbasert mestringskurs i gruppe. Gjennom gruppeveiledning med kartlegging av forhold som verdier, ressurser og muligheter, vil kurset kunne bidra til refleksjon og økt bevissthet omkring din livssituasjon. Kurset varer i 4,5 timer pr. dag.
- 5) Om ønskelig kan du tilbys individuell veiledning/coaching: Samtale med veileder etter fem dagers veiledningsbasert mestringskurs (se punkt 4). Det tas utgangspunkt i prinsipper fra veiledningsteori. Målet er å bidra til at du finner strategier for å mestre hverdagen i tråd med egne verdier og ønsker.

Etter avslutning av behandling sendes epikrise (avslutningsnotat) til henviser.

4.6.1.8.2

4.6.1.8.3 iBedrift

I tillegg til kurs og samtaler beskrevet over, driver helse- og arbeidspoliklinikken iBedrift – et kunnskapsbasert tiltak rettet mot bedrifter. iBedrift er et tilbud til både private og offentlige bedrifter, hvor forskningsbasert informasjon om alminnelige helseplager formidles ved samlinger for alle ansatte. Tilbudet tilsvarer bedriftstiltaket i HelseIArbeid.

4.6.1.9 Sykehuset Telemark

4.6.1.9.1 Helse og arbeid poliklinikk - muskel/skjelett og psykisk helse (Porsgrunn)

Ved Medisinsk klinikk, avdeling Nevrologi og rehabilitering ligger Helse og arbeid-tilbudet som ble opprettet som Raskere tilbake-tilbud for muskel- og skjelettlidelser i 2012 under navnet Arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk. Poliklinikken er nå samlokalisert med psykisk helsevern og har tre psykologer (nytt etter omleggingen, før var det Raskere tilbake-kveldspoliklinikk i DPS'et). Målgruppen er personer med uspesifikke muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager, som er i ferd med å falle ut av eller har falt ut av arbeid eller studier. I tillegg må pasientene ha et ønske om, og en realistisk mulighet for, å komme helt eller delvis tilbake i arbeidslivet. Arbeidskonsulenter fra NAV i Skien og Porsgrunn jobber på sykehuset som en del av det tverrfaglige teamet ved Helse og arbeid. Tverrfaglig team består av leger, syke-/vernepleiere, psykologer, fysioterapeuter og arbeidskonsulenter. Alle faggruppene har kursing i arbeidsfokustert kognitiv terapi. Det tilbys også ambulante tjenester, og poliklinikken har samarbeid med Vinje og Bamble kommune som har arbeidsrettede, kommunale tiltak. Hovedmålet med tilbudet er å etablere god samhandling mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, NAV, spesialist- og primærhelsetjenesten og kommunale rehabiliteringstiltak, slik at man unngår sykefravær og greier å stå i jobb. Det jobbes aktivt opp mot kommunal sektor, og ved behov tas det initiativ til individuell plan/koordinator.

Som forberedelse til behandling bes pasienten tenke gjennom egen livssituasjon og aspekter som er viktige med hensyn til deltakelse i arbeidslivet. I samarbeid med pasienten vil teamet kartlegge og utforme en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan basert på samtaler, helseundersøkelser og et felles målsetningsmøte hvor pasienten deltar. Teamet vil også samarbeide med arbeidsgiver, fastlege og lokalt NAV-kontor. Rehabiliteringsforløpet kan strekke seg inntil tre måneder.

Når rehabiliteringsforløpet nærmer seg slutten, gjennomføres avsluttende samtale med teamet der man går gjennom mål, tiltak og videre plan. Ved behov vil det tverrfaglige teamet også komme med anbefaling om videre utredninger/henvisninger, videre behandlings- eller rehabiliteringstiltak. I samarbeid med oppfølgende instans blir det tilrettelagt for videre oppfølging. Etter endt rehabilitering mottar pasienten oppsummering fra pasientjournalen (epikrise) og en tverrfaglig rapport, der rehabiliteringen og situasjonen er beskrevet. Dokumentasjonen blir, med pasientens samtykke, sendt til aktuelle samarbeidspartnere.

NAV har vært i dialog med sykehuset om å starte opp bedriftstiltaket, men foreløpig har de ikke blitt enige om oppstart med HelseIArbeid.

4.6.1.10 Sykehuset Østfold

4.6.1.10.1 Psykisk helsevern (DPSene i Halden, Sarpsborg og Fredrikstad)

Det finnes Helse og arbeid-tilbud ved alle tre DPS'ene rettet mot personer som har milde til moderate angst og/eller depresjonstilstander. Nærhet til arbeid er et viktig prioriteringskriterium. Behandlingene baserer seg på etablerte psykoterapeutiske metoder og en arbeidsfokusert tilnærming. Behandlingen er tidsavgrenset og aktiv. Det legges også vekt på psykoedukasjon om de psykiske symptomene og forebygging av tilbakefall.

Ved DPS i Halden og Sarpsborg er tilbudet ukentlig arbeidsrettet individualterapi med psykolog.

Ved Fredrikstad DPS er det opprettet et arbeidsrettet dagbehandlingstilbud, der behandlingen foregår 1 dag per uke (5 timer), med kombinert individual- og gruppeterapi. Tilbudet går over 10 uker og inkluderer grupper med fokus på mindfulness, kroppsbevissthet og fysisk aktivitet. Terapeutene vil kunne samarbeide med fastlegen.

4.6.1.10.2 Muskel/skjelett behandlingstilbud (Moss sykehus)

Behandlingstilbud for pasienter med skulderproblematikk og som trenger trening/tilrettelegging på arbeidsplassen for å komme tilbake til jobb. Samarbeid mellom ortopedisk avdeling, fysikalsk medisin, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom. Målgruppen er personer over 18 år med generelle muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager – med arbeidsmarkedstilknytning. NAV-veileder i 20 % er også inne i tilbudet.

Det er nylig (2019/2020) opprettet et kurstilbud én dag i uken som skal ivareta perspektiv på både psykisk og fysisk helse. Pasienten skal få økt innsikt i sine ressurser for å mestre egen helse og deltakelse i arbeid. Aktuelle temaer i kurset oppgis på nettsiden til tilbudet å være:

- Stress fra et psykologisk og somatisk perspektiv
- Stressmestring/håndtering
- Gode tips og idéer fra alle deltakerne
- Hvordan mestre mine helseutfordringer
- Hvilken bistand kan jeg få fra NAV for å bli i jobb og/eller komme tilbake i jobb
- Hva er dine ressurser og hva gir deg arbeidsglede
- Hva er viktig og riktig i ditt liv

Begge tilbudene (både psykisk helsevern og muskel- og skjelett) ønsker samlokalisering av disse tilbudene på sikt. De har også hatt møte med NAV om HelseArbeid-modellen, men det var per desember 2020 ikke tatt noen beslutninger om det.

4.6.1.11 Sørlandet sykehus

4.6.1.11.1 Poliklinikk psykisk helsevern (DPS Aust-Agder (Arendal) og DPS Solvang (Kristiansand))

Det er etablert et Helse og arbeid-tilbud i Enhet poliklinikk- og gruppebehandling med jobbfokusert behandling for pasienter med fall i arbeidsfunksjon grunnet mild til moderat angst og/eller depresjon. Tilbudet er for pasienter som ønsker behandling for sine psykiske plager og hjelp til å mestre jobb eller skole/studier.

4.6.1.11.2 Muskel/skjelett – Arbeidsrettet rehabilitering (Kristiansand)

Avd. For fysikalsk medisin og rehabilitering har etablert et tilbud rettet mot personer med muskel-/skjelettplager, og som er i ferd med å falle ut av eller har falt ut av arbeid eller studier. Pasienten må ha et ønske om og en realistisk mulighet for å komme helt eller delvis tilbake i arbeidslivet. Målet for rehabiliteringen ved Helse og arbeid er ikke å fjerne plagene, men derimot å bidra til at pasientene klarer å delta i arbeidslivet på en meningsfull og bærekraftig måte på tross av sine plager. Tilbudet er tverrfaglig består av arbeidsveileder, overlege, spesialfysioterapeut, spesialergoterapeut og psykologspesialist.

Pasienten får først en time hos lege for kartlegging av muskel/skjelettproblematikk, tidligere utredninger og behandlinger, øvrig helse- og livssituasjon samt mål for deltakelse i arbeidslivet. På legepoliklinikken blir det i samråd med pasienten gjort en vurdering om videre forløp i Helse og arbeid er hensiktsmessig. Pasienten får tidlig i forløpet noen oppgaver som har til hensikt å gi økt klarhet i hva som er pasientens mål for arbeid og vedkommende sine livsprioriteringer. Tilbudet legger stor vekt på brukermedvirkning og at det er pasienten som skal drive prosessen framover. Dagen fortsetter med kartlegging av arbeidssituasjon og -historie, fysisk funksjon og psykisk helse. Utredningen konkluderer med at fagteamet og pasienten sammen utformer en skriftlig plan som synliggjør mål og tiltak pasienten selv har tro på. Denne planen blir styrende for det videre rehabiliteringsforløpet.

Etter at rehabiliteringsplan er utarbeidet får pasienten en koordinator som vil være kontaktperson gjennom hele forløpet. Koordinatoren vil også gi individuell oppfølging på arbeidsområdet. Rehabiliteringsplanen inneholder ofte samarbeid med arbeidsgiver, fastlege og NAV-saksbehandler, eventuelt hvordan pasienten kan komme i gang med arbeid hvis vedkommende i dag ikke har tilknytning til en arbeidsplass. Man kan også få kortere oppfølging fra andre fagpersoner i teamet hvis det er behov for det.

Helse og arbeid inneholder også rehabiliteringstilbudet «Klar for jobben» der pasientene får kunnskap som belyser hvorfor mange opplever langvarige smerter selv når undersøkelser ikke viser skader i kroppen, hvordan man kan leve bedre med sine helseutfordringer og hvordan man kan øke evnen til å jobbe på tross av langvarige plager.

Varigheten på oppfølgingen i Helse og arbeid tilpasses den enkelte, men har en øvre ramme på tre måneder. Alle får en avslutningssamtale med sin koordinator og teamets lege der man går gjennom hva som har vært målsettinger for rehabiliteringsperioden, hva som har blitt gjort, hvor man er i dag og hva som er planen videre. Pasient og fastlege mottar sluttrapport etter endt oppfølging.

4.6.1.12 Vestre Viken

4.6.1.12.1 Psykisk helsevern (Bærum DPS, Asker DPS, Drammen DPS, Kongsberg DPS, Ringerike DPS)

Alle DPS-ene i Vestre Viken tilbyr psykologisk behandling i form av jobbfokusert terapi for pasienter som opplever fall i arbeidsfunksjon grunnet psykisk lidelse (lette/moderate depresjons- og angstplager) i form av sykemelding eller fare for sykemelding (gjelder også skoleelever/studenter). Antall behandler-årsverk som jobbet med pasienter henvist til Helse og arbeid fordelte seg per desember 2020 på 7 årsverk ved Drammen DPS, 3,2 ved Bærum DPS, 2 ved Asker DPS, 2 ved Kongsberg DPS, 0,4 på Ringerike DPS og ca. 0,4 på Gol.

Det sendes vanlige henvisninger til DPS-ene, som så gjør vurderinger av hvilke pasienter som passer inn i Helse og arbeid-tilbudene. Det oppgis fra ett av DPS-ene at de tar inn så godt som alle til en avklaringsamtale, og at noen med mer alvorlig problematikk da viderehenvises til allmennpoliklinikk. I utgangspunktet tilbys 10 individuelltimer, med utvidelse til 15 timer ved indikasjon. Pasientene får opplyst om tilgang til inntil 10-12 timer i første time. Det tilbys også kurs til pasientene (de fleste tar psykoedukativt kurs), og Bærum DPS har også bekymringskurs på ti kursdager (i tillegg til individualterapitilbudet). Det benyttes i stor grad emosjonsbaserte og metakognitive metoder, der den arbeidsrettede metodikken blir et rammeverk for behandlingen. Aktivt fokus på å bruke gradvis friskmelding til arbeid som en viktig del av behandling og tilfriskning. Arbeider med hvilke symptom, tanker og følelser som er til hinder for tilbakeføring i arbeid og sammen med pasienten tilpasses mål for behandling, hjemmeoppgaver, eksponering etc. til jobbfokus. Har også terapiforløp hvor fokus er forebygging av sykefravær, og hvor terapien i mindre grad har fokus på arbeidslivet.

Det hadde per desember 2020 vært dialog med NAV-koordinator for Vestre-Viken om å starte opp med HelselArbeid, uten at det var landet noe avtale om dette. Drammen DPS har startet en pilot der Nav stiller med en stillingsbrøk inn i poliklinikken (våren 2021 skal to NAV-veiledere inn i poliklinikken i 30 % stilling). Kun individtiltaket er aktuelt først, men de ansatte rapporteres å være positive til bedriftstiltaket, men at dette blir et ressurspørsmål. Ved de andre DPS ene samarbeides det med lokale NAV-kontor og det er knyttet kontakter og spredd telefonnummer til behandlere for å lette på samarbeidsmuligheter. Ved Drammen DPS har psykologspesialistene i tilbudet erfaring fra NAV (Senter for jobbmestring).

DPS-ene samarbeider tett med Helse og arbeids muskel-skjelett team på lokalt somatisk sykehus.

4.6.1.12.2 Muskel/skjelett – tverrfaglig poliklinikk (Bærum, Ringerike, Drammen og Kongsberg sykehus)

Bærum sykehus

Bærum sykehus etablerte i 2018 et tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser, herunder studenter og gravide. Pasientene møter et tverrfaglig team bestående av spesialfysioterapeut med erfaring fra ortopedi, kiropraktor med mastergrad i diagnostisk ultralyd og overlege i fysikalsk medisin med spesialitet i nevrologi. Teamet er organisert under ortopedisk avdeling i samarbeid med ortopeder.

Målet er å bidra med kunnskap og å veilede pasienten til å ta gode valg for egen helse og arbeidssituasjon. Det er ønskelig med tidlig henvisning - helst innen 6 uker fra start av sykmelding – for å unngå unødvendig lange behandlingsforløp. Det tilstrebes kort ventetid med sømløse overganger. Tilbudet på poliklinikken består av:

- Fysikalsk medisinsk undersøkelse/utredning
- Nevrologisk undersøkelse/utredning
- Ultralyddiagnostikk
- Individuell treningsveiledning
- Vurdering/beslutning av videre behandlingstiltak

Videre oppfølging vurderes individuelt. Behandling skal primært foregå i kommunal regi med fastlegen som koordinerende instans. Det samarbeides med DPS-ene i Vestre Viken om pasienter som trenger jobbfokusert kognitive terapi for angst og depresjon.

Ringerike sykehus

Ringerike sykehus etablerte i 2019 et tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser, herunder gravide med rygg- og bekkenplager. Poliklinikken er tverrfaglig med fysioterapeuter og ortopeder og fysikalsk medisiner, og består av undersøkelser, individuelle samtaler og kurs. Pasienter henvises til rask utredning - helst innen 6 uker fra start av sykmelding - med sikte på rask avklaring for arbeidsrettet behandling og tilrettelegging av pasientens arbeidsfunksjon. Hensikten er å gi den enkelte pasient kunnskap om og innsikt i egne plager, samt å øke mulighetsrommet i relasjon til det å stå i et arbeidsforhold og å øke livskvaliteten. Det legges vekt på tidlig og rask avklaring av pasientenes plager for å unngå unødvendig lange behandlingsforløp, og det er kort ventetid.

Tilbudet på poliklinikken består av

- Undersøkelse/utredning
- Kunnskapsbasert kurs for personer med uspesifikke muskel- og skjelettplager (og lettere psykiske plager)
- Kurs for gravide med bekken/ryggplager
- Individuell veiledning og videre oppfølging ved behov

Det samarbeides med DPS-ene i Vestre Viken om pasienter som trenger jobbfokusert kognitive terapi for angst og depresjon.

Drammen og Kongsberg

Drammen og Kongsberg sykehus, Seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering i Drammen, har etablert en tverrfaglig poliklinikk for pasienter med muskel-/skjelettplager. Målgruppen er pasienter som er sykemeldt eller står i fare for å bli sykemeldt på grunn av muskel-/skjelettplager, og hvor det er sannsynlig at en tverrfaglig, ikke-operativ, intervensjon kan forhindre dette. De ønsker pasienter henvist innen 6-8 ukers sykemelding for å forebygge unødvendige og lange behandlingsforløp. Målet med tilbudet er å redusere sykefraværet for muskel/skjelettplager ved å tilby avklaring og kort intervensjon i tidlig sykemeldingsfase. Poliklinikken har kort ventetid slik at pasienten får en rask avklaring og funksjonsvurdering for arbeidsrettede tiltak.

Målgruppen er personer i arbeidsfør alder (18-67) som er helt eller delvis sykemeldt, eller står i fare for å bli sykemeldt, på grunn av muskelskjelettplager. Studenter som står i fare for å måtte avbryte skolegang på grunn av muskel-/skjelettplager inkluderes også. Det tverrfaglige teamet består av fysikalsk medisiner og fysioterapeuter, og de samarbeider med ortopeder, psykologspesialister og NAV ved behov. Hovedfokuset er å formidle kunnskap for å gi pasienten forståelse og innsikt i sine plager og stimulere til mestring, aktivitet og arbeid. Tilbudet ved poliklinikken består av:

- Undersøkelse av fysioterapeut
- Undersøkelse av fysikalsk medisiner ved behov
- Individuell veiledning
- Korte kurs
- Hjelp med videre oppfølging i primærhelsetjenesten ved behov.

Det samarbeides med DPS-ene i Vestre Viken om pasienter som trenger jobbfokusert kognitive terapi for angst og depresjon.

4.6.2 Helse Vest

4.6.2.1 Haraldsplass Diakonale Sykehus

4.6.2.1.1 Muskel/skjelett – vurderingspoliklinikk

Tilbudet er rettet mot sykmeldte og de som står i fare for å bli sykmeldt. Fokus på kort ventetid. Vurderingspoliklinikk (skulder, hofta, kne) med utredning av muskel- og skjelettplager av ortoped, leger i spesialisering og fysioterapeuter. Henvisningene vurderes av spesialist i ortopedi i henhold til prioriteringsveilederen, det anslås at rundt 10 prosent av pasientene som henvises trenger arbeidsrettet oppfølging. Gjennom samtale, undersøkelse og diskusjon dannes et bilde av mulig årsak og forebyggende faktorer, samt hvordan smertene påvirker arbeidsdeltakelse. Behovet for kirurgisk- eller konservativ behandling vurderes, og man kan bli henvist videre til arbeidsrettet rehabilitering. Målet er at pasienten får kunnskap om tilstanden slik at man kan komme i gang med hensiktsmessig behandlingsforløp. De ansatte har kjennskap til frisklivssentraler i kommunene og opptreningsinstitusjoner for viderehenvisning, og deltar i "skulder-forum" med fysioterapeuter som jobber i kommunene. Ortopedene holder kurs for kommunene om videre behandling etter operasjon. Det er etablert en dialog med NAV om tettere samarbeid med Helse og arbeid-tiltaket, men framdriften er forsinket grunnet pandemien.

4.6.2.2 Helse Bergen

4.6.2.2.1 Psykisk helsevern - eMeistring

Helse Bergen har utviklet eMeistringstilbud i form av veiledet internettbehandling med egen arbeidsrettet modul. I Helse og arbeid-tilbudet er behandlingen jobbfokusert, og pasienten arbeider med moduler som er arbeidsrettet parallelt med egne behandlingsprogram innenfor depresjon, sosial angst og panikktilstander. Man har dialog og veiledning av e-terapeut underveis (skriftlig). Behandlingen varer inntil 14 uker. Per høst 2020 hadde man foreløpig begrenset erfaring med de arbeidsrettede modulene, og det er fortsatt uklart om de er ordentlig implementert i 2021.

4.6.2.2.2 Muskel/skjelett – poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering

Tilbudet er rettet til pasienter som er sykmeldt og har vært det i 4-6 mnd., både studenter og arbeidstakere, pasienter som ofte har vært sykmeldte pga. muskel- og skjelettlidelser og smertetilstander, eller de som står i fare for å bli sykmeldte av disse tilstandene. Tilbudet innebærer tverrfaglig utredning av sykepleier, fysioterapeut og lege, der man kartlegger arbeidsstatus, arbeidsfunksjon, og hindringer for å delta i arbeid eller studier. Avhengig av behov får man delta i arbeidsfokusert gruppebehandling eller individuelt tilpasset behandling med mål om å komme tilbake i jobb. De som har både psykisk helse- og muskel-skjelett-problematikk henvises til samarbeidsprosjektet:

4.6.2.2.3 Samarbeidsprosjekt somatikk/psykiatri (Rehabiliteringsklinikken og Bjørgvin DPS (HelseArbeid))

Samarbeidsprosjektet (foreløpig prosjektperiode ut juni 2021) skal gi helhetlig arbeidsrettet behandling for pasienter som har samtidige lidelser innenfor somatikk og psykisk helse. Man må være sykmeldt, eller i fare for å bli sykmeldt fra jobb eller studier, bo i opptaksområdet til Bjørgvin DPS (Åsane, Arna, Osterøy, Nordhordaland), ha utfordringer som kan handle om moderat angst og depresjon og som kan behandles innenfor rammen av ti konsultasjoner med hovedsakelig arbeidsrettet kognitiv terapi.

I prosjektet er det ansatt egen prosjektleder, en koordinator og en psykolog som jobber både i poliklinikken på Bjørgvin DPS og i poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det jobbes for at alle DPS'ene i Helse Bergen nå skal begynne å jobbe mer arbeidsrettet på en systematisk måte, og man tenker også å utnytte kompetansen som finnes om IPS i Helse Bergen til kompetanseheving av de som jobber i DPS'ene. Samarbeidsprosjektet fungerer som individtiltak i HelseArbeid, og Helse Bergen arbeidet høsten 2020 med å utvikle en digital metode for å gjennomføre bedriftstiltaket i HelseArbeid, og har en egen koordinator ansatt som har deltatt i utarbeiding av undervisning til pasienter i tverrfaglig gruppebehandling (generalisert og skuldergruppe).

4.6.2.3 Helse Fonna

4.6.2.3.1 Psykisk helsevern – Allmennpsykiatriske poliklinikker ved Haugaland DPS, Stord DPS og Folgefonn DPS

Alle de tre DPS'ene har tilbud innenfor arbeidsfokustert kognitiv terapi rettet mot sykmeldte arbeidstakere eller arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt og vil unngå sykmelding. Planen er at alle behandlerne i poliklinikkene skal jobbe på denne måten med målgruppen, men foreløpig har det vært noen behandlerressurser som har jobbet spesifikt med arbeidsrettet kognitiv terapi. Skal øke implementeringen våren 2021.

4.6.2.3.2 Muskel/skjelett – Fysikalskmedisinsk poliklinikk (utredning og behandling, Stord sjukehus)

Tilbudet er rettet mot sykmeldte, eller de som står i fare for å bli sykmeldt, men målet er å jobbe arbeidsfokustert med alle pasientene som kommer til poliklinikken og er motivert for arbeid. Legger prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering til grunn. Er per høsten 2020 i gang med å få innarbeidet et mer sosial- og arbeidsmedisinsk perspektiv i utredning og behandling, og har tatt i bruk flere kartleggingsverktøy mer systematisk. I dialog med NAV om å etablere HelseArbeid. Har ikke ansatt psykolog som jobber med Helse og arbeid-målgruppen foreløpig.

4.6.2.4 Helse Førde

I Helse Førde jobber man nå etter HelseArbeid-modellen og gjennomfører både Individtiltaket og Bedriftstiltaket. Helsearbeid koordineres av avdelingen Fysikalsk medisin og rehabilitering. På helseforetakets nettsider beskrives Individtiltaket å ha som formål å redusere og hindre frafall fra arbeidsliv og studier, og er rettet mot personer som har muskel- og skjelettplager, vanlige psykiske lidelser, et blandet symptombylde med både muskel- og skjelettplager og vanlige psykiske plager, eller andre plager/smertetilstander. I Helse Førde har man startet samarbeid med NAV region Sunnfjord (Høyanger, Sunnfjord, Kinn, Hyllestad, Askvoll, Fjaler) der har mål om å optimalisere behandling og tiltak i samarbeid med pasienten og helse for øvrig.

Pasienter med rett til helsehjelp vil få ei ordinær utredning tilsvarende behovene skissert i henvisningen. Utredning blir utført av lege, eventuelt også med andre yrkesgrupper (ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og/eller psykolog). Ved samtykke og behov blir NAV og fastlege invitert til møte for planlegging av tiltak og videre oppfølging.

Bedriftstiltaket består av helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, etterfulgt av en IA-prosess med fokus på egen arbeidshverdag. NAV velger ut aktuelle bedrifter som er interesserte i å jobbe systematisk med de tiltaka som ligger i modellen.

Bedriftstiltaket er modulbasert, og blir gjennomført som et samarbeid mellom Helse Førde og NAV.

Modulene har følgende tema: Modul 1 : Muskel/skjelett, Modul 2 : Psykisk helse, Modul 3 : Smertemeistring og arbeidsmiljø.

4.6.2.5 Helse Stavanger

4.6.2.5.1 Psykisk helsevern – behandlingstilbud Sola DPS

Tilbudet utgjøres av et eget team på DPS'et og er rettet mot de som har et arbeidsforhold eller er studenter og har mildt til moderat depresjon, angstproblem eller andre lettere psykiske problem. Det er spesifisert at tilbudet ikke passer til personer med langvarig nedsatt funksjonsnivå på grunn av psykiske plager og med behov for langvarig behandling. Tilbudet omfatter individuell samtalebehandling (kognitiv, - psykodynamisk eller eklektisk tilnærming) på inntil 15 samtaler. Det er også tilbud om gruppebasert stressmestringskurs over 8 samlinger (1,5 time) med undervisning om ulike tema, kognitive strategier og stressreducerende øvelser (f.eks. oppmerksomt nærvær).

Fra 2019 har DPS'et hatt en 100% psykologstilling som deles mellom DPS og fysikalsk medisinsk avdeling på Lassa. Psykologen har utdanning i arbeidsfokusert kognitiv terapi. Teamet består av psykologer, sekretær og sosionom. Fra høsten 2019 har de vært del av HelseArbeid og psykologen som jobber i både psykisk helsevern og somatikk har også bidratt inn i bedriftstiltaket.

4.6.2.5.2 Muskel/skjelett – Klinik for hode, hals og rehabilitering (AFMR Lassa)

Ved seksjon for fysikalsk medisin på Lassa tilbys diagnostikk/utredning, behandling og rehabilitering av personer med muskel- og skjelettlidelser (i hovedsak skulder og rygg-poliklinikk). Målgruppen beskrives som de som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole, eller står i fare for å falle ut. Tilbudet skal gjøre det mulig å komme lettere tilbake i arbeid. Teamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, psykolog og spesialsykepleier (sistnevnte gir bl.a. mestringsamtaler med kognitiv tilnærming). Tilbudet er godt i gang med HelseArbeid-konseptet (både individ- og bedriftstiltak), og deler blant annet psykologressurs med Sola DPS og har NAV-ressurs inne i 50 %. Alle ansatte på den fysikalsk medisinske poliklinikken som jobber i Helse og arbeid-tilbudet har vært på kurs i arbeidsrettet kognitiv terapi ved Diakonhjemmet.

4.6.3 Helse Midt-Norge

4.6.3.1 Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal kom i løpet av september 2020 i gang med HelseArbeid-konseptet og har etablert individtiltak ved sykehusene i Ålesund og i Molde. Tilbudene er fylkesdekkende, og pasienter kan henvises på tvers.

4.6.3.1.1 HelseArbeid – Sunnmøre – Fysikalsk medisin og nevropsykologi (Ålesund)

Individtiltaket i Ålesund skal gi rask tverrfaglig utredning og vurdering av 1) muskel/skjelettplager (diagnoseuavhengig) eller 2) kombinerte muskel-skjelettplager og lettere psykiske plager. Målet er at pasienten holder seg i arbeid, eller får økt deltakelse i arbeidslivet, samt gi pasientene kunnskap om egne plager og gode mestringsstrategier. Henvisende instanser er fastlege, psykolog, manuellterapeut, kiropraktor og tannlege.

Målgruppen er personer som står i fare for å sykmeldes, har hyppige sykmeldinger eller er i en tidlig fase i sykmeldingen. Man trenger ikke å ha prøvd behandling i primærhelsetjenesten før man henvises. Henvisning vurderes av inntaksteam i samsvar med nasjonal prioriteringsveileder – innen ti virkedager. Alle pasientene

undersøkes av spesialist i fysikalsk medisin eller lege i spesialisering, gjerne sammen med spesialfysioterapeut. Arbeidsstatus kartlegges i første time, pasienten får diagnose og behandlingsplan. Øvrig fagpersonell pasienten kan møte er fysioterapeut, manuellterapeut, psykolog, arbeidsrådgiver og NAV-veileder. Det finnes også gruppetilbud bestående av bevegelsesgruppe, styrkegruppe, samt en temadag/undervisningsdag for muskel- og skjelettplager med tema anatomi, diagnose, smertefysiologi, fysisk aktivitet og kognitiv tilnærming. Etter behov tilbys også kontroller og oppfølgingssamtaler, arbeidsrelatert oppfølging i samarbeid med NAV og/eller samhandling med fastlege og andre deler av helsetjenesten. Ansatte i tilbudet har hatt møte med Rask psykisk helsehjelp i kommunen for å få økt kunnskap om dette tilbudet.

4.6.3.1.2 HelseArbeid – Nordmøre – Tverrfaglig ryggpoliklinikk og Poliklinikk psykisk helse DPS (Molde)

Individtiltaket i Molde har tre alternative løp; 1) for psykiske lidelser, 2) nakke/ryggplager eller 3) kombinert tilbud for nakke/ryggplager og psykiske lidelser. I Molde består teamet av psykologspesialist, nevrolog, spesialfysioterapeuter/manuellterapeut, sosionom og NAV-veileder. Målgruppen for tilbudet er den samme som beskrevet for Ålesund. De individuelle tiltakene beskrives også i stor grad likt som for Ålesund, men tiltaket i Molde er rettet mot nakke/rygg-lidelser. Gruppetilbudene består av treningsgruppe i sal eller basseng, samt undervisningsbolker med tema som rettigheter og plikter som sykmeldt, angst, depresjon, smerte og mestring.

I tillegg til individtiltakene i Ålesund og Molde bidrar ansatte i spesialisthelsetjenesten inn i bedriftstiltaket som ledes av NAV (tjenestesamhandlingsavtale mellom NAV og helsetjenesten). Her formidles oppdatert kunnskap om muskel-skjelett og psykiske helseproblemer på arbeidsplasser. Tiltaket inneholder også prosessarbeid for å øke inkludering, mestring og arbeidsdeltakelse på arbeidsplasser. I pilotperioden (fra september 2020 til september 2021) skal fire bedrifter fra Møre og Romsdal delta i dette tiltaket for å teste det ut.

4.6.3.2 Helse Nord-Trøndelag

4.6.3.2.1 HelseArbeid/ARR - Allmennpsyk. pol. og fys.med.pol (Sykehuset Levanger)

Tilbudet er utviklet i tett samarbeid mellom allmennpsykiatrisk poliklinikk og fysikalsk medisinsk poliklinikk. Har en full psykologstilling som har kontorsted begge steder (siden høst 2019). Målgruppen er pasienter (ansatte/studenter) som er sykmeldte eller i fare for å bli sykmeldte. Av de som henvises med hovedsakelig psykiske helseutfordringer kan også personer på AAP inkluderes. For pasienter som hovedsakelig henvises med vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon er det utviklet et tilbud om inntil 10 timer kognitiv terapi (/ACT-tilnærming). Det gis også gruppetilbud innen depresjon/bekymringslidelse og generalisert angstlidelse som ledes av to psykiatriske sykepleiere (8-10 samlinger). Foruten sykepleiere består teamet av fysikalskmedisiner, fysioterapeuter, psykolog og sosionom, samt at NAV har 25 % stilling på hhv. psykiatrisk poliklinikk og fysikalsk medisinsk poliklinikk. Pasientene tilbys tverrfaglig utredning over to-tre dager, og pasienter henvist med hovedsakelig muskel/skjelettproblematikk får også tilbud om psykolog hvis utredningen avdekker behov for det. Helseforetaket skal også i gang med IPS, og det er ansatt jobbspesialister og metodeveileder. Den ene jobbspesialisten skal inngå i teamet på allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Bedriftstiltaket var høsten 2020 på planleggingsstadiet, og skal piloteres i to virksomheter med høyt sykefravær. Fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier skal delta fra helse. Det er også planer om å rette spesifikke tiltak mot ungdom (i samarbeid med BUP) og unge voksne, og jobbe med samarbeidet mellom NAV og helse for de som fortsatt er under utdanning.

4.6.3.2.2 Jobbmestrende oppfølging

Helse Nord-Trøndelag HF samarbeider med NAV og Friskgården om å tilby arbeidstiltaket "Jobbmestrende oppfølging". Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser prioriteres) som er motivert for å komme ut i ordinært arbeidsliv eller utdanning, eller som tiltak for de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Tiltaket innebærer at den ansatte får en JMO-veileder ved Friskgården som følger opp med kognitiv terapi (ca. 15 timer per mnd.), samt oppfølging på arbeidssted/utdanningssted. Det er evalueringsmøte hver tredje måned. Tiltaket har en varighet på tre måneder, men man kan bli enige om forlengelse hver tredje måned inntil to år.

4.6.3.3 St. Olavs hospital

4.6.3.3.1 Arbeidsrettet behandling – Poliklinikk for unge voksne (Tiller DPS)

Helse og arbeid-tilbudet ved Tiller DPS er rettet mot unge voksne (18-25 år) med angst og/eller depresjon som har falt ut av skole eller jobb, og som har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasientene kan også være i AAP-løp. Tiltaket jobber etter IPS-metodikk, og har fem jobbspesialister ansatt per høsten 2020. Målet med tiltaket er å nyttiggjøre de unges arbeidsevner slik at de kan komme i ordinært lønnet arbeid eller beholde tilknytningen til skole og arbeidsliv. Pasientene forventes å samtykke til at NAV (veileder/jobbspesialist) deltar i behandlingen. Poliklinikken har NAV-veileder til stede to ganger per uke, som deltar i inntaksteam. Det er relativt nytt at NAV er inne med egen veileder. I tillegg inngår miljøterapeuter, psykologspesialist i arbeidspsykologi og psykologspesialist med ruskompetanse. Teamet har også rammebetingelser som tilsier at de kan jobbe ambulant, for eksempel opp mot videregående skoler.

Poliklinikken har også et eget team som driver med tidlig avklaring. Teamet vurderer henvisninger til poliklinikken og sorterer ut saker der de tenker at kommunehelsetjenesten er sannsynlig riktig tjenestenivå. Her møter de pasientene kort tid etter henvisning for å avklare hva som er et hensiktsmessig tilbud. Dette er pasienter som har fått rett til helsehjelp, men der det er uavklart hva som er veien videre, og der man kan se for seg at samarbeid mellom kommunehelsetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste er mest riktig. Noen pasienter viser seg også riktig å ta inn i poliklinikken. Også DPSene Nidaros og Orkdal er i gang med tidlig avklaringsteam, og IPS-metodikken er implementert i flere av DPSene under St. Olavs Hospital.

4.6.3.3.2 Muskel/skjelett – Tverrfaglig poliklinikk rygg, nakke og skulder

Helse og arbeid-tilbudet ved Tverrfaglig poliklinikk rygg, nakke og skulder er hovedsakelig rettet mot personer som har et arbeidsforhold, men som er sykmeldt eller risikerer å bli sykmeldt. Tilbudet innebærer rask vurdering og tverrfaglig utredning og behandling i et samarbeid mellom leger i fysisk medisin, nevrokirurgi, ortopedi og nevrologi, fysioterapeuter og sosionomer. Noen pasienter får også tilbud om behandling i grupper, som f.eks. rygg-/nakkerehabilitering eller skulder-rehabilitering. Det gis en helhetlig tverrfaglig behandling hvor det tas hensyn til fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Poliklinikken har som mål å etablere gode samhandlingsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og arbeidstaker, arbeidsgiver, NAV, primærhelsetjenesten og kommunale rehabiliteringstiltak for å oppnå høyere arbeidsdeltakelse og lavere sykefravær. Det er dialog med NAV om å komme i gang med HelseArbeid i løpet av 2021, og da spesielt å undersøke mulighetene for å gjennomføre bedriftstiltaket digitalt.

4.6.4 Helse Nord

Alle fire helseforetakene i Helse Nord RHF har valgt å organisere sitt Helse og arbeid-tilbud etter HelseArbeid-modellen (også benevnt "Helse i arbeid") med både individtiltak og bedriftstiltak. Den relativt ensartede måten å organisere tilbudene på, med utstrakt samarbeid om en felles modell mellom alle

helseforetakene, skiller denne regionen fra de øvrige på dette tidspunktet i følgeevalueringen. Alle sentrene har samlokalisert psykisk helse- og muskel-/skjelett-fagmiljø og $\frac{3}{4}$ har NAV ansatte i tiltaket. I løpet av 2020 er det også igangsatt en multisenterstudie (HIANOR) som inkluderer alle HiA-klinikkene i Helse Nord og skal studere effekt av individtiltaket. I tillegg pågår det en randomisert kontrollert studie av bedriftstiltaket i regi av Universitetet i Tromsø, finansiert av NAV FoU-midler. Alle sentrene har både individtiltak og bedriftstiltak.

4.6.4.1 Finnmarkssykehuset

4.6.4.1.1 Muskel/skjelett og psykisk helse – HelseArbeid ved Avd. for ReHabilitering (Kirkenes)

Poliklinikken i Avdeling for ReHabilitering gir tilbud om utredning og oppfølging til personer som har falt ut eller står i fare for å falle ut av arbeid eller skole/utdanning, og der årsaken antas å være vanlige muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske plager. Alle henvisninger gjennomgås av et tverrfaglig team. Utredninger gjøres i tverrfaglig poliklinikk, og tar sikte på å avklare årsak til plagene og foreslå egnet oppfølging. Ut fra pasientens behov vil man møte ulike faggrupper, for eksempel lege, fysioterapeut, psykolog, ergoterapeut, vernepleier, sosionom, spesialpedagog og veileder fra NAV. Utredningen ledes av legespesialist. Tiltaket samarbeider med kommunehelsetjenesten om oppfølging hos fysioterapeut i kommunen ved behov.

Ved behandling for milde/moderate psykiske plager tilbys støttesamtaler og/eller annen relevant oppfølging av milde til moderate depresjonsplager og avgrensede angstlidelser. Behandlingen har et klart mestringsfokus og er et aktivt samarbeid mellom pasient og behandler. Fokuset rettes mot hvordan problemene fremtrer i hverdagen til pasienten og hvordan man kan lære seg å håndtere disse. Behandlingen kan gå over 8-12 timer, og fordrer at pasienten er villig til å jobbe aktivt med temaene i terapien både i samtaler og mellom timene. Pasienten vil også jevnlig bli bedt om å fylle ut selvevalueringsskjema som brukes i terapien. Ved lang reisevei tilbys behandling over Skype. På indikasjon kan pasientene henvises til mestringsopphold hos private institusjoner. Det tilbys også oppfølging etter behov – kontroller/oppfølgingsamtaler, arbeidsrelatert oppfølging i samarbeid med NAV, og samhandling med fastlege/andre tjenester. I oppstartsfasen av etableringen av individtiltaket i Kirkenes har de også henvist mange av pasientene til mestringstilbudet OIF har avtale om å levere i Helse og arbeid (se kap. 3.3.).

I bedriftstiltaket har Avd. for Rehabilitering inngått en intensjonssamarbeidsavtale med Opptreningscenteret i Finnmark (OIF) der OIF har hovedansvaret for bedriftene i Vest-Finnmark, og Avd. for ReHabilitering har ansvar for bedriftene som rekrutteres i Øst-Finnmark. Det har vært testet ut digitalt oppstartsmøte i bedriftene under pandemien i 2020, og det er forventet at aktiviteten skal øke i 2021. Det er lokale NAV-veiledere som står for rekrutteringen til tiltaket i Finnmark.

Det finnes også en skulderpoliklinikk ved Sykehuset i Hammerfest som har vært finansiert av Helse og arbeid-midler (tidligere en "Raskere tilbake"-poliklinikk), men som hittil ikke har inngått i HelseArbeid.

4.6.4.2 Helgelandssykehuset

4.6.4.2.1 Muskel/skjelett og psykisk helse - HelseArbeid-senteret (Sandnessjøen)

Som for de øvrige HiA-sentrene i regionen defineres målgruppen som personer som er i ferd med å miste tilknytningen til jobb eller studier. Det vektlegges i beskrivelsen av tilbudet at henvisning bør komme i tidlig fase for å kunne iverksette rask avklaring. Utredning og vurdering av pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske helseplager gjøres av et tverrfaglig team i poliklinikken. Avhengig av behov kan man underveis, eller i etterkant, av utredningen få oppfølging av relevante faggrupper, som lege, sykepleier, fysioterapeut, psykologspesialist (tilknyttet Nordlandssykehuset), ergoterapeut, sosionom med

videreutdanning i psykisk helse og/eller veileder fra NAV. Utredningene ledes av legespesialist. Det har vært forsøkt rekruttert egen psykolog til tilbudet i flere runder, uten hell per november 2020.

For de pasientene som går videre til behandling etter utredningsfasen, tilbys fire ulike tilbud:

- 1) Mestringskurs (to dager), uspesifikke muskel-/skjelettplager, trygghetskapende dialogbasert undervisning (etter nasjonale kliniske retningslinjer), strukturerte gruppesamtaler – mål om å bli "trygg i jobb tross plager".
- 2) Mestringstilbud (2 x 4 dager), arbeidsrettet veiledning/undervisning, gruppesamtaler, trening og aktivitet.
- 3) Samtaleterapi (8-12 timer) med fokus på jobb/skole for personer med lettere til moderat angst og/eller depresjon. Mål om å finne metoder og strategier for å takle utfordringene/plagene. Må være villig til å jobbe aktivt med temaene i og mellom samtalene.
- 4) Øvelsesbehandling for spesifikke tilstander i muskel-/skjelettapparatet. Ved avgrensede, spesifikke tilstander i muskel-/skjelettapparatet kan det ved indikasjon tilbys relevant øvelsesbehandling. Det vil være mulighet for kontroller for å kvalitetssikre utførelse og evaluere effekt.

Det tilbys også oppfølging i etterkant hvis nødvendig; kontroller/oppfølgingsamtaler, arbeidsrelatert oppfølging i samarbeid med NAV, og samhandling med fastlege/andre tjenester. Det kan nevnes at Helgelandssykehuset hadde et Raskere tilbake-tilbud rettet spesielt mot CFS/ME-pasienter, og at de ser at de møter en del utmattelsestilstander i henvisningene til tilbudet som de i større grad ønsker at de kunne gi et tilbud til. Senteret samarbeider med NAV om bedriftstiltaket.

4.6.4.3 Nordlandssykehuset

4.6.4.3.1 Muskel/skjelett og psykisk helse - HelselArbeid-senteret (Bodø)

Som for de øvrige HiA-sentrene i regionen defineres målgruppen som personer som er i ferd med å miste tilknytningen til jobb eller studier. Det vektlegges i sjekklister for henvisning at pasientene ønskes henvist i tidlig fase. HiA-senteret har et tverrfaglig team som tilbyr utredning og vurdering av behandlings- og oppfølgingsbehovet for pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller psykisk helseplager som påvirker funksjon i jobb eller studier. Utredninger gjøres i tverrfaglig poliklinikk, og tar sikte på å avklare årsak til plagene og foreslå egnet oppfølging. Faggruppen utgjøres av lege, fysioterapeut, psykolog, og/eller veileder fra NAV. Utredning av muskel-/skjelettplager ledes av legespesialist. Utredning av psykiske helseplager ledes av psykologspesialist. Det bes alltid om samtykke før samtale/oppfølging fra NAV.

Psykologtilbudet til personer med milde til moderate depresjonsplager og avgrensede angstlidelser består hovedsakelig av arbeidsrettet kognitiv terapi, der pasient og behandler skal samarbeide om å finne gode strategier for å takle utfordringene på en god måte. Behandlingstiden er 8-12 timer, og det kreves at man er villig til å jobbe aktivt med temaene mellom samtalene. På indikasjon henvises pasienter videre til psykolog/psykiater med driftsavtale med Helse Nord RHF. Det understrekes i informasjonen på nettsidene til Nordlandssykehuset at man kan benytte Skype og telefon til oppfølging hvis ønskelig fra pasienten. For behandling av spesifikke tilstander i muskel-/skjelettapparatet gis det øvelsesbehandling der det er forskningsmessig støtte for at dette kan hjelpe. Pasienten får både instruksjon i øvelsene og skriftlige beskrivelser. Behandlingen kan følges opp på telefon/Skype, og på indikasjon kan pasienten viderehenvises til femdagers mestringsopphold ved institusjon som har ytelsesavtale med Helse Nord RHF.

HiA-senteret ved Nordlandssykehuset er samlokalisert (samme bygg) med både NAV, Rask psykisk helsehjelp (RPH) i Bodø kommune, IPS-tilbud og regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse. Samlokaliseringen med RPH vises til som særlig nyttig, da de kan kanalisere en god del av pasientene med

mildere symptomtrykk dit, og dermed får til en bedre prioritering/differensiering i eget tilbud. Samtidig kan de mer alvorlig psykisk syke pasientene henvises til IPS. HIA-senteret dekker på det viset hele spekteret av pasienter og brukere på psykisk helsesiden. De har også benyttet RPH-tilbud som stressmestring/belastningsmestring til enkelte muskel-/skjelettpasienter. Senteret samarbeider med NAV om bedriftstiltaket.

4.6.4.3.2 Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse (KAPH, Bodø)

KAPH er lokalisert på samme sted som HiA-senteret i Nordlandssykehuset. Senteret er en regional kompetansetjeneste for Helse Nord. Ifølge nettsidene har kompetansetjenesten som mål å utvikle, systematisere og formidle relevant kompetanse for aktivt å forebygge uførhet med bakgrunn i psykiske lidelser. De har gjort noen avgrensinger i tilnærmingen basert på hvilke metoder som har vist seg å ha effekt på målgruppen, og har forankret tilbudet i Supported Employment, nærmere bestemt IPS, og utgjør den største ressursen i Nord-Norge på dette feltet.

4.6.4.4 Universitetssykehuset Nord-Norge

HelseArbeid-senteret ved UNN i Tromsø var det første senteret i sitt slag i Helse Nord og har fungert som et slags ressurscenter i opprettelsen av liknende tilbud ved de øvrige helseforetakene i regionen siden omleggingen av Raskere tilbake i 2018. Senteret har blitt en spydspiss på nasjonalt nivå i implementeringen av HelseArbeid-konseptet, og har vært hyppig besøkt både av fagpersoner i Helse og arbeid-relaterte tiltak fra hele landet, samt offentlige helse- og velferdsmyndigheter. Fra og med 2020 har UNN også etablert et eget HIA-senter i Harstad.

4.6.4.4.1 Muskel/skjelett og psykisk helse - HelseArbeid-senteret (Tromsø og Harstad)

Ved HelseArbeid-senteret er fagressurser i spesialisthelsetjenesten og NAV samlokaliserte for å gi et mer helhetlig tilbud til pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager. På nettsidene beskrives tilbudet som spesielt rettet mot personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid eller studier, og det legges vekt på rask tilgang til tverrfaglig utredning og vurdering, inkl. arbeidsrelaterte avklaringer. Omtrent 95 % av henvisningene ble tatt inn på undersøkelsestidspunktet. Det tilbys utredning og vurdering i tverrfaglig poliklinikk der man kan møte lege (fysikalsk medisin), fysioterapeut, psykolog, ergoterapeut eller veileder fra NAV. Førstegangskartlegging (1,5 time) innebærer enten en monofaglig vurdering (rundt 80 % av tilfellene), hvor det kartlegges behov for involvering av flere fagpersoner, eller en tverrfaglig vurdering hvis henvisningen tilsier at dette er hensiktsmessig fra start. Det settes opp en rehabiliteringsplan, som inkluderer arbeids- eller studiedeltakelse.

Fagpersonene opplever at det for mange holder det med utredning i tverrfaglig poliklinikk for å etablere hensiktsmessige strategier for å mestre jobben, men på indikasjon kan man motta enten to-dagers mestringstilbud for pasienter med nakke- og ryggplager (undervisning/veiledning med individuell oppfølgingssamtale), eller jobbfokusert kognitiv terapi/helsepsykologisk oppfølging i en tidsavgrenset periode. Det gis også et tilbud til pasienter med primære muskelskjelettplager og som strever med mental belastning på grunn av sykdom/plager og funksjonsutfall. Det tilbys samme oppfølging i etterkant som beskrevet ved de øvrige sentrene; kontroll/oppfølgingssamtale, arbeidsrelatert oppfølging fra NAV, samarbeid med fastlege/øvrige tjenester. Også her understrekes mulighetene for å benytte videoløsninger i oppfølgingen. Det benyttes kartleggings skjema fra blant annet Norsk nakke- og ryggregister, HSCL-10, MINI, BDI og BAI, og skjema for "Oversikt over jobbsituasjonen" i tråd med veileder for jobbfokusert behandling ved angst og depresjon (utviklet ved Diakonhjemmet).

Bedriftstiltaket beskrives som et samarbeid mellom HelseArbeid-senteret og NAV Arbeidslivssenter, med fokus på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplass. Gjennom å formidle

kunnskap om vanlige helseplager til ledere og ansatte, er tanken at HelseArbeid bidrar til at den enkelte kan få et bedre arbeidsliv til tross for helseplager. Mer kunnskap vil også styrke arbeidsmiljøets inkluderingskompetanse.

HIA-senteret i Harstad har i stor grad det samme tilbudet som UNN Tromsø, bare i en litt mindre skala. Henvisningene til psykologisk behandling vurderes i Tromsø. Det planlegges å oppskalere stillingsprosentene i Harstad.

4.6.5 Tilbud innenfor Helse og arbeid hos private aktører med ytelsesavtaler

I kartleggingen blant de private institusjonene som har ytelsesavtaler med de regionale helseforetakene innenfor Helse og arbeid¹⁷ fikk vi respons fra 16 av de 22 vi sendte spørreskjema til. I tillegg har vi intervjuet et utvalg store private aktører i hver helseregion, på samme måte som vi intervjuet de offentlige helseforetakene i hele landet. Undersøkelser av denne typen gjennomført i forskningsøyemed skal være frivillige å delta på, og én av institusjonene svarte at de ikke ønsket å delta. Vi har dermed svar fra 15 institusjoner. I delkapitlene under presenterer vi resultatene fra kartleggingen for den enkelte institusjon. I tilfeller der institusjonen ikke har svart, og det finnes en beskrivelse av tilbudene på internett, benytter vi denne.

4.6.6 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF hadde i 2020 avtale med følgende private institusjoner innenfor Helse og arbeid, der noen har tilbud både innenfor muskel- og skjelett og psykisk helsevern:

Arbeidsrettet rehabilitering	Psykisk helsevern
Idrettens Helsesenter AS	Norsk Arbeidshelse
Rehabiliteringssenteret AiR AS	Oppfølgingsenheten Frisk
Skogli Helse- og rehabiliteringssenter AS	Salutis Psykologi AS
Stiftelsen Catosenteret	Skogli Helse- og rehabiliteringssenter AS
Stiftelsen Hernes Institutt	
Sørlandets rehabiliteringssenter Eiken AS	
Unicare Bakke AS	
Vikersund Kurbad AS	

Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst har oversikt over, og gir informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen. RKE rettighetsvurderer alle henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket. RKE drives av Sunnaas sykehus HF på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. I tillegg er det flere av de private institusjonene som svarer at spesialister i sykehus henviser rettighetspasienter direkte videre til dem.

Samtlige private aktører i Helse Sør-Øst svarte ja på spørsmålet om bruk av debitorcode 20 til NPR.

¹⁷ Kartleggingen er ikke sendt til private avtalespesialister.

4.6.6.1 Idrettens Helsecenter

Antall årsverk i Helse og arbeid: 19

Målgruppe

Pasientene har som regel arbeidsforhold, men ikke alltid. De fleste er sykemeldt, men noen er på AAP. Noen har rene fysiske plager, men de fleste har sammensatte plager, f.eks. smerter og utmattelse/depresjon/angst.

Tilbudsbeskrivelse

Tverrfaglig kartlegging ved inntak. Individuelt tilpasset rehabiliteringsprogram, dag eller ambulant, med fysisk trening med individuell veiledning og i gruppe, samtaler individuelt og i gruppe, undervisning, samarbeid med arbeidsgiver. Tverrfaglig team med fysioterapeut, idrettspedagog, lege, psykolog, sosionom, arbeidskonsulent og klinisk ernæringsfysiolog.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Ved behov, møte med arbeidsgiver for å sikre lik forståelse av situasjonen og for å diskutere tilretteleggingstiltak.

4.6.6.2 Rehabiliteringssenteret AiR

Antall årsverk i Helse og arbeid: 4

Målgruppe

- 1) Ukestilbud for kartlegging og vurdering om personer med helseproblem har behov for mer rehabilitering, eventuelt andre helsetilbud. Målgruppen er personer som har falt ut/står i fare for å falle ut av arbeid grunnet helseplager, eller personer som grunnet helseplager ikke har kommet i jobb, tross utprøvde lokal arbeidsrettede tiltak. Alle i yrkesaktiv alder fra 18 år og oppover kan søkes inn. Innsøking er uavhengig av diagnose.
- 2) Fireukers arbeidsrettet rehabiliteringsopphold. Målgruppen er sykmeldte, eller personer med nedsett arbeidsevne som hindrer dem i å skaffe eller beholde arbeid. Må være fra 18 år og eldre, med realistisk mulighet for og ønske om å være i arbeid.

Tilbudsbeskrivelse (fra nettsiden)

- 1) Ukestilbudet er gruppebasert med individuell oppfølging. Kartlegging av hva som trengs for å styrke arbeidsevne og helse. Veiledning i utarbeiding av plan for arbeidsdeltakelse og/eller videre helseoppfølging, og forankring av disse. Etablere dialog med arbeidsgiver og/eller NAV for best mulig oppfølging. Deltaker blir knyttet opp til team med lege, samtalerapeut og arbeidskonsulent. Deltakelse i undervisning, individuelle samtaler og fysisk aktivitet.
- 2) Arbeidsrettet rehabilitering – fire uker. Gruppebasert med individuell oppfølging. Gjennom kartlegging, samtaler, ulike aktiviteter og målarbeid i lag med fagpersoner i tverrfaglig team (lege, arbeidskonsulent, psykolog/samtalerapeut, fysioterapeut og idrettspedagog) jobbar man seg fram til hvilke tiltak som må til for best mulig funksjon og balanse i arbeidsliv og privatliv. Fysisk aktivitet er en viktig del av oppholdet og pasienten vil få innføring i ulike treningsformer.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Se over.

4.6.6.3 Skogli helse og rehabilitering

Skogli helse og rehabilitering på Lillehammer har både tilbud innen psykisk helse og et diagnoseuavhengig arbeidsrettet rehabiliteringstilbud.

Antall årsverk i Helse og arbeid: 13

- 1) Fire behandlere jobber med arbeidsrettet psykologisk behandling
- 2) Ni behandlere jobber i den døgnbaserte rehabiliteringen

Målgruppe

- 1) Rehabilitering med arbeids om mål: For de som er sykemeldt eller står i fare for å bli sykemeldt og trenger hjelp til å styrke funksjonsevnen i forhold til jobb. Tilbudet er uavhengig av diagnose.
- 2) Arbeidsrettet psykologisk behandling (pakkeforløp i psykisk helsevern).

Tilbudsbeskrivelse

Rehabilitering med arbeid som mål:

Gruppebasert program over tre uker. Tverrfaglig team bestående av sosionom, atferingskonsulent, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, lege og koordinator. I starten av oppholdet får du en kontaktperson, som vi kaller rehabiliteringskoordinator. I løpet av de to første dagene blir du undersøkt av lege og fysioterapeut, samt har en kartleggingssamtale med rehabiliteringskoordinator. Ut fra dine mål og ressurser, vil det i etterkant av disse samtalene bli laget en rehabiliteringsplan for oppholdet. Aktiviteter og undervisning vil foregå i grupper, og veiledningssamtaler med koordinator foregår individuelt. Fysisk aktivitet blir individuelt tilpasset. Skogli oppretter kontakt/dialog med din arbeidsplass og NAV ved behov.

Din situasjon, ønsker og mål er vårt utgangspunkt for å legge til rette for et vellykket rehabiliteringsopphold. Selv om du har begrensninger i hverdagen, legges det vekt på at du skal bli trygg på å være i fysisk aktivitet og oppleve påfyll. For å få optimalt utbytte av oppholdet er det fokus på å innarbeide gode rutiner som du kan videreføre hjemme. Vi ønsker at du på forhånd tenker gjennom hvordan pårørende eventuelt bør involveres under oppholdet på Skogli. Vår erfaring er at det er nyttig for pårørende å bli informert om prosessen du er i.

Arbeidsrettet psykologisk behandling

Mars 2018 fikk Skogli avtale innen «Arbeidsrettet behandling for personer med angst og depresjon».

Dette er et poliklinisk tilbud, som i praksis vil bestå av psykologsamtaler, og som inngår i pakkeforløp for psykisk helsevern. En psykologspesialist har rollen som pakkeforløpskoordinator under oppholdet.

Oversikt over resultater her: <http://skogli.no/forskning-og-utvikling/>

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Under oppholdet vil fagteamet i samarbeid med deg og evt. arbeidsgiver/NAV utarbeide en plan for arbeidsdeltakelse.

4.6.6.4 Stiftelsen Catosenteret

Antall årsverk i Helse og arbeid: 6

Målgruppe

Det som kjennetegner målgruppen, er muskel/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser. Vi opplever at målgruppen er lengre unna arbeid enn tidligere, altså færre innenfor sykemeldingsåret, flere uten arbeidsforhold som er på arbeidsavklaringspenger. Flere på slutten av perioden som ønsker en avklaring mot uføretrygd.

Tilbudsbeskrivelse

Fysisk aktivitet i gruppe og individuelt, undervisning - ACT basert. Smerte, søvn og stressundervisning. Friluftsliv, individuelle samtaler med sykepleier, psykolog, lege, fysioterapeut og arbeidskonsulent. Kontakt med NAV eller arbeidsgiver.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Målarbeid med tanke på jobb. Jobbfokus under opphold. Samtaler om jobb med arbeidskonsulent/team. Kontakt med NAV og arbeidsgiver. Karriereveiledning, og videre plan med tanke på jobb. Styrking av fysisk og psykisk helse for jobbmestring.

4.6.6.5 Stiftelsen Hernes Institutt

Antall årsverk i Helse og arbeid: 43

Målgruppe

Målgruppen kjennetegnes med lav/ingen formell utdanning og med arbeidserfaring fra yrkesområder med lav sosioøkonomisk status. Målgruppen har hatt langvarige og sammensatte helseproblemstillinger som har medført problemer med å stå i arbeid.

Tilbudsbeskrivelse

Tilbudet er en tverrfaglig og tverrsektoriell, systematisk, progressiv rehabiliteringsmodell med arbeid som mål. Den består av kognitiv, atferdsrettet tilnærming, tilpasset fysisk aktivitet og samtidig innsats rettet mot arbeidsliv, NAV og utdanningssystemer for å oppnå arbeidslivsdeltakelse.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Døgnbasert individuell behandlingsmodell hvor inntak er løpende. To tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, atferdskonsulent, arbeidsinstruktør og idrettspedagog som følger opp daglig den enkelte pasient. ICF er rammeverk, innsatsområder settes etter en individuell kartleggingsprosess av barrierer og ressurser mht arbeidsdeltakelse hos hver enkelt pasient. Arbeidsgiver, NAV og andre samarbeidsparter som har innflytelse på pas arbeidsdeltakelse deltar i planprosesser under og etter opphold.

4.6.6.6 Sørlandets rehabiliteringssenter Eiken

Antall årsverk i Helse og arbeid: 3

Målgruppe

Vi hadde Raskere tilbake tidligere og har nå avtale innenfor Helse og arbeid. Både tidligere og nå er det stor bredde på pasienter som henvises. Ofte henvises pasienter som har vært sykemeldt over lang tid, og en stor del av pasientene er langt inne i et AAP-løp. Pasienter burde vært henvist tidligere, for å ha bedre mulighet for tilbakeføring til arbeid.

Tilbudsbeskrivelse

Tjenesten har fokus på arbeidslivsdeltagelse i henhold til International Classification of Function (ICF). Tjenesten er individuelt tilpasset, med en biopsykososial tilnærming og bygger på kunnskapsbasert praksis. Pasienten har hoveddiagnose innen somatikk, men tjenesten som tilbys ivaretar tilleggspromblematikk som psykiatri og rus. Vi benytter ACT som beskrives som tredje generasjons kognitiv terapi.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Jobber med endringsprosesser, bedring av fysisk funksjon, stressmestring mv. Jobber inn mot evt. arbeidsgiver/NAV/fastlege/BHT mv. Rehabiliteringsplan er verktøy der den enkelte jobber med sine mål og prosesser. Oppfølging i etterkant av rehabiliteringsopphold.

4.6.6.7 Unicare Bakke

Antall årsverk i Helse og arbeid: 2,8

Målgruppe

Målgruppen er sykmeldte og/eller personer som har fått arbeidsevnen sin nedsatt slik at de hindres i å skaffe seg eller beholde inntekten sin. Det passer også for de som har behov for å styrke arbeidsevnen sin. Dette tilbudet er helt uavhengig av diagnose.

Tilbudsbeskrivelse

I dette rehabiliteringstilbudet er målet klart: pasienten ønsker å komme tilbake til arbeidet sitt eller øke arbeidskapasiteten sin. Hvordan pasienten kommer tilbake kan variere basert på behov og ønsker. Dette vil være utgangspunktet hvordan vi legger opp rehabiliteringsprosessen. Et tverrfaglig team kartlegger funksjoner og ressurser for å avklare rehabiliteringspotensiale hos hver enkelt. Denne kartleggingen gjøres gjennom samtale, undersøkelse og avkryssningsskjemaer. Det tverrfaglige teamet gjør faglige vurderinger og videre anbefalinger for å bistå deg i å oppnå økt arbeids-, funksjons- og mestringsevne, livskvalitet og deltakelse i arbeid. I avtalen ligger det inne fagressurser som lege, fysioterapeut, sykepleier, arbeidsveileder, sosionom og psykolog.

Pasient og primærkontakten setter opp en timeplan der vi sikrer at de får tilrettelagt individuell veiledning og behandling av aktuelle fagpersoner. Timeplanen vil også inneholde gruppeaktiviteter tilpasset funksjonsnivå, og man vil delta på undervisning og samtalegrupper med temaer som er relevante for hver enkelt. Vi vil veilede pasienten gjennom hele rehabiliteringsprosessen.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Vi har fokus på hvordan du kan beholde eller delta i arbeid, samt styrke din arbeidsfunksjon og kartlegge, vurdere og komme med anbefalinger basert på dine behov. Hvis du allerede har et arbeidsforhold, men er sykemeldt, kan rehabiliteringen foregå i tilknytning til jobben din.

4.6.6.8 Vikersund Bad og rehabiliteringssenter

Antall årsverk i Helse og arbeid:

Målgruppe

De som er i fare for å bli sykemeldt eller er sykemeldt. Delvis uføre, som trenger tiltak for å beholde restarbeidsevne. Pasienter som er på AAP, som trenger en avklaring for videre arbeid/ omskolering. Unge, som står utenfor arbeidslivet.

Tilbudsbeskrivelse

Øke arbeidsevnen og mestringsfølelsen. Mestre livet som helhet. Benytter elementer fra kognitiv terapi, ACT, mindfulnessbasert kognitiv terapi og livsstyrketrening. I tillegg ulike verktøy individuelt tilpasset.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Kartlegging av utfordringer/ aktuelle tiltak. Temaundervisning knyttet til arbeidslivet. For eksempel sammenhengen mellom fysisk kapasitet og arbeidskapasitet. Søvn og søvnmestring, - påvirkning på arbeidskap. Fysisk aktivitet individuelt og i gruppe. Bidra til kontakt med arbeidsgiver, Nav og fastlege, evt. andre aktuelle samarbeidsparter. I samarbeid med pasienten sette individuelle målsettinger og tiltak i rehabiliteringsplan som bidrar til å øke arbeidskapasiteten. Oppfølging individuelt under oppholdet og i etterkant.

4.6.6.9 Norsk Arbeidshelse

Antall årsverk i Helse og arbeid: 24

Målgruppe

I visse områder er det ikke så stor forskjell medan i andre områder skiller det seg noe i forhold til at vi lokalt kan ha pasienter som har noe større behandlingsbehov og kommer inn med noe høyere symptomtrykk en tidligere.

Tilbudsbeskrivelse

Tilbudet innebærer arbeidsrettet poliklinisk behandling for mild til moderat angst og depresjon. Psykologisk behandling med samtidig fokus på symptomreduksjon, økt livskvalitet og økt arbeidsevne. Evidensbaserte psykologisk metodikk med samtidig fokus på kunnskapsbaserte faktorer fra arbeidspsykologi. Typisk benyttet metodikk innenfor CBT.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Vi jobber med integrering av arbeidsrettet behandling i alle pasientforløp. Dette innebærer at det er et eksplisitt fokus i utredningen og i behandlingen. Hvis pasienten ikke er sykemeldt lages en behandlingsplan med fokus på å unngå sykemelding. Hvis pasienten er sykemeldt jobbes det via behandlingsplanen med et tydelig fokus på tilbakeføring i arbeid med samtidig behandling av de faktorer som står i veien for en slik tilbakeføring. Begrepene funksjonell og dysfunksjonell sykemelding brukes for å planlegge hensiktsmessig tilbakeføring i arbeid. Interne faktorer: "Locus of Control" og "Self-Efficacy", pasientens egen vurdering av arbeidsevne og egen tro på mestring. Eksterne faktorer: Høye krav, lav egenkontroll og lite støtte, organisatorisk urettferdighet, skjevt forhold mellom innsats-belønning, Negative følelser knyttet opp mot arbeidsgiveren, mobbing på arbeidsplassen mm.

4.6.6.10 Oppfølgingsenheten Frisk (har avtale både med Helse Sør-Øst og Helse Vest)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 25

Henvisning og målgruppe

I HSØ: alle henvisninger rettighetsvurderes ved lokal DPS. En økende andel av disse er stilet til oss, mens en hoveddel fortsatt er saker fra DPS'enes ventelister hvor vi har avtale om at de videresender til oss. Der hvor det finnes er dette i noen grad fra "Helse og arbeid-klinikker", mens det andre steder er fra allmennpoliklinikker ved DPS.

I Helse Vest: Vi rettighetsvurderer henvisninger selv, og får ca. 80 % av henvisningene direkte henvist fra fastleger til oss, mens ca. 20 % videresendes til oss fra DPS'ene i regionen etter avtale, der disse har vurdert henvisningene som egnet for videresending til oss og vårt tilbud.

Vi hadde tidligere tilbud innen Raskere tilbake, og har - særlig i oppstarten av Helse og Arbeid - opplevd målgruppen som noe "tyngre", sannsynlig relatert til rettighetsvurderingene. En del av pasientene som hadde god nytte av tilbudet innen Raskere tilbake er i en kategori som ikke nødvendigvis har rett til nødvendig helsehjelp. Men vi ser at der hvor man i rettighetsvurderingen har vektlagt eksempelvis funksjonsfall i arbeid som individuell faktor som kan tilsi rett til helsehjelp selv om tilstandene er av mildere art, så kan tilbudet gis til en større gruppe som vi ser har god nytte av det. Det handler også om å kunne gi tilbud på rett tidspunkt - nytten er ofte god når man ikke har vært lenge borte fra arbeid, og før symptomene har satt seg, slik at det kan være god forebygging at denne pasientgruppen også får mulighet til å motta tilbudet. Rapport om rettighetsvurderinger til Helse og Arbeid tar for seg dette perspektivet på en god måte slik vi ser det.

Tilbudsbeskrivelse

I HSØ: Her har vi fått avslag på søknad om å avholde behandlingsforberedende kurs, så vårt tilbud består her i utredning og individuelle behandlingssamtaler hovedsakelig bestående av jobbfokusert kognitiv terapi, men hvor vi også har behandlere med kompetanse på andre terapiretninger, som metakognitiv terapi, ISTDP, emosjonsfokusert terapi mv. Samarbeid med arbeidsgiver, NAV og fastlege er også en del av tilbudet der det er relevant.

I Helse Vest består vårt tilbud først av utredning og -dersom pasienten ønsker - et behandlingsforberedende kurs over 4 kursdager a 2 timer, hvor tema er 1) om å gå i behandling, 2) om angst, 3) om depresjon, 4) om arbeid og psykisk helse. Deretter individuell behandling, hovedsakelig bestående av jobbfokusert kognitiv terapi, men hvor vi også har behandlere med kompetanse på andre terapiretninger.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Tidlig fokus på gradert sykmelding, samarbeid med arbeidsgiver om tilrettelegging og opptrapping, "jobbedukasjon" som del av behandling/psykoedukasjon, jobbrelaterte hjemmeoppgaver mellom hver time, mål for arbeid i behandlingsplanen, evalueringer av de jobbrelaterte målene, noe fokus på arbeid i hver time. Kartlegge og jobbe med jobbrelatert mestringsstro og forventning om retur til arbeid. Se pasientens vansker i relasjon til jobb. Samarbeide om opptrappingsplaner.

4.6.6.11 Salutis Psykologi AS

Tilbud på Elverum, Lørenskog, Ringsaker, Hamar og Gjøvik. Tiltaket ligner på tilbudet Raskere tilbake som har vært tilbudt innen helseregionene i mange år. Arbeidsrettet behandling er en videreføring av dette, men det er også noen endringer i tilbudet. En av endringene er at henvisningene som fastlegen skriver skal

rettighetsvurderes på DPS, og pasienten må vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp for å kunne motta tilbudet. En annen endring er at det ikke er krav om at man er i et eksisterende arbeidsforhold på henvisningstidspunkt, og at tiltaket også omfatter studenter.

Antall årsverk i Helse og arbeid: 9

Målgruppe

Pasientene skal ha en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp, noe som skal vurderes i inntaksteam på nærmeste DPS. Utredning og behandling skal ha et samtidig og integrert fokus på arbeid og helse. Med arbeidsdeltakelse forstås også deltakelse i skole og utdanning. Tilbudet passer ikke for: personer som har alvorlige psykiske vansker som selvmordsproblematikk, psykose eller ruslidelser. Tilbudet er kun poliklinisk og med et korttidsfokus. Det vil derfor ikke være riktig tilbud for pasienter som trenger behandling over lengre tid, eller som er i behov av innleggelse.

Målgruppen har endret seg underveis. Der vi i starten fikk lettere til moderate problemstillinger har vi det siste halve året fått moderate til alvorlige problemstillinger.

Tilbudsbeskrivelse

Behandlingen er arbeidsrettet poliklinisk utredning og behandling for personer med angst og depresjon. Pasientene mottar korttids poliklinisk individualterapi basert på arbeidsrettet kognitiv terapi med brukermedvirkningsfokus. De første samtalene vil brukes til en kort utredning av pasientens helsetilstand, og for å sette felles mål for behandlingen. Målsetningen for tilbudet Arbeidsrettet behandling er bedre psykisk helse og tilbakeføring til arbeid eller utdanning.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Arbeidsrettet kognitiv terapi. Man må ikke ha et aktivt arbeidsforhold, og man kan også være under utdanning. Målet med behandlingen er imidlertid tilbakeføring i arbeid, så motivasjonen for dette bør beskrives i henvisningen.

4.6.7 Helse Vest

Helse Vest RHF hadde i 2020 avtale med følgende private institusjoner, der noen har tilbud både innenfor muskel- og skjelett og psykisk helsevern:

Arbeidsrettet rehabilitering	Psykisk helsevern
Oppfølgingsenheten Frisk, Randaberg	Oppfølgingsenheten Frisk, Randaberg
Røde Kors Haugland Rehab.senter i Fjaler	Institutt for psykologisk rådgivningstjeneste (Bergen og Haugesund)
LHL-klinikkene Bergen	
LHL-klinikkene Nærland	
Åstveit Helsesenter i Bergen	

Regional koordinerende eining (RKE) i Helse Vest skal ha generell oversikt over offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, og ha oversikt og kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunehelsetjenesten. Enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering gjennom å ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Henvisningene innenfor Helse og arbeid kommer primært gjennom RKE og via de offentlige Helse og arbeid-klinikkene. Noen av de private sier at de mottar noen få henvisninger fra kiropraktorer eller legespesialister (private avtalespesialister). Samtlige private aktører i Helse Vest svarte ja på spørsmålet om bruk av debitorcode 20 til NPR.

4.6.7.1 Institutt for psykologisk rådgivningstjeneste (Bergen og Haugesund)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 10

Målgruppe

Pasienter med depresjon, angst, utbrenthet, traumer, sorg. Opplever ingen klar endring fra Raskere tilbake, men da hadde vi kun de som hadde en jobb og var sykemeldt. Nå har vi også pasienter som ikke er sykemeldt og som er helt uten arbeid. Nå har vi også pasienter som er i utdanning, de var ikke i målgruppen for Raskere tilbake.

Tilbudsbeskrivelse

Behandling med maks 16 behandlingstimer i tillegg til inntakssamtale.

Fase 1: 12 behandlingstimer over maksimalt 18 uker. For de som ved slutten av behandlingen i fase 1 er nesten tilbake i jobb, 80-100% vurderes det om fase 2 (4 ekstra timer over 10 uker) er hensiktsmessig. Aktivt arbeidsfokus. Individualbehandling med innslag av flere terapiretninger som kognitiv terapi, emosjonsfokustert terapi (særlig mange av behandlerne har denne videreutdanningen), psykodynamisk terapi og et systemisk fokus. Mye fokus på pasientens relasjoner i og utenfor arbeidet. Har kontakt med fastlege, NAV og arbeidsgiver etter behov. Har fokus på så snarlig tilbakeføring til arbeidet som mulig, Ofte lages en konkret plan, oftest med gradvis opptrapping tilbake til arbeidet.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Har arbeidsfokuset med i hele behandlingen. Dette er tema hele veien. Pasientens opplevelse av arbeidet og hvordan kan en mulig tilrettelegging gjøres. Lege får alltid tilsendt brev med hvilke tanker det er for pasientens tilbakeføring til arbeid etter 3. behandlingstime. Kontakt med fastlegen også utenom dette, og kontakt med NAV og arbeidsgiver der dette er hensiktsmessig. Prøver å få til en så snarlig tilbakeføring som hensiktsmessig, ofte i kun liten prosent. Da blir erfaringer fra arbeidsplassen et viktig tema i samtalene.

4.6.7.2 LHL-klinikkene (Bergen)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 6

Målgruppe

Hjerte/kar lidelser-muskel og skjelett. Vesentlige menn, vanligvis i aldersgruppen 50-60. Ingen vesentlig forskjell mellom målgruppen "Raskere tilbake" og Helse og arbeid. De aller fleste kommer tilbake til jobb.

Tilbudsbeskrivelse

Kartlegging av arbeidsevne via spørreskjema/personlig samtale. Funksjonsforbedrende tiltak som fysisk trening/kostholdsopplæring/stressmestring/kontakt med NAV og arbeidsgiver. Vårt tverrfaglige team har høy faglig kompetanse og består av fysioterapeuter, sykepleiere, treningsinstruktør, jobbrådgiver, lege og psykolog. Rehabiliteringskurset går over tre uker, og har som mål å gi deg en varig livsstilsendring.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Kartlegging av arbeidsevne og utfordringer i forhold til arbeid. Planarbeid m/ målsetting i forhold til jobb-kontakt med arbeidsplass og evt. NAV. Vi har både døgnplasser og dagplasser. Hvilken type opphold du blir tilbudt varierer ut fra bosted og hvorvidt du har et arbeidsforhold ved innsøking.

4.6.7.3 LHL-klinikkene (Nærland)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 18

Målgruppe

Hjerterehabilitering, lungerehabilitering, rehabilitering av sykkelig overvekt, kreftrehabilitering. Målgruppen er lik som tidligere. Mennesker som har et langvarig sykefravær.

Tilbudsbeskrivelse

Rehabiliteringskurs over tre uker støttet av et bredt sammensatt og profesjonelt team innenfor sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, attføring, ernæring og medisin. Kognitiv tenkning som grunnstein.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Fysisk aktivitet, arbeid og helserelevante undervisninger og veiledning. Struktur på dagen. Rettigheter mm.

4.6.7.4 Oppfølgingsenheten Frisk (se beskrivelse for Helse Sør-Øst over)

4.6.7.5 Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (Fjaler)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 8

Målgruppe

Ca. halvparten er innanfor målgruppa (er sjukemeldte), men har også ein del som har vore 2-3 år på AAP. Opplever at fleire pasienter no har diganose innan lettare psykiatri.

Tilbudsbeskrivelse

Vi har ei ressursfokusert tilnærming, der pasientane sine ressursar er viktigare enn begrensingane. I prosessen nyttar vi friluftsliv, tilpassa fysisk aktivitet og samtale, samt undervisning basert på kognitiv/metakognitiv terapi. Heilskapstanken står sentralt i rehabiliteringsprosessen. Vi arbeider tverrfagleg og vi nyttar ei heilskapleg tilnærming. Ein i teamet er koordinator under opphaldet. Teamet har fokus på avklaring og betring av pasienten si meistringsevne, funksjonsevne og arbeidsevne, samt medisinske problemstillingar som hindrar arbeidsdeltaking. Vi gjev pasientane rettleiing, undervisning og utfordringar, for å auke deira erfaring og gje dei trygghet i høve til å bruke eigen kropp samt motivasjon i forhold til å vere fysisk aktiv og aktiv i arbeidslivet. Pasientane får tilpassa aktivitet i høve deira funksjonsnivå, med eige treningsprogram for betring av fysiske yteevne, særleg til dei krav dei har i høve fysisk kapasitet i sin jobb.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Systematisk kartlegger barrierer og ressurser for arbeidsdeltaking, samt meistringstru i arbeid. Arbeider og systematisk med psykoedukativ verktøy for å betre meistringstru i arbeid. Samhandler med lokalt støtteapparat (fastlege, nav og arbeidsgjevar) for å sikre lokal forankring for plan for tilbakeføring i arbeid.

4.6.7.6 Åstveit Helsesenter (Bergen)

Antall årsverk i Helse og arbeid: 4

Målgruppe

Pasienter som står i fare for å bli sjukemeldt, er sjukemeldt eller på AAP og skal bedre arbeidsevne og/eller unngå å falle ut fra arbeidslivet. De kommer gjerne litt tidligere til rehabilitering nå enn de gjorde ved Raskere tilbake.

Tilbudsbeskrivelse

Tilbudet innebærer gruppetilnærming for å styrke pasientene fysisk og psykisk for å komme tilbake til eller fortsette i arbeidslivet. I tillegg jobber vi mot å mestre egen hverdag, fritid og sosialt liv. Gruppetimene inneholder både fysisk aktivitet, undervisninger og refleksjonsoppgaver, og det er stort fokus på å selvstendiggjøre pasientene i egen rehabilitering og veien tilbake til arbeid. Timeplanen inneholder fysisk aktivitet som individuelt tilpasset treningsprogram/ yoga (MediYoga)/fysiopilates/ morgenstrek/ tur i terreng, undervisning i aktuelle tema som mål og motivasjon/ stress og meistring/ sunn kost/ arbeid og deltakelse/ søvn/ smerte, kognitiv tilnærming/ samtaler, kontakt mot NAV/ arbeidsgiver/ fastlege osv.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Samtale om arbeid i innkøst, målsamtale og sluttsamtale. Selvrapporing om arbeidsevne, arbeidsevne i forhold til fysiske krav på jobben og arbeidsevne i forhold til psykiske krav på jobben. Undervisning om arbeid og deltakelse, refleksjonsoppgaver rundt muligheter i arbeidslivet, trening for å styrke fysisk og psykisk helse, oppfordring til dialog med arbeidsgiver, fastlege og NAV med fokus på muligheter i jobb, på arbeidsplassen eller i arbeidslivet.

4.6.8 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF hadde i 2020 avtale med følgende private institusjoner:

<https://friskgarden.no/tjenester-2/rehabilitering/arbeidsrettede-tiltak/#toggle-id-1>

Arbeidsrettet rehabilitering	Psykisk helsevern
Betania Malvik	
Friskgården	
Muritunet	

Regional koordinerende enhet (RKE) og regional vurderingsenhet (RVE) har oversikt over, og gir informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregion Midt-Norge. RVE rettighetsvurderer alle henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket.

Samtlige private aktører i Helse Midt-Norge svarte ja på spørsmålet om bruk av debitorcode 20 til NPR.

4.6.8.1 Betania Malvik

Antall årsverk i Helse og arbeid: 14

Målgruppe

I det gamle Raskere tilbake tilbudet hadde vi kun pasienter med vanlige psykiske problemer., så målgruppe er utvidet. Vi ser vel også en tendens til at de som henvises også er litt lenger fra jobb nå enn tidligere. Litt dårligere utgangspunkt og mer sammensatt utfordringsbilde. De aller fleste henvisningene kommer fra fastleger, og noen fra bedriftshelsetjeneste og Studentsamskipsnaden (SIT).

Tilbudsbeskrivelse

Tilbudet gis både som døgn, dag og poliklinikk inntil 12 uker. Målgruppe er personer med vanlige psykiske lidelser, muskel/skjelettlidelse og allmenne uspesifiserte lidelser, som er sykemeldet eller står i fare for å falle ut fra arbeidslivet. Hovedmetode er jobbfokusert kognitiv tilnærming. Samarbeid med eksterne som fastlege og arbeidsgiver er en integrert del av hele rehabiliteringstilbudet.

Formålet med tilbudet beskrives slik på nettsiden: Bidra til mestring av helsetilstanden og styrke din arbeidsevne. Ha fokus på sammensatte problemstillinger som er knyttet til manglende arbeidsdeltakelse, samt håndtering av utfordringer/problem knyttet til krav i arbeidslivet, sosiale relasjoner på jobb, manglende tro på egne evner, manglende mestring og behov for samhandling mellom helsesektor, NAV og arbeidsgiver.

Vi tilpasser behandlingen i samarbeid med deg. Fokus er deg og dine utfordringer, og hvordan vi kan hjelpe deg videre i livet. Vi på Helse og Arbeidsliv er et tverrfaglig team med spesialister innen muskel/skjelett, psykisk helse og arbeidsliv, som har bygd opp kompetanse for å hjelpe mennesker som sliter med å komme tilbake til arbeidslivet. Tilbudet som gis tar utgangspunkt i din motivasjon, dine behov og dine utfordringer innen helse og arbeid. Vi er opptatt av å styrke din arbeidsevne og øke dine muligheter til deltakelse i arbeidslivet. Målet er å finne den beste måten for å hjelpe deg tilbake i arbeid eller utdanning.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Vi har jobbfokus på ulike måter i de ulike aktivitetene, gruppene og samtalene og i undervisning. Det kan være tema som åpenhet i arbeidslivet, stressmestring, individuelt tilpasset samarbeid med arbeidsgiver, NAV, fastlege, eksponeringsterapi, oppmerksomhetstrening og mye mer. Summert er det jobbfokus i alle deler av behandlingen og i hele prosessen fra utredning til oppfølging.

4.6.8.2 Friskgården

Målgruppe

Personer i yrkesaktiv alder med muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske lidelser. Tilbudet gjelder personer med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det skal legges avgjørende vekt på tap av arbeidsfunksjon og mulig tap av rehabiliteringspotensial uten tilbud om arbeidsrettet rehabilitering. Varigheten skal være tilpasset individuelle behov, det vil si at lengden på oppholdet til den enkelte skal bestemmes ut fra mål for oppholdet, og være basert på faglige vurderinger.

Tilbudsbeskrivelse

Friskgården leverer spesialiserte og lokalbaserte polikliniske konsultasjoner og dagtilbud innen arbeidsrettet rehabilitering for Helse Midt-Norge. Arbeidsrettet rehabilitering innebærer kartlegging av deltakerens funksjon og jobbmestring i tillegg til utredning av helsemessige forhold. Det utarbeides en helhetlig rehabiliteringsplan som forankres hos henviser og evt. arbeidsgiver. Friskgården har det siste året videreutviklet tilbudet slik at det nå også tilbys et vurderingsopphold på én uke. Utfallet av vurderingsoppholdet bestemmer videre løp.

Rehabiliteringstilbudet består av dagopphold med 5 timers tverrfaglig sammensatt tilbud, eller polikliniske konsultasjoner satt sammen av flere konsultasjoner per dag. Det er mulighet for både enkeltkonsultasjon og/eller gruppekonsultasjoner. Utredning og behandling skal ha et samtidig og integrert fokus på helse og arbeid, med mulighet for blant annet:

- Styrke funksjon og mestring av helsemessige tilstander som er til hinder for arbeidsdeltakelse
- Individuell veiledning med kognitiv tilnærming
- Samarbeid arbeidsgiver/utdanning/NAV/fastlege
- Oppfølging og tilrettelegging i ordinært arbeidsliv med fokus på jobbutvikling
- Arbeidslivs-/karriereveiledning
- Arbeidsrettet rehabilitering kan kombineres med arbeid.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Se over. Bredt og tverrfaglig sammensatt team med spesialister i fysikalsk medisin rehabilitering, psykiatri, arbeidsmedisin, revmatologi og allmennmedisin, psykologspesialister, samt flere veiledere med både helsefaglig og annen utdanning; fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsepedagoger, jobbspesialister.

Friskgården samarbeider også med NAV og spesialisthelsetjenesten om Jobbmestrende oppfølging, se tilbudsbeskrivelse under Helse Nord-Trøndelag HF.

4.6.8.3 Muritunet

Målgruppe

Arbeidsrettet rehabilitering kan søkes enten som dagopphold/poliklinikk på Moa, eller døgnopphold i Valldal. Målsetting er at en arbeidstaker som er sjukemeldt, eller som står i fare for å bli sjukemeldt, raskere skal kunne komme tilbake på jobb eller til studier. Tilbudet er særlig retta mot pasienter som har muskel- og skjelettplager og vanlige psykiske lidelser; angst og depresjon. Yrkesaktiv alder: 18-67 år.

Tilbudsbeskrivelse

Formålet med det polikliniske tilbudet er å bidra til mestring av helsetilstanden og styrke pasienten si arbeidsevne. Fokus på samansette problemstillinger som er knytt til manglende arbeidsdeltaking, samt håndtering av utfordringer/problem knytt til krav i arbeidslivet, sosiale relasjoner på jobb, manglende tru på egne evner, manglende mestring og behov for samhandling mellom helsesektor, NAV og arbeidsgiver.

Særlig fokus på funksjonsforbedring og mestring av helsemessige tilstander som er til hinder for arbeidslivsdeltaking. Dette inkluderer også deltagelse i skole og utdanning.

Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet i dagtilbudet på Moa består av ergoterapeut, sjukepleier, arbeidskonsulent, legespesialist fysikalsk medisin, psykologspesialist, kognitiv terapeut, ernæringsfysiolog, idrettspedagog og fysioterapeut.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Arbeidslivskompetanse og kompetanse retta mot samhandling med relevante aktører som arbeidsgiver, NAV og fastlege. Samarbeid og samhandling med kommunene.

4.6.9 Helse Nord

Helse Nord RHF hadde i 2020 avtale med følgende private institusjoner:

Arbeidsrettet rehabilitering	Psykisk helsevern
Opptreningscenteret i Finnmark (Alta)	
ViGør (Tromsø, tidligere Kurbadet)	
Valnesfjord Helsesportsenter	
Stamina Helse (Bodø)	

Regional vurderingsenhet (RVE) skal rettighetsvurdere og prioritere henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Nord for pasienter hjemmehørende i helseregion Nord. RVE skal også vurdere og prioritere søknader som gjelder pasienter bosatt i Helse Nord som ønsker opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak i andre regioner. I Helse Nord er det Helse i arbeid-poliklinikkene som viderehenviser pasientene til de private institusjonene med avtale.

Samtlige private aktører i Helse Nord svarte ja på spørsmålet om bruk av debitorcode 20 til NPR.

4.6.9.1 Opptreningscenteret i Finnmark (Alta)

Målgruppe

Målgruppen er personer som er i fare for å bli og/eller er sykemeldt, eller er hindret i å komme i arbeid/utdanning pga. muskel-/skjelettplager. Sammenlignet med pasienter som henvises til lengre rehabiliteringsopphold (3-4 uker) vil pasientgruppen for denne ytelsen ofte være tidligere i sykmeldingsfasen og/eller at problemstillingene er mindre komplekse. Ressurser og motivasjon hos pasientene er også en viktig faktor. Henvisningene sendes Helse i Arbeid-senteret på UNN.

Tilbudsbeskrivelse

Mestringsopphold på 5 dager organisert i grupper. Innholdet baseres på relevante nasjonale faglige retningslinjer. Senteret har også lengre mestringsopphold på tre uker + en ukes oppfølgingsopphold etter fire uker.

Det tverrfaglige teamet består av fysioterapeuter, ergoterapeut, idrettspedagoger, (psykiatrisk) sykepleier, veileder i friluftsliv og sosionom. Det er også legespesialister som bistår teamet. Tverrfaglig team vurderer og henviser ved behov for spesialistkonsultasjoner.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Mål om deltakelse i arbeidslivet er gjennomgående for alle tiltakene som inngår i tilbudet. Samarbeid med NAV, fastlege og eventuelt arbeidsgiver er sentralt. Har NAV-rådgivere med kontorplass på senteret to dager i uken (20 % stilling).

4.6.9.2 Vigør (Tromsø, tidligere Kurbadet)

Antall årsverk i Helse og arbeid:

Målgruppe

De som står i fare for å bli og/eller har blitt sykemeldt siste året.

Tilbudsbeskrivelse

Gruppebasert mestringsopphold med arbeidsfokus over fem dager med individuell oppfølging. Dag- og døgntilbud. Du som står i fare for å bli og/eller har blitt sykemeldt siste året. For eksempel på grunn av muskel-/skjelettplager, stress og/eller slitenhet som hindrer deg å jobbe eller ta utdanning. Problemstillingen vil ofte være sammensatt av helserelevante og arbeidsrelaterte utfordringer.

Beskrivelse fra nettsiden:

Ved innkalling får du skjemaer som kartlegger dine ressurser og utfordringer. Disse fylles ut og sendes oss for vurdering i tverrfaglig team. Du mottar også et skriv for levering til din arbeidsgiver, eventuelt bedriftshelsetjeneste. Dette skrevet er en orientering om oppholdet og den kommende telefondialogen mellom dere. Har du ikke arbeidsgiver vil samtalen rettes mot din saksbehandler på NAV og RNNK vil sørge for orientering om oppholdet. På Mestringsopphold med arbeidsfokus jobber du med å mestre stress, smerte og slitenhet. Gjennom dialogundervisning, praktiske øvelser og refleksjon, i kombinasjon med trening, kan oppholdet bidra til at du får økt kapasitet til å stå i jobben din. Små tips til endring kan snu en krevende helsesituasjon til bedret livskvalitet. Fysioterapeut leder trening i basseng og sal.

- Tverrfaglig kartlegging av helse, ressurser og utfordringer før ankomst, ved hjelp av kartleggingsskjema
- Inn- og utreisesamtale med kontaktperson
- Dialogundervisning, praktiske øvelser og motiverende samtaler
- Trening med fysioterapeut
- Bruk av arbeidsbok
- Stress- og smertemestringsøvelser
- Trening i basseng og sal, tur ut i terrenget
- Involvering av arbeidslivet i form av telefonsamtale med enten arbeidsgiver, bedriftshelsetjenesten eller NAV
- Utforming av mål og handlingsplan

- Mulighet for time med lege, fysioterapeut, arbeidskonsulent, sosionom, veileder/coach, psykolog, ernæringsfysiolog, ergoterapeut eller logoped

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Pasienten får hjelp å formulere mål for arbeid og helse, og ved slutten av oppholdet har pasienten laget seg en plan for å oppnå sine mål. Oppholdet vinkles tett opp mot pasientens arbeidshverdag, og inkluderer dialog mellom pasient og enten dennes arbeidsgiver, bedriftshelsetjenesten eller NAV. Hos ViGØR møter man et fagteam med legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, fysioterapeut, arbeidskonsulent, sosionom, veiledere/coach og psykolog. Dersom det er anledning tilbys individuell time med en i teamet, eller eventuelt annen helsepersonell som ernæringsfysiolog, ergoterapeut eller logoped.

4.6.9.3 Valnesfjord Helsesportsenter

Antall årsverk i Helse og arbeid:

Målgruppe

Personer som er sykemeldt eller står i fare for å bli sykemeldt med uavklart tilstand innen muskel og skjelettskader og/eller vanlige psykiske helseplager. Opphold som tiltak for de som trenger mer veiledning i egen helsesituasjon.

Valnesfjord Helsesportsenter har også ARR-tilbud målrettet mot personer med sammensatte plager og komplekse behov som enten er sykmeldt, går på AAP og/eller har nedsatt arbeidsevne slik at de har utfordringer.

Tilbudsbeskrivelse

Helsefremmende tiltak for de som trenger veiledning i egen helsesituasjon. VHSS gjør poliklinisk avklaring med bred tilnærming (tar ca. 2 timer) for å finne ut om det er grunnlag for et mestringsopphold. I motsetning til arbeidsrettet rehabilitering (3-4 uker), der hovedvirkemiddelet er tilpasset fysisk aktivitet, er mestringsoppholdet bygget rundt endrings- og omstillingsarbeid. Oppholdet har som mål å kunne styrke den enkeltes grunnlag for tiltak i forhold til egen smerte- og livssituasjon. Mestringsoppholdet varer i 5 døgn. Tildeling gjøres av Regional vurderingsenhet etter henvisning fra lege. Opphold skal tilbys innen 4 uker etter at VHSS har mottatt henvisningen.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Endrings- og omstillingsarbeid med arbeid i fokus gjelder for mestringsoppholdet. Et lengre ARR-opphold ved VHSS skal være del av en tiltaksplan der yrkesaktivitet er et overordnet mål. Innsøking uavhengig av diagnose. Det forventes at den enkelte er ferdig medisinsk utredet eller tilstrekkelig medisinsk utredet, og at lokale tiltak er utprøvd, slik at et ARR opphold kan nyttiggjøres på best mulig måte.

4.6.9.4 Stamina Helse (Bodø)

Antall ansatte i Helse og arbeid: 1

Målgruppe

I det gamle Raskere tilbake tilbudet hadde vi kun pasienter med vanlige psykiske problemer, så målgruppe er utvidet til å gjelde muskel – og skjelett. Ser en tendens til at de som henvises også er litt lenger fra jobb nå enn tidligere. Litt dårligere utgangspunkt og mer sammensatt utfordringsbilde.

Tilbudsbeskrivelse

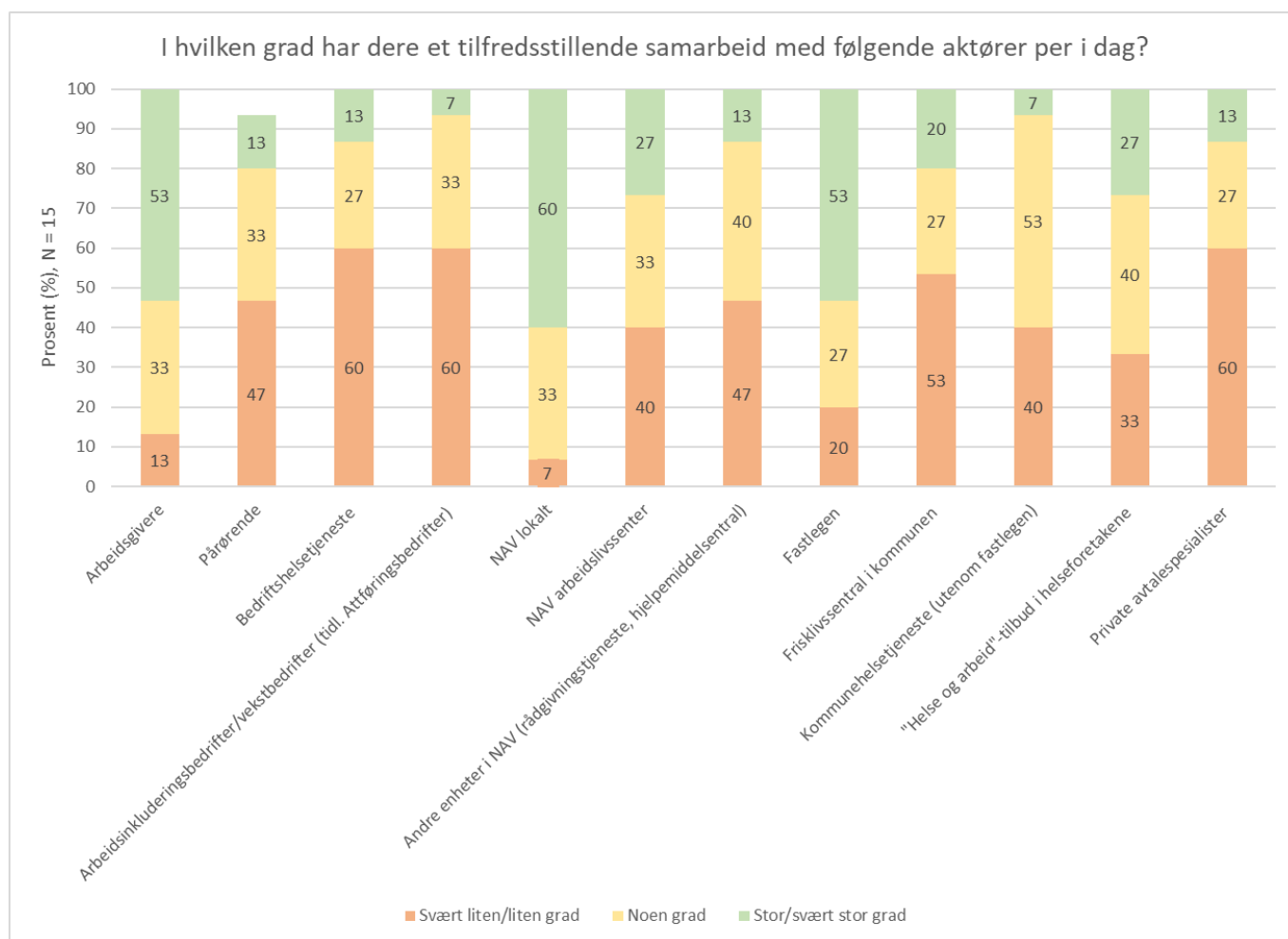
Tilbudet gis både som døgn, dag og poliklinikk inntil 12 uker. Målgruppe er personer med vanlige psykiske lidelser, muskel/skjelettlidelse og allmenne uspesifiserte lidelser, som er sykemeldt eller står i fare for å falle ut fra arbeidslivet. Hovedmetode er jobbfokusert kognitiv tilnærming. Samarbeid med eksterne som fastlege og arbeidsgiver er en integrert del av hele rehabiliteringstilbudet.

Arbeidsfokus/arbeidsretting

Vi har jobbfokus på ulike måter i de ulike aktivitetene, gruppene og samtalene. og i undervisning. Det kan være tema som åpenhet i arbeidslivet, stressmestring, individuelt tilpasset samarbeid med arbeidsgiver, NAV, fastlege. eksponeringsterapi, oppmerksomhetstrening og mye mer. Summert er det jobbfokus i alle deler av behandlingen og i hele prosessen fra utredning til oppfølging.

4.6.10 Samarbeid mellom de private og andre aktører

Vi spurte i hvilken grad de private aktørene opplever at de har et tilfredsstillende samarbeid med andre aktører som kan være relevante å samarbeide med om pasienter som skal beholde, eller få, en jobbtilknytning. Svaralternativene gikk fra "I svært stor grad" til "I svært liten grad", og vi hadde en egen kategori for "Uaktuelt" hvis det var noen som opplevdes irrelevante. Som vi ser av figuren svarer de fleste at de har et godt samarbeid med arbeidsgivere, NAV lokalt og fastlegene, mens det i mindre grad er samarbeid med pårørende (her krysset også en av aktørene "uaktuelt"), bedriftshelsetjeneste, NAV arbeidslivssenter, frisklivssentral, og også relativt få som svarer at de i stor eller svært stor grad har et tilfredsstillende samarbeid med Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten.



Figur 4.20 Prosentandel av virksomhetene som svarer at de i liten, noen eller stor grad har tilfredsstillende samarbeid med ulike aktører rundt pasientene. N = 15. 2020.

4.6.11 Utfordringer med Helse og arbeid-satsingen og generelle innspill

Vi spurte de private institusjonene hva som er de største utfordringene på Helse og arbeid-feltet i deres virksomhet, hvilke aktører som eventuelt er involvert og hva de mente må til for å løse utfordringen. Til slutt i skjemaet fikk de også anledning til å gi generelle kommentarer. 7 av de 15 respondentene valgte å besvare disse åpne spørsmålene. Flere var inne på at det har vært en utfordring å gjøre henvisere kjent med tilbudet, særlig når de ikke rettighetsvurderer henvisningene selv. Flere påpeker også at de får mer alvorlige problemstillinger som fører til lengre forløp enn rammene var ment for:

Moderate til alvorlige problemstillinger medfører at det blir lengre forløp og flere konsultasjoner pr pasient. Dette gjør det vanskelig å holde rammer. Mulig større pågang av henvisninger for rettighetsvurdering enn beregnet slik at kriterier for inntak har blitt strengere og at vi da mottar henvisninger med alvorligere diagnoser/ problemstillinger. Økte rammer kan løse noe av utfordringene- eventuelt fokusere tilbake på rett målgruppe for tilbudet ved rettighetsvurdering i inntaksteamene ved DPS.

En annen aktør belyser det samme:

At vi får brukere for sent i behandlingsforløpet. At kjennskapen hos NAV og fastlegen er for liten om vårt tilbud. At brukere er forlangt unna arbeid. At NAV og/eller bruker ønsker en avklaring mot ufør. Riktige brukere er de som er i sykemeldingsåret, eller tidlig på AAP, som har et reelt ønske om arbeid. I tillegg til Rehabilitering med arbeid som mål, kan det være et eget tilbud om avklaring som kan gis til brukere i denne kategorien.

Viktigheten av å få forutsigbare og langsiktige avtaler med RHF-ene understrekes også av flere. En av respondentene ønsker mer kunnskap om og vektlegging av arbeidsdeltakelsens betydning for helse:

Systemnivå: Sørge for utvikling av helse og arbeid som eget fagfelt, ikke forvente at helsefagmiljøer automatisk setter arbeidsdeltagelse opp som mål med sitt tjenestetilbud. Viktig innsatsområde for fagrådet i arbeid og helse.

Utdanning/ kompetanse: Få inn arbeidsdeltagelsens betydning for effekt/ resultat av helseinnsatsen i alle fagplaner for utdanning av helsearbeidere (Jmfr: Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger).

Øke kompetansen innad i NAV om oppfølging av sykmeldte/AAP mottagere, baserte på ny og anerkjent kunnskap om tiltak/ tilnærminger som fungerer.

Arbeidsgivere: Øke arbeidsgiveres kompetanse på betydningen av godt arb.miljø mht sykefravær, produksjonskrav, resultat mm. (Gjennom lederutdanninger)

Bedre belønningssystemer for godt og målrettet arbeid med sykefravær, arbeidsmiljø, HMS mm. Skjerpe kravene/ kontroller til dette i utforming av krav.spek til anbuds konkurranser.

Samfunnet: Øke befolkningens forståelse for arbeidsdeltagelsens betydning for folkehelsen. Vri fokus fra enkeltbransjers utfordringer med psyk og fysisk arb.miljø til betydningen av å ha tilhørighet på en arbeidsplass.

Dette er utfordringer det hviler et stort ansvar på fagfeltet selv å påvirke til.

En annen aktør som har pasienter fra flere helseregioner skriver at rettighetsvurderingsprosessen påvirker kjennskapen til tilbudet:

I NN har vi opplevd det som en utfordring at det tar lang tid å gjøre tilbudet vårt kjent blant henvisere, og å få egne fastlegedrevne henvisninger direkte til oss. Vi tenker dette bl.a. har sammenheng med at vi ikke rettighetsvurderer selv, og at henvisningsprosedyrene er noe tungvinte og forvirrende for henvisere. I NN hvor vi har rettighetsvurdert selv i 3 år opplever vi at kunnskapen om oss og vårt tilbud er langt bedre forankret hos fastlegene. Ellers opplever vi at vi får mer "riktige" henvisninger jevnt over i NN, der vi i starten av avtaleperioden oftere opplevde å få saker som var på siden av målgruppen. Vi opplever samarbeidet med DPS som overveiende godt i alle regioner vi har avtale. Ellers er vi opptatt av forutsigbarhet i prosessen med eventuelle nye anskaffelser etter denne avtaleperioden, og en forutsigbar tidslinje med tildeling i god tid før nåværende avtaleperiode utløper, for å sikre best mulig forutsigbarhet for pasienter og behandlere - slik at tilbudet til pasientene består, og at fagmiljøer som er bygget opp også så langt som mulig kan bestå.

Moderate til alvorlige problemstillinger medfører at det blir lengre forløp og flere konsultasjoner pr pasient. Dette gjør det vanskelig å holde rammer. Mulig større pågang av henvisninger for rettighetsvurdering enn beregnet slik at kriterier for inntak har blitt strengere og at vi da mottar henvisninger med alvorligere diagnoser/ problemstillinger. - Økte rammer kan løse noe av utfordringene- eventuelt fokusere tilbake på rett målgruppe for tilbudet ved rettighetsvurdering i inntaksteamene ved DPS.

Vi gjør oppmerksom på at enkelte av helseforetakene også har avtaler med private avtalespesialister innenfor Helse og arbeid (f.eks. leger, psykologer og fysioterapeuter). Disse er ikke omfattet her.

4.7 Analyser av sentrale problemstillinger i intervjuene

Mens deler av intervjuene ble brukt til å lage oversikten over Helse og arbeid-tilbud presentert over, har vi i dette kapitlet drøftet noen av de mest sentrale problemstillingene som kom opp i intervjuene vi gjennomførte med ansatte og ledere i spesialisthelsetjenesten, samt i workshopen med NAV-ansatte på fylkesnivå.

4.7.1 Helse og arbeid og pandemi 2020

De aller fleste Helse og arbeid-tilbudene stengte ned en kort periode i mars/april 2020, men var raskt oppe igjen med telefon- og video-kontakt med pasientene sine. For eksempel fortalte Diakonhjemmet at de raskt differensierte mellom de pasientene de kunne følge opp på telefon, og de pasientene som var såpass alvorlig syke at både behandlere og pasient ønsket at de møtte fysisk på poliklinikken. Førstegangssamtaler egnet seg ofte også best ansikt-til-ansikt, mens oppfølgingssamtaler var bedre egnet digitalt. Noen pasienter valgte også selv å avslutte behandlingen da pandemien inntraff. Noen enheter ble satt i beredskap for å ta unna andre pasienter i sykehusene, hvis sykehuset måtte gjøre plass til flere Covid-pasienter. I Helse Vest var det minst en av enhetene som ble stilt disponibel for slitent sykehuspersonell som trengte muskel- og skjelett-behandling. Det var også noen som mente at kontakten med de lokale NAV-kontorene hadde blitt bedre under pandemien, fordi de ble mer tilgjengelig på video:

Vi har jo i mange år eller helt siden vi startet opp i 2006 så har jo vi hatt fast, at vi har kalt inn NAV-veilederne til de ulike pasientene på et sånt oppsummeringsmøte etter utredning til oss. Og vi har holdt på i mange år for å få øke møtedeltagelsene på disse, for det har ikke vært så enkelt, men ikke noe som er så galt at det ikke er godt for noe sier jeg - etter at vi kom i den koronasituasjonen som vi har hatt nå i et halvt år og gått over til at vi har alle oppsummeringsmøtene på video så er det jo stort sett med NAV kontakt med på alle møter, fortsatt noen glipper, men av de som er sykemeldt og har en kontakt i NAV så er det stort sett med.

Leder, Helse og arbeid

Tilbudene rapporterer at det kom færre henvisninger enn vanlig hele våren, da færre pasienter besøkte fastlegene sine, og dette har sannsynligvis påvirket tallene for 2020. For de fleste har det tatt seg opp igjen mot slutten av 2020, og i enkelte foretak meldes det om at de regner med å ta inn "det tapte" fra i vår hva angår antall konsultasjoner.

4.7.2 Samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten

Samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten er styrket i perioden etter omleggingen av "Raskere tilbake" (2018-), først og fremst gjennom nye overordnede samarbeidsavtaler mellom NAV og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019)¹¹³, men også gjennom lokale samarbeidsavtaler om HelseArbeid. Sistnevnte innebærer at NAV bidrar med en viss andel årsverk inn i Helse og arbeid-tilbud og/eller HelseArbeid-tilbud, og at spesialisthelsetjenesten bidrar inn i bedriftstiltaket. Som vi skal se under har det dukket opp hybridløsninger, og tilbakemeldingene fra både NAV og helsetjenesten tyder på at det hittil har vært lettere å enes om å få NAV inn i individtiltaket, enn helse inn i bedriftstiltaket. Mange av avtalene kom på plass i siste halvdel av 2019 eller i løpet av 2020, og fordi Covid-19-pandemien har bidratt til forsinkelser og mange utsatte møter, er det vanskelig å si nøyaktig hvor mange som kan sies å være ordentlig i gang. Flere har ytret i intervju til oss at man ikke har kommet så langt som forventet, til tross for at avtalen er signert. Det er fortsatt flere helseforetak som er helt i oppstartsfasen med å få i gang et operativt samarbeid, og det jobbes kontinuerlig med å "finne formen" på dette samarbeidet. Noen helseforetak har kanskje bare fått til samarbeid med de fysikalskmedisinske miljøene, andre bare med DPS-ene. Helse Nord med sin utbredte HelseArbeid-modell er de som har kommet lengst i å iverksette det nye konseptet, men også her meldes det om at det ikke har vært helt enkelt å finne ut hvordan man får til synergieffekter og integrerte tjenester av NAV-helse-samarbeidet, ut over å ha fått et lite "NAV i poliklinikk". Vi opplever likevel at det er stor bevissthet rundt problemstillingen, og at det jobbes systematisk med å utvikle rollen. RHF-enes gjennomgang av prioriteringsveilederne (RHF-ene, 2020)¹¹ løfter også fram samarbeidet med NAV som svært sentralt i Helse og arbeid-tilbudene.

4.7.3 Historikk og sentrale føringer

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet lanserte i 2016 "Arbeid og helse – et tettere samvirke", en strategi for felles innsats for arbeid og helse (Helsedirektoratet, 2016)¹¹⁴. Her sto det blant annet at styringssignalene innen de to sektorene burde forsterkes og harmoniseres, og at de burde være tydelige nok til at de faktisk påvirker regionale og lokale prioriteringer. I oppdragsdokumentet for 2016 ble da også de regionale helseforetakene bedt om å etablere tiltak som kunne bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsforvaltningen, som f.eks. inngåelse av samarbeidsavtaler. Tilsvarende fikk regionskontorene i NAV gjennom mål og disponeringsbrev for 2017 i oppdrag å ta initiativ til å inngå samarbeid med tilhørende helseforetak. Rapporteringer fra NAV viser at dette i stor grad har blitt fulgt opp (Helsedirektoratet, 2019)¹¹³, og parallelt med at "Raskere tilbake" ble lagt om til å bli Helse og arbeid i 2018, har NAV de tre siste årene hatt hovedansvaret for å innføre konseptet, og IA-virkemidlet, "HelseArbeid", i samarbeid med helsetjenesten¹⁸. Av andre sentrale grep ble det etablert et eget Fagråd for arbeid og helse i 2017, bestående av 14 eksperter på feltet (inkl. to brukerrepresentanter), som følger fagfeltet tett og har møter som er tilgjengelig for alle som ønsker å være observatør¹⁹. Fagrådet har i 2020 jobbet med å revidere strategien for arbeid og helse, og denne vil publiseres ultimo 2021. Det har vært nyttig for forskerne i evalueringen å delta i møter, og følge møte-streaming av fagrådets diskusjoner.

4.7.4 Implementering av HelseArbeid

I rapporten "Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet" (Helsedirektoratet, 2019) går det fram at Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennom mål og disponeringsbrev både i 2017 og 2018 ga sine fylker/regioner i oppdrag å ta initiativ til samarbeidsavtaler med helseforetakene om å utvikle modellen HelseArbeid i sin region. Oppdragsbrevne til RHF-ene de siste fire årene har ikke samme klare signal, men har generelt formidlet at tiltak med god effekt, som bidrar til samtidighet i behandling og arbeidsrettet

¹⁸ <https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/nav-anbefaler-nytt-nasjonalt-konsept-helsearbeid>

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagråd-for-arbeid-og-helse>

bistand, skal integreres i det ordinære pasienttilbudet. Rapporten pekte på at "det er nødvendig at det gis klare signaler og oppdrag til relevante helsetjenesteaktører" (ibid.). Ved utgangen av 2018 var det kun Nordland, Troms og Finnmark som hadde tilbud om HelseArbeid, mens det i andre fylker (Rogaland, Møre og Romsdal, Trøndelag og Hordaland) var en gryende dialog om samarbeid. Andre fylker avvirket det som har vært forløperen til HelseArbeid – iBedrift²⁰ da "Raskere tilbake" ble lagt om.

2018 ble et omstillings- og utviklingsår både for helsetjenesten og NAV, og i løpet av 2019 kom det på plass fylkeskoordinatorer hos NAV for HelseArbeid i alle fylker. Tilbakemeldingene fra både NAV og ansatte i spesialisthelsetjenesten i intervju tilsier at dette har bidratt mer systematisk samarbeid og at modellen nå har spredd seg til flere helseforetak i alle de fire helseregionene. I løpet av 2019 kom alle fire helseforetakene i Helse Nord RHF i gang med modellen (de har også involvert det privateide Opptreningscenteret i Finnmark som også bidrar i Bedriftstiltaket), og regionen er det den eneste der modellen rendyrkes i alle helseforetakene. Flere av helseforetakene vi snakket med i de øvrige regionene har kommet i gang først høsten 2020, noe som viser at det tar sin tid å skulle iverksette en såpass kompleks samarbeidsmodell.

Begrepsforvirringen som vi pekte på i vårt notat i 2019 (arbeid og helse/Helse og arbeid/HelseArbeid), virker å ha blitt mindre, men det kom fortsatt kommentarer om begrepsforvirring i kartleggingen vi gjennomførte høsten 2021. Det er vårt inntrykk at de aller fleste som jobber på dette feltet i helsetjenesten nå kjenner til HelseArbeid og har et bevisst forhold til hva det handler om, og slik var det ikke i 2019. Våren 2019 svarte nær én tredjedel av respondentene på vår undersøkelse at de ikke visste om de var i gang med "HelseArbeid", og denne andelen hadde sunket til 22 prosent i 2021. En HelseArbeid-koordinator beskrev prosessen slik i vår workshop i oktober, og for de aller fleste vi har snakket med er dette en representativ opplevelse; det har vært utfordringer med å få koordinert samarbeidet, det har tatt lang tid og både ressursfordeling og digitale systemer som ikke snakker sammen er fortsatt utfordrende:

Altså vi hadde veldig store utfordringer før vi fikk på plass dette arbeidet. Med å få dette konkretisert, forstå hvem som gjør hva, hva vi egentlig har forpliktet oss til, forventinger som ikke blir innfridd, mange som ikke trodde på det, mange trodde det var vanskeligere enn det var... Så det er liksom... Det tok veldig lang tid før vi kom i gang, men når vi først kom i gang og fikk gjort ordentlig grundig arbeid sammen med helse så er det det som har vært... Og det er klart vi møter jo utfordringer, og det.... Som går på ressurser, digitale utfordringer kan det være mellom NAV og helse, altså at vi bruker forskjellige plattformer og sånne ting. Men jeg synes det har gått veldig bra, at det er en god stemning og vi er godt i gang, vi får henvisninger merket HelseArbeid. Nei, jeg føler at det går veldig bra nå da.

HelseArbeid-koordinator på fylkesnivå

Det varierer i hvor stor grad man kan si at HelseArbeid er iverksatt ved det enkelte HF, selv der de sier at de "er i gang". Hvis vi holder Helse Nord utenom, synes det vanligste i de øvrige regionene å være at man har kommet i gang med individtiltaket (tverrfaglig Helse og arbeid-tilbud for muskel- og skjelett- og psykisk helse-relaterte lidelser) og har fått tilknyttet seg NAV-veileder i en viss prosentandel. Denne har ofte stillingsandel på 20-50 %, enten med kontorplass på sykehuset, eller hos NAV (deltar via elektroniske kommunikasjonsløsninger). Flere er forsinket med oppstart av Bedriftstiltaket eller har ikke blitt enige om at dette skal startes opp i det hele tatt. En av informantene i NAV beskrev dette på workshopen i oktober 2020, og mener det har oppstått "kvasi-løsninger" av HelseArbeid fordi helse ikke har prioritert å delta i den fulle HelseArbeid-modellen, men også at NAV ser at dette går ut over lokale ressurser, og holder igjen:

²⁰ iBedrift har vært tilgjengelig i fylkene Vestfold, Telemark, Buskerud, Akershus, Nordland, Troms og Finnmark. Nå er det oss bekjent bare Sykehuset i Vestfold som fortsatt bruker navnet iBedrift om sine tiltak rettet mot bedrifter.

Opplever det samme som NN, at det er stor forskjell på forståelsen. Jeg er ganske sikker på at det har sitt utgangspunkt i organisasjonen av direktoratene og hvordan ordrelinja går, i NAV så er det jo «ordning muss sein», holdt jeg på å si, nedover i linja. Mens i helse så er det jo et forslag til hvordan det skal gjøres og så sitter de hjemme og utarbeider den måten de tenker er best. Og da blir det... Da møter vi utfordringer for eksempel i arbeidet med å få i gang helse i arbeid fordi NAV sitter og følger mål og vil gjerne gjøre dette sånn som sjefen sier, mens helse kan si at «hm, nei, vi tenkte jo at dette forslaget, dette forslaget her er ikke godt nok begrunnet faglig sett. Vi vil ikke kunne faglig prioritere dette, avsette ressurser og så videre». Så der møter vi utfordringer som igjen har generert at vi har en sånn type kvasi-løsning på HelseArbeid, altså vi får ikke med oss helse der med begrunnelse i det, men vi har liksom sagt at «okay, bruk oss da og ta oss inn i poliklinikkene og ha en sånn semi-løsning på det» og det vil de veldig gjerne. Men det blir enten semi eller kvasi [latter], men kvasi er kanskje litt for sterkt. Men i det så merker vi også, altså det er ikke bare helse som er reservert fordi med det å avsette ressurser til et sånt prosjekt skaper også utfordringer i forhold til lokale NAV-kontor som skal avse ressurser sammen med arbeidslivssentere inn i satsningen. Så der... Der har vi litt utfordringer.

Rådgivende overlege i NAV

En annen overlege i NAV beskriver noe av det samme, og en variant vi møtte flere steder, der fysisk medisin har en psykolog som jobber 50 % i somatikken og 50 % i psykisk helsevern:

Det er ikke en helt fullverdig individtiltaksmodell, men det er en HIA-rådgiver som jobber 50% på avdeling for fysisk medisin, og som da er tilgjengelig og hankes inn i pasientkontakt etter at pasienten først har fått vurdert henvisningen sin av en overlege, og så fått den første avklaringen om vurderingsundersøkelsen fra lege på poliklinikken. Det er jo en slags variant.. en begrensning som ligger der, og det fungerer jo ikke helt etter intensjonen i og med at en ikke er med i vurderingen fra starten av. Så er jo da, eller under to lokalisasjoner som gjør at NN DPS som har videreført "Raskere tilbake" og kaller det for HelseArbeid, de er ikke bakt inn i det hele, men har da en psykolog som jobber på begge lokalisasjoner da.

Rådgivende overlege i NAV

Vi har også snakket med flere helseforetak som sier at NAV ikke har klart å stille med så høy stillingsandel som det først var avtale om, men her må vi ta høyde for at 2020 har vært et år med spesielt høyt trykk på NAV, der mange stillinger har blitt omdisponert internt.

I workshopen fra NAV kom det fram at man per oktober 2020 i Helse Sør-Øst ikke fått på plass en sentral samarbeidsavtale mellom RHF-et og NAV-regionen, og at det dermed var vanskelig å få på plass lokale avtaler med helseforetakene. NAV hadde inntrykk av at dette blant annet handlet om at man ikke ønsket å ha arbeidsgiver som en av målgruppene for tiltaket. En av fylkeskoordinatorene ønsket seg sammenslåing av de to departementene for å få bukt med ulikheten i styringslinjer og finansiering på helse- og velferdsområdet:

Så lenge vi mangler det sentrale så er det vanskelig å lage en lokal. Så var det nå i september jeg var i møte med forskjellige, NAV og Helse Sør-Øst i forhold til å få denne regionale avtalen på plass. Og den skulle da komme i løpet av september, så har den ikke gjort det. Og nå har jeg blitt fortalt at den har blitt stoppet fordi Helse Sør-Øst, etter hva jeg forstår, ikke ønsker å ha arbeidsgiver som en av målgruppene inn i den sentrale avtalen når det gjelder helse i arbeid. Det synes jo jeg er forferdelig trist og jeg forstår

*ikke hvordan det skal gå an å jobbe med helse i arbeid uten å ha arbeidsgiver med som en av målgruppene. Men vi står da fortsatt uten sentralavtale. (...) Så jeg har da 9 helse- og arbeid-poliklinikker som jeg skal jobbe for å få et tett samarbeid med i NAV. Jeg har fått til vår relasjon med alle de poliklinikkene, men vi klarer ikke å til noe formell avtale på bakgrunn av det jeg nettopp sa. Ehm... Det er jo også, som jeg hører flere av dere andre sier, en utfordring dette med HelseArbeid fordi vi har disse to beina i det konseptet, nemlig Individtiltaket og Bedriftstiltaket. Individtiltaket er jo for så vidt i gang her hos oss, på alle 9 poliklinikkene, men vi mangler NAV inn. Vi har også bedriftstiltaket som er 50% av HelseArbeid-konseptet, der er vi ikke i gang i det hele tatt. Nettopp på grunn av den avtalen vi mangler. Og sykehuset ser jo ikke helt poenget med å være med ut på bedriftstiltaket for det er det ingen føringer om. Noe av utfordringen er jo at helse og vi tilhører to ulike departementer, altså helsedepartementet og arbeids- og velferdsdepartementet. De to departementene har jo helt ulike føringer til sine undersåtter. Vi i NAV sitter og får mål- og disponeringsbrevet som er en «skal»-greie til oss, helse får noe som heter tildelingsbrev fra sine overordnede myndigheter som er en «bør» eller «prøve å få til»-opplegg og det er en helt annen greie. Allerede der så er det jo mismatch i å kunne gjøre noe sammen som koster penger. **Så jeg har sagt det før og jeg sier det igjen, jeg skulle ønske at dere også fikk inn å kunne klare å påvirke sånn at man kanskje i AS Norge kunne endre systemet politisk sånn at man lagde ett departement. At man slo sammen Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og velferdsdepartementet sånn at man kunne kjøre de samme styringslinjene ned om disse samme brukerne. Det tror jeg hadde vært den store løsningen på disse økonomiske utfordringene som dette gir da.***

Fylkeskoordinator HelseArbeid

En av de rådgivende overlegene i NAV i Midt-Norge, som også er prosjektmedarbeider i følgeevalueringen, fulgte opp med et innspill om at man ikke må se seg blind på at de respektive oppdragsdokumentene i NAV og helse ikke er likelydende, men at man kan gripe fatt i noen konkrete problemstillinger og felles pasientgrupper, og jobbe seg sammen derfra:

Altså vi har snakket om dette med ulike styringslinjer nå da, at det er litt annerledes i helse og i NAV, men der tror jeg at hvis man på en måte klarer å file seg ned til å ikke bare se på de oppdragene som går på arbeid og helse, men å se på alle andre parallelle oppdrag som går til de respektive organisasjonene så vil man klare å knytte det opp mot arbeid og helse. Og det har vi forsøkt å gjøre nå da for eksempel i Trøndelag, ved at vi har sett på hva som er oppdragsdokumentet som har gått fra Helse Midt-Norge til de respektive sykehusene og se hvordan vi kan være med å understøtte det. Og da har det vært noe for eksempel på det med langvarig smerte muskel-skjelett som vi har klart å ta tak i, og da kan man faktisk kanskje finne frem til problemstillinger som det vil være stor nytteverdi for spesialisthelsetjenesten å kunne jobbe med sammen med NAV da. Det går an å se på de prioriterte brukergruppene og pasientgruppene og finne frem til nøyaktig til de standardiserte pasientforløpene som man implementerer og jobber med og kontinuerlig driver å evaluerer og skal ta i bruk i helsetjenesten, og prøve å integrere NAVs arbeidsrettede fokus inn i det. Og det vil da igjen speile ofte på det arbeidet som foregår rundt de nasjonale pakkeforløpene. Så det er litt der vi prøver å se et handlingsrom for å jobbe godt sammen. Altså at vi på en måte under arbeid og helse-paraplyen hjelper hverandres organisasjoner med å løse et større oppdrag vi har da.

Rådgivende overlege i NAV

4.7.5 Helse og arbeid som individtiltak - og et bedriftstiltak "litt på siden"?

Individtiltaket i HelseArbeid skal ifølge konseptbeskrivelsen tilby "rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring (poliklinikk) etter henvisning fra fastlege". Etter omleggingen av "Raskere tilbake" er det også det som har vært målet med Helse og arbeid-tiltakene – det har vært stort fokus på å få til tverrfaglighet og samtidighet. Sånn sett er det ikke så rart at man har kommet lenger med implementering av individtiltaket. Flere av Helse og arbeid-tilbudene har allerede fått til en samlokalisering av muskel- skjelett og psykisk helse-tilbudene og NAV (finnes eksempler i alle regioner). Av de som ikke har gjort det, uttaler mange at det er ønskelig med en samlokalisering på sikt, eller at de ønsker å ansette psykologer i de fysikalsk medisinske fagmiljøene (vi har for så vidt ikke hørt at DPS ønsker å ansette fysioterapeuter eller fysikalskmedisinere i like stor grad) – og ikke minst få inn NAV i poliklinikkene. Av over 30 intervju med ulike helseforetak om Helse og arbeid, er det bare i et par tilfeller vi har møtt på noen som har sagt at de ikke helt ser hva de skal bruke NAV til. Dette var tilbud som enten hadde godt med sosionomressurser i helsetilbudet fra før, og følte at de klarte seg med det, eller som allerede hadde et veldig godt samarbeid med lokale NAV-kontor, der de hadde utvekslet telefonlister og følte at det var lav terskel for å nå hverandre i utgangspunktet.

Altså vi har ikke et formelt samarbeid med Nav. Det har vært litt vanskelig å få til. Vi hadde i utgangspunktet en plan om å prøve å få til det, men så har det vært litt vanskelig. Det er alltid vanskelig å prøve å treffe riktig nivå eller person i Nav. Og så hadde vi en prosess for ikke så lenge siden (...) Vi hadde et dialogmøte. Og så skulle de da gå tilbake og diskutere og ta kontakt med oss igjen, men det har de ikke gjort. Men da kom jo også korona ikke sant, så de har jo hatt sine grunner til det.

Ansatt i Helse og arbeid-tilbud

Som nevnt henger man mer etter med implementeringen av Bedriftstiltaket, og det virker foreløpig som dette tiltaket er noe "på siden" som man ikke helt vet hvordan man skal finne tid og økonomi til å drive med i spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord problematiseres det relativt lite; de definerer det inn i det de har fått penger over ramma for å gjøre, mens andre steder virker det som man kvier seg mer for å gå "all in" i dette tiltaket. Det kan handle både om at man ikke har takster som rettferdiggjør å bruke store ressurser på å reise ut til virksomhetene (man får ikke betalt for det på samme måte som en pasientkonsultasjon), men også mangelen på evidens for at det virker blir ofte nevnt som årsak. I flere av HF-ene er man i gang med mindre piloter av Bedriftstiltaket (noen få virksomheter) for å evaluere som fungerer og ikke før man eventuelt skalerer opp. En av lederne i et Helse- og arbeid-tiltak forteller at det har vært noe skepsis i legegruppen til det fysikalsk medisinske tilbudet til å blande bedriftstiltaket inn i klinikken. Han er redd at helsetjenesten oppleves som "NAV's forlengede arm", og kan være med å forstyrre pasientens egen mestring:

Litt sånn blandet responser, dette vet vi ikke helt hvordan, hvor mye kompetanse og ressurser vi har, for å løse det rett og slett, og så har det også vært enkelttilfeller, kanskje én lege spesielt som har hatt veldig skepsis til å innblande arbeidstiltaket inn i en behandlingssituasjon, og mener at det blir forstyrrende eller man skal på en måte ikke gjøre det. Da er det litt sånn, altså for all del har de på en måte formidlet at aktivitet og arbeidstiltak er positivt, men at man ikke på en måte skal kartlegge så mye mer i forhold til det (...), men det har vi snakket opp og ned, i mente om hvordan vi skal tilnærme oss pasienten og på en måte bruke rett pedagogikk til å tematisere dette uten at de forlenger dette til NAV, jeg tror det er noe der han mener at hvis vi skal bli NAV sin forlengede arm så kan det rett og slett forstyrre pasientens egen mestring eller at man tar tak i seg selv, eller i det hele tatt, ja. Så det er i alle fall noen sånne faglige diskusjoner rundt konseptet.

Leder i Helse og arbeid-tilbud

Covid-19-pandemien har påvirket bedriftstiltakene mye ettersom helsepersonell skal dra ut på arbeidsplass, noe som ikke har vært særlig aktuelt siden mars 2020. Også i Helse Nord og Sykehuset i Vestfold sitt iBedriftstiltak har aktiviteten i Bedriftstiltaket gått ned under pandemien. Det jobbes med digitalisering av bedriftstakene flere steder, men uten at det foreløpig er konkretisert om dette skal gjøres i videoform/som streaming eller som "live"-deltakelse via f.eks. Skype eller Teams. De som har prøvd ut bedriftstiltaket stiller spørsmålsteget ved om en digitalisering vil fungere for dette tiltaket ettersom mye av dynamikken i tiltaket handler om å snakke direkte med ansatte i bedriftene man er ute i:

Jeg er ikke noe glad i det. Jeg synes noe av det beste med å være rundt på bedrifter er å prate med folk over bordet og ja jeg synes fort at det kan bli litt kunstig hvis jeg skal være på Skype og ikke ha muligheten til å se alle. Men det er min preferanse da. Det har vært veldig artig å være på disse bedriftspresentasjonene. Så jeg synes det har vært utrolig givende å møte folk da. Pratet med de i pausene, det er mange som har kommet og spurt om ting, de ikke tørr å spørre om ellers. Rent presentasjon-smessig så fungerer det bedre når jeg står og prater løst foran folk enn hvis jeg prater til et stille publikum på en skjerm.

Leder, HelseArbeid-tilbud

De fleste som ikke har prøvd det ut virker positive til at dette kan være en måte å få gjennomført det effektivt på, uten å tape for mye penger. I Helse Vest fortalte et av helseforetakene at de har planlagt å kjøre Bedriftstiltaket på Teams i nær framtid, og er spente på hvordan det kommer til å fungere:

Ja, nei, vi skal koble oss opp i møte på Teams, og det er utfordrende, for Teams har vi ikke på Helse, så det er masse sånne tekniske utfordringer. Men det har vært lagt opp til mye engasjement og egenaktivitet, at vi skal skrive i chatten, at vi skal gå i grupperom og diskutere, og så tar vi for oss litt sånne myter som skal diskuteres, og så har vi lagt opp at de kan stille spørsmål så vi kan svare på det i etterkant det vi ikke rekker i møtet. Vi er veldig spente på hvordan det fungerer, men vi har jo en sånn teknisk support og et sånt rom hvor de skal gå inn i hvis de har problemer og så skal de få hjelp der og sånn. Vi har på en måte prøvd å forutse en del ting.

Helse og arbeid-leder i spesialisthelsetjenesten

I våre intervju med både NAV (workshop) og Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten høsten 2020 refereres det fortsatt til de usynkrone føringene i oppdragsdokumenter til hhv. NAV og helse. Flere har følt at NAV har presset på med å få gjennom HelseArbeid, mens Helse fortsatt holder igjen noen steder. Vi hørte også om avtaler om individtiltaket som ikke ble signert fordi foretaket ikke kunne love å sette av ressurser til Bedriftstiltaket. En leder for et tiltak som foreløpig ikke har blitt enige med NAV om HelseArbeid, uttrykte det slik:

Det var jo at de følte seg presset på tid da. Og så har de presset oss litt på modellen vår da. For de ville jo gjerne ha større grad av NN (identifiserende uttrykk) og tett opp mot HelseArbeid-modellen og det som rulles ut nå, ikke sant. Ut på arbeidsplass og tjo og hei. Så har vi sagt at vi ikke kaster ungene våre ut med badevannet, så vi kan ikke på en måte switche fullstendig nå. Men det er klart vi kan komme dem i møte, men det har vært en litt sånn faglig diskusjon altså. (...) Og det skal kartlegges og så skal det ikke gjøres så veldig mye. Og man skal ut på arbeidsplass og snakke om «det er ikke bare å ha vondt i ryggen» og sånt. Og så har vi tenkt at vi har jo de folka vi har. At vi skal bruke

en dyrebare ressurs som psykolog eller fysikalskmedisiner og reise ut og drive primærforebygging har vi stilt litt spørsmålstegn ved da. For det er en knapp ressurs og vi har fulle bøker, og så vet jo vi at våre tall på X antall pasienter i løpet av et år er ikke liksom... (...) Men det vi har vært trofast mot hele veien er å gjøre den grundige kartleggingen første gangen. Og det er jo på en måte for å finne ut hvor skoen trykker. Vi ser i henvisningen at det er ryggplage, men så begynner vi liksom å se at det er ikke det som er problemet. Her er det en eller annen underkommunisert konflikt på arbeidsplassen eller det kan være en bagasje man har med seg fra oppveksten eller... Ja. Men. Så det er det vi har hatt litt troen på da, det å på en måte forstå problemet ordentlig før man begynner å gjøre noe er avgjørende da. Og så skjønner vi at det er litt... Akkurat nå litt i kollisjon med det NAV ønsker da. At de i større grad ønsker at vi skal ut på arbeidsplass og snakke med større grupper og at det skal feies kjappere igjennom i sånn foredragsammenheng i en sal hvor mange sitter og hører på noen fortelle om plagene. Og så tenker jeg at da må man i hvert fall være veldig, veldig klar over hvem man putter i hvilken arm da. Vi kan godt kjøre en NN. Nå har vi jo to team så hvis vi skal gjøre det da så må vi ha et team hvor vi kjører NN, men vi har ikke lyst til å slutte med vår modell for den har vi tro på! Selv om den er både kostnadsdrivende og omfattende i ressursbruk. Så tror vi at det å legge ned de månedene som vi gjør da gir noe i den andre enden.

Helse og arbeid-leder i spesialisthelsetjenesten

4.7.6 Behov for juridiske avklaringer i samarbeidet mellom NAV og helse

Det er flere som trekker fram barrierer for implementering i form av juridiske avklaringer rundt samhandling NAV-helse og de digitale løsningene som ikke snakker sammen. Her har evalueringen også vært i dialog med en av kompetansetjenestene på IPS som har lang erfaring med dette, som sier at de har spilt det inn som problemstilling til både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, og at det jobbes med saken. Vi kan understreke på bakgrunn av intervjuene vi har gjennomført høsten 2020, at det er et stort behov for klargjørende presiseringer om det juridiske i tilknytning til journalføring og tilgang til felles systemer (journal, kalendere osv.). Opprettelse av nullstillinger i enten helse eller NAV synes å ha blitt en utbredt "løsning" på dette problemet. En fagansvarlig for IPS-modellen som deltok på workshopen i oktober har jobbet i feltet i mange år, så følgende:

Vi snakker om å jobbe på tvers, jeg opplever å jobbe mye på kryss. Det vil si at vi jobber på tvers av, hva skal jeg si, nivåer spesielt inn mot helse. Det er sjeldent motvilje, men det er litt for mye lokalt handlingsrom i helse om hva man prioriterer. Det handler om økonomi, det handler om oppdrag, og det handler også om en slags felles forståelse for hva vi skal oppnå. Og så tenker jeg sånn helt konkret, det er en del juridiske avklaringer rundt samhandlingsprosjekter. Vi har snakket mye om digitale samhandlinger og arenaer, men jeg tenker også... Vi er i en situasjon for eksempel i NN hvor vi er fire sykehus som tolker ulikt det med å ha tilgang til journalsystemer og så videre, så det er mange sånne hick-ups som gjør det vanskelig å få til denne gode integreringen da. Vi snakker om samtidighet, men jeg er opptatt av integrering. Ja. Her er det mye. Siden jeg har jobbet med det i 12 år så tenker jeg at det har skjedd veldig mye, og det skjer veldig mye bra arbeid, men det er stort og det er komplisert.

Fagansvarlig for IPS

En av HelseArbeid-koordinatorene sier også at lowverket som regulerer samarbeid mellom helse og NAV praktiseres på ulikt vis, og at det trengs sentrale føringer:

Jeg tenker at en stor utfordring der er jo det med juridiske avklaringer i forhold til det å reelt kunne samarbeide. Er det noen områder man skulle løftet så måtte det vært noen, hva skal jeg si, sterkere føringer på det. Fordi nå er det sånn at man finner lokale avtaler både om tilstedeværelse i behandlingsmøter, både når det gjelder IPS og HelseArbeid. Men det tolkes såpass ulikt av juristene i sykehusene, at jeg tenker at det er en kjempeutfordring som med fordel burde vært, landet over de lokale prosjektene. Det høres ut som en liten ting, men det hemmer i stor grad den integreringen vi ønsker å få til. (...) Og så er det dette med, vi snakket om felles oppdrag... Det har blitt mye bedre, men jeg tenker jo at de regionale helseforetakene er jo kjempeviktige for det er de som på en måte lager bestillingen til lokalsykehusene. Og der gjøres det også litt ulikt.

Rådgivende overlege i NAV

Vi vet som sagt at denne tematikken er spilt inn til de to direktoratene, og til Fagrådet for arbeid og helse, men vil bare presisere at dette er en problemstilling vi har møtt i langt de fleste helseforetakene vi har intervjuet, og som har kommet i gang med NAV-samarbeidet.

4.7.7 NAVs rolle i Helse og arbeid

Det å ha NAV tilgjengelig i poliklinikken nevnes som en måte å drive arbeidsrettet behandling på. Både i workshopen vi gjennomførte med NAV-ansatte i 2020, og i intervju med helsetjenestene, var vi nysgjerrige på hva det er Helse typisk føler at de trenger NAV til i poliklinikken og omvendt. Det hyppigste svaret var "en lett tilgjengelig kontakt inn til NAV". En leder i en privat ideell virksomhet ønsket gjerne å få NAV inn i poliklinikken, og omtalte det som "the missing link" opp mot arbeidsgivere, som han anså som en viktig arena som helsetjenesten ikke har ressurser til å nå ut til alene. Videre nevnes kunnskap om virkemidlene i NAV, og det å ha ressurser som er vant med å samarbeide med arbeidsgiver fra helsetjenestene sin side. De NAV-ansatte opplever det på sin side som nyttig å komme tidlig og mer konkret inn i pasientforløp, og ser at de kan være et viktig bindeledd. En leder av et HelseArbeid-tiltak uttalte blant annet følgende om NAVs rolle:

Jeg kan svare for NN hvertfall, for at det er veldig varierte problemstillinger, så det kan handle alt fra videreutdanning og kompetanse for å kunne stå i arbeid eller kompleksere innenfor arbeidsplassen, eller eventuelt behov for tilrettelegging som er kanskje de tre vanligste problemstillinger (...) Det er ofte NAV som kan foreslå tiltak i forhold til dette med arbeidsevnevurderinger...

En rådgivende overlege i NAV understreket viktigheten av gjensidig respekt og det å bli opplevd som en del av hverandres arbeidsmiljø. Det å ha felles mål å jobbe mot, og det å kunne vise til evidens, understrekes også som viktig for å lykkes. Som eksempel nevnes det å bruke økt livskvalitet som felles mål for både NAV og helsetjenestene:

*Jeg tenker at det å ha tilsatte i begge leirer altså at en opplever seg og praktisk er tilsatt i både NAV og helse. Det var jo snakk om null-kontrakter her og det har fungert veldig godt hos oss. Tilgang til begge system, det å kunne være i DIPS og kunne være i NAV sine system og oppleve seg som en fullverdig del begge plasser tror jeg har vært en suksess. **Å kunne delta på behandlermøtene som en del av behandler-teamet og også bli opplevd som en del av arbeidsmiljøet, det var det jo flere som snakket om. Bli invitert på julebordet både hos NAV og helseforetaket!** [latter]. Så det tenker jeg er et suksess-kriterium, å være en reell del av miljøet og av de tilsatte og ha de tilgangene som er nødvendig for å få gjort jobben sin. Så det er den ene biten som går på organisering, som jeg har god erfaring med. (...). Det som har vært veldig nyttig i forhold til disse*

*prosjektene var det å få et felles mål, ikke undervurdere det å ha et felles mål. Ikke det at NAV har funnet på noe som de skal få lov til å være med på i helse, men **at en har et reelt felles mål og snakker samme språk. Det tror jeg er helt avgjørende.** Jeg har vært med på at vi både har fått det til og ikke. Det må være viktig for begge parter. Dette er ganske banalt, men det må bety noe og være viktig for begge og må eies reelt av begge parter. Det tror jeg er veldig viktig. **Et eksempel er jo at arbeid er jo ikke et hovedmål for spesialisthelsetjenesten, men hvis vi klarer å enes om at det handler om livskvalitet, og det er noe med hvordan man omtaler det og hvordan man går inn i et felles prosjekt. Ja, gjøre det viktig for begge parter. En annen ting på det med forankring, der tenker jeg lederforankring som jo på et vis er opplagt. Og lokal forankring, men det er snakket mye om avtaler her og det er selvfølgelig både viktig og nødvendig. Men det var noen som snakket om ildsjel og jeg tror kanskje det største suksess-kriteriet vårt var det å få leder som er en ildsjel. Få en kliniker med autoritet inn i helseforetaket, leder som brenner for det og snakker til sine egne om prosjektene som viktig, løfter det inn og prioriterer det høyt. Det betyr langt mer enn at jeg som kommer fra NAV sa det samme. Det tror jeg er helt avgjørende, å ha en leder som har autoritet i klinikken til å løfte frem de prosjektene en har felles. Ja. Det får en helt annen gjennomslagskraft. Det siste jeg har skrevet med ring rundt her er **evidens, det å kunne komme med noe du kan si at du vet virker. Og det å kunne stå trygt i og vite at det vi driver med har effekt og betyr noe og vise til andre plasser det har vært suksess, vise til forskning, vise til hvordan det må gjøres for at det skal virke.** Det tror jeg også har vært avgjørende i hvert fall når du snakker opp mot klinikere. Men også snakke både til hodet og hjertet. Det å møtes på de gode historiene og møtes på forskning og kunnskapsbasen.***

Rådgivende overlege i NAV

4.7.8 Samarbeid med kommunehelsetjenesten i Helse og arbeid/HelseArbeid

Samarbeidet med kommunehelsetjenesten på arbeid og helse-feltet er løftet betraktelig høyere på agendaen i 2020 enn det var i 2018 da "Raskere tilbake" ble lagt om, og vi mener det er nødvendig med et enda større fokus på å få til et mer systematisk samarbeid i årene som kommer. Også Fagrådet for arbeid og helse diskuterte på sitt møte i desember 2020 at kommunehelsetjenesten må vies større oppmerksomhet på dette feltet, og RHF-ene løfter det fram i gjennomgangen av prioriteringsveilederne (RHF-ene, 2020). Litt avhengig av hvor mye de nye Helsefelleskapene ender opp med å rendyrke de mer alvorlig syke pasientgruppene i samarbeidsavtalene, mener vi at man også kan vurdere om Helse og arbeid kan ha en rolle i disse med utgangspunkt i at Helse og arbeid fungerer som en halvannenlinjetjeneste mange steder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I alle fall bør IPS, som hovedsakelig er rettet mot de med alvorlig til moderat psykisk lidelse, inngå som et tema i Helsefelleskapene på arbeid og helse-feltet.

En av de rådgivende overlegene i NAV som deltok på workshopen i oktober 2020, ønsket seg et definert og forpliktende trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV, og vektla at NAV ofte glemmes som en naturlig samarbeidsaktør opp mot helsetjenestene. Helse og arbeid og HelseArbeid er på mange måter en slags halvannenlinjetjeneste med forebyggende elementer i både individ- og bedriftstiltaket, og en pasientgruppe som ikke er blant de alvorligst syke, slik inntakskriteriene vektlegges per i dag. Av sykehus som har hatt spesielt godt samarbeid med førstelinjetjenesten kan nevnes Sykehuset Innlandet (med Frisklivssentralene i omkringliggende kommuner) og Nordlandssykehuset, der sistnevnte nå er samlokalisert med Rask psykisk helsehjelp (RPH) i Bodø kommune. De ser en stor fordel i å kjenne RPH godt, og sier selv at de kan kanalisere mange pasienter med vanlige psykiske lidelser dit, etter en rask

avklaring i spesialisthelsetjenesten. Det mange av helseforetakene som nevner RPH som en samarbeidsaktør, men få har fått et systematisk samarbeid opp å gå foreløpig.

I fjorårets spørreundersøkelse var respondentene i samlokaliserte tilbud i Helse Nord gjengs over mer fornøyde med implementeringen enn resten av landet. De virket også veldig fornøyde med denne løsningen da vi snakket med dem i høst. Det samme gjorde Sykehuset i Vestfold, som har valgt å ha separate ledere innenfor muskel/skjelett og psykisk helse, selv om tilbudet er samlokalisert. Samlokalisering og lav terskel for å ta kontakt, gjør at man lettere kan diskutere inklusjonskriterier i de ulike tilbudene på tvers av tjenestenivåene, slik at man får til en riktig differensiering og mindre overlappende pasientgrupper:

*Ja, det har vi jo, det skal jo være, men ikke så mye under 18 år og opp til 67 år, de skal ha plager med muskel og skjelett og angst eller depresjon, utbrenthet. De skal være i fare for å bli sykemeldt, delvis sykemeldt eller helt sykemeldt, og vi må innrømme at vi tar inn noen på AAP også, så skal dem kunne ha nytte av behandlingstilbudet her. Så det er jo noen eksklusjonskriterier også, som går på alvorlig psykisk lidelse, for eksempel, psykose og personlighetsforstyrrelser. Vi ser for oss et sånt behandlingsforløp som tar over 20 ganger på psykisk siden, da henviser vi videre opp. Nå har vi liksom en kanal til kommunen også [...]. Det er en kanal på kommunen også så det hender jo at vi, altså hvis symptomtrykket ikke er høyt nok da, på angst og depresjon eller annen psykisk lidelse så prøver vi «Rask psykisk helsehjelp» først. (...) **Alle tingene som dere hører om nå, har ikke vært mulig hvis vi ikke hadde vært i samme lokaler, det er jeg helt overbevist om.** Jeg tror at den her klinikknære forskningen blir egentlig kjempeviktig ikke bare knyttet til helse i arbeid, men som et fenomen at man ser for eksempel vi har jo noen gode studier på det vi har kommet med, fordi det kan jo faktisk hende og vise seg å ikke ha noe reelt stor effekt i det hele tatt. Det er jo kjempeviktig å finne ut av. (...) Vi har et godt samarbeid med for eksempel «rask psykisk helsehjelp» i [...] kommune, **fordi de er under samme tak som oss, det er det vi som er de eneste som har, så vi har en direkte, skulle jeg til å si, transport over dit med pasienter.***

Leder av HelseArbeid-tilbud i Helse Nord

En av lederne for et annet Helse og arbeid-tiltak forteller at hun endte med å trekke seg ut av en arbeidsgruppe som skulle få til samarbeid om HelseArbeid, og der hun syntes det manglet et primærhelsetjenesteperspektiv:

Men helseforetaket og NAV har vel forsøkt å lage en samarbeidsavtale, der HelseArbeid var en av arbeidsgruppene, og der satt jeg, og- da fikk jeg jo større forståelse av hva HelseArbeid er, det er et individtiltak, bedriftstiltak, og i den arbeidsgruppen så satt fysikalsk medisinsk poliklinikk, altså, det var representanter fra Spesialisthelsetjenesten, da, og NAV, og det ble jo ganske fort klart for meg at i den ideelle arbeidsgruppen så manglet de fastlegerepresentant, og man manglet kommunehelsetjenesten. Fra et helseståsted i hvert fall, så er det veldig nærliggende å tenke kommunehelsetjenestenivået, fastlegenivået bør være med inn der, for det er såpass mye vekt på forebygging, så for meg så ble det klart at HelseArbeid og jobbspesialist/IPS har mye overlapp, selvfølgelig, samme intensjon, men for å rydde i eget hode så forstår jeg at det er litt ulike målgrupper.

Helse og arbeid-leder i spesialisthelsetjenesten

I workshopen var også en av de rådgivende overlegene i NAV inne på at det er viktig å kommunisere med fastlegene om hvilke pasienter HelseArbeid retter seg mot, og at man kanskje kan forvente at fastlegene er usikre på om det er nødvendig å henvise dit, eller om dette er noe de kan behandle selv:

Og nå jobber vi mye med å definere målgruppa og kommunisere målgruppa for individtiltaket ut, ja først og fremst til fastleger da, men også internt i NAV. Det er noen utfordringer i forhold til egentlig NAV-veiledere og NAV sin forståelse av parallellitet og at vi opplever enten at pasienter blir henvist til en del NAV-tiltak, arbeidsrettet rehabilitering eller alternative tilbud parallelt som en henvises til individtiltaket, eller at en lar være å prøve ut arbeidsevnen fordi en venter på behandling. Og så er responsen fra fastlegene at de er litt usikre på om målgruppen til individtiltaket faktisk er den pasientgruppen som de selv trenger hjelp med eller om dette er pasienter som i de i mange tilfeller klarer å hjelpe godt selv da.

Rådgivende overlege i NAV

En annen NAV-lege løfter fram pakkeforløpene for psykisk helse og rus som driver for at NAV nå samarbeider mer med primærhelsetjenesten:

Vi samarbeider selvfølgelig med fastleger, kommunal psykisk helse, prøver å få til det mer systematisk fordi gjennom den her pakkeforløp psykisk helse så har jo også kommunen fått et mye større ansvar. Definert ansvar da, for det er jo en praksis-veiledning holdt jeg på å si, hvordan du skal praktisere å ha et DPS i dette pakkeforløpet. Og i den sammenheng har vi fokusert på at vi må ha større kontakt med psykisk helse i kommunen og fastlege i forhold til det at all helsemessig behandling skal gjennomføres og så videre. Så det er vi opptatt av, og så er vi opptatt av kommunikasjonen med DPS og lokalt NAV, og utvikle det sånn at de har god kontakt sammen og det ser vi som veldig positivt. Der har vi fått veldig gode tilbakemeldinger både fra DPS og NAV lokalt. De opplever det å ta ned terskelen for å snakke sammen, gi hverandre telefonnumre og snakke sammen på telefon og e-post og sånn og få ned den barrieren som ofte ligger hos helse, det har vært veldig gunstig for oss.

Rådgivende overlege i NAV

En gjentakende problemstilling når vi spør helsetjenestene om samarbeidet med kommunene, er den store variasjonen i kommunale tjenester som finnes i opptaksområdet til ett og samme helseforetak. Mange opplever at det ikke er et reelt tilbud til pasientene når de skrives ut av et Helse og arbeid-tilbud, og at den eventuelle effekten av tiltaket i spesialisthelsetjenesten forringes fordi det ikke finnes noen oppfølging av pasienten etterpå. En av våre informanter, en leder med lang erfaring med arbeidsrettet rehabilitering på muskel- og skjelettfeltet hadde følgende kommentar til samarbeidet med kommunene:

Nå er vi jo på en måte inne på det som er det vanskeligste med dette feltet, det er jo spesialisthelsetjenesten. Som det for såvidt gjelder for all rehabilitering. Det er jo at vi gjør masse bra når de er her den stakkede stunden de er her, men så er dette en endring som tar tid. Så når vi slipper dem, jeg vet ikke hvor mye tid vi har brukt på å finne den sømløse overgangen ut mot det såkalte kommunale apparatet som heter samhandling hvor det liksom skulle være så på plass, det er jo ikke en dritt på plass. Unnskyld uttrykket. Så de blir jo på en måte sluppet til ingenting. Veldig ofte. Så det der å få opp det gode opplegget etterpå, når vi vet at det er så mange brikker i spill og det er så komplisert da... Veldig ofte får vi høre at dette ikke er noe bærekraftig tilbakeføring til arbeid. Tenker jeg da. Og det er litt det jeg har utfordret den HelseArbeid-modellen ikke

sant, du kan godt feie igjennom og få de tilbake. Men hva skjer da? Da får du kanskje noen resultater på kort sikt, men det blir ikke noe langsiktig resultater av det. Når vi på en måte ofte ser at det er så mange ting i livet som er vanskelig at jobben er det man kaster ut først da... Det er jo det du kan gjøre noe med. Det er det handlingsrommet veldig mange har. Ikke sant, de andre tingene kan du ikke slutte med eller sykemelde deg fra. Så da må du ta det du kan gjøre noe med, og så blir du kanskje tvunget av Nav sitt lovverk eller et eller annet tilbake, men så er det ikke noe bærekraft i det. Vi har ikke de pilarene rundt som gjør at de greier å løfte de inn i... evigheten da. Det er det som gjør dette vanskelig synes vi da. Jeg trodde jo da vi startet dette i 2012 at... «hvorfor ligger det under spesialisthelsetjenesten, dette burde jo ligge på nivået under!». Så trodde jeg, når jeg sitter her nå 8 år etter, at det var på plass nå. Men det er jo ikke nærheten.

De (spesialisthelsetjenesten) har jo gått i bro for å få til de greiene her, ikke sant. Men de prioriterer det jo ikke! Det er pleie- og omsorgsoppgaver de sitter og pusler med, ikke sant. Og stramme kommunale budsjetter, jeg skjønner jo alt det der. De driver med sykehjemsplasser og korttidsplasser og hjemmesykepleie og sånt, så når du kommer smellende med en lett depresjon og vondt i ryggen... I kodeverket i hvert fall, så vet du at det ligger mye mer rundt det enn det, men det er det du på en måte kan vise til, så sier de bare «det kan ikke vi prioritere. Vi har en Frisklivs-gruppe med stavgang i fritidsparken her». Det vet jo alle at ikke hjelper. Ja. Det er jo mye politikk i dette her, jeg skjønner jo det, men det er i hvert fall det jeg tenker stadig. At det er det som gjør... Vi kan jo gjøre en fantastisk jobb vi i tre måneder, men alle vet jo at det er veldig sjeldent at vi kommer i mål på det.

Leder, Helse og arbeid

En annen ansatt i et Helse og arbeid-tilbud, mener heller ikke at kommunene er rustet til å utføre tverrfaglige og samtidige tiltak for denne målgruppen:

Det er vel mange som vil si at dette er ikke forskningsbasert, dette kan gjøres i primærhelsetjenesten, men problemet er jo organiseringen av helsetjenesten. Eh, for å skite litt i eget reir som fysioterapeut, så ser vi at rundt omkring i kommunene så sitter det små konger på hver sin tue, og, man er jo ikke der i organiseringen av primærhelsetjenesten i Norge at man egentlig kan få til en god tverrfaglighet, tenker jeg. Det er et organisatorisk spørsmål, det, og jeg kan ikke se at det arbeidet som blir utført, både i offentlig og i privat spesialisthelsetjeneste kan tas over av primærhelsetjenesten, på grunn av at det ikke er tverrfaglig, det er ikke samtidighet i tiltakene fra ulike yrkesgrupper.

Ansatt, Helse og arbeid

4.7.9 Prioritering og rettighetsvurdering

Prioritering og rettighetsvurdering av pasienter inn til Helse og arbeid/HelseArbeid-tilbud er kanskje det vanskeligste området både å samle data på, og frambringe ny kunnskap om, i denne følgeevalueringen. Etter omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid skal alle pasienter som henvises til disse tiltakene rettighetsvurderes ut fra prioriteringsveiledere i hhv. fysikalsk medisin og rehabilitering og psykisk helsevern. Dette gjelder også pasienter som henvises til private tilbud (vurderes enten av RVE/RKE eller Helse og arbeid-tiltakene). Tilbakemeldingen i intervjuene med helseforetakene tilsier at pasientene som nå får rett til helsehjelp i Helse og arbeid, er en pasientgruppe med høyere symptomtrykk enn gjennomsnittet av de som fikk tilbud under "Raskere tilbake". Som en konsekvens av dette opplever tiltakene at de må sette inn mer ressurser for å hjelpe pasientene, og nesten samtlige informanter sier at de ønsker seg pasientene tidligere inn; de mener fastlegene henviser disse pasientene for sent (noen er imidlertid også bevisst på at for tidlig inn kan bety overbehandling). Særlig de private institusjonene gir tilbakemelding om at det er krevende å få rammene til å strekke til, når opplever at pasientgruppen er mer kompleks enn de kanskje hadde sett for seg da "Raskere tilbake" ble lagt om.

Videre er det mange av Helse og arbeid-tilbudene som likevel har holdt på kriteriene om at målgruppen for tiltaket må være sykmeldt eller i fare for å bli sykmeldt (se gjennomgangen av alle tilbudene i kapittel 3, der vi omtaler målgruppen slik tiltakene selv formulerer den). Slik omtaler en fysikalsk medisinsk poliklinikk sin prioritering:

Altså vi vet, altså dette er jo et tilbud der vi prøver å holde ventelisten ned, sånn at det kan komme raskt inn, litt sånn som det var i utgangspunktet med Raskere tilbake da. Sånn at vi prioritere de som er innenfor sykepengeåret, for vet og vi ser at det er de vi kan ha størst mulighet til å klare å returnere tilbake i arbeid da. Så de får et bredere tverrfaglig tilbud, altså et bedre tilbud enn de som er utenfor sykepengeåret, de får og et tilbud på den vanlige fysikalsk medisinske poliklinikken til oss, men da er det ofte bare med lege eller fysioterapeut eller sosionom, men stort sett så er det bare lege som går inn. Den legen vurderer jo helse opp mot arbeid da og, men det blir ikke så tverrfaglig tilbud da. Går for dypt inn i materien. Så da er jo hovedfokuset stort sett på det å få avført de fysiske plagene, men der og så kan du jo fange opp ting, og hvis psykologen har ledig tid, så er det ikke noe i veien for at noen kan få tilbud til samtale med psykolog selv om det faller akkurat inn under den ARR poliklinikken da. Så det er en sånn vurdering som vi gjør hele tiden underveis. På selve ARR poliklinikken så har vi sånn rundt, regnet ca. alt i fra mellom 70 og 80 pasienter for året, som er inn til utredning, så går jo de, enkelte av dem går jo et videre oppfølgingsløp til oss, inntil 10 uker.

Leder, Helse og arbeid-tilbud

Mens det innledningsvis i "Raskere tilbake"-perioden ble en prioriteringsdebatt både i media og Tidsskriftet om at det var etisk uriktig å prioritere en slik "lett" pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten (Lian og Westin, 2007), har vi ikke sett noe til en slik offentlig debatt etter innføringen av Helse og arbeid. Dette til tross for at høy vektning av nærhet til arbeidslivet vil gi en "healthy worker"-seleksjon inn i disse tiltakene, sammenliknet med øvrige pasienter i spesialisthelsetjenesten (Brown et al. 2017). At pasientene nå rettighetsvurderes og at målgruppen er åpnet opp til å gjelde studenter/lærlinger har kanskje gjort tilbudene mindre kontroversielle. En ansatt i et Helse og arbeidstilbud bekreftet at de ikke har møtt noe skepsis nå:

Men vi har ikke møtt så mye skepsis. Den gangen "Raskere tilbake" kom, da var det litt sånn, kronikk i avisa og det ene og det andre med fastleger og hvorfor noen pasientgrupper skulle ha høyere prioritet enn andre. Men jeg føler at vi har vært ute og

informert på de legekantorene og det har vært positivt. Men det er jo likevel dette med å se til at de henviser de rette pasientene. At vi ikke får de her med for lange løp.

Ansatt i Helse og arbeid.

Et annet utbredt argument fagfeltet bruker for å legitimere at nyttekriteriet vektlegges såpass mye tyngre enn alvorlighetskriteriet, er at den samfunnsøkonomiske effekten blir større når man kan behandle mange pasienter med relativt kortvarige intervensjoner. Dette temaet vil bli drøftet dypere i evalueringens sluttrapport:

Og det er kanskje derfor NN sykehus ikke har hatt et tilbud tidligere, de har kanskje ikke ment at det var riktig da å sette inn støtet her, og heller bruke penger på de dårlige. Men argumentet som vi ser begynner å spre seg litt er vel det at det er liksom noe med effekten da, på samfunnsbasis i forhold til hva som man faktisk gjør da. Vi ser jo det at mange av disse trenger jo ikke veldig mye behandling, så er de oppe og går igjen.

Leder, Helse og arbeid

Både gjennom innledende intervjuer med forskerne, spørreundersøkelsen i 2019 og som direkte ytringer i plenum på samlinger og seminarer for fagfeltet ble det tidlig klart at både helseforetakene og private institusjoner hadde en uklar og ulik forståelse av hvordan de skulle bruke prioriteringsveilederne for pasienter med behov for arbeidsrettet behandling. Fagfeltet etterspurte en gjennomgang av prioriteringsveilederne med tydeligere kriterier som skal ligge til grunn for vurdering av henvisninger til Helse og arbeid. I påvente av at dette gjøres på nasjonalt nivå hos Helsedirektoratet²¹, har de fire RHF'ene valgt å gjøre en interregional gjennomgang av prioriteringskriterier. Arbeidsgruppen ble satt sammen av tre medlemmer fra hver helseregion: én fra psykisk helsevern, én fra fysikalsk medisin og rehabilitering og én fra regional vurderingsenhet for rehabilitering. Videre deltok leder for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, samt representanter fra de regionale helseforetakene og to brukerrepresentanter.

Resultatene ble publisert i en egen rapport i september 2020 (RHF-ene, 2020). I rapportens sammendrag nevnes følgende prinsipper for prioritering i Helse og arbeid:

- Målgruppen for arbeidsrettet behandling bør være personer med vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser, som gir et funksjonsfall og påvirker evnen til å stå i arbeid eller utdanning. Pasientgruppen har ofte et blandet symptombylde og individuelle tilleggsfaktorer. Pasientgruppen har ofte behov for samtidig hjelp fra NAV og helse for å oppnå en varig positiv endring i sin livssituasjon, og arbeidsgruppen anbefaler at arbeidsrettet behandling bør ytes i tett samarbeid med hjelpetiltak fra NAV.
- Tilbudet bør gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning/rehabilitering enn det fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan tilby.
- Tidligere innsats vil som hovedregel gi bedre behandlingsresultat til en lavere ressursinnsats for pasientene i målgruppen.
- Dagens prioriteringsveiledere legges til grunn for vurdering av henvisning, og for ytre rammer for behandlingsfrist. Individuelle forhold som funksjonsfall på flere arenaer (jobb, skole, sosialt, privat) bør i denne sammenheng tillegges særlig vekt. Personer som inkluderes må ha en målsetting om å

²¹ Helsedirektoratet har i sitt oppdrag for 2020 fra Helse – og omsorgsdepartementet blitt bedt om å: *Utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenestuteøvere innen fagområdet arbeid og helse, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet.* (RHF-ene, 2020)

oprettholde eller gjenoppta tilknytning til arbeid eller utdanning. Egenmotivasjon og arbeidsnærhet har stor betydning for nytteverdien av arbeidsrettet rehabilitering.

- Aldersgrensen anbefales vurdert skjønnsmessig, med utgangspunkt fra 18 år og opp til pensjonsalder. Der det er hensiktsmessig, kan ungdom fra 16 år gis et tilbud, for eksempel lærlinger i videregående skole.

I tillegg skriver arbeidsgruppen at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratets nye nasjonale faglige retningslinjer/veileder om arbeid og helse bør tydeliggjøre hvilken plass den arbeidsrettede behandlingen skal ha i spesialisthelsetjenesten, og at samarbeid med NAV er en viktig premisse for å lykkes. Arbeidsgruppa anbefaler også at helseforetak og private institusjoner som leverer arbeidsrettet behandling inngår lokale samarbeidsavtaler med NAV. Dessuten presiserer de at "det arbeidsrettede perspektivet bør inngå som en naturlig del av spesialisthelsetjenesten der det er hensiktsmessig. Det kan gjøres tydeligere ved en generell presisering av dagens prioriteringsforskrift for å klargjøre hvordan vilkåret «nytte» kan inkludere helse- og livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid eller utdanning".

På tidspunktet for intervjuene høsten 2020, hadde ledere i Helse og arbeid-tilbudene nylig fått tilsendt prioriteringsrapporten fra RHF-ene, og ikke alle hadde rukket å lese den. Vi spurte fagpersoner i feltet hvordan de tolket den, og flere oppgav at de så det som en mulighet til å snevre porten litt igjen, og vektlegge nyttekriteriet og prioritere de pasientene som står nærmest arbeidsmarkedet, er mest motivert og er henvist tidlig i forløpet. Enkelte reflekterte rundt at dette kan innebære risiko for overbehandling, som denne lederen i et Helse og arbeid-tiltak, som også har erfaring fra "Raskere tilbake"-perioden:

*Det er jo artig formulert da. Den siste setningen, synes jeg, den er lur: «Anbefalingene er generelle og ikke til hinder for å utøve klinisk skjønn». Nei, men når vi begynte med dette her... I alle fall er det min erfaring da vi satt og rettighetsvurderte henvisningene, så var det jo veldig enkelt. For da var det jo sykefraværet, det var bare de som var sykemeldt. Og da kunne man jo anslå mye. Og da er det jo lettere, og hvis man i tillegg fikk de før det hadde gått tre måneder kunne man jo... Men da får du jo de som kanskje ikke hadde trengt det. Sant. Så da følte jeg kanskje at det ble en sånn overbehandling til en viss grad da. Fordi det skjønner man jo. Noen har litt fravær og så er ting egentlig på stell og så kommer man tilbake. **Så jeg synes jo ikke det er riktig å sette inn trykket på de første tre månedene heller, selv om det er det alle snakker om. Vi må få de tidlig. Men hvordan skal man da skille på de man skal gi en bredere pakke og de man skal kjøre igjennom da? Kjappere.** Men at det har endret seg har det jo fordi kriteriene har endret seg. **Nå skal vi ta inn de som er på arbeidsavklaring og vi skal til og med ta inn de som er uten arbeid, men som har motivasjon til å komme seg tilbake i jobb. Og det er klart det er mye enklere å jobbe med de som har en konkret arbeidsplass og som har en identitet som arbeidstaker og som kjenner livet som arbeidstaker og det er en del av hverdagen, og selvfølgelig da har motivasjonen til å komme tilbake og forstår verdien av det.** Men de som er ute i et AAP-løp og kanskje har mistet arbeidsgiveren sin, det er jo tyngre å dra det selvfølgelig, for da er det jo mange baller i luften på en måte. (...) Vi ser jo at det åpner for en større... En videre port da, med mindre krav til nærhet til arbeid. Altså.. Du er avhengig av ytelse, sykemelding og så videre. Så vi har jo sett en økte tendens til mennesker som er lenger unna det å være i arbeid kommer inn da. Og det jo utfordrende. Det er jo ikke sånn at har du vært 3 år på AAP så er du nødvendigvis veldig, veldig langt unna jobb, men sannsynligheten er jo stor for det da. Så det har nok gjort... Man ser at det er et større arbeid som må gjøres med den enkelte. Litt mer krevende prosesser og kanskje det har blitt satset mer enn det som er ønskelig for å få til... målet er jo å komme tilbake igjen til jobb på kortest mulig tid, men... **Men det ser vi jo, det har kommet en ny rapport på prioritering nå hvor man ser muligheten til å snevre porten***

litt igjen da. Men det må være en egen motivasjon, det må være en realistisk mulighet til tilbakeføring i løpet av tilbudets varighet.

Leder, Helse og arbeid

I hvilken grad kan man forvente at Helse og arbeid-tilbudene prioriterer personer med svak tilknytning til arbeidslivet eller har for alvorlige symptomer, for lang og komplisert sykehistorie? En av de ansatte i et Helse og arbeid-tilbud understreket at de *ikke* hadde fått beskjed om å ekskludere arbeidsledige og pensjonister, men *det må vi gjøre*:

Det har jeg kjent hele tiden at det er noe med hvordan lovverket er og prioriteringsveilederen og så er det realiteten og hvordan det ser ut på gulvet. Det stemmer ikke helt. På samme tid så har ikke vi fått beskjed om at vi har rett til å gi avslag fordi de er arbeidsledig, pensjonist. Det må vi gjøre. Vi kan ikke drive arbeidsrettet behandling med folk som er så langt fra jobb.

En kollega av personen over, fulgte opp med å si at de må fire på de vanlige rettighetsvurderingskravene for å få pasientene tidlig nok inn:

Ja, vi har vel mye samme opplevelser der også at mange av de her pasientene hadde nok enten blitt avvist fordi de ikke har forsøkt noe annet tilbud enda. Og de som hadde blitt rettighetsvurdert hadde kanskje blitt satt på veldig maks ventetid. Slik at vi har jo tenkt at vi må jo fire litt på de vanlige rettighetsvurderingskravene for å i det hele tatt få inn disse her på rett tid. For til vanlig behandling her på sykehuset så vil vi jo helst at man skal ha prøvd disse enkle tiltakene ute i kommunen da. Lokalt for eksempel fysio eller blitt utredet andre steder.

Hhv. leder og ansatt i Helse og arbeid

Mange av tilbudene rapporterer, som nevnt over, at de har flere pasienter på AAP enn de hadde tidligere (for de som hadde "Raskere tilbake"-tilbud), men at arbeidsevnevurderinger og pasienter som er i gang med utføreløp ikke er noe som prioriteres. Flere av tilbudene sier også at de prioriterer de yngste pasientene nå. En av de ansatte med lang erfaring fra arbeidsrettet rehabilitering mener at holdningen om å løfte fram retur til arbeid som utfall i behandling er noe som smitter over på de andre teamene som jobber med de mer alvorlig syke pasientene:

*Jeg tenker at når NN stiller spørsmålet om helsevesenet skal prioritere vekk de som ikke kan jobbe, så er min virkelighetsopplevelse det at helsevesenet i veldig liten grad er opptatt av arbeid. Den, i alle fall i spesialisthelsetjenesten så er arbeidsdimensjonen noe som bare unntaksvis kommer fram i journalnotat, generelt snakker jeg om. **Så jeg tenker at vi er veldig langt unna det at det er det som er aktuelt, å prioritere dem, tror jeg, men vi kommer til stadighet tilbake til det at vi har ei utfordring i å gi befolkningen rett tilbud på best mulig tidspunkt.** (...). Men jeg tror at vi er ganske tydelig på det her hos oss, i alle tilbudene, at menneskeverdet er ikke avhengig av om en klarer å stå i arbeid eller ei, men det å holde arbeid høyt som både et mål, og ikke minst et virkemiddel i rehabilitering, er jo både nødvendig og det virker, og det er veldig bra på alle vis altså. Det er jo det vi brenner for her, hele ARR-teamet og for så vidt, dette smitter jo også over på de andre teamene, eller altså på andre pasienttilbud også.*

Ansatt, Helse og arbeid

En ansatt og en leder for en arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk var også klar på at man måtte prioritere pasienter som kan nyttiggjøre seg tilbudet:

Informant A: De får jo tilbud i vår poliklinikk hvis det er realistisk og mulig å nærme seg arbeid. Men mange blir jo på en måte... Hvis et avslag kommer frem til at det ikke er realistisk å nyttiggjøre seg av tilbudet, så da blir det jo kanskje til fysioterapeut i kommunen, kanskje tilbud i NAV. Noen trenger også større oppfølging fra DPS-en da, vi ser jo det også at det er alvorlig psykiatri som har preget mange. Så det er mange som ikke gis et tilbud. (...) Om de ikke er motivert... Jeg tenker det er to ting som må være avklart før vi kan begynne et rehabiliteringsforløp. Og det er, venter du på avklaring, lurer du på om du har en alvorlig sykdom? Det kan være en time hos en nevrofysiolog du venter på, så skal du ikke komme til oss. Det går jo ikke, for da ligger jo det bare og bremser hele prosessen. Og punkt to, vil du egentlig bli uføretrygdet? For det bruker jo fastlegene oss litt til, til avklaring mot trygd. Det er jo sannhet uten modifikasjoner, tenker jeg da. Hvis den ligger til grunn er det jo helt meningsløst å bruke flere måneder på å jobbe med motivasjon for arbeid.

*Informant B: Dette er jo diskusjoner vi til stadighet har, ikke sant. For livsgrunnlaget vårt er jo at vi skal få folk tilbake i arbeid. Det harde utfallsmålet vårt og det vi blir målt på er, kom du tilbake i jobb eller ikke? Og så er det jo sånn at de som er terapeuter og psykologer synes jo det er spennende å holde på med alle dimensjoner på en måte, men det harde utfallsmålet minner vi de på sikkert til det kjedsommelige, hvis du hadde snakket med de så ville de sikkert si at vi kjører litt hardt på det. **Det er jobb. Det er det som er på en måte årsaken til at vi eksisterer, det er det som gjør at vi er forskjellige fra smertepol. eller rehab.pol. som er de andre poliklinikkene vi har da. Der alle pasientene måles i arbeid, på en måte. Så det er det vi stadig må minne på at det er det vi stadig skal jobbe med.** Så er det veldig mange andre ting, men hvilke brikker må vi bevege på for at de skal komme tilbake i jobb? Og det er en vanskelig øvelse, rett og slett. Men det er, tror jeg, viktig at vi holder panna oppe på da for at vi skal få lov til å eksistere også i fremtiden. Vi må jo greie å vise at vi klarer å drive måloppnåelse. (...).*

Leder og ansatt, Helse og arbeid

En av overlegene i fysikalsk medisin vi intervjuet reflekterte rundt at pasienter med langvarig smerteproblematikk i utgangspunktet ikke skal prioriteres i disse tiltakene, selv om denne type tiltak er noe de kunne ha god nytte av. Dette var en problemstilling og pasientgruppe flere andre Helse og arbeid-tiltak også syntes var vanskelig, og som de ofte møtte på:

Ja, du kan si altså vi forholder jo oss til prioriteringsveilederen i fysikalsk medisin og rehabilitering, nå har hvis nok [...] akkurat sendt ut dette der produktet som representerer liksom hvordan det skal prioriteres innen helse og arbeid. Sånn som fram til nå da, så har jo vi forholdt oss til fysmed-prioriteringsveileder og det som, nå er det jo jeg som stort sett sitter og har alltid hatt med meg en person til da som sitter og vurderer. Du kan si, du kjenner jo åpenbart til at henvisningene har litt variabel kvalitet, vi har i utgangspunktet ikke lov til å avvise på bakgrunn av manglende informasjon, men det som, du vet prioriteringsveilederen vår gikk jo igjennom en revisjon i 2015, hvor den pasientgruppen som faller inn under det utbredte smerte, fibermyomalgi og «widespread pain» og den gjengen der, de har jo i utgangspunktet ikke rettighet. Det var en endring som kom i 2015, i utgangspunktet ikke rettighet og da kan du endre

rettighetsvurderingen i forhold til hvis det er ung alder, betydelig funksjonstap, og den del sånne ting. Hos oss så har jeg tenkt og [...], de som har vært ansvarlig overlege har jo vært enige i at, nettopp de med «widespread pain» er jo en pasientgruppe som ofte har veldig nytte av den tverrfagligheten som vi kan by på. Så det er jo litt sånn merkelig at de nå ikke er rettighetspasienter, jeg opplever at det er de fastlegene sliter med, det er enklere for fastlegen med en person med langvarig ryggvondt liksom, enn de som er mer sammensatte og vanskelige. Jeg har praktisert prioriteringsveilederen sånn at en del av de med utbredte smerter har jeg gitt rettighet, når det er unge mennesker, ikke et veldig langvarig forløp og så videre, men nå da, nå når vi har fått lengre ventetider og vi også får hele tiden litt sånn innsnevring på ressurser, så må jeg liksom praktisere den prioriteringsveilederen litt strengere og da er det jo de pasientene som skal ut, fordi de andre har rettighet, ikke sant.

Leder, Helse og arbeid

En annen leder i et Helse og arbeid-tiltak kommenterte på at de opplevde å ha den samme målgruppen som kommunene har prioritert de siste årene, og at de alvorligst syke har blitt nedprioritert:

For de har også... våre største kommuner har lagd et spisset behandlingstilbud for pasienter med lettere/moderate lidelser, sånn raks psykisk helsehjelp, kognitiv atferdsterapi, kurs i bekymringsmestring osv. Det er jo mange behandlingstilbud da som overlapper. Men utfordringen er jo da at de bygger ned tilbud til personer med litt mer kroniske vansker da, det er kanskje egentlig der vi har et behov for samarbeid da for å avklare ansvar der. Ja og det er det siste året at vi sitter med henvisninger der det står i henvisningen at pasienten ikke er egnet for rask psykisk helsehjelp og henvises derfor til spesialisthelsetjenesten, og så tenker vi at her er det ikke noe behandlingspotensiale, kost/nytte effekt og så videre. Da faller pasienten mellom stoler da. Så vi er nødt til å ha det har forandret seg ganske raskt, siste året - vi er nødt til å ha den samhandlingen mellom nivåene.

Leder, Helse og arbeid

Avslutningsvis i dette delkapitlet tar vi med et sitat fra en leder i psykisk helsevern som opplever at de ansatte synes det er veldig attraktivt å jobbe i Helse og arbeid-tiltakene, fordi man får jobbe med en ressurssterk målgruppe. Flere av tiltakene i Helse Sør-Øst melder om at det har vært enkelt å rekruttere psykologer til tiltakene, en faggruppe som det vanligvis er vanskelig å rekruttere.

Så jeg tror det er mange som har lyst til å jobbe med såpass ressurssterk målgruppe og det er det også jeg reklamerer litt for i teksten i overskriften. Og interessert i terapi og har lyst til å jobbe med en ressurssterk pasientgruppe da. Som nyttiggjør seg av terapi det appellerer til veldig mange psykologer, det er det vi ser da.

Leder, Helse og arbeid

4.7.10 Finansiering, insentiver og kapasitet

Etter at "Raskere tilbake" ble lagt om til å bli en del av sørge-for-ansvaret med rammefinansiert bevilgning, har det blitt betraktelig vanskeligere å følge både aktiviteten (debitorkode 20-koding faller mye i årene etter 2017 når det ikke er knyttet finansiering til kodingen) og pengestrømmene sammenliknet med da summen sto oppgitt i Statsbudsjettet hvert år. Tiltakene har fått midler fra helseforetakene til et visst antall stillinger for opprettelse av Helse og arbeid-tilbud, men flere steder har det vært uklarheter i hvilke rammer man egentlig har å rutte med:

Og våre kliniksjefer tok opp det her i starten, dette her rundt det økonomiske. Ja. Klarer dere å svare på hvilke rammer er det vi egentlig har? Dere har jo fått så og så mange millioner, ikke sant. Tilført til foretaket. Hvordan er fordelingsnøkkelen der? Så når for eksempel smertepoliklinikk før fikk masse rammer fra "Raskere tilbake", nå ikke skal drive med Helse og arbeid. Kan vi da få mer ut av de rammene? Psykiatrisk poliklinikk som ikke klarer å svare ut, får vi noe ut av de rammene? Man klarer ikke å svare på det da. Sånn som jeg forsto det i NN, så hadde de kjempet mye om å få vite eksakt rammene sine. Da er det jo igjen dette spørsmålet om bedriftstiltak men som vi ikke får noe finansiering rundt... (...) Og de høyere herrene vil ikke si eller kan si hvor pengene er blitt av da. Og NAV pushet også veldig på for de har jo spyttet inn mye penger, hvor er pengene våres blitt av? Ja. Hva brukes de til, hvor finner vi de igjen i foretaket da?

Ansatt i Helse og arbeid

Et annet tema som dukker opp når vi spør om finansiering og insentiver, er dette med at de ansatte opplever at finansieringssystemet ikke belønner forebyggende arbeid eller tar hensyn til reisetid når spesialisthelsetjenesten skal reise ut, f.eks. i forbindelse med bedriftstiltaket. Av de som allerede har innført bedriftstiltaket, er det flere som yrtrer at de antar det er det første som ryker hvis klinikken må spare penger.

Det du sa NN om økonomi, det er jo egentlig et nøkkelord her da fordi det er jo det vi blir målt på og hvis politikerne og de som beslutter finansieringssystemet ser det som en viktig rolle vi skal ha ut mot nav og kanskje arbeidsgiver så.. må jo finansieringssystemene legges opp etter det, vi blir jo styrt og gjør jo det som gir oss inntekt. Og det også tror jeg er litt nøkkelen til at samarbeid er vanskelig med psykiatrien og.. de ser ikke nytten av det i det og det går jo også på økonomi - for de har mer enn nok med det de gjør og det gir de ikke noe ekstra inntjening og dermed ikke noe motivasjon da til å få det.

Overlege i et Helse og arbeid-tilbud

Nei altså vi har heldigvis fått den rammeoverføringen, så fikk vi lov til å dytte deler av den ramma inn i Bedriftstiltaket så vi har jo avsatt egne midler til det enn så lenge. Men det har egentlig fra dag 1 vært spørsmål om dette er noe vi skal gjøre og det er nok en stor oppfattelse i sykehusverden at dette ikke tilhører spesialisthelsetjenesten, sånn at jeg tror at den eneste måten hvis man skal sørge for at dette her er gangbart i fremtiden, at man finner en typ måte å finansiere det for å synliggjøre at dette her er.. er noe vi skal drive med og letteste måten å kutte når det først blir vanskelig det er å ta bort ting som ikke gir fortjeneste selvfølgelig.

Koordinator i Helse og arbeid-tilbud

Flere av helseforetakene melder også om tekniske problemer i journalførings- og kodeverksystemer når man skal drive tverrfaglig behandling med både muskel- og skjelett og psykiatri:

Hvis man da tenker at man skal merke kropp og hode da, som er det stuntet vi prøver på her. Det har vært ekstremt mye jobb med å få rigget det i EPJ og med kodeverk og sånn. Vi møtte masse motstand med det. Det er jo ulik finansieringsordning ikke sant, sånn at vi tjener jo masse penger på å gi psykolog-tjenester til de som kommer inn med somatisk merkelapp, og så kommer det inn med psykisk helselapp så gjør vi ikke det. Så det slår helt ulikt ut. Men jeg har snakket mye med Diakonhjemmet, for de har tatt inn psykologer i somatisk helsehjelp. Så jeg lærte mye av de da om hvordan man kan rigge de greiene der. For jeg synes det er helt kunstig at det ikke går an å ha to tanker i hodet samtidig, på en måte. At det går faktisk an å komme inn med en uspesifikk sammensatt muskel-skjelett-plage og trenge samtale med psykolog uten at det skal slå ut sånn at du får avregningsutvalget på nakken. Bare fordi vi prøver å tenke helhetlig. For det er jo det som har vært litt sånn hvis du tjener for mye på dette her så får du avregningsutvalget på nakken.

Leder for Helse og arbeid

For øvrig opplever de fleste tilbudene at de ikke har noen mindre forutsigbar framtid enn andre tilbud i spesialisthelsetjenesten, og det har blitt en stor bedring for de klinikkene som hadde "Raskere tilbake" tidligere og levde på nåde i Statsbudsjettet. De private institusjonene med avtale ønsker seg mer langsiktige rammer.

Når det gjelder kapasiteten i Helse og arbeid-tilbudene virker det å være stor variasjon mellom helseforetakene i antall ansatte per pasientforløp. Basert på tilbakemelding i intervjuene later det å ta tid før de nyetablerte tilbudene får "de rette" pasientene henvist, og relativt mange tilbud sier at de har slitt med å få henvisninger nok i oppstartsfasen, til tross for utadrettet arbeid mot fastleger og andre henvisende tilbud i spesialisthelsetjenesten. En interessant erfaring som er gjort i et tilbud som har jobbet med å jobbe mer tverrfaglig mellom fysisk medisin og psykisk helse, var at de ikke opplevde at så mange av pasientene som forventet, hadde overlapp, og at de i stor grad måtte ut og "rekruttere" pasienter:

Det har vært sånn diskusjon i både prosjektgruppen og styringsgruppen i flere omganger. Utgangspunktet var at disse pasientene har vi flust av i begge deler, sånn at rekrutteringsgrunnlaget var på en måte besluttet at det fantes der, både på NN (psykisk helsevern) også her på nakke/rygg, og at utfordringen da var mer å kunne plukke ut av de pasientene som allerede var. Så det var på en måte ikke tenkt at det skulle være behov for noe sånne voldsom rekruttering av pasientene utenifra - på en måte spisset inn til Helse arbeid-tilbudet. Og så har vi diskutert det da litt fortløpende, så det var gjort noen framstøt sånn at vi da, vi fikk oppdatert, som du viste til selv, den informasjonen på hjemmesiden vår. Vi hadde gått ut i det som heter PKO-nytt i NN (helseforetaket), som er et samarbeidsorgan mellom fastlegetjenesten og sykehuset. Og så skrev jeg og NN og hun som er Helse i arbeid-koordinator, vi skrev en sånn liten kronikk som vi fikk på trykk i et tidsskrift som heter NN.

Andre tilbud som har vært oppe og gå en stund, melder om at det har vært svært høy produksjon til tider, og at dette til slutt går ut over evnen dere til å jobbe tverrfaglig. Noen har hatt veldig mye å gjøre sent på høsten

2020 da pasientene begynte å komme tilbake for fullt etter nedstengningen, og har etablert kveldspoliklinikk for å holde ventelistene nede:

*Ja vi er i en sånn liten hamster hjul fase nå føler jeg hvor vi kjører på høygir og har gjort det i et par måneder og det er klart **vi ser flere og flere eksempler på at vi ikke evner å gi den samtidigheten vi kanskje ideelt sett skulle hatt. Både mellom muskel- og skjellet miljøet og psykisk helse miljøet. Men også faktisk for de Nav-folkene. De har ganske mange pasienter som en tar unna på en dag og kommer det to på en gang så må en vente og det er ganske tøft nå, for vi har- vi vet ikke. Må velge mellom to onder, enten få ventetid eller å fire litt på den totale tilgjengeligheten som vi ønsker og i stor grad har hatt. Man klarer ikke alltid å levere helt optimalt på begge. Men har prioritert å ta unna en del for å slippe de verste ventetidene. Vi kjører også kveldspoliklinikk nå åpent torsdag og fredag for å unngå å ikke kunne sette pasienter opp på time. Så har både psykologer og fysioterapeut på jobb på kveldstid torsdag og fredag fremover for å unngå at vi kommer i en sånn ventetidsskvis.***

Leder for Helse og arbeid

Et annet tilbud meldte om det samme erfaring:

Altså du kan si at vi åpnet tilbudet 1. april (...). Aktiviteten på senteret i april, mai, juni, juli og august var lav og det kunne nok ha å gjøre med at det var lite kjent ute. I september begynner det å ta seg litt opp, men det som vi ser på som de mest hektiske månedene i fjor, var oktober og november og deler av desember og da var det et svært høyt tempo. Det var såpass at når vi evaluerte til jul så, så vi at det gikk utover den tverrfagligheten som det her tiltaket skal kjennetegnes ved.

Leder for Helse og arbeid

4.7.11 Andre pasientgrupper i Helse og arbeid

Siden omleggingen av "Raskere tilbake" har det vært klart at målgruppen for arbeidsrettet behandling skal være de gruppene som utgjør storparten av sykefraværet: personer som har vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser som gir såpass funksjonsfall at det påvirker evnen til å stå i arbeid eller utdanning. Som vi skrev i vårt forrige notat er det flere pasientgrupper som defineres ut av Helse og arbeid, men som fagfeltet ser at kunne ha nytte av tilsvarende tilbud. Av de som typisk har blitt nevnt i intervjuene med oss er fedmepasienter, CFS/ME, utmattelse og langvarig og/eller diffuse smerter. En av lederne av et Helse og arbeid-tilbud beskrev det slik:

Så er det, det dukket opp en ny gruppe som er, ikke er beskrevet veldig godt i det dokumentet som er utarbeidet som en veileder for inntak. Det er de her som er sliten/utmattet der man ser egentlig sånn sammensatte klinisk bilde der det kan være diffuse smerteproblematikk, muskel og skjelett problematikk, søvnforstyrrelse, det kan også være lett depresjoner, altså det som ja vi aldri vil slippe til på en måte. Det her er helt ny eller det er en gruppe som ikke har vært beskrevet før, som vi ser stadig mer av.

Leder, Helse og arbeid

Til tross for fokuset på muskel- og skjelett og psykisk helse, er det flere tilbud innenfor Helse og arbeid som har fått "velsignelse" fra både RHF-ene og egne foretak til å jobbe videre med arbeidsrettede tiltak mot andre spesifikke pasientgrupper. Både innenfor kreftrehabilitering (OUS – godt etablert tilbud ved Kreftrehabiliteringssenteret på Aker), hjernetraume (Sykehuset Innlandet, godt etablert tilbud med ambulant virksomhet inkludert) og hodepine (nyetablert, Akershus sykehus) gis det tilbud til pasienter. Vi mener at disse med fordel kan få mer oppmerksomhet i ordningen, og at man kan vurdere å løfte fram disse tilbudene i kommende samlinger på Helse og arbeid-feltet, fordi de nok heller ikke er veldig kjent internt i Helse og arbeid-feltet (se også beskrivelser av tilbudene i kapittel 3). En av de ansatte i tiltaket beskriver hvordan hun er opptatt at man må høste erfaringer fra hverandre i disse tiltakene, og at dette er pasientgrupper som ikke like lett kan følges opp i kommunene:

Det har jo vært veldig fokus på det her med at det skal være ambulerende oppfølging, men jeg tror det er ingen som på en måte har et sånt team som er rigget for kun å jobbe med Helse og Arbeid og tilbakeføring til jobb etter hjerneslag. Det har jo på en måte vært sånn, iallfall når jeg var seksjonsleder at jeg var jo veldig interessert i å finne ut, er det andre som driver med det her, vi trenger jo ikke å sitte på hver vår tue og finne opp på en måte kruttet. Så hvordan kan vi høste liksom, høste erfaringer fra hverandre, og jeg har ikke blitt kjent med noen som i hvert fall har en sånn strukturert modell og jobber målrettet kun, så vi jobber jo ikke kun med Arbeid, men med det som hovedmål da. Eh, en del plasser har jo, altså rehabilitering har jo ofte òg blitt på de private, ikke sant da, så jeg har jo ikke oversikt på de private rehabiliteringssentrene, men en del av dem har jo avtale med RHF-ene, men hva det inneholder konkret, det vet jeg ikke.

Ansatt, Helse og arbeid

4.8 Spørreundersøkelse høsten 2021

I spørreundersøkelsen for 2021 gjennomførte vi møter med gjennomgang av skjemaet med representanter i Styringsgruppa for prosjektet fra hver av de fire helseregionene. Skjemaet ble sendt ut etter samme prosedyre som for kartleggingen i 2019 – direkte på e-post til omtrent 500 ansatte i Helse og arbeid-tilbud både i HF-ene og hos private aktører med avtale. Skjemaet ble sendt ut 15. september med første frist 1. oktober, og det ble deretter gjennomført målrettede purringer to ganger.

Vi fikk til slutt svar fra 173 ledere og ansatte i Helse og arbeid-tilbud over hele landet, og alle tilbudene i helseforetakene er representert med minst én respondent. Vi fikk også svar fra alle de private aktørene som er involvert i Helse og arbeid via rammeavtaler om arbeidsrettet rehabilitering og behandling. Ettersom det ikke finnes tilgjengelig informasjon om hvor mange som jobber i Helse og arbeid-tilbudene totalt, blir det vanskelig å gi en eksakt responsrate. Basert på at vi samlet inn omtrent 500 e-postadresser fra ledere i alle HF og hos private institusjoner i 2019, kan vi anslå at responsraten ligger på rundt 25-30 prosent. En ikke uvanlig responsrate i elektroniske spørreundersøkelser som dette, men som vi selvfølgelig skulle ønske var høyere. Rundt en tredjedel av respondentene som svarte i 2021, svarte også i 2019, men det var også 37 prosent som var usikre på om de svarte i 2019.

Tabellen under viser responsfordelingen per helseforetak, der Helse Sør-Øst har flest, og Helse Midt-Norge færrest respondenter. Vi har sett responsandelene opp mot tallene for avtalte årsverk innenfor psykisk helsevern og somatikk i 2020 (offisielle SSB-tall på avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten), og laget sannsynlighetsvekter på bakgrunn av dette. Ideelt sett skulle vi hatt totaltall for Helse og arbeid-tilbudene, men dette er ikke tilgjengelig. Som vi ser av tabellen er Helse Nord litt overrepresentert, Helse Vest og Helse Midt-Norge litt underrepresentert, mens Helse Sør-Øst er marginalt overrepresentert. Der vi har presentert funn fra regresjonsanalyser på f.eks. forskjeller mellom regionene, har modellene inkludert p-vekter, i et forsøk på å redusere skjevheter i undersøkelsesutvalget slik at hver region utgjør en proporsjonalt representativ andel av den aktuelle populasjonen. Vektene beregnes ved å ta andelen respondenter dividert med andel avtalte årsverk i hver region.

Tabell 4.24 Fordeling av respondenter på helseregion. Survey 2021.

	Antall	Andel (%)	Andel avtale årsverk i PHV og somatikk*	p-vekt
Helse Nord RHF	24	14	11	1,300
Midt-Norge RHF	20	12	13	0,868
Helse Vest RHF	27	16	21	0,732
Helse Sør-Øst RHF	102	59	55	1,078
Total	173	100	100	

*Kilde: SSB.

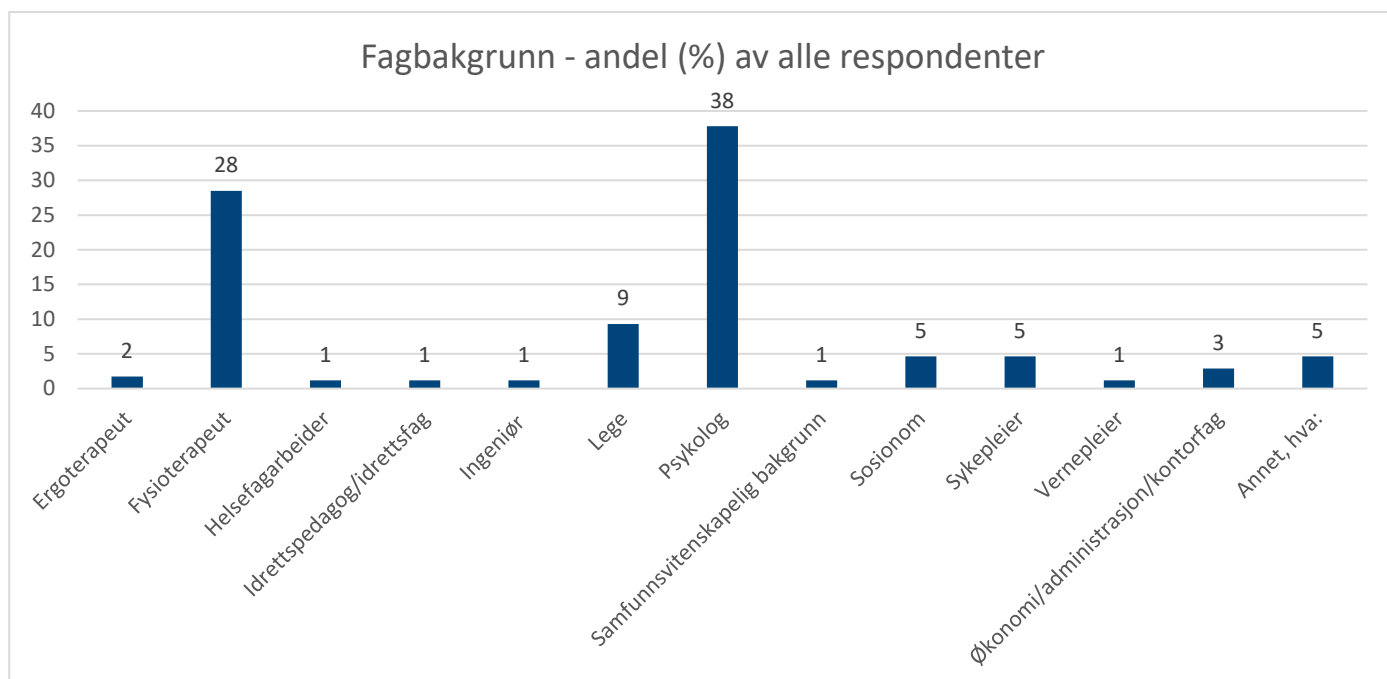
Tabell 4.25 Oversikt over helseforetak og private aktører som har bidratt med respondenter i spørreundersøkelsen.

Helseregion	Helseforetak/privat aktør med avtale
Helse Nord	Finnmarkssykehuset HF
	Helgelandssykehuset HF
	Nordlandssykehuset HF
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
	Opptreningscenteret i Finnmark - arbeidsrettet behandling for Helse Nord RHF
	Stamina Helse - arbeidsrettet behandling for Helse Nord RHF
	Valnesfjord helsesportsenter - arbeidsrettet behandling for Helse Nord RHF
	ViGØR - arbeidsrettet behandling for Helse Nord RHF
Helse Midt-Norge	Helse Møre og Romsdal HF
	Helse Nord-Trøndelag HF
	St. Olavs hospital HF
	Betania Malvik - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Midt-Norge RHF
	Friskgården - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Midt-Norge RHF
	Muritunet - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Midt-Norge RHF
Helse Vest	Helse Bergen HF
	Helse Fonna HF
	Helse Førde HF
	Helse Stavanger HF
	Haraldsplass Diakonale sykehus
	Oppfølgingsenheten Frisk i Randaberg - arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Vest RHF
	Institutt for psykologisk rådgivning - arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Vest RHF
	Oppfølgingsenheten Frisk i Randaberg - arbeidsrettet behandling, somatikk, for Helse Vest RHF
	Røde Kors Haugland Rehab.senter i Fjaler - arbeidsrettet behandling for Helse Vest RHF
	LHL-klinikkene Bergen - arbeidsrettet behandling for Helse Vest RHF
	LHL-klinikkene Nærland - arbeidsrettet behandling for Helse Vest RHF
	Åstveit Helsesenter i Bergen - arbeidsrettet behandling for Helse Vest RHF
Helse Sør-Øst	Sykehuset Østfold HF
	Akershus universitetssykehus HF
	Oslo universitetssykehus HF
	Sunnaas sykehus HF
	Sykehuset Innlandet HF
	Sykehuset i Vestfold
	Vestre Viken HF
	Sykehuset i Telemark HF
	Sørlandet sykehus HF
	Diakonhjemmet sykehus
	Lovisenberg Diakonale sykehus
	Norsk Arbeidshelse AS - poliklinisk arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Sør-Øst RHF
	Salutis Psykologi AS - poliklinisk arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Sør-Øst RHF
	Oppfølgingsenheten FRISK AS - poliklinisk arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Sør-Øst RHF

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS - arbeidsrettet behandling, psykisk helsevern, for Helse Sør-Øst RHF
Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS - arbeidsrettet rehabilitering, somatikk, for Helse Sør-Øst RHF
Sørlandet rehabiliteringssenter Eiken - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
AiR Rauland - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
Vikersund Kurbad - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
Unicare Bakke - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
Hernes - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
Catosenteret - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF
Idrettens helsesenter - arbeidsrettet rehabilitering for Helse Sør-Øst RHF

4.8.1 Karakteristika ved respondentene

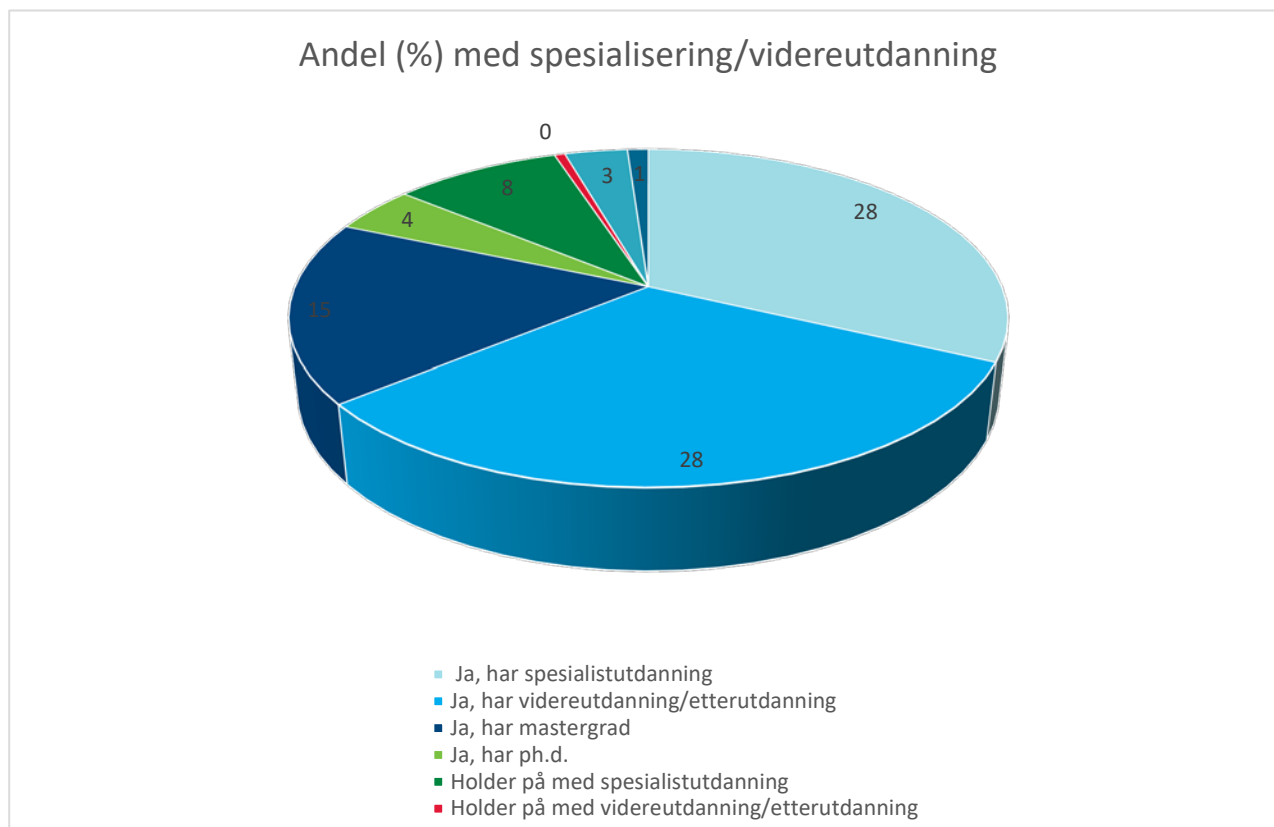
Helsesektoren er en kvinnedominert bransje, og også i vår undersøkelse er det flest kvinner som har svart. 115 (71 %) av respondentene var kvinner. Vi spurte også om fagbakgrunn på respondentene, og her var psykologer og fysioterapeuter de vanligste fagene representert i undersøkelsen. Sammenliknet med andelen i undersøkelsen vi gjennomførte i 2019, har andelen fysioterapeuter og psykologer økt. Vi fikk også svar fra 16 leger (9 %), og flere sosionomer og sykepleiere. Under kategorien "Annet" fant vi arbeidskonsulenter, helsesekretær, pedagogisk utdanning og barnevernspedagog, samt at noen bare hadde oppgitt at de var ledere. Vi hadde presisert ved utsending av undersøkelsen at også NAV-ansatte i Helse og arbeid/HelseArbeid-tilbud kunne svare, men kun to av respondentene svarte at de var NAV-ansatte.



Figur 4.21 Respondentenes faglige bakgrunn (N = 172).

Det var 28 % av utvalget som hadde spesialistutdanning, tilsvarende andel hadde videre/etterutdanning. 15 % hadde mastergrad og 4 % ph.d. Totalt 12 % holdt på med en spesialisering eller videre/etterutdanning. Vi testet ved hjelp av regresjonsanalyser om det var forskjell mellom private og offentlige tilbud når det gjaldt spesialistutdanning, men fant ikke en statistisk signifikant forskjell (Diakonhjemmet og Lovisenberg ble regnet som offentlige tilbud her). Når vi gjorde sammenlikning på regionnivå med Helse Nord som

referansekategori, fant vi flere respondenter med spesialistutdanning i alle de andre tre regionene, og særlig i Helse Midt-Norge.



Figur 4.22 Har du spesialistutdanning og/eller videreutdanning?

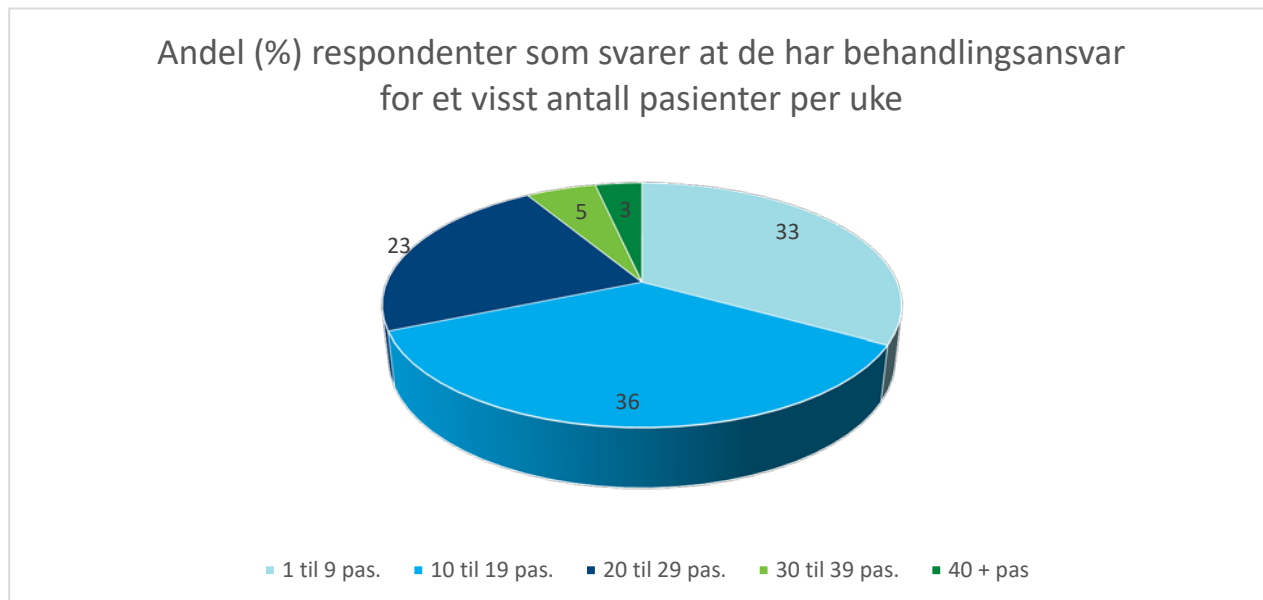
4.8.1.1 Lederansvar og antall ansatte

Vi spurte også om respondenten hadde lederansvar i sin stilling, og 23 prosent av respondentene hadde lederansvar, resten av respondentene er ansatte uten lederansvar. Vi spurte videre om hvor mange ansatte lederen hadde lederansvar for i den delen av tilbudet som kunne knyttes til Helse og arbeid, og her var det stor spredning i svarene. Av 38 ledere som besvarte spørsmålet var de varierte antallet fra 1 ansatt til 420 ansatte, der sistnevnte nok sannsynligvis har en null for mye, eller er oppgitt som tall for en hel klinikk, ikke bare et Helse og arbeid-tilbud. Medianen (den midterste observasjonen) var 12 ansatte. De som oppgav å ha mellom 25 og 45 ansatte under seg jobbet typisk som ledere i private virksomheter med avtale, og har sannsynligvis oppgitt ansatte for hele avdelinger, heller enn å estimere hvor mange ansatte som jobber direkte med Helse og arbeid. Vi ser i ettertid at vi burde spurt om antall årsverk i stedet for ansatte.

4.8.1.2 Behandlingsansvar

Vi spurte om respondentene hadde behandlingsansvar i stillingen sin, noe 72 % av de som svarte oppgav. De fleste som ikke hadde behandlingsansvar, var enten ledere, jobbet med økonomi og administrasjon eller hadde fagbakgrunn som sosionom eller helsesekretær. 115 respondenter av de med behandlingsansvar svarte deretter på spørsmålet om hvor mange pasienter de typisk har behandlingsansvar for i en representativ uke. I figuren under ser vi at den høyeste andelen (36 %) har mellom 10 og 19 pasienter i uka, en tredjedel har 1-9 pasienter i uka, mens 23 % har 20-29 pasienter i en gjennomsnittsuke. Kun 8 prosent

behandler 30 pasienter er mer. Det var nesten utelukkende leger og psykologer blant faggruppene som behandlet flest pasienter.



Figur 4.23 Andel (%) respondenter med behandlingsansvar for et visst antall pasienter per uke. N = 115.

4.8.2 Fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid

70 prosent av utvalget jobbet på undersøkelsestidspunktet (høst 2021) i klinikker/avdelinger som hadde aktivitet innenfor "Raskere tilbake" før 2018, og 72 prosent av utvalget jobbet selv i klinikken før 2018. Det vil si at en relativt høy andel av de ansatte har jobbet i tilbudene i flere år. I undersøkelsen vi gjorde i 2019 var det 77 prosent av utvalget som jobbet i tilbudet under "Raskere tilbake".

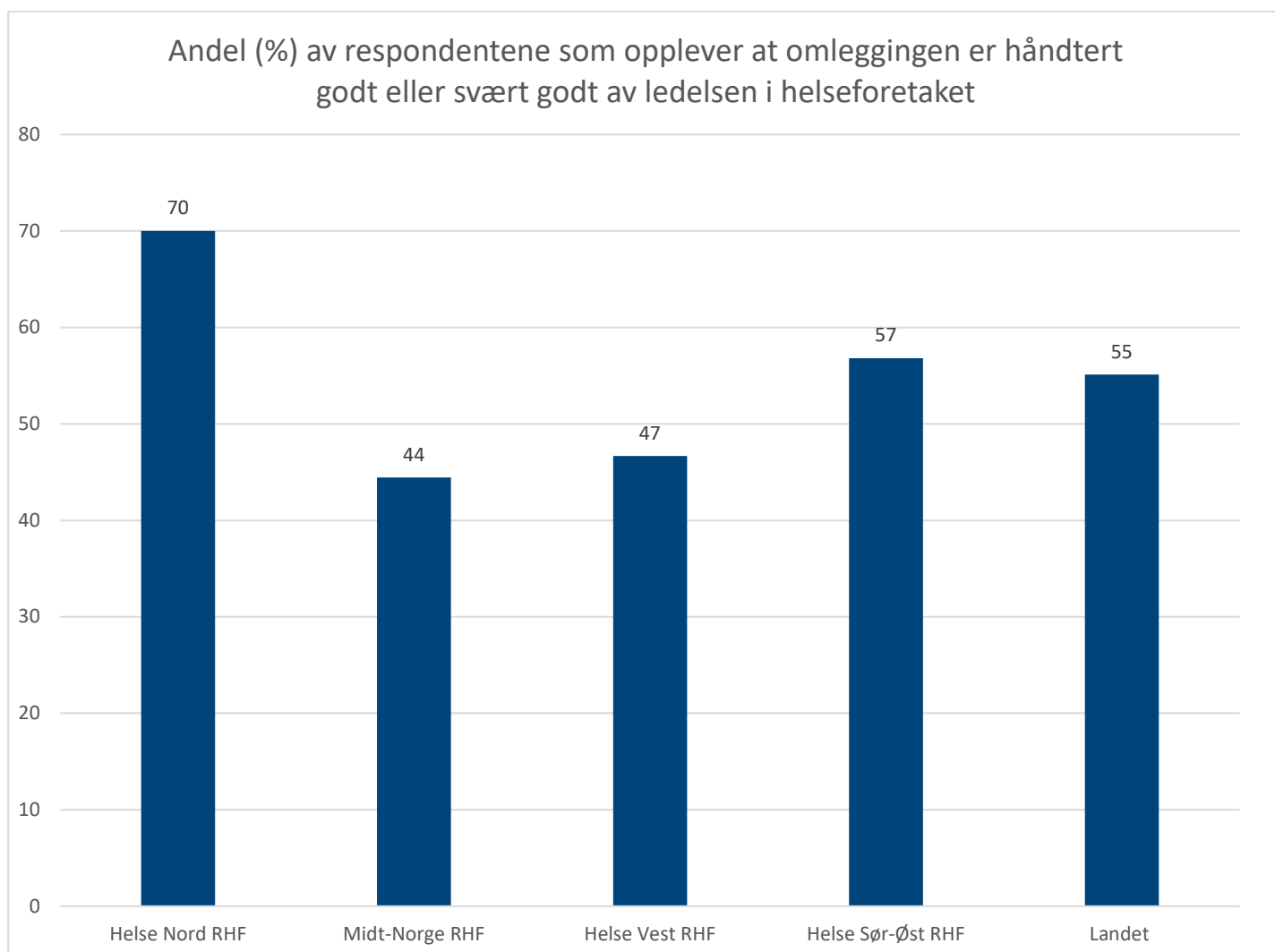


Figur 4.24 Andel (%) som jobber i tidligere "Raskere tilbake"-tilbud.

De 83 respondentene som svarte at de jobbet i tilbudet under "Raskere tilbake"-perioden fram til og med 2017, og fortsatt jobber der, fikk spørsmål som omhandlet selve omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Det første spørsmålet var **hvordan de vurderte at ledelsen i helseforetaket håndterte omleggingen**, rangert fra "Svært godt" til "Svært dårlig". De som svarte "Vet ikke" tok vi ut av analysene (5 respondenter).

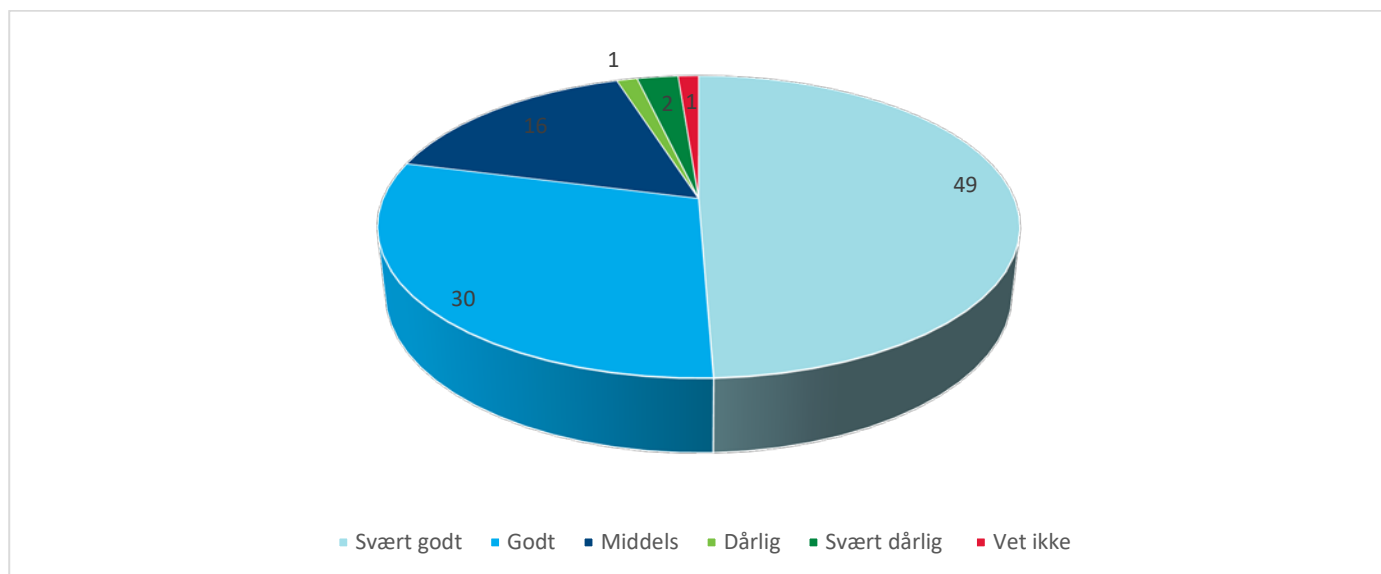
Resultatene viste at litt over halvparten av respondentene (55 %) svarte at de syntes omleggingen ble godt eller svært godt håndtert. Hele 70 prosent av respondentene i Helse Nord svarte godt eller svært godt. Det var statistisk signifikante forskjeller mellom regionene, der respondenter i Helse Midt-Norge var mindre fornøyd sammenliknet med Helse Nord (innenfor 5 % signifikansnivå). Ved 10 % signifikansnivå (som tillater noe større innslag av tilfeldig variasjon) var også Helse Vest-respondentene signifikant mindre fornøyd enn respondenter fra Helse Nord. Helse Nord har en spesiell organisering av Helse og Arbeid-tilbudet sitt gjennom såkalte "HelseArbeid-senter" (HIA-senter) i alle HF'ene (samlokaliserte sentra med både muskel- og skjelett og psykisk helse-tilbud). Vi testet derfor om det å organisere tilbudene etter HelseArbeid (HIA)-modellen (som også flere av de andre helseforetakene i andre regioner gjør) gjorde at respondentene i større grad var fornøyd med omleggingsprosessen. Det var ikke statistisk signifikant forskjell mellom de som oppgav å jobbe etter HIA-modellen, sammenliknet med andre. Dette kan skyldes at HIA-modellen har blitt mer utbredt i 2020 og 2021, og at det var få HIA-tilbud, utenom i Helse Nord og ved Sykehuset i Vestfold (med iBedrift), som var operative de første par årene av omleggingen.

Vi testet også om det var forskjeller i svarene mellom undersøkelsen i 2019 og undersøkelsen i 2021 på dette spørsmålet. Resultatene viste at det var en høyere andel som var fornøyd i 2021, sammenliknet med 2019. Det var ikke signifikante forskjeller mellom regionene i 2019.

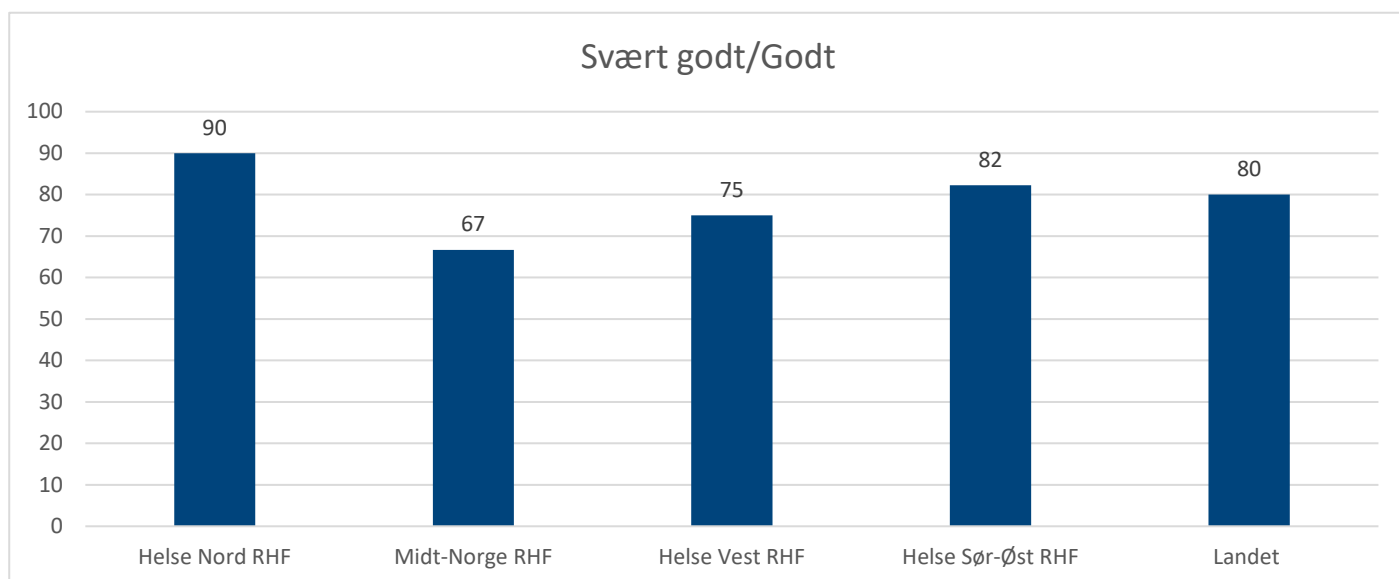


Figur 4.25 Andel (%) av respondentene som opplever at omleggingen er håndtert godt eller svært godt av ledelsen i helseforetaket. Helseregion og nasjonalt nivå. N = 78.

Neste spørsmål handlet om hvordan respondentene vurderte at sin egen klinikk eller avdeling håndterte omleggingen. Her svarte omtrent halvparten "Svært godt" og 30 % "Godt", som vist i figuren under. Fordelt på HF-nivå ser vi samme mønster som for vurderingen som ble gjort av HF-nivået: Helse Midt-Norge-respondenter var signifikant mindre fornøyd enn respondenter fra de øvrige regionene (ved 10 % signifikansnivå).



Figur 4.26 Vurdering av egen klinikk sin håndtering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Andel (%). N = 81.

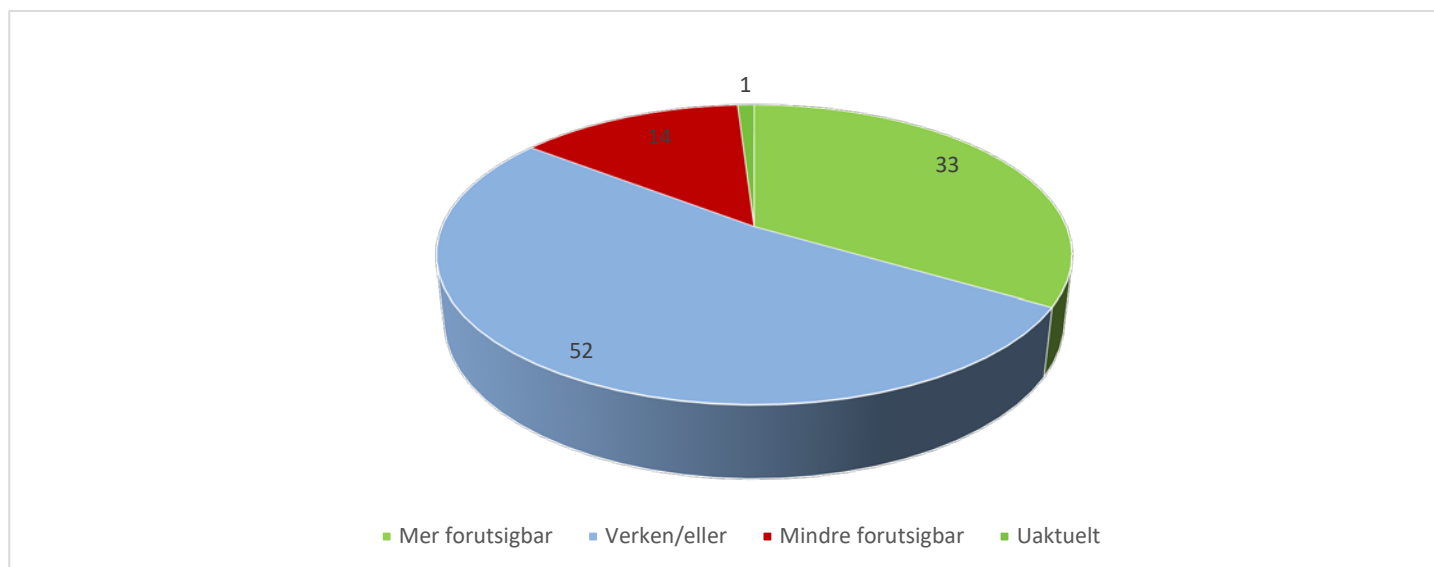


Figur 4.27 Andel (%) av respondentene som opplever at omleggingen er håndtert godt eller svært godt av ledelsen i egen klinikk/avdeling. Helseregion og nasjonalt nivå. N = 80.

Av de som svarte "Middels", "Dårlig" eller "Svært dårlig" var det både offentlige og private aktører. Det var ikke signifikante forskjeller mellom de som hadde HelseArbeid-modell og ikke, eller mellom ledere og ansatte (det var en tendens til at ledere var mer kritiske enn øvrige ansatte, men sammenhengen slo ikke ut som statistisk signifikant).

Under tiden med "Raskere tilbake"-ordningen kom bevilgningen til ordningen over statsbudsjettet hvert år, og de ansatte i tjenestene visste aldri helt sikkert om det kom til å bevilges penger til ordningen fra år til år. Ved omleggingen var det dette elementet mange trakk fram i intervjuene med oss som en faktor de forventet kom til å bli annerledes etter omleggingen. Vi spurte derfor hvordan ansatte og ledere i har opplevd at omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen har påvirket forutsigbarheten i arbeidshverdagen deres. Litt over halvparten mente at forutsigbarheten i arbeidshverdagen ikke har blitt spesielt påvirket, mens én

tredjedel synes situasjonen er mer forutsigbar enn før omleggingen. 14 prosent svarte at arbeidshverdagen er mindre forutsigbar. Regresjonsanalyser viste en tendens (innenfor 10 % signifikansnivå) til at ansatte i offentlige helseforetak i Helse Vest og Helse Sør-Øst oppfattet at arbeidshverdagen hadde blitt mindre forutsigbar, sammenliknet med referanseregionen Helse Nord. Blant de private aktørene var det en klar sammenheng i Helse Vest og Helse Sør-Øst at de oppfattet sin nye arbeidshverdag som mer forutsigbar.



Figur 4.28 Omleggingens påvirkning på forutsigbarhet i arbeidshverdagen. Andel (%). N = 81.

Vi inkluderte det åpne spørsmålet "Hva mener du eventuelt kunne vært gjort annerledes i omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid?", og her var det 46 av respondentene som svarte, med stor variasjon i temaene som ble tatt opp. Noen har kommentert på at de opplevde at overgangen innebar strammere økonomiske rammer enn tidligere, og flere etterlyser klarere retningslinjer for at disse tjenestene skulle prioriteres:

Få tydelig frem hvilke poliklinikker det var ønsket skulle være med på omleggingen. God informasjon fra direktoratene rundt ønsket modell. Litt tilfeldig hvilke poliklinikker som har gått videre med Helse og arbeid. I NN HF er det ulike fagmiljøer som har Helse og arbeid poliklinikk, og noen som tidligere har fått rammer fra "Raskere tilbake" har valgt å ikke gi et tilbud f.eks. psyk.pol.NN. Forankring opp i systemet, opp på klinikknivå. Tydelig på ressurser og økonomi, tydelig finansieringsmodell. Fremdeles usikkert hva som ligger i våre ordinære rammer. Får vi rammetilskudd? Inntjening poliklinisk med takster favner ikke godt nok opp rundt tverrfaglig ressursbruk. Avhengig av tydelige og engasjerte personer på "grasrotnivå" for å få modellen opp å gå. Lite engasjement og ansvar fra høyere ledelseshold i omleggingen med en tydelig bestilling på hvordan vi skulle legge om drift fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Uryddige rammer i starten, spesielt rundt ressurser og økonomi. Men innad på poliklinikken har vi jobbet godt med en tydelig plan, forankring etterhvert og samarbeid med Nav. Fått god hjelp fra prosjektleder i Nav-arbeidslivssenter til dette. God prosjektledelse av "HelseArbeid". Vi har kommet langt som etablert poliklinikk i "Helse og(i) arbeid". Tverrfaglig team på fys.med.poliklinikk med Nav veileder ansatt.

Noen HF opplevde å måtte skalere ned tilbudet, og hadde ønsket at kompetansen de mistet ble mer systematisk tatt vare på og planlagt inn i nye tilbud etter omleggingen. En av respondentene som var leder

hadde ønsket seg mer tid og ressurser i omleggingen til å få med seg alle de ansatte på omleggingen. Et av de private tilbudene opplevde at prosessen tok lang tid, og at folk søkte seg bort pga. uforutsigbarhet rundt tidspunktet for omleggingen:

Større forutsigbarhet ved at omleggingsprosessen hadde gått raskere. I overgangen gikk det flere måneder etter utløp av avtaleperioden for raskere tilbake før nye avtaler var inngått med private leverandører til Helse og arbeid. At prosessen trakk ut i tid bidro til usikkerhet rundt hvordan det nye tilbudet ville se ut og rundt henvisningsrutiner, og i praksis var det noen måneder uten et tilbud til pasientgruppen. Det bidro til at det tok lang tid å få opp innsøk av pasienter til Helse og arbeid tilbudet da dette kom i gang, selv om det er rimelig å anta at målgruppen for dette tilbudet er stor. At prosessen trakk ut i tid bidro også til at etablerte fagmiljøer forvitret, da ansatte søkte seg vekk fordi det tok så lang tid å få avklart inngåelse av nye avtaler. Så raskere avklaring, samt bedre, tydeligere og sannsynligvis gjentatt informasjon ut til henvisere om nytt tilbud - også i god tid før ny ordning trådte i kraft - ville sannsynligvis vært positivt.

Andre har kommentert på at samarbeidet med NAV skulle kommet tidligere i gang, med mer fokus på arbeid "i hele prosessen". Hos noen av klinikkene som har hatt "Raskere tilbake"-tilbud i mange år, var det flere som har kommentert på at de hadde ønsket at de kunne ta med seg mer av metodikken fra tidligere inn i den nye ordningen. En av respondentene har opplevd at tilbudet nå er lite utviklende, pga. for stort fokus på LIS-opplæring, og manglende skille mellom vanlig fysikalsk medisinsk poliklinikk og Helse og arbeid-poliklinikk:

Med opplevd hovedfokus på LIS-lege-opplæring og med det stadig bytte av leger i teamet, samt en i realiteten kun utvidet fysikalsk medisinsk poliklinikk fremfor fortsettelse av arbeidsfokus og Raskere Tilbake-tema, så oppleves det skuffende lite utviklende. Tror at mer samarbeid nasjonalt hadde vært fordel. Samt at ledelse og fagansvarlig var mer oppdatert og interessert i HelseArbeid-temaer. Opplever at tverrfaglighet som tema må ha større fokus, hvordan jobbe slik, og hva betyr det for pasienten. Stadig nye leger under fysikalsk medisinsk opplæring oppleves underlig, da man skal videreføre tverrfaglig raskere tilbake fokus og psykososiale temaer. Et tydeligere skille, også uttalt til henvisende fastleger osv., mellom fys med pol og Helse og arb pol anses nødvendig og hensiktsmessig (dersom det skal være noe annerledes med Helse og arb poliklinikker!)

Dette med uklart skille mellom Helse og arbeid-delen av tilbudet og "vanlig" poliklinikk var også tema for psykisk helsevern, blant annet i et av HF-ene i Helse Sør-Øst:

Tydeliggjøre for DPS hva målsettingen med behandlingstilbudet. Som det ser ut nå så er inntak koblet til DPS sitt vanlige inntak uten deltakelse av representanter fra Helse og Arbeid. Dette har gjort at henviste pasienter med mer alvorlig problematikk og funksjonstap eller ikke arbeidsrelatert problematikk har fått rett til behandling i Helse og arbeid. Disse pasientene burde enten blitt henvist til kommunal helsehjelp, familievernskontor o.l. eller fått et tilbud på DPS allmennpsykiatri.

Prioritering og rettighetsvurdering var også et tema som gikk igjen i kommentarene, og flere private aktører har opplevd at de har fått færre henvisninger etter at HF-ene i Helse Sør-Øst skal vurdere henvisningene, og ikke de selv:

Vi har problemer med NN (offentlig tilbud) som avviser altfor mange henvisninger/ikke sender pasienter til oss slik at fastlegene i sin frustrasjon ogsa i stor omfatning virker a ha gitt opp pa sende inn henvisninger til dem. Det fungerte mye bedre under RT da fastlegene kunne sende henvisninger direkte til oss. Det burde ogsa na kunne skje, slik at fastlegene selv kunne velge om de ville sende henvisninger direkte til oss eller til det samme tiltaket pa NN. Det virker a være en stor og vilkårlig og personavhengig faktor hvorledes (hvor strengt) prioriteringsveilederen tolkes hos de ulike tilbudene, og det rammes ikke minst pasientene, men ogsa fastlegene.

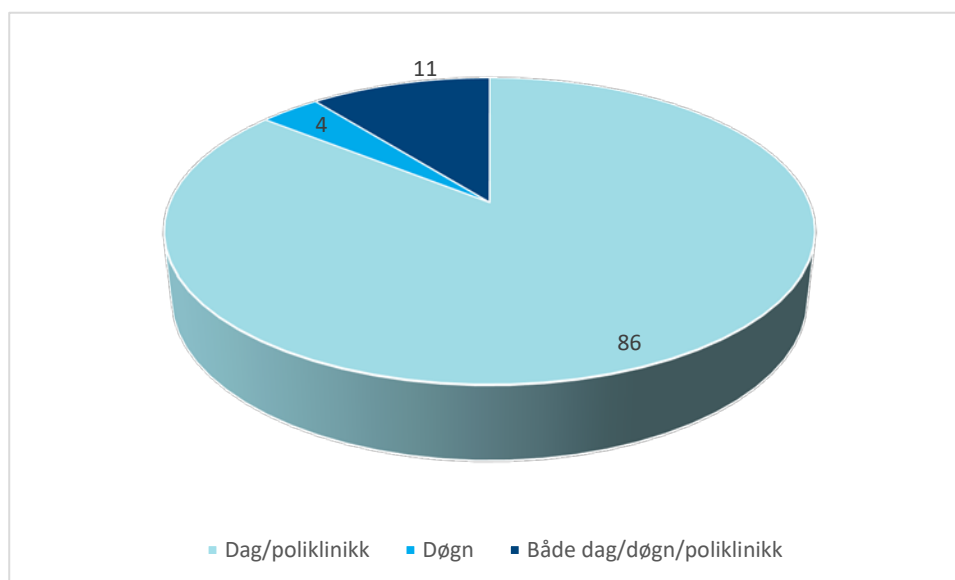
Det var generelt flere kommentarer fra de private aktorene som gikk pa dette med avklaring rundt hvem målgruppen er og hvordan pasientene rettighetsvurderes til disse tilbudene. Flere av aktorene innenfor arbeidsrettet rehabilitering skriver at pasientene er mer alvorlig syke na enn under Raskere tilbake-perioden, og at tilbudet deres dermed burde vært annerledes:

Etter omleggingen fikk vi betydelig flere pasienter inn som står lenger fra arbeid fordi de har vært pa AAP i 2-3-4 år. Tilbudet burde hatt annet fokus om vi hadde sett at det ble konsekvensen av omleggingen. VELDIG synd at pasienter kommer så sent til ARR-opphold.

En annen privat aktør vektlegger at RKE i HSØ må kartlegge arbeidsmål og arbeidsmotivasjon bedre, da de opplever å få en del pasienter med mål om å søke uføretrygd. De mener dette gir "misbruk" av ordningen, det påvirker gruppedynamikken i behandlingsopplegget og skaper frustrasjon hos både pasienter og behandlere. Et par av svarene omhandlet ogsa at man har gått fra gruppebehandling til individuell behandling, og at dette ikke oppleves som et steg i riktig retning.

4.8.3 Innhold i Helse og arbeid-tilbudene

Blant respondentene i denne undersøkelsen er det 86 % som jobber i rene dag/polikliniske tilbud, mens kun 4 % jobber i rene døgntilbud. 11 % jobber i tilbud som tilbyr både dag/poliklinikk og døgn. Disse tallene stemmer bra med andelen pasienter registrert med debitorcode 20 i NPR i 2018, der 6 prosent mottok døgntilbud, resten dag/poliklinisk behandling.



Figur 4.29 Hvilket behandlingsnivå tilbys pasientene i Helse og arbeid-tilbudet du jobber i? N = 168.

Som vi ser av tabellen under er det relativt jevn fordeling av respondenter som jobber i Helse og arbeid-tilbud som hovedsakelig tilbyr hhv. arbeidsrettet fysikalsk medisinsk og psykologisk utredning/behandling, eller samtidig arbeidsrettet utredning/behandling for muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser. En annen relativt stor gruppe er arbeidsrettet utredning/behandling for smertetilstander, etterfulgt av utmattelse/CFS/ME. Det var to offentlige, ett ideelt og fire private aktører som svarte at de drev med covid-19-behandling for long covid – alle i Helse Sør-Øst.

Tabell 4.26 Innhold i Helse og arbeid-tilbudene (flere svar mulig), basert på spørsmålet: Hvilke diagnosegrupper er de vanligste dere utreder/behandler i Helse og arbeid-tilbudet du jobber i?.

	Antall	Andel (%)
Hovedsakelig arbeidsrettet fysikalsk medisinsk utredning/behandling for muskel- og skjelettlidelser	79	23
Hovedsakelig arbeidsrettet psykologisk utredning/behandling for vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon	95	27
Samtidig arbeidsrettet utredning/behandling for muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser	74	21
Arbeidsrettet rehabilitering etter kreft	3	1
Arbeidsrettet utredning/behandling for smertetilstander	37	11
Arbeidsrettet rehabilitering/behandling etter hjerneslag/hjernetraume/ervertet hjerneskade	8	2
Arbeidsrettet utredning/behandling for hodepine/migrene	13	4
Arbeidsrettet utredning/behandling for utmattelse/CFS/ME	22	6
Arbeidsrettet utredning/behandling for sykkelig overvekt	1	0
Arbeidsrettet utredning/behandling for langtidseffekter etter covid-19-sykdom (long covid)	11	3
Annet/andre diagnosegrupper	6	2
Totalt	349	100

Av de som krysset av på "Annet" ble det nevnt fibromyalgi, hypermobilitet, insomni, hjerte/kar-problematikk, post commotio syndrom, NAV-arbeid, og diagnoseuavhengige ARR-tilbud. Vi hadde videre laget en liste med en rekke mer spesifikke tilbud, der respondentene skulle krysse av for hvilke av tilbudene de har i sitt Helse og arbeid-tilbud (se tabell under), basert på spørsmålet: "Hvilke av følgende typer arbeidsrettede tilbud får gjennomsnittspasienten i Helse og arbeid-tilbudet du jobber i?". Ideelt sett skulle vi hatt informasjon om hvilken avdeling respondentene jobbet i for å kunne vekte for at ansatte i samme avdeling svarer på det samme, men ettersom HF-nivået er det vi har informasjon om, og det vil tilbys ulike behandlinger i ulike deler av tjenestene innad i et HF, har vi ikke vektet disse variablene. Som vi ser i tabellen er arbeidsrettet kognitiv terapi innenfor psykisk helsevern for voksne det flest respondenter tilbyr sin "gjennomsnittspasient", samtidig som mange også tilbyr poliklinisk utredning/behandling som for øvrige pasientgrupper. Arbeidsrettet kognitiv terapi som del av fysikalsk medisinsk tilbud kommer også relativt høyt opp på lista, og tverrfaglige mestringstilbud er det også mange av respondentene som jobber i. Mange svarer også at de bruker digitale løsninger i behandlingen.

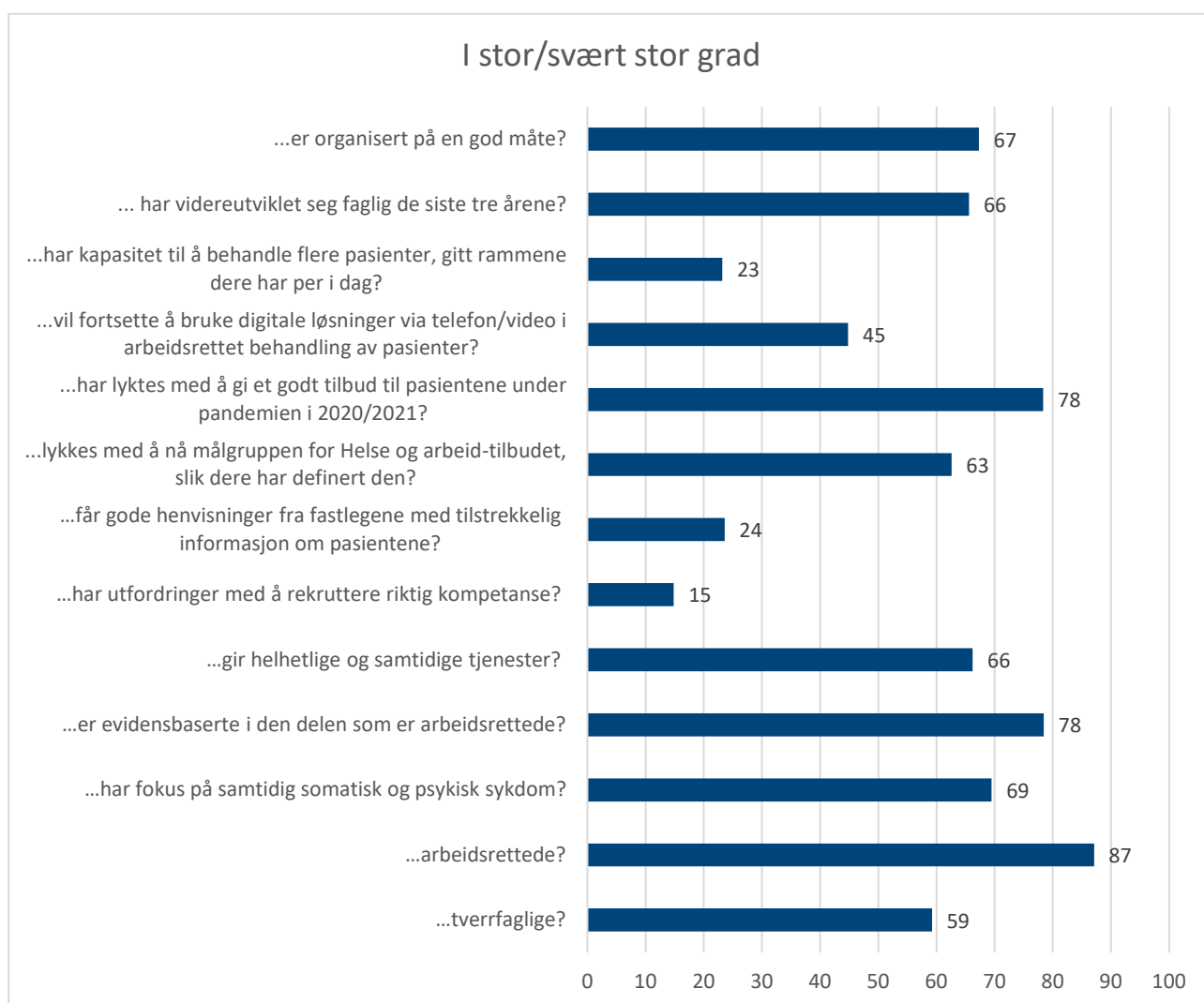
Tabell 4.27 Innhold i Helse og arbeid-tilbudet (flere kryss mulig), basert på spørsmålet: Hvilke av følgende typer arbeidsrettede tilbud får gjennomsnittspasienten i Helse og arbeid-tilbudet du jobber i?

	Antall	Andel (%)
Psykisk helsevern for voksne - poliklinisk utredning/behandling som for øvrige pasientgrupper (vanlig behandling for angst, depresjon o.l.).	60	8
Psykisk helsevern for voksne - arbeidsrettet/arbeidsfokusert kognitiv terapi eller andre arbeidsrettede behandlingsmetoder.	86	12
Arbeidsrettet/arbeidsfokusert kognitiv terapi som del av et fysikalsk medisinsk behandlingstilbud	59	8

Fysikalsk medisinsk utredning/behandling uten psykolog(er) ansatt i avdelingen	44	6
Fysikalsk medisinsk utredning/behandling med psykolog(er) ansatt i avdelingen	51	7
Arbeidsrettede rehabiliteringsopphold - døgnbehandling	26	4
Arbeidsrettede rehabiliteringsopphold - poliklinikk/dagtilbud	52	7
Tverrfaglig mestringstilbud	67	9
Individuell jobbstøtte (IPS)	9	1
Supported employment (SE)/Arbeid med bistand	2	0
NAV-ansatte har kontorsted i vår klinikk/avdeling (Arbeid- og helsekoordinator, jobbkonsulent e.l.l.)	58	8
Vi har egne ansatte jobbkonsulenter/arbeidsrådgivere i avdelingen som ikke er ansatt i/finansiert av NAV	23	3
eMeistring (veiledet internettbehandling for panikklidelse, sosial angst eller depresjon)	14	2
Bruk av andre digitale løsninger i behandlingen (video/telefon/chat mv.)	82	11
Samtaler med sosionom er en del av tilbudet	26	4
Arbeidsplassbesøk hos pasientens arbeidsgiver	29	4
Samarbeid med bedriftshelsetjenesten	21	3
Annet, hva:	6	1
Totalt	715	100

4.8.4 Vurdering av eget Helse og arbeid-tilbud

Vi ba respondentene om å gjøre en vurdering av eget tilbud på en rekke elementer som berører målsetningene for Helse og arbeid etter omleggingen - både når det gjaldt innhold og organisering. Svarskalaen gikk fra "I svært liten grad" til "I svært stor grad". I figuren under har vi presentert andelen som har svart enten i stor grad, eller i svært stor grad, på enkeltelementene i spørsmålsbatteriet. Svært mange har vurdert tilbudene å være arbeidsrettede, og at de er evidensbaserte i den delen av tilbudet som er arbeidsrettede. Videre er de fleste fornøyde med tilbudet som er gitt under pandemien, og mange mener de har fokus på samtidig og somatisk sykdom. Det virker ikke å være et stort problem å rekruttere riktig kompetanse, og 23 % har i stor grad kapasitet til å behandle flere pasienter enn i dag. Én fjerdedel får i stor/svært stor grad gode henvisninger fra fastlegene.



Figur 4.30 Andel (%) som svarer "I stor grad" eller "I svært stor grad" på hvert av områdene. N varierer fra 151 til 157 respondenter.

Vi kjørte logistiske regresjonsanalyser (vektet for representativitet på regionnivå) på dette spørsmålsbatteriet, der vi testet om det var forskjell mellom RHF'ene (Helse Nord ble valgt som referansekategori), mellom offentlige og private tilbud (her ble Lovisenberg og Diakonhjemmet regnet med blant de offentlige), mellom ledere og ikke-ledere og mellom de av de offentlige tilbudene som har HelseArbeid-tilbud og ikke. Resultatene er presentert i tabellen under.

Tabell 4.28 Resultater av regresjonsanalyser (p-weighted) vurdert ved 5 % signifikansnivå. N ≈ 154. Spørsmål merket med * ble stilt både i 2019 og 2020.

I hvilken grad vil du si at tilbudene innenfor Helse og arbeid i din klinikk/avdeling er:	Forskjell mellom helseregioner, Helse Nord referansekategori	Offentlig vs. privat tilbud	Leder vs. ikke leder	HIA eller ikke - blant offentlige aktører
...tverrfaglige*	Sør-Øst i mindre grad	Ingen forskjell	Større grad	Større grad
...arbeidsrettede*	Sør-Øst i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...har fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom*	HV og HSØ i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Større grad
...er evidensbaserte i den delen som er arbeidsrettede*	Ingen forskjell	Offentlig i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...gir helhetlige og samtidige tjenester?*	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Større grad	Ingen forskjell
...har utfordringer med å rekruttere riktig kompetanse?*	Sør-Øst i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...får gode henvisninger fra fastlegene med tilstrekkelig informasjon om pasientene?	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...lykkes med å nå målgruppen for Helse og arbeidstilbudet, slik dere har definert den?	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...har lyktes med å gi et godt tilbud til pasientene under pandemien i 2020/2021?	Ingen forskjell	Offentlig i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...vil fortsette å bruke digitale løsninger via telefon/video i arbeidsrettet behandling av pasienter?	Sør-Øst i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
...har kapasitet til å behandle flere pasienter, gitt rammene dere har per i dag?	Ingen forskjell	Offentlig i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell
... har videreutviklet seg faglig de siste tre årene?	HMN, HV og HSØ i mindre grad	Offentlig i mindre grad	Større grad	Ingen forskjell
...er organisert på en god måte?	Ingen forskjell	Offentlig i mindre grad	Ingen forskjell	Ingen forskjell

Vi testet også gjennomsnittskårene på regionnivå mellom 2019 og 2020, men det var ingen signifikante forskjeller på de av spørsmålene som ble brukt i begge undersøkelsene.

4.8.5 Hva ønsker tilbudene å måles på?

Vi spurte hvordan ansatte og ledere i tilbudene ønsker å bli målt på kvalitet i Helse og arbeidstilbudet de jobber i, og gav respondentene muligheten til å svare åpent (tekstspm.). 106 av respondentene valgte å svare. Resultatene viser at pasienttilfredshet (via brukerundersøkelse) og "return-to-work" (RTW)/arbeidsdeltakelse er de hyppigst nevnte målene. Svært mange ønsker seg tilbakemelding på om pasientene har kommet i arbeid igjen på både kort og lang sikt, og hvor stabilt de har vært i jobb. Livsmestring/kvalitet nevnes også som et viktig mål, i tillegg til endring i symptomtrykk. Flere skriver at de vil ha standardiserte digitale kvalitetsmål, der i alle fall noen av målene bør være felles for alle Helse og

arbeid-tilbud. En ansatt i Helse Vest skriver at de ønsker å bli målt på antall pasienter med retur til arbeid, samtidighet i tjenestene, forløpslengde og brukerundersøkelser med pasientrapporterte data. Andre nevner spesifikke måleinstrumenter som HCL-10, EQ5D, ODI, mål på mestringstro osv. I Helse Nord er det flere som nevner pågående RCT-studie av HIA-sentrene, der pasientrapporterte mål kobles til registerdata på arbeidsdeltakelse og trygdebruk. Flere av respondentene svarer at de ønsker å måles i større grad enn det som gjøres i dag. Et par av respondentene nevner også samfunnsøkonomiske mål som QUALYs. En av de som jobber hos en privat aktør skrev at de ønsket evalueringsmål som del av kravspesifikasjonen til RHF-ene. Under presenteres et utdrag av innspillene som kom fra ulike deler av landet:

Kvalitet kan måles på mange måter. Pasienttilfredshet/brukerundersøkelser er en måte. Kompetansen som de ansatte i tilbudet har er en annen. Pasientens subjektive opplevelse av bedret helse, samt endring i arbeids% (eventuelt jobbsøk, oppstart av utdanning) etter endt rehabilitering og 3 måneder etter endt rehabilitering.

Få frem kvalitet over det å møte et tverrfaglig team. Fokus på individuell oppfølging kontra et mer "standardisert pakkeforløp" vi ser andre poliklinikker tilbyr. Kvalitet på hvor mange får vi tilbake i arbeid, hvilke tiltak og ressurser fører frem til dette. Hvordan er den Helse og arbeid pasienten vi lykkes med? Effektive pasientforløp som ikke går utover kvalitet.

Har ønske om å bidra med formidling av kunnskap. At pasienten får økt innsikt i egen problemstilling og hvordan de kan mestre sin hverdag til tross for utfordringer- så evne til formidle kunnskap kan være et kvalitetsmål. Mål på samarbeidsevne. Tenker at dette bør være tema på felles møte. Pasient deltakelse i valg av behandling/eierskap.

Oppnådde resultat: Må ha mål på mestring av helseproblematikk, samt hvordan lykkes med arbeid og jobbfastholdelse.

4.8.6 Kommentarer til organisering av Helse og arbeid-tilbudene

Videre var det 60 respondenter som valgte å kommentere da vi åpnet for å gi kommentarer til organiseringen av Helse og arbeid-tilbudet i deres egen klinikk/avdeling eller helseforetak/institusjon. Her kom det veldig mange interessante og veldig ulike innspill, så vi har anonymisert kommentarene, sortert fila tilfeldig, og tatt med nesten alle kommentarene som kom i sin helhet. I et par tilfeller har vi valgt å ikke inkludere kommentaren, da det gjelder et tilbud som er organisert på en slik måte at det kan gjenkjennes.

* Svært god ledelse * God individuell ivaretagelse av hver enkelt behandler * Fleksibilitet * Vektlegging av evidensbasert praksis og behandlingens effekt

Basert på tall fra Nasjonalt nakke og ryggregister har halvparten av pasienten forhøyet emosjonelt stressnivå, egen utfyllt HCL-10. Vi trenger flere psykologstillinger for å jobbe tverrfaglig.

Behov for at det alltid er leger tilgjengelig i klinikken, da fysioterapeuter ofte gjør monofaglig utredning og vi har behov for å drøfte med PAL (pas.ansvarlig lege).

Bra at vi har både døgn- dag- og poliklinisk oppfølging. Har mulighet til å gi rett nivå av tilbud til pasienten.

Burde vært bedre integrert i eksisterende tjenester

<p>Det ble en forvirring i allmenn DPS, da Helse og Arbeid gruppen ble desto mer isolert innom DPS. Stemning forandret. Intensjonen var god, men opplevelsen er en helt annen. Kjennes ikke som noe godt miljø.</p>
<p>Det er alltid en utfordring når man skal samhandle på tvers av enheter og dermed ulike kulturer. Dette handler om mye mer enn at behandlerne ikke er samlokalisert. Samlokalisering er mindre viktig, tenker jeg, men en samforståelse av hverandre og hva man kan oppnå i fellesskap til pasientens beste, er avgjørende for å få med seg behandlerne i slike tiltak. (...) Det ble diskutert mye hvorvidt fysisk tilstedeværelse av psykolog fra DPS på somatisk avdeling var avgjørende for god integrasjon, og piloten vi hadde kan tyde på at dette er et godt tiltak.</p>
<p>Det er en del usikkerhet rundt finansieringen: Det kom øremerket ramme til stillinger da det ble etablert, men dette synes ikke lenger i budsjettene våre. Er øremerkingen egentlig permanent? Eller forventer myndighetene at tilbudet skal være "selvbærende" ISF-messig? Her kunne man godt kommet med litt mer informasjon. Ellers er organiseringen hos oss god.</p>
<p>Det er tragisk at NN legger ned tilbudet.</p>
<p>Det forventes at pas som kommer til ARR er ferdig utredet og forstår sin egen situasjon (feks forstår hva fibromyalgi er). Pasienten kommer ofte før de har fått en god forståelse for sin sykdom/helse, og mange har derfor som hovedmål å bli utredet/bli frisk. Det gjelder også pasienter som kommer fra tverrfaglig utredning i fys. med avdelinger før de kommer til ARR døgnet. Det er vanskelig å jobbe med arbeid som mål når man ikke forstår hvorfor man har plager, og kanskje ønsker mer utredning. Jeg hadde ønsket at jeg i min egen institusjon kunne møte pasienter 1 gang først for å gi de en sykdomsforklaring og avklare behov for mer undersøkelser, for å så senere (innen kort tid) komme til ARR. Hvis man pusher pas gjennom et ARR opplegg uten at pas. forstår plager, vil den komme tilbake i systemet senere. - Det er utfordring å hjelpe fremmedspråkelige/fremmedkulturell, trenger mer kunnskap og ressurser til det. Ekstra midler til tolketjeneste. - Henvisinger som kommer til RKE sorteres ikke alltid riktig. Vi får pas som ønsker å søke ufør/har søkt ufør, mens andre team uten fokus på ARR får unge sykemeldte. Bedre sorterings system før innkomst er viktig. Evt. ved spørsmål om "tro på retur til arbeid".</p>
<p>En organisering som understøtter et integrert tilbud framfor konsultasjoner hos ulike fagprofesjoner(fragmentert). En stor andel av leveransen foregår der ute, i samarbeid med arbeidsliv, fastlege, NAV og andre aktører som er riktige i den enkelte sin rehabiliterings-/arbeidsinkluderingsprosess. En god arbeidsinkluderingsprosess med jobbfastholdelse som mål krever ofte oppfølgingsbistand over tid - både av deltaker og arbeidsgiver.</p>
<p>Ettersom NN har et relativt lite team har vi stor mulighet og evne til å være fleksible og tverrfaglige. Dette er en kjempestor styrke ved vårt tilbud.</p>
<p>Følger pakkeforløpet til helse sør øst, burde ha eget pakkeforløp for arbeid og helse Vi har allerede effektmål på terapeutisk allianse og endringer i subjektivt lidelsestrykk/interpersonlige relasjoner.</p>
<p>Få inn flere arbeidspsykologer og færre kvinnelige sykepleiere som dreier ofte fokus på følelser og åpenhet og tårer</p>
<p>Generelt stort press på psykiske/psykiatriske behandlingstilbud medfører at pasienter med stadig mer alvorlig og/eller kompleks problematikk henvises til Helse og Arbeid. Bekymring for at rammene for dette tiltaket ikke gir adekvat bedring for disse pasientene, samt at de med mildere problematikk eller funksjonsfall, som kunne hatt god nytte av tiltaket, faller utenfor.</p>
<p>God integrering og samtidig forståelse av funksjonsnivå til deltakerne, individuelt tilpasset opplegg, gode samhandling</p>
<p>Har kun ARR, ytelse R som eneste tjenestetilbud. Dette ser vi på en styrke kompetansemessig, med mulighet for å spisse kvalitet og tilbud ut fra behov og evidensbasert kompetanse.</p>
<p>helse og arbeid i sykehuset NN er organisert under poliklinikkene. Ønsker at Helse og arbeid egen klinikk, hvor både somatikk og psykisk helse er samlokalisert, gjerne også med NAV ansatt</p>

<p>Helse og arbeid som tilbud fortsatt nytt og oppleves lite prioritert på foretaksnivå. Mye opptil den enkelte avdeling/ansatte å utforme tilbud og struktur på godt og vondt. Gir frihet og mulighet for tilpassing til det enkelte sykehus og ressurser/behov, men er også krevende med få rammer og struktur.</p>
<p>Hos oss er vi ikke organisert sammen med psykologer eller HIA veiledere fra NAV. Jeg tenker det vi kunne gitt et mer helhetlig og samtidig tilbud dersom vi alle var samlokalisert. Innen vårt helseforetak er vi også oppdelt i mange små helse og arbeids-enheter på de ulike sykehusene. Jeg tror det hadde vært bedre å samle alt helse og arbeid tilbud på en lokasjon. Da hadde tilbudet blitt mer synlig også for samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten.</p>
<p>I for liten grad relatert til arbeidssituasjonen.</p>
<p>I vårt tilfelle kombinerer vi to avtaler med HSØ RHF som i praksis er helt like. Vi leverer samme tjenester i begge avtaler, henter pasienter fra samme venteliste og gir pasientene det samme tjenestetilbud uavhengig av om de er henvist via helse og arbeid avtalen eller vår ordinære avtale om arbeidsrettet rehabilitering (Ytelse R).</p>
<p>Jeg har avtale med privat klinikk som igjen har avtale med Helse Vest for å gi Arbeidrettet behandling for pasienter i mitt distrikt. Jeg har behandlingsansvar alene for de henviste pasientene</p>
<p>Jeg kunne ønske alle var organisert i samme klinikk, psykologer, sekretærer og fysioterapeuter. Kunne gitt oss en større mulighet til å sette felles mål, sette rammer for pasientbehandling og fagutvikling med alle ansatte</p>
<p>Jeg kunne ønske at vi hadde tilgang på jobbspesialister, slik den øvrige poliklinikken har. I noen saker tror jeg vi kunne fått til mye mer enn det vi klarer alene. Det er synd at det skal være så vanskelig å få til.</p>
<p>Jeg tror at det bør ligge en mulighet for at vi både kan ta inn flere eller færre pasienter ut fra kapasitet, da kan vi lettere holde god kvalitet fremfor at det blir potensiell stress og usikkerhet med for mange eller for få pasienter.</p>
<p>Jobber kontinuerlig med forbedring.</p>
<p>Kan ha bedre dialog mellom leder og fagpersoner, tydeligere helhetlig plan for det polikliniske tilbudet</p>
<p>Opplever at det er en styrke at behandlerne hos oss har ulike bakgrunner med tanke på behandlingsretninger, slik at vi blant annet både kan tilby kognitiv terapi, psykodynamisk, EFT, gruppebehandling og snart eMestring.</p>
<p>Organisering er en utfordring. Psyk og soma er samlokalisert, som er veldig nyttig, men fortsatt organisert under ulik ledelse og klinikk.</p>
<p>Organiseringen av tilbudet hos Norsk Arbeids er profesjonelt og velorganisert; det fungerer veldig bra og vi får mange positive tilbakemeldinger om godt utbytte og tilfredshet med behandlingstilbudet.</p>
<p>Organisert på ulike lokalisasjoner skaper utfordringer med utvikling av tilbudet, kommunikasjon til henvisere og andre. Lite eierskap og tydelig retning . Mange som er engasjert, men disse har ikke mandat eller stilling til å ta beslutninger.</p>
<p>Organisert sammen med annen lengre spesialisert rehabilitering i NN regionen, gir fordeler ift. mulig tilgjengelig kompetanse. Bakdel å ikke kunne velge når denne kompetansen er tilgjengelig. Står ofte i spørsmål om ressursfordeling. En relativt "liten" avdeling, med god fleksibilitet.</p>
<p>Problem å avse ortopeder til å samarbeide med oss. Problem å få ortopedene og fastlegene til å huske på vårt tilbud, og ikke sende pasienter som er uføre/på AAP. Problem at fastlegen sender pasientene for sent i sykemeldingsforløpet. Problem å med plass/ undersøkelsesrom til oss, men også til NAV konsulenter. Problem å få ansatt fysikalsk medisiner.</p>
<p>Problematiske organisasjonsmodell der psykologene rapporterer til seksjonsleder fra DPS i halv stilling. Fysioterapeutene rapporterer til en annen seksjonsleder fra rehabiliteringsmedisin. Dette vanskeliggjør utvikling av et sammenholdende og integrert tilbud.</p>
<p>Skulle ønske at tilbudet ikke var så forskjellig internt i HF'et, hadde ønsket psykiatrien hadde tatt del i tilbudet. Helsearbeid i foretaket burde hatt en vei inn. Via fysikalsk medisinsk poliklinikk, for å få kartlagt pasienten før splitting til de ulike tilbud.</p>

<p>Som del av DPS/ordinær drift har pasientpopulasjonen endret seg en del og mange pasienter er for dårlige til behandlingsrammene her, når ikke like godt de som trenger arbeidsrettet behandling. Bruker mye tid på avklaring/viderehenvisning av disse. -Høyt trykk på antall pasienter og antall konsultasjoner hos psykologene i forhold til behandlingsressurser går utover kvalitet -Fysikalsk medisin og DPS har potensial for bedre samarbeid.</p>
<p>Styres for mye av økonomer, pedagoger og ansatte som gir f.. i folks behov for empati og reell medmenneskelig støtte. For mye rundetellinger (telling, timer, skjema) og lite på behandlingseffekt (bedre liv).</p>
<p>Svært godt organisert</p>
<p>Tilbudet burde vært samlokalisert og organisert under egen leder, fremfor å være delvis innunder dps poliklinikk. Kunne også vært organisert sammen med somatikken.</p>
<p>Tilbudet ved min institusjon er kraftig redusert i omfang siste årene. Dette gjelder spesielt ARR- ytelsen på døgn men også mestringsopphold på dag.</p>
<p>Utfordring; vi ligger organisert på DPS- tilknyttet almen.pol. Har fått ansvar for ta inn pasienter fra hele NN- og det kan by på lang reisevei for pas- sender da saker til private aktører som ligger nærmere pas der det er ønske/behov. Av og til; får vi for dårlige pas/for høyt lidelsestrykk og det er hvordan denne flyten går mellom oss og almen.pol som vi stadig må jobbe med. I den andre enden kan det komme fra fastleger pas med for lavt symptomtrykk- som kunne vært godt nok hjulpet i kommunen- med de avslutter vi jo som regel ganske fort. Så vi står i dette spennet og jobber internt i teamet for å holde jobbfokusert terapi- fokus, som jeg syns at vi har lykkes med. Vi syns det gir effekt og mening og jobbe med denne gruppa. Effekt i forhold til symptom-lette og samarbeider fint i teamet med psykologer/og meg som overlege og med de NAV-veilederne som er tilknyttet oss. Godt fornøyd med å ha NAV-veiledere vi kan kontakte og det samarbeidet er fint. Generelt ser vi at pas opplever mye dårlig oppfølging fra NAV- det går sakte og få kontakt , de får motstridende råd, de føler seg avvist, de oppnår ikke kontakt, de blir stadig dytta videre til et annet nivå/ny veileder-med ny ventetid. Stor utfordring med et sakte-jobbende NAV- særlig når vi har pas i løpet av sykmeldingsåret og det tar så lang tid og få NAV inn som en aktiv part.</p>
<p>Veldig nyttig å ha alle tilbudene innen organisasjonen; døgn, dag og poliklinikk.</p>
<p>Vi bestreber oss på å gi et tverrfaglig tilbud til våre pasienter, der man vurderer pasientens utfordringer ut i fra somatiske, psykiske og arbeidsrelatert vinkling. Vi bestreber oss på å gi en rask avklaring - der vi gir forslag til tiltak tilbake til fastlegen og pasienten, mens vi gir noe tilbud i HIA klinikken.</p>
<p>Vi er i en nedskaleringsfase ettersom mange andre sykehus i regionen nå bygger opp sine tiltak. Forventningen om at pasientstrømmen skal snu er så langt ikke oppfylt og det skaper stort press, økende ventetider og økende antall fristbrudd. Vi får også dårligere pasienter etter at inntak ble overført til felles inntak for hele NN. Dette er ofte komplekse saker der våre typer tilbud ikke nødvendigvis treffer like godt.</p>
<p>Vi er midt i en omorganisering nå der tilbudet skal nå en større gruppe med økt grad av brief intervention og kurs med helseopplysning. I mindre grad en bred kartlegging i starten, slik vår modell har hatt. Jeg ser noen fordeler med dette- at flere kan få noe mer enn de tradisjonelt har fått ved fysikalsk medisin. Vi har nok jobbet hovedsakelig med den gruppen pasienter som ikke nyttiggjør seg av brief intervention i like stor grad (der problemene er uspesifikke og sammensatte, de som ikke klarer å oversette helseinformasjon til handling uten veiledning), og jeg er redd for at denne gruppen igjen faller mellom alle stoler og føler seg avvist, misforstått og oversett.</p>

Vi er nå i en omorganisering, hvor vi er bedt om å ligne mer på andre tilsvarende avdelinger. Det vil innebære at vi skal gi mindre behandling til hver enkelt. Vi har frem til nå fulgt opp pasienter med uspesifikke muskel og skjelett plager med samtidige psykiske plager. Noen av disse pasientene har vært på AAP i en periode. I tiden fremover vil vi trolig følge opp de som har en større nærhet til arbeid, og som ikke har vært så lenge ute av arbeidslivet. Mange av symptomene pasienten har, kan forklares ut i fra opplevd negativt stress i den situasjonen de er i. Vi hadde kunnet hjulpet flere, dersom systemet/pakkeforløp ble gjort enklere. Det hadde vært en fordel å gjort det enklere å hjelpe flere. Slik det er nå er det mye tid til kartlegging, som går på bekostning av effektiv behandling. Dersom det blir mindre krav til dokumentasjon, kartlegging og pakkeforløp, så hadde vi hatt mer tid til å hjelpe hver enkelt pasient. Systemet er ikke tilpasset tverrfaglig oppfølging. Dokumentasjon må gjøres både i somatikken og i psykiatri, uten at faggruppene får tilgang til hva hele teamet har dokumentert. Ofte har pasientene symptomer på opplevd negativ stress, og det er da ikke riktig å sette en angstlidelse. Systemet burde vært mer tilpasset det å normalisere plager og tilrettelegge for tverrfaglig oppfølging. Det burde ikke være samme pakkeforløp som psykiatri. Dette er med på å sykelliggjøre pasienter og gjøre oppfølgingen mer krevende. Flere pasienter kunne ha blitt hjulpet mer effektivt, dersom systemet og dokumentasjon hadde blitt forenklet.

Vi er organisert i to klinikker klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering og klinikk psykisk helse og avhengighet. Vi er samlokalisert og deler samme resepsjon og venterom. Pasienten skal oppleve et tilbud bestående av både somatikk og psykiatri. Vi har også en NAVansatt i våre lokaler.

Vi er påkrevd til å organisere tilbud, men vi har ikke folk til det.

Vi har en poliklinikk som er drevet av to klinikker på sykehuset: klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering og klinikk psykisk helse og avhengighet. Dette betyr at vi er administrativt delt i to klinikker med hver våre pasientforløp. Men, vi er samlokalisert med felles resepsjon, felles lokaler og tilbud som pasienter i begge forløp benytter seg av. Det er derfor litt vanskelig å svare på spørsmål om hovedbehandling osv. Strengt tatt så har vi ikke psykologer i min seksjon av Helse og arbeid, men alle mine pasienter kan få tilbud om psykolog og dette tilbudet vil da være på samme sted som der de får oppfølging av meg. Pasientene her opplever nok ikke at vi er to klinikker, men at vi er Helse og arbeid.

Vi har et ønske om samorganisering mellom fys.med.pol og psykiatrisk pol. ift pasienter innen arbeid og helse. Tidlig stadium..

Vi har noe mangel på egnede lokaler, men det jobbes med å løse disse utfordringene.

Vi har organisert oss i en god modell med tverrfaglige team, god utredning på førstegangskonsultasjon som skisserer en videre behandlingsplan hos oss. Godt forankret i det fysikalsk medisinske fagfelt. Ser at Helse og arbeid poliklinikker er veldig ulikt organisert rundt i landet. Bør det være ulikt? Hvordan er den ideelle organisering? Vi er tro mot kliniske retningslinjer som anbefaler individuelle løp kontra "ryggskole-modellen". Vi er diagnoseuavhengig det vil si at generelle muskel-skjelett plager får tilbud hos oss f.eks. skulderplager, epikondylitter, kneplager etc. går inn i en Helse og arbeid modell hvor vi samhandler med Nav-veileder.

Vil bare berømme foretaket som har sagt ja til å prøve ut en helt ny måte å organisere et nytt fagmiljøet på tvers av fagområder og etater. Det opplever i klinisk hverdag som svært nyttig for våre pasienter.

Vår erfaring er at dagtilbud over 4 uker med digital oppfølging inkludert i denne 4- ukers perioden fungerer godt. Døgnbasert behandlingstilbud ikke like bra, blir litt for fort institusjonspreget.

Økonomiske og faglige insentiver til samarbeid med parter utenfor institusjonen må være på plass i framtidige tilbud. Det finnes etter det jeg vet god dokumentasjon for at samtidige prosesser gir god uttelling. Dette må speiles i et helhetlig tilbud.

4.8.7 Bruk av digitale løsninger

Vi vet at mange av Helse og arbeid-tilbudene har tatt i bruk videokonsultasjon pga. pandemisituasjonen i 2020/2021. I skjemaet ønsket vi at de med erfaring med videokonsultasjoner i arbeidsrettet utredning/behandling beskrev hvilken type behandling/kontakt/pasientgruppe de opplever at videokonsultasjoner fungerer best og dårligst for innenfor arbeidsrettet behandling. Mange valgte å skrive litt til oss om dette; 124 respondenter skrev noe om hva som fungerer best, 116 om hva som fungerer dårligst.

4.8.7.1 Digitale løsninger har fungert best for...

Den mest hyppige kommentaren under spørsmålet om hvem digitale løsninger har fungert best for er "til oppfølging" eller "kontroller". Svært mange skriver at det har fungert godt å følge opp pasienter digitalt etter utredning og/eller behandling, og det å kunne gi veiledning og undervisning/pasientopplæring digitalt har også fungert bra. Mange har tilbudt digital behandling til pasienter med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon, og mange behandlere (psykologer) synes dette har fungert godt. Noen har fått et nytt syn på digital behandling:

Jeg var tidligere, dvs. før pandemien, svært kritisk til terapi over video, mer er positivt overrasket over hvor bra det har fungert. Det er spesielt pasienter som er usikre på egen digitale / tekniske ferdigheter som har vegret seg, noen har avvist det helt, men flere har (litt motvillig) sagt de vil prøve og senere gitt uttrykk for at det har gått bedre enn fryktet. Noen har også påpekt at de opplever det bedre siden de kan sitte hjemme hos seg selv der de føler seg trygge.

"Enkle" forløp som ikke krever for mye tverrfaglig innsats, og forløp der pasientene er motiverte selv, fungerer det også godt for:

Utredningskonsultasjoner med pasienter med mer avgrenset problematikk der man ikke ser behov for å involvere flere faggrupper. Oppfølgingsamtaler/behandling med jobbfokus for pasienter med milde/moderate psykiske helseplager.

De pasientene som er motivert for behandling og som har tillitt til behandler/samtaletterapeut.

Andre vektlegger at samarbeidsmøtene der flere fag skal inn å evaluere framgang, har fungert godt, men at det har vært krevende å få alle til å møtes i samme plattform:

Fungerer best når en har møtt pasienten fysisk først. Samarbeidsmøter fungerer ofte bra med digital løsning. Utfordringen her har vært å finne en digital løsning som fungerer for alle parter. (NAV, fastlege, arbeidsgiver, BHT og pasient). Halvveis evaluering av rehabiliteringsplan sammen med pasient, fungerer også godt på video. Å følge opp igangsatte tiltak, kan mange ganger tas på telefon eller video. Må vurderes fra gang til gang.

Alle pasienter blir kontaktet via videokonsultasjon før oppholdet. De aller fleste tar imot dette tilbudet. Andre blir oppfølgt i etterkant av oppholdet i form av poliklinisk konsultasjon der det er behov for dette. Samhandling med eksterne skjer også via videokonsultasjon eks NAV, fastlege, arbeidsgiver, andre behandlere.

Det kommenteres av mange at det oppleves nyttig å kunne gi digitale tilbud til pasienter med lang reisevei (som kanskje må ta fri fra jobb for å komme seg til sykehuset), men også at tjenestereiser ut til f.eks. arbeidsgivere kan spares inn på.

Fungerer generelt bra, men vi opplever at pas egentlig mest ønsker og møte oss. Vi vurderer at det er viktig og best og møte alle i utredningsfasen- så kan vi gå over til tlf eller video til pas som kan tenke seg det pga. reisevei e.l og der vi er igang med et behandlingsopplegg. Nå når pandemien er "over" så har vi mest fram-møte timer igjen- både etter pas og egne ønsker. Men vi gir alltid informasjon om mulighetene til video i starten av en utredning. Generelt; Lite egnet med pas med traumer- og i en kartleggingssituasjon.

Pasienter med lang reisevei eller har helseplager som gjør å reise til og fra et dagtilbud krevende. Pasienter med utmattelse kan klare å gjennomføre mer rehabiliteringsaktivitet når de kan gjennomføre noe hjemme med pauser og ikke bruke energi på reise og å være i rom med andre mennesker. Pasienter med angst som strever med å klare å møte opp til rehabilitering Møter med arbeidsgiver kan i noen tilfeller være greit å gjennomføre digitalt. Det går da langt mindre tid til reise. Pasienter som er i delvis jobb kan lettere få til å kombinere jobb og rehabilitering når deler av rehabiliteringen gjennomføres med videokonsultasjoner. Erfaring er at både treningsveiledning, samtaler og undervisning i grupper kan fungere godt som videokonsultasjon.

Også muskel- og skjelett-pasientene kan følges opp ved hjelp av video-konsultasjoner:

Har ikke personlig erfaring med konsultasjoner innen psykisk helse, men mener videokonsultasjoner fungerer bra både ifbm utredning og oppfølging av pasienter med psykiske helseplager, såfremt pasient ønsker det/synes det er tilstrekkelig. - Kontroller/oppfølging av pasienter med muskel- og skjelettplager kan gjøres på video/telefon.

Utbrenthet, smerte og fatigue er også tilstander som nevnes av flere som egnelige for digital oppfølging. Og flere understreker dette med at de tekniske løsningene må fungere helt optimalt for at det skal kunne bli bra. Tolketjenester nevnes også av en som en funksjon som har blitt mer tilgjengelig.

Yngre folk som er vant til det tekniske og som har egnede rom/lokaler der de sitter uforstyrret. Min erfaring er at video kan fungere vel så bra som oppmøte ved tilstander preget av smerter, fatigue og utbrenthet. Det tekniske med pålogging må fungere 100%, bra lyd og bilde en forutsetning.

Mens noen vil tilbake til fysiske møter med pasientene, skriver andre at de opplever økt etterspørsel fra pasientene etter digitale konsultasjoner.

Psykoedukasjon, samtalerapi, oppfølging av ulike tiltak med ulike faggrupper. Særlig gir dette en god mulighet til å ha presentasjoner via skjermdeling. Vi gir bl.a. mye søvnbehandling der dette er nyttig. Pasientene har også ofte lang reisevei og dette gir muligheten til hyppigere og like god kvalitet på pasientoppfølgingen!

Vi har erfart at videokonsultasjon har passet for mange av pasientene i målgruppen for Helse og arbeid. Vi opplever at stadig flere pasienter etterspør digitale konsultasjoner, og evalueringer vi har gjort av slike konsultasjoner har vært positive. Pasienter som er i jobb har sett at det har vært nyttig å kunne ha samtaler digitalt uten å måtte reise fra jobb,

det har vært nyttig å kunne "være med" digitalt under eksponering på jobb som del av jobbfokusert terapi, mv.

En av de private rehabiliteringstilbyderne beskrev sitt digitale opplegg slik, og ønsker å kunne tilby også døgnpasientene sine et mer digitalt opplegg på sikt:

Type behandling: oppfølging siste 2 dager i et 4 uker dagopphold: 3 - 4 Video med instruksjoner, gruppetime, undervisning etterfulgt med telefonsamtale behandler. Det følger med oppgaver til hver instruksjonsfilm og undervisning som deltaker besvarer i tlf. samtale med behandler. annen oppfølging: telefonsamtale med behandler etter 3, 6 og 12. mnd. Passer best for dagpasienter, vi har ikke funnet formen for denne type digital oppfølging for døgnpasienter. Våre erfaringer er så gode, at vi gjerne vil fortsette etter pandemien, og også inkludere tilbudet til døgnpasienter.

4.8.7.2 Digitale løsninger har fungert dårlig for...

Svært mange av kommentarene om hvilke situasjoner/pasienter digitale løsninger har fungert dårlig for, handlet om utredningsfasen og første konsultasjon, samt de mest alvorlig syke pasientene. Særlig ofte ble det kommentert på muskel- og skjelettpasienter der det er behov for å gjennomføre en klinisk undersøkelse (fysisk). På psykisk helse-siden nevnes traume- og tilknytningsskadede pasienter (PTSD ofte nevnt), samt personlighetsforstyrrelser, mens det fungerer lettere for mild/moderat depresjon og angst. De som har tilbud for pasienter med hjerneskade skriver også at digitale løsninger har fungert dårlig for dem, og det understrekes fra flere hold at ikke alle pasienter har digital kompetanse som er høy nok til at de får til å bruke de tekniske løsningene. Her har vi listet noen av de lengre innspillene som kom:

Konsultasjoner som krever fysisk undersøkelse, eller veiledning på aktivitetsutførelse fungerer dårlig på video. Jeg tror også at det kan være mer utfordrende å få en god behandler - pasient relasjon, hvis alt foregår på video/telefon. Relasjonsbygging er vanskeligere på video fordi en mister mye av kroppsspråket.

Møte med arbeidsgiver, ARR deltager/pasient og ergoterapeut som erstatning for besøk på arbeidsplassen: Opplever at videomøte ikke er et egnet verktøy på grunn av at man ikke får vurdert det som er hensiktsmessig og at man ikke får kartlagt det som er nødvendig (observerer ute på en arbeidsplass, får ikke testet/prøvd ut med mer). Utfordrende å få de gode samtaler som bidrar til å utarbeide gode tiltak med mål om å øke arbeidsdeltagelse.

Pasienter med lave norskferdigheter og/eller behov for tolk. Pasienter som trenger å ha noe å møte opp til og treffe andre folk for å øke aktivitetsnivået og tåle-evnen. Pasienter med høy grad av fear avoidance som trenger å trygges under trening. Kartleggingskonsultasjoner fungerer best med oppmøte.

Traume- og tilknytningsskadede pasienter. Pasienter med høy grad av angst som ikke trives med øyekontakt eller fokus rettet mot dem, de som er sterkt preget av depresjon, de som kommer inn i behandlingen med lav motivasjon eller at andre har bedt dem om å gå i behandling.

Videokonsultasjon passer ikke fullt så godt med dårligere pasienter, hvor det er viktig å kunne gjøre vurdering av tilstand, risikovurderinger og lignende. I noen tilfeller er formatet heller ikke like godt egnet til å etablere en relasjon i oppstarten av et behandlingsforløp, f.eks. ved vurderingssamtale, samtidig som det også med en del pasienter har gått helt fint. Enkelte pasienter trenger også å eksponere seg/motvirke isolasjon/passivitet/unngåelse, og da kan det være mer hensiktsmessig å ta turen til kontoret fysisk som et ledd i det å eksponere seg.

Ved høyt symptomtrykk. I oppstarten av behandlingen, da det kreves fysisk møte for å opprette relasjon, tillit og behandlingsallianse. Egentlig de aller fleste, hvert fall i deler av behandlingen, da det digitale frarøver oss enormt mange muligheter for å spille på den relasjonelle dynamikken, og muligheter for å trekke inn ulike behandlingstilnærminger (f.eks. gjøre noe fysisk sammen, dele litteratur, bruke tavle, bruke bevegelse, rollespill etc. Veldig mange kvaliteter forsvinner gjennom skjermen). Fører ofte til økt trøtthet hos både pasient og behandler, erfaringsmessig.

4.8.7.3 Digitale løsninger i samhandling med andre tjenester

Videre stilte vi spørsmålet: "Hvis Helse og arbeid-tilbudet du jobber i har tatt i bruk digitale løsninger til samhandling med andre tjenester (fastlege, kommunehelsetjeneste og andre spesialisthelsetjenester m.m.) – beskriv hvilke erfaringer har dere gjort dere med bruk av denne typen kommunikasjon til samhandling med andre tjenester (eventuelt hvorfor dere ikke har tatt det i bruk)". Det kom svar fra 103 respondenter på dette spørsmålet, og nesten samtlige var veldig positive til digital samhandling, og sier at de gjør det i økende grad i forbindelse med pandemien. Elektroniske dialogmeldinger til fastlege og andre tjenester i kommunen og internt i spesialisthelsetjenesten trekkes fram av mange som et stort framskritt. Én av respondentene problematiserte imidlertid dette med taushetsplikt når man sender e-meldinger til kommunens psykisk helse- og rustjenester, da man ikke vet nøyaktig hvem som mottar dem. Vedkommende skulle ønske seg en navngitt mottaker i kommunen. Flere nevner at samarbeidet med NAV har blitt mye bedre, selv om det også kan by på utfordringer med brannmurer osv. Flere har også brukt digitale løsninger til å få informert fastleger og andre om Helse og arbeid-tilbudet. Et par av respondentene klager over at det har tatt tid å få på plass gode videoløsninger i sykehuset, og at de ikke var oppe å gå på dette før våren 2021. Møtene blir veldig sårbare for krøll med teknikken. Her er noen av innspillene som inneholdt både positive og negative erfaringer:

God erfaring med edi-notat. I og for seg positivt med mulighet for å sende epikrise digitalt til kommunalt psykisk helsetilbud, men oppleves problematisk at kommer til sentralt mottak, ikke direkte til spesifikk behandler. Variabel erfaring med dialogmeldinger. Fastlege eks. bør være observant på at kan leses i journal.

Gjør det lettere å få gjennomført da man slipper reisevei og fravær ved symptomer. Men, mye vanskeligere å få til god dialog og dynamikk. Særlig er det mange fastleger som benytter anledningen til å multitask, og gjør kontorarbeid undermøtet. Og til stadighet teknologiske utfordringer, som gjør at noen ikke får til å delta med lyd/bilde.

I tiltaket felleskonsultasjon (psykolog, fysmed. overlege, spl, koordinator, pasient og fastlege) brukte vi videokonsultasjon via Norsk Helsennett. Forutsatt at teknikken fungerte så var dette gode møter, men teknikken fungerte dårlig i for mange tilfeller. Med et mer stabilt digitalt verktøy er slike måter å samhandle på veldig effektive.

Det er forskjeller policy for å anvende digitalt system som ikke passer for eks, NAV kan ikke laste ned Join og vi kan ikke laste ned NAVs digitale system.

Det har som regel fungert bra, men etter min oppfattelse er det lettere å si "det man har på hjertet" når man møtes fysisk. Fordelen er tidsbesparelse (som også innebærer lavere kostnad).

Har gjennomført informasjonsmøter ut til fastlegekontor både via skype og teams. Det har vært tidseffektivt og godt mottatt. Som underviser savner en å fange opp reaksjoner og små spørsmål som gjerne dukker opp underveis.

4.8.8 HelselArbeid

HeselArbeid er en NAV-initiert satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak knyttet til muskel-/skjelett- og psykiske plager, og er et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV. [HeselArbeid](#) har to hovedelementer, et bedriftstiltak og et individtiltak. **Bedriftstiltaket** er helsefremmende/forebyggende kunnskapsformidling og IA-prosess på arbeidsplassen, mens **Individtiltaket** tilbyr rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokuset avklaring (poliklinikk + NAV-samarbeid) etter henvisning fra fastlege. I flere av helseforetakene, og i alle helseforetak i Helse Nord, er Helse og arbeid = HelselArbeid. De har altså valgt å organisere Helse og arbeid-tilbudet sitt etter HelselArbeid-modellen, og har samlokaliserte HIA-sentre. Også sykehuset i Vestfold har drevet i mange år etter en modell som tilsvarer HelselArbeid (bedriftstiltaket = iBedrift). Andre helseforetak har hybridvarianter der de f.eks. kun har individtiltaket med poliklinikk + NAV. Fra intervjuene vet vi også at mange har fått utsatt planene om å innføre bedriftstiltaket pga. pandemisituasjonen som har gjort det vanskelig å komme ut i bedrifter. Det gjennomføres for tiden en RCT-studie på både individtiltakene og bedriftstiltakene i Helse Nord, for å undersøke effekt av tiltakene.

Vi spurte respondentene om deres klinikk/avdeling har implementert HelselArbeid-modellen i samarbeid med NAV. 149 valgte å svare, og her kunne de bare velge ett alternativ. Svarene er presentert i tabellen under, og viser at 29 prosent av respondentene jobber i tilbud som har "full modell" for HelselArbeid, mange av disse jobber i et HF i Helse Nord. 12 prosent jobber i en tjeneste med kun individtiltaket, 8 prosent planlegger oppstart i løpet av det neste året, mens 22 prosent svarer at de ikke har planer om å starte med HelselArbeid med det første. Det er også 22 prosent som ikke vet.

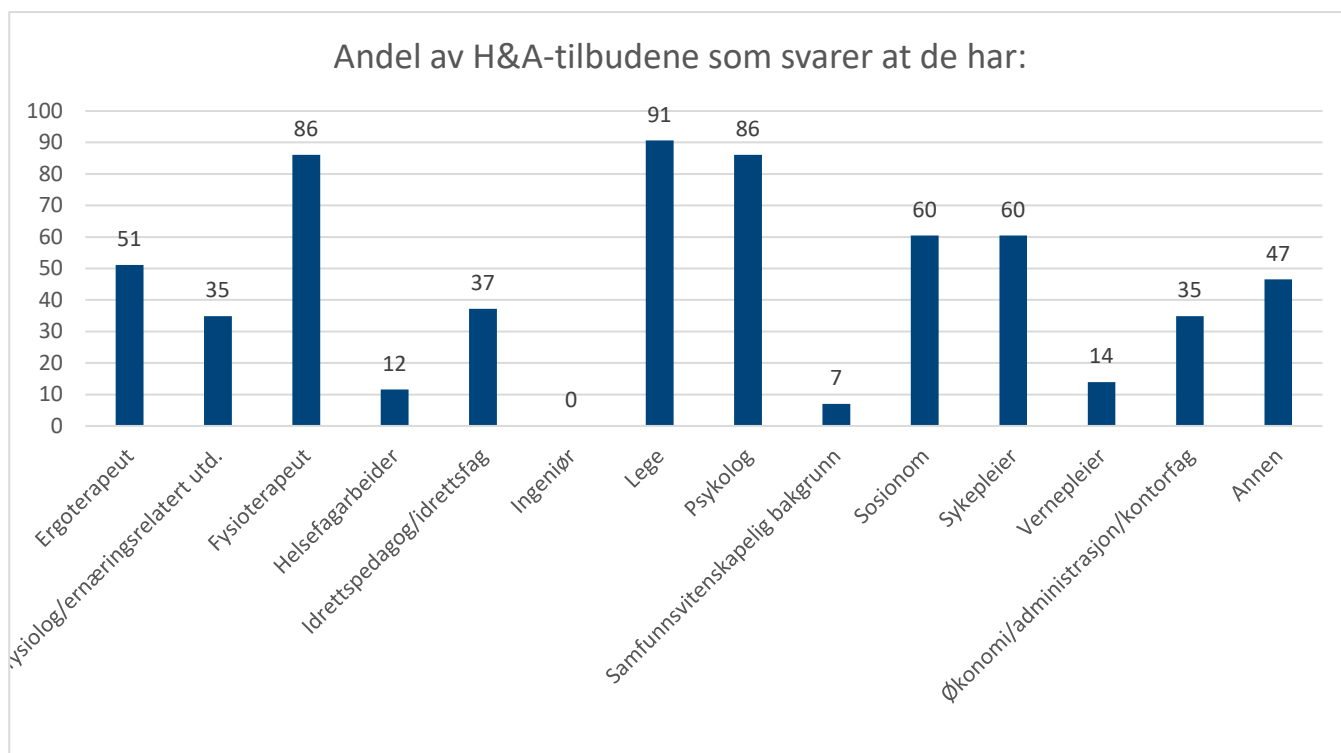
Våre respondenter som svarte at de har både individtiltak og bedriftstiltak kom fra følgende HF/private aktører (oppstartsår i parentes): Universitetssykehuset Nord-Norge (2018), Finnmarkssykehuset (2020), Nordlandssykehuset (2019), Helgelandssykehuset (2019), Opptreningscenteret i Finnmark (2018), Helse Nord-Trøndelag (2021), Helse Møre- og Romsdal (2020), Helse Bergen (uoppgitt), Helse Stavanger (2019), Sykehuset i Telemark (2021), Sykehuset i Vestfold (2007), Akershus universitetssykehus (2021), Vestre Viken (2021) og Oppfølgingsenheten Frisk (uoppgitt).

Tabell 4.29 Har din klinikk/avdeling implementert HelseArbeid-modellen i samarbeid med NAV? N = 149.

	Antall	Andel (%)
Ja, HelseArbeid - både individtiltaket (poliklinikk+NAV) og bedriftstiltaket	43	29
Ja, HelseArbeid – men kun individtiltaket (poliklinikk + NAV)	18	12
Ja, vi har en hybridvariant av HelseArbeid som vi startet opp med i...(årstall)	10	7
Nei, men vi planlegger å komme i gang med HelseArbeid i løpet av det neste året.	12	8
Nei, vi har ikke planer om å starte opp med HelseArbeid med det første.	33	22
Vet ikke	33	22
Total	149	100

For de av respondentene som hadde krysset av for at de hadde én av de tre første svaralternativene i tabellen over (individtiltak), spurte vi om hvilken fagbakgrunn de ansatte i disse tilbudene hadde. Vi beregnet så hvor stor andel av de ulike Helse og arbeid-tilbudene som svarte at de hadde ulike typer fag representert.

De hyppigst opptredende fagene i Helse og arbeid er fysioterapeut, psykolog, lege, sosionom og sykepleier. I over halvparten av tilbudene har de også ergoterapeut. En del av tilbudene har også idrettspedagoger og ernæringsfysiolog. Helsefagarbeidere, vernepleiere og samfunnsvitere synes å være lavest representert.



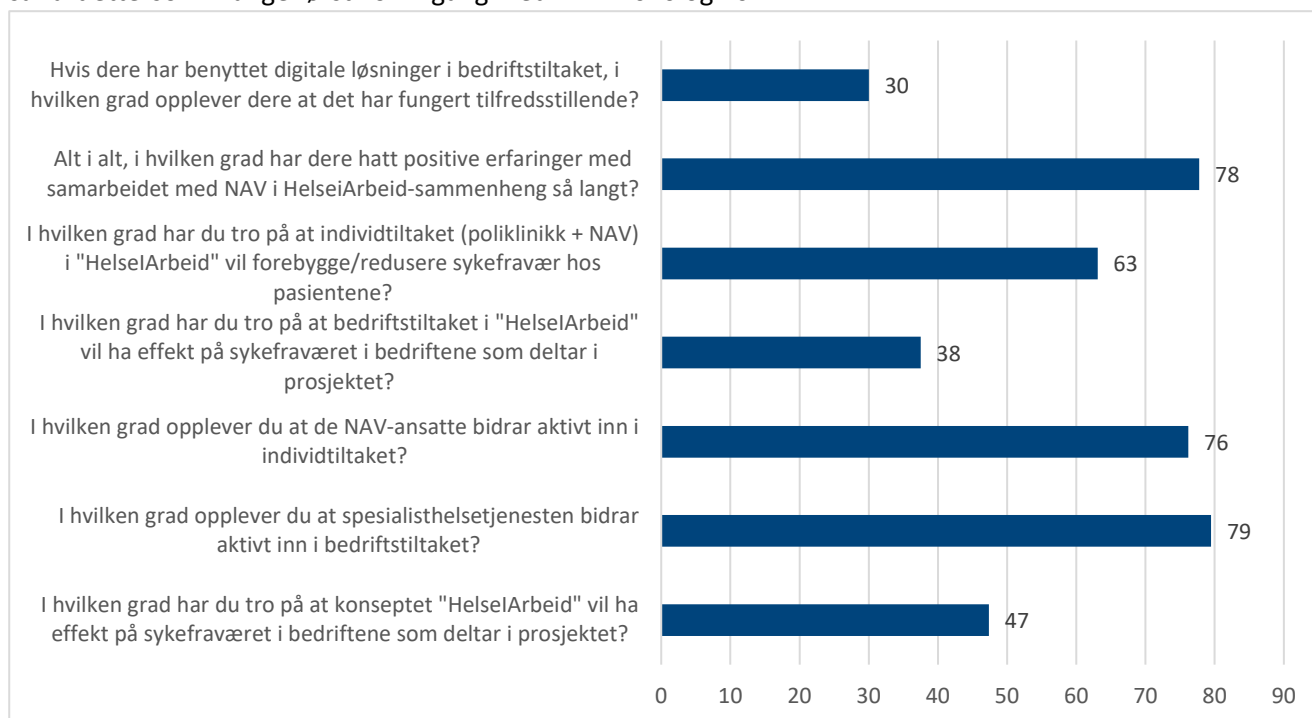
Figur 4.31 Fagbakgrunner representert i Helse og arbeid-tilbud tilsvarende individtiltaket.

Vi ba også respondentene om å gjøre en gradert vurdering av ulike aspekter ved HelseArbeid-modellen. Spørsmålene handlet om tro på at konseptet (HIA) vil ha effekt på sykefraværet, om de opplever at spesialisthelsetjenesten bidrar aktivt inn i bedriftstiltaket, om de NAV-ansatte bidrar aktivt inn i individtiltaket, om bedriftstiltaket i HelseArbeid vil ha effekt på sykefraværet i bedriftene som deltar, om de har tro på at individtiltaket forebygger/reducerer sykefravær hos pasientene som deltar, om samarbeidet

med NAV har vært godt, og om de har benyttet digitale løsninger i bedriftstiltaket, og erfaringer med dette. Spørsmålene gikk kun til dem som hadde erfaring med HelseArbeid, og vi utelot også de som svarte "Vet ikke/ikke aktuelt" i beregningen av andel.

Som figuren under viser er det 78 prosent av respondentene som sier at de i stor eller svært stor grad har hatt positive erfaringer med samarbeidet med NAV i HelseArbeid-sammenheng så langt. Det er også nær hhv. 76 % og 79 % som mener at NAV bidrar aktivt inn i individtiltaket, og at spesialisthelsetjenesten bidrar aktivt inn i bedriftstiltaket. Det er 63 % som tror at individtiltaket (poliklinikk + NAV) vil forebygge eller redusere sykefravær hos pasientene, mens 47 % har tro på at HIA vil ha effekt på sykefraværet i bedriftene som deltar i bedriftstiltaket. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom 2019 og 2021 på dette spørsmålet, som gikk igjen begge år. Under én tredjedel (30 %) svarte i 2021 at digitale løsninger brukt i bedriftstiltaket fungerer tilfredsstillende.

Når det gjaldt spørsmålet om de hadde hatt positive erfaringer med samarbeidet med NAV i HIA-sammenheng, var det en statistisk signifikant forbedring mellom 2019 og 2021 i alle regioner. Kanskje ikke så rart ettersom mange først kom i gang med HIA i 2020 og 2021.



Figur 4.32 Andel (%) av respondentene som svarte "I stor grad" eller "I svært stor grad" på de ulike spørsmålene. Antall respondenter varierte mellom 30 og 65 på enkeltspørsmål, de som svarte "vet ikke/ikke aktuelt" er utelatt av beregningen.

Også for disse spørsmålene testet vi om det var statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene, og fant svært få forskjeller. Det eneste som slo ut som signifikant forskjellig var at respondenter fra Helse Sør-Øst var mindre fornøyd enn respondenter i Helse Nord (referanseregion) på spørsmålet om de har hatt positive erfaringer med samarbeidet med NAV så langt. Når det gjaldt forskjeller mellom ledere og ansatte, var det kun for spørsmålet om de har tro på at HIA vil ha effekt på sykefraværet for bedriftene som deltar i prosjektet at ledere i mindre grad enn vanlig ansatte hadde troen.

Vi spurte også på hvilken måte de har brukt digitale løsninger i bedriftstiltaket. 8 ulike HF og 3 private aktører svarte noe på dette spørsmålet. Noen har levert presentasjoner på video, andre har vært med "live" på Teams. Mange sier at de har hatt undervisningen på ulike videoløsninger, og møtene med arbeidsgiverne

digitalt. Det var mest positive erfaringer som ble rapportert fra de ansatte som har vært involvert, selv om enkelte mener man taper en del dialog med de ansatte.

Pilotbedriften med godt over 150 ansatte fikk levert alle moduler digitalt i fjor. Tilbakemeldingene var overveiende positive.

Møter med virksomheten/arbeidsplass på video (introduksjonsmøte, mål og planleggingsmøte). Av og til levert helsedelen av presentasjonen via video dersom ingen fra helse har hatt anledning til å reise ut til distriktet med NAV. Har nå utarbeidet digitale presentasjoner og er i øving for å kunne tilby heldigitalt bedriftstiltak til virksomhetene.

Flere av respondentene har også valgt å skrive kommentarer i fritekstfeltet, der vi ba dem kommentere på etablering av HIA-modellen og/eller forventninger til dette. Tema som ble tatt opp i kommentarene var blant annet:

- For lite tid og penger satt av til implementering av modellen i sykehusene
- Uklart konsept – uklart hva spesialisthelsetjenesten sin rolle skal være
- Passer ikke inn der Helse og arbeid-tilbudet er organisert på ordinært DPS.
- Uklart skille for fastleger vedrørende hvilke pasienter som skal til HelseArbeid og hvem som skal til kommunale tjenester.
- Ønske om mer involvering av kommunehelsetjenesten.
- Mer erfaringsutveksling på tvers av HF med HIA-modellen.
- Én aktør stiller spørsmålstegn ved om det er behov for HIA hvis man har et godt samarbeid med arbeidsgivere, fastleger, NAV og bedriftshelsetjeneste i utgangpunktet?
- For dårlig kommunikasjon mellom helse og NAV sentralt – noen får vite om HIA ved en tilfældighet.
- Noen har stor tro på konseptet når strukturene får satt seg, andre er skeptiske til evidensen.
- Private aktører har blitt oppmerksom på HIA nylig, og ønsker å planlegge for å ta en rolle framover.
- Problematisk med tidsbruk i bedriftstiltaket fra spesialisthelsetjenesten sin side (blir en utgift som ikke refunderes) – må finne bedre (digitale?) løsninger på bedriftstiltaket.
- NAV har ikke alltid tid til å følge opp – får ikke like mye ressurser til sykehuset som lovet.

Her er et utvalg sitater på dette åpne spørsmålet:

Ved etablering av HelseArbeid, burde alle ha opprettet egne enheter som i Tromsø. For de som ikke har gjort det, blir det vanskelig å benytte legeressurs eller andre i spesialisthelsetjenesten på å dra ut til bedrifter, da det ikke er lønnsomt for sykehuset og vi trenger ressursene til utredningsarbeid. Å benytte seg av digitale løsninger vil trolig bedre tidsbruken i fht. dette (bedriftstiltaket) og ulike løsninger her vil kunne spare spesialisthelsetjenesten for ressursbruk i en bransje der det allerede er mangel på ressurser. Det blir ikke mindre av dette i fremtiden, så det er viktig at man finner nye måter å formidle kunnskap på, som man nå vil prøve ut i NN.

Vi er interessert i å se på muligheten for å starte opp med HelseArbeid-konseptet, men slik vi har forstått det, så har ikke NAV kapasitet til å være delaktig i tiltaket. Vi har ikke gitt opp ;-)

Studier gjort iBedrift-tiltakene på arbeidsplassen viser ingen varig effekt av tiltaket, derfor skeptisk til å bruke ressurser på dette. De fleste pasientene trenger ingen tung, tverrfaglig

tilnærming, det viktigste er å få dem raskt inn, og gi dem akkurat passe med kunnskap, og at de får svar på det de egentlig lurer på.

Følge grunnpilaren når denne rulles ut i landet. Bedre erfaringsutveksling med andre poliklinikker når det gjelder både individtiltaket og bedriftstiltaket. Har tro på at dette møter morgendagens behov for helsetjenesten. Møte spesialisthelsetjenesten på et tidligere tidspunkt. Få god diagnostisk avklaring og forskningsbaserte råd videre. Jobbe for at flere pasienter henvises til dette kontra blir stående på venteliste til ort.poliklinikker selvom man vet at færre og færre tilstander skal opereres men behandles konservativt.

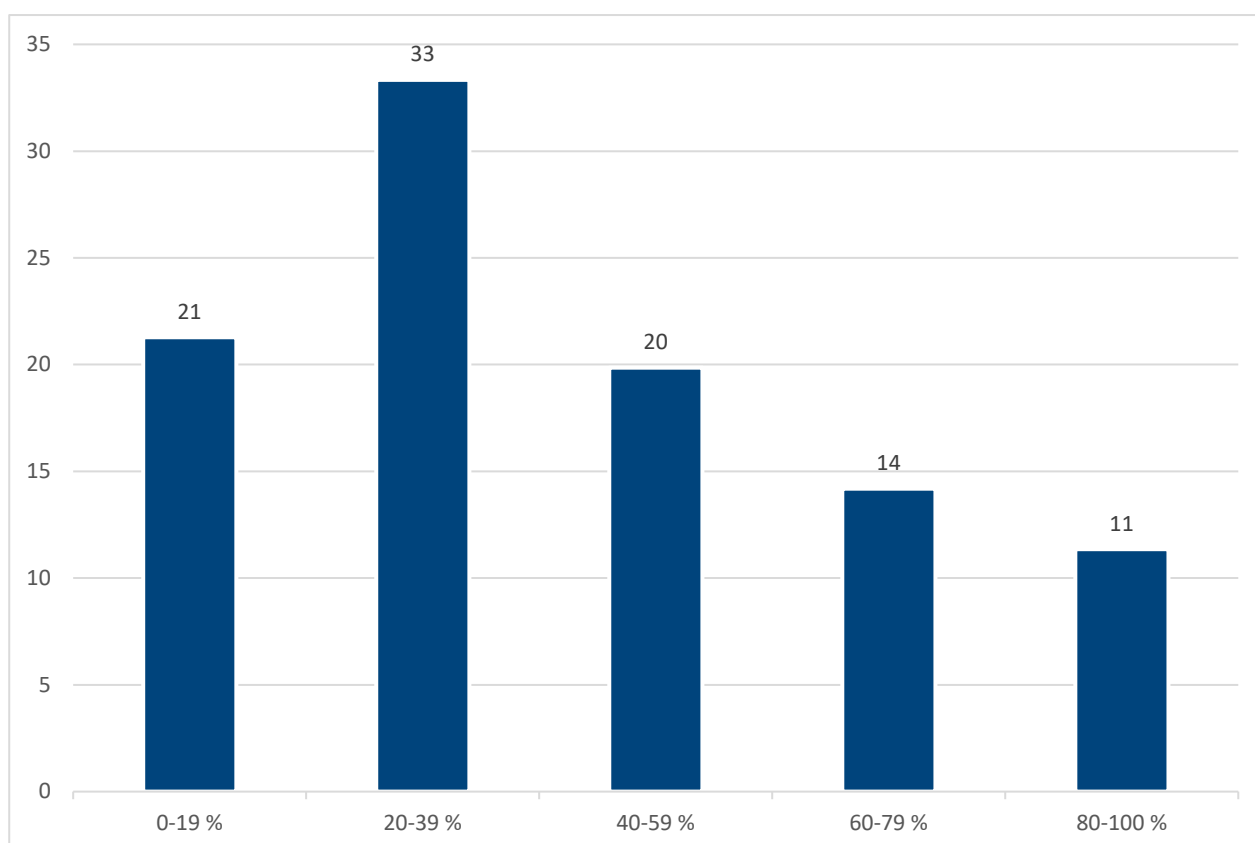
Jeg har forventning om at når det får satt seg, kan det tverretatlige samarbeidet (Helse + NAV) gi inspirasjon til og videreutvikle samarbeidet mellom Helse og NAV på andre områder samt utvide samarbeidet innenfor eksisterende områder. Tror at dersom alle parter går inn i samarbeidet, vil det kunne danne modell for andre utgaver av et VEDVARENDE TVERRETATLIG SAMRBREID.

HelseArbeid fremstår som en modell noe utgått på dato. Virker ikke som den tar høyde for et integrert og samtidig fokus på både helse og arbeid. Den gamle polikliniske modellen med fokus på us og diagnostikk representerer en fragmentering og overfokusering på "sykdom" ikke på funksjon og muligheter som er det viktigste i arbeidsrettet rehab. Korte seanser med undervisning ute på arbeidsplassene er heller ikke en god løsning, alt for passiviserende og belærende. Som primærforebyggende intervensjon kan det ha noe for seg som folkeopplysning men har ingen plass i arbeidsrettet rehab av allerede syke personer.

Fastleger stiller stadig spørsmål ved hvem som skal henvises til HIA kontra hvem som skal følges opp/henvises i 1. linjetjeneste. Uklart. Roller går inn i hverandre. - stor tro på konseptet med samtidighet i behandlingen for pasientene. - kommunene bør kanskje i større grad involveres?

4.8.9 Samhandling, samarbeid og samtidige tjenester

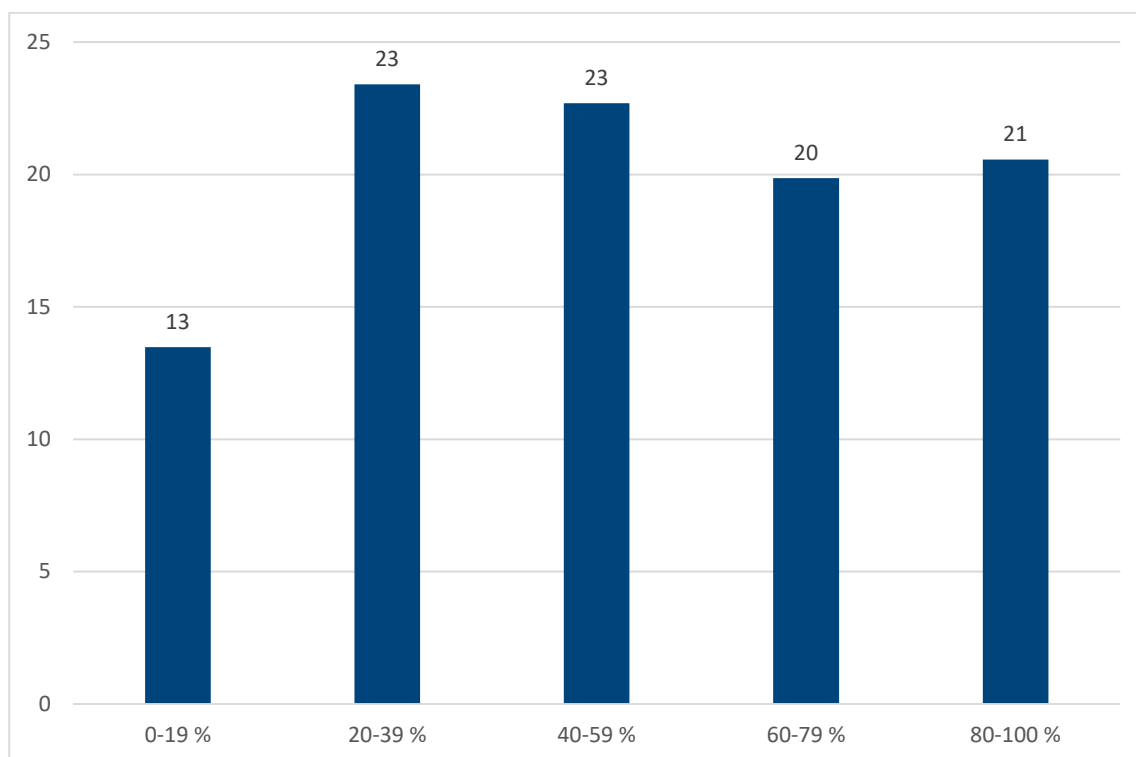
Det har vært et mål at de nye Helse og arbeid-tilbudene i større grad enn tilbudene under Raskere tilbake-perioden skulle ha fokus på samtidige tjenester til pasienter med behov for både somatiske og psykiske helsetjenester. I undersøkelsen gjennomført i 2021 ba vi derfor respondentene om å anslå hvor mange pasienter dette gjelder. Spørsmålet lød: "Hvor stor andel av pasientene i din klinikk/avdeling siste 12 måneder vil du anslå har hatt behov for både fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud om psykologisk utredning/behandling samtidig? (Anslå en prosentandel mellom 0 og 100, der 100 betyr at alle pasientene har behov for begge deler)". 141 respondenter besvarte dette spørsmålet, og hvis vi kategoriserer svarandelene i intervaller, så fordelingen ut som i figuren under:



Figur 4.33 Andel (%) av de ansatte som svarte at en viss andel av deres pasienter har behov for både fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud om psykologisk utredning/behandling samtidig. N = 141.

Over halvparten (54 %) av de ansatte svarte at i underkant av 40 % av pasientene deres trenger samtidig behandling. 20 prosent anslo at mellom 40-59 % av pasientene trenger slik behandling, mens 14 % oppgav en andel mellom 60 og 79 %. Kun 11 prosent mente at nesten alle (80-100 %) pasientene deres trengte samtidig behandling. Av de med flest pasienter som trenger samtidig behandling var de fleste private aktører som tilbyr arbeidsrettede rehabiliteringsopphold. Blant de laveste andelene var det flest offentlige HF.

Vi hadde tilsvarende spørsmål som gjaldt behovet for samtidige tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og NAV: "Hvor stor andel av pasientene i din klinikk/avdeling siste 12 måneder vil du anslå har hatt behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og NAV samtidig? (Anslå en prosentandel mellom 0 og 100, der 100 betyr at alle pasientene har behov for begge deler)". Her var fordelingen noe jevnere enn i figuren over, med rundt 20-23 % av pasientene i hver kategori, bortsett fra 0-19 % der kun 13 % av respondentene anslo at deres pasienter lå.



Figur 4.34 Andel (%) av de ansatte som svarte at en viss andel av pasientene i deres klinikk/avdeling siste 12 mnd har hatt behov for både spesialisthelsetjenester og NAV-tjenester samtidig. N = 141.

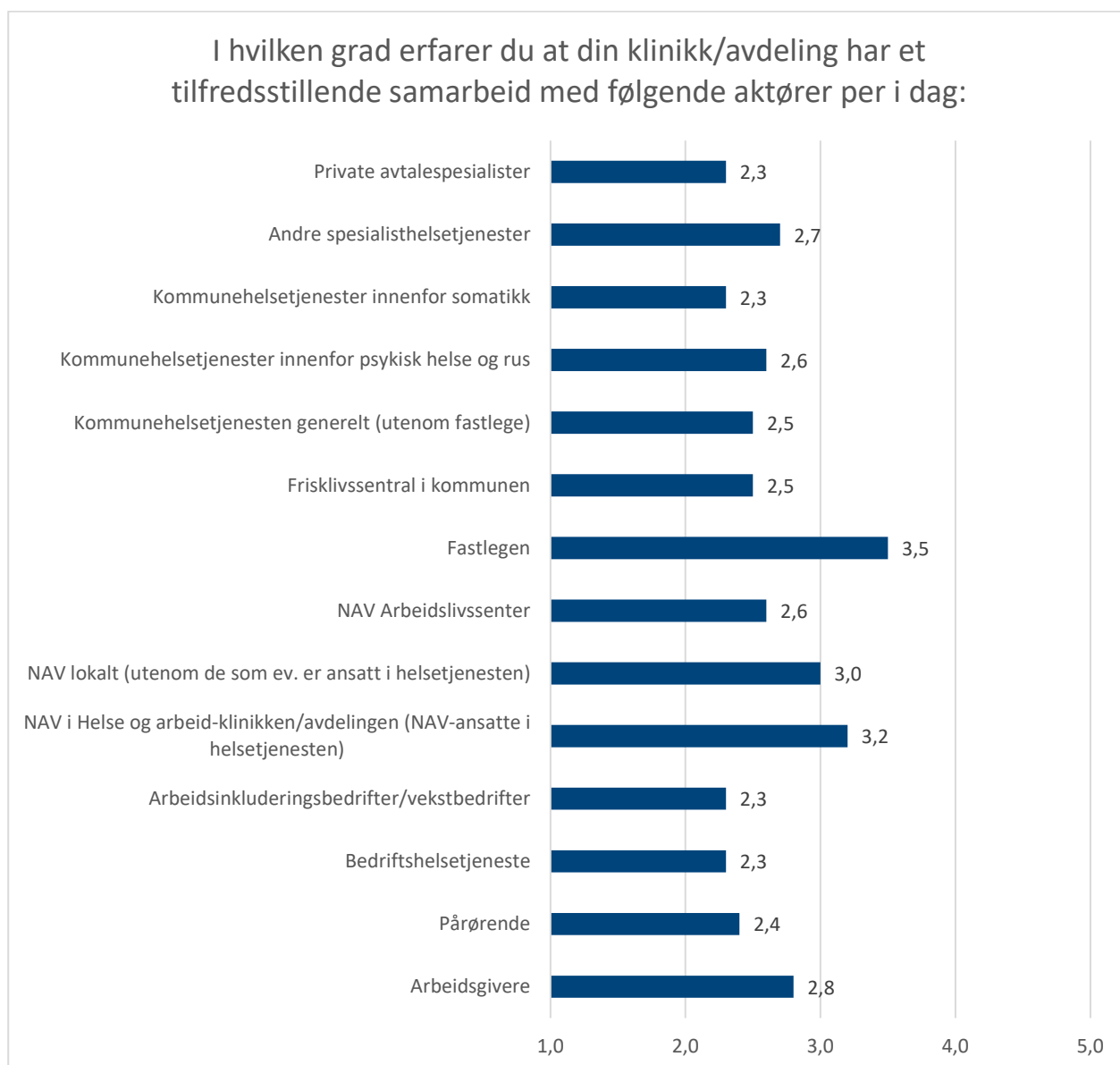
Her er det stor spredning og lite systematikk i hvor de ansatte jobber sett i forhold til andelen de har rapportert med behov for samtidige spesialisthelsetjenester og tjenester fra NAV. I de høyeste andelsintervallene finner vi også her typisk private aktører som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering.

Vi fortsatte undersøkelsen med spørsmål knyttet til samarbeid og samhandling både internt og eksternt. I tabellen under har vi oppgitt andelen svar på hvert svaralternativ. Nær 80 % av respondentene er svært fornøyd med pasientenes mulighet til medbestemmelse i eget forløp. 65 % vurderer også at de har god eller svært god tid per pasientforløp til å få gjennomført tilstrekkelig utredning og behandling. Én tredjedel vurderer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten til å være god eller svært god, de fleste svarte "Verken/eller" her. 47 % av respondentene vurderer samarbeidet internt i helseforetaket rundt pasienter som trenger både et fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern til å være godt eller svært godt. 19 % mener det er dårlig eller svært dårlig, så her er det potensial for forbedring. Vi kjørte regresjonsanalyser på dette materialet, men fant få signifikante forskjeller. Sammenliknet med Helse Nord svarte respondentene i Helse Vest at de i mindre grad hadde god tid til å få gjennomført tilstrekkelig utredning/behandling. Det var også en tendens (6 % signifikansnivå) til at de offentlige helseforetakene i større grad enn de private aktørene opplevde å ha god tid per pasientforløp. Test av forskjeller i gjennomsnitt mellom 2019 og 2021 viste heller ikke signifikante forskjeller på spørsmålene.

Tabell 4.30 Vurdering av samarbeid og samhandling. Andel (%). N = 145-147.

	Svært dårlig	Dårlig	Verken/eller	God	Svært god	Sum andel (%)
Hvordan vurderer du samarbeidet internt i helseforetaket rundt pasienter som trenger både et fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern ved din klinikk/avdeling? (N = 145)	5	14	34	33	14	100
Hvordan er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten rundt Helse og arbeid-pasienter som trenger koordinerte tilbud ved din klinikk/avdeling? (N = 146)	4	14	49	29	4	100
Hvordan vurderer du tiden dere har tilgjengelig <i>per pasientforløp</i> til å få gjennomført tilstrekkelig utredning/behandling i Helse og arbeid-tilbudet ved din klinikk/avdeling? (Med pasientforløp mener vi alle konsultasjoner pasienten har fra oppstart og til avslutning i utredning/avklaring/behandling) (N=147)	3	10	22	54	12	100
Hvordan vurderer du pasientenes mulighet til medbestemmelse i Helse og arbeid-forløpet? (herunder valg av behandlingsmetoder, forløpstid mv.) (N = 147)	0	5	17	56	21	100

Videre spurte vi i hvilken grad de erfarte at sin klinikk/avdeling har et tilfredsstillende samarbeid med en rekke aktører, illustrert i figuren under som et gjennomsnittsmål på en skala fra 1-5, der 1 er "I svært liten grad" og 5 er "I svært stor grad":



Figur 4.35 Erfaringer med tilfredsstillende samarbeid med ulike aktører. Gjennomsnittsskåre på skala fra 1-5, der 1 = "I svært liten grad" og 5 = "I svært stor grad". N = 141-146.

Generelt er det få av aktørene som kommer over middels skåre, mens fastlege, NAV lokalt og NAV i Helse og arbeid-klinikken/avdelingen kommer bedre ut enn de øvrige alternativene. Det later til å være stort potensial for å bedre samarbeidet med eksterne aktører for Helse og arbeid-tilbudene. Også her testet vi forskjeller mellom regionene, offentlig vs. private aktører og ledere vs. ansatte. Resultatene er oppsummert i tabellen under. I tillegg sammenliknet vi svarene fra 2019 med svarene i 2021, som viste at fastlegesamarbeidet har blitt dårligere over tid, selv om det fortsatt er den aktøren de vurderer at de har best samarbeid med. Pårørendesamarbeidet skåres også dårligere sammenliknet med 2019-tallene.

Tabell 4.31 Resultater av vektete regresjonsanalyser. 5 % signifikansnivå. N = 132-141.

Aktør	Forskjell mellom helseregioner (HN er referanse)	Offentlig/privat	Leder/ikke leder
Arbeidsgivere	Ingen forskjell	Off dårligere	Ledere mer pos
Pårørende	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Bedriftshelsetjeneste	Ingen forskjell	Off. dårligere	Ingen forskjell
Arbeidsinkluderingsbedrifter/vekstbedrifter	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
NAV i Helse og arbeid-klinikken/avdelingen (NAV-ansatte i helsetjenesten)	Dårligere i HV, HMN og HSØ sammenliknet med HN	Off. bedre	Ingen forskjell
NAV lokalt (utenom de som ev. er ansatt i helsetjenesten)	Ingen forskjell	Off dårligere	Ledere mer pos
NAV Arbeidslivssenter	Dårligere i HV, HMN og HSØ sammenlikna med HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Fastlegen	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Frisklivssentral i kommunen	Dårligere i HMN og så vidt dårligere i HV sammenliknet med HN	Ingen forskjell	Ledere mer pos
Kommunehelsetjenesten generelt (utenom fastlege)	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ledere mer pos
Kommunehelsetjenester innenfor psykisk helse og rus	Dårligere i HV sammenliknet med HN	Ingen forskjell	Ledere mer pos
Kommunehelsetjenester innenfor somatikk	Dårligere i HV sammenliknet med HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Andre spesialisthelsetjenester	Dårligere i HV og HMN, sammenliknet med HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Private avtalespesialister	Dårligere i HV, HMN og HSØ sammenliknet med HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell

4.8.10 Kartleggingsverktøy

Vi spurte hvilke kartleggingsverktøy tjenestene eventuelt bruker i utredningen av pasienter som skal motta arbeidsfokuset utredning/behandling, og listet opp en del skjema som ble oppgitt i den tilsvarende undersøkelsen i 2019:

- (1) Vi benytter ingen kartleggingsverktøy
- (2) Skjema for kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering (utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)
- (3) Skjema for kartleggingsarbeid i Helse og arbeid- ordningen
- (4) Arbeidsevnespørsmål
- (5) EQ5D-5L
- (6) Norsk nakke- og ryggregister
- (7) Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ)/Fungering i arbeid
- (8) ICF-basert spørreskjema (internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse)
- (9) Klar for arbeid – ute av arbeid (skjema)
- (10) Return to Work Self Efficacy (RTWSE)
- (11) Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ)
- (12) Norsk funksjonsskjema
- (13) Feedbackverktøy (for systematisk tilbakemelding til behandler om opplevelsen ved behandling, f.eks. KOR/FIT/Norse m.fl.)
- (14) Andre skjema, hvilke? _____
- (15) Vet ikke/Ikke aktuelt

De hyppigst brukte skjemaene var EQ5D-5L, arbeidsevnespørsmål, Return to Work Selv Efficacy (RTWSE), rapportering til Norsk nakke- og ryggregister, Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ) og egne skjema for kartleggingsarbeid i Helse og arbeid. Rundt 7 % av respondentene oppgav å bruke feedbackverktøy som KOR/FIT/Norse. Mange hadde valgt å bruke det åpne feltet under "Annet" og listet opp en rekke instrumenter aktuelt for eget fagfelt. BAI, BDI, AUDIT, DUDIT, SCL-90, TAMPA scale, OQ-45, HADS, CORE-OM og særlig egenutviklede skjema ble ofte nevnt her.

Vi spurte videre hvordan man registrer de dataene som samles inn via kartleggingsverktøyene, og resultatene oppgis i tabellen under. Halvparten av respondentene svarte at pasienter fyller ut elektronisk skjema før konsultasjon, og enda flere (57 %) ber pasientene fyller ut skjema som oppfølging noen uker eller måneder etter siste konsultasjon. Det er over én tredjedel av tilbudene som fortsatt benytter papirskjema – både før, under og etter konsultasjon. Det er også over én tredjedel som fyller ut skjema sammen med pasienten under konsultasjon.

Tabell 4.32 Metoder for utfylling av kartlegging i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging. Andel (%) innenfor hver rad i tabellen.

	Før konsultasjon	Under konsultasjon	Kort tid etter konsultasjon	Oppfølging noen uker/mnd etter konsultasjon	Ikke aktuelt
Pasienten fyller ut elektronisk skjema	50	11	42	57	11
Pasienten fyller ut papirskjema	36	36	37	21	8
Pasienten fyller ut en kombinasjon av elektronisk skjema og papirskjema	10	4	16	5	16
Pasient og behandler fyller ut elektronisk skjema sammen	1	7	0	2	17
Pasient og behandler fyller ut papirskjema sammen	1	34	3	4	15
Pasient og behandler fyller ut en kombinasjon av elektronisk skjema og papirskjema	2	3	0	4	19
Annet	0	5	3	7	15
Totalt	100	100	100	100	100
N	139	73	38	56	328

4.8.11 Registrering av aktivitet til Norsk pasientregister

Under "Raskere tilbake" ble all aktivitet i disse tilbudene registrert med debitorcode 20 til Norsk pasientregister (NPR), og det ble beregnet en gunstig refusjonstakst (dobbel DRG) mens "Raskere tilbake" var et prosjekt. I forbindelse med omleggingen var føringene fra de fire RHF-ene at Helse og arbeid-tilbudene skulle fortsette å registrere debitorcode 20, men allerede i 2018 så man i pasientdataene at kodingen falt. Dette handlet blant annet om at mange nye tilbud var ukjent med kodingen fra tidligere og at det ikke fulgte penger med kodingen lenger. Som vi ser av tabellen under er det 46 % som svarer "I stor" eller "I svært stor" grad når det gjelder debitorcode 20. Nær en tredjedel av respondentene har i liten/svært liten grad fokus på dette, mens 22 prosent svarer "I noen grad". Dette stemmer godt overens med utviklingen vi ser i registerdataene der rapporteringen har vært fallende, men der redusert tilbud under pandemien også har gjort tallene for 2020 og 2021 usikre. 63 % svarer at de bruker kvalitetsindikatorer (ventelistedata, pasienterfaring osv.) til å styre driften, mens 24 % anser styringsdata som kvalitetsindikatorer og SAMDATA som nyttige i sitt arbeid. Regresjonsanalysene viste ingen signifikante forskjeller hverken mellom helseregionene, offentlige vs. private eller leder/ikke leder på noen av disse spørsmålene. Det var heller ikke signifikant forskjell mellom undersøkelsene i 2019 og 2021 på dette spørsmålet.

Tabell 4.33 Rapportering av debitorcode 20 til NPR, bruk av kvalitetsindikatorer og styringsdata. Andel (%).

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Totalt (%)	n
I hvilken grad vil du si at ansatte i din klinikk/avdeling har fokus på at aktivitet innenfor Helse og arbeid skal registreres/rapporteres til Norsk pasientregister via debitorcode 20?	21	11	22	25	21	100	126
I hvilken grad benyttes kvalitetsindikatorer til å styre driften ved Helse og arbeid-tilbudet? (herunder ventetid/ventelister, pasienterfaringer mv.)	3	11	23	37	26	100	35
I hvilken grad vurderer du styringsdata for spesialisthelsetjenesten (kvalitetsindikatorer, SAMDATA mv.) som nyttig i ditt daglige arbeid?	9	30	36	21	3	100	33

Vi lot respondentene kommentere fritt under oppfølgingsspørsmålet: "Hva skal til for at du/dere ser verdien av å drive koding av aktivitet innenfor Helse og arbeid-feltet framover, og hvilken type informasjon ønsker dere at blir kodet?". Her var den hyppigste tilbakemeldingen at de rapporterer veldig mye data de aldri ser noe til igjen, og da blir motivasjonen for koding dårlig. Flere etterlyste også mer informasjon om hva som skal kodes og hvorfor de skal gjøre det. Koding i pakkeforløp psykisk helse og rus nevnes også som en faktor som gjort at de opplever stort trykk på kodingen i psykisk helsevern, og ikke ønsker mer av det. I intervjuene vi har gjennomført med ansatte og ledere i tjenestene er det flere som er positive til koding hvis de kan få brukt tallene direkte i kvalitetsarbeid, uten at det går for lang tid fra man rapporterer til man får tilbakemelding.

Jeg avgrenser svaret til å omfatte prosedyrekoding og diagnosekoding. Verdien av å angi prosedyrekoder er at vi ser hvilke undersøkelser som gjøres og hvilke tiltak vi bruker, samt at vi også kan registrere møter med eksterne aktører (NAV). Dette kan hentes ut i rapporter, foreløpig begrenses rapportering til aktivitetstall, dvs. antall konsultasjoner per lokasjon. De som arbeider klinisk vet også at koding er grunnlaget for deler av vår finansiering, både NCMP og ICD10 (ISF). Jeg tenker vi har en god bevissthet rundt verdien av å drive koding. Det ligger sannsynligvis et potensiale for uttrekk av data fra rapporter i DIPS som er mer avansert i denne sammenhengen, men om det gir økt verdi for oss har jeg ingen klar formening om. Har derfor ingen ønsker om hva som bør kodes ut over det vi gjør i dag.

Koding anses oftest som et byråkratisk virkemiddel som ikke har nytteverdi for oss. Dersom det er knyttet til økonomi er det lettere å motivere. Dersom kodingen brukes i forskningsøyemed eller for å styrke kvaliteten i tiltaket kan det være en motivasjonsfaktor.

Er livredd hvis det blir enda mer koding og registrering; det stjeler alt for mye tid og kapasitet og vil til slutt ramme kvaliteten på pasientarbeidet. Vi har mer enn nok registrering som det er. Min erfaring fra tidligere arbeidsplasser er at de som klarer å være ajour med og har tid til registrering / koding (som er stadig økende) har flere "ikke møtt" pasienter.

Tidligere fikk man betalt for å kode med debitor 20. Det ville vært et økt fokus på slik koding om man i større grad fikk betalt for dette.

ISF- / DRG-koder bør endres sånn at det lønner seg å jobbe ambulant i høyere grad. Per nå risikerer vi å bli økonomisk "straffet" for å drive med innsatser vi mener er faglig riktige (ambulant arbeid, arbeidsplassbesøk o l).

Koding må gjenspeile både ressursbruk som tverrfaglig konsultasjoner krever utfra problemstillingen, og ikke minst med hensyn til innhold av konsultasjon som når NAV deltar i konsultasjonen.

Først og fremst at vi kan gå over til heldigitale skjema. Deretter at skjemaene er standardiserte for alle som er i ordningen. Koding bør dreie seg om pas. arbeid, pas. opplevd fysisk og psykisk helse, pas. opplevde kvalitet på tilbudet. Deretter målbar effekt av tilbudet etter 3, 6 og 12. mnd. på de samme indikatorene.

Grad av økt arbeidsnærvær ville vært interessant å kode. Symptomutvikling fra start, gjennom pasientforløpet og til avslutning. Behandlingstid, gjennomsnittlig behandlingstid.

Viser til artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening; "Lovisenbergmodellen" for et utfyllende svar. Kort; det må være klinisk relevant og gi mening. Feedback på innsamlede data må være en selvfølge, nå forsvinner alt vi koder inn i det som kjennes som et "sort hull". Svært lite motiverende.

4.8.12 Prioritering og rettighetsvurdering

Prioritering og rettighetsvurdering av ulike pasientgrupper har vært et debattert tema i Helse og arbeidstilbudene etter omleggingen. I 2019 ble det etablert en arbeidsgruppe med fagfolk fra alle helseregionene, som skulle:

1. Kartlegge prioriteringsutfordringer innen psykisk helse og muskel/skjelettområdet, basert på fagmiljøenes erfaringer etter omleggingen av Raskere tilbake. Kartleggingen skal både omfatte polikliniske tilbud og døgntilbud, inkl. arbeidsrettet behandling ved rehabiliteringsinstitusjoner.
2. På grunnlag av utfordringene foreslå:
 - a. Tiltak som understøtter faglig god praksis, og ikke forutsetter endringer i aktuelle prioriteringsveiledere.
 - b. Vurdere tiltak som gir Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet faglige premisser til å vurdere endringer og tydeliggjøring av arbeid og helse-området i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften.
 - c. Vurdere behovet for en veileder for arbeid og helse, og dennes innhold.
 - d. Andre tiltak som understøtter faglig gode prioriteringer, blant annet tiltak innenfor samhandlingen med primærhelsetjenesten og NAV.

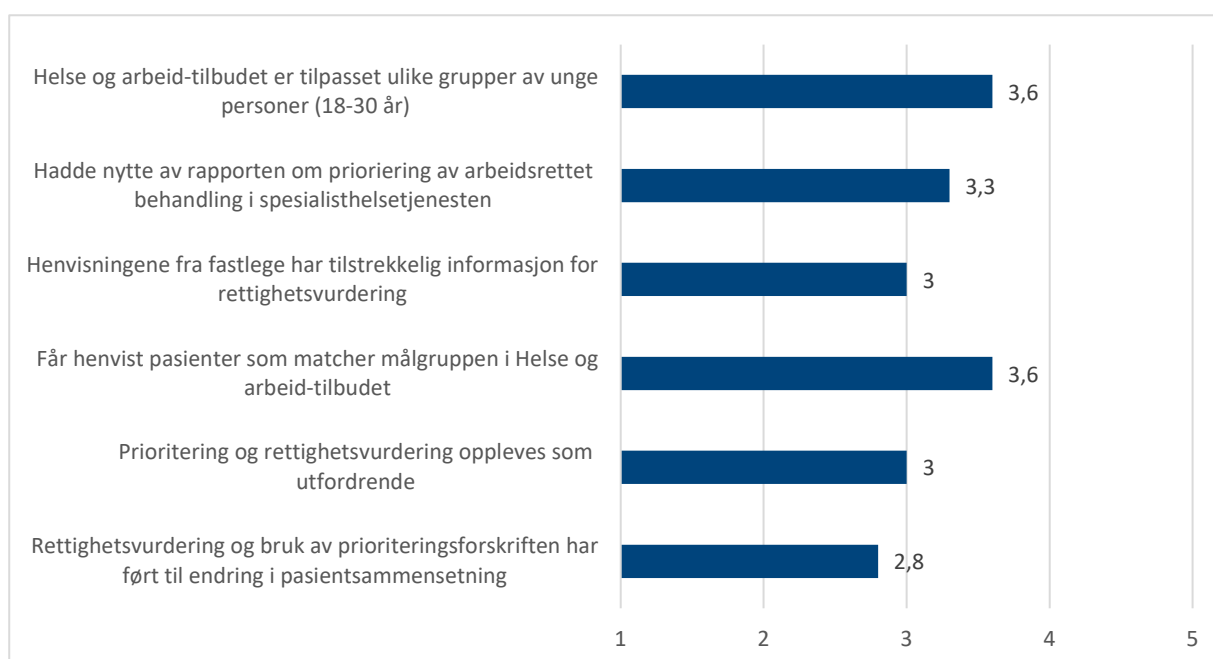
Hver helseregion oppnevnte tre medlemmer til arbeidsgruppen, én representant fra psykisk helsevern, én fra fysisk medisin og rehabilitering og én fra regional vurderingsenhet for rehabilitering. Videre deltok leder for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, samt representanter fra de regionale helseforetakene. De regionale brukerutvalgene oppnevnte to brukerrepresentanter. I september 2020 kom en rapport fra den interregionale arbeidsgruppen med anbefalinger om hvordan arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten skal prioritere²². Vi skriver mer om dette i

²²https://www.helsesorost.no/Documents/Raskere%20tilbake/Rapporter%20og%20evalueringer/Rapport_prioritering%20helse%20og%20arbeid_endelig.pdf

hovedrapporten, men hadde noen spørsmål om prioritering til de av respondentene våre som var direkte involvert i prioriteringsarbeid. Dette gjaldt 40 av respondentene, tilsvarende 28 % av de som besvarte spørsmålet om deltakelse i prioriteringsarbeid.

Vi ba respondenter som er involvert i prioriteringsarbeid om å anslå hvor stor andel av henvisningene det siste halve året som har fått avslag i Helse og arbeid-tilbudet. 32 personer besvarte spørsmålet (hvorav halvparten var ledere), og i gjennomsnitt ble rundt 16 prosent av henvisningene avvist. Median andel avvisning var 14 %. Ytterpunktene ble utgjort av to av tilfeller der det ble oppgitt 0 henvisninger, mens én av de ansatte oppgav at halvparten av henvisningene til tilbudet blir avvist. Alle som oppgav å måtte avvise mer enn 20 % av henvisningene, jobbet i offentlige helseforetak.

Vi laget et gradert spørsmålsbatteri om prioritering og rettighetsvurdering. Figuren under viser at vårt utvalg opplever at Helse og arbeid-tilbudet i stor grad er tilpasset ulike grupper av unge personer (61 % svarte "I stor/svært stor grad", og at de i stor grad også får henvist pasienter som matcher tilbudet deres (60 % svarte "I stor/svært stor grad"). Det var kun 23 % av respondentene som mente at rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften har ført til endringer i pasientsammensetningen, sammenliknet med "Raskere tilbake"-perioden (dette spørsmålet gikk kun til dem som hadde erfaring med selve omleggingen).



Figur 4.36 Spørsmål vedrørende prioritering og rettighetsvurdering. Skala 1 = "I svært liten grad", 5 = "I svært stor grad". N varierer mellom 37 og 133 (lavest n for de spørsmålene som kun gikk til dem som gjør prioriteringsarbeid og rettighetsvurdering).

Flere hadde også hatt god nytte av rapporten som kom om prioritering og rettighetsvurdering, og én av respondentene skrev følgende i kommentarfeltet:

Presiseringene som kom angående rettighetsvurderinger til Helse og Arbeid bidro til at flere som nyttiggjør seg tilbudet får rett til helsehjelp, og det er positivt. Flere med lettere angsttilstander, tilpasningsforstyrrelser og milde depresjoner har god nytte av tilbudet, og det er forebyggende at hjelpen kan gis tidlig, før tilstandene får sette seg og utvikle seg

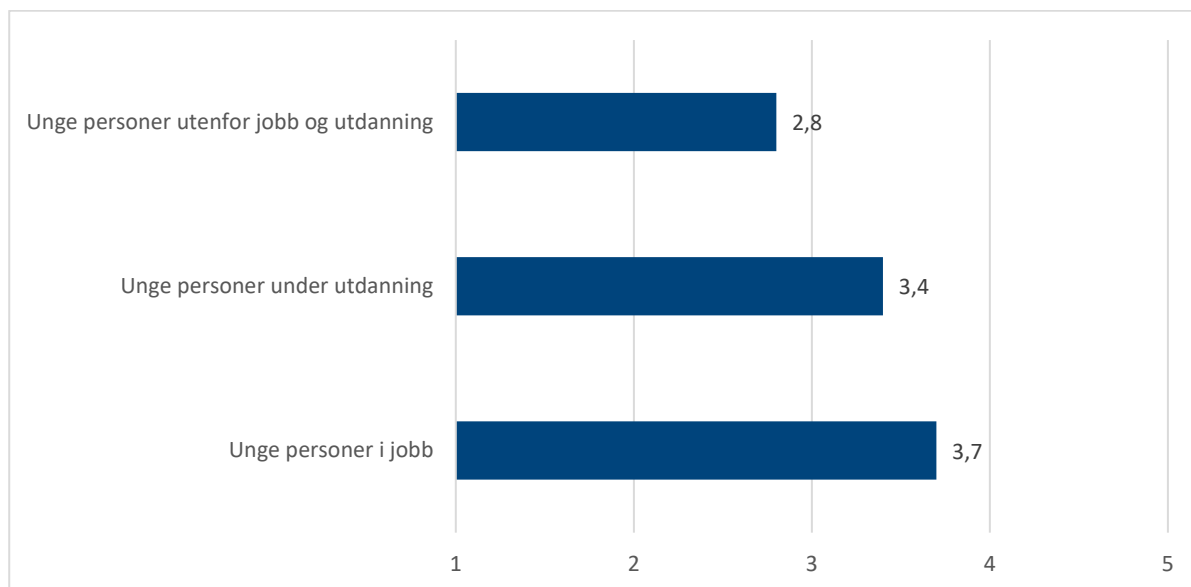
til å bli alvorlige nok til at de prioriteres. Med presiseringene som kom får nok noen flere av disse et tilbud sammenliknet med tidligere, og ofte med godt utbytte.

En test av forskjeller mellom regionene viste at respondentene fra Helse Midt-Norge i større grad opplevde prioritering og rettighetsvurdering som utfordrende. Samtidig opplevde respondentene i Helse Midt-Norge i større grad å få pasienter som matcher tilbudet, sammenliknet med Helse Nord, mens det var motsatt i Helse Vest (mindre grad av match). Respondentene i Helse Vest og Helse Sør-Øst opplever også i mindre grad enn Helse Nord-respondentene at de får henvisninger fra fastlegene med tilstrekkelig god informasjon til å gjøre rettighetsvurderinger.

Tabell 4.34 Resultater av vektete regresjonsanalyser vedrørende prioritering og rettighetsvurdering. Vurdert ved 5 % signifikansnivå. HSØ = Helse Sør-Øst, HV = Helse Vest, HMN = Helse Midt-Norge, HN = Helse Nord (referansekategori).

Påstand	Forskjell mellom RHF	Offentlig/ privat	Leder/ikke leder
Rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsforskriften har ført til endring i pasientsammensetning sammenliknet med "Raskere tilbake"-perioden	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Prioritering og rettighetsvurdering oppleves som utfordrende	HMN i større grad enn HN	Ingen forskjell	Ledere i større grad
Får henvist pasienter som matcher målgruppen i Helse og arbeid-tilbudet	HMN i større grad enn HN, HV i mindre grad enn HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Henvisningene fra fastlege er har tilstrekkelig informasjon for rettighetsvurdering	HV og HSØ i mindre grad enn HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Hadde nytte av rapporten om prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten	Ingen forskjell	Ingen forskjell	Ingen forskjell
Helse og arbeid-tilbudet er tilpasset ulike grupper av unge personer (18-30 år)	Ingen forskjell, tendens til HV i mindre grad.	Ingen forskjell	Ingen forskjell

Det siste spørsmålet i tabellen over ble differensiert noe, og gitt til alle respondenter. Nær 140 respondenter valgte å svare. Det har vært et klart mål at også unge personer skulle inkluderes i Helse og arbeid-tilbudene. En beregning av gjennomsnittsskår viser at tilbudene i mindre grad er tilpasset unge personer utenfor jobb og utdanning, i noe større grad unge personer under utdanning, og i relativt stor grad unge personer i jobb. Regresjonsanalyser viste at respondentene i Helse Vest i mindre grad enn i Helse Nord svarte at tilbudet er tilpasset unge personer under utdanning. Sammenliknet med 2019-tallene var det statistisk signifikant høyere andel som svarte at tilbudet er tilpasset unge personer i jobb i 2021.



Tabell 4.35 I hvilken grad er Helse og arbeid-tilbudet i deres klinikk/avdeling tilpasset ulike grupper av unge personer (18-30 år)? N = 134-138.

4.8.12.1 Andre pasientgrupper som bør prioriteres innenfor Helse og arbeid

Vi inkluderte også et åpent spørsmål som lød: "Er det andre pasientgrupper (/diagnosegrupper) du mener kunne hatt spesielt god nytte av å prioriteres innenfor Helse og arbeid, men som ikke prioriteres per i dag?". 43 av respondentene valgte å skrive noe på dette. En oppsummering av tema/innspill som ble nevnt listes under:

- Mest hyppig nevnt var flere tilbud til unge. Ønskelig med flere tilbud til unge personer utenfor skole og arbeidsliv – komplekse sammensatte vansker som vil trenge lenger oppfølging (enn 10-15 timer) og mer tverrfaglig samarbeid – ikke minst med NAV og kommunale tjenester.
- Flere mener at tilbudene bør gjøres diagnoseuavhengig, ikke bare rettes mot psykisk helse og muskel- og skjelett. Noen skriver at alle pasienter med uspesifikke symptomer kunne profitere på å utredes i Helse og arbeid-tilbud.
- Kreftpasienter nevnes av mange – og det skrives at det gjøres utredning av å tilby dette blant annet i Helse Nord (OUS har hatt et tilbud om arbeidsrettet rehabilitering etter kreft i mange år).
- Insomni – lett å behandle – stort potensiale for å bruke lite ressurser som vil gi umiddelbare effekter.
- Hodepinepasienter, hjernetraumepasienter – bør få arbeidsrettede tilbud i flere deler av landet.
- Overvektproblematikk
- CFS/ME
- Utbrenthet/utmattelse
- Post-covid nevnes
- Mer målrettede forebyggende tilbud, men ikke nødvendigvis fra spesialisthelsetjenesten.

Under har vi tatt med noen sitater som illustrerer oppsummeringen over:

Det er nok mange diagnosegrupper som kunne profitert på en arbeidsrettet tilnærming. Den beste effekten tror jeg man får dersom NAV og spesialisthelsetjenesten klarer å samle krefter og legge tilrette for et løp der pasienten får den hjelpen som er mest presis, enten

det er IPS-oppfølging (langtid), samtidig arbeidsrettet behandling psyk - soma (moderat), eller korte intervensjoner med samtidig tverrfaglig avklaring (HiA; fys.med, psykolog, spl, NAV). Det krever at de ulike tjenestene er fleksible og at man kan "dele" pasienter på tvers.

Personer med relativt høy fungering, men med alvorlige traumelidelser som er i behov av noe lengrevarig (kanskje 6 mnd-9 mnd) traumebehandling for å oppnå stabilitet over tid i arbeidslivet, som trenger mer enn overfladisk plastring. Disse pasientene som blir uføretrygdet i midten av 50 årene uten å ha mottatt behandling før. Dersom vi kunne tilby behandling i 20 årene/30 årene istedet, kanskje vi kunne forebygge uføre.

Det burde vært flere tiltak på generell forebygging av sykefravær innenfor arbeidsfelt med høyt sykefravær, eks innen helse og sosialyrker (barnehage, helsefagarbeidere, sykepleiere, lærere). Hvorvidt det er Helse og Arbeid som skal adressere dette, er jeg mer usikker på.

Prioriteringsveiledere synliggjør etter min oppfatning en normativ beskrivelse av prioritering. Dette utelukker ikke prinsipielt den ene eller annen gruppen, men opplever at mennesker med lett til moderate psykiske plager generelt har for dårlig tilbud, og her kunne vi nok alle tjene på å ivareta denne gruppen bedre generelt, også i helse og arbeid tilbudene.

4.8.13 Informasjon om Helse og arbeid

Mot slutten av skjemaet hadde vi noen spørsmål om informasjon om Helse og arbeid-satsingen (spørsmålet gikk kun til ledere), forankring i helseforetaket, NAVs involvering, fastlegekunnskap om tilbudene og i hvilken grad øvrig spesialisthelsetjeneste kjenner til tilbudet. Som vist i figuren under er litt over halvparten fornøyd med forankringen av tilbudet i eget helseforetak, mens kun én av fem svarer i stor/svært stor grad når det gjelder hvorvidt øvrig spesialisthelsetjeneste kjenner til Helse og arbeid-tilbudet. I underkant av en tredjedel av respondentene mener at fastlegene i stor grad kjenner til Helse og arbeid-tilbudet i helseforetaket, mens 38 % i stor/svært stor grad er fornøyd med NAV sin involvering på Helse og arbeid-feltet. Alt i alt synes det å være potensial for forbedring på alle disse punktene. 31 % svarte i liten/svært liten grad når det gjaldt informasjonsflyt fra de regionale helseforetakene. 22 % svarte i liten/svært liten grad at øvrig spesialisthelsetjeneste kjenner til Helse og arbeid-tilbudet.



Figur 4.37 Andel (%) som svarer "I stor grad" eller "I svært stor grad" på de ulike spørsmålene. N = 35 for spørsmålet om informasjonsflyt fra RHF-ene (stilt kun til ledere), N = 140 på øvrige spørsmål.

Test av forskjeller mellom regioner, offentlige og private aktører og ledere og ansatte viste at respondentene i Helse Sør-Øst var mer fornøyd enn i Helse Nord med informasjonsflyten fra RHF-et, men at respondenter både i Helse Vest og Helse Sør-Øst var mindre fornøyd enn Helse Nord når det gjaldt forankring av Helse og arbeid i eget helseforetak og med NAV sin involvering på Helse og arbeid-feltet. De ansatte i offentlige helseforetak svarte også at de var mer fornøyd med NAVs involvering, enn private aktører var. Dette kan blant annet skyldes at HelseArbeid-modellen og systematisk samarbeid med NAV er mer utbredt i de offentlige helseforetakene, selv om de også finnes private aktører som har hatt godt samarbeid med NAV og jobbspesialister over mange år.

Tabell 4.36 Resultater av vektete regresjonsanalyser vedrørende informasjon og forankring. Vurdert ved 5 % signifikansnivå. HSØ = Helse Sør-Øst, HV = Helse Vest, HMN = Helse Midt-Norge, HN = Helse Nord (referansekategori). Første spørsmål er kun besvart av 35 ledere. Øvrig n = 140.

Spørsmål	Forskjell mellom RHF	Offentlig/privat	Leder/ikke leder
I hvilken grad er du fornøyd med informasjonsflyten fra det regionale helseforetaket når det gjelder Helse og arbeid-satsingen? (herunder nettsider, informasjonsmøter/ressursgruppemøter etc.)	HSØ mer fornøyd enn HN	Ingen forskjell	*
I hvilken grad er du fornøyd med forankringen av Helse og arbeid i eget helseforetak?	HV og HSØ mindre fornøyd enn HN	Ingen forskjell	Ingen forskjell
I hvilken grad er du fornøyd med NAV sin involvering på Helse og arbeid-feltet i din klinikk/avdeling?	HV og HSØ mindre fornøyd enn HN	Offentlig mer fornøyd	Ingen forskjell
I hvilken grad vurderer du at fastlegene kjenner til Helse og arbeid-tilbudet i ditt helseforetak?	Ingen forskjell (tendens til	Ingen forskjell	Ingen forskjell

	HV mindre fornøyd)		
I hvilken grad vurderer du at øvrig spesialisthelsetjeneste kjenner til Helse og arbeid-tilbudet i ditt helseforetak/private institusjon?	Ingen forskjell	Tendens til at offentlig er mindre fornøyd	Ingen forskjell

4.8.14 Videreutvikling av tjenestene

I siste del av spørreskjemaet spurte vi tjenestene (fritekstspørsmål) om hva de vil være opptatt av framover for å videreutvikle og øke kvaliteten i Helse og arbeid-tilbudet i deres helseforetak/private institusjon. 92 respondenter skrev en kommentar. Vi har oppsummert kommentarene i listen under, og tar med noen illustrerende sitater nederst:

- Forskning og fagutvikling for å drive mest mulig evidensbasert blir hyppig nevnt som noe tjenestene ønsker å gjøre mer av.
- Økt bruk av egeninnsamlede data (digitalt) på pasientopplevd kvalitet og kartlegging av pasientene før og etter konsultasjon.
- Utforske eMeistring og fortsette bruk av video til oppfølging.
- Gi mer informasjon til fastleger om tilbudet, sørge for at de henviser pasientene tidligere, formidle hvilken informasjon som ønskes i henvisninger.
- Få på plass samhandlingen med NAV (flere private aktører ønsker også økt samarbeid med NAV)
- Økt forskning på arbeidsrettet rehabilitering, og å opprettholde fokuset på arbeidsretting i tjenestene.
- Jobbe mer med samtidighet i tjenestene, økt fokus på tverrfaglighet og samarbeid.
- Fokus på økt kvalitet i behandlingen.
- Gjennomgå faglig veiledere på feltet for å sjekke at man jobber evidensbasert.
- Bedre forankring av tilbudet både oppover og nedover i organisasjonen. Særlig når det gjelder mellomledere.
- Jobbe for å øke forståelsen av arbeidsdimensjonen av helse i enda høyere grad blant helsepersonell og foretak, bl.a. ved samarbeid internt i foretaket, eks. tilbud rettet mot pasienter med senfølger av kreftbehandlingsforløp.
- Flere av respondentene skriver at de ønsker å effektivisere tilbudene og ta inn et større volum av pasienter. Noen skriver også at de planlegger egne pasientforløp, som differensierer tilbudene etter pasientens behov.
- Flere av de private aktørene ønsker klarere inntakskriterier til Helse og arbeid.

Vi kommer til å være opptatt av et virksomt pasientforløp, herunder: tidsperspektiv, sammenhengende behandlingstiltak, innhold i behandlingstiltak, samarbeid mellom somatikk og psykiatri, samarbeid med tilstedeværende IA-rådgiver.

Få til et stabilt team- holde fokuset jobbfokusert terapi, samme modell- alle nye delta på kurs. Se på struktur og kommunikasjon mellom oss og de som gjør inntaksvurderinger på de andre DPS og enheter. Samarbeide med de private aktørene ang pas.flyt. Gi tilbakemeld til NAV ang utfordringer pas får i møte med dem og jobbe med hvordan vi kan samarbeide med NAV. Se på om vi i større grad kan bruke strukturerte skjemaer i

utredning/evalueringer. Øke fokus på sammensatte vansker muskel/skjelett og psykiske vansker.

Involvere oss i forskningsprosjekter som både kan gi oss læring om effekter og kostnader av våre intervensjoner, men også forskningsprosjekter som kan gi os læring vi kan benytte til å justere oss. Benytte pasientopplevd kvalitet aktivt til å forbedre prosessene lokalt. Jobbe for å øke forståelsen av arbeidsdimensjonen av helse i enda høyere grad blant helsepersonell og foretak, bla ved samarbeid internt i foretaket, eks. tilbud rettet mot pasienter senfølger av kreftbehandlingsforløp. Jobbe for å imøtekomme målgruppen bedre i en tidligere alder, f.eks. i videregående skole.

Likeverdige tilbud til pasienter i ulike deler av foretaket. Helse og arbeid samarbeider godt på tvers av helseforetaket med regelmessige møter hvor vi deler erfaring og kunnskap med hverandre. Vi har også etablert god kontakt med helse og arbeid ved DPS'ene og har etablert en unik kontakt på tvers av somatikk/psykisk helse. Fortsette å utvikle tilbudet slik at vi kan gi gode tilbud som treffer våre målgrupper, nå også med NAV-veileder med i teamet.

Å beholde tilbud til de som trenger mer veiledning enn kun helseinformasjon. Å fortsette å behandle det som ofte blir definert som noe som ikke kan behandles. Å utvikle gode brief intervention tilbud.

Opprette digital løsning for pasientrapporterte data som vil inngå i lokalt kvalitetsregister. Systematiser de arbeidsrettede intervensjonene - Bedre tilgjengelig informasjon på internett om tilbudet og tiltakene i tilbudet

4.8.15 Generelle innspill til omleggingen

Helt til slutt i skjemaet, gav vi fritekstplass til generelle innspill når det gjelder omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. 35 av respondentene la igjen en kommentar, som viser et bredt spekter av meninger om omleggingen.

- 11 av de 35 kommentarene (31 %) var positive bemerkninger rundt omleggingen, og flere kommenterer at det er positivt med mer samarbeid med NAV, mer forutsigbarhet (gjelder særlig private) og at tilbudet har fått en tydeligere retning etter omleggingen, der viktigheten av tilbudet er løftet fram.
- En viktig tilbakemelding som kom fra flere ulike HF og private aktører er en gråsoner i skillet mellom Helse og arbeid-poliklinikker og allmennpoliklinikker. Flere kommenterer at Helse og arbeid blir som en avlastning for vanlig DPS, og at man søker pasienter inn via Helse og arbeid for å komme inn i psykisk helsevern. Vi har tatt med noen sitater på dette under. Noen stiller spørsmålstegn ved om de som vurderer henvisningene har kompetanse til å vurdere hvem som passer i disse tilbudene.
- Andre har opplevd at de økonomiske rammene har blitt strammere etter omleggingen, og at det er mindre ressurser til kursing, fagutvikling, innkjøp av materiell osv. Noen har også opplevd at personer som har sluttet eller gått av med pensjon ikke har blitt erstattet.
- Flere kommenterer på prioritering og rettighetsvurdering, og opplevde at det var bedre da henvisningene under Raskere tilbake ble vurdert av inntaksansvarlige i Raskere tilbake, mens det nå vurderes i et generelt tilbud.
- Skal samarbeidet mellom sykehus og NAV fungere bedre må det forankres i likelydende oppdrag – var det én som skrev. Dette er noe vi har hørt i intervjuene også.
- Flere gir tilbakemelding om at økt fokus på individuell behandling, og mindre gruppetilbud, er negativt. Når ut til færre og får ikke brukt verktøyet som ligger i gruppeprosessen i seg selv.

Opplever at pasientgrunnlaget har endret seg noe (basert på egne erfaringer annet sted og andres erfaringer her), dårligere pasienter og mindre siling i fht målsetning om arbeid. H&A kan bli avlastning for DPS, lettere å komme inn i "systemet" via h&a, dette må jobbes med kontinuerlig. Mer tid til registrering/dokumentasjon etc gir mindre tid til behandling. (Offentlig helseforetak)

Ser at overgangen til at DPS skal rettighetsvurdere pasientene til Helse og arbeid er krevende. Det legger beslag på ressurser i DPS, samtidig som at det synes å ha vært en dreining til mer alvorlig problematikk som nå henvises til Helse og arbeid vs. Raskere tilbake. Dette fører til at rammene til tiltaket strekker til i mindre grad, opplever en økning i viderehenvisninger og antall konsultasjoner sammenlignet med Raskere Tilbake. Det er min opplevelse at Raskere Tilbake i større grad så ut til å treffe "riktig" målgruppe sammenlignet med Helse og arbeid. Stiller spørsmålstegn ved hvorvidt Helse og arbeid også i noen grad fungerer som avlastning for et DPS-system under svært stort press, heller enn som et selvstendig tiltak. (Privat aktør med avtale)

Synes at fokuset på Helse og arbeid "smuldrer" bort litt. Jeg som arbeidsveileder føler meg "litt alene" om å jobbe i dette feltet. Tidligere var vi som nevnt et helt team som jobbet med det, nå er det mer en individuell oppfølging hvorav arbeidsveileder er den som har hovedfokus på arbeid. Vi jobber mer flerfaglig nå enn et tverrfaglig team. Og ved at prosjektet har overgang til ordinær drift, blir dette forsterket. For vår del ble mye av det positive som skjedde i en gruppeprosess borte, selv om den individuelle oppfølgingen ble forsterket.

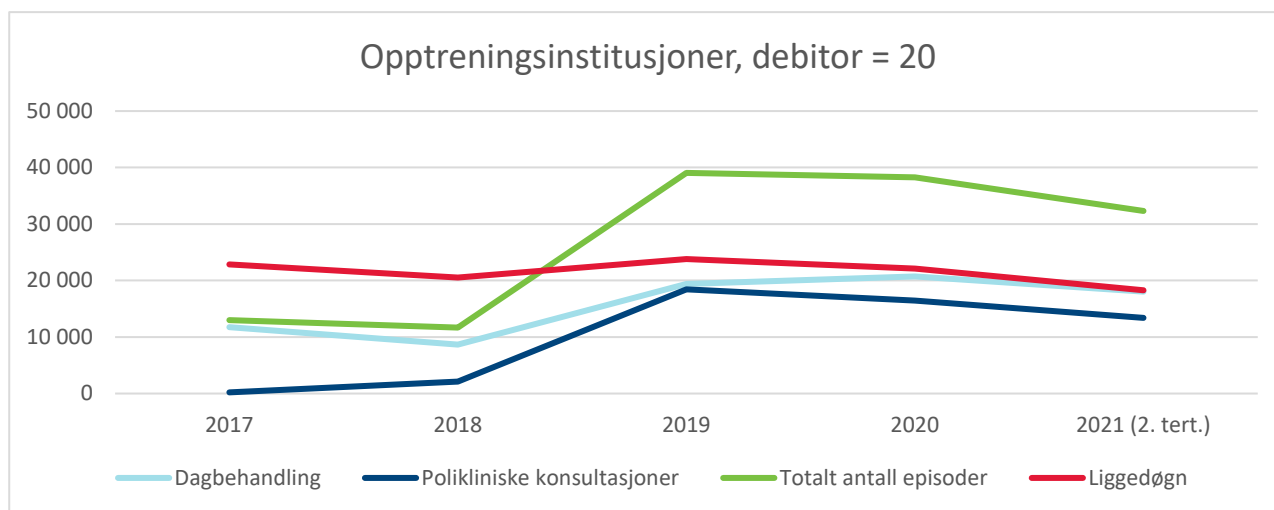
4.9 Aktivitetsdata 2017 – 2021 (uttak fra RHF) og fastlegehenvisninger

Som beskrevet i metodekapitlet har vi fått utlevert data på debitorcode 20 på nasjonalt nivå fra en seniorrådgiver i Helse Midt-Norge RHF²³. Dette for å kompensere for tidsforsinkelse i registerdata fra Norsk pasientregister (opp mot ett år leveringstid). Under presenterer vi de mest oppdaterte tallene vi har, som teller til og med 2. tertial (januar – september) 2021. Tabellene illustreres med figurer for lettere å kunne sammenlikne utvikling. Hver sektor presenteres separat.

4.9.1 Arbeidsrettet rehabilitering (private aktører)

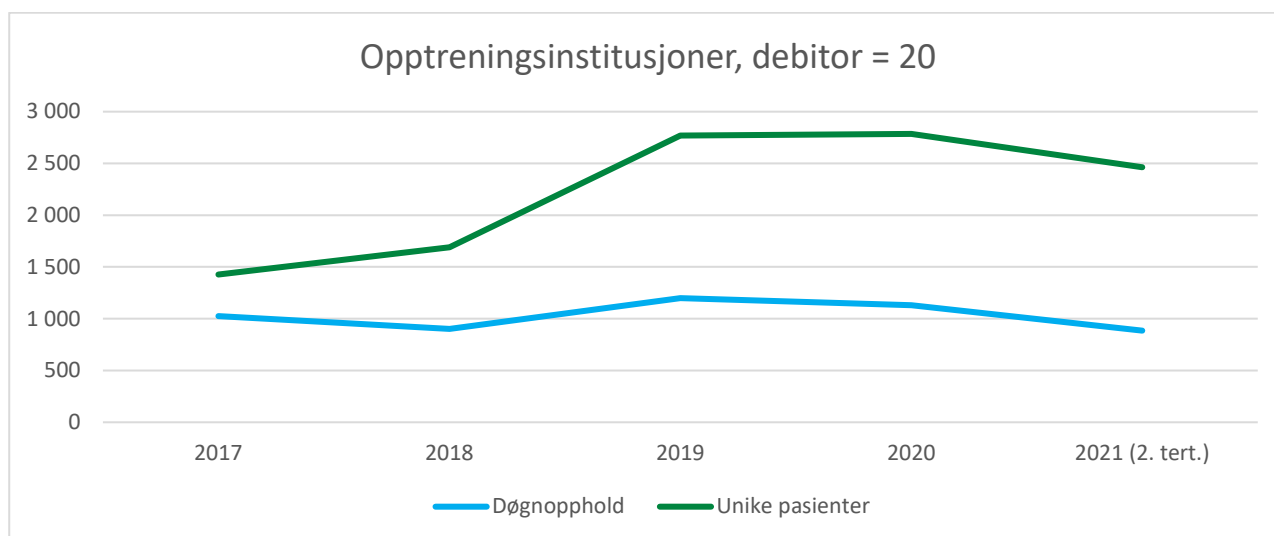
Tabell 4.37 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Arbeidsrettet rehabilitering (opptreningsinstitusjoner). 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

	2017	2018	2019	2020	2021 (2. tertial)	Endring 2017-2021
Dagbehandling	11 771	8 663	19 416	20 727	18 020	6 249
Døgnopphold	1 025	902	1 199	1 132	885	-140
Polikliniske konsultasjoner	206	2 109	18 440	16 432	13 418	13 212
Totalt antall episoder	13 002	11 674	39 055	38 291	32 323	19 321
Unike pasienter	1 427	1 690	2 770	2 785	2462	1 035
Liggedøgn	22 870	20 550	23 804	22 101	18 278	-4 592



Figur 4.38 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Arbeidsrettet rehabilitering (opptreningsinstitusjoner). 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

²³ Stor takk til Linda Midttun i Helse Midt-Norge RHF for dataleveranse, inkl. tabeller og figurer.



Figur 4.39 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Arbeidsrettet rehabilitering (opptreningsinstitusjoner). 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

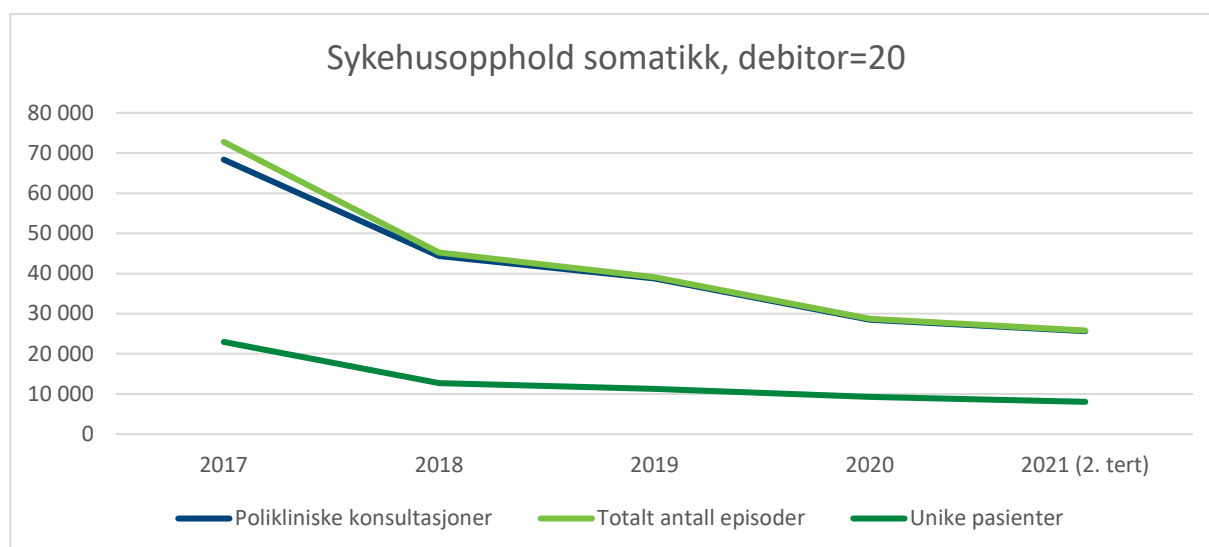
For 2021 inngår følgende private aktører i tallgrunnlaget:

Institusjon
Åstveit
Bakke
Betania Malvik
Catosenteret
Friskgården
Haugland
Hernes
Idrettens helsesenter
Krokeide rehabilitering
Muritunet
Nærland rehabilitering
Oppfølgingsenheten Frisk
Rauland
Skogli
Sørlandets Eiken
Vikersund

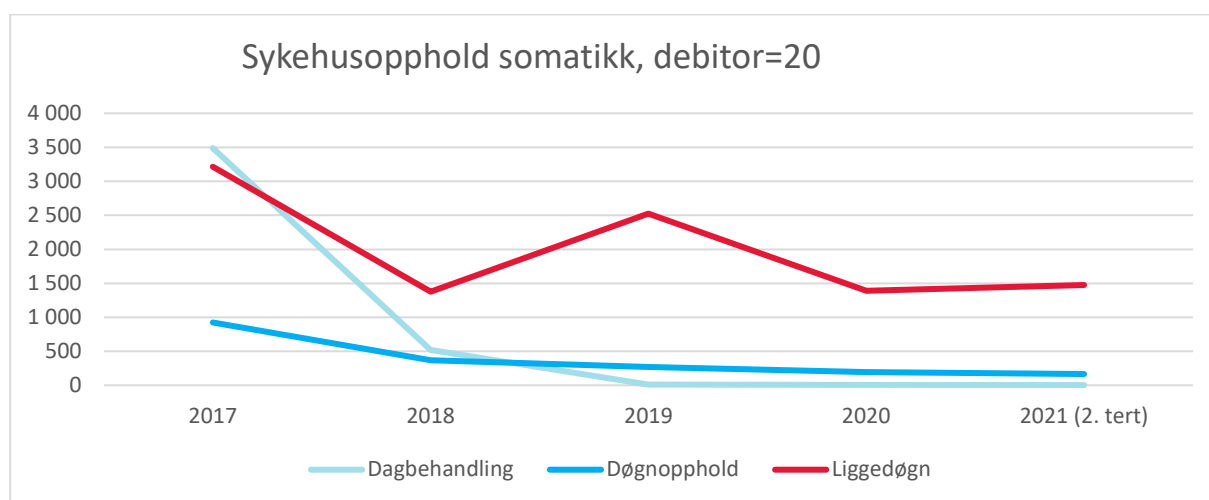
4.9.2 Somatikk

Tabell 4.38 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Somatikk. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

	2017	2018	2019	2020	2021 (2. tertial)	Endring 2017-2021
Dagbehandling	3 489	519	10	5	3	-3 486
Døgnopphold	924	370	271	193	166	-758
Polikliniske konsultasjoner	68 343	44 352	38 779	28 504	25 638	-42 705
Totalt antall episoder	72 756	45 241	39 060	28 702	25 807	-46 949
Unike pasienter	22 954	12 738	11 292	9 242	8 041	-14 913
Liggedøgn	3 215	1 377	2 524	1 389	1 476	-1 739



Figur 4.40 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Somatikk. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

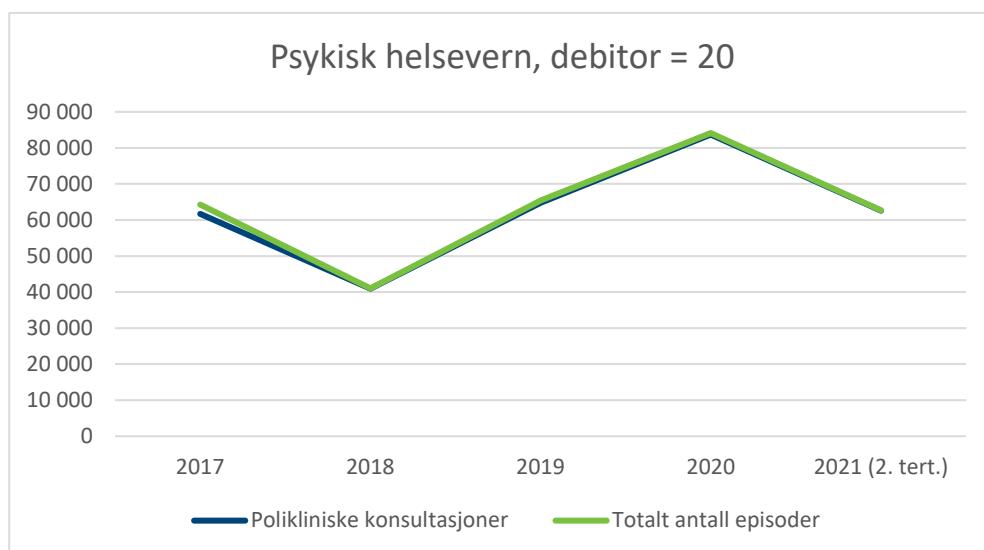


Figur 4.41 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Somatikk. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

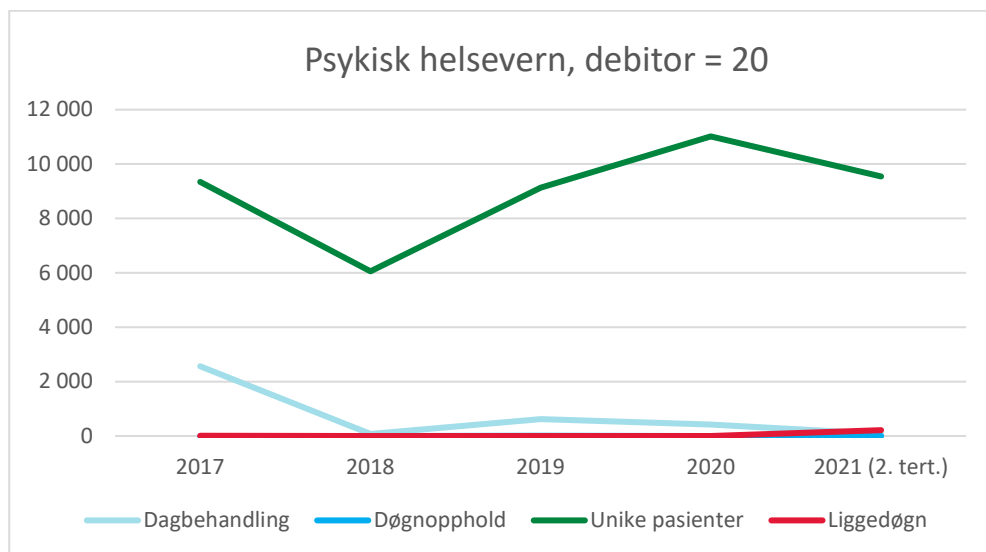
4.9.3 Psykisk helsevern

Tabell 4.39 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Psykisk helsevern. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå.
Kilde: HMN RHF.

	2017	2018	2019	2020	2021 (2. tertial)	Endring 2017-2021
Dagbehandling	2 564	76	617	419	84	-2 480
Døgnopphold	2	0	9	0	2	0
Polikliniske konsultasjoner	61 726	40 946	64 781	83 704	62 559	833
Totalt antall episoder	64 292	41 022	65 407	84 123	62 645	-1 647
Unike pasienter	9 344	6 056	9 134	11 016	9 544	200
Liggedøgn	10	0	0	0	215	205



Figur 4.42 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Psykisk helsevern. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå.
Kilde: HMN RHF.



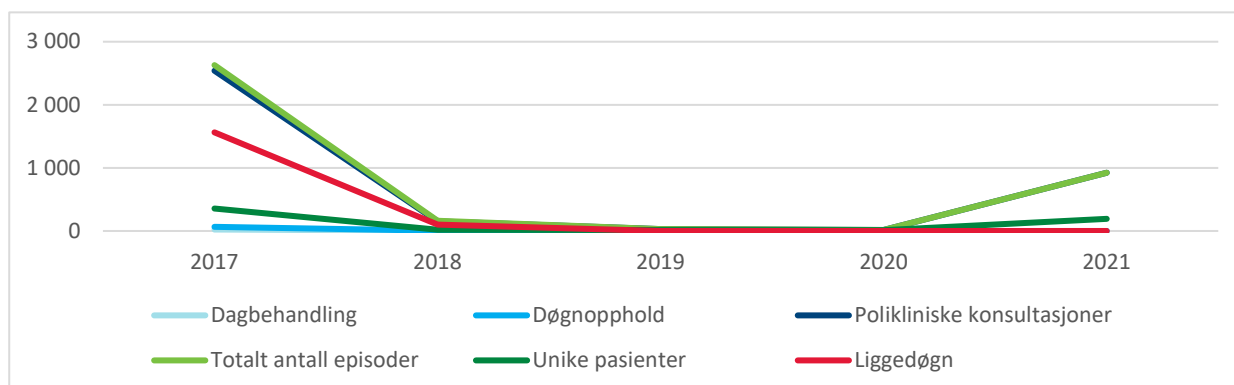
Figur 4.43 Aktivitet kodet med debitorcode 20. Psykisk helsevern. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

4.9.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktiviteten i TSB i 2021 har vært i tre offentlige foretak i hhv. Helse Midt-Norge, Helse Fonna og Vestre Viken. Dette kan dreie seg om pasienter som mottar IPS – uten at vi vet det sikkert.

Tabell 4.40 Aktivitet kodet med debitorcode 20. TSB. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

	2017	2018	2019	2020	2021
Dagbehandling	23	3	0	0	0
Døgnopphold	66	3	0	0	0
Polikliniske konsultasjoner	2 540	154	28	16	924
Totalt antall episoder	2 629	160	28	16	924
Unike pasienter	356	19	14	13	190
Liggedøgn	1 563	103	0	0	0



Figur 4.44 Aktivitet kodet med debitorcode 20. TSB. 2017- 2. tertial 2021. Nasjonalt nivå. Kilde: HMN RHF.

4.9.5 Fastlegehenvisninger til HelseArbeid-sentre i Helse Nord

Vi sammenstilte informasjon om antall ulike fastleger som hadde henvist til tilbudene ved UNN HF (hele 2020), Nordlandssykehuset HF (hele 2020) og Finnmarkssykehuset HF (01.11.2020 til 01.11.2021 fordi de ikke var ordentlig i gang med registrering før sent i 2020).

	Helgelands- sykehuset HF	Nordlands- sykehuset HF	UNN HF	Finnmarks- sykehuset HF
Antall ulike fastleger som har henvist til HIA mins én gang	93	121	264	48
Antall fastlegeavtaler totalt i 2020 (SSB)*	81	165	224	98
Andel (%) fastleger som har henvist*	>100%	73	>100%	49
50% av henvisningene kommer fra X antall ulike fastleger:	22	22	41	11
50% av henvisningene kommer fra X % av fastlegeavtalene:	27	13	18	11

* Vikarbruk kan gjøre at det er flere ulike personer/fastleger som har henvist enn det er fastlegeavtaler, slik vi ser for UNN og Helgelandssykehuset HF.

Gitt at fastlegene har henvist til HIA-sentrene bevisst (at de vet at det er et arbeidsrettet tilbud de henviser til), indikerer tallene at HIA-senteret ved UNN HF er godt kjent blant fastlegene med et antall fastleger som har henvist minst én gang til tilbudet som overstiger antall fastlegeavtaler i kommunene i UNN HF sitt opptaksområde. Vi vet at det er høy vikarbruk i mange av kommunene som sokner til UNN og Helgelandssykehuset, noe som sannsynligvis er med på å forklare at andelen overstiger 100. Her skulle vi ideelt sett hatt totaltallet for antall personer/fastleger i kommunene, og ikke bare fastlegeavtaler. Videre ser vi at det er 41 fastleger (18 % av avtalene) som står for halvparten av alle henvisningene ved UNN. Det var to fastleger som hver hadde sendt 30 henvisninger i løpet av 2020, og to andre som hadde sendt 26 henvisninger hver. Dette kan bety at noen pasienter har en fastlege med lavere tilbøyelighet til å henvise til disse tilbudene enn pasienter på andre fastlegelister. Samtidig vet vi at listesammensetningen for fastleger varierer mye – noen har mange unge personer på lista si som er i målgruppen for disse tiltakene, andre har mange eldre på lista si, som i mindre grad er i jobb og i målgruppa – slike variasjoner vil også påvirke sannsynligheten for at en fastlege henviser til Helse og arbeid.

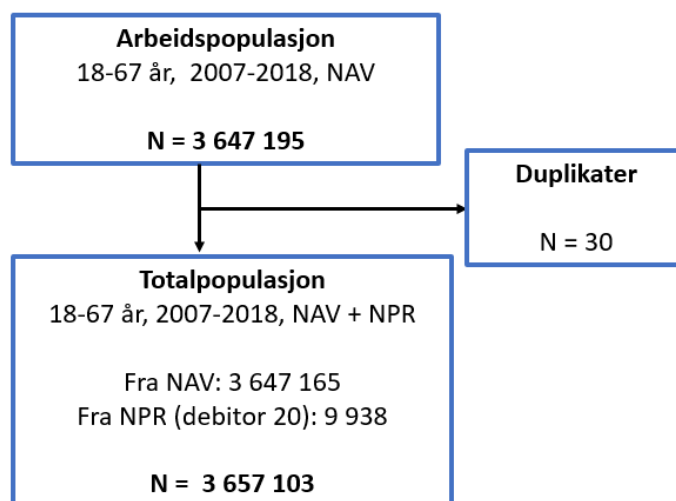
Også ved Helgelandssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF virker tilbudet å være godt kjent med et antall henvisninger fra ulike fastleger tilsvarende hhv. >100 prosent og 73 prosent av avtalene. Her er står bare 13 prosent av fastlegeavtalene for halvparten av henvisningene, slik at det i større grad enn ved UNN er et fåtall som står for mange av henvisningene. Dette ser vi også for Finnmarkssykehuset HF, der det er omtrent halvparten av fastlegene i kommunene som ligger i opptaksområdet som har henvist til tilbudet.

4.10 Registerdata fra Norsk pasientregister og NAV

I dette kapitlet gir vi en relativt detaljert beskrivelse av de ulike studiepopulasjonene i registermaterialet. Dette er en kompleks datakobling, der man hele tiden må være bevisst hvilken populasjon man har med å gjøre, og hvilke grupper det er relevant å sammenlikne med til enhver tid. I det følgende presenteres en rekke tabeller og figurer som beskriver hvordan de ulike studiepopulasjonene fordeler seg på blant annet kjønn, alder, utdanning, helseregion, helseforetak, omsorgsnivå, sektor og diagnoser – disse er fine oppslagsverk når man i senere analyser skal tolke funn, eller rett og slett lurer på hvordan ting utviklet seg under "Raskere tilbake" (2007-2017) og over i Helse og arbeid (2018 -).

4.10.1 Studiepopulasjonen

"Raskere tilbake" var et sykefraværstiltak som rettet seg mot arbeidstakere som sto i fare for å bli sykmeldt, eller var sykmeldt på henvisningstidspunktet. Utgangspopulasjonen for registerkoblingen ble trukket av NAV og inkluderer *alle personer i alderen 18-67 år som har hatt et arbeidsforhold på minst 30 dager i perioden 2007-2018*. Dette utgjorde 3 647 195 personer. Disse omtaler vi som "arbeidspopulasjonen". NAV oversendte arbeidspopulasjonen til Norsk pasientregister (NPR), som fant 30 duplikater, og sto igjen med 3 647 165 personer. For disse skulle det kobles på data fra Norsk pasientregister for perioden 2008-2018²⁴. Norsk pasientregister skulle så identifisere om det fantes pasienter som hadde fått behandling i "Raskere tilbake"-tilbud i spesialisthelsetjenesten (registrert debitorcode 20), men som *ikke* hadde hatt et arbeidsforhold i minst 30 dager i løpet av perioden, og dermed heller ikke inngikk i NAVs arbeidspopulasjon. Disse måtte vi identifisere for å være sikre på at vi har med oss alle som har mottatt behandling i "Raskere tilbake" og etter hvert Helse og arbeid (for 2018). Norsk pasientregister fant 9 938 pasienter i sitt register som ikke var å finne i arbeidspopulasjonen, men som likevel hadde fått behandling gjennom "Raskere tilbake" i perioden 2008-2018. Denne "ekstrapopulasjonen" ble sendt tilbake til NAV, og øvrige registereiere, slik at vi også kunne få data fra de respektive register for disse personene. **Totalpopulasjonen utgjøres dermed av 3 657 103 personer.**



Figur 4.45 Flytskjema for totalpopulasjonen som utgjøres av arbeidspopulasjonen + ekstrapopulasjon av pasienter registrert med debitorcode 20 i løpet av perioden.

²⁴ Norsk pasientregister (NPR) fikk data på individnivå (personentydige data) først i 2008, og vi har således ikke tilgang til NPR-tall for 2007.

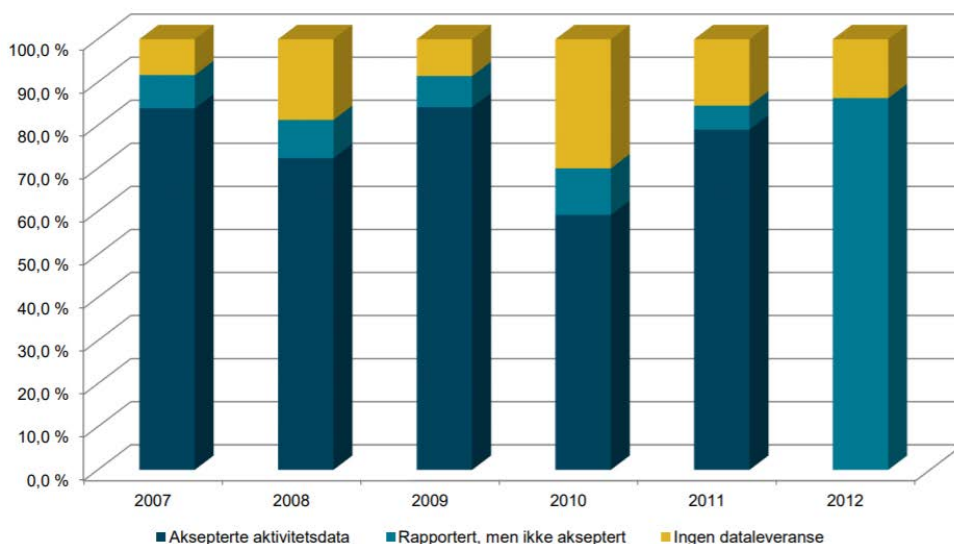
I storparten av de deskriptive beskrivelsene vil vi hovedsakelig forholde oss til tre underpopulasjoner av totalpopulasjonen og kombinasjoner av disse: sykepengepopulasjonen, pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten og "Debitor 20-populasjonen". En beskrivelse av de respektive underpopulasjonene gis i ulike delkapitler under. Først tar vi en gjennomgang av databestilling og kvalitetssikring av data.

4.10.2 Kvalitetssikring av data

Norge er et av de fremste landene i verden når det kommer til produksjon av registerbaserte helse- og velferdsdata. Det at alle personer som er bosatt i Norge, eller er innført i Folkeregisteret, har enten et fødselsnummer eller et d-nummer, gjør at vi har gode muligheter for å koble datakilder, og dermed også kvalitetssikre opplysningene.

Statistisk sentralbyrå gir gode beskrivelser av sin dataproduksjon, som i dette prosjektet gjelder data fra Nasjonal utdanningsdatabase: (https://www.ssb.no/a/metadata/om_datasamlinger/nudb/nudb.html). Også Norsk pasientregister har beskrivelser av kvalitet og innhold i registeret av relevans for dette prosjektet (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/innhold-og-kvalitet-i-npr>), der en gjennomgang i DRG-forum fra 2013¹¹⁵ av data fra Norsk pasientregister fra 1997-2012 blant annet viser at komplettheten i rapporteringen fra private avtalespesialister varierer relativt mye mellom år.

Norsk pasientregister var tidligere drevet av SINTEF, og de fleste SINTEF-forskerne som har vært involvert i evalueringen har tidligere også jobbet med SAMDATA-produksjonene der også aktivitetsdata inngår. Vi har god registerdatakompetanse og har brukt mye tid på å kvalitetskontrollere data i dette prosjektet. Det er mange fallgruver man kan gå i, og ting er ikke alltid logisk i forløpsdata, selv om de kommer fra registrene.



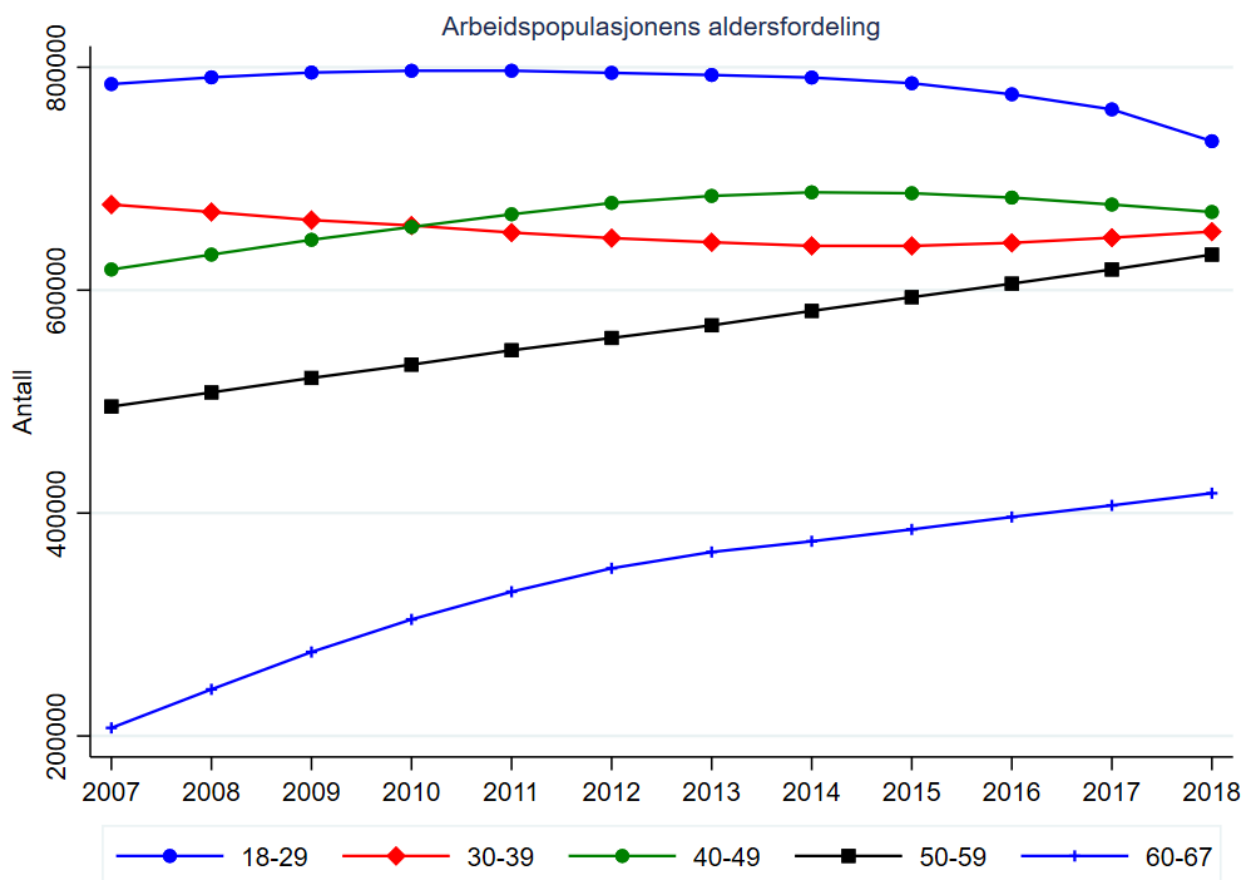
Figur 4.46 Kompletthet for rapportering av aktivitet for private avtalespesialister i somatikk, 2007-2012. Kilde: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister¹¹⁵.

Dataleveransene fra NAV, NPR, SSB og Fastlegeregisteret i dette prosjektet kom som en rekke enkeltfiler som forskerne selv har koblet sammen via et anonymisert id-løpenummer basert på fødselsnummeret. Det er en tidkrevende prosess å "vaske" registerdata, dvs. gjennomgå rådatamaterialet for å luke ut åpenbare feil og mangler (f.eks. ulogiske datoer utenfor tidsperioden, manglende observasjoner på enkeltvariabler (*missing*) osv.) og foreta omkodinger til variabelformater som er analyserbare til vårt bruk. I vårt tilfelle, med flere milliarder observasjoner i sammenstilte filer, krever analysene stor datakapasitet og filene tar tid å

prosessere. Kvalitetssikring av data og utvikling av endelige analysefiler er dokumentert i skriftlige syntaksfiler og notater, og er gjennomført av seniorforskere i SINTEF som har arbeidet med NPR- og NAV-data i mange år. Programvaren STATA 16 er benyttet til all datahåndtering og analyse.

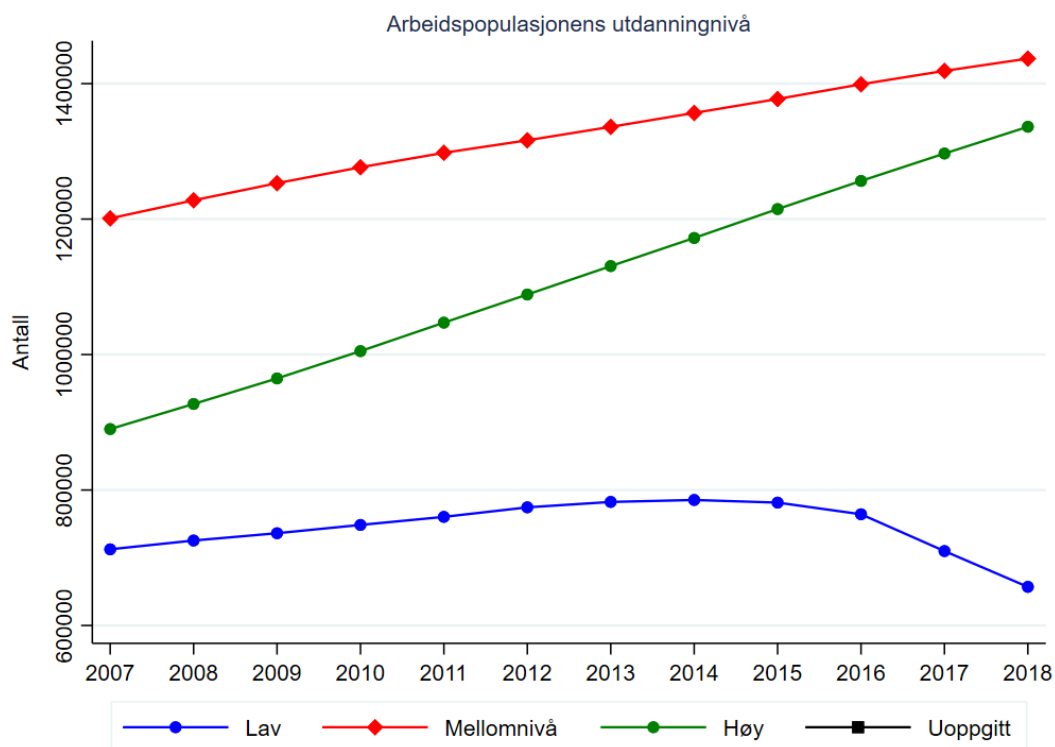
4.10.3 Totalpopulasjonen 2007-2018

Av totalpopulasjonen (arbeidspopulasjonen) på nær 3,7 millioner arbeidstakere i perioden 2007-2018, var 48 prosent kvinner. Aldersfordelingen (antall) det enkelte år i perioden var som gitt i figuren under:



Figur 4.47 Aldersgrupper i arbeidspopulasjonen over årene 2007-2018. N = 3 657 103.

Omtrent 80 prosent av arbeidspopulasjonen var født i Norge, med Polen, Sverige og Litauen som de neste tre vanligste landbakgrunnene (utgjør seks prosent til sammen). Vi har informasjon om høyest gjennomførte utdanning for hver enkelt person det enkelte år, men for rundt seks prosent av arbeidspopulasjonen er utdanning uoppgitt (gjelder blant annet en del med ikke-norsk landbakgrunn). Perioden sett under ett hadde 23 prosent av arbeidspopulasjonen lavere utdanning, 42 prosent hadde fullført videregående opplæring, mens 35 prosent hadde høyere utdanning fra universitet eller høyskole. I figuren under er utviklingen over år i arbeidspopulasjonens utdanningsnivå illustrert.



Figur 4.48 Arbeidspopulasjonens utdanningsnivå i perioden 2007-2018. N = 3 447 583. Uoppgitt utdanningsnivå gjelder for de resterende 6 prosent av arbeidspopulasjonen som det mangler utdanningsdata på. "Lav" = ingen utdanning eller fullført obligatorisk utdanning, "Mellomnivå" = fullført videregående utdanning, "Høy" = Høyskole og universitetsutdanning.

Tabell 4.41 Aldersfordeling (%) av totalpopulasjonen det enkelte år.

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
18-29 år	29.5	28.5	27.4	26.4	25.9	25.2	24.5	23.4
30-39 år	23.8	22.8	22	21.7	21.7	21.8	22	22.3
40-49 år	21.6	21.8	22	22.1	22.1	22	21.8	21.8
50-59 år	17	17.2	17.6	18.2	18.5	18.9	19.3	19.8
60-67 år	8	9.7	10.9	11.5	11.8	12.1	12.4	12.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	3,027,805	3,146,096	3,231,289	3,281,198	3,298,846	3,311,441	3,319,444	3,313,765

Tabell 4.42 Totalpopulasjonens andelsmessige (%) fordeling på utdanningskategorier.

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Lav	25.2	24.7	24.4	23.7	23.2	22.3	20.7	19.2
Mellomnivå	42.6	42.1	41.4	40.9	40.8	40.9	41.4	41.9
Høy	32.2	33.2	34.2	35.4	36	36.7	37.9	39
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	2,880,269	3,030,052	3,179,371	3,314,176	3,373,619	3,419,599	3,425,507	3,430,230

4.10.4 Sykepengepopulasjonen 2007-2018

I datagrunnlaget fra NAV har vi tilgang til informasjon om start/stopp-dato for av både legemeldt sykefravær og sykepengeperiode. Vi har valgt å benytte datoene for *sykepengeperiode* som mål på sykefravær, blant annet fordi vi antar at det er gjort strengere kvalitetskontroll med data som er koblet til konkrete ytelser. Av hele arbeidspopulasjonen over årene 2007 til 2018 var det 1 489 989 personer som *ikke* hadde sykepengedager. Det vil si at 59 prosent av arbeidspopulasjonen har mottatt sykepenger én eller flere dager i løpet av observasjonsperioden. I Norge utbetales sykepenger delvis fra arbeidsgiver (første 16 dager) og delvis fra NAV, avhengig av lengden på sykefraværet. Det stilles krav til oppfølging av sykefraværet både for den sykmeldte, arbeidsgiver og NAV²⁵.

²⁵ Ose SO, Kaspersen SL, Kalseth J. Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. In: SINTEF-rapport, ed. Trondheim, 2018.

4.10.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Andelen kvinner i sykepengepopulasjonen har ligget på 60-62 prosent i perioden. I tabellene under presenteres også andelsmessig fordeling på alders- og utdanningsgrupper.

Tabell 4.43 Andel (%) kvinner og menn i sykepengepopulasjonen. Totalt antall sykepengetilfeller per år (N). Perioden årene 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Menn	39.8	39.3	38.7	38.7	38.7	38.4	38.1	38.3
Kvinner	60.2	60.7	61.3	61.3	61.3	61.6	61.9	61.7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	406,287	382,913	383,866	385,471	389,538	385,349	387,947	383,512

Tabell 4.44 Aldersfordeling (%) av personer som har mottatt sykepenger det enkelte år. Perioden 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
18-29 år	17.9	16.7	16.2	15.8	15.5	15.2	15.1	15.2
30-39 år	25.7	25.1	24	23.7	23.5	23.7	23.9	24.4
40-49 år	24.6	25.5	25.7	25.9	25.7	25.5	25	24.3
50-59 år	22.1	22.4	23	23.2	23.5	23.8	24	23.9
60-67 år	9.7	10.3	11.1	11.3	11.7	11.8	12	12.1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	405,619	381,722	382,218	383,588	387,512	383,418	386,023	381,636

Tabell 4.45 Sykepengepopulasjonens utdanningsfordeling (%) over årene 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

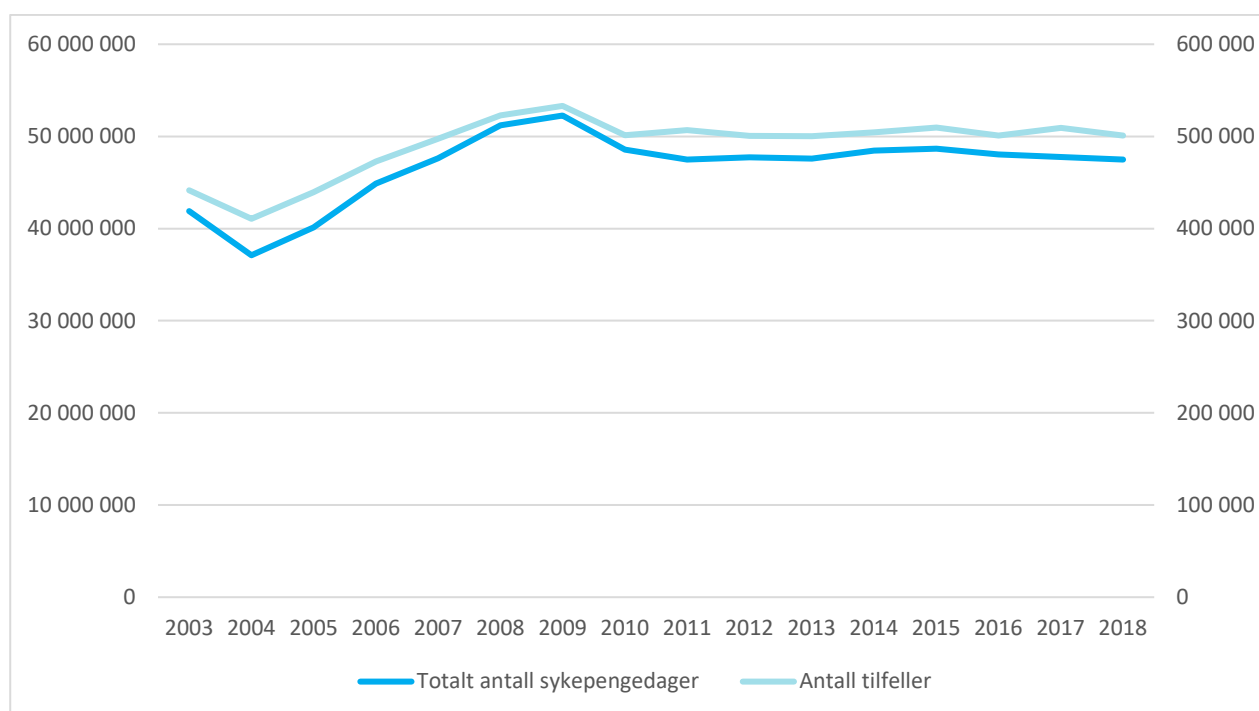
	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Lav	24.2	22.7	21.5	20.7	20.1	19.5	19.0	18.6
Mellomnivå	46.6	46.1	45.3	44.5	44.1	43.6	42.9	42.5
Høy	29.2	31.1	33.2	34.8	35.8	37	38.1	38.9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	398,867	375,732	375,944	374,596	377,073	371,850	373,538	368,391

Tabellen under viser antall sykepengetilfeller det enkelte år, totalt antall sykepengedager hvert år, og gjennomsnittlig lengde (antall dager) på sykepengeperioden.

Tabell 4.46 Antall sykepengetilfeller, sykepengedager og gjennomsnittlig sykepengeperiode (dager). Årene 2003-2018.

	Antall tilfeller	Totalt antall sykepengedager	Gjennomsnittlig lengde
2003	441 406	41 908 829	94.9
2004	410 612	37 102 353	90.4
2005	439 305	40 120 506	91.3
2006	472 706	44 882 361	94.9
2007	497 527	47 638 278	95.8
2008	522 783	51 220 794	98.0
2009	533 096	52 263 863	98.0
2010	501 256	48 577 428	96.9
2011	506 670	47 482 578	93.7
2012	500 722	47 716 890	95.3
2013	500 316	47 588 265	95.1
2014	504 340	48 456 371	96.1
2015	509 633	48 667 013	95.5
2016	500 958	48 055 632	95.9
2017	509 292	47 750 255	93.8
2018	500 752	47 482 703	94.8

Figuren under illustrerer tallene i tabellen over, og viser et stabilt sykefravær i årene etter 2010.



Figur 4.49 Antall sykepengedager og antall sykepengetilfeller i perioden 2003-2018.

Vi ser at sykefraværet steg i årene før 2010. Både svineinfluensaen i 2009 og finanskrisen i 2008 kan tenkes å ha påvirket sykefraværet. Nossen (2010) har undersøkt sammensetningen av sykefraværet i denne perioden, og finner at sykefraværet økte kraftig blant menn de første kvartalene etter finanskrisen (fra høsten 2008), mens det var en moderat stigning blant kvinner. Hovedforklaringen på økningen i legemeldt sykefravær for menn er en betydelig økning i antall sykefraværstilfeller med varighet over tolv uker, og særlig over 26 uker. Videre skriver Nossen at selv om denne økningen ikke er større enn ti til tolv prosent, får den likevel en betydelig effekt på sykefraværsprosenten, fordi langtidsfraværet er så dominerende i forhold til antall tapte dagsverk.

I sykefraværstudien er det særlig sammensetnings- og disiplineringshypotesen som er de dominerende forklaringsmodellene for endringer i sykefraværet. Den førstnevnte sier at sykefraværet synker når arbeidsledigheten øker, og omvendt, fordi en konjunkturedgang vil endre sammensetningen i arbeidsstyrken på en måte som senker sykefraværet. Disiplineringshypotesen sier at sykefraværet vil synke i nedgangskonjunkturer fordi arbeidstakerne er redde for jobbene sine. Utviklingen i årene før 2010 er noe i strid med dette, der vi ser at det i en periode med store nedbemanninger, heller er slik at endringer i sammensetningen av arbeidstakerne er forbundet med en midlertidig økning i sykefraværet. Denne effekten forsvinner imidlertid når luftveisinfeksjoner tas ut av statistikken, og Nossen konkluderer med at det kan se ut til at eventuelle disiplineringseffekter på sykefraværet i Norge vil være beskjedne så lenge ledigheten holdes på et moderat nivå²⁶.

4.10.5 Pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten (2008-2018)

Pasientdata rapportert til Norsk pasientregister ble personidentifiserbart på individnivå i 2008, noe som vil si at vi ikke har tilgang til pasientdata for det første året i "Raskere tilbake"-perioden (2007). Dessuten ble ikke data fra avtalespesialister i somatikk og fra enheter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling personidentifiserbart før i 2009. Det kan stilles spørsmålsteget ved datagrunnlaget det første året NPR-data ble personidentifiserbart, noe som må has *in mente* når tallene tolkes. I den grad vi bruker uttrykk som "totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten i "Raskere tilbake"-perioden" i denne rapporten, vil tallene altså ikke inkludere et ukjent antall pasienter i 2007. 2018-tallene viser utviklingen det første året etter at "Raskere tilbake"-ordningen gikk over i ny form og ble Helse og arbeid.

I dette delkapitlet presenterer vi deskriptiv statistikk for alle i totalpopulasjonen vår (arbeidspopulasjonen) som har blitt registrert med aktivitet i spesialisthelsetjenesten i studieperioden. Det er verdt å merke seg at samme pasient kan gå igjen i flere sektorer samtidig, ha besøkt både offentlige helseforetak og private avtalespesialister og ha flere diagnoser samtidig, slik at totalt antall unike pasienter som har vært behandlet ett år kan bli et lavere tall enn når vi summerer antall pasienter over flere sektorer eller diagnosegrupper. En pasient teller altså flere ganger når vedkommende opptrer i flere deler av spesialisthelsetjenesten samme år.

I de tilfellene vi presenterer data fordelt på *sykehusregion* har vi benyttet variabeldefinisjonen i NPR. Her angir sykehusregion hvilket regionalt helseforetak sykehuset tilhører. Private institusjoner er en del av regionen de har avtale med. Private enheter uten avtale med regionalt helseforetak holdes utenfor regioninndelingen. Dette kan for eksempel gjelde institusjoner som kun yter spesialisthelsetjeneste gjennom godkjenningsordningen for Fritt behandlingsvalg.

²⁶ Nossen J. Økt legemeldt sykefravær etter finanskrisen: Flere langvarige sykefravær for menn. *Arbeid og velferd* 2010;1 22-30

4.10.5.1 Kjønn, alder og utdanning

Kjønnsfordelingen blant pasienter som har blitt behandlet i spesialisthelsetjenesten i hele perioden "Raskere tilbake" pågikk, har ligget stabilt på 57 prosent kvinner hvert av årene. Som vi ser av tabellen under, har andelen eldre som har blitt behandlet økt utover i perioden, i tråd med utviklingen i befolknings-sammensetningen. I figurene angir vi aldersfordelingen på pasientpopulasjonen det enkelte år, som viser en relativt lik fordeling mellom tiårsgrupper helt fram til 60 år og eldre. Dette er viktig å merke seg når vi benytter disse dataene – det er arbeidspopulasjonen i alderen 18-67 år som er utgangspunktet, slik at det er en relativt ung pasientpopulasjon vi har med å gjøre. Til sammenlikning vil en pasientpopulasjon i Norsk pasientregister som favner hele befolkningen utgjøres av mange flere over 67 år. I flere av tabellene under viser vi tall for årene 2008, 2010, 2012 og 2014-2018, de resterende årene er utelatt av plasshensyn i tabellen.

Tabell 4.47 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på aldersgrupper. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
18-29 år	24	23	22	22	22	21	21	20
30-39 år	24	22	21	20	20	20	20	20
40-49 år	21	22	22	22	22	21	21	21
50-59 år	20	20	21	21	21	21	22	22
60-67 år	11	14	15	16	16	16	16	17
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	848,846	1,104,383	1,202,392	1,316,829	1,362,718	1,391,225	1,407,726	1,411,969

Fordelt på utdanningskategoriene "ingen utdanning eller obligatorisk utdanning" (lav), "fullført videregående skole" (middels) og "fullført høyskole/universitetsutdanning" (høy), fordeler pasientpopulasjonen seg slik:

Tabell 4.48 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på utdanningsgrupper etter høyest utførte utdanning. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Utdanningsnivå	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Lav	24	23	23	22	22	21	21	20
Mellomnivå	44	44	43	42	42	41	41	41
Høy	32	34	35	36	37	38	38	39
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	832,319	1,083,481	1,178,692	1,283,597	1,324,711	1,349,962	1,363,966	1,367,128

Tabellen viser økende andel med høy utdanning utover perioden, og reflekterer både en tendens til at flere og flere tar høyere utdanning i befolkningen (ifølge SSB hadde 35 prosent høyere utdanning i 2019) og at når man kun ser på arbeidspopulasjonen (18-67 år) vil man ha et noe høyere utdanningsnivå enn i befolkningen sett under ett (flere eldre har kortere utdanning).

4.10.5.2 Region og helseforetak

I tabellen under presenteres andelen av pasientene i arbeidspopulasjonen som behandles i hver av helseregionene. Over halvparten av landets pasienter får behandling i Helse Sør-Øst, og tallene har vært svært stabile gjennom hele perioden. Private uten avtale er lagt som en egen kategori ("Annet").

Tabell 4.49 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på sykehusregion. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Sykehusregion	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Sør-Øst	54	55	55	55	55	55	55	55
Vest	19	20	20	20	20	20	20	20
Midt	15	13	13	13	13	13	13	13
Nord	11	10	10	9	9	9	9	9
Annet*	1	2	2	2	3	3	3	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	866,597	1,135,024	1,238,277	1,359,518	1,411,038	1,443,551	1,464,428	1,467,390

*Annet er private institusjoner uten avtale, jf. definisjon innledningsvis i kapitlet.

Fordelt på helseforetaksnivå, ser andelene slik ut:

Tabell 4.50 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på helseforetak. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Helseforetak	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Sunnaas sykehus HF	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Vestre Viken HF	6,9	4,9	4,8	4,5	4,7	4,7	4,7	4,8
Lovisenberg	1,4	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Modum Bad	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Betanien hospital	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Diakonhjemmet	1,2	1	1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Akershus universitetssykehus HF	4,9	3,7	4,5	4,1	4,1	4,1	4	4
Sykehuset Innlandet HF	7	5,2	5	4,6	4,6	4,4	4,4	4,3
Sykehuset Østfold HF	3,7	2,9	2,8	2,6	2,6	2,6	2,7	2,8
Sørlandet sykehus HF	4,7	3,8	3,7	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3
Sykehuset i Vestfold HF	3,3	2,9	2,9	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4
Sykehuset Telemark HF	2,9	2,6	2,5	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
Oslo legevakt	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Revmatismesykehuset	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Martina Hansens Hospital HF	0,8	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Oslo universitetssykehus HF	15,9	12,6	10,6	10	9,8	9,7	9,8	9,8
Haugesund san.for. revmatismesh	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
Haraldsplass diakonale sykehus	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7
Betanien spesialistpoliklinikk	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Helse Stavanger HF	5,1	4	4	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
Helse Fonna HF	2,8	2,1	2	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Helse Bergen HF	6,8	6	5,9	5,7	5,8	5,7	5,8	5,7
Helse Førde HF	2,3	1,7	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3
NKS Olaviken alderspsyk sh	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Olavs Hospital HF	6,3	4,8	4,6	4,4	4,3	4,3	4,3	4,3
Helse Nord Trøndelag HF	2,5	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	0,1	0	0	0	0	0
Helse Møre og Romsdal HF	5	3,8	3,6	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1
Finmarkssykehuset HF	1,5	1,1	1	1	1	1	0,9	0,9
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4,6	3,6	3,3	3	2,9	2,8	2,8	2,8
Nordlandssykehuset HF	3	2,2	2	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
Helgelandssykehuset HF	1,5	1,1	1,1	1	1	1	1	0,9
Private*	3,9	24,3	27,2	31,5	32,5	33	33,1	33,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

*I Helse Vest er private DPS'er lagt inn under helseforetaket som har befolkningsansvar i de gjeldende områdene (Solli og Voss under Helse Bergen HF, Jæren er under Helse Stavanger HF). Øvrige private som ikke er spesifisert som egne enheter (egne linjer i tabellen) er slått sammen i én kategori (private).

Vi ser at andelen private øker kraftig i 2010, noe som skyldes at avtalespesialistene i somatikken ikke rapporterte til NPR i 2008, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) startet heller ikke rapporteringen før i 2009.

4.10.5.3 Omsorgsnivå og sektor

Videre presenterer vi fordelingen mellom poliklinikk/dagbehandling og døgnbehandling blant pasientene i arbeidspopulasjonen. Her hadde vi egentlig ønske om å skille mellom poliklinikk (poli) og dagbehandling, men i kvalitetssikringsarbeidet oppdaget vi åpenbare feil i datagrunnlaget for omsorgsnivåvariabelen hos NPR i 2008²⁷ for sektorområde somatikk. Dessuten har NPR endret definisjonen av dagopphold over tid. Vi valgte derfor å definere nye variabler basert på varighet gjennom inn/ut-dato-variabler vi har tilgjengelig, og ved å slå sammen poliklinikk og dagbehandling. Det hefter likevel usikkerhet ved tallene i 2008, dette var også første året med personidentifiserbare data i NPR.

Tabell 4.51 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på omsorgsnivå poliklinikk (poli)/dagbehandling og døgnbehandling. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Omsorgsnivå*	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Poli/dag	76	80	81	82	82	83	83	83
Døgn	24	20	19	18	18	17	17	17
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,048,219	1,322,398	1,434,554	1,557,395	1,607,419	1,636,614	1,650,274	1,649,830

*Note: På grunn av mye missing på variabelen som definerer omsorgsnivå, har vi slått sammen poliklinikk og dagbehandling definert ut fra varighet (inndato = utdato for poliklinikk og dag).

Totalt utgjorde poliklinikk og dagbehandling 81,4 prosent av totalt antall pasienter i arbeidspopulasjonen som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008-2018. Tilsvarende viser tabellen under andelen pasienter i arbeidspopulasjonen som har blitt behandlet i de fire sektorene somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og private rehabiliteringsinstitusjoner det enkelte år. Somatikk har ligget stabilt med rundt 88 prosent av pasientene i spesialisthelsetjenesten de siste seks årene i perioden.

Tabell 4.52 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på sektor. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Sektor*	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk	90	89	88	88	88	88	88	88
Psykisk helsevern	10	9	10	10	10	10	10	10
TSB	0	1	1	1	2	1	2	2
Private rehabiliterings-institusjoner	0	1	1	1	1	1	1	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	889,717	1,177,519	1,289,335	1,418,304	1,470,364	1,503,448	1,521,127	1,527,523

*Note: samme pasient kan behandles i flere sektorer i løpet av et år, og total N blir dermed høyere enn antall unike pasienter som har vært behandlet. Aktivitet hos private avtalespesialister er fordelt på somatikk og psykisk helsevern.

²⁷ Feilen i datagrunnlaget er kommunisert til NPR, og skyldes ikke feil hos saksbehandlere i NPR, men faktiske grunnlagsdata rapportert inn.

4.10.5.4 Diagnoser

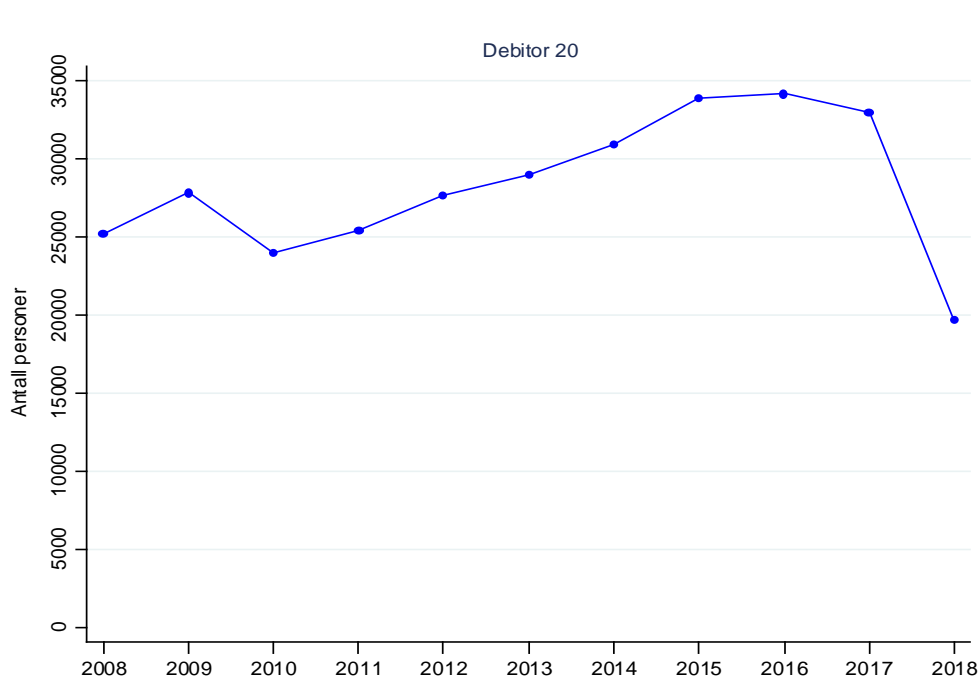
I det følgende beskriver vi hvordan pasientene fordeler seg på hoveddiagnosekategorier i ICD-10-klassifiseringen, både for totalpopulasjonen i NPR og for "Raskere tilbake"-pasientene med debitorcode 20. I tabellen under presenteres fordelingen av prosentandelen pasienter i arbeidspopulasjonen på de ulike diagnosekodene. Som vi ser er tallene svært stabile over tid, og varierer stort sett bare med ett prosentpoeng mellom enkeltår.

Tabell 4.53 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på hoveddiagnosekode i ICD-10-klassifiseringen. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

Hoveddiagnose	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
	0	0	0	0	0	0	0	0
A + B Infeksjonssyk.	2	2	2	2	2	2	2	2
C Ondartede svulster	2	2	2	2	2	2	2	2
D Godartede svulster/blodsykd.	3	4	4	4	4	4	4	4
E Endokrine syk./ernæringsyk.	3	4	4	4	4	4	4	4
F Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	6	6	6	6	6	6	6	6
G Sykdommer i nervesystemet	4	3	4	4	4	4	4	4
H Sykdommer i øye og øre	4	6	7	7	7	7	8	8
I Sykdommer i sirkulasjonssystemet	5	5	5	4	4	4	4	4
J Sykdommer i åndedrettssystemet	3	3	4	4	4	4	4	4
K Sykdommer i fordøyelsessystemet	6	5	5	6	6	6	6	6
L Hudsykdommer	3	4	3	4	4	4	4	4
M Muskel-skjelettsykdommer	11	10	10	10	9	9	9	9
N Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	6	7	7	7	7	7	7	7
O Svangerskap/fødsel og barseltid	5	4	3	3	3	2	2	2
P Tilstander i perinatalperioden	0	0	0	0	0	0	0	0
Q Medfødte misdannelser	1	1	1	1	1	1	1	1
R Sympt./tegn/unormale kliniske funn	6	6	7	7	7	7	9	9
S Skader/forgiftninger	8	7	7	6	6	6	6	6
T Skader/forgiftninger	2	2	2	2	2	2	2	2
U Koder for spesielle formål	0	0	0	0	0	0	0	0
V, W, X, Y Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0	0	0	0	0	0	0
Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	22	21	20	20	20	20	18	18
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,327,042	1,795,374	1,990,109	2,248,799	2,373,387	2,441,867	2,482,027	2,503,874

4.10.6 "Raskere tilbake"-pasientene i spesialisthelsetjenesten

Alle konsultasjoner og opphold ved "Raskere tilbake"-tilbud i spesialisthelsetjenesten skulle kodes med debitorcode 20 når man registrerte aktiviteten i NPR-meldingen²⁸. Dette gjør det mulig å spore "Raskere tilbake"-aktivitet i hele perioden. Da prosjektet gikk over i drift til å bli Helse og arbeid og ble rammefinansiert, ser vi at debitorcode 20-registreringen falt betraktelig i 2018. Totalt finner vi at det ble behandlet **234 313 pasienter** kodet med debitorcode 20 i perioden 2008-2018. Flere personer er behandlet i "Raskere tilbake"-tiltak i flere av årene, og i flere sektorer, slik at totalsummen over alle år vil være høyere enn antallet unike pasienter. Hvis vi antar at aktiviteten i oppstartsåret 2007, som vi mangler tall på siden NPR ikke leverer personidentifiserbare tall da, var omtrent på linje med aktiviteten i 2018 – med ca. 20 000 pasienter, kan vi anslå at antall unike pasienter som mottok "Raskere tilbake"-tiltak lå et sted mellom 234 000 og 240 000 pasienter. Fra Aas et al. (2011) vet vi at 2007 var året da flest "Raskere tilbake"-tilbud ble startet opp²⁹. Som vi ser av tabellen under, ble det behandlet 25 199 pasienter i "Raskere tilbake" i 2008, mens 2016 var året med høyest aktivitet og 34 041 behandlede pasienter.



Figur 4.50 Antall behandlede pasienter i "Raskere tilbake" det enkelte år i perioden 2008 til 2018.

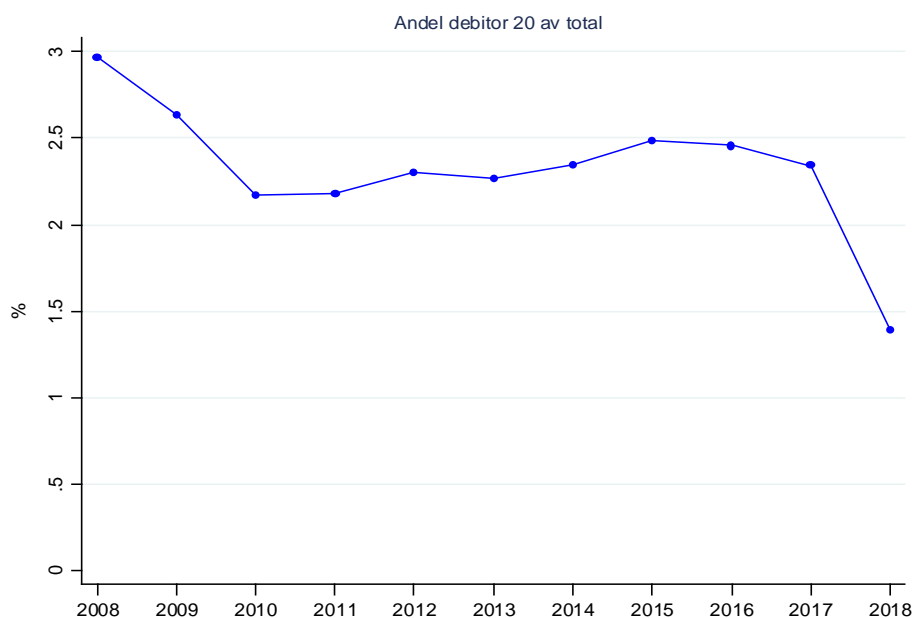
Hvis vi beregner hvor stor andel "Raskere tilbake"-pasienter utgjorde av totalt antall pasienter i arbeidspopulasjonen som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten, ser vi av tabellen under at de utgjør en liten andel; to til tre prosent i årene 2008-2017. Vi ser også at de siste årene av "Raskere tilbake"-perioden har det vært en markant høyere andel "Raskere tilbake"-pasienter som er behandlet i Helse Sør-Øst.

²⁸http://admininfo.helse-sorost.no/regionalt/_Regionale%20prosedyrer%20fra%20EK/Brukerveiledning%20Arbeidsrettet%20behandling.pdf

²⁹ Aas RW, Solberg A, Strupstad J. Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte. Stavanger: IRIS, 2011.

Tabell 4.54 Andel (%) pasienter av totalt antall pasienter (N) i arbeidspopulasjonen behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på de som ikke ble behandlet, og de som ble behandlet, i et "Raskere tilbake" (RT)-tilbud. År 2008, 2010, 2012, 2014-2018.

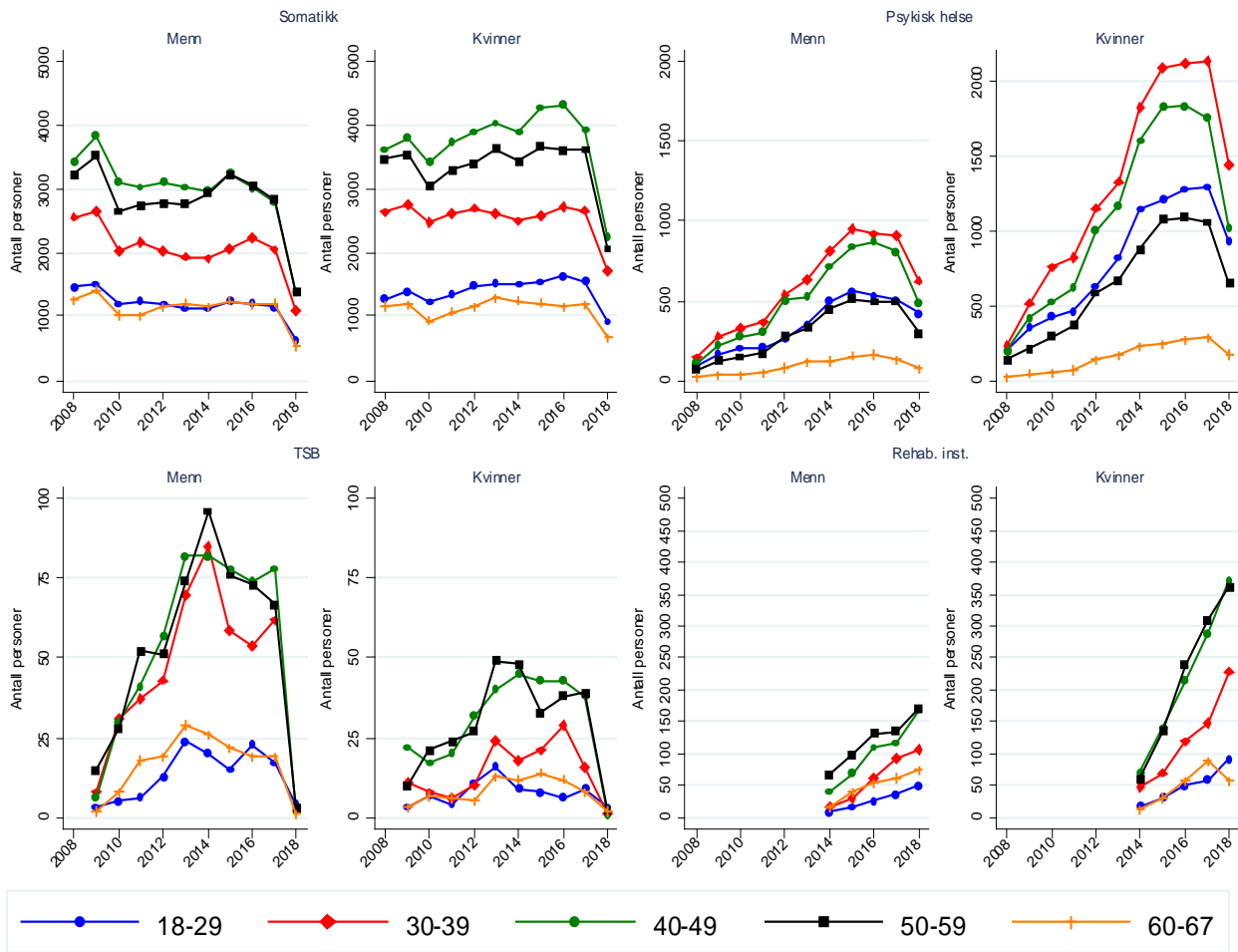
Debitorkode 20	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Ikke RT	97,1	97,9	97,7	97,7	97,6	97,6	97,7	98,6
RT	2,9	2,1	2,3	2,3	2,4	2,4	2,3	1,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	863,908	1,120,546	1,220,897	1,337,596	1,385,830	1,414,757	1,430,549	1,425,898



Figur 4.51 Andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud av totalt antall pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten. Perioden 2008 til 2018.

4.10.6.1 Kjønn, alder og utdanning

Fra forrige delkapittel husker vi at kjønnsfordelingen blant pasienter som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten i hele perioden "Raskere tilbake" pågikk, lå stabilt på 57 prosent kvinner hvert av årene. I tabellen under, som viser fordelingen kun for de pasientene som fikk "Raskere tilbake"-behandling, ser vi at andelen kvinner stiger utover i perioden – fra 51 prosent i 2008 til hele 60 prosent i 2017. I 2018, etter omleggingen, er kvinneandelen av pasientene på 63 prosent. Dette kan skyldes at det i starten av "Raskere tilbake"-perioden var større tilbud av kirurgiske inngrep, mens fokuset etter hvert vinklet over til større tilbud innen muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser, der en større andel kvinner er behandlet (og kanskje er flinkere enn menn til å oppsøke hjelp). Vi ser også en tendens til at andelen pasienter i de yngste aldersgruppene har økt, men jevnt over holder andelene seg relativt stabile innen aldersgruppe over tid. Dette funnet står i kontrast til utviklingen vi så i hele pasientpopulasjonen, og viser at de yngste aldersgruppene har hatt sterkere prioritet (og/eller flere henvisninger) i "Raskere tilbake". Figuren under viser utviklingen mellom menn og kvinner over tid, innenfor hvert av de fire sektorområdene somatikk, PHV, TSB og rehabilitering.



Figur 4.52 Antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud i perioden 2008 til 2018, fordelt på kjønn, ulike aldersgrupper og sektor.

Andelen "Raskere tilbake"-pasienter fordelt på utdanningsnivå viser en relativt lik utvikling som for pasientpopulasjonen for øvrig, med økende grad av høy utdanning (som befolkningen for øvrig). Mens andelen "Raskere tilbake"-pasienter med høy utdanning lå på 22 prosent i 2008, hadde den steget til 40 prosent i 2017.

Tabell 4.55 Andel (%) "Raskere tilbake"-pasienter fordelt på kjønn og alderskategorier basert på antall behandlede pasienter med debitorcode 20 totalt det enkelte år (N). Perioden 2008 til 2018.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mann	49	49	46	44	43	42	42	42	41	40	37
Kvinne	51	51	54	56	57	58	58	58	59	60	63
Ikke spesifisert	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
18-29 år	12	12	13	13	13	13	14	13	14	14	15
30-39 år	22	22	23	23	23	22	23	23	23	24	25
40-49 år	29	30	30	30	30	30	30	30	30	29	28
50-59 år	27	27	26	26	25	25	25	26	25	25	24
60-67 år	10	10	9	9	9	10	9	9	8	9	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	25,199	27,836	23,983	25,370	27,651	29,011	30,889	33,831	34,041	32,866	19,606

Tabell 4.56 Andel (%) "Raskere tilbake"-pasienter fordelt på kjønn og alderskategorier basert på antall behandlede pasienter med debitorcode 20 totalt det enkelte år (N). Perioden 2008 til 2018. Når N avviker fra tabellen over, skyldes det missing på utdanning.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lav	28	27	26	25	23	23	22	21	20	19	19
Mellomnivå	50	48	48	47	46	45	43	43	42	41	38
Høy	22	25	26	28	31	33	35	36	38	40	43
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	24,775	27,365	23,568	24,962	27,138	28,430	30,164	32,890	32,995	31,768	18,941



4.10.6.2 Region og helseforetak

I tabellen under presenteres andelen pasienter av totalt antall "Raskere tilbake"-pasienter som ble behandlet i de ulike regionene i perioden 2008 til 2018. I figurene som kommer under tabellen presenteres antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud (kodet med debitorcode 20) i perioden 2008 til 2018 fordelt på helseforetak. Igjen er det slik at de private med avtaler inngår i tallene for sykehusregione, mens private uten avtale er lagt i en egen kategori. Husk at en pasient kan være behandlet i flere regioner, og at totalsommene dermed kan være høyere enn summene vi presenterte for kjønn og alder (der pasientene inngår bare én gang i hver gruppe).

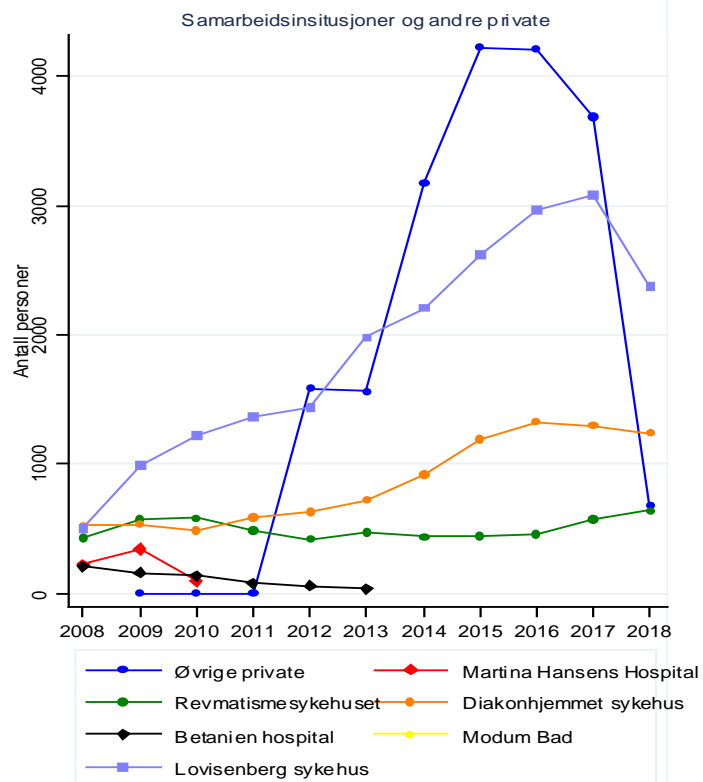
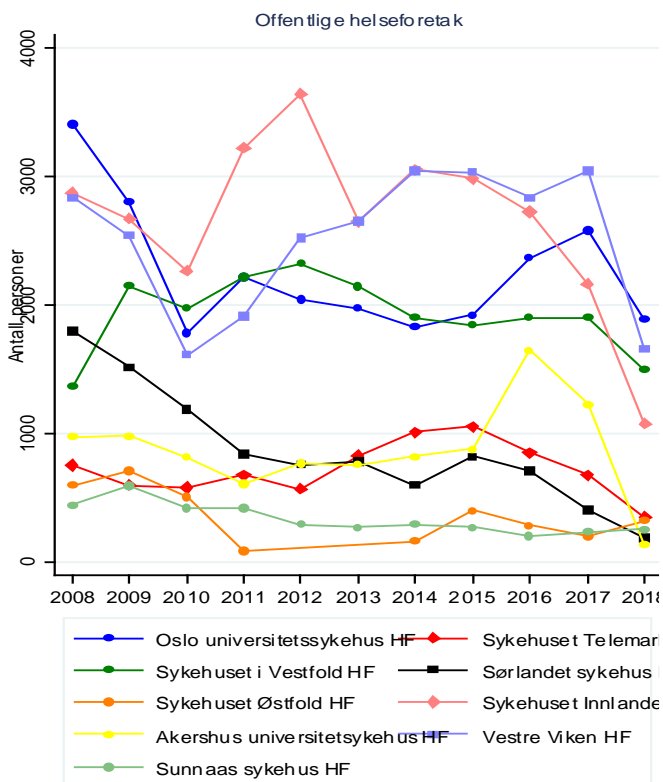
Tabell 4.57 Andel (%) pasienter av totalt antall "Raskere tilbake"-pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på sykehusregion. År 2008-2018.

Sykehusregion	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sør-Øst	66	61	56	57	60	57	62	63	64	63	61
Vest	15	15	16	14	14	14	12	13	12	14	16
Midt	8	6	8	9	7	8	7	7	6	6	10
Nord	7	10	16	16	13	10	8	7	8	9	12
Annet*	4	8	4	5	6	11	11	11	9	9	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	25,260	27,958	24,053	25,484	27,783	29,156	31,033	33,976	34,310	33,002	19,613

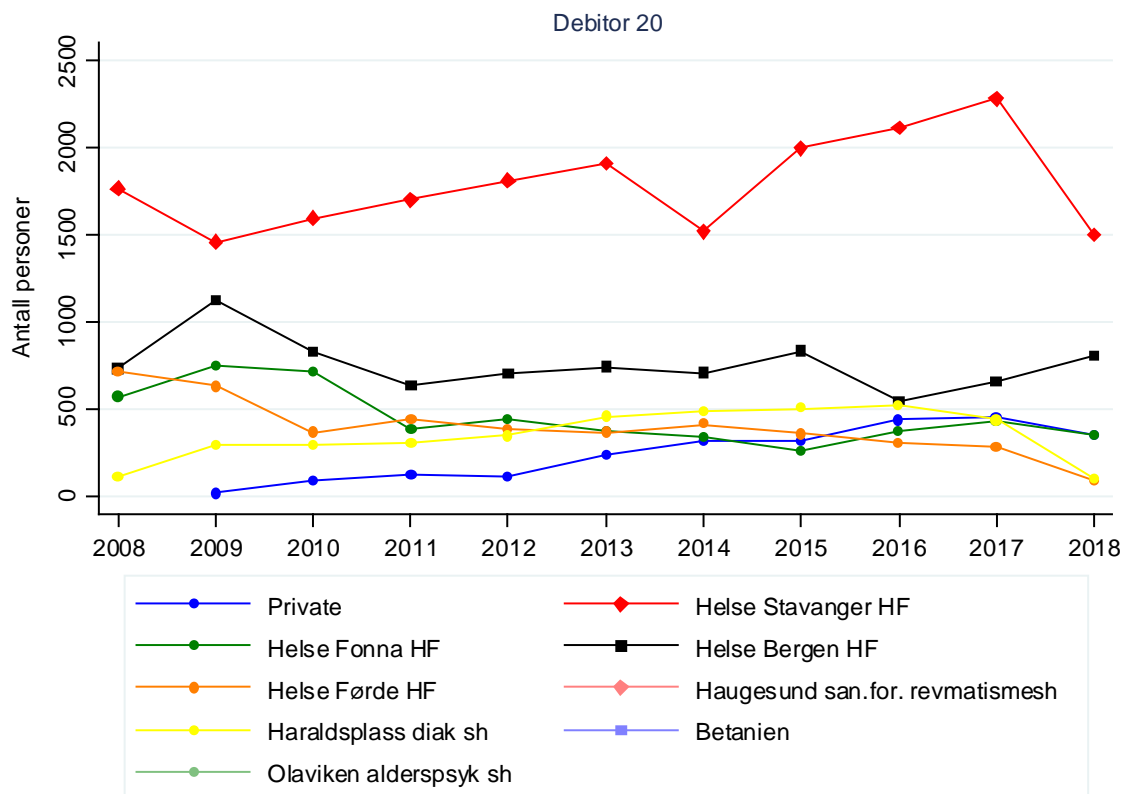
*Annet er private institusjoner uten avtale, jf. definisjon innledningsvis i kapitlet.



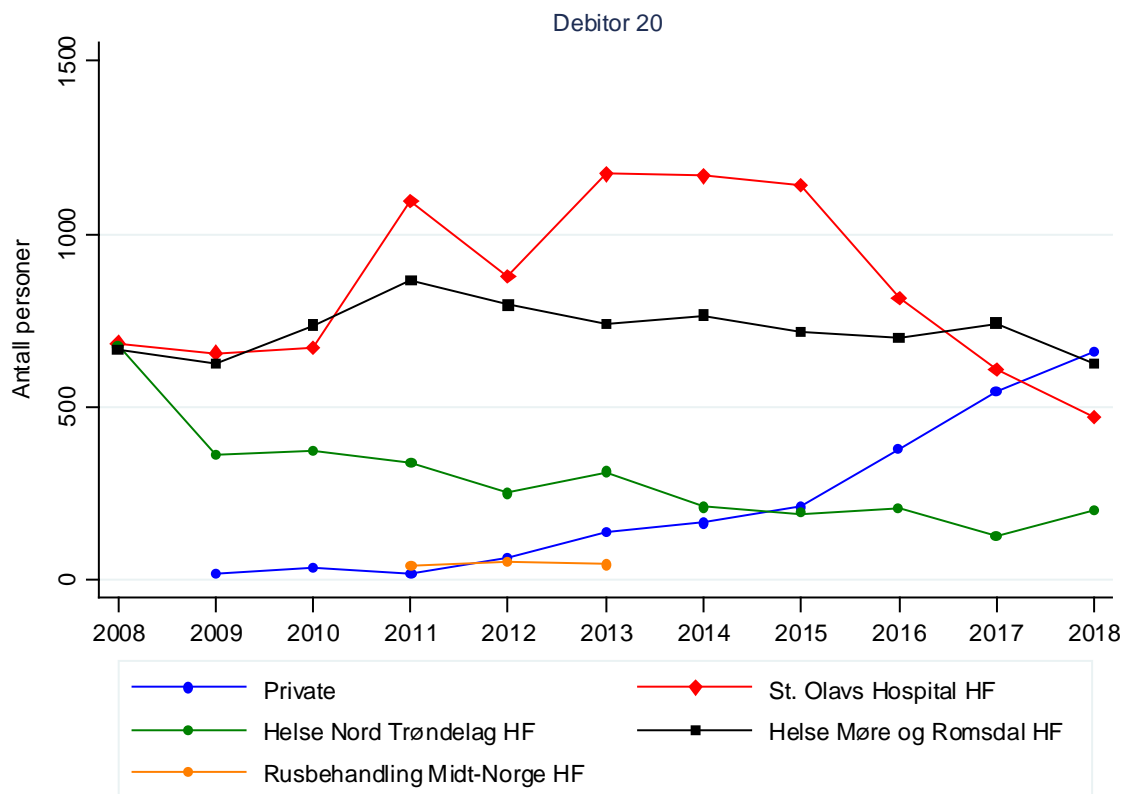
Debitor 20



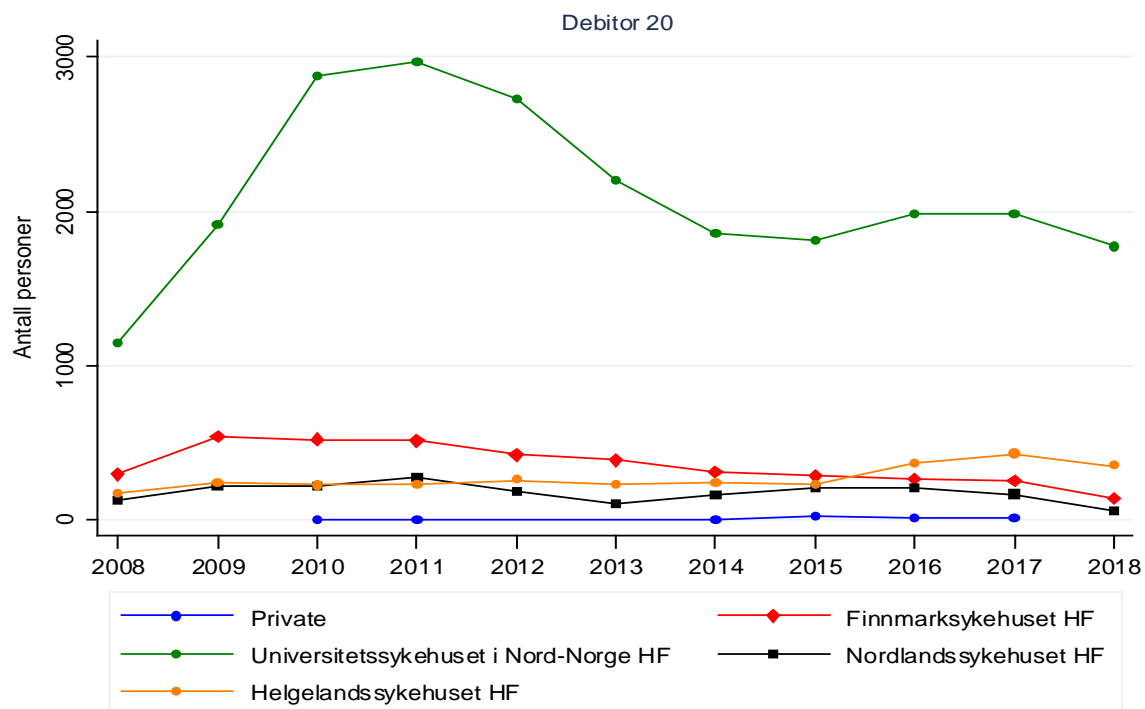
Figur 4.53 Antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud i perioden 2008 til 2018 fordelt på helseforetak og private institusjoner. Helse Sør-Øst.



Figur 4.54 Antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud i perioden 2008 til 2018 fordelt på helseforetak og private institusjoner. Helse Vest.



Figur 4.55 Antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud i perioden 2008 til 2018 fordelt på helseforetak og private institusjoner. Helse Midt-Norge.



Figur 4.56 Antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud i perioden 2008 til 2018 fordelt på helseforetak og private institusjoner. Helse Nord.



Fordelt på helseforetaksnivå, ser andelen "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall "Raskere tilbake"-pasienter slik ut:

Tabell 4.58 Andel (%) pasienter av totalt antall "Raskere tilbake"-pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten fordelt på helseforetak. År 2008-2018.

Helseforetak	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sunnaas sykehus HF	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Vestre Viken HF	11	9	7	7	9	9	10	9	8	9	8
Lovisenberg	2	4	5	5	5	7	7	8	9	9	12
Betanien hospital	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Diakonhjemmet	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	6
Akershus univ.sykehus HF	4	4	3	2	3	3	3	3	5	4	1
Sykehuset Innlandet HF	11	10	9	13	13	9	10	9	8	6	5
Sykehuset Østfold HF	2	3	2	0	0	0	1	1	1	1	2
Sørlandet sykehus HF	7	5	5	3	3	3	2	2	2	1	1
Sykehuset i Vestfold HF	5	8	8	9	8	7	6	5	6	6	8
Sykehuset Telemark HF	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2
Revmatismesykehuset	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3
Martina Hansens Hospital HF	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oslo universitetssykehus HF	13	10	7	9	7	7	6	6	7	8	9
Haraldsplass diakonale sykehus	0	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1
Helse Stavanger HF	7	5	7	7	7	7	5	6	6	7	8
Helse Fonna HF	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	2
Helse Bergen HF	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	4
Helse Førde HF	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
St. Olavs Hospital HF	3	2	3	4	3	4	4	3	2	2	2
Helse Nord-Trøndelag HF	3	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Møre og Romsdal HF	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3
Finnmarkssykehuset HF	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	5	7	12	12	10	8	6	5	6	6	9
Nordlandssykehuset HF	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Helgelandssykehuset HF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Private*	4	8	5	5	12	18	22	25	23	23	9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	25,517	28,216	24,234	25,700	28,053	29,381	31,334	34,335	34,616	33,410	19,824

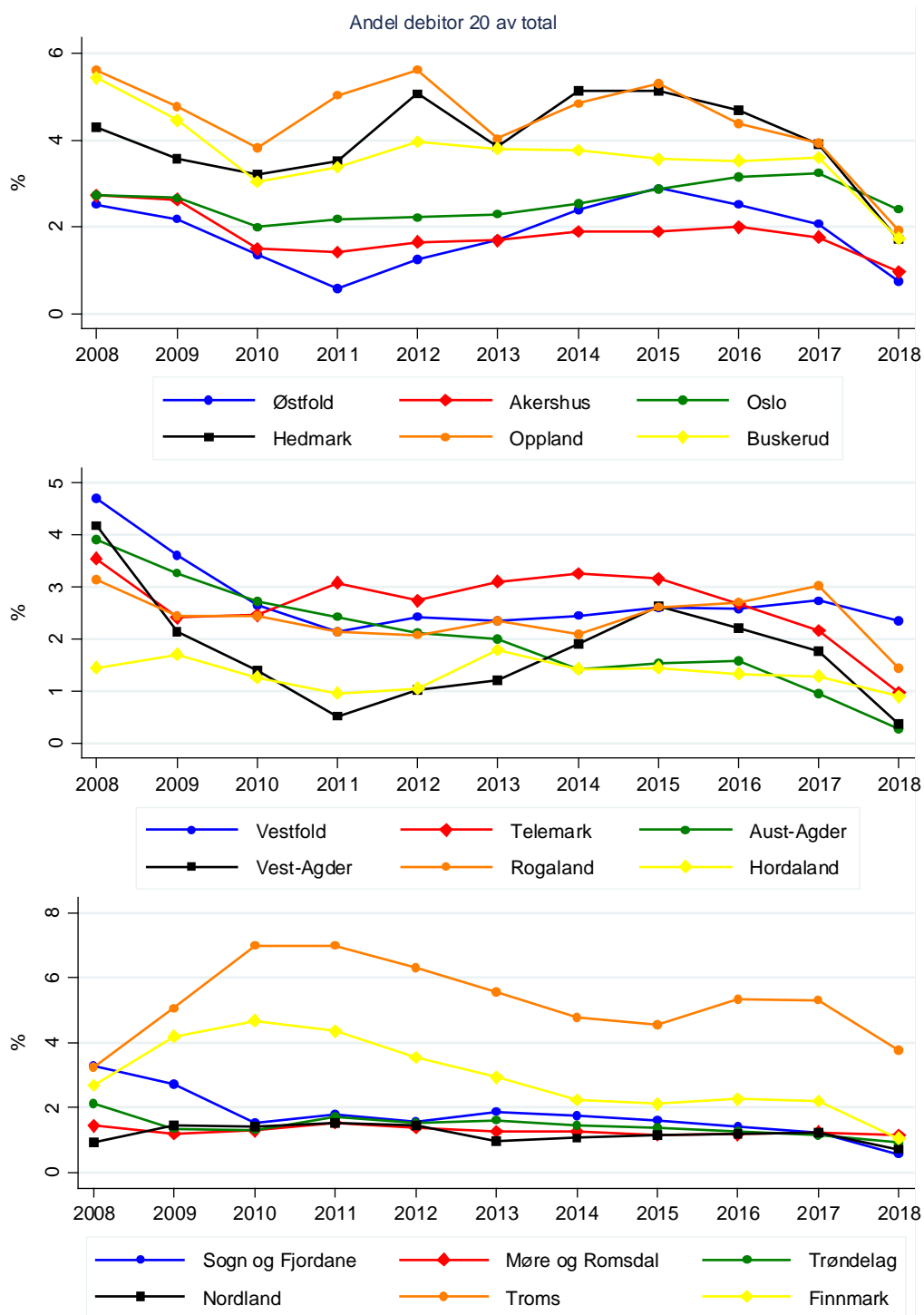
*I Helse Vest er private DPS'er lagt inn under helseforetaket som har befolkningsansvar i de gjeldende områdene (Solli og Voss under Helse Bergen HF, Jæren er under Helse Stavanger HF). Øvrige private som ikke er spesifisert som egne enheter (egne linjer i tabellen) er slått sammen i én kategori (private).



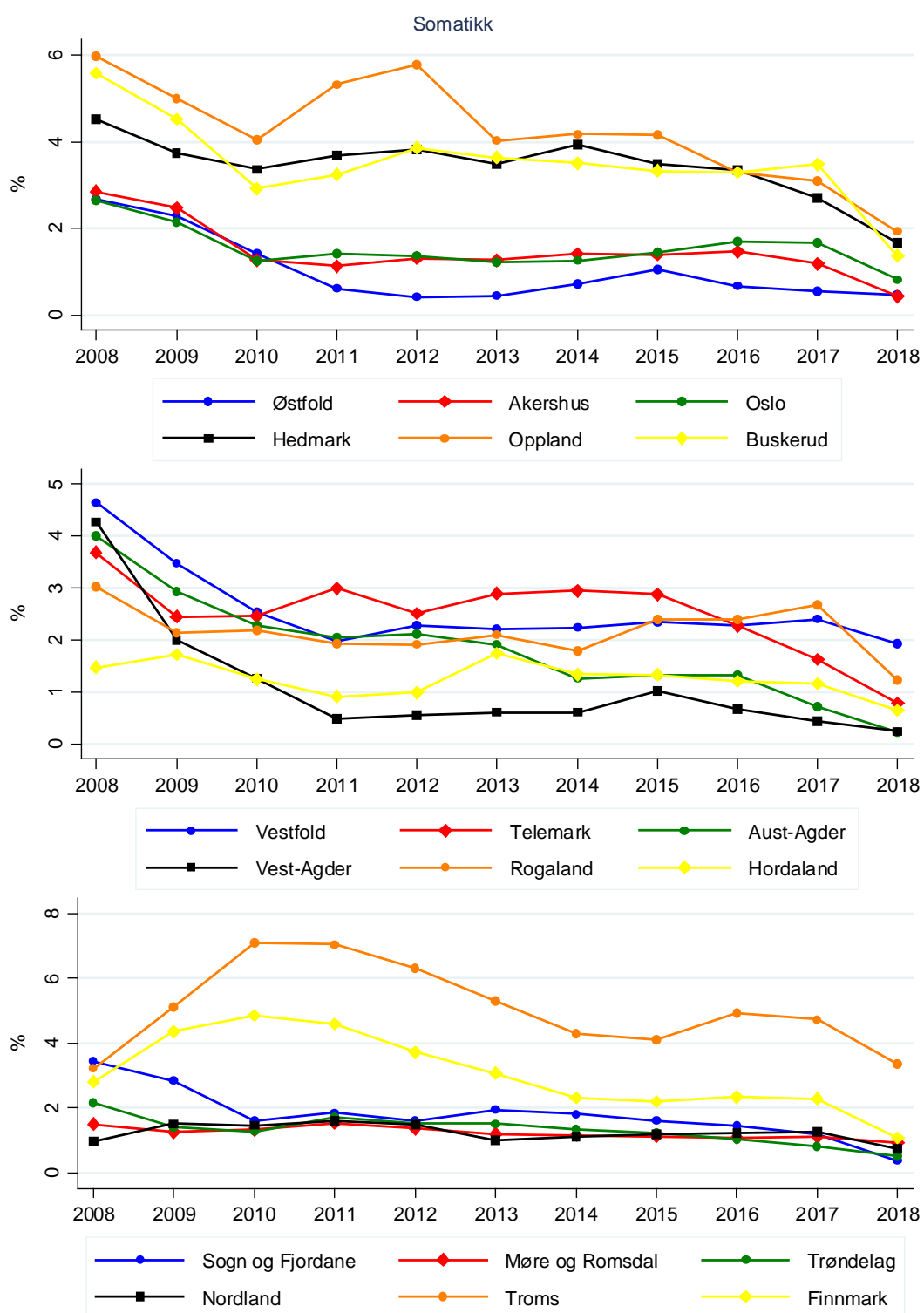
SINTEF

4.10.6.3 Andel "Raskere tilbake"-pasienter i ulike fylker

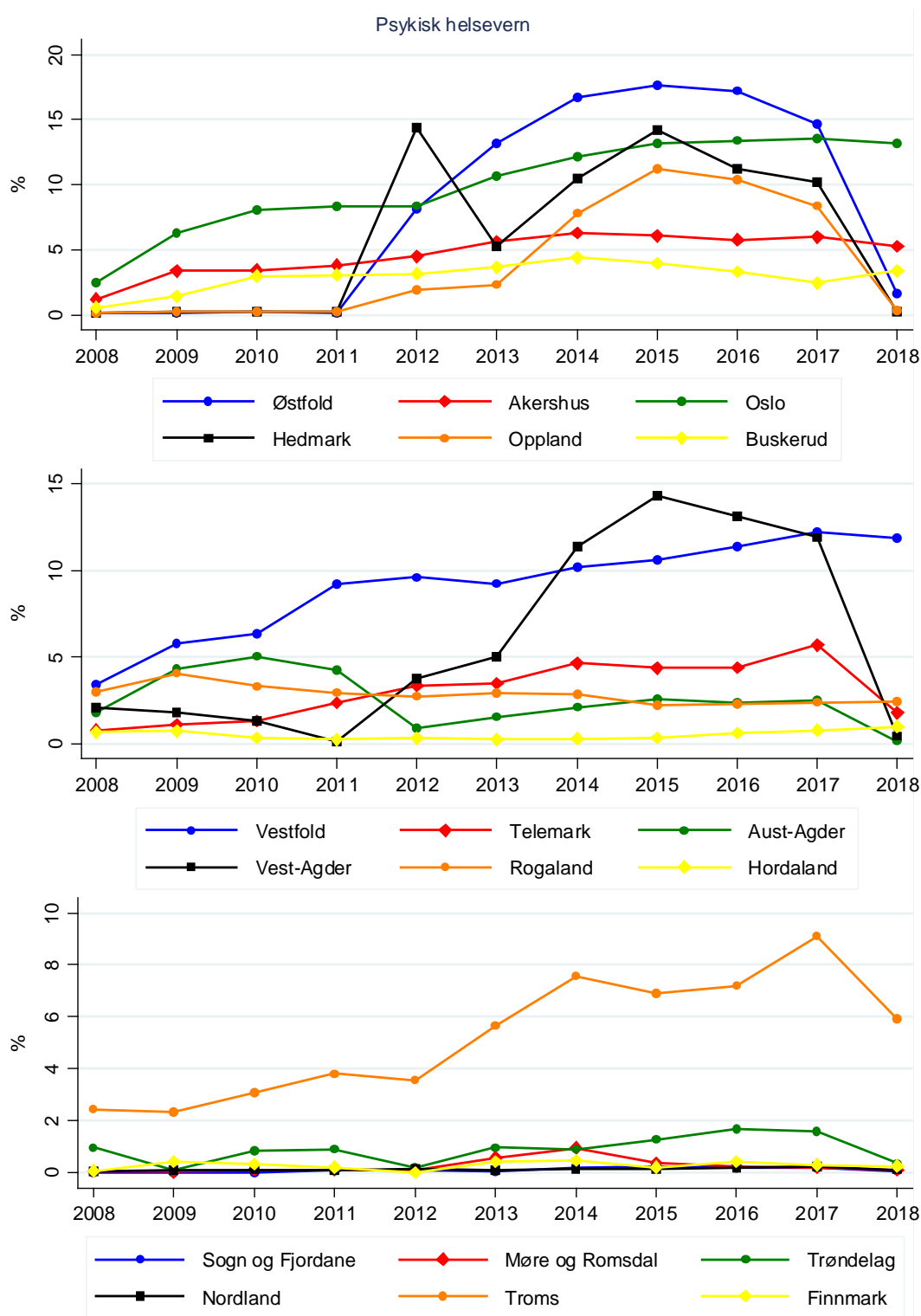
For "Raskere tilbake"-populasjonen ønsker vi også å presentere tall på fylkesnivå – basert på pasientens bostedsfylke ved registrering i NPR. Vi har beregnet hvor stor andel "Raskere tilbake"-pasientene utgjorde av totalt antall pasienter i hvert fylke hvert av årene 2008 til 2018 – fordelt på sektorområde.



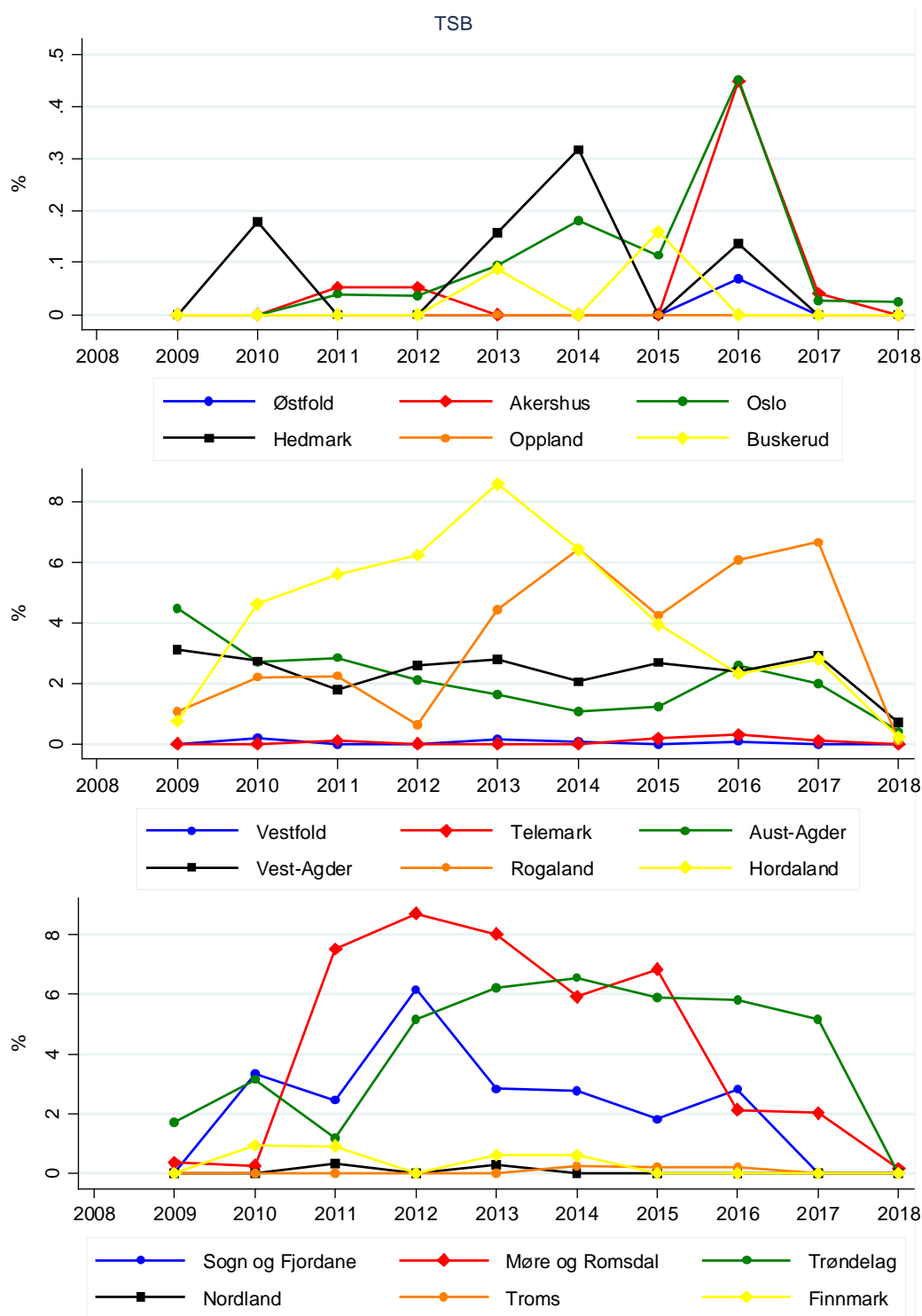
Figur 4.57 Andel "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten. Fylkesnivå. Perioden 2008-2018.



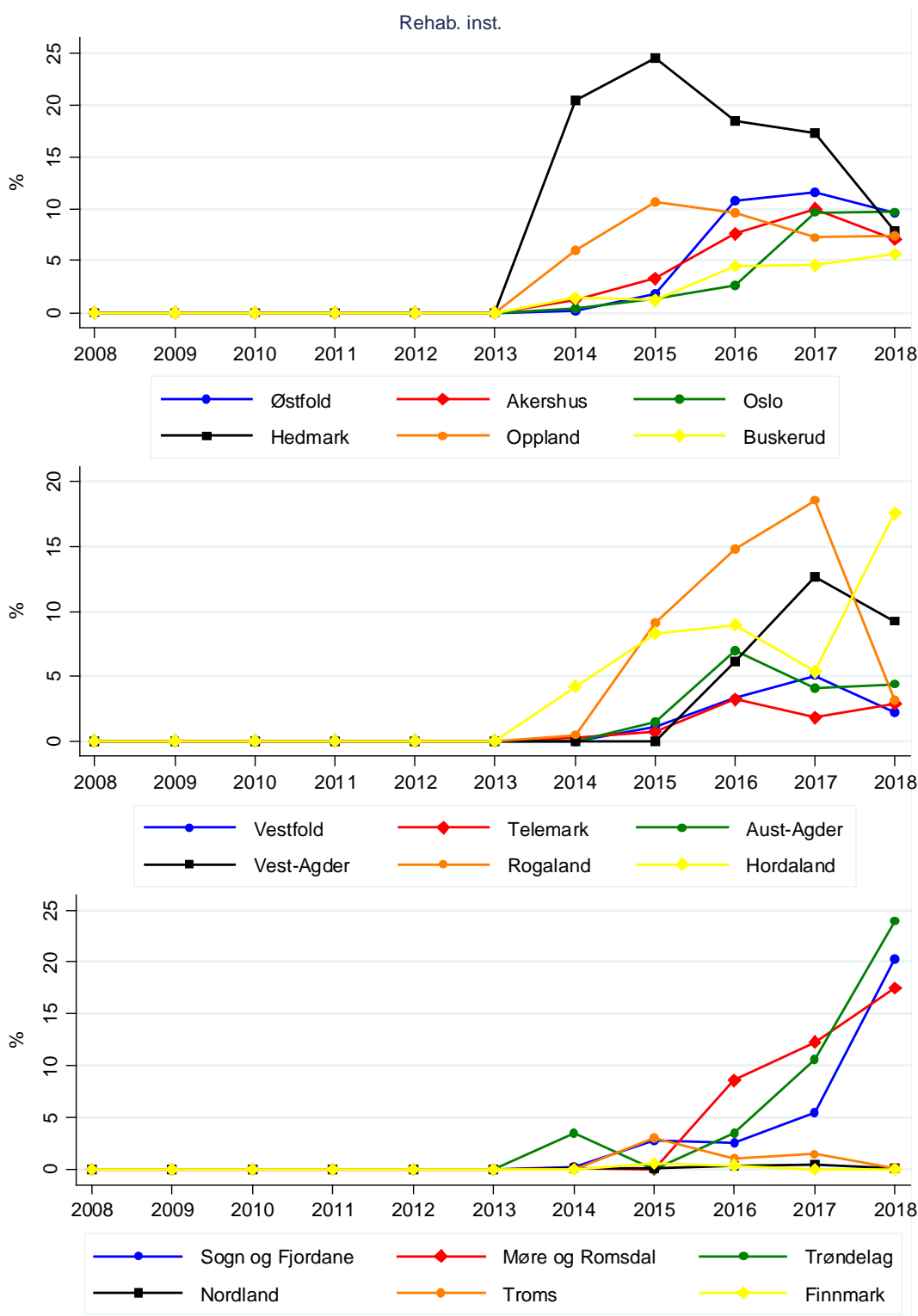
Figur 4.58 Andel "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten – sektorområde somatikk. Fylkesnivå. Perioden 2008-2018.



Figur 4.59 Andel "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten – sektorområde psykisk helsevern. Fylkesnivå. Perioden 2008-2018.



Figur 4.60 Andel "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten – sektorområde tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fylkesnivå. Perioden 2008-2018.



Figur 4.61 Andel "Raskere tilbake"-pasienter av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten – sektormråde rehabilitering. Fylkesnivå. Perioden 2008-2018.



4.10.6.4 Omsorgsnivå og sektor

Totalt utgjorde poliklinikk og dagbehandling 95 prosent av tilbudene for pasienter som ble registrert med debitorcode 20, mens døgnbehandling kun utgjorde fem prosent. Mye av døgnbehandlingen har foregått i rehabiliteringsinstitusjonene.

Tabell 4.59 Andel pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tiltak fordelt på omsorgsnivå. Perioden 2008-2018.

Omsorgsnivå*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Poli/dag	90	91	95	97	97	97	97	97	95	95	94
Døgn	10	9	5	3	3	3	3	3	5	5	6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	26,454	29,005	24,663	25,880	28,147	29,563	31,328	34,313	34,567	33,329	19,925

*Note: På grunn av mye missing på variabelen som definerer omsorgsnivå, har vi slått sammen poliklinikk og dagbehandling definert ut fra varighet (inndato = utdato for poliklinikk og dag).

Som vi ser av tabellen under har psykisk helsevern utgjort en stadig større andel av "Raskere tilbake"-tiltakene, mens somatikken har krympet fra 95 prosent i 2008 til 67 prosent i 2017. Det har vært få "Raskere tilbake"-pasienter i rusbehandling i TSB. De private rehabiliteringsinstitusjonene rapporterte ikke på debitorcode 20 før i 2014, og vi har dermed ikke tall på denne aktiviteten før det. I 2018 ser det ut til at de private rehabiliteringsinstitusjonene i større grad enn helseforetakene har kodet behandling med debitorcode 20, og de utgjør dermed en større andel av totalen dette året. Da ordningen ble lagt om fra og med 2018, var avtalen at de regionale helseforetakene skulle kjøpe tjenester for like mye som de hadde gjort i 2017.

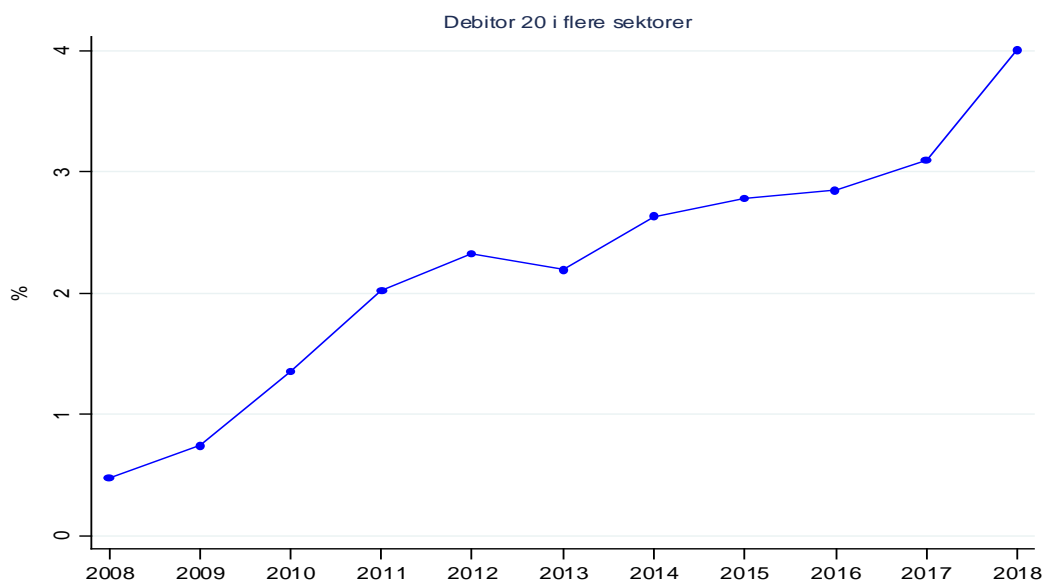


Tabell 4.60 Andel (%) av "Raskere tilbake"-pasientene (totalt antall = N) som ble behandlet i sektorområdene somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og private rehabiliteringsinstitusjoner. Perioden 2008-2018.

Sektor*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk	95	91	87	86	81	78	72	70	69	67	62
Psykisk helsevern	5	8	13	13	18	21	26	27	27	28	30
TSB	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Rehab*	*	*	*	*	*	*	1	2	3	4	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	25,320	28,043	24,309	25,883	28,296	29,648	31,707	34,776	35,016	33,893	20,394

*Note: samme pasient kan behandles i flere sektorer i løpet av et år, og total N blir dermed høyere enn antall unike pasienter som har vært behandlet. For private rehabiliteringsinstitusjoner startet rapporteringen på "Raskere tilbake"-aktivitet til Norsk pasientregister i 2014. Aktivitet hos private avtalespesialister er fordelt på somatikk og psykisk helsevern.

Det har vært en økende andel "Raskere tilbake"-pasienter som har vært behandlet i to eller flere sektorer hvert av årene i perioden.



Figur 4.62 Andel "Raskere tilbake"-pasienter registrert med debitorcode 20 i minst to sektorer (somatikk, PHV, TSB, rehabilitering) hvert av årene i perioden 2008-2018.



4.10.6.5 Diagnoser

I den neste tabellen har vi beregnet andel av "Raskere tilbake"-pasientene innenfor hver av hoveddiagnosekategoriene, basert på pasientenes registrerte hoveddiagnose. Vi ser hvordan psykisk helserelaterte lidelser øker utover i perioden, mens muskel-skjelett-diagnosene utgjør en lavere andel. Uspesifikke Z-diagnoser har ligget på et høyt nivå på mellom 20-23 prosent de siste årene, men går noe ned i 2017 til 15 prosent av diagnosene. Også i 2018 går dette ned, mens psykisk helse-relaterte lidelser utgjorde 27 prosent i 2018.

Tabell 4.61 Andel (%) av "Raskere tilbake"-pasientene fordelt på hoveddiagnosekode i ICD-10-klassifisering. Perioden 2008-2018.

Hoveddiagnose	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A + B Infeksjonssykdommer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C Ondartede svulster	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
D Godartede svulster/blodsykdommer	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E Endokrine sykd./ernærings sykdommer	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
F Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	3	5	7	8	12	14	17	16	17	20	27
G Sykdommer i nervesystemet	6	5	7	6	6	5	5	5	4	4	2
H Sykdommer i øye og øre	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I Sykdommer i sirkulasjonssystemet	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
J Sykdommer i åndedrettssystemet	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
K Sykdommer i fordøyelsessystemet	3	2	1	0	1	0	0	1	2	2	1
L Hudsykdommer	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
M Muskel-skjelettsykdommer	57	59	54	56	53	51	48	47	45	47	48
N Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
O Svangerskap/fødsel og barseltid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P Tilstander i perinatalperioden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q Medfødte misdannelser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R Sympt./tegn/unormale kliniske funn	4	3	4	4	4	3	3	3	4	7	8
S Skader/forgiftninger	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1
T Skader/forgiftninger	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
U Koder for spesielle formål	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V, W, X, Y Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	12	15	20	19	19	21	22	23	23	15	11
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	26,798	30,583	27,646	29,304	30,913	33,003	34,592	38,418	39,212	37,291	22,390



4.10.7 "Raskere tilbake"-pasientene som ikke var å finne i arbeidspopulasjonen

Innledningsvis skrev vi at totalpopulasjonen vår inkluderer et antall pasienter som viste seg å ha fått behandling i "Raskere tilbake"-tilbud i spesialisthelsetjenesten (registrert debitorcode 20), men som *ikke* hadde hatt et arbeidsforhold på minst 30 dager i løpet av perioden, og dermed heller ikke inngikk i NAVs arbeidspopulasjon. Disse måtte vi identifisere for å være sikre på at vi har med oss alle som har mottatt behandling i "Raskere tilbake" og etter hvert Helse og arbeid (for 2018). Norsk pasientregister fant 9 938 pasienter i sitt register som ikke var å finne i arbeidspopulasjonen, men som likevel hadde fått behandling gjennom "Raskere tilbake" i perioden 2008-2018. Ettersom kriteriene for behandling under "Raskere tilbake" var at man skulle være i fare for å bli sykmeldt, eller være sykmeldt, noe som for de fleste vil innebære å være i jobb først, skulle man ikke forvente å finne mange pasienter i denne gruppen. I dette delkapitlet ser vi nærmere på denne ekstrapopulasjonen, og om de skiller seg fra øvrige "Raskere tilbake"-pasienter.

4.10.7.1 Kjønn, alder og utdanning

Det viser seg at ekstrapopulasjonen inneholdt en høyere andel menn enn kvinner, sammenliknet med hele "Raskere tilbake"-populasjonen (se tabell under). En hypotese for denne populasjonen kunne videre være at det var studenter som ble prioritert inn i tiltakene, som ikke hadde en jobb og dermed havnet utenfor arbeidspopulasjonen, men når vi ser på aldersfordelingen i ekstrapopulasjonen, ser vi at det er en mye høyere andel eldre pasienter i ekstrapopulasjonen, sammenliknet med hele "Raskere tilbake"-populasjonen. Unntaket er for 2018, der andelen unge øker, i tråd med retningslinjene for Helse og arbeid. Ser vi nærmere på utdanningsgrupper, ser vi at det er en mye høyere andel pasienter med lav utdanning i ekstrapopulasjonen, sammenliknet med øvrige "Raskere tilbake"-pasienter.



Tabell 4.62 Andel (%) menn og kvinner i ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mann (RT-pop)	55 (49)	59 (49)	57 (46)	57 (44)	55 (43)	54 (42)	55 (42)	51 (42)	48 (41)	53 (40)	51 (37)
Kvinne	45	41	43	44	45	46	46	49	52	47	49
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,628	1,530	1,133	1,117	1,064	990	1,004	1,018	893	871	556

Tabell 4.63 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på ulike aldersgrupper. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Alder	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
18-29 år (RT-pop)	4 (12)	5 (12)	6 (13)	5 (13)	5 (13)	6 (13)	7 (13)	6 (14)	8 (13)	8 (14)	20 (15)
30-39 år	13	11	12	11	11	10	11	11	11	11	9
40-49 år	26	25	26	28	27	23	22	23	25	23	22
50-59 år	33	35	34	34	35	37	37	38	36	37	34
60-67 år (RT-pop)	24 (10)	24 (10)	21 (9)	23 (9)	23 (9)	24 (10)	23 (9)	22 (9)	19 (8)	22 (9)	16 (8)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,628	1,530	1,133	1,117	1,064	990	1,004	1,018	893	871	556

Tabell 4.64 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på ulike utdanningsgrupper. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Utdanningsnivå	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lav (RT-pop)	40 (28)	40 (27)	45 (26)	41 (25)	43 (23)	39 (23)	42 (22)	41 (21)	45 (20)	43 (19)	49 (19)
Mellomnivå	47	46	44	45	42	46	42	42	40	41	33
Høy	14	14	12	14	15	14	17	17	15	16	18
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,581	1,487	1,090	1,079	1,018	954	950	959	827	773	507



4.10.7.2 Region og helseforetak

Tabell 4.65 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på ulike sykehusregioner. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Sykehusregion	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sør-Øst	73	66	54	59	63	59	63	65	69	66	59
Vest	11	12	13	13	12	12	10	12	11	13	17
Midt	7	4	8	11	7	10	8	5	6	5	11
Nord	6	12	23	14	12	10	7	6	7	7	13
Annet*	3	6	3	4	6	8	12	12	8	10	1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,630	1,532	1,134	1,120	1,067	992	1,004	1,021	900	873	556

*Annet er her private institusjoner uten avtale, jf. definisjon innledningsvis i kapitlet.

Tabell 4.66 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på ulike helseforetak og private institusjoner. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Helseforetak	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sunnaas sykehus HF	2	2	1	1	1	0	0	1	0	1	2
Vestre Viken HF	12	9	7	8	13	12	12	12	10	13	12
Lovisenberg	2	2	2	3	2	3	3	6	7	5	4
Betanien hospital	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Diakonhjemmet	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
Akershus universitetssykehus HF	2	2	3	2	2	4	3	2	4	4	1
Sykehuset Innlandet HF	18 (11)	15 (10)	14 (9)	20 (13)	21 (13)	17 (9)	21 (10)	16 (9)	16 (8)	13 (6)	8 (5)
Sykehuset Østfold HF	2	2	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Sørlandet sykehus HF	9	7	5	4	3	4	1	2	2	0	1
Sykehuset i Vestfold HF	5	7	6	4	5	6	4	5	5	4	4
Sykehuset Telemark HF	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	0
Revmatismesykehuset	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3
Martina Hansens Hospital HF	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oslo universitetssykehus HF	15 (13)	13 (10)	9 (7)	12 (9)	11 (7)	9 (7)	10 (6)	11 (6)	16 (7)	17 (8)	17 (9)
Haraldsplass diakonale sykehus	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1
Helse Stavanger HF	5	4	6	7	8	7	3	7	7	8	8



Helse Fonna HF	1	2	3	1	1	1	1	1	0	1	5
Helse Bergen HF	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2
Helse Førde HF	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1
St. Olavs Hospital HF	2	2	3	5	3	6	4	3	2	1	5
Helse Nord Trøndelag HF	3	2	2	2	2	2	2	0	2	0	1
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Møre og Romsdal HF	2	1	3	3	2	2	2	1	2	2	3
Finnmarkssykehuset HF	1	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	8	18	10	9	7	4	4	5	4	9
Nordlandssykehuset HF	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
Helgelandssykehuset HF	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	3
Private*	3	6	3	4	8	10	17	17	14	16	7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,638	1,538	1,138	1,125	1,072	997	1,007	1,024	906	877	558

*Note: I Helse Vest er private DPS'er lagt inn under helseforetaket som har befolkningsansvar i de gjeldende områdene (Solli og Voss under Helse Bergen HF, Jæren er under Helse Stavanger HF). Øvrige private som ikke er spesifisert som egne enheter (egne linjer i tabellen) er slått sammen i én kategori (private).

4.10.7.3 Omsorgsnivå og sektor

Fordelt på omsorgsnivå var det svært små forskjeller mellom ekstrapopulasjonen og den øvrige "Raskere tilbake"-populasjonen.

Tabell 4.67 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på poliklinikk/dagbehandling og døgnbehandling. Perioden 2008-2018.

Omsorgsnivå*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Poli/dag	91	91	95	97	95	96	96	97	97	96	94
Døgn	9	9	5	3	5	4	4	4	3	4	6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,688	1,582	1,166	1,134	1,085	1,008	1,020	1,032	901	886	565

*Note: På grunn av mye missing på variabelen som definerer omsorgsnivå, har vi slått sammen poliklinikk og dagbehandling definert ut fra varighet (inndato = utdato for poliklinikk og dag).

Av tabellen under ser vi at det var en høyere andel av ekstrapopulasjonen som har fått behandling i somatikken.



Tabell 4.68 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på ulike sektorområder. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Sektor*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk (RT-pop)	97 (95)	95 (91)	95 (87)	94 (86)	93 (81)	92 (78)	89 (72)	88 (70)	88 (69)	88 (67)	77 (62)
Psykisk helsevern (RT-pop)	4 (5)	5 (8)	4 (13)	5 (13)	6 (18)	7 (21)	9 (26)	10(27)	9 (27)	9 (28)	17(30)
TSB	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Private rehabiliteringsinstitusjoner	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,634	1,531	1,137	1,121	1,070	1,000	1,013	1,030	902	885	561

*Note: samme pasient kan behandles i flere sektorer i løpet av et år, og total N blir dermed høyere enn antall unike pasienter som har vært behandlet. For private rehab.institusjoner startet rapporteringen på "Raskere tilbake"-aktivitet til NPR i 2014, men de hadde også aktivitet før dette. Aktivitet hos private avtalespesialister er fordelt på somatikk og psykisk helsevern.

4.10.7.4 Diagnoser

Fordelt på de ulike diagnosegruppene (basert på pasientenes hoveddiagnose) er det ikke veldig stor forskjell fra den totale "Raskere tilbake"-populasjonen. Den høyeste andelen er behandlet innenfor muskel-skjelettlidelser (varierer mellom 50-60 prosent over hele perioden), mens det er litt lavere andel med Z-diagnoser i ekstrapopulasjonen. Det er noe høyere andel som behandles for sykdommer under G-kapitlet (sykdommer i nervesystemet), sammenliknet med hele "Raskere tilbake"-populasjonen, og en del lavere andel under F-kapitlet (psykiske lidelser).

Tabell 4.69 Andel (%) av ekstrapopulasjonen med "Raskere tilbake"-pasienter identifisert i NPR fordelt på hoveddiagnosegruppe. I parentes tilsvarende andel for hele "Raskere tilbake"-populasjonen der endringene er størst. Perioden 2008-2018.

Hoveddiagnosekode/kapittel	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
A+B Infeksjonssyk.	0	0	0	0	0	0	0	0
C Ondartede svulster	0	0	0	0	0	0	0	0
D Godartede svulster/blodsykd.	1	1	0	0	0	0	0	0
E Endokrine sykd./ernæringsyk.	2	1	0	1	0	0	0	0
F Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	3 (3)	4 (7)	4 (12)	6 (17)	6 (16)	7 (17)	8 (20)	17 (27)
G Sykdommer i nervesystemet	7 (6)	14 (7)	11 (6)	9 (5)	8 (5)	6 (4)	7 (4)	3 (2)
H Sykdommer i øye og øre	0	0	0	0	0	0	0	0
I Sykdommer i sirkulasjonssystemet	4	1	1	1	1	1	0	1
J Sykdommer i åndedrettssystemet	3	1	2	1	0	1	2	0
K Sykdommer i fordøyelsessystemet	5	0	1	0	1	2	2	1
L Hudsykdommer	0	1	0	0	0	0	1	0
M Muskel-skjelettsykdommer	50 (57)	53 (54)	60 (56)	55 (51)	57 (48)	57 (47)	60 (45)	59 (48)



N Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	1	1	0	0	0	0	0	0
P Tilstander i perinatalperioden	0	0	0	0	0	0	0	0
Q Medfødte misdannelser	0	0	0	0	0	0	1	0
R Sympt./tegn/unormale kliniske funn	5	5	5	5	6	7	5	6
S Skader/forgiftninger	2	1	1	2	1	2	3	3
T Skader/forgiftninger	2	2	2	3	1	2	2	1
Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	13 (12)	14 (20)	13 (19)	15 (22)	16 (23)	14 (23)	11 (15)	10 (11)
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
N	1,689	1,234	1,128	1,074	1,109	986	955	590

4.10.8 Oversikt over hele studiepopulasjonen

I tabellen under har vi sammenstilt andelene for kjønn og aldersgrupper i hver av de fem populasjonene vi har presentert i tabellene over. Vi ser at kvinner dominerer både sykepenge- og spesialisthelsetjenestepopulasjonene, bortsett fra ekstrapopulasjonen behandlet i "Raskere tilbake" som hovedsakelig består av menn som ikke var registrert med arbeidsforhold i perioden. Det har vært en relativt sterk økning i andelen kvinner behandlet i "Raskere tilbake" utover i perioden, og økningen har hovedsakelig kommet i tilbudene i psykisk helsevern. Det er naturlig nok også færre unge blant de som behandles i spesialisthelsetjenesten, hvis vi sammenlikner med arbeidspopulasjonen, da helseplager har en tendens til å øke med alder. Det har vært relativt små forskjeller mellom "Raskere tilbake"-pasientene og de øvrige populasjonene når det gjelder utdanning, men en tendens til flere med høy utdanning i "Raskere tilbake"-populasjonen mot slutten av perioden.

Tabell 4.70 Andel (%) fordelt på kjønn, aldersgrupper og utdanningsgrupper innad i hver av de fem populasjonene. Årene 2008, 2010, 2012, 2014-2018. For antall (N), se den respektive tabell for hver av populasjonene i kapittel 4.10.3-4.10.7.

Kjønn	Populasjon	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Kvinner	Arbeidspopulasjonen	48	48	48	48	48	48	48	48
	Sykepengepopulasjoen	60	61	61	61	61	62	62	62
	NPR-populasjonen	57	57	57	57	57	57	57	57
	"Raskere tilbake"-populasjonen	51	54	57	58	58	59	60	63
	Ekstrapopulasjonen	45	43	45	46	49	52	47	49
Alder									
18-29 år	Arbeidspopulasjonen	30	29	27	26	26	25	25	23
	Sykepengepopulasjoen	18	17	16	16	16	15	15	15
	NPR-populasjonen	24	23	22	22	22	21	21	20
	"Raskere tilbake"-populasjonen	12	13	13	14	13	14	14	15
	Ekstrapopulasjonen	4	6	5	7	6	8	8	20
30-39 år	Arbeidspopulasjonen	24	23	22	22	22	22	22	22
	Sykepengepopulasjoen	26	25	24	24	24	24	24	24



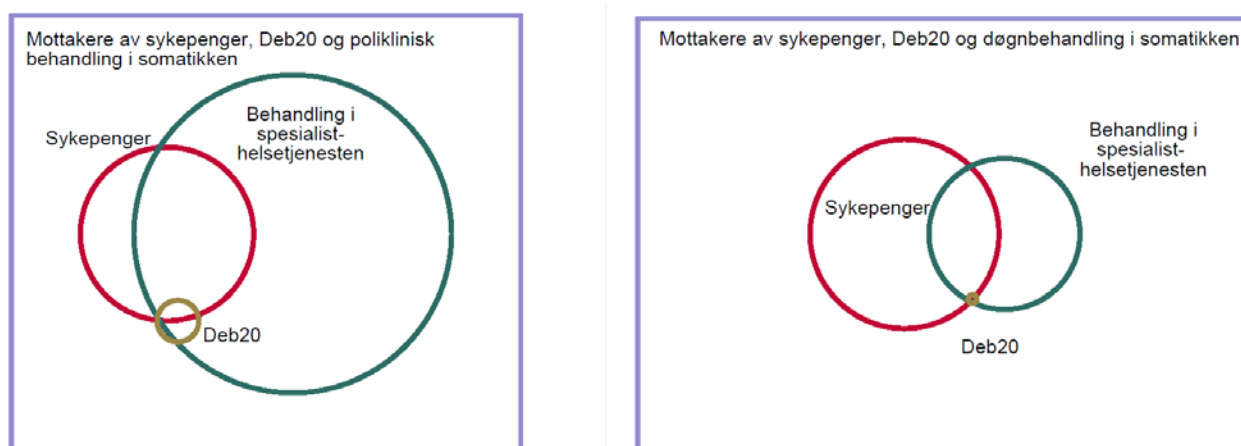
	NPR-populasjonen	24	22	21	20	20	20	20	20
	"Raskere tilbake"-populasjonen	22	23	23	23	23	23	24	25
	Ekstrapopulasjonen	13	12	11	11	11	11	11	9
40-49 år	Arbeidspopulasjonen	22	22	22	22	22	22	22	22
	Sykepengepopulasjoen	25	26	26	26	26	26	25	24
	NPR-populasjonen	21	22	22	22	22	21	21	21
	"Raskere tilbake"-populasjonen	29	30	30	30	30	30	29	28
	Ekstrapopulasjonen	26	26	27	22	23	25	23	22
50-59 år	Arbeidspopulasjonen	17	17	18	18	19	19	19	20
	Sykepengepopulasjoen	22	22	23	23	24	24	24	24
	NPR-populasjonen	20	20	21	21	21	21	22	22
	"Raskere tilbake"-populasjonen	27	26	25	25	26	25	25	24
	Ekstrapopulasjonen	33	34	35	37	38	36	37	34
60-67 år	Arbeidspopulasjonen	8	10	11	12	12	12	12	13
	Sykepengepopulasjoen	10	10	11	11	12	12	12	12
	NPR-populasjonen	11	14	15	16	16	16	16	17
	"Raskere tilbake"-populasjonen	10	9	9	9	9	8	9	8
	Ekstrapopulasjonen	24	21	23	23	22	19	22	16
Lav utd.	Arbeidspopulasjonen	25	25	24	24	23	22	21	19
	Sykepengepopulasjoen	24	23	22	21	20	20	19	19
	NPR-populasjonen	24	23	23	22	22	21	21	20
	"Raskere tilbake"-populasjonen	28	26	23	22	21	20	19	19
	Ekstrapopulasjonen	40	45	43	42	41	45	43	49
Middels utd.	Arbeidspopulasjonen	43	42	41	41	41	41	41	42
	Sykepengepopulasjoen	47	46	45	45	44	44	43	43
	NPR-populasjonen	44	44	43	42	42	41	41	41
	"Raskere tilbake"-populasjonen	50	48	46	43	43	42	41	38
	Ekstrapopulasjonen	47	44	42	42	42	40	41	33
Høy utd.	Arbeidspopulasjonen	32	33	34	35	36	37	38	39
	Sykepengepopulasjoen	29	31	33	35	36	37	38	39
	NPR-populasjonen	32	34	35	36	37	38	38	39
	"Raskere tilbake"-populasjonen	22	26	31	35	36	38	40	43
	Ekstrapopulasjonen	14	12	15	17	17	15	16	18



4.10.8.1.1 Venn-diagram over mottakere av sykepenger, debitorkode 20 og poliklinisk behandling

Proporsjonale Venn-diagram er en illustrativ måte å presentere mengder på, og viser hvor stort (eller lite) overlappet er mellom de ulike populasjonene våre. I figurene under utgjør den lilla firkanten hele mulighetsrommet med mottakere av sykepenger, de som har fått behandling gjennom "Raskere tilbake" (Deb20) og de som har fått poliklinisk behandling og dagbehandling i hver av de fire sektorområdene (somatikk, psykisk helsevern (PHV), TSB, rehabilitering) i løpet av perioden 2008-2018. Den grønne sirkelen illustrerer størrelsen på den delen av populasjonen som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten, den røde sirkelen utgjør hvor mange som har mottatt sykepenger i løpet av perioden, og den lysebrune sirkelen utgjør hvor mange som har mottatt behandling gjennom "Raskere tilbake" (kodet med debitorkode 20 i NPR). I dagspanelfilen som er benyttet her vil det være sammenheng (overlapp) mellom sykepengeperioden og behandlingsperioden (eller dagen for poliklinisk/dagbehandling) i spesialisthelsetjenesten.

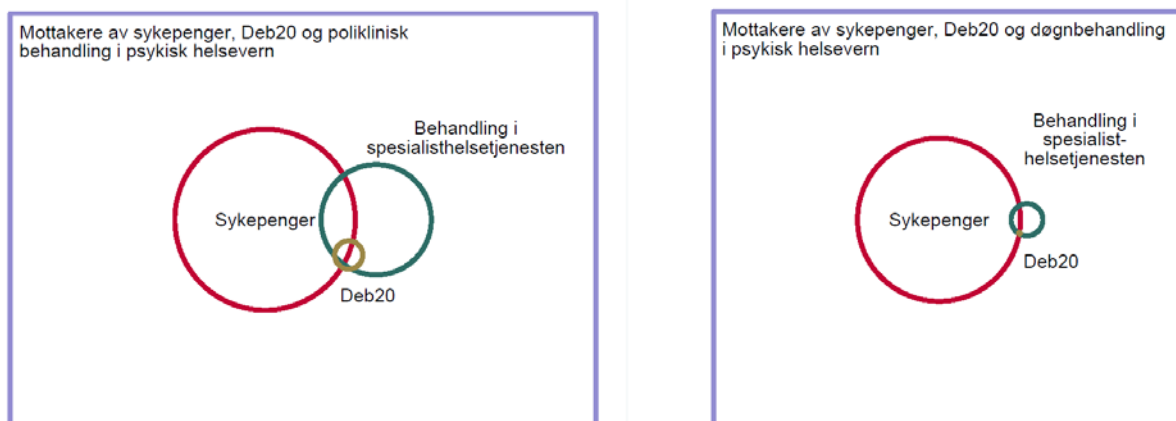
Til venstre i den første figuren, ser vi at det er litt under halvparten av Deb20-pasientene som både har mottatt sykepenger og poliklinisk behandling i somatikken. Omtrent to tredjedeler av de som mottok sykepenger i perioden, mottok også poliklinisk behandling i somatikken, uten at vi her kan knytte behandlingen direkte til sykepengediagnose. Tilsvarende i høyre del av figuren ser hvor liten andel av "Raskere tilbake"-pasientene som mottok døgntilrettelagt behandling i somatikken.



Figur 4.63 Proporsjonale Venn-diagram som viser fordelingen mellom alle mottakere av sykepenger, pasienter i hhv. poliklinisk/dag og døgntilrettelagt behandling og pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud (Deb20). Sektorområde somatikk. Perioden 2008-2018.



Tilsvarende Venn-diagram illustrerer sammenhengene for poliklinisk- og døgnbehandling i hhv. psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og i rehabiliteringsinstitusjoner.



Figur 4.64 Proporsjonale Venn-diagram som viser fordelingen mellom alle mottakere av sykepenger, pasienter i hhv. poliklinisk/dag og døgn-behandling og pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud (Deb20). Sektorområde psykisk helsevern. Perioden 2008-2018.



Figur 4.65 Proporsjonale Venn-diagram som viser fordelingen mellom alle mottakere av sykepenger, pasienter i hhv. poliklinisk/dag og døgn-behandling og pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud (Deb20). Sektorområde tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Perioden 2008-2018.



Figur 4.66 Proporsjonale Venn-diagram som viser fordelingen mellom alle mottakere av sykepenger, pasienter i hhv. poliklinisk/dag og døgn-behandling og pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud (Deb20). Sektorområde rehabiliteringstjenester. Perioden 2008-2018.



4.10.9 "Raskere tilbake"-populasjonen – utvikling i utvalgte diagnoser

I dette kapitlet ser vi nærmere på noen utvalgte diagnosegrupper over tid, ventetider i "Raskere tilbake"-populasjonen sammenliknet med øvrige pasienter i arbeidspopulasjonen, deskriptiv statistikk for den delen av sykepengepopulasjonen som har vært behandlet i spesialisthelsetjenesten (herunder "Raskere tilbake"-pasienter sammenliknet med øvrige pasienter). Vi undersøker polikliniske behandlingstilbud i særdeleshet, da dette utgjør den absolutt største delen av "Raskere tilbake"-tilbudene.

Vi starter med å se på utviklingen i utvalgte diagnosegrupper som har utgjort noen av de største pasientgruppene i "Raskere tilbake"-tilbudene. Tilbudene innenfor kreft og hjernetraume har hatt langt færre pasienter sammenliknet med f.eks. psykiske diagnoser og muskel- og skjelett-diagnoser, men dette er tilbud som fortsetter også etter at "Raskere tilbake"-ordningen ble lagt om i 2018, og de inkluderes derfor her. Først gir vi en beskrivelse av hvordan vi har definert diagnosegruppene basert på ICD-10 hoveddiagnose i NPR (se figur på neste side)³⁰. Vi har laget følgende gjensidig utelukkende grupper, der vi kombinerer diagnoseinformasjon med informasjon om hvilken sektor behandlingen har funnet sted i (PHV = psykisk helsevern, TSB = tverrfaglig spesialisert rusbehandling):

- Alvorlig psykisk lidelse er definert som F2 (utenom F21) og F30 og F31.
- Vanlig psykisk lidelse er definert som enten F-diagnose eller behandlet i PHV (inklusive private avtalespesialister i PHV), gitt at det ikke er diagnose for alvorlig psykisk lidelse, rus-diagnose (F1) og at diagnose ikke er missing.
- Rus-diagnose er definert som F2 eller behandlet i TSB.
- Nervesystem er definert som G-diagnoser, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Lungesykdom som J-diagnoser, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Hjerte-/kar sykdom som I-diagnoser, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Hjernetraume som S0 (hodeskader), og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Kreft er definert som C00-D48, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- R- diagnoser (symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted) er alle med R som første bokstav, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Z-diagnoser (faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) er alle med Z som første bokstav, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Muskel- og skjelett er alle med M-diagnose, og som ikke er inkludert i PHV og TSB.
- Andre diagnoser er diagnoser som ikke dekkes av de øvrige kategoriene.

³⁰ Det anbefales å benytte Direktoratet for e-helse sin trenavigator under Finnkode.no (<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/-1>) for å slå opp enkeltdiagnoser.



- + Kapittel I (A00-B99) Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer
- + Kapittel II (C00-D48) Svulster
- + Kapittel III (D50-D89) Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet
- + Kapittel IV (E00-E90) Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser
- + Kapittel V (F00-F99) Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- + Kapittel VI (G00-G99) Sykdommer i nervesystemet
- + Kapittel VII (H00-H59) Sykdommer i øyet og øyets omgivelser
- + Kapittel VIII (H60-H95) Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)
- + Kapittel IX (I00-I99) Sykdommer i sirkulasjonssystemet
- + Kapittel X (J00-J99) Sykdommer i åndedrettssystemet
- + Kapittel XI (K00-K93) Sykdommer i fordøyelsessystemet
- + Kapittel XII (L00-L99) Sykdommer i hud og underhud
- + Kapittel XIII (M00-M99) Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev
- + Kapittel XIV (N00-N99) Sykdommer i urin- og kjønnsorganer
- + Kapittel XV (O00-O99) Svangerskap, fødsel og barseltid
- + Kapittel XVI (P00-P96) Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
- + Kapittel XVII (Q00-Q99) Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik
- + Kapittel XVIII (R00-R99) Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted
- + Kapittel XIX (S00-T98) Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker
- + Kapittel XX (V00-Y98) Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall
- + Kapittel XXI (Z00-Z99) Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten
- + Kapittel XXII Koder for spesielle formål (U00-U85)

Figur 4.67 Hovedkapittel i ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer), systematisk del, trenavigator. Kilde: Direktoratet for e-helse.

I tabellen under har vi tatt ut de fem hyppigst brukte diagnosene på "Raskere tilbake"-pasientene over hele perioden.



Tabell 4.71 Hyppigst brukte diagnoser i "Raskere tilbake"-populasjonen over år 2008-2018. Sektor.

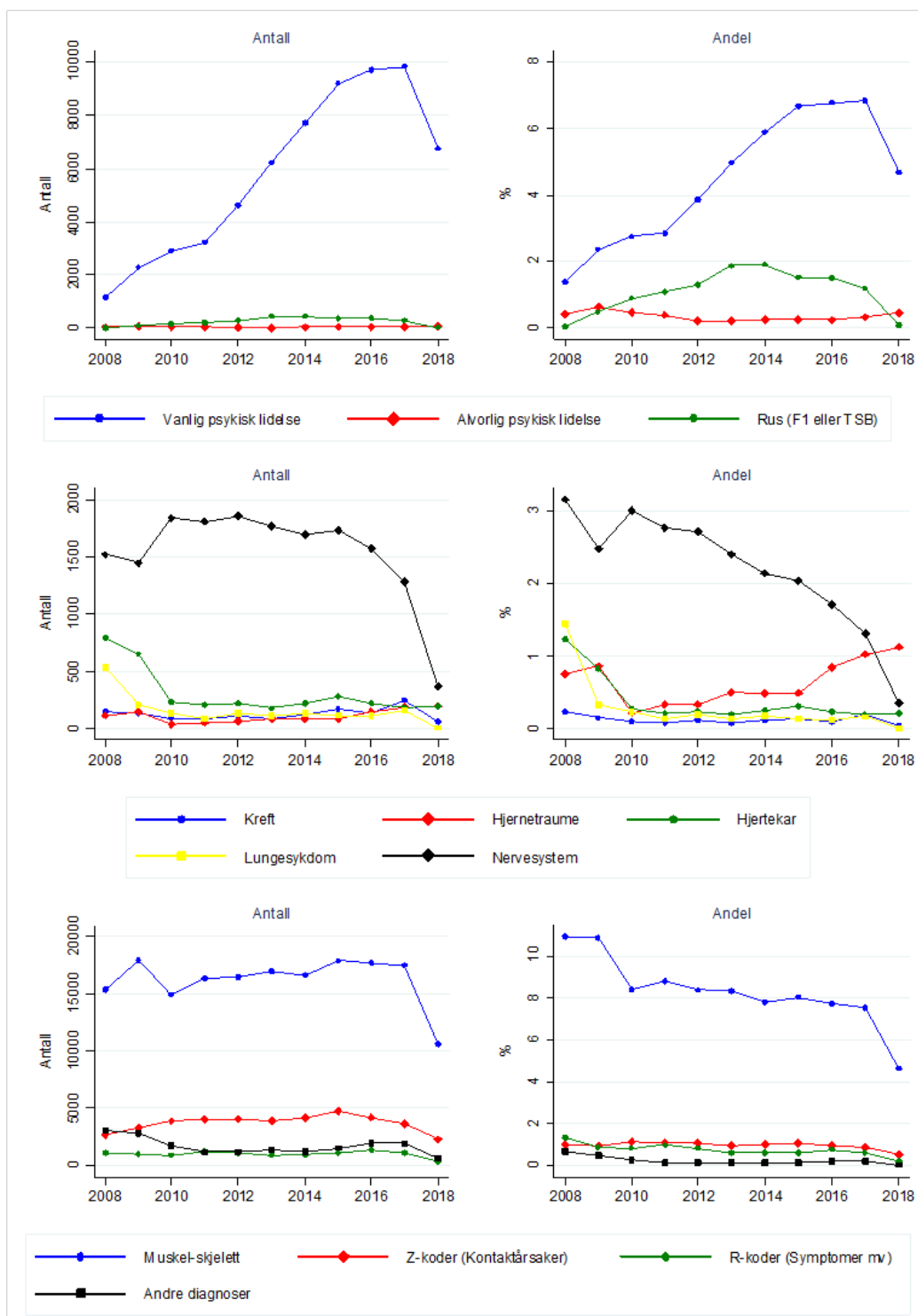
Somatikk (inkl. private avtalespesialister)			
Diagnose	Diagnosenavn	Frekvens	%
Z50.9	Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak	188329	27
M54.9	Uspesifisert ryggsmerte	49486	7
M79.0	Uspesifisert reumatisme	36445	5
M75.4	"Impingement syndrome" i skulder	24664	4
M54.5	Lumbago	21451	3
Sum andel			46
Psykisk helsevern (inkl. private avtalespesialister)			
Diagnose	Diagnosenavn	Frekvens	%
Z00.4	Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted	98461	23
F43.2	Tilpasningsforstyrrelser	48527	11
F32.1	Moderat depressiv episode	32077	7
F32.0	Mild depressiv episode	31077	7
Z50.4	Psykoterapi, ikke spesifisert annet sted	23437	5
Sum andel			54
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Diagnose	Diagnosenavn	Frekvens	%
F10.2	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol; avhengighetssyndrom	4952	29
F10.1	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol; skadelig bruk	3548	21
Z63.7	Andre stressende livsopplevelser som påvirker familie og husstand	2034	12
F10.9	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol; uspesifisert psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse	735	4
F63.0	Patologisk spillelidenskap	597	4
Sum andel			70
Rehabilitering			
Diagnose	Diagnosenavn	Frekvens	%
M79.7	Fibromyalgi	3963	10
I25	Kronisk iskemisk hjertesykdom	2965	7
M79.1	Myalgi	2089	5
M54.2	Smerte i nakke	1887	5
Z73.0	Utbrenthet	1109	3
Sum andel			30



En person kan være representert i flere diagnosegrupper, også innenfor samme behandlingsforløp, hvis det er brukt ulike hoveddiagnosekategorier. Typisk er for eksempel at en pasient kan ha både M- og Z-diagnose i samme forløp. Figurene under presenterer både antall pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud og hvor stor andel disse utgjør av totalt antall pasienter i spesialisthelsetjenesten som ble behandlet for samme diagnoser samme år.

Som vi så av gjennomgangen av karakteristika for "Raskere tilbake"-pasientene, har andel "Raskere tilbake"-pasienter behandlet for vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon, vokst relativt kraftig fra "Raskere tilbake" startet i 2007 og fram til 2017. Reduksjonen i 2018 tror vi hovedsakelig skyldes endringer i kodepraksis for debitorcode 20, da "Raskere tilbake" gikk over til å bli en rammefinansiert satsing i hele landet, i tillegg til at en del tilbud ble avviklet. I figurene under ser vi at antall og andel som ble behandlet for muskel-skjelett-lidelser har ligget relativt stabilt gjennom perioden på mellom 15-18 000 pasienter per år. "Raskere tilbake"-behandling for vanlige psykiske lidelser (angst og depresjon) har steget fra rundt 1000 pasienter i 2008 til rundt 10 000 pasienter i 2016 og 2017. De siste tre årene av perioden utgjorde "Raskere tilbake"-pasientene rundt sju prosent av alle som ble behandlet for angst og depresjon i spesialisthelsetjenesten. Videre ser vi at antallet som har blitt behandlet i TSB er lavt gjennom hele perioden, men at "Raskere tilbake"-tilbudene i TSB gav behandling til rundt to prosent av alle som ble behandlet med tilsvarende diagnoser i 2013 og 2014. Det var også relativt få behandlede pasienter i diagnosegruppene kreft, hjernetraume, hjertekar, lungesykdom og nervesystem. For nervesystemsykdommer ser vi at de har ligget på mellom 1500 og 2000 "Raskere tilbake"-pasienter per år, men har utgjort en stadig mindre andel av alle pasienter i spesialisthelsetjenesten behandlet for denne type diagnoser.

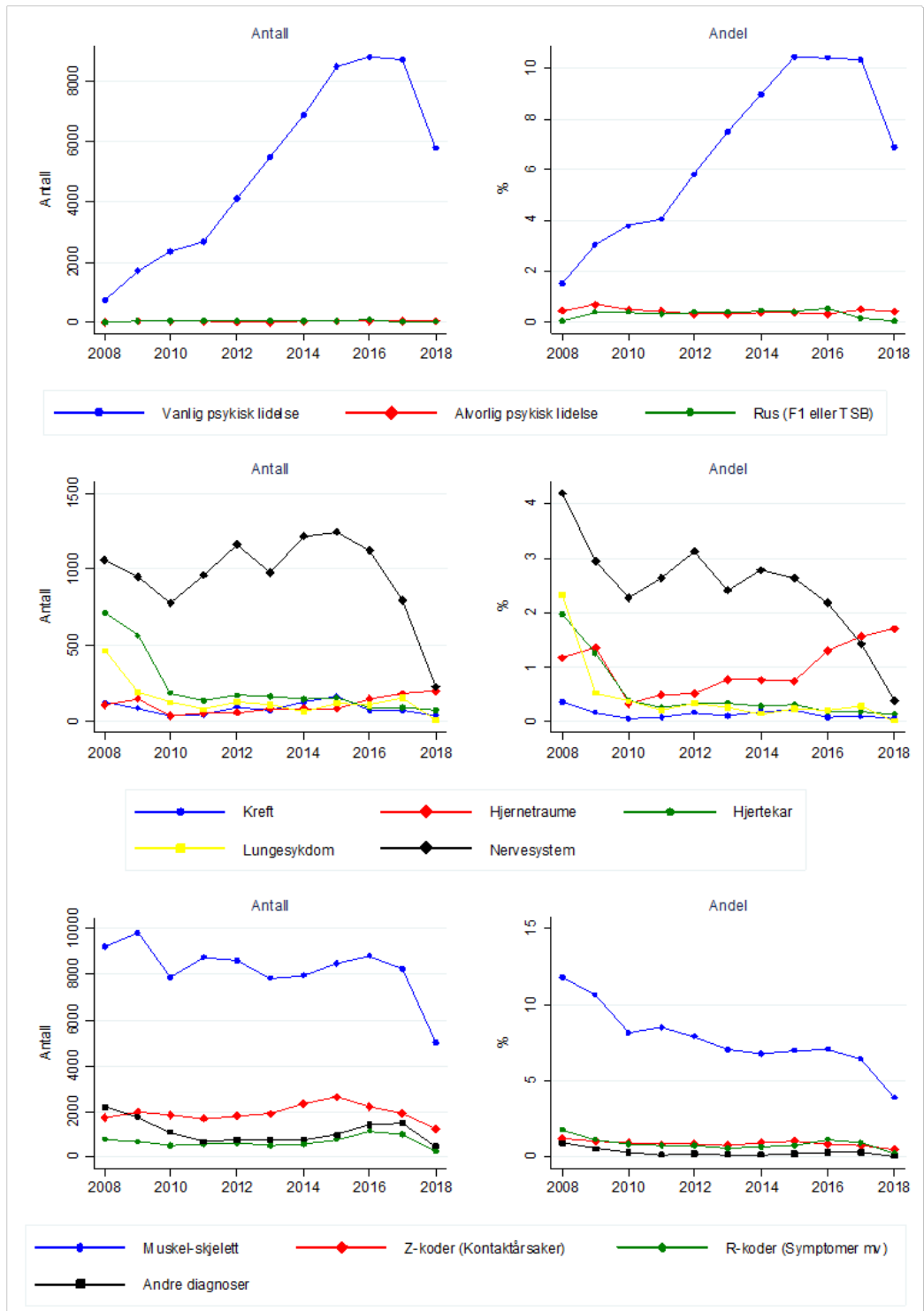
Etter hovedfiguren for alle "Raskere tilbake"-pasientene med de utvalgte diagnosene, kommer tilsvarende figurer per helseregion i egne underkaptiler (vi kommenterer ikke spesifikt på disse). Private virksomheter som har avtale med de regionale helseforetakene ligger inne i regiontallene, mens tall fra private uten avtale presenteres separat i egen figur mot slutten av delkapitlet.



Figur 4.68 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper og/eller satsingsområder i Helse og arbeid. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Alle helseregioner. Perioden 2008 – 2018.



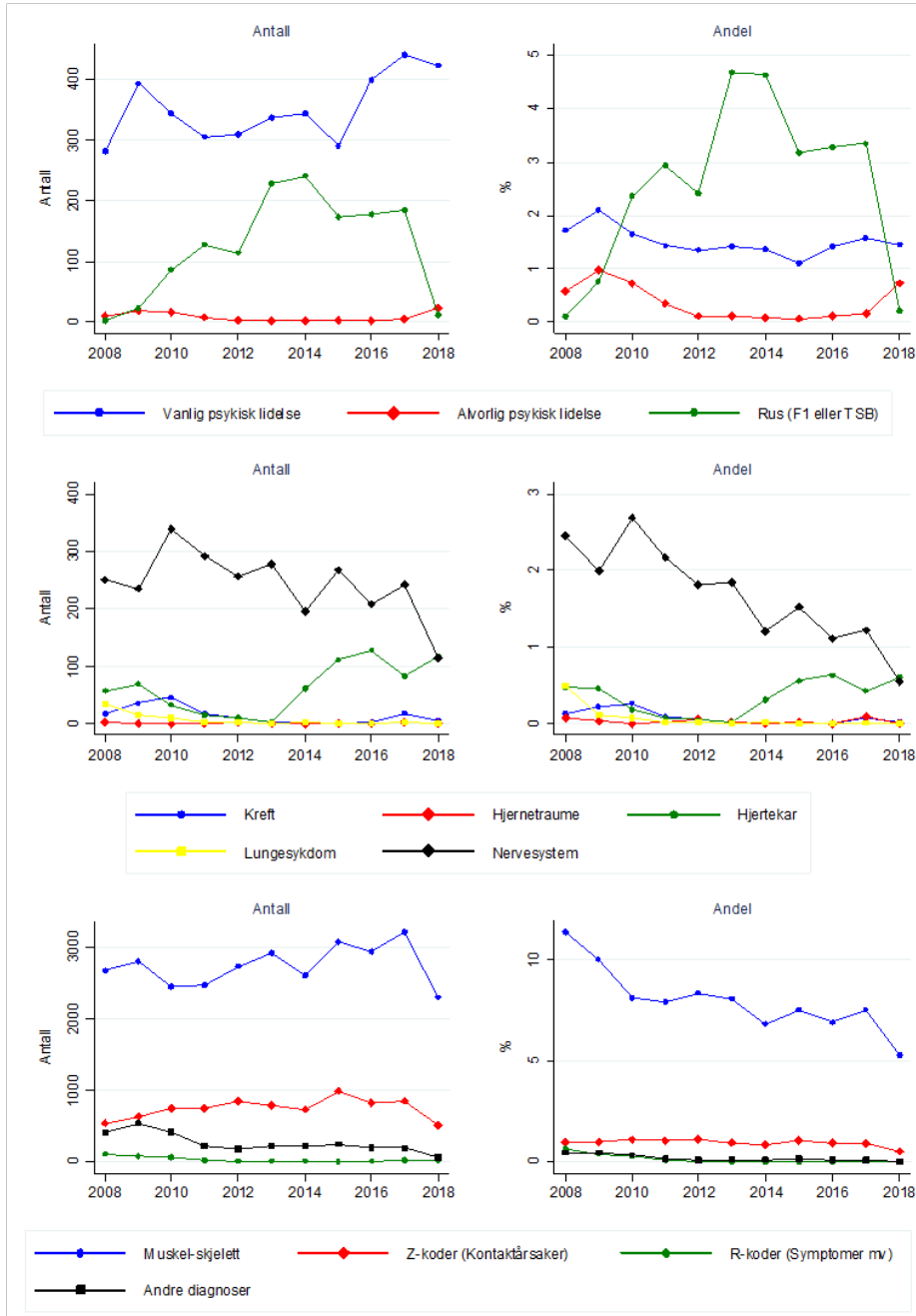
4.10.9.1 Helse Sør-Øst



Figur 4.69 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst. Perioden 2008 – 2018.



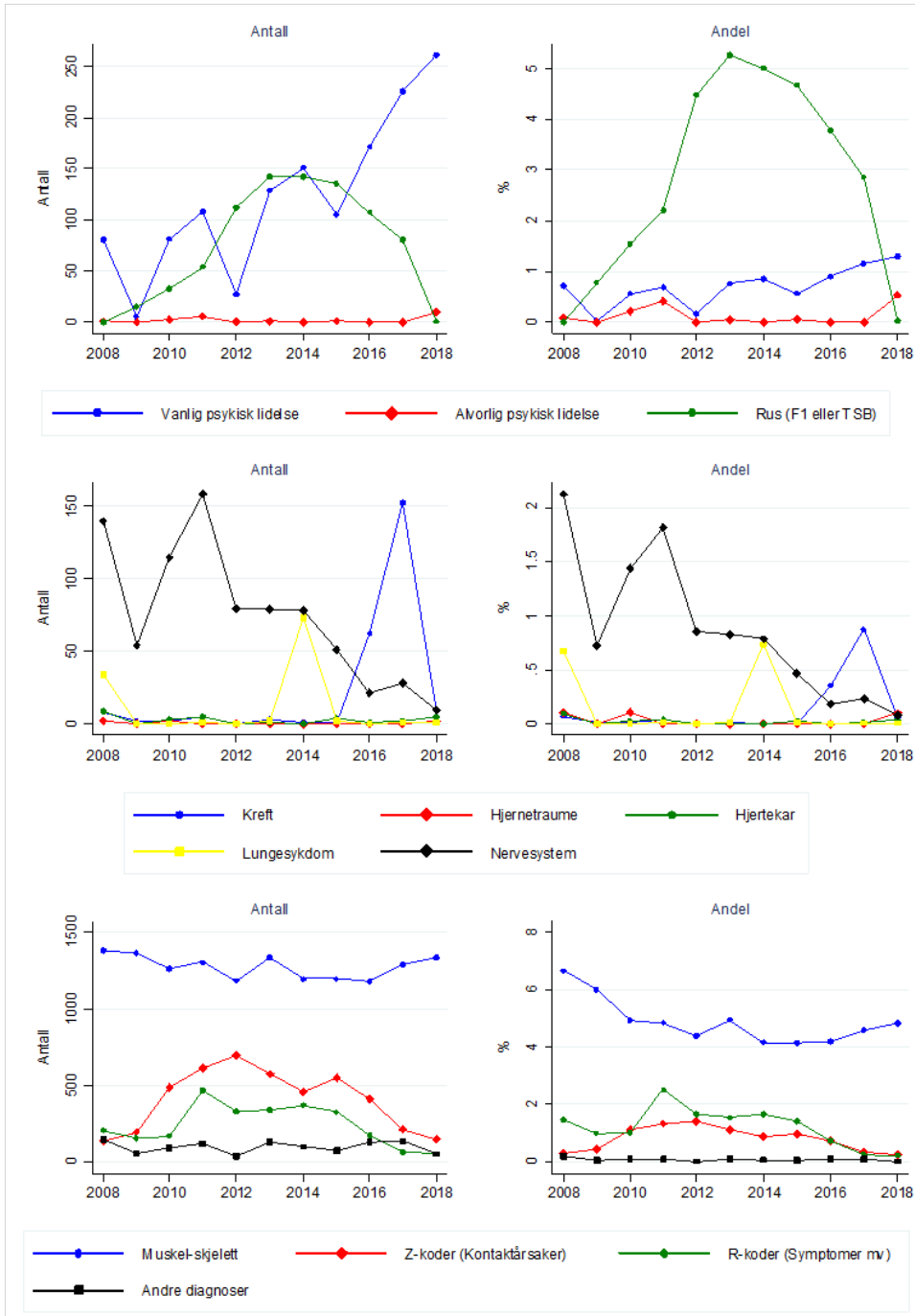
4.10.9.2 Helse Vest



Figur 4.70 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Helse Vest. Perioden 2008 – 2018.



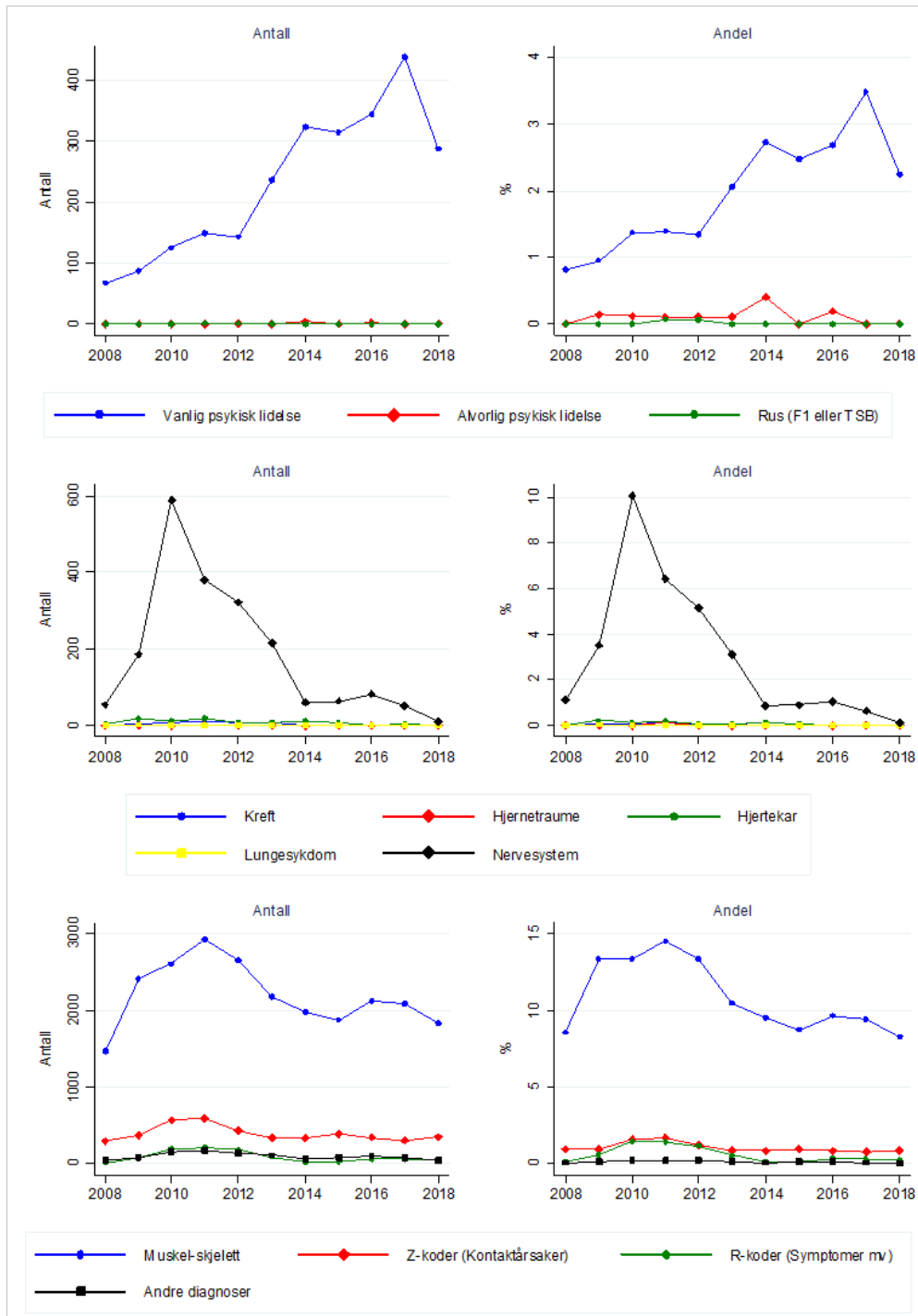
4.10.9.3 Helse Midt-Norge



Figur 4.71 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge. Perioden 2008 – 2018.



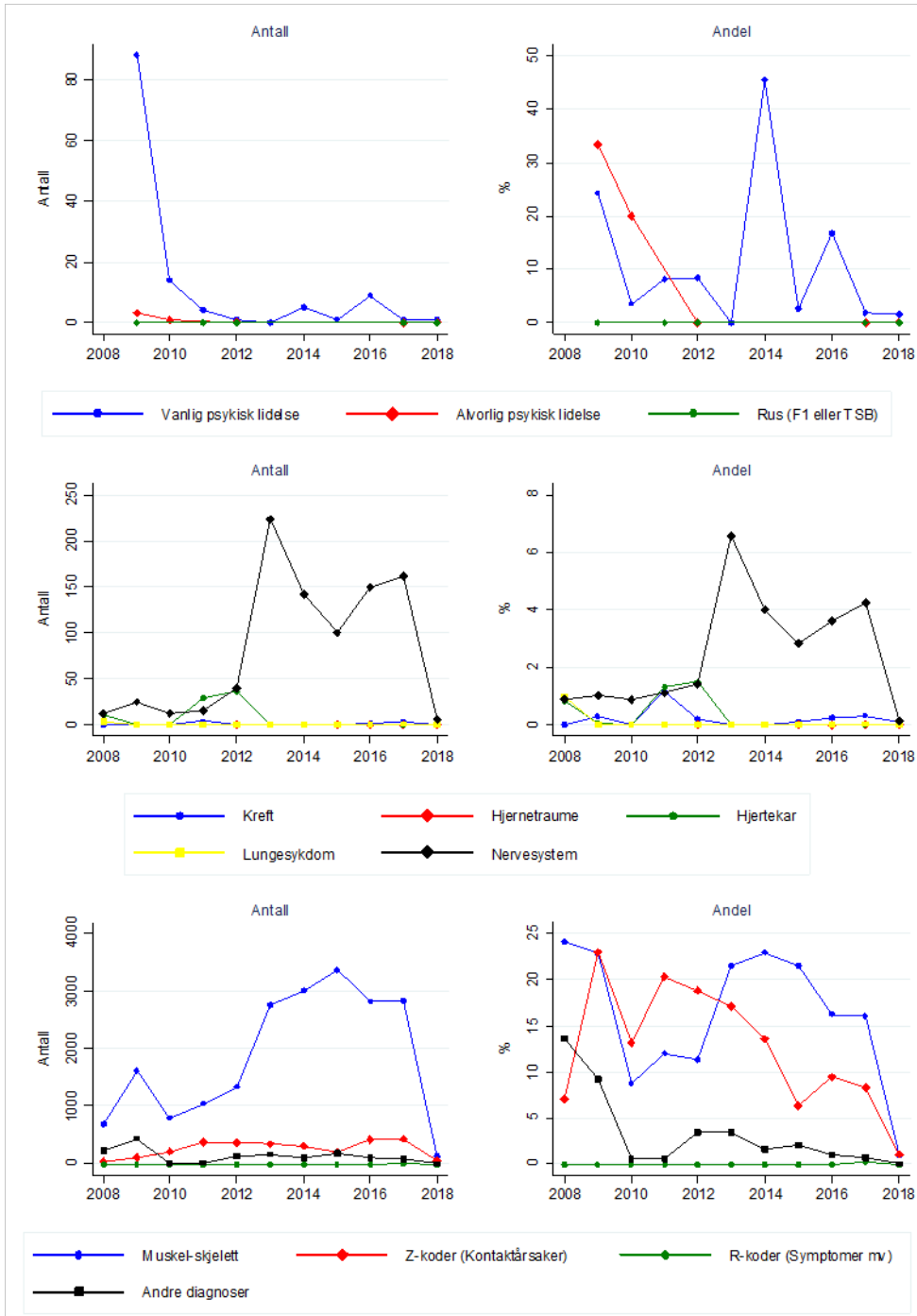
4.10.9.4 Helse Nord



Figur 4.72 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord. Perioden 2008 – 2018.



4.10.9.5 Private uten langsiktige avtaler



Figur 4.73 Antall og andel (%) pasienter behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud fordelt på hyppigst forekommende diagnosegrupper. Andel basert på pasienter totalt behandlet for samme diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Private uten langsiktige avtaler. Perioden 2008 – 2018.



4.10.10 Ventetider hos "Raskere tilbake"-populasjonen vs. andre pasienter

Som beskrevet innledningsvis hadde "Raskere tilbake"-ordningen som mål å redusere ventetid på behandling og tilbakekomst til jobb, og derigjennom redusere sykefraværet. Helse Sør-Øst har presentert ventetider kontinuerlig på sine nettsider for "Raskere tilbake" (nå Helse og arbeid)³¹, men en sammenstilling av ventetidstall for hele perioden i hele landet har ikke vært vist tidligere.

Samlet ventetid for et behandlingsforløp beregnes vanligvis fra første mottaksdato for en henvisning, kalt ansiennitetsdato, til dato for ventetidens slutt³². Denne ansiennitetsdatoen skal følge pasienten også om vedkommende henvises til videre behandling ved en annen institusjon. Dato for mottak av henvisning/søknad ved det behandelende helseforetaket kalles mottaksdato og benyttes for å beregne institusjonens/sykehusets interne ventetid. Et behandlingsforløp består som oftest av flere behandlingsaktiviteter (innleggelser, konsultasjoner). I presentasjonen av tall for ventetid har vi tatt utgangspunkt i ventetid for et behandlingsforløp, og observasjonsenhet er altså behandlingsforløp. Det er mer manglende observasjoner (missing) i ansiennitetsdato og ventetidssluttdato enn i mottaksdato. Derfor har vi brukt to alternative måter å beregne ventetid, der vi presenterer tall for begge metodene:

A. Ventetid=Ventetidssluttdato-ansiennitetsdato

B. Ventetid= Første inndato i forløp – mottaksdato.

I tilfelle A har vi definert et behandlingsforløp som alle hendelser (aktiviteter) for samme person som har samme ansiennitetsdato og ventetidssluttdato innen en sektor. I tilfelle B er behandlingsforløp definert som alle hendelser for samme person som har samme mottaksdato innen en sektor. Vi skiller ikke her mellom ulike omsorgsnivå. Det vil si at vi kan sammenligne ventetider med kun poliklinikkforløp med ventetid for forløp med innleggelser. Når det gjelder "Raskere tilbake"-pasientene er det svært liten andel av disse som har fått døgnbehandling, og dette er dermed ikke et stort problem for denne gruppen.

4.10.10.1 Missing-problematikk

I somatikk-filen fra Norsk pasientregister mangler alle henvisningsdatoene i 2008 (første år med personidentifiserbare NPR-data), og det er også en høy andel missing i 2009. Det er også betydelig missing i ansiennitetsdato for somatikk-fila fram til og med 2013 (8,3-11 prosent). Det er lite missing i PHV- og TSB-filene med unntak av PHV-fil for 2008 (6,7 %). Alle mottaks- og ventetidssluttdatoer (og hovedsaklig også ansiennitetsdatoer) er missing for avtalespesialister. Dette bidrar til at det blir en vesentlig andel missing i ventetid for begge ventetidsmålene for somatikk og PHV når avtalespesialister fordeles til sektor. For rehabiliteringsinstitusjoner er det ingen henvisningsdatoer før 2014, og mye missing for ansiennitetsdato og ventetidssluttdato (dvs. for definisjon A) også etter 2013. Det er generelt mer missing i metodedefinisjon A enn B.

³¹<https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-opdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake-helse-og-arbeid/ventetider-ved-tilbudene-innen-helse-og-arbeid>

³²Se også mer spesifikke variabeldefinisjoner på: <https://hrr.uit.no/hrr/>.



4.10.10.2 Tilpasninger av datamaterialet

Vi har gjort visse tilpasninger av datamaterialet for å gjøre aktiviteten i "Raskere tilbake" mer sammenliknbare med vanlig aktivitet i spesialisthelsetjenesten. "Svangerskap, fødsel og barseltid" (bokstav O) og "Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden" (P) er ekskludert. Dette utgjør til sammen 1,711,451 aktiviteter i årene 2008-2018, eller 2,6 prosent av alle aktiviteter. Akutte opphold med hastegrad 1-3 (Ventetid < 24 timer) er også ekskludert. Dette utgjør 8,244,205 aktiviteter, eller 12,3 prosent av alle aktiviteter. Ulogiske verdier som negativ ventetid er satt lik missing (metode A: 64,725 aktiviteter, metode B: 10,343 aktiviteter). Siden noen har veldig lang ventetid, delvis på grunn av feil i datovariabel, presenterer vi tall for median ventetid heller enn gjennomsnittlig ventetid.

4.10.10.3 Median ventetid for "Raskere tilbake"-pasientene

Vi beregner median ventetid for "Raskere tilbake" både basert på data der både "Raskere tilbake" og ikke-"Raskere tilbake"- aktiviteter er inkludert, hvor vi skiller mellom de som kun har debitorkode 20-aktiviteter i forløpet og de som har både debitorkode 20-aktivitet og andre aktiviteter i forløpet. I sistnevnte tilfelle kan ventetid omfatte ventetid for henvisninger som i utgangspunktet ikke var knyttet til "Raskere tilbake". Vi har også beregnet ventetid for "Raskere tilbake"-forløp basert kun på debitorkode 20-aktiviteter. Mellom to og tre prosent av forløpene inkluderer debitorkode 20-aktivitet, og om lag 0,7 prosent av alle forløpene, og nesten 30 prosent av RT-forløpene, har både debitorkode 20 og ikke-debitor20 aktivitet.

Videre identifiserer vi forløp innen hver av de fire sektorene somatikk, PHV, TSB og rehabilitering. Vi ønsker også å identifisere muskel- og skjelettforløp separat, ettersom de utgjør en stor gruppe innen somatikk, og særlig innenfor "Raskere tilbake". I og med at dette typisk er forløp som kan innbefatte flere ulike diagnosekoder og sammensatt problematikk, har vi identifisert muskel- og skjelett-forløp som forløp med minst én aktivitet med M-diagnose.



Tabell 4.72 Gruppering av forløp basert på debitor20-status. Andel (%) av forløpene som har hhv. kun debitorkode 20-aktivitet i forløpet, både debitorkode 20-aktivitet og ikke-debitorkode 20-aktivitet i forløpet, samt de som ikke har noe debitorkode 20-aktivitet i forløpet. For begge definisjonene av forløp (A, B).

		Kun debitor20-aktivitet i forløpet	Både debitor20 og ikke-debitor20 aktivitet i forløpet	Ingen debitor20-aktivitet i forløpet	
Alle forløp	A	1.67	0.69	97.64	100
	B	1.72	0.73	97.55	100
Somatikk	A	1.39	0.71	97.90	100
	B	1.43	0.75	97.81	100
PHV	A	4.93	0.53	94.54	100
	B	4.92	0.54	94.54	100
TSB	A	1.00	0.42	98.58	100
	B	0.93	0.40	98.67	100
REHAB	A	3.77	0.15	96.07	100
	B	3.96	0.19	95.85	100
Muskel-/skjelett	A	6.64	3.20	90.16	100
	B	6.67	3.27	90.06	100

I tabellen under viser vi resultater for median ventetid samlet og etter sektor, for alle forløp og forløp med ulik RT-status. Vi viser også gjennomsnittlig antall forløp per individ. Dette tallet inkluderer forløp med missing ventetidsrelaterte datoer (disse vi bli sett under ett, altså som ett forløp). Det vil si at det reelle antall forløp kan være høyere.

Det er betydelig forskjell i antall forløp basert på definisjon A og B spesielt for rehabiliteringsinstitusjoner hvor det er betydelig antall missing også etter 2013 for definisjon A. Det er, med noen viktige unntak, ikke stor forskjell i median ventetid basert på de to definisjonene. For forløpene under ett er det høyere medianventetid for definisjon B enn for definisjon A. Dette er imidlertid ikke tilfelle for forløp med både debitorkode 20- og ikke-debitorkode 20-aktivitet. Det er heller ikke tilfelle i TSB (kan muligens skyldes få tilfeller i TSB).



Tabell 4.73 Antall forløp per individ og median ventetid. Pasientpopulasjonen totalt 2008-2018, og etter debitorcode 20-status.

	Basert på totalfil (pasientpopulasjonen totalt)					Basert på kun debitor20-case	
	Gjennomsnittlig antall forløp per individ	Median Ventetid (dager)				Gjennomsnittlig antall forløp per individ	Median ventetid (dager)
		Alle forløp	Ingen deb20	Kun deb20	m/u deb20		
ALLE							
Ventetid A	4.47	37	37	31	42	1.27	34
Ventetid B	4.28	44	44	33	41	1.25	36
SOMATIKK							
Ventetid A	3.98	38	38	32	43	1.25	35
Ventetid B	3.81	46	46	34	42	1.24	38
PHV							
Ventetid A	1.84	29	28	29	33	1.12	29
Ventetid B	1.82	32	32	32	30	1.11	32
TSB							
Ventetid A	2.07	34	34	23	29	1.07	25
Ventetid B	2.19	28	29	16	17	1.06	18
REHAB							
Ventetid A	1.38	75	79	39	93 ¹⁾	1.08	40
Ventetid B	1.24	77	82	43	83 ¹⁾	1.03	45
SOMATIKK - med muskelskjelettdiagnose i forløpet							
A		57	61	30	45		34
B		58	62	31	42		35

1)Kun i overkant av 200 forløp.

Det er betydelig forskjell i median ventetid i somatikk for ikke-debitorcode 20 forløp. Dette er en veldig heterogen gruppe. Dersom vi ser på muskel- og skjelett forløp er det liten forskjell i median ventetid med

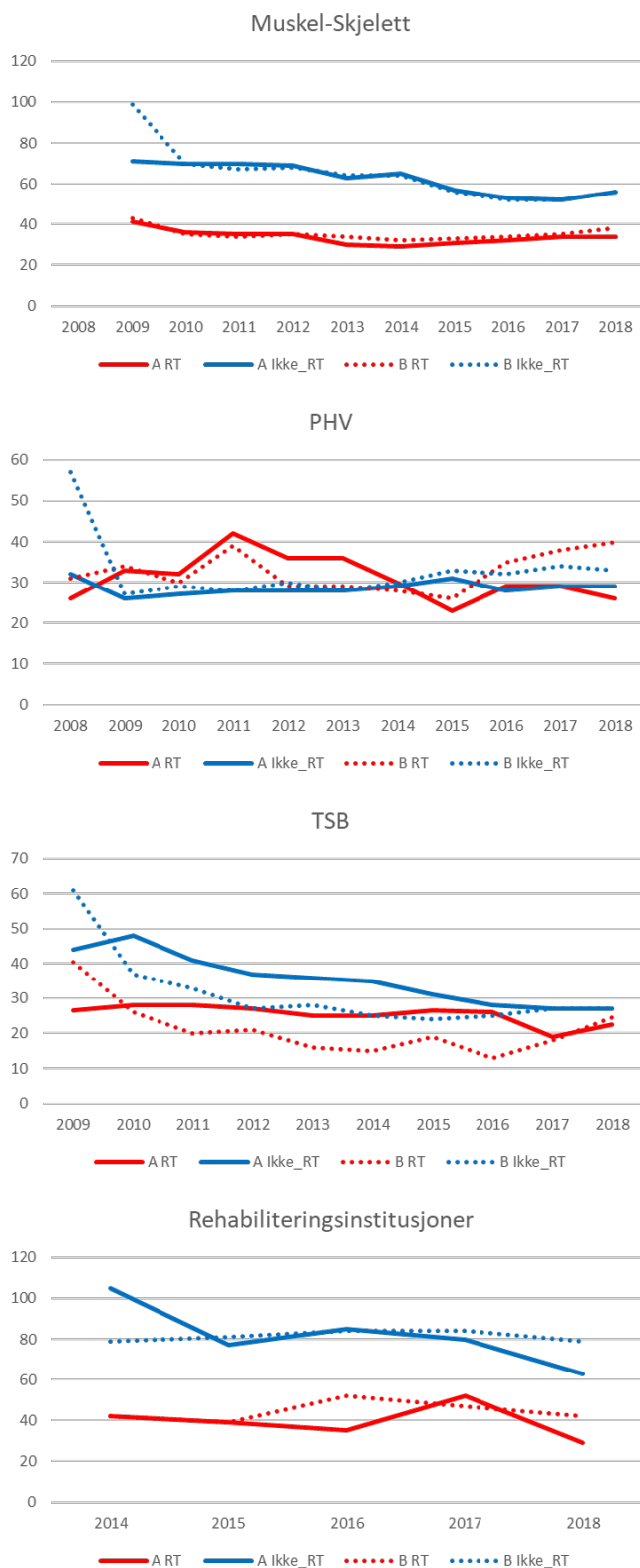


definisjon A og B. Det er også stor forskjell mellom A og B for TSB og debitorcode 20-forløp i rehabiliteringstjenester.

Figuren under viser median ventetid (for begge ventetidsdefinisjonene) over år for muskel- og skjelett-forløp, PHV-forløp, TSB-forløp og rehabiliteringsinstitusjon-forløp for henholdsvis forløp basert på kun RT-aktivitet og forløp som ikke inneholder RT-aktivitet. For muskel- og skjelett, TSB og rehabiliteringsinstitusjoner er medianventetid for RT-forløpene lavere enn for ikke-RT-forløpene i alle år og med begge definisjoner av ventetid. Bildet er ikke entydig for PHV. Høy median ventetid for definisjon B i 2008 skyldes trolig at første aktivitet i forløpet skjedde i 2007 for noen av forløpene, og at disse ikke er med i data, og at vi derfor får lengre tid fra mottaksdato til første registrerte inndato i forløpet.

Fra evalueringen som ble gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning AS i de første årene av "Raskere tilbake"³³, fant de signifikante tiltakseffekter for kirurgisk og medisinsk behandling. De som hadde deltatt på "Raskere tilbake"-tiltak hadde i gjennomsnitt 4,3 dager kortere sykepengeperioder sammenliknet med personer som mottar slik behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Effekten var særlig sterk for kirurgi når gruppene av pasienter ble analysert hver for seg. Mens medisinske pasienter som hadde deltatt på "Raskere tilbake" ikke hadde signifikant kortere sykefravær enn sammenligningsgruppen, ble sykefraværet redusert med rundt 14 dager for kirurgiske "Raskere tilbake"-pasienter sammenliknet med de som mottar kirurgisk behandling gjennom det ordinære tilbudet. Forskerne påpeker at resultatene ikke skyldes at behandlingen i seg selv reduserte sykefraværet, men at "Raskere tilbake" bidro til å redusere ventetidene på behandlingen. De fant at ventetidene ble redusert med ca. 18 dager når de studerte medisinsk og kirurgisk behandling under ett. Det var altså ingen dag-for-dag-sammenheng mellom reduserte ventetider og reduksjon i sykefraværet. Selv om metodene som vi har benyttet ikke direkte kan sammenliknes, ser vi at vi finner en noe lavere reduksjon i median dager ventetid enn det Holmås og Kjerstad (2010) gjorde, perioden sett under ett. Men i figuren under, som viser forskjellen for hvert av årene, ser vi i underkant av 20 dager (median) kortere ventetid for muskel- og skjelett-lidelser, mens psykisk helsevern har både høyere og lavere ventetid for "Raskere tilbake"-pasientene i løpet av perioden. Ved rehabiliteringsinstitusjonene er forskjellene enda større, med opp mot 40 dager (median) kortere ventetid for "Raskere tilbake"-pasientene.

³³ Holmås TH, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3 SNF-rapport nr 07/10 Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS. , 2010.



Figur 4.74 Medianventetid. RT og ikke-RT-forløp. To ulike definisjoner av ventetid A og B. Perioden 2008 til 2018 (for TSB fra 2009, for rehabilitering fra 2014)



4.10.11 Sykefravær og behandling i spesialisthelsetjenesten

I første omgang ble datafilene med informasjon om sykepenges og behandling i spesialisthelsetjenesten koblet ved hjelp av person-id (løpenummer) og år til en fil vi omtaler som "Panel År". Vi har også koblet datafilene på løpenummer og dag, for blant annet å kunne identifisere om behandlingen skjer innenfor en sykepengeperiode eller ikke (omtalt i det følgende som "Panel Dag"). Disse to paneldatafilene har ulike bruksområder, der Panel År er velegnet til å vise enkle deskriptive sammenhenger (for eksempel hvor mange personer som kommer fra de ulike datakildene), mens Panel Dag er best egnet til mer detaljerte regresjonsanalyser. En annen forskjell er at i Panel År inngår hele studiepopulasjonen, også de som ikke har mottatt sykepenges det enkelte år, mens i Panel Dag inngår kun de som har hatt én eller flere sykepengeperioder.

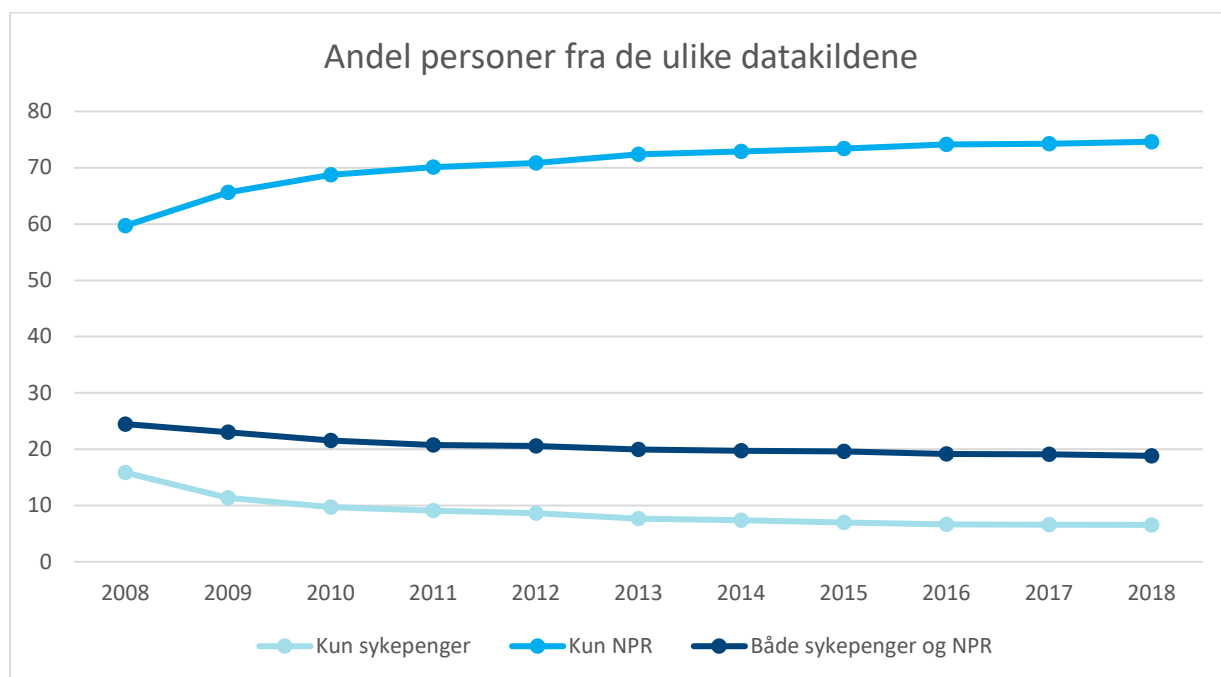
4.10.11.1 Antall personer fra de ulike kildene

I tabellen og figuren under presenteres antall personer som inngår i NPR og sykepengefila det enkelte år. Andel av studiepopulasjonen fra de ulike datakildene er vist i neste figur. En stadig økende andel av personene i studiepopulasjonen kommer kun fra NPR-data, og dette reflekterer sannsynligvis først og fremst den sterke økningen i poliklinisk behandling i studieperioden, men også den generelle økningen i alder (og dermed sykkelighet) i studiepopulasjonen vår.



Tabell 4.74 Antall personer som inngår i datagrunnlaget basert på om de kun har mottatt sykepenger, kun behandling i spesialisthelsetjenesten (kun NPR) eller både har mottatt sykepenger og behandling. Perioden 2008-2018.

	Kun sykepenger	Kun NPR	Både sykepenger og NPR	Totalt antall personer i studiepopulasjonen
2008	159 661	601 709	246 626	1 007 996
2009	135 452	782 253	274 382	1 192 087
2010	119 138	840 826	263 775	1 223 739
2011	116 975	900 486	266 755	1 284 216
2012	113 401	932 196	270 465	1 316 062
2013	106 617	1 002 908	276 111	1 385 636
2014	105 081	1 036 659	280 390	1 422 130
2015	102 562	1 075 994	286 976	1 465 532
2016	99 428	1 105 565	285 921	1 490 914
2017	99 656	1 119 747	288 291	1 507 694
2018	99 083	1 127 481	284 429	1 510 993



Figur 4.75 Andel (%) personer i den koblede datafilen (sykepenger + NPR) med hhv. kun sykepenger, kun NPR-data eller begge deler. Perioden 2008-2018.



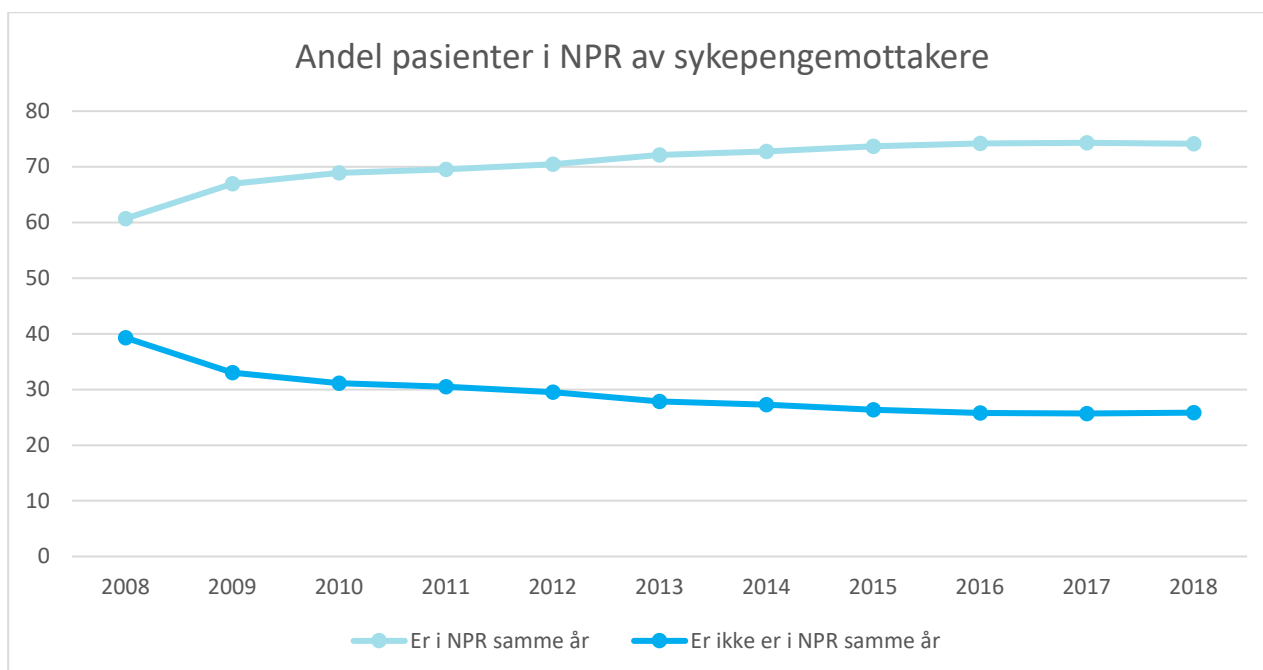
4.10.11.2 Antall og andel personer med sykepenger som er i NPR

Vi ser i første omgang ikke på de som har behandling i spesialisthelsetjenesten i løpet av sykepengeperioden, men antall personer som inngår i de ulike datakildene hvert av årene. Det er betydelig færre personer som mottar behandlingen i løpet av selve sykepengetilfellet (altså får behandlingen mens de er sykmeldt), enn som mottar behandling i løpet av det samme året som de har ett eller flere sykepengetilfeller.

Tabell 4.75 Antall og andel med sykepenger, NPR + sykepenger, andel sykmeldte i NPR og andel sykmeldte som ikke er i NPR samme år. Perioden 2008-2018.

<	Antall personer med sykepenger	Antall personer både med sykepenger og NPR	Andel av sykepengemottakere som er i NPR samme år	Andel sykepengemottakere som ikke er i NPR samme år
2008	406 287	246 626	61	39
2009	409 834	274 382	67	33
2010	382 913	263 775	69	31
2011	383 730	266 755	70	30
2012	383 866	270 465	70	30
2013	382 728	276 111	72	28
2014	385 471	280 390	73	27
2015	389 538	286 976	74	26
2016	385 349	285 921	74	26
2017	387 947	288 291	74	26
2018	383 512	284 429	74	26

En illustrasjon av de to siste kolonnene i tabellen over er vist i neste figur. Trenden er at flere behandles i spesialisthelsetjenesten, også blant de sykmeldte. Men vi bruker foreløpig ikke tilstrekkelig detaljert informasjon fra datagrunnlaget til å kunne si at de er i behandling for sykmeldingsårsaken eller for en annen årsak.



Figur 4.76 Andel (%) sykmeldte i NPR og andel som ikke er sykmeldte i NPR. Perioden 2008-2018.

4.10.11.3 Andel av NPR populasjonen som er sykmeldt i løpet av året

Tabellen under viser andelen av pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten det enkelte år som har mottatt sykepenger i løpet av året. Andelen faller fra 29 prosent til 20 prosent fra starten til slutten av studieperioden. Dette kan for eksempel ha sammenheng med at en større andel eldre utenfor arbeidsstyrken mottar behandling i 2018 enn i 2008.

Tabell 4.76 Andel (%) av NPR-populasjonen som er sykmeldt i løpet av året. Perioden 2008-2018.

År	Antall personer i NPR totalt	Antall personer både med sykepenger og NPR	% av NPR-populasjonen som er sykmeldt i løpet samme år
2008	848 335	246 626	29
2009	1 056 635	274 382	26
2010	1 104 601	263 775	24
2011	1 167 241	266 755	23
2012	1 202 661	270 465	22
2013	1 279 019	276 111	22
2014	1 317 049	280 390	21
2015	1 362 970	286 976	21
2016	1 391 486	285 921	21
2017	1 408 038	288 291	20
2018	1 411 910	284 429	20



4.10.12 Antall og andel "Raskere tilbake"-pasienter som mottok sykepenger i perioden

Vi har laget en samlevariabel som viser om personen mottok "Raskere tilbake"-behandling (debitorkode 20, i tabellene forkortet deb20) samme år som de mottok sykepenger eller ikke, uavhengig av omsorgsnivå og sektor. I tabellen under viser vi antall og andel pasienter som ble behandlet gjennom "Raskere tilbake" det enkelte år, og hvor stor andel av disse som var sykmeldt samme år som de mottok "Raskere tilbake"-behandling. Som vist går andelen ned utover i perioden. Dette kan ha sammenheng med at det ble større bevissthet rundt at tiltaket også kunne brukes forebyggende, altså for å unngå sykefravær. Fra og med 2018 er dessuten sykefraværskriteriet borte i den nye Helse og arbeid-satsingen. Vi presiserer at dette ikke betyr at for eksempel 51 prosent av alle "Raskere tilbake"-pasientene i 2008 var sykmeldt samme dag som de mottok debitor 20 behandlingen, men heller at 51 prosent av "Raskere tilbake"-pasientene mottok sykepenger samme år som de mottok denne behandlingen.

Det er etter koblingen av datafilene totalt 233 610 unike personer som har mottatt debitor 20-behandling i løpet av perioden 2008-2018. Avviket fra de originale tallene fra NPR (kap 2.5) på 703 personer skyldes at disse har ugyldige datoer og er tatt ut av datagrunnlaget.

Tabell 4.77 Antall pasienter i "Raskere tilbake" (Debitor 20 totalt), antall med både sykepenger og debitorkode 20, samt andel (%) av alle debitorkode 20-pasienter som var sykmeldt samme år. Perioden 2008-2018. N=233 610 unike pasienter.

	Antall deb20 pasienter totalt	Antall personer med sykepenger og deb 20 samme år	Andel av alle m/debitor 20 som var sykmeldt samme år
2008	25119	12906	51
2009	27653	13475	49
2010	23871	11507	48
2011	25250	11773	47
2012	27553	13073	47
2013	28927	13735	47
2014	30795	14372	47
2015	33753	15458	46
2016	33946	15050	44
2017	32816	14653	45
2018	19574	8260	42

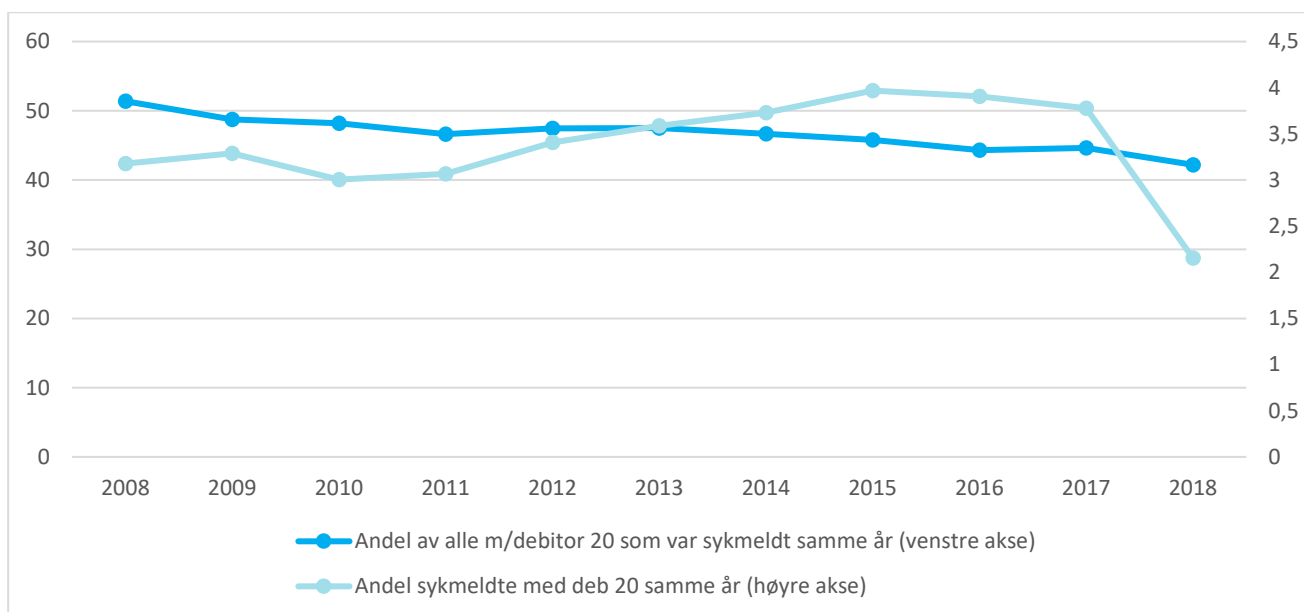


4.10.13 Antall og andel med sykepenger som mottok debitorcode 20-behandling samme år

I dette delkapitlet sammenstiller vi informasjon om antall personer på sykepenger, antall personer på sykepenger med debitorcode 20, samt andelen av de sykmeldte som fikk "Raskere tilbake"-behandling samme år. Vi ser at disse utgjør en relativt beskjeden andel av sykmeldte det enkelte år. 2018-tallene er ikke til å stole på grunn av fallende koding av debitorcode 20 i 2018. Det er 2015 og 2016 som var "toppår" med ca. fire prosent av sykepengepopulasjonen med "Raskere tilbake"-behandling samme år.

Tabell 4.78 Antall på sykepenger totalt, antall med både sykepenger og debitorcode 20, samt andel sykmeldte som har fått behandling gjennom "Raskere tilbake" det enkelte år i perioden 2008-2018.

	Antall personer med sykepenger	Antall personer med sykepenger og Deb20 samme år	Andel sykmeldte med Deb20 samme år
2008	406 287	12906	3.2
2009	409 834	13475	3.3
2010	382 913	11507	3.0
2011	383 730	11773	3.1
2012	383 866	13073	3.4
2013	382 728	13735	3.6
2014	385 471	14372	3.7
2015	389 538	15458	4.0
2016	385 349	15050	3.9
2017	387 947	14653	3.8
2018	383 512	8260	2.2



Figur 4.77 Andel (%) av alle med debitorkode 20 som var sykmeldt samme år, samt andel sykmeldte som har fått behandling i "Raskere tilbake" samme år. Perioden 2008-2018.

4.10.13.1 Sykmeldingsdiagnoser og "Raskere tilbake"-behandling i spesialisthelsetjenesten

Dersom vi kobler informasjonen fra NAV og NPR, kan vi se fordelingen av "Raskere tilbake"-pasientene etter sykepengediagnose (basert på ICPC-2-klassifiseringen). Den neste tabellen viser at 58 prosent av de sykmeldte pasientene som fikk "Raskere tilbake"-behandling var sykmeldt med muskel- og skjelett problematikk, mens 19 prosent var sykmeldte med psykiske helseproblemer. Det var videre seks prosent som var sykmeldt med diagnoser knyttet til nervesystemet og 5 prosent knyttet til allment og uspesifisert.

Tabell 4.79 Antall og andel (%) personer etter sykepengediagnose som har debitorkode 20 i NPR i perioden 2008-2018.

	Antall personer	Andel
Allment og uspesifisert	6 501	5
Blod, bloddannende organer og immunsystem	298	0
Fordøyelsessystemet	3 414	2
Øye	336	0
Øre	616	0
Hjerte-karsystemet	3 256	2
Muskel- og skjelettsystemet	83 603	58
Nervesystemet	8 721	6
Psykisk	27 238	19
Luftveier	3 354	2



Hud	1 163	1
Endokrine, metabolske og ernæringsmessig	1 536	1
Urinveier	343	0
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	2 345	2
Kvinnelige kjønnsorganer	1 339	1
Mannlige kjønnsorganer	170	0
Sosiale problemer	12	0
Totalt	144 245	100

Det er også interessant å se på fordelingen av sykepengediagnosene etter hvilken del av spesialisthelsetjenesten "Raskere tilbake"-behandlingen fant sted.

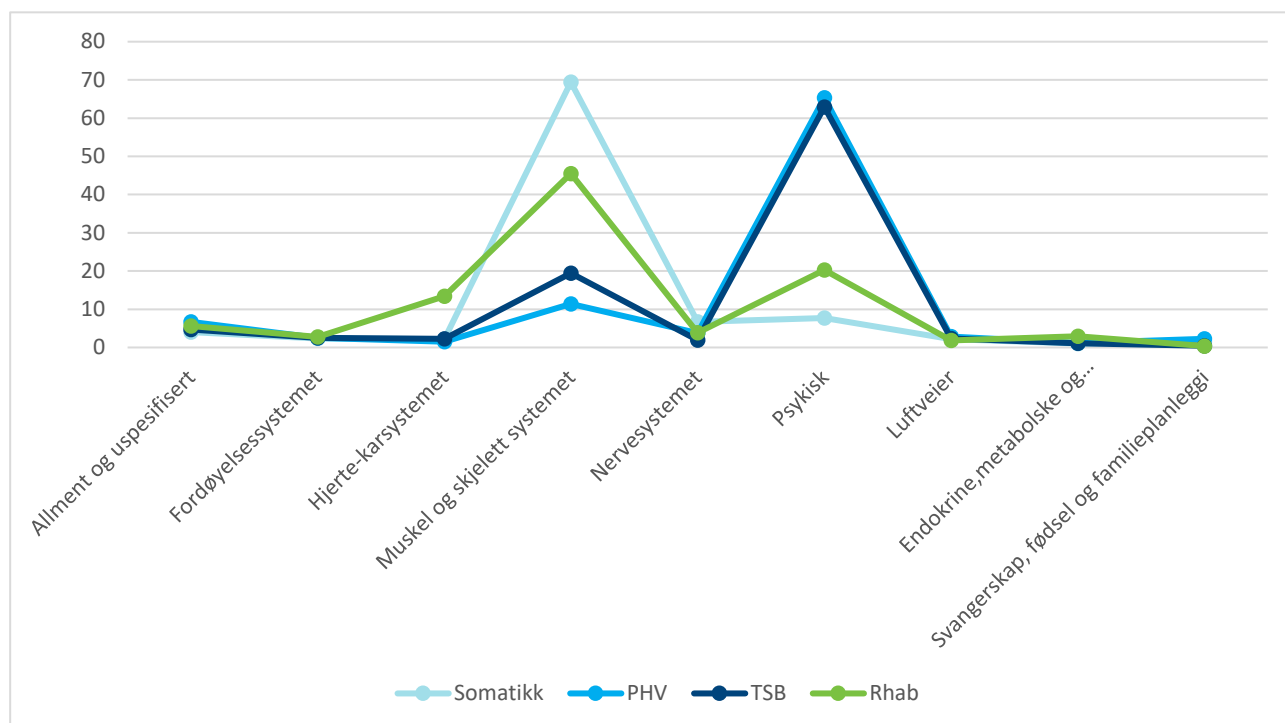
Her har vi sett på første sykmeldingsdiagnose hvert år og undersøkt fordelingen blant de pasientene som har fått behandling i somatikk, psykisk helsevern, TSB og rehabilitering i perioden. Tabellen under gjelder begge omsorgsnivå, dvs. vi skiller ikke mellom poliklinisk behandling og døgnbehandling. Det aller meste av behandling gjennomføres som poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4.80 Antall personer som har mottatt sykepenger og hatt "Raskere tilbake"-behandling samme år, fordelt etter første sykmeldingsdiagnose (ICPC-2) fordelt på sektor. Hele perioden 2008-2018.

	Somatikk	PHV	TSB	Rhab
Allment og uspesifisert	4 605	2 006	52	135
Blod, bloddannende organer og immunsystem	246	47	3	12
Fordøyelsessystemet	2 654	763	28	66
Øye	274	66	2	3
Øre	461	157	6	9
Hjerte-karsystemet	2 515	466	25	322
Muskel- og skjelett systemet	79 704	3 426	214	1 090
Nervesystemet	7 646	1 136	21	93
Psykisk	8 838	19 677	694	486
Luftveier	2 524	856	26	44
Hud	981	180	6	16
Endokrine, metabolske og ernæringsmessig	1 162	352	12	70
Urinveier	288	57	0	4
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	1 685	683	5	9
Kvinnelige kjønnsorganer	1 102	222	4	33
Mannlige kjønnsorganer	145	20	5	3
Sosiale problemer	6	5	0	1
Totalt	114 836	30 119	1 103	2 396



I figuren under har vi tatt bort diagnoser som utgjør færre enn fem prosent i sum over sektorer for å forenkle fremstillingen. Denne viser andel pasienter behandlet innenfor hver sektor.



Figur 4.78 Andel av "Raskere tilbake"-pasientene behandlet i sektoren etter første sykmeldingsdiagnose samme år som "Raskere tilbake"-behandlingen fant sted, etter sektor, hele perioden 2008-2018.

Figuren viser at sykmeldinger knyttet til muskel- og skjelettsystemet er mest vanlig blant de som har fått "Raskere tilbake"-behandling i somatikken og innen rehabilitering. Mens psykiske helseproblemer er mest vanlig som sykmeldingsårsak blant de som har fått "Raskere tilbake"-behandling i psykisk helsevern og TSB. Dette er også de største diagnosegruppene blant sykmeldte uavhengig om de får behandling i spesialisthelsetjenesten eller ikke. Men denne figuren viser også tydelig at det er mange som er sykmeldt med muskel- og skjelettproblemer som har mottatt raskere tilbake behandling også innen psykisk helsevern (elleve prosent) og innen TSB (19 prosent), og at det er mange som er sykmeldt med psykiske helseproblemer som behandles innen somatikken (åtte prosent) og innen rehabilitering (20 prosent). Dette er et godt argument for sterkere samarbeid mellom de ulike sektorene når det gjelder disse pasientgruppene, og som vi så tidligere i rapporten har det også vært en økende andel "Raskere tilbake"-pasienter som mottok behandling i flere sektorer utover i perioden.

Basert på disse sammenstillingene av datagrunnlaget kan vi konkludere med at 77 prosent av alle som mottok sykepenger samme år som de mottok "Raskere tilbake"-behandling i perioden 2008 til 2018, hadde sykmeldingsdiagnoser innen muskel- og skjelettlidelser eller psykiske helseproblemer.



4.10.13.2 Kjennetegn ved de som har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten i arbeidspopulasjonen

I dette delkapitlet undersøker vi kjennetegn ved personer som har fått en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten. I analysen utgjør hver observasjon ett år for en person i arbeidspopulasjonen. Alle i populasjonen inngår hvert av de ti årene i studieperioden. Dette gir totalt 40 228 434 observasjoner.

Vi undersøker både på de som inngår i NPR i perioden og fordelt på sektorer, men ikke på omsorgsnivå. Fordelingene er vist tidligere for de enkelte datakildene. Her ser vi på kjennetegnene samtidig, og undersøker om det er statistisk signifikante forskjeller i det som ble observert deskriptivt i gjennomgangen over.

Tabell 4.81 Logit regresjon med avhengig variabel om de er i NPR (etter ulike sektorer), forklart med demografiske (kjønn og alder) og sosiodemografiske (utdanning) kjennetegn, Odds Ratios (OR = 1 = ingen forskjell), "base" = sammenlikningskategori, perioden 2008-2018 (pooled).

	NPR	Somatikk	PHV	TSB	Rehab.
30-39 år (base: 18-29)	1.118***	1.123***	0.987***	1.434***	2.051***
	-0.00125	-0.00128	-0.00237	-0.00915	-0.0261
40-49 år	1.124***	1.154***	0.817***	1.120***	3.706***
	-0.00124	-0.00129	-0.00201	-0.00745	-0.0429
50-59 år	1.451***	1.546***	0.589***	0.878***	5.034***
	-0.00164	-0.00177	-0.00165	-0.0064	-0.0571
60-67 år	2.146***	2.358***	0.353***	0.502***	5.422***
	-0.0028	-0.00309	-0.00146	-0.00547	-0.0649
Kvinner (base: menn)	1.692***	1.686***	1.659***	0.592***	1.803***
	-0.00127	-0.00128	-0.00304	-0.00294	-0.0107
Mellomnivå (base: lav)	0.862***	0.912***	0.604***	0.351***	0.837***
	-0.00086	-0.00092	-0.00133	-0.00182	-0.00599
Høy	0.830***	0.881***	0.596***	0.178***	0.639***
	-0.00086	0.0009	-0.00135	-0.00124	-0.005
Mottatt sykepenger (base: ikke mottatt)	4.120***	3.844***	2.102***	1.433***	2.896***
	-0.00482	0.004	-0.00451	-0.00908	-0.0175
Konstant	0.236***	0.201***	0.0319***	0.0259***	0.0004***
	-0.00035	-0.000305	-0.00011	-0.00021	-7.16E-06
Antall observasjoner	32,697,356	32,697,356	32,697,356	32,697,356	32,697,356

seEform in parentheses, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

I spesialisthelsetjenesten totalt (første kolonne – NPR) og i somatikken, øker sannsynligheten for å ha vært behandlet i spesialisthelsetjenesten med alder (vi ser at odds ratio'en øker over tid, sammenliknet med den yngste pasientgruppen på 18-29 år). Aldersgradienten er enda tydeligere i rehabilitering der personer over 50 år har betydelig høyere sannsynlighet for å være pasient enn yngre personer i arbeidspopulasjonen. Den



SINTEF

samme aldersgradienten er ikke å finne i psykisk helsevern (PHV) eller i rusbehandling (TSB). I PHV er det motsatt, der er det de yngste som har størst sannsynlighet for å motta behandling, mens det i TSB er de mellom 30 og 50 år som er i flertall.

Kvinner i arbeidspopulasjonen har større sannsynlighet for å motta behandling i spesialisthelsetjenesten i alle sektorer unntatt TSB, der menn er i flertall. Kvinner får andre sykdommer enn menn, men kjønnsforskjellene består selv om vi kontrollerer for sykepengediagnose på hovedkapittel.

Når det gjelder sosiodemografiske kjennetegn, her representert ved utdanningsnivå, er den kjente gradienten tydelig i alle sektorer. De med lav utdanning har høyest sannsynlighet for helseproblemer og dermed høyest sannsynlighet for å få behandling i alle sektorer.

Dette er det samme vi vet fra sykepengestatistikken, de med lav utdanning har betydelig høyere risiko for å ha sykefravær enn de med middels og høy utdanning. De som har mottatt sykepenger i arbeidspopulasjonen, har som vist betydelig høyere risiko for å motta behandling i spesialisthelsetjenesten enn de som ikke har mottatt sykepenger.

I neste delkapittel ser vi på sannsynligheten for å ha mottatt behandling i et "Raskere tilbake"-tilbud, og de samme individuelle kjennetegnene.



4.10.13.3 Kjennetegn ved de som har mottatt "Raskere tilbake"-behandling

I dette delkapitlet har vi undersøkt de samme sammenhengene som i forrige delkapittel, men nå for "Raskere tilbake"-pasientene. Utfallsvariabelen er å motta "Raskere tilbake"-behandling eller ikke, mens forklaringsvariablene er kjønn, alder og utdanning.

Tabell 4.82 Logit-regresjon med avhengig variabel som måler om de mottar "Raskere tilbake"-behandling eller ikke etter sektor, forklart med demografiske (kjønn og alder) og sosiodemografiske (utdanning) kjennetegn, Odds Ratios (OR = 1 = ingen forskjell), 2008-2018 (pooled).

	NPR	Somatikk	PHV	TSB	Rehab.
30-39 år (base: 18-29)	1.793***	1.833***	1.539***	2.481***	1.273***
	-0.0116	-0.0142	-0.0187	-0.206	-0.0802
40-49 år	2.232***	2.529***	1.494***	3.639***	1.131**
	-0.0138	-0.0183	-0.0187	-0.293	-0.0667
50-59 år	2.179***	2.235***	1.394***	4.848***	1.007
	-0.0137	-0.0163	-0.0197	-0.393	-0.0588
60-67 år	1.360***	1.197***	1.025	4.143***	0.465***
	-0.0108	-0.0107	-0.0229	-0.407	-0.0326
Kvinner (base: menn)	1.199***	0.878***	1.179***	0.818***	0.976
	-0.00454	-0.00372	-0.0107	-0.0347	-0.0299
Mellomnivå (base: lav)	0.891***	0.884***	1.621***	2.158***	1.044
	-0.00424	-0.00459	-0.0211	-0.11	-0.0395
Høy	0.753***	0.611***	2.636***	2.468***	1.100**
	-0.00384	-0.00357	-0.0331	-0.144	-0.0448
Mottatt sykepenger (base: ikke mottatt)	5.602***	2.982***	2.791***	2.903***	1.805***
	-0.021	-0.0125	-0.0234	-0.118	-0.0528
Konstant	0.00297***	0.0113***	0.0109***	0.00290***	0.0335***
	-2.43E-05	-0.000108	-0.00021	-0.00027	-0.00253
Antall observasjoner	32,697,356	12,519,813	1,359,215	185,241	126,716

Av estimatene i tabellen over ser vi at det ikke er en like tydelig aldersgradient i hvem som behandles i somatikken, og i rehabilitering er det lavere sannsynlighet for å motta tjenester i den eldste aldersgruppen sammenliknet med de yngre. Vi ser også at kjønnsforskjellene endres, og at det for sektorområde somatik er slik at menn har høyere sannsynlighet for å bli behandlet i "Raskere tilbake", sammenliknet med kvinner. Vi har kontrollert for det samme, så dette kan være en indikasjon på at "Raskere tilbake"-pasientene som har mottatt behandling for somatiske tilstander har vært prioritert på en annen måte enn ellers i spesialisthelsetjenesten. Dette bør undersøkes nærmere i framtidige analyser. I den deskriptive beskrivelsen av populasjonen så vi at andelen kvinner behandlet i "Raskere tilbake" økte relativt mye utover i perioden, og da særlig i psykisk helsevern, der andelen lå på mellom 65 og 68 prosent i løpet av perioden 2008 til 2018. Vi ser den samme tendensen når det gjelder utdanning. Ikke i somatikken, men særlig i PHV og TSB, og til en viss grad rehabilitering, har "Raskere tilbake"-pasientene i større grad høy utdanning.



4.10.13.4 Median varighet på sykepengeperioden for "Raskere tilbake"-pasientene

I dette delkapitlet har vi beregnet median varighet på sykepengeperioden (gitt at de har mottatt sykepenger), og ser at sykepengeperioden er betydelig lenger for de som har mottatt "Raskere tilbake"-behandling, sammenliknet med de som ikke har mottatt "Raskere tilbake"-behandling. Dette er et interessant funn. Det finnes blant annet en evaluering av rehabilitering og langtidssykefravær fra Sverige som viser at sykefraværet forlenges av å delta i rehabilitering¹¹⁶.

Tabell 4.83 Median antall dager med sykepenger for "Raskere tilbake"-pasienter og de som ikke har mottatt "Raskere tilbake"-behandling etter sykepengediagnose, perioden 2008-2018.

	Ikke "Raskere tilbake"	"Raskere tilbake"
Allment og uspesifisert	63	154
Blod, bloddannende organer og immunsystem	121	269
Fordøyelsessystemet	55	103
Øye	43	98
Øre	63	154
Hjerte-/karsystemet	87	167
Muskel- og skjelettsystemet	73	162
Nervesystemet	77	112
Psykisk	88	179
Luftveier	31	95
Hud	43	93
Endokrine, metabolske og ernæringsmessig	68	122
Urinveier	49	105
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	84	121
Kvinnelige kjønnsorganer	55	188
Mannlige kjønnsorganer	60	98
Sosiale problemer	48	60

I neste delkapittel går vi nærmere inn på de av diagnosene i tabellen over som går hyppigst igjen i sykepengestatistikken blant de som mottok "Raskere tilbake"-tilbud.



4.10.13.5 De fire viktigste sykepengediagnosene blant "Raskere tilbake"-pasientene

Vi har plukket ut diagnosene knyttet til muskel- og skjelettsystemet, psykisk helse, allment og uspesifisert og nervesystemet, og utforsker nærmere varighet målt som median antall sykepengedager.

Tabell 4.84 Median antall dager med sykepenger for de som mottok "Raskere tilbake"-behandling og de som ikke gjorde det (ikke RT), fordelt på de vanligste sykepengediagnosene, perioden 2008-2018.

	Somatikk		PHV		TSB		Rehabilitering	
	Ikke deb20	deb20	Ikke deb20	deb20	Ikke deb20	deb20	Ikke deb20	deb20
Allment og uspesifisert	70	154.5	118	176.5	110.5	131	151	262
Muskel- og skjelett systemet	81	162	107	182	98	139	142	252.5
Nervesystemet	86	112	139	171	114	177.5	118	270
Psykisk	100	183	163	184	162	157.5	204.5	291

Vi har undersøkt om forskjellene i varighet på sykepengetilfellene er statistisk signifikant og vi finner at med unntak av i TSB der pasienter med diagnoser innen psykiske helseproblemer har noe høyere varighet for de som ikke er debitor 20 pasienter, er forskjellene systematiske også når vi kontrollerer for kjønn, alder og utdanning. Det er altså kun i TSB at det ikke er slik at debitor 20 pasientene har statistisk signifikant lengre varighet på sykepengeperioden enn andre pasienter når vi kontrollerer for demografiske variabler (kjønn og alder) og sosiodemografi (utdanning).



Tabell 4.85 Lineær regresjon av varighet på sykepengetilfellene etter deb20 eller ikke, kontrollert for alder, kjønn og utdanning kun de fire største diagnosegruppene innen deb20 populasjonen, 2008-2018 (pooled).

	Somatikk	PHV	TSB	Rehab
Deb20 (base: ikke deb20)	52.48***	17.87***	4.549	49.50***
	-0.382	-0.815	-3.447	-2.375
30-39 år (base: 18-29)	23.05***	27.92***	13.16***	8.799**
	-0.317	-0.729	-2.362	-3.924
40-49 år	28.63***	34.97***	18.18***	2.99
	-0.304	-0.75	-2.402	-3.62
50-59 år	30.92***	39.53***	15.23***	-2.004
	-0.304	-0.85	-2.562	-3.56
60-67 år	41.08***	48.13***	9.970**	2.732
	-0.359	-1.362	-3.932	-3.827
Kvinner (base: men)	10.13***	1.097**	-4.182**	2.922
	-0.193	-0.548	-1.725	-1.789
Mellomnivå utdanning (base: lav)	-13.48***	-11.29***	-7.018***	-10.66***
	-0.244	-0.695	-1.886	-2.294
Høy utdanning	-28.87***	-26.40***	-20.13***	-24.29***
	-0.265	-0.719	-2.348	-2.407
Konstant	110.8***	171.5***	182.1***	191.4***
	-0.408	-1.071	-2.885	-4.574
Antall observasjoner	1,777,527	267,547	26,930	28,667
R²	0.025	0.016	0.005	0.02



5 Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær, AAP og uføretrygd

Sykefravær

"Raskere tilbake" ble også kalt "sykepengeprosjektet", og det var et klart mål 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 mottak av helserelaterte ytelser 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.

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i den delen av befolkningen som var i arbeid i perioden 2007 til 2018, ca. 3,5 millioner personer. For disse har vi koblet på informasjon om sykepenger, AAP og uføreytelser. For alle disse har vi også koblet på informasjon om behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på sektor (somatikk, psykisk helsevern, rehabilitering og TSB) og omsorgsnivå (poliklinisk behandling og døgnbehandling). Aktivitet kodet med debitorcode 20 til Norsk pasientregister identifiserer at pasientene ble behandlet i et "Raskere tilbake"-tilbud, og vi refererer til dette som "Debitor 20-behandling" i dette kapitlet. Registerkoblingen muliggjør for første gang å undersøke hvordan helserelaterte ytelser brukes før og etter behandling i spesialisthelsetjenesten i hele arbeidspopulasjonen.

Vi kan velge hvor lenge før eller etter behandlingen vi måler bruk av helserelaterte ytelser, og vi har her valgt 200 dager slik at vi dekker et drøyt år rundt tidspunktet for behandling. I senere robusthetsanalyser som vil inngå i vitenskapelige artikler, vil vi velge andre perioder for å undersøke om resultatene endrer seg med lengre tidsintervall.

Problemstillinger vi har valgt å fokusere på i denne delen av evalueringen er:

- Hadde de som fikk debitor 20-behandling høyere sykefravær enn de som fikk annen behandling for samme diagnose i samme sektor og på samme omsorgsnivå?
- Hadde de som fikk debitor 20-behandling mer nedgang i sykefravær og andre helserelaterte ytelser enn de som fikk annen behandling i samme sektor og på samme omsorgsnivå?

Vi har valgt en strategi der vi sammenlikner de som fikk debitor 20-behandling i form av polikliniske konsultasjoner i somatikken med en bestemt diagnose, med de som fikk annen poliklinisk behandling i somatikken med samme diagnose. Totalt dekker vi 93 % av all aktivitet kodet med debitor 20 ved å velge å studere poliklinisk virksomhet. Basert på datagrunnlaget vil vi kunne gjøre Difference-in-Differences analyser som er en kvasi-eksperimentell tilnærming der vi sammenlikner endring i utfall mellom en populasjon som mottar et tiltak (behandlingsgruppe) og en populasjon som ikke får tiltaket (kontrollgruppe).

Som vi skal vise i dette kapitlet, blir det feil å studere effekt kun på sykefravær. Andre helserelaterte ytelser, dvs. arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføreytelse må inkluderes. Årsaken er at en effekt som indikerer redusert sykefravær, kan innebære at sykefraværet er erstattet med AAP og uføretrygd. Men



dersom sykefraværet er erstattet med AAP og uføretrygd er veien tilbake til arbeid enda lengre enn da de mottok på sykepenger.

Det er ikke tilfeldig hvem som mottok debitor 20-behandling, og det er nødvendig med en kontrollgruppe når vi skal vurdere effekt. Kontrollgruppen etableres gjennom en matching-strategi. Matching innebærer at for hver person som har fått debitor 20-behandling, forsøker vi å finne en statistisk tvilling blant de som ikke har mottatt debitor 20-behandling, men som har fått behandling på samme omsorgsnivå og i samme sektor for samme diagnose. I tillegg til at behandlingsdiagnose i spesialisthelsetjenesten brukes som matching variabel, bruker vi også kjønn, alder og utdanningsnivå for å finne statistiske tvillinger.

Matching av observasjoner for å kunne bruke observasjonsdata til å studere effekter av tiltak, er et område som har hatt sterk faglig utvikling de siste ti årene. Metodeutvikling pågår fortsatt med sterke institusjoner som Harvard og MIT i spissen ¹¹⁷⁻¹²¹.

I dette kapittelet presenterer vi resultater fra registerkoblingene for de i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling i somatikk, i psykisk helsevern og innenfor arbeidsrettet rehabilitering. De som ikke har vært i arbeid i det hele tatt i perioden 2008-2018 er ikke med i datagrunnlaget. For poliklinisk behandling i somatikk og i psykisk helsevern og arbeidsrettet rehabilitering viser vi:

- Antall dager med sykefravær, AAP og uføreytelse 200 dager før og frem til median behandlingsdato og 200 dager etter median behandlingsdato for de som fikk debitor 20-behandling og de som fikk annen behandling for samme diagnose for alle i arbeidspopulasjonen. Dvs. vi inkluderer alle i arbeidspopulasjonen som har fått behandling i somatiske poliklinikker.
- Antall dager med sykefravær, AAP og uføreytelse 200 dager før og frem til median behandlingsdato og 200 dager etter median behandlingsdato for de som fikk debitor 20-behandling og de som fikk annen behandling for samme diagnose for alle i arbeidspopulasjonen for de ti største diagnosegruppene (ICD-10) kodet med debitor 20. Dvs. når vi ser på diagnoser, ser vi på de hyppigst forekommende diagnosene kodet med debitor 20.
- Resultat av enkle matching analyser for å undersøke effekt av debitor 20-behandlingen på sykefraværet (endring i antall dager i perioden før og etter behandling) og helserelevante ytelser samlet (sykefravær, AAP og uføreytelser). Det er mange typer matching og det er utviklet ulike algoritmer for å identifisere statistiske tvillinger. Vi bruker en type multivariat avstandsmatching basert på algoritmen "Mahalanobis-Distance Kernel Matching". I videre publiseringsarbeid planlegger vi å sammenlikne ulike matchingteknikker for å se om resultatene er følsomme for metodiske valg.
- Resultat av analyser av forskjeller i bruk av helserelevante ytelser blant pasienter som fikk debitor 20-behandling i perioden før omleggingen og i 2018. Det er foreløpig ikke gjort koblinger på perioden etter 2018, og i 2018 er også registreringen på debitor 20 ufullstendig.

5.1 Poliklinisk behandling i somatikken

Mange får poliklinisk behandling i somatikken, men de er ikke nødvendigvis sykmeldt. De kan også være sykmeldt av én årsak og få behandling i somatikken av en annen årsak. Ved å velge perioden 200 dager før



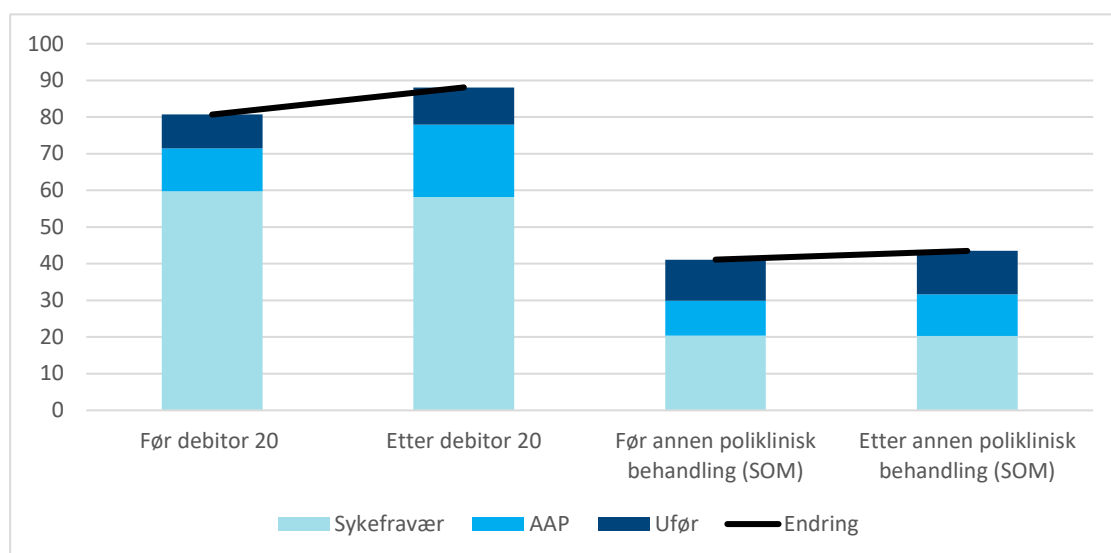
og 200 dager etter behandling, reduseres sannsynligheten for at de er sykmeldt av andre årsaker enn det de behandles for i spesialisthelsetjenesten, men dette vil fortsatt kunne være tilfelle. Disse komplekse mønstrene mellom sykefravær og behandling kan studeres nærmere i egne analyser for ulike pasientgrupper, her prioriterer vi pasienter med de mest brukte debitor-20 diagnosene.

5.1.1 Grafisk illustrasjon

Figur 5.1 inneholder informasjon om alle som har vært i arbeid i perioden 2008-2018 (arbeidspopulasjonen) som har mottatt poliklinisk behandling i somatikken. Dette er dermed ikke et utvalg, men en populasjon. Bak figuren ligger det informasjon for nesten 2,8 millioner personer, dvs. alle i arbeidspopulasjonen som har fått en eller flere polikliniske behandlinger i somatikken i perioden 2008-2018. Blant disse er det 187925 personer som har fått behandling kodet med debitor 20.

Fra figur 5.1 er det tydelig at sykefraværet går noe ned blant de som får debitor 20-behandling, mens det er en sterk økning særlig i antall dager på AAP. Sykefraværet er betydelig høyere for de som fikk behandling merket med debitor 20 enn for de som fikk annen behandling. Dette ser vi ved å sammenlikne stolpe 1 med stolpe 3. Det er også en sterkere økning i antall dager på AAP blant debitor 20 pasientene enn blant de som får annen poliklinisk behandling. Dette skyldes trolig at de som kom inn i debitor 20-behandling hadde vært lenger sykmeldt enn de som fikk annen behandling, for det er ikke vanlig å gå over på AAP før de har brukt opp sykepengerrettighetene.

Det er dermed vanskelig å si fra dette at arbeidsrettet behandling i somatiske helsetjenester bidrar til lavere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Men dette er gjennomsnitt, og det kan være store forskjeller mellom ulike pasientgrupper.



Figur 5.1 Gjennomsnittlig antall dager med helse relatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling i somatiske tjenester er inkludert.

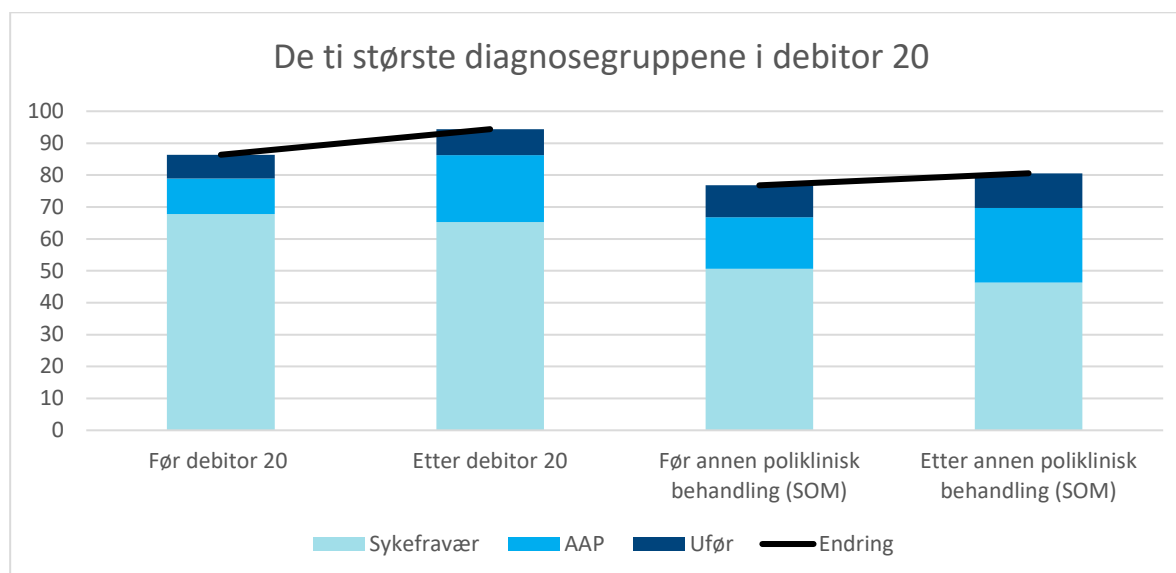


Vi ser nærmere på de ti vanligste diagnosene som er kodet med debitor 20 i poliklinisk virksomhet i somatikken. Dette medfører at vi inkluderer 41 prosent av pasientene som har fått debitor 20-behandling og de fire prosentene med de samme diagnosene blant de som har fått annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Utvalget er da ganske balansert ved at det er 77175 personer som har fått behandling merket med debitor 20 og 102365 personer som har fått annen poliklinisk behandling i somatikken for disse diagnosene. Dette er også datagrunnlaget for resultatene fra matchinganalysene som presenteres i neste delkapittel.

De ti vanligste diagnosene for poliklinisk behandling i somatikken med debitor 20 kode er:

- G560: Karpaltunnelsyndrom
- M232: Menisklidelse som skyldes gammel ruptur eller skade
- M511: Isjias som skyldes lidelse i mellomvirvelskive
- M545: Lumbago
- M549: Uspesifisert ryggsmerte
- M751: Supraspinatussyndrom (rygglidelse)
- M754: «Impingement syndrome» i skulder
- M790: Uspesifisert reumatisme
- M791: Myalgi
- Z509: Rehabilitering INA (Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak)

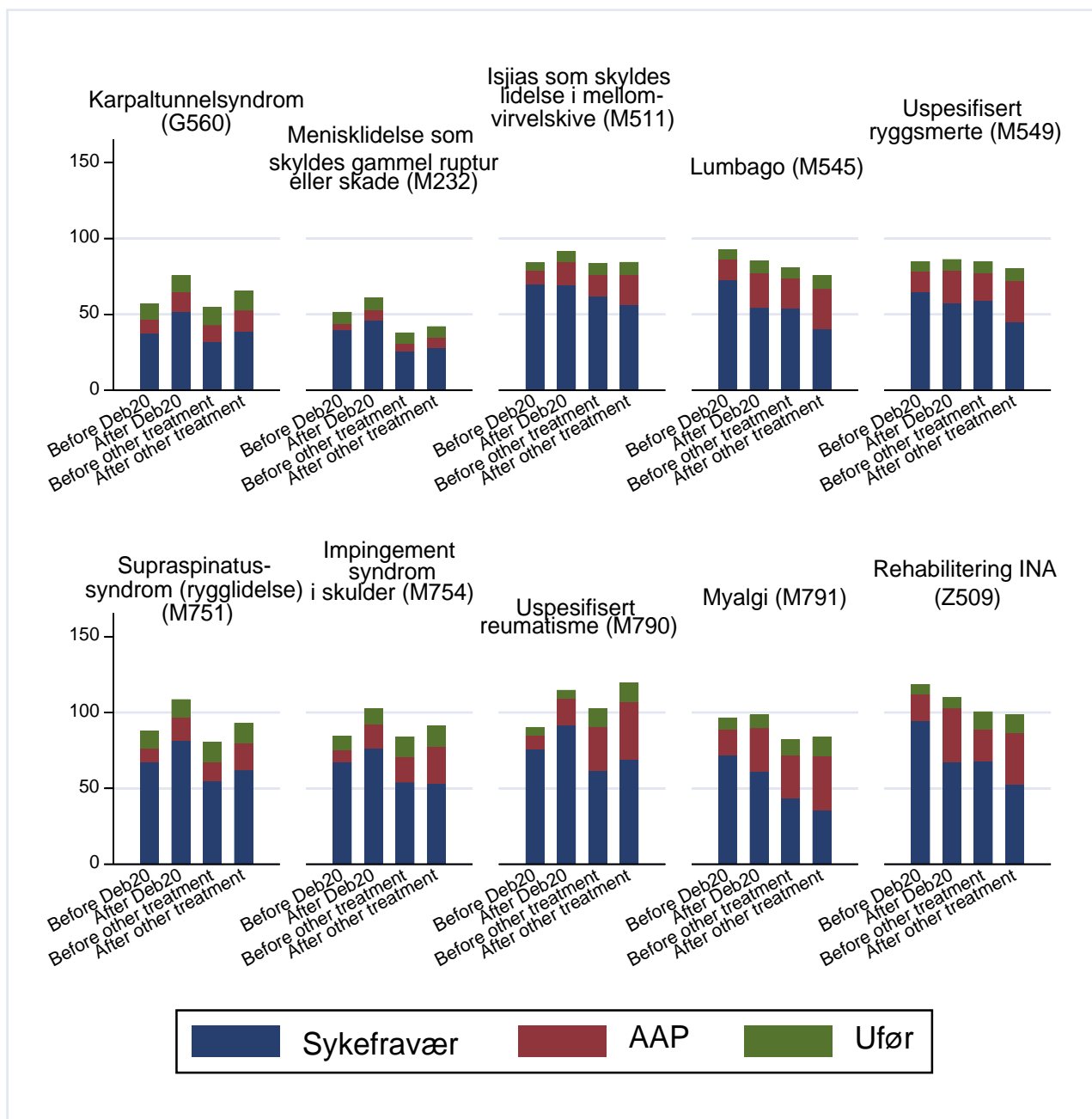
Bildet som kommer frem i figur 5.2 er ganske likt det i 5.1, men vi ser at det er betydelig flere som mottar helserelaterte ytelse blant de som får annen behandling. Gruppene er dermed mer sammenlignbare.



Figur 5.2 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i somatiske tjenester er inkludert.



Figur 5.3 viser diagnosegruppene, og stolpene viser på samme måte som forutgående figurer hvor mange dager i gjennomsnitt de som fikk behandling merket debitor 20 var sykmeldt, mottok AAP eller uføretrygd i perioden 200 dager før og etter behandling frem til/fra median behandlingsdato for debitor 20, og tilsvarende for annen somatisk poliklinisk behandling.



Figur 5.3 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i somatiske tjenester er inkludert.



5.1.2 Resultat fra matchinganalyser

Matchingvariablene er altså ICD-10 diagnose, kjønn, alder og utdanning. Her undersøker vi de samme ti mest hyppig forekommende diagnosene som vist over. Det er forskjell i forskjellene som er avhengig variabel, altså forskjell i endring i antall dager med hhv. sykefravær og i alle helserelaterte ytelser (to utfallsvariabler) før og etter behandling mellom de som har fått behandling merket med debitor 20 kode og de som har fått annen poliklinisk behandling. Til forskjell fra figur 5.2 og 5.3 estimerer vi nå gjennomsnittlig behandlingseffekt av behandling som er merket med debitor 20; average treatment effect (ATE).

Som vist i tabell 5.1, er det negative, men ikke signifikante effekter på antall dager med sykefravær for debitor 20 pasientene sammenliknet med pasienter som får annen poliklinisk behandling i de 10 vanligste debitor 20 diagnosene. ATE måler forskjellen i gjennomsnittlig utfall mellom de som har fått behandling og de som er i kontrollgruppen. Det er altså ikke systematiske forskjeller mellom gruppene når det gjelder endring i antall dager sykmeldt før og etter behandling.

Regresjonskoeffisienten som er tatt i nederste rad i tabell 5.1 og 5.2 er basert på en OLS regresjon der variasjon i avhengig variabel forklares med icd-10 diagnose, kjønn, alder og utdanning og dummy for debitor 20-behandling (Coef).

Tabell 5.1 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser på sykefravær. ATE=Average Treatment Effect, n=174797

	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	-0.3599968	0.371177	-0.97	0.332	-1.0875	0.367502
ATE (propensity score)	-0.3505201	0.370656	-0.95	0.344	-1.0770	0.375958
Regresjon	-0.5467577	0.356609	-1.54	0.125	1.2447	0.151182

Vi undersøker også om det er forskjeller i endring i totalt antall dager med helserelaterte ytelser. Fra tabell 5.2 ser vi at personer som har fått behandling kodet med debitor 20, har signifikant flere dager med helserelatert ytelse enn kontrollgruppen. Resultatene når vi matcher med de som har fått annen behandling for samme diagnose, kjønn, alder og utdanning er mindre enn én dag i forskjell så det er nesten ikke forskjell. Det er ATE (mahalanobis) som er mest pålitelig, så vi anslår at effekten av debitor 20 er en økning på 0,94 dager på helserelaterte ytelser. Men alle tilnærmingene gir mindre enn én dag i forskjell.

Tabell 5.2 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser på helserelaterte ytelser (Sykefravær, AAP og Ufør). ATE=Average Treatment Effect, n=174797

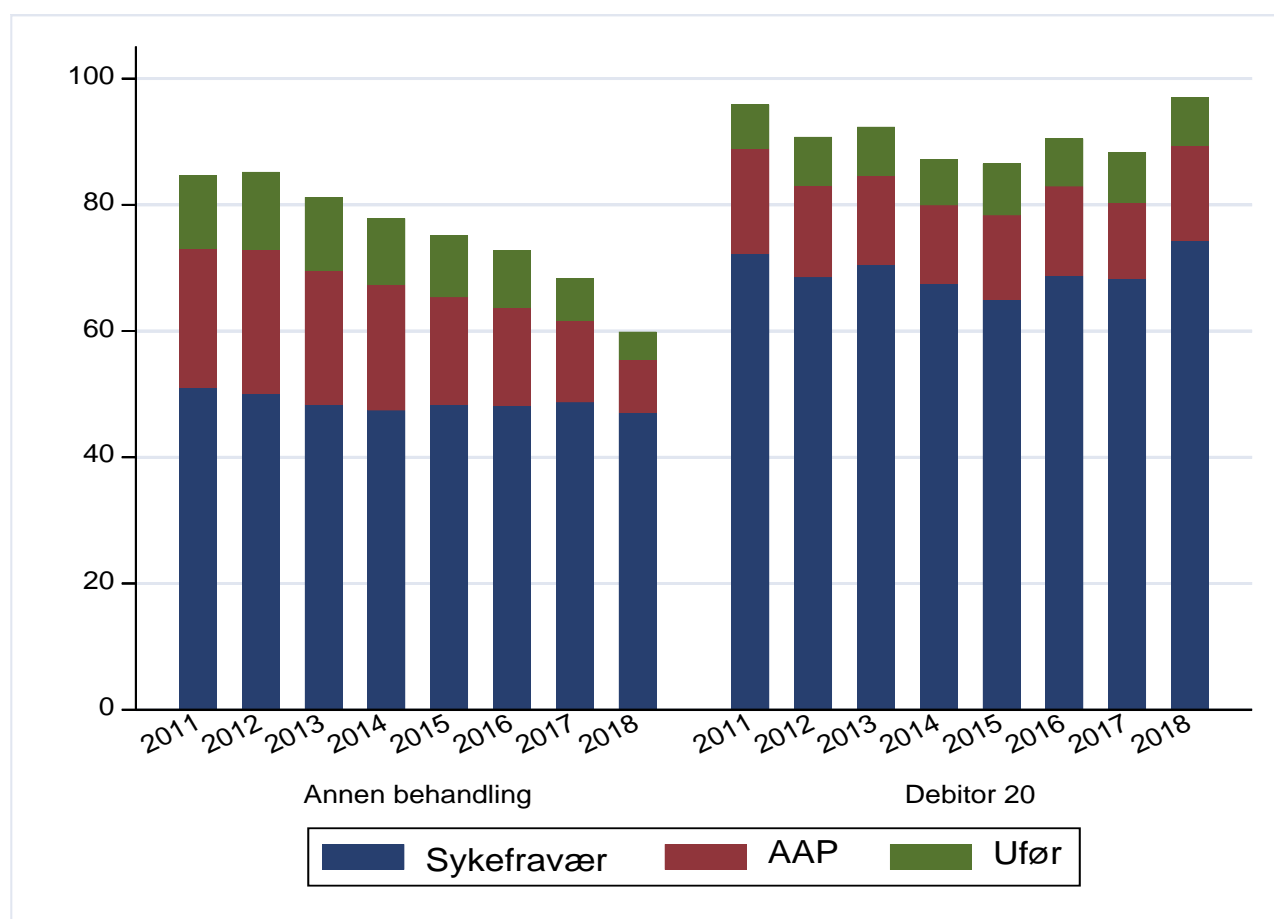
	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	0.9444438	0.344533	2.74	0.006	0.269167	1.61972
ATE (propensity score)	0.9762321	0.344462	2.83	0.005	0.301094	1.65137
Regresjon	0.9754566	0.333049	2.93	0.003	0.322687	1.62822



Men behandlingen i spesialisthelsetjenesten kan ha bidratt til at flere er avklart i forhold til rett til utførelse, og dette kan være positivt i seg selv. Noen vil også kunne ha oppnådd lavere sykefravær enn de ellers ville hatt pga. behandlingen de har fått i spesialisthelsetjenesten, men det er ikke slik at flere har oppnådd dette med denne behandlingen enn ved annen behandling for tilsvarende diagnose.

5.1.3 Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?

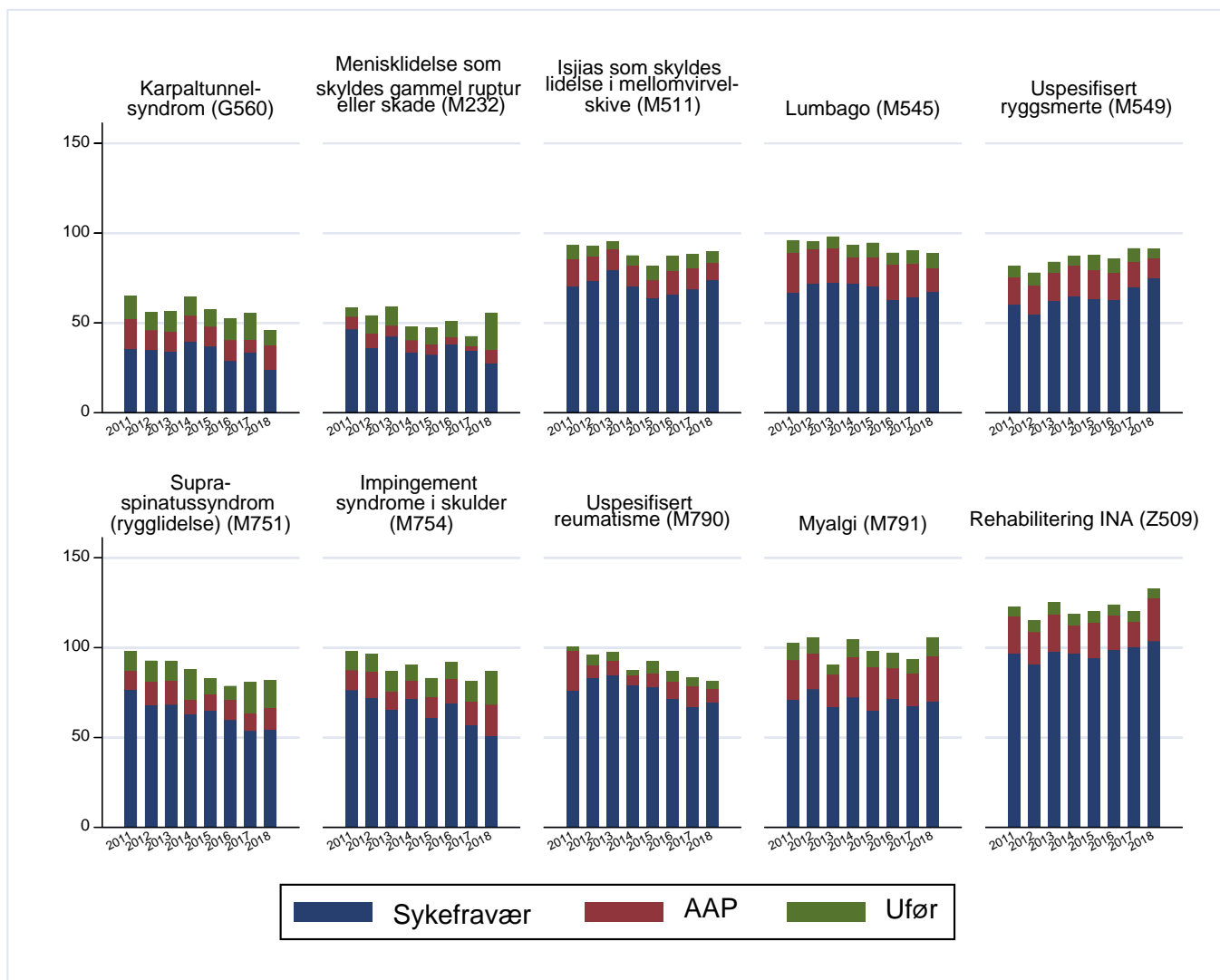
Fra figur 5.4 ser vi at i forkant av behandlingen blant de som har fått annen poliklinisk behandling enn debitor 20, er det færre som mottar AAP og utførelser utover i perioden, mens sykefravær er ganske stabilt. Dette ser ut til å være i tråd med utviklingen i AAP og sykefravær, men vi har ikke undersøkt dette grundig. I en slik analyse kunne vi også tatt med dagpenger, sosialhjelp og kvalifiseringsstønning for å se helsetjenestebruk blant mottakere av ulike ytelser. For debitor 20 pasientene er det flere sykmeldte i begynnelsen og i slutten av perioden, og en jevnere fordeling på AAP og utføre gjennom hele perioden. Det er en tydelig økning i antall sykefraværsdager og AAP før debitor 20-behandling fra 2017 til 2018.



Figur 5.4 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, utførelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene i somatisk poliklinisk behandling.



Som vist i figur 5.5, ser det for eksempel ut som det er økning i uføredager blant de som registreres med debitor 20 fra 2017 til 2018 når det gjelder menisklidelser, og en nedgang i antall på AAP og økning i antall med sykefravær i tiden før behandling for lumbago.



Figur 5.5 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, uføreytelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene. Poliklinisk behandling i somatikk, kun debitor 20.



5.2 Poliklinisk behandling i psykisk helsevern

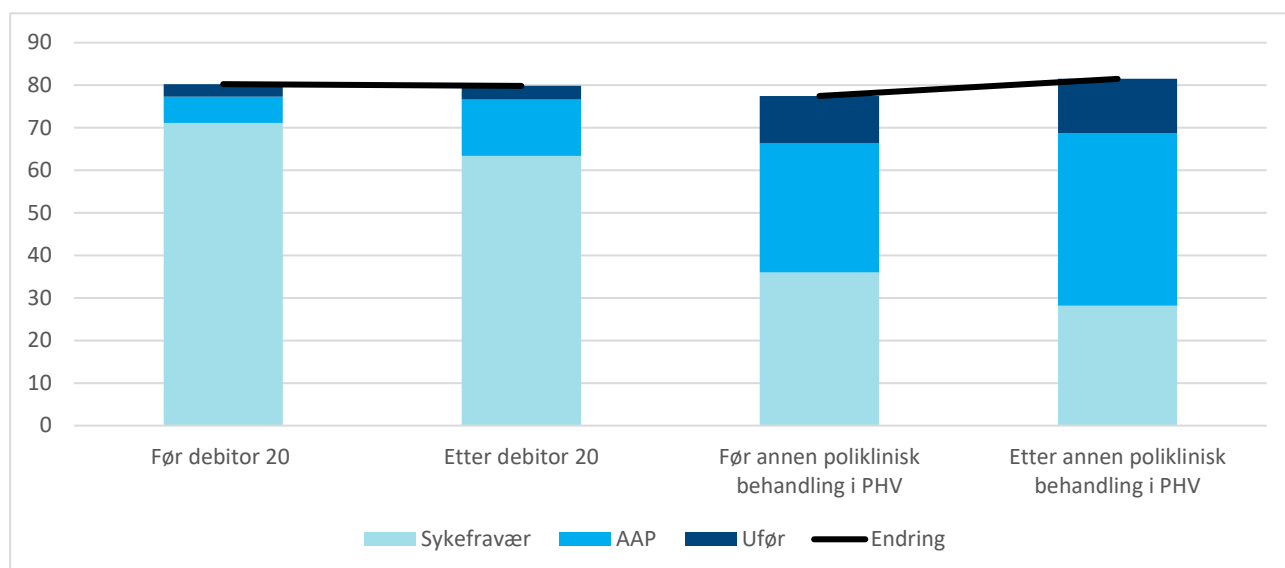
5.2.1 Grafisk illustrasjon

Det er 45558 personer som har mottatt debitor 20-behandling i form av polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern i perioden 2008-2018. Alle disse er med i de to første stolpene i figur 5.6. Det er 512740 personer i arbeidspopulasjonen som har mottatt annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern i samme periode. Alle disse er med i de to siste stolpene i figur 5.6.

Det figur 5.6 først og fremst viser, er igjen at det ikke er tilstrekkelig å se på sykefravær. Det er helserelaterte ytelser samlet som bør analyseres. For folketrygden og samfunnet har det ikke så stor betydning om de mottar sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Men vi kan si at de er lenger fra arbeidslivet når de har gått fra sykepenger over til AAP og deretter uføretrygd.

Figur 5.6 viser tydelig at blant de som fikk debitor 20 poliklinisk behandling i psykisk helsevern sammenliknet med de som fikk annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern, var det samlet sett flere som var sykmeldt og færre som mottok AAP eller uføretrygd. Dette er en indikasjon på at de som ble tatt inn for arbeidsrettet behandling var nærmere arbeidslivet enn de som fikk annen behandling. Dette ser vi ved å sammenlikne stolpe 1 med stolpe 3. Det som skjer i perioden etter behandling er at sykefraværet går ned og AAP går opp. Det er naturlig at det er en større økning i bruk av helserelaterte ytelser blant de som ikke har fått debitor 20-behandling, fordi de i større grad hadde AAP og uføretrygd i forkant av behandlingen.

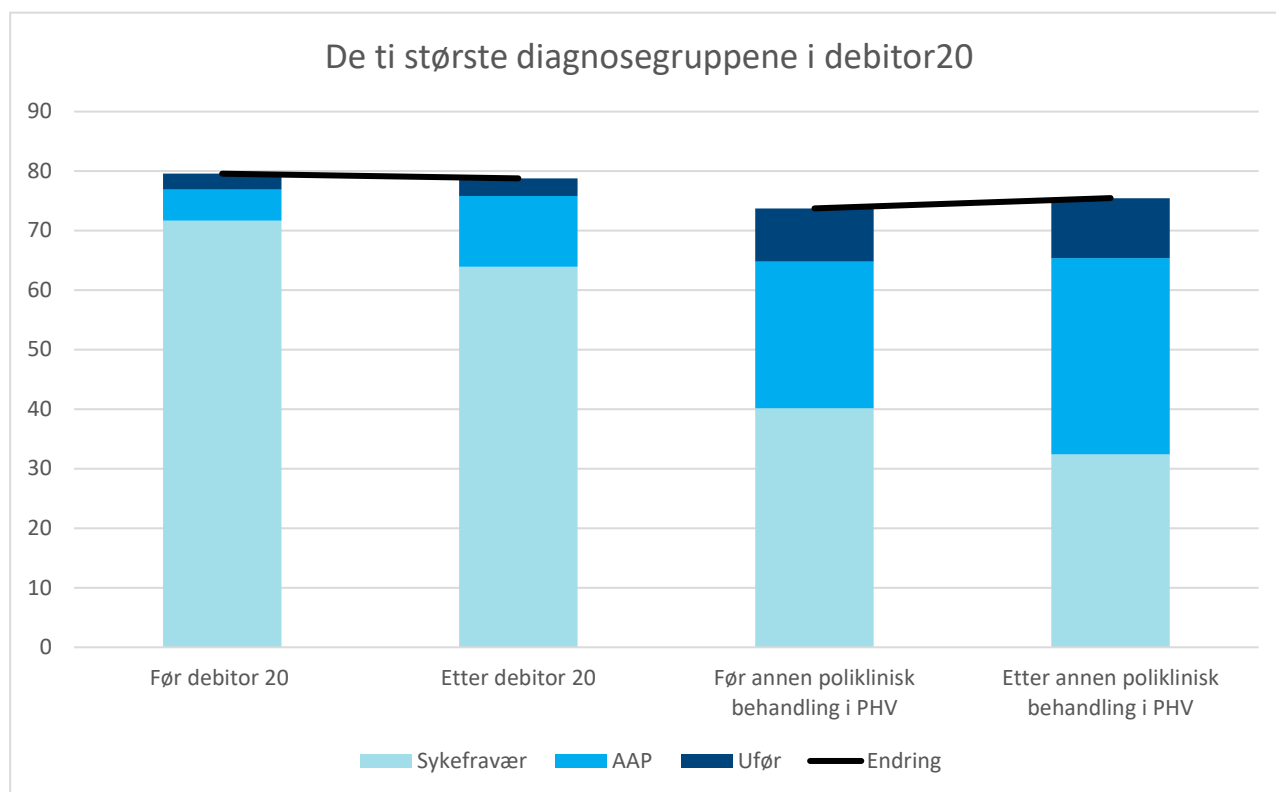
Figuren viser også at det ikke er noen synlig endring i antall dager på helserelaterte ytelser etter debitor 20-behandling, men det er en nedgang i antall dager med sykefravær i både behandlingsgruppen og blant de som fikk annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern.



Figur 5.6 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling i psykisk helsevern er inkludert.



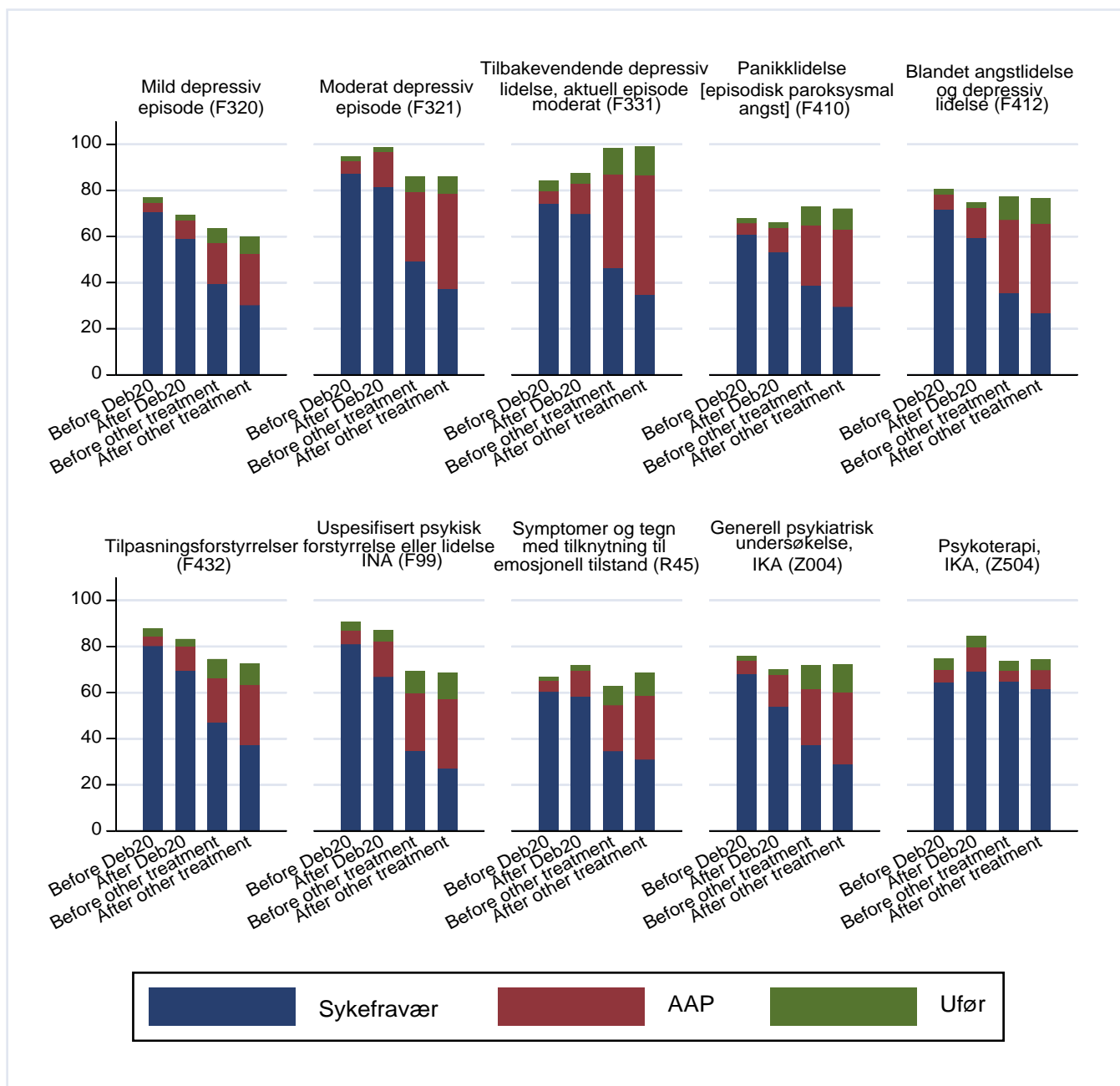
Bildet kan være annerledes for ulike diagnoser, figur 5.6 viser et gjennomsnitt av alle. Vi ser derfor nærmere på de ti vanligste diagnosene som er brukt i debitor 20-behandling i sektoren på dette omsorgsnivået. Dette medfører at vi inkluderer 2 av 3 pasienter som har fått debitor 20-behandling og 43 prosent av de som har fått annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern.



Figur 5.7 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i somatiske tjenester er inkludert.

I neste figur ser vi nærmere på de ti ulike diagnosene som hyppigst forekommer i debitor 20-behandling i poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Dette er:

- F320: Mild depressiv episode
- F321: Moderat depressiv episode
- F331: Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat
- F410: Panikkelidelse [episodisk paroksysmal angst]
- F412: Blandet angstlidelse og depressiv lidelse
- F432: Tilpasningsforstyrrelser
- F99: Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA
- R45: Symptomer og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand
- Z004: Generell psykiatrisk undersøkelse, ikke klassifisert annet sted
- Z504: Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted



Figur 5.8 Gjennomsnittlig antall dager med helse relatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i psykisk helsevern er inkludert.

Fra figuren kan vi blant annet se at de som har fått debitor 20-behandling for mild depressiv episode hadde i gjennomsnitt høyere sykefravær og helse relaterte ytelser enn de som fikk annen poliklinisk behandling for samme diagnose i en periode på 200 dager før behandlingen. Men det er ikke signifikante forskjeller i endringen i sykefravær i denne gruppen når vi matcher et utvalg for å få kontrollgruppe, men en liten forskjell på få dager når vi ser på helse relaterte ytelser totalt. Men dette er forventet, fordi de har lavere



andel på AAP før behandling. Når det gjelder pasienter med diagnosen moderat depressiv episode, ser vi at sykefraværet går mer ned blant de som ikke får debitor 20-behandling enn blant de som får det, og at antall dager på helserelaterte ytelser øker etter behandlingen. For de som har mottatt arbeidsrettet psykoterapi øker både sykefraværet og AAP når vi ser på alle som har mottatt denne typen behandling.

Bak figur 5.8 er det 31340 personer som har fått debitor 20 behandling og 246101 som har fått annen poliklinisk behandling for samme diagnose. Det er dermed et godt grunnlag for matchinganalyser.

5.2.2 Resultat fra matchinganalyser

Fra figurene kan vi ikke si noe om effekten av behandlingen fordi gruppene ikke nødvendigvis er sammenlignbare. Dersom det er tilfeldig hvem som har fått behandling merket med debitor 20 viser figurene riktige forskjeller. Vi konstruerer kontrollgrupper basert på ICD-10 diagnose, kjønn, alder og utdanning for utvalget med de 10 vanligste diagnosene merket med debitor 20.

Det er forskjell i forskjellene som er avhengig variabel, altså forskjell i endring i antall dager med hhv. sykefravær og i alle helserelaterte ytelser før og etter behandling mellom de som er behandlet med debitor 20 kode og de som ikke er det. Regresjonskoeffisienten som er tatt med i nederste rad i tabell 5.3 og 5.4 er basert på en OLS regresjon der variasjon i avhengig variabel forklares med icd-10 diagnose, kjønn, alder og utdanning og dummy for debitor 20-behandling.

Vi finner at det ikke er statistisk signifikante forskjeller i endring i sykefravær mellom de som har fått debitor 20-behandling og de som har fått annen behandling med samme diagnose (tabell 5.3). Men det er en liten effekt på antall dager på helserelaterte ytelser på to dagers reduksjon (tabell 5.4). Men som figur 5.7 viser, skyldes ikke dette at debitor 20 pasientene har en tydelig reduksjon, men at kontrollgruppen har en tydelig økning. Det ser ikke ut som bruk av ulike matching-algoritmer gir andre svar. Forskjellene er uansett ikke signifikante.

Tabell 5.3 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser på sykefravær. N=245,568

	Coef.	Std. Err.	T	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	0.42509	0.605307	0.70	0.483	-0.76129	1.611477
ATE (propensity score)	-0.27202	0.591317	-0.46	0.654	-1.43009	0.886943
Regresjon	-0.76946	0.412751	-1.86	0.062	-1.57845	0.039512

Resultatene fra matching analysene tar høyde for at gruppene er forskjellig i figur 5.8 og behandlingseffekten vi står igjen med etter å ha sammenliknet med en beste kontroll for populasjonen, er to dager færre på helserelaterte ytelser som trolig er det nærmeste vi kommer kausaleffekten av behandling merket med debitor 20.



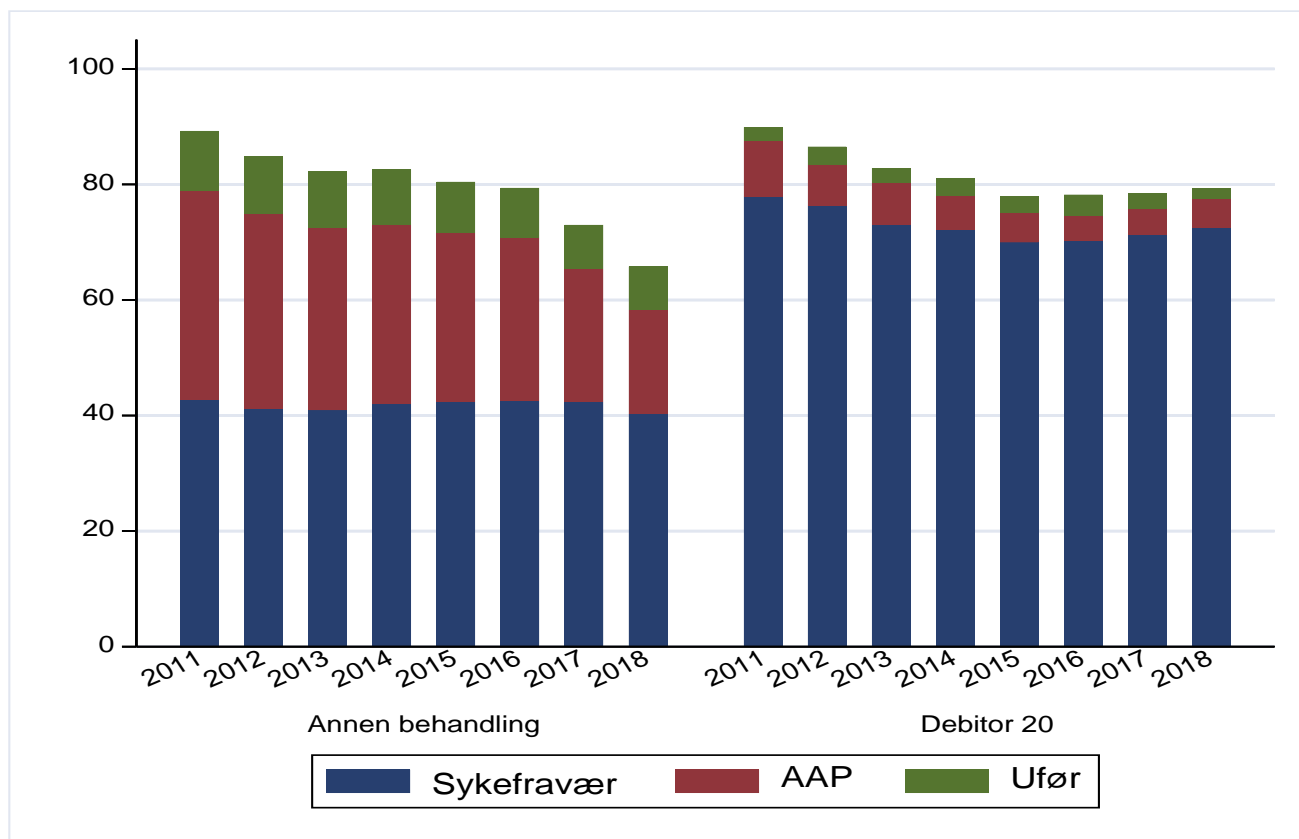
Tabell 5.4 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser på helserelaterte ytelser. N=245,568

	Coef.	Std. Err.	T	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	-2.23122	0.588942	-3.79	0.000	-3.38553	-1.07691
ATE (propensity score)	-2.86067	0.561493	-5.09	0.000	-3.96118	-1.76016
regresjon	-2.67718	0.415724	-6.44	0.000	-3.49199	-1.86237

Fordi vi ikke har mer informasjon om grad av alvorlighet innenfor de ulike diagnosegruppene, er det vanskelig å komme nærmere en kausal forklaring fordi kontrollgruppen er hentet fra en populasjon med et annet utgangspunkt (mer helserelaterte trykdeytelser) enn de som har fått debitor 20-behandling. Men siden vi har med hele debitor 20 populasjonen er det tydelig fra figurene og analysene at pasientene som har mottatt denne behandlingen ikke har hatt en betydelig reduksjon i sykefraværet sammenliknet med de som har fått annen poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Dette er nasjonale gjennomsnitt og noen tilbud kan ha oppnådd bedre resultater enn andre tilbud, men totalt sett er det ikke noen tydelig effekt på sykefravær eller bruk av helserelaterte ytelser samlet sett.

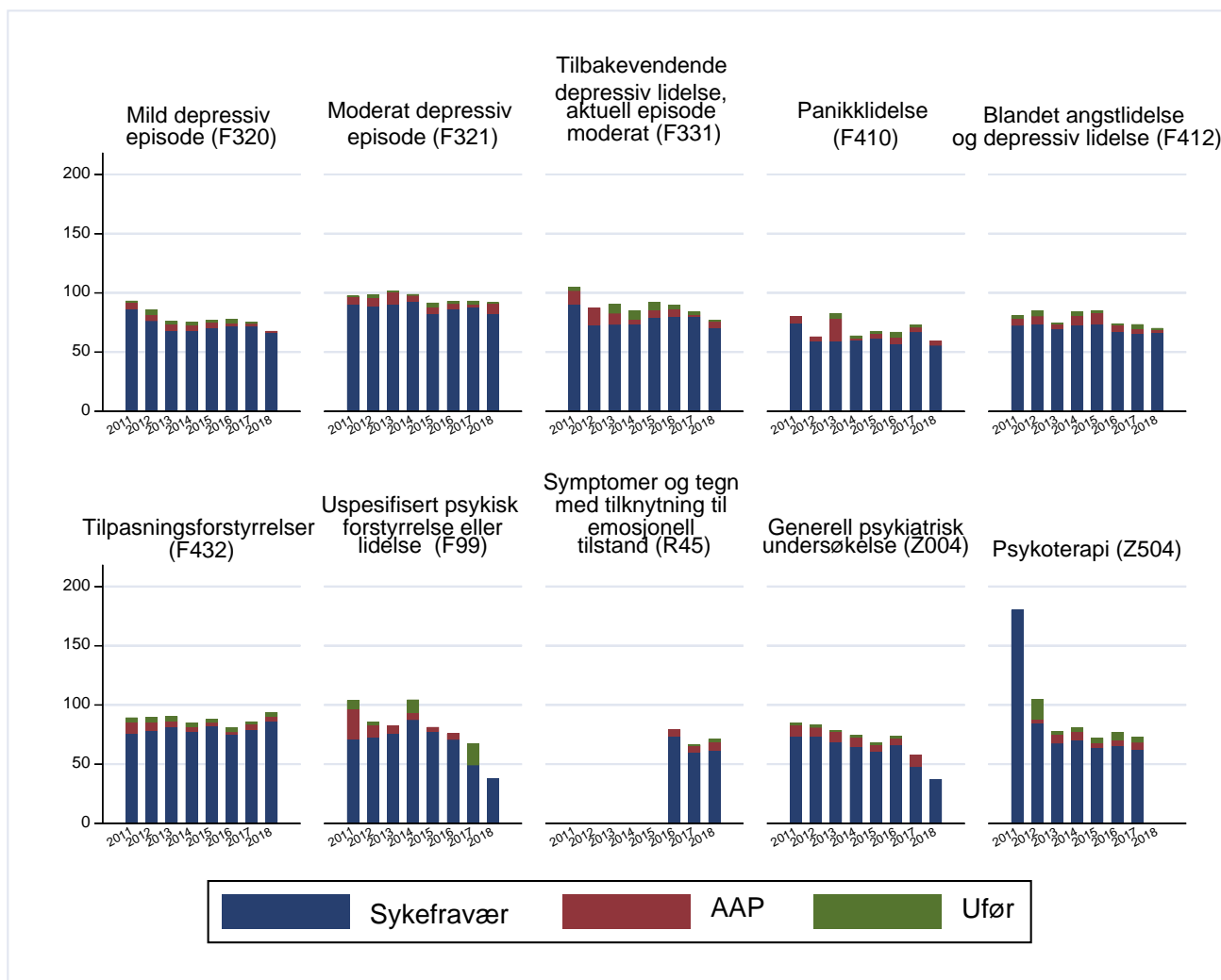
5.2.3 Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?

Dersom vi ser på hele debitor 20 populasjonen, dvs. alle som har fått debitor 20-behandling det enkelte år i psykisk helsevern i form av poliklinisk behandling, kan vi vise utviklingen i hvem som er prioritert basert på hvor mye helserelaterte ytelser de i gjennomsnitt har mottatt i perioden 200 dager før behandling og frem til behandling. Dette er da et mål som er uavhengig av antall personer som har mottatt behandling. Selv om registreringen på debitor 20 er dårligere i 2018 ser vi fra figur 5.9 at bruk av helserelaterte ytelser går ned for de som er kodet med debitor 20 fra 2011 til 2015, for deretter å svakt øke igjen. Det er noen flere dager med AAP og sykefravær og færre med uføredager fra 2017 til 2018, men det er ikke betydelige forskjeller mellom 2017 og 2018 i disse variablene.



Figur 5.99 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, uføreytelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene i psykisk helsevern, poliklinisk behandling.

Som vist i figur 5.10 er det en endring i både debitor 20 populasjonen og i sammensetningen av pasientene som får behandling i psykisk helsevern i arbeidspopulasjonen, men med unntak av at det var mye sykefravær i forkant av psykoterapi i 2011 er bildet ganske stabilt for de fleste diagnoser, men det er færre sykmeldingsdager, dager med AAP og uføreytelser blant de som har mottatt generell psykiatrisk undersøkelse (Z004) i 2018 sammenliknet med 2017. Det samme ser vi for de som er registrert med F99 (uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse).



Figur 5.10 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, uføreytelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene. Poliklinisk behandling i psykisk helsevern, kun debitor 20.

5.3 Poliklinisk behandling innen rehabilitering

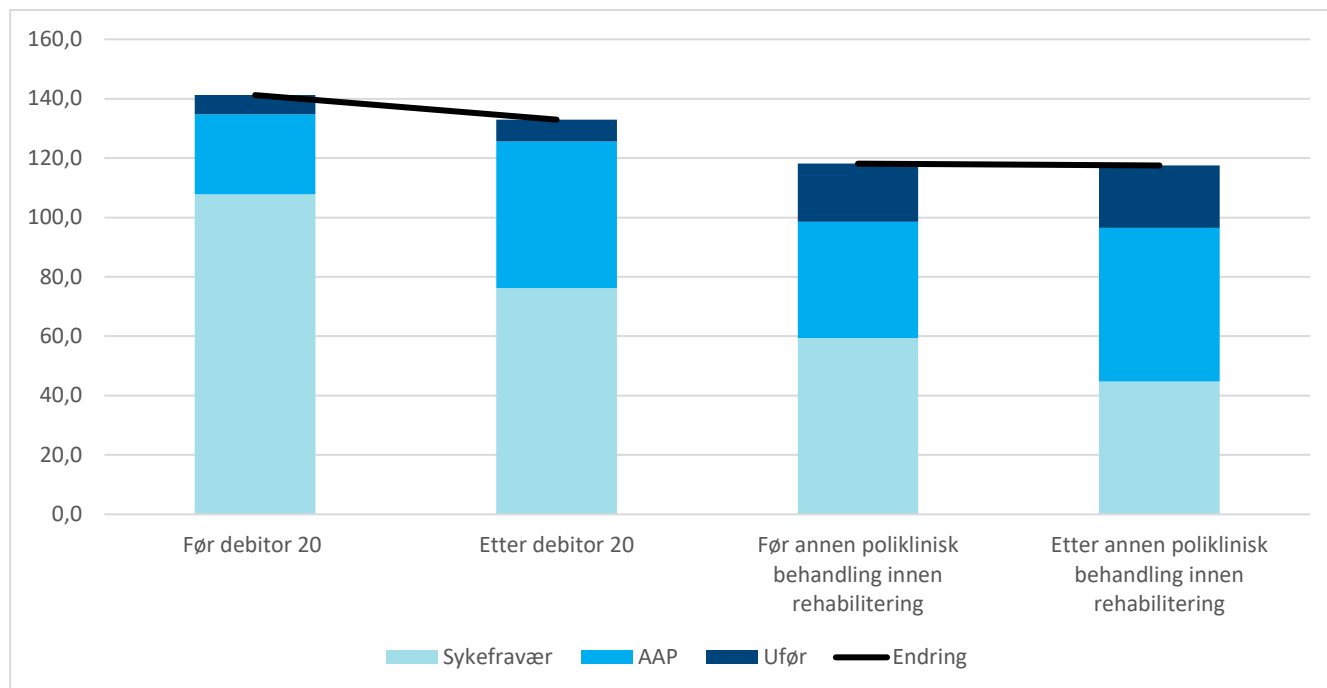
Det er poliklinisk behandling i somatikken og i psykisk helsevern som klart har benyttet debitor 20 koden mest, med hhv. 189117 personer og 45588 personer i perioden 2008-2018. I TSB er det 1819 personer som er registrert med debitor 20 kode i perioden og det er lite dokumentasjon på hva tilbudene innenfor TSB besto av. Vi tar med de som er kodet med debitor 20 innen rehabiliteringstjenester (Sektor=Rehabilitering).

5.3.1 Grafisk illustrasjon

Det er 2352 personer som har mottatt debitor 20 behandling i form av polikliniske konsultasjoner innen rehabilitering i perioden 2008-2018. Alle disse er med i de to første stolpene i figur 5.11. Det er 16600



personer i arbeidspopulasjonen som har mottatt annen poliklinisk behandling innen rehabilitering i samme periode. Alle disse er med i de to siste stolpene i figur 5.11.



Figur 5.11 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling innen rehabilitering er inkludert.

Som vist i figur 5.11 er det en betydelig nedgang i gjennomsnittlig antall sykefraværsdager 200 dager før og 200 dager etter median behandlingsdato, men det er også en betydelig økning i antall dager med AAP og en marginal økning i antall dager med uføreytelser. Men de som fikk debitor 20 behandling hadde i utgangspunktet betydelig flere sykefraværsdager enn de som fikk annen behandling (sammenlikning av 1. og 3. søyle), så det må forventes at flere går over til AAP.

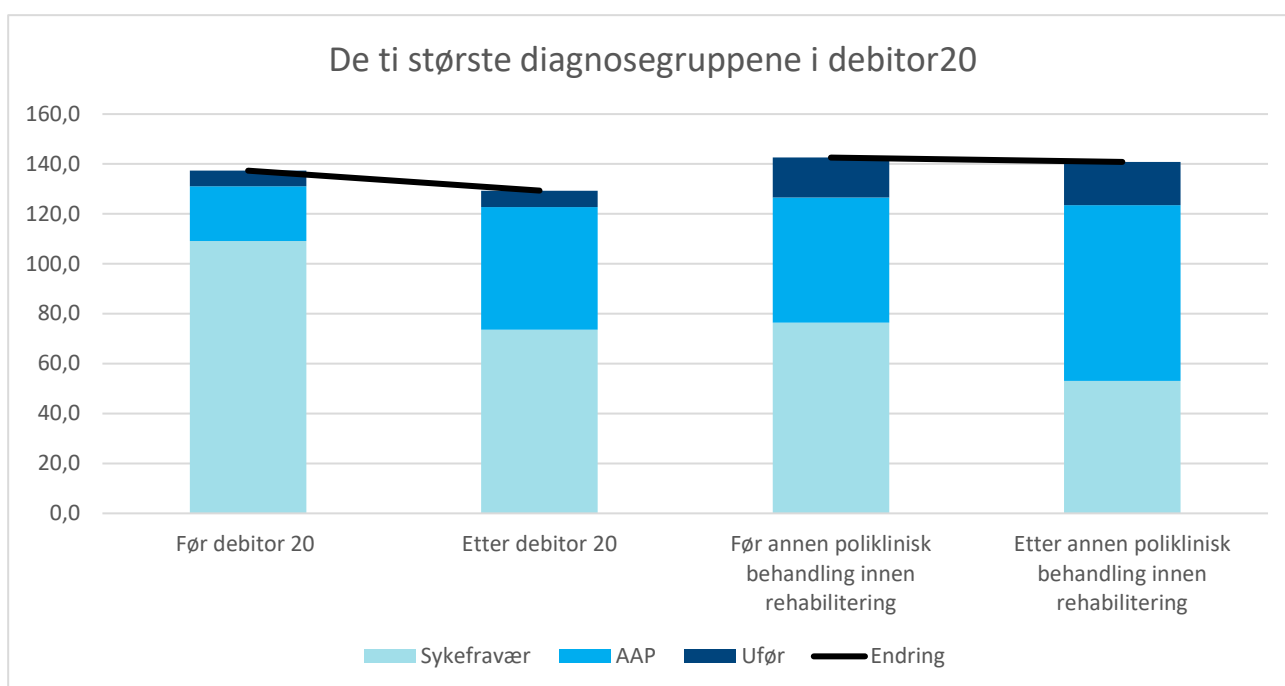
Totalt sett er det en nedgang i bruk av helserelaterte ytelser før og etter debitor 20 behandling innen rehabilitering, så her ser det ut til å være en synlig effekt av behandlingen på arbeidsdeltakelse. Figur 5.11 inkluderer alle som har mottatt poliklinisk behandling innen rehabiliteringstjenester, så nå går vi et steg nærmere å lage sammenligningsgrupper ved å se på de ti mest brukte diagnosene blant behandlinger som er kodet med debitor 20.

I neste figur ser vi nærmere på de ti ulike diagnosene som hyppigst forekommer i debitor 20 behandling i poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Disse er:

- M797: Fibromyalgi
- I25: Kronisk iskemisk hjertesykdom
- M791: Myalgi
- M542: Smerte i nakke
- Z730: Utbrenthet



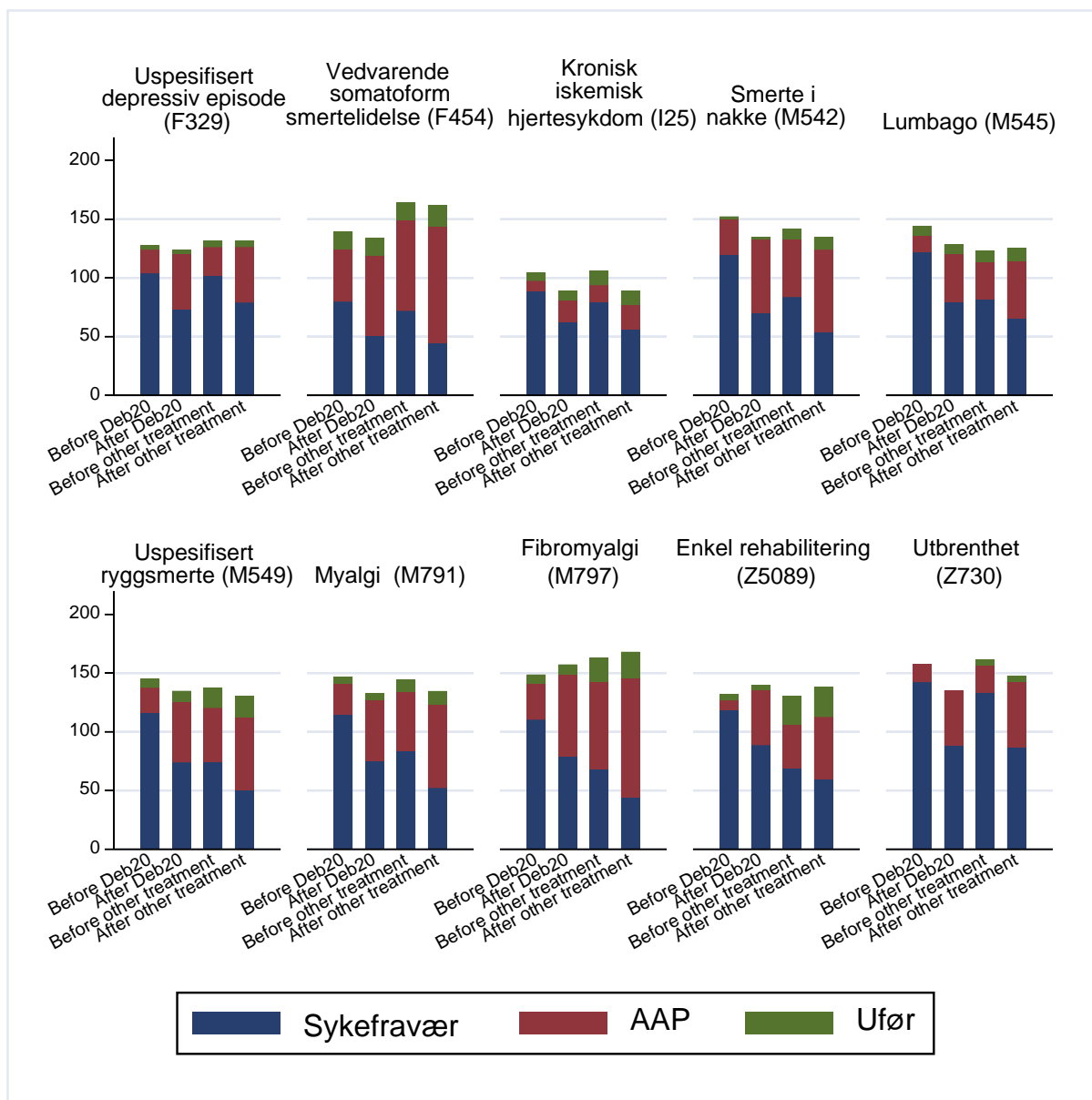
- M549: Uspesifisert ryggsmerte
- F329: Uspesifisert depressiv episode
- M545: Lumbago
- F454: Vedvarende somatoform smertelidelse
- Z5089: Enkel rehabilitering



Figur 5.12 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i rehabiliteringstjenester er inkludert.

Figur 5.11 og 5.12 viser omtrent det samme bildet, men fordi gruppene nå kun inneholder de vanligste diagnosene kodet med debitor 20 er de mer sammenliknbare og det er her (figur 5.12) flere sykefraværsdager blant de som mottok annen poliklinisk behandling enn når vi så på alle pasientene i arbeidspopulasjonen i sektoren (figur 6.12).

Figur 5.13 viser de ti vanligste debitor 20 diagnosene og her ser vi for eksempel at det er større nedgang i bruk av helserelaterte ytelser blant de som har fått debitor 20 behandling enn blant de som har fått annen poliklinisk behandling med unntak av de som har fibromyalgi og de som er kodet med "Enkel rehabilitering, Z5089".



Figur 5.13 Gjennomsnittlig antall dager med helserelatert ytelse fra 200 dager før og frem til median behandlingsdato og fra median behandlingsdato og 200 dager frem i tid. Alle i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling for de ti vanligste diagnosene merket debitor 20 i rehabiliteringstjenester er inkludert.

Matchingen gjøres på samme datagrunnlag som er brukt i figur 5.13. Det er 843 pasienter som har mottatt debitor 20 behandling og 3568 som har mottatt annen poliklinisk behandling for de ti vanligste debitor 20 diagnosene.



5.3.2 Resultat fra matchinganalyser

Regresjonskoeffisienten som er tatt med i nederste rad i tabell 5.3 og 5.4 er basert på en OLS regresjon der variasjon i avhengig variabel forklares med icd-10 diagnose, kjønn, alder og utdanning og dummy for debitor 20-behandling.

Vi finner at det er statistisk signifikante forskjeller i endring i sykefravær mellom de som har fått debitor 20-behandling og de som har fått annen behandling med samme diagnose (tabell 5.5) på rundt 8,6 dager. Men når vi ser på antall dager på helserelaterte ytelser samlet (sykefravær, AAP og uføreytelse) er det ikke systematiske/signifikante forskjeller (tabell 5.6).

Tabell 5.5 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser av sykefravær. N=4393

	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	-8.64	4.15	-2.08	0.038	-16.781	-0.494
ATE (propensity score)	-7.73	4.14	-1.86	0.062	-15.855	0.396
regresjon	-8.24	3.20	-2.57	0.010	-14.523	-1.962

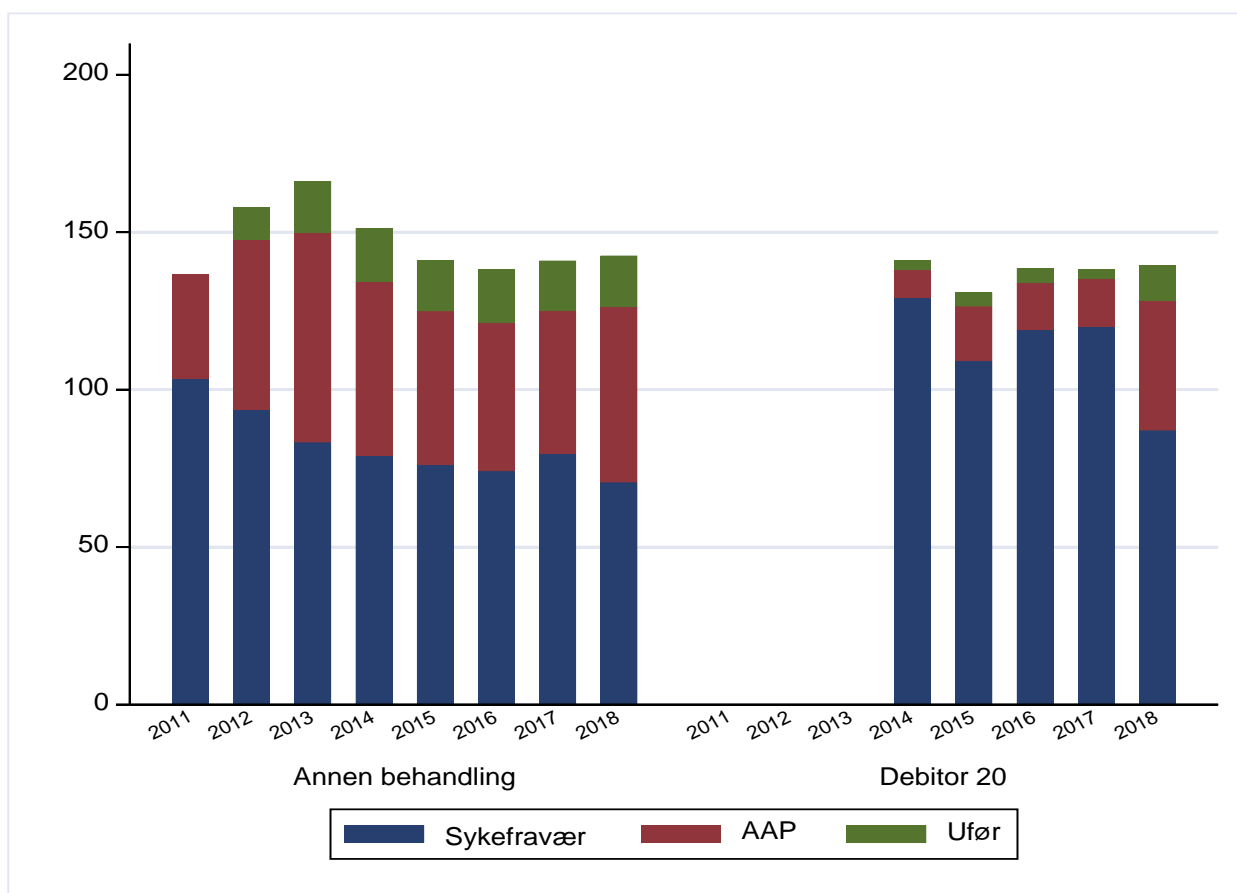
Tabell 5.6 Resultat fra matching (kjønn, alder, utdanning og ICD-10 diagnose) analyser av helserelaterte ytelser. N=4393

	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
ATE (mahalanobis)	-3.37	3.68	-0.92	0.360	-10.592	3.847
ATE (propensity score)	-1.97	3.64	-0.54	0.587	-9.100	5.154
regresjon	-2.45	2.87	-0.85	0.394	-8.081	3.184

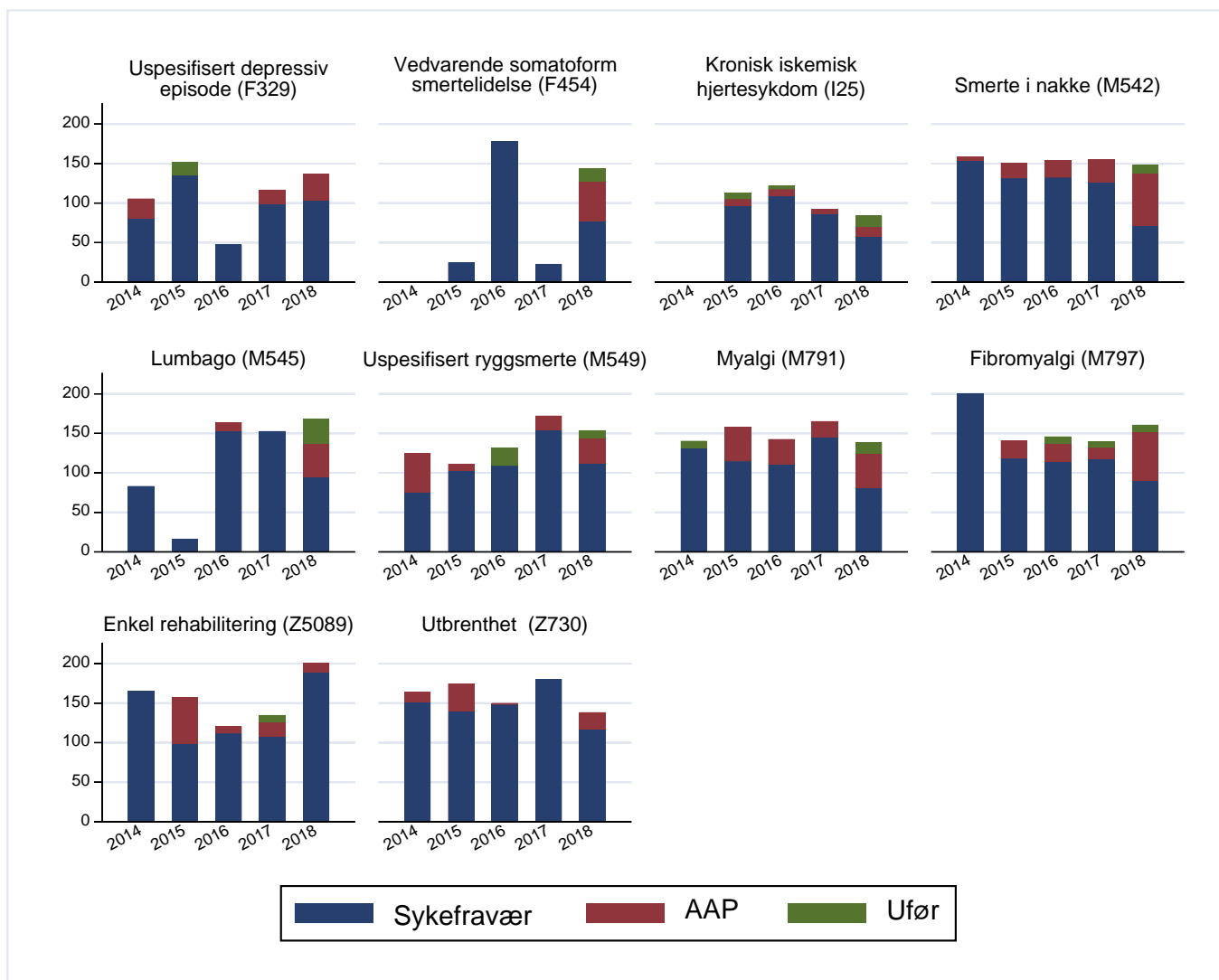


5.3.3 Forskjeller i perioden 2008-2017 og til 2018?

Fra figur 5.14 ser vi at fra 2017 til 2018 er det færre sykefraværsdager og flere med AAP og uføreytelse i debitor 20 gruppen i gjennomsnitt. Dette er en indikasjon på at de som mottar behandling i 2018 innen arbeidsrettet poliklinisk rehabilitering står lengre borte fra arbeidslivet enn de som ble tatt inn i 2017.



Figur 5.14 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, uføreytelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene innen rehabilitering, poliklinisk behandling.



Figur 5.15 Gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP, uføreytelse i perioden 200 dager før median behandlingsdato i de ti største debitor 20 diagnosegruppene. Poliklinisk behandling innen rehabilitering, kun debitor 20.



5.4 Oppsummering

I debitor 20 populasjonen, dvs. alle konsultasjoner og opphold som er registrert med debitor 20 kode, er det 75 prosent som har fått poliklinisk behandling i somatikken, 18 prosent har fått poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Det er nesten 1 prosent av pasientene som har fått poliklinisk behandling innen rehabilitering. Det er disse pasientene vi har inkludert i analysene, og de dekker til sammen 94 prosent av populasjonen.

Poliklinisk behandling i somatikken

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling 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.

Poliklinisk behandling i psykisk helsevern

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling ikke er 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.

Poliklinisk behandling innen rehabilitering

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling er 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 har 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 kapittelet 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.



6 Samfunnsøkonomisk vurdering

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. I dette kapitlet løfter vi blikket over den enkelte tjeneste og opp på samfunnsnivå.

I den siste arbeidspakken i følgeevalueringen har vi gjort en samfunnsøkonomisk vurdering av "Raskere tilbake" og omleggingen til Helse og arbeid. Premissene for denne er også nærmere beskrevet innledningsvis i kapittel 6 i sluttrapporten. "Raskere tilbake" kostet samfunnet ca. 6 milliarder kroner i perioden 2007-2017, og i kapittel 5 så vi at denne investeringen i liten grad førte til lavere sykefravær eller mindre bruk av helserelaterte ytelser blant de som ble kodet med debitor 20 i somatikken og i psykisk helsevern. Det er positive funn innen rehabiliteringstjenester når det gjelder reduksjon i sykefraværet, men den positive effekten forsvinner når vi ser på bruk av helserelaterte trygdeytelser samlet.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det ingenting som er viktigere enn sysselsetting og deltakelse i arbeidslivet. At flere arbeider gir økt verdiskapning og høyere skatteinntekter for staten og kommunene. Samtidig gir økt yrkesdeltakelse lavere utgifter i folketrygden ved at færre mottar trygd. Arbeidsinntekt for flere gir høyere kjøpekraft og større etterspørsel etter varer og tjenester, som igjen fører til flere jobber. Tiltak og tjenester som påvirker yrkesdeltakelsen er derfor viktige i et samfunnsperspektiv. Fordi høyt sykefravær på individnivå øker sannsynligheten for å gå 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 ha betydelig lavere gevinst på samfunnsnivå enn tiltak som påvirker sysselsettingen.

Disse resonnementene lå bak beslutningen om å bruke 6 milliarder på "Raskere tilbake". Dersom ikke sykefraværet eller yrkesdeltakelsen påvirkes, forsvinner dermed det økonomiske argumentet som lå til grunn for etableringen av tilbudene. Dette betyr sannsynligvis også at Helse og arbeid tilbudene etter omleggingen må begrunnes med noe annet enn at de bidrar til redusert sykefravær.

Det kan også argumenteres med at bedre livskvalitet og symptomlette som ikke påvirker sykefraværet, likevel 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 det oppstår et sykefravær.

Tilnærmingen til den samfunnsøkonomiske vurderingen er den samme som vi tidligere har benyttet i nasjonale evalueringer som inkluderer evalueringene av IA-avtalene¹²² ¹²³, evalueringen av sykefraværsoppfølgingsregimet¹²⁴, og i evalueringen av AAP-ordningen¹²⁵. Metodeutviklingen startet da vi gjorde en vurdering av gradert sykmelding for ti år siden¹²⁶. Gjennom disse prosjektene og flere andre, utviklet forskerne i SINTEF Helse en metode for å gjøre kvalitative samfunnsøkonomiske vurderinger gjennom det vi kan kalle en induktiv aktørtlærming. Metoden ble også benyttet for å gjøre en



samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer i 2017/2018¹²⁷, og noen av diskusjonstemaene i den rapporten vil være aktuell i dette kapittelet.

6.1 Induktiv aktørtilnæringsmetode for evaluering av komplekse problemstillinger

I både kvalitativ og kvantitativ forskning er problemstillingene ofte avgrensede og konkrete. Jo mer avgrenset problemstilling, jo lettere kan det være å sette to streker under svaret. Men forskning på smale problemstillinger kan gi fragmentert kunnskap som er vanskelig å bruke i et utviklingsarbeid som for eksempel skal forbedre eksisterende trygdeordninger eller helsetjenester, fordi forslagene ikke er basert på en helhetsvurdering. Metodene som er utviklet innen samfunnsvitenskapelig forskning kan gi grunnlag for å studere åpnere og bredere problemstillinger når formålet er å gi en helhetlig og overordnet vurdering.

Når det ikke er utviklet en teori slik at vi kan teste tydelige hypoteser, er alternativet å benytte en datadrevet tilnærming. Metoden bygger på en tematisk analysestrategi med en induktiv tilnærming.^{128, 129} Metoden som er utviklet er delt inn i følgende fem faser:

- Fase 1: Identifisere de viktige aktører/kontekst for temaet som studeres
- Fase 2: Systematisk innhenting av erfaringer fra alle aktørene
- Fase 3: Systematisk gjennomgang av all informasjon
- Fase 4: Identifisering av sentrale situasjonsbilder
- Fase 5: Komme med forslag og anbefalinger til endringer

Fase 2 handler om all datainnsamlingen i følgeevalueringen som er beskrevet i vedleggsrapporten, mens Fase 3 er den systematiske gjennomgangen av hele datagrunnlaget som er presentert i kapittel 4 i vedleggsrapporten. I den samfunnsøkonomiske vurderingen ser vi hele datagrunnlaget under ett for å gjøre en helhetlig analyse basert på alle aktørers erfaringer samlet. I tillegg benytter vi kunnskap utviklet i andre evalueringer og forskningsprosjekt. Dette gjøres for å unngå fragmenterte diskusjoner basert på erfaringene fra enkeltaktører som hver for seg sitter med ulike deler av en større helhet. Den samfunnsøkonomiske vurderingens konklusjoner vil slik være styrket av at de er basert på summen av de ulike aktørenes perspektiver. Metoden sikrer triangulering i ulike perspektiv på et system, og anvendt for å evaluere og gi anbefalinger til forbedring av komplekse systemer.^{130, 131 132} Forslagene i fase 5 vil være basert på det samlede erfaringsgrunnlaget som er innhentet.

6.2 Problemstilling som skal besvares

Raskere tilbake var et nasjonalt tiltak som ble vedtatt av Sykefraværsutvalget høsten 2006. Tiltaket inngikk som en del av IA-samarbeidet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. Målet var å unngå sykefravær og få sykmeldte raskere tilbake til jobb. Vi begrenser her diskusjonen til å handle om tilbudene som ble etablert i regi av spesialisthelsetjenesten, først som egne prosjektbaserte tilbud og etter hvert som en del av ordinær drift. Målet var å få til redusert sykefravær på nasjonalt nivå, blant annet for å spare folketrygden for store utgifter.

Hvilken effekt dette tiltaket har hatt på nasjonalt sykefravær er fortsatt usikkert, men resultatene i kapittel 5 tyder på at behandlingen ikke gir lavere sykefravær på individnivå. Et viktig spørsmål er dermed om slike behandlingstiltak fungerer for å få en avklaring rundt en sykmeldt heller enn å redusere sykefraværet.



Den arbeidsrettede behandlingen har kanskje andre effekter, som mindre smerte, mindre symptomtrykk etc. som på lenger sikt kan føre til lavere sykefravær og mindre frafall fra arbeidslivet. Dette er vanskelig å undersøke med registerdata, da usikkerheten til om behandlingen er knyttet til sykmeldingen øker når det er lang tid fra behandlingsdato til sykefravær. Valg av 200 dager før og etter median behandlingsdato er basert på denne usikkerheten. Det sentrale spørsmålet er:

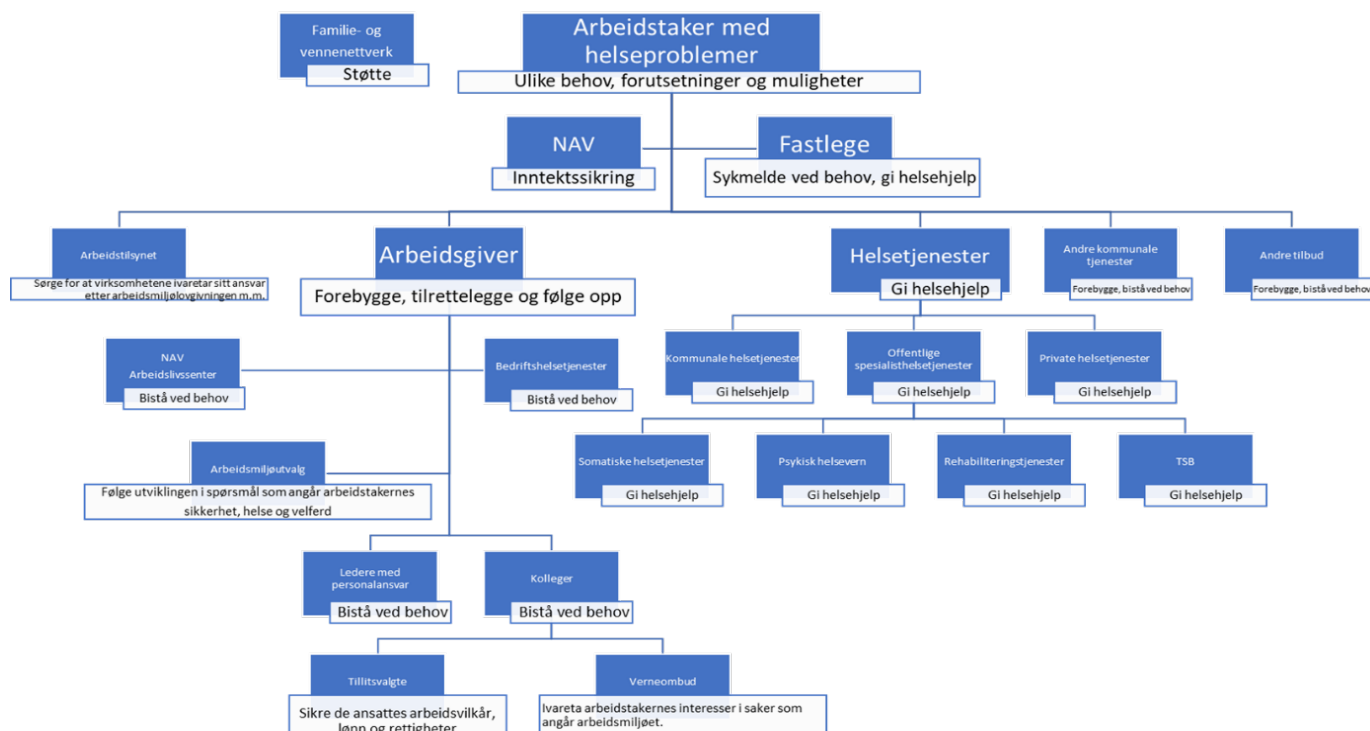
Er det fornuftig at spesialisthelsetjenestene skal ha et arbeidsrettet fokus i behandling av helseproblemer?

For å komme nærmere et svar på denne problemstillingen, er det nødvendig å ha et overordnet blikk på hele spesialisthelsetjenesten og konteksten et slikt arbeidsrettet fokus skal inngå i. Samtidig er det viktig å huske hva dette arbeidsrettede fokuset var ment å skulle bidra med. Det var å redusere sykefraværet og forebygge frafall fra arbeidslivet.

6.3 Identifisere de viktige aktørene/kontekst rundt tilbudene

I figuren under har vi tatt med aktører/tjenester/tiltak som kan være involvert når en arbeidstaker får helseproblemer og sykefravær. Primært skal NAV bidra med inntektssikring når en person får helseproblemer og ikke kan jobbe, og fastlegen skal sykmelde ved behov og følge opp helseproblemene. Arbeidsgiver skal etter loven i en slik situasjon tilrettelegge arbeidsoppgaver, utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid og innkalle til dialogmøte. Arbeidsgiver har også et stort lovbestemt ansvar for å forebygge at ansatte får helseproblemer fra arbeidet sitt.

I norsk arbeidsliv har vi valgt en modell der det er bygget opp et systematisk rammeverk rundt trepartssamarbeidet mellom arbeidsgivere, arbeidstakere og myndigheter. Det som skal beskytte arbeidstakere mot å få helseproblemer som følge av arbeidet, involverer hele arbeidsmiljølovgivningen, HMS-forskrifter, internkontroll, AMU, BHT, NAV Arbeidslivssenter, tillitsvalgte og verneombud.



Figur 6.1 Aktører som er relevant for arbeidstakere med helseproblemer

Ledere som har personalansvar for arbeidstakere som får helseproblemer kan være viktige for arbeidstakere som får helseproblemer, og det kan også kolleger. Tillitsvalgte og verneombud har viktige roller for å sikre ansattes arbeidsvilkår og arbeidsmiljø.

Det er etablert et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten som skal ha et arbeidsrettet fokus, for å bidra til redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Konteksten forstås med bakgrunn i arbeidslivsforskning med særlig fokus på helselaterte ytelser, og helsetjenesteforskning.

Vi må gå litt tilbake i tid for å forstå bakgrunnen for "Raskere tilbake" da det ble vedtatt i 2006 (jf. vedleggsrapporten, kapittel 2). For 15 år siden var det mange som mente at årsakene til det høye sykefraværet i Norge skyldtes at mange ventet for lenge på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Partene i arbeidslivet var derfor opptatt av at behandlingsskapasiteten i helsetjenestene skulle økes og at ventelistene skulle ned. Senere har analyser av registerdata vist at ventetid på spesialisthelsetjenester generelt ikke påvirker lengden av sykefraværet¹³³, men her kan det finnes unntak, som for eksempel redusert tid til kirurgiske inngrep, slik noen av de innledende evalueringene av "Raskere tilbake" viste. Her fant man at pasienter på "Raskere tilbake"-tiltak hadde gjennomsnittlig 4,3 færre sykepengedager enn personer som mottok behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Effekten gjaldt særlig kirurgiske pasienter, mens medisinske pasienter ikke hadde signifikant kortere sykefravær enn sammenligningsgruppen.⁶



6.4 Identifisering av sentrale situasjonsbilder

Situasjonsbildene som kommer fram fra datagrunnlaget og som vi diskuterer her, er følgende:

- Økt arbeidsfokus, men tyngre pasienter nå enn tidligere – rett målgruppe/rett tjeneste?
- Ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten og roller

6.4.1 Økt arbeidsfokus, men tyngre pasienter nå – rett målgruppe?

Som det framgår i kapittel 4 både i sluttrapporten og denne vedleggsrapporten, kom det fram i intervjuene at mange av de ansatte i tilbudene opplever at de har fått "tyngre" pasienter enn tidligere (i betydningen mer komplekse helseproblemer og lenger sykefraværsforløp før de kommer til utredning), samtidig som de skal ha økt arbeidsfokus i tjenesten. Dette er et paradoks, og det kan dermed bli en mismatch mellom metodene som utvikles, og behovene til pasientene som kommer inn i tilbudet. Dette kan skyldes at noen av tilbudene legger seg nær opp til de tidligere "Raskere tilbake"-tilbudene der de skulle behandle mindre kompleks problematikk, mens de nå må forholde seg til prioriteringene i spesialisthelsetjenesten generelt. I noen av tilbudene er verktøyene kanskje utviklet mer for pasientgruppen som var i "Raskere tilbake"-perioden, og paradokset oppleves kanskje sterkere der enn i nyere tilbud som kom etter omleggingen.

Flere av informantene våre snakker også om at de må få rett målgruppe inn i tilbudene og at de som har "tyngre" problematikk ikke passer i det tilbudet som er utviklet (jf. eksempel i kapittel 4.4.1). Noen sliter også med å rekruttere nok pasienter til tilbudet, og ønsker flere som står nærmere arbeidslivet som de kan hjelpe. Personer med mindre kompleks problematikk som står nærmere arbeidslivet, er sannsynligvis lettere å hjelpe enn de som står langt fra arbeidslivet, og har mer alvorlig helseproblemer. Det ser likevel ikke ut til at tilbudene samlet sett under "Raskere tilbake"-perioden har hatt noen sterk effekt på sykefraværet eller bruk av helserelaterte ytelser.

Å satse på å bygge ut behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for store sykmeldingsgrupper med hovedmål om å redusere sykefraværet, er trolig ikke et samfunnsøkonomisk lønnsomt tiltak. Selv om randomiserte kontrollerte studier kan vise effekt av enkelte behandlingstiltak på sykefravær, betyr ikke dette nødvendigvis at slike tilbud skal skaleres opp i spesialisthelsetjenesten. Dette må diskuteres i fagfeltet. En generell oppfatning etter intervjuene vi har hatt, synes å være at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å behandle mindre komplekse helseproblemer i spesialisthelsetjenesten. Dette er en feilslutning som må oppklares. Det er viktig å være klar over at økonomiske analyser som viser at folkesykdommer som depresjons- og angstproblematikk koster samfunnet enorme summer, viser dette fordi det er så mange som rammes, ikke fordi det rammer hver enkelt så hardt. Her aggregeres mange små summer til et stort tall. Slike analyser har ingenting med prioriteringene i spesialisthelsetjenestene å gjøre, men det har med prioriteringer i hele samfunnet å gjøre. Helsetjenester kan ikke etableres basert på kost-nytte analyser for hele befolkningen, fordi dette alltid vil tilsi at det er de mange med lettere problematikk som bør prioriteres. Slik kan ikke helsevesenet fungere, da blir det veldig mange veldig syke mennesker som ikke får hjelp. De enorme konsekvensene alvorlige psykiske lidelser gir på individnivå, må telle mest i prioriteringene i spesialisthelsetjenesten. Dette handler både om menneskerettigheter, sosiale rettigheter og rett til helsehjelp.

"Raskere tilbake" ble etablert ut ifra den samme feilslutningen. Tilbudene ble etablert for å redusere sykefraværet i de store gruppene med muskel-skjelettproblemer, og angst/depresjonsproblemer. Her er



eksempel på hvordan en av informantene vi intervjuet i et Helse og arbeid-tilbud, ønsker å kunne prioritere lettere problematikk i tråd med prioriteringene for å gi helsehjelp:

Nyttekriteriet bør vektlegges mht. at mildere tilstander kan prioriteres for å forebygge langtidsfravær og økt alvorlighetsgrad av tilstand jo lenger fravær fra arbeid.

For å se hvorfor dette ikke er rasjonelt, kan vi forestille oss at alle som blir sykmeldt med mildere tilstander skal prioriteres for behandling i spesialisthelsetjenesten for å forebygge langtidsfravær. De aller fleste av disse vil bli friskmeldt av seg selv, og en slik prioritering ville dermed innebåret feil ressursbruk i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Selv om spesialisthelsetjenestene ikke kan skaleres opp til å behandle store grupper med lettere helseproblemer og på bekostning av alvorlige helseproblemer, må samfunnet prioritere disse gjennom å bygge opp gode forebyggingstiltak og intervensjoner som når de mange som er i disse gruppene. Hvordan dette kan gjøres på kommunalt nivå er diskutert i KS-rapporten fra 2018 ¹²⁷.

Anbefaling: Sørge for at metodene som benyttes i spesialisthelsetjenesten er tilpasset behovene til pasientene som skal prioriteres, heller enn å forsøke å rekruttere "riktige" pasienter til et tilbud som skal redusere sykefraværet i arbeidslivet.

6.4.2 Ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

En av utfordringene da "Raskere tilbake" ble vedtatt i 2006, var at det ikke ble gjort en mer overordnet vurdering av hvordan dette tiltaket ville passe inn i spesialisthelsetjenestenes prioriteringsregimer, og hvordan ansvarsfordelingen med kommunene var på dette området. En overordnet tanke er at kommunene skal forebygge helseproblemer slik at det ikke blir for mange som får helseproblemer som må behandles i spesialisthelsetjenesten. Kommunene utvikler nå folkehelsestrategier, og disse kan blant annet inneholde strategier for å forebygge både muskel-skjelettproblemer og vanlige psykiske helseproblemer.

Når det gjelder psykiske helseproblemer, synes det som sagt å være en utbredt oppfatning at ved å behandle lettere psykisk helseproblematikk, forebygger alvorlige psykiske helseproblemer. Dette må fagfeltet løfte opp og diskutere, fordi det handler om hvilke tilbud som utvikles av kommunene og av spesialisthelsetjenesten. Kommunene bruker for eksempel i dag 90 prosent av ressursene innen psykisk helse og rusarbeid for voksne på dem med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer. Dette er sannsynligvis en helt riktig prioritering gitt de ressursene de har i dag. Når kommunene skal etablere nye tjenester kan de, i motsetning til helsetjenestene, ha et mye bredere perspektiv enn helsehjelp.

Som Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport om befolkningens psykiske helse i januar 2018, har personer som opplever ensomhet, ydmykelser, mobbing eller stor grad av mellommenneskelige konflikter, økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon. Omsorgssvikt og seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i barndommen er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser som angst, depresjon, bulimi, personlighetsforstyrrelser og schizofreni. Referansene til forskningen finnes i rapporten Psykisk helse i Norge, FHI ¹³⁴. Det er altså dette som må unngås om vi skal forebygge psykiske lidelser. Det er altså god kunnskap om at psykiske helseproblemer ofte skyldes sosiale og personlige problemer. Det er nødvendig at innbyggerne får hjelp til å løse disse problemene for å forebygge psykiske helseproblemer. Vi har tidligere foreslått at kommunene bør få ressurser til å bygge ut lavterskeltilbud for å komme tidlig inn med hjelp til innbyggere i ulike livssituasjoner som har behov for hjelp. En slik tjeneste må ta imot innbyggere med ulike sosiale og personlige problemer, og tilbudet bør være ikke-medisinsk. Det sosialfaglige perspektivet må ha



en tung vekt i tjenesten, og det må utvikles gode metoder for å hjelpe folk med det de sliter med. Det er slik kommunene kan forebygge psykiske lidelser i befolkningen.

Det bør gjøres samme vurderinger om muskel-skjelettlidelser. Sannsynligvis kan det forebygges mer på arbeidsplassene, for eksempel er opplevelse av stressende arbeidsliv funnet å øke risikoen for utvikling av nakke- og skuldersmerter¹³⁵. Det er også på dette fagfeltet behov for at kommunene og spesialisthelsetjenesten avklarer ansvarsforhold og blir enige om hvordan tilbudene skal utvikles videre. Det bør også gjøres egne vurderinger av arbeidsdeling når det gjelder andre pasientgrupper og deres tilknytning til arbeidslivet, for eksempel for personer som har gjennomgått kreftbehandling som er en økende gruppe.

Anbefaling: Bruk 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.

6.4.3 Samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenestens rolle i sykefraværarbeidet

I bildet som ble vist i figur 6.1 er det ikke umiddelbart lett å se at det skal være behov for en tydelig kobling mellom NAV som inntektssikrer og spesialisthelsetjenestene som skal gi spesialisert helsehjelp. Medvirkende årsaker til at det likevel har blitt etablert et samarbeid kan ha flere forklaringer. Spesialisthelsetjenesten har pasienter med behov for trygdeytelser, men hvorfor trenger de NAV?

En mulig forklaring som kommer frem i intervjuene, er at NAV kjenner trygderegelverket godt, og de ansatte i helsetjenestene har derfor behov for å komme i kontakt med NAV. En annen forklaring som gis, er at det er så vanskelig å få tak i noen i NAV for å få svar på spørsmål om kompliserte trygdeordninger – og at det derfor er veldig nyttig å etablere samarbeid. En tredje forklaring er at ansatte fra NAV Arbeidslivssentrene har mer kompetanse på arbeidsliv og arbeidsgivere enn ansatte i helsetjenesten, og at dette kan være nyttig fordi de skal ha et arbeidsfokus. Dersom dette er behovet for kontakt med NAV fra spesialisthelsetjenesten sin side, burde en logisk løsning heller være å forenkle regelverket og gjøre NAV mer tilgjengelig for helsetjenestene, heller enn å opprette omfattende samarbeidskonstellasjoner som forplikter ressurser av ukjent omfang både i spesialisthelsetjenestene og i NAV.

Det neste spørsmålet er hvorfor NAV har behov for samarbeid med spesialisthelsetjenestene når det gjelder arbeidstakere med helseproblemer. NAV innhenter spesialistklæringer ved behov for ytterligere medisinsk dokumentasjon i forbindelse med saksbehandlingen, og trenger spesialistvurderinger når de skal vurdere rettigheter til uføreytelse. Vi kjenner ikke til at det har vært problematisk for NAV å innhente disse spesialisthelseerklæringene, men det er mulig dette har vært et problem som etablering av et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan bidra til å løse.

En annen forklaring kan være at ansatte i NAV opplever at spesialisthelsetjenesten har behov for å komme i kontakt med NAV, og at de derfor vil etablere samarbeid for å imøtekomme dette behovet. Da er det likevel kompleksiteten i regelverket og tilgjengelighet til NAV-tjenestene som er hovedproblemet. Erfaringer med samarbeidet er foreløpig at ansatte i spesialisthelsetjenesten får kunnskap om virkemidlene i NAV, at samarbeidet gir lettere tilgjengelig NAV-kontakt, at de får en felles målforståelse m.m. De ansatte både i



spesialisthelsetjenesten og i NAV i tilbud som har NAV-ansatte i poliklinikk uttrykker at de er veldig fornøyde med samarbeidet, og opplever at det er både spennende og lærerikt, men formålet synes foreløpig å være uklart. Det argumenteres med at sykefraværet blir redusert dersom NAV og spesialisthelsetjenesten samarbeider, men det mangler enn tydelig forklaring på hvordan dette skal foregå. For noen pasientgrupper, og kanskje særlig de med langvarige behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten og av NAV, er det mulig at et styrket samarbeid kan bidra til å holde folk lenger i arbeid.

Et viktig spørsmål å stille er hvorfor folk ikke kommer tilbake i jobb når helse egentlig tilsier at de kan jobbe. De som kommer tilbake til jobb når helse tilsier det, er uproblematisk sykefravær som vi ikke trenger å bruke tid på. Et oppfølgingsspørsmål kan være "hva er god helse, og hvor god må helse være for å jobbe". Dersom spesialisthelsetjenesten for eksempel kan bidra til at flere opplever at de har god nok helse til å jobbe, blir oppgaven for spesialisthelsetjenesten tydeligere. Økt samarbeid kan bidra til at fornuftige oppgaver både i NAV og i spesialisthelsetjenesten blir identifisert. At NAV kommer tidligere inn i pasientforløpene kan bidra til at flere avklares raskere til andre ytelser, men det er usikkert om sykefraværet reduseres. Dersom tanken er at NAV og spesialisthelsetjenesten skal ha kontakt med arbeidsgiver rundt enkeltansatte som blir sykmeldt, er det viktig at de involverte forstår de komplekse årsakene som ligger bak mange sykefravær. Er det dette spesialisthelsetjenesten skal ha kompetanse på, eller er det andre aktører som heller bør styrkes? For eksempel bedriftshelsetjenesten som er mye nærmere arbeidslivet enn spesialisthelsetjenesten.

Anbefaling: 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.

6.5 Oppsummering

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.



7 Referanser

1. Ose SO. Using Excel and Word to Structure Qualitative Data. *Journal of Applied Social Science* 2016;10(2):147-62.
2. Ot.prp. nr. 6 (2006-2007): Om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte mv.). In: sosialdepartementet A-o, ed. Oslo, 2006.
3. St.prp nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006-2007); Om endring av St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet 2007. In: Finansdepartementet, ed. Oslo, 2006.
4. Innst. O. nr. 29 (2006-2007): Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte mv.). Oslo: Arbeids- og sosialkomiteen 2006.
5. Aas RW, Solberg A, Strupstad J. Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte. Stavanger: IRIS, 2011.
6. Holmås TH, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3 SNF-rapport nr 07/10 Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS. , 2010.
7. Kjerstad E, Holmås TH. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. In: AS S-on, ed. SNF-rapport nr 24/09. Bergen, 2009.
8. Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, et al. Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disability and Rehabilitation* 2015;37(9):771-76. doi: 10.3109/09638288.2014.941021
9. Helse Sør-Øst RHF HR, HMN RHF og HN RHF. Status "Raskere tilbake" 2015. Sammenstilling av informasjon om raskere tilbake ordningen fra de fire regionale helseforetak, 2016.
10. HOD. Meld. St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. In: omsorgsdepartementet H-o, ed. Oslo, 2015.
11. RHF-ene. Prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra interregional arbeidsgruppe. Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. , 2020.
12. Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen L, et al. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021.
13. Sjetne I. Brukererfaringer med "Raskere tilbake". Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
14. Drangslund KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1. SNF-rapport nr 18/08. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS, 2008.
15. Skarpaas LS, Haveraaen LA, Smastuen MC, et al. The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *Bmj Open* 2019;9(2) doi: ARTN e024597
- 10.1136/bmjopen-2018-024597
16. Skarpaas LS, Haveraaen LA, Småstuen MC, et al. Horizontal return to work coordination was more common in RTW programs than the recommended vertical coordination. The Rapid-RTW cohort study. *BMC health services research* 2019;19(1):759-59. doi: 10.1186/s12913-019-4607-y
17. Johansen V, Fimland MS. Sluttrapport for prosjektet ved Hysnes Helsefort. Del 1. Beskrivelse av prosjektet. . In: NTNU, ed., 2017.
18. Brendbekken R, Eriksen HR, Grasdahl A, et al. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil* 2017;27(1):82-91. doi: 10.1007/s10926-016-9634-5 [published Online First: 2016/02/26]
19. Brendbekken R, Harris A, Ursin H, et al. Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *Int J Behav Med* 2016;23(1):1-11. doi: 10.1007/s12529-015-9486-y [published Online First: 2015/04/30]
20. Brendbekken R, Vakt skjold A, Harris A, et al. Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. *J Rehabil Med* 2018;50(2):193-99. doi: 10.2340/16501977-2296 [published Online First: 2017/12/06]
21. Johnsen TL, Eriksen HR, Baste V, et al. Effect of Reassuring Information About Musculoskeletal and Mental Health Complaints at the Workplace: A Cluster Randomized Trial of the atWork Intervention. *J Occup Rehabil* 2019;29(2):274-85. doi: 10.1007/s10926-018-9786-6 [published Online First: 2018/05/23]
22. Johnsen TL, Eriksen HR, Indahl A, et al. Directive and nondirective social support in the workplace - is this social support distinction important for subjective health complaints, job satisfaction, and perception of job demands and job control? *Scand J Public Health* 2018;46(3):358-67. doi: 10.1177/1403494817726617 [published Online First: 2017/08/19]
23. Johnsen TL, Indahl A, Baste V, et al. Protocol for the atWork trial: a randomised controlled trial of a workplace intervention targeting subjective health complaints. *BMC Public Health* 2016;16(1):844. doi: 10.1186/s12889-016-3515-x [published Online First: 2016/08/21]



24. Johnsen TL, Indahl A, Eriksen HR, et al. Work and Mental Complaints: Are Response Outcome Expectancies More Important Than Work Conditions and Number of Subjective Health Complaints? *J Occup Rehabil* 2017;27(2):218-27. doi: 10.1007/s10926-016-9648-z [published Online First: 2016/06/28]
25. Brekke D. Evaluations of the project "Rapid Return to Work" A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders. . University of Oslo, 2017.
26. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, et al. Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. . In: Rokkansenteret. U, ed. Bergen, 2016.
27. Rognli EB, Aas EM, Drake RE, et al. The effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS) for patients with substance use disorders: study protocol for a randomized controlled trial of IPS versus enhanced self-help. *Trials* 2021;22(1):705. doi: 10.1186/s13063-021-05673-z [published Online First: 2021/10/17]
28. Holmås TH, Monstad K, Reme SE. Regular employment for people with mental illness - An evaluation of the individual placement and support programme. *Soc Sci Med* 2021;270:113691. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113691 [published Online First: 2021/01/20]
29. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, et al. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health* 2019;45(1):33-41. doi: 10.5271/sjweh.3753 [published Online First: 2018/08/04]
30. Sveinsdottir V, Bull HC, Evensen S, et al. A short history of individual placement and support in Norway. *Psychiatr Rehabil J* 2020;43(1):9-17. doi: 10.1037/prj0000366 [published Online First: 2019/04/05]
31. Aarestad SH, Einarsen SV, Hjemdal O, et al. Clinical Characteristics of Patients Seeking Treatment for Common Mental Disorders Presenting With Workplace Bullying Experiences. *Front Psychol* 2020;11:583324. doi: 10.3389/fpsyg.2020.583324 [published Online First: 2020/11/24]
32. Aarestad SH, Harris A, Einarsen SV, et al. Exposure to bullying behaviours, resilience, and return to work self-efficacy in patients on or at risk of sick leave. *Ind Health* 2021;59(3):180-92. doi: 10.2486/indhealth.2020-0064 [published Online First: 2021/01/29]
33. Gjengedal RGH, Lagerveld SE, Reme SE, et al. The Return-to-Work Self-efficacy Questionnaire (RTW-SE): A Validation Study of Predictive Abilities and Cut-off Values for Patients on Sick Leave Due to Anxiety or Depression. *J Occup Rehabil* 2021;31(3):664-73. doi: 10.1007/s10926-021-09957-8 [published Online First: 2021/02/26]
34. Gjengedal RGH, Reme SE, Osnes K, et al. Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work* 2020;66(3):657-67. doi: 10.3233/wor-203208 [published Online First: 2020/07/06]
35. Sandin K, Shields GE, Gjengedal RGH, et al. Self-Reported Health in Patients on or at Risk of Sick Leave Due to Depression and Anxiety: Validity of the EQ-5D. *Front Psychol* 2021;12:655151. doi: 10.3389/fpsyg.2021.655151 [published Online First: 2021/11/16]
36. Sandin K, Gjengedal RGH, Osnes K, et al. Metacognitive therapy and work-focused interventions for patients on sick leave due to anxiety and depression: study protocol for a randomised controlled wait-list trial. *Trials* 2021;22(1):854. doi: 10.1186/s13063-021-05822-4 [published Online First: 2021/11/29]
37. Glaser D. Sykmelding for depresjon og angst: Forskjeller mellom personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli det. Universitetet i Oslo, 2017.
38. Arntzen WM. Sykmelding for depresjon og angst: Forskjeller mellom personer som er sykmeldte eller står i fare for å bli det. Universitetet i Oslo, 2017.
39. Høye HM, Källen SM. Behandling av depresjon og angst med jobbmestrende oppfølging: En evaluering av Kveldspoliklinikken Raskere tilbake, Distriktpsykiatrisk senter Vinderen – et tiltak for mennesker som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. . Universitetet i Oslo, 2011.
40. Victor M, Lau B, Ruud T. Predictors of Return to Work 6 Months After the End of Treatment in Patients with Common Mental Disorders: A Cohort Study. *J Occup Rehabil* 2018;28(3):548-58. doi: 10.1007/s10926-017-9747-5 [published Online First: 2017/12/14]
41. Victor M, Lau B, Ruud T. Patient characteristics in a return to work programme for common mental disorders: a cross-sectional study. *Bmc Public Health* 2016;16 doi: ARTN 745
10.1186/s12889-016-3431-0
42. Haveraaen L, Brouwers EPM, Sveen U, et al. The First Six Years of Building and Implementing a Return-to-Work Service for Patients with Acquired Brain Injury. The Rapid-Return-to-Work-Cohort-Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2017;27(4):623-32. doi: 10.1007/s10926-016-9693-7
43. Aas RW, Haveraaen LA, Brouwers EPM, et al. Who among patients with acquired brain injury returned to work after occupational rehabilitation? The rapid-return-to-work-cohort-study. *Disability and Rehabilitation* 2018;40(21):2561-70. doi: 10.1080/09638288.2017.1354234



44. Thorsen L, Dahl AA, Nystad R, et al. Baseline characteristics in female cancer patients with unimproved work status after an outpatient rehabilitation program and health changes during the intervention. *Springerplus* 2016;5(1):1009. doi: 10.1186/s40064-016-2663-x [published Online First: 2016/07/12]
45. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38(2):93-104. doi: 10.5271/sjweh.3257 [published Online First: 2011/10/26]
46. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD006389. doi: 10.1002/14651858.CD006389.pub2 [published Online First: 2012/12/14]
47. Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, et al. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* 2020;93(7):823-38. doi: 10.1007/s00420-020-01535-4 [published Online First: 2020/04/05]
48. Covell CL, Sands SR, Ingraham K, et al. Mapping the peer-reviewed literature on accommodating nurses' return to work after leaves of absence for mental health issues: a scoping review. *Hum Resour Health* 2020;18(1):36. doi: 10.1186/s12960-020-00478-8 [published Online First: 2020/05/21]
49. Dewa CS, Loong D, Bonato S, et al. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open* 2015;5(6):e007122. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007122 [published Online First: 2015/06/17]
50. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, et al. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2020;10(10):e039699. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039699 [published Online First: 2020/10/31]
51. Joosen MC, Brouwers EP, van Beurden KM, et al. An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med* 2015;72(5):313-22. doi: 10.1136/oemed-2013-101626 [published Online First: 2014/11/20]
52. Joyce S, Modini M, Christensen H, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med* 2016;46(4):683-97. doi: 10.1017/s0033291715002408 [published Online First: 2015/12/02]
53. Lancman S, Barroso BIL. Mental health: Professional rehabilitation and the return to work - A systematic review. *Work* 2021;69(2):439-48. doi: 10.3233/WOR-213489 [published Online First: 2021/06/08]
54. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, et al. A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. *Adm Policy Ment Health* 2018;45(1):28-47. doi: 10.1007/s10488-016-0760-3 [published Online First: 2016/09/02]
55. Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med* 2018;75(9):675-86. doi: 10.1136/oemed-2018-105073 [published Online First: 2018/06/30]
56. Muñoz-Murillo A, Esteban E, Ávila CC, et al. Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(5) doi: 10.3390/ijerph15050838 [published Online First: 2018/04/27]
57. Naidu VV, Giblin E, Burke KM, et al. Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occup Med (Lond)* 2016;66(2):112-7. doi: 10.1093/occmed/kqv141 [published Online First: 2015/09/27]
58. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;10(10):CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4 [published Online First: 2020/10/15]
59. Read H, Roush S, Downing D. Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 2018;72(5):7205190040p1-40p8. doi: 10.5014/ajot.2018.033118 [published Online First: 2018/08/30]
60. Talbot EC, Völlm B, Khalifa N. Effectiveness of work skills programmes for offenders with mental disorders: A systematic review. *Crim Behav Ment Health* 2017;27(1):40-58. doi: 10.1002/cbm.1981 [published Online First: 2015/09/19]
61. Cochrane A, Higgins NM, FitzGerald O, et al. Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2017;31(11):1466-81. doi: 10.1177/0269215517699976 [published Online First: 2017/03/28]
62. Heathcote K, Wullschlegler M, Sun J. The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil* 2019;41(24):2865-80. doi: 10.1080/09638288.2018.1479780 [published Online First: 2018/06/24]
63. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD002193. doi: 10.1002/14651858.CD002193.pub2 [published Online First: 2017/06/29]
64. Nastasia I, Coutu MF, Tcaciuc R. Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive



- literature review. *Disability and rehabilitation* 2014;36(22):1841-56. doi: 10.3109/09638288.2014.882418 [published Online First: 2014/01/30]
65. Palmer KT, Harris EC, Linaker C, et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51(2):230-42. doi: 10.1093/rheumatology/ker086 [published Online First: 2011/03/19]
66. Vargas-Prada S, Demou E, Lalloo D, et al. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2016;42(4):261-72. doi: 10.5271/sjweh.3576 [published Online First: 2016/06/09]
67. Aanesen F, Berg R, Løchting I, et al. Motivational Interviewing and Return to Work for People with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Mapping Review. *J Occup Rehabil* 2021;31(1):63-71. doi: 10.1007/s10926-020-09892-0 [published Online First: 2020/05/02]
68. Alexander L, Cooper K. Vocational rehabilitation for emergency services personnel: a scoping review. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2019;17(10):1999-2019. doi: 10.11124/jbisrir-2017-003747 [published Online First: 2019/03/30]
69. Figueredo JM, Garcia-Ael C, Gragnano A, et al. Well-Being at Work after Return to Work (RTW): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(20) doi: 10.3390/ijerph17207490 [published Online First: 2020/10/21]
70. Jetha A, Shaw R, Sinden AR, et al. Work-focused interventions that promote the labour market transition of young adults with chronic disabling health conditions: a systematic review. *Occup Environ Med* 2019;76(3):189-98. doi: 10.1136/oemed-2018-105454 [published Online First: 2019/01/13]
71. Smith DL, Atmatzidis K, Capogreco M, et al. Evidence-Based Interventions for Increasing Work Participation for Persons With Various Disabilities. *OTJR (Thorofare N J)* 2017;37(2_suppl):3s-13s. doi: 10.1177/1539449216681276 [published Online First: 2016/12/13]
72. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(10):Cd006955. doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub3 [published Online First: 2015/10/06]
73. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3(3):Cd011618. doi: 10.1002/14651858.CD011618.pub2 [published Online First: 2017/03/31]
74. Hilton LG, Marshall NJ, Motala A, et al. Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work* 2019;63(2):205-18. doi: 10.3233/wor-192922 [published Online First: 2019/06/04]
75. Fassier JB, Sarnin P, Rouat S, et al. Interventions Developed with the Intervention Mapping Protocol in Work Disability Prevention: A Systematic Review of the Literature. *J Occup Rehabil* 2019;29(1):11-24. doi: 10.1007/s10926-018-9776-8 [published Online First: 2018/06/28]
76. Finnes A, Enebrink P, Ghaderi A, et al. Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health* 2019;92(3):273-93. doi: 10.1007/s00420-018-1380-x [published Online First: 2018/11/27]
77. Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, et al. Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(10) doi: 10.3390/ijerph16101864 [published Online First: 2019/05/30]
78. Moens M, Goudman L, Brouns R, et al. Return to Work of Patients Treated With Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuromodulation* 2019;22(3):253-61. doi: 10.1111/ner.12797 [published Online First: 2018/08/18]
79. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(8):Cd001822. doi: 10.1002/14651858.CD001822.pub3 [published Online First: 2013/08/31]
80. Wainwright E, Wainwright D, Coghill N, et al. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occup Med (Lond)* 2019;69(3):163-76. doi: 10.1093/occmed/kqz012 [published Online First: 2019/03/22]
81. Wegrzynek PA, Wainwright E, Ravalier J. Return to work interventions for chronic pain: a systematic review. *Occup Med (Lond)* 2020;70(4):268-77. doi: 10.1093/occmed/kqaa066 [published Online First: 2020/05/26]
82. Algeo N, Bennett K, Connolly D. Rehabilitation interventions to support return to work for women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2021;21(1):895. doi: 10.1186/s12885-021-08613-x [published Online First: 2021/08/07]
83. Cocchiara RA, Sciarra I, D'Egidio V, et al. Returning to work after breast cancer: A systematic review of reviews. *Work* 2018;61(3):463-76. doi: 10.3233/wor-182810 [published Online First: 2018/11/08]



84. Guo YJ, Tang J, Li JM, et al. Exploration of interventions to enhance return-to-work for cancer patients: A scoping review. *Clin Rehabil* 2021;35(12):1674-93. doi: 10.1177/02692155211021706 [published Online First: 2021/07/07]
85. Lamore K, Dubois T, Rothe U, et al. Return to Work Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and a Methodological Critique. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(8) doi: 10.3390/ijerph16081343 [published Online First: 2019/04/25]
86. Stapelfeldt CM, Klaver KM, Rosbjerg RS, et al. A systematic review of interventions to retain chronically ill occupationally active employees in work: can findings be transferred to cancer survivors? *Acta Oncol* 2019;58(5):548-65. doi: 10.1080/0284186x.2018.1559946 [published Online First: 2019/02/01]
87. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(9):Cd007569. doi: 10.1002/14651858.CD007569.pub3 [published Online First: 2015/09/26]
88. Egan MY, McEwen S, Sikora L, et al. Rehabilitation following cancer treatment. *Disability and rehabilitation* 2013;35(26):2245-58. doi: 10.3109/09638288.2013.774441 [published Online First: 2013/03/16]
89. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, et al. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 2017;71(2):7102100040p1-40p8. doi: 10.5014/ajot.2017.023572 [published Online First: 2017/02/22]
90. Molina R, Feliu J. The return to work of cancer survivors: the experience in Spain. *Work* 2013;46(4):417-22. doi: 10.3233/wor-131677 [published Online First: 2013/09/06]
91. Paltrinieri S, Fugazzaro S, Bertozzi L, et al. Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer* 2018;26(9):2983-94. doi: 10.1007/s00520-018-4270-6 [published Online First: 2018/05/31]
92. Stone DS, Ganz PA, Pavlish C, et al. Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *J Cancer Surviv* 2017;11(6):765-81. doi: 10.1007/s11764-017-0614-3 [published Online First: 2017/05/10]
93. Campbell P, Wynne-Jones G, Muller S, et al. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* 2013;86(2):119-37. doi: 10.1007/s00420-012-0804-2 [published Online First: 2012/08/10]
94. de Jong F, Frings-Dresen MH, Dijk NV, et al. The role of the general practitioner in return to work after cancer-a systematic review. *Fam Pract* 2018;35(5):531-41. doi: 10.1093/fampra/cmz114 [published Online First: 2018/02/09]
95. Dorrington S, Roberts E, Mykletun A, et al. Systematic review of fit note use for workers in the UK. *Occup Environ Med* 2018;75(7):530-39. doi: 10.1136/oemed-2017-104730 [published Online First: 2018/05/08]
96. Greidanus MA, de Boer A, de Rijk AE, et al. Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psychooncology* 2018;27(3):725-33. doi: 10.1002/pon.4514 [published Online First: 2017/07/29]
97. Clayton S, Barr B, Nylen L, et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* 2012;22(3):434-9. doi: 10.1093/eurpub/ckr101 [published Online First: 2011/08/06]
98. Nexø MA, Kristensen JV, Grønvald MT, et al. Content and quality of workplace guidelines developed to prevent mental health problems: results from a systematic review. *Scand J Work Environ Health* 2018;44(5):443-57. doi: 10.5271/sjweh.3731 [published Online First: 2018/05/03]
99. Alves DE, Nilsen W, Fure SCR, et al. What characterises work and workplaces that retain their employees following acquired brain injury? Systematic review. *Occup Environ Med* 2020;77(2):122-30. doi: 10.1136/oemed-2019-106102 [published Online First: 2020/01/08]
100. Brasure M, Lamberty GJ, Sayer NA, et al. Participation after multidisciplinary rehabilitation for moderate to severe traumatic brain injury in adults: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94(7):1398-420. doi: 10.1016/j.apmr.2012.12.019 [published Online First: 2013/01/26]
101. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, et al. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj* 2016;30(2):113-31. doi: 10.3109/02699052.2015.1090014 [published Online First: 2015/12/10]
102. Mani K, Cater B, Hudlikar A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *Work* 2017;58(1):51-62. doi: 10.3233/wor-172597 [published Online First: 2017/09/19]
103. O'Keefe S, Stanley M, Adam K, et al. A Systematic Scoping Review of Work Interventions for Hospitalised Adults with an Acquired Neurological Impairment. *J Occup Rehabil* 2019;29(3):569-84. doi: 10.1007/s10926-018-9820-8 [published Online First: 2018/12/06]
104. Stergiou-Kita M, Rappolt S, Dawson D. Towards developing a guideline for vocational evaluation following traumatic brain injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability and rehabilitation* 2012;34(3):179-88. doi: 10.3109/09638288.2011.591881 [published Online First: 2011/10/01]
105. Thomas RE, Alves J, Vaska Mlis MM, et al. Therapy and rehabilitation of mild brain injury/concussion: Systematic review. *Restorative neurology and neuroscience* 2017;35(6):643-66. doi: 10.3233/rnn-170761 [published Online First: 2017/11/25]



106. Tyerman A. Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services. *NeuroRehabilitation* 2012;31(1):51-62. doi: 10.3233/nre-2012-0774 [published Online First: 2012/04/24]
107. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(12):CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub3
108. Esteban E, Coenen M, Ito E, et al. Views and Experiences of Persons with Chronic Diseases about Strategies that Aim to Integrate and Re-Integrate Them into Work: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(5) doi: 10.3390/ijerph15051022 [published Online First: 2018/05/23]
109. Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil* 2018;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x [published Online First: 2017/02/23]
110. Jansen J, van Ooijen R, Koning PWC, et al. The Role of the Employer in Supporting Work Participation of Workers with Disabilities: A Systematic Literature Review Using an Interdisciplinary Approach. *J Occup Rehabil* 2021;31(4):916-49. doi: 10.1007/s10926-021-09978-3 [published Online First: 2021/05/13]
111. Cochrane A, Higgins NM, FitzGerald O, et al. Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation* 2017;31(11):1466-81.
112. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, et al. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* 2012;7(11):e49760. doi: 10.1371/journal.pone.0049760 [published Online First: 2012/11/28]
113. Helsedirektoratet. Tilstand og utfordringer på arbeid – helseområdet. Rapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. IS-2811. . In: Helsedirektoratet, ed. Oslo, 2019.
114. Helsedirektoratet. Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse. IS-2535. . In: Helsedirektoratet, ed. Oslo, 2016.
115. Gystad SO. Datakvalitet i NPR 1997-2012. In: Helsedirektoratet Np, ed., 2013.
116. Frolich M, Heshmati A, Lechner M. A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden. *J Appl Economet* 2004;19(3):375-96. doi: 10.1002/jae.757
117. King G, Nielsen R, Coberley C, et al. Comparative effectiveness of matching methods for causal inference. *Unpublished manuscript, Institute for Quantitative Social Science, Harvard University, Cambridge, MA* 2011
118. Linden A, Yarnold PR. Combining machine learning and matching techniques to improve causal inference in program evaluation. *Journal of evaluation in clinical practice* 2016;22(6):868-74.
119. King G, Lucas C, Nielsen RA. The balance-sample size frontier in matching methods for causal inference. *American Journal of Political Science* 2017;61(2):473-89.
120. Kallus N. Generalized optimal matching methods for causal inference. *J Mach Learn Res* 2020;21:62:1-62:54.
121. Keele L, Small DS. Comparing covariate prioritization via matching to machine learning methods for causal inference using five empirical applications. *The American Statistician* 2021:1-9.
122. Ose SO, al. e. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009), 2009.
123. Ose SO, et al. Evaluering av IA-avtalen (2010-2013), 2013.
124. Ose SO, Dyrstad K, Brattlid I, et al. Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? *SINTEF-rapport A* 2013;24297:34-42.
125. Mandal R, Jakobsen Ofte H, Jensen C, et al. Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning? Et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. 2015
126. Ose SO, Kaspersen SL, Haus-Reve S, et al. Sykefravær – gradering og tilrettelegging 2012.
127. Ose SO, Kaspersen SL, Børve C. En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. . In: 2018:00201 S, ed. Trondheim, 2018.
128. Pienaar K, Petersen A, Bowman DM. Matters of fact and politics: Generating expectations of cancer screening. *Soc Sci Med* 2019;232:408-16.
129. Crook TR, Lê JK, Smith AD. *Advancing Methodological Thought and Practice*: Emerald Group Publishing 2020.
130. Hiatt K, Stelle C, Mulsow M, et al. The importance of perspective: evaluation of hospice care from multiple stakeholders. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® 2007;24(5):376-82.
131. Torres-Cuello MA, Pinzón-Salcedo L, Midgley G. Developing a systemic program evaluation methodology: a critical systems perspective. *Systems Research and Behavioral Science* 2018;35(5):538-47.
132. Schwandt TA. Evaluative thinking as a collaborative social practice: The case of boundary judgment making. *New Directions for Evaluation* 2018;2018(158):125-37.
133. Dyrstad K, Halvorsen T, Hem K-G. Sykefravær og ventetider i spesialisthelsetjenesten. 2015
134. Reneflot A, Aarø LE, Aase H, et al. Psykisk helse i Norge. In: Folkehelseinstituttet, ed. Oslo, 2018.



SINTEF

135. Fanavoll R, Nilsen TIL, Holtermann A, et al. Psychosocial work stress, leisure time physical exercise and the risk of chronic pain in the neck/shoulders: Longitudinal data from the Norwegian HUNT Study. 2016