

Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF

## **Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbakeordningen i spesialisthelsetjenesten**

## Innhold

Kapittel 1 Bakgrunn.....	3
1.1 Oppdraget .....	3
1.2 Prosess .....	3
Kapittel 2 Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten .....	4
2.1 Innretningen av Raskere tilbake-ordningen.....	4
2.2 Utviklingstrekk .....	5
2.3 Organisatoriske forhold .....	6
2.4 Forskning og fagutvikling .....	6
2.5 Nytte for pasienten .....	7
Kapittel 3 Helse og arbeid .....	8
3.1 Sammenheng Helse og arbeid .....	8
3.2 Sektorovergrepene samhandling.....	9
Kapittel 4 Tilbud som ivaretar helse- og arbeidsdimensjonen .....	10
4.1 Muskel- og skjelettlidelser .....	10
4.2 Psykiske lidelser .....	10
4.3 Forebygging.....	12
Kapittel 5 Raskere tilbake-ordningen innenfor «sørge for» -ansvaret» .....	13
5.1 «Sørge for» -ansvar .....	13
5.2 Prioriteringsproblematikk.....	14
5.3 Ansvar for veiledning og forebygging .....	15
Kapittel 6 Anbefalinger .....	15
6.1 Målgruppe for tilbudene.....	15
6.2 Helse og arbeid .....	16
6.3 Generelle kjennetegn ved tilbud som har vist seg effektive .....	16
6.4 Videre utvikling .....	16
Kapittel 7 Konklusjon .....	17
Kapittel 8 Grunnlagsdokument og referanser .....	19
Grunnlagsdokument .....	19
Brukerundersøkelser.....	19
Referanser.....	19
Vedlegg nr 1 Oppsummering fra Dialogkonferanser .....	22
Vedlegg nr 2 Raskere tilbake-ordningen i de regionale helseforetakene.....	26
Vedlegg nr 3 – Forslag til innretning av tilbudene .....	31

Vedlegg nr 4 Andre fagområder .....	33
Vedlegg nr 5 Pasientforløp ARR .....	39
Vedlegg nr 6 Kunnskapssenterets evaluering av bruker-tilbakemelding .....	40

## Kapittel 1 Bakgrunn

Raskere tilbake-ordningen ble igangsatt i 2007 som et nasjonalt prosjekt forankret i IA-avtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet. Hensikten var å redusere sykefravær gjennom å korte ventetiden for pasienter som enten var sykemeldte, eller som stod i fare for å bli sykemeldt. Tiltakene har vært organisert dels under Arbeids- og sosialdepartementet og dels under Helse- og omsorgsdepartementet. For 2017 utgjør midlene 600,5 millioner kroner i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er prosjektet driftet ved siden av det ordinære pasienttilbudet.

NAV-tiltakene i prosjektet som tidligere sorterte under Arbeids- og sosialdepartementet er overført Helse- og omsorgsdepartementet fra 2017, og administreres av Helse Sør-Øst RHF på vegne av de regionale helseforetakene. For 2017 utgjør dette 57 millioner kroner.

### 1.1 Oppdraget

I Oppdragsdokumentet for 2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene ble følgende oppdrag gitt:

*«De regionale helseforetakene skal i felleskap innen 1. mai 2017 vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Det skal særlig gis en vurdering av tilbud som har vist seg å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. De regionale helseforetakene skal innhente eventuelle erfaringer og vurderinger av ordningen fra Helsedirektoratet.»*

Rapporten tar i hovedsak for seg prosjektet Raskere tilbake-ordningen og utviklingen av dette i spesialisthelsetjenesten. NAV-avtalene som pr. 01.01.2017 er overført fra NAV til Helse- og omsorgsdepartementet, ansees som en del av spesialisthelsetjenesten, men oppdraget vedrørende NAV-avtalene gitt i Oppdragsdokumentet for 2017, besvares i eget notat.

### 1.2 Prosess

I regi av Helse Sør-Øst RHF er det tatt initiativ til en prosess på tvers av de fire regionale helseforetakene for å løse oppdraget og gi en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet. Det er opprettet en intern arbeidsgruppe i hvert regionalt helseforetak og i tillegg er det gjennomført fire dialogkonferanser:

- 30. og 31. januar for de interne arbeidsgruppene på tvers av de fire regionene i Oslo
- 13. februar var det en dialogkonferanse for muskel- og skjelettlidelser og tilhørende behandlingstiltak

- 14. februar var det en dialogkonferanse for psykiske lidelser og tilhørende behandlingstiltak
- 9. mars ble det arrangert en dialogkonferanse med alle de private avtalepartene i Raskere tilbake-ordningen. Dette innbefattet også de overførte NAV-avtalene

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har deltatt på tre av konferansene. I tillegg har det vært møter mellom Helsedirektorat og prosjektledere for Raskere tilbake-ordningen ved alle de fire regionale helseforetakene, samt kommunikasjon mellom møter. Det er lagt en plan for nødvendig forankring og beslutningsprosess i de regionale helseforetakene, samt i interregionale fora.

Tilbakemeldingene fra arbeidsgruppene ved de nasjonale dialogkonferansene er i hovedsak likelydende med fokus på videreføring av behandlingstilbud til de store sykmeldingsgruppene i Norge. *Se ellers vedlegg for utfyllende beskrivelse.*

*Vedlegg nr 1: oppsummering fra dialogkonferanser*

## **Kapittel 2 Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten**

### **2.1 Innretningen av Raskere tilbake-ordningen**

Raskere tilbake-ordningen i de fire helseregionene dekker til sammen følgende fagområder: psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, revmatologi, ortopedi, rus lidelser, hjernetraume/hjerneslag, hjertesykdommer, kreft, lungesykdommer, nevrologi og rehabilitering. Hovedvekten av tilbudene i Raskere tilbake-ordningen er etablert i helseforetak/sykehus Det er i tillegg inngått avtaler med private tilbydere i de fire regionene. Forebyggende arbeid som i hovedsak omfatter tiltaket «iBedrift» er etablert i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det finnes også diagnoseuavhengige tilbud for kurs i stressmestring.

I prosjektperioden har det vært en dreining mot behandlingstilbud innen muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse. Dette medfører at disse to fagområdene nå har størstedelen av aktiviteten innenfor Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten. Disse diagnosene er også hovedårsakene til sykefravær i Norge, og bruken av midler er slik sett i samsvar med prosjektets målsetting.

De overførte NAV-avtalene samsvarer med satsningen i spesialisthelsetjenesten. NAV-avtalene er avtaler med døgninstitusjoner hva gjelder arbeidsrettet rehabilitering med fokus på muskel- og skjelettlidelser, samt avtaler med leverandører for poliklinisk behandling av psykiske- og sammensatte lidelser.

Samlet står muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser for en tredjedel av alle leveår med funksjonsnedsettelse i Norge. Tall fra NAV viser at 63 % av uføretrygd i Norge innvilges på bakgrunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser. Figur 1 viser utviklingen over tid (2001-2014) [1]. Utviklingen samsvarer med hovedtrekkene i bruken av midler tildelt Raskere tilbake-ordningen.

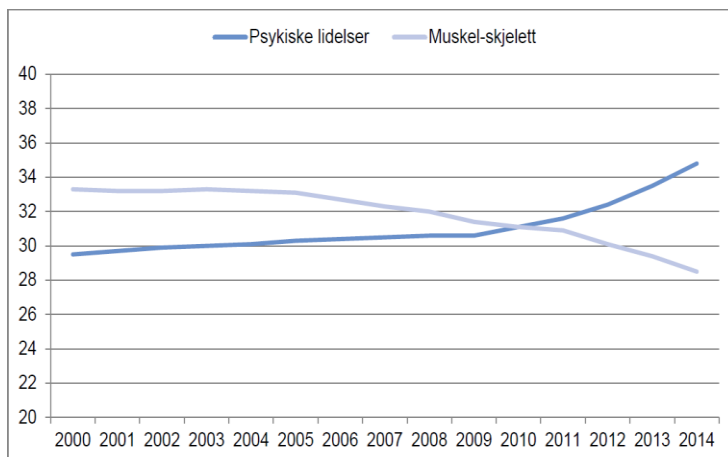


Fig.1 Innvilgning av uføretrygd i Norge (NAV), andel (%) av totalt antall innvilgede uførepensjoner

Fig.1 Innvilgning av uføretrygd i Norge (NAV)

## 2.2 Utviklingstrekk

Ved oppstart av Raskere tilbake-ordningen i 2007 var oppdraget å etablere helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottok sykepenger raskere tilbake til arbeid. Det ble også gjort behovskartlegging på regionalt nivå for å sikre rett dimensjonering av ulike tilbud.

I 2007 var det lange ventelister innen ortopedi i de fire regionene. Ortopedi var et av de områdene der det viste seg enklest for helseforetakene å etablere behandlingstiltak. Det ble bygd opp vurderingskapasitet ved skjermede polikliniske enheter. I tillegg ble det kjøpt rehabiliteringstjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner.

I prosjektperioden har behandlingstilbudene utviklet seg i to løp. Det ene har vært tradisjonell avklaring og behandling i ordinære behandlingstilbud som for eksempel innen ortopedi, nevrologi og lungesykdommer. Virkemiddelet for å redusere sykefravær for disse pasientene har vært kortere ventetid til behandling. Parallelt har det foregått et annet løp der det er utviklet spesifikke behandlingsmetoder for å bistå pasienter med tilbakegang til arbeid. Det er etablert tverrfaglige (og tverretatlige) behandlingstilbud som gir rask utredning, avklaring og behandling innen muskel- og skjelettlidelser, for hjernetraumepasienter, og innen kreftrehabilitering. For psykiske lidelser er det også utviklet arbeidsrettet terapi for pasienter med angst og depresjon.

Utviklingen i prosjektperioden for å bistå pasienter tilbake i jobb har medført et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de øvrige aktørene i et sykefraværsløp; fastlege og primærhelsetjeneste for øvrig, NAV, arbeidsgiver og HMS/BHT-enheter. Dette samarbeidet representerer et viktig steg ut av sektortankegangen for spesialisthelsetjenesten og er dermed i tråd med politiske føringer.

iBedrift er den mest omfattende samarbeidsmodellen. Denne er nærmere beskrevet i Helsedirektoratets innspill til denne rapporten, jfr. brev av 17.3.2017 (vedlegg) og i felles rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet; «HelseArbeid».<sup>1</sup>

*Vedlegg nr.2: Raskere tilbake i de regionale helseforetakene*

### 2.3 Organisatoriske forhold

Ventetiden har vært kort i Raskere tilbake-ordningen. Dette vurderes som svært viktig for den sykemeldte pasientpopulasjonen, da det å være lenge ute av jobb i seg selv øker risikoen for langvarig forløp og uførhet.

Det har ikke vært utført kost-nytte evaluering av ressursutnyttelsen i Raskere tilbake-ordningen, men rask vurdering, utredning og avklaring gir seg selv en samfunns- og helseøkonomisk gevinst.

Det har i stor grad vært satset på samhandling mellom forskjellige aktører i sykefraværarbeidet (for eksempel fastleger, NAV og arbeidsgiver), noe som er av stor betydning for suksess i arbeidet med Raskere tilbake-ordningen.

Tiltakene innen Raskere tilbake-ordningen har hatt ulike organisatoriske løsninger. Noen har vist seg spesielt hensiktsmessige:

- Samlokalisering for de tverrfaglige poliklinikkene med fysikalsk medisinske poliklinikker
- Samorganisering med andre tilgrensende fagspesialiteter
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og ulike aktører involvert i et sykefraværforløp; fastlege, kommunehelsetjenesten, arbeidsgiversiden, HMS-enheter og NAV
- Samlokalisering med distriktpsikiatriske sentra
- Drift av kveldspoliklinikker som øker tilgjengeligheten til tjenesten for mange pasienter

### 2.4 Forskning og fagutvikling

I prosjektperioden er det gjennomført evalueringer, innhentet brukertilbakemeldinger, gjennomført forskning og følgeevaluering spesielt siden 2010. Områdene muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse er de behandlingstilbudene med høyest aktivitet innen forskning og evaluering, dermed er det innen disse områdene vi har best grunnlag for å kunne si noe om effekt av prosjektet Raskere tilbake-ordningen.

Det er utfordrende å konkludere hvilken effekt Raskere tilbake-ordningen har hatt som helhet, men det foreligger resultater fra enkelttiltak, hvor man ser at tiltaket har resultert i en økt tilbakegang til arbeid, et redusert fysisk og psykisk symptomtrykk, bedret rapportert mestring, økt fysisk aktivitetsnivå og mindre bruk av helsetjenester. Dette gjelder særlig

---

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1260/IS-2549%20Sluttrapport%20HelseArbeid%20oppdatert.pdf>

innenfor muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser<sup>II,III</sup>. Flere av disse resultatene er publisert i internasjonale tidsskrift [2-5].

Internasjonal forskning peker på byrden sykefraværet medfører for individ og samfunn og samtidig på at det er en stor samfunnsmessig gevinst å hente på behandling ved selv moderat påvirkning på sykefravær [6]. I blant annet Nederland og Tyskland er det utviklet behandling som gir effektiv tilbakegang til arbeid. Noen tiltak innen Raskere tilbake-ordningen har opprettet samarbeid innen forskning og fagutvikling med disse miljøene. Behandlingen og måleinstrumenter er prøvd ut og forsket på i norsk sammenheng hvor ca. 70% kommer tilbake i arbeid etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke nødvendigvis forskjell i effekter på helse av ulike typer intervensjoner. Det vises også til vedlagte kunnskapsgrunnlag for en gjennomgang av litteratur knyttet til psykisk helse, muskel- og skjelettlidelser og medisinsk uforklarte symptomer og plager. Ny fagmetodologi utviklet gjennom Raskere tilbake-ordningen er publisert i lærebøker som er i bruk ved universitetene [7].

Sammenhengen mellom helseplager og sykefravær er kompleks, og det er behov for mer kunnskap på dette feltet knyttet til norske forhold.

Det vises til relevant tilleggsinformasjon i HelseArbeid-rapporten kap. 9 «Forskning og evaluering» og kap. 10 «Kunnskapsgrunnlag».

## 2.5 Nytte for pasienten

### **Brukererfaring**

Evalueringer viser at brukertilfredshet er høy. I Helse Sør-Øst er det fra januar 2015 gjennomført brukertilbakemelding ved alle behandlingstilbudene der det framgår at over 90% av pasientene er fornøyd med tilbudet de har mottatt. Til sammenligning svarer pasienter i den nasjonale PasOpp undersøkelsen at 83% er fornøyd med relasjon til behandler. Ord som mestring, nytte og økt livskvalitet er fremtredende.

Kunnskapssenteret har foretatt en evaluering (april 2017) av brukertilbakemeldingen i Helse Sør-Øst. Konklusjonen er:

*«Vi kan slå fast at blant brukere i Raskere tilbake-ordningen, har de som har svart på brukerundersøkelsen, generelt hatt svært gode erfaringer med tiltaket. Når det gjelder spørsmålene om resultat av behandlingen, var det svarere som hadde hatt lengst sykmeldingsperiode i løpet av det siste året som hadde gitt de mest negative vurderingene».*

### **Behandlingskvalitet**

Behandlingen som er utviklet under Raskere tilbake-ordningen skiller seg ut ved at den fokuserer på tilbakegang til arbeid i tillegg til reduksjon av helseplager. Det er helt essensielt

---

<sup>II</sup>Se vedlegg «Muskel- og skjelettlidelser»

<sup>III</sup> Se vedlegg «Psykiske lidelser»



at arbeidsfokus ikke går på bekostning av symptomreduksjon og at pasienter skal få tilgang på rask tverrfaglig, spesialisert og arbeidsfokuset utredning og avklaring.

Resultater fra de evalueringene som er gjort tyder på at både smerte og funksjon bedres like godt, og i noen tilfelle bedre, ved tiltak som fokuserer på tilbakegang i arbeid som i tradisjonelle tverrfaglige behandlingsprogram for pasienter med muskel- og skjelettlidelser<sup>11</sup>. Når det gjelder psykiske lidelser som angst og depresjon, kan det vises til en statistisk signifikant endring fra moderate til milde plager når det gis standardiserte pasientforløp med arbeidsrettet kognitiv terapi [28].

### **Tilbakegang til arbeid**

Det er mange faktorer som påvirker den nasjonale sykmeldingsstatistikken, og det er derfor komplisert å påvise direkte effekt av tilbudene i Raskere tilbake-ordningen. Ordningen har i volum utgjort ca. 1% økning i kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Flere behandlingstilbud har likevel målt økning i yrkesdeltagelse gjennom behandlingstiltak<sup>7</sup>. I de behandlingstilbud der pasienter følges 3 måneder, 6 måneder og 1 år etter behandling, sees i stor grad en økt tilbakegang til arbeid. Andre tilbud har primært fokusert på å holde ansatte yrkesaktivisert for å unngå et sykefravær. Det er ulike måter å måle sykefravær og yrkesdeltagelse på. I prosjektet har noen tiltak benyttet seg av registerdata fra NAV i den sammenheng, mens andre har brukt pasientrapporteringer eller rapporteringer på bedriftsnivå. Styrken med registerdata, er at man får 100% informasjon om ytelser, tiltak og sykemeldingsdiagnoser. Pasientrapporteringer og bedriftsrapporteringer er noe mer usikkert.

## **Kapittel 3 Helse og arbeid**

### **3.1 Sammenheng Helse og arbeid**

Det er godt dokumentert at arbeid er bra for helsen[8]. Å falle ut av arbeidslivet forverrer livskvaliteten, gir økte helseplager, og bidrar til sosial ulikhet.

Andelen unge på uføretrygd er økende. Uføretrygd for psykiske lidelser innvilges i snitt åtte år tidligere enn for andre diagnoser, hvilket tilsier et større helsetap i befolkningen. Fibromyalgi er den diagnosen som hyppigst medfører innvilget uføretrygd for kvinner i Norge, men det er også den diagnosen som oftest gis avslag på søknad om uføretrygd. I Norge er forekomst av kroniske smerter rapportert til å ligge på mellom 25-30% av den voksne befolkningen. En av tre som innvilges uføretrygd for psykiske lidelser har ikke vært behandlet i spesialisthelsetjenesten [9]. Av de med kroniske smerter opplever 40% at smerteproblemet er inadekvat behandlet. Dette tyder på manglende tilbud til pasienter som har stort funksjonsfall som følge av sine plager.

For det norske samfunnet utgjør kostnadene forbundet med sykefravær og uføretrygd 5% av brutto nasjonalprodukt, hvilket er det høyeste i OECD [10]. Høyt nasjonalt sykefravær, flere unge uføre i tillegg til demografiske endringer, vil legge press på velferdsstaten fremover. Det blir flere av oss, og det blir flere eldre. Arbeidskraft er samfunnets viktigste

ressurs for å møte disse utfordringene, og myndighetene har derfor pekt på behovet for tjenesteutvikling innen helse og arbeid [11].

Helsetjenesten har tradisjonelt hatt sitt fokus på helse og helseforhold og i liten grad på arbeid og yrkesdeltagelse. Dette krever både kunnskap, innsikt og erfaring. En bred kartlegging bestilt av NAV fra 2013 konkluderer med at det mangler et solid faggrunnlag for oppfølging av sykefravær i Norge [12]. På tross av kostnadene for individ og samfunn, er det altså slik at det er et stort behov for mer kunnskap og kapasitet på dette feltet. Dersom man ønsker en effekt på tilbakegang til arbeid så er tradisjonell behandling i spesialisthelsetjenesten ikke alltid tilstrekkelig. Internasjonalt er det dokumentert at involvering av arbeidsplass og andre aktører i sykefraværarbeidet har best effekt.

Det å avgjøre hvor skillet går mellom ordinære plager og helseproblemer som trenger behandling. Dette er en oppgave for kvalifisert helsepersonell hvor det er nødvendig å konsultere den det gjelder individuelt. Pasientmedvirkning er avgjørende for resultatoppgjøring og det er viktig med målrettede kombinerte medisinske- og arbeidsrettede tiltak.

Fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering er karakterisert ved tverrfaglighet og samtidighet i prosesser. Det kan handle om mestring, tilrettelegging, kompetanseheving, dialog og samarbeid med arbeidsplassaktører og med NAV. Kombinert jobbstøtte og behandling gir bedre resultater. OECD-rapporten fra 2013 legger vekt på at man skal forene arbeid og helse i all pasientbehandling [10].

### 3.2 Sektorovergrepene samhandling

For alle pasienter er det viktig å komme tidlig til med avklaring. Den første avklaringen skjer hos fastlegen. Dersom det tas initiativ til behandling utover det fastlegen gir, er det viktig at det ikke er lang ventetid på denne da ventetiden kan bidra til langvarige forløp.

I en systematisk undersøkelse av fastlegers erfaringer med psykisk helsevern kom det fram at økning i kapasitet i og bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten var de to viktigste forbedringspunktene[13]. Fastlege er i tillegg ansvarlig for sykemelding. Enkelte tiltak innen Raskere tilbake-ordningen har derfor hatt fokus på å bistå fastlege med tidlig avklaring og har også bidratt til en økning i spesialisthelsetjenestens kapasitet.

Fastlegen som henviser har gjennom Raskere tilbake-ordningen fått en kvalifisert, viktig samarbeidspartner til å bistå seg med ressurskrevende pasientgrupper. De to største pasientgruppene er storforbrukere av helsetjenester, har sammensatte problemstillinger, betydelig tap av funksjon og livskvalitet og med høy risiko for langvarige forløp. Her er det et behov for godt koordinerte og samtidige tjenester for å unngå lineære, tidkrevende forløp. Fastlegen ivaretar mange av disse pasientene, men trenger en samarbeidspartner for helhetlig tilnærming i spesialisthelsetjenesten som de mer komplekse pasientene kan løftes opp til. Arbeidet i Raskere tilbake-ordningen understøtter fastlegens rolle og ansvar, uten å overta fastlegens ansvarsområde.

Samhandlingsreformen legger opp til at de store pasientgruppene i økende grad skal ivaretas i førstelinjen, men for muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er det fortsatt langt fram før denne intensjonen er nådd. En videreføring av erfaringer fra tverrfaglige tiltak i Raskere tilbake-ordningen, vil kunne fasilitere mange av målsetningene i samhandlingsreformen. I samhandlingsreformen pågår samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om pasientforløpsprosesser, dette vil også kunne være en arena for pasientforløpsarbeid med arbeid som mål.

## Kapittel 4 Tilbud som ivaretar helse- og arbeidsdimensjonen

### 4.1 Muskel- og skjelettlidelser

Muskel- og skjelettlidelser representerer omtrent 40% av langtidssykefraværet i Norge. Korsryggsmerter representerer den hyppigst brukte diagnosen både i allmennpraksis og i sykefraværstatistikken [14]. De fleste tilstandene er uspesifikke og sammensatte, og det er få eller lite objektive medisinske funn [15, 16]. Det er faglig konsensus om at psykologiske, sosiale og somatiske faktorer påvirker det kliniske bildet og forløpet av tilstanden og kan knyttes til risiko for å utvikle et sammensatt sykdomsbilde og uførhet [17]. Behandlingen bør derfor fokusere på det sammensatte bildet, og tverrfaglig utredning og behandling er i kunnskapsoppsummeringer den anbefalte tilnærmingen for å gjenvinne helse, livskvalitet og arbeidsdeltagelse [18, 19]. Det er av overordnet betydningen å opprettholde noe yrkesdeltagelse på tross av plager, da det motsatte forsinker bedringsprosessen [8]. Når varigheten av sykefraværet overstiger 8 uker, øker risikoen for et langvarig forløp og arbeidsuførhet. [20-22].

Et tiltak for helse og arbeid videreført etter Raskere tilbake-ordningen, skal baseres på forskning og på erfaringer fra prosjektet. En videreføring av tiltak rettet mot pasientgruppen med muskel- og skjelettlidelser i spesialisthelsetjenesten bør 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 er tverrfaglig hvor lege og fysioterapeut utgjør kjernekompetansen med tillegg av andre faggrupper i teamet
3. Tiltaket kjennetegnes av løpende samarbeid og dialog med aktører i sykefraværarbeidet. Dette samarbeidet er formalisert

### 4.2 Psykiske lidelser

Vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon er en stor folkehelseutfordring og utgjør en økende andel av sykefravær (20 % av langtidssykefraværet) og innvilget uføretrygd i Norge. For enkeltindivider medfører disse helseplagene redusert livskvalitet og funksjonsnedsettelse, og de øker også risikoen for uførhet. Omtrent halvparten av

befolkningen vil tilfredsstillende kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet [23]. Langvarig sykmelding kan forsterke psykiske lidelser og medføre økt risiko for arbeidsuførhet. Det er med god grunn at de nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon understreker behovet for yrkesrettede tiltak.<sup>IV</sup>

Depresjon er den enkeltstående sykdom som fører til flest tapte arbeidsår i befolkningen. Sykefraværet ved depresjon varer lenger enn ved andre lidelser og er en hovedårsak til uførhet. I tillegg forverrer gjerne depresjon forløpet av somatiske sykdommer og kan være den avgjørende tilleggsbelastningen som skyver personen ut av arbeidslivet [24]. Angstlidelser er en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager og frafall fra skole og studier [25]. I en studie rapporterte mer enn 90% av personene med slike problemer at angsten hemmet deres deltakelse i arbeidslivet i vesentlig grad [26]. Unge uføre er en voksende gruppe som bør følges opp siden uførhet tidlig i livet medfører et enda større tap for individ og samfunn.

Selv om depresjon medfører plager som berører mange mennesker, er det bare et mindretall som får behandling. Tall fra WHO viser at kun en av fire med en depresjonsdiagnose får behandling. En av tre som innvilges uføretrygd på bakgrunn av en psykisk lidelse i Norge, mottar ikke spesialisert behandling for sin lidelse.[9].

Pasientgrupper med angst og depresjon får av og til merkelappen «lettere psykiske lidelser». Dette er ikke et hensiktsmessig begrep ettersom det er misvisende for de omfattende helseplagene som disse diagnosene ofte medfører. «Lettere psykiske lidelser» har heller ikke noe motsvar i den internasjonale faglitteraturen, hvor begrepet «*common mental health disorders*», eller «vanlige psykiske lidelser» er etablert terminologi [27].

Raskere tilbake-ordningen tilbyr pasienter med angst og depresjon arbeidsrettet poliklinisk behandling i form av individuell korttids terapi eller kurstilbud. I tråd med Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016) og Strategiplan for arbeid og helse (2016) vektlegges forskning og kunnskapsutvikling. Ved flere distriktpsikiatriske sentra gjennomføres klinikknære forsknings- og evalueringsprosjekt i samarbeid med internasjonale fagmiljøer.

Forskningsresultatene viser at pasienter innen Raskere tilbake-ordningen har omfattende og langvarige plager. Jobbfokusert terapi har vist god effekt på bedring og nedgang i sykefravær [5, 28]. Ved jobbfokusert behandling kartlegges pasientenes arbeidssituasjon og jobbmestring. Ved sykefravær utarbeides en plan for gradvis tilbakeføring til jobb i samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og NAV. Internasjonale studier viser gode resultater i form av helsegevinst og tilbakegang til arbeid [29, 30]. Behandlingsmodellen er omsatt til norsk og beskrevet i faglitteratur som brukes i opplæring av helsepersonell [7].

Et tiltak for helse og arbeid og psykiske lidelser videreført etter Raskere tilbake-ordningen, skal baseres på forskning og på erfaringer fra prosjektet. En videreføring av tiltak rettet mot pasientgruppen med psykiske lidelser angst og depresjon i spesialisthelsetjenesten bør kjennetegnes ved at:

---

<sup>IV</sup> Se for eksempel: [www.helsedir.no/psykisk](http://www.helsedir.no/psykisk) og [www.nav.no/psykiskhelse](http://www.nav.no/psykiskhelse)

- Tiltaket skal ha arbeid og helse som overordnet mål og være kunnskapsbasert
- Tiltaket skal tilby arbeidsrettede polikliniske tilbud innen psykisk helsevern
- Tiltaket har et aktivt og formalisert samarbeid med fastlege, primærhelsetjeneste, NAV og arbeidsplass i sykefraværarbeidet og bidrar til at samarbeidsmodellene videreutvikles

### 4.3 Forebygging

Forebygging er et overordnet mål i IA-avtalen. Gjennom HelseArbeid-konseptet har det blitt etablert samarbeid på tvers av etater og nivåer med et arbeidsrettet fokus i spesialisthelsetjenesten og samtidige tiltak mellom helse og NAV. Tilbudet er etablert fra 2007 i Helse Sør-Øst og fra 2009 i Helse Nord, i tilsammen 6 fylker.

«iBedrift» er basert på kunnskap om at målrettet helseinformasjon har effekt på bedriftenes evne til å forebygge sykefravær. NAVs arbeidslivssentre er i sine mål- og disponeringsbrev for 2017 pålagt å «legge til rette for at det forebyggende arbeidet i 2018 også kan ta utgangspunkt i HelseArbeid som er basert på iBedrift»<sup>V</sup>. Erfaringene med iBedrift bør derfor tas opp til vurdering i helseforetakene, med basis i oppsummeringene i HelseArbeid-rapporten og i dialog med NAV og fastleger for derigjennom å vurdere om det for noen kommuner/fastlegemiljøer kan vurderes et samarbeide med NAV om helseinformasjon i bedriftene.

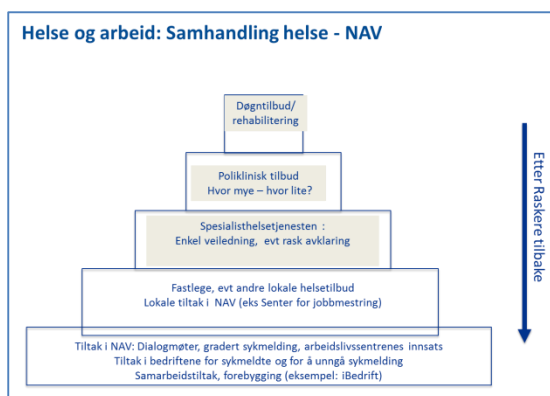
Tilbudet kjennetegnes ved at de alminnelige lidelsene som vanligvis forårsaker sykefravær har et omfang som ikke gjør det mulig å behandle seg ut av problemene. «Pyramiden» under her prøver å illustrere dette:

- Trinn 1: Man må unngå å gjøre sykmeldte til pasienter, gjennom fornuftig bruk av virkemidler som forebyggende tiltak, gradert sykmelding mv – tiltak som primært er forankret i de enkelte bedrifter/virksomheter
- Trinn 2: Behandlingstiltak må primært forankres hos fastleger og andre lokale instanser slik det også er i dag
- Trinn 3: Her kommer spesialisthelsetjenesten inn i bildet, men uten å overta. Ofte vil fastlegene kun ha behov for veiledning og enkle avklaringer
- Trinn 4 og 5 viser en stadig mer intensiv innsats fra spesialisthelsetjenesten

Retningen på pilen til høyre i modellen skal vise at lokal forankring bør styrkes. Målet er å få god seleksjon av pasienter og fornuftig ressursbruk slik at tilbudene samlet når ut til hele befolkningen.

---

<sup>V</sup> NAVs mål og disponeringsbrev 2017 til NAV fylke, punkt 2.2.3. «Bidra til et inkluderende arbeidsliv»



Vedlegg nr 3: Innretning av tilbudene

Vedlegg nr 4: Andre fagområder

Vedlegg nr 5: Pasientforløp i ARR

## Kapittel 5 Raskere tilbake-ordningen innenfor «sørge for» -ansvaret»

### 5.1 «Sørge for» -ansvar

De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester i samsvar med helsepolitiske mål og prioriteringer, og innenfor de gjeldende økonomiske rammer.

Ifølge oppdragsdokumentet for 2017 er de overordnede målene:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

God kvalitet i helsetjenester er ifølge den nasjonale kvalitetsstrategien «...og bedre skal det bli»<sup>VI</sup> tjenester som er:

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- tilgjengelig og rettferdig fordelt

Det legges til grunn at tiltakene fra Raskere tilbake-ordningen som foreslås videreført og/eller etablert i hele landet innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud, understøtter disse overordnede mål og prioriteringer.

<sup>VI</sup> <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

## 5.2 Prioriteringsproblematikk

Omlegging av ordningen Raskere tilbake-ordningen og videreføring av behandlingstilbud i spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud fra 2018 innebærer at alle henvisninger skal rettighetsvurderes i tråd med prioriteringsforskriften og -veilederne.

I de nasjonale innspillmøtene med fagmiljøene i Raskere tilbake-ordningen i februar og mars, ble det fra flere hold uttrykt bekymring for at mange pasienter i Raskere tilbake-ordningen ikke vil bli prioritert i spesialisthelsetjenesten fra 2018, samtidig som de heller ikke får adekvat tilbud fra kommunehelsetjenesten eller eventuelt NAV-tilbud.

Pasienter i Raskere tilbake-ordningen vil ha «forventet nytte» av helsehjelpen. Forventet nytte er i Prioriteringsforskriften knyttet til at livskvalitet og behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelpen. Helsehjelp tidlig i pasientforløpet er vist å være en viktig forutsetning for å lykkes med å komme tilbake til arbeid. Kriteriet om at forventede kostnader må stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt må også antas å støtte opp om prioritering av pasientgrupper i dagens Raskere tilbake-ordningen. Det ble i innspillmøtene fremholdt at flaskehalsen i forhold til prioritering er knyttet til hvordan prioriteringsveilederne for aktuelle fagområder praktiseres.

Dagens prioriteringsveiledere slår fast følgende (jf. felles innledning/aktuell informasjon, avsnitt om vilkåret kostnadseffektivitet):

*«Yrkesaktivitet i seg selv er ikke et vurderingskriterium. Det betyr at en i kostnadsvurderingene 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.»*

I Stortingsmelding 34 (2015-2016) om prioritering – «Verdier i pasientens helsetjeneste» – peker regjeringen på sammenhengen mellom deltakelse i arbeid og helse og løfter fram at deltakelse i arbeid vil være et viktig moment i prioriteringen:

*«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.»*

Det er med andre ord mulig med dagens føringer å vektlegge dimensjonen helse og arbeid i prioriteringen av pasienter. Erfaringer peker likevel i retning at dette ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet i prioriteringsarbeidet i dag.

Det er behov for at dimensjonen helse og arbeid blir tydeliggjort i prioriteringsveilederne. Med arbeidsdeltakelse forstås også deltakelse i skole og utdanning.

### 5.3 Ansvar for veiledning og forebygging

Spesialisthelsetjenestelovens §6-3 hjemler veiledningsansvaret spesialisthelsetjenesten har ovenfor primærhelsetjenesten. Hensikten er å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens (Ot.Prp 10, 198-99).

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for forebygging (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1). Ansvaret ble presisert i Prop. 91 L (2010–2011). Hovedvekten av den forebyggende innsatsen i spesialisthelsetjenesten vil være knyttet til individrettet sekundær- og tertiærforebygging, samt råd og veiledning til kommuner og andre samarbeidspartnere.

Pasientene som henvises til tilbud under helse og arbeid skal vurderes etter gjeldende prioriteringskriterier. For pasienter som ikke hører inn under spesialisthelsetjenesten er det naturlig at klinikken bidrar med rask og grundig avklaring til støtte for og med tilbakemelding til fastlege og kommunehelsetjeneste. Det må bygges videre på samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak for å understreke behovet for regelmessig veiledning og kunnskap om helse og arbeid i førstelinjetjenesten.

## Kapittel 6 Anbefalinger

### 6.1 Målgruppe for tilbudene

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.

Det anbefales videre at:

- det videreføres og opprettes tverrfaglige behandlingstilbud for personer med muskel- og skjelettlidelser forankret i de fysikalsk medisinske fagmiljøene i helseforetakene og/ eller gjennom avtaler med private aktører
- det videreføres og opprettes poliklinisk arbeidsrettet behandling for personer med angst og depresjon lokalisert ved helseforetakenes distriktpsikiatriske sentra og/ eller gjennom avtaler med private aktører
- det opprettes og utvikles enkle forebyggende tiltak i tråd med anbefalinger i rapporten HelseArbeid

*For utdyping vises til kapittel 4, samt vedlegg 3.*



## 6.2 Helse og arbeid

Helse og Arbeid foreslås som fellesnevner for videreføring/etablering av tiltak i spesialisthelsetjenesten. Det er et godt dokumentert grunnlag for å hevde at det er bra for helsen å være i arbeid. Arbeid gir blant annet mestringsopplevelser, identitet, struktur i hverdagen, sosial omgang og tilknytning. Dette er forhold som har innvirkning på individets livskvalitet og helsetilstand.

- Kunnskapen om sammenheng mellom helse og arbeid bør spres i spesialisthelsetjenesten
- Eksisterende fagmiljøer utviklet gjennom prosjektet bør ivaretas for å spre kunnskap og kompetanse om arbeidsrettet metodikk
- Det anbefales at det settes av forsknings- og fagutviklingsmidler for å ta vare på og å videreutvikle kompetansen på helse og arbeid og for å svare på behov i befolkningen også etter 2017

*For utdyping vises til kapittel 3*

## 6.3 Generelle kjennetegn ved tilbud som har vist seg effektive

Behandlingstilbud og tiltak skal bygge videre på de gode erfaringene fra prosjektperioden, og kjennetegnes ved følgende elementer som har vist seg virksomme:

- Tverrfaglig arbeidsrettet behandling og samarbeid
- Tverrsektorielt samhandling på tvers av nivå og etater for å sikre samtidige tilbud
- Løpende dialog med involverte parter i sykefraværarbeidet slik som NAV, arbeidsgiver, HMS-enheter, fastleger og primærhelsetjenesten. (Samlokalisering med noen av disse aktørene kan være hensiktsmessig for å optimalisere samhandlingen)
- Kort ventetid for behandlingstilbud og tiltak for å intervenere på et tidlig tidspunkt
- Rask, tverrfaglig vurdering og avklaring slik at alle pasienter med rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan få arbeidsrettet bistand etter behov
- Arbeidsdimensjonen vektlegges i all vurdering og behandling
- Tilbakemelding til henviser og samhandling med relevante aktører
- Systematiske brukermedvirkning og pasienters kunnskap og erfaring brukes for å forbedre tjenesten

## 6.4 Videre utvikling

*Tjenestene må være likeverdige og rettferdig fordelt:*

- Samhandling mellom somatikk og psykisk helsevern styrkes for å ivareta pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom og behov for samtidige tjenester

- Arbeidsrettet aktivitet parallelt med kunnskapsbasert behandling der evaluering og forskning har vist symptomreduksjon og tilbakegang til arbeid
- Forpliktende ansvar for veiledning og undervisning om arbeidsrettet behandling til førstelinjen og andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Fagfeltet bør videreutvikle standardiserte utrednings- og behandlingsforløp
- Det anbefales at behandlingstiltak og tilbud breddes nasjonalt over en tre- til femårs periode for å sikre likeverdige tjenester til befolkningen i hele landet
- Det bør tidlig gis tydelige styringssignaler for å ta hensyn til omstillingsbehov i 2018
- Det bør være fleksibilitet i omstillingstiltak og overgangsordninger for å ta hensyn til planleggingsbehov og evt. gjennomføring av anbudskonkurranser

#### *Prioritering:*

- Det er behov for at dimensjonen helse og arbeid blir gjort tydeligere i prioriteringsveilederne. Med arbeidsdeltakelse forstås også deltakelse i skole og utdanning
- Som støtte for fremtidig samarbeid med de andre aktørene i sykefraværarbeidet foreslås det å utredes hvordan arbeidsdimensjonen kan tas inn i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften
- En prioriteringsveileder for arbeid og helse bør vurderes utarbeidet
- Det er anbefalt at det bør utarbeides en ny veileder for arbeidsrettet rehabilitering

#### *Forskning og evaluering:*

- Det er behov for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om arbeid og helse, og det bør avsettes midler til forskning og evaluering fra 2018 ved omlegging av prosjektet
- Behandlingstilbud og tiltak bør forutsettes evaluert løpende i henhold til effekt på arbeidsdeltakelse og helse
- Aktivitet som opprettholdes/etableres under Helse og arbeid, bør være sporbar. Det anbefales primært at debitor 20 videreføres, men alternativt eller i tillegg bør det stilles krav til konsekvent bruk av prosedyrekoder for arbeidsrettet behandling
- Etablering av kvalitetsindikatorer for arbeid og helse vil være hensiktsmessig for å sikre likeverdighet i tjenestene og for å måle tilbakegang til arbeid

## **Kapittel 7 Konklusjon**

Den ekstra kapasiteten Raskere tilbake-ordningen har bidratt med i spesialisthelsetjenesten de siste 11 årene har hatt betydning for ventetid til behandling og har redusert sykefraværet. Ordningen har bidratt med to viktige erfaringer som bør tas vare på:

1. Organiseringen har bidratt til å gjøre tjenestene bedre tilgjengelige for pasientene, bla. ved økt kapasitet, kveldsåpne klinikker, samt raske og korte intervensjoner
2. Organiseringen har bidratt til bemanning og kompetansesammensetning med et sterkere fokus på sammenhengen mellom arbeid og helse

Når ordningen overføres til «sørge for» ansvaret i spesialisthelsetjenesten, må en sørge for økt tilgjengelighet til behandlingsformer som er basert på ervervet kunnskap om at arbeidsdeltakelse bedrer helse og livskvalitet for pasienter som er særlig utsatt for å bli utføre. Pasientgruppene innen psykisk helsevern og sammensatte muskel og skjelettplager bør derfor prioriteres, og det bør stilles krav til at organiseringen ivaretar arbeidsrettet behandling.

Det foreligger forskning og evaluering som peker på svært fornøyde brukere og gode behandlingsresultater innen Raskere tilbake-ordningen. Dette gir til sammen et godt grunnlag for vurdering av og beslutning om hva som bør videreføres i det ordinære pasienttilbudet. Gjennom elleve års drift er det utviklet fagkompetanse på arbeid og helse som ikke fantes ved prosjektets oppstart.

De nye metodene som er utviklet under Raskere tilbake-ordningen bygger på evidensbasert behandling for spesifikke diagnoser i samtidighet med arbeidsrettet aktivitet. Disse metodene er utviklet både på bakgrunn av og i samarbeid med ledende internasjonale forskningsmiljø innen helse og arbeid.

Videreføring av effektive tiltak fra Raskere tilbake-ordningen kan derfor danne en plattform for å svare på behovet for arbeidsrettet behandling som kommer fram i sykefraværstatistikken og folkehelsemeldingen.

## Kapittel 8 Grunnlagsdokument og referanser

### Grunnlagsdokument

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. *Arbeid og Helse – et tettere samvirke*. IS-2535. Oslo 2016.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. *Nytt nasjonalt konsept – HelseArbeid*. IS-2549. Oslo 2016.

Arbeidsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet. *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*. Oslo 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Oppdragsdokument for 2017 Helse Sør-Øst RHF*. Oslo 2017.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Prop. 1 S (2016-2017) Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Oslo 2016.

Sosial- og Helsedirektoratet. *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Veileder. IS-1162. Oslo 2005.

### Brukerundersøkelser

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenester. *Evalueringsrapport av brukerundersøkelse i Raskere tilbake-ordningen*. Oslo 2017.

Deloitte. *Brukertilfredshet blant brukere av Helse Sør-Øst sine Raskere tilbake tiltak i 2015*. Oslo 2016.

### Referanser

1. Arbeid- og Velferddirektoratet. *Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2014*. 2017.
2. Brendbekken, R., A. Harris, H. Ursin, H.R. Eriksen, and T. Tangen, *Multidisciplinary intervention in patients with musculoskeletal pain: a randomized clinical trial*. . International journal of behavioral medicine, 2016. **23**(1): p. 1-11.
3. Brendbekken, R., H.R. Eriksen, A. Grasdahl, A. Harris, E.M. Hagen, and T. Tangen, *Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial*. Journal of occupational rehabilitation, 2016: p. 1-10.
4. Myhre, K., G.H. Marchand, G. Leivseth, A. Keller, E. Bautz-Holter, L. Sandvik, B. Lau, and C. Røe, *The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial*. . Spine., 2014. **39**(24): p. 1999-2006.
5. Lau, B., M. Victor, and T. Ruud, *Sickness absence and presence among employees in treatment for common mental disorders*. Scand J Public Health, 2016. **44**(4): p. 338-46.

6. Chisholm, D., K. Sweeny, P. Sheehan, B. Rasmussen, F. Smit, P. Cuijpers, and S. Saxena, *Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*. The Lancet Psychiatry, 2016. **3**(5): p. 415-424.
7. Berge, T., R.G.H. Gjengedal, and M. Hannisdal, *Jobbfokusert kognitiv terapi*, in *Håndbok i kognitiv terapi 2. utgave*, T. Berge and P. Repål, Editors. 2015, Gyldendal.
8. Waddell, G. and A.K. Burton, *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office. 2006.
9. Overland, S., N. Glozier, S. Krokstad, and A. Mykletun, *Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The HUNT Study*. . Psychiatric Services, 2007. **58**(11): p. 1479-1482.
10. OECD, *Mental Health and Work: Norway*. 2013.
11. Roelen, C.A., G. Norder, P.C. Koopmans, J.J. W. van Rhenen, van der Klink, and U. Bultmann, *Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?* Journal of occupational rehabilitation, 2012. **22**(3): p. 409-17.
12. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av arbeids- og velferdsetatens oppfølging av sykmeldte*. 2011. **Dokument 3:5 (2010–2011)**.
13. Mykletun, A., A.K. Knudsen, T. Tangen, and S. Overland, *General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners*. BMC Health Services Research, 2010. **10**(35).
14. Brage, S., C. Ihlebæk, N. B., and D. Bruusgaard, *Muskel-og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser*. Tidsskrift for Den norske legeförening., 2010. **130**(23)(2369).
15. Sharpe, M. and A. Carson, *"Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift?* Annals of internal medicine., 2001. **134**(9): p. 926-930.
16. Hagen, E.M., E. Svensen, H.R. Eriksen, C.M. Ihlebæk, and H. Ursin, *Comorbid subjective health complaints in low back pain*. . Spine., 2006. **31**(13): p. 1491-5.
17. Burton, A.K., K.M. Tillotson, C.J. Main, and S. Hollis, *Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble*. Spine., 1995. **20**(6): p. 722-8.
18. Norlund, A., A. Ropponen, and K. Alexanderson, *Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain*. Journal of Rehabilitation Medicine. , 2009. **41**(3): p. 115-21.
19. Kamper, S.J., A. Apeldoorn, A. Chiarotto, R. Smeets, R. Ostelo, J. Guzman, and M. van Tulder, *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis*. Bmj, 2015. **350**: p. h444.
20. Bendix, A.F., T. Bendix, and C. Hæstrup, *Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program? A search for demographic, socioeconomic, and physical predictors*. Spine., 1998. **23**(16): p. 1775-83.
21. Waddell, G., *Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders*. British Medical Bulletin., 2006. **77**(1): p. 55-69.
22. Hagen, K.B. and O. Thune, *Work incapacity from low back pain in the general population*. Spine., 1998. **23**(19): p. 2091-5.
23. Mykletun, A., A.K. Knudsen, and K.S. Mathiesen, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. 2009: Oslo.
24. Henderson, M., S.B. Harvey, S. Overland, A. Mykletun, and M. Hotopf, *Work and common psychiatric disorders*. J R Soc Med, 2011. **104**(5): p. 198-207.
25. Alonso, J., M.C. Angermeyer, and S. Bernert, *Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl., 2004. **420**: p. 38-46.

26. Turner, S.M., D.C. Beidel, C.V. Dancu, and D.J. Keys, *Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986. **95**: p. 389-394.
27. Health, N.C.C.f.M., *Common mental health disorders. The NICE guideline on identification and pathways to care*. 2011, National Collaborating Centre for Mental Health: London.
28. Gjengedal, R.G.H., *Cognitive therapy as a means to reach RTW in case of depression and anxiety; an effect study. Presentation at the national conference about the Norwegian Return to work program*. 2016.
29. Lagerveld, S.E., R.W. Blonk, V. Brenninkmeijer, L. Wijngaards-de Meij, and W.B. Schaufeli, *Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study*. *J Occup Health Psychol*, 2012. **17**(2): p. 220-34.
30. Kroger, C., K. Bode, E.M. Wunsch, S. Kliem, A. Grocholewski, and F. Finger, *Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: preliminary findings of a controlled, matched study*. *J Occup Health Psychol*, 2015. **20**(2): p. 248-58.

## Vedlegg nr 1 Oppsummering fra Dialogkonferanser

1. Gjør en avgrensning med tanke på de forskjellige behandlingstilbud i Raskere tilbake-ordningen- dvs: hvilke type eksisterende tilbud bør foreslås videreført innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære tilbud og hva skal legges ned?

a. Hva mener arbeidsgruppen er de viktigste og mest positive erfaringer som bør tas videre inn i spesialisthelsetjenesten og bevares som tilbud til pasientene etter at prosjektet avsluttes?

- Tverrfaglighet og
- Tverrsektoriell samhandling
- Rask intervensjon Rask avklaring og Tverrfaglig tilnærming
- Avklaringspoliklinikk med tidlig avklaring – innen 8 uker
- NAV vurderings
- Lettere psykiske lidelser
- Diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabilitering. Muskel/skjelett og lettere psykiske lidelser.
- Samlokalisering somatikk og psykiatri for muskel- og skjelettlidelser (integret tilbud).
- RT har gitt et tilbud til en pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten som kanskje ikke har så mange andre egne tilbud – men som er storforbrukere av helse- og NAVtjenester
- Økt samarbeid fastlege
- Arbeidsdimensjonen er en viktig del av behandlingen
- Formaliserte samhandlingsflater med NAV, samtidighet i tjenester, arbeid & helse med NAV som del av tverrfaglig teamet i spesialisthelsetjenesten, kompetanseoverføring mellom etater
- Systematisk evaluering bør bli del av standard behandling
- Utvidet åpningstid, utradisjonelle lokaler/gjenbruk av lokaler og utnytte latent arbeidsstyrke
- Økt fokus på funksjon (funksjonsfall) og ikke bare symptom
- Individualiserte opplegg, fokus på brukermedvirkning (pasientens helsetjeneste). Pasienten må delta i hele forløpet. Involvere pårørende
- Kostnadseffektive/reduert byråkrati
- Strukturerte tilbud som gjør tilbudet forutsigbart for pasienten Standardisert nasjonal modell ala pakke forløp.
- Bruk av tilbakemeldinger fra pasient
- Ta større del av veiledningsansvaret overfor førstelinjetjenesten mht til denne pasientpopulasjonen
- Obs-pasienter må komme tidlig i behandling i sykmeldingsperioden

B Hva er mulig å realisere i 2018?

- Diagnoseuavhengig, arbeidsrettet rehabilitering. Muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser.
- Legge det inn som føringer i oppdragsdokumentet – slik at det blir prioritert i HF'et

- ARR i Telemark har fått til samhandling med NAV og har opprettet pilotkommuner for å få til sømløse overganger. Utvikle noe eksempler/ fyrstårn for videre utvikling for å få det over i drift
- Videreføre nåværende tilbud som oppfyller føringer
- Må bygge på eksisterende strukturer i 2018
- Videre bredding vil kreve økte ressurser
- Myndighetskrav om tilbud innenfor alle helseforetakene
- Krav til fastleger om å orientere seg om Raskere tilbake-ordningen- ved sykemelding
- Individuell behandling av sykemeldte/de i fare for å bli sykemeldt med lettere psykiske lidelser

## 2. Raskere tilbake-ordningen legges ned/ omdisponeres:

*A Gir dette følger for «sørge for» ansvaret i regionen? -*

- Pasienter får ikke tilbud Vil kunne føre til at tilbudet faller bort. Pasientene har i utgangspunkt «ikke rett til helsehjelp» på papiret.
- Kompetanse forsvinner. Kunnskapsvakuum når tilbud opphører
- Mulighet for forskning forsvinner
- Tilbud innen psykisk helsevern forsvinner
- Spesialisthelsetjenesten har et «sørge for» ansvar for kartlegging og utredning for pasienter med diffuse muskel- og skjelettlidelser, men ikke behandling. Dette skal skje i kommunen. Mange kommuner har ikke slike tilbud på plass. Her må det samhandles med kommunene.
- Manglende tilbud og lengre ventetid, kompetanse som er bygd opp over flere år forsvinner, ivareta en kompetanseoverføring på tvers av tjenestenivå før det bygges ned i spesialisthelsetjenesten
- Overføring av midler til helseforetakene
- Ventetider vil øke betydelig
- Antall langtidssykemeldte vil øke
- Antall uføre vil øke
- Fastleger mister en viktig henvisningsinstans

*B Hvilke konsekvenser kan det få for helsepolitiske målsettinger som ventetider, opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering, redusere variasjon i tilbud, satsning på psykiske helse etc.*

- Mindre tilgjengelige tilbud til målgruppen uspesifikke muskel- og skjelettplager
- Gode fagmiljøer vil oppløses/kompetanse forsvinner
- Enkelte grupper vil miste tilbud. Lavterskeltilbud kan bli borte
- Tilbudet vil ikke bli videreført
- Dårligere individuelt tilpasset tilbud
- Ventetider vil øke
- Likeverdige tjenester i hele landet? By – land
- Flere sykemeldte/lengre sykemeldingsforløp/ flere på AAP? /dårligere prognose for RTW jo lengre man er ute av arbeid
- Økt press på ordinære behandlingenheter
- Økt ventetid



- Økt andel avvist
- Vanskelig å nå målene om økt vekst (nedlegging vil være i strid med prioriteringer).
- I strid med OECD sine anbefalinger
- Arbeidsdimensjonen vil ikke bli ivaretatt
- Økt press på fastleger. Fastlegene vil miste mulighetene for å tilby pasientene rask tilgang til behandling for de vanlige psykiske plager
- Vanskeligere å tilpasse åpningstider etc. ift et aktivitet arbeidsforhold. Mye av RT psyk tilbudene i dag er på kveldspoliklinikk
- Mister muligheten å intervensere tidlig i et potensielt sykmeldt forløp av de som har nytte av korttids terapi. Manglende kommunal kapasitet
- Opptrappingsplan rehabilitering/habilitering. -Kompetanse forsvinner
- Mulighet for forskning forsvinner
- Psykisk helsevern. Får ikke tilbud
- Spesialisthelsetjenesten kan ikke bygge ned tilbudet sitt før førstelinja har denne kompetansen
- Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

### 3. *Arbeidsdimensjonen/ Arbeidsrettet behandling:*

- Hvordan kan dette defineres*
- Viktigste parameter her?*

#### A Definisjon

- Skal ha gjennomgående arbeidsfokus i hele forløpet
- Arbeidsdimensjonen – ut i fra pasientenes perspektiv – et viktig element i behandlingen Sikre at pasienten er involvert hele løpet. Hva tenker pasienten om egen arbeidsevne.
- Samtidighet i arbeid & helse, på tvers av tjenestenivå, sømløse overganger, «koordinatorroller» og tilbud i kommunen, aktiv innlemming av arbeidsgiver og arbeidsplass (BHT)
- Arbeidsdimensjonen – noe som pasientene eier og en naturlig del av behandlingen

#### B Viktigste parameter:

- Dokumentasjon/o og måling/spesialisthelsetjenesten må måles på arbeidsvariabler/arbeid også inn i spesialisthelsetjenesten sitt oppdrag
- Benchmarking
- «Riktig tilbake» ikke «Raskere tilbake-ordningen»
- Viktig å skille mellom behandling med et arbeidsrettet fokus og arbeidstilpasning (som NAV skal drive med)
- Samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten, Nav og kommunale tilbud – fordeling av «ressursene»
- Fokus på mestring av arbeid inngår som sentral og systematisk del av behandlingstilbudet
- Funksjon og tanker rundt arbeid del av kartlegging
- Funksjon i arbeid naturlig del av evaluering

### *Annet*

- Dersom man vil opprettholde tett samarbeid mellom behandler og NAV/arbeidsgiver må takstsystemet tilpasses utadrettet virksomhet.

## Vedlegg nr 2 Raskere tilbake-ordningen i de regionale helseforetakene

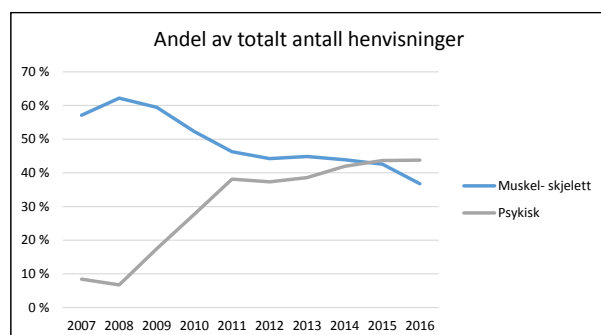
### 2.1 Helse Sør-Øst

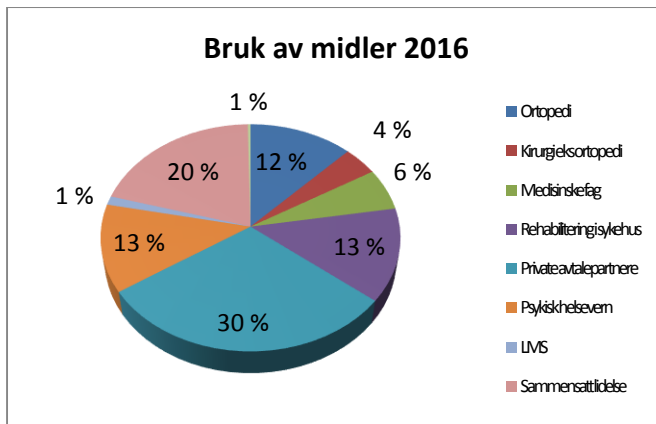
For 2017 utgjør midlene i Raskere tilbake-ordningen i Helse Sør-Øst ca. 314 millioner kroner, hvorav 212 millioner går til helseforetakene og 112 millioner går til private aktører. Prosjektet har ved utgangen av 2016 37 behandlingstilbud etablert i helseforetak og private ideelle sykehus med avtale og 18 private avtaler hva gjelder arbeidsrettet rehabilitering, psykisk helsevern og ortopedi. I 2016 ble ca. 30 000 enkeltpasienter behandlet i prosjektet.

Det gis behandlingstilbud innenfor 11 fagområder i helseforetak og sykehus. De 11 fagområdene er: muskel- og skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser, angst og depresjon, hjernetraume/hjerneslag, hjertesykdom, kreft, stressmestring, lungesykdom, nevrologi, ortopedi, rehabilitering, revmatologi og ruslidelser. I tillegg gis det tilbud i forebyggende arbeid, som i hovedsak omhandler tiltaket "iBedrift." Det er avtale med 11 rehabiliteringsinstitusjoner på døgnbehandling, dagbehandling, poliklinikk og ambulante tjenester hva gjelder kroniske smerter og arbeidsrettet rehabilitering, 3 avtaler med private sykehus hva gjelder ortopedi og 3 avtaler for polikliniske konsultasjoner hos psykolog.

Det ble startet behandlingstilbud innen muskel- og skjelettlidelser i form av tverrfaglige vurderings- og behandlingspoliklinikker allerede i 2007 og 2008 ved helseforetak /sykehus. Siden 2010 har det vært prioritert å etablere flere tilbud innenfor alminnelige psykiske lidelser, angst og depresjon. Hovedvekten av tilbudene ligger pt. innen gruppen muskel- og skjelettlidelser og angst og depresjon. Satsning på muskel- og skjelettlidelser og angst og depresjon er i tråd med disse diagnosenes rolle i sykefraværet.

Tabell: Henvisninger i Raskere tilbake-ordningen Helse Sør-Øst (Kilde ØBAK)





## 2.2 Helse Vest

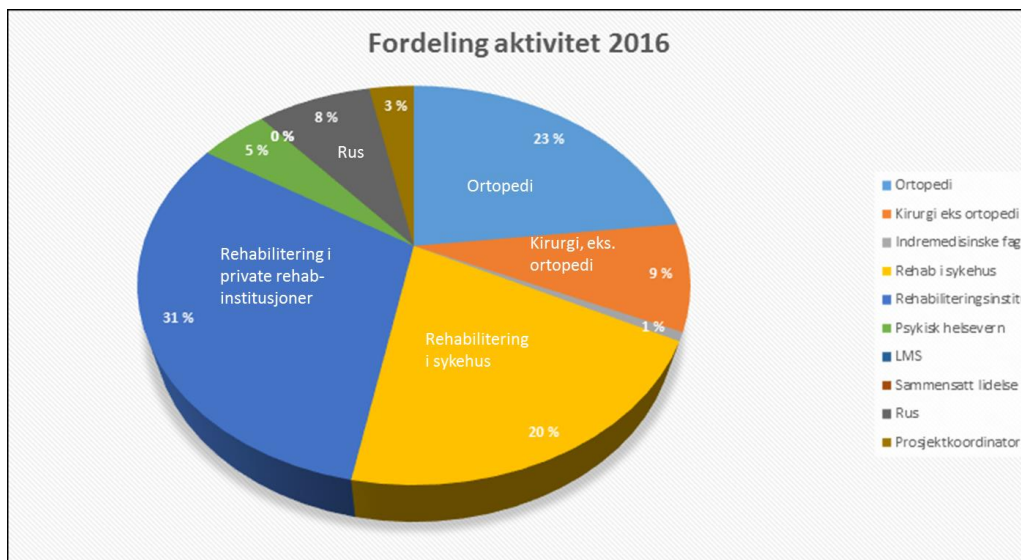
I 2016 hadde Helse Vest aktivitet innen Raskere tilbake-ordningen for ca.100 millioner kroner, hvorav om lag 60 millioner kroner gikk til helseforetak og 40 millioner kroner til private aktører. Samlet var det overkant av 20 ulike tilbud innenfor ordningen i de fire helseforetakene og i et privat ideelt sjukehus. I tillegg hadde Helse Vest 15 avtaler med private aktører vedrørende tilbud innen Raskere tilbake-ordningen innen ortopedi, rehabilitering og rusbehandling.

I alle helseforetakene er det tilbud innenfor rehabilitering av muskel- og skjelettlidelser. Det dreier seg i hovedsak om poliklinisk utredning og behandling ved de fysikalskmedisinske poliklinikkene. Det er tilbud om medisinsk og kirurgisk behandling i helseforetakene og i privat ideelt sjukehus. Dette gjelder i hovedsak ortopedi, men det er også noen tilbud innenfor annen kirurgi og innenfor noen medisinske fagområder. I alle helseforetakene er det også tilbud innenfor lettere psykiske lidelser, men det er først og fremst i Helse Stavanger at tilbudet har volum. Tilbudet er rettet mot pasienter med mild-moderat depresjon, angst, andre lettere psykiske lidelser.

Helseforetakene hadde i 2016 føringer om at tilbudene innenfor Raskere tilbake-ordningen i større grad skulle rettes mot grupper som ofte er lenge sjukmelde, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, og at det skulle etableres systematisk samarbeid med arbeids- og velferdsetaten.

Helse Vest har i tillegg avtaler med fem private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudene omfatter tverrfaglig kartlegging, tilrettelagt fysisk aktivitet, stressmestring, kost og ernæring, smerte, arbeid og helse, med fokus på muligheter og ressurser for tilbakekomst til arbeid. Det er også avtaler med sju private rusinstitusjoner om tilbud i form av døgn, dag, poliklinikk, ambulant veiledning/konsultasjon innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor ortopedi er det avtaler med tre private aktører.

Fordelingen mellom ulike fagområder i Raskere tilbake-ordningen i Helse Vest var slik i 2016:



### 2.3 Helse Midt Norge

I 2016 hadde Raskere tilbake-ordningen ordningen i Helse Midt-Norge en ramme på ca. 107 millioner kroner hvorav ca. 35 millioner kroner ble bevilget til private virksomheter, ca. 48 millioner kroner til helseforetakene og 24 millioner kroner til Hysnes Helsefort.

I Helse Midt-Norge har de tre helseforetakene og seks private virksomheter deltatt i ordningen.

Tilbud innen Raskere tilbake-ordningen i Helse Midt-Norge er i hovedsak:

- Tilbud til pasienter med muskel- og skjelettlidelser, poliklinisk utredning av pasienter med belastning eller skaderelaterte skulder/rygg plager.
- Rehabilitering for personer med fedme grad I, II, III.
- Utmattelsestilstander og kroniske godartede smerter
- Personer med lettere psykiske lidelser
- Pasienter som har eller har hatt kreftdiagnoser
- Tilbud til pasienter med rusproblemer

Tilbudet utføres som poliklinisk utredning og behandling ved fysikalskmedisinske poliklinikker og som rehabiliteringsopphold ved private virksomheter.

For muskel- og skjelettlidelser er det stilt krav om at skal tilbudet være tverrfaglig med hovedvekt på en konservativ tilnærming.

Helse Midt-Norge har lagt føringer for at ordningen i større grad skal rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Det er også stilt krav til at tilbudene bør være forskningsbaserte og/eller legge grunnlag for ny forskning. Videre er det kravet vært at tjenestene til brukerne bør leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er lagt føringer for at det skal etableres systematisk samarbeid mellom helsetjenestene og Arbeids- og velferdsetaten, med samarbeidsmodeller for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp.

Tiltak har vært evaluert på skjema for måling av arbeidsstatus for å se om resultatene er i tråd med intensjonene for ordningen.

Diagrammet nedenfor viser midler for delt på fagområder i 2016. En forholdsvis stor andel er her merket med «annet». Dette er midler som er bevilget til Hysnes Helsefort.



## 2.4 Helse Nord

I 2016 hadde Helse Nord aktivitet innen Raskere tilbake-ordningen for 53 millioner kroner, fordelt med ca. 41 millioner kroner i helseforetakene og 12 millioner kroner ved private aktører.

I Raskere tilbake-ordningen inngår utgiftene til pasienttransport i refusjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utgifter til pasienttransport ved bruk av private tilbud belastes pasientens foretaksområde, og ligger inne i de 41 millionene til helseforetakene.

### *Tilbud i helseforetak:*

Alle helseforetakene har tilbud for pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Tiltakene er ulikt organisert og dimensjonert, med avklaring, poliklinisk utredning og behandling ved fysikalskmedisinske poliklinikker eller ved ortopediske avdelinger. Disse tilbudene utgjør den største andel av pasientene innen Raskere tilbake-ordningen i Helse Nord.

Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset tilbyr ortopediske operasjoner. Dette tilbys ikke ved Universitetssykehuset Nord-Norge eller Helgelandssykehuset gjennom Raskere tilbake-ordningen. Ortopediske utredninger og «konservative» tilbud til de ortopediske pasientene er etter hvert blitt større vektlagt i Raskere tilbake-ordningen-tilbudene i helseforetakene, ortopedisk kirurgi er nedprioritert.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har tilbud om utredning og korttidsterapi for pasienter med angst/depresjonslidelser. Tilsvarende tilbud er foreløpig ikke etablert ved de andre foretakene i Helse Nord.

Andre tilbud i foretak:

Helgelandssykehuset har eget tilbud for utredning og behandling av pasienter med CFS/ME. Nordlandssykehuset har mestringstilbud for pasienter med kognitive vansker etter ervervet hjerneskade.

Finnmarkssykehuset har tilbud om håndskadepoliklinikk.

*Avtaler med private leverandører*

Helse Nord RHF har inngått avtaler innen Raskere tilbake-ordningen med tre private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudene omfatter samarbeid med NAV arbeidslivssentre om helseinformasjon til IA-bedrifter i Nordland og Finnmark, samt poliklinisk tilbud og kortvarige mestringsopphold. Målgruppen er pasienter med muskel/skjelettlidelser og lettere psykiske helseplager.

Poliklinikk- og mestringstilbudene tilbys pasienter fra hele Helse Nords geografiske område for.

Helse Nord RHF har avtale med Aleris (Tromsø) om ortopediske undersøkelser og dagkirurgi.

## Vedlegg nr 3 – Forslag til innretning av tilbudene

For å sikre effektive og gode pasientforløp for pasienter med muskel og skjelettlidelser anbefales å videreføre, samt opprette tverrfaglige tilbud for arbeid og helse i spesialisthelsetjenesten, forankret i de fysikalsk medisinske fagmiljøene i helseforetakene. Herunder opprette og utvikle enkle forbyggende tiltak i tråd med anbefalinger i rapporten HelseArbeid.

I tillegg vil det være aktuelt med døgntilbud for en mindre gruppe pasienter og der reiseavstandene er store. Det er samme krav til døgntilbudet som til det polikliniske tilbudet.

### For å sikre effektive og gode pasientforløp anbefales følgende:

1. Opprettelse av tverrfaglig poliklinisk tilbud for *Arbeid og Helse* i spesialisthelsetjenesten, forankret i de fysikalsk medisinske fagmiljøene i helseforetakene. Det er disse fagmiljøene som er spesialistene på muskel skjelett lidelser og hvor tverrfaglig klinisk arbeidsmetodikk er godt innarbeidet.
2. Det tverrfaglige polikliniske tilbudet har arbeidsdeltagelse som overordnet målsetning.
3. Pasientene er rettighetspasienter i henhold til prioriteringsveilederen.
4. Pasientmedvirkning, involvering og edukasjon står sentralt i det tverrfaglige arbeidet.
5. Samarbeid med tilgrensende fagspesialiteter i sykehusene forsterkes. Felles henvisningsvurderinger kan gi bedre og mer effektive pasientforløp: «En dør inn» prinsippet.
6. Samarbeid mellom somatikk og psykisk helse styrkes for å ivareta pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom og behov for samtidige tjenester. Etablering av kombinerte enheter bør vurderes.
7. Samhandling og løpende dialog med involverte parter i sykefraværforløpet, dvs. NAV, arbeidsgiver, HMS-enheter og fastleger er implementert i poliklinikkens aktivitet. Samlokalisering med noen av disse aktørene kan være hensiktsmessig for å optimalisere samarbeidet.
8. Målgruppen er sårbar for ventetid. Det polikliniske tilbudet bør ha kort ventetid for å intervensere på et tidlig tidspunkt Det vises til forslag om at arbeidsdimensjonen skal vektlegges i prioriteringen.
9. Etablering av kvalitetsindikatorer for arbeid og helse vil være hensiktsmessig for å sikre likeverdighet i tjenestene.
10. Etablering av *Pasientforløp for pasienter med MSL* hvor arbeidsevnen er redusert, er en målsetning.

I tillegg vil det være aktuelt med døgntilbud for en mindre gruppe pasienter og der reiseavstandene er store. Det er samme krav til døgntilbudet som til det polikliniske tilbudet.



For å sikre effektive og gode pasientforløp for psykiske lidelser anbefales det å videreføre, samt opprette kunnskapsbasert, poliklinisk arbeidsrettet behandling som kjennetegnes ved standardiserte og intensive utrednings- og behandlingsforløp lokalisert ved helseforetakenes distriktpsikiatriske sentra.

I tillegg vil det være aktuelt med kunnskapsbasert, poliklinisk arbeidsrettet behandling for psykiske lidelser fra private leverandører. Kravene er de samme som for helseforetakene

#### **Anbefalinger:**

- Basert på erfaringer og forskning i prosjektet anbefales det at alle helseregioner tilbyr arbeidsrettet polikliniske tilbud innen psykisk helsevern.
- Behandlingstilbud der klinikknære forskningsprosjekt er etablert bør styrkes og utvides for å sikre videreføring av kompetansemiljø og kunnskapsgrunnet på fagområdet arbeid og psykisk helse.

#### **Krav til arbeidsrettede behandlingstilbudene i psykisk helsevern:**

- Skal ha arbeid og helse som overordnet mål og være kunnskapsbasert
- Er standardiserte, intensive utrednings- og behandlingsforløp
- Gjennomføres poliklinisk ved den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten som for eksempel ved Distriktpsikiatriske sentre(DPS) eller lignende
- Gir tidlig avklaring og tilbakemelding til henvisende fastlege
- Har et aktivt og formalisert samarbeid med fastlege, NAV og arbeidsplass i sykefraværarbeidet
- Bidrar til at samarbeidsmodeller med fastlege, Nav og arbeidsplass videreutvikles
- Har ansvar for veiledning og undervisning om arbeidsrettet behandling og sykefraværsoppfølging i primær- og spesialisthelsetjenesten
- Skal bruke prosedyrekoder for arbeidsrettet behandling og bidra til utvikling kvalitetsindikatorer for arbeid og helse
- De evaluerer i forhold til effekt på arbeidsdeltagelse og helse
- Skal sikre systematiske brukermedvirkning og at pasienters kunnskap og erfaring brukes for å forbedre tjenesten
- Skal oppfylle krav til tverrfaglighet innen psykisk helsevern og samarbeide aktivt med somatiske avdelinger

## Vedlegg nr 4 Andre fagområder

### Ortopedi

Ved prosjektets oppstart i 2007 var ortopedi et av de områdene der helseforetakene raskt etablerte behandlingstiltak og der det var lange ventelister. Ortopeditilbudet i Raskere tilbake-ordningen er i hovedsak dagkirurgi med foregående vurdering og avklaring. Hoveddiagnosene er rygg, skulder, hånd, kne og fot.

Utviklingen innen ortopedi de siste år gir økende evidens for at konservativ behandling har like god eller bedre effekt enn kirurgi på plager ved lett til moderat artrose og degenerative forandringer spesielt i knær og skuldre. Konservativ behandling i form av diagnosespesifikk trening hos spesialutdannede fysioterapeuter viser seg å være god behandling.

Under Raskere tilbake-ordningen har det vært mulig å tilby pasienter som er sykmeldte eller står i fare for å bli det, rask utredning gjennom ortopeditilbudet. For øvrig er tidligere venteliste-problematikk ikke lengere aktuelt i enkelte regioner da helseforetakene selv sikrer rask behandling innenfor «sørge for» ansvaret. I Helse Nord er det etablert en tverrfaglig muskel- og skjelettlidelser poliklinikk innunder ortopedisk avdeling.

Alle fire regionale helseforetakene har ortopedi som behandlingstilbud innen Raskere tilbake-ordningen enten i egne helseforetak og/eller/ i avtale med private sykehus.

Det er ikke gjort eksplisitte evalueringer eller konkrete målinger når det gjelder tilbakegang til arbeid og behandlingskvalitet for pasienter som har fått behandling innen ortopedi i prosjektet. Brukertilfredshet målt i Helse Sør-Øst viser en tilfredshet med tilbudet på inntil 95d%.

### Revmatologi

Revmatisme omtales ofte som muskel- og skjelettlidelser, men sykdommen kan også angripe huden, lungene, slimhinner og andre organer. De fleste diagnoser er kroniske og fører til stivhet og smerter i ledd og muskler og kan være til hinder for arbeidsdeltakelse.

Prosjektet har (Helse Sør-Øst) 3 behandlingstilbud i sykehus (ideelle med avtale). Det ene tilbudet er en tverrfaglig poliklinikk for inflammatoriske revmatiske sykdommer og muskel- skjelettplager. I tillegg er det en døgn- og dagbasert rehabiliteringsforløp ved samme sykehus. Det tredje tilbudet er et kurstilbud for livsmestring der rekrutteringen i stor grad er unge pasienter.

Work Ability Index (WAI) er brukt for å måle arbeidsevne, et er gjort fokusgruppeintervjuer, master og brukertilfredshetsundersøkelser.

Hovedfunn er for det første at revmatiskepasienter viser økt arbeidsevne, og at flere pasienter var i jobb et halvt år etter behandling enn de var før behandling. For det andre at det er høy pasienttilfredshet og for det tredje at pasientene opplever mestring og positiv effekt på livskvalitet samt egen evne til å takle sykdommen som har rammet

Prosjektet «Stå i Arbeid Med Samhandling» har som formål at helseforetaket/sykehuset og primærhelsetjenesten kan samhandle bedre om pasienter som er sykmeldte grunnet inflammatorisk revmatologisk sykdom og/eller muskel- og skjelettlidelser. Hovedfokus på samhandling poliklinikken ved og fastleger og NAV.

### *Rus og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Bruk av alkohol og andre rusmidler er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser. Det mangler data om forekomsten av ruslidelser i Norge over tid. På verdensbasis sees en økning i forekomst av ruslidelser, og det er grunn til å tro at også forekomsten i Norge har økt. Forbruket av alkohol og andre rusmidler er en viktig risikofaktor. De årlige kostnadene for arbeidsplassen knyttet til alkoholbruk ligger mellom 11,5 og 12,5 milliarder i Norge.

I Norge er omtrent 300.000 personer nære pårørende til noen med rusmiddelproblemer. Det å leve nær en rusavhengig er en stor påkjenning som doubler sjansen for psykiske lidelser og gir økt risiko for psykosomatiske plager. Dermed fører en slik belastning til et høyere sykefravær og i verste fall arbeidsuførhet. Dette er en pasientgruppe med begrenset behandlingstilbud.

Folkehelsemeldingen og slår fast at pårørende til mennesker med rusmiddel- eller psykiske helseproblemer må få nødvendig støtte og avlastning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Helsedirektoratets "Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid" beskrives pårørende som en ressurs som bør møtes som en samarbeidspartner, men samtidig pekes det på at vedkommende trenger oppmerksomhet og omtanke fra tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2014).

Tilbudet innen Raskere tilbake-ordningen på rusfeltet har i hovedsak vært ordinær poliklinisk behandling, men også noe døgnbehandling i kortere perioder for å støtte opp under pasientens behov. Poliklinisk behandling er timebasert behandling der det gjennomføres kartlegginger og utredninger i henhold til pasientens fremsatte behov og ønsker. Vanligvis inngår utredning og vurdering av pasientens rusmisbruk, sosiale fungering, livssituasjon, psykiske helse og fysisk helse. Pasientens relasjonelle og familierelaterte situasjon og nettverk kartlegges også. Ofte kartlegges også eventuelle pårørendes behov for videre oppfølging/behandling. Pårørende kan fungere både som støtte i en pasient sitt behandlingsforløp, i tillegg til at pårørende kan ha behov for hjelp for egen del.

De fleste pasientene som har fått rusbehandling gjennom ordningen «Raskere tilbake-ordningen» har hatt ordinære henvisning fra fastlegen eller kommunen. Når vurderingsenheten har sett at pasienten kan være i målgruppa for Raskere tilbake-ordningen har henvisningen blitt omgjort etter avtale med pasient og henviser.

I Helse Sør-Øst er det i prosjektet et behandlingstilbud inne rus-feltet i form av weekendkurs for personer som har rusavhengige pårørende. Brukerevaluering viser høy tilfredshet med tilbudet, samt at 3 av 5 personer som var sykmeldt ved kursets oppstart svarer at de er tilbake i arbeid ved kursslutt.

## Hjernetraume

Ca. 15 000 rammes av hjerneslag hvert år i Norge hvorav ca. to tredjedeler overlever. Svært mange av de som overlever et slag vil være avhengig av god og rask rehabilitering. Behandlingen er stort sett tverrfaglig med fokus på både fysiske og psykiske begrensninger, og er i stor grad individuelt tilpasset den enkelte pasient.

Hjernetraumer oppstår som følge av ytre slag mot hodet. Disse pasientene trenger også fysisk og psykisk rehabilitering, og for en stor del av pasientene er det ofte kognitiv svikt som kan føre til dårligere arbeidsevne og i verste fall uførhet.

I Helse Sør-Øst er det i Raskere tilbake-ordningen tre behandlingstilbud rettet mot hjernetraumepasienter. Disse retter seg mot pasienter med mild og traumatisk hjerneskade og til slagpasienter. Behandlingstilbudene er tverrfaglige og en kombinasjon av gruppebasert og individuell oppfølging.

Pasientene er henvist fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstilbudene er evaluert i form av brukertilbakemelding, evalueringer, RPQ-skjema (The rivermead post-concussion symptoms questionnaire) og en multisenterbasert randomisert studie som sammenligner behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten med behandling i primærhelsetjenesten.

Funn indikerer at mange kommer seg raskere tilbake til jobb takket være behandlingstilbudet og at behandlingen har gjort prosessen med å gå tilbake til jobb lettere. Det er høy grad av brukertilfredshet og det ble særlig satt pris på individuell tilpasning.

Forskning (en multisenterbasert randomisert studie) indikerer at oppfølging av hjernetraume i spesialisthelsetjenesten gir en signifikant bedring i symptomer sammenlignet med behandling i primærhelsetjenesten.

## Kreftrehabilitering

Kreftinsidensen har mer enn doblet seg i løpet av de siste 50 årene og i dag vil i snitt 1 av 3 personer i Norge få en kreftdiagnose i løpet av sin levetid. Over 30 000 nye tilfeller av kreft diagnostiseres årlig i Norge, ca. 50% av kreftpasientene er under 69 år og mange er i yrkesaktiv alder. Samtidig som forekomsten av kreft har økt har også overlevelsen økt og 70% av pasientene lever nå 5 år etter diagnosen. Prevalensen har derfor økt sterkt, og Norge har i dag over ca. 240 000 kreftoverlevende (pasienter som har eller har hatt kreft). Senplager som vedvarende tretthet, smerter, nevropatier og psykososiale utfordringer er hyppig forekommende etter kreftsykdom og behandling, og kan redusere mulighetene for å komme tilbake til arbeidslivet. Forskning viser at kreftoverlevende er oftere sykemeldt enn andre arbeidstakere i mange år etter at de har gjennomført behandling for sin kreftsykdom (Torp S et al, J Cancer Surv, 2012) og at de har økt sannsynlighet for å falle ut av arbeidslivet (de Boer AG et al, Cochrane Database Syst, 2015). Langvarig sykemelding og arbeidsuførhet har store samfunnsøkonomiske konsekvenser, og for den enkelte pasient kan det å komme tilbake i arbeid etter kreftsykdommen være av stor betydning for livskvalitet og opplevelse av mestring.

Spesifikke helse- og rehabiliteringstilbud rettet mot forebygging og lindring av senplager etter kreftsykdom kan være et viktig tiltak for å unngå at kreftoverlevende faller ut av yrkeslivet. Det er i dag få rehabiliteringstilbud for pasienter behandlet for kreft som retter seg spesifikt mot

tilbakeføring til arbeid. I prosjektet er opprettet et poliklinisk kreftrehabiliteringstilbud ved Oslo universitetssykehus HF for kreftpasienter i yrkesaktiv alder. Tilbudet om kreftrehabilitering retter seg mot kreftoverlevende som står i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av behandlingsrelaterte bivirkninger. Hensikten er å redusere risiko for funksjonsnedsettelse og håndtere den psykiske belastningen det er å overleve en potensielt dødelig sykdom. Brukertilfredsheten er høy og pasientene rapporterer om økt livskvalitet og reduserte fatigueplager

Forskning gjort på dagrehabiliteringstilbudet viser at det ikke er noen signifikant forskjell i effekt mellom dagrehabilitering over syv uker versus 4 ukers døgnbasert rehabilitering på institusjon når det kommer til arbeidsevne. Dette viser at dagrehabilitering (RT) er like effektivt som døgnbasert rehabilitering, og behandlingen vil være gunstig i et samfunnsøkonomisk perspektiv

96% av pasientene som har svart på pasienttilfredshetskartlegging av de som har deltatt på dagrehabilitering, opplyser at behandlingen har hatt stor eller meget stor nytteverdi.

### *Forebyggende arbeid*

iBedrift er et konsept der arbeidsplassen benyttes som arena for formidling av kunnskap om alminnelige plager som vil kunne bidra til å øke og opprettholde nærvær på jobb. Budskapet som formidles er i hovedsak kunnskap om alminnelige muskel- og skjelettplager, men også i noen grad for psykiske lidelser som angst og depresjon. Forebyggende arbeid rettet nettopp mot disse pasientgruppene vil kunne være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Dette er tilbud til en målgruppe som utgjør over 60% av sykefraværet og har det største helsetapet i befolkningssammenheng.

Konseptet består av:

1. Et bedriftstiltak som stimulerer til mestring på arbeidsplassen og kan bidra til redusert behovet for helsetjenester i fremtiden. På arbeidsplasser består tiltaket av formidling av kunnskap til alle ansatte og ledere om muskel- og skjelettlidelser og vanlige psykiske helseplager kombinert med prosessarbeid fra NAV for å anvende kunnskapen på arbeidsplassen. Målsettingen er å øke kunnskap, trygghet og mestring samt redusere bruk av helsetjenester og skape et inkluderende arbeidsmiljø og dermed redusere sykefraværet. Den pedagogiske tilnærmingen bygger på metoder som stimulerer den enkeltes ansvar og mestringsevne. Kunnskapen formidles av NAV og fagpersoner fra helsetjenesten, i samarbeid med arbeidstaker og arbeidsgiver. Formidling av helsekunnskap fra spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å gi nødvendig legitimitet.
2. Et individtiltak som i hovedsak er tverrfaglig poliklinikk knyttet til muskel- og skjelettlidelser. Rask tverrfaglig og tverretattlig utredning gir målgruppen tilgang til rask helsehjelp som ivaretar sammensatte behov knyttet til helse og arbeid. Tjenestene leveres koordinert og med samtidighet fra helse og NAV for å unngå ukoordinerte og sekvensielle prosesser som tradisjonelt representerer en stor utfordring for målgruppen.

Konseptet er etablert i Helse Nord og i deler av Helse Sør-Øst, ikke i Helse Midt-Norge eller i Helse Vest. Tilbudene er således godt kjent blant fastleger og andre samarbeidspartnere i aktuelle fylker, og sees på som et viktig tilbud til pasienter med uavklarte tilstander og kursing av fastleger er også en del av prosjektet.

Rapporten «HelseArbeid» (Lenke) fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet fra 2015 bygger på konseptet med bedrifts- og individtiltak. Arbeids- og velferdsdirektoratet og

Helsedirektoratet har i fellesskap utarbeidet rapporten «HelseArbeid», som bygger på erfaringer fra iBedrift-prosjektene i 7 fylker. HelseArbeid-rapporten foreslår et nasjonalt konsept for formidling av kunnskap om muskel/skjelettlidelser til alle ansatte og ledere på arbeidsplassene. Målsettingen er å øke kunnskap, trygghet og mestring samt redusert bruk av helsetjenester.

### *Arbeidsrettet rehabilitering i institusjon (privat)*

I alle de fire helseregionene er det avtaler mellom prosjektet og arbeidsrettet rehabilitering ved døgn-institusjoner. Tilbudene inneholder egentrening, mestring og veiledning i grupper og individuelt, og det finnes både tilbud gitt som døgn- og dagbehandling, poliklinisk og ambulant. Hovedkategorier er kroniske muskel- og bløtdelssmerter og utmattelsestilstander som er til vesentlig hinder for arbeidslivsdeltagelse

Rehabiliteringstilbudene har fokus på mestring med vekt på arbeidslivsdeltagelse i henhold til ICF<sup>VII</sup>. Tilbudene er individuelt tilpasset, med en biopsykososial tilnærming og tar hensyn til bla. diagnose, og bygger på kunnskapsbasert praksis.

*Fagrådet for arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (2011): "Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet "*

Evalueringer viser at totalt sett fører behandlingen til økt tilbakegang til arbeid fra før behandling til 3-15 måneder etter behandling. Videre viser evalueringer at tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering finner signifikante positive endringer i velvære, vitalitet, subjektiv helse, livskvalitet og fysisk aktivitet.

Hysnes rapport 2016 viser at et Langt (3 ½ uker) arbeidsrettet rehabiliteringsprogram på Hysnes Helsefort har bedre effekt med tilbakegang til arbeid, sammenlignet med et Kort (4+4 dager) og ukentlig poliklinisk tilbud i Trondheim (6 uker).

Ulike resultater viser at det er behov for flere kontrollgruppestudier for å kunne si noe om Raskere tilbake-ordningen har annen effekt enn annet rehabiliteringstilbud.

### *Andre*

**Stressmestringskurs eller mindfulness** er i hovedsak kurstilbud der personer lærer å leve bedre med seg selv og andre. Tanken bak kursene er at mindfulness og bedre kontakt med seg selv kan gi bedre livskvalitet, som igjen kan ha betydning for arbeidsevne og tilbakegang til jobb ved sykemelding. Evalueringene som er gjort viser en svak, positiv tendens til å påvirke tilbakegang til jobb. Brukertilfredsheten er høy og kursene oppleves som nyttige.

**Nevrologi** er etablert som et utredningstilbud. Nevrologi er et tilbud som fra før tilbys under «sørgefor-ansvaret».

**Nevrokirurgi** er etablert som et vurderings- og operativt tilbud. Behandlingstiltaket har positiv effekt gjennom raskere avklaring og evt operasjon av pasienter med stenoser og prolaps- som har best

---

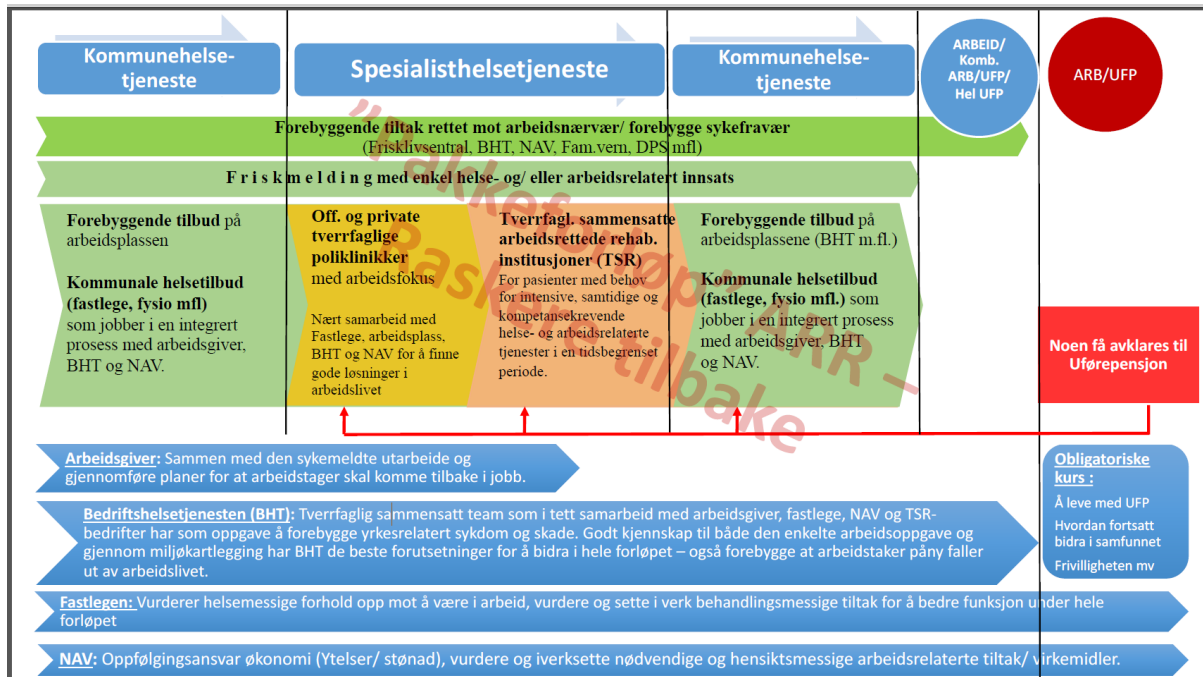
<sup>VII</sup> ICF er en klassifikasjon som utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 ved at hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. Kilde: helsedirektoratet.no

effekt av å opereres innen 3 mnd. etter oppstått skade. Nevrokirurgi er et tilbud som fra før tilbys under «sørge-for-ansvaret».

**«Akutt rygg»** er et behandlingstilbud der pasienter med nerveutfall etc. får en rask avklaring med tanke på konservativ eller operativ behandling. Behandling av akutte rygger ved nevrologisk avdeling er et tilbud som fra før tilbys under «sørge-for-ansvaret».

**Lunge og avklaring for lungeproblematikk** er etablert som poliklinikk/utredning i prosjektet. Lungepoliklinikker skal være etablert ved alle helseforetak i Norge og er et tilbud som fra før tilbys under «sørge for» ansvaret.

## Vedlegg nr 5 Pasientforløp ARR





## **Vedlegg nr 6 Kunnskapscenterets evaluering av brukertilbakemelding**

Legges ved som egen rapport