

## Digitalt møte i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse 8/3 2021

Rådsmedlemmer: Pålogging for rådsmedlemmer fra kl. 11:30-12:00

Ytterligere informasjon om pålogging er sendt til rådsmedlemmer og innledere i Outlook.

---

### Agenda

**11:30-12:00 Oppkobling og kaffe**

Møtet vil streames direkte på nett for observatører fra kl. 12:00

lenke: <https://vimeo.com/event/641800/3d2a112836>

**12:00 - 12:05 Oppstart**

ved rådets leder Gunn Hege Marchand

**12:05 - 12:45 SAK 1: Pakkeforeløp kreft og arbeidsdimensjonen**

Ved rådsmedlemmene: Torkil Berge og Elin Stoermann-Næss

Samt innledning fra HDIR ved Ingunn Løvstad Sørensen og Sissi Leyell Espetvedt.

**12:45– 12:50 Pause - benstrekk**

**12:50 - 13:20 Kreft og arbeidsdimensjonen – diskusjon**

**13:20 - 13:25 Pause - benstrekk**

**13:25– 14:45 SAK 2 Kartlegging – tjenestetilbud og samhandling mellom tjenestene**

Ved Hilde Kristin Weng og May Cecilie Lossius, sekretariatet for rådet

Innledning, samt fremlegg av gruppearbeid:

- Silje, Simon og Randi
- Anita DL, Anita V og Karen
- Chris, Gunn Hege og Beate
- Astrid, Ragnhild og Franz

**14.45 - 14:55 Oppsummering og avslutning**

ved Gunn Hege Marchand

---

# Sak 1

## Pakkeforløp for kreft og arbeidsdimensjonen

## Pakkeforløp for kreft og arbeidsdimensjonen (sak 8/3 2021)

Arbeid nevnes ikke i den generelle informasjonen for alle pakkeforløpene for kreft, eller i de sykdomsspesifikke pakkeforløpene. Vedlagt er et utkast til en uttalelse fra Fagrådet som kan være nyttig i utformingen av «Pakkeforløp hjem». Samtidig foreslås det i uttalelsen at arbeid også blir nevnt både i den generelle informasjonen og de sykdomsspesifikke pakkeforløp for kreft. Arbeid bør være et tema i samtale med pasienten tidlig i utredning og behandling, for eksempel om hvordan kommunikasjonen med arbeidsgiver bør legges til rette. Det gis i vedlagte uttalelse noen forslag til noen formuleringer, eksemplifisert i Pakkeforløp for brystkreft.

### Forslagsstiller

Torkil Berge

### Aktuelle innledere

Torkil Berge og Elin Stoermann-Næss

### Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken

Vedlagte utkast til uttalelse, datert 21.2.2021.

### Sakspapirer som belyser saken

Se vedlagte utkast til uttalelse fra Fagråd arbeid og helse

### Bakgrunn

Det er naturlig at man i Pakkeforløp for kreft konsentrerer seg om sykdomsspesifikke rehabiliteringstiltak. Samtidig tyder tilbakemeldinger fra pasienter og deres pårørende på at arbeidsrettet rehabilitering ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet under behandling av kreft. De fleste kreftoverleverne er både villige og i stand til å vende tilbake til arbeidslivet, men mange rapporter om barrierer for arbeidsdeltakelse, blant annet på grunn av senvirkninger av sykdom og behandling. Det er nødvendig med mer systematisk kartlegging av den enkelte pasients behov for arbeidsrettede tiltak og formidling av informasjon til pasient, pårørende og arbeidsgivere. En slik systematikk kan begrense utilsiktede variasjoner i hvilke tilbud som gis.

### Status (Nåsituasjonen)

Arbeid med Pakkeforløp hjem skjer nå, så det er et godt tidspunkt for å komme med en uttalelse, og ikke vente til en høringsrunde. Det vil være ønskelig at fagrådet kan bistå i utviklingen av pakkeforløpet, ved å komme med innspill og svare på spørsmål som de ansvarlige i Helsedirektoratet for pakkeforløp hjem ønsker drøftet og belyst.

### Målgrupper (hvem berøres)

De ansvarlige i Helsedirektoratet for pakkeforløp for kreft

### Involverte aktører

Diskuteres på møtet om det er andre relevante aktører som kan involveres, for eksempel Kreftforeningen.

### Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)

Det hadde vært fint å drøfte vedlagte utkast til uttalelse, eventuelle endringer og tilføyelser. Utkastet er langt, men den har et innhold som kan fungere som bakgrunnsmateriale i arbeidet som nå gjøres med Pakkeforløp hjem.

Fagrådet håper å kunne bistå i utviklingen av Pakkeforløp hjem, ved å komme med innspill og svare på spørsmål som de ansvarlige i Helsedirektoratet ønsker drøftet og belyst. Vi vil gjerne kunne bidra med konkrete formuleringer som lett kan innarbeides i pakkeforløpet, slik vi gjorde med suksess ved pakkeforløp for psykiske lidelser. Det er derfor ønskelig at fagrådet ikke bare er høringsinstans, men får mulighet til å komme med innspill underveis i utformingen. Det inkluderer å ta få problemstillinger knyttet til arbeidsdimensjonen som de ansvarlige i Helsedirektoratet for Pakkeforløp hjem ønsker belyst.

Det vil også være ønskelig at fagrådet kommer tidlig på banen i arbeidet også med andre pakkeforløp som er under planlegging, for best mulig å kunne ivareta arbeidsdimensjonen.

### Konklusjon

Fagrådet har en viktig funksjon i å påse at arbeidsdimensjonen inkluderes i behandling og rehabilitering, og her er pakkeforløpene sentrale. Det hadde vært fint om vi kunne komme med et innspill såpass tidlig i prosessen. Vi bør også være i forkant av pakkeforløp for andre sykdommer som er under planlegging.

### Økonomiske – administrative konsekvenser

### Tilrådning – Forslag til vedtak

**Nasjonalt fagråd – arbeid og helse sender inn vedlagte uttalelse om arbeid i Pakkeforløp kreft, med de justeringer som gjøres under møtet.**

**Samtidig ber man om at fagrådet kan ha mulighet for en løpende dialog med, og innspill til, de ansvarlige i Helsedirektoratet for utforming av Pakkeforløp hjem.**

## **Pakkeforløp for kreft** **Uttalelse fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse**

*Nasjonalt fagråd for arbeid og helse skal styrke myndighetenes faglige rolle ved å gi kunnskapsbaserte råd på fagområdet arbeid og helse. Fagrådet skal på oppdrag fra direktoratene, på selvstendig grunnlag, gi faglige råd av høy kvalitet og generelt bidra til å styrke samhandlingen mellom helse- og arbeids/velferdstjenestene.*

### **Forslag til tiltak**

I Pakkeforløp for kreft er pårørendeperspektivet ivaretatt under hele forløpet. Det er et viktig bidrag til å inkludere individets sosiale sammenheng i behandling. Også arbeidsperspektivet bør inkluderes. Arbeid nevnes ikke i den generelle informasjonen for alle pakkeforløpene og i de ulike sykdomsspesifikke pakkeforløpene..

Fagrådet har forståelse for at man i Pakkeforløp for kreft konsentrerer seg om sykdomsspesifikke rehabiliteringstiltak. Samtidig tyder tilbakemeldinger fra pasienter og deres pårørende på at arbeidsrettet rehabilitering ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet under behandling av kreft. Vi vil vise til forskningsdata om at de fleste kreftoverlevende både er villige og i stand til å vende tilbake til arbeidslivet, men at mange rapporter om barrierer for arbeidsdeltakelse, blant annet på grunn av seneffekter av sykdom og behandling. Det er etter Fagrådets vurdering nødvendig med mer systematisk kartlegging av den enkelte pasients behov for arbeidsrettede tiltak og formidling av informasjon til pasient, pårørende og arbeidsgivere. En slik systematikk kan begrense utilsiktede variasjoner i hvilke tilbud som gis. Vi håper at følgende uttalelse kan være nyttig i utformingen av «Pakkeforløp hjem». Samtidig vil vi foreslå at arbeid også blir nevnt i de foreliggende pakkeforløp for kreft. Arbeid bør være et tema i samtale med pasienten tidlig i behandlingsforløpet, for eksempel om hvordan kommunikasjonen med arbeidsgiver bør legges til rette.

Vi foreslår at arbeid nevnes i den generelle informasjonen til pakkeforløpene, men helst også i de sykdomsspesifikke pakkeforløpene, eksemplifisert her i Pakkeforløp for brystkreft:

- Under Behandling av brystkreft, Rehabilitering: «Pasienten skal under hele behandlingsforløpet få informasjon om rehabiliteringsprogrammer og mulighet for støtte både medisinsk og psykososialt etter endt behandling. **Ved behov spørres pasienten om det er ønskelig med en samtale om tilrettelegging av og retur til arbeid.**»
- Under Behandling for brystkreft, Informasjon og dialog med pasienten: «Pasientens livssituasjon, eventuell engstelse, ressurser, behov og ønsker avdekkes. **Ved behov spørres pasienten om sine tanker om barrierer for retur til arbeid.** Pasienten oppfordres til å ha med pårørende/ledsager til samtalen».
- Under Oppfølging og kontroll av brystkreft, Informasjon og dialog med pasienten: «... Videre bør pasienten informeres om vanlige fysiske og eventuelle psykiske reaksjoner som kan oppstå etter kreftbehandling. **Ved behov spørres pasienten om slike reaksjoner, for eksempel vedvarende fysisk og mental utmattelse, gir problemer i arbeidssituasjonen og om det er behov for tilrettelegging.**»

Fagrådet håper å kunne bistå i utviklingen av «pakkeforløp hjem», ved å komme med innspill og svare på spørsmål som de ansvarlige i Helsedirektoratet ønsker drøftet og belyst. Vi vil gjerne kunne bidra med konkrete formuleringer som lett kan innarbeides i pakkeforløpet, slik vi gjorde med suksess ved pakkeforløp for psykiske lidelser. Det er derfor ønskelig at fagrådet ikke bare er høringsinstans, men får mulighet til å komme med innspill underveis i utformingen. Det inkluderer å ta på problemstillinger knyttet til arbeidsdimensjonen som de ansvarlige i Helsedirektoratet for pakkeforløpet ønsker belyst.

## Innledning

Ved utgangen av 2018 levde 283 894 personer med diagnostisert kreft i Norge, og i løpet av 2018 ble det rapportert om 34 190 nye tilfeller (Kreftregisteret, 2018). Kreftsykdom blant personer i arbeidsfør alder blir stadig mer vanlig. En firedel av de som rammes av kreft er under 60 år (Kreftregisteret, 2018). Tidlig diagnostisering og bedre behandling gjør at flere blir friske og lever lengre enn tidligere. Mange av de som overlever sykdommen fortsetter imidlertid å oppleve fysiske, følelsesmessige og sosiale problemer, som utmattelse, smerter, kognitiv svikt, angst og depresjon, og problemene kan vedvare over lang tid (Cooper, 2003; Helsedirektoratet, 2017; Smith, 2007). Disse langvarige medisinske og psykologiske seneffektene av kreftsykdom kan svekke arbeidsfunksjon (Cooper, 2013; Mehnert et al., 2013; Taskila et al., 2007). Kreftsykdom er en viktig årsak til arbeidsfravær, arbeidsledighet og tidlig pensjonering (Becken et al., 2015; de Boer et al., 2015).

Arbeid er bra for fysisk og psykisk helse, mens arbeidsledighet og langtids sykefravær kan ha en negativ innvirkning på helse (Marmot et al., 2012; Rueda et al., 2012; van der Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006; Øverland et al., 2006). Slike funn gjelder også pasienter med kreftsykdom, som ser på arbeidsdeltakelse som en viktig del av å bli frisk og gjenvinne normalitet (de Boer et al., 2015; Kennedy et al., 2007; Tamminga et al., 2010). Arbeid sikrer økonomien og er en kilde til anerkjennelse, fellesskap og identitet. Arbeid fremmer helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening til dagene. Heldigvis er de fleste pasienter som har overlevd kreftsykdom både villige og i stand til å vende tilbake til arbeidslivet (Steiner, 2010; Taskila et al., 2007).

Forekomsten av retur til arbeid ved kreftsykdom varierer meget, fra 43 % til 93 % innen ett år etter diagnosen (Islam et al., 2014). En årsak til variasjonen er forskjell mellom ulike typer kreft, for eksempel er det lavere retur til arbeid ved lungekreft enn ved brystkreft. Dessuten varierer studiene mellom å definere retur til arbeid som fulltids- eller deltidsarbeid. I en norsk studie var nesten 60 % av kreftoverlevende i arbeid etter to år (Becken et al., 2015). En svensk studie viste at 84 % av kvinner som hadde vært gjennom behandling for brystkreft kom tilbake i arbeid to år etter behandling (Johnsson et al., 2007). I en kanadisk studie av pasienter med hode- og halskreft, hadde nær halvparten redusert arbeidskapasitet, og en tredel vendte ikke tilbake til arbeid etter behandling (Giulliani et al., 2019). I en engelsk studie av overlevende etter tykktarmskreft returnerte en tredel ikke til arbeid ett år etter operasjon (Bhalla et al., 2014). I snitt vender omlag 60–70 % av pasienter med kreftsykdom tilbake til arbeid etter behandling (Mehnert, 2011; Spelten, 2002; Taskila et al., 2007; Torp et al., 2013).

Pasienter rapporterer ofte om barrierer for retur til arbeid i form av fysisk og mental utmattelse (fatigue), kognitiv svikt, depressive symptomer, angstsymptomer og redusert bevegelighet (Duijts et al., 2014; Giuliani et al., 2019; Islam et al., 2014; van Muijen et al., 2013; Wolvers et al., 2018). Personer med lavere sosioøkonomisk status har økt risiko for ikke å vende tilbake til arbeid (Woods et al., 2006), noe som i sin tur bidrar til å forsterke sosial ulikhet i helse (Kreftregisteret, 2018). Innvirkende på retur til arbeid er også faktorer forbundet med behandling, som bruk av cellegiftbehandling eller invasiv kirurgi. Psykologiske faktorer, som depressive symptomer, og faktorer forbundet med arbeidssituasjonen, for eksempel fysisk tungt arbeid, spiller også inn (van Muijen et al., 2013).

Pasienter forteller ofte at de opplever det å komme tilbake til arbeid som vanskelig (de Boer et al., 2015; Feuerstein, 2007). Mange jobber redusert og må gjøre tilpasninger i arbeidssituasjonen. I en norsk studie gikk omlag 30 % over på arbeidsavklaringspenger før de eventuelt kom tilbake i jobb (Becken et al., 2015). En Fafo-rapport om kreftrammedes levekår viser at mange av de som overlever kreft endrer hovedbeskjeftigelse på grunn av problemer forbundet med kreftsykdom og seneffekter, blant annet for å slippe fysisk tungt arbeid, eller høye arbeidskrav og lav selvbestemmelse (Fløtten et al., 2009). Rapporten fremhever at kvalitative data viser at veien tilbake til arbeidslivet er komplisert. Det kommer frem kritiske synspunkter på manglende oppfølging og tilrettelegging, både fra NAV og fra arbeidsgivers side. Det er større vansker med retur til arbeid for pasienter med tilleggsbelastninger, for eksempel de som har mistet sin partner etter at det ble syke og de som er eneforsørgere. Det samme gjelder personer med lav utdanning, tungt fysisk arbeid, flere sykdommer i tillegg til kreftsykdommen og stor behandlingsbelastning (Fløtten et al., 2009).

For selvstendig næringsdrivende kan retur til arbeid være ekstra vanskelig. De kan mangle den sosiale, instrumentelle og juridiske støtten som andre arbeidstakere vanligvis har. Dermed kan de pådra seg økonomiske problemer og i for liten grad få tatt hensyn til egen helse (Torp et al., 2017).

Mange som overlever kreft er ikke forberedt på hvor krevende det kan være å vende tilbake til hverdagen (Hauken et al., 2013). Helsepersonell forbereder ikke alltid pasientene på at overgangen kan bli tøff og vanskelig. Etter endt behandling mister pasientene mye av sikkerhetsnettet de har hatt under aktiv behandling. Samtidig kan de møte forventninger fra seg selv og andre om rask bedring og tilpasning. Mange pasienter savner psykososial oppfølging, informasjon og veiledning (Sekse et al., 2010), og opplever at de ikke får den hjelpen de trenger for å prøve seg tilbake i jobb (Becken et al., 2015; Kreftforeningen, 2018).

Pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet er en prediktor for faktisk retur ved kreft (Wolvers et al., 2018) så vel som ved vanlige psykiske lidelser (De Viries et al., 2017; Løvik et al., 2014) og langvarige ryggsmarter (Reme et al., 2009). Slike forventninger kan endres i stadig mer negativ retning ved lange sykefravær.

### **Rehabilitering ved kreftsykdom: nasjonale føringer**

Ifølge den nasjonale kreftstrategien «Leve med kreft» (2018–2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) bør rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov være integrert i behandlingsforløpet. Det inkluderer bistand til å komme tilbake i arbeid og utdanning (Helsedirektoratet, 2018). Sosionomtjenesten på sykehus bør, ifølge den nasjonale kreftstrategien, tidlig ha støttesamtaler for de som trenger det, kartlegge behov, og bistå i spørsmål knyttet til arbeid, trygdeytelser, økonomi, familieliv og sosialt liv. Samtidig understrekes behovet for å styrke kompetansen i psykososial støtte i kommunehelsetjenesten. Flere yrkesgrupper bør ifølge den nasjonale strategien være involvert her, som prester, psykologer og sykepleiere med spesialkompetanse. Kommunale tilbud som kreftkoordinator, lokale selvhjelpsgrupper, mestringskurs og likemannstjenester, fremheves i den nasjonale kreftstrategien som gode lavterskeltilbud.

Fastlegen kjenner pasienten og møter pasienten under og etter kreftbehandling, og er i en nøkkelposisjon for å kunne se pasientens behov. *Fastlegens rolle i handlingsprogrammene for kreft* (Helsedirektoratet, 2019) beskriver sentrale oppgaver. Under Rehabilitering står det: «Oppfølging av sykemelding og samarbeid med NAV er vesentlige elementer i rehabiliteringsfasen for yrkesaktive kreftpasienter». Under Oppfølging av kreftoverlevende står det: «Å bistå med sykemelding og samarbeid med NAV». Det er blitt argumentert for at fastlegeordningen må styrkes dersom fastlegene skal kunne bidra til at målene i nasjonal kreftstrategi nås. Oppgavene de blir tillagt er omfattende (Thorsen et al., 2019).

### **Arbeidsrettede tiltak ved kreftsykdom**

En norsk rapport viser klare mangler ved dagens arbeidsrettede oppfølging av kreftrammede (Becken et al., 2015). Selv om kreftoverlevende kan oppleve støtte fra fastlege, NAV eller arbeidsgiver, finnes det i dag ingen systematikk i hvordan eller hvem som skal utføre den arbeidsrettede oppfølgingen (Becken et al., 2015). Mange kreftpasienter har lite eller ingen kontakt med NAV mens de er sykmeldt, og det gjøres ofte unntak fra dialogmøter (Becken et al., 2015).

Dersom pasienten selv ikke tar opp spørsmål rundt arbeid, vil helsepersonell ofte la være å bringe opp temaet. De kan, ofte feilaktig, anta at andre i hjelpeapparatet tar seg av slike samtaler, eller føle seg usikre på hva de kan si og hvilke råd de kan gi (Bains et al., 2012).

Ledere har en nøkkelrolle i retur til arbeid ved sykdom (Gragnano et al., 2018; Aas et al., 2008). Kreftoverlevende fremhever tre viktige faser i kontakten med leder og arbeidssted: 1. opprettholdelse av kommunikasjon under sykefraværet, 2. planlegging av hvordan retur til arbeid skal foregå, og 3. fleksibel tilrettelegging, særlig i den første perioden etter retur, men også oppfølging over tid (Caron et al., 2018). En stor andel av kreftrammede arbeidstakere har på grunn av seneffekter av sykdom og behandling, som vedvarende utmattelse, konsentrasjonsproblemer og søvnproblemer, behov for

tilrettelegging i lang tid etter at behandlingen er fullført (de Boer et al., 2015; Dorland et al., 2018; Helsedirektoratet, 2018). Fleksibel tilrettelegging har vist seg å være spesielt viktig for håndtering av vedvarende utmattelse i arbeid (Nachreiner et al., 2007).

Mange kreftoverlevende forteller at de er blitt møtt med forståelse fra sin arbeidsgiver for situasjonen de har vært i. Det har blitt lagt til rette for at de kan komme tilbake til eller bli i jobben (Fløtten et al., 2009; Kreftforeningen, 2018). Samtidig rapporterer også mange at de har hatt behov for tilpasninger som ikke er blitt gjennomført (Fløtten et al., 2009). Dialogen med arbeidsplassen kan oppleves som krevende. Arbeidsgivere er ofte usikre på hvordan de kan tilrettelegge for den ansatte (Becken et al., 2015; Tiedtke et al., 2014, Torp et al., 2019). Arbeidsgivere er dessuten ofte ikke kjent med de muligheter for tiltak og støtteordninger som NAV kan tilby for oppfølging og tilrettelegging i arbeid (Kreftforeningen, 2018). Manglende oppfølging kan føre til at kreftoverlevende starter opp i full jobb for tidlig, med fare for at de faller ut på et senere tidspunkt, men også at det tar lengre tid enn nødvendig å komme tilbake til arbeid fordi de er usikker på egen helse og kapasitet. Her er det viktig at NAV anerkjenner at seneffekter kan svekke funksjon og nødvendiggjøre tilrettelegging og støttetiltak, også når pasienten er erklært frisk av kreftsykdommen.

### **Kommunale hjelpetjenester**

Kommunehelsetjenesten skal koordinere og støtte kreftrammede arbeidstakere i kommunikasjonen med NAV og arbeidsgiver, for å lette prosessen tilbake i jobb. De som skal følge opp må ha relevant kunnskap om kreftsykdom, kreftbehandling, seneffekter og arbeidsliv. Siden dette vanligvis ikke er en oppgave kommunehelsetjenesten har i dag, vil det kreve kompetanseheving i kommunene. En slik satsning er i tråd med føringer i Samhandlingsreformen og Primærhelsemeldingen, som begge peker på at overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er spesielt sårbar. Tilsvarende er samhandling mellom helsetjenester og arbeidsrettede tjenester, og andre sektorer som NAV, et område med behov for koordinering. Det gjelder både i overgangen fra sykmeldt til arbeid og ved bruk av helsetjenester parallelt med arbeid.

Det bør være en systematikk rundt det å arrangere et nettverksmøte mellom relevant hjelpepersonell, pasient og pårørende. Hensikten er formidling av informasjon og kartlegging av behov for oppfølging. Det settes forpliktende milepæler som sørger for at pasienten lykkes i sine mål (Johansen, 2017). Dersom det utarbeides sjekklister over kartleggingsområder av psykososiale forhold, må momenter knyttet til arbeid tas med, for eksempel pasientens vurdering av barrierer for fungering i arbeid.

Koordinerende enhet er lovpålagt i alle kommuner, for å samordne tjenester og kartlegge behov for individuell plan for de med langvarige og sammensatte behov. Bruk av koordinerende enhet varierer fra kommune til kommune, både i hvordan tjenesten er organisert og hvilke brukere som blir inkludert. I noen kommuner kan det være hensiktsmessig at koordinerende enhet bruker kreftkoordinator i oppfølging av målgruppen. En kreftkoordinator følger rutiner og prosedyrer for den lovpålagte koordinatorfunksjonen. I en slik vurdering vil det være avgjørende at personen selv medvirker til valg av koordinator, i tråd med pasientrettigheter. Det er kreftkoordinatorer i halvparten av landets kommuner, som til sammen dekker 70–80 % av befolkningen. Hovedtyngden av pasienter er kroniske kreftpasienter og palliative pasienter. Noen kreftkoordinatorer retter nå en større del av arbeidet mot rehabilitering, mestring, kurative pasienter og tidligere pasienter med seneffekter og problemer i arbeidsliv, i tråd med Kreftforeningens (2015) ønsker.

### **Oppsummering**

Pakkeforløpene har gitt pasientene større forutsigbarhet og trygghet for at utredning og behandling skjer så raskt som mulig. Pasienten skal under hele behandlingsforløpet få informasjon om muligheter for rehabilitering og støtte, både medisinsk og psykososialt. I Pakkeforløpene for kreft beskrives bare sykdomsspesifikke rehabiliteringstiltak, og tiltak for retur til arbeid eller utdanning blir ikke nevnt. Kreftforeningen (2018), som i flere år har arbeidet for at rehabilitering skal beskrives i pakkeforløp og nasjonale handlingsprogrammer, viser til tilbakemeldinger fra pasienter og deres pårørende som tyder på at rehabilitering ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet under behandling. Disse tilbakemeldingene samsvarer med forskningsfunnene vi presenterer i denne uttalelsen.



## Referanser

- Bains, M., Yarker, J., Amir, Z., Wynn, P. & Munir, F. (2012). Helping cancer survivors return to work: What providers tell us about the challenges in assisting cancer patients with work questions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 71–77.
- Becken, L.E., Eriksen, I.M., Solheim, Ø.B., Lien, M.I. & Wedde, E. (2015). *Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær. Muligheter og begrensninger*. Oslo. Proba Samfunnsanalyse, Rapport 2015-09.
- Bhalla, A., Williams, J.P., Hurst, N.G. et al. (2014). One-third of patients fail to return to work 1 year after surgery for colorectal cancer. *Techniques in Coloproctology*, 18, 1153–1159.
- Caron, M., Durand, M.-J. & Tremblay, D. (2018). Perceptions of breast cancer survivors on the supporting practices of their supervisors in the return-to-work-process: A qualitative descriptive study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 89–96.
- Cooper, A.F., Hankins, M., Rixon, L., Eaton, E. & Grunfeld, E.A. (2013). Distinct workrelated, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psychooncology*, 22, 659–667.
- de Boer, A.G.E.M., Taskila, T.K., Tamminga, S.J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M.H.W. & Verbeek, J.H. (2015). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Systematic Review*, 2015(9): CD007569.
- De Viries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A. & Wegewitz, U. (2017). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.
- Dorland, H.F., Abma, F.I., van Zohn, S.K.R. et al. (2018). Fatigue and depressive symptoms improve but remain negatively related to work functioning over 18 months after return to work in cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 12, 371–378.
- Duijts, S.F., van Egmond, M.P., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J.R. & van der Beek, A. J. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: A systematic review. *Psychooncology*, 23, 481–492
- Feuerstein, M., Hansen, J.A., Calvio, L.C., Johnson, L. & Ronquillo, J.G. (2007). Work productivity in brain tumor survivors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, 803–811.
- Fløtten, T., Grønningseter, A.B., Gustavsen, K. et al. (2009). *Kreft og levekår. Et sammendrag*. Fafo-rapport 2009:6.
- Giulliani, M., Papadakos, J., Broadhurst, M. et al. (2019). The prevalence and determinants of return to work in head and neck cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 27, 539–546.
- Gagnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215–231.
- Hauken, M.A., Larsen, T.M. & Holsen, I. (2013). Meeting reality: Young adult cancer survivors' experiences of reentering everyday life after cancer treatment. *Cancer Nursing*, 36, 17–26.
- Helsedirektoratet (2017). Seneffekter etter kreftbehandling. Faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). Fastlegens rolle i handlingsprogrammene for kreft – Generell del. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved.kreft> Lest 30.12 2019.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Islam, T., Dahlui, M., Majid, H.A. et al. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: A systematic review. *BMC Public Health*, 14 (Suppl 3): S8.
- Johansen, R. (2017). *Pakkeforløp hjem til kommunens kreftomsorg*. Kronikk Dagens Medisin. 25.05.2017.
- Johnsson, A., Fornander, T., Olsson, M., Nystedt, M., Johansson, H. & Rutqvist, L.E. (2007). Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica*, 46, 90–96.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F. & Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 16, 17–25.

- Kreftforeningen. (2015). *Kreftkoordinatorsatsningen hovedrapport 2014*. <https://docplayer.me/724750-Kreftkoordinatorsatsningen.html>
- Kreftforeningen. (2018). *Å leve med og etter kreft. En undersøkelse blant kreftpasienter og pårørende i Kreftforeningens brukerpanel*. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftregisteret (2018). *Cancer in Norway: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Kreftregisteret.
- Løvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E. & Reme, S.E. (2014). Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 160–170.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011–1029.
- Mehnert, A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77, 109–130.
- Mehnert, A., de Boer, A. & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, 119(Suppl 11), 2151 – 2159.
- Nachreiner, N.M., Dagher, R.K., McGovern, P.M., Baker, B.A., Alexander, B.H. & Gerberich, S.G. (2007). Successful return to work for cancer survivors. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)*, 55, 290–295.
- Reme, S.E., Hagen, E.M. & Eriksen, H.R. (2009). Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10. doi: 10.1186/1471-2474-10-139.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M. et al. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 102, 541–556.
- Sekse, R.J., Raaheim, M., Blaaka, G. & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: Women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 799–807.
- Smith, T., Stein, K.D., Mehta, C.C. et al. (2007). The rationale, design, and implementation of the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer*, 109, 1–12.
- Steiner, J.F., Nowels, C.T. & Main, D.S. (2010). Returning to work after cancer: Quantitative studies and prototypical narratives. *Psychooncology*, 19, 115–124.
- Tammenga, S.J., de Boer, A.G., Verbeek, J.H. & Frings-Dresen, M.H. (2010). Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 69, 639–648.
- Taskila, T., Martikainen, R., Hietanen, P. & Lindbohm, M. L. (2007). Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *European Journal of Cancer*, 43, 914–920.
- Thorsen, B., Frydenberg, K., Wensaas, K.A. et al. (2019). Fastlegenes rolle i kreftomsorgen. Tidsskrift for Den norske legeförening, doi: 10.4045/tidsskr.19.0180
- Tiedtke, C., Donceel, P., de Rijk, A. & de Casterlé, B.D. (2014). Return to work following breast cancer treatment: The employers' side. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 399–409.
- Torp, S., Nielsen, R.A., Fosså, S.D., Gudbergsson, S.B. & Dahl, A.A. (2013). Change in employment status of 5-year cancer survivors. *European Journal of Public Health*, 23, 116–122.
- Torp, S., Syse, J., Paraponaris, A. & Gudbergsson, S.B. (2017). Return to work among self-employed cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 11, 189–200.
- Torp, S., Valle-Olsen, Å. & Brusletto, B. (2019). Manager perspectives on worker's return to work after cancer. *European Journal of Public Health*, 29, doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.316
- van der Noordt, M., Iljelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K.I. (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 71, 730–736.
- van Muijen, P., Weevers, N.L., Snels, I.A. et al. (2013). Predictors of return to work and employment in cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 22, 144–160.
- Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery Office.
- Wolvers, M.D.J., Leensen, M.C.J., Groeneveld, I.F., Frings-Dresen, M.H.W. & de Boer, A.G.E.M. (2018). Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 12, 169–177.

Woods, L.M., Rachet, B. & Coleman, M.P. (2006). Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: A review. *Annals of Oncology*, 17, 5–19.

Øverland, S., Glozier, N., Mæland, J.G., Aarø, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219. doi: 10.1186/1471-2458-6-219

Aas, R.W., Elingsen, K.L., Lindøe, P. & Möller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: A content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 335–346.

## Sak 2

# Kartlegging av tjenester og samhandlingen mellom tjenestene

# Arbeid og helse

## Tjenestetilbud og samhandling mellom tjenestene

Møte Nasjonalt fagråd for arbeid og helse – 8. mars 2021

# Bakgrunn

- Gjennom fagutvikling på arbeid- og helsefeltet gjennom flere år har vi et inntrykk av at NAV og helsetjenesten har begrenset/varierende oversikt over tilbudet som finnes for deres brukere/pasienter, både internt og på tvers av tjenestene.
- Direktoratene har et løpende oppdrag om å bidra til å styrke tjenestesamhandlingen om felles brukere.
- NAV fylket har i flere år fått oppdrag om å styrke samarbeid med helsetjenestene om felles brukere, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- I 2021 har Statsforvalteren fått et oppdrag om å kartlegge tjenestesamhandlingen som er etablert mellom NAV-kontor og helse- og omsorgstjenester om tjenestemottakere og pasienter som har behov for samtidige tjenester i samarbeid med NAV fylke. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet tar initiativ til å utarbeide et verktøy for kartleggingsarbeidet. Kartleggingen vil være grunnlag for senere vurdering av tiltak.
- I denne sammenhengen ønsker vi å løfte noen problemstillinger inn i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse.
- Vi ønsker å nyttiggjøre oss av deres erfaringer med kartlegginger og med etablering av tjenestesamhandling på arbeid- og helsefeltet.
- **Hvordan kan man gå frem for å få en oversikt/gjennomføre en kartlegging som vil være verdifull for hele fagfeltet, både de som jobber med tjenestesamhandling med enkeltbrukere, de som jobber med etablering av samhandlings på systemnivå og nasjonalt for strategisk arbeid videre?**
- **Hvilke avgrensninger blir det nødvendig å ta og hvordan bør de ulike aktørene gå praktisk frem i arbeidet?**

# Kartlegging av tjenester og samhandlingen mellom tjenestene.

Hva slags oversikt trenger vi?

Hvordan bør kartleggingen gjennomføres?

Hvordan fanger vi opp interessante erfaringer for tjenestesamhandling - som kan utvikles videre?

Hvordan kan kartleggingen brukes videre, nasjonalt og lokalt?

# Grupper

- Dersom dere har tid i forkant av møtet er det fint om dere forbereder noe innspill i fellesskap til fagrådsmøtet. Dere kan velge å avgrense svarene/problemstillingene dere tar tak i. Gruppene presenterer innspillene – gjerne med bruk av noen foiler. 5-10 minutter per gruppe.
- Dersom dere ikke rekker å forberede dere sammen i forkant, med bakgrunn i at det er kort tid til møtet, er det fint om dere forbereder dere enkeltvis – med utgangspunkt i spørsmål på foil nr. 3.

## Forslag til inndeling:

- Silje og Simon
- Anita, Anita og Karen
- Chris og Gunn Hege
- Astrid og Ragnhild