

# SAKSPAPIRER TIL FØRSTE MØTE

## NASJONALT FAGRÅD ARBEID OG HELSE

23/5 2017

HELSEDIREKTORATETS LOKALER

### INNHold

Dagsorden

Program med tider

1) Mandat

2) Notat om felles fagråd arbeid og helse

3) Oppnevningbrev

4) Strategien Arbeid og Helse – et tettere samvirke

5) Rapport Anbefaling vedrørende Raskere tilbake ordningen – fra fire RHF

6) Nytt NFR program – Innspill 2017 fra Helsedirektoratet

7) Nytt NFR program – Innspill fra AVDIR

8) Informasjon om konferansen Arbeidsinkludering og helse 2017



# Dagsorden Fagråd arbeid og helse

## 23/5 2017-

---

		Tema	Innleder	
1	10:00	Åpning og kort presentasjonsrunde	Gro Jamtvedt (Leder for rådet)	
2	10:10	Åpningshilsen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet	Erik Oftedal, Arbeids og velferdsdirektoratet	
3	1015	1015 Åpningshilsen fra Helsedirektoratet	Svein Lie, Divisjonsdirektør, Divisjon Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet	
4	10:20	Erfaringer fra oppstart og drift – Fagråd for sosial ulikhet i helse	Tone Poulsson Torgersen	
5	10:50	Lunsj		
		Tema	Innleder	Sakspapirer
6	11:30	Drøftinger i rådet - Oppstart rådsarbeid	Gro Jamtvedt	1) Mandat for fagrådet 2) Notat om fagrådet rådets innretning 3) Oppnevningbrev
7	12:40	Drøftinger i rådet – arbeid/helse feltet så langt – pågående prosesser	Thorgeir Hernes (AVDIR) Kenneth Sandin (RHF HSØ)	4) Strategien arbeid og helse – et tettere samvirke med arbeidsgrupperapporten, 5) De regionale helseforetakenes rapport til HOD om raskere tilbakeordningen i spesialisthelsetjenesten
8	13:50	FoU-behov på arbeid-helseområdet – hvordan kan rådet påvirke	Thorgeir Hernes (AVDIR) May Cecilie Lossius (HDIR) Håkon Lund (HDIR)	6) Innspill fra HDIR vedr nytt programområde i NFR 7) Innspill fra AVDIR vedr nytt programområde i NFR 8) Skriftlig informasjon om konferansen
9	14:50	Avslutning og videre kalenderkoordinering	Gro Jamtvedt	



**PROGRAM MØTE FAGRÅD ARBEID OG HELSE 23/5 2017**

TEMA	INNLEDER	START	VARIGHET	SLUTT
1 Åpning - presentasjonsrunde	Gro Jamtvedt (Leder for rådet)	10:00	10 min	10:10
2 Intro - AVDIR	Erik Oftedal, Arbeids og velferdsdirektoratet	10:10	5 min	10:15
3 Intro - HDIR	Svein Lie, Divisjonsdirektør, Divisjon Primærhelsetjenester, Helsedirektoratet	10:15	5 min	10:20
4 Erfaringer fra oppstart og drift av fagråd for sosial ulikhet i helse	Tone Torgersen 20 min innledning - 10 minutter dialog	10:20	30 min	10:50
5 Lunsj		10:50	40 min	11:30
6 Drøftinger i rådet Oppstart rådsarbeid	Gro Jamtvedt	11:30	60 min	12:30
Pause med fotografering		12:30	10 min	12:40
7 Drøftinger i rådet Arbeid og helse feltet så langt – pågående prosesser	Thorgeir Hernes (AVDIR) Kenneth Sandin (RHF HSØ)	12:40	60 min	13:40
Pause		13:40	10 min	13:50
8 Drøftinger i rådet FoU-behov på arbeid-helseområdet – hvordan kan rådet påvirke	Thorgeir Hernes, (AVDIR) May Cecilie Lossius (HDIR) Håkon Lund (HDIR)	13:50	60 min	14:50
9 Avslutning	Gro Jamtvedt	14:50	10 min	15:00



<b>Mandat</b>	<b>Fagråd for arbeid og helse - Nasjonalt ekspertutvalg for arbeid og helse</b>
<i>Forankring</i>	<p>Fagråd for arbeid og helse skal ha forankring i linjene i direktoratene:            ..... i Helsedirektoratet            ..... i Arbeids- og velferdsdirektoratet</p> <p>Fagrådets kontakt med øvrige deler av direktoratene eller annen myndighetsinstans skal gå gjennom (ovennevnte instanser/stillinger).</p>
<i>Bakgrunn for fagrådet</i>	<p>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.</p>
<i>Oppnevningsperiode</i>	<p>Fagrådets leder og medlemmer oppnevnes for tre år av gangen. .</p> <p>Rådsmedlemmer skal som hovedregel ikke gjenoppnevnes mer enn én gang, men både kontinuitet og nødvendig fornying må ivaretas.</p>
<i>Fagrådsleders rolle og ansvar</i>	<p>Direktoratene oppnevner i fellesskap fagrådsleder og fagrådet.</p> <p>Fagrådsleder leder møtene i fagrådet og er direktoratenes primærkontakt utenom møtene. Fagrådslederen er i hovedsak den personen som skal uttale seg på vegne av rådet.</p> <p>Dagsorden til møtene avgjøres i samarbeid mellom rådsleder og direktoratene.</p>
<i>Fagrådets oppgaver, rolle og ansvar</i>	<p><b>Rolle</b></p> <p>Fagrådet er et rådgivende organ og har ikke besluttende myndighet.</p> <p><b>Oppgaver</b></p> <p>Fagrådet skal gi faglige råd i saker som legges frem for dem av direktoratene, eller som fagrådet fremmer på eget initiativ. Rådet skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bidra til å styrke direktoratenes fagkompetanse og være en viktig arena for dialog mellom fagfolk, forskere og myndigheter</li> <li>• Bidra til at det fokuseres på det fagmiljøene anser som de viktige spørsmålene og dermed sette agendaen for fremtidige satsinger på fagfeltet</li> <li>• Bidra til høy kvalitet på beskrivelser av utviklingstrekk og årsaksforhold</li> <li>• Bidra til å få fram robust kunnskap om effekter, og</li> </ul>

<b>Mandat</b>	<b>Fagråd for arbeid og helse - Nasjonalt ekspertutvalg for arbeid og helse</b>
	<p>bistå direktoratene i å legge til rette for følge- og effektforskning knyttet til satsinger og innføring av nye strategier og intervensjoner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimulere til bruk av etablert kunnskap som beslutningsgrunnlag for utvikling av strategier og tiltak som kan styrke samhandlingen mellom tjenesteområdene - og til at kunnskapen i større grad implementeres i tjenestene</li> <li>• Gi råd om og bidra til utvikling og implementering av eventuelle nasjonale retningslinjer eller anbefalinger på området</li> </ul> <p>Det forventes at rådsmedlemmene gir faglig bistand både gjennom deltakelse i rådsmøter og ved enkelthenvendelser.</p> <p><i>Uttalelser</i></p> <p>Fagrådet har en selvstendig stilling og kan uttale seg offentlig. Direktoratene skal være orientert om eventuelle medieutspill i forkant. Fagrådet vurderer selv, og i samråd med direktoratene, hvilke behov de har for å uttale seg offentlig om sitt arbeid.</p>
<i>Fagrådets sammensetning</i>	<p>Fagrådet kan bestå av inntil 10-12 medlemmer som samlet representerer bred faglig kompetanse på området.</p> <p>I tillegg til å ha tung akademisk kompetanse, bør rådet også ha deltakere fra det praksisfeltet/de tjenestene som skal ta i bruk kunnskap</p> <p>Medlemmene oppnevnes i kraft av sin egen kompetanse innenfor sine fagfelt - og ikke som representant for sin institusjon, organisasjon eller lignende.</p>
<i>Fagrådets sekretariat og ressurser</i>	<p>Sekretariatsfunksjonen innebærer praktisk tilrettelegging og gjennomføring av fagrådsmøter, saksforberedelse og referatføring, informasjon om fagrådets arbeid på direktoratenes nettsider, faglig kontaktpunkt i direktoratet for fagrådet og rådets leder, og tilrettelegging av kontakt mellom fagrådet/fagrådsleder og ledelsen i direktoratene.</p> <p>Det settes av et eget budsjett for fagrådet.</p>
<i>Rammebetingelser som gjelder for fagrådet</i>	<p>Forvaltningslover og Offentlighetsloven gjelder i utgangspunktet for rådets arbeid. Rådets uttalelser er offentlige med mindre annet følger av lovbestemt taushetsplikt.</p> <p>Fagrådsleder har et varamedlem i fagrådet, øvrige</p>



<b>Mandat</b>	<b>Fagråd for arbeid og helse - Nasjonalt ekspertutvalg for arbeid og helse</b>
	<p>fagrådsmedlemmer har ikke vararepresentanter. For at fagrådets møter skal være beslutningsdyktig, må minst fem personer, inkludert lederen eller leders vararepresentant, delta.</p> <p>Fagrådsarbeid honoreres i henhold til satsene i Statens personalhåndbok. Det gis kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste for selvstendige næringsdrivende. Reiseutgifter dekkes etter gjeldende regler..</p>
<i>Overordnet møtestruktur</i>	<p>Fagrådet avholder normalt møter 2-4 ganger i året, gjerne i tilknytning til faglige seminarer. Møtene skal drøfte faglige problemstillinger, og skal i utgangspunktet ikke være et forum for informasjonsutveksling.</p> <p>Møtene er åpne for offentligheten og annonseres på direktoratenes nettsider.</p>
<i>Evalueringsvirksomhet</i>	<p>Fagrådet skal avgi en kort årlig rapport til direktoratene som skal inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antall møter/seminar og deltakelsen på disse</li> <li>• saker som har vært drøftet og vurdert</li> <li>• oversikt over avgitte råd og uttalelser</li> <li>• kort egenvurdering av fagrådets arbeid</li> </ul> <p>Sekretariatet kan bistå med dette arbeidet. Rapporten sendes inn innen en fastsatt tidsfrist.</p> <p>Før utgangen av oppnevningsperioden gjennomføres en samlet evaluering av arbeidsform og resultatoppnåelse.</p>



# Notat

## Et felles fagråd

---

I «Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse» slås det fast at direktoratene vil «etablere et felles fag-/ekspertråd som kan gi innspill til viktige strategiske valg på lengre sikt og faglige råd av høy kvalitet.»

Det følgende angir noen retningsvisere for etableringen av et slikt fagråd.

### Bakgrunn og formål

Arbeidslivsdeltakelse er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, ikke minst når man blir rammet av langvarig sykdom eller funksjonstap. Det å være i arbeid er i de langt fleste tilfeller i seg selv helsefremmende. Personer med helseproblemer har ofte behov for tjenester både fra ulike aktører helsesektoren og fra arbeids- og velferdssektoren – og ofte samtidig. Det er behov for felles strategier og nært samarbeid for å oppnå sammenhengende og gode forløp for brukerne – og for å utvikle kunnskap, skape oversikt og implementere effektive samvirketiltak som styrker arbeidslivsdeltakelsen.

Fagområdet arbeid og helse retter seg inn mot hele bredden av befolkningen i arbeidsfør alder. Det favner mange faglige innfallsvinkler og problemstillinger, og mange og ofte sammensatte tiltak og intervensjoner som fordrer samarbeid og koordinering på tvers av fag og sektorer. De som arbeider innen dette feltet og i fagmiljøene har derfor bakgrunn i mange forskjellige utdanninger og er spesialister med forskjellige akademiske ståsteder.

Disse forholdene gjør fagområdet komplisert, sammensatt og utfordrende. Samtidig gir bredden og tverrfagligheten et stort potensiale for videre positiv utvikling i grenseflatene mellom de ulike fagene og sektorere som er representert. Fagmiljøene har i dag få felles arenaer for tverrfaglig drøfting av overlappende problemstillinger.

Etableringen av et faglig råd på området arbeid og helse skal således være et virkemiddel for både å løfte og samle dette fagfeltet. Samtidig har myndighetene behov for faglig støtte til sin politikkutvikling og myndighetsutøvelse. Kvalifiserte, faglige råd – og særlig der disse er omforente på tvers av fagområder- og tilnærminger - gir tryggere grunn både for policy-beslutninger på systemnivået og for den operative tjenesteutøvelsen.

Driften av et fagråd krever ressurser, og det bør vurderes nøye om råd og innspill kan innhentes på annet vis (eksempelvis høringer, faglige kontaktmøter/seminarer eller konferanser). Helsedirektoratet har pekt på momenter eller vurderingskriterier som bør veie tungt når det kan være aktuelt å etablere et fagråd. *Vesentlige* begrunnelser kan være å:

- Skaffe legitimitet (og oppslutning) for et bestemt fagområde i fagmiljøene, hos brukergrupper eller i befolkningen generelt.

- Skaffe grunnlag for beslutninger (normerende virksomhet)
- Samle kunnskap/ekspertise på et bestemt område og være et organ som på selvstendig grunnlag er veiledende, rådgivende og et supplement til offentlig myndighetsutøvelse

Den prosessen Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har vært gjennom de siste par årene, har avdekket et stort behov for nettopp legitimitet/oppslutning, beslutningsgrunnlag og faglig funderte råd på arbeid/helseområdet.

For direktoratene kan en se en lang rekke potensielle gevinster ved å gå sammen om et fagråd med et felles oppdrag og sekretariat. Det vil kunne:

- Gi et sterkt signal om samarbeid på fagfeltet
- Bidra til å sikre kontinuitet og bidra til å holde diskusjoner og prosesser innen fagområdet aktuelle og levende
- Styrke direktoratenes fagkompetanse og være en viktig arena for dialog mellom fagfolk, forskere og myndigheter
- Stimulere til bruk av etablert kunnskap som beslutningsgrunnlag for utvikling av strategier og tiltak, og til at kunnskapen i større grad implementeres i tjenestene
- Bidra til at det fokuseres på det fagmiljøene anser som de viktige spørsmålene og dermed sette agendaen for fremtidige satsinger på fagfeltet
- Bistå direktoratene i å legge til rette for følge- og effektforskning knyttet til satsinger og innføring av nye strategier og intervensjoner
- Gi råd om og bidra til utvikling og implementering av eventuelle nasjonale retningslinjer eller anbefalinger på området

Ovenstående kan betraktes som en formålsangivelse, og bør derfor også legges til grunn for vurderinger av sammensetningen av rådet.

Noen eksempler på spørsmål et fagråd bør vurdere kan være:

- Hva er relevante problemstillinger vi trenger svar på?
- Hvordan kan vi tilrettelegge for å få frem disse svarene?
- Hvilke tiltak / intervensjoner bør implementeres?
- Hvordan få fram robust kunnskap om effekter?

## Hva og hvordan

Det legges til grunn følgende rammer:

- Oppnevningen av medlemmer skal reflektere den overordnede og grunnleggende intensjonen med rådet (se ovenstående formålsbeskrivelse).
- Det tilstrebes å få med fagfolk med akademisk tyngde som samtidig evner å se de samfunnsmessige implikasjonene av faglige diskusjoner og anbefalinger.
- Et fagråd ikke skal ha noen form for besluttende myndighet – det skal gi råd i saker som legges frem for rådet, eller som det fremmer på eget initiativ.
- Formålet *ikke* skal være å teste ut eller forankre ideer, noe som ville pekt i retning av en bred, partssammensatt gruppe. Hensikten er isteden et råd som kan bidra til å sette

agendaen, gi faglige råd av høy kvalitet og dermed bidra til å styrke direktoratenes arbeid på Arbeid og helse området. Medlemmer oppnevnes derfor i kraft av egen kompetanse (eksperter, forskere mv.) og ikke som representanter for en institusjon eller organisasjon.

- Brukermedvirkning vil i denne sammenhengen kunne ivaretas gjennom egne workshops, seminarer eller møter der en får fram brukerinnspill og nytter brukernes spesielle kompetanse. Dialog med partene i arbeidslivet bør ikke ivaretas i selve rådet, men gjennom allerede etablerte kontaktstrukturer.
- Det vil være nødvendig å ivareta en sekretariatsfunksjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å tilrettelegge saksforberedelse, referatføring og øvrig tilrettelegging av rådsmøter.

Helsedirektoratet har en lang tradisjon for nasjonale råd eller fagråd, og har - basert på erfaringene - utarbeidet en mal for mandat for rådene. Denne malen er nyttet i vedlagte utkast til mandat for et framtidig fagråd for arbeid-helseområdet.



Torkil Berge	Nesodden
Beate Brinchmann	Bodø
Hege Randi Eriksen	Bergen
Astrid Louise Grasdal	Bergen
Christian Høy	Skien
Gro Jamtvedt	Oslo
Chris Jensen	Rauland
Roar Johnsen	Trondheim
Erik Lønnmark Werner	Arendal
Simon Øverland	Bergen

Deres ref.:

Vår ref.: 17/2059

Saksbehandler: Håkon Lund

Dato: 10.3.2017

## Oppnevning i Nasjonalt ekspertutvalg – fagråd arbeid og helse

### Bakgrunn

Arbeids- og velferdsdirektoratet og HelseDirektoratet har utarbeidet en felles strategi: «Arbeid og helse – et tettere samvirke». Strategien påpeker at det er nødvendig med styrket innsats over tid for å styrke kunnskapsgrunnlaget på fagområdet.

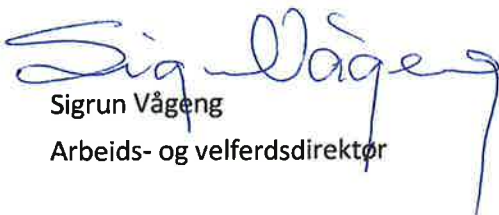
Som et ledd i implementering av strategien vil de to direktoratene etablere et felles ekspertutvalg - fagråd som kan gi innspill til viktige strategiske valg på lengre sikt og faglige råd av høy kvalitet.

Fagområdet arbeid og helse favner over mange faglige innfallsvinkler og problemstillinger, med mange og ofte sammensatte tiltak og intervensjoner som fordrer samarbeid og koordinering på tvers av fag og sektorer. Det er et stort potensiale for videre positiv utvikling i grenseflatene mellom de ulike fag og sektorer som er involvert i på dette fagområdet. Et virkemiddel for å løfte og samle dette fagfeltet er derfor å etablere et Nasjonalt ekspertutvalg - fagråd på området arbeid og helse.

Med utgangspunkt i HelseDirektoratets erfaringer med fagråd er det utarbeidet mandat for rådet. Medlemmene i rådet oppnevnes i kraft av egen kompetanse innenfor sine fagfelt og ikke som representanter for sin institusjon, organisasjon eller lignende. Rådet skal bruke en kunnskapsbasert tilnærming i sitt arbeid. Medlemmene oppnevnes for en periode på tre år. Fagrådet har ikke besluttende myndighet men skal gi råd i saker som legges frem for fagrådet, eller som fagrådet fremmer på eget initiativ.

Adressatene er alle blitt kontaktet, og har sagt seg villig til å delta i rådet. Vi takker for at dere er villige til å la dere oppnevne. Det er en glede for oss å oppnevne dere som medlemmer i ekspertutvalget – fagrådet for arbeid og helse. Vi har store forventninger til rådet, og vil følge arbeidet tett.

Vi ønsker lykke til med arbeidet.



Sigrun Vågeng  
Arbeids- og velferdsdirektør



Bjørn Guldvog  
Helsedirektør







# Arbeid og helse – et tettere samvirke

*Strategi for HelseDirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets  
felles innsats for arbeid og helse*

*Vedlegg:  
Rapporten Arbeid og Helse  
– virkemidler for et tettere samarbeid mellom sektorene*

---

*01.03.2016*

Publikasjonsnummer - HelseDirektoratet IS-2535

## Arbeid og helse – et tettere samvirke

I internasjonal sammenheng mottar en relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder her hjemme helserelaterte ytelser (uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sykepenger). Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av NAV-brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. NAVs virkemidler alene er ofte ikke tilstrekkelige for å bistå disse. Samtidig har helsetjenestene liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen innen begge sektorer har vært å tenke sekvensielt: arbeid blir et tema når behandling er slutført. Det er så langt få eksempler på koordinerte og felles innsatser.

En dominerende brukergruppe både innen helsetjenestene og NAV sliter med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og/eller sammensatte helse- og livsproblemer – problemer som begge sektorer har utfordringer med å møte på en adekvat måte. Vellykkede tjenester krever oftest koordinerte og til dels samtidige tjenester - isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig.

Mange internasjonale studier viser at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende. God helse i befolkningen fremmer på sin side sysselsettingen. Langt flere bør få muligheten til å arbeide med og til tross for et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater.

Flere stortingsdokumenter har pekt på store utfordringer i sonen mellom arbeids/velferds- og helsesektorene. Det er derfor behov for målrettede innsatser med utgangspunkt i de ordinære tjenestene som kan føre til mer samvirke og integrerte, helhetlige tjenester til den enkelte. OECD har de siste årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene.

Vårt mål er et mindre fragmentert og langt mer strukturert samarbeid som tar utgangspunkt i de ordinære tjenestene, og i mindre grad består av spesielle prosjektsatsninger som i dag. Koordinert og samtidig innsats fra helse- og arbeidssektoren skal redusere tiden som stønadsmottaker og bistå flere inn i arbeid.

Dette skal nås ved å utvikle tilnærminger, samarbeidsmåter og tiltak som

- legger til grunn at man oftest kan arbeide på tross av helseutfordringer
- tydelig peker mot arbeid og deltagelse, og ikke ensidig fokuserer på diagnostisering og sykdom
- retter seg inn mot de store og felles pasient/brukergruppene med psykiske helseproblemer, muskel/skjelettproblemer eller sammensatte utfordringer
- bidrar til koordinert innsats for å inkludere grupper av unge, innvandrere og eldre som står utenfor arbeidslivet
- sikrer langt større grad av samtidig og koordinert innsats i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene
- styrker kommunikasjonslinjene og dialogen mellom arbeids- og helsetjenestene

Dette vil kreve et langvarig felles utviklingsarbeid mellom de to direktoratene og mellom de som leverer tjenester til brukerne. Både Helse og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet må støtte aktivt opp om og forvente resultater av det felles utviklingsarbeidet. Samtidig er vi avhengig av handling fra departementene på konkrete punkter.

Rapporten peker på en rekke områder med behov for forbedring. Vi peker ut fire hovedinnsatsområder.

### 1. Rydde i roller og ansvar

Flere stortingsdokumenter, ekspertgruppen om NAV og også OECD, har pekt på store utfordringer knyttet uklare ansvarsforhold og manglende koordinering og samarbeid.

Direktoratene vil:

- Bedre samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV innenfor innsatsområdene nedenfor

Vi anbefaler at departementene:

- starter en samlet gjennomgang for å rydde i roller og ansvar og finne frem til hensiktsmessige og robuste samhandlingsformer, herunder kommunenes rolle og ansvar i forhold til tjenester og tiltak som favner både arbeid- og helsedimensjonen.

### 2. Styrke kunnskapsgrunnet for videre utvikling av strategi og tjenester

Det er nødvendig med styrket innsats over tid for radikalt å styrke kunnskapsgrunnet. Det er et uomtvistelig og stort behov for mer kunnskap om effekter av innsatsene, dvs. om bruken av midler faktisk gir ønsket effekt. Dette gjelder både tilbudene til det store flertallet av sykmeldte, Raskere tilbake-brukere med muskel/skjelettproblemer eller psykiske plager, og de som er ute av arbeidslivet i lengre tid. Det er særlig behovet for kunnskap om effekt av tilbud som kombinerer helse- og arbeidsperspektivet og om arbeidslivets behov for systemrettet/individrettet innsats for å forebygge utstøting.

Direktoratene vil:

- Etablere et felles fag-/ekspertråd som kan gi innspill til viktige strategiske valg på lengre sikt og faglige råd av høy kvalitet
- Etablere en nasjonal faglig konferanse/arena der klinikere, forskere, forvaltning, brukere, parter kan møtes og etablere en felles forståelse – ved å inkludere eksisterende møteplasser.

Vi anbefaler at departementene

- Sikrer finansiering av økt forskningsinnsats gjennom en omfattende FoU-satsning på effekter av tiltak/behandling for arbeidsdeltakelse og helse, særlig for personer med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser
- Gir forskningsprosjekter om arbeid-helsetilnærminger prioritet innen relevante satsninger under Norges Forskningsråd.
- bedrer mulighetene for å koble individdata på tvers av sektorene

### 3. Felles arbeidsformer og tiltak

Godt koordinerte tjenester til brukeren forutsetter ofte at helse- og arbeidstjenestene har felles arbeidsformer, og rammer for intervensjoner. Noen viktige prinsipper for arbeidsformer og tiltak som kombinerer krefter fra begge sider må være at tilbudene tar utgangspunkt i en tydelig arbeidsdeling mellom tjenestene, at de jobber ut fra et felles kunnskapsgrunnet, at de bygger både helsekompetanse i NAV og arbeidskompetanse i helsetjenestene, og at de er lett tilgjengelige og organiseres så nærme brukeren som mulig. Kunnskap om effekter må veie tungt i valg og utforming av felles modeller.

Direktoratene vil:

- Utvikle noen omforente modeller for samvirketiltak for brukere med henholdsvis lettere og moderate til alvorlige psykiske plager, og system- og individrettede tiltak for å hindre utstøting av mennesker med psykiske helseplager og muskel/skjelett-lidelser. Modellene skal beskrive samarbeidsformer, brukermedvirkning, organisering, finansiering, metoder for arbeidsinkludering, kvalitetsindikatorer og kompetanse. Modellene skal bygge på det beste som er utviklet gjennom flere år med utprøvinger innen bl.a. «Raskere tilbake» og Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse.
- Sikre at det utvikles kompetansepakker som kan gjenbrukes i tilknytning til de konseptene/modellen for samarbeid som nå skal utvikles. Støtte etableringen av samarbeidsavtaler mellom NAV og spesialisthelsetjenestene og videreutviklingen av disse.

Vi anbefaler at departementene:

- Bidrar til at det utvikles varige finansieringsmodeller med koordinerte prinsipper for finansiering på tvers av arbeid/helse
- Koordinerer regelverksutvikling med tanke på samhandling, individuell plan, taushetsplikt
- Gir samsvarende styringssignaler (bl.a. om samarbeidsavtaler) og prioritering

#### 4. Styrke kompetansen

Det er nødvendig å styrke kompetansen blant medarbeiderne i både helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. Et viktig grep vil være å utvikle en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse som skal bistå lokale aktører. Slike kompetansemiljø må ha likeverdig forankring innen både helse- og arbeids/velferdssektorene, og favne både primær- og spesialisthelsetjenestene.

Direktoratene vil:

- Samhandle med universiteter og høyskoler for å sikre at dette området er et tydelig tema innen relevante grunnutdanninger
- Fremme bruk av konkrete, kunnskapsbaserte modeller for felles arbeidsformer og tiltak gjennom felles kompetanseutviklings-/etterutdanningstiltak
- Utrede muligheten for å etablere en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse ved en revitalisering og koordinering av eksisterende og eventuelt nye tjenester.

Vi anbefaler at departementene:

- Sikrer at utdanningstilbudene fra universiteter og høyskoler overskrider skillet mellom helse og arbeid.

Arbeids- og velferdsdirektøren og helsedirektøren er trygge på at et målrettet arbeid innenfor disse fire innsatsområdene vil bedre tjenestene til brukerne, gi bedre helse og øke deltakelsen i arbeid.

Oslo, mars 2016

*Sigrun Vågeng*  
*Arbeids- og velferdsdirektør*

og

*Bjørn Guldvog*  
*Helsedirektør*

# Vedlegg: Arbeid og Helse – virkemidler for et tettere samarbeid mellom sektorene

---

*Levert fra arbeidsgruppen april 2015*

## Innhold

<b>1. SAMMENDRAG - ANBEFALINGER.....</b>	<b>8</b>
<b>2. INNLEDNING .....</b>	<b>12</b>
1.1 Arbeidsgruppens mandat – og vurdering av mandatet .....	12
1.2 Noen avgrensninger .....	13
1.3 Et felles fundament .....	14
1.4 Retningsvisere for framtidig samarbeid .....	15
<b>3. ARBEID OG HELSE I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV .....</b>	<b>17</b>
2.1 Omforent forståelse av utfordringsbildet - felles plattform i samfunnsanalyse og kunnskapsproduksjon	17
2.2 Utvikle felles kunnskapsgrunnlag og styrke rollene som faglig premissleverandør for tiltak og reformer .	17
2.3 Samarbeid om støtte til kommuner og IA-virksomheter.....	18
<b>4. SAMARBEID PÅ TJENESTENIVÅ .....</b>	<b>20</b>
3.1 Styring .....	20
3.2 Finansiering .....	21
3.3 Samarbeidsavtaler mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og spesialisthelsetjenesten.....	23
3.4 Avklaring av roller, ansvar og gråsoner .....	24
3.5 Samarbeid på kommunenivået.....	26
<b>5. SAMHANDLING, SAMVIRKETILTAK OG FELLES FAG- OG KONSEPTUTVIKLING</b>	<b>28</b>
4.1 Individuell plan som verktøy for samarbeid og koordinering .....	28
4.2 Samvirketiltak og fag/konseptutvikling av disse .....	30
<b>6. FOU PÅ TVERS .....</b>	<b>36</b>
5.1 FoU på arbeid/helseområdet .....	36
5.2 Data på tvers .....	36
5.3 En felles satsning på effektforskning .....	38
5.4 Et felles kunnskapssenter .....	39
5.5 Samstemt arbeid mot store forskningssatsninger .....	41
5.6 Et felles fagråd.....	42

<b>7. KOMPETANSEBYGGING .....</b>	<b>45</b>
6.1 Kompetanse på tvers.....	45
6.2 En nasjonal kompetansetjeneste for hele arbeid og helse-feltet? .....	46
6.3 En møteplass for faglig påfyll og politikk- og fagutvikling .....	47
<b>8. VEDLEGG:.....</b>	<b>49</b>
<b>Status pågående ungdomssatsinger .....</b>	<b>49</b>
Jobbstrategien for unge med nedsatt funksjonsevne .....	49
«0-24 samarbeidet»- «Samarbeid om bedre koordinerte tjenester for utsatte barn og unge under 24 år» ..	49
Forsøk med NAV veiledere i videregående skoler .....	49
«Ung, ut – sammen om tilbakeføring» .....	50
Status Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse .....	51
<b>Forventninger og føringer .....</b>	<b>53</b>



## 1. Sammendrag - anbefalinger

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker framover å legge større vekt på at arbeid direkte og indirekte er en kilde til helse for langt de fleste – og la dette i større grad prege virksomheten i de to sektorene. Dette tilsier at det legges større vekt på å

- styrke kommunikasjonslinjene mellom arbeids- og helsetjenestene
- stimulere til større fokus på helse/arbeid-agendaen både på regionalt og lokalt plan
- styrke arbeidsfokuset innen helsetjenestene
- ta et felles ansvar for å utvikle effektfulle tilbud til den enkelte som integrerer arbeids- og helseperspektivene

Dette må særlig handle om tilnærminger og samarbeidsmåter mellom sektorene som:

- Tar utgangspunkt i at arbeid for langt de fleste er helsefremmende – og ikke minst for folk i randsonen av arbeidsmarkedet
- Særlig retter seg inn mot store og felles pasient/brukergrupper med psykiske helseproblemer,, muskel/skjelettproblemer eller sammensatte utfordringer
- Tilbyr noe som tydelig peker mot arbeid og deltagelse, og ikke ensidig fokuserer på diagnostisering og sykdomsfokusering
- Legger til grunn at man oftest kan arbeide «på tross av» helseutfordringer - og at svært mange faktisk er i arbeid samtidig som de har helseproblemer
- Tar utgangspunkt i de ordinære tjenestene, og i mindre grad i spesielle og isolerte prosjektsatsninger
- Sikrer langt større grad av samtidighet i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene.

Arbeidsgruppen mener følgende retningsvisere bør legges til grunn for utviklingen av det videre samarbeidet mellom direktoratene og sektorene:

- Et mindre fragmentert og langt mer strukturert og systematisk samarbeid (avtaler, arenaer) og samvirke
- Utvikling av noen hovedmodeller for samarbeid, færre isolerte enkeltprosjekter
- Fra særskilt finansiering/øremerkede tilskudd til varige og mer robuste finansieringsmodeller
- Felles innsats over tid for å radikalt styrke kunnskapsgrunnet, ikke minst om effekter av innsatsene
- Felles direktoratsinitiativer som kan styrke samhandlingen og understøtte lokalt samvirke
- Koordinert, felles innsats for gjennomføring av kunnskapsbaserte tiltak
- Utvikling av en felles fagarenaer som over tid kan styrke fagutviklingen

Arbeidsgruppen mener det vil være nødvendig med en systematisk, felles innsats over lang tid, og med samtidige framstøt på en rekke fronter, for å bygge opp et fagfelt og meningsfulle, robuste samarbeidsformer som står seg over tid. Med dette som utgangspunkt foreslår arbeidsgruppen å

1. Snarlig sette et felles oppdrag for å oppsummere politikk og samarbeidstiltak i de nordiske og et par andre europeiske land, herunder Storbritannia

For å styrke samarbeidet rundt folkehelse og arbeid, foreslås

2. at direktoratene skal bidra til en felles overordnet og kunnskapsbasert forståelse av samfunnsutviklingen og nasjonale utfordringer knyttet til arbeidsliv, folkehelse og fordeling
3. å styrke samarbeidet om analyse og vurdering ved reformprosesser, for eksempel ved høringer
4. i dialog med fylkesmannen, samarbeide om faglig støtte til den lokale politikktutformingene om folkehelse, levekår og velferd i kommunene
5. et tettere samarbeid for å formidle oppdatert forskning om å forebygge utstøting og fremme jobbnærvær.

For å styrke samarbeidet på tjenestenivået ser arbeidsgruppen behov for en rekke grep knyttet til bl.a. styring, finansiering, samarbeidsavtaler og avklaring av ansvar og roller:

6. Arbeide for å forsterke og harmonisere styringssignalene ut mot sektorene og prioritere opp samhandlingstiltak der sektorene tar et felles ansvar for tjenester
7. Når det nå skal utvikles samarbeidskonsepter/tiltak mellom sektorene, skal det legges vekt på robuste finansieringsformer som sikrer forankring i den ordinære virksomheten
8. Arbeide for at en større andel av Raskere tilbake-midlene nyttes til tiltak som kombinerer et arbeids- og helseperspektiv, og som kombinerer innsatser fra NAV og helsetjenestene.
9. Vurdere mulige former for samfinansiering av tiltak man kjøper, og andre grep som kan sikre felles og/eller mer omforente bestillinger til tilbydere.
10. Arbeide for at arbeidsrettede tiltak innrettes slik at de kan bidra til å fremme systematisk samhandling med helsetjenestene.
11. Utrede/vurdere om samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenester og NAV kan knyttes opp mot avtaler mellom kommuner og helseforetakene knyttet til Samhandlingsreformen.
12. Ta initiativ til en samlet gjennomgang for å klargjøre ansvar, roller, gråsoner og arbeidsdeling på arbeid/helseområdet.
13. Ta initiativ til en vurdering av kommunenes rolle og ansvar på arbeid/helseområdet.

Arbeidsgruppen ser behov for å styrke det formelle samarbeidet rundt den enkelte pasient/bruker med sammensatte utfordringer, og ikke minst et behov for utvikle effektfulle modeller og arbeidsmåter hvor de ordinære tjenestene samvirker for å sikre samtidighet og helhet i tilbudene:

14. Gjennomføre en undersøkelse for å avdekke om bestemmelsene om taushetsplikt utgjør en faktisk barriere for samvirke mellom sektorene
15. Tydeliggjøre i regelverkene og veiledere at det kun skal utarbeides én individuell plan for brukere som har behov for tjenester etter begge lovverkene
16. Legge til rette for et formalisert samarbeid om Individuelle planer gjennom et harmonisert forskriftsverk, herunder rutiner for å avklare hvem som igangsetter og forankrer, og tydeligere ansvar til Koordinerende enhet i kommunene i forhold til oppnevning og veiledning av koordinator i NAV
17. Vurdere bruk av Individuell plan som en kvalitetsindikator både på helse- og arbeidssiden

18. Bidra til å sikre fortsatt felles styringssignaler fra departementene etter slutføring av Oppfølgingsplanen psykisk helse/arbeid, og i løpet av 2015 sammen utarbeide forslag til modeller og tiltak som bør videreføres
19. Følge tett opp i Bedrift-prosjektet via styringsgruppe og prosjektledelse slik at langt flere kan få tilgang til tilbudet, og slik at en også svarer opp problemstillinger som er relevante for større deler av arbeid og helse-feltet
20. Utvikle ytterligere omforente konsepter eller modeller for samvirketiltak på ulike nivåer (innretning, metodikk, arbeidsmåter, finansiering osv.), som grunnlag for mer stortilt spredning av de mest lovende intervensjonene

Det er behov for en langt mer systematisk kunnskapsutvikling- og spredning på arbeid/helse-området, og særlig i forhold til de felles bruker/pasientgruppene med psykiske og psykososiale problemer, muskel-skjelettproblemer og sammensatte utfordringer. Direktoratene bør:

21. Få utarbeidet en oversikt over forskningsmiljøer på arbeid/helsefeltet, samt en samlet oppsummering og vurdering av den foreliggende forskningen på området
22. I felleskap arbeide for at koblede data om arbeid og helse er lettere tilgjengelig for bl.a. forskning på tvers av sektorene
23. Trekke NAV inn i pågående arbeid med å utvikle eksisterende og nye nasjonale helseregistre, og slik at data fra arbeids- og velferdssektoren vurderes inkludert i nye nasjonale registre for psykisk helse/rus og kommunale helse- og omsorgstjenester
24. Arbeide for at data om tilknytning til arbeidslivet i større grad bør inkluderes i lokale folkehelseprofiler og sentrale oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer
25. Prioritere FoU-satsninger som fokuserer på bruker/pasientgruppene med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og sammensatte utfordringer - med henblikk på å utvikle effektive tjenester, metoder og samvirkeformer for disse gruppene.
26. Tilstrebe at nye satsninger planlegges, innrettes og implementeres slik at det er mulig å framskaffe robust kunnskap om effekt, fortrinnsvis gjennom kontrollerte design
27. Sammen arbeide for at en andel av Raskere tilbake-midlene settes av til systematisk bygging av kunnskap om effekter av innsatsene, og særlig de som kombinerer et arbeid- og helseperspektiv og/eller som innebærer et konkret samvirke mellom NAV og helsetjenestene
28. Utnytte synergien i et felles kunnskapscenter ved å gå sammen om å identifisere og prioritere problemstillinger som kan sikre mer effektkunnskap gjennom gode kunnskapsoppsummeringer
29. Jobbe sammen og samstemt for å sikre at temaer på arbeid/helseområdet prioriteres innen relevante satsninger under Norges Forskningsråd

Det er behov for å heve kunnskapsnivået om forholdet mellom arbeid og helse generelt, om virkningsfulle tiltak og arbeidsmåter, og å sikre bedre kjennskap til organisering og funksjonsmåter innen den andre sektoren. For å bygge kompetanse foreslår arbeidsgruppen å:

30. Gå sammen om å få helse og arbeid inn som et fagområde innen relevante grunnutdanninger gjennom arbeidet i kjølvannet av Meld. St. nr. 13 (2011-2012)
31. Involvere Helsedirektoratet i NAVs samarbeid med Universitets- og høyskolesektoren for å styrke felles kunnskap- og kompetanseområder, der dette er relevant.

32. Vurdere nærmere om en i fellesskap bør stimulere til egne utdanningsløp (fortrinnsvis videreutdanning) på arbeid/helse-området
33. Utrede muligheten for å etablere en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse - en tjeneste som forankres i begge sektorer og dekker begge nivåer innen helsetjenestene
34. Etablere et felles fagråd for området arbeid og helse I løpet av 2015 – et ekspertråd som skal ha som overordnet formål å styrke fagområdet
35. Sikre at det utvikles kompetansepakker som kan gjenbrukes i tilknytning til de konseptene/modellene for samarbeid som nå skal utvikles
36. I fellesskap arrangere en årlig stor møteplass som kan fungere som en fagutviklende og samlende arena for de som arbeider på arbeid/helseområdet.

## 2. Innledning

En viktig bakgrunn for etableringen av denne arbeidsgruppen, er påpekninger i offisielle dokumenter gjennom mange år om til dels store utfordringer i skjæringspunktet mellom arbeids/velferds- og helsesektorene. Det pekes på utfordringer og ugjorte oppgaver knyttet til bl.a. fagutvikling, rolle- og ansvarsdeling og koordinering og utvikling av helhetlige tilbud til brukere/pasienter som favner både helse- og arbeidsdimensjonene.

Det vises til eget vedlegg for en oppsummering av hvordan temaet er behandlet i noen sentrale bakgrunnsdokumenter.

### 1.1 Arbeidsgruppens mandat – og vurdering av mandatet

Arbeidsgruppens mandat fra Arbeids- og velferdsdirektøren og Helsedirektøren gitt i møte 26. juni 2014 lød som følger:

*Arbeid og helse henger sammen. Deltakelse i arbeidslivet gir helse, og god helse i hele befolkningen øker sysselsettingen. Personer med helseproblemer har ofte både behov for tjenester fra ulike aktører innen helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Det er derfor behov for felles strategier og nært samarbeid for å oppnå sammenhengende forløp for brukerne.*

*Utgangspunktet for å nedsette en arbeidsgruppe er et behov for systematisk å gå gjennom arbeid/helse-området – for å styrke og systematisere samarbeidet mellom sektorene, og legge et grunnlag for felles initiativer fra direktoratene/direktørene. Arbeidsgruppa skal:*

- *Gi oversikt over pågående og planlagte FoU-prosjekter om arbeid og helse, og anbefale tiltak for å styrke et felles kunnskapsgrunnlag, herunder FOU-satsinger, bruk av registre og oppbygging av kompetansemiljøer – herunder vurdere behov for felles nasjonalt kompetansesenter på arbeid og helse området (under både Hdir og Avdir.), evt. med et tilhørende nasjonalt fagråd.*
- *Utrede et felles forebyggingsperspektiv og vurdere mulige initiativer både i forhold til tidlig intervensjon og mer primærforebyggende folkehelsearbeid.*
- *Vurdere barrierer, uklartheter og gråsoner knyttet til ansvars- og rolledelingen mellom sektorene, med utgangspunkt i dagens strategier, avtaleverk, regelverk og finansieringsordninger.*
- *Basert på norske og internasjonale erfaringer, anbefale samarbeidsformer og tiltak, kvalitetsforbedring, herunder implementeringsstrategier i de ordinære tjenestene*

Arbeidsgruppen ble i tillegg bedt om «å vurdere om og hvordan helse/arbeid-dimensjonen kan løftes fram i forbindelse med arbeidet med pågående reformer og politiske prosesser». Gruppen har ikke prioritert dette, dels pga. tidsnød og dels fordi mange aktuelle politiske prosesser hadde kommet såpass langt at innspill var lite aktuelle. Vurderingen har derfor vært at det primære siktemålet med arbeidet i gruppen har vært å legge et grunnlag for framtidige initiativer og innspill til politiske prosesser.

Når det gjelder internasjonale erfaringer på området, har ikke arbeidsgruppen prioritert å selv gå løs på en såpass omfattende oppgave i denne omgangen. Arbeidsgruppen mener imidlertid det er behov for å få gjennomført en kartlegging av politikk- og fagutviklingen i noen spesielt interessante land.

Arbeid/helse-feltet dreier seg om relativt oppløyd mark, og arbeidsgruppen mener det vil være nødvendig med en systematisk, felles innsats over lang tid – og med samtidige framstøt på en rekke fronter - for å bygge opp et fagfelt og meningsfulle, robuste samarbeidsformer som står seg over tid. Det ble derfor lagt til grunn at arbeidsgruppen selv ikke nødvendigvis skulle «løse» alle problemer eller lande alle utfordringer den retter et søkelys mot. På de fleste områder har hovedintensjonen vært å anbefale nye prosesser og gi en retning til disse, i tillegg til å peke ut noen mulige konkrete initiativer på kort sikt.

Gruppens medlemmer har vært Bente Moe, Håkon Lund, Tone Torgersen og Helga Rudjord fra Helsedirektoratet og Thorgeir Hernes, May Britt Christoffersen og Yngvil Starheim fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Underveis er det trukket noe veksler på andre medarbeidere i direktoratene etter behov, og det har vært dialog med eksterne ressurspersoner.

## 1.2 Noen avgrensninger

Arbeidsgruppen skulle, slik mandatet er utformet, primært se på forholdet mellom helse og arbeidslivsdeltakelse, sysselsetting og arbeidsmarked. Gruppen har valgt å avgrense seg fra å gå dypt inn i temaet arbeidsmiljø og helse, selv om det å fremme jobbnærvær ofte vil overlappe med innsats rettet mot arbeidsmiljøet.

Arbeidsgruppen har også valgt å ikke gå tungt inn på IA-området og oppfølging av sykefravær, fordi det der allerede pågår såpass mye og er et tett samarbeid på mange fronter. Vi vil imidlertid understreke at Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv bygger nettopp på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse - og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeid. IA-arbeidet skal utfylle og forsterke andre generelle virkemidler av juridisk og/eller økonomisk karakter, og det legges bl.a. vekt på å styrke kontakten mellom virksomheten, sykmeldte arbeidstakere og sykmeldere for å forebygge at sykefravær fører til varig frafall fra arbeidslivet.

Selv om det her ikke går i dybden på IA- og sykefraværsområdet, er dette sentralt i kontakten mellom de to sektorene. Eksempler kan være to aktuelle tiltak som også nevnes i Regjeringens politiske plattform: «Beslutningsstøtteverktøy for sykmeldere» og «Ny medisinsk vurdering etter 6 måneder». Disse tiltakene skal sikre større forutsigbarhet og mer likebehandling i sykmeldingsprosessen, og er igangsatt som samarbeidprosjekter mellom direktoratene.

For øvrig tangerer denne rapporten flere tilnærminger og satsninger som faller inn under IA- og sykefraværsparaplyene. Det gjelder f.eks. NAV Arbeidslivssentrene, som er et av regjeringens viktigste virkemidler overfor virksomheter med IA-avtale. Denne ressursen for IA-virkemidlene skal tilføre kompetanse for å styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefraværet og hindre utstøting fra arbeidslivet, samt bedre arbeidsmiljøet. Sentrene arbeider primært med det systemrettede forebyggende arbeid og sammenhengen mellom forhold på arbeidsplassen og helse.

Det gjelder også den siden ved IA-samarbeidet som angår forskning og analyser av situasjon og utviklingstrekk, og der det er enighet om at det er behov for langt mer forskningsbasert kunnskap om effekter av iverksatte IA-tiltak. Det er derfor lagt til rette for blant annet effektevalueringer av eventuelle nye og justerte tiltak, avsatt særskilte midler til kunnskapsutvikling og forskningsbaserte forsøk for å få mer solid og evidensbasert kunnskap om effekter, og igangsatt flere prosjekter som Arbeids- og velferdsdepartementet har gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet

gjennomføringsoppdraget til - og der helsetjenesten/Legeforeningen er samarbeidspartnere. Det vises her også til arbeidsgruppens mer generelle drøfting av et løft på FoU-området, og i forhold til effektkunnskap mer spesielt, i denne rapportens kapittel 5.

Arbeidsgruppen har heller ikke gått inn på bedriftshelsetjenestens oppgaver og roller, da vi mener det faller utenfor mandatet.

### 1.3 Et felles fundament

Tradisjonelt har tenkningen rundt arbeid og helse ofte dreid seg om enten at arbeid kan gi helseproblemer (arbeidsmiljøsektoren med sin risikotenkning), eller at helseproblemer gir problemer på arbeidsmarkedet eller i arbeidslivet. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsker framover å legge relativt større vekt på et tredje forhold – arbeid som direkte og indirekte kilde til helse – og la dette i større grad prege virksomheten i de to sektorene. Dette er også i tråd med rådene fra bl.a. OECD, som de siste årene har argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse.

I Norge mottar i internasjonal sammenheng en relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder helserelevante ytelser (uførepensjon, arbeidsavklaringspenger, sykepenger). Ikke minst har vi et høyt sykefravær i et internasjonalt perspektiv. Disse gruppene utgjør en stor andel av de NAV-brukere som har behov for bistand inn mot arbeidslivet.

NAVs egen isolerte oppfølgingsinnsats vil ikke være nok til å endre vesentlig på dette bildet. For NAV er det derfor nødvendig å tenke og handle på tvers av sektorer, se ut over den tradisjonelle NAV-trekanten arbeid-trygd-sosial, og ikke minst i større grad alliere seg med helsetjenestene. Det er vesentlig at NAV og helsetjenestene spiller bedre sammen og utnytter gevinstene som ligger i arbeid og jobbnærvær for både helse og velferd.

Samtidig er det innen helsetjenestene liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Med noen få unntak har regelen vært at man tenker sekvensielt: arbeid blir et mulig tema når behandling er slutført, og en annen instans overtar stafettstaven. Det er så langt få eksempler på samtidige og felles innsatser.

Et viktig felles utgangspunkt for Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet er de mange internasjonale studiene som viser at arbeidsledighet og utstøting/utestengning ofte har negative helsekonsekvenser, enten man nytter mål på selvfølelse, generell helse, helserisikabel adferd, forbruk av helsetjenester, ulike sykdomsmål (fysisk og psykisk helse) eller død som utfallsvariabler. Utgangspunktet er også mange studier som viser de forebyggende og helsemobiliserende sidene ved det å få eller ha en jobb – dvs. at arbeid kan fungere terapeutisk og helbredende, og også reversere de negative helseeffektene av arbeidsledighet. Litteraturen antyder også at helsegevinstene av arbeid kan være spesielt store i grupper med psykiske helseutfordringer. .

Både ved fastlegekontorene og ved NAV registreres en økende pågang av brukere med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og sammensatte og ofte diffuse lidelser. Innen det medisinske fagområdet er dette grupper som er vanskelig avgrensbar og utfordrende å plassere i diagnosesystemene. Det dreier seg ofte om komplekse utfordringer – det handler om ”både liv og helse”. Både NAV og helsetjenestene har store utfordringer med å møte disse målgruppene på en adekvat måte. Samtidig krever de et samarbeid på tvers av tjenestene - isolert medisinsk behandling

eller bare arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Denne typen komplekse problemer krever oftest sammensatte, og ikke rene medisinske eller arbeidsrettede løsninger.

Helseproblemer er en viktig forklaring på hvorfor mange faller ut av arbeidslivet, men vi ser også at det er sosiale forskjeller, målt som forskjeller i utdanningsnivå og yrke/bransje - slik at utstøttingsmekanismene er mer sammensatte enn bare helsemessig seleksjon. Det å ha eller få arbeid er viktig også innen folkehelsepolitikken. Arbeid gir tilgang til en rekke ressurser – materielle, sosiale og psykososiale – som også er helsefremmende. I et folkehelseperspektiv vil innsatsene for å bistå folk inn i arbeid således innebære å forholde seg til både de mer grunnleggende helsedeterminantene (levestandardene) og mer direkte til arbeidets helsefremmende virkninger. Dette budskapet forsterkes av kunnskapen om at det er i de nederste sosiale lagene en finner de største potensialene for helseforbedringer. Grupper med lavest inntekt vil ha størst helseeffekt av å få økt inntekt. Innen folkehelsearbeidet er det et høyt prioritert mål å utjevne sosial ulikhet i helse. Arbeid er et av de viktigste virkemidlene for å motvirke fattigdom og sosiale forskjeller.

Fordi arbeidsdeltakelse og sykefravær kan være sosialt skjevfordelt, er det også vesentlig å forhindre sosiale- og velferdskonsekvenser av helseproblemer. Studier viser hvordan fravær av arbeid har stor virkning både på individer og familier, både gjennom redusert helse og ved å forsterke de sosiale ulikhetene i helse i samfunnet gjennom sosial eksklusjon, isolasjon og fattigdom.

Barrierene for samarbeid mellom arbeid og helse henger til dels sammen med ulike tenke- og tilnæringsmåter. Et felles utgangspunkt og ståsted for mer samvirke tilsier derfor en oppmykning av rendyrkede biomedisinske betraktningmåter på helsesiden, og lave terskler inn mot de arbeidsrettede tilbudene i NAV. Det vil her bl.a. være viktig å spille på betraktnings- og arbeidsmåter innen helsetjenestene som peker mot et slikt samarbeid, f.eks. på rehabiliteringsområdet. Både når det gjelder psykisk helse og muskel/skjelett-lidelser anbefales også stadig oftere aktivitet og arbeid som noe som ikke bare kan være rehabiliterende, men til og med helende.

Direktoratene legger også til grunn at en viktig målsetting bør være at langt flere skal få muligheten til å arbeide *med og til tross for* et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater. En slik tilnærming vil også harmonere med en mer generell trend, hvor bevegelsen går fra et enten/eller i forholdet mellom arbeid og stønad, til mer av et både-og.

## 1.4 Retningsvisere for framtidig samarbeid

Samlet tilsier ovenstående at det må legges større vekt enn det vi i dag gjør på å

- styrke kommunikasjonslinjene mellom arbeids- og helsetjenestene
- stimulere til større fokus på helse/arbeid-agendaen både på regionalt og lokalt plan
- styrke arbeidsfokuset innen helsetjenestene – utvikle effektive intervensjoner som har et tydeligere arbeidsmål i behandlings- og rehabiliteringsprosessene
- ta et felles ansvar for å utvikle tilbud til den enkelte som har dokumentert effekt, som integrerer arbeids- og helseperspektivene, og hvor sektorene går sammen om tjenesteutøvelsen.



Slike tilbud vil handle om forebyggende, rehabiliterende og arbeidsrettede tilnærminger og samarbeidsmåter mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdssektoren som:

- Tar utgangspunkt i at arbeid for langt de fleste er helsefremmende – og ikke minst for folk i randsonen av arbeidsmarkedet
- Særlig retter seg inn mot store og felles pasient/brukergrupper - brukere/pasienter med psykiske helseproblemer,, muskel/skjelettproblemer eller sammensatte utfordringer
- Tilbyr noe som tydelig peker mot arbeid og deltagelse, og ikke ensidig fokuserer på diagnostisering og sykdomsfokusering
- Legger til grunn at man oftest kan arbeide «på tross av» helseutfordringer - og at svært mange faktisk er i arbeid samtidig som de har helseproblemer
- Tar utgangspunkt i de ordinære tjenestene, og i mindre grad i spesielle og isolerte prosjektsatsninger
- Sikrer langt større grad av samtidighet i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene.

Arbeidsgruppen vil vise til at OECD gjennom prosjektet Mental Health and Work, og mer spesielt i en egen landrapport om Norge, mente at den største svakheten i systemet er oppsplittede og uklare ansvarsforhold og mangel på systematisk samarbeid mellom sektorene. Et sentralt råd var å «samordne helsetjenester og rehabilitering .. (..) og utvikle integrerte løsninger i samarbeid mellom helsetjenesten og NAV». Arbeidsgruppen legger til grunn at utfordringene i Norge ikke er mindre i forhold til pasient/brukergrupper med somatiske helseproblemer, og at OECDs diagnose og råd bør være viktig utgangspunkt for å styrke samhandlingen framover.

Arbeidsgruppen mener følgende retningsvisere – som suksessivt tas opp i de kommende kapitlene - bør legges til grunn for utviklingen av det videre samarbeidet mellom direktoratene og sektorene:

1. Et mindre fragmentert og langt mer strukturert og systematisk samarbeid (avtaler, arenaer) og samvirke
2. Utvikling av noen hovedmodeller for samarbeid, færre isolerte enkeltprosjekter
3. Fra særegen finansiering til varige og mer robuste finansieringsmodeller
4. Felles direktoratsinitiativer som kan styrke samhandlingen og understøtte lokalt samvirke
5. Felles innsats over tid for å radikalt styrke kunnskapsgrunnet, ikke minst om effekter av innsatsene
6. Utvikling av felles fagarenaer som over tid kan styrke fagutviklingen

### *Anbefaling*

37. *Det settes snarlig ut et felles oppdrag hvor en oppsummerer politikk, samarbeidsformer, samarbeidstiltak og andre initiativer i de nordiske og et par andre europeiske land, herunder Storbritannia.*

### 3. Arbeid og helse i et folkehelseperspektiv

Folkehelsearbeid defineres som «Samfunnets innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse»(Folkehelseloven § 3 b).

Samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om folkehelse og arbeid kan etter arbeidsgruppens oppfatning særlig utvikles på tre nivåer:

- Omforent forståelse av utfordringsbildet - felles plattform i samfunnsanalyse og kunnskapsproduksjon.
- Samarbeide om utvikling av felles kunnskapsgrunnlag og styrke rollen som faglig premissleverandør i forbindelse med tiltak eller reformer med stor betydning for arbeid og helse.
- Samarbeid om å faglig understøtte kommuner og IA-bedrifter.

#### 2.1 Omforent forståelse av utfordringsbildet - felles plattform i samfunnsanalyse og kunnskapsproduksjon

Et sentral mål med samarbeidet mellom direktoratene bør være å komme fram til en omforent virkelighetsforståelse og gi hverandre støtte i formidling av utfordringsbilder og prioriteringer overfor både beslutningstakere og befolkningen.

Direktoratene er begge gitt en fagrolle om strekker seg utover det som handler om tjenesteutvikling. Som nasjonal fagmyndighet har Helsedirektoratet ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen. I dette ligger det blant annet å sammenstille kunnskap og erfaringer og å opptre nasjonalt normerende for det brede folkehelsearbeidet. Arbeids- og velferdsdirektoratet skal, som ett av fem innsatsområder i sin Virksomhetsstrategi, styrke sin rolle som en kunnskapsrik samfunnsaktør. Dette vil også innebære å oppsummere kunnskap og erfaringer som grunnlag for utvikling og gjennomføring av arbeids- og velferdspolitikken.

Folkehelsepolitikken og Arbeids- og velferdspolitikken er både overlappende og interagerende. Et samarbeid mellom direktoratene bør også handle om å styrke hverandre i rollen som faglig samfunnsaktør.

Gjennom arbeidet med å etablere et «følge med»-system bestående av sektorvise indikatorer for folkehelsearbeidet, er vi bedre i stand til å avdekke utviklingstrekk og trender som bør adresseres i fellesskap. Direktoratene samarbeider allerede om et sett indikatorer som gjør det mulig å følge med på utviklingstrekk i arbeidslivet og arbeidsmarkedet som har betydning for folkehelsen. Status, utviklingstrekk og analyse presenteres jevnlig, til nå i form av såkalt Folkehelsepolitisk rapport. Samarbeidet om indikatorer og analyse er et kontinuerlig utviklingsarbeid, som også gir gode muligheter for å løfte fram utviklingstrekk som myndigheter på ulike nivåer bør være spesielt oppmerksomme på.

#### 2.2 Utvikle felles kunnskapsgrunnlag og styrke rollene som faglig premissleverandør for tiltak og reformer

Et sentralt mål i folkehelsepolitikken er å redusere sosial ulikhet i helse. Dette målet er svært sammenfallende med å forebygge utstøting fra arbeidslivet samt å fremme inkludering. Det kreves

bred innsats på tvers av sektorer for å påvirke samfunnsforhold som opprettholder og forsterker sosiale forskjeller. Ved store reformer og endringer i velferdsordningene, er det nødvendig å være oppmerksom på arbeids-, helse- og fordelingskonsekvensene (eksempler kan være pensjons- og uførefore reformene). Andre tiltak som påvirker arbeidsmarkedet, slik som endringer i arbeidsmiljøloven, vil også ha konsekvenser for helse, fordeling og arbeidsinkludering. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid med å utvikle et egnet verktøy for helsekonsekvensvurderinger som kan tas i bruk innenfor offentlig sektor.

## 2.3 Samarbeid om støtte til kommuner og IA-virksomheter

### *Samarbeid om faglig støtte til kommunene*

Å følge med på trender og trekk ved samfunnsutviklingen er ikke bare et nasjonalt anliggende, men også en viktig oppgave for kommunene. En slik følge med-rolle er blant annet angitt i lov om folkehelsearbeid § 5, som pålegger kommuner å «ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne».

I Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 12, er kommunen gitt følgende oppgave: «*Kommunen skal gjøre seg kjent med innbyggernes levekår, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Kommunen skal sørge for å legge til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Kommunen skal spre kunnskap om sosiale forhold og tjenester i kommunen.*»

I Arbeids- og velferdsdirektoratets rapport om «*Fattigdom og levekår i Norge, Tilstand og utviklingstrekk – 2014*» identifiseres denne utfordringen i under overskriften «Styrking av NAVs rolle som kunnskapsaktør i kommunene». Helsedirektoratet skal i følge folkehelseloven gi råd og veiledning til kommunene. Samtidig skal Fylkesmannen være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå, blant annet gjennom råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner. Et nærmere samarbeid mellom direktoratene vil kunne styrke støttefunksjonen overfor kommunene i forhold til disse lovpålagte funksjonene.

### *Faglig støtte til aktører som arbeider med forebygging av utstøting fra arbeidslivet*

IA-avtalens mål er bl.a. å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. iBedrift er et eksempel på et samvirketiltak mellom sektorene som gir tilbud til IA-bedrifter for å styrke jobbnærværet (se kap 4.2 i denne rapporten). Arbeidslivssentrene - som arbeider i spennet mellom individrettet arbeid når problemer har oppstått og system/virksomhetsrettet, primærforebyggende arbeid – er en annen viktig ressurs for IA-bedriftenes «nærværarbeid».

Virksomhetene har behov for kunnskap, og det kan være hensiktsmessig å vurdere mulighetene for et tettere direktoratssamarbeid om å sammenstille og utvikle relevant kunnskap om psykososiale mekanismer som påvirker jobbnærvær. Eksempler er forskningen om krav/kontroll, effort/reward, sosial støtte osv. Dette kan også innebære et mer systematisk felles samarbeid med Statens Arbeidsmiljøinstitutt.

Helsedirektoratet er også i ferd med å utvikle kunnskapsbaserte intervensjoner i arbeidslivet for å forebygge utstøting og fremme jobbnærvær. Det vil styrke budskapet om disse kan formidles i fellesskap når resultater foreligger. Et eksempel kan være området rus og arbeidsliv, der Rokkansenteret i 2004 beregnet den samfunnsmessige kostnaden av alkoholbruk til 18 mrd. kr. per år – hvorav byrden på arbeidslivet selv er 11-12 mrd.<sup>1</sup> i form av blant annet sykefravær, nedsatt yteevne, tapt produktivitet, skader, ulykker og arbeidsmiljøbelastninger. Helsedirektoratet har igangsatt en omfattende effektevaluering av to tiltak for tidlig intervensjon. Det testes egne verktøy og gjennomføres en kost-nytteanalyse av disse. Dette vil kunne bidra til betydelig ny kunnskap om sammenhengen mellom alkoholkonsum og sykefravær generelt, og implementering og effekter av tiltak mer spesielt. Gir tiltakene effekt, vil det være naturlig med et direktoratsamarbeid om eventuell spredning og implementering. Arbeids- og velferdsdirektoratet deltar i referansegruppa for prosjektet sammen med STAMI, Arbeidstilsynet og partene i arbeidslivet.

### *Anbefalinger*

*Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal framover:*

- *Bidra til en felles overordnet og kunnskapsbasert forståelse av samfunnsutviklingen og nasjonale utfordringer som berører arbeidsliv, folkehelse og fordeling*
- *I større grad samarbeide om analyse og vurdering ved reformprosesser, for eksempel ved høringer*
- *Samarbeide om den faglige støtten til det kommunale arbeidet og den lokale politikktutforming som – med utgangspunkt i folkehelseloven og sosialtjenesteloven – angår folkehelse, levekår og velferd i kommunene. Direktoratene skal samarbeide i dialogen med fylkesmannen om dette.*
- *Etablere et tettere samarbeid for å formidle oppdatert forskning om å forebygge utstøting og fremme jobbnærvær.*

## 4. Samarbeid på tjenestenivå

Arbeidsgruppen vil i dette kapitlet peke på mulige redskaper for å styrke samarbeidet mellom sektorene på tjenestenivået. Styring, finansiering, samarbeidsavtaler og avklaring av ansvar og roller vil her være sentrale virkemidler.

### 3.1 Styring

Både Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har satt temaet arbeid og helse på dagsordenen i sine strategier og styringsdokumenter.

Helsedirektoratet har i sin strategi 2014-18 angitt «folkehelse og forebygging først» som ett av fire hovedsatsningsområder, og under dette er Arbeid og helse et tema med følgende mål:

- Utvikle kunnskap, skape oversikt og implementere effektive tiltak i helse- og omsorgstjenesten som gir lavere sykefravær og påvirker deltakelse i arbeidslivet
- Videreutvikle samarbeidet med NAV og andre velferdsetater

I 2015 er det gitt noen styringssignaler om feltet arbeid og helse i styringsdokumenter ut mot helsesektoren knyttet til IA-avtalen/Raskere tilbake og Arbeid og psykisk helse. Disse er omtalt i statsbudsjettet, og i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene sies følgene om Raskere tilbake-porteføljen: *«Ordningen skal i større grad rettes mot grupper som ofte er lenge sykmeldt, dvs. personer med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Personer som gis tilbud skal med stor sannsynlighet komme raskere tilbake i arbeid. Det skal måles effekt av tiltakene, og tiltakene skal evalueres. Tjenestene til brukerne bør så langt det er mulig leveres i samarbeid med NAV, primærhelsetjenesten, samt arbeidsgiver og arbeidstaker. Det skal utvikles gode samarbeidsmodeller for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp. Det vises til gode erfaringer fra iBedrift. Forskning på området arbeidsrettet rehabilitering forutsettes lagt til grunn.»*

I sin Virksomhetsstrategi 2011 – 2020 sier Arbeids- og velferdsetaten at den skal *«tydeliggjøre roller og styrke samarbeidet med arbeidslivet, helsevesenet og skoleverket»* og *«etablere nasjonale og lokale arenaer» for dette samarbeidet*. I Arbeids- og velferdsdirektoratets mål- og disponeringsbrev til fylkene 2015 sies det under overskriften «samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsemyndighetene» følgende: *«For å sikre brukere gode og koordinerte tjenester skal samarbeidet med helse- og omsorgssektoren videreføres og videreutvikles»*.

Skal det bli kraft i samarbeidet, mener arbeidsgruppen styringssignalene innen de to sektorene både bør forsterkes og harmoniseres. De bør være tydelige nok til at de faktisk påvirker regionale og lokale prioriteringer, og de bør i størst mulig grad signalisere et felles sett med forventninger til de to sektorene.

Helsedirektoratet må bruke sin rolle som fagdirektorat og premissleverandør til å fremme fagfeltet arbeid/helse i dialogen med HOD som gir styringssignaler ut til spesialist- og primærhelsetjenestene, og slik bidra til å tydeliggjøre at samarbeid med NAV og tiltak innen arbeid- og helsefeltet inngår som en del av spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens sørge for-ansvar. Det er her en viktig rolle for Helsedirektoratet å framskaffe og tilgjengeliggjøre kunnskap som dokumenterer arbeidets betydning for helsen, og – når kunnskapen tilsier det – innarbeide perspektivet i faglige retningslinjer og andre normerende dokumenter.

*På arbeids- og velferdssiden er potensialene for direkte styring adskillig større enn på helsesiden, dog med forbehold om de lokale frihetsgradene som ligger bakt inn i konstruksjonen NAV-kontor (partnerskap, to styringslinjer mv.). Det er vesentlig at Arbeids- og velferdsdirektoratet gir tydelige styringssignaler om at NAV fylke og NAV-kontorene bør delta i faglig godt funderte samarbeidsformer med helsetjenestene – og at det i slike sammenhenger bl.a. er aktuelt å sette av ressurser til å samhandle systematisk med helsetjenestene. Det vil også være aktuelt å gi spesielle typer enheter som samlet sett er nasjonalt dekkende, spesielle oppdrag og tydelige føringer (Mål og disponeringsbrev) i forhold til deltakelse i utvalgte helserettede tiltak. Eksempler kan være Arbeidslivssentrenes deltakelse i iBedrift og Arbeidsrådgivningskontorenes engasjement i Senter for jobbmestring. Så langt har slike satsninger i stor grad vært knyttet opp mot spesielle prosjektmidler.*

En viktig utfordring for arbeids- og velferdsforvaltningen vil bl.a. være å sikre at arbeidsrettede tiltak - herunder finansieringsmåter, anbudslogistikk, kravspesifikasjoner mv. -innrettes på måter som kan bidra til å fremme systematisk samhandling med helsetjenestene.

### 3.2 Finansiering

Mange av tiltakene i gråsonen mellom arbeid og helse har vokst fram som følge av IA-avtalen. Ordningen "Raskere tilbake" introduserte i 2007 604 millioner kroner i friske midler til kjøp av ulike typer helse- og arbeidsrettede tjenester. To separate systemer (NAV og helsetjenestene) skulle raskt utvikle eller kjøpe egnede tjenester. For å gjøre det klart hvem som skulle gjøre hva, prøvde man å ta utgangspunkt i hva man mente utgjorde hovedtyngden av «problemet»: helsefaktorer eller arbeids/velferdsfaktorer.

Helseforetakene skulle utvikle både behandlings- og rehabiliteringstjenester, dels med arbeid som mål, enten på ulike arenaer i spesialisthelsetjenesten eller som kjøp fra bl.a. rehabiliteringsinstitusjoner (opptreningsinstitusjoner, helsesportssentre med mer). Bevilgningen til spesialisthelsetjenestene/helseforetakene er i 2015 på 567,7 mill. kr. I hovedsak nyttes midlene til ortopedi, annen kirurgi, rehabilitering i sykehus, rehabiliteringsopphold i private rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern og tiltak for personer med sammensatte lidelser (Prop. 1 S (2014-2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet).

Innen NAV utviklet man såkalte arbeidsrettede rehabiliteringstjeneste som skal tilby kombinasjoner av helserettet rehabilitering og mer eksplisitte arbeidsrettede tiltak. Utgangspunktet var et antatt behov blant brukere med sammensatte og uklare lidelser. På arbeidssiden skal det således i 2015 brukes 215,7 mill. kr. til tverrfaglige prosjekter som «bidrar til å styrke samspillet mellom aktører på helsesiden og NAV» (Prop 1 S (2014-15) fra Arbeids- og sosialdepartementet). Mer presist dreier det seg om tiltak som består av avklaring, oppfølging, arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for personer med lettere og sammensatte psykiske lidelser.

I siste budsjett fra Arbeids- og sosialdepartementet sies det at «Regjeringen vil styrke arbeidsrettet rehabilitering ... ved å vurdere forbedringer i tilbudet, endringer i regelverket og legge til rette for at Raskere tilbake vurderes på et tidligere tidspunkt i sykefraværsløpet». I prop. 39 L (2014-2015) fra Arbeids- og sosialdepartementet vises det til denne formuleringen, og legges til at «forbedringer i tilbudet knytter seg bl.a. til faglige metoder, opplegg for anskaffelser av tjenester og resultatkrav».

Samlet sett er det meget stor variasjon i tilbudene under denne paraplyen. Fellesnevneren er å påvirke sykefravær, men dette angripes fra svært forskjellige vinkler. Det dreier seg om alt fra

diagnostisering og behandling innenfor helseforetakene i den ene enden, til tilnærmet tradisjonelle arbeidsrettede tjenester under NAV i den andre.

Men deler av Raskere tilbake-satsningen kan også betraktes som et stort løft for å etablere en bro mellom arbeid og helse. Slike tilbud var ikke minst etterlyst fra arbeids- og trygdesiden gjennom mange år før ordningen ble etablert. En rekke av tilbudene som er utviklet forholder seg til de klart største sykefraværsgroppene, dvs. mennesker med psykiske og/eller muskel/skjelettproblemer, og ofte sammensatte og vanskelig avgrensbare utfordringer. De tar også utgangspunkt i en tanke om samtidige framfor sekvensielle innsatser, dvs. at tilbudene til brukeren forholder seg til både helse- og arbeidsutfordringer på samme tid.

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det en hovedutfordring at satsninger på arbeid/helse-området i stor grad skjer i form av spesielt etablerte satsningspotter eller spesielle tilskuddsmidler – enten det foregår isolert innen den enkelte sektor, som i Raskere Tilbake, eller der man slår ressursene sammen, som innen flere av psykisk helse/arbeid-satsningene. Tilgang til øremerkede midler har vært helt nødvendig for å oppnå økt fokus på arbeid/helse-feltet, men dette er former for (mer eller mindre) temporær finansiering utenom de ordinære finansieringssystemene, og således mindre robuste enn de ordinære pengestrømmene. Det vil også være en fare for at virksomhet som etableres på denne måten får en prosjektkarakter på utsiden av den ordinære virksomheten.

Skal fornuftige måter å arbeide sammen på i langt større grad inn i den ordinære virksomheten på begge sider – og skal vi sikre en reell spredning av lovende samvirkekonsepter inn i de ordinære tjenestene - er det nødvendig å vurdere hvordan finansieringsordninger kan bidra til en utvikling i denne retningen. Arbeidsgruppen mener at disse vurderingene bør knyttes nøye sammen med det konkrete fagutviklingsarbeidet som skal foregå for å identifisere og kravspesifisere de mest lovende konseptene for samvirke på tvers av sektorene (se kap. 4). Ulike arbeidsmåter og samarbeidskonstellasjoner vil kunne kreve ulike kombinasjoner av finansieringsformer. Et viktig formål med de utviklingsprosessene man nå skal inn i må derfor også være å sikre former for finansiering som *ikke* er prosjektbasert, temporær og uforutsigbar, og som samtidig stimulerer til at begge parter yter sin skjerv.

Når det gjelder Raskere tilbake-ordningen i helsesektoren mer spesielt, er det viktig at tilskuddsordningen innrettes slik at den gir mulighet for å planlegge langsiktig med innlemming i ordinære rammer som mål. Dagens Raskere tilbake-ordning er etablert «på siden» av den etablerte helsetjenesten, og det er ute i tjenestene en uvis usikkerhet fra år til år i forhold til om disse midlene vil bli videreført. Dette fører igjen til utstrakt bruk av midlertidige stillinger.

En rekke tilbud under Raskere tilbake innen spesialisthelsetjenestene er etablert for å forhindre lange ventetider på behandling, ut fra antakelser om at dette også kommer sykmeldte til gode. Ofte er det her snakk om pasienter med spesifikke lidelser, dvs. at man kjenner årsak og kan behandle med kjente intervensjoner. Det kan imidlertid stilles en rekke spørsmålstegn ved denne måten å nytte Raskere tilbake-midler på:

- Oftest inngår behandlingen i det ordinære «sørge for»-ansvaret til helsetjenestene, der disse spesielle midlene er nyttet til kapasitetsutvidelse for å redusere ventetid. Det kan spørres om det er dokumentert tilstrekkelige effekter til å kunne forsvare en slik ordinær bruk av ekstraordinære midler.



- Det er usikkert om og evt. i hvilken grad ventetid på behandling påvirker sykefraværnsnivået. Det er også usikkert i hvilken grad ventelistene befolkes av sykemeldte.
- Folkehelseinstituttet (2013) har påpekt at når en stor andel av midlene nyttes til å gi enklere tilgang til konvensjonelle behandlingstjenester, så kan dette gi «*en slagside i form av medikalisering av årsaker til høyt sykefravær. Løsningen er behandling, eller rettere sagt raskere behandling. Ut fra et folkehelseperspektiv er det vanskelig å forklare det høye nivået av sykefravær i Norge ut fra folkehelseproblemer. De fleste helsemessige årsaker til sykefravær er kroniske problemer som ikke alltid løses ved medisinske intervensjoner. Det er heller ikke noen automatikk i at behandling av lidelser og tilfriskning fører til retur til arbeid*».

Folkehelseinstituttet peker her i retning av den dominerende gruppen innen dagens sykefraværspopulasjon med ofte uspesifikke, sammensatte lidelser, der årsaksforholdene er uklare, og hvor det ikke finnes enkeltstående spesifikke behandlingsformer. Disse utgjør også hovedtyngden innen Raskere tilbake-populasjonen.

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det på denne bakgrunn gode grunner til å vurdere en framtidig tyngdeforskyvning i bruken av de spesielle Raskere tilbake-midlene, i retning av en mer utstrakt finansiering av tiltak som kombinerer arbeids- og helseperspektivene, og særlig tiltak der en kombinerer innsatser fra de to sektorene.

Parallelt med en slik forskyvning vil det være vesentlig å gjennomføre en satsning for å over tid sikre et langt bedre kunnskapsgrunnlag om effekter av innsatsene. Det vises her til egen omtale i kap. 5.

### 3.3 Samarbeidsavtaler mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og spesialisthelsetjenesten

Ved siden av framstøt på styrings- og finansieringssiden, vil *avtaler* mellom aktørene være et egnet virkemiddel for å løfte fram arbeid- og helseområdet, sikre mer systematikk i samarbeidet og mer lokal og regional samhandling. Dette betinger at det er et visst trykk fra sentralt hold for å etablere og ekspandere slike regionale avtaler, og også at det er sentrale ressurser til å oppsummere erfaringene og legge til rette for læring på tvers av landet.

For å i større grad formalisere samarbeidet har Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gitt direktoratene i oppdrag legge til rette for at det inngås samarbeidsavtaler mellom NAV og spesialisthelsetjenestene. Avtalene skal regulere et forpliktende samarbeid som tar sikte på å kombinere behandling og arbeidsrettede tiltak. Tiltaket inngår i gjennomføringen av Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016), men i prosessen er det avdekket et behov for at avtalene bør gjelde spesialisthelsetjenesten som helhet. Det er mange pasienter/brukere med sammensatte behov for tjenester både innen somatikk, rehabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.

Det utvikles maler for avtaler mellom NAV og regionalt helseforetak og mellom NAV og helseforetak (mer konkrete samarbeidsområder). De beskriver partenes forpliktelser og peker på en rekke samarbeidsområder som kan inkluderes i avtalen. Malene bygger på den sentrale avtalen som er utarbeidet mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. For NAV vil det være fylkesdirektør(er) og direktør for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging som inngår avtalene, mens det på helsesiden vil være administrerende direktør for regionalt helseforetak og for helseforetak. Ved forankring av avtaler på klinisknivå i helseforetak bør kliniksjefer involveres.



Myndighetene på begge sider er enige om at for at avtalene skal bli et potent redskap for mer samhandling, er en helt nødvendig forutsetning felles styringssignaler til NAV (Mål- og disponeringsbrev fra direktoratet) og spesialisthelsetjenesten (oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet).

Samarbeidsavtalene vil rette fokus mot arbeid og helse for alle pasienter uavhengig av diagnose og utfordringer i funksjonsnivå. Det er en målsetting at arbeid inkluderes som en del av utredning og behandling, og at det legges til rette for at pasienten kan arbeide samtidig eller så raskt som mulig i et behandlingsforløp.

Forventningen er også at avtalene skal bidra til økt brukermedvirkning i NAV og spesialisthelsetjenesten både på systemnivå og individnivå; til økt kunnskap og kompetanse om arbeid og helse både hos helsepersonell og ansatte i NAV; mer FoU-arbeid på tvers av sektorene, og til samarbeid om utredninger, prosjekter, undersøkelser og satsninger på felles ansvarsområder. Andre aktuelle samarbeidsområder vil være styrking av samarbeidet om oppfølging av IA-avtalen og samarbeid om informasjonstiltak til befolkningen om temaet arbeid og helse.

Arbeidsgruppen mener det kan være hensiktsmessig å utrede/vurdere om det er måter å knytte disse avtalene opp mot systemet for avtaler mellom kommuner og helseforetakene som er etablert i forbindelse med Samhandlingsreformen. Dermed vil en kunne dra nytte av et allerede etablert og lovpålagt avtalesystem, og i tillegg trekke med kommunenivået. I denne forbindelse vil det også være aktuelt å vurdere om helseforetakene kan gis i oppdrag (oppdragsbrevet) å engasjere seg i etablering av avtaler der også kommunenivået er involvert.

### 3.4 Avklaring av roller, ansvar og gråsoner

I mange pasientforløp vil det være nødvendig å integrere arbeids- og helseperspektivene tidligst mulig, med gode og tverrfaglige avklaringer. Erfaringene viser at dette ofte er nødvendig *både* for unngå, utsette eller redusere sykdom, *og* for å sikre at færrest mulig mister kontakten med arbeidslivet pga. helseproblemer.

Flere studier peker på viktigheten av en flerdimensjonal tilnærming for å kunne svare opp sammensatte brukerbehov, og for tilbud som innebærer *samtidige* innsatser fra begge sider, dvs. tilbud som på samme tid griper fatt i både arbeids- og helseutfordringene. Dette innebærer at tilbudene/tjenestene settes sammen av elementer som ofte går på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene, eller - hvis de organiseres innenfor den ene eller andre sektoren – som kan utfordre tradisjonelle oppfatninger om hvor bredt egne tjenester skal favne.

Som det framgår av vedlegget til denne rapporten, har en rekke utredninger og stortingsdokumenter gjennom lang tid påpekt at utfordringene knyttet til samhandling mellom helsetjenestene og NAV bl.a. kan henge sammen med uklarheter når det gjelder ansvar og roller på dette området.

Uklare roller og ansvarsforhold kan gi opphav til ulike typer problemer: Man kan få en "kasteballeffekt" der sektorene inntar en «ikke mitt bord»-holdning og fraskriver seg ansvar, slik at brukeren/pasienten faller mellom stolene og ikke får nettopp det han eller hun har behov for. Men det kan også dreie seg om såkalte «innelåsingeffekter», der resultatet blir det samme – men fordi sektorene blir seg selv nok. Et eksempel kan være hvis helsetjenestene ikke ser i retning av og kobler inn NAV når dette faglig sett er det eneste fornuftige. Skal pasienten/brukeren få et sammensatt og

helhetlig tilbud der dette er det faglig forsvarlige, og ikke et stykkevis, delt og sekvensielt tilbud, så fordrer det at sektorene i større grad vender seg mot hverandre.

Større klarhet og ryddighet i forhold til roller, ansvar og forventninger kan også være vesentlig for å oppnå mer planmessighet og forutsigbarhet på arbeid/helsefeltet - med færre "stunts", større stabilitet i ordningene og mer evaluering og videreutvikling av det som viser seg lovende framfor stadig helt nye innfall og prosjekter. Et argument som ofte brukes, er at det er enklere å etablere samarbeid og samhandling når ansvarsforhold og rolledeling er enkel og tydelig.

Det er gjort flere forsøk på å skille mellom tilbud i gråsonen som bør plasseres inn under henholdsvis helse- og arbeids- og velferdssektorene. Bl.a. ble det i forbindelse med den opprinnelige fordelingen av Raskere tilbake-midlene prøvd å skille analytisk mellom «rehabiliterings- og oppfølgingstjenester med arbeid som mål» på den ene siden, og «rehabiliteringstjenester for personer med sammensatte lidelser», som skulle være tilbud til personer hvor helsemessige problemer dominerer. En etterfølgende arbeidsgruppe som skulle fordele såkalte «gråsonemidler» innenfor Raskere tilbake-ordningen i 2007 – og som bl.a. skulle forhindre uheldig overlapping av tjenester i de to sektorene - slo imidlertid fast at det var svært utfordrende å trekke opp grenseoppgangene på dette området.

Det har siden også vært gjort forsøk på distinksjoner mellom bl.a. «arbeidsrettet rehabilitering» og «rehabilitering med arbeid (og eventuelt utdanning) som mål». Arbeidsgruppen vil bemerke at disse tidligere forsøkene på å skille ad analytisk vei antakelig ikke har virket klargjørende, og at det fortsatt er behov for en nærmere begrepsrydding og avklaring på dette området.

Med utgangspunkt i ulike politiske og faglige initiativer har det over tid utviklet seg en del tjenester på helse- og arbeidssiden hvor det kan synes om ikke tilfeldig, så iallfall noe situasjonsbestemt hvilken side som har fått ansvaret.

Et eksempel kan være NAVs kjøp av behandlingstjenester for personer med sammensatte lidelser, som ble introdusert av et sykefraværsutvalg i 2006 ledet av Jens Stoltenberg. Fram til 2009 var deler av ansvaret for denne ordningen lagt til Helse- og omsorgsdepartementet, men da den nye tiltaksforskriften i NAV ble iverksatt i januar 2009, ble tilbudene i "tolvte time" lagt inn under denne i et avsnitt kalt «andre tjenester». Dette tilbudet skiller seg fra f.eks. «arbeidsrettet rehabilitering» under NAV, et arbeidsrettet tiltak med dag- og døgntilbud, ved at det er et behandlingstilbud som tilbys av helsepersonell, og der man danner et behandlersteam rundt pasienten som minimum skal bestå av en psykolog/psykiater, lege med somatisk spesialisering og evt. annet helsepersonell.

Omvendt kan det også stilles spørsmålstegn ved om enkelte av tilbudene som i dag ligger under helsetjenestene, har utviklet seg i en retning som kan forsvare en nærmere vurdering av forankringen. Det er også en problemstilling at det kan være en uheldig innholdsmessig overlapping mellom tiltak som kjøpes av henholdsvis helseforetakene og NAV.

Et annet viktig spørsmål i denne forbindelse er hva slags ansvarsdeling som best tjener utviklingen av arbeid/helsefeltet som *fagområde*. Her kan det argumenteres for at mer eller mindre isolert utvikling av integrerte tilbud innenfor den ene eller andre sektoren neppe vil være det beste utgangspunktet. Det er isteden når sektorene må møtes, jobbe sammen og bryne seg på hverandre at det er grunn til å tro at nye og felles perspektiver og arbeidsmåter vil kunne gro fram. Dette kan tilsa at en framover i større grad satser på å utvikle tilbud der partene samvirker om bruker/pasienttilbudene, på

bekostning av tilbud som gis isolert innen en enkelt sektor. I denne forbindelse bør det også vurderes om NAV og helseforetakene i større grad kan samfinansiere tjenester som i dag settes ut på anbud.

I en rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet 30. juni 2009 ble det, med utgangspunkt i Raskere tilbake-porteføljen, signalisert behov for en tydeligere arbeidsdeling mellom helsetjenestene og Arbeids- og velferdsetaten. Også i senere samarbeidsprosesser mellom departementene og direktoratene er det samme påpekt. Det er også antydnet at en i tilknytning til dette samtidig bør vurdere om de tiltakene som er etablert så langt innen den ene eller andre sektoren, og som skal favne helse- og arbeidsperspektivene, har bidratt til endringer (arbeidsformer og organisering) internt i henholdsvis NAV og i helsetjenesten. Mer presist: kan etablering av ekstraordinære tjenester bidra til at det i mindre grad utvikles mer helhetlige tjenester og samarbeidsmodeller innenfor det ordinære tilbudet?

De tidligere forsøkene på å skissere tydeligere roller og ansvarsgrenser er i ettertid ikke fulgt opp på sentralt hold. Arbeidsgruppen mener de spørsmålene og utfordringene som er skissert over fortsatt er høyst relevante, og at det nå – etter ytterligere år med erfaringer innen bl.a. Raskere tilbake – ikke er et mindre behov for en grundig gjennomgang av roller, ansvar og gråsoner på dette området. Det vises her også til anbefalingen i slutt rapporten fra ekspertgruppen som har gjennomgått NAV (april 2015), der man «*ser behov for en samlet gjennomgang av ansvar, roller og gråsoner på arbeids- og helseområdet. Sett fra NAV-siden må dette dekke tilbud til både sykmeldte og brukere med nedsatt arbeidsevne. Gjennomgangen må både rydde i roller og ansvar og finne frem til hensiktsmessige samhandlingsformer*».

### 3.5 Samarbeid på kommunenivået

Fra bl.a. arbeidsrettede rehabiliteringsaktører under spesialisthelsetjenestene har det vært etterlyst en lokal instans og et kompetent miljø som har blick for det arbeidsrettede, og som kan "overta stafettpinnen" når det spesialiserte tilbudet avsluttes. Med andre ord en lokal rehabiliteringsaktør som forholder seg til personer i yrkesaktiv alder, og som vil være en naturlig samarbeidspartner for det lokale NAV-kontoret (hvor kommunen er en av to partnere).

Også fra NAV-siden er det påpekt et behov for et tettere samarbeid mot kommunenivået på arbeid/helse-feltet. Bla. sier den sentrale partnerskapsavtalen med KS som ble inngått 25.02.2014 at man skal «utvikle og utvide samarbeidet i partnerskapet til å gjelde andre felles områder, som for eksempel Samhandlingsreformen, folkehelse, rus, rehabilitering, psykiatri etc.».

En naturlig kommunal plassering av ansvaret for å ivareta de nødvendige funksjonene kan være den instansen som allerede har ansvar for rehabilitering i kommunen (koordinerende enhet) - som også møter en rekke andre grupper som kan ha behov for samtidig behandling, rehabilitering og arbeidsrettet oppfølging: fysisk funksjonshemmede, unge som sliter i overgangen til arbeidslivet, grupper med vanskelige oppvekstvilkår m.fl. Aktuelle funksjoner kan være bl.a. tverrfaglige team, oppfølgingsplaner, koordinatorfunksjoner, ansvarsgrupper, tverrfaglige funksjonsvurderinger, tilrettelegging, opptrening – og til og med oppfølging inn mot arbeid.

Så langt er dette ikke definert som et ansvarsområde for lokale helsetjenester. Dette er et stort spørsmål som arbeidsgruppen ikke har hatt kapasitet eller tid til å gå inn i. Arbeidsgruppen mener imidlertid at det er behov for en nærmere vurdering av hvilke forventninger samfunnet bør ha til kommunene på dette området, og hvordan/av hvem slike viktige, lokale funksjoner kan dekkes. Den

planlagte kommunereformen vil også være et viktig bakteppe for en gjennomtenkning av det kommunale nivåets oppgaver på arbeid/helsefeltet.

Her vises for øvrig til omtaler av kommunenivået også under 3.3 over og i kapittel ... (om individuelle planer).

## *Anbefalinger*

*Direktoratene skal:*

- *Sammen arbeide for å forsterke og harmonisere styringssignalene ut mot sektorene. Prioritere opp samhandlingstiltak der sektorene tar et felles ansvar for tjenester, bl.a. fordi dette gir best utgangspunkt for i fellesskap å utvikle fagområdet og virksomme tjenester.*
- *Innenfor konsept/modellutviklingsarbeidet (kap. 4), utrede hvordan finansieringsformer kan bidra til robuste modeller med forankring i den ordinære virksomheten i de to sektorene.*
- *Arbeide for at en større andel av Raskere tilbake-midlene kanaliseres til tiltak som kombinerer et arbeids- og helseperspektiv, og ikke minst til tilbud som kombinerer innsatser fra NAV og helsetjenestene.*
- *Vurdere mulige former for samfinansiering av tiltak man kjøper, og andre grep som kan sikre felles og/eller mer omforente bestillinger til tilbydere.*
- *Arbeide for at arbeidsrettede tiltak innrettes slik at de kan bidra til å fremme systematisk samhandling med helsetjenestene.*
- *Utrede/vurdere om det i det pågående arbeidet rundt samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenester og NAV, er måter å knytte disse avtalene opp mot systemet for avtaler mellom kommuner og helseforetakene som er etablert i forbindelse med Samhandlingsreformen.*
- *Ta initiativ til en samlet gjennomgang for å klargjøre ansvar, roller, gråsoner og arbeidsdeling på arbeid/helseområdet. Målet er å styrke felles innsatser som favner både arbeids- og helseperspektivene.*
- *Ta initiativ til en vurdering av kommunenes rolle og ansvar på arbeid/helseområdet.*

## 5. Samhandling, samvirketiltak og felles fag- og konseptutvikling

Det er opp gjennom tiden vært flere initiativer for å finne egnede former for *samarbeid* mellom sektorene, og mekanismer eller verktøy som kan bidra til koordinering på tvers (eks. individuelle planer). Etter arbeidsgruppens oppfatning er det nå i tillegg behov for å gå et skritt videre, og identifisere effektfulle modeller og arbeidsmåter hvor tjenestene over tid - og med utgangspunkt i de ordinære tjenestene - *samhandler* og *virker sammen* for å sikre samtidighet og nødvendig helhet i tilbudene for å gi et best mulig tilbud til pasientene/brukerne.

I det følgende omtales først utfordringer knyttet til samarbeidet rundt den enkelte pasient/bruker, der Individuell Plan (IP) er tenkt som et sentralt verktøy. Dernest tar vi utgangspunkt i systemnivået og ser nærmere på konkret samhandling og samvirke mellom sektorene - der utfordringen er å utvikle meningsfulle og effektive tilbud til et stort antall mennesker som har behov for tiltak og tjenester som sektorene må gå sammen om.

### 4.1 Individuell plan som verktøy for samarbeid og koordinering

Ordningen med individuell plan (IP) er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte helse-omsorgs og /eller arbeids- og velferdstjenester. Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, pasient/bruker og eventuelt pårørende, både innen og på tvers av sektorer.

Pasientens/brukerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester skal avklares og danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i en helhetlig plan. Oppstart av planarbeidet kan bare skje etter samtykke. Individuell plan er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål.

Pasientens/brukerens (og evt. pårørendes) deltakelse og medvirkning er avgjørende. Planprosessen starter med å oppnevne en koordinator, som har en sentral rolle i å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele prosessen. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på pasient og brukers ønske.

En lang rekke relevante lovverk med tilhørende forskrifter omhandler IP<sup>2</sup>. Lovverket slår bl.a. fast at dersom tjenestemottakeren har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal både helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen samarbeide med disse. Planarbeidet må koordineres, og det bør kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

Blant voksne vil mange som har rett til en IP motta tjenester både fra helse- og arbeids- og velferdssektorene, og for mange vil det å komme i arbeid være et viktig mål. En plan skal tydeliggjøre hvilke behov som må dekkes og tiltak som må iverksettes - og i hvilken rekkefølge.

---

<sup>2</sup> Følgende lovverk omhandler individuell plan og koordinator: Pasient og brukerrettighetsloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Helse- og omsorgstjenesteloven, Helsepersonelloven, Psykisk helsevernloven, Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) 01.07.2006, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, Lov om barneverntjenester, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen og Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven)

Dersom pasienten/brukeren ikke allerede har en individuell plan ved henvisning til/bestilling av arbeidsrettet rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten eller private institusjoner, skal disse informere om retten til IP. På grunnlag av innhentet samtykke skal det meldes fra til pasient/bruker og dennes hjemkommune om behovet for en IP, og institusjonen skal delta i utarbeidelsen av denne. I tillegg til det lovpålagte ansvaret for å melde fra om og å delta i arbeidet med IP, er det ved rehabiliteringssenteret i Rauland standard prosedyre at alle pasienter som mottar arbeidsrettet rehabilitering får utarbeidet en plan for oppholdet og for den videre oppfølgingen for å komme tilbake til arbeid:

*«Under oppholdet utarbeider deltakar saman med det tverrfaglege teamet ein individuell plan/handlingsplan som skal auke moglegheitene for deltaking i arbeidslivet. Planen er forankra hjå deltakar, arbeidsplass, fastlege, Nav og eventuelt andre i det lokale hjelpeapparatet. I tillegg vil brukaren bli fylgt opp i etterkant etter behov»  
(fra nettsidene til Rauland rehabiliteringssenter)*

Retten til individuell plan omfatter personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I en kartlegging fra 2010 utført av Rambøll <sup>3</sup>(2011) gir en indikasjon på at IP er et verktøy som blir brukt i ute i kommunene, og at NAV er involvert i en del planprosesser selv om omfanget er uklart. Flere evalueringer, tilsynsrapporter og andre rapporter har imidlertid avdekket at det lages for få planer i forhold til hvor mange som fyller vilkårene for rett til individuell plan, og at potensialet for bruken av Individuell plan ikke fullt ut er utnyttet (eks. Riksrevisjonens rapport 3:11 (2011-2012)).

En klar utfordring og en barriere for god samhandling rundt bruk av individuell plan som verktøy for samarbeid mellom sektorene, er at det overordnede ansvaret for ordningen ikke formelt er samordnet. For arbeidet med individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven er ansvaret lagt til koordinerende enhet i kommunene, mens ansvaret for IP i NAV er lagt til kommunen ved NAV-kontoret.

Koordinerende enhet i kommunene<sup>4</sup> skal bidra til å sikre at pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fag, nivåer og sektorer får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

Plikten til å etablere koordinerende enheter gjelder for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. For å sikre helhetlige og koordinerte forløp for pasienter og brukere anbefales det at enheten også bidrar til samhandling og koordinering med andre fagområder og sektorer. Det kan derfor være gode grunner til å synliggjøre de koordinerende enhetenes oppgave som sentralt kontaktpunkt og pådrivere for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner, Rambøll – rapport april 2011

<sup>4</sup> Helse- og omsorgstjenesteloven § 7

<sup>5</sup> Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6

## 4.2 Samvirketiltak og fag/konseptutvikling av disse

Å kombinere helse- og arbeidselementer i brukertilbudene skjer i hovedsak på 2 måter:

1. På enten helse eller arbeidssiden baker man inn henholdsvis arbeids- og helseelementer i egne tilbud. To eksempler: Helseforetakenes kjøper arbeidsrettet rehabilitering (eller rehabilitering med arbeid som mål) institusjoner der arbeidsmålet står sentralt, og der dette reflekteres i den kompetansen som er bakt inn i tilbudene. På den andre siden finner vi arbeidsmarkedstiltaket Arbeidsrettet rehabilitering under Arbeids- og velferdsetaten, der helseperspektivet også er med. Dette innebærer altså at en gjør ting hver for seg, men faglig sett integrerer perspektiver og arbeidsmåter fra «den andre siden». Raskere Tilbake-midlene, som kanaliseres gjennom to separate systemer (helse og arbeid/velferd), er selve kron eksemplet på denne måten å gjøre ting på. For en vurdering av denne måten å kanalisere midler på vises til kapittel 3.4 i denne rapporten.
2. Man kopler sammen ressurser fra helse- og arbeidssiden, som f.eks. i tiltakene Individuell jobbstøtte og iBedrift. I det første er det mannskap fra helsetjenestenes annenlinje som jobber tett sammen med ressurser fra NAV lokal eller ressurser som NAV kjøper inn fra sine tiltaksarrangører. I iBedrift nyttes ressurser fra spesialistnivået i helsetjenesten, kombinert med folk fra NAVs Arbeidslivssentre. Sagt på en annen måte: Man lager i begge tilfeller en type *felles team*.

En tredje variant er når man litt mer forsiktig «låner ut» ressurser inn på den andres arena, som man f.eks. har gjort i Telemark hvor NAV har prøvd ut å legge deler av årsverk inn i enheter i spesialisthelsetjenestene.

I det følgende skal vi rette søkelyset mot punkt 2 over.

### *Konseptutvikling innen psykisk helse og arbeid*

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse er en videreføring av innsatsen som startet i «Vilje Viser Vei» (2004-2007), den arbeidsrettede innsatsen i Opptappingsplanen for psykisk helse og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Det har vært knyttet en rekke forsøk og FoU-tiltak til satsingen. Erfaringene har vist at det er behov for en langsiktig satsing for å sikre implementering av erfaringer fra gode småskalaprosjekter inn i ordinær drift - noe også OECD har påpekt i sine rapporter fra prosjektet «Mental Health and Work» (der Norge har vært et av 9 deltakerland).

Tiltakene skal fremme inkludering, forebygge sykefravær og redusere utstøting av personer med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer. Målet er at disse skal kunne leve verdige liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet med sin kompetanse og arbeidskraft.

I utformingen av tiltak er det lagt vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Tiltakene spenner over ansvarsområdene til Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Oppfølgingsplanen inneholder 33 ulike tiltak innenfor 7 innsatsområder, bl.a. samarbeid og samhandling, kompetanse og holdninger, FoU og økt inkludering og redusert utstøting fra arbeidslivet. Det er etablert en felles styringsgruppe med representanter fra direktoratene for å sikre en god koordinering og gjennomføring av tiltakene.



Departementene har signalisert at når Oppfølgingsplanen sluttføres i 2016, ønskes en oppsummering og evaluering av innsatsen og en anbefaling av hva som bør videreføres – og hvordan dette kan skje innenfor ordinære drift. Det er i denne forbindelse behov for å se flere av forsøkene og innsatsene i sammenheng. Det er besluttet å nedsette flere arbeidsgrupper som skal oppsummere erfaringene til noen felles anbefalinger. En av disse skal se på tiltak for brukere med moderate til alvorlige psykiske lidelser, evt. med samtidige rusproblemer (omfatter bl.a. tiltakene Jobbmestrende oppfølging, Individuell jobbstøtte (IPS), Assertive Community Treatment (ACT), såkalte fleksible ACT-team og Fontenehus). En annen skal vurdere tiltakene for brukere med lettere psykiske helseproblemer (bl.a. Senter for jobbmestring, Rask psykisk helsehjelp, Raskere tilbake, Psykologer i kommunene og KID-kurs (Kurs i depresjonsmestring).

Mandatene og planene er under utarbeidelse og legges opp slik at resultatene kan danne grunnlag for felles anbefalinger inn mot for 2017 (dagens oppfølgingsplan løper ut 2016). Gruppene skal vurdere bl.a. samarbeidsformer, brukermedvirkning, organisering, finansiering, arbeidsinkluderingsmetoder og kompetanse, og søke å identifisere det som har vist seg å ha god effekt.

Mange av tiltakene omhandler et tett samarbeid mellom NAV og helsetjenesten, og at man bygger helsekompetanse i NAV og arbeidskompetanse i helsetjenesten. Det dreier seg i hovedsak om småskalasatsinger som har vist god effekt, men hvor det vil være utfordrende å oppskalere og knytte an til ordinær drift (eks. finansiering, hvordan sikre felles mål og prioriteringer mv.). Dette er utfordringer som også OECD har påpekt i sin landrapport for Norge «Mental Health and Work Norway» (mars 2013) og i sin siste synteserapport «Fit Mind, Fit Job, from evidence to practice in mental health and work» (mars 2015).

### *Konseptutvikling iBedrift*

En stor del av fraværet fra arbeidslivet utgjøres av store pasientgrupper innen området muskel-skjelett og lettere psykiske helseplager - personer som ofte har sammensatte og diffuse problemer. Hjelpeapparatet er i dag ikke godt nok satt i stand til å møte disse utfordringene på en god og effektiv måte. Dagens tjenester er heller ikke tilstrekkelig fokusert på forebygging; de involverer ofte ikke arbeidsgiver og arbeidstaker på en god nok måte; og de gjennomføres i stor grad ukoordinert mellom NAV og helsetjenesten. Dette fører til at vi kommer sent i gang med tiltakene, til unødig bruk av for avanserte tjenester og til at tjenestene leveres fragmentert.

Konseptet iBedrift tar tak i disse utfordringene. Forebygging gjennom økt egenkompetanse og mestring for alle ansatte i deltakende virksomheter er en hovedingrediens. iBedrift er kan således betegnes som et primærforebyggende tilbud som tilbys til alle ansatte i deltakende bedrifter eller virksomheter. iBedrift søker å finne løsninger som ikke utløser unødig ressursbruk. I et samarbeid mellom helsetjenester og NAV involveres arbeidstaker og arbeidsgiver. Det legges vekt på et felles verdigrunnlag og en modell for samarbeid mellom de involverte. En grunnide er at arbeid og aktivitet



er helsefremmende. Den faglige plattformen er en "ikke skade modell"<sup>6</sup> og den pedagogiske tilnærmingen er basert på såkalt "non directive intervention"<sup>7</sup>.

iBedrift er basert på erfaringer fra "Aktiv Rygg " (2002 - 2005), der det ble vist at undervisning om muskel/skjelettplager på arbeidsplassen førte til signifikant reduksjon av sykefravær i innsatsbedriftene. Enkelte senere studier har vist at også konseptet iBedrift har hatt effekt på sykefraværet. Fra 2007 er iBedrift etter hvert etablert i Vestfold, Troms, Telemark, Buskerud, Nordland, Akershus og Finnmark (forsøkstilbud i Alta). Aktiviteten i helsetjenesten er finansiert gjennom midler fra «Raskere tilbake» og i NAV gjennom ressurser fra NAV Arbeidslivssenter. Ordningen er etablert i nært samarbeid med partene i arbeidslivet.

Når virksomhetene har inngått en iBedrift-avtale tilbyr helsetjenesten og NAV Arbeidslivssenter felles opplæring i virksomhetene for alle ansatte og ledere. I tillegg til de bedriftsrettede innsatsene tilbys individrettede tiltak, i hovedsak polikliniske tilbud med rask tverrfaglig avklaring for å komme tidlig i gang med mestringsstrategier og å utelukke underliggende tilstander. iBedrift vektlegger at pasienten/brukeren skal møte samme tenkning og holdning i på alle arenaer. Det tilbys derfor også kurs til fastleger og NAV-ansatte som fokuserer på motivasjon for arbeidsdeltakelse tidlig i sykefraværsoppfølgingen.

Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013-2016 angir at iBedrift (herunder både bedrifts- og individtiltak) skal videreutvikles og spres nasjonalt. Det er derfor igangsatt et prosjekt med formål om å utvikle et nasjonalt konsept basert på erfaringene med iBedrift i et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV – der egne undegrupper jobber med organisering og implementering, finansiering samt forskning og evaluering av effekt. Mandatene for disse gruppene er utformet slik at konklusjoner og anbefalinger i den grad det er mulig, også vil være relevante for andre deler av arbeid og helse-området. Målet er at det innen 2016 skal foreligge et nytt nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift, og deretter vurderes om konseptet bør innføres i flere fylker eller i hele landet.

Utviklingen av et slikt nasjonalt konsept er etter arbeidsgruppens oppfatning et utmerket eksempel på felles fagutvikling på tvers av sektorgrensene. Det vil kunne gi NAV og helsesiden en samhandlingsarena for forebyggende arbeid og bidra til å styrke lokalt og regionalt samarbeid mellom sektorene rettet mot helt sentrale, felles målgrupper (muskel/skjelett- og lettere psykiske helseplager).

### *Utvikling av andre samvirketiltak*

Raskere tilbake-midlene, som er fylldig omtalt tidligere i rapporten, har stimulert en rekke aktiviteter både innen helsetjenestene og i arbeids- og velferdssektoren. Det store spennet i aktiviteter har bidratt til utvikling, men kan også ha medvirket til at vi pr i dag ikke har god oversikt over hvilke intervensjoner og modeller som har best effekt. Allikevel er det etter arbeidsgruppens oppfatning nå behov for å bruke de erfaringene som mange års utviklingsarbeid har gitt oss, til å løfte fram de mest

---

<sup>6</sup> "Ikke skademodell" er basert på en medisinskfaglig forståelse som tilsier at det ved de fleste muskel/skjelettplager (80% og mer) foreligger uklare årsakssammenhenger. Dette innebærer at det ofte er vanskelig eller umulig å stille en objektiv diagnose (finne en spesifikk skade) og at det i de fleste tilfeller ikke finnes spesifikk behandling.

<sup>7</sup> "Non directive intervention" er en pedagogisk tilnærming som fokuserer på stimulere mestringssevne og ansvar hos den enkelte.

lovende tilnærmingene, å identifisere de virksomme elementene, og deretter konsentrere innsatsene om de konseptene og arbeidsmåtene som en blir enige om å prioritere.

Som det framgår over, er det satt i gang slike prosesser i tilknytning til oppfølgingsplanen for psykisk helse/arbeid og konseptet basert på iBedrift. For å sikre muligheter for spredning av de mest lovende tiltaksformene, slik at disse tilbudene kan komme hele landet til gode - og for å kunne finne fram til tryggere finansiering og mer langsiktighet i satsningene - er det etter arbeidsgruppens oppfatning nødvendig å ytterligere gjennomgå bl.a. hele den delen av Raskere tilbake-porteføljen som integrerer arbeids- og helseperspektivene. Erfaringer og evalueringer bør systematisk oppsummeres for å utvikle ytterligere lovende «konsepter» for samvirketiltak, som fortrinnsvis kan finansieres på mer ordinære måter enn ved å bruke de spesielle Raskere tilbake-midlene. Et slikt utviklingsarbeid må nødvendigvis foregå i et tett samarbeid med de ledende fagmiljøene. I tillegg til finansieringssiden av saken, bør det i slikt utviklingsarbeid også vurderes hva slags virkemidler som skal til for å sikre spredning av kunnskapsbaserte samvirketiltak (eks. retningslinjer, veiledere, tiltaksspesifikasjoner mv.).

Et annet eksempel kan være tiltaket Individual Placement and Support (IPS, Individuell jobbstøtte), der man forener krefter for å bistå mennesker med alvorlige psykiske lidelser inn i arbeid etter en internasjonal faglig modell med svært gode dokumenterte effekter. Svært mange pågående utprøvningsprosjekter her i landet tilsier at det allerede tidlig bør vurderes hvordan man kan se for seg en mer permanent og ordinær samarbeidsmodell etter denne lesten, og hvordan dette bør organiseres og finansieres innenfor de ordinære tjenestesystemene.

I tillegg bør direktoratene sammen vurdere om det er behov for supplerende prosesser som kan bidra til å stimulere ytterligere samvirketiltak- og modeller. Det er bl.a. behov for å både summere opp erfaringer med og systematisk prøve ut modeller hvor NAV stiller med ressurser «inne i» de somatiske spesialisthelsetjenestene, f.eks. inn mot tverrfaglige team som er etablert med Raskere tilbake-midler for å vurdere medisinsk tilstand, aktuell behandling og prognose/muligheter for å komme tilbake i arbeid. Slike tilbud for rask avklaring – som ofte også er mestringsrettede og nytter kognitive/adferdsrettede tilnærminger - vil utvilsomt kunne dra nytte av den kompetansen som NAV besitter.

Det er også nødvendig med en gjennomtenkning og vurdering av mulige samarbeidsformer på det kommunale nivået. Dette vil være et nybrottsarbeid: Så langt har nær sagt alle helserettede tilbud som er utviklet under Raskere tilbake vært fundert i spesialisthelsetjenestene. Samtidig var intensjonene med Samhandlingsreformen bl.a. å få til en forskyvning av de tidlige og mindre spesialiserte innsatsene til det kommunale nivået, der det også ligger umiddelbart bedre til rette for å tenke på tvers av sektorer. Så langt har denne såkalte «venstreforskyvningen» i retning av tidligere håndtering av helseproblemer på det kommunale nivået ikke gitt opphav til mer tverrsektorielle, lokale innsatser mellom helsetjenester og NAV. Her vil det ikke minst være naturlig å se i retning av et samarbeid mellom NAV-kontor og de lokale rehabiliteringsinnsatsene som retter seg inn mot befolkningen i yrkesaktiv alder (se også kap. 3.4 over)..

### *Barrierer for samvirke?*

Taushetsplikt og hensynene til personvern vil kunne begrense adgangen til samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdssektoren på individnivå. F.eks. er

helseopplysninger og andre personlige opplysninger som helsepersonell får kjennskap til i forbindelse med ytelse av helsehjelp å anse som sensitive personopplysninger og underlagt et særlig vern mot spredning. Helsepersonell har derfor taushetsplikt om opplysninger de får kjennskap til i forbindelsen med å yte helsehjelp<sup>8</sup>. Samtidig har alle som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan taushetsplikt etter forvaltningsloven<sup>9</sup>.

Taushetsplikten skal verne om pasientens/brukerens autonomi. Et grunnleggende hensyn bak personvernreglene er enkeltindividets rett til selv å bestemme over egne opplysninger - hvilke opplysninger om en selv som kan utleveres, til hvem og til hvilket formål. Reglene om taushetsplikt skal sikre befolkningens tillit til tjenestene og hindre at de som har behov for bistand unnlater å oppsøke tjenesten av usikkerhet og frykt for uønsket spredning av opplysninger. Tillitsforholdet er viktig for at pasienter/brukere skal føle seg trygge på at opplysninger ikke kan benyttes i andre sammenhenger eller utleveres til uvedkommende. Det skal bidra til at pasientene gir fra seg den informasjon som er nødvendig slik at tjenesten blir i stand til å yte adekvat bistand.

Det er gitt flere unntak fra taushetsplikten i lov. Det vanligste og mest brukte formen for unntak er at den opplysningene gjelder samtykker til at opplysninger gis videre<sup>10</sup>. Taushetsplikten er ikke til hinder for utlevering av opplysninger så langt den som har krav på taushet samtykker. Det er en generell føring i regelverket på å i størst mulig grad basere utveksling av ellers taushetsbelagte opplysninger på grunnlag av samtykke fra den opplysningene gjelder. Det bidrar til å ivareta tillitsforholdet mellom pasient, personell og tjenester. Av mange gode grunner, legger således regelverket opp til at hvis det skal utleveres taushetsbelagt informasjon fra helse- og omsorgstjenesten til arbeids- og velferdssektoren, så må utleveringen baseres på samtykke fra den opplysningene gjelder.

Det er så langt uklart om og i hvilken grad taushetsplikten skaper utfordringer eller oppleves som en barriere for den konkrete samhandlingen mellom NAV og helsetjenestene rundt pasientene/brukerne. Arbeidsgruppen ser behov for en egen undersøkelse for å avdekke eventuelle problemer for daglig samhandling som følger av dagens bestemmelser. Her vil det være særlig viktig å inkludere erfaringene fra de konkrete samvirketiltakene som forsøkes ut (IPS m.fl.).

## Anbefalinger

*Direktoratene skal:*

- *I de to veilederne som nå utarbeides til henholdsvis regelverket om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator på helsesiden og forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdssektoren, tydeliggjøre at utarbeides kun én individuell plan for brukere som har behov for tjenester etter begge lovverkene. Formuleringene må gjøres likelydende*
- *Legge til rette for et formalisert samarbeid om Individuelle planer gjennom et harmonisert forskriftsverk, herunder rutiner for å avklare hvem som igangsetter og forankrer, og tydeligere ansvar til Koordinerende enhet i kommunene i forhold til oppnevning og veiledning av koordinator i NAV*
- *Vurdere bruk av Individuell Plan som en kvalitetsindikator både på helse- og arbeidssiden*

---

<sup>8</sup> Helsepersonelloven § 21.

<sup>9</sup> Forvaltningsloven §§ 13 flg.

<sup>10</sup> Helsepersonelloven § 22.

- *Med bakgrunn i de erfaringer som er gjort gjennom 10 år – og for å legge til rette for fortsatt felles styringssignaler fra departementene også etter at Oppfølgingsplanen psykisk helse/arbeid sluttføres –sammen utarbeide et forslag til hvilke modeller og tiltak som bør videreføres, og i hvilken form, i løpet av 2015.*
- *Gjennom styringsgruppe og prosjektledelse sikre tett oppfølging av prosjektet for å utarbeide et nasjonalt konsept basert på iBedrift, på en slik måte at en sikrer at langt flere får tilgang på helsefremmende aktiviteter og mestringsintervensjoner, og slik at en i så stor grad som mulig svarer opp problemstillinger som også er relevante for hele arbeid og helse-feltet.*
- *I tillegg til prosessene knyttet til nasjonalt konsept basert på iBedrift og psykisk helsearbeid, utvikle et knippe med omforente konsepter eller modeller for samvirketiltak mellom NAV og helsetjenestene på ulike nivåer (innretning, metodikk, arbeidsmåter, finansiering osv.), som grunnlag for mer storstilt spredning av de mest lovende intervensjonene.*
- *Gjennomføre en undersøkelse for å avdekke om bestemmelsene om taushetsplikt utgjør en faktisk barriere for samarbeid samvirke mellom sektorene.*

## 6. FoU på tvers

Forskningsaktivitetene på arbeid/helse-området er i dag fragmenterte og spredt på mange aktører, og det er ikke – med unntak av Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering i Rauland, etablert i 2006 – tatt sentrale initiativer for å bygge forskningsmiljøer over tid. Det er heller ikke tatt initiativ til en gjennomgang av den foreliggende forskningen på området, eller satt i gang programmer e.l. for å systematisk kunne bygge kunnskap over tid.

### 5.1 FoU på arbeid/helseområdet

Arbeidsgruppen har ikke selv hatt muligheter til å utarbeide noen oversikt over FoU-situasjonen på arbeid/helse-området. For å få et bedre utgangspunkt for å vurdere dagens situasjon, ser arbeidsgruppen behov for å få utarbeidet en oversikt over forskningsmiljøer som er aktive på området. For å få et grunnlag for framtidige felles initiativer, er det også behov for å oppsummere og vurdere den foreliggende forskningen på arbeid/helsefeltet. Formålet bør bl.a. være å identifisere forskningssvake temaer og områder. En slik oversikt bør særlig fokusere på forskning om tjenester og arbeidsmåter, og ikke minst utprøvinger med tilhørende forskning/evaluering som omhandler:

- Forsøk på samorganisering av eller samarbeid mellom tjenester fra begge sider
- Bruker/pasienttilbud som faglig inneholder både helse- (herunder medisinsk rehabilitering) og arbeidsrettede elementer
- Tilbud innen helsetjenestene der det å få eller beholde arbeid er en tydelig målsetting (gjørne en av flere)
- Arbeidsrettede tjenester som også har et eksplisitt helsemål

Etter arbeidsgruppens oppfatning er det framover særlig viktig å rette blikket mot de felles bruker/pasientgruppene med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og sammensatte utfordringer. Som anført innledningsvis i denne rapporten er dette grupper som ofte har komplekse utfordringer – det handler om ”både liv og helse” – der både NAV og helsetjenestene ofte har utfordringer med å møte på en adekvat måte. Samtidig krever de et samarbeid på tvers av tjenestene - isolert medisinsk behandling eller bare arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Det er med andre ord behov for tilbud som integrerer arbeids- og helseperspektivene, hvor sektorene fortrinnsvis sammen om tjenesteutøvelsen.

En hovedutfordring for sektorene vil derfor være å utvikle et langt mer solid kunnskapsgrunnlag om hva som er effektive tjenester, metoder og samvirkeformer for disse gruppene, og å avdekke hvilke tilbud som har dokumentert effekt. Denne utfordringen bør stå sentralt i forhold til alle de tiltakene som anbefales i det følgende.

### 5.2 Data på tvers

Norge har et godt utgangspunkt for å gjøre gode og helhetlige helseanalyser gjennom sentrale helseregistre og befolkningsundersøkelser. Gode registre er et viktig fundament for utviklingen av kunnskap om årsaker og effekt av tiltak.

De sentrale helseregistrene er lovhjemlet og landsdekkende, og det kan pålegges meldeplikt til dem. Med ett unntak er ingen av dem basert på samtykke fra den registrerte. Lovgivningen rundt denne typen registre er særlig streng. Det finnes 17 sentrale registre per juni 2014, hvorav 12 inneholder direkte personidentifiserbare opplysninger.

Norsk Pasientregister (NPR) inneholder informasjon om alle pasienter som venter på, eller som har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for NPR. Regjeringen har i 2015 også bevilget midler til utvikling av et nytt register for kommunale helse- og omsorgstjenester (KHOR). Et slikt register vil kunne gi ny og viktig kunnskap bl.a. gjennom helsetjenesteforskning, epidemiologisk forskning og helseanalyser, og som grunnlag for kvalitetsregistre og i klinisk forskning. Regjeringen vil også etablere et fellesregister for psykiske lidelser og ruslidelser basert på data fra allerede eksisterende nasjonale registre. Dette skal gi ny kunnskap om forekomst, risikofaktorer, effekt og kvalitet på behandling. Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått i oppdrag å utrede hvordan dette kan løses, basert på data fra allerede eksisterende nasjonale registre.

I tillegg finnes det i vår sammenheng en rekke andre relevante datakilder, bl.a. Forløpsdatabasen trygd (FD-trygd), KUHR (HELFO - kontroll og utbetaling av helserefusjoner), sosioøkonomiske og økonomiske individdata i SSB (inntekt, utdanning, sysselsetting, fødeland/landbakgrunn m.m.), Folkeregisteret og Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret.

En revidert helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015. Loven legger til rette for enklere, tryggere og mer effektiv bruk av data fra helseregistre, og forenkling knyttet til søknad om tilgang til data og koblinger. For å gjennomføre analyser og utvikle ny kunnskap kan det ofte være behov for å kople opplysninger fra helseregistrene med data fra andre sektorer. For eksempel vil kopling mellom helseregistre og data om yrke og næring være svært relevant for det forebyggende arbeidet i arbeidslivet og for analyser av folkehelseutfordringer mer generelt. Videre vil kopling mellom helseregistrene og data om en rekke andre sosiale bakgrunnsfaktorer være av stor betydning for analyser av årsaker til helseproblemer og til sosiale forskjeller i helse. Etter arbeidsgruppens oppfatning er det vesentlig å legge til rette for slike koblinger.

Bl.a. Folkehelseinstituttet har pekt på at juridiske og organisatoriske forhold gjør koblingsprosesser tids- og ressurskrevende, og at det er behov for enklere systemer og regelverk balansert opp mot et sterkt personvern. I tillegg er det behov for modernisering av registrene for å kunne innføre «innebygget personvern» og unngå unødige manuelle rutiner. Det er også en utfordring at en lang rekke forskjellige institusjoner forvalter ulike registre og datakilder, med egne retningslinjer, søknadsskjema for tilgang og egne (tid)krevende søknadsprosedyrer. Selv om forskriftene til de sentrale helseregistrene gir hjemmel til å koble og utlevere aidentifiserte filer til forskning uten forhåndsgodkjenning fra REK og konsesjon fra Datatilsynet, viser det seg i praksis at de fleste store registerkoblinger allikevel krever slike tillatelser. De fleste registerforskriftene mangler også hjemmel til å koble mot SSB, noe som gir krevende godkjenningsprosedyrer. Ulik tolkning av regelverk mellom aktørene fører også at det tar tid å få alle nødvendige tillatelser på plass.

Arbeidet med modernisering og samordning av de sentrale helseregistrene og de medisinske kvalitetsregistrene er godt i gang. Nasjonalt helseregisterprosjekt er etablert og ledes av Helse- og omsorgsdepartementet og Folkehelseinstituttet er sekretariat. Fra 2013 er det etablert en felles arbeidsgruppe for samarbeid om saksbehandling knyttet til utlevering av data fra de sentrale helseregistrene. HOD har igangsatt en utredning av organisatoriske tiltak i deler av den sentrale helseforvaltningen, der det også skal legges bedre til rette for såkalt kunnskapsbasert folkehelsearbeid, der både helseregistre, data om helsetilstanden og tjenestene og data med betydning for helse fra andre sektorer, vil være av interesse..

Arbeidsgruppen vil peke på at det i dag brukes store ressurser på å samle inn landsdekkende data i en rekke sentrale helseregistre, og tilsvarende på arbeids- og velferdssiden. Dette er unike kilder også på verdensbasis. Det er imidlertid et stort potensial for bedre utnyttelse av registrene, ikke minst på tvers av sektorene. På feltet arbeid og helse er det spesielt relevant å kunne koble data fra kilder forvaltet av forskjellige institusjoner og sektorer. Disse registermiljøene er ikke godt representert i det pågående moderniserings- og koordineringsarbeidet ledet av HOD. Det er dermed viktig for fagområdet arbeid og helse at en i det pågående arbeidet også vurderer forholdet til og koblingsmulighetene mot arbeids- og velferdssiden, Skattedirektoratet (Folkeregisterdata) og SSB.

Arbeidsgruppen vil også peke på at Nasjonalt folkehelseinstitutt siden 2012 har laget folkehelseprofiler med data fra sentrale registre om helsetilstand og påvirkningsfaktorer for kommuner og fylkeskommuner. Statistikkområdene som inngår i profilene er data om befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Folkehelseinstituttet arbeider med å supplere med nye datakilder slik at innholdet i profilene kan utvides. Det bør her arbeides for at relevante data om arbeid og helse inkluderes i disse profilene.

### 5.3 En felles satsning på effektforskning

Oppstarten av Raskere tilbake-ordningen (RT) var preget av at man på svært kort tid skulle etablere en meget omfattende portefølje av tilbud rundt i landet, og av at det var viktig å utnytte en stor bevilgning så langt som mulig allerede de par første årene. I en slik situasjon var det vanskelig å lage en form for «grand design» som kunne bidra til å systematisk bygge kunnskap om effekter av innsatsene. Det ble, kort sagt, aldri blitt lagt til rette for systematisk effektevaluering av Raskere tilbake. Tiltakene ble innført på et svakt kunnskapsgrunnlag, og uten å bli innrettet på måter som skulle gjøre det mulig å systematisk bygge kunnskap om effekter i form av redusert sykefravær.

I en oppsummering av effekter av tiltak under IA-avtalen, mente Folkehelseinstituttet i 2013 at det er *«betydelig usikkerhet knyttet til eventuelle effekter av RT i form av redusert sykmelding»* - til tross for at noen spredte miljøer har bidratt med forskning på ordningen både samlet sett og på enkelttiltak. Det konkluderes med at *«den tilgjengelige forskningen om RT er såpass begrenset at det er vanskelig å konkludere noe om effekten av RT samlet sett»*. Det foreligger heller ingen analyse av kostnader versus nytte.

Det er som nevnte stor bredde i tiltak innen RT, og enkelte forskningsmiljøer har iverksatt effektevalueringer av enkeltintervensjoner. F.eks. fant Aakvik, Holmås og Kjerstad (2012) visse effekter i form av noe redusert ventetid og kortere fravær blant arbeidstakere som ble sykmeldte og dernest behandlet i RT (konvensjonelle behandlingsformer) sammenliknet med de som ble behandlet i det ordinære helsevesenet.

Mer generelt er det få eksempler på gode effektevalueringer av tiltak som kombinerer et arbeids- og helseperspektiv. Det kan nevnes at Odeen og medforfattere (2013) i sin undersøkelse av iBedrift fant at denne tilnærmingen ga nedgang i sykefraværet sammenliknet med kontrollgruppe. Dette er ett av få eksempler på at en har tatt i bruk en såpass stringent metodikk at det gir noenlunde robust kunnskap om effekter av intervensjoner.

Samlet sett står vi i dag med en meget omfattende portefølje av Raskere tilbake-tiltak som vi i liten grad vet om har effekt eller om er kostnadseffektive. Mens det innen helsesektoren er omfattende forskning om effektene av intervensjoner, og det etter hvert også på arbeidssiden har vokst fram en



litteratur om effekter av arbeidsrettede tiltak, er det generelt lite kunnskap om virkningene av tiltak som kombinerer helse- og arbeidsperspektivene. Så langt har etableringen av den store Raskere tilbake-porteføljen ikke bidratt til særlig mer kunnskap på dette området.

Ordningen RT har de siste årene vært i betydelig utvikling hva angår innholdet i tjenestene. Bredden i tilbudet er etter hvert betydelig utviklet – f.eks. har tilbud til arbeidstakere med psykiske helseutfordringer blitt lansert, dvs. nye tilbud utover det som har vært tilgjengelig i den offentlige helsetjenesten til nå.

Det er i dagens situasjon en del skjær i sjøen i forhold til effektstudier denne typen tiltak. Det kan bl.a. en del steder være utfordrende å etablere kontrollgrupper som ikke får tilgang til RT. Etter arbeidsgruppens oppfatning gir allikevel Raskere tilbake-satsningen muligheter for systematisk kunnskapsbygging over tid på arbeid/helseområdet. Det er et uomtvistelig og stort behov for mer kunnskap om effekter av innsatsene, dvs. om bruken av midler faktisk gir ønsket effekt. Dette gjelder spesielt tilbudene til det store flertallet av sykmeldte og Raskere tilbake-brukere med muskel/skjelettproblemer eller psykiske plager, og ikke minst tilbud som kombinerer helse- og arbeidsperspektivet.

Arbeidsgruppen viser her til nylig sluttrapport fra ekspertgruppen som har gjennomgått NAV, der man formulerer seg som følger: *«Etter utvalgets oppfatning bør det etableres et forsknings- og utviklingsprogram med tydelig mandat og tilstrekkelig ressurser for å sikre en profesjonell og enhetlig utvikling av tjenester som favner både helse- og arbeidsdimensjonene for å sikre helhetlige og effektive brukerløp».*

Det er også vesentlig at det ved lansering av nye tiltak eller enkeltintervensjoner under denne paraplyen som en hovedregel sikres at disse gjennomføres som kontrollerte studier som også gir grunnlag for analyser av kostnader versus nytte. Dette forutsetter bl.a. at det utarbeides klare definisjoner på intervensjonene (jfr. utviklingsarbeidene nevnt tidligere om Ibedrift og på psykisk helsefeltet), og klare kriterier for hvordan resultatene skal måles. Slike mer eksperimentelle framgangsmåter kan i en del tilfeller være kostnadskreven og ta lang tid. Etter arbeidsgruppens oppfatning bør imidlertid dette ikke være til hinder for å satse langt sterkere på slike tilnærminger. For å forklare *hva* som evt. virker og ikke virker, bør slike prosjekter suppleres med en prosessevaluering som undersøker kvaliteten på implementeringen av tiltakene.

For særlig å kunne analysere effekter av tiltak som allerede er lansert, kan en alternativ framgangsmåte være å utnytte variasjonen i tilnærminger og utforming mellom bl.a. Raskere tilbake-tiltakene – og samtidig gjennomføre ulike former for observasjonsstudier basert på registerdata. Her vil randomisert kanalisering inn til ulike tiltak gi de mest klart mest robuste resultatene.

Det bør også vurderes om det kan være hensiktsmessig å knytte noen ekstra krav til en del av de tilskuddene som gis under Raskere tilbake og andre satsninger. En mulighet vil være krav om en tilknyttet plan for forskningsbasert og robust evaluering, noe som også mer generelt kunne bidra til å stimulere mer effektforskning på dette området.

## 5.4 Et felles kunnskapssenter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble etablert i 2004 for å støtte praksis og forvaltning i å ta velinformerte beslutninger, og i større grad basere helsepolitikken på et samlet bilde av forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak og programmer. Det skulle også være et virkemiddel til



å håndtere faglig uenighet og uheldig variasjon i praksis. Hovedvirkemiddelet er oppsummeringer av forskning om effekt av tiltak. Kunnskapssenterets vedtekter slår fast det skal være faglig uavhengig, og at det ikke kan instrueres i faglige spørsmål.

I 2011 ble det etablert en kunnskapssenterfunksjon for velferdstjenester ved senteret av direktørene i seks velferdsetater (Helsedirektoratet, Politidirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Husbanken, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og den daværende Kriminalomsorgens sentrale forvaltning – nå Kriminalomsorgsdirektoratet). Formålet var å bygge kapasitet for å sammenstille forskning som har evaluert effekt av tiltak, som bidrag til bedre beslutninger om policy og praksis i velferdstjenestene. Kunnskapssenteret hadde allerede et kompetent fagmiljø for oppsummering og infrastruktur som kunne støtte opp om seksjonens kompetansebygging, metodeutvikling og kvalitetssikring. I tillegg var sekretariatet for Campbell-samarbeidet allerede plassert her - et internasjonalt forskningsnettverk som produserer systematiske oversikter om forskning på effekten av tiltak innen feltene sosial velferd, justis og utdanning. Intensjonsavtalen om seksjonen utgikk 31.12.2014.

Seksjonen har blitt evaluert i flere omganger i perioden. De viser at samarbeidet mellom direktoratene har vært godt, at seksjonen har bidratt til bedre tverrsektorielt samarbeid, og at den faglige kvaliteten og serviceinnstillingen har blitt oppfattet som tilfredsstillende. De viser også at det er har vært en viss spenning mellom naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige metoder, og mellom behov for en fleksibel tilnærming til innhenting, vurdering og sammenstilling av forskning versus høye og stringente krav til dokumentasjon av effekt.

Fra og med 01.01.2015 har Politidirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet trukket seg ut, og fra samme dato har NAV gått inn i samarbeidet. Det legges nå opp til en reetablering og å sikre kontinuitet og en «kritisk masse» av kompetente medarbeidere gjennom en samlet årlig finansiering på minimum 8-10 mill.

Enheten skal nå videreføres som seksjon i avdeling for kunnskapsoppsummering i Kunnskapssenteret, underlagt Kunnskapssenterets direktør. Rapporter vil utgå fra Kunnskapssenteret, og være gjenstand for samme kvalitetssikringsrutiner som senterets øvrige produkter. Direktoratene deltar i en koordineringsgruppe som er direktoratenes kontaktpunkt med seksjonen, og som prioriterer bestillingene samt drøfter andre saker av betydning for arbeidet i seksjonen.

Seksjonens viktigste oppgaver vil være å å produsere systematiske oversikter og litteratursøk av høy kvalitet og å formidle eksisterende systematiske oversikter. I tillegg skal man støtte kunnskapsbasert praksis og policyutforming ved å undervise i kunnskapshåndtering. Man vil dessuten jobbe mer systematisk med bl.a. å:

- Konsulentbasert arbeid med utforming av søknader, bestillinger av forskning og vurdering av enkeltstudier
- Videreutvikle arbeidet med oppsummering av kvalitative studier
- Kontinuerlig formidle eksisterende forskningsoversikter, for eksempel fra Campbell Collaboration
- Formidling av relevante, men ekskluderte, studier og oversikter

- Nye rapport-/notatyper (utvidet litteratursøk/forenklet systematisk oversikt, etternotat, hasteoppdrag)

Det forventes at seksjonen kan være fullt operativ fra og med 1. september 2015. Arbeidsgruppa mener det er viktig at Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sammen utnytter den unike kompetansen i denne enheten, og går sammen om å ta initiativer til kunnskapsoppsummeringer på arbeid/helse-området.

## 5.5 Samstemt arbeid mot store forskningssatsninger

Satsingsområdet *Flere aktive og sunne år* (FASE) - en hovedprioritering innen Forskningsrådets satsninger i årene framover - er konsentrert om tre hovedutfordringer:

- Endring i sykdomsbildet og omsorgsbehov
- Behov for økt produktivitet og kompetanse i helse- og velferdssektoren
- Behov for økning i samfunnets arbeidsstyrke

Programmet *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester* (kortform: *Gode og effektive tjenester*) er den viktigste og største enkeltaktiviteten i FASE. Programmet er tiårig og skal gjennom forskning og innovasjon bidra til god kvalitet, kompetanse og effektivitet i helse-, omsorgs- og velferdstjenestene, og sikre god pasient- og brukerforløp med utgangspunkt i brukernes behov.

*Gode og effektive tjenester* bygger på en forståelse av at disse står overfor mange felles utfordringer som krever ny kunnskap, og som må ha nytte av sektorovergripende tilnærminger i søken etter gode og nye løsninger. Programmet skal legge vekt på helhetlige behandlingsforløp og samordnet innsats på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, og samspill mellom yrkesgrupper innenfor samme fagfelt og mellom tilgrensende fagfelt. Det er bl.a. angitt at det er behov for mer kunnskap om samarbeid og arbeids/ansvarsdeling mellom profesjoner og tjenestenivåer og mellom de ulike tjenestene i kommunesektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen.

Det legges opp til et bredt og langsiktig forskningsprogram med et betydelig årlig budsjett (130 mill. kr. i 2015), som skal omfatte både grunnleggende og metodeutviklende forskning og mer handlingsrettet og anvendt forskning. Det skal legges til rette for kvalitets- og kapasitetsbygging og mer tverrfaglig forskning. *Gode og effektive tjenester* skal således styrke spillet mellom helsefaglig, sosialfaglig og økonomisk-administrativ forskning, studere effekter av forløp for pasienter og brukere med sammensatte og kroniske lidelser knyttet til bl.a. rehabilitering, arbeidsintegrasjon, attføring og sosiale tjenester. Det skal ses på gråsoneproblemer forbundet med ansvarsdeling og samarbeid mellom kommunale og statlige tjenester og mellom tjenestenivåene i statlig sektor. I tillegg er det en ambisjon å bedre sammenhengen mellom forskning, utdanning, praksis og brukere.

I grunnlagsdokumentet for programplanen skisseres følgende som et av utgangspunktene for satsningen: «*Helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen har en del felles brukere der det er viktig å sikre god koordinering av tjenestetilbudet og tett samarbeid mellom dem som leverer tjenestene. Reformene i helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdssektoren vil gripe inn i og ha betydning for dette spillet på ulike måter. Det gjelder både samarbeid om tjenestetilbudet for den enkelte bruker, organisatorisk på lokalt nivå, og når det gjelder perspektiver og formål med det samlede tilbudet som gis. Dette er viktig å få belyst, ikke minst fordi reformene primært skal ivareta egne sektormål. Samhandlingsreformen har således fokus på forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mens NAV-reformen og de etterfølgende*

*endringene i virkemidlene har primært hatt som fokus å knytte sammen arbeidsmarkedspolitikken og velferdspolitikken. Ingen av reformene har spesifikt som formål å fremme horisontal samhandling og samordning mellom de to tjenestoområdene».*

Arbeidsgruppen mener det er store potensialer for kunnskapsutvikling på arbeid/helseområdet og på tvers av sektorene i denne typen kunnskapssatsninger – potensialer som direktoratene bør utnytte på en systematisk måte.

## 5.6 Et felles fagråd

Fagområdet arbeid og helse retter seg inn mot hele bredden av befolkningen i arbeidsfør alder. Det favner mange faglige innfallsvinkler og problemstillinger, og mange og ofte sammensatte tiltak og intervensjoner som fordrer samarbeid og koordinering på tvers av fag og sektorer. De som arbeider innen dette feltet og i fagmiljøene har derfor bakgrunn i mange forskjellige utdanninger og er spesialister med forskjellige akademiske ståsteder.

Mange av disse fagmiljøene har ikke felles arenaer for tverrfaglig drøfting av de sammensatte problemstillingene vi ofte står overfor. Ved mange anledninger har det blitt uttrykt et behov for rydding, felles strategiutvikling og felles satsing på forskning innen fagområdet arbeid og helse. Etter arbeidsgruppens oppfatning er det et stort potensiale for videre positiv utvikling i grenseflatene mellom de ulike fag og sektorer som er involvert i på dette fagområdet.

Et virkemiddel for å løfte og samle dette fagfeltet kan være å etablere et faglig råd på området arbeid og helse.

Helsedirektoratet har en lang tradisjon for nasjonale råd eller fagråd. Deler av Helsedirektoratet består av enheter og avdelinger som tidligere fungerte som separate sekretariat for enkelte av disse rådene (tobakkskaderådet, ernæringsrådet mv.) Helsedirektoratet har nylig re-oppnevnt rådene for en ny periode. Basert på erfaringene er det utarbeidet en mal for mandat for rådene.

Driften av et fagråd er ressurskrevende, og det bør alltid vurderes nøye om råd og innspill kan innhentes på annet vis, eksempelvis ved hjelp av høringer, faglige kontaktmøter, fagseminarer eller konferanser. Helsedirektoratet har utarbeidet egne retningslinjer som inneholder vurderingstemaer som bør inngå i vurderingen om det er riktig å etablere et fagråd på et område. Her angis noen mulige begrunnelser for opprettelse av fagråd:

- Skaffe legitimitet (og oppslutning) for et bestemt fagområde i fagmiljøene, hos brukergrupper eller i befolkningen generelt.
- Skaffe grunnlag for beslutninger (normerende virksomhet)
- Samle kunnskap/ekspertise på et bestemt område og være et organ som på selvstendig grunnlag er veiledende, rådgivende og et supplement til offentlig myndighetsutøvelse

Oppnevningen av medlemmer skal reflektere den overordnede og grunnleggende intensjonen med rådet. Et kjennetegn og en gjenganger i oppnevningen av Helsedirektoratets nasjonale råd er at medlemmene oppnevnes i kraft av sin egen kompetanse innenfor sine fagfelt og ikke som representant for sin institusjon, organisasjon eller lignende.

Et fagråd har ikke besluttende myndighet men skal gi råd i saker som legges frem for dem, eller som fagrådet fremmer på eget initiativ. Det vil være nødvendig å ivareta en sekretariatsfunksjon med

tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å tilrettelegge saksforberedelse, referatføring, og øvrig tilrettelegging av rådsmøter.

Arbeidsgruppen ser en rekke potensielle gevinster med at direktoratene går sammen om et fagråd med felles oppdrag og sekretariat på dette fagområdet. Det vil:

- Gi et sterkt signal om samarbeid på fagfeltet
- Bidra til å sikre kontinuitet og bidra til å holde diskusjoner og prosesser innen fagområdet aktuelle og levende
- Styrke direktoratenes fagkompetanse og være en viktig arena for dialog mellom fagfolk, forskere og myndigheter
- Stimulere til bruk av etablert kunnskap som beslutningsgrunnlag for utvikling av strategier og tiltak, og til at kunnskapen i større grad implementeres i tjenestene
- Bidra til at det fokuseres på det fagmiljøene anser som de viktige spørsmålene og dermed sette agendaen for fremtidige satsinger på fagfeltet
- Bistå direktoratene i å legge til rette for følgeforskning knyttet til satsinger og innføring av nye strategier og intervensjoner

Ovenstående kan betraktes som en formålsangivelse, og bør derfor også legges til grunn for vurderinger av sammensetningen av rådet. Formålet vil ikke være å teste ut eller forankre ideer, noe som ville pekt i retning av en bredere partssammensatt gruppe. Hensikten er isteden en gruppe som kan bidra til å sette agendaen, gi faglige råd av høy kvalitet og dermed bidra til å styrke direktoratenes arbeid på Arbeid og helse området. Dette tilsier medlemmer som oppnevnes i kraft av egen kompetanse (eksperter, forskere mv.) og som ikke representerer en institusjon eller organisasjon.

Brukermedvirkning vil i denne sammenhengen kunne ivaretas gjennom egne workshops, seminarer eller møter der en får fram brukerinnspill og nytter brukernes spesielle kompetanse. Dialog med partene i arbeidslivet bør neppe ivaretas i selve rådet, men gjennom allerede etablerte kontaktstrukturer.

Det må utarbeides et mer presist mandat for rådet og en plan for etablering, drift og felles sekretariatsfunksjon.

### *Anbefalinger:*

- *Direktoratene bør gå sammen om å få utarbeidet en oversikt over forskningsmiljøer som er aktive på arbeid/helsefeltet, og sørge for en samlet oppsummering og vurdering av den foreliggende forskningen på området.*
- *Direktoratene bør i felleskap iverksette et arbeid for å legge til rette for at koblede data om arbeid og helse skal være lettere tilgjengelig for kvalitetsforbedring, overvåkning og forskning.*
- *Helsedirektoratet bør trekke med arbeids- og velferdssektoren inn i pågående arbeid med å utvikle eksisterende og nye nasjonale helseregistrene, og direktoratene bør bidra til at data arbeids- og velferdssektoren vurderes inkludert i nye nasjonale registre for psykisk helse/rus og kommunale helse- og omsorgstjenester.*

- *Direktoratene bør arbeide for at data om tilknytning til arbeidslivet i større grad bør inkluderes i Folkehelseinstituttets folkehelseprofiler og oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.*
- *FoU-satsninger som fokuserer på brukere/pasienter med psykiske/psykososiale problemer, smerteproblematikk og sammensatte og ofte diffuse lidelser skal prioriteres høyt med henblikk på å kunne utvikle effektive tjenester, metoder og samvirkeformer for disse gruppene.*
- *Tilstrebe at nye satsninger og prosjekter planlegges, innrettes og implementeres slik at det er mulig å framskaffe robust kunnskap om effekt, fortrinnsvis gjennom kontrollerte og evt. randomiserte design*
- *En andel av Raskere tilbake-midlene settes av til systematisk bygging av kunnskap om effekter av innsatsene, i et program som over tid skal styrke effektkunnskapen om tiltak som kombinerer et arbeid- og helseperspektiv, og/eller som innebærer et konkret samvirke mellom NAV og helsetjenester.*
- *Direktoratene bør utnytte synergien som et felles kunnskapssenter kan gi på arbeid/helseområdet ved å gå sammen om å identifisere og prioritere problemstillinger som kan sikre mer effektkunnskap gjennom gode kunnskapsoppsummeringer.*
- *Direktoratene bør framover jobbe sammen og samstemt for å sikre at temaer på arbeid/helseområdet prioriteres innen relevante satsninger under Norges Forskningsråd.*

## 7. Kompetansebygging

### 6.1 Kompetanse på tvers

Skal vi få et arbeidsrettet perspektiv inn i helsetjenestene, vil en viktig forutsetning være å generelt heve kunnskapsnivået om de helsefremmende potensialene ved arbeid, og om arbeidsinkludering som fagområde mer spesielt. Medarbeiderne i NAV forholder seg på sin side til brukere med helseproblemer som har utfordringer i forhold til både sosial inkludering og inkludering i arbeidslivet. Disse byr på spesielle kompetanseutfordringer for medarbeiderne, spesielt i forhold til de store gruppene med psykiske problemer eller muskel/skjelettplager.

Arbeidsgruppen vil her peke på særlig to spor som bør trækkes opp den nærmeste tiden: Det ene handler om å gå sammen om å kompetanseheve de som skal samhandle på tvers i den operative hverdagen, i tilknytning til spesielle tiltak og satsninger. Det andre handler mer generelt om å sikre at flest mulig medarbeidere har kunnskaper om forholdet mellom arbeid og helse, og også kjennskap til mål, organisering og funksjonsmåter innen den andre sektoren.

For det første er det vesentlig å satse systematisk på felles kompetanse knyttet til konkrete satsninger og tiltak. Et eksempel kan være den kompetansepakken som er utviklet i tilknytning til utviklingen av modellen/tiltaket Individuell jobbstøtte her i Norge, der det tilbys grunnopplæring og fagmoduler. Det vises her til de modellene for samhandling som nå skal utvikles, og som omtales under 4.2 i denne rapporten. Det bør også vurderes å knytte egne kompetansekrav til de som skal arbeide innen disse konseptene, og finne fram til egnede måter å sikre at utøverne faktisk får den kompetansen og de ferdighetene som er nødvendige. .

For det andre er det nødvendig med initiativer som sikrer større gjensidig kunnskap om hverandre på tvers av sektorene – om mål, organisering, arbeidsmåter mv. Det er særlig viktig å sikre et best mulig grunnlag blant de som rekrutteres inn til sektorene, og som forutsettes å få til et nærmere samarbeid i årene framover. Etter arbeidsgruppens oppfatning bør søkelyset her ettes inn mot den delen av utdanningssektoren som forsyner helsetjenestene og NAV med nye rekrutter. Her pågår for tiden et betydelig arbeid som en oppfølging av Meld St nr 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd. Samspill i praksis» - en utdanningspolitisk retningsmelding for det helse, sosial- og velferdsfaglige utdanningsområdet. Meldingen begrunnes med at de mange reformene og endringene som er gjort i måten velferdstjenestene organiserer og løser gamle og nye oppgaver på, ikke reflekteres godt nok i hvordan profesjonsutdanningene så langt har utviklet seg. Et hovedanliggende er at utdanningene i sterkere grad må relateres til fremtidige helse- og velferdsbehov, og ikke minst behovet for å styrke samordnet innsats.

I kjølevannet av Meld St nr. 13 er det iverksatt flere større utviklingsprosjekter med betydning for innholdet i helse- og velferdsutdanningene. *Sosialfagsprosjektet* tar utgangspunkt i de tre sosialfagutdanningene (barnevern, vernepleie og sosialt arbeid) for å styrke felles elementene i mellom utdanningene og skape mer samarbeid på tvers av profesjonsgrensene. *Praksisprosjektet* skal vurdere behovet for og foreslå endringer i innhold og omfang i praksisstudiene, og foreslå kriterier og indikatorer for kva som kjennetegner god kvalitet og relevans. Med utgangspunkt i prosjektet skal det vurderes finansieringsordninger og lovfesting av praksisstudier i både NAV og kommunale helse- og velferdstjenester. Et særlig viktig oppfølgingsarbeid av Meld St nr. 13 er utviklingen av et nasjonalt

system for fastsettelse av kompetansekrav (læringsutbytter). Det foreligger per i dag et forslag om å erstatte dagens rammeplaner for enkeltutdanninger (for de som har dette) til en felles forskrift med kompetansekrav som skal gjelde alle helse- og velferdsutdanningene. Med utgangspunkt i denne felles forskriften skal det utarbeides egne profesjonsbaserte retningslinjer.

Prosjektet *Felles innhold* skal identifisere hvilke temaer og innholdselementer som skal inngå i alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger - dvs. hvilke læringsutbytter utdanningene skal legge til grunn i sin planlegging av studiene. Dette felles innholdet skal bidra til å bygge en felles og velferdsmessig verdi-, kunnskaps- og kompetanseplattform hos de nyutdannede, uansett valg av profesjonsfaglig grunnutdanning.

Arbeidsgruppen mener direktoratene bør jobbe samstemt inn mot de ovennevnte prosessene for å sikre at framtidige studenter har en viss felles ballast på arbeid/helse-området.

Arbeidsgruppen vil også vise til at NAV har startet en prosess med å inngå et mer forpliktende samarbeid med utvalgte universiteter og høyskoler for å styrke NAV-relevant kunnskap og kompetanse innenfor FoU og helse- og velferdsstudiene. Noen av temaene det skal samarbeides om vil berøre helseområdet, som eksempelvis folkehelse/forebygging, helse og arbeid, sykefravær og Inkluderende arbeidsliv. Det kan derfor være hensiktsmessig at direktoratene samarbeider om felles temaområder overfor UH-sektoren, og gjennom å stimulere til både videreutdanninger (evt. moduler i relevante grunnutdanninger) og forskningsprosjekter der vi ønsker å styrke kunnskapsgrunnet.

## 6.2 En nasjonal kompetansetjeneste for hele arbeid og helse-feltet?

På arbeid og helse feltet er det i dag etablert en kompetansetjeneste innen arbeidsrettet rehabilitering, organisert som en adskilt enhet ved knyttet til Attføringscenteret i Rauland - kalt Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Kompetansesenteret forvaltes administrativt gjennom RHF Helse Sør-Øst.

For å styrke hele fagområdet arbeid og helse, kan det etter arbeidsgruppens oppfatning være hensiktsmessig å vurdere en utvidet nasjonal kompetansetjeneste som i større grad favner aktiviteten i kommuner og primærhelsetjenesten, og også aktiviteten i arbeids- og velferdssektoren – og som har et ståsted i begge sektorene.

Innen spesialisthelsetjenesten har man en lang tradisjon med nasjonale kompetansetjenester, tidligere ofte kalt nasjonale kompetansesentre. Det foreligger i dag både en forskrift og veileder om denne typen tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene skal særlig bidra til å sikre kvalitet gjennom kunnskap både om det sjeldne og det nye på kompetansesvake områder. Dette innebærer oppbygging av kompetanse på områder som kan innebære en ny måte å arbeide på eller utvikling av nye metoder. Slike nasjonale kompetansetjenester kan opprettes for en eller flere sykdomsgrupper med fokus på hele behandlingsskjeden eller deler av den (diagnostikk, behandling, rehabilitering, opplæring og oppfølging av pasienter og pårørende), og på metoder, teknologi og behandlingstiltak. Enkelte nasjonale kompetansetjenester omfatter kompetanseoppbygging på fagfelt som er like relevante for både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene er vanligvis lokalisert i en helseregion, der det regionale helseforetaket har ansvar for drift og organisering. En nasjonal kompetansetjeneste for en eller flere sykdomsgrupper som er



lokalisert flere steder eller i flere helseregioner, organiseres og godkjennes som en samlet nasjonal kompetansetjeneste med ett ansvarlig regionalt helseforetak.

Slike tjenester kan etableres når det er behov for oppbygging og spredning av kompetanse innenfor et område, og når hensyn til kvalitet og kostnadseffektivitet tilsier sentralisering. Viktige oppgaver for slike nasjonale kompetansetjenester er å:

- Bygge opp og formidle kompetanse
- Overvåke og formidle behandlingsresultater
- Delta i forskning og etablering av forskernettverk
- Bidra i relevant undervisning
- Sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere
- Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgang til nasjonale kompetansetjenester
- Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis
- Etablere faglige referansegrupper
- Rapportere årlig til departementet eller til det organ som departementet bestemmer

Som nevnt over har helsetjenesten i dag en egen kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Denne konstruksjonen kan ha utfordringer bl.a. knyttet til lokalisering, administrativ tilknytning til kun spesialisthelsetjenesten og til en klinikk med én bestemt innretning. For å kunne utvikle det fagfeltet arbeid og helse, kan det være ønskelig å utvikle en kompetansetjeneste som dekker en større bredde faglig og organisatorisk, og som har mandat både fra helse- og arbeids- og velferdsmyndighetene.

Innen arbeids- og velferdssektoren er det ikke på samme måte tradisjon for denne typen kompetansebyggende tjenester. Som et ledd i bestrebelsene på å videreutvikle et felles faglig grunnlag for tjenestene, mener arbeidsgruppen likevel det er grunn til å vurdere om det kan være hensiktsmessig å samarbeide om etablering av en felles kompetansetjeneste. Det bør her også vurderes om f.eks. dette eventuelt kan organiseres som en form for nettverksstruktur der eksisterende nasjonale kompetansemiljøer kan inngå. Et viktig utgangspunkt for vurderingen vil være helsetjenestenes velutviklede system for nasjonale kompetansetjenester.

### 6.3 En møteplass for faglig påfyll og politikk- og fagutvikling

Arbeidsgruppen mener det er behov for en samlende arena for hele det aktuelle politikk- og fagfeltet – en arena som kan

- fungere som en årlig møteplass mellom brukere, beslutningstakere, forskere, utdanningsinstitusjoner og medarbeidere i tjenestene
- tilføre kompetanse
- presentere det siste på forskningsfronten
- fungere som motor for fag- og metodeutvikling og innovasjon
- gi internasjonale impulser

På denne måten vil Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet kunne bidra til kunnskaps- og kompetanseutvikling og et større og mer robust fagmiljø, der arbeid og helse settes enda sterkere på dagsordenen.



I dag arrangerer flere aktører separate konferanse og seminarer der deler av fagmiljøene innen arbeid og helse treffes. Det er behov for en fast årlig arena som kan gi større kontinuitet og samtidig favne hele feltet, også på tvers av f.eks. psykisk og somatisk helse. Det bør vurderes nærmere om dette mest hensiktsmessig ivaretas gjennom en mer tradisjonell, stor årlig konferanse, eller f.eks. om en over litt flere dager kan la dagens arrangører samle seg under en felles større paraply.

## *Anbefalinger*

*Direktoratene bør:*

- *Gå sammen om å få helse og arbeid inn som et fagområde innen relevante grunnutdanninger gjennom arbeidet i kjølvannet av Meld. St. nr. 13*
- *Involvere Helsedirektoratet i NAVs samarbeid med Universitets- og høyskolesektoren for å styrke felles kunnskap- og kompetanseområder, der dette er relevant.*
- *Vurdere nærmere om en i fellesskap bør stimulere til egne utdanningsløp (fortrinnsvis videreutdanning) på arbeid/helse-området*
- *Utrede muligheten for å etablere en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse, som er forankret i begge sektorer og dekker begge nivåer innen helsetjenestene*
- *Ha etablert og konstituert et felles fagråd for området arbeid og helse I løpet av 2015. Rådet bør ha en faglig profil (ekspertråd), og ha som overordnet formål å styrke fagområdet.*
- *Sikre at det utvikles kompetansepakker som kan gjenbrukes i tilknytning til de konseptene/modellene for samarbeid som nå skal utvikles*
- *I fellesskap arrangere en årlig stor møteplass som kan fungere som en fagutviklende og samlende arena for de som arbeider på arbeid/helseområdet.*

## 8. Vedlegg:

### Status pågående ungdomssatsinger

#### Jobbstrategien for unge med nedsatt funksjonsevne

Unge med nedsatt funksjonsevne møter store utfordringer når de skal ut i arbeidslivet.

Jobbstrategien er en målrettet innsats fra regjeringen for å få flere i jobb og færre på stønad.

Personer under 30 år med behov for arbeidsrettet bistand for å komme i jobb er hovedmålgruppe for satsingen. Overgangen mellom utdanning og arbeid er høyt prioritert. Jobbstrategien omfatter unge med alle typer funksjonsnedsettelse. Gjennom Jobbstrategien er NAV blitt bedre på samhandling internt og overfor eksterne samarbeidspartnere. Det er utviklet en modell for internt samarbeid, der ulike fag- og kompetansemiljøer trekkes tidligere inn i arbeidet med å få den enkelte ut i jobb.

Personer i målgruppa som har behov for hjelp fra NAV i overgangen mellom skole og arbeid fanges opp gjennom et systematisk samarbeid som er etablert med videregående skoler, høyskoler og universitet. Når det gjelder samarbeid med helsesektoren/behandlingsapparatet er det et potensiale for å styrke samarbeidet, spesielt samarbeid med psykiatrien.

#### «0-24 samarbeidet»- «Samarbeid om bedre koordinerte tjenester for utsatte barn og unge under 24 år»

Felles oppdrag til de enkelte direktorat for 2015 (Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Berne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet er bedt om å videreføre arbeidet med tiltak for å legge til rette for bedre samarbeid mellom sektorene som grunnlag for mer helhetlig innsats overfor utsatte barn og ungdom under 24 år. Formålet er å bedre samhandling i stat og kommune om tiltak for at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående opplæring, dette som grunnlag for en mer varig tilknytning til arbeidslivet. Gjennom dette oppdraget har de nevnte direktorat utarbeidet et felles koordinert oppdrag på barn og unge området til fylkesmannsembetene for 2015.

#### Forsøk med NAV veiledere i videregående skoler

En av tre som starter i videregående opplæring fullfører ikke opplæringen. Ungdom som står i fare for å falle ut eller faller ut av videregående opplæring kan ha sammensatte livsutfordringer som levekårsproblematikk, psykiske vansker eller sosiale problemer.

Ny GIV er fra høsten 2014 videreført som Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring. Målet for Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring er å utvikle og formidle kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge frafall i skolen og tilbakeføre ungdom utenfor opplæring og arbeid. I programmet videreføres et nasjonalt nettverk som skal bidra til utviklingen av kunnskapsgrunnlaget og sørge for at tiltakene formidles til lokalt nivå. Tiltak som på ulike måter kombinerer arbeidspraksis og opplæring for ungdom med svært lav sannsynlighet for å fullføre og bestå med ordinær studie- eller yrkeskompetanse inngår i programmet. Det arbeides systematisk med å utarbeide både en erfaringsbasert og en forskningsbasert kunnskapsbase som legges til grunn for det videre arbeidet med å bedre gjennomføringen.

Forsøket NAV veiledere i videregående skoler har som mål å forebygge frafall fra videregående opplæring og integrere ungdom i arbeidslivet. Forsøket er et samarbeidsprosjekt mellom Arbeids- og

velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet og inngår som et av de nasjonale tiltakene i «Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring i regi av Kunnskapsdepartementet. Formålet å få kunnskap om behov for tiltak og tjenester fra NAV i kombinasjon med tilrettelagt opplæring fra fylkeskommunen, prøve ut en modell for samarbeid og få kunnskap om omfanget av levekårsproblemer og sosiale problemer blant elever i videregående opplæring. Konkret inngår NAV-veileder som en del av den videregående skolens elevtjeneste fire dager i uken og femte dagen inngår NAV-veilederne i NAV-kontorets ungdomsteam. Forsøket er forankret i Prop 1. (2014-2015) ASD i Kap. 621 «sosiale tjenester og tiltak for vanskeligstilte» under «innsats overfor utsatte barn og unge».

I løpet av 2015 etableres det en pilot i alle fylker og NAV Fylke, Fylkesmannen og Fylkeskommunen har fått oppdrag støtte pilotene faglig samt å spre erfaringene fra forsøket i eget fylke. Forsøket evalueres av Høgskolen i Oslo og Akershus/AFI og sluttrapport vil foreligge i mars 2016.

### «Ung, ut – sammen om tilbakeføring»

Prosjekt rettet mot varetektsinnsatte i Oslo fengsel med spesielt fokus på utenlandske varetektsinnsatte. Målgruppen er unge mellom 18 og 25 år, med og uten norsk statsborgerskap, som løslates fra varetekt eller overføres til dom. Begrunnelsen for at de som overføres til dom også er nevnt, handler om at mange sitter lenge i varetekt, og tiden de har igjen å sone, er svært kort. Det skaper store utfordringer ved løslatelse til det norske samfunnet og ved eventuell utvisning. Å etablere gode samarbeidsrutiner med UDI i disse sakene anses dersom som en viktig del av prosjektet.

Målet med prosjektet er:

- At alle som løslates fra varetekt fra Oslo fengsel skal være sikret nødvendig oppfølging, enten i Norge eller i hjemlandet.
- Å øke kompetansen om utenlandske og domsinnsatte, og ha en kunnskapsoverføring til kriminalomsorgen og samarbeidspartnere.
- At samarbeidet mellom relevante etater i Norge eller kontakter i hjemlandet blir konstruktivt
- At det etableres samarbeidsrutiner som ivaretar målgruppen

Prosjektet er et samarbeid mellom ni ulike aktører og startet 22.mai 2013 og varer ut 2015.

Samarbeidsparter er: Arbeids-og velferdsdir, Utlendingsdir, Politidir, Integrerings-og mangfoldsdirektoratet, Helsedir, Barne,-ungdoms,- og familiedir, Fylkesmannen i Hordaland, Husbanken og Kriminalomsorgsdirektoratet.

## Status Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse

Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse er en videreføring av innsatsen som startet i «Vilje Viser Vei» (2004-2007), den arbeidsrettede innsatsen i Opptappingsplanen for psykisk helse og Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Det har vært knyttet en rekke forsøk og FoU-tiltak til denne satsingen og erfaring viser at det er behov for en langsiktig satsing på feltet for å sikre implementering av erfaringer fra gode småskalaprosjekter inn i ordinær drift. Dette er også noe som OECD har påpekt i sine rapporter fra prosjektet «Mental Health and Work», der Norge er et av 9 deltakerland.<sup>11</sup>

Tiltakene skal fremme inkludering, forebygge sykefravær og redusere utstøting av personer med psykiske helseproblemer, også de som i tillegg har rusproblemer. Målet er at personer med psykiske helseproblemer skal kunne leve verdige liv, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet med sin kompetanse og arbeidskraft.

I utformingen av tiltak er det lagt vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Tiltakene spenner over ansvarsområdene til Arbeids- og sosialdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Oppfølgingsplanen inneholder 33 ulike tiltak innenfor følgende innsatsområder:

1. Brukermedvirkning i tjenestetilbudet (3)
2. Samarbeid og samhandling (3)
3. Kompetanse og holdninger (3)
4. Forskning og utvikling (4)
5. Utvikling av læringsmiljø og forebygging i grunnopplæringen, høyere utdanning og voksenopplæring (7)
6. Øke inkluderingen i arbeidslivet (9)
7. Redusere utstøting fra arbeidslivet (4)

Departementene vil gjennomføre en evaluering av Oppfølgingsplanen innen utgangen av 2016 som skal gi anbefalinger i forhold til hva man bør satse videre på og hvordan innsatsen bør videreføres.

Departementene har også oppfordret direktoratene til å gjøre en vurdering av hvordan forsøkene/innsatsene kan sees i sammenheng og gi anbefalinger for hvordan de evt. kan videreføres i ordinær drift. Direktoratene skal oppsummere den arbeidsrettede innsatsen på følgende områder:

1. **Individrettede tiltak for brukere med moderate til alvorlige psykiske lidelser, evt. med samtidige rusproblemer**  
Dette omfatter tiltakene Jobbmestrende oppfølging, Individuell jobbstøtte (IPS), ACT- og FACT-team og Fontenehus (evt. JobbResept og Studier med støtte).
2. **Individrettede tiltak for brukere med lettere psykiske helseproblemer, evt med samtidige rusproblemer**

---

<sup>11</sup> <http://oecd.org/mental-health-and-work-forum/documents/>

Dette omfatter tiltakene Senter for jobbmestring<sup>12</sup>, Rask psykisk helsehjelp, Raskere tilbake, Psykologer i kommunene og mestringskurs (Kurs i depresjonsmestring).

3. **Systemrettede tiltak- hindre utstøting fra arbeidslivet**

Dette omfatter tiltakene «Sees i morgen!», Arbeidsgiverløser, iBedrift og mestringskurs.

4. **System- og individrettede tiltak overfor ungdom og frafall i videregående skole**

Dette omfatter tiltakene NAV-veileder i videregående skole, Program for bedre gjennomføring i videregående opplæring, Psykologer i kommunene (evt. «Go campus» og Studier med støtte.) jfr. «0-24 samarbeidet».

Arbeidet er igangsatt og planlegges gjennomført slik at det kan danne grunnlag for felles anbefalinger for 2017. Evalueringene av flere av enkelttiltakene vil ikke være sluttført før i løpet av 2016.

Utredningene og anbefalingen skal ha fokus på samarbeidsformer, brukermedvirkning, organisering, finansiering, arbeidsinkluderingsmetoder og kompetanse, med vektlegging av det som har vist god effekt.

Mange av disse tiltakene har fokus på tett samarbeid mellom NAV og helsetjenesten, og at man bygger helsekompetanse i NAV og arbeidskompetanse i helsetjenesten. Dette er stort sett småskala-satsinger som har vist god effekt, men det er noen utfordringer knyttet til eventuell oppskalering og implementering i ordinær drift. Det handler primært om videre finansiering og å sikre felles mål og prioriteringer. Dette er også noe som OECD har påpekt i sin landrapport for Norge «Mental Health and Work Norway» (mars 2013) og i sin siste synteserapport «Fit Mind , Fit Job, from evidence to practice in mental health and work» (mars 2015).

---

<sup>12</sup> Senter for jobbmestring er ikke et tilbud til personer med rusproblemer som krever behandling.

## Forventninger og føringer

Under følger en gjennomgang av måten arbeid/helseområdet er omtalt i noen sentrale utredninger og politiske dokumenter gjennom de siste 15 årene.

### *St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring*

Denne meldingen fra Helsedepartementet om rehabiliteringsområdet (den siste om dette temaet) brukte bl.a. relativt mye plass på å peke på et udekket behov for motivasjons- og mestringsarenaer som kan lede til mer arbeidsrettede løp for den enkelte. Den pekte på en stor gruppe mennesker som befant seg i skjæringspunktet mellom etatene, og det ble identifisert en «missing link» mellom en passiv stønadssituasjon og medisinsk behandling/rehabilitering på den ene siden, og et aktivt attføringsopplegg på den andre – en arena eller et opplegg som kan gi motivasjon og funksjonsevne nok til at brukeren/pasienten kan nytte arbeidsrettede tiltak. Man konstaterte videre at strukturen i bistandsapparatet førte til at slike tilbud ansvarsmessig falt mellom stolene.

### *Folkehelsemeldingene på 2000-tallet*

Mens **St. meld. Nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge** stort sett nøyde seg med å vise til planlagte innsatser på arbeids- og velferdsområdet, gikk St.meld. nr. 20 (2006-2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» noe grundigere til verks i forhold til arbeidsarenaen. Den første pekte imidlertid på noen viktige sammenhenger, f.eks. at «*en viktig innfallsvinkel (vil) være å motvirke «fall» som følge av helseproblemer. Derfor er bl.a. rehabilitering – som på mange måter dreier seg om å hindre sosiale og andre konsekvenser av helseproblemer – et viktig element i en helseutjevne politikk*». Videre: «*Dette har også sammenheng med at konsekvensene av helseproblemer – f.eks. knyttet til arbeidsdeltakelse og sykefravær – ofte kan være enda mer skjevfordelt enn de tilgrunnliggende helseproblemene*»

**St.meld.nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller**, tok utgangspunkt i de bakenforliggende årsakene til helse og sosial ulikhet i helse; i de forhold som påvirker våre levekår og fordelingen av ressurser i samfunnet. På mange måter kan denne meldingen sies å ha bidratt til et paradigmeskifte i det norske folkehelsearbeidet; ved å bevege seg utover individuelle helsevaner, til de større sammenhengene mellom samfunnsstrukturer, fordeling og helse. Et sentralt innsatsområde var å «*reduere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller*», og det ble framhevet at mulighet til å delta i arbeidslivet er en grunnleggende investering i god folkehelse og mindre sosiale helseforskjeller. Dette innebærer også et særlig fokus på sårbare grupper. Å «*gi flere muligheten til å komme i arbeid*» er et viktig delmål; helserisikoen knyttet til mangel på arbeid betones; det slås fast at «*de nederste (inntekts)gruppene vil tjene betydelig helsemessig på å flyttes oppover*», og det vises til litteraturen som antyder at arbeidsrettede tiltak kan være vesentlige for å utjevne helseforskjeller i befolkningen.

Stort sett nøyer man seg imidlertid også her med å vise til initiativer på Arbeidsdepartementets område. Kun når det gjelder Opptappingsplanen for psykisk helse vises det til at en der har innsatser som har «*som et av sine hovedmål å utvikle et tjenestetilbud som er innrettet på en slik måte at det fremmer den enkeltes muligheter for sosial inkludering gjennom bolig, arbeid og deltakelse i fritidstilbud*».

Et viktig mål i denne meldingen var også å «utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy». Det kan være verdt å merke seg at det under «virkemidler» angis at det skal stimuleres «til kunnskapsheving og helhetsforståelse av årsakssammenhenger mellom arbeid og helse».

**St.meld. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen** slår fast at «arbeidslivet er helsefremmende for de fleste» og at «et inkluderende arbeidsliv kan bidra til bedre helse og mindre helseforskjeller i befolkningen». Det påpekes at det «i hovedsak (er) sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt»; at «sosial posisjon påvirker helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon»; og at «i likhet med sosiale forskjeller i befolkningens helse, er det sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet». Og det legges til et nytt element: «Det er grupper med lavest inntekt som vil ha størst helseeffekt av å få økt inntekt». Det slås også fast at «arbeid er det viktigste virkemidlet for å motvirke fattigdom (og) sosial forskjeller».

For øvrig nøyer meldingen seg stort sett til å referere pågående initiativer på NAVs arbeidsområder, i hovedsak på IA/sykefraværsonrådet. Det antydes at det «på lokalt nivå (kan) være aktuelt å vurdere nærmere samarbeid mellom NAV-kontorene og kommunen». Det sies også at «det vil bli lagt vekt på at arbeid i større grad skal integreres i behandlingen av psykiske lidelser».

### *St. meld. Nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering*

Meldingen pekte på «behovet for tverrfaglig og samtidig rehabilitering og attføring», men konstaterte samtidig det har vært vanskelig å forankre slike tiltak som ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak. Man observerte at mange tiltak i skjæringspunktet mellom medisinsk utredning og behandling har falt mellom to stoler, og at en ville «gå gjennom forankring, ansvarsforhold, insentiver og finansieringsordninger for denne typen tilbud» med henblikk på målene om lavere sykefravær og økt deltakelse i ordinært arbeidsliv».

Meldingen reiser spørsmålet om hvordan en bedre kan sikre sektorovergrepene samarbeid og samordning mellom NAV og helsetjenestene «i rehabilitering av felles målgrupper, gjennom felles planverk, felles kompetanseutvikling, og begrepsbruk, og samarbeid om FoU-arbeid». Videre at «det skal legges opp til at ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene kan ta del i felles etter- og videreutdanninger, hvor det legges vekt på tverrfaglig og tverretattlig tilnærming». Det ble angitt et behov for å «samordne definisjoner på sykdom, funksjonsnedsettelse og rehabilitering ved å bruke et felles begrepsapparat». Det kan også nevnes at det som et ledd i evalueringen av NAV-reformen skulle legges opp til «å kartlegge de lokale samhandlingsformene som utvikler seg mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen. ..(..). Systematisk innsamling av erfaringer og resultater, og spredning av gode eksempler på koordinering i førstelinjetjenesten vil kunne bidra til å stimulere og utvikle samhandling på rehabiliteringsområdet mellom helsetjenester og tjenester i det enkelte NAV-kontoret».

### *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering – 2008-2011*

Rehabilitering med arbeid som mål og samarbeid mellom helse- og velferdssektoren ble vektlagt i denne strategien. Det ble pekt på et «behov for flere arbeidsrettede tiltak og tjenester, mer effektiv tilrettelegging og oppfølging, og mer aktivt og samordnet arbeid fra myndighetenes side» (både på departementsnivå og lokalt). Strategien observerte at det «generelt har vist seg vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak». Dermed har



brukerne falt mellom helsetjenestenes og Arbeids- og velferdsetaten ansvarsområder. Et av tiltakene var derfor at «HOD og AID vil vurdere hvordan tiltak som befinner seg i skjæringspunktet mellom medisinsk utredning og behandling og utføring kan forankres bedre».

Andre tiltak i strategien var at en bl.a. ville «nærmere vurdere organisering av og samhandling ved tverrfaglige utredningstilbud ved sammensatte lidelser», og «bidra til å stimulere og utvikle samhandlingen lokalt mellom helsetjenestene og NAV ved systematisk innsamling av erfaringer som ledd i evalueringen av NAV-reformen og spredning av gode eksempler på koordinering».

### *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)*

Planen følger opp det intensive samarbeidet som kom i stand ifm. den tidligere «Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)». Målgruppen er personer som står i fare for å få eller har psykiske lidelser, også de som i tillegg har rusproblemer, og som har behov for samordnet bistand fra helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen for å delta i arbeidslivet. Den er en målrettet og langsiktig satsning for å inkludere, forebygge sykefravær og motvirke utstøting av personer som møter utfordringer på grunn av helseproblemer. Den inneholder en lang rekke tiltaks- og satsningsområder som forutsetter et tett samarbeid på tvers på sentralt hold. Oppfølgingsplanen utvider dessuten med tiltak for å forebygge psykiske helseproblemer og rusproblemer i skolen. Det nyttes ca 260 millioner kr. inneværende år til disse innsatsene.

### *Samhandlingsreformen*

I denne er det lagt til grunn at kommunene (som er NAV-partnere) skal ta et større ansvar for bl.a. forebyggende og rehabiliterende innsatser. Dette kan innebære at grenseflatene inn mot Arbeids- og velferdsforvaltningen og de arbeidsrettede tiltakene blir større.

Mens St. meld. Nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen i liten grad tok opp arbeidsdimensjonen og tverrsektorielt arbeid, ble dette i større grad et tema i stortingsbehandlingen. Komiteen så «behovet for å styrke arbeidslivdimensjonen i oppfølgingen av samhandlingsreformen» og den mente at «utfordringen knyttet til samhandling mellom helsetjenesten og Nav må gjennomgås». Den pekte på et «behov for å legge mer vekt på å koordinere tjenester mellom arbeidsplass, spesialisert helsevesen og kommunehelsetjenesten», og mente også at såkalt «arbeidsrettet rehabilitering (kan) ivareta behovet til de større brukergruppene. Komiteen mener arbeidsrettet rehabilitering som tverrfaglig spesialisert fagområde synes å ha særlig gode forutsetninger for å understøtte helhetlige behandlingsforløp for pasienter med sammensatte tilstander».

Komiteen ba i tillegg Regjeringen sørge for at det utvikles kapasitet og kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering, og «komme tilbake til Stortinget med tiltak for å sikre bedre samhandling mellom helsetjenesten og Nav og dermed helhetlig oppfølging av pasienter med sikte på tilbakeføring til arbeid». Denne henstillingen er så langt ikke fulgt opp.

Under den senere gjennomføringen av reformen har arbeid og samarbeid inn mot NAV så langt fått lite oppmerksomhet. Arbeids- og velferdsdirektoratet har deltatt i den sentrale koordineringsgruppen og i månedlige møter i det såkalte Nettverket for implementering av Samhandlingsreformen. Med noen ytterst få lokale unntak er det så langt ikke utviklet nye tiltak eller samarbeidsmodeller i forbindelse med reformen.



## *Brofossutvalget NOU 2012:10 Arbeidsrettede tiltak*

Arbeid og helse er her viet et eget underkapittel. Det heter her bl.a. at «etter utvalgets oppfatning vil det framover være nødvendig å rette et mye sterkere søkelys mot gråsonene og samarbeidsflatene mellom helsetjenestene, arbeids- og velferdsforvaltningen og de arbeidsrettede tiltakene. Med de store innslagene av mennesker på helserelaterte ytelser er dette antagelig en nødvendig forutsetning for at målet skal kunne nås (flere i arbeid, færre på stønad)».

Utvalget pekte på at det «kan være vanskelig å skille mellom henholdsvis helsetjenestenes og arbeids- og velferdsforvaltningens oppgaver, hvor det noe ukoordinert er bygd opp tilsvarende tilbud på begge sider. Det kan stilles spørsmålsteget ved om ansvars- og samarbeidsforholdene er slik at de er egnet til å utvikle et fagområde, en forsvarlig (og enhetlig) kompetanse, og et kvalitativt godt tilbud. Dette gjelder både tilbud i skjæringspunktet mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunene, altså lokalt, og i gråsonen mellom Arbeids- og velferdsetaten og helseforetakene».

Utvalget mente «det utvilsomt er behov for arenaer der en kan jobbe integrert med helse- og arbeidsdimensjonen, og derved unngå sekvensielle og/eller parallelle løp..(..).. Men for å kunne utvikle kvalitetstjenester over tid på dette området, ser utvalget samtidig et behov for en grundigere gjennomgang og vurdering av gråsoner og ansvarsdeling mellom Arbeids- og velferdsetaten og helseforetakene og mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunene».

Utvalget mente at «utfordringene knyttet til ansvarsforankring og samarbeid på dette området tegner til å bli en av de mest sentrale utfordringene framover. Det bør derfor tas grep om dette for å sikre en profesjonell og enhetlig utvikling på fagområdet, og ikke minst for å sikre helhetlige og effektive brukerløp somfavner både helse- og arbeidsdimensjonene. Utvalget vil derfor anbefale en helhetlig gjennomgang og vurdering av samordnings- og samarbeidsutfordringene i skjæringspunktet mellom helsetjenester, Arbeids- og velferdsetaten og de arbeidsrettede tiltakene. Dette bør skje i kjølvannet av evalueringen av ordningen Raskere tilbake, og ved starten på implementeringen av Samhandlingsreformen».

Dette forslaget er så langt ikke fulgt opp i forvaltningen eller på politisk nivå.

## *Vångeng-utvalget*

I rapporten «Et NAV med muligheter» - sluttrapporten fra ekspertgruppen som har gjennomgått NAV (april 2015) - sies bl.a. følgende:

«Ekspertgruppen mener NAV i større grad må sikre parallellitet mellom behandling og arbeidsrettede tiltak. Det er behov for en samlet gjennomgang av ansvar, roller og gråsoner på arbeid/helseområdet for å sikre et godt og konsistent tilbud til brukerne».



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**

Helse Sør-Øst  
27.04.2017

## 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.

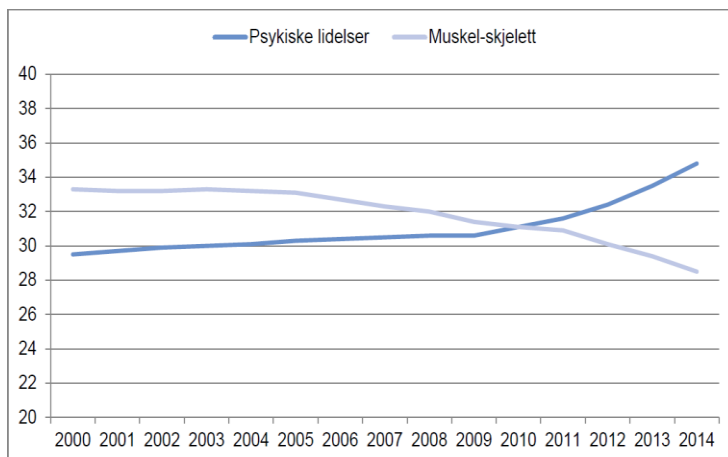


Fig.1 Innvilgning av uføretrygd i Norge (NAV), andel (%) av totalt antall innvilgede uførepensjoner

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 resultatoppnåelse 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 Sektorovergripende 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 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.

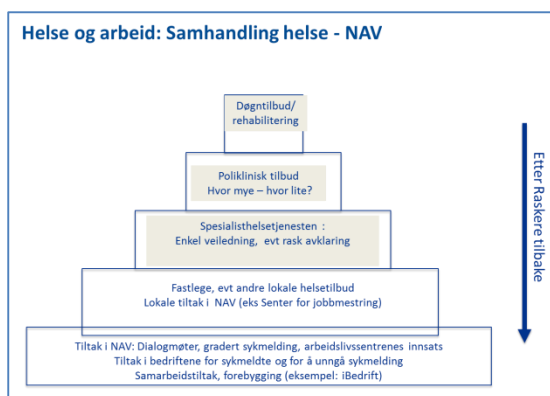
Tilbudet kjennetegnes ved at de alminnelige lidelsene som vanligvis forårsaker sykefravær har et omfang som ikke gjør det mulig å behandle seg ut av problemene. «Pyramiden» under her prøver å illustrere dette:

- 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, kvelds åpne 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 utført. 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. Grasdal, 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. Grochowski, 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

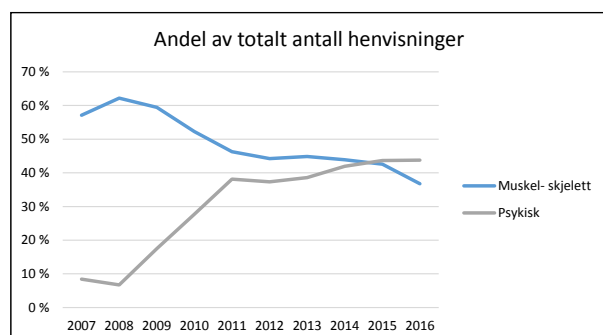
### 2.1 Helse Sør-Øst

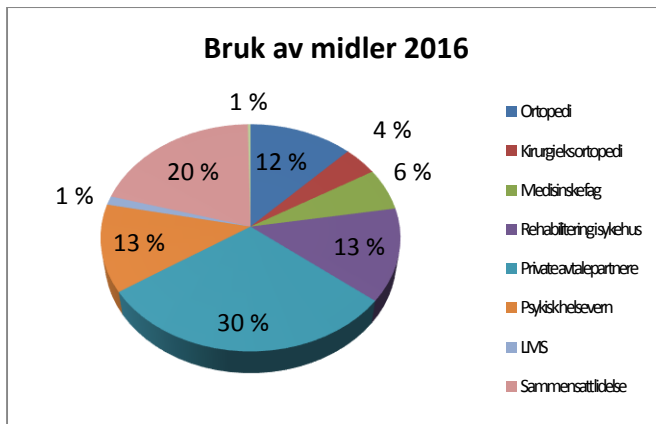
For 2017 utgjør midlene i Raskere tilbake-ordningen i Helse Sør-Øst ca. 314 millioner kroner, hvorav 212 millioner går til helseforetakene og 112 millioner går til private aktører. Prosjektet har ved utgangen av 2016 37 behandlingstilbud etablert i helseforetak og private ideelle sykehus med avtale og 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

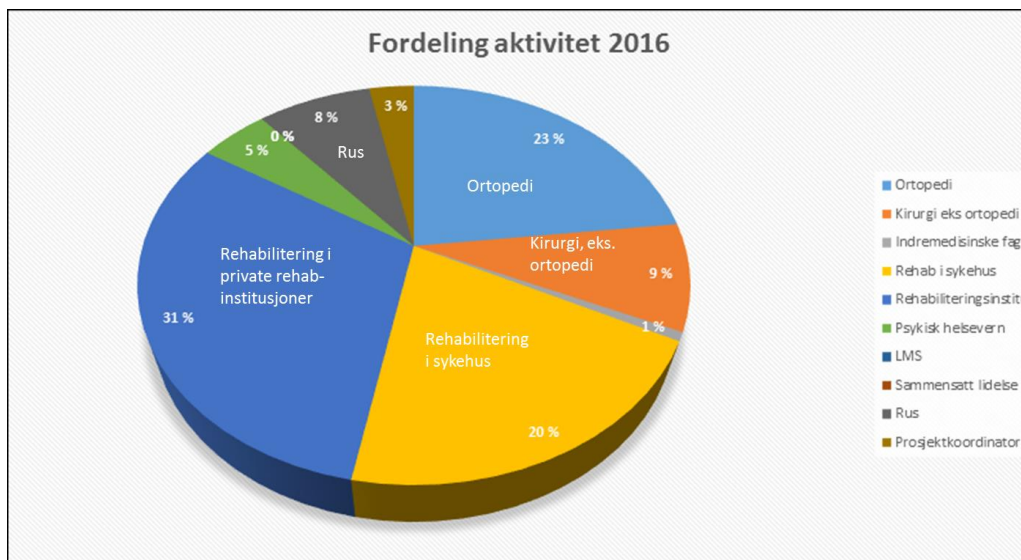
I 2016 hadde Helse Vest aktivitet innen Raskere tilbake-ordningen for ca.100 millioner kroner, hvorav om lag 60 millioner kroner gikk til helseforetak og 40 millioner kroner til private aktører. Samlet var det overkant av 20 ulike tilbud innenfor ordningen i de fire helseforetakene og i et privat ideelt 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 distriktpsykiatriske 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 Distriktpsykiatriske 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 sykefravær oppfølging 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 dobler 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 befolknings-sammenheng.

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 prolapper- 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

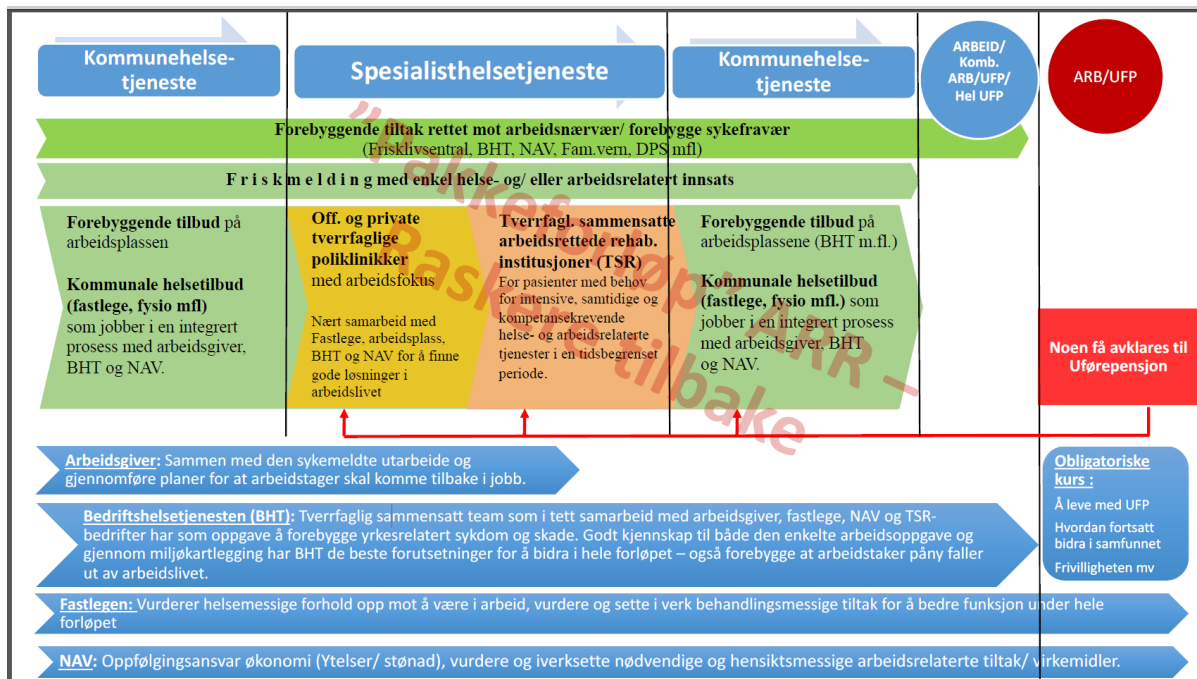


effekt av å opereres innen 3 mnd. etter oppstått skade. Nevrokirurgi er et tilbud som fra før tilbys under «sørge-for-ansvaret».

**«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 Kunnskapssenterets evaluering av bruker-tilbakemelding**

Legges ved som egen rapport

## Innspill til ny forskningssatsing på arbeids- og velferdsområdet, fra Helsedirektoratet

### **Bakgrunn**

*Forskningsrådet planlegger en ny forskningsinnsats for temaområdene: arbeid, helse, inkludering, migrasjon, oppvekst og velferd. Forskningsrådet ber om skriftlige innspill til hva som er de viktigste samfunnsutfordringene Norge står overfor de neste ti årene, og til hva som er forskningsbehovene sett i lys av disse utfordringene.*

### **Innspill om arbeid og helse**

En relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge helserelaterte ytelser (uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sykepenger). Internasjonale studier viser samtidig at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende. God helse i befolkningen fremmer på sin side sysselsettingen.

Det er et viktig samfunns mål at flere bør få muligheten til å arbeide med og til tross for et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater.

En stor andel av brukere både i NAV og i helsetjenestene har helseutfordringer knyttet til muskel-skjelett og/eller psykisk helse. Dette dreier seg ofte om komplekse og sammensatte utfordringer som både NAV og helsetjenestene har utfordringer med å møte på en adekvat måte.

Begge sektorer forsøker å utvikle virksomme metoder og intervensjoner. Det kreves ofte et samarbeid på tvers. Medisinsk behandling alene, eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. I dag ytes mange tjenester isolert i den enkelte sektor, og gjerne sekvensielt. Flere stortingsdokumenter og utredninger har pekt på store utfordringer i grenseflaten mellom arbeids/velferds- og helsesektorene, og OECD har de siste årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene.

Direktoratene har nylig utarbeidet og vedtatt en felles strategi der de er enige om en felles innsats for å ta tak i utfordringene. Direktoratene er bl.a. enige om å arbeide systematisk for å utvikle kunnskapsgrunnlaget på dette området. I dag er forskningsaktiviteten på fagområdet fragmentert og spredt på mange ulike aktører. Det er ikke tatt sentrale initiativer for å bygge felles forskningsmiljøer eller satt i gang programmer for på systematisk måte å bygge kunnskap over tid.

Forskningsinnsatsene i feltet arbeid og helse har til nå vært dominert av epidemiologisk preget forskning for å avdekke årsaker til sykefravær, og trygdemedisinske vinklinger om medisinfagets rolle ved inngangsportaler til trygdeordninger. Innen den medisinske forskningen er det oftest enkeltstudier om særskilte tiltak, og lite forskning om helhetlige tiltak for sammensatte problemstillinger.

Men det er ønskelig med et sterkere fokus på å utvikle et langt mer solid kunnskapsgrunnlag om hva som er effektive tjenester, arbeidsmåter, metoder og samvirkeformer mellom sektorene.

Det gjelder spesielt tjenester og tiltak som integrerer arbeids- og helseperspektivene: samarbeid mellom tjenester fra begge sider; bruker/pasienttilbud som faglig inneholder både helse- og arbeidsrettede elementer; tilbud innen helsetjenestene der det å få eller beholde arbeid er en tydelig målsetting (gjør gjerne en av flere); eller arbeidsrettede tjenester som også har et eksplisitt helsemål.

En forutsetning er å legge bedre til rette for å kunne koble eksisterende data på tvers av sektorene, blant annet om hvilke intervensjoner som er utført, og om relasjon til arbeidsliv og utbetalte ytelser.

Sektorovergripende datafangst er vesentlig for framtidig helseforskning hvor også arbeid er en viktig utfallsvariabel, og for å kunne helsetjenestenes effekt på tilknytning til arbeidslivet.

På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet Høgskolen i Oslo og Akershus ved Professor Espen Dahl en norsk kunnskapsoversikt over forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse.

Rapporten «Sosial ulikhet i helse; en norsk kunnskapsoversikt» (2014), går gjennom ulike områder som har betydning for sosial helseforskjeller og peker på forskningsbehov innenfor hvert av disse områdene. Flere av disse områdene og forskningsbehovene mener vi er aktuelle for det nye forskningsprogrammet som det ønskes innspill til.

Med utgangspunkt i kunnskapsoversikten, gjengir vi forskningsbehovene som trekkes fram i rapporten og som svarer til temaområdene i ny forskningsinnsats:

#### *Oppvekst*

1. Livsløpsforskning med sosial ulikhet i levekår og helse som gjennomgående tema. En viktig oppgave er å få mer innsikt i hvordan oppvekstvilkår og helse i barndommen påvirker livssjansene. En annen sentral oppgave er å få kunnskap om hvordan helserelatert sosial mobilitet bidrar til å forklare sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse i voksen alder (2014:132).

#### *Arbeid*

2. Brede kunnskap om effekter av arbeidsmarkedstiltak. Vi trenger bedre og bredere kunnskap om hvordan arbeidsrettede tiltak virker på et bredere sett av utfall enn kun arbeid. Spesielt er det behov for å studere ulike helseutfall. Vi trenger mer kunnskap om hvordan tiltakseffektene varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Det anbefales at randomiserte kontrollerte forsøk og kvasiekperimentelle forskningsopplegg i økende grad tas i bruk og at det tilrettelegges for naturlige eksperimenter (2014:186).
3. Mer norsk forskning om sosial ulikhet, arbeid og helse. Det er behov for norsk forskning som belyser kausalsammenhengen mellom arbeid og helse, det vil si forskning om hvordan overganger fra arbeid til ulike former for ikke-arbeid påvirker helsen, og om hvordan overgang fra ikke-arbeid til arbeid eller annen aktivitet påvirker helsen. Forskningen bør ha fokus på sosioøkonomiske forskjeller, og hvilke mekanismer som er virksomme (2014:186).
4. Forskning på betydningen av arbeidsforhold for sosiale ulikheter i helse: Det er behov for mer forskning på hvilken betydning arbeidsmiljø og arbeidsforhold har for sosiale ulikheter i helse og utstøting fra arbeidslivet. Dels er det begrenset med forskning på dette feltet, dels er den i liten grad etterprøvd (2014:211).
5. Det trengs intervensjonsstudier: Det er mangel på gode intervensjonsstudier av hvordan tiltak som settes i verk på arbeidsmiljøområdet påvirker den sosioøkonomiske fordelingen av arbeidsmiljøfaktorer og helseulikheter (2014:211).

#### *Velferd*

6. Mer kunnskap om årsakssammenhengen mellom økonomiske ressurser og helse. Vi trenger mer forskning om hvordan bedring eller forverring i tilgang til økonomiske ressurser påvirker forskjellige helseutfall. I denne sammenheng er det behov for flere studier med eksperimentell og kvasiekperimentell karakter, samt tilrettelegging og utnyttelse av

naturlige eksperimenter. Det er videre behov for mer teoretisk utviklingsarbeid for å utforske de ulike mekanismene som forbinder inntekt og helse, både når det gjelder materielle og psykososiale mekanismer og kombinasjoner av disse (2014:233).

7. Utarbeiding av en økonomisk minstestandard for å leve et sunt liv. Hvilket inntektsnivå er nødvendig for å leve et sunt liv? Minstestandarder for «healthy living» er blitt utarbeidet i England og er blant annet brukt til å vurdere hvorvidt stønadssatsene i stønadssystemene er høye nok til at mottakerne har mulighet til å leve sunt. Mennesker i ulike livsfaser har ulike behov, noe som bør reflekteres i minstestandarden. En slik norsk minstestandard må ta høyde for at mange som lever på lave inntekter har høyere utgifter til helsetjenester og medisiner enn andre (2014:233).
8. Vi anbefaler at det igangsettes forskning med et livsløpsperspektiv for å vinne større forståelse for de prosesser som leder fram til en posisjon som sosialhjelpsmottaker (2014:289).
9. Forskning med fokus på helse er så å si fraværende i evalueringer av arbeidsrettede tiltak som KVP. Derfor vet vi for lite om hvordan deltakelse i KVP og i andre arbeidsrettede programmer påvirker deltakernes fysiske og mentale helse på kort og på lengre sikt. Vi trenger også norske studier om hvordan inntekts- og stønadsnivåer påvirker sosialhjelpsmottakeres helse og trivsel (2014:289).

*I tillegg vil vi trekke fram følgende perspektiv som bør hensyntas og styrkes i kommende forskningssatsinger:*

#### ***Kommuneperspektivet***

10. ***Kommunenivået er sentralt når det gjelder temaene*** arbeid, helse, inkludering, migrasjon, oppvekst og velferd. Vi anbefaler at det legges vekt på studier som belyser kommunenes oppgaver, virkemidler mv. i forskningssatsingen.

## Om arbeid og helse til NFR

*MERKNAD: Dette kan knyttes til både omverdensanalysens poeng om stadig flere på helserelaterte ytelser, og til arbeid-helse som et av NAVs 4 satsningsområder innen FoU.*

I internasjonal sammenheng mottar en relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge helserelaterte ytelser (uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sykepenger). Samtidig viser mange internasjonale studier at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende. God helse i befolkningen fremmer på sin side sysselsettingen. Det er et viktig samfunns mål at flere bør få muligheten til å arbeide med og til tross for et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater.

Et viktig utgangspunkt er at en dominerende andel av brukere både i i NAV og i helsetjenestene har helseutfordringer knyttet til muskel-skjelett og/eller psykisk helse. Det dreier seg ofte om komplekse utfordringer – om ”både liv og helse” – og noe som både NAV og helsetjenestene alltid har hatt utfordringer med å møte på en adekvat måte. Grovt sett utgjør disse to tredjedeler av mange hundre tusen innen de helserelaterte inntektsordningene i NAV.

Begge sektorer sliter her med å utvikle virksomme metoder og tiltak. Det kreves ofte et samarbeid på tvers - isolert medisinsk behandling eller bare arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Men oftest skjer innsatsene i dag isolert i hver sektor, og gjerne sekvensielt. Dette utfordringsbildet gjenfinnes i de fleste land rundt oss. En rekke stortingsdokumenter har pekt på store utfordringer i sonen mellom arbeids/velferds- og helsesektorene, og OECD har de siste årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene.

Direktoratene er i en nylig felles strategi enige om en felles innsats for å svare opp utfordringene. Man er bl.a. enige om å arbeide systematisk for å utvikle kunnskapsgrunnlaget på dette området. Utgangspunktet er forskningsaktiviteter som i dag er fragmenterte og spredt på mange aktører. Det er ikke tatt sentrale initiativer for å bygge forskningsmiljøer eller satt i gang programmer e.l. for å systematisk bygge kunnskap over tid.

Forskningsinnsatsene i sonen mellom arbeid og helse har til nå vært dominert av mer tradisjonelle trygdemedisinske vinklinger – enten til medisinfagets rolle ved inngangsportaler til trygdeordninger, eller i form av epidemiologisk preget forskning for å avdekke årsaker. Dette er viktige tradisjoner som må holdes i hevd og videreutvikles. Men det er nå også ønskelig med et langt sterkere fokus på å utvikle et langt mer solid kunnskapsgrunnlag om hva som er effektive tjenester, arbeidsmåter, metoder og samvirkeformer mellom sektorene for gruppene nevnt over - og ikke minst avdekke hvilke tilbud som har dokumentert effekt. Det gjelder tjenester og tiltak som integrerer arbeids- og helseperspektivene: samorganisering av eller samarbeid mellom tjenester fra begge sider; bruker/pasienttilbud som faglig inneholder både helse- (herunder medisinsk rehabilitering) og arbeidsrettede elementer; tilbud innen helsetjenestene der det å få eller beholde arbeid er en tydelig målsetting (gjørne en av flere); eller arbeidsrettede tjenester som også har et eksplisitt helsemål.

I denne sammenhengen er det også vesentlig å legge bedre til rette for å kunne koble data på tvers av sektorene. Sektorovergripende datafangst er vesentlig for framtidig helseforskning hvor også arbeid er en viktig utfallsvariabel, og for å kunne følge NAV-brukernes løp innen helsetjenestene.



KONFERANSE 2017  
**INKLUDERINGS-  
KOMPETANSE**



Helsedirektoratet

## INKO-konferansen 18 -19(+20) september 2017: **Arbeidsinkludering og helse**

**At rett arbeid er bra for livskvalitet og helse har blitt allmenn kjent kunnskap. Tanken om at det ordinære arbeidslivet kan brukes både som mål og virkemiddel vinner stadig ny grunn i helse- og velferdsapparatet – både i og utenfor Nav.**

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Nettverk for arbeidsinkludering arrangerer, i samarbeid med Helsedirektoratet INKO-konferansen 2017.

**Årets tema: Arbeidsinkludering og helse**  
**Tid: 18. og 19.september (ekstra dag 20. september)**  
**Sted: Thon Hotel Oslo Airport, Gardermoen.**

I år tilbyr vi en ekstra dag onsdag 20.september, der en i tillegg kan delta på ett av tre separate seminarer på fagfeltet, hvor egne arrangører er ansvarlig for innholdet:

- **Return to Work - forskningskonferanse (NTNU, institutt for samfunnsmedisin, Uni Research helse og Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)**
- **Åpen Arena (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering)**
- **SENO (Supported Employment Norge)**

De to foregående konferansene samlet hver rundt 600 personer. INKO-konferansen er en felles møteplass for alle som er opptatt av arbeidsinkludering, både de som har jobbet med temaet en stund, de som vil vite mer, og universitets- og høgskolemiljøer som ønsker å ruste seg på et felt som vil bli stadig viktigere framover.

### **Mer om årets tema - arbeidsinkludering og helse:**

Vi skal se på norske og internasjonale utviklingstrekk, forskning og utprøvinger og utfordringer knyttet til de mange hundre tusen brukerne som arbeids- og velferdssystemet har felles med helsetjenestene.

- Er arbeid alltid helsefremmende?
- Bør og kan helsesiden (fastleger/sykmeldere, kommune- og spesialistnivå) bidra mer i arbeidsinkluderingen?
- Kan myndighetene bidra med politikk som sikrer samarbeid og inkluderingskompetanse på tvers av sektorer?
- Finnes det gode eksempler på samvirketiltak på tvers av sektorene som understøtter arbeidsinkludering?
- Hvilke erfaringer har vi så langt, og hva sier forskningen?

Vil du lære mer, bidra i diskusjonene og møte fagfolk og kolleger fra hele landet? Da ses vi på Gardermoen i september!



Innmeldte deltakere møte 23/5 kl 10-15 på 206

#### Nasjonalt fagråd arbeid og helse

1. Gro Jamtvedt
2. Hege Randi Eriksen
3. Beate Brinchmann
4. Christian Høy
5. Chris Jensen
6. Roar Johnsen
7. Simon Øverland
8. Astrid Louise Grasdal
9. Torkil Berge (forfall)
10. Erik Lønmark Werner

#### Eksterne Innledere:

11. Tone Poulsson Torgersen, Nasjonalforeningen for folkehelse
12. Erik Oftedal, AVDIR
13. Kenneth Sandin, RHF HSØ

#### Sekretariat

14. Thorgeir Hernes, AVDIR
15. Hilde Kristin Weng, AVDIR
16. Håkon Lund, HDIR
17. May Cecilie Lossius

#### Eksterne observatører

18. Kari Grette, HOD
19. Marit Helene Mørkved, ASD
20. Øystein Ellingsen, HOD
21. Tor Idar Halvorsen, LO
22. Franz Hintringer, UNN

#### Interne innledere og observatører

23. Svein lie
24. Tone Killingmo
25. Janne Strandrud
26. Randi Røed Andersen