

Fra: Gro Jamtvedt

Sendt: fredag 23. mars 2018 07:32

Til: Postmottak (Ekstern post til arkivet)

Kopi: Håkon Lund; May Cecilie Lossius

Emne: Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne Høringsuttalelse fra

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse

Vedlegg: Horing Pakkeforlop behandling i psykisk helsevern Voksne 21 3 2018.docx;

Horing Pakkeforlop behandling i psykisk helsevern Voksne 21 3 2018.pdf

Nasjonalt råd for arbeid og helse viser til at det på www.helsedirektoratet.no er en høring om Pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Fagrådet har i sitt møte diskutert dette (sak 18/05), og har bestemt at rådet ønsker å gi innspill.

Vedlagt oversendes rådets høringsuttalelse.

Uttalelsen har fokus på det foreslåtte pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne.

På vegne av Nasjonalt fagråd arbeid og helse.

Gro Jamtvedt

Rådets leder

Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne

Høringsuttalelse fra Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Nasjonalt fagråd 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

Oppsummering av hovedpunkt og forslag til tiltak

I *Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne*, er pårørendeperspektivet ivarettatt under hele forløpet. Vi synes dette er positivt og et viktig bidrag til å inkludere individets sosiale sammenheng i behandlingsforløpet. I lys av dette mener vi også arbeidsperspektivet bør inkluderes tydeligere. Arbeid/skole og sykemelding nevnes nå kun under «Kartlegging før henvisning» og i «Avsluttende samtale». Det kan bidra til at pakkeforløpet befester en sekvensiell tilnærming, der behandling gis først og så eventuell hjelp til jobbmestring eller retur til arbeid etter behandling. Betydningen av parallelle og integrerte tiltak for symptommestring og arbeidsmestring som del av behandling/rehabilitering blir dermed sterkt underkommunisert. Eksempler på slike tilnærminger kan være tidlige tiltak for å forhindre full sykemelding; bruk av gradert sykemelding; undersøkelser av mulighet for tilrettelegging på arbeidsplassen; kartlegging av barrierer for retur til arbeid; samarbeid med NAV; Individuell jobbstøtte eller Jobbmestrende oppfølging ved alvorlig psykisk lidelse, etc. Nyten av flere av tiltakene understøttes av effektstudier. Bedre integrasjon av tjenester for deltagelse i arbeid og helse er ønsket. Arbeid/skole er, i likhet med familie, en sentral del av livskvalitet og livsmestring, og det bør inngå som tema i behandlingsforløp i psykisk helsevern.

Vi vil foreslå konkrete grep for å sikre at betydningen av arbeid/utdanning tas med gjennom behandlingsforløpet:

- Et punkt om arbeid/utdanning og sykemelding på side 8, som et delpunkt under: «Følgende bør inngå i første samtale».
- Pasientens forventninger til å vende tilbake til arbeid/studier, og eventuelle barrierer for en slik tilbakevending bør også inn i punktet «Følgende bør inngå i første samtale».
- Et punkt om arbeid/skole og sykemelding på side 9, som et delpunkt under: «En behandlingsplan bør minimum inneholde».
- Arbeid/skole kan også inngå som del av «Evalueringpunkter».
- NAV bør nevnes, for eksempel under «Samhandling». Det står nevnt 'funksjon' noen steder, men vi mener det bør tydeliggjøres.

I høringsutkastet om *Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser hos voksne*, er arbeid/skole/sykemeldingsgrad nevnt under kartlegging før henvisning (side 5), og arbeid/skole står nevnt under utredning/kartlegging (side 9).

Bakgrunn og utfyllende argumentasjon

Psykiske helseproblemer er en viktig årsak til sykdomsbyrde generelt og i arbeidsfør alder spesielt (Knudsen et al., 2015). Psykiske lidelser står for en stor andel av det helserelevante arbeidsfraværet. I OECD-landene dreier 30–50 % av alle søknader om uføretrygd seg om psykiske lidelser, opp mot 70 % for de yngste aldersgruppene av arbeidsstyrken (OECD, 2012). Gjennomsnittsalderen ved innvilget uførepensjon er lavere for psykiske lidelser enn

ved somatiske lidelser, med flere tapte arbeidsår som resultat (Knudsen et al., 2012). Sykefraværet i Norge er et av de høyeste i verden samtidig som vi har høy arbeidsdeltakelse (OECD, 2012). Som en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv er det innført en rekke endringer i sykelønnsordningen for å få ned antatt unødvendig sykefravær. Dette er i første rekke samfunnsøkonomisk begrunnet (Mykletun et al., 2010). Det finnes også helsefaglige argumenter for at arbeidsdeltagelse kan ha positive virkninger (Dahl et al., 2014).

- Arbeidsdeltagelse kan gi en rekke helsefremmende effekter (van der Noordt et al., 2014; Waddell & Burton, 2006).
- Deltagelse i arbeidslivet, skole og studier er potensielt viktige kilder til anerkjennelse, fellesskap og identitet.
- Arbeid kan fremme psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening, mens langvarig sykefravær og uførhet motsatt kan bidra til å forverre mentale problemer (Alonso et al., 2004; Layard et al., 2006; OECD, 2012, Overland et al., 2006).
- Arbeid er for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, som igjen er forbundet med helse (Elstad, 2005).

Helsekonsekvenser av tap av arbeid og helse basert på studier av arbeidsledighet viser sammenhenger mellom arbeidsløshet og helsevansker (Fryers, Melzer & Jenkins, 2003; McKee-Ryan et al., 2005), mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse (Thomas, Benzeval & Stansfeld, 2005). Psykososiale, strukturelle og økonomiske forhold ved arbeid inngår som viktige forklaringsmodeller (Janlert & Hammarström, 2009).

Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon understreker at personer med depresjon ofte har behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobben (Helsedirektoratet, 2009).

Flere generelle faglige prinsipper understøtter praktisk og samtidig arbeid med sammenhengene mellom arbeid og psykisk helse: Full sykemelding kan føre til isolasjon og mangel på aktivisering og struktur. Fravær og hvile kan være nødvendig ved noen sykdommer, men ved psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og angstlidelser, er nærvær og aktivitet viktig. Full sykemelding kan gi medisinsk-faglig legitimitet til en unnvikelsesatferd som forsterker problemene og reduserer muligheten for problemløsning og mestring på arbeidsarenaen. Ved angst er eksponering en sentral komponent i alle anerkjente former for behandling, mens unngåelse holder problemene ved like. Også ved depresjon er det viktig at personen ikke mister kontakten med sin arbeidsplass og det strukturerte samspillet med andre mennesker som jobben innebærer.

Sammenhengen mellom lengde på sykefravær og risiko for ikke å returnere til arbeid er vist i flere studier. Sammenhengen er delvis triviell fordi mange vil ha maksimal lengde på sykefravær før overgang til varige trygdeytelser. Det er likevel argumentert med at behandling (og å stå på venteliste), for mange sykemeldte kan redusere sannsynligheten for retur til arbeid. Pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet er en prediktor for faktisk retur ved vanlige psykiske lidelser (De Viries et al., 2017; Løvik et al., 2014), i likhet med hva man har funnet ved ryggsmarter (Reme et al., 2009). Slike forventninger kan i seg selv endres under lange sykefraværforløp, og dermed være relevant for oppfølgingen.

Tradisjonelt er det ofte lagt opp til et behandlingsforløp med sykemelding mens plagene behandles, og tiltak for retur til arbeid når man er frisk. I praksis vil behandleren rette oppmerksomheten mot den psykiske lidelsen og tiltak for å avhjelpe den, og i mindre grad adressere tilbakevending til arbeid. Først når symptomene har avtatt betraktelig, blir tilbakevending til jobb et viktig tema, gjerne i siste fase av behandlingen. Det er imidlertid ofte ugunstig med en slik sekvensiell tilnærming. Det er bedre å legge vekt på integrerte og parallelle tiltak. Det må ikke gå for lang tid før pasienten starter med gradvis tilbakevending til arbeid, og da gjerne med gradert sykemelding og eventuelt også dialog med arbeidsplassen som virkemiddel, eventuelt et aktivt samarbeid med NAV dersom personen har falt ut av arbeidslivet. Årsaker til sykmelding kan også ha sentrale og direkte arbeidsrelaterte årsaker slik som konflikter eller krenkelser på arbeidsplassen eller belastninger i kombinasjonen av arbeid og privatliv.

En forutsetning for å lykkes i behandling og rehabilitering er gjerne et godt samarbeid mellom personen selv og arbeidsplassen, og mellom helsepersonell og personell i NAV. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom helseregionene og NAV i hele landet, der arbeidsperspektivet er innarbeidet og med psykisk helse som et hovedfokusområde. Disse samarbeidsavtalene er basert på «Arbeid og helse – et tettere samvirke».

Vanlige psykiske lidelser og arbeid

Depresjon er den sykdommen som fører til flest tapte arbeidsår i befolkningen, sykefraværet ved depresjon varer lenger enn ved andre lidelser og den er en hovedårsak til uførhet (Mykletun & Knutsen, 2009; Nielsen et al., 2012). I tillegg forverrer depresjon forløpet av somatiske sykdommer som hjertesykdom, diabetes og kreft, og kan være den avgjørende tilleggsbelastningen som skyver personen ut av arbeidslivet (Henderson et al., 2011). Depresjon rammer arbeidsfunksjonen vesentlig på mange områder (Kessler et al., 2008). Relasjoner til andre blir vanskelige fordi den deprimerte ofte blir tilbaketrukket, pessimistisk og irritabel. Man blir mindre produktiv på grunn av redusert energi, tap av motivasjon og initiativ, svekket konsentrasjon og hukommelse og problemer med å ta beslutninger og fullføre arbeidsoppgaver. Depresjon reduserer også selvfølelse og mestringsforventninger.

Angstlidelser er en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, for tidlig avslutning av skole og studier, og til at man blir værende i jobber man er overkvalifisert for (Alonso et al., 2004). Personer med sosial angstlidelse tjener mindre, har høyere sykefravær og er oftere arbeidsledige (Stansfeld et al., 2008; Stein & Kean, 2000), og de rapporterer at angsten hemmer deres fungering i arbeidslivet i vesentlig grad.

Negative jobbfaktorer

Det er godt dokumentert at negativt jobbstress, med for stor arbeidsbyrde og for lite kontroll over arbeidsbetingelsene, kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser og plager (Mental Health Foundation, 2009; Johannesen et al., 2013; Aagestad et al., 2014). En rekke negative kjennetegn ved arbeidssituasjonen spiller inn, blant annet om arbeidstakeren har liten mulighet til å påvirke beslutninger som blir fattet, stort tidspress og stramme tidsfrister. Andre belastninger er usikkerhet omkring jobben, for eksempel trussel om å bli overflødig, og opplevelse av konflikter på arbeidsplassen, mobbing og trakassering, eller opplevelse av krenkelser. Jobber med få muligheter til å gjøre tilpasninger i arbeidet, lite støtte fra ledelse og personalavdeling, og dårlig kommunikasjon mellom leder og ansatt, er forbundet med lengre sykefravær ved depresjon og angst. Det samme gjelder når ledelsen mangler en strategi for å hjelpe ansatte tilbake i arbeid og ikke har satt av ressurser til slik virksomhet (Johansson et al., 2006; Nieuwenhuijsen et al., 2004).

Samtidig viser studier, for eksempel av Finne, Christensen og Knardahl (2014), at flere positive sider ved arbeidssituasjonen kan forebygge utvikling av psykiske plager, som en god, støttende og rettferdig ledelse og positive utfordringer. Støtte på arbeidsplassen har en gunstig innvirkning på helsetilstanden hos arbeidstakere, også ved psykiske lidelser. Slik støtte resulterer i bedre utførelse av arbeidsoppgaver, økt produktivitet og mindre sykefravær.

Integrert behandling og jobbstøtte

Studier har vist god effekt av et integrert tilbud for pasienter med vanlige psykiske lidelser, med en kombinasjon av behandling og jobbfokuserede tiltak med konkrete mål for endring knyttet til arbeid (Blonk et al., 2006; Lagerveld et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2014; Reme et al., 2015). Det legges vekt på bevisstgjøring av både ressurser og funksjonsproblemer, og arbeidsdeltakelsen økes gradvis og planmessig.

Internasjonale og nasjonale kontrollerte studier har dokumentert at strukturert oppfølging og tilrettelegging for arbeidsdeltakelse (IPS, individual placement and support) kan være til stor hjelp for å øke deltakelsen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i arbeidslivet (Campbell et al., 2011; Bejerholm et al., 2015; Nøkleby, Blaasvær & Berg, 2017; Reme et al., 2016). En omfattende internasjonal studie viste at aktiv og praktisk hjelp til integrering i arbeidslivet ga større reduksjon i sykdomsbyrde og behandlingsbehov for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, enn mer tradisjonell poliklinisk behandling (Burns et al., 2007). I denne modellen gjennomføres behandling og individuell jobbstøtte samtidig.

Oppsummert

Ny forskningsbasert kunnskap understøtter at klinisk arbeid med psykisk helse knyttes sammen med viktige områder for personens rollefungering slik som skole og arbeidsliv. *Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern* bør gjenspeile denne faglige utviklingen og inkludere arbeid og skole som integrerte komponenter i forløpet.

Referanser

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. et al. (2004). 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*, 420, 38–46.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M. & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 57–66.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146–1152.
- Campbell, K., Bond, G. R. & Drake, R. E. (2011). Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 370–380.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Hovedrapport). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- De Viries, 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.
- Elstad, J. I. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Finne, L. B., Christensen, J. O. & Knardahl, S. (2014). Psychological and social work factors as predictors of mental distress: A prospective study. *PLoS ONE*, 9(7), e102514, doi:10.1371.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders – A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 229–237.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Henderson, M., Harvey, S. B., Øverland, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 198–207.
- Janlert, U. & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>.
- Johannessen, H. A., Tynes, T. & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55, 605–613.
- Johansson, G., Lundberg, O. & Lundberg, I. (2006). Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 185–195.
- Kessler, R., White, L. A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D. & Swindle, R. (2008). Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50, 809–816.
- Knudsen, A. K., Tollånes, M. C., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Vollset, S. E. (2015). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Folkehelseinstituttet. Rapport mai 2017.
- Knudsen, A. K., Øverland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2012). Lost working years due to mental disorders: An analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS ONE* 7(8): e42567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042567>
- Layard, R., Bell, S., Clark, D.M., Knapp, M., Meacher, M., Priebe, S., Turnberg, L., Thornicroft, G. & Wright, B. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. Centre for Economic Performance Report, LSE.
- 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.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R. & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Mental Health Foundation (2009). *Returning to work. The role of depression*. <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/returning-to-work/>
- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., Christiansen E. C. & Guldvog, B. (2010). *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktivitets- og nærværsreform*. Oslo. [www.regjeringen.no/pages/2 334 559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2 334%20559/R_2010_tiltak_sykefravaer.pdf)
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. & Steward, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT-study. *British Journal of Psychiatry*, 195, 118–125.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H. L., Verhoeven, A. C., van der Feltz-Cornelis, C. M. & Bültmann, U. *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Dec 3;(12):CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., deBoer, A., Blonk, R. & van Dijk, F. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational Environmental Medicine*, 61, 817–823.
- Nielsen, M. B., Bültmann, U., Madsen, I. E. et al. (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability & Rehabilitation*, 34, 1311–1316.
- Nøkleby, H., Blaasvær, N. & Berg, R. C. (2017). Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt, Folkehelseinstituttet. Forskningsoversikt 04.2017. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-825-5. Tilgjengelig på www.fhi.no.
- OECD (2012). *Sick on the job?: Myths and realities about mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264124523-en
- Olsen, H. (2005) *Trykdestatistisk årbok 2005*. Oslo: Rikstrygdeverket.

- Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaroe, L.E. & Mykletun, A. (2006). Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC. Public Health*, 6, 219.
- Reme, S. E., Grasdal, A., Løvvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72:745–752. doi:10.1136/oemed-2014-102700.
- 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.
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., Løvik, C. & Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av Individuell Jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*. Uni Helse. Uni Rokkansenteret.
- Stansfeldt, A. S., Blackmore, E. R., Zagorsli, B. M., Munce, S., Stewart, D. E. & Weller, I. (2008). Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 371–375.
- Stein, M. B. & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606–1613.
- Thomas, C., Benzeval, M. & Stansfeld, S. A. (2005). Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 243–249.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, 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.
- Waddell, G. & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: Stationery Office.
- Øverland, S., Glozier, N., Henderson, M., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2008). Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine*, 65, 769–773.
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 787–793.