

SAKSPAPIRER

NASJONALT FAGRÅD ARBEID OG HELSE

19/6 og 20/6 2019

SON SPA HOTELL

INNHold

1. Agenda (side 3)
2. Utkast til referat fra møtet - november 2018 (side 7)
3. Notat fra Thorgeir Hernes til sak 2 - Politiske signaler bakgrunnsmateriale (side 15)
4. Notat til sak 3 fra AVDIR - Ekspertbistand - IA avtalen (side 33)
5. Notat til sak 4 fra AVDIR - Arbeidsrettet rehabilitering. Innspill på innhold i kravspek (side 35)
6. Notat til sak 5 fra AVDIR - Samarbeid mellom NAV og helsetjenester/behandlingsteam om brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer (side 41)
7. Notat til sak 6 Brev fra HOD etisk vurdering av forskning på arbeid og helse-feltet (side 51)
8. Notat til sak 6 Epost fra NEM vedr etisk vurdering av forskning på arbeid og helse-feltet (side 55)
9. Notat til sak 7 Normerende dokumenter (side 59)
10. Notat til sak 9 om HelseIArbeid (side 63)
11. Notat til sak 10 Åpen Arena - arbeid og helse 2020 (side 65)
12. Notat til sak 11 Mulig avvikling av senter for jobbmestring i NAV (side 69)
13. Notat til sak 12 Nasjonal helse og sykehusplan (side 71)

For tilgang til web basert agenda med fungerende lenker:**www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse**

Lenker - som underlag for saker






- a) <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse>
- b) <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- c) [https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse/_/attachment/download/d2b33d8d-a076-4c63-8f52-25a21b3f9cce:29e1fd13c0a5a8c8d308e5e4c0bc1994c5357f30/Referat fagr%C3%A5d arbeid og helse 31 mai 2018.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-arbeid-og-helse/_/attachment/download/d2b33d8d-a076-4c63-8f52-25a21b3f9cce:29e1fd13c0a5a8c8d308e5e4c0bc1994c5357f30/Referat%20fagr%C3%A5d%20arbeid%20og%20helse%2031%20mai%202018.pdf)
- d) <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/komiteenes-arbeid/Lukkete-moter/nem---referater/referat-fra-mote-i-nem-29.-mars-2019/>
- e) <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>
- f) <https://www.helsebiblioteket.no/>
- g) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- h) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-201816-det-viktigste-forst/id2630061/?uid=b9e81403-b29e-4e7a-9af9-ff65619ad6c6>
- i) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---nou-201816-det-viktigste-forst/id2630061/?uid=a5c5e024-9a9d-4713-b8be-67e6fec0ca15>
- j) <https://velferd.no/meninger/2019/sprik-mellom-liv-og-laere-i-nav>
- k) <https://www.napha.no/content/23231/Oppsiktsvekkende-gode-resultater-for-Senter-for-jobbmestring-i-NAV>







Fagråd arbeid og helse

- møte 19/6 og 20/6 2019

Hotell Son Spa, Son. 19 juni 2019 kl 11- 20/6 kl 15

Møteleder: Gro Jamtvedt

NR	SAKS NR	Tid	Tema	Innleder	Saks-ansvarlig i rådet/sekr	Sakspapirer
1		11:00	Oppstart Godkjenning av referat Administrative forhold	Gro Jamtvedt	HL	Nettsted med oppdaterte sakspapirer Foreløpig referat fra forrige møte  Referat fagrådsmøte 19 og 20
2		11:10	Nye politiske og faglige signaler	Thorgeir Hernes	LB	 Politiske signaler - bakgrunnsmateriale
		12:00	LUNCH Rådsmedlemmer, sekretariat, innledere og påmeldte observatører		HL	
3		13:00	Ekspertbistand – IA avtalen	Kenneth Balto Pettersen	LB	 Tilskudd til ekspertbistand fagr.
		13:50	Pause			
4		14:00	Arbeidsrettet rehabilitering. Innspill på innhold i kravspek	Lars Bakken	LB	 Arbeidsrettet rehabilitering NAV t
		14:50	Pause			
5		15:00	Samarbeid mellom NAV og helsetjenester/behandlingsteam om brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer	Hilde Kristin Weng	LB	 Anbefalte modeller for samhandling - a
		15:50	Pause			
		16:00	Oppfølgingssaker	Gro Jamtvedt	HL	

6	18/05		Rådets innspill pakkeforløp psykisk helse -	Randi Røed Andersen Torkil Berge		<ul style="list-style-type: none"> • Pakke forløp psykiske lidelser – voksne • Sak 18/05 pakkeforløp
			Rådets innspill til REK/NEM vedr forskning med arbeidsdeltakelse som utfallsmål	Håkon Lund		 NEM 17-2059-42 Oversendelse av not  NEM 2 17-2059-48 Re_ Status for henv.
			- Rådets innspill vedr læringsmål i utdanningene/ RETHOS	Gro Jamtvedt		<ul style="list-style-type: none"> • Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)
			- Emnebibliotek status	Gro Jamtvedt		<ul style="list-style-type: none"> • Helsebiblioteket • Referat fra 31/5 2018
		17:00	Egen tid			
		19:30	Aperitiff		HL	
		20:00	Middag		HL	
Dag 2 – 20/6 2019						
7	18/07	09.00	Normerende dokumenter	Håkon Lund	HL	 Sak om normerende dokum
		10:00	Pause			
8		10:15	Prioritering - NOU 2018: 16 Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Yngvar Åsholt, Kunnskapsdirektør AVDIR	LB	<ul style="list-style-type: none"> • NOU 2018:16 • Høringsvar fra Arbeids- og velferdsdirektoratet • Høringsvar fra Helsedirektoratet
		11:05	Pause			
9		11:15	HelseArbeid	Stian Johnsen	LB	 HIA til Nasjonalt fagråd arbeid og he
10		11:45	Åpen arena – arbeid og helse januar 2020	Toril Dale og Marianne Sempler	HL	 Sak om Åpen arena - arbeid og helse jar
		12:15	LUNCH			
11		13:15	Mulig avvikling av senter for jobbmestring i NAV	Torkil Berge	HL	 SAK TORKE BERGE Mal for saker til Nas https://velferd.no/meninger/2019/sprik-mellom-liv-og-laere-i-nav

						https://www.napha.no/content/23231/Oppsiktsvekkende-gode-resultater-for-Senter-for-jobbmestring-i-NAV
12		13:45	Nasjonal helse- og sykehusplan	Beate Brinchmann	HL	 <p>Sak Beate Brinchmann Mal for</p>
		14:15	Pause			
13		14:25	Planlegging videre Mal for forslag og saker Avslutning	Gro Jamtvedt Håkon Lund	HL	 <p>Mal for saker til Nasjonalt fagråd art</p>
		15:00	Møte slutt			
		15:10	Skyss til Sonsveien stasjon		HL	

REFERAT – Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Dato:	19.11.2018 11:00-18:00 og 20.11.2018 09:00-13:00
Sted:	Høgskulen på Vestlandet, Campus Kronstad, Inndalsveien 28, 5063 Bergen
Arkivsak:	17/2059
Til stede:	Gro Jamtvedt, Randi Wågø Aas, Torkil Berge, Beate Brinchmann, Hege Randi Eriksen, Astrid Louise Grasdahl, Chris Jensen, Roar Johnsen, Gunn Hege Marchand, Elin Stoermann-Næss, Anita Vatland, Erik Lønnmark Werner, Simon Øverland,
Forfall:	Christian Høy
Eksterne Innledere:	Ånen Ringard, Partner, Rud Pedersen Public Affairs Marianne Misje, psykologspesialist og Ingrid Blø Olsen, psykolog i Senter for jobbmestring, NAV Arbeidsrådgivning Hordaland. Tonje Fyhn og Vigdis Sveinsdottir fra NORCE Norwegian Research Centre/ Uni Resarch
Sekretariat:	Hilde Kristin Weng, AVDIR, May Cecilie Lossius HDIR, Thorgeir Hernes, AVDIR og Håkon Lund, HDIR,
Observatører:	Ole Jo Kristoffersen, Hernes Institutt Hilde Nitteberg Teige, Hernes Institutt Janne Ursin, Arbeids- og velferdsdirektoratet Stian Johnsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Ordstyrer:	Gro Jamtvedt (rådets leder)
Referent:	Håkon Lund med støtte fra sekretariatet
Lenker til dokumenter og presentasjoner	Rådets nettsider Sakspapirer og presentasjoner i møtet 19 og 20 november 2019

AGENDA	Tema	Ansvar/innledere
	Åpning Referat – innkalling – oppfølging	Gro Jamtvedt, leder for rådet
18/10	Arbeid og helse - prioritering	Chris Jensen / Ånen Ringard
18/11	Presentasjon av valgt tema	Astrid Louise Grasdal/ Hege Randi Eriksen/ Simon Øverland
18/09	Emnebibliotek	Gro Jamtvedt
18/09	Kunnskapsoppsummeringer	Thorgeir Hernes
18/06	Felles oppdrag – statusrapport og veileder. Status for oppdraget og innspill fra Fagrådet.	Sekretariatet
17/18	Styrke fokus på arbeid hos helsepersonell/ Fagsamling for ansatte i NAV og helse 2019 – forslag fra Fagrådet til målgruppe, tema, innledere, metodikk.	Sekretariatet
18/12	Innspill til nasjonal helse- og sykehusplan	Beate Brinchmann
17/09	Arbeidsmetodikk i fagrådet. Forslag til metodikk som kan styrke samhandlingen mellom møtene	

Åpning

Referat – innkalling – oppfølging

- Leder Gro Jamtvedt åpnet møtet, ønsket nyoppnevnte rådsmedlemmer velkommen:
 - Elin Stoermann-Naess, spesialrådgiver Kreftforeningen og leder av Sentralt brukerutvalg, Arbeids og velferdsdirektoratet
 - Anita Vatland, leder Pårørendealliansen, medlem av Helsedirektoratets brukerråd
 - Gunn Hege Marchand, overlege, St. Olavs hospital og førsteamanuensis ved institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
 - Randi Wågø Aas, ergoterapeut og professor ved OsloMet og Universitetet i Stavanger
- Jamtvedt ønsket også observatørene velkommen
- Referat fra møtet i Fagrådet 31.05.2018 ble godkjent.
Det ble bemerket at det er gunstig med såpass utførlige referater fordi det gjør det enklere å holde seg orientert for rådsmedlemmer som ikke var tilstede.

18/10 Arbeid og helse - prioritering

Innledning

- Rådsmedlem Chris Jensen orienterte om bakgrunnen for saken. Etter omleggingen av Raskere tilbake ordningen, utføres ordinær rettighetsvurdering av alle henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.
- Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering har løftet saken til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i et eget notat, der de anbefaler en ny prioriteringsveileder for arbeidsrettet rehabilitering. (lenke)
- Ånen Ringard fra firmaet Rud Pedersen Public Affairs, tidl. sekretær for NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten ([Norheim utvalget](#)) innledet. Se presentasjon. (lenke)
- Ringard redegjorde for historikk og prosess i de utvalg og utredninger som har vært

Det vil framstå som urettferdig å ta direkte hensyn til produktivitet på en måte som gjør at grupper og personer med høy inntekt får prioritet over grupper og personer med lav inntekt og at personer i lønnet arbeid får prioritet over de uten lønnet arbeid (blant personer i yrkesaktiv alder)

gjennomført. I den siste NOU Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten ([2014:12](#)) er arbeid og helse diskutert i kapittelet om Helsegevinstkriterier, side 87:

- i Stortingsmeldingen Verdier i pasientens helsetjeneste ([Meld. St. 34](#)) gir Stortinget sin tilslutning til de tre overordnede prioriteringskriteriene:
 - Alvorlighet
 - Nytte
 - Ressurskriteriet
- Det gjøres også viktige avgrensninger mht hvilke situasjoner kriteriene skal benyttes:
 - Ved innføring av ny teknologi
 - Ved inngangen til spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil i tillegg peke på sammenhengen mellom deltakelse i arbeid og helse. 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. I vurderinger av nytte for den enkelte pasient vil det kunne være relevant å inkludere ev. livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.

- I Stortingsmeldingen står det også:

I Stortingets behandling av meldingene ble ikke arbeidsevne eller arbeidsdeltakelse drøftet videre. I den pågående [høringen om juridisk oppfølging av prioriteringsmeldingen](#) er det ingen direkte referanser til arbeid og helse.

Ringard konkluderte med at det har vært innføring av ny teknologi som har vært en viktig driver i prioriteringsdebatten. Han understreket at det er viktig at debatten om hvordan ny kunnskap om relasjonen mellom arbeid og helse skal påvirke rettighetsvurdering fortsetter. Han mente at Nasjonalt fagråd for arbeid og helse kan spille en viktig rolle.

Innspill fra fagrådet:

Rådet hadde en grundig diskusjon om prioritering.

Det ble understreket at det er stor forskjell på vurderinger knyttet til om samfunnet skal innføre og tilby en ny metode og vurderinger av enkeltpersoners rettighet til spesialisthelsetjenester.

Det er også viktig å skille mellom det å skulle prioritere mennesker med høy arbeidsevne (produktivitet) – og det å bruke ressurser på tilbud med målsetting å øke funksjonsevne/aktivitet/arbeidsdeltakelse.

Prioriteringsdebattens drøfting av arbeid og helse, bærer preg av å være en motreaksjon på "raskere-tilbake" ordningen, som gav sær-rettigheter til sykmeldte/arbeidsføre.

Rådsmedlemmene var opptatt av at det oppnås en rettighetsvurdering ved henvisning til spesialisthelsetjenesten som gir tilgang til tjenester i en fase der intervensjonene er mest mulig virksomme, og samtidig sikrer likeverdige tjenester.

Flere argumenterte for at de gjeldende prioriteringsveilederne bør revideres, for å presisere hvordan vurderingene kan inkludere mulighet for å forbedre funksjon, aktivitet og arbeidsdeltakelse.

Konklusjon – Vedtak

- Rådet anbefaler at Helsedirektoratet og Arbeid- og velferdsdirektoratet vurderer å revidere relevante prioriteringsveiledere for å klargjøre hvordan arbeid skal tolkes inn i eksisterende vurderingskriterier.

- Rådet ønsker å ha saken opp til videre diskusjon i kommende møte.

18/11 Presentasjon av valgt tema

Innledning

Rådsmedlemmene fra Bergen, hadde invitert til to orienteringer.

Marianne Misje og Ingrid Blø Olsen fra Senter for jobbmestring, NAV Arbeidsrådgivning Hordaland orienterte om NAVs implementering av forskningskunnskap; herunder IPS, Senter for jobbmestring og HelseArbeid (se presentasjon).

NAV Hordaland er opptatt av å ha forskningsbasert kunnskap som grunnlag for innføring av tilbud.

Tonje Fyhn og Vigdis Sveinsdottir presenterte kunnskap om IPS og forsøk på å anvende IPS som tilbud til nye grupper, herunder unge i fare for tidlig uførhet, og flyktninger.

Innspill fra fagrådet:

I diskusjonen ble det bemerket at NAV iverksetter, og ser hvordan det går. Viljen er stor, men det er fare for at det blir for usystematisk. Bruken av senter for jobbmestring, er forskjellig i de forskjellige NAV regionene.

Flere peker på at normering/standardisering er nødvendig for å utvikle kunnskap om hva som faktisk fungerer.

Det bør legges til rette for gode registerstudier – godt design – styrt implementering av nye tiltak med god følgeforskning. Det ble også pekt på hvilken rolle rådet bør ha.

Konklusjon – Vedtak

- **Rådet tar presentasjonene til orientering**

18/09 Emnebibliotek**Innledning**

- Gro Jamtvedt orienterte om status i arbeidet med å etablere et emnebibliotek

Innspill fra fagrådet:

- Rådet er positive til initiativet, men ønsker at det benevnes – arbeid og helse, og ikke arbeidsinkludering
- Randi W Aas orienterte om den såkalte "Kunnskap til handling" (KTA) modellen.

Konklusjon – Vedtak

- **Rådet støtter initiativet om et emnebibliotek som del av Helsebiblioteket.**
- **Rådet mener navnet bør være "Emnebibliotek - Arbeid og helse".**

18/09 Kunnskapsoppsummering - oppdrag/PICO til FHI**Innledning**

Thorgeir Hernes innledet (se presentasjon)

Hernes redegjorde for utviklingen etter omlegging av Raskere tilbake ordningen, rapporten fra RHFene og Fagrådets anmerkninger til denne.

Videre gikk han gjennom innspillene fra fagrådets tidligere diskusjon, den 19.2.2018, sortert etter Population, Intervention, Control og Outcome. (PICO)

Innspill fra fagrådet:

- Rådet diskuterte saken og mange forskjellige punkter kom opp. Her gjengis enkelte punkter fra diskusjonen:
- Livskvalitet bør være en indikator
- Egen kunnskapsoppsummering om kreft kan være aktuelt
- Diagnose-uavhengig
- Endepunkt bør være arbeidsrelatert
- Sekundære mål må med, eksempelvis Helseplager, livskvalitet

- Arbeidsdeltakelse er en funksjon. Produktivitet versus arbeidsdeltakelse
- Vi bør beskrive hva vi mener med arbeidsdeltakelse, det er ikke det samme som arbeidsevne/produktivitet
- Arbeidsdeltakelses effekt på helse
- Hvem har mest effekt av hvilke tiltak.

Konklusjon – Vedtak

- **Thorgeir Hernes tok innspillene med i kontakten med FHI**

18/06 Felles oppdrag - workshop**Innledning**

- Hilde Kristin Weng orienterte om felles oppdrag til begge direktorater. Se presentasjon.

Innspill fra fagrådet:

Fagrådet ble delt i tre grupper, for å diskutere de tre problemstillingene med underpunktene:

- Utfordringer på området
- Tiltak fra fagmyndighetene for å styrke fagfeltet
- Problemstillinger fagrådet bør jobbe med fremover

1. Styrke kunnskapsgrunnet
2. Felles arbeidsformer og tiltak
3. Styrke kompetansen

Konklusjon – Vedtak

- **Sekretariatet tar innspillene fra rådet inn i det videre arbeidet med rapporten**

17/18 Konferanse / Kongress**Innledning**

- May Cecilie Lossius innledet. Se presentasjon.
- I strategien [Arbeid og helse – et tettere samvirke](#), er et av tiltakene å:

"Etablere en nasjonal faglig konferanse/arena der klinikere, forskere, forvaltning, brukere, parter kan møtes og etablere en felles forståelse – ved å inkludere eksisterende møteplasser."

Innspill fra fagrådet:

- Rådet diskuterte muligheter og forutsetninger for å etablere en slik arena.

Konklusjon – Vedtak

- Rådet mener en kongress er et positivt tiltak.
- Rådet vil gjerne innta en rolle som faglig programkomite for konferansen.
- Rådet anbefaler at direktoratene sjekker ut hvilke aktører som kan være interessert i å samarbeide om en kongress.

18/12 Innspill til nasjonal helse- og sykehusplan**Innledning**

Beate Brinchmann orienterte. (se presentasjon)

Ny plan skal etableres fra 2020-2023. De regionale helseforetakene skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet i prosessen.

RHFene skal levere innspill til planarbeidet knyttet til områdene teknologi (RHF HSØ), helhet og sammenheng (RHF HMN), kompetanse (RHF HV) og psykisk helsevern (RHF HN).

Innspill fra fagrådet:

Rådet drøftet saken. Flere tok til orde for at aspektene knyttet til arbeid og helse bør med i prosessen, og kanskje spesielt i relasjon til psykisk helsevern, og hva deltakelse i arbeidslivet kan bety på dette feltet.

Konklusjon – Vedtak

- Rådet vedtok å sende innspill
- Innspill vil utarbeides av Beate og Torkil

17/09 Samhandlingsverktøy**Innledning**

Håkon Lund innledet om verktøy som kan gjøre det lettere å opprettholde aktivitet og dialog i rådets arbeid. Det er blant annet høstet erfaringer med bruk av elektroniske samarbeidsverktøy i arbeidet med å utrede iBedrift som et nasjonalt konsept – HelseArbeid. I dette arbeidet ble verktøyet "projectplace" benyttet

Innspill fra fagrådet:

- Rådet diskuterte mulighetene, og flere hadde positive erfaringer med forskjellige verktøy som gjør samhandling på tvers av sektorer og institusjoner lettere.

Konklusjon – Vedtak

- Rådet er enig om at vi bør ha et samhandlingsverktøy. Sekretariatet iverksetter.
 - MC og HL kjører frem ledermøtesak om samhandlingsverktøy
-

Vedlegg

Workshop: Styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av strategi og tjenester – foreløpige retningsvisere

1. **Infrastruktur**
 - Hva kan vi få av data
 - Mer robust
 - Hvordan kan vi håndtere påkobling av annen viktig info (kritiske variabler vi ikke har i NAV som utdanning), kan vi finne en struktur som kan koble på disse automatisk. Lykkes vi med dette kan vi framskynde forskning med 2 år (enn alternativet SSB og FT trygd(?))
2. **Effektforskning**
 - Fortsett i det gode sporet som vi har begynt på. Øke på ved å at en automatisk tenker effektforskning når noe skal utvides/implementeres/tweakes
 - Store nok studier
 - Være bevisst i forskningsdesign når en skal se på subgrupper.
 - Tenke langtidseffekter
3. Noe behov for deskriptiv forskning for å vite mer om utsatte subgrupper. Forskere må bli tydeligere der en finner sammenheng mellom variabler: eks røyking og uføretrygd. Må en være tydelige på om dette er en modifierbar variabel, eller bare en sammenheng.
 - Bygge gode studier av subgrupper over tid. Hva skjer med høyere andel kvinner i arbeidslivet over tid? Hva skjer med denne kohorten når de nærmer seg pensjonsalder?
4. **Finansiering**
 - Effektforskning prinsippet om multisenterforskning må vi jobbe med
 - Finansieringsmekanismer se på hvordan dette gjøres i helse.
 - Få til en overbygging der en får til multisenterforskning
5. **Statistikk i NAV**
 - Skulle vi satt ned en gruppe for å se om NAV leverer statistikk som bidrar til en opplyst debatt: eks kvinner og innvandrere
6. Vi må fortsette å bestille kunnskapsoppsummeringer

Arbeid/helse-feltet- noen utdrag fra
aktuelle offisielle dokumenter

«Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet»

Rapport 7. mai 2019 fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

.....

Følgende momenter er viktige i arbeidet med å styrke fagfeltet arbeid og helse:

- **Roller og ansvar:** Det er fortsatt behov for en ryddigere ansvars/rolledeling
- **Felles styringssignaler:** Koordinerte oppdrag fra HOD og ASD til direktoratene har gitt bedre forutsetninger for systematisk samhandling, men det er utfordringer når det gjelder felles styringssignaler ut til regionalt og lokalt nivå
- **Felles faglige anbefalinger:** Direktoratene anbefaler å utvikle kunnskapsbaserte, felles faglige anbefalinger på arbeid og helseområde, herunder tydeliggjøring av gjeldende prinsipper i foreliggende prioriteringsveiledere
- **Styrt implementering:** Vurdere løsninger som kan sikre en mer styrt implementering av felles, kunnskapsbaserte intervensjonsmodeller – og på en slik måte at en hele tiden forbedrer kunnskapsgrunlaget for intervensjonene
- **Forebygging og helsefremming:** Videreutvikle samarbeidet mellom NAV og helsetjeneste med flere helsefremmende og forebyggende tilbud, eksempelvis; HelseArbeid, tilbudene ved frisklivssentralene, fysisk aktivitet på og i forbindelse med arbeid m.v.
- **Finansiering:** Vurdere muligheter for mer permanente og samkjørte finansieringsordninger for samvirketiltak, og vurdere utfordringer knyttet til forebyggende, arbeidsrettede tilnærminger innen spesialisthelsetjenestene
- **Sykmeldere:** Videreutvikle veileder og beslutningsstøtte til sykmelder der betydningen av å være i arbeid for helsen vektlegges
- **Pakkeforløp:** Integre arbeidsinkludering og arbeid/helse i viktige førende dokumenter innen helsetjenestene som pakkeforløp for ulike pasientgrupper
- **Kompetanse:** vurdere felles utvikling av utdanningstilbud/pakker/moduler og bedre samarbeid og koordinering av kurs-/opplæringstilbud innen psykisk helse og rus og muskel/skjelett-plager
- **Fou - data på tvers:** Det er behov for å legge bedre til rette for bruk av arbeidsinkludering som et utfallsmål innen helsetjenesteforskningen, og mer generelt for å kunne koble individdata på tvers av sektorene
- **Felles systemstøtte:** Det er behov for felles løsninger i bruker/pasientoppfølgingen – samhandlingsverktøy som samtidig ivaretar personvern hensyn på en betryggende måte.
- **Regionale og lokale samarbeidsavtaler:** Det bør vurderes en sterkere sentral tilrettelegging av avtalene, bl.a. for å stimulere til samhandling og læring på tvers
- **Brukerinvolvering:** bedre bruk av brukererfaringer i utviklingen av samtidig innsats fra NAV og helsetjenesten

.....

Meld. St. 19 (2018–2019) Melding til Stortinget – «Folkehelsemeldinga - gode liv i eit trygt samfunn»

4.4 Arbeid og arbeidsmiljø

Det å vere i arbeid kan vere helsefremjande i seg sjølv. Når ein deltek i arbeidslivet, er ein ein del av eit sosialt fellesskap, og arbeidsoppgåvene kan vere ei kjelde til meining, meistring og personleg utvikling. Indirekte genererer arbeidsdeltaking ressursar som gjer oss i stand til å leve eit sjølvstendig og føreseieleg liv, og som sikrar oss gode materielle levekår.

.....

Dei som er i arbeid, har gjennomgåande betre helse enn dei som er utanfor arbeidsmarknaden (Dahl, Wel og Harsløf 2010). Mange av dei som fell ut av arbeidslivet, gjer det på grunn av nedsett helse, så funna som viser helseforskjellar mellom yrkesaktive og yrkespassive, kan til ein viss grad tilskrivast ein helsemessig seleksjon. Vidare kan denne seleksjonen skrive seg frå aukande utdanningskrav i arbeidslivet. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet ved nedsett helse er størst i gruppa med kort utdanning.

Arbeidet inneheld ei rekkje eksponeringsfaktorar som påverkar helsa. Arbeidstakarar med kortare utdanning er meir eksponerte for belastningar i arbeidslivet, mellom anna i form av tungt fysisk arbeid og ugunstige arbeidsstillingar, eksponering for fysiske farar og kjemiske stoff, mindre medråderett og ein mindre sikker jobb. Ved å førebyggje slike former for eksponering fremjar ein helse og livskvalitet. Eit målretta og kunnskapsbasert førebyggjande arbeidsmiljø vil kunne bidra til lågare sjukefråvær og helserelatert avgang frå arbeidslivet.

Når det gjeld internasjonale samanlikningar av dei fleste arbeidsmiljøfaktorar som påverkar helse og trivsel, kjem Noreg godt ut (Aagestad, Bjerkan og Gravseth 2017). Dei aller fleste arbeidstakarar i Noreg arbeider under trygge og forsvarlege forhold, men i enkelte yrke og næringar er det framleis utfordringar og potensial for forbetring.

.....

Inkluderingsdugnaden

Regjeringa har sett i verk ein inkluderingsdugnad for å få fleire av dei som står utanfor arbeidslivet, inn i ordinære jobbar. Inkluderingsdugnaden inneber eit samarbeid mellom ulike aktørar, både offentlege og private. Gjennom felles innsats frå ulike aktørar og i ulike sektorar er målet å få fleire med nedsett funksjonsevne eller høl i CV-en over i ordinært arbeid. Ved å mobilisere denne arbeidskraftressursen blir vi betre rusta til å møte framtidige behov for arbeidskraft.

Inkluderingsdugnaden har tre hovudinnsatsområde:

1. senke terskelen inn i arbeidslivet og gjere det lettare for arbeidsgivarar å tilsetje personar frå målgruppene til inkluderingsdugnaden
2. vidareutvikle og styrkje tilbodet for arbeidssøkjjarar med psykiske lidingar og/eller rusproblem, slik at fleire kan delta i arbeidslivet
3. styrkje opplæringstilbodet slik at fleire kan bli kvalifiserte til arbeid

.....

Å vidareutvikle samarbeidet mellom helse- og arbeidsretta tenester er òg eit sentralt tema i inkluderingsdugnaden. Fleire står utanfor arbeidslivet på grunn av psykiske helseplager. Personar med psykiske lidningar er ei sentral målgruppe. Ordninga med individuell jobbstøtte skal styrkjast slik at fleire med moderate og alvorlege psykiske helseproblem skal få integrert helse- og arbeidsretta støtte med sikte på å komme i arbeid.

8.4

Arbeidslinja i eit helseperspektiv

Mange som står utanfor arbeidslivet i ein kortare eller lengre periode på grunn av ulike helseutfordringar, får ei helserelatert trygdeytning. Talet på tapte årsverk som følgje av at mange tek imot helserelaterte ytingar til livsopphald, som sjukepengar, arbeidsavklaringspengar og uføretrygd, svarte til 15,9 prosent av dei årsverka befolkninga i alderen 18–66 år stod for i 2017. Fleire som tek imot ei helserelatert yting, har eit arbeidsforhold som dei anten har mellombels fråvær frå, eller som dei kombinerer med ei gradert yting. Diagnosane som dominerer i trygdestatistikken, er knytte til muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidningar. Prosentdelen uføre aukar kraftig med alder, men mest for kvinner. Det er langt fleire kvinner enn menn som får uføretrygd. Blant dei over 45 år er prosentdelen om lag 1,5 gonger så høg.

Kostnadene ved at mange blir ståande utanfor arbeidslivet er høge, både for den enkelte og for samfunnet. Det har derfor gjennom mange år vore satsa på å fremje deltaking i arbeidslivet for personar med ulike helseutfordringar. Med endringane i regelverket for uføretrygda i 2015 blei det enklare å kombinere arbeid og trygd. Frå 1. januar 2018 blei regelverket for arbeidsavklaringspengar endra, mellom anna for å få fleire over i arbeid gjennom eit strammare stønadsløp.

Det er urovekkjande at mange i yrkesaktiv alder står utanfor arbeidslivet på grunn av helseutfordringar. Det gjeld spesielt unge, som har eit langt yrkesliv framfor seg. Ein viktig del av arbeidsmarknads- og velferdspolitikken er tenester i form av formidling av arbeidskraft, informasjon og rådgiving om arbeidsmarknaden. Vidare bidreg bruk av aktive arbeidsmarknadstiltak overfor arbeidsledige og personar med nedsett arbeidsevne til å motverke langvarig arbeidsløyse og helserelatert fråvær og hindre utstøying frå arbeidslivet. Oppfølgingstiltak, kvalifiseringstiltak, lønnstilskot mv. er sentrale verkemiddel i realiseringa av arbeidslinja.

Arbeid og helse

Sjølv om dei fleste med psykiske helseproblem deltek i arbeid eller utdanning, har mange likevel svak eller inga tilknytning til arbeidslivet, og psykiske helseproblem er årsak til ein stadig større del av sjukefråvær og uføretrygding, særleg blant unge. At personar med psykiske lidningar skal kunne delta i arbeidslivet, står derfor sentralt i regjeringa sin strategi for god psykisk helse for perioden 2017–2022.

Mange vil trenge samtidig hjelp og støtte både frå arbeids- og velferdsforvaltinga og frå helsetenestene for å komme i arbeid. Det gjer at helsetenestene og arbeids- og velferdsforvaltinga må samarbeide tett, slik at brukarar som har behov for det, får eit samanhengande tenestetilbod tilpassa sine individuelle behov, og i møte med pasientar og brukarar må dei tilsette både i arbeids- og velferdsforvaltinga og i helsetenestene tenkje på om det er mogleg å få dei i arbeid. At behandling og arbeidsretta hjelp og støtte skjer samtidig, vil for mange vere meir effektivt når det gjeld å bli verande i arbeid eller komme raskare tilbake til arbeid enn dersom tenestene frå dei to sektorane blir gitt sekvensielt.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide om å utvikle arbeids- og helseområdet som eitt felles fagfelt, og dei har utarbeidd ein strategi for felles innsats på området. Som oppfølging av strategien har direktorata etablert eit fagråd for arbeid og helse som skal styrkje fagkompetansen i direktorata og setje agendaen for framtidige satsingar på fagfeltet.

For å støtte opp under samarbeidet mellom helsetenestene og dei arbeidsretta tenestene har Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gitt Arbeids- og velferdsdirektoratet og dei regionale helseføretaka i oppdrag å etablere tiltak som kan føre til eit meir systematisk samarbeid mellom helsetenestene og Arbeids- og velferdsetaten.

Fra «Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv – et arbeidsliv med plass for alle - 1. januar 2019 – 31. desember 2022

Målet er å legge til rette for at så mange som mulig kan arbeide så mye som mulig, så lenge som mulig

Arbeidskraften er Norges viktigste ressurs. Høy sysselsetting er grunnlaget for å opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn, samtidig som det er av stor betydning for den enkelte å være i jobb. Trepartssamarbeidet om et mer inkluderende arbeidsliv skal bidra til høy sysselsetting og mobilisering av arbeidskraft gjennom å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

.....

Et helhetlig samarbeid

Et godt samarbeid mellom partene, både trepartssamarbeid på samfunnsnivå og topartssamarbeid på arbeidsplassene, er det viktigste verktøyet i inkluderingsarbeidet..... Partene samarbeider godt om utdannings- og kompetansepolitikken og arbeids- og velferdspolitikken, og bidrar aktivt i regjeringens satsinger på integrering og inkludering.

IA-avtalens viktigste bidrag i denne helheten er felles innsats fra partene på arbeidsplassen for å forebygge sykefravær og frafall og fremme inkludering. Myndighetene skal gjennom sine virkemidler støtte opp under dette arbeidet.

.....

Mål på nasjonalt nivå

IA-avtalen skal skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten bidra til å øke sysselsettingen.

- Sykefravær: Sykefraværprosenten skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018.
 - Flere sektorer, bransjer og virksomheter har et lavt sykefravær. I disse bransjene og virksomhetene vil det kunne være et mål i seg selv å opprettholde det lave fraværet og fokusere innsatsen på forebyggende arbeidsmiljøarbeid og på å redusere frafall fra arbeidslivet.
- Frafall: Frafallet fra arbeidslivet skal reduseres.
 - Med frafall menes personer i yrkesaktiv alder som ikke kommer tilbake til arbeid etter fravær. Det er vanligvis langtidssykmeldte som går over på arbeidsavklaringspenger og etter hvert til uføretrygd, eller personer som går over til tidligpensjonering.

Organisering av IA-avtalen

.....

Faggruppen er en arbeidsgruppe bestående av partene, myndighetene og relevante fagmiljøer. Faggruppen skal drøfte status og utvikling i IA-målene og sikre god og relevant kunnskap om forhold av betydning for IA-avtalens mål og innsatsområder. Faggruppens vurderinger gir et viktig faglig grunnlag for arbeidet i koordineringsgruppen og i de prioriterte bransjesatsingene. Gruppen skal også legge frem en årlig rapport for Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. Faggruppens mandat, herunder

sammensetning, oppgaver og organisering skal gjennomgås og justeres innledningsvis i avtaleperioden, slik at det støtter opp under innretningen og prioriteringene i denne IA-avtalen.

Innsatsområder

For å støtte opp under målene for IA-avtalen, er partene og myndighetene enige om å løfte frem satsinger for forebygging av sykefravær og frafall og å målrette innsatsen mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær.

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid

For å ha effekt må forebyggende arbeidsmiljøarbeid være kunnskapsbasert og rettet mot reelle behov på den enkelte arbeidsplass. IA-avtalen skal styrke partssamarbeidet om forebyggende arbeidsmiljøarbeid lokalt og bidra til at virksomhetene får tilgang til god kunnskapsbasert støtte i arbeidet.

Innsats mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær

Langtidssykefraværet utgjør den største delen av sykefraværet i Norge, og øker også risikoen for varig frafall fra arbeidslivet. Partene vil i IA-perioden rette særlig innsats mot de lange og/eller hyppig gjentakende sykefraværene. Innsatsen skal være kunnskapsbasert.

.....

Virkemidler for hele arbeidslivet

Ny arbeidsmiljøsatsing

For å gjøre en offensiv innsats for bedre forebyggende arbeidsmiljøarbeid, etableres det en ny arbeidsmiljøsatsing som skal bidra til kunnskap, kompetanse og verktøy for virksomhetene.

.....

En koordinert arbeidslivstjeneste

Arbeidet med å skape et inkluderende arbeidsliv skjer i den enkelte virksomhet. En viktig forutsetning for å lykkes med dette er godt partssamarbeid. For å få bistand og støtte til arbeidet med IA-avtalens mål og innsatsområder på den enkelte arbeidsplass, kan virksomheter inngå samarbeid med NAV Arbeidslivssenter. NAV Arbeidslivssenters bistand og kompetanse vil være et sentralt virkemiddel overfor virksomheter i IA-arbeidet.

For å støtte opp under arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær på den enkelte arbeidsplass, skal det opprettes et tilskudd til ekspertbistand i enkeltsaker med lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær. Tilskuddet begrenses til situasjoner hvor dokumenterte bedriftsinterne tiltak og andre offentlige støtteordninger er utprøvd, og hvor arbeidsgiver, NAV Arbeidslivssenter og den enkelte arbeidstaker er enige om at det er hensiktsmessig med ekstern ekspertbistand for å finne løsninger.

HelseArbeid

Virkemiddelet HelseArbeid består av en satsing på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, med rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring som skal fremme mestring og arbeidsdeltakelse. Målgruppen er den store gruppen arbeidstakere som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet grunnet muskelskjelettlidelser og/eller psykiske plager.

HelseArbeid tilbys i dag i de tre nordligste fylkene. Avtalepartene er enige om å gjennomføre HelseArbeid i større omfang enn i dag. Tiltaket skal gjennomføres innenfor rammen av dagens regelverk og prioriteringsforskriften. Ressurser i arbeidslivssentrene skal brukes for å få til et større omfang av HelseArbeid.

.....

Sykefraværsoppfølging

Som støtte til legers sykmeldingsarbeid skal det utarbeides en ny kursmodul om sykmeldingsarbeid i SKIL – Senter for kvalitet i legekantor. Kursmodulene utvikles av SKIL med partene og myndighetene i en referansegruppe, og skal bygge på eksisterende faglige støtteverktøy for sykmelder.

Bedre data- og kunnskapsgrunnlag

IA-avtalen skal stimulere til kunnskapsutvikling innenfor innsatsområdene som er valgt for avtalen. Kunnskap om tiltak på arbeidsplassen og partssamarbeidet på arbeidsplassnivå skal også prioriteres. Det kan videre være behov for å utvikle et bedre data- og statistikkgrunnlag på bransje- og yrkesnivå innenfor IA-avtalens fokusområder, herunder sykefravær og egenmeldingsbruk, frafall, arbeidsmiljø mv.

[Virkemidler for prioriterte bransjer og sektorer](#)

Bransjeprogrammer

Det etableres bransjeprogrammer i bransjer og sektorer hvor IA-partene er enige om å sette inn spisset og prioritert innsats for å støtte opp under målene for IA-avtalen.

Arbeid og inntektssikring

Tiltak for økt sysselsetting

Utredning fra en ekspertgruppe oppnevnt ved kongelig resolusjon 12. januar 2018.

Avgitt til Arbeids- og sosialdepartementet 28. mars 2019.

Et arbeidsorientert trygdesystem

.....

Et aktuelt område gjelder ordninger for unge med helseproblemer. Mange unge som sliter i arbeidsmarkedet, har sammensatte problemer der helseplager trolig bare er en del av bildet. For denne gruppen kan mottak av en helsereelatert ytelse føre til overdrevent fokus på de helsemessige utfordringene, og det kan svekke mulighetene til å komme i arbeid. Arbeidsavklaringspenger vil ofte være den eneste tilgjengelige eller økonomisk gunstigste ytelsen på kort sikt, men i mange tilfeller vil kvalifiseringsprogrammet, eller andre arbeidsrettede tiltak eller oppfølging, være bedre egnet for den unge, fordi det styrker kompetansen og gir bedre jobbmuligheter på lengre sikt.

For sykefravær viser forskning at gradert sykmelding bidrar til redusert fravær og i en del tilfeller også til raskere tilbakevending til vanlig jobb. Likevel var bare om lag en fjerdedel av sykefraværene graderte ved utgangen av 2017. Det taler for en omlegging av sykepengeordningen slik at både arbeidsgivere og arbeidstakere får sterkere økonomiske insentiver til bruk av gradert sykmelding. Arbeidsgivers oppfølging er også viktig, ikke minst for langvarige sykefravær. Derfor bør arbeidsgiver få større økonomisk ansvar for langtidsfraværet, og kompenseres gjennom mindre økonomisk ansvar for korttidsfraværet.

En ny sykepengeordning

Sykepengeordningen er viktig for velferd og trygghet for arbeidstakerne. Samtidig innebærer sykefravær store kostnader for arbeidsgivere og samfunnet for øvrig. Langvarig sykefravær kan føre til at arbeidstakere kommer inn i andre helsereleaterte ytelser og etter hvert mister tilknytningen til arbeidslivet. Det er derfor behov for tiltak for å redusere sykefraværet.

Omfattende forskning viser at økonomiske insentiver for arbeidstakere og arbeidsgivere er viktig for omfanget av sykefraværet. Et sentralt problem i den nåværende sykepengeordningen er at arbeidsgivernes kostnader i hovedsak er knyttet til korttidsfraværet, som trolig er den delen av fraværet som arbeidsgiverne i minst grad kan påvirke. Det er også for liten bruk av gradert sykmelding, til tross for at forskning tyder på at økt bruk av gradering kan bidra til redusert sykefravær.

Vi foreslår endringer i sykepengeordningen med sikte på å begrense langvarig sykefravær. Det kan gjøres ved å øke arbeidsgivers finansieringsansvar for langtidsfraværet innenfor en kostnadsnøytral ramme, på en måte som styrker arbeidsgivers insentiver til å bidra til graderte sykmeldinger. Konkret foreslår vi at den initiale arbeidsgiverperioden forkortes fra 16 til 7 dager, og at arbeidsgiver i resten

av sykefraværsperioden dekker 10 prosent av sykepengene opp til 50 prosent av fulle sykepenger og deretter anslagsvis 25 prosent av sykepenger ut over dette.

For å gi arbeidstaker et økonomisk insentiv til å bruke gradert sykmelding, foreslår vi at gradering gir en forlengelse av den maksimale varigheten på sykepengeperioden. Konkret foreslår vi at maksimal sykmeldingsperiode settes til 12 fulltids måneder, med øvre grense på samlet fraværsperiode på 18 måneder ved gradert sykmelding. For å redusere sykefraværet foreslår vi å redusere kompensasjonsgraden for arbeidstaker til 80 prosent etter 6 fulltids fraværs måneder.

For sykmeldte med gode utsikter til å komme tilbake til samme arbeidsgiver, bør det være mulig å forlenge sykepengeperioden, men i så fall med samme kompensasjonsgrad som ved arbeidsavklaringspenger.

.....

Ekspertgruppen er opptatt av et aktivitetsbasert trygdesystem, hvor personer i mindre grad blir gående passive mens de mottar ytelser fra NAV. Derfor foreslår vi blant annet økte ressurser til arbeidsrettede tiltak, mer kombinasjon av arbeidsrettede tiltak og medisinsk behandling for personer som mottar arbeidsavklaringspenger og en arbeidsorientert uføretrygd (kapittel 8). For å lykkes med et mer aktivitetsbasert system, er det også behov for at NAV får ressurser til å drive tettere oppfølging.

.....

To mulige forsøk med tettere oppfølging - Forsøk 1: Kombinert kognitiv atferdsterapi og arbeidsrettet støtte til personer med lettere til moderate psykiske lidelser

Ved utgangen av 2018 hadde 31 prosent av de 124 000 mottakerne av arbeidsavklaringspenger diagnoser definert som angst, depressive eller lettere psykiske lidelser. Blant de som var under 30 år, var tilsvarende andel på 46 prosent. Mange av disse opplever å falle mellom to stoler, da helsevesenet ofte mangler gode behandlingstilbud, samtidig som NAV vurderer at helsetilstanden er for dårlig til å iverksette arbeidsrettede tiltak.

For denne målgruppen har NAV en oppfølgingsmetodikk som har vist seg effektiv i mindre skala i form av tiltaket *Senter for jobbmestring*. En randomisert, kontrollert studie av tiltaket, som var et samarbeid mellom NAV og Helsedirektoratet, viser at sysselsettingen er på 30 prosent i tiltaksgruppen mot 10 prosent i kontrollgruppen 18 måneder etter tiltaksstart, se Reme m.fl. (2015). Forsøket bygde i sin tid på en omfattende internasjonal effektforskningslitteratur, oppsummert blant annet av Folkehelseinstituttet (Nøkleby m.fl. 2017).

Senter for jobbmestring tilbyr en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og støtte fra en jobbspesialist som bidrar til å finne passende arbeid med *supported employment*-metodikk. I tiltaket finansierer NAV både behandling og jobbstøtte. Resultatene fra forsøket virker lovende og bør prøves ut i større skala. Samtidig er ikke dette en modell som uten videre lar seg skalere. Det er ikke hensiktsmessig at NAV skal ha ansvar for å finansiere psykiske helsetjenester i kommunene. Det er også behov for å vurdere og prøve ut hvor omfattende tilbudet fra NAV og kommunen bør være, slik at kravene til ressursbruk ikke blir større enn det som er nødvendig.

Et mulig neste steg er å gjennomføre et forsøk i større skala hvor NAV finansierer den arbeidsrettede jobbstøtten i samarbeid med kommunens behandlingsteam, eventuelt behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten som følger opp samme målgruppe. En viktig del av forsøket vil være å utvikle en modell for nasjonal utbygging med samarbeid på tvers av sektorer. I forsøksperioden vil dette

kreve at kommunen, eller eventuelt spesialisthelsetjenesten, blir kompensert for kostnader ved behandlingstilbudet gjennom en tilskuddsordning fra helsemyndighetene.

Dette forsøket kan gjennomføres i to steg:

1. Pilot som utvikler en samarbeidsmodell mellom jobbspesialister og helsetjenesten. Prosjektet kan ta utgangspunkt i kommuner som ønsker å utvikle tettere samarbeid mellom jobbspesialister i NAV og helseteam.
1. Samarbeidet utvikles lokalt gjennom støtte fra forskere. Prosjektet skal identifisere og anbefale metodikk for samarbeid til videre utprøving. Effektevaluering av forsøk over to år som inkluderer en prosessevaluering og kost-nytte-beregninger.

Forsøket må være av tilstrekkelig størrelse for at det skal være høy sannsynlighet for å kunne påvise mulige politikkrelevante effektstørrelser. Hvis det for eksempel er en effekt på tre prosentpoeng, og vi ønsker å kunne påvise denne med høy sannsynlighet, må tiltaksgruppen være på minimum 1 300 personer over to år.

Hvis vi antar at en jobbspesialist til denne målgruppen i snitt vil følge opp 17 personer, et antall realistisk fra tidligere erfaring, vil forsøket trenge 38 jobbspesialister over to år i tillegg til omtrent 15 årsverk i pilotfasen, dette til en kostnad på 64 millioner. Basert på funnene i evalueringen av *Senter for jobbmestring*, anslås det at psykologisk og annet helsetilbud for 1 300 personer har en kostnad på om lag 14 millioner kroner. I tillegg vil det komme kostnader til administrasjon og evaluering av forsøket på omtrent 10 millioner kroner.

Totalt vil anslagsvis 88 millioner kroner dekke utviklingen av en slik modell for tettere oppfølging.

.....

Helse, oppfølging og arbeid

I dette kapitlet drøftes betydningen av helse, oppfølging og tilgang til hjelpemidler for muligheten til å være i arbeid for personer med nedsatt arbeidsevne. Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV omtales også.

Mange av de som faller ut av arbeidslivet i Norge, gjør det gjennom helserelaterte ytelser. Samtidig vil det i mange tilfeller være bra for personer med helseproblemer å være i arbeid. Det er viktig med strukturert oppfølging av de som mottar en helserelatert ytelse, på arbeidsplassen, hos NAV eller i helsetjenesten, samtidig som det gis rom for individuell tilpasning.

Ekspertgruppen ønsker å få et mer aktivitetsbasert trygdesystem, hvor personer i mindre grad blir gående passive mens de mottar ytelser fra NAV. Derfor foreslår vi blant annet tiltak som kan bidra både til å forebygge fravær og til at flere kommer raskere tilbake i arbeid. Vi foreslår også tiltak for å bedre oppfølgingen. Et bedre samvirke mellom NAV og helsetjenesten er nødvendig for å få flere til å kombinere arbeidsrettede tiltak og medisinsk behandling. Dette støtter opp under forslagene i kapittel 7 og 8 om mer bruk av graderte ytelser og en arbeidsorientert uføretrygd. For å lykkes med dette må det gis mer ressurser til NAV, slik at de kan drive tettere oppfølging av sine brukergrupper enn de gjør i dag.

.....

Sysselsetting blant personer med funksjonshemninger og oppfølging under helserelatert fravær

Arbeid og helse henger sammen. God helse i befolkningen bidrar til høy sysselsetting. Det å være i jobb kan også være bra for den enkeltes helsetilstand, se for eksempel Waddell og Burton (2006) og Reme m.fl. (2016). Generelt sett er helsetilstanden til befolkningen i Norge god sammenlignet med de fleste andre OECD-land (OECD 2017b). Helserelaterte problemer er likevel en viktig årsak til midlertidig eller varig fravær fra arbeidslivet i Norge. Så mange som 85 prosent av de som er i arbeidsfør alder, men ikke er i jobb, oppgir i YS Arbeidslivsbarometer for 2018 dårlig helse som begrunnelse. OECD (2018b) påpeker at høy utstrømming fra arbeidsmarkedet til helserelaterte ytelser er en utfordring for Norge. Blant personer som svarer i arbeidskraftsundersøkelsen (AKU) at de er funksjonshemmede, har sysselsettingen over tid vært betydelig lavere enn i resten av befolkningen.

.....

Oppfølging av personer med helseproblemer

Barth m.fl. (2016) finner at både helse og ferdigheter har betydning for arbeidsmarkedsdeltakelse. Resultatene kan tyde på at helse er viktigere enn ferdigheter, men det er vanskelig å skille årsakene fra hverandre. Ferdigheter ser ut til å bety mer for de med dårlig enn for de med god helse. Dette tyder på at både helse- og kompetansefremmende tiltak kan være effektive for å få personer i arbeid. Helseproblemer er en viktig årsak til deltidsarbeid, særlig for kvinner (Nygaard m.fl. 2016). Det er likevel også mange som er i full jobb selv om de har betydelige helseproblemer.

Normalt er fravær på grunn av helsemessige problemer av begrenset varighet. Likevel gikk 11 prosent av alle som hadde ett eller flere sykepengetilfeller ut den maksimale sykmeldingsperioden i 2016.

.....

Et mål med NAV-reformen har vært å implementere en helhetlig forvaltning med tydelig arbeidsretting av oppfølgingen av personer i yrkesaktiv alder, med sikte på aktivitet og eventuell oppstart av tiltak så tidlig som mulig. Å få til løp med samtidig behandling og arbeidsrettet aktivitet ser imidlertid fortsatt ut til å være krevende. Stor variasjon i blant annet sykdomsbilde, helsesituasjon, livssituasjon, kompetanse og arbeidsmarkedsmuligheter medfører at det kan være stor variasjon i innholdet i oppfølgingen fra NAV og fra helsevesenet, og i det videre forløpet gjennom stønadssystemet eller ut i arbeid.

.....

Fravær, arbeidsmiljø og oppfølging på arbeidsplassen

Hovedtyngden av sykefraværene er på 100 prosent. I 2017 var om lag ett av fire legemeldte fravær graderte. Omtrent halvparten av de graderte sykefraværene starter med gradering. Andelen graderte fravær øker utover i fraværperioden. I mange tilfeller er personen helt arbeidsudyktig på kort sikt, men blir gradvis friskere. Det kan også ta tid å få utredet helsesituasjonen. I 2017 hadde i overkant av 45 prosent en gradert sykmelding etter ni ukers fravær. Andelen var lik for de med ni måneders fravær.

Risikoen for å falle varig ut av arbeidsmarkedet øker med lengden på fraværet. For en del skyldes dette en varig svekket helsetilstand som ikke lar seg kombinere med arbeid, men lange fravær kan i

seg selv svekke tilknytningen til arbeidslivet. Dette gjelder særlig for personer med psykiske lidelser og uklare og sammensatte plager, og hvor den sykmeldte ofte kan ha mestrings-, kompetanse- eller arbeidsmiljøproblemer som en del av utfordringsbildet. Trolig er det potensial for bedre utnyttelse av restarbeidsevnen blant personer med midlertidig eller varig nedsatt arbeidsevne. Om lag 60 prosent av alle sykefraværene er knyttet til muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser. Dette er lidelser hvor det å være i arbeid i seg selv kan være en viktig del av et behandlingsløp.

.....

Personer med nedsatt arbeidsevne

Ved utgangen av 2018 var 184 000 personer registrert med nedsatt arbeidsevne hos NAV. Ved utgangen av 2018 mottok 65 prosent av de som var registrert med nedsatt arbeidsevne, arbeidsavklaringspenger.

.....

Hvis det har vært lite arbeidsretting gjennom sykepengeforløpet, kan det være en utfordring å snu oppmerksomheten fra begrensninger til muligheter. Passivitet og følelse av motgang kan svekke motivasjon, selvtillit og mestringsfølelse. Integrert oppfølging mellom de som gir behandling og de som gir jobbstøtte, har vist seg å gi økt overgang til arbeid for personer med psykiske helseproblemer som står utenfor arbeidslivet, se omtale i avsnitt 10.2.4. Oppfølging basert på slike spesifikke oppfølgingsmetoder (se boks 10.3) er i utgangspunktet ressurskrevende. Erfaringene er likevel at det er god effekt av å rette oppmerksomheten mot muligheter i arbeidsmarkedet tidlig i behandlingen, blant annet gjennom samarbeid mellom behandlings- og oppfølgingsapparatet.

Mange personer med nedsatt arbeidsevne må vente lenge på å delta på arbeidsmarkedstiltak. Lande og Selnes (2017) finner at om lag en tredel av personer med nedsatt arbeidsevne var registrert med nedsatt arbeidsevne i mer enn ett år før de startet i et arbeidsmarkedstiltak. De gjorde en systematisk gjennomgang av 47 saker for å se nærmere på hva som kunne ligge bak dette. Undersøkelsen viser at sen oppstart av tiltak stort sett skyldes at personene ikke ble vurdert som aktuelle for slike tiltak, fordi de var for syke og deltok i medisinsk behandling, eller fordi de hadde en arbeidsgiver de skulle tilbake til. Etter en tid kan nye vurderinger vise at det likevel er behov for arbeidsrettede tiltak. Dette er konsistent med Bragstad (2017) som finner at over halvparten av mottakerne av arbeidsavklaringspenger deltar i medisinsk behandling det første halve året, mens bruken av arbeidsrettede tiltak øker senere i perioden.

Det kan imidlertid stilles spørsmål om medisinsk behandling behøver å være et hinder for å delta i arbeidsrettede tiltak. Galaasen m.fl. (2017) finner at over halvparten av de som var i medisinsk behandling hadde kontakt med sin behandler månedlig eller sjeldnere. Etter ekspertgruppens vurdering bør personer med nedsatt arbeidsevne i mange tilfeller komme tidligere i gang med arbeidsrettet oppfølging, parallelt med medisinsk behandling. Lande og Selnes (2017) fant tilfeller hvor lang tid før tiltaksstart skyldes svak oppfølging fra NAV, eller lang ventetid fra personen var søkt inn på et tiltak til tiltaket startet. NAVs kapasitet til å tilby egnede tiltak når det er behov for det bør derfor økes.

.....

Nærmere om arbeidsevnevurderingen

Bruken av arbeidsevnevurderingen er todelt; den skal være et verktøy i oppfølging mot arbeid, og er en del av grunnlaget for en eventuell vurdering av om vilkårene for arbeidsavklaringspenger,

uføretrygd eller varig lønnstilskudd er oppfylt. Vurderingen skal være relasjonell og både se hen til individets muligheter og begrensninger, og til krav og forventninger i omgivelsene, særlig i arbeidslivet. Det kan være vanskelig å få fram både begrensninger og muligheter på en god måte. Erfaringene viser at arbeidsevnevurderingene i praksis legger mest vekt på individets begrensninger, se Lima og Nicolaisen (2016). Dette kan dels skyldes at inngangsvilkårene til ytelsene vektlegger begrensninger, særlig de helsemessige, og dels at det for de fleste allerede er etablert en sykdomsbasert begrunnelse for arbeidsfraværet gjennom sykmeldingen og sykepengeperioden.

Ekspertgruppen mener dette taler for at det gjøres et tydeligere skille mellom de vurderingene som gjøres ved behandling av folketrygdlovens medisinske inngangsvilkår, og vurderingene av mulighetene for å komme tilbake i arbeid. Hvis det ved utarbeiding av arbeidsevnevurderingen ser ut til at personen ikke vil gjenvinne full arbeidsevne, må omfanget av en eventuell restarbeidsevne vurderes. En slik endring i innretning og bruk av arbeidsevnevurderingen bør kunne gjennomføres innenfor gjeldende regelverk, men kan ha betydning for hvordan NAV-kontorene legger opp arbeidet med disse oppgavene, og for samhandlingen med brukeren og legene.

Personer som trenger hjelp til å skaffe arbeid, skal ha en individuell vurdering av behovet for bistand, uavhengig av eventuelle helsemessige, sosiale eller språklige hindre, og uavhengig av hvilken ytelse de søker.

.....

Samvirke mellom NAV og helsetjenesten

Legenes rolle ved helserelatert fravær fra arbeidslivet

God dialog mellom leger, personer med helseproblemer, arbeidsgivere og NAV er viktig. Dette samarbeidet skjer i form av møter og annen dialog som del av den medisinske oppfølgingen, som deltakelse i dialogmøter, og skriftlig dokumentasjon som sykmeldinger og legeerklæringer. Som grunnlag for NAVs vurdering av om det kan innvilges sykepenge, må det foreligge en sykmelding. Ved søknad om arbeidsavklaringspenge eller uføretrygd må det foreligge en legeerklæring.

OECD (2013a) peker på at det kan være vanskelig for fastlegene og andre sykmeldere å fastsette arbeidsevnen og varigheten på fraværet, særlig for personer med en psykisk lidelse. OECD har flere ganger pekt på at det er dårlig kunnskap blant fastlegene og andre sykmeldere om hva et helseproblem betyr for muligheten til å være i ulike former for arbeid. Skarpe organisatoriske skiller mellom helsetjenesten og NAV representerer en barriere for tilbakevending til arbeid. Legen vil dessuten ofte ha begrenset kunnskap om pasientens arbeidsplass og hva som kan gjøres av tilpasninger og tilrettelegging av arbeidssituasjonen.

Flere studier viser at legenes praksis påvirker tilbøyeligheten til sykmelding. Markussen og Røed (2017b) finner at pasientene foretrekker fastleger som er lydhøre for deres ønsker om behandlinger og sykmeldinger. Godøy og Dale-Olsen (2018) finner at skifte av fastlege ikke bare påvirker pasientens eget sykefravær, men også sykefraværet hos kolleger, noe som tyder på at legenes praksis har effekt på sosiale normer.

Mens de sykmeldende legene i Nederland har en fast avlønning, avhenger inntektene for de fleste fastlegene i Norge av antall innbyggere de har på sin liste. Markussen og Røed (2017b) finner at leger som har ledige plasser på listen er mer lydhøre for pasientenes ønsker. Denne studien ser kun på sykmeldinger, ikke på andre portvokterfunksjoner fastlegene ivaretar, som legeerklæringer for søknader om arbeidsavklaringspenge og uføretrygd.

Mens det er mye forskning på hvordan økonomiske insentiver påvirker den sykmeldte, er det lite kunnskap om hva økonomiske insentiver betyr for legenes sykmeldingspraksis. Markussen og Røed (2017b) peker på at mens høy konkurranse vanligvis vil føre til bedre produkter og lavere priser i et marked hvor forbruker selv betaler, kan dette være annerledes i et marked hvor en tredjepart betaler, i dette tilfellet folketrygden.

I mange tilfeller er det ikke opplagt om en person er for syk til å jobbe eller ikke, og det er nødvendig for legen å benytte skjønn. For å ha best mulig grunnlag for å foreta denne skjønnsvurderingen, er det viktig at legen bruker tilstrekkelig tid på pasientens beskrivelse av sin situasjon. Bruk av skjønn innebærer at NAV-veiledere kan etterspørre mer informasjon fra legene, men det kan være vanskelig å overprøve legens vurderinger. Det vil i mange tilfeller ikke være opplagt hva som er rett og galt.

Ekspertgruppen mener det er behov for mer kunnskap om hva som påvirker legenes skjønnsutøvelse og personers holdninger til helserelatert fravær. Mer systematisk kunnskap vil gi bedre grunnlag for tiltak som kan påvirke skjønnsutøvelsen, for eksempel opplæring, samarbeid og erfaringsdeling, ulike former for veiledning og beslutningsstøtte, eller kontroll. Det ville også være nyttig med oppmerksomhet og kunnskap om hvordan ulike faktorer, inklusiv økonomiske insentiver, påvirker legenes sykmeldingspraksis. Det kan for eksempel finnes gjennom komparative studier eller gjennomføring av forsøk.

.....

Bedre integrering av helse- og arbeidsrettede tjenester

Store brukergrupper innen både helsetjenestene og NAV sliter med psykiske eller psykososiale problemer, smerteproblematikk eller sammensatte helse- og livsproblemer. For mange av disse bør arbeidsdeltakelse inngå som del av behandlingen eller rehabiliteringen. En kunnskapsoppsummering foretatt av Waddell og Burton (2006) konkluderer med at arbeid generelt er positivt både for den fysiske og psykiske helsen. Van der Noordt m.fl. (2014) finner at dette særlig gjelder for dem som har mentale lidelser.

Erfaringen er at det både for NAV og helse- og omsorgstjenesten er vanskelig å møte disse problemene på en tilfredsstillende måte. Vellykkede tjenester krever ofte koordinerte og til dels samtidige tjenester. Medisinsk behandling eller arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig. Regelen i begge sektorer har likevel vært å tenke sekvensielt: arbeid blir ofte et tema først når behandling er sluttført. OECD har de siste ti årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse, se for eksempel OECD (2015a). I boks 10.4 er det skissert et mulig forsøk med kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og arbeidsrettet støtte til personer med lettere til moderate psykiske lidelser.

Det er bred enighet om at det er et mål å redusere helserelatert fravær fra arbeidslivet. Dette er for eksempel gjenspeilet ved at Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2018 ga et felles oppdrag til NAV og Helsedirektoratet om tiltak for å styrke relasjonen mellom helse og arbeid. Videre er HelseArbeid, som er en satsing på helsefremmende og forebyggende innsats på arbeidsplassen og rask tilgang på tverrfaglig utredning, trukket fram som et mulig tiltak i den nye IA-avtalen.

På operativt nivå er det de siste årene satset på direktoratsnivå blant annet gjennom «Arbeid og helse – et tettere samvirke» – en felles strategi mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016). Viktige elementer er her å rydde i roller og ansvar, styrke kunnskapsgrunnlaget, og å utvikle modeller for samvirke rundt felles brukergrupper som for

eksempel personer med lettere psykiske plager, moderate til alvorlige psykiske plager, samt system- og individrettede tiltak for å hindre utstøting av personer med psykiske helseplager og muskel- og skjelett-lidelser. Modellene er et resultat av erfaringer og forskningsresultater fra mange års utprøvinger og prosjekter.

Erfaringene viser imidlertid at det fortsatt er mange som blir gående lenge passive. Slik OECD (2013a) påpeker, er det fare for at manglende felles prioriteringer på tvers av helsetjenestene og NAV representerer en barriere for tilbakevending til arbeid. Det er store utfordringer knyttet til å implementere lovende modeller for samvirke inn i hverdagen i de ordinære tjenestene. Her støter man på tunge strukturer i sektorene, blant annet finansieringsordninger, personvern og prioriteringskriterier. Forskjellige styringsstrukturer kan gjøre det vanskelig å få til konsistente prioriteringer på tvers, og gjøre samhandling vanskeligere.

Selv om det overordnet er bred enighet om å redusere helserelatert fravær fra arbeidslivet, er det fortsatt behov for tydeligere felles prioriteringer på tvers av helse- og arbeidsmarkedspolitikken som kan bidra til å

- styrke samhandlingen mellom arbeids- og helsetjenestene,
- stimulere til større oppmerksomhet om helse/arbeid-agendaen både på regionalt og lokalt plan,
- styrke arbeidsfokuset innen helsetjenestene ved å utvikle effektive intervensjoner som har et tydeligere arbeidsmål i behandlings- og rehabiliteringsprosessene,
- utvikle felles kompetanse på tvers av tjenestesektorene,
- 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.

Det er behov for felles styringssignaler. I 2016 utarbeidet arbeids- og helseministrene i Storbritannia sammen et dokument til parlamentet der man lanserte en strategi og en lang rekke initiativ for å styrke dette området. Dette er senere fulgt opp i en felles, konkretisert strategi med en tiårsplan med mål om å få 1 million flere personer med langvarige helseproblemer i arbeid (Department for Work and Pensions og Department of Health 2017).

En slik politikk på tvers av sektorene vil kunne bidra til å styrke måloppnåelsen. I samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet bør det videreutvikles felles mål og strategier på tvers av politikkområdene for å legge til rette for forebygging, og for at arbeidsrettet bistand kan starte så tidlig som mulig, og ikke vente til behandling er avsluttet. Dette kan bidra til at det blir enklere å implementere tiltak med integrerte helse- og arbeidsmål, ved at de prioriteres både i helsesektoren og NAV. Tilgang til slike tilbud bør ikke bestemmes av geografisk tilhørighet.

Oppsummering av forslag

I dette kapitlet foreslår ekspertgruppen tiltak for en mer effektiv sykefraværsoppfølging, og bedre og tettere oppfølging av personer med nedsatt arbeidsevne. Videre foreslås tiltak som kan bidra til bedre samvirke mellom NAV og helsetjenesten. Gjennom vårt arbeid har vi konstatert at det er behov for mer kunnskap blant annet om effektene av NAVs virkemidler og hva som skjer i oppfølgingen på arbeidsplassen, og vi har konkrete forslag om innhenting av mer kunnskap. For å få forventet sysselsettingseffekt av forslagene, er det på noen områder behov for ytterligere innsats fra NAV og mer bruk av arbeidsrettede tiltak. Det er derfor nødvendig at NAV har tilstrekkelige ressurser til å utføre disse oppgavene.

Nedenfor følger en oppsummering av forslagene i dette kapitlet:

Sykefraværsoppfølging

- Det bør foretas en tydeligere avklaring av roller og ansvar for bedriftshelsetjenesten og arbeidslivssentrene.
- NAV bør utarbeide rutiner for å følge opp om det skjer tilfredsstillende økning i arbeidstiden eller arbeidsintensiteten for gradert sykmeldte utover i sykmeldingsforløpet.
- Ved de obligatoriske oppfølgingspunktene bør det foretas en reell vurdering av om tilbakevending til tidligere arbeid er sannsynlig for sykmeldte.
- Arbeidsrettede tiltak bør starte så tidlig som mulig når det er behov for det.
- Det innføres et obligatorisk dialogmøte 3 i en ny sykepengeordning. Dette bør gjøres på en måte som kan evalueres.
- NAV bør bruke de mulighetene digitalisering og administrative data gir for å identifisere den gruppen som med stor sannsynlighet trenger ekstra oppfølging.
- Mulighet til permisjon fra en jobb med fulle sykepenger i inntil tolv uker for friskmelding for arbeidsformidling, i tilfeller hvor det blir klargjort at sykmeldte ikke kan returnere til gammel arbeidsgiver, men kan jobbe andre steder.

Oppfølging av personer med nedsatt arbeidsevne

- Flere personer med nedsatt arbeidsevne bør komme tidligere i gang med arbeidsrettet oppfølging, parallelt med medisinsk behandling. NAVs kapasitet til å tilby egnede tiltak bør derfor økes.
- Den individuelle aktivitetsplanen, og oppfølgingen av den, må være innrettet slik at det framgår klart hvilke avklaringer og tiltak som forventes gjennomført. På oppfølgingspunktene må det gjøres en reell vurdering av om kriteriene for mottak av arbeidsavklaringspenger er oppfylt.
- Skille tydeligere i arbeidsevnevurderingen mellom de helsemessige vurderingene som gjøres ved behandlingen av folketrygdens inngangsvilkår, og de vurderingene som gjøres av mulighetene til å komme tilbake i arbeid. Hvis det ved utarbeiding av arbeidsevnevurderingen ser ut som personen ikke vil gjenvinne full arbeidsevne, må omfanget av en eventuell restarbeidsevne vurderes.
- NAV bør benytte kvantitativ beslutningsstøtte basert på administrative data og metoder for profilering og matching for å forenkle utarbeidingen av arbeidsevnevurderingen, samt for å gjøre mer treffsikre valg av tiltak for at flere skal komme tilbake i arbeid. Utvikling av kvantitativ beslutningsstøtte må kombineres med opplæring av saksbehandlere i NAV.

Samvirke mellom NAV og helsetjenesten

- Det bør utarbeides en legeerklæring ved søknad om arbeidsavklaringspenger hvor vurdering av arbeidsevnen står sentralt. Dette for å skille legeerklæringer ved søknad om arbeidsavklaringspenger fra erklæringer ved søknad om uføretrygd.
- Forsøk der sykmeldingen eller legeerklæringen for et utvalg personer som har mottatt midlertidige helserelaterte ytelser utover en viss varighet, utstedes av spesialiserte leger med arbeidsmedisinsk bakgrunn.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet bør videreutvikle felles mål og strategier på tvers av politikkområdene, for å legge til rette for forebygging og for at arbeidsrettet bistand kan starte så tidlig som mulig, og ikke vente til behandling er avsluttet.

Behov for mer kunnskap

- Mer forskning om hvordan hjelpemidler og tilrettelegging påvirker yrkesdeltakelsen blant personer med nedsatt funksjonsevne.
- Arbeids- og sosialdepartementet bør benytte endringene i IA-avtalen til å igangsette et forskningsprosjekt for å evaluere hvilken effekt arbeidslivssentrenes bistand har på sykefraværet.
- Utvikling av anvendbar kunnskap om forebyggende arbeidsmiljøarbeid som det er enkelt for arbeidsgiver og arbeidstaker å ta i bruk.
- Arbeidsmarkedsmyndighetene sørger for økt kunnskap om sykefraværsoppfølgingen på arbeidsplassen og om den innsatsen NAV gjør gjennom systematiske evalueringer og kunnskapsoppsummeringer.
- Det bør innhentes mer kunnskap om gruppen med nedsatt arbeidsevne som verken er registrert med arbeid, arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd.
- Arbeids- og sosialdepartementet bør evaluere endringene i regelverket for arbeidsavklaringspenger fra 2018, for å se om det virker etter hensikten, og om NAV har tilstrekkelig kapasitet til å fylle oppgavene.
- Bedre kunnskap om hva som påvirker legenes skjønnsutøvelse og personers holdninger til helserelatert fravær.

Tilskudd til ekspertbistand SAK 3

I IA-avtalen for perioden 2019 til 2022 er det avtalt at det skal etableres et tilskudd til ekspertbistand:

«For å støtte opp under arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær på den enkelte arbeidsplass, skal det opprettes et tilskudd til ekspertbistand i enkeltsaker med lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær. Tilskuddet begrenses til situasjoner hvor dokumenterte bedriftsinterne tiltak og andre offentlige støtteordninger er utprøvd, og hvor arbeidsgiver, NAV Arbeidslivssenter og den enkelte arbeidstaker er enige om at det er hensiktsmessig med ekstern ekspertbistand for å finne løsninger».

BHT- og tilretteleggingstilskudd ble ikke videreført fra tidligere IA-avtale. Eksperttilskuddet er ikke ment å være en videreføring av disse.

Tilskudd til ekspertbistand forventes innført i løpet av 2019, og skal forvaltes av NAV. Arbeids- og Sosialdepartementet har ansvaret for utforming av forskrift om ekspertbistand. Partene i arbeidslivet har avtalt en ressursramme på 50 millioner kroner per år.

Det må tas utgangspunkt i at tilskudd til ekspertbistand ikke kan brukes til å kjøpe behandling. Det må også tas utgangspunkt i at ekspertbistand ikke kan brukes til å kjøpe ordinære tjenester gjennom bedriftshelsetjenesten. Dette følger av enighet mellom partene, og er foreløpig ikke forskriftsfestet.

Utover det beskrevet foreligger det lite føringer eller informasjon om hva ekspertbistand skal bestå av.

Diskusjonsposter med utgangspunkt i overnevnte forutsetninger:

1. Hvem mener dere bør være eksperten?
2. Hva slags kompetanse bør eksperten ha?
3. Hva kan eksperten bistå arbeidsgiver og arbeidstaker med?
4. Hvordan bør ekspertbistand avgrenses mot helsevesenets oppgaver?
5. Vil ekspertbistand være et viktig virkemiddel til å forebygge og redusere sykefravær på den enkelte arbeidsplass?

Arbeidsrettet rehabilitering – NAV

1. FORMÅL

Arbeidsrettet rehabilitering skal styrke den enkeltes arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterte og sosiale problemer som hindrer deltakelse i arbeidslivet. Målet med tiltaket er at deltaker skal forbli i arbeid eller kunne komme i arbeid.

Formålet med tiltaket skal understøttes av følgende resultatmål:

- a. **Personer med arbeidsforhold:** Minimum 50 % skal ved avslutning av tiltaket ha full tilbakeføring til arbeid og ytterligere 20 % skal ha redusert sykmeldingsgraden.
- b. **Personer uten arbeidsforhold:** Minimum 65 % skal ved avslutning av tiltaket enten være i arbeid, friskmeldt til NAV og registrert som arbeidssøker eller være i stand til å gjennomføre et annet arbeidsmarkedstiltak.

For personer med arbeidsforhold hvor det vurderes at det er behov for nytt arbeid, skal resultatkravene i punkt b benyttes.

2. DELTAKERE

Arbeidsrettet rehabilitering kan tilbys sykmeldte arbeidstakere og personer som har fått sin arbeidsevne nedsatt slik at vedkommende hindres i å skaffe seg eller beholde inntektsgivende arbeid

3. VARIGHET

Varigheten av arbeidsrettet rehabilitering skal tilpasses deltakerens individuelle behov.

Arbeidsrettet rehabilitering varer som hovedregel i inntil 4 uker.

Dersom leverandør vurderer at det er behov for forlengelse av varigheten skal leverandør oversende en begrunnelse til NAV. Det er mulig å forlenge tiltaket i inntil 4 uker + inntil ytterligere 4 uker. En forlengelse skal godkjennes av NAV-kontoret.

Arbeidsrettet rehabilitering kan totalt vare i inntil 12 uker.

4. ANTALL TIMER

Tiltaket skal gis som et heltidstilbud med inntil 30 timer per uke, men omfanget skal være individuelt tilpasset for den enkelte deltaker. Timeantallet skal tilpasses individuelt i de tilfeller der 30 timer per uke er uforenelig med deltakers arbeidsevne. Timeantallet skal dessuten tilpasses individuelt slik at tiltaket gir mulighet for kombinasjon med eventuell behandling, gradert arbeid og oppfølging fra ulike institusjoner. Leverandør skal tilby tiltaket 5 virkedager per uke.

Dersom det vurderes at deltakerens reelle deltakelse i tiltaket vil være under 12 timer per uke i gjennomsnitt i den første 4-ukersperioden, skal NAV-kontoret kontaktes i løpet av den første uken for å vurdere om tiltaket er hensiktsmessig.

[Punkt 5 er ikke relevant for fagrådet å diskutere]

6. KRAV TIL FAGLIG INNHOLD

Deltakere skal veiledes for å finne strategier for å fungere i arbeidslivet til tross for sykdom og skade samt tilbys løsningsrettede aktiviteter som legger til rette for arbeidsaktivitet.

Kartlegging:

Leverandør skal foreta en helhetlig kartlegging av deltakers nåsituasjon knyttet til deltakers evne til å utføre arbeidsoppgaver samt andre forhold som har betydning for arbeidsdeltakelse. Kartleggingen skal ta utgangspunkt i NAV sin bestilling og bygge på annen relevant dokumentasjon knyttet til deltaker. Kartleggingen skal være gjennomført innen første uke.

For deltakere med arbeidsforhold skal kartleggingen inkludere kontakt med arbeidsgiver. Leverandøren skal beskrive hvordan dette er tenkt gjennomført.

Leverandøren skal sammen med deltaker lage en plan med målsetning og aktiviteter i tiltaket som skal bygge på kartleggingen. Planen skal være ferdigstilt innen første uke. Planen skal oversendes til NAV-kontoret. Dette arbeidet må ta utgangspunkt i allerede eksisterende planer for deltaker, som for eksempel oppfølgingsplan fra arbeidsgiver eller aktivitetsplan som er utarbeidet i samarbeid med NAV.

Aktiviteter:

Leverandør skal tilby individuelt tilpasset løsningsrettet bistand for at deltaker skal kunne bevare arbeid eller styrke sine muligheter for å komme i arbeid, herunder

- individuelle veiledningssamtaler der målet er å:
 - øke kunnskap om egne ressurser, ferdigheter og arbeidsmuligheter
 - bistå deltaker med å definere mål og delmål i forhold til sin arbeids- og helsesituasjon for å oppnå økt arbeidsdeltakelse.
 - motivere deltaker til å ha tro på egen mestringsevne og planlegge mestringsaktiviteter.
- generell opptrening, daglig funksjonsfremmende trening og nødvendig instruksjon knyttet til fysisk trening
- opplæring, motivasjon, livsstils- og kostholdsveiledning, trening i sosial mestring
- arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet

For arbeidstakere må den arbeidsrettede rehabiliteringen ta utgangspunkt i nåværende arbeidsforhold. I de tilfeller arbeidsrettet rehabilitering skal foregå med sikte på tilbakeføring

til samme arbeidsgiver (for eksempel ved hjelp av tilrettelegging, finne nye arbeidsoppgaver osv), må dette gjøres i samarbeid med arbeidsgiver. Møter med arbeidsgiver skal som et minimum holdes ved tiltakets begynnelse og et samarbeidsmøte for å forankre videre oppfølging ved tiltakets slutt. Møter skal gjennomføres oftere ved behov. Som hovedregel skal deltakere med arbeidsgiver være i arbeid eller relevant utprøving hos arbeidsgiver så snart som mulig og senest innen de første 3 ukene av tiltaket.

Dersom nåværende arbeid ikke lenger er høvelig eller at det av andre grunner ikke er hensiktsmessig med tilbakeføring til nåværende arbeidsforhold, må den arbeidsrettede rehabiliteringen gjennomføres med hensikt i å skaffe nytt arbeid. Leverandør er ansvarlig for å finne egnet arena for arbeidsutprøving for deltakere som ikke har arbeidsforhold dersom arbeidsutprøving er hensiktsmessig.

Leverandør skal ved tiltakets slutt forankre videre oppfølging hos aktuell samarbeidspartner ved hjelp av et samarbeidsmøte (se også punkt over om møter med arbeidsgiver). For personer med arbeidsforhold vil dette være arbeidsgiver, mens for personer uten arbeidsforhold vil dette hovedsakelig være NAV-kontoret.

Det er kun helsepersonell ansatt hos leverandør eller helsepersonell som leverandør har avtale med (dvs underleverandør) som har et selvstendig behandlingsgrunnlag i helselovgivningen når de utøver helsehjelp. Personopplysninger knyttet til helsehjelp defineres som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell, jf. Lov om helsepersonell § 3. Om det gis helsehjelp innen tiltaket, og helsepersonell har behov for å innhente/utveksle helseopplysninger med annet helsepersonell, skal det gjøres i samarbeid med bruker – dvs at bruker skal være informert. Det betyr at bruker må gi samtykke til helsepersonellet som gir helsehjelp. Om bruker ikke gir samtykke, kan ikke helsepersonell hos tiltaksarrangører diskutere eller innhente flere helseopplysninger med annet helsepersonell. Samtykke er i slike tilfeller knyttet til taushetspliktreglene ved at samtykke fra bruker er nødvendig for at helsepersonell kan innhente eller utveksle taushetsbelagte opplysninger. Samtykke er derimot ikke knyttet til hvorvidt det er lov å behandle personopplysninger etter personopplysningsloven og personvernforordningen.

Leverandør skal i Bilag 2 beskrive hvordan det faglige innholdet i dette kapittelet konkret er tenkt iverksatt og kvalitetssikret. Leverandør skal beskrive hvilke aktiviteter/tema som vil bli benyttet. Et eksempel på en hensiktsmessig timeplan for et fireukers tiltak skal vedlegges. Dette må sees i sammenheng med krav i punkt 7. Det må tydelig framkomme hvordan arbeidsfokuset er tenkt ivaretatt. Det er leverandørens oppgave å sannsynliggjøre at deres opplegg vil fungere i forhold til målgruppe og målsetninger for tiltaket.

7. ORGANISERING OG PEDAGOGISK TILRETTELEGGING

Arbeidsfokus skal prege aktivitetene som tilbys. Det faglige innholdet skal ta utgangspunkt i metoder som styrker deltakers egne ressurser og muligheter knyttet til deltakelse i ordinært arbeidsliv.

Tiltaket skal være individuelt slik at den enkelte deltaker får et best mulig tilrettelagt tilbud ut fra sitt behov. Det forutsettes at individuelle aktiviteter (herunder en-til-en samtaler, egenaktivitet og individuell aktivitet i gruppe) skal utgjøre hoveddelen av tiltaket.

Gruppeaktiviteter skal ha individuell tilpasning. Tilbudet må synliggjøre hvilke gruppeaktiviteter som tilbys og hvordan den individuelle tilnærmingen skal ivaretas. Det må også beskrives hva gruppeaktivitetene skal inneholde og hvordan de skal organiseres.

Brukerperspektivet skal ligge til grunn for tiltaket. Med brukerperspektivet forstås at deltaker blir møtt med respekt for egne premisser og løsninger, og at metode og dialog er åpen og inkluderende. Deltaker skal veiledes i sitt arbeid med å finne gjennomførbare delmål, styrke innsikten i egne muligheter og ressurser, samt få bistand til hvordan målet om å beholde eller skaffe inntektsgivende arbeid kan nås.

Deltaker skal i hovedsak ha en fast veileder å forholde seg til, men skal også ha nytte av den samlede kompetansen hos utførende personell tilpasset den enkeltes behov. Veilederen skal ha hovedansvaret for gjennomføring av tiltaket i tråd med målsettingen for tiltaket for den enkelte deltaker. Tilbudet må synliggjøre hvordan dette skal ivaretas.

Leverandøren skal benytte metoder og verktøy som er allment anerkjente i relevante fagmiljø og vise at disse benyttes på måter som er hensiktsmessig med tanke på å sikre overgang til arbeid og arbeidsinkludering. Leverandøren må sikre at egne ansatte har kompetanse på hvordan slike metoder og verktøy skal benyttes på egnet måte.

Leverandør må i Bilag 2 gi en utfyllende beskrivelse av hvilke arbeidsmetoder og verktøy som vil bli benyttet. Samhandling med aktuelle samarbeidspartnere skal også beskrives. Eksemplifiser i tillegg dette gjennom å beskrive gjennomføring av tiltaket for to tenkte deltakere; en person uten arbeidsforhold og en person med arbeidsforhold. Dette må også sees i sammenheng med krav i punkt 8.

8. KRAV TIL GJENNOMFØRING AV TILTAKET

Leverandør skal innen to arbeidsdager fra mottak av bestilling av tiltaket bekrefte at bestilling er mottatt og at tiltaket vil bli utført i henhold til avtale.

Responstid skal være 14 dager eller mindre. Responstid er hvor lang tid leverandør trenger fra bestilling er bekreftet til bruker kan begynne i tiltaket.

Dersom leverandør ikke har ledig kapasitet skal det uten ugrunnet opphold gis melding om dette til NAV.

Leverandøren skal samme dag underrette innsøkende NAV-kontor dersom deltaker uten gyldig grunn ikke møter i tiltaket eller slutter underveis. Hva som er godkjent fravær skal vurderes på linje med hva som aksepteres som godkjent fravær i en ordinær arbeidssituasjon.

Dersom leverandør vurderer at arbeidsrettet rehabilitering åpenbart ikke passer for en deltaker, skal leverandør umiddelbart kontakte innsøkende NAV-kontor for å avklare om tiltaket bør avsluttes.

Leverandør plikter å stille egnede lokaler til disposisjon; herunder til gjennomføring av individuelle samtaler. Lokalene skal være egnede for tiltaket og kunne ivareta de ulike aktivitetene.

NAV vil akseptere at leverandør først inngår leieavtale/kontrakt for lokaler etter at kontrakten er signert. Tilbyder bes i tilbudet oppgi adresse på lokaler som kan være aktuelle, samt bekrefte at tilbyder vil kunne stille med lokaler som tilfredsstillende kravene over, ved en ev. kontraktstildeling. Skriftlig bekreftelse for lokaler med adresse skal sendes NAV for godkjenning senest 2 uker før iverksettelse av kontrakten. Leverandøren må beskrive lokalenes tilgjengelighet, tilrettelegging, ventilasjon/lysforhold og sanitære forhold. Lokalene må være tilgjengelige for funksjonshemmede og i størst mulig grad tilfredsstillende kravene til universell utforming.

Lokalene skal ha nødvendig teknisk utstyr, herunder pc med internettilgang og telefon.

Eventuelt nødvendig undervisningsmateriell og læremidler skal skaffes til veie av leverandøren. Utgifter til kopiering, telefonsamtaler i Norge, porto og internett dekkes av leverandør.

Leverandør kan holde stengt i jul og påske og 4 uker om sommeren ved leverandørens ferieavvikling. Tiltaksdeltakelse kan forlenges med lik lengde som går tapt.

[Punkt 9 er ikke relevant for fagrådet å diskutere]

10. KRAV TIL KOMPETANSE

Alt utførende personell skal ha relevant faglig kompetanse. Minst halvparten av leverandørens utførende personell skal ha minimum tre års utdanning fra universitet eller høgskole.

Utførende personell skal til sammen dekke kompetanseområder som følger under.

Arbeidslivskompetanse:

- Arbeidslivets virkemåte (se definisjon nedenfor)
- Arbeidsmarkeds- og yrkeskompetanse (se definisjon nedenfor)
- Erfaring fra samarbeid med arbeidsgivere
- Kompetanse på tilrettelegging i arbeidssituasjoner for personer med helseutfordringer

Helserettet kompetanse:

- Erfaring med opptrening
- Trening/Funksjonsfremmende trening
- Helsepersonell med medisinsk faglig rehabiliteringskompetanse
- Kompetanse innen kognitiv tilnærming

Veiledningskompetanse:

- Mestrings- og motivasjonsteknikker
- Veiledning
- Livsstilsveiledning

• **Arbeidsmarkeds- og yrkeskompetanse:** Med arbeidsmarkeds- og yrkeskompetanse mener Oppdragsgiver kunnskap om arbeidsmarkedet nasjonalt og lokalt. Innen hvilke

bransjer er det behov for arbeidskraft nå og framover og i hvilke bransjer er det arbeidsledighet? Hvilke kvalifikasjoner, kompetanse og krav stilles arbeidstakere innen forskjellige yrker, både formelle og uformelle krav og krav i forhold til helse, egnethet osv?

- **Arbeidslivets virkemåte:** *Med arbeidslivets virkemåte mener Oppdragsgiver blant annet kunnskap om hvilke krav og forventninger arbeidsgivere og arbeidslivet har og hva som skal til for å fungere som arbeidstaker. Leverandør bør også kjenne til for eksempel arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og andre sentrale bestemmelser i arbeidsmiljøloven*

Notat pr. 14. desember 2016

Videreføring av virksomme tiltak i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016). Tre hovedsatsinger fra 2017.

Arbeid, utdanning og psykisk helse – samarbeid mellom NAV, utdanningssektoren og helsetjenesten.

Planperioden for den tverrdepartementale¹ Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013 – 2016) utløper i 2016. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag gjennom tildelingsbrev å vurdere hvordan tiltakene som i dag finansieres gjennom planen (prosjektmidler/tilskuddsmidler), kan videreføres i tjenestens ordinære drift eller avvikles.

Som en oppsummering av oppfølgingsplanen, har Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet foretatt en systematisk gjennomgang av 15 av de 33 tiltakene i planen². Gjennomgangen omfatter en beskrivelse og sammenligning av målgruppe, metodisk tilnærming, kompetansebehov, organisering, samarbeidsformer, finansiering, omfang/utbredelse, forskningsresultater og utfordringer mht. videreføring/spredning.

Målet er å utvikle felles nasjonale samarbeidsmodeller/tiltak for arbeidsinkludering mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren som kan danne grunnlag for implementering i ordinær drift.

Innspill fra Utdanningsdirektoratet er innarbeidet i det foreliggende notatet.

Bakgrunn

Flere av tiltakene i oppfølgingsplanen er en videreføring av metode- og fagutviklingsprosjekter fra Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Mange prosjekter har allerede gode resultater å vise til, og i 2016 har vi fått gode forskningsresultater fra utprøvingen av Rask psykisk helsehjelp og Individuell jobbstøtte (IPS). Det er nå et stadig sterkere kunnskapsgrunnlag for å kunne slå fast at det er helsefremmende å være i arbeid^{3 4 5 6}.

Utfordringsbildet på individ- og systemnivå

Tre av ti elever fullfører ikke videregående opplæring innenfor de rettighetsfestede fem årene. Etter 10 år er det 2 av 10 som ikke gjennomfører videregående skole, noe som tilsier at en betydelig andel ungdommer som sliter trenger mer tid enn det normalløpet tilsier. For over halvparten skyldes dette psykiske helseproblemer⁷. En av fem sykefraværsværker har bakgrunn i psykiske lidelser. En betydelig andel står i fare for å bli sykmeldt eller motta uførestønad⁸. Tall fra NAV viser at 70 prosent av unge AAP-mottakere under 30 år har en psykisk lidelse. Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uføretrygd.

Anbefalinger fra OECD

- å forebygge, identifisere og intervensere på tidlig tidspunkt

¹ Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet og Kunnskapsdepartementet

² De øvrige tiltakene, som ikke omtales i notatet, er tiltak som allerede er en del av ordinær drift, egne satsinger eller tiltak som ikke er basert på samarbeid mellom sektorene.

³ Waddell & Burton (2006). [Is work good for your health and well-being?](#)

⁴ Waddell, Burton & Kendall (2008). [Vocational rehabilitation. What works, for whom, and when?](#)

⁵ Van der Noordt et al. (2014). [Health effects of employment: a systematic review of prospective studies](#). Occup. Environ. Med.

⁶ Nøkleby, H. m. fl. (2015). [Helseeffekter av arbeid. Notat Kunnskapscenteret. Systematisk litteratursøk med sortering](#)

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016): #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021, side 11.

⁸ Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten. Psykisk helse hos voksne.

- øke tilbudet til personer med vanlige psykiske lidelser, som angst og depresjon
- integrerte og koordinerte tjenester mellom helse-, utdanning-, arbeids- og sosiale tjenester (bort fra «silo»-tenkning)
- informasjon, kunnskapsdeling og samarbeid med aktører utenfor de psykiske helsetjenestene, for eksempel lærere, arbeidsgivere og NAV-veiledere
- økt evidensbasert kunnskap

Dette utfordringsbildet samsvarer med vårt grunnlag for den fremtidige, felles satsingen.

Prioritering av tre hovedsatsinger

Anbefalte hovedtilnærminger er:

1) Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet

Et felles prosjekt mellom NAV og Helsedirektoratet har utredet erfaringene fra flere «Raskere tilbake prosjekter» og levert en rapport⁹ med forslag om etablering av en nasjonal modell, HelseArbeid. Modellen er rettet mot å forebygge og redusere sykefravær for de store gruppene med vanlige muskel-/skjelettplager og/eller psykiske helseproblemer. Formålet er å gi et helhetlig tilbud til denne målgruppen som bidrar til å øke arbeidsnærværet og hindre utstøting fra arbeidslivet. Modellen omfatter helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på tverrfaglig utredning og avklaring. HelseArbeid er basert på erfaringer fra iBedrift, et tjenestetilbud som i dag eksisterer i 7 fylker. IBedrift er en modell som baserer seg på et tettere samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. IBedrift anbefales videreført inntil det kan erstattes av HelseArbeid-modellen.

2) Arbeidsinkluderings tiltak for personer med lettere til moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer

Det anbefales at en ny nasjonal modell tar utgangspunkt i erfaringene fra de eksisterende tilbudene Senter for jobbmestring i NAV, enkelte av Raskere tilbake-tiltakene i NAV og spesialisthelsetjenesten¹⁰, og Rask psykisk helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som er et tilbud til personer fra 16 år og når også ungdom. Disse tiltakene bygger alle i stor grad på den britiske modellen «Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) IAPT har gode forskningsresultater å vise til, og er etablert i så godt som alle helsekommuner i England. Resultatene etter tre års drift viste at 45 prosent ble friske, og 65 prosent opplevde vesentlig bedring av sin psykiske helse. Beregninger fra IAPT-programmet i England viser at korttidsintervensjoner lønner seg, og at innsparingene i offentlige ytelser som eksempelvis sykepenger er langt høyere enn kostnadene ved å drifte Rask psykisk helsehjelp-team¹¹. OECD trekker også frem IAPT og Senter for jobbmestring som foregangstiltak i rapporten «Fit Mind Fit Job»¹².

En RCT-studie på effekten av Senter for jobbmestring i NAV versus ordinær oppfølging fra NAV eller helsetjenesten viser gode resultater i form av økt arbeidsdeltakelse¹³. For AAP-mottakere var 24 prosent i jobb mot 12 prosent i kontrollgruppen 12 måneder etter inklusjon. I denne gruppen økte effekten ved 18 mnd. til 28prosent større sannsynlighet for å være i jobb med Senter for jobbmestring. Brukerne fikk også bedret helse i form av mindre symptomer på angst og depresjon samt bedret helserelatert livskvalitet For gruppen uten arbeid ved inklusjon var det også positiv

⁹ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2016). Nytt nasjonalt konsept HelseArbeid. Sluttrapport.

¹⁰ Her siktes det til Raskere tilbake-tiltakene som innebærer behandling for lettere og moderate psykiske lidelser

¹¹ Se omtale av IAPT på NAPHA nettsider, <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>

¹² [OECDs Mental Health and Work –Project](#)

¹³ 2015 Reme et al; [“Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial”](#)

kost/nytte med 4,7 millioner kroner pr år beregnet utfra 615 brukere. Nye foreløpige upubliserte data fra Uni Helse viser at effekten vedvarer i 4 år, noe som vil medføre økt kost/nytte.

Den norske pilotutprøvingen av Rask psykisk helsehjelp er evaluert av Folkehelseinstituttet¹⁴. Resultatene viser en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon og i løpet av behandlingen. Ved oppstart hadde 76,3 prosent av klientene angst og/eller depresjon, mens ved slutten av behandlingen rapporterte 61,6 prosent av disse klientene å være friske igjen. Brukerne fikk også en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandlingen. Funnene viser en økning på 5,6 prosent andel brukere som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. De norske funnene samsvarer med resultatene fra de første pilotene i England.

Et fremtidig, nasjonalt tjenestetilbud som skal bidra til økt arbeidsinkludering og gjennomføring av utdanning for ungdom, bør inneholde et kommunalt tilbud om Rask psykisk helsehjelp, kombinert med tilbud om jobbspesialister i NAV som jobber etter Supported Employment (SE)-metodikk etter modell av Senter for jobbmestring. Faste jobbspesialister fra NAV bør inngå i et team sammen med behandlere rundt de brukere som har behov for koordinerte tjenester i form av faste møtepunkter, evt. at de er samlokalisert.

En anbefalt progresjon i dette arbeidet er på kort sikt å integrere jobbspesialister fra NAV inn i eksisterende Rask psykisk helsehjelp-team, der dette finnes. Dessuten anbefales det å videreføre Senter for jobbmestring og Raskere tilbake-tiltak som jobber tilnærmet denne modellen der dette finnes. I løpet av to år bør det utarbeides konkrete planer for hvordan de tre tilbudene kan slås sammen.

Et felles tilbud vil bidra til at det blir enklere for brukerne å vite hvor de kan søke hjelp. Samtidig som tjenesten de mottar, organisert gjennom tverrfaglige team, vil bli mer helhetlig og koordinert.

3) Arbeidsinkluderingstiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer

Det anbefales at en felles nasjonal modell i hovedsak tar utgangspunkt i erfaringene fra prosjektene Jobbmestrende oppfølging (JMO) og Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support - IPS). De to tiltakene kjennetegnes begge av at de kombinerer behandling og arbeidsrettet oppfølging, og har i løpet av de siste årene nærmet seg hverandre i innhold. Internasjonal forskning, gjennom RCT-studier, viser at det er IPS-modellen som fungerer best på verdensbasis med å bistå mennesker med alvorlige psykiske lidelser ut i jobb¹⁵. En kost-/nyttestudie av Supported Employment-tiltak fra seks steder i Europa viser at IPS sannsynligvis er kostnadsbesparende og nesten sikkert en mer kostnadseffektiv tilnærming enn vanlige attføringstiltak når det gjelder å bistå personer med alvorlige psykiske lidelser ut i ordinært arbeidsliv¹⁶. Resultatene fra den norske effektevalueringen av IPS¹⁷ viser signifikant effekt av IPS. Ved oppstart var 18 prosent i jobb. Ved 18 måneders oppfølging var 37 prosent av IPS-deltakerne i jobb, sammenliknet med 27 prosent i kontrollgruppen som mottok en høykvalitetsversjon av tradisjonelle arbeidsrettede tiltak. Foreløpige registerdata utover 18 måneder viser en også en økende tendens på arbeidsdeltakelse. Resultatene viser for øvrig en reduksjon i NAV-tiltak for IPS-gruppen. IPS bidrar også til signifikant bedre livskvalitet, bedre selvopplevd helse, lavere symptomnivå på depresjon og bedre funksjonsnivå. Deltakerne som fikk IPS var svært fornøyd med oppfølgingen og samarbeidet med jobbspesialisten, og opplevde tilbudet som nyttig. Kost-nytte evalueringen bygger på effektevalueringen og kostnadsdata for tjenester de to gruppene har

¹⁴ Folkehelseinstituttet (2016). [Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge](#)

¹⁵ Helsedirektoratet (2015): [Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser](#). IS-2314

¹⁶ Knapp et al (2013). [Supported Employment: cost-effectiveness across six European sites](#). *World Psychiatry* 12:1 pages 60-68

¹⁷ Reme et al (2016). [Effektevaluering av Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#). Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret

benyttet. Siden effekten foreløpig kun er sikker for 18 måneder er kost-nytte analysen beregnet utfra en varighet på jobbdeltakelse på 24 måneder. Dette gjør at tiltaket per i dag ikke viser en samfunnsøkonomisk gevinst. Dersom den tydelige effekten av sysselsettingen vedvarer, vil IPS over tid bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. Studien dokumenterer at IPS også har effekt i en norsk kontekst.

En kost-nytteanalyse for Jobbmestrende oppfølging¹⁸ viser at 21 prosent av deltakerne var i ordinært lønnet arbeid eller ordinære studieløp ved oppfølging etter to år, mot 2,7 prosent ved oppstart. 16,4 prosent hadde lønn som hovedinntektskilde etter to år, mot 0 ved inntak. Analysen viste en samfunnsøkonomisk gevinst på 2,3 millioner kroner (inkludert kostnader til JMO) i form av inntekter, forutsatt stabil sysselsetting over tre år. Budsjettmessige innsparinger i form av reduserte ytelser ble beregnet til 12,3 millioner kroner over samme periode. I en upublisert studie sammenlignes JMO-gruppen med en kontrollgruppe trukket fra Norsk Pasientregister som mottar vanlig behandling. Deltakere i JMO hadde en nedgang i forbruk av helsetjenester på over 70 000 kroner per person (n=69) sammenlignet med kontrollgruppen. Når antall måneder i arbeid ble benyttet som effektmål, viste JMO-gruppen bedre resultater.

Et fremtidig, nasjonalt tjenestetilbud bør innebære et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og NAV. Det må også sikres tett samarbeid med utdanningsinstitusjoner og andre samarbeidspartnere utfra brukernes behov. Jobbspesialister fra NAV, evt. jobbspesialister ansatt i helsetjenesten må være integrert i behandlingsteam i spesialist- og/eller primærhelsetjenesten. Fontenehusene er også aktuelle samarbeidspartnere.

Unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer bør tidlig få et tilbud om IPS.

Finansiering av de tre hovedsatsingene

1) HelseArbeid – et helsefremmede og forebyggende tiltak

Nåværende finansiering:

Det foreslåtte nye tiltaket HelseArbeid bygger videre på iBedrift, som i dag finansieres gjennom Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten, og er administrert av de regionale helseforetakene. Bistanden fra NAV er fra NAV Arbeidslivssenter, som igjen er finansiert av NAV driftsmidler til NAV Arbeidslivssentre¹⁹.

Fremtidig finansiering:

Det foreslås en fremtidig finansiering av et nasjonalt tilbud dekket av Raskere tilbake-midler i helsetjenesten og ordinære driftsmidler i NAV. Innføring av konseptet HelseArbeid bør vurderes uavhengig av dagens Raskere tilbake-ordning.

2) Rask psykisk helsehjelp med integrerte arbeidsrettede tiltak fra jobbspesialist(er) i NAV

Nåværende finansiering:

Rask psykisk helsehjelp (RPH) finansieres av kommunale driftsmidler og tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. For 2016 er tilskuddsrammen på 22,8 millioner kroner. Helsedirektoratet sørger i

¹⁸ Oslo universitetssykehus (2015): [Effektevaluering av lobbmestrende oppfølging \(JMO\)](#)

¹⁹ Det forutsettes at NAV også viderefører tiltakene «Sees i morgen!» og «arbeidsgiverløs» som støtter opp om HelseArbeid og supplerer det.

tillegg for finansiering av opplæring/videreutdanning i kognitiv terapi. Disse kostnadene utgjør 1,5 mill. kroner for 40 deltakere.

Senter for jobbmestring finansieres pr desember 2016 av driftsmidler til 35 stillinger i NAV og tiltaksmidler i NAV til 25 jobbspesialister.

Raskere tilbake-tiltakene (behandling for lettere/moderate psykiske lidelser og rusmiddelproblemer) finansieres gjennom øremerkede tilskuddsmidler i statsbudsjettet.

Fremtidig finansiering:

Det er anslått at tilbudet gjennom bemanningen i eksisterende Rask psykisk helsehjelp-team kan imøtekomme behovene til en befolkning på om lag 30 000 personer. Med utgangspunkt i eksisterende tilbud, kan vi grovt anslå et behov for opprettelse av totalt 150 Rask psykisk helsehjelp-team, med jobbspesialister integrert.

For ytterligere spredning av en nasjonal samarbeidsmodell foreslås det to alternativer når det gjelder finansiering av tilbudet i regi av helsetjenesten.

1. Full finansiering av opplæring/videreutdanning i kognitiv terapi til de ansatte i nyetablerte Rask psykisk helsehjelp-team. Dette omfatter et tilsvarende innhold og opplegg som tilbys pilotprosjektene i dag, i regi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi.
2. Alternativ 1 + implementeringsstøtte på 2 millioner kroner til kommuner som etablerer Rask psykisk helsehjelp-team.

Kostnadene ved å opprette 30 nye team over fem år vil fordele seg som følger:

Alternativ 1:

- 4,5 millioner kroner pr år i 5 år – **totalt 22,5 millioner kroner.**

Alternativ 2:

- 64,5 millioner kroner pr år i 5 år – **totalt 322,5 millioner kroner.**

Finansiering av alternativ 2 vil kunne skje gjennom rammen av disponible tilskuddsmidler for Rask Psykisk helsehjelp, 22,8 millioner i 2016, samt ev. overføring av noen midler fra tilskuddsordningen IPS. Tilskuddsordningen for IPS har i utprøvningsperioden finansiert ca. 38 stillinger pr. år i NAV. Disse stillingene bør finansieres av NAV i en videreføring.

Følgene krav stilles til kommunene:

- Etablering av Rask psykisk helsehjelp team må forankres i kommunale planer, inkludert økonomiplan
- Kommunen(e) disponerer egne midler/personell som tilbyr Rask psykisk helsehjelp i tråd med modellen
- Det etableres en samarbeidsavtale med NAV med definerte mål for økt arbeidsdeltakelse

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (NAPHA) foreslås som en sentral aktør når det gjelder å bistå kommunene med å organisere og implementere RPH -modellen lokalt.

Jobbspesialister i NAV foreslås finansiert ved økt mulighet for egenproduksjon (omdisponering av tiltaksmidler til drift), og/eller over tiltaksmidler (Oppfølgingstiltaket).

Opprettelsen av 30 nye team pr år vil innebære et behov for 60 nye jobbspesialister pr. år på landsbasis. Jobbspesialistrollen skiller seg fra den ordinære NAV-veileder rollen ved ustrukt arbeidsgiverkontakt, tett samarbeid med behandler og oppfølging av maksimalt 20-25 brukere

(avhengig av målgruppe og hvor i forløpet de er). Jobbspesialiststillingene foreslås finansiert gjennom omdisponering av tiltaksmidler til drift og evt. ekstern anskaffelse over tiltaksmidler. Kostnadene pr jobbspesialiststilling beregnes til 710 000 kroner og opplæringskostnader beregnes til 20 000 kroner pr stilling innenfor egenregi i NAV, dvs. en total kostnad på kr 1,5 millioner kroner pr team. Erfaringsmessig koster det pr i dag mer å kjøpe jobbspesialister over Oppfølgingstiltaket (offentlig anskaffelse), og det er pr i dag begrenset kompetanse på denne metodikken (IPS/SE) hos tiltaksleverandørene.

Beregnete kostnader til 60 nye jobbspesialister pr år ved opprettelse av 30 nye Rask psykisk helse-team pr. år:

- 1. år: 45-66 millioner kroner (egenregi/tiltak)
- 2. år: 90-132 millioner kroner
- 3. år: 135-198 millioner kroner
- 4. år: 180-264 millioner kroner
- Fra 5. år: 225-330 millioner kroner

3) Individuell jobbstøtte (IPS)

Nåværende finansiering:

Individuell jobbstøtte (IPS) finansieres i dag i hovedsak av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Budsjetttrammen for 2016 er på 30,8 millioner kroner, og finansierer stillinger for jobbspesialister. Ordningen finansierer både jobbspesialister i NAV og helsetjenesten, og fordelingen for 2016 er 38 jobbspesialister i NAV og 22 i helsetjenesten. Gjennom denne tilskuddsordningen har det ikke vært stilt krav om lokal medfinansiering.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert opplæring og kurs for ansatte i IPS-prosjektene/organisasjonene. Kostnadene har utgjort ca. 3 millioner kroner pr år. I tillegg har Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAPHA og Helsedirektoratet bidratt med stillingsressurser tilsvarende 34 ukeverk.

Jobbmestrende oppfølging (JMO) har i 2016 en tilskuddsramme på 4,7 millioner kroner og finansierer en stilling for JMO-veileder i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. For 2016 er dette 9 stillinger.

Fremtidig finansiering:

For å anskueliggjøre behovet for antall jobbspesialister til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, tar vi utgangspunkt i antall pasienter registrert i behandling fra de aktuelle gruppene. Tall fra Helsedirektoratet²⁰ viser at 10 446 personer med psykoselidelser og 32 971 personer med affektive lidelser fikk behandling innen psykisk helsevern for voksne i 2014. Til sammen er dette 43 417 personer. Vi har ikke data som kan si oss hvor mange av disse pasientene som er i arbeid eller ønsker å komme i arbeid. I europeiske og amerikanske studier vises det til at mellom 10 og 20 prosent av personer med schizofrenidiagnose er i jobb, samtidig sier 60 – 70 prosent at de er interessert i å være i ordinært, lønnet arbeid²¹. Om vi legger til grunn at i underkant av 50 prosent av pasientene ønsker hjelp til å komme i jobb, vil dette bety bistand til ca. 20 000 personer. Det er gjort erfaringer på at hver jobbspesialist kan ha opp til 20 pasienter/brukere, noe som betyr et behov for 1000 jobbspesialister på landsbasis.

²⁰Distriktpsikiatriske tjenester 2014 (IS-2395)

²¹Berge, T. & Falkum, E. (2013). Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Gyldendal Akademisk

Samme år fikk ca. 30 000 personer behandling for rusmiddelproblemer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)²². Det er anslått fra kilder i Helsedirektoratet at ca. 1/3 i denne gruppen vil kunne ha behov for bistand fra jobbspesialist, dvs. ca. 10 000 personer. Noe som vil bety et behov for 500 jobbspesialister.

Det nasjonale behovet for antall jobbspesialister til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer kan ut i fra beregninger anslås til 1 500. Gjennom en spredning over fem år, vil dette bety 300 nye jobbspesialister pr år eller omlag 219-360 millioner (egenregi/tiltak) kroner pr år. Disse tallene er imidlertid usikre og det er krevende å bygge opp et slikt tilbud, da det fordrer tett samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer det derfor som mer realistisk å starte en opptrapping over noe lengre tid med 20-60 nye jobbspesialister pr år. Kostnader med 20 nye stillinger vil pr år utgjøre omlag 15-24 millioner kroner (egenregi/tiltak) og med 60 nye stillinger omlag 44-72 millioner kroner (egenregi/tiltak).

Ideelt sett er det ønskelig at jobbspesialiststillingene fullt ut finansieres av NAV gjennom økt mulighet for egenproduksjon (omdisponering av tiltaksmidler til drift), og/eller over tiltaksmidler (Oppfølgingstiltaket), og at de er en integrert del av behandlingsteam i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må imidlertid vurderes om det er hensiktsmessig at helsetjenesten bidrar med stimuleringsmidler i form av tilskuddsmidler i en overgangsperiode for en raskere spredning, volum og kompetanse på IPS. Dette kan eksempelvis være innen rusbehandling, behandlingstilbud til unge, styrking av ACT-/FACT-team og samarbeid med Fontenehus.

Kompetanseutvikling

Ved utbygging av nasjonale samarbeidsmodeller vil det vil bli sentralt å sikre og styrke den kompetansen som er utviklet gjennom tjenesteutviklingen i forsøkene knyttet til arbeid og psykisk helse. En felles kompetanseutvikling på tvers av helsetjenesten, NAV og utdanningssektoren må sikres. Det anbefales derfor å bygge videre på eksisterende kompetansemiljøer og at disse miljøene utvikles og samles i regioner i tilknytning til praksis. Det må sikres ressurser til kompetansespredning ved en oppskalering. Disse miljøene må også knyttes opp mot etablerte kompetansesentre, høgskole- og universitetsmiljøer. Jobbspesialistopplæringen må også sees i sammenheng med den øvrige opplæringen av jobbspesialister i NAV.

Modell 1

Det er utviklet konsepter for bedriftstiltaket og individtiltaket som må videreutvikles med basis i eksisterende modell for iBedrift hvor det er etablert opplæringstilbud på tvers av fylker og regioner. I arbeidet med å spre kunnskap, videreutvikle og styrke kompetansen om helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet er regionale kompetansemiljø viktige. Ved etablering av HelseArbeid-modellen vil opplæring og kompetanseutvikling være sentralt.

Modell 2 og 3

Det er utviklet kompetanseprogram på arbeid og psykisk helse av kompetansemiljøene som har deltatt i forsøkene, inkludert samlinger med tema ledelsesforankring og implementering.

For modell 2 har Norsk Forening for Kognitiv Terapi utviklet en utdanning tilpasset Rask psykisk helsehjelp-modellen. Utdanningen inneholder opplæring i veiledet selvhjelp, mestringskurs og kognitiv terapi. I samarbeid med personell fra Senter for jobbmestring og Voksenpsykiatrisk avdeling, Vinderen er det også utviklet opplæring i arbeidsrettet kognitiv terapi som er inkludert i utdanningen.

²²SAMDATA, Spesialisthelsetjenesten 2014 (IS-2348)

For modell 2 må terapeutene ha minimum 3-årig helse-/sosialfaglig høyskoleutdanning, samt relevant arbeidserfaring. Videreutdanning i psykisk helsearbeid er en fordel. Det skal være psykolog og merkantilt personell ansatt i tiltaket. Alle ansatte må gjennomføre videreutdanning i kognitiv terapi. Dette er krav som følger av regelverket for tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp.

For modell 3 har Arbeids- og velferdsdirektoratet, i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et modulbasert opplæringsprogram i Individuell jobbstøtte (IPS)/evidensbasert Supported Employment (SE) som har vært gjennomført for prosjektene og som det vil være aktuelt å videreføre for modell 2 og 3. Modulene er oppbygd slik at de benyttes i opplæringen av personell som jobber med tett individuell arbeidsrettet oppfølging av brukere. Den metodiske tilnærmingen fra Jobbmestrende oppfølging (JMO) om kartlegging av kognitive ferdigheter, kognitiv trening og kognitiv atferdsterapi bør supplere IPS-opplæringen. Dette bør inkluderes som en egen modul som bygger på opplæringsprogrammet fra FoU-prosjektet for JMO.

For kunnskap- og kompetanseutvikling innen modellene 2 og 3 vil NAPHA være en sentral samarbeidspartner og oppdragsutfører for Helsedirektoratet. Det må nærmere vurderes hvordan et kvalitativt godt opplærings- og fagutviklingsprogram kan ivaretas av NAPHA, i nær dialog med Norsk forening for Kognitiv Terapi, og kompetansemiljøer i regi av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Modell 2) og 3) og økt bruk av jobbspesialister i NAV for en bredere målgruppe, må sees i sammenheng.

Oppsummering og forslag til beslutningspunkter

Samarbeidsmodell/tiltak 1:

Det er utarbeidet egne beslutningsnotater med anbefalinger om etablering av HelseArbeid som er behandlet av ledelsen i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeids- og velferdsdirektoratet oversendte sin anbefaling 28.09.16 til Arbeids- og sosialdepartementet om å innføre HelseArbeid konseptet som beskrevet i utredningsarbeidet (sluttrapporten) under forutsetning at finansiering er avklart. Helsedirektoratet oversendte sin anbefaling, den 22.11.2016, til Helse- og omsorgsdepartementet.

IBedrift som tjenestetilbud fortsetter inntil videre i samarbeid mellom NAV og helsetjenesten.

For å kunne iverksette samhandlingsprosjektet HelseArbeid kreves det at ASD og HOD samarbeider om å ta stilling til om og evt. på hvilken måte konseptet skal innføres.

Samarbeidsmodell/tiltak 2 og 3:

1. På kort sikt:
 - i) Det anbefales at de nasjonale, kunnskapsbaserte tiltakene som modellene baseres på videreføres i 2017 og at midler til dette videreføres. Dette er sentralt for bl.a. å sikre videreføring av kompetansen som er bygd opp i forsøkene.
 - ii) Gjennomgå regelverket for tilskuddsordningen via HOD slik at innretningen samsvarer med den målsetting og spredning som er ønskelig på nasjonalt nivå. Tilskuddsordningen og regelverket for Jobbmestrende oppfølging og Individuell jobbstøtte foreslås sammenslått fra 2017.
 - iii) Arbeids- og velferdsdirektoratet vil vurdere, i dialog med ASD, mulighet for gradvis økning av egenproduksjon versus kjøp av jobbspesialister over tiltaksbudsjettet. Dette er lagt inn som forslag til store satsinger 2018.
 - iv) Det etableres koordinerte systemer for å sikre og støtte innføring og spredning av modellene mellom AV-dir, H-dir og U-dir for modellene 2 og 3.

2. På lengre sikt:

- i) Det anbefales en gradvis spredning over en 5-års periode av de to nasjonale modellene 2) og 3) i form av sammenslåing av tiltak som allerede eksisterer, og etablering av nye tilbud basert på modellene.
- ii) Det anbefales at en forutsetning for videre spredning og etablering av nasjonale modeller er at det gis som felles oppdrag fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, og hvor det stilles konkrete krav til resultatmål og rapportering på psykisk helse og arbeidsdeltakelse (eller fullført utdanning).
- iii) På sikt anbefales det at departementene vurderer muligheten for å etablere mer varige felles finansieringsordninger²³.
- iv) Det anbefales at samarbeidet mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren må forankres i lokale samarbeidsavtaler og handlingsplaner.
- v) Det anbefales at departementene avsetter ressurser til å etablere regionale kompetansemiljøer med kunnskap om modellene og at disse knyttes opp mot etablerte kompetansesentre, høyskole- og universitetsmiljøer.

²³ [OECDs Mental Health and Work –Project](#) påpeker at det er en utfordring med ulike styrings- og finansieringssystemer, den sektoren som bærer den største kostnaden er ikke nødvendigvis den som høster gevinstene av bedre samarbeid. Myndighetene bør derfor vurdere insentiver for å bedre samarbeidet mellom tjenestene.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

18/2256-3

20. februar 2019

Notat fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse - etisk vurdering av forskning på arbeid og helse-feltet

Det vises til notat fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse datert 18. februar 2018. Notatet ble oversendt fra Helsedirektoratet ved brev datert 5. mars 2018 og mottatt i departementet 11. mai 2018.

Fagrådet er opprettet av Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet 13. mars 2017, som et ledd i strategien "*Arbeid og helse - et tettere samvirke*". Fagrådet skal ifølge sitt mandat gi faglige råd i saker som legges frem for dem av direktoratene, eller som fagrådet fremmer på eget initiativ. Fagrådet vurderer selv, og i samråd med direktoratene, hvilke behov de har for å uttale seg offentlig om sitt arbeid.

I notatet datert 18. februar 2018 signaliserer Fagrådet at en av utfordringene til "*utpregede tverrfaglige forskningsfelt, slik som arbeid og helse*" er hvor feltet skal plasseres. Fagrådet uttaler:

Ved flere anledninger har Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) valgt ikke å behandle søknader der arbeid har vært definert som hovedutfallsmål. Dette har medført forsinkelse av prosjektene med konsekvenser for finansiering og gjennomføring for stipendiater, for planlagte koblinger til registre administrert av SSB og NPR (Nasjonalt pasient register), og for publisering i tidsskrift som krever etisk godkjenning."

Rådet fremfører at flere tiltak for å utbedre situasjonen kan være aktuelle:

"En gjennomgang av eksisterende veileder til lov om helseforskning bør vurderes, eventuelt bør det vurderes å ta inn presiseringer i selve loven. Videre er det vesentlig at REK gis

tilstrekkelig kapasitet, slik at ikke kapasitetsutfordringer påvirker vurderingene om å anta en sak til vurdering."

Helse- og omsorgsdepartementets vurderinger i dette brevet er knyttet til helseforskningsloven. Når det gjelder fagrådets merknader vedrørende REKs kapasitetsutfordringer kan disse best rettes til Kunnskapsdepartementet som overordnet departement for etikk-komiteene.

Virkeområde for helseforskningsloven er ifølge loven § 2 "*medisinsk og helsefaglig forskning*". Medisinsk og helsefaglig forskning er definert i helseforskningsloven § 4 som "*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.*"

I veiledning til bestemmelsen uttales:

"Det er forskningens art og natur som må være avgjørende for hvorvidt den skal regnes som medisinsk og helsefaglig forskning som faller inn under loven. Begrepene "helse og sykdom" må tolkes vidt. Forskning på rehabilitering vil for eksempel falle innenfor. Videre betyr det at flere samfunnsvitenskapelig prosjekter vil falle inn under lovens virkeområde, så fremt de tar sikte på fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Et eksempel på prosjekter i skjæringspunktet mellom helsefag og samfunnsfag, er prosjekter utført av samfunnsøkonomer hvor tematikken er knyttet til helse og helsevesen. Det kan for eksempel dreie seg om evaluering av finansieringssystemer. Slike prosjekter vil kunne falle utenfor helseforskningslovens virkeområde fordi formålet er å undersøke hvordan et økonomisk finansieringssystem fungerer, og ikke å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Det må imidlertid vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle om prosjektet faller innenfor lovens virkeområde."

Slik departementet ser det, følger det av veiledningen ovenfor at prosjekter innen "*arbeid og helse*" kan omfattes av helseforskningsloven. Avgjørende er at formålet med prosjektet er å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Dette kan også være ved siden av kunnskap om andre forhold enn helse og sykdom. Selv med en ytterligere presisering i veiledningen må det gjøres en konkret vurdering av det aktuelle formålet. Det er forskerens konkrete formål med prosjektet som er avgjørende for om prosjektet omfattes av helseforskningsloven.

Departementet mener veiledningen gir et godt utgangspunkt for en vurdering av om et konkret prosjekt omfattes av helseforskningsloven eller ikke.

Spørsmålet om lovendring ble vurdert i arbeidet med forskningsetikkloven, se Prop. 158 L (2015-2016), jf. punkt 10.3 og 10.4. Under punkt 10.4 uttaler departementet:

"Når det gjelder merknadene om at det er andre typer forskningsprosjekter som bør underlegges krav om forhåndsamtykke, kan ikke departementet se behov for dette på det

nåværende tidspunkt. Departementet presiserer at det forskningsetiske ansvaret for slike forskningsprosjekter uansett ligger på de enkelte institusjonene. Det er opp til den enkelte forskningsinstitusjon å vurdere om de i sitt etikkarbeid har behov for eller nytte av en intern eller ekstern, uavhengig etisk komité. "

Videre uttales:

"Departementet legger til grunn at kravene etter Helsinkideklarasjonen og Oviedokonvensjonen om en uavhengig vurdering vil kunne foretas av uavhengige komiteer som institusjonene oppretter selv."

Det at et forskningsprosjekt ikke omfattes av helseforskningsloven innebærer ikke at prosjektet ikke skal underlegges en etisk vurdering. Forskningsetikkloven gjelder for forskere og forskningen uavhengig av om forskningen er helserelatert eller arbeidsfaglig relatert.

EUs personvernforordning (GDPR) gjelder på lik linje for prosjekter som er omfattet av helseforskningsloven og forskningsprosjekter som faller utenfor loven. Behandling av helseopplysninger i prosjektet vil videre være underlagt de samme regler om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven §§ 21 flg og pasientjournalloven § 15.

REK sin myndighet til å dispensere fra bestemmelsene om taushetsplikt gjelder uavhengig av om prosjektet er omfattet av helseforskningsloven eller faller utenfor helseforskningsloven, sml. helseforskningsloven § 35 og helsepersonelloven § 29.

Med hilsen

Geir Helgeland (e.f.)
avdelingsdirektør

Anne Sofie H. von Düring
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi

Arbeids- og sosialdepartementet

Kunnskapsdepartementet

NEM - Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag

From: Jacob C Hølen <Jacob.Holen@etikkom.no>
Sent: 11. april 2019 09:59
To: Håkon Lund
Cc: Gro Jamtvedt OsloMet (groj@oslomet.no); May Cecilie Lossius; Brittelise Bakstad
Subject: Re: Status for henv. fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse - ETISK VURDERING AV FORSKNING PÅ ARBEID OG HELSE-FELTET – UTFORDRINGER VED DAGENS PRAKSIS

Follow Up Flag: Følg opp
Flag Status: Flagged

Hei Håkon,
referatet fra møtet blir først godkjent på neste komitemøte 6.mai. Da legges det ut rett etter. NEM tok henvendelsen fra dere og svaret fra HOD til etterretning. Vi tolker svaret fra HOD som at det på nåværende tidspunkt ikke er planer om å endre på helseforskningsloven. Vi jobber videre med vår veileder og sender den nå over til sekretariatene i REK for innspill og vurdering. Jeg håper at vi kan være nesten i mål før sommeren, men det er uvisst. Det er ikke aktuelt med eksterne høringspartnere på nåværende tidspunkt. Veilederen er i første rekke rettet mot REK som et saksbehandlingsverktøy, men vi vil selvsagt være interessert i andres vurderinger og forbedringsforslag når veilederen er klar fra vår side.

vh
Jacob

8. apr. 2019 kl. 16:44 skrev Håkon Lund <Hakon.Lund@helsedir.no>:

Hei Jacob.

Skal forberede orientering for neste møtet i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse.

Foreligger det noe referat fra møtet i NEM den 29/3, der saken om arbeid og helse ble tatt opp?

Hva er tidsplanen for arbeidet med veilederen dere arbeider med? Vil det foreligge noe utkast før sommeren, og er dere eventuelt interessert i at vi aktiverer vårt fagråd i en eventuell høring?

Mvh Håkon Lund

Håkon Lund
seniorrådgiver - lege
avdeling folkesykdommer
divisjon folkehelse og forebygging
Helsedirektoratet

tlf. 810 20 050
dir. 941 36 742
e-post: hakon.lund@helsedir.no

Postadresse:

Helsedirektoratet
Pb 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse:

Vitaminveien 4, 0483 Oslo ([google maps](#))

<https://helsedirektoratet.no> <https://helsenorge.no/>

Fra: Jacob C Hølen <Jacob.Holen@etikkom.no>

Sendt: mandag 25. februar 2019 12:53

Til: Håkon Lund <Hakon.Lund@helsedir.no>; 'Kari.Grette@hod.dep.no'
<Kari.Grette@hod.dep.no>; Post Etikkom <Post@etikkom.no>;
postmottak@hod.dep.no

Kopi: Gro Jamtvedt OsloMet (groj@oslomet.no) <groj@oslomet.no>; May Cecilie Lossius <May.Cecilie.Lossius@helsedir.no>; Hernes, Thorgeir (Thorgeir.Hernes@nav.no) <Thorgeir.Hernes@nav.no>; Brittelise Bakstad <Brittelise.Bakstad@etikkom.no>; Grete Dyb <grete.dyb@nkvt.no>; Berge Solberg <Berge.solberg@ntnu.no>

Emne: Re: Status for henv. fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse - ETISK
VURDERING AV FORSKNING PÅ ARBEID OG HELSE-FELTET – UTFORDRINGER VED
DAGENS PRAKSIS

Hei,

Deres brev vil bli forelagt NEM til orientering på førstkommende møte 29.3.19 (sammen med svar fra HOD). NEM arbeider for tiden med en veileder til REK om fortolkning av virkeområdet for helseforskningsloven. Hovedfokuset der er håndtering av intervensjonsstudier som innebærer risiko for deltakeren, men der formålet ligger i grenseland for beskrivelsen av virkeområdet. Det er mulig at veilederen også kan bidra til noe oppklaring rundt forskning på arbeid og helse. Vi viser for øvrig til svar fra HOD i saken.

Hilsen

—

Jacob C Hølen

Sekretariatsleder, PhD

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag
(NEM)

Kongens gate 14, 0153 Oslo

Tlf.: 23 31 83 03

www.etikkom.no

Fra: Håkon Lund <Hakon.Lund@helsedir.no>

Dato: mandag 11. februar 2019 11:35

Til: "Kari.Grette@hod.dep.no" <Kari.Grette@hod.dep.no>, Post Etikkom <Post@etikkom.no>, Jacob C Hølen <Jacob.Holen@etikkom.no>, "postmottak@hod.dep.no" <postmottak@hod.dep.no>

Kopi: "Gro Jamtvedt OsloMet (groj@oslomet.no)" <groj@oslomet.no>, May Cecilie Lossius <May.Cecilie.Lossius@helsedir.no>, "Hernes, Thorgeir (Thorgeir.Hernes@nav.no)" <Thorgeir.Hernes@nav.no>

Emne: Status for henv. fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse - ETISK VURDERING AV FORSKNING PÅ ARBEID OG HELSE-FELTET – UTFORDRINGER VED DAGENS PRAKSIS

Til HOD ved Kari Grette og NEM ved Jacob Hølen

Status for henv. fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse - ETISK VURDERING AV FORSKNING PÅ ARBEID OG HELSE-FELTET – UTFORDRINGER VED DAGENS PRAKSIS

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse etterlyser status for saken om praksis ved de forskjellige REK og utfordringer for arbeid og helse feltet.

Saken ble oversendt NEM og HOD som hoved adressater. Vår ref er **17/2059-35**. Brevet ble datert 5/3 2018, men ble en feil ikke elektronisk ekspedert før 4/5 18.

Vi som sekretariat er bedt om å finne ut hva som er gjort videre, om saken er videresendt til noen, og om den har ført til noen diskusjon, og om det er kommet noe svar.

Vi har ikke registrert noe svar hos oss.

Rådet har neste møte 11/3 -19, og vi setter derfor pris på om det er mulig å gi oss en kort status før dette.

Mvh

Håkon Lund

seniorrådgiver - lege
avdeling folkesykdommer
divisjon folkehelse og forebygging

Helsedirektoratet

tlf. 810 20 050

dir. 941 36 742

e-post: hakon.lund@helsedir.no

Postadresse:

Helsedirektoratet
Pb 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse:

Vitaminveien 4, 0483 Oslo ([google maps](#))

<https://helsedirektoratet.no> <https://helsenorge.no/>

Mal for saker til Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Emne	Forklaring	Påkrevet
Tittel	Kortfattet og intuitiv tittel som kan brukes i agenda	*
Normerende dokumenter		
Forslagsstiller	Navn på forslagsstiller, kontaktdata hvis utenfor rådet	*
Håkon Lund		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem	Navn på ansvarlig råds- eller sekretariatsmedlem – én person	*
Håkon Lund		
Aktuelle innledere	Aktuelle personer som kan belyse saken med en innledning, er de forespurt, og kontaktdata hvis eksterne	
Håkon Lund		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken	Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer.	
<ul style="list-style-type: none"> • Oppdrag – tildelingsbrevet for 2018 – begge direktorater punkt 3.4.4 side 33 • Rapporten – Tilstand og utfordringer på arbeid-helse området • Rapporten Råd og anbefalinger for samtidige helse- og arbeidsrettede tiltak fra FHI • 		
Sakspapirer som belyser saken	Hvilke sakspapirer er nødvendige, og hvem er ansvarlig for å utarbeide disse	*
Rådets tidligere behandling av saken i møtet 31/5 2018 – sak 18/07		
Bakgrunn	Hva er bakgrunn for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet.	*
<p>Normerende dokumenter har (særlig i Helsetjenesten) lenge vært et virkemiddel for beskrive enighet om allment akseptert god praksis og for å redusere uønsket variasjon i tjenestene. De benyttes også for å implementere ny kunnskap som kan påvirke tjenestens kvalitet ut i praksis. Med kvalitet mener vi tjenester som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • er virkningsfulle • er trygge og sikre • involverer brukere og gir dem innflytelse • er samordnet og preget av kontinuitet • utnytter ressursene på en god måte • er tilgjengelig og rettferdig fordelt <p>Normerende dokumenter, - dokumenter med normerende effekt på tjenestene, kan betraktes som en samling råd og anbefalinger, utarbeidet fra et best mulig kunnskapsgrunnlag. I Helsetjenesten omtales slike råd og anbefalinger som retningslinjer, der innholdet i utgangspunktet omhandler klinisk diagnostikk og behandling, og veiledere som også inkluderer tema som organisering, samarbeid, hvordan ivareta hensyn i lovgivningen m.v.</p>		

Emne	Forklaring	Påkrevet
<p>Kunnskapsgrunnlaget for de forskjellige innholdstypene varierer, men angis alltid eksplisitt og transparent.</p> <p>I NAV har normerende dokumenter en litt annen tradisjon. Deler av arbeidet utføres innenfor et tydelig regelverk, og bruker hjelpemiddel som veileder utøverne i å anvende regelverket. Andre deler av arbeidet er i sin natur langt mer lik helsetjenesten, og tar utgangspunkt i et vitenskapelig basert kunnskapsgrunnlag. Definert på disse måtene er omfanget av normerende dokumenter mindre i NAV enn i Helsetjenesten.</p> <p>Selv om enkelte normerende dokumenter berører organisering, og samhandling på tvers av faggrupper, organisatorisk tilhørighet, er dette momentet oftest ikke et fokusområde.</p>		
Status (Nåsituasjonen)	Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen?	*
<p>Departementene har i sitt oppdrag uttalt at:</p> <p>Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeidshelseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid. Tjenestene skal være rettet mot både arbeidstakere, arbeidsgivere, sykmeldte og mottakere av arbeidsavklaringspenger med arbeid og bedre helse som mål. Målsettingen er dessuten at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv gevinst for helse og/eller arbeidsdeltakelse. Som ledd i dette bes direktoratene vurdere hvorvidt det bør utarbeides et normerende dokument med anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektor.</p> <p>Svaret i rapporten er JA. Dette er også basert på rådets vedtak den 31/5 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rådet anbefaler at det utarbeides felles nasjonale normerende produkter på fagområdet. • Rådet ønsker å ta en sentral rolle i dette arbeidet. <p>Oppdraget tolkes dithen at normerende anbefalinger for tjenesteutøvere i <u>både</u> helse- og arbeidssektoren betraktes som et virkemiddel for å utvikle fagfeltet. Videre betraktes normerende faglige anbefalinger som virkemiddel for metodeutvikling, tjenesteutvikling, og utvikling av gode samarbeidsordninger.</p> <p>Status er nå at svaret fra direktoratene er avgitt, og det er signalisert at direktoratene trenger tydelige oppdrag for å iverksette.</p> <p>Som forberedelse er det gjennomført en kartlegging av råd og anbefalinger for samtidige helse- og arbeidsrettede tiltak, ved hjelp av FHI (se lenken over)</p>		
Målgrupper (hvem berøres)	Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres?	*
<p>Sluttbrukerne er mottakere av tjenestene, som omfattes av anbefalingene.</p> <p>Ønsket konsekvens for disse, er bedre og raskere resultater, mer effektive og koordinerte tjenester.</p> <p>Tjenesteutøvere og ledere i tjenestene er også berørt, gjennom å skulle implementere tjenestene.</p>		
Involverte aktører	Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen?	*
<p>Saken vil i første omgang omfatte fagmiljøer og ekspertmiljøer som i første omgang må bistå i å identifisere tematikk som er aktuelle og prioritere de mest relevante områdene.</p> <p>Videre bør bistå i å identifisere og utvikle kunnskapsgrunnlaget og grunnlaget for anbefalinger og råd.</p> <p>I neste omgang vil saken omfatte tjenesteutøvere, brukere m.v. i å ferdigstille og tilpasse anbefalingene.</p>		

Emne	Forklaring	Påkrevet
Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
<p>Direktoratene ønsker råd fra fagrådet i kraft av å være en tverrfaglig ekspertgruppe som dekker hoveddelene av arbeid og helse feltet.</p> <p>I første omgang i å identifisere fagområder der behovet for felles nasjonale anbefalinger er størst, og i neste omgang prioritere disse.</p> <p>Som ledd i, og som innledning til en diskusjon om tema, kan det være nødvendig å enes om kriterier om hva som utløser behov for nasjonale anbefalinger.</p> <p>Eksempler kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usikkerhet om hva som er faglig riktig og viktig - Komplisert koordinering og samarbeid på tvers av fag og sektorer. - Variasjon i tjenestetilbud, og resultater som ikke er ønsket eller kan begrunnes 		
Konklusjon	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
<p>Direktoratene trenger råd fra en bred ekspertgruppe for å sikre at en eventuell utarbeiding av felles faglige anbefalinger omfatter de viktigste tema først.</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser	Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak?	
<p>Utvikling av felles nasjonale anbefalinger fra "scratch" inkludert kunnskapsinnhenting og god involvering kan ta 1-2 år og koste opp mot 2 millioner.</p> <p>En revidering av eksisterende dokumenter kan gjøres raskere og kreve langt mindre ressurser.</p>		
Tilråding – Forslag til vedtak	Konkret tekstlig forslag til vedtak som en mener rådet bør kunne vedta.	*
<p>Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler i tråd med tidligere vedtak at helse- og velferdsmyndighetene iverksetter arbeid for å utarbeide felles nasjonale anbefalinger på arbeid- og helse feltet, og støtter således anbefalingen i rapporten Tilstand og utfordringer på arbeid-helse området.</p> <p>Nasjonalt fagråd for arbeid og helse anbefaler at følgende tema prioriteres for utvikling av nasjonale normerende dokumenter: (fylles ut etter diskusjonen i møtet 19-20/6 2019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. X 2. Y 3. Z 		

Mal for saker til Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Emne	Forklaring	Påkrevet
Tittel	Kortfattet og intuitiv tittel som kan brukes i agenda	*
HelseArbeid – nå som en del av IA-avtalen!		
Forslagsstiller	Navn på forslagsstiller, kontaktdata hvis utenfor rådet	*
Janne Ursin		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem	Navn på ansvarlig råds- eller sekretariatsmedlem – én person	*
Hilde Kristine Weng		
Aktuelle innledere	Aktuelle personer som kan belyse saken med en innledning, er de forespurt, og kontaktdata hvis eksterne	
Janne Ursin og Stian Kersenboom Johnsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken	Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer.	
Nettsiden på NAV.no: https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Relatert+informasjon/NAV+anbefaler+nytt+nasjonalt+konsept+-+HelseArbeid Kortversjon av konseptrapporten: https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging/Sykmeldt+arbeidstaker/Relatert+informasjon/attachment/539659?download=true&ts=163d9f681a8		
Sakspapirer som belyser saken	Hvilke sakspapirer er nødvendige, og hvem er ansvarlig for å utarbeide disse	*
Ingen nødvendige sakspapirer, men kortversjonen om HelseArbeid kan med fordel leses i forkant. Denne ligger på nett.		
Bakgrunn	Hva er bakgrunn for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet.	*
Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har i flere år jobbet for at tjenestesamhandlingsmodellen HelseArbeid skal etableres nasjonalt. Arbeids- og velferdsdirektoratet har i 2018 og 2019 gitt oppdrag til fylkene i NAV om å finne sammen med helsetjenesten for å etablere modellen.		
Status (Nåsituasjonen)	Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen?	*
HelseArbeid er etablert i fylkene under helse Nord. Noen fylker er i prosess med å etablere, mens det i andre fylker går mer trått. Nå som HelseArbeid er et virkemiddel i IA-avtalen som skal gjelde for alle virksomheter i hele landet, bør HelseArbeid være tilgjengelig for virksomheter i alle fylker.		
Målgrupper (hvem berøres)	Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres?	*

Emne	Forklaring	Påkrevet
Arbeidstakere i Norge. Personer med muskel- skjelett- og psykiske plager, som ikke får dette tilbudet om helsefremmede og forbyggende kunnskapsformidling om hvordan mestre plager på arbeidsplassen.		
Involverte aktører	Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen?	*
En utfordring med nasjonal innføring er at RHF ikke etterspør denne leveransen fra HF, og at Helse og omsorgsdepartementet ikke etterspør dette fra RHF. Dermed er det ikke alle HF som vil prioritere ressurser til å jobbe forebyggende med denne modellen i samarbeid med NAV.		
Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
Bidra med oppdatert informasjon om modellen og status i dag. HelseArbeid er en Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratets tre anbefalte tjenestesamhandlingsmodeller.		
Konklusjon	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
<p>Ønsker drahjelp fra fagrådet i arbeidet med å løse oppdraget om å etablere HelseArbeid nasjonalt.</p> <p>Fra sekretariatet: Rådet hadde en sak opp om implementeringen av HelseArbeid oppe den 31/5 2019 – sak 18/08. Her orienterte Christian Høy om den store variasjonen i hvordan konseptet HelseArbeid blir implementert. Han pekte på en manglende harmonisering av styringssignaler mellom de to sektorene. Videre pekte han på at store deler av spesialisthelsetjenesten ikke oppfatter primærforebygging som del av sitt oppdrag. Rådet tok orienteringen til etterretning, og uttalte at konseptet HelseArbeid er en god samhandlingsmodell med flere elementer som enkeltvis ser ut til å ha effekt. Rådet mener det er bra at konseptet fokuserer på tidlig innsats og forebygging rettet mot grupper som representerer stor sykdomsbyrde. Rådet er bekymret over at forskjellene i styringsstruktur og styringssignaler får negative konsekvenser for den nasjonale evnen til å implementere konseptet.</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser	Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak?	
Tilrådning – Forslag til vedtak	Konkret tekstlig forslag til vedtak som en mener rådet bør kunne vedta.	*
Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler at modellen HelseArbeid etableres i hele landet. Modellen forutsetter tjenestesamhandling mellom helse og NAV på arbeidsplassen og i poliklinikk, og vil bidra til å økene kunnskapen om hvordan mestre plager i jobb og de helsefremmede sidene av å delta i arbeidslivet.		

Mal for saker til Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Emne	Forklaring	Påkrevet
Tittel	Kortfattet og intuitiv tittel som kan brukes i agenda	*
Åpen arena arbeid og helse – januar 2020		
Forslagsstiller	Navn på forslagsstiller, kontaktdata hvis utenfor rådet	*
Håkon Lund		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem	Navn på ansvarlig råds- eller sekretariatsmedlem – én person	*
Håkon Lund (har utarbeidet dette saksfremlegget)		
Aktuelle innledere	Aktuelle personer som kan belyse saken med en innledning, er de forespurt, og kontaktdata hvis eksterne	
Toriil Dale og Marianne Sempler, Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. https://arbeidoghelse.no/		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken	Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer.	
<ul style="list-style-type: none"> • Rapporter fra tidligere gjennomførte Åpen Arena – fra 2009 til 2018 • Strategien arbeid og helse – et tettere samvirke. • Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning (side 33) 		
Sakspapirer som belyser saken	Hvilke sakspapirer er nødvendige, og hvem er ansvarlig for å utarbeide disse	*
Se over.		
Bakgrunn	Hva er bakgrunn for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet.	*
<p>AVDIR og HDIR utviklet i 2015-16 en liste over virkemidler for et tettere samarbeid mellom arbeid- og velferdssektoren og helsesektoren. Dette ble lagt frem for direktørene i AVDIR og HDIR, som ønsket at det ble utviklet en kortfattet strategi på dette grunnlaget. Strategien har blitt godt mottatt i tjenestene, og kanskje spesielt i Helsetjenesten.</p> <p>De to direktoratene har et felles oppdrag fra sine respektive departementer –<i>skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt.</i></p> <p>I løsningen av dette oppdraget er det aktuelt å innhente innspill om hvilke grep som det er klokt å gjennomføre for å utvikle dette fagfeltet. I den forbindelse kan det være aktuelt å revidere den eksisterende strategien.</p> <p>Som ledd i dette arbeidet er det nødvendig å involvere alle interessenter, herunder brukere, pasienter, tjenesteutøvere, arbeidsgivere, m.v på en god måte. Det er en stor forventning fra departementsnivå om at direktoratene innhenter innspill og ideer på en god og inkluderende måte.</p>		

Emne	Forklaring	Påkrevet
Status (Nåsituasjonen)	Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen?	*
<p>Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering har med AVDIR og HDIR som medarrangører gjennomført Åpen Arena – Arbeid og helse fra 2009. I møtene har man brukt en metode for samskapende innovasjon – Open Space – eller Åpen arena.</p> <p>Ettersom flere aktører på arbeid og helse feltet har god erfaring med metodikken åpen arena eller "open space" ønsker Helsedirektoratet å samarbeide med Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering i å gjennomføre et arrangement den 22- 23 januar 2020.</p> <p>Hensikten er å innhente innspill og ideer som de to direktoratene kan bearbeide videre til en revidering av strategien.</p> <p>Alle innspill og ideer som kommer frem under arrangementet, vil dokumenteres i an rapport på linje med rapportene i lenken over. Denne vil være åpent tilgjengelig og sendes frem til de to direktoratene og departementene.</p>		
Målgrupper (hvem berøres)	Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres?	*
<p>Alle aktører og interessenter på arbeid og helse området vil inviteres som deltakere. Alle vil gis anledning til å delta i å påvirke hvilke grep som bør tas for å utvikle arbeid-helse området som et fagfelt.</p>		
Involverte aktører	Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen?	*
<p>Hovedarrangør er Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, ved Toril Dale og Marianne Sempler</p> <p>Helsedirektoratet vil delta som medarrangør, og vil gjennomføre arrangementet uansett. Arbeids- og velferdsdirektoratet har ikke ennå tatt stilling til om de vil være medarrangør. Det er ønskelig at medlemmene i fagrådet deltar i arrangementet som individuelle deltakere. Dette fordi det er naturlig at fagrådet rådspørres av direktoratene i den videre prosessen med å utvikle strategien.</p>		
Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
<p>Intensjonen med å ta dette opp med fagrådet er følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagrådet får en orientering om metodikken og det planlagte arrangementet. • Det ønskes drøftet hvorvidt fagrådets medlemmer ser det som hensiktsmessig å delta på arrangementet 22-23 januar 2020 i Drammen. 		
Konklusjon	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
Se forrige punkt		
Økonomiske – administrative konsekvenser	Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak?	
<ul style="list-style-type: none"> • Det forutsettes at utgiftene med deltakelse dekkes på samme måte som øvrige møter i fagrådet. • Tidsbruk og økonomi må holdes opp mot nytte og øvrige aktiviteter i rådet. 		
Tilråding – Forslag til vedtak	Konkret tekstlig forslag til vedtak som en mener rådet bør kunne vedta.	*
Nasjonalt fagråd – arbeid tar orienteringen om metoden og arrangementet til etterretning.		

Emne	Forklaring	Påkrevet
	<p>Etter diskusjon i rådet har rådet vedtatt følgende: Nasjonalt fagråd – arbeid og helse anbefaler at alle fagrådsmedlemmene oppfordres til å prioritere deltakelse på arrangementet den 22-23 januar 2020.</p> <p>Nasjonalt fagråd – arbeid og helse ønsker på denne måten å delta i å bearbeide de innspill og ideer som identifiseres under Åpen arena – arbeid og helse 2020, til støtte for direktoratenes revidering av strategien – arbeid og helse – et tettere samvirke, og på den måten bistå i "<i>å utvikle arbeid-helseområdet som et fagfelt.</i> "</p>	

Mal for saker til Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Emne	Forklaring	Påkrevet
Tittel	Kortfattet og intuitiv tittel som kan brukes i agenda	*
Mulig avvikling av Sentre for jobbmestring I NAV		
Forslagsstiller	Navn på forslagsstiller, kontaktdata hvis utenfor rådet	*
Torkil Berge		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem	Navn på ansvarlig råds- eller sekretariatsmedlem – én person	*
Torkil Berge		
Aktuelle innledere	Aktuelle personer som kan belyse saken med en innledning, er de forespurt, og kontaktdata hvis eksterne	
Torkil Berge		
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken	Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer.	
Se vedlagte lenker.		
Sakspapirer som belyser saken	Hvilke sakspapirer er nødvendige, og hvem er ansvarlig for å utarbeide disse	*
Se lenker under.		
Bakgrunn	Hva er bakgrunn for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet.	*
<p>Senter for jobbmestring i NAV var et tema vi også snakket om på møtet i Bergen. Disse sentrene driver med arbeidsrettet kognitiv veiledning, etter IPS-metoden, som en del av NAV. De kan nå bli nedlagt, da NAV ikke har satt av midler til opprettholdelse av tilbudet på neste års budsjett. Dette var tema i en lederkommentar i bladet Velferd, se vedlagte lenke:</p> <p>https://velferd.no/meninger/2019/sprik-mellom-liv-og-laere-i-nav https://www.dagsavisen.no/debatt/dagens-korte-innlegg-1.1534650</p> <p>Og her er et leserinnlegg om saken på NAPHAS nettsider, som i en annen versjon også ble trykket i Tidsskrift for Norsk psykologforening.</p> <p>https://www.napha.no/content/23231/Oppsiktsvekkende-gode-resultater-for-Senter-for-jobbmestring-i-NAV</p>		
Status (Nåsituasjonen)	Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen?	*
Jeg kan orientere litt om det jeg har hørt fra diskusjonen om temaet i NAV, og her kan nok Arbeidsdirektoratet gi mer informasjon.		
Målgrupper (hvem berøres)	Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres?	*
Involverte aktører	Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen?	*

Emne	Forklaring	Påkrevet
Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
Konklusjon	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
Senter for jobbmestring er et evidensbasert tiltak, bygget på IPS-modellen, der man har utviklet verdifull erfaring og bygget opp et fagmiljø. Fagrådet kan komme med et faglig innspill, dersom vi ønsker det, om momenter som vi synes bør være med i en slik diskusjon, og kanskje også om å utsette en avvikling.		
Økonomiske – administrative konsekvenser	Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak?	
Tilråding – Forslag til vedtak	Konkret tekstlig forslag til vedtak som en mener rådet bør kunne vedta.	*
Nasjonalt fagråd – arbeid og helse tilråder/anbefaler/mener/uttaler at.....		

Til sak 11 om mulig avvikling av senter for jobbmestring i NAV ved Torkil Berge

(Publisert 6/6 2019 i Dagsavisen – Debatt – Dagens korte innlegg.
<https://www.dagsavisen.no/debatt/dagens-korte-innlegg-1.1534650>)

Ikke legg ned et hjelpetiltak som fungerer, Nav!

Av **Silje Endresen Reme**, professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

NAV vil avvikle det eneste tiltaket mot sykefravær som fungerer. I stedet vil de spille skattepengene våre på nye udokumenterte tiltak.

Vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon topper syke- og uførestatistikken nå som i 2008, da Nav etablerte Senter for jobbmestring. Prosjektet kombinerte arbeidsrettet kognitiv terapi og individuell jobbstøtte. Psykologer og jobbspesialister jobbet sammen under samme tak, tilbudet var lavterskel og det var kort ventetid. Så skjedde noe historisk; Nav og Helsedirektoratet bestemte at utprøvingen skulle evalueres vitenskapelig, og det skulle gjøres etter forskningsmessig gullstandard – som en randomisert kontrollert studie. For første gang skulle Nav få sikker kunnskap om hvorvidt et tiltak var effektivt eller ikke.

Og resultatene leverte; tilbudet ved Senter for jobbmestring ga både økt arbeidsdeltakelse og bedre helse hos deltakerne sammenliknet med vanlig oppfølging hos Nav og helsetjenesten. De som hadde vært lengst ute av jobb, var de som hadde best effekt. Oppfølgingsstudien viste videre at effekten i denne gruppen varte også etter 4 år. Dette er en av de lengste oppfølgingsstudiene på feltet, og resultatene er oppløftende. Det er derfor uforståelig at Nav nå vurderer å legge ned dette tilbudet – har de glemt de gode resultatene?

Tjenestedirektør i Nav Kjell Hugvik uttaler til Velferd at Nav ikke bør ansette terapeuter for å unngå at det blir en parallell helsetjeneste. Han mener Nav kan stille med jobbstøtten, men at helsevesenet bør sørge for terapien. Det vitner om en gammeldags, sektoriell tenkning, hvor hver etat har ansvar for sin del av mennesket – helsesektoren tar ansvaret for helsen mens Nav tar ansvar for jobbstøtten. Men vi mennesker er ikke inndelt i sektorer og etater – vi henger sammen. Det samme gjør arbeid og helse. At Nav ansetter terapeuter burde derfor være like naturlig som at helsevesenet ansetter jobbspesialister.

Hugvik er videre bekymret for finansieringen av disse terapeutene og mener det ville gå på bekostning av flere jobbspesialister. Men kunne det ikke i stedet gå på bekostning av noen av de titalls tiltakene de tilbyr som de ikke vet om fungerer? Hvorfor ta midler fra noe som virker når de bruker milliarder på noe de ikke vet virker? Jeg skjønner ikke logikken.

En ting Hugvik og jeg er helt enige om er imidlertid ønsket om å få til en satsing rettet mot personer med vanlige psykiske lidelser. Men som Hugvik sier til Velferd, har han ikke noe klart svar på hvordan det best kan gjøres. Jeg har et klart svar til Hugvik og til Nav: Les rapporten dere selv bestilte, og ta konsekvensene av de gode resultatene.

Mal for saker til Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Emne	Forklaring	Påkrevet
Tittel	Kortfattet og intuitiv tittel som kan brukes i agenda	*
Innspill til nasjonal helse og sykehusplan		
Forslagsstiller	Navn på forslagsstiller, kontaktdata hvis utenfor rådet	*
Beate Brinchmann		
Ansvarlig rådsmedlem eller sekretariatsmedlem	Navn på ansvarlig råds- eller sekretariatsmedlem – én person	*
Beate Brinchmann		
Aktuelle innledere	Aktuelle personer som kan belyse saken med en innledning, er de forespurt, og kontaktdata hvis eksterne	
Relevante lenker til eksisterende dokumenter som belyser saken	Kunnskapsgrunnlag. Fungerende URL lenker til dokumenter som belyser saken. Eventuelt vedlagte filer.	
https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonalt-helse--og-sykehusplan2/id2461509/		
Sakspapirer som belyser saken	Hvilke sakspapirer er nødvendige, og hvem er ansvarlig for å utarbeide disse	*
Innlegg i tidligere fagrådsmøte. Se presentasjon fra møte 19/20 november 2018		
Bakgrunn	Hva er bakgrunn for saken. Hva er egentlig problemet. Omfang. Hva er konsekvenser av problemet.	*
<p>Det skal utformes ny Nasjonal helse og sykehusplan for perioden 2020 – 2023. Denne planen skal være grunnlaget for utvikling av sykehusene i Norge i årene fremover. Demografiske endringer, nye behandlingsmuligheter og endrete sykdomsbilder er noe av det den nasjonale planen må forholde seg til. Dette er en nasjonal plan det kan være hensiktsmessig for fagrådet å komme med innspill til Helsedepartementet på, for å løfte fagfeltet arbeid og helse som et relevant tema for spesialisthelsetjenesten.</p> <p><u>Sykdomsbyrde:</u> Psykiske lidelser er en viktig årsak til sykdomsbyrde i befolkningen og står også for en stor andel helserelatert arbeidsfravær og uførhet i befolkningen. De som har komplekse og sammensatte lidelser har ofte en kombinasjon av helseutfordringer men også sosiale utfordringer som fravær</p>		

Emne	Forklaring	Påkrevet
	<p>fra skole og arbeidslivet. Psykisk helsevern står overfor en utfordring i å endre seg fra en symptomreducerende tilnærming til en mer helhetlig tilnærming med målsetning om å bedre funksjonsnivå og livskvalitet. Dette vil blant annet kunne innebære støtte til å fullføre skolegang og støtte til å opprettholde eller komme tilbake i ordinært arbeid. En slik tilnærming vil kreve nye samarbeidsformer mellom helsenivåene, med NAV og også mot arbeidsgivere og fastleger. De målgrupper som er relevante for tiltak innen arbeid og helse vil ofte ha behov for integrerte helsetjenester. Slike tjenestetilbud berører ofte både organisatoriske, juridiske, og finansielle forhold.</p> <p><u>Utfordring i å innføre nye arbeidsmetoder og tenkemåter</u></p> <p>For å gjennomføre eller innføre nye måter å jobbe på, tror vi det kreves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare faglige styringssignaler • Rammebeskrivelser for samarbeid vertikalt i helse samt horisontalt med samarbeidsparter som NAV. • Juridiske avklaringer på hvordan samarbeidet konkret skal forløpe • Vurdering av finansieringsmodeller • innføring av kvalitetskrav til tjenestene som understøtter nye utfallsmål. <p><u>Faglige styringssignaler og rammeverk:</u></p> <p>Fagrådet vil anbefale at det når det gjennomføres satsninger i feltet arbeid og helse så skal dette innføres med klare, gjerne likelydende styringssignaler til både helse og NAV. Eksempler kan her være HelseiArbeid og IPS – individuell jobbstøtte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forslag til dimensjonering bør ligge til grunn for opptrapping i feltet (dette legger til rette for å forutsi effekt og kan legge tilrette for forskning) • Struktur for opplæring og vedlikeholdelse av kunnskap bør opprettes i samarbeid mellom arbeidsdirektoratet og helsedirektoratet. • Krav til rapportering fra foretakene. <p><u>Forskning og relevante mål på effekt:</u></p> <p>Det bør legges til rette for effektforskning på de tiltak som settes i verk. Ved innføring av nye tiltak kan planlagte stegvise opptrappinger innføres, for slik å legge til rette for effektforskning på variasjonen som det da naturlig vil være mellom ulike regioner.</p> <p>Det bør også legges til rette for at relevante funksjonsmål fra andre databaser enn NPR (eksempelvis trygdedata) gjøres relevante som utfallsmål i helseforskningen. Dette vil måtte gjøres kjent for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forskningskomiteene i de regionale helseforetakene • Regional etisk komite. <p><u>Kvalitetsindikatorer og ISF registrering:</u></p> <p>Helsetjenesten bør registrere hvorvidt pasientene står i jobb eller skole både ved oppstart og ved avslutning av behandling. Dette bør inn som kvalitetsmål i helsetjenesten. Om tiltak som berører slike kvalitetsmål skal finansieres gjennom ISF eller grunnfinansiering bør avklares.</p>	
Status (Nåsituasjonen)	Hva er status. Pågår det annet arbeid for å løse problemstillingen?	*
?		

Emne	Forklaring	Påkrevet
Målgrupper (hvem berøres)	Hvem berøres av saken? Hvor mange gjelder det? Hva er konsekvensene for de som berøres?	*
<p>Pasienter med alvorlige psykiske lidelser Andre pasientgrupper som trenger trenger helhetlige og koordinerte tjenester. Konsekvenser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utenforskap av skole og arbeidsliv • Fare for tap av helsetilstand. • Lav livskvalitet. 		
Involverte aktører	Hvilke andre aktører er /bør være involvert i problemstillingen?	*
<p>Problemstillinger (hva ønskes drøftet, besluttet, alternativer, pro et contra)</p> <p>Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken</p>		
<p>Ønske om å drøfte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skal fagrådet komme med innspill til HOD på nasjonal helse- og sykehusplan? 2. Innhold og drøfting av hvor konkrete rådene/anbefalingene skal være 		
Konklusjon	Hvorfor er det viktig at fagrådet drøfter denne saken	*
<p>Nasjonal helse- og sykehusplan skal beskrive viktige utviklingstrekk for sykehusene i Norge. Planen skal også ligge som et grunnlag for all videre utvikling i sykehusene.</p> <p>Fagrådets mandat er å gi faglig råd blant annet for å styrke samhandlingen mellom helse og arbeid-velferdstjenestene. Om vi som fagråd mener at kunnskapen om arbeid og helse bør påvirke videre utvikling i sykehusene, er dette et dokument vi bør søke å påvirke med faglige innspill. Om det foreligger beskrivelser i nasjonal helse og sykehusplan som støtter opp om fokus på funksjon, livskvalitet, arbeid og helse, vil dette legge grunnlag for videre arbeid med fagfeltet. Planen skal være overordnet all annen utvikling i sykehusene, så om arbeid og funksjon hos pasientene ikke er nevnt her, er det mindre sannsynlig at arbeid og helse prioriteres i underordnede styringsdokumenter.</p>		
Økonomiske – administrative konsekvenser	Hva er eventuelle administrative /økonomiske / organisatoriske konsekvenser av forslag til vedtak?	
<p>Tilrådning – Forslag til vedtak</p> <p>Konkret tekstlig forslag til vedtak som en mener rådet bør kunne vedta.</p>		
<p>Nasjonalt fagråd – arbeid og helse tilråder at nasjonal helse -og sykehusplan bidrar til å endre fokus i helsetjenesten fra et symptomreducerende fokus til en mer helhetlig tilnærming med målsetning om å bedre funksjonsnivå og livskvalitet. Dette kan oppnås gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidlig intervensjon (forebygging) rettet mot å unngå passivisering, skolefravall og sykefravær for alminnelige muskel-skjelett plager og alminnelige psykiske lidelser 		

Emne	Forklaring	Påkrevet
	<ul style="list-style-type: none">• Skape rammeverk og modeller for integrerte helsetjenester som også ivaretar samarbeid med NAV. Dette bør innebære juridisk rammeverk og retningslinjer som beskriver konkrete løsninger mht personvern.• Lage kvalitetsindikatorer som sier noe om funksjon hos pasientene etter endt behandling.• Støtte implementering av evidensbaserte tilnærminger til pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ivaretar pasientens behov for støtte til utdanning og arbeidsliv. Konkret eksempel på dette er tilnærmingen IPS.	
