

**Anskaffelse av arbeidsrettet rehabilitering –
muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykisk lidelser**

–

avtaler gjeldende fra 2018

Bilag B

Behovsvurdering og spesifikke krav til kvalitet

Stjørdal, 19.10.17, revisjon 1 (07.11.17)

Innledning

Anskaffelse gjennomføres med bakgrunn i en behovsvurdering, som presenteres under. Deretter defineres noen begreper og en omtale av dagens avtaler. Deretter presenteres kravene til besvarelsen i tilbudene og til slutt beskrives pasientgruppene, omfanget og innholdet i tjenestene som skal tilbys. I vedlegg 1 framgår diagnosene som omfattes av anskaffelsen.

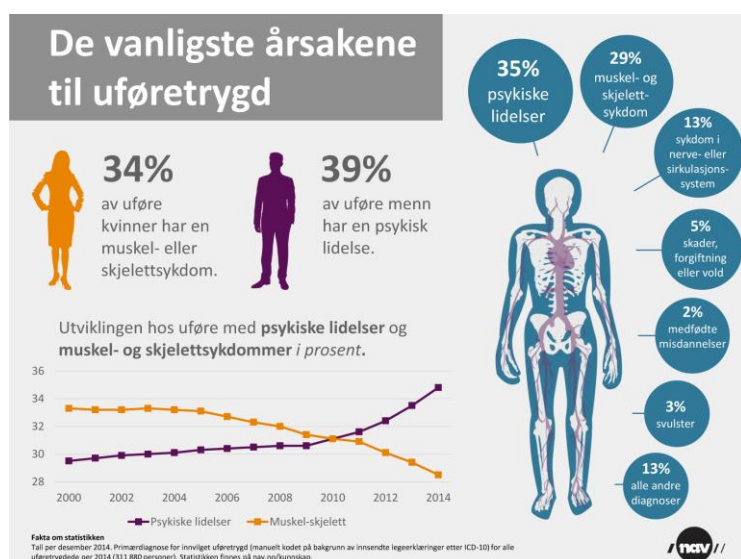
Behovsvurdering

Yrkesaktivitet, uførhet og sykefravær

Å holde en størst mulig andel av befolkningen i yrkesaktivitet er kanskje den mest sentrale utfordringen for velferdsstaten.¹ Arbeid og aktivitet er helsefremmende, men nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder står helt eller delvis utenfor arbeidslivet.²

Antall mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen mellom 18 til 67 år var på 9,6 % ved utgangen av første halvår 2017. Utviklingen i uføretrygd henger sammen med utviklingen i andre helserelaterede ytelser, spesielt arbeidsavklaringspenger (AAP), men også utviklingen i sykepenger og personer uten særlig tilknytning til arbeidslivet.³

De vanligste årsakene til uføretrygd er vist i figuren under:⁴



Diagnosefordelingen blant unge uføre mellom 18 og 29 år for 2014 viser at det var flest unge uføre med psykiske lidelser (62 %) der de mest brukte enkeltdiagnosene under betegnelsen psykiske lidelser er

¹ <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/velferdsstaten-trenger-mange-i-arbeid>

² <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1260/IS-2549%20Sluttrapport%20HelseArbeid%20oppdatert.pdf>

³ https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/_attachment/508754?download=true&ts=15e0ebc5080

⁴ <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>

schizofreni, personlighets- og atferdsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og andre utviklingsforstyrrelser (jf. kapittel 5 i ICD-10).⁵

Sykefraværet var 6,3 % i 2. kvartal 2017 (egen- og legemeldt, sesong- og influensajustert).⁶

Muskel- og skjelettlidelser er den største enkeltårsaken til sykefravær og utgjorde omtrent 34 % av alle legemeldte sykefraværstilfellene og 39 % av alle legemeldte sykefraværsdager i 2. kvartal 2017. Dette er omtrent på samme nivå som tidligere år. Muskel og skjelettsykdommer er samlet sett mer vanlig hos middelaldrende og eldre, men det er store forskjeller mellom de ulike underdiagnosene. Nakkesmerter er mest vanlig hos yngre kvinner, men ryggplager er like vanlig hos begge kjønn.⁷

Psykiske lidelser står for omtrent 16 % av alle legemeldte sykefraværstilfeller og 21 % av de tapte dagsverkene, og det har vært en liten økning i psykiske lidelser knyttet til angst og depresjon, både andel tilfeller og tapte dagsverk. Internasjonal forskning har vist at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykmelding, og at det derfor er grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær med psykiske plager er langt høyere. Lettere psykiske lidelser har hatt en økning de siste årene, og dette er ofte sykefravær med lang varighet. Det er også en sterk risikofaktor for senere uførepensjonering.⁴

Det er derfor behov for tiltak for den enkelte og på arbeidsplassen for å kunne gå tilbake til jobb og hindre framtidig sykefravær eller uførhet.

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Det er de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten (NAV) som i dag har ansvaret for at befolkningen har tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering. Generelt legger helsevesenet størst vekt på å løse de helsemessige årsakene til sykefravær. Denne anskaffelsen omfatter rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen arbeidsrettet rehabilitering.

Samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsevesenet og NAV må sikres for å få en god rehabiliteringsprosess. Det regionale helseforetaket kjøper i dag behandlingstilbudene av private rehabiliteringsinstitusjoner og ved tilskudd til egne helseforetak gjennom ordningen «Raskere tilbake».

Ordnningen er rettet mot arbeidstakere som er sykmeldt eller står i fare for å bli det. Målet med ordningen er å bringe sykmeldte raskere tilbake til jobb eller unngå sykmelding. Forskning har vist at tverrfaglige tiltak der arbeidsplass/arbeidsgiver involveres, har hatt størst effekt. Det kan foreligge geografiske årsaker til at noen ikke kan benytte seg av polikliniske behandling og dagopphold, men må ha døgnopphold. Hovedvekten bør allikevel ligge på de to førstnevnte typer opphold.

Målgruppen er personer i yrkesaktiv alder med muskel og skjelettplager og/eller vanlige psykiske lidelser.

⁵ https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/_attachment/508754?download=true&ts=15e0ebc5080

⁶ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot>

⁷ https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/Sykefravar+Statistikknoter/_attachment/513929?download=true&ts=15e9f9be278

Rundt 60 % av de sykmeldte blir diagnostisert som muskel-skjelett-plager og vanlige psykiske plager. Mange langtidssykmeldte har diagnoser uten funn av noen objektive tegn på sykdom. Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten retter seg spesielt mot deltakelsesperspektivet i forhold til arbeid. Her er fokus altså ikke diagnosen eller kanskje ikke engang funksjonsevnen under rehabiliteringen, men de sammensatte problemstillinger som knytter seg til manglende arbeidsdeltakelse. I diagnosespesifikke rehabiliteringstjenester vil det i høyere grad være fokus på funksjonsevnen relatert til diagnosen. Rehabiliteringsperspektivet i arbeidsrettet rehabilitering er derfor koblet opp mot håndtering av symptomer i forhold til krav i arbeidslivet, sosiale relasjoner på jobben, manglende tro på egne evner, manglende mestring og behovet for samhandling mellom helsesektor, Nav og arbeidsgiver.

Tiltak rettet mot pasientgruppen med muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten skal kjennetegnes ved at:

1. Tiltaket har både helse og arbeid som mål, dvs. man arbeider med helsefremmende tiltak samtidig som man arbeider med tiltak for å sikre eller gjenvinne yrkesdeltagelse
2. Tiltaket skal være kunnskapsbasert.
3. Tiltaket er tverrfaglig hvor legespesialist og/eller psykologspesialist med kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering utgjør kjernekompetansen med tillegg av andre faggrupper i teamet.
4. Tiltaket kjennetegnes av løpende samarbeid og dialog med aktører i sykefraværarbeidet. Dette samarbeidet er formalisert med fastlege, primærhelsetjeneste, NAV og arbeidsplass i sykefraværarbeidet og bidrar til at samarbeidsmodellene videreutvikles.

Ordningen Raskere tilbake og dagens avtaler

Innenfor ordningen Raskere tilbake finnes det tilbud i helseforetakene og hos private leverandører av spesialisthelsetjenester. Samlet for helseforetakene og leverandørene i helseregion Midt-Norge er det pr. 31.08.17 henvist flest pasienter innen muskel- og skjelettlider. Skulder symptomer/plager og rygg symptomer/plager er de to mest brukte diagnosekodene. 66 % av pasientene er kvinner. Nesten 60 % av pasientene er mellom 38 år og 57 år. 84 % av pasientene er nyhenviste.

Oppdragsgiver har i dag avtaler med følgende leverandører og pasientgrupper innenfor ordningen Raskere tilbake:

- **Namdal Rehabilitering:** Døgnopphold for pasienter med sykkelig overvekt, muskel-skjelettsykdommer og psykiske lidelser.
- **Betania Malvik:** Dagopphold for pasienter med psykiske lidelser og langvarige smerte- og utmattelsestilstander.
- **Lade Behandlingssenter:** Polikliniske konsultasjoner og døgntilbud for pasient med rusdiagnose.
- **FysMed-Klinikken:** Poliklinisk utredning og behandling for pasienter med lidelser i skulder og arm.
- **LHL Røros:** Døgnopphold for pasienter med sykkelig overvekt, hjerte/karsykdommer, lungesykdommer og kreftsykdom.

- **Smednes Trivselsgård:** Døgnopphold for pasienter med kroniske smerter og belastningslidelser, utmattelsessyndromer og lettere psykiske lidelser.
- **Muritunet:** Døgnopphold for pasienter med sykkelig overvekt, muskel- og skjelettlidelser og endokrine/metabolske sykdommer.

I tillegg er det overført følgende avtaler fra NAV:

- **Coperiosenteret:** Poliklinisk utredning og behandling til pasienter med lettere psykiske lidelser og sammensatte lidelser.
- **Norsk Arbeidshelse:** Poliklinisk utredning og behandling til pasienter med lettere psykiske lidelser (i Sør-Trøndelag)
- **Muritunet:** Døgnopphold for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser med og uten arbeidsforhold.

Begreper

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten:⁸ Helsehjelp i spesialisthelsetjenesten basert på:

- Medisinsk og helsefaglig rehabiliteringskompetanse på spesialistnivå med særlig fokus på funksjonsforbedring og mestring av helsemessige tilstander som er til hinder for arbeidslivsdeltagelse.
- Med arbeidslivsdeltakelse forstås også deltakelse i skole og utdanning.
- Yrkesaktiv alder: 18-67 år
- Arbeidslivskompetanse og kompetanse rettet mot samhandling med relevante aktører som arbeidsgiver, NAV og fastlege.
- Samarbeid og samhandling med kommunene jf. IS-1947.

Det vises for øvrig til punkt 5.1 i konkurransegrunnlaget der det lovmessige grunnlaget for arbeidsrettet rehabilitering er omtalt.

Helsehjelp: Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Behandling: Det må være utarbeidet behandlingsprogram/-opplegg for de pasientgrupper det gis tilbud på. De metoder som benyttes i forhold til den enkelte pasient må være dokumentert og i samsvar med god faglig kunnskapsbasert praksis.

⁸ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf>

Kunnskapsbasert praksis: Faglige avgjørelser basert på systematiske innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Kompetanse: Det er stilt krav om spesialistkompetanse, kompetanse hos annet helsepersonell og andre kompetansebehov. Oppdragsgiver ønsker å legge til grunn en bred forståelse av begrepet helsepedagogiske kompetanse. Dette innebærer blant annet følgende kompetanseområder: Kunnskaper og ferdigheter knyttet til gruppeledelse, sykdom og diagnose, kommunikasjon, mestring og mestringsstrategier, pedagogikk, og personlige egenskaper og holdninger.

Opphold: Opphold kan organiseres som gruppeopphold med individuell tilpasning eller være individuelt. Oppholdstiden skal være tilpasset individuelle behov, dvs. at lengden på oppholdet for den enkelte pasient skal bestemmes ut fra mål for oppholdet og være basert på faglige vurderinger. Tradisjon, forventning og standardisert behandlingstid skal ikke være avgjørende.

Polikliniske konsultasjoner: Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag.⁹ Polikliniske konsultasjon kan bestå av både utredning og behandling.

Dagopphold: Med dagopphold forstås minimum 5 timer tverrfaglig tilbud, fortrinnsvis med tilgang til rom/seng for hvile. Dagtilbud skal fortrinnsvis gis ved virksomhet med sentral plassering, nær befolkningskonsentrasjoner slik at dagtilbudet ikke fører til belastende reisetid/-lengde.

Døgnopphold: Minimum 24 timers tilbud med overnatting. Døgnopphold vil benyttes i stedet for dagopphold ved lang/besværlig reisetid/-lengde, behov for samtidig pleie, stort assistansebehov, samt bedre effekt enn dagopphold. Det skal gis et rehabiliteringstilbud under hele oppholdet.

Kartleggings- og vurderingsopphold: Kartleggings- og vurderingsopphold kan være kortere opphold i nært samarbeid med henviser. Kartleggings- og vurderingsopphold skal ha som mål å utrede rehabiliteringspotensiale. Målet er videre at brukeren skal være motivert for rehabilitering. Kartleggings- og vurderingsopphold beskrives under dagopphold eller døgnopphold.

Ambulante tjenester: Polikliniske konsultasjoner som ytes utenfor leverandørs lokaler.

Besvarelsen i tilbudet

Besvarelsen: Beskrivelsene i tilbudet skal være så kort og presis som mulig. Besvarelsen kan være inntil 4 sider pr. tilbud på muskel- og skjelettlidelser–tidligfase, muskel- og skjelettlidelser–senfase, vanlige psykiske lidelser–tidligfase, og/eller vanlige psykiske lidelser–senfase. Utfylte skjema B-1 og B-2 kommer i tillegg.

Det skal brukes 12 punkt skriftstørrelse. Det er ikke anledning til å bruke vedlegg. Oppdragsgiver kan be om at det ettersendes informasjon. Informasjon kan utdypes eller etterspørres i påfølgende forhandlinger.

⁹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1265/Innsatsstyrte%20finansiering%202017%20IS-2568.pdf>

Det skal henvises til relevant forskning og gis tilstrekkelig oppsummering av denne. Det kan ikke påregnes at oppdragsgiver gjennomgår all forskning det henvises til i vurderingen av tilbudene.

Vurdering: Besvarelsen vil bli vurdert ved valg av tilbud, jf. tildelingskriteriene i konkurransegrunnlaget.

Kravspesifikasjon for delytelsene/pasientgruppene

Videre i dokumentet er hver delytelse/pasientgruppe beskrevet. Omfanget i anskaffelsen er oppgitt. Det er også stilt spesifikke krav til **behandlingen** og **kompetansen** som skal besvares i tilbudet.

Tilstand/diagnoser

Muskel- og skjelettlidelser¹⁰

Vel 75 % av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel- og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av en måned. Det meste av dette er lette plager, som ikke krever behandling og som ikke får noen konsekvenser for deltagelse i arbeids- eller dagliglivet. Det er imidlertid en betydelig del av befolkningen som har kroniske smerter og data fra helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) og Hordaland (HUSK) viser at 8 % har nye muskel- og skjelettplager som varer over 14 dager i løpet av en måned, og at 51 % av befolkningen har muskel- og skjelettplager med varighet over 3 måneder i løpet av et år. I Hordaland hadde vel 40 % av 40-49 åringer og knapt 50 % av 70-74-åringer kroniske smerter og stivhet i muskel- og skjelettapparatet i løpet av et år.

De fleste som har plager fra muskel- og skjelettsystemet har plager fra flere områder. I Ullensaker var det bare 11 % av befolkningen som hadde "rent lokaliserte" plager, det vil si fra bare et kroppsområde, mens 39 % hadde fra fem eller flere (av ti mulige) kroppsområder. Dette passer med at for eksempel nakkesmerter sjelden forekommer alene, og at det er nakkesmerter som ledd i utbredte smerter som gir funksjonstap.

Det er vanligst å ha plager fra korsryggen, nakken og skuldrene. Det er også mange som har smerter i hofter, bekken og knær. Ofte er det ikke mulig å stille spesifikke diagnoser på slike plager, og mange har symptomdiagnoser som lumbago (korsryggssmerter), nakkemyalgi (muskelsmerter i nakken) osv. Skulderplager kan komme fra ulike patologiske prosesser i skulderen, men kan også skyldes referert smerte overført fra indre organer eller ryggraden.

Vanlige psykiske lidelser¹¹

Med vanlige psykiske lidelser menes her i hovedsak depresjon og angst. Depresjon ledsages ofte av angst, ruslidelser og søvnproblemer, noe som forsterker de negative konsekvensene for arbeidsfunksjonen. Depresjon forverrer også forløpet av somatiske sykdommer som hjertesykdom, diabetes og kreft, og er ofte den tilleggsbelastningen som skyver personen ut av arbeidslivet. Depresjon rammer flere viktige områder på en arbeidsplass. Relasjoner til andre blir vanskelige fordi den deprimerte ofte blir tilbaketrukket, pessimistisk og irritabel. Man blir mindre produktiv på grunn av redusert energi, tap av motivasjon og initiativ, svekket konsentrasjon og hukommelse og problemer med å ta beslutninger og fullføre arbeidsoppgaver. Depresjon reduserer også selvfølelse og mestringsforventninger.

¹⁰ <http://www.muskelskjeletthelse.no/wp-content/uploads/2016/06/Et-muskel-og-skjelettrengnskap-MST-rapport-nr.1-2013.pdf>

¹¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1260/IS-2549%20Sluttrapport%20HelseArbeid%20oppdatert.pdf>

Angstlidelser er også en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, for tidlig avslutning av skole og studier, og til at man blir værende i jobber man er overkvalifisert for. Personer med sosial angstlidelse tjener mindre, har høyere sykefravær og er oftere arbeidsledige. I en amerikansk studie rapporterte mer enn 90 prosent av personene med slike problemer at angsten hemmet deres fungering i arbeidslivet i vesentlig grad. Siden problemene vanligvis starter i ungdomsårene, er ikke negative arbeidsbetingelser en hovedårsak til dem. Likevel kan forhold på jobben både forsterke og lindre sosial angst. Disse vanskene kan i seg selv bidra til ugunstige arbeidsrelasjoner og mindre kollegial støtte. Dessuten øker sosial angst risikoen for at man får jobber med dårlige arbeidsbetingelser.

I regjeringens strategi for psykisk helse (2017-2022) vises det til at det gjennom Raskere tilbake-ordningen er gode erfaringer med tilbud til pasienter med angst og depresjon i form av arbeidsrettet poliklinisk behandling. Ved jobbfokusert behandling kartlegges pasientenes arbeidssituasjon og jobbmestring, og ved sykefravær utarbeides en plan for gradvis tilbakeføring til jobb i samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og Nav. Både nasjonale og internasjonale studier viser gode resultater ved slike tilbud i form av helsegevinst og tilbakeføring til arbeid.¹²

Tjenester

Generelt

Det skal gis tilbud på tjenester til personer som har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og som med sikte på videre yrkesaktivitet vurderes å komme tilbake til/ i arbeid helt eller delvis som følge av den behandlingen som gis. Formålet med behandlingen er å bidra til mestring av helsetilstanden og styrke pasientens arbeidsevne. Tilbudet skal spesielt være innrettet mot å øke pasientens mulighet for arbeidslivsdeltagelse og mestring av arbeidslivets krav. Intensjonen med arbeidsrettet behandling er at pasienter som behandles kan komme tilbake til arbeidslivet, få økt arbeidsevne og oppleve jobbmestring.

Det skal gis tilbud på behandling til personer som har rett til helsehjelp. Leverandører av polikliniske konsultasjoner vil tildeles vurderingskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b åttende ledd (vurdere om pasienter har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis). Henvisninger fra fastleger og andre med henvisningsrett til dag- og døgntilbud vurderes av Regionalt henvisningsmottak (Rehr) eller den oppdragsgiver utpeker, og som viderefordeler henvisninger til leverandørene.

Rettighetsvurderingen skal foretas i samsvar med god faglig praksis ut fra vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i prioriteringsforskriften. Det skal legges avgjørende vekt på tap av arbeidsfunksjon og mulig tap av rehabiliteringspotensial ved vurdering av rett til helsehjelp og ventetid. Spesielt må ventetid være kort for avklaring og utredningstiltak. Utredning og behandling skal ha et samtidig og integrert fokus på helse og arbeid.

Pasienten som gis rett til nødvendig helsehjelp velger i prinsippet selv om behandlingen skal være poliklinisk, dagbasert eller døgnbasert.

¹² https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Tjenesten skal ha fokus på arbeidslivsdeltagelse i henhold til International Classification of Function (ICF). Tjenesten skal være individuelt tilpasset, med en biopsykososial tilnærming og skal bygge på kunnskapsbasert praksis.

Ved arbeidsrettet rehabilitering skal pasientens arbeidssituasjon og jobbmestring kartlegges. Ved sykefravær, nedsatt arbeidsevne og for personer uten arbeidsforhold skal det utarbeides en plan for gradvis tilbakeføring til jobb i samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og eventuelt primærhelsetjeneste og NAV. Hensiktsmessig samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste står sentralt i alle forløp.

Tjenesten kan gis som polikliniske konsultasjoner, dagopphold og døgnopphold. Det ønskes individuelt tilpassede tilbud med individuell oppfølging, hvor kartlegging og vurdering er en del av tilbudet. Gruppebaserte aktiviteter kan være en del av tjenestene og dette skal i så fall beskrives i tilbudet.

Muskel- og skjelettlidelser

Behandlingen bør fokusere på det sammensatte bildet. Tverrfaglig utredning og behandling er i kunnskapsoppsummeringer den anbefalte tilnærmingen for å gjenvinne helse, livskvalitet og arbeidslivsdeltagelse. Det er av overordnet betydning å opprettholde noe yrkesdeltagelse på tross av plager, da det motsatte forsinker bedringsprosessen. Når varigheten av sykefraværet overstiger 8 uker, øker risikoen for et langvarig forløp og arbeidsuførhet.

Vanlige psykiske lidelser

Det bes om tilbud på arbeidsrettet utredning og behandling for personer med angst, depresjon eller andre psykiske lidelser som vurderes å ha betydelig funksjonstap og svekket livskvalitet. Formålet med behandlingstilbudene er å bidra til bedret helse og arbeidsevne, samt økt jobbmestring og livskvalitet. Det bes i hovedsak om polikliniske konsultasjoner, men det kan være aktuelt med både dag- og døgnopphold.

Omfang

Antall polikliniske konsultasjoner, dagplasser og antall døgnplasser er oppgitt i et ca. antall for å angi omfanget på anskaffelsen. Oppdragsgiver tar forbehold om å justere det oppgitte tallet i forhold til de tilbudene som gis. Omfanget er ikke forpliktende for oppdragsgiver med hensyn til vurdering av tilbudene.

Omfanget er ca. 17 500 polikliniske konsultasjoner pr. år, 15 dagplasser og 20 døgnplasser.

Krav til delytelsene

Tilbudet gis til personer i yrkesaktiv alder hvor det er behov for tverrfaglig tilnærming og behov for funksjonstrening og involvering av arbeidsgiver og NAV. Der det er mulig vil poliklinisk behandling og dagopphold foretrekkes.

Behandling og kompetanse	Veiledning for besvarelse
Behandling	
Polikliniske konsultasjoner	Beskriv innhold og organisering av det polikliniske behandlingstilbudet, herunder rutiner, kompetanse og erfaring med vurdering av rett til helsehjelp.
Dagopphold	Beskriv innhold og organisering av dagtilbudet, herunder inntaksrutiner, rehabiliteringsplan og rutiner ved avbrutt behandling. Oppgi anslagsvis oppholdstid i angitt(e) periode(r) (kan illustreres med uke-/timeplan).
Døgnopphold	Beskriv innhold og organisering av døgntilbudet, herunder inntaksrutiner, rehabiliteringsplan og rutiner ved avbrutt behandling. Oppgi anslagsvis antall timer rehabiliteringstilbud per døgn og uke for pasientgruppen (kan illustreres med uke-/timeplan), samt forventet oppholdslengde.
Metode	Beskriv faglig metode som benyttes, relatert til forskning og kunnskapsbasert praksis, herunder kartleggings- og måleverktøy. For pasientgruppe II- vanlige psykiske lidelser skal kartleggingen omfatte selvmordsrisiko.
Samhandlingsmodell	Beskriv samhandling med fastlege, arbeidsplass, utdanningsinstitusjon, bedriftshelsetjeneste og NAV, herunder samtidighet og arbeidsfokus i behandlingen.
Kompetanse	
<u>For muskel- og skjelettlidelser:</u> 1 Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller annen legespesialist med tilsvarende kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering. <u>For vanlige psykiske lidelser:</u> 1 Psykiater eller psykologspesialist med kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering.	Besvares med kort beskrivelse av spesialistenes erfaring/kompetanse og ansettelsesforhold. Beskrive hvordan og hvor mye spesialisten deltar i behandlingsopplegg. Bilag B-1 Spesialistkompetanse fylles ut.
2 Tverrfaglig team	Beskrives i tilbudet. Sammensetting faggruppe og evt. spesialkompetanse. Bilag B-2 Personelloversikt fylles ut.

3 Helsepedagogisk kompetanse	Beskrives i tilbudet.
4 Kompetanse på kognitiv terapi	Beskrives i tilbudet.
5 Kompetanse på arbeidsrettet rehabilitering	Beskrives i tilbudet.
6 For pasientgruppe I – Muskel- og skjelettlidelser: Kunne ivareta pasienter med tilleggsproblemer innen rus/psykiatri	Beskrives i tilbudet.
7 Kompetanse innen forskning, utvikling og evaluering	Beskrives i tilbudet.

Vedlegg 1 – Diagnoser som omfattes av anskaffelsen basert på ICPC-2

Muskel- og skjelettlidelser (L)

- L01 Nakke symptomer/plager
- L02 Rygg symptomer/plager
- L03 Korsrygg symptomer/plager
- L04 Brystkasse symptomer/plager
- L08 Skulder symptomer/plager
- L09 Arm symptomer/plager
- L10 Albue symptomer/plager
- L11 Håndledd symptomer/plager
- L13 Hofte symptomer/plager
- L14 Legg/lår symptomer/plager
- L15 Kne symptomer/plager
- L16 Ankel symptomer/plager
- L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi
- L19 Muskel symptomer/plager IKA
- L20 Ledd symptomer/plager IKA
- L27 Engstelig for syk musk-skj-syst IKA
- L28 Redusert funksjonsevne musk-skj-probl
- L29 Muskel-skj-syst sympt/plager IKA
- L83 Nakkesyndrom
- L84 Ryggsyndrom uten smerteutstråling
- L85 Ervervet deformitet ryggstøyle
- L86 Ryggsyndrom med smerteutstråling
- L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA
- L92 Skuldersyndrom
- L93 Tennisalbue/lateral epikondylitt

Vanlige psykiske lidelser (P)

- P01 Følelse angst/nervøs/anspent
- P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget
- P03 Depresjonsfølelse
- P04 Irritabel atferd/følelse
- P15 Kronisk alkoholmisbruk
- P18 Legemiddelmisbruk
- P19 Stoffmisbruk
- P25 Livsfaseproblem voksen
- P27 Engstelig for psykisk sykdom
- P28 Redusert funksjonsevne psyk problem
- P29 Psykiske symptomer/plager IKA
- P73 Affektiv lidelse
- P74 Angstlidelse
- P76 Depressiv lidelse
- P78 Nevrasteni
- P79 Fobi/obsessiv-kompulsiv lidelse
- P80 Personlighetsforstyrrelse
- P81 Hyperkinetisk forstyrrelse
- P82 Posttraumatisk stresslidelse

Allment og uspesifisert (A)

- A01 Smerte generell/flere steder
- A04 Slapphet/tretthet
- A28 Redusert funksjonsevne IKA
- A29 Generelle symptomer/plager IKA
- Andre plagsomme somatiske symptomer der psykologiske og sosiale mekanismer synes å være sentrale i opprettholdelsen av lidelsen