

SAKSPAPIRER

NASJONALT FAGRÅD ARBEID OG HELSE

19/2 2018 kl 10:00 - 16:00 i HELSEDIREKTORATETS LOKALER

INNHold

1) Dagsorden for møtet 19/2-2018	Side 3
2) Referat fra møtet 23-24/11- 2017	Side 5
Til sak 2	
3) 18/01 Forskrift om felles rammeplan for helse og sosialfagutdanningen	Side 13
4) 18/01 Forslag til læringsmål om Arbeid og helse ved Master utd i Folkehelse ved NTNU	Side 17
Til sak 3	
5) 18/02 Utdrag av oppdragsdokument til RHF HSØ	Side 19
Til sak 5	
6) 17/10 Skjema for innmelding - kunnskapsoppsummeringer	Side 23
7) 17/10 Tematiske satsingsområder Arbeid og helse - Februar 2018	Side 25
8) 17/10 Utlysning av forskningsmidler - NAV - 2018	Side 29
Til sak 6	
9) 18/04 -1 Forslag fra Christian Høy - EPOST	Side 31
10) 18/04 -1 Utdrag av foreløpig NAV MD brev 2018 til fylkene	Side 33
11) 18/04 -1 Eksempel på samarbeidsavtale NAV - Helse	Side 37
12) 18/04 -2 Forslag fra Torkel Berge - EPOST	Side 41
13) 18/04 -2 Høring - Behandling i psykisk helsevern, voksne - pakkeforløp	Side 43
14) 18/04 -3 Forslag fra Gro Jamtvedt - EPOST	Side 59
15) 18/04 -3 Innlegg i DN 12/2-18	Side 61
16) 18/04 -4 Utdrag av tildelingsbrev for 2018 - HDIR- likelydende med AVDIR	Side 63

Fagråd arbeid og helse - møte 19/2 2017

Møterom 206 i Helsedirektoratets lokaler – Universitetsgata 2, Oslo

Møteleder: Gro Jamtvedt

NR	SAKS NR	Tid	Tema	Innleder	Saks-ansvarlig i rådet/ sekr	Sakspapirer
1		10:00	Åpning Referat – godkjenning – oppfølging.	Gro Jamtvedt	Gro J	Nettsted med sakspapirer
2	18/01	10:15	Læringsmål	Innledning fra KD v/ sekretariatet i RETHOS prosjektet, ved Mia Andresen	Chris J. Gro J Erik W.	<p>Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfag-utdanningene (RETHOS) www.regjeringen.no/rethos</p> <p>Kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/id564809/</p> <p>Med eksempler: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/utbyttebeskrivelser_kvalifikasjonsrammeverk_endelig_mars09.pdf</p> <p>I sakspapirene ligger 1) Forskrift om felles rammeplan for helse-og sosialfagutdanninger 2) Forslag til læringsmål ved NTNU – Master Folkehelse</p>
		12:00	Lunsj for rådets medlemmer			
3	18/02	12:30	Rådslaging om oppdraget til RHF ene om	Tone W Egeberg RHF Helse SØ	HL	I sakspapirene ligger en kortversjon av OD til de fire RHF med de relevante

			forskningsbasert følgeevaluering om effektene av omlegging av Raskere tilbake			avsnitt. Fullstendige oppdragsbrev for 2018 ligger her: https://www.regjeringen.no/ no/tema/helse-og- omsorg/sykehus/styringsdok umenter1/oppdragsdokumen t/id535564/
		13:30	Pause			
4	18/03	13:45	15 min presentasjon av valgt tema: Bør vi harmonisere de helserelaterte trygdeytelsene og arbeidsløshets- trygden?	Astrid Louise Grasdahl	ASG/ MC	
		14:30	Pause			
5	17/10 (forts)	14:45	Drøfte og utarbeide rådets konkrete innspill til kunnskaps- oppsummeringer	Thorgeir Hernes	TH	I sakspapirene ligger vedlegg 1) skjema for innmelding 2) tematisk satsingsområde 3) Utlysning forskningsmidler
6	18/04	15:45	Drøfting av alternative saker for kommende møter	Gro Jamtvedt		I sakspapirene ligger vedlegg til følgende forslag til saker. 1) Fra Høy – Harmonisering av styringssignaler 2) Fra Berge – Høring – pakkeforløp psykisk helse 3) Fra Jamtvedt – Kompetanse i NAV 4) Fra sekretariatet – det likelydende oppdrag til AVDIR og HDIR Oppdraget til de to direktoratene om arbeid og helse: Tildelingsbrev om arbeid og helse se side 33 https://www.regjeringen.no/ contentassets/889319cb6566 4b63a9938b3273316033/stat budsjettet-2018---kap.-740- helsedirektoratet---tildeling- av-bevilgning-l1221507.pdf
7		16:00	Avslutning av møtet			



REFERAT – Nasjonalt fagråd arbeid og helse

Dato: 23.11.2017 kl. 10:00 – 24.11.2017 kl 14:00

Sted: Hotell Scandic St. Olavs plass, Oslo.

Arkivsak: 17/2059

Til stede: Astrid Louise Grasdal , Beate Brinchmann, Christian Høy, Gro Jamtvedt, Roar Johnsen, Torkil Berge, Chris Jensen, Simon Øverland, Hege Randi Eriksen, Erik Lønnmark Werner

Eksterne Innledere: Vidar Sørhus og Yngvill Rådmannsøy Tømmerberg, Norges forskningsråd. Atle Fretheim, Folkehelseinstituttet, John Normann Melheim og Hedda Bie, leder og sekretær for Brukerrådet for Helsedirektoratet. Elin Stoermann-Næss og Kristin Skåre, leder og sekretær for Sentralt brukerutvalg i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Sekretariat: Hilde Kristin Weng, AVDIR, May Cecilie Lossius HDIR, Thorgeir Hernes, AVDIR og Håkon Lund, HDIR,

Observatører: Marit Helene Mørkved, ASD, Franz Hintringer, UNN, Janne Strandrud, HDIR, Tor Idar Halvorsen, LO, Bente Moe, HDIR.

Ordstyrer: Gro Jamtvedt (rådets leder)

Referent: Hilde Kristin Weng med støtte sekretariatet.

AGENDA	Ansvar/innledere
Åpning Referat – innkalling – administrative forhold.	Gro Jamtvedt, leder for rådet.
17/15 Forskningsrådet.	May Cecilie Lossius, sekretariatet, Vidar Sørhus og Yngvill Rådmannsøy Tømmerberg, Norges forskningsråd.
17/16 Implementeringsforskning og eksempel på et naturlig eksperiment av IPS i Bodø	Gro Jamtvedt, Rådsmedlem Beate Brinchmann, Atle Fretheim, FHI.
17/17 Hva vil det si å være oppnevnt i rådet og hvordan jobber vi?	Gro Jamtvedt.



17/10	Drøfte og utarbeide rådets konkrete innspill til kunnskaps-oppsummeringer	Thorgeir Hernes, AVDIR
17/18	Årlig felles konferanse for arbeid og helse feltet	Thorgeir Hernes, AVDIR
17/14	Fremtidige saker – prosess for å identifisere nye saker	Gro Jamtvedt
17/20	Brukermedvirkning Hvordan skal vi gjøre det?	Håkon Lund, John Normann Melheim og Hedda Bie, leder og sekretær for Brukerrådet i HDIR, Elin Stoermann-Næss og Kristin Skåre, leder og sekretær i Sentralt brukerutvalg i AVDIR.
17/19	Ved utvidelse til 12 medlemmer i rådet - hva slags kompetanse trenger rådet - kort innspillsrunde.	Håkon Lund
17/11	REK – arbeids-inkludering som utkomme – Brev til HOD og NEM.	Håkon Lund
	Oppsummering av møtet. Kalenderkoordinering for 2018.	Gro Jamtvedt

Åpning Referat – innkalling – administrative forhold

- Referat fra møtet i Fagrådet 05.10.17 godkjennes.

17/15 Forskningsrådet

- Utfordringer med reell tverrfaglig tilnærming, å få til gode RCT studier og å etablere gode tverrfaglige møteplasser.

- **Innledning**

Innledning ved Vidar Sørhus og Yngvill Rådmannsøy Tømmerberg, Norges forskningsråd. Se presentasjon.

En av hovedutfordringene innledderne peker på er å få til reell tverrfaglig forskning. Over 60% av forskningen er monofaglig. Helse har vært etterspurt inn i forskningsprogrammene. Innretning av ny innsats innebærer større fokus på kunnskap om virkninger av tiltak, forskning som bidrar til innovasjon, bruk av virkemidler for å bygge kapasitet og kompetanse, internasjonalisering og komparasjoner, data og metoder, brukermedvirkning og forskningens relevans og nytte. Samfunnsutfordringsdrevne programmer indikerer behov for tverrfaglige



forskningsprosjekter. Det betyr ikke at alle faggrupper skal forske på det samme, men at forskningen skal angripe problemstillingene fra flere hold. Utviklingen har gått fra prosjekter med 1-2 forskere til større prosjekter med flere faggrupper. Det er mer krevende men gir bedre forskning. Ulike programmer har ulike kriterier og vil dermed vurderes ulikt. For Forskningsrådet er det på sikt viktig å medvirke til å bygge robuste tverrfaglige miljøer.

- **Diskusjon: Hvordan få til mer tverrfaglig forskningssamarbeid.**

Fagrådet opplever at fagfeltet er modent for større grad av tverrfaglighet i forskningen. Det pekes på at det må sikres at ulike faggrupper får mulighet til å publisere resultater i internasjonale tidsskrifter innenfor egen fagdisiplin. Tverrfaglighet krever store prosjekter for at alle miljøer skal kunne få med sine stipendiater. En mer omfattende/lengre forprosjektperiode kan være fornuftig, for å få god nok tid til å forberede felles søknad. Langsiktighet i programmet er viktig – at det på forhånd kan forventes hva som lyses ut, da er det enklere for forskningsmiljøene å skrive gode søknader. Det må jobbes med intensivordningen – der færrest mulige medforfattere og publisering i de viktigste tidsskriftene gir mest uttelling. En utfordring fagrådet peker på er å få til et samarbeid med lokale myndigheter for å få i gang et forskningsprosjekt, det må være gjensidig forpliktelse og interesse. Lokale myndigheter har ofte lav forskningskompetanse og opplever ofte å ikke bli tatt på alvor og tatt hensyn til. Å bygge opp kompetanse på forskning lokalt vil være veldig viktig. Her er det spesielt viktig med forprosjekter.

- **Diskusjon: Flere gode effektevalueringer.**

Fagrådet peker på at initiativ til forskningsspørsmål må komme både fra praksisfeltet og forskningen, men tiltakene må ha en mulighet for å bli implementert i praksis for å bli prioritert. Forsøk ved at brukere i samarbeid med forskere utarbeider forslag til 10 ubesvarte forskningsspørsmål viser at det er en mismatch mellom det brukerne er opptatt av og hva forskerne er opptatt av. Rikdom i design er viktig, og det er nødvendig med forskningsmiljøer som er gode på forskningsdesign. Med pragmatisk fokus og monitorering av data underveis. Bruk av registerdata med gode utfallsmål gir godt grunnlag for å få kunnskap uten mye bruk av ressurser og belastninger på brukere. Stegvis innføring anbefales, det gir godt grunnlag for å se på ulikheter over tid. Kunne det vært aktuelt med en eksempelsamling med forslag til forsøk vi burde innført, uavhengig av pågående utlysninger?

- **Konklusjon:** Fagrådet fortsetter samarbeidet med Forskningsrådet.

17/16 Implementeringsforskning og eksempel på naturlig eksperiment

- **Implementeringsforskning – Innledning ved Atle Fretheim**

Forskningen viser at det å skape endringene kun ved å publisere direktiver/standarder ikke fungerer godt i implementering. For flere implementeringstiltak er virkningen høyst uvis. Tiltak med best dokumentert



effekt er praksisbesøk, påminnelser, beslutningsstøtte (automatisert støtte til beslutningene som tas av behandlere), lokale opinionsledere, skreddersydde tiltak. Men resultatene er relativt svake. Utvikling av implementeringsstrategi kan innebære utforskning av sannsynlige barrierer, design av tiltakspakke basert for identifiserte barrierer, effektevaluering. Det er behov for mer implementeringsforskning.

- **Å gå seg vill i oversettelsen - Innledning ved Beate Brinchmann**

Beate Brinchmann redegjorde for utfordringer ved implementering av IPS i Nordland. Hun poengterte at måten man må presenterer potensialet for endring er helt avhengig av hvem du snakker med, alle er opptatt av ulike sider (økonomi, overgang til arbeid, livskvalitet etc.). Implementering av integrerte modeller som IPS er krevende – det er mange konkrete problemstillinger som må adresseres og håndteres hvis samarbeidet skal fungere. Forankringen må være på plass på alle nivåer.

- **Diskusjon implementeringsforskning:**

Fagrådet peker på at informasjon til pasienter kan også være et interessant tiltak, kunnskapsoppsummering av dette gir noe effekt. Erfaring fra arbeid med rygglidelser viser det er ekstremt vanskelig å få klinikere til å følge anbefalingene. Tilsvarende med informasjon til befolkningen. En av medlemmene i fagrådet foreslo bruk av fokusgrupper underveis i flere omganger, det vil kunne være effektivt for å identifisere barrierer og å justere for å forbedre implementeringene. Eksempel fra Telemark/Tinn viser at innføring av lbedrift i en virksomhet ga gode resultater, men når initiativtaker fikk ny jobb gikk sykefraværet opp igjen. Det kan være en illustrasjon på relativiteten i sykefraværet.

- **Konklusjon: Fagrådet tar diskusjonen til etterretning.**

17/17 **Hva vil det si å være oppnevnt i rådet og hvordan jobber vi.**

- Hvordan skal vi som råd utforme råd som får effekt i praksis?
- **Innspill tema:**
 - Tema som det foreslås å diskutere nærmere i fagrådet: Hva kan vi gjøre for å forebygge utvikling av psykiske helseproblemer hos unge, medikalisering - økning av medisinbruk og store geografiske ulikheter, legers rolle i sykefraværsoppfølgingen, hvilken rolle spiller familie, sosial ulikhet etc. for utenforskap.
 - Det vil komme en bestilling fra departementene til direktoratet om utarbeidelse av rapport om tilstanden på arbeid- og helseområdet, samt å vurdere behov for normerende produkter. Dette vil kunne være et viktig arbeid for fagrådet.



- Læringsutbyttebeskrivelser for studentene i helse- og sosialutdanningene utvikles nå. Det bør fagrådet involvere seg i og dette settes som tema på neste fagrådsmøte.

- **Innspill arbeidsform:**

- Det må legges opp til en arbeidsprosess der vi bringer inn innspill i form av et uferdig utkast, hjelper hverandre med å komme litt videre og så fullfører felles produkt ved å sende det til hverandre på mail.
- Et forslag er å lage en skriftserie om et tema der vi kommer med et bidrag eller der vi ber noen om å lage noe. Til publisering på nettet og til utdeling i aktuelle fora. Samt å bruke fagrådet for å få oppmerksomhet når vi publiserer eventuelle kunnskapsoppsummeringer.

17/10 Drøfte og utarbeide konkrete råd til kunnskapsoppsummeringer

- **Innspill til tema for kunnskapsoppsummeringer fra fagrådet:**

Tidlig intervensjon og forebygging innen psykisk helse – hva har vi av dokumentasjon på effekter av tiltak for behandling og arbeidsdeltakelse, kunnskapsoppsummering om lettere psykiske tilstander og vanlige muskel/skjelett plager, endringer i sykefraværsordningen – hva kan vi trekke ut av evidens om dette, inklusjonskriterier for oppholds baserte tiltak, effekter av koordinering og samhandling mellom tjenestene, oppsummering av alle tiltak som har arbeidsdeltakelse om mål, undersøke seleksjon av grupper som får hvilke typer tiltak - hvorfor er fordelingen blitt sånn som den er – hvem har nytte av de ulike tiltakene?

- **Konklusjon:**

Sekretariatet vil ta innspillene tilbake til direktoratene og vurdere hvilke forslag som er mest aktuelle å spille inn. Temaet vil tas opp igjen på neste fagrådsmøte.

17/18 Årlig felles konferanse for arbeid og helsefeltet

- **Innledende spørsmål:**

Skal vi ha arbeid/helse/inkluderingskompetanse som tema på felles konferanse neste år? Bør det være en nasjonal konferanse eller flere regionale konferanser? Skal fokuset være på å inspirere eller å ha et smalere forskningsfokus? Forslaget fra direktoratene er å avholde neste felles konferanse våren 2019.

- **Innspill fra Fagrådet:**

Fagrådet støtter forslaget om felles nasjonal konferanse, et forslag er to felles dager der første dag fokuserer på forskning og neste del fokuserer på tjenesteutvikling i praksis. Fagrådet poengterer at det er viktig å få med deltakere i lederstillinger da dette vil gi større effekter i form av implementering av kunnskap i praksis.

- **Konklusjon:**

Direktoratene bearbeider innspillene og tar saken opp igjen på neste rådsmøte.



17/14: Fremtidige saker – prosess for å identifisere nye saker.

- **Tema fremtidige saker:**

Se innspill til temaområder under sak 17/17. Utarbeiding av læringsutbyttebeskrivelser og medikalisering ble av fagrådet trukket frem som viktige temaer i diskusjonen. Når det gjelder medikalisering ønsker fagrådet å få studien presentert samt å se på rapport fra Fraværsutvalget. Fagrådet trakk frem at to stipendiater undersøker diagnostisering av unge brukere i forbindelse med at de har behov for tiltak.
- **Organisering av arbeidet fremover:**

Møtehyppighet: Rådet mener at kontinuitet er viktig, noe som taler for at det bør avholdes minst tre møter i året.

17/20 Brukermedvirkning – Hvordan skal vi gjøre det?

- Innledere: John Normann Melheim og Hedda Bie, leder og sekretær for Brukerrådet i Helsedirektoratet. Elin Stoermann-Næss og Kristin Skåre, leder og sekretær for Sentralt brukerutvalg Arbeids- og velferdsdirektoratet. De foreslår at en representant for Brukerrådet og en representant fra Sentralt brukerutvalg inviteres inn som faste medlemmer i Fagrådet.
- Innspill:
 - Fagrådet er tenkt å være et «ekspertråd». Spørsmål er da hva som innebærer å være en ekspert i denne sammenhengen. Dette var innledningsvis gjenstand for store diskusjoner. Her ble utfordringer med dimensjonering vektlagt, arbeidsgivere er også en brukergruppe og ved å åpne for brukere vil det bli mange medlemmer. Det ble ved etableringen bestemt at Fagrådet involverer ulike råd/utvalg med bakgrunn i saker som drøftes.
 - Fokus for fagrådet er forskningsprosjektene – i disse er det sentralt at brukerne involveres. Er dette et tema som vi kan ta opp i Fagrådet, å se på ulike modeller for å sikre brukermedvirkning i forskningen?
 - Avslutningsinnspill fra Brukerrådet/Sentralt brukerutvalg: Fagrådet kaller seg en ekspertgruppe men anerkjenner ikke brukere som eksperter. De tror at en brukerrepresentant vil kunne tilføre en ekstra dimensjon som gjør arbeidet i Fagrådet bedre. Faste medlemmer vil gi mer stabilitet og mulighet til å forberede seg enn om representasjonen kun skjer i enkeltsaker.
- **Konklusjon:**
 - Sekretariatet jobber videre med saken frem mot neste fagrådsmøte.

17/19 Ved utvidelse til 12 medlemmer i rådet – hva slags kompetanse trenger rådet – kort innspillsrund.

- **Innspill fra Fagrådet:** Fysikalsk medisin eller kombinasjonen arbeid-helse og juss, pedagogikk. Det oppfattes at det er en tung slagside mot helse.



17/11 REK – arbeidsinkludering som utkomme – Brev til HOD og NEM

- **Innspill fra Fagrådet:**

Hvis REK i mindre grad skal behandle slike saker vil brevet ha liten påvirkningskraft. Vi snakker ikke om definisjon men om fortolkning og peker på at det er ulik praksis. Brevet inneholder gode argumenter men må gis en språkdrakt som stemmer overens med mottakerens form. Fokuset i brevet kan utvides ut over REK, at det er en utfordring for hele forskningsfeltet.

- **Konklusjon:**

Brevet går på sirkulasjon i Fagrådet i etterkant av møtet. Simon Øverland og Roar Johnsen har ansvar for utformingen av brevet. En jurist i Folkehelseinstituttet kan bistå med oppdatert informasjon om den nye forordningen. Det bør tas en runde med Helse og omsorgsdepartementet for å sjekke bakgrunnen for utfordringene som oppleves.

Oppsummering av møtet: prioriterte saker neste gang.

- Læringsmål – alle sender inn egne forslag til læringsmål i forkant av møtet.
 - Forberedelser: Gro, Erik og Chris.
- Artikkel om endringer av fraværsregler. Medikalisering.
 - Forberedelser: Simon, Astrid, Torkil.
- Kunnskapsoppsummeringer.
 - Forberedelser: Thorgeir.
- Presentasjon av et eget valgt tema.
 - Forberedelser: Astrid.

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

§ 1 Virkeområde og formål

Forskriften gjelder for universiteter og høyskoler som gir helse- og sosialfagutdanninger, og som er akkreditert etter lov om universiteter og høyskoler § 1-2 og § 3-1.

Forskriften skal, sammen med nasjonale retningslinjer for den enkelte utdanning, definere de nasjonale rammene for helse- og sosialfagutdanningene.

Forskriftens formål er å sikre at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans. Forskriften skal sammen med retningslinjene sikre at norske helse- og sosialfagutdanninger kjennetegnes nasjonalt og internasjonalt som kvalitativt gode profesjonsutdanninger i høyere utdanning. Den skal sammen med retningslinjene sikre at utdanningene forholder seg til de standardene og kriteriene som gjelder for helse- og sosialfagutdanninger, nasjonalt og internasjonalt regelverk, gir internasjonale perspektiver og imøtekommer samfunnets nåværende og framtidige behov for kompetanse.

Forskriften skal sammen med retningslinjene sikre at institusjonene legger til rette for helse- og sosialfagutdanninger med helhet og sammenheng mellom fag, emner, teori og praksis samt undervisningsmetoder og vurdering av studentene.

§ 2 Felles læringsutbytte

Læringsutbyttebeskrivelsene skal være i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Etter fullført helse- og sosialfagutdanning skal kandidaten ha følgende læringsutbytte:

Kandidaten:

- 1) *kan identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse*
- 2) *har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet*
- 3) *har relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende. Videre kan kandidaten veilede brukere, pasienter og pårørende og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.*
- 4) *kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling*
- 5) *har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk.*

- 6) *forstår sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering*
- 7) *har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.*
- 8) *kan vurdere risiko for uønskede hendelser og kjenner til metoder for å følge opp dette systematisk*
- 9) *har kunnskap om barn og unge og er en utøver som ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter*
- 10) *kan tilegne seg ny kunnskap og kan foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis. Kandidaten skal også kunne dokumentere og formidle sin faglige kunnskap.*
- 11) *kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser og kan bidra til tjenesteinnovasjon og systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser*
- 12) *har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå.*

§ 3 Praksisstudier

Ved utvelging av praksistilbydere skal utdanningsinstitusjonene forsikre seg om at det tilbys relevante læresituasjoner, kunnskapsbaserte tjenester og kompetente veiledere. Utdanningsinstitusjonen har ansvar for å følge opp studentene hos praksistilbyder, skal være oppdatert i praksistilbyders problemstillinger og bistå i pedagogiske spørsmål inkludert planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering. Praksistilbyderen har ansvar for den daglige veiledningen og oppfølgingen av studentene, og skal sørge for at praksisveileder normalt er av samme profesjon som den som blir veiledet. Dette gjelder innenfor praksisstudier der dette er naturlig. Praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse.

Utdanningsinstitusjonene skal inngå samarbeidsavtaler med praksistilbyderen. Avtalene skal regulere ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, og kan også regulere forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid.

§ 4 Nasjonale retningslinjer

Kunnskapsdepartementet skal sørge for at det fastsettes nasjonale retningslinjer for de helse- og sosialfaglige utdanningene.

Retningslinjene skal inneholde formålsbeskrivelse, læringsutbyttebeskrivelser i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Retningslinjene kan også stille krav til praksisdelen av utdanningene.

Retningslinjene skal være førende for institusjonenes arbeid med utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon

Kunnskapsdepartementet oppnevner programgrupper som fremmer forslag til retningslinjer og revidering av retningslinjene. Det nedsettes en programgruppe for hver utdanning. Programgruppene skal bestå av representanter fra utdanningene, helse- og velferdstjenestene, studentene og eventuelt forskningsmiljøer. Programgruppene skal være i dialog med relevante brukergrupper om retningslinjene.

§ 5 Ikrafttredelse og overgangsordninger

Forskriften trer i kraft straks og gjelder fra og med opptak til studieåret 2020/2021.

Studenter som følger:

- rammeplan for barnevernspedagogutdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for bioingeniørutdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for ergoterapeututdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for fysioterapeututdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for radiografutdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for sosionomutdanning fastsatt i 2005
- rammeplan for sykepleierutdanning fastsatt i 2008
- rammeplan for vernepleierutdanning fastsatt i 2005

har rett til å avlegge eksamen etter disse inntil 31.12.2023. Fra dette tidspunktet oppheves nevnte rammeplaner.

Universiteter og høyskoler som tilbyr disse utdanningene, kan likevel tilby eksamener etter nevnte rammeplaner inntil 31.12.2025.

Emne: Arbeid og helse

Folkehelse, masterstudium

Institutt for samfunnsmedisin, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Læringsutbytte

Med utgangspunkt i samfunnsmessige, organisatoriske og kulturelle forhold vil emnet gjøre studenten i stand til å vurdere individers, grupper og virksomheters ressurser og utfordringer når lønnsarbeid og helsefremmende aktiviteter skal muliggjøres for ulike befolkningsgrupper

Kunnskap Studenten:

- har inngående kunnskap om aktuelle sosialpolitiske strategier, og målsetninger knyttet til arbeid og helse
- har bred kunnskap om samfunnsmessige, organisatoriske og individuelle forhold som kan innvirke på individers og grupper mulighet til å delta i arbeidslivet
- har oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, arbeidslivet, lov og regelverk og beslutningsprosesser i forbindelse med tjenesteutøvelse
- har forskningsbasert kunnskap om sykefraværs mønstre, deltakelse, inklusjon i og utfall fra arbeidslivet i Norge og sammenliknbare land
- har bred kunnskap om sentrale temaer, teorier, modeller og problemstillinger innenfor arbeidshelse og arbeidsinkludering
- kan benytte et helsefremmende, forebyggende og rehabiliterings perspektiv i forhold til arbeidsdeltakelse
- kan anvende kunnskap om utfordringer ved komplekse arbeidsrettede intervensjoner (inkludert arbeidsrettet rehabilitering) som et tverrvitenskapelige fagfelt med forankring i ulike teoretiske modeller med individ-, arbeids- og systemperspektiv

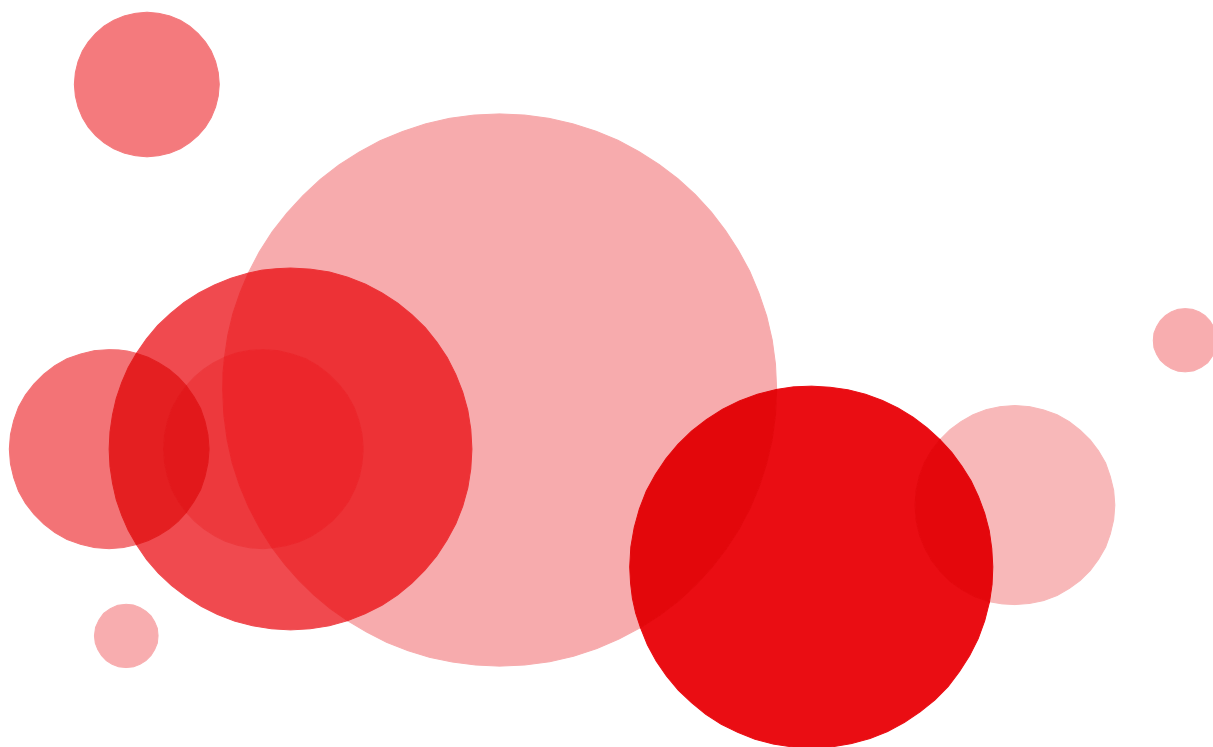
Andre eksempler på læringsmål

Etter fullført og bestått emne skal studenten:

- Kunne forstå og redegjøre for historikk og **begrepsavklaringer** omkring arbeidets betydning, organisering og forandring fra industrielt til moderne arbeidsliv.
- Kunne forstå og diskutere **begrepsavklaringer, omfang og samfunnsmessige omkostninger** relatert til sykefravær, utstøtning og inkludering i praksis.
- Ha god kunnskap om **det sammensatte diagnosebildet, muskel-skjelettlidelser, psykiske lidelser og cancer som sykemeldingsårsaker**.
- Kunne redegjøre for **helsemessige, arbeidsmessige og demografiske risikofaktorer for sykemelding, herunder betydning av sosial ulikhet i sykefraværs mønstre**.
- Ha kunnskap om og kunne anvende vanlige design og analytiske metoder i forskning på arbeid og helse.
- Kjenne til prinsipper for og effekt av tiltak for å forbygge sykefravær på arbeidsplassen, herunder psyko-sosiale forhold og sosial kapital.
- Ha kunnskap om trykkesystemet, sykefraværsoppfølging, IA-avtalen, arbeidsgivers, fastlegens og NAV's roller i sykefraværsarbeidet.
- Forstå og redegjøre for forklaringer på arbeidsuførhet på samfunnsplan og individuelt, herunder sosiale forskjeller.
- Ha kunnskap om prognostiske faktorer for økt arbeidsdeltakelse knyttet til helse, individ, arbeid og samfunn.
- Ha detaljert viten om arbeidsgivers, og NAVs rolle og NAV-tiltak for økt arbeidsdeltakelse
- Kunne redegjøre for vurdering av arbeidsevne
- Ha oversikt over forskningsbaserte intervensjoner innenfor arbeidsrettet rehabilitering.
- Ha kjennskap til utfordringer og muligheter i implementering og evaluering av rehabilitering med arbeid som mål.

Utdrag av Oppdragsdokument 2018

Helse Sør-Øst RHF



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

[https://www.regjeringen.no/contentassets/
bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/
oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-
rhf.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-rhf.pdf)

Innledning

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Sør-Øst RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Dette skal skje innenfor de ressurser som bli stilt til rådighet i oppdragsdokumentet, jf. vedlegg 1. Det vises til Stortingets behandling av Prop. 1 S (2017-2018).

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene. Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Eventuelle nye tiltak overfor de regionale helseforetakene og helseforetakene for å styrke samisk språk og språkrettigheter vil bli vurdert som ledd i oppfølgingen av NOU 2016:18 Hjertespråket - Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingen gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før. Det vises til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet skal Helse Sør-Øst RHF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De regionale helseforetakene må følge opp helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og sørge for at disse ses samlet og sikrer det totale helsetilbudet i regionen.

Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studier. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Under hovedmålene 1-3 er det konkretisert kvantifiserbare styringsmål som skal nås i 2018. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp styringsmålene under Mål 2018 i de månedlige og tertialvise oppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene skal også gjennomføre Andre oppgaver 2018 som er konkretisert under hovedmålene 1-3. Styret og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og eventuelt iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen på kvalitetsindikatorer.

Følgende nye dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)

- Helse Sør-Øst RHF skal sørge for en planmessig omlegging av raskere tilbake-ordningen. Med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene i brev av 28. april 2017, skal tiltak med god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand integreres i det ordinære pasienttilbudet. Behandlingstilbudet for aktuelle pasientgrupper som skal videreføres, skal så langt som mulig tilbys uten opphold. Omleggingen innebærer at midlene inkluderes i grunnlaget for den ordinære pasientbehandling, og vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. Helse Sør-Øst RHF bes innen 1. mai 2018 oversende til Helse- og omsorgsdepartementet informasjon om status og videre plan for omleggingen.
- De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF sørge for en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake. Evalueringen skal særlig belyse konsekvenser for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser samt effekten på sykefraværet. Helse Sør-Øst RHF tildeles totalt 7 mill. kroner til gjennomføring av den forskningsbaserte evalueringen samt til monitorering og kunnskapsspredning. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for planer for evaluering, monitorering og kunnskapsspredning innen 1. mai 2018.

Til Seksjon for velferdstjenester,
Kunnskapssenteret

Dato

Kopi

Fra

Saksbehandler

1. Bestillingstittel (hovedproblemstilling)¹:

2. Begrunnelse (hvorfor er spørsmålet viktig?):

3. Begrunnelse på hvorfor dette spørsmålet bør besvares systematisk gjennom oppsummert forskning:

PICO en måte å dele opp og systematisere forskningsspørsmål på;
Patient - Intervention - Comparison – Outcome. Beskriv:

4. Populasjon (Hvilke mennesker handler det om? Hva er problemet?)

5. Intervensjon eller Exposure (Hva gjør vi med dem? Hva blir de utsatt for?)

6. Comparison (Hva sammenligner vi eventuelt med?)

7. Outcome (Hvilke/t utfall er av interesse? Hva er det av virkninger man ønsker kunnskap om? Dette omfatter også negative virkninger)

Fagansvarlig/kontaktperson:

¹ I henhold til Kunnskapssenterets mandat skal forslagene hovedsakelig angå spørsmål om effekten, nytten og kvaliteten av intervensjoner, virkemidler og tiltak som benyttes i eller er av relevans for velferdsdirektoratene. Eksempel: Hva er effekten av kontinuitetsfremmende tiltak i barnevernsinstitusjoner (vs. ingen tiltak) på den psykososiale utviklingen hos barn og unge som bor på barnevernsinstitusjon?



Tematisk satsingsområde: Arbeid og helse

Beskrivelse

I internasjonal målestokk mottar en høy andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge helserelaterte ytelser som uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger. Personer med helseutfordringer utgjør også en høy andel av de NAV-brukerne som har behov for arbeidsrettet bistand.

Samtidig har helsetjenestene tradisjonelt vært lite opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Innen både arbeids- og helsesektoren har regelen snarere vært sekvensiell tekning, hvor arbeid først blir et tema når medisinsk behandling er sluttført. Det var lenge en utbredt oppfatning at arbeid kunne gi helseproblemer, eller at helseproblemer var til hinder for å være i arbeid. Nå har Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet tydelig signalisert at de vil vektlegge et tredje perspektiv - arbeid som direkte og indirekte kilde til helse - og la dette i større grad prege virksomheten i de to sektorene fremover.¹ Mange internasjonale studier viser at mangel på arbeid ofte har negative helsekonsekvenser, og at arbeid oftest er helsefremmende. God helse i befolkningen fremmer på sin side sysselsettingen. Langt flere bør få muligheten til å delta i arbeidslivet med og til tross for et helseproblem, og å arbeide så mye som helsen tillater. Dette er også i tråd med rådene fra bl.a. OECD, som de siste årene har argumentert sterkt for økt vektlegging av sammenhengen mellom arbeid og helse, og for tettere bånd mellom helse- og arbeids- og velferdstjenestene. Det er så langt få eksempler på godt koordinerte og felles innsatser i Norge.

Både NAV og helsesektoren har utfordringer med å møte de store, felles brukergruppene som sliter med psykiske plager, smerteproblematikk eller sammensatte helse- og livsutfordringer på en god nok måte. Vellykkede tjenester for disse gruppene krever som regel et samarbeid på tvers av sektorene, ettersom isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak hver for seg ofte ikke vil være tilstrekkelig.

Kunnskapsbehov

En rekke offisielle dokumenter (stortingsmeldinger, NOU mv.) har gjennom mange år pekt på til dels store utfordringer i skjæringspunktet mellom arbeids- og velferdssektoren og helsesektoren. Disse utfordringene handler blant annet om fagutvikling, rolle- og ansvarsdeling og koordinering og utvikling av helhetlige tilbud som favner både helse- og arbeidsdimensjonene.

Det er også pekt på til dels store kunnskapshull på dette området. Forskningsaktivitetene er i dag fragmenterte og spredt på mange aktører, og det er ikke – med unntak av Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering i Rauland – tatt sentrale initiativer for å bygge sterke kunnskapsmiljøer. Det er heller ikke tatt initiativ til egne satsinger innen systematisk og langsiktig kunnskapsbygging.

¹ Strategien «Arbeid og helse – et tettere samvirke» 01.03.16

Et særlig viktig kunnskapsbehov er relatert til effekter av tilnærminger og tiltak på arbeid- og helseområdet. Så langt har vi få eksempler på prosjekter med en robust tilnærming til effektmåling. Det er også få prosjekter som har prøvd å avdekke hva som er effektive samvirkeformer mellom arbeids- og velferdssektoren og helsesektoren.

Det er også behov for å fremskaffe mer kunnskap om helsetjenestenes og helsearbeidernes roller og praksis når det gjelder å fremme arbeidsretting generelt, og samkjørt bistand mellom helsetjenester, NAV og arbeidsgivere mer spesielt.

Arbeid- og helseområdet er nå tydeligere fremme innen Forskningsrådets satsinger. Programplanen for HELSEVEL-satsingen peker på et behov for å «*fremme horisontal samhandling og samordning mellom de to tjenesteområdene (helse og arbeid), og at når det nå legges stadig større vekt på helhetlige forløp og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, blir samspill mellom yrkesgrupper og mellom tilgrensende fagfelt stadig viktigere*». I Strategisk plan for satsingen PraksisVel pekes «*aksen mellom helse og arbeid*» ut som et særlig aktuelt tema.

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

Forskningsspørsmål

En hovedutfordring for sektorene er som nevnt å utvikle et solid kunnskapsgrunnlag om hvilke tjenester, metoder og samvirkeformer som har dokumentert effekt. Kunnskapsutviklingen bør særlig rette seg inn mot de store, felles brukergruppene og deres muligheter for arbeid og deltagelse. Et mål må være et mindre fragmentert og langt mer strukturert samarbeid som tar utgangspunkt i de ordinære tjenestene, og i mindre grad består av spesielle prosjektsatsinger som i dag. Kunnskap om koordinert innsats må bidra til å sikre større grad av samtidighet i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene. Prosjekter som søker effektkunnskap, bør suppleres med prosessevalueringer som bl.a. undersøker kvaliteten på implementeringen og hvilke innholdskomponenter som virker inn på resultatene.

Noen aktuelle forskningsspørsmål vil være:

- Hva fremmer og hva hemmer mer arbeidsrettede helsetjenester, og hvordan sikre samtidighet og integrasjon i de medisinske og arbeidsrettede innsatsene?
- Hvordan kan NAV, helsetjenester og arbeidsliv best samvirke for å sikre arbeid til flere? Hva slags ansvars- og arbeidsdeling fremmer best et slikt samarbeid?
- Hvordan er brukerløpene innen helsetjenestene for mottakere av AAP, og hvordan innvirker disse på mulighetene for tilknytning til ordinært arbeidsmarked? I hvilken grad fører dagens tilbud til såkalt *medikalisering*² og et overdrevent sykdomsfokus?
- Hvilken innvirkning har sykmeldingspraksis på brukerforløpene i NAV?

² Medikalisering er et begrep som ofte brukes for å beskrive at stadig flere av menneskers problemer søkes forklart gjennom medisinske årsaksforhold og behandlet av helsevesenet.

- Er dagens sykmeldings- og oppfølgingsregime (arbeidsdeling mellom aktørene, insentiver, milepæler mv.) hensiktsmessig? Kan helsekompetansen utnyttes bedre til arbeidsretting av brukerløpene?
- Hva er effektfulle modeller og arbeidsmåter hvor tjenestene samvirker – spesielt for de store, felles målgruppene med muskel- og skjelettlidelser, psykiske helseplager og/eller sammensatte utfordringer?
- Hvordan kan gode samvirkemodeller implementeres i de ordinære arbeids- og helsetjenestene? Hva fremmer og hemmer slik implementering?



Utlysning av forskningsmidler 2018

NAV utlyser forskningsmidler innen arbeid og helse. Søknadsfrist er 15. februar 2018.

NAV gir støtte til forsøk- og forskningsprosjekter som bygger opp under utvikling og gjennomføring av kunnskapsbaserte arbeids- og velferdstjenester. Støtten gis som bidragsfinansiering. Nå lyser vi ut inntil 5 millioner kroner for 2018 i støtte til prosjekter som belyser problemstillinger innenfor det tematiske området *arbeid og helse*.

Vi ønsker forskningsprosjekter av høy kvalitet, og spesielt prosjekter som undersøker virkningen av ulike innsatser og tiltak som fremmer arbeidsdeltakelse. Det er mulig å søke om støtte til prosjekter som skal gå over flere år. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at vi kun tildeler støtte for ett år av gangen, ettersom midlene er avhengig av bevilgning over statsbudsjettet.

Kunnskapsbehov på arbeid- og helseområdet

I internasjonal målestokk mottar en høy andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge helserelaterte ytelser som uføretrygd, arbeidsavklaringspenger og sykepenger. Personer med helseutfordringer utgjør også en dominerende andel av de NAV-brukerne som har behov for arbeidsrettet bistand. Vellykket oppfølging av brukergrupper med sammensatte helse- og livsutfordringer krever som regel et koordinert tilbud fra arbeids- og helsetjenestene, ettersom medisinsk behandling eller arbeidsrettede tiltak alene ofte ikke er tilstrekkelig.

NAV og Helsedirektoratet har uttrykt et felles ønske om å utvikle mer helhetlige tilbud som favner både helse- og arbeidsdimensjonen. Dette er utfordrende for fagutvikling, rolle- og ansvarsdeling og koordinering av tjenestene. Vi er særlig opptatt av tilbudet til den store gruppen brukere med psykiske helseplager, muskel- og skjelettlidelser eller sammensatte helse- og livsutfordringer, som det er krevende både for NAV og helsesektoren å møte på en tilfredsstillende måte.

Det er behov for kunnskap om brukerforløpene mellom arbeids- og helsesektorene, og i hvilken grad og hvordan helsetjenestenes tilbud kan bidra til arbeidsretting av disse. Vi trenger også mer kunnskap om hvordan en sikrer samtidighet og integrasjon i de helse- og arbeidsrettede innsatsene. Videre er det behov for kunnskap om hvilke tilnærminger og arbeidsmåter som kombinerer arbeids- og helseperspektivene, som har effekt på arbeidsinkludering. Det er også ønskelig med utprøvinger og forskning som ser på hvordan vi kan implementere kunnskapsbaserte tiltak og virkemidler i det ordinære tjenestetilbudet.

Krav til søknaden:

- Prosjektet må gi ny og faglig solid kunnskap med nytteverdi for NAV.
- Metoden(e) må være egnet til å besvare problemstillingen(e).
- Prosjektteamet må ha relevant kompetanse på fagområdet.
- Funn og resultater må være etterprøvbare og ha betydelig overføringsverdi.
- Forsøk må kvalitetssikres og evalueres av et forskningsmiljø.
- Søknaden må inneholde et realistisk budsjett og fremdriftsplan. Merk at midlene ikke kan benyttes til ordinære driftsoppgaver.
- Søker må redegjøre for relevante etiske problemstillinger i forbindelse med prosjektet.

Hvem kan søke?

Forskningsmiljøer og organisasjoner kan søke om prosjektmidler. Søknaden må være forankret i prosjektansvarlig organisasjon. Vi gjør oppmerksom på at prosjekter som blir tildelt midler, forplikter seg til å rapportere om fremdrift, funn og resultater. Prosjektlederen forplikter seg også til aktivt å formidle funn og resultater til en bredere målgruppe enn forskningsmiljøer. Les mer om rapporterings- og formidlingskrav på nettsidene våre.

Hvordan søke?

Du finner søknadsskjema og veiledning på våre nettsider www.nav.no/fou

Signert søknad i pdf-format sendes til fou@nav.no innen utgangen av **15. februar 2018**. Søker vil bli orientert om utfallet på e-post i løpet av mars 2018.

NAVs tematiske satsingsområder

NAVs langsiktige plan for FoU og evalueringer peker ut fire tematiske satsingsområder av strategisk betydning for organisasjons- og tjenesteutvikling: *arbeid og helse, arbeidsinkludering, interaksjon med brukere og innovasjon og læring*. Planen utgjør et rammeverk for forskning på NAV og vår virksomhet, og skal fremme kunnskapsutvikling om komplekse utfordringer i samfunnet og organisasjonen. Du kan lese mer om FoU-virksomheten i NAV og de tematiske satsingsområdene på våre nettsider.

Fra: Høy, Christian
Til: [Håkon Lund: Gro Jamtvedt \(Gro.Jamtvedt@hioa.no\)](mailto:Håkon.Lund@Gro.Jamtvedt.Gro.Jamtvedt@hioa.no)
Emne: Oppdragsdokument / Mål og disponeringsbrev
Dato: 8. februar 2018 15:31:31
Vedlegg: [image001.png](#)
[image003.png](#)

Hei!

Ser på møtepapirene til møtet den 19., pkt. 18/2.. Det er interessant at Oppdragsdokumentet er fritt for «NAV», mens Mål og disponeringsbrevet til NAV inneholder flere klare punkter vedr. samarbeidet med «Helse». F.eks:

Raskere tilbake

- I forbindelse med omleggingen av Raskere tilbake i de regionale helseforetakene (RHF) skal det i 2018 videreføres og utvikles arbeidsrettede helsetilbud for personer med:
 - psykiske plager og
 - muskel- og skjelettlidelser.
- NAV fylke/region skal ta initiativ til samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetak i tilknytning til disse tilbudene.
- Dette samarbeidet bør forankres i den overordnede samarbeidsavtalen mellom NAV og helseforetakene.

08.02.2018

Understrekningene er mine. For oss som skal jobbe med dette lokalt, kan manglende harmonisering av styringssignalene framstå som en utfordring når det «tettere samvirket» skal realiseres.

Vennlig hilsen

Christian Høy

Avdelingsdirektør

NAV Arbeid og helse Telemark

☎: 90827778 // 35113916 // ✉: christian.hoy@nav.no





Til: Direktørene for NAV fylke/region
Fra: Arbeids- og tjenstedirektør

Dato: 19.12.2017
Saksnr. 17/3246

Foreløpig mål og disponeringsbrev 2018 til NAV fylke/region

Innledning

Mål- og disponeringsbrevet tar utgangspunkt i tildelingsbrevet fra Arbeids- og sosialdepartementet og langtidsplanen for 2018-2021. Mål- og disponeringsbrev med budsjetterammer gir de overordnede føringer for virksomheten, og skal legges til grunn for virksomhetsplanleggingen 2018. Det forventes at enhetene overholder alle relevante bestemmelser som er nedfelt i lov, rundskriv og retningslinjer, policyer med videre, selv når disse ikke er omtalt i Mål- og disponeringsbrevet.

Det er viktig at de ansattes organisasjoner og vernetjenesten gjennom MBA og AMU blir involvert i endrings- og omstillingsarbeidet i henhold til Hovedavtalen for staten og Tilpasningsavtalen for NAV. Hver enhet må også legge til rette for at budsjetter og planer blir behandlet i medbestemmelses-apparatet i tråd med hovedavtalen.

1. Hovedprioriteringer for Arbeid- og tjenestelinjen 2018

De langsiktige og overordnede føringene for NAV er: *Flere i arbeid, Bedre brukermøter, Økt kompetanse*. For å nå målene vil Arbeid og tjenestelinjen ha følgende hovedprioriteringer for 2018:

Økt inkludering av utsatte grupper på arbeidsmarkedet

- Gi arbeidsrettet bistand med god kvalitet til rett tid. Brukere under 30 år skal prioriteres særskilt.
- Sikre god gjennomføring av nytt regelverk på AAP og nye fullmakter til NAV-kontorene.
- Ta i bruk ordinært arbeidsliv som arena for inkludering. Bruken av tjenester og virkemidler skal gi best mulig resultat for inkludering og overgang til arbeid.

Målrettet samhandling og kompetansebygging for å tilby bedre tjenester til arbeidsgivere

- Styrke relasjonen og videreutvikle arbeidsgiverkontakten.
- Sikre bedre koordinerte tjenester fra NAV.
- Bidra til økt rekruttering til ledige stillinger og et inkluderende arbeidsliv.

Bidra til bedre brukeropplevelser

- Utvikle og gjennomføre god offentlig service.
- Sikre at brukerne møtes på riktig arena og at tjenesteutviklingen er brukerdrevet.
- Bidra til mer helhetlige og koordinerte tjenester fra NAV og i samarbeid med andre aktører.
- Ta i bruk og videreutvikle digitale tjenester. Realiserte gevinster skal bidra til bedre service og kvalitet i brukeropfølgingen.

Bidra til økt kompetanse

- Sikre arenaer for læring og kunnskapsdeling slik at medarbeidernes kompetanse blir sett, utviklet og brukt.
- Endringsledelse, og kompetanseheving innen områdene arbeidsmarked, inkludering og veiledning.
- Sikre at medarbeiderne har nok kjennskap til og ferdigheter til bruk av de digitale løsningene.

2. Mål og strategier for fylke/region 2018

Flere i arbeid og økt inkludering

Bedring på arbeidsmarkedet gir økt mulighet for at flere kommer i arbeid, inkludering av utsatte grupper og færre på helserelevante ytelser.

.....

Samarbeid med helsesektoren

Brukere med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer

Tiltak og metoder som er utviklet i forbindelse med handlingsplaner og prosjektsatsinger videreføres som en del av det ordinære tjenestetilbudet i NAV og inngår i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sin felles Strategi for arbeid og helse. Dette gjelder spesielt arbeidslivspakken «Sees i morgen!», Arbeidsgiverløs, Senter for jobbmestring, Jobbmestrende oppfølging og Individuell jobbstøtte (IPS). Tjenestetilbudet skal bidra til å hindre utstøting og øke inkluderingen i arbeidslivet av personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og å forebygge frafall fra utdanning.

Partnerskap for inkludering: *Utvidet oppfølging i samarbeid med helsetjenestene – to modeller som krever samarbeid i partnerskapet.*

- 1) Jobbstøtte til brukere med angst og depresjon: NAV tilbyr jobbspesialister og helsetjenestene tilbyr kognitiv arbeidsrettet veiledning/behandling for brukere som har behov for begge tjenestene. Det skal tas initiativ for å etablere et samarbeid mellom NAV-kontor som har jobbspesialister i utvidet oppfølging og kommunens helsetjeneste der behandlingstilbudet Rask psykisk helsehjelp eller tilsvarende tilbud er etablert. Det tas sikte på å endre Senter for jobbmestring inn i denne modellen innen 2020, og fylkene/region må tilrettelegge avtaler for dette.
- 2) Individuell jobbstøtte (IPS) til brukere med moderate til alvorlige psykiske lidelser og eventuelle rusmiddelproblemer. I samarbeid med helse- og rustjenesten i kommuner og spesialisthelsetjenesten skal NAV sikre allerede etablerte tverrsektorielle miljøer, og utvide IPS ytterligere gjennom omfordelte tiltaksmidler og tilskuddsordningen for IPS i Helsedirektoratet. *Vi viser for øvrig til omtale i dokumentet «Rammestyrte virkemidler».*

Styrke det forebyggende arbeidet (HelseIArbeid)

Samordnet innsats om forebyggende arbeid som er kunnskapsbasert skal tilbys arbeidslivet i et samarbeid mellom NAV og helsetjenestene. Fylker/region som har etablert samarbeidsavtaler med Regionale helseforetak (RHF) og/eller helseforetak (HF) om modellen iBedrift skal i løpet av 2018 etablere modellen HelseIArbeid. Dette skal gjøres i samarbeid med helsetjenesten i sine fylker/region og nye avtaler må inngås eller evt. reforhandles mellom NAV og helse. De aktuelle fylkene hvor iBedrift skal byttes med modellen HelseIArbeid er Finnmark, Troms, Nordland, Akershus, Buskerud, Vestfold og Telemark. Fylkene/region må utarbeide en plan for hvordan modellen skal etableres.

I de øvrige fylkene/region hvor det ikke finnes iBedrift skal det startes et arbeid med å etablere HelseIArbeid ved at det inngås samarbeidsavtaler mellom NAV og helsetjenesten. Arbeidslivsentrene har det praktiske ansvaret for å få opp avtalen og å øke kompetansen. Samarbeidsavtalen skal bidra til igangsetting av arbeid med å etablere konseptet HelseIArbeid i 2019/2020.

Raskere tilbake

I forbindelse med omleggingen av Raskere tilbake i de regionale helseforetakene (RHF) skal det i 2018 videreføres og utvikles arbeidsrettede helsetilbud for personer med psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser. NAV fylke/region skal ta initiativ til samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetak i tilknytning til disse tilbudene. Dette samarbeidet bør forankres i den overordnede samarbeidsavtalen mellom NAV og helseforetakene.



SAMARBEIDSAVTALE MELLOM

NAV Vest-Agder, NAV Aust-Agder, NAV
Telemark, NAV Vestfold, NAV Buskerud, NAV
Oslo, NAV Akershus, NAV Østfold, NAV
Hedmark, NAV Oppland, NAV Hjelpemidler og
tilrettelegging

og

Helse Sør-Øst RHF

fra 2017 til 2020

Det er helsefremmende å være i arbeid!



BAKGRUNN

Avtalen er inngått med utgangspunkt i likelydende oppdrag om samarbeid til Arbeids- og velferdsetaten og spesialisthelsetjenesten i henholdsvis mål- og disponeringsbrev og oppdragsdokument:

«..etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere hensiktsmessigheten av å innføre særskilte samarbeidsavtaler med helseforetak og regionale helseforetak. Det vises i den forbindelse til malene for samarbeidsavtaler som er utarbeidet i felleskap med Helsedirektoratet.»

Felles strategidokument fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet «Arbeid og helse – et tettere samvirke» (IS-2535) legges også til grunn for arbeidet.

MÅLSETTING MED AVTALEN

Samarbeidet mellom NAV og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles for å sikre brukerne gode og koordinerte tjenester.

NAV fylke i Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Vestfold, Buskerud, Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, NAV Hjelpemidler og tilrettelegging og Helse Sør-Øst RHF er enige om et systematisk samarbeid om felles ansvarsområder innen feltet arbeid og helse.

Partene skal samarbeide om å fremme helse og deltakelse i utdanning og arbeidsliv for å bidra til selvstendighet, mestring og deltakelse i samfunnet uavhengig av funksjonsevne.

PARTENES FORPLIKTELSER

Partene forplikter seg til å legge til rette for:

- at langt flere får muligheten til å arbeide til tross for helseproblemer – og å arbeide så mye som helsen tillater
- koordinerte og samtidige tjenester uten unødig opphold
- økt brukermedvirkning i tjenestene
- økt kunnskap om arbeid og helse hos brukere, helsepersonell og ansatte i NAV
- gjensidig kompetanseutveksling
- felles informasjonstiltak om tema arbeid og helse
- samarbeid om utredninger, prosjekter, undersøkelser og satsninger på felles ansvarsområder herunder FoU-arbeid på tvers av sektorene

I tråd med intensjonene i denne samarbeidsavtalen skal partene legge til rette for at det inngås samarbeidsavtaler mellom NAV fylke(r), NAV Hjelpemiddelsentral(er) og lokale helseforetak om konkrete tiltak. Tiltak partene samarbeider om bør nedfelles i en handlingsplan.

De lokale avtalene bør ivareta samhandling knyttet til pasienter/brukere innen ulike fagområder med særlig oppmerksomhet på at den enkelte pasient/bruker skal få eller beholde mulighet til å delta i arbeidslivet eller gjennomføre utdanning. Samarbeidet bør



ha mål om å utvikle koordinerte tjenester/tilbud som integrerer behandling og deltakelse i arbeid, arbeidsrettede tiltak eller utdanning.

Det anbefales et særskilt fokus på:

- psykisk helse, spesielt med tanke på aldersgruppen opp til 30 år
- muskel- og skjelettlidelser/kroniske og langvarige smertetilstander
- bedre samhandling vedrørende medisinske opplysninger og uttalelser til NAV og innholdet i disse

OPPFØLGING OG REVIDERING

Direktørene i NAV fylke(r), ved deres representant(er), NAV Hjelpemidler og tilrettelegging ved deres representant(er) og Helse Sør-Øst RHF ved deres representant(er) skal ha årlige kontaktmøter som inkluderer oppfølging av gjeldende underliggende avtaler mellom NAV fylke, NAV Hjelpemiddelsentral og helseforetak (HF).

Det skal føres referat fra møtene og referatene skal gjøres tilgjengelig for partene. Kontaktpersoner på ulike samarbeidsområder og prosjekter avholder møter etter behov.

Partene dekker egne utgifter i forbindelse med oppfølging av avtalen.

Samarbeidsavtalen skal evalueres hvert andre år og revideres ved behov.

Sted, dato

Fylkesdirektører


NAV Akershus


NAV Buskerud


NAV Oppland


NAV Telemark


NAV Vest-Agder

Fylkesdirektører


NAV Aust-Agder

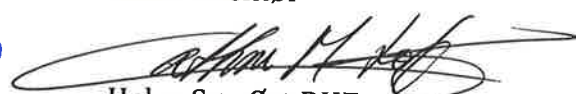

NAV Hedmark


NAV Oslo


NAV Vestfold


NAV Østfold

Adm. direktør


Helse Sør-Øst RHF


Direktør
NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

Fra: Torkil Berge
Til: "Gro Jamtvedt"; Roar Johnsen; Christian Høy; Astrid Louise Grasdal; Beate Brinchmann; Chris Jensen; Erik Lønmark Werner; Hege Randi Eriksen; Simon Øverland
Kopi: Håkon Lund; May Cecilie Lossius; hilde.kristin.weng@nav.no; thorgeir.hernes@nav.no
Emne: Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern - mulig sak til Fagråd Arbeid og helse mandag 19. februar?
Dato: 14. februar 2018 10:23:52
Vedlegg: [Behandling i psykisk helsevern, voksne – pakkeforløp.pdf](#)

Hei, det er kanskje for sent å foreslå en sak på møtet. Men, jeg sitter sammen med andre på jobben min og går gjennom pakkelopene for psykisk helsevern som er ute til høring, frist 1. april, og kom på at dette jo kan være en viktig sak for Fagrådet.

<https://helsedirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing>

I *pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern* er det svært positivt at pårørendeperspektivet er ivaretatt. Men arbeidsperspektivet er lite berørt, synes jeg. Det at arbeid (og skole) og sykmelding bare nevnes under Kartlegging før henvisning og i Avsluttende samtale får meg til å tenke at pakkeforløpet bygger på en sekvensiell tilnærming (behandling først og så eventuell hjelp til jobbstring etter behandling). Man løfter ikke frem betydningen av parallelle tiltak for symptommestring og jobbstring som en del av behandlingen. Eksempler kan være tidlige tiltak mot full sykemelding, bruk av gradert sykemelding, undersøke muligheten for tilrettelegging på arbeidsplassen, kartlegging av barrierer for retur til arbeid, samarbeid med NAV arbeid, Individuell jobbstøtte, etc.). Det har vært argumentert for at det å gå i behandling (og å stå på venteliste), for mange sykemeldte kan redusere sannsynligheten for retur til arbeid. Argumentet er at det legitimerer full sykemelding, og at full sykemelding over tid medfører flere barrierer for retur, ikke minst ved vanlige psykiske lidelser som depresjon og angst. (Et poeng her er at pasientens forventninger til muligheten for å returnere til arbeidslivet, ifølge en norsk studie var en sterk prediktor for faktisk retur, og altså noe det kan være viktig å spørre om tidlig i behandlingen). Uansett synes jeg at arbeid/skole, i likhet med familie, er et så viktig punkt for livskvalitet og livsmestring, at det bør nevnes som et mulig tema under behandlingsforløpet av psykiske lidelser.

Det kunne vært gjort noen enkle grep for å løfte frem betydningen av å ha med seg arbeid/skole som tema i hele behandlingsforløpet. Man kunne tatt inn et punkt om arbeid og sykemelding på side 8, som et delpunkt under: Følgende bør inngå i første samtale. Det samme gjelder på side 9, under: En behandlingsplan bør minimum inneholde. Arbeid/skole kunne også stått under Evalueringpunkter. Jeg kan ikke se at NAV arbeid nevnes noe sted, for eksempel under Samhandling. Det står nevnt «funksjon» noen steder, men det er litt vagt, synes jeg.

Alternativt kunne Arbeid/skole vært et eget punkt i pakkeforløpet for behandling i psykisk helsevern, slik Somatisk helse er det.

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

Hilsen Torkil



Pakkeforløp



Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne (HØRINGSUTKAST)

Høringsutkast

Sist endret 12.12.2017

HØRINGSUTKAST

Om pakkeforløpet

Målsetting

Målsettingen med Pakkeforløp for psykisk helse og rus er:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet.

Kunnskapsgrunnlag

Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern voksne er utviklet med en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at både forskning, kliniske erfaringer og brukererfaringer er lagt til grunn i utviklingsarbeidet.

Pakkeforløpet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljø.

Det er arbeidet systematisk med innhenting av kunnskap på flere områder, inkludert kunnskap om hva som er viktig for brukere og pårørende. Ulike relevante nasjonale publikasjoner ligger også til grunn for arbeidet.

På områder der det ikke finnes klare kunnskapsbaserte anbefalinger, er pakkeforløpet basert på enighet i arbeidsgruppen.

Forslaget til pakkeforløp sendes både på intern og ekstern høring, og alle innspillene vil bli gjennomgått på en grundig og systematisk måte.

Publikasjoner som ligger til grunn for arbeidet:

- [Sammen om mestring \(IS-2076\)](#)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten \(IS-2587\)](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator \(IS-2651\)](#)
- [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene \(IS-1924\)](#)
- [Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern i 2016 \(PasOpp-rapport\) \(fhi.no\)](#)
- [Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014 \(kunnskapssenteret.no\)](#)

Arbeidsgruppe

Ekstern fagansvarlig: Christine Bull Bringager, psykiater/seksjonsleder, Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus

Arbeidsgruppeledere:

- Hanne Elisabeth Strømsvik, psykologspesialist/seniorrådgiver, avdeling psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet
- Torhild Torjussen Hovdal, psykiater/seniorrådgiver, avdeling psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet

Deltakere:

- Arne Andreas Døske, psykologspesialist/avtalespesialist, Helse Vest
- Arne Thomassen, spesialsykepleier/avdelingssjef, DPS Strømme, Klinikk for psykisk helse, Sørlandet sykehus

HØRINGSUTKAST

HF

- Astrid Gytri, brukerrepresentant, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse
- Bente Aschim, spesialist allmenntilleggsmedisin /fastlege, Fagerborglegene Oslo/Raskere tilbake, Vinderen DPS, Diakonhjemmet Sykehus
- Brit Ingunn Hana, psykiater/barne- og ungdomspsykiater/medisinsk rådgiver ved klinikk for psykisk helse og rus, Helse Møre og Romsdal
- Elin Ulleberg, psykologspesialist/seksjonssjef, Nidaros DPS, St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge
- Ellen Ånestad Moen, spesialergoterapeut/teamleder Jobbmestrende oppfølging (IPS), DPS Solvang, Sørlandet sykehus
- Kjetil Emilsen, vernepleier, Oppfølging psykisk helse og rus Bærum kommune, Samhandlingsteamet i Bærum
- Kristian Kise Haugland, brukerrepresentant, Landsleder i Mental Helse
- Kristin Rekdal, psykiater, Bjørgvin DPS, Helse Bergen
- Lone Løvschall, psykologspesialist, avdeling psykisk helse og rus, Skedsmo kommune
- Morten Juell, psykiater/avdelingsoverlege, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, Reinsvoll, Sykehuset Innlandet HF
- Siri Eliassen, psykologspesialist, Distriktpsikiatrisk senter Midt-Finnmark / Samisk Nasjonalt kompetansesenter, Finnmarkssykehuset HF
- Stina Mari Rognhaug, psykologspesialist, Helgelandsykehuset, Helse Nord
- Wenche Øiestad, psykiatrisk sykepleier/seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

HØRINGSUTKAST

Innholdsfortegnelse

[1 Henvisning og start – behandling i psykisk helsevern, voksne \(pakkeforløp\)](#)

[2 Behandling og oppfølging – behandling i psykisk helsevern, voksne \(pakkeforløp\)](#)

[3 Avslutning og videre oppfølging – behandling i psykisk helsevern, voksne \(pakkeforløp\)](#)

[4 Forløpstider og registrering av koder – behandling i psykisk helsevern, voksne \(pakkeforløp\)](#)

1 Henvisning og start – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)

1.1 Grunnlag for henvisning

Pasienter med en kjent psykisk lidelse, med fornyet behov for behandling innen psykisk helsevern, kan bli henvist direkte til pakkeforløp for behandling. Henvisningen blir vurdert og frist blir satt i tråd med prioriteringsveilederen. Der det er utarbeidet pakkeforløp for en spesifikk lidelse, bør pasienten henvises til det aktuelle pakkeforløpet.

For pasienter som har gjennomført Pakkeforløp for utredning i psykisk helsevern, og hvor det er tatt beslutning om videre behandling innen psykisk helsevern, skal pakkeforløp for behandling starte uten ubegrunnet opphold og senest innen fire uker. Det er ikke behov for henvisning.

Se [Prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne](#).

1.2 Kartlegging før henvisning

Henvisende instans bør gjennomføre en kartlegging som inkluderer punktene nedenfor før de sender henvisning til pakkeforløp. Ved kartleggingen må henvisende instans sørge for at pasient og eventuelt pårørende, er delaktig for å sikre god informasjonsutveksling og dialog. Tolk må benyttes der det er nødvendig.

Dette bør kartlegges:

- pasientens opplevelse av situasjon og ønske om hjelp
- aktuelle problemstillinger, inkludert:
 - kontaktårsak
 - symptomutvikling og funksjonsnivå
- sosiale forhold, inkludert:
 - familieforhold, blant annet omsorgssituasjon, psykiske vansker/lidelser i familien
 - skole/arbeid/bolig
 - [barn som pårørende eller mindreårige søsken](#)
- tidligere psykiske problemer eller lidelser, inkludert:
 - tidligere behandlingserfaring og effekt av dette
 - nåværende tilbud fra andre tjenestesteder
- somatiske sykdommer
- rusmiddelbruk
- legemiddelbruk, inkludert oppdatert legemiddelliste
- aktuell psykisk tilstand, inkludert selvmordsrisiko, belastende livshendelser og voldsproblematikk

Det bør komme tydelig frem hva som er begrunnelsen for henvisningen. Mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert, inkludert blodprøver der det er relevant. Eventuelle funn fra undersøkelser bør legges ved. Ved behov for særlig tilrettelegging må dette fremkomme i henvisningen.

1.3 Dialog med pasient og pårørende

HØRINGSUTKAST

God informasjonsutveksling og dialog med pasient og eventuelt pårørende er en forutsetning for brukermedvirkning.

Henvissende instans skal, ved henvisning til pakkeforløp, informere om og drøfte følgende med pasienten og eventuelt pårørende:

- årsak til henvisning til behandling for psykisk lidelse
- hva henvisningen innebærer
- innholdet i henvisningen (pasienten har rett til kopi)
- hva som vil skje når henvisningen er mottatt
- telefonnummer til henvisningssted
- informasjon om brukerorganisasjoner som kan gi veiledning, støtte og informasjon ([se oversikt på helsenorge.no](#))

1.4 Start pakkeforløp. Forløpskoordinering

Når en pasient er henvist til spesialisthelsetjenesten skal det vurderes om pasienten har **rett til helsehjelp**. Denne vurderingen gjøres på bakgrunn av informasjon i henvisningen, og i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. Se [Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne](#).

Alle som får rett til helsehjelp i psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil få helsehjelp som et pakkeforløp.

Pakkeforløpet starter når det er vurdert at pasienten har rett til helsehjelp.

Dersom pasienten har behov for utredning/behandling for flere tilstander, må det avklares mellom relevante enheter hvordan samordning av flere pakkeforløp skal ivaretas.

Pasienten skal som hovedregel møte en spesialist i løpet av pakkeforløpet. Dette bør skje tidlig i forløpet slik at mest mulig spesialisert kompetanse er involvert når plan for utredning eller behandling blir utarbeidet.

Koder som skal registreres:

- 9172-2: Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- D05: Behandling i psykisk helsevern - voksne
- 9322A: Pakkeforløp start

Forløpskoordinering

Innføring av pakkeforløp innebærer at alle virksomheter som utreder og behandler pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer skal utpeke forløpskoordinatorer. Det gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra HELFO. Det er et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorer.

Forløpskoordinatoren skal ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.

Ved oppstart av pakkeforløpet skal det utnevnes en forløpskoordinator for pasienten.

Oppgaver og ansvar for forløpskoordinator

- samhandle med behandler og eventuelt kontaktlege/-psykolog

HØRINGSUTKAST

- være tilgjengelig som kontaktperson for pasient, og eventuelt pårørende
- samarbeide med forløpskoordinatorer på tvers av avdelinger og ved andre sykehus for å følge opp felles pasienter
- sikre samarbeid med relevante tjenester eller kontaktperson/koordinator i kommunen underveis i forløpet og ved avslutning
- følge opp pasienter som ikke kommer til avtaler i forløpet
- sikre at målepunkter i pakkeforløp blir kodet
- ha overordnet ansvar for at forløpstider følges for den enkelte pasienten

Forholdet mellom forløpskoordinator og koordinator

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. For pasienter som har rett til koordinator i spesialisthelsetjenesten er det naturlig at koordineringsoppgavene samles hos forløpskoordinator. Forløpskoordinator må i så fall være helsepersonell.

Se:

- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator \(lovdata.no\)](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

Forholdet mellom forløpskoordinator og kontaktlege/-psykolog

Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege/-psykolog. Kontaktlege/-psykolog skal håndtere henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinsk/psykologfaglig karakter. Forløpskoordinator skal ivareta praktisk tilrettelegging og eventuelt samordning av ulike tilbud.

Se [veileder Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten \(PDF\)](#).

2 Behandling og oppfølging – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)

2.1 Innledende samtaler

Dersom pasienten nettopp er blitt utredet av behandleren som skal stå for videre oppfølging, kan behandlingsplanen utarbeides i forbindelse med innledende samtale. Dersom pasienten er henvist på ny eller ukjent for behandler, vil det være nødvendig med en innledende kartlegging før utarbeidelse av behandlingsplanen.

Pasienter i pakkeforløp skal få tilbud om/kalles inn til en innledende samtale med behandler.

Hensikten med innledende samtaler er å avklare hva som er pasientens behov, mål og ønsker for behandling og oppfølging.

Hvis pasienten er under 16 år skal som hovedregel foreldrene eller andre som har foreldreansvaret involveres. Også andre pårørende kan involveres hvis pasienten ønsker dette. [Se Pårørendeveileder](#).

Hvis kommunikasjonsbarrierer/-utfordringer ikke er avklart i henvisningen, må disse og behov for tolk kartlegges. Se også [Kulturformidlingsintervjuet \(nakmi.no\)](#).

Følgende **skal** avklares i første samtale:

HØRINGSUTKAST

- bakgrunn for og gjennomgang av henvisningen
- psykisk tilstand
- kartlegging av risikofaktorer for selvmord. Der det er behov for vurdering av selvmordsrisiko, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell ([se retningslinjen Forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#))
- kartlegging av risikofaktorer for utøvelse av vold. Der det er behov for vurdering av voldsrisiko, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell (rundskriv vedr. voldsrisiko er under utarbeidelse)
- behov for tiltak, eventuelt behov for kriseplan, [Min plan \(helsebiblioteket.no\)](#)

Følgende **bør** inngå i første samtale:

- avklaring av pasientens behov og forventninger til behandling og oppfølging
- drøfte involvering av pårørende og ev. andre i pasientens nettverk
- hvis pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, må behandler [sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivaretatt](#)
- informasjon og dialog om utredningen og behandlingstilbudet og rammene for samarbeidet
- kartlegging av pasientens ressurser, interesser og mestringsevne, inkludert nære støttepersoner
- drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd
- kartlegging av rusmiddelbruk og avhengighet
- kartlegging av belastende livshendelser som vold, overgrep eller andre traumeerfaringer og om hendelsene kan ha sammenheng med pasientens helsetilstand ([se Kartleggingsverktøy \(nkvt.no\)](#))
- vurdere behov for ny utredning dersom pasienten ikke nylig har deltatt i pakkeforløp for utredning

Ved risiko for selvmord, ved pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse må det vurderes å iverksette tiltak med en gang.

Samtidige lidelser

Dersom pasienten fyller kriteriene for flere samtidige lidelser/tilstander, enten psykiske, somatiske eller rusrelaterte lidelser, vil dette kunne ha innvirkning på pasientenes behandling og prognose og skal tas hensyn til i planlegging av behandling.

2.2 Planlegging av behandling

Behandlingen skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt kunnskapsbasert praksis og tilpasses pasientens samlede tilstand og behov.

Behandler vurderer om:

- pasienten har rett til individuell plan (IP)
- pasienten har behov for kriseplan
- tilstanden tilsier at det bør etableres en ansvarsgruppe

[Se også: Håndtering ved avbrudd i behandlingen]

Behandlingsplan

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom pakkeforløpet. For pasienter som har rett på IP, blir behandlingsplanen en del av denne. Pasienten skal ha en kopi av behandlingsplanen.

HØRINGSUTKAST

Behandler skal sørge for utforming og koordinering av behandlingsplanen.

Pasienten bør være informert om de ulike behandlingsformene enheten tilbyr, og det skal registreres om de har fått informasjon om dette.

Alle mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i nært samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Bruk av feedback-verktøy avtales mellom behandler og pasient.

En behandlingsplan bør minimum inneholde:

- behandlingsmål
- rammer for behandlingen (hyppighet, varighet)
- behandlingstilnærminger og tiltak
- eventuelle tiltak utenfor psykisk helsevern
- ansvarlige for de ulike tiltakene
- kriterier for avslutning
- plan for evaluering av tiltakene [Se: Evalueringpunkter]

Koder som skal registreres:

- 9325B: Pasienten/pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse
- 9325U: Pasienter/foresatte/pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan
- 9322F: Tilbakemelding til fastlege sendt underveis i pakkeforløpet (når behandlingsplanen er utarbeidet bør den sendes til fastlege)

Prosedyrekode psykisk helsevern voksne (NCMP) som skal registreres

- IBAA00: Behandlingsplan

Somatisk helse

Pasientens somatiske helse skal følges opp som en integrert del av behandlingen. Oppfølgingen bør skje i et samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller en lege i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for oppfølging av pasientens helse. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (lovdata.no).

Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, vil legen ha et ansvar for å konferere med relevant spesialistkollega og eventuelt med pasientens fastlege. [Se: Somatisk helse og levevaner]

Legemiddelbehandling

Dersom pasienten bruker legemidler, bør behandler gjøre en systematisk gjennomgang, for å sikre hensiktsmessig bruk av legemidler og for å unngå uheldige bivirkninger/pasientskader. Eventuell behandling med legemidler må ikke starte før pasienten er gitt informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. Lege/psykiater skal informere pasienten om i hvor stor grad legemiddelet kan gi bivirkninger og hvilke bivirkninger som eventuelt kan oppstå. Pasientens tidligere erfaringer med bruk av legemidler må kartlegges og tas hensyn til ved valg av legemidler. Ved hvert evalueringpunkt bør det vurderes om det er behov for en gjennomgang av legemidler. [SE: Evalueringpunkter]

HØRINGSUTKAST

2.3 Samhandling i forløpet

Det kan være nødvendig med samhandling mellom ulike aktører underveis i pakkeforløpet. Dette skal tilpasses pasientens ønsker og behov.

I alle pasientforløp bør det sikres:

- tilbakemelding til fastlege når behandlingsplan er utarbeidet og hvis det oppstår endringer i pasientens tilstand eller behandling
- samarbeid med pårørende eller andre instanser ut fra pasientens behov og ønsker

Samhandling for pasienter med langvarige eller sammensatte lidelser

Hvis pasienten allerede mottar tjenester fra kommunen eller andre instanser, bør det etableres samarbeid mellom de ulike instansene så snart pasienten er tatt imot ved poliklinikk eller døgnavdeling.

Hvis pasienten har behov for og ønsker oppfølging i kommunen underveis i forløpet bør kommunen varsles så snart beslutning er fattet, slik at spesialisthelsetjenesten og kommunen kan innlede et samarbeid og tiltak.

Ved innleggelse i døgnenhet skal det:

- gis melding til samarbeidspartnere i kommunen og DPS innen første virkedag
- avtales samarbeid mellom involverte parter innen én uke etter innleggelse
- før utskrivelse fra døgnenhet skal det gjennomføres et samarbeidsmøte/ansvarsgruppemøte der pasient, ev. pårørende og relevante aktører deltar og planlegger oppfølging etter utskrivelse

Behandling og oppfølging i tiden før innleggelse bør evalueres og journalføres med tanke på mulige endringer i fremtidig tilbud.

Det skal registreres på dato når samarbeidsmøte er holdt. Koden skal registreres ved hvert samarbeidsmøte. Dersom det ikke er behov for samarbeidsmøte, registreres dato for vurdering:

- 9324M: Samarbeidsmøte – gjennomført møte
- 9324I: Samarbeidsmøte – vurdert ikke behov for møte

Kode for gjennomført møte registreres på dato for gjennomført møte, mens kode for vurdert ikke behov for møte registreres på dato for avgjørelsen.

2.4 Evalueringspunkter

Pakkeforløpet inneholder løpende evalueringspunkter der behandlingen blir gjennomgått.

Ved hvert evalueringspunkt bør pasienten, behandler, eventuelt pårørende og andre relevante samarbeidspartnere, i fellesskap vurdere:

- status – endring i tilstand/symptomer
- behandlingseffekt
- hvordan barn som pårørende/mindreårige søsken følges opp
- behovet for å involvere pårørende, flere i familien eller andre tjenester
- pasienten og eventuelt pårørendes tilfredshet med behandlingen
- om somatisk helse er ivaretatt
- legemiddelgjennomgang, inkludert indikasjon, effekt, bivirkninger

HØRINGSUTKAST

- evaluere behandlingsplanen

Koder som skal registreres:

- 9322E: Evalueringspunkt
- 9322F: Tilbakemelding til fastlege sendt underveis i pakkeforløpet (fastlege skal informeres ved store endringer i behandlingsplanen)
- 9325F: Feedback-verktøy (feedback-verktøy bør benyttes jevnlig, og kodes ved evaluering av behandlingsplan)

Prosedyrekode psykisk helsevern for voksne (NCMP) som skal registreres:

- IBCG00: Legemiddelgjennomgang

Forløpstider

Ved poliklinisk behandling:

- Fra oppstart behandling til første evaluering: seks uker
- Deretter mellom hver evaluering: 12 uker

Ved døgnbehandling:

- Fra oppstart behandling til første evaluering: to uker
- Deretter mellom hver evaluering: fire uker

Bruk av standardiserte verktøy for å måle effekt av behandling/symptom-/funksjonsmål

Det bør gjøres målinger ved oppstart og ved avslutning av behandling. Det kan være relevant å måle symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet.

Der standardiserte skjema benyttes for å måle symptom og/eller funksjon skal følgende kode registreres:

- 9325V: Standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av disse er innenfor rammen for god klinisk praksis og innenfor de rettighetsrammene som finnes. Helseforetakene har egne systemer etter norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av tester medfører innsamling og lagring av data. Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

2.5 Håndtering ved avbrudd i behandlingen

Avbrudd i behandlingen kan forekomme av ulike årsaker og skje på alle tidspunkt i behandlingen. Det er derfor viktig å forebygge gjennom også å kartlegge aktuelle risikosituasjoner tidlig i forløpet. Dette bør inngå i pasientens kriseplan/behandlingsplan. For å unngå/ redusere faren for avbrudd, må behandlende instans tilby fleksible behandlingsrammer og tilrettelegge for at pasienter kan komme raskt tilbake til behandling dersom de ønsker det.

Dersom behandlingen avbrytes fra pasientens side, må henviser/kontaktperson i kommunen bli varslet og fastlege eventuelt kontaktet for videre oppfølging. Ved behov kan det holdes samarbeidsmøte mellom pasient, psykisk helsevern / TSB og kommunale tjenester/fastlege.

HØRINGSUTKAST

Det er viktig at pasient får god informasjon om hva behandlingsforløpet vil innebære, blant annet for å redusere sannsynligheten for avbrudd.

Dersom pasient og/eller foreldre eller andre som har foreldreansvaret ikke ønsker å fortsette behandlingen, skal en av følgende koder benyttes:

- 9326P: Avbrudd etter pasientens/foreldre eller andre som har foreldreansvarets eget ønske
- 9326A: Avbrudd av andre årsaker

3 Avslutning og videre oppfølging – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)

3.1 Samhandling ved avslutning av forløpet

Dersom det er behov for oppfølging fra andre instanser etter utskrivelse, skal behandler i spesialisthelsetjenesten kalle inn aktuelle instanser til et møte før pakkeforløpet kan avsluttes. Behandler må sikre at det utarbeides en plan for videre tiltak, inkludert hvem som har ansvaret for de ulike tiltakene.

Pakkeforløpet kan ikke avsluttes før det er utarbeidet en konkret plan for videre behandling og oppfølging, dersom det vurderes behov for det, og epikrisen er sendt fastlege og eventuelt andre relevante instanser.

3.2 Avsluttende samtale

I den avsluttende samtalen skal pasienten og eventuelt pårørende delta sammen med ansvarlig behandler og eventuelt andre som har vært involvert i utredningen og behandlingen. Pasientens forventninger til tiden etter avslutning skal avklares, og tiltak planlegges.

Følgende skal gjennomgås:

- dokumenter
 - sykemelding
 - oppdatert legemiddelliste
 - plan for videre behandling og oppfølging, ev. individuell plan
 - kriseplan som er forankret hos involverte aktører
 - henvisninger og søknader
- aktuelle tiltak som omhandler bolig, økonomi, arbeid/utdanning og familiesituasjon må fremkomme i epikrisen og eventuelt plan for videre oppfølging og behandling, og det må fremkomme hvem som har ansvar for å ivareta oppfølgingen av dette
- risikovurdering der det er behov, med beskrivelse av aktuelle tiltak
- konkrete avtaler med fastlege eller ev. andre som er ansvarlige for tiltak, inkludert oppfølging av somatisk helse
- tilbakemelding fra pasient og foreldre/eventuelt pårørende om hvordan de har opplevd tilbudet de har fått
- kontaktinformasjon til relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner ([se oversikt på helsenorge.no](https://www.helsenorge.no))

Koder som skal registreres:

HØRINGSUTKAST

- 9322E: Evalueringspunkt
- 9325V: Standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon (der standardisert skjema benyttes for å måle symptom og/eller funksjon)
- 9326G: Avslutning av gjennomført pakkeforløp

4 Forløpstider og registrering av koder – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)

4.1 Oversikt over forløpstider

Forløpstidene måles og følges med på ved at koder legges inn på definerte målepunkter i forløpet. Forløpstidene er veiledende. Det lovmessige grunnlaget er pasientrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Evaluering av behandlingen

Ved poliklinisk behandling:

- fra oppstart behandling til første evaluering: seks uker
- deretter mellom hver evaluering: 12 uker

Ved døgnbehandling:

- fra oppstart behandling til første evaluering: to uker
- deretter mellom hver evaluering: fire uker

4.2 Registrering av koder

Til publisering av pakkeforløpet vil en kodeveileder publiseres. Kodeveilederen vil være mer utfyllende enn teksten nedenfor. Alle aktuelle koder er likevel omtalt nedenfor.

Hvem skal registrere koder?

Koder skal registreres av en ansatt ved enheten innen psykisk helsevern. Det er opp til leder ved enheten å delegere ansvaret for å registrere koder.

Start pakkeforløp

Til sammen tre koder skal registreres ved start pakkeforløp.

De tre kodene skal registreres på dato når:

1. Beslutning om behov for behandling i psykisk helsevern er tatt for pasienter som har gjennomført pakkeforløp for utredning.
2. Henvisningen merket Pakkeforløp behandling i psykisk helsevern voksne blir vurdert i spesialisthelsetjenesten, og pasienten blir vurdert til å ha rett til helsehjelp.
3. Henvisning som oppfyller kravene til Pakkeforløp behandling i psykisk helsevern voksne, men ikke er merket «Pakkeforløp», blir vurdert, og pasienten blir vurdert til å ha rett til helsehjelp.

Koder som skal registreres:

HØRINGSUTKAST

- 9172-2: Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- D05: Behandling i psykisk helsevern - voksne
- 9322A: Pakkeforløp start

Planlegging av behandling

Pasienten bør være informert om de ulike aktuelle behandlingsformer enheten tilbyr, og følgende kode skal registreres dersom pasienten har mottatt slik informasjon:

- 9325B: Pasienten/pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse

Det skal registreres om pasienten har vært involvert i utarbeidelse av behandlingsplanen. Der pasienten har vært involvert i utarbeidelse av behandlingsplanen skal denne koden registreres på dato for når behandlingsplanen er ferdig utarbeidet:

- 9325U: Pasienter/foresatte/pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan

Tilbakemelding til fastlege skal sendes når behandlingsplanen er utarbeidet. Denne koden skal registreres på dato for når tilbakemeldingen ble sendt:

- 9322F: Tilbakemelding til fastlege sendt underveis i pakkeforløpet

Denne prosedyrekoden innen psykisk helsevern voksne (NCMP) bør registreres:

- IBAA00: Behandlingsplan

Se Helsefaglig kodeverk NCMP-koder for når denne koden skal benyttes.

Samhandling i forløpet

Det skal registreres følgende kode på dato for når samarbeidsmøte er holdt:

- 9324M: Samarbeidsmøte – Gjennomført møte

Koden skal registreres ved hvert samarbeidsmøte.

Dersom det vurderes at det ikke er behov for samarbeidsmøte, registreres denne koden for dato vurdering:

- 9324I: Samarbeidsmøte – Vurdert ikke behov for møte

Evalueringspunkter

Kode for evalueringspunkt skal registreres på dato for når hvert evalueringspunkt gjennomføres:

- 9322E: Evalueringspunkt

Ved store endringer i behandlingsplanen skal fastlege informeres, og følgende kode skal benyttes på dato for når tilbakemeldingen til fastlegen ble sendt:

- 9322F: Tilbakemelding til fastlege sendt underveis i pakkeforløpet

Ved evalueringspunktet vurderes det om feedbackverktøy har vært brukt regelmessig siden forrige evalueringspunkt. Der feedbackverktøy har blitt brukt regelmessig registreres følgende kode:

- 9325F: Feedback-verktøy

HØRINGSUTKAST

Denne prosedyrekoden innen psykisk helsevern for voksne (NCMP) bør registreres:

- IBCG00: Legemiddelgjennomgang

Se Helsefaglig kodeverk NCMP-koder for når denne koden skal benyttes.

Det kan måles symptomnivå og/eller funksjonsnivå ved oppstart og ved avslutning av behandling. Der standardiserte skjema benyttes for å måle symptom og/eller funksjon skal følgende kode registreres på dato for når skjemaet ble benyttet.

- 9325V: Standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon

Håndtering ved avbrudd i behandlingen

Dersom pasienten ikke ønsker å fortsette behandlingen, skal følgende kode benyttes:

- 9326P: Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske

Dersom behandlingen avsluttes av andre årsaker benyttes følgende kode:

- 9326A: Avbrudd av andre årsaker

Avsluttende samtale

Det skal gjennomføres et evalueringspunkt ved avsluttende samtale. Kode for evalueringspunkt skal registreres på dato for når evalueringspunktet gjennomføres:

- 9322E: Evalueringspunkt

Det kan måles symptom og/eller funksjonsnivå ved avslutning av behandling. Der standardiserte skjema benyttes for å måle symptom og/eller funksjon skal følgende kode registreres på dato for når skjemaet ble benyttes:

- 9325V: Standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon

Når pakkeforløpet avsluttes etter endt behandling skal følgende kode registreres:

- 9326G: Avslutning av gjennomført pakkeforløp

Overføring til annet helseforetak / privat behandlingssted

Hvis pasienten overføres til et annet helseforetak / privat behandlingssted skal følgende kode registreres på dato for overføringen:

- 9322: Overført til annet helseforetak/privat behandlingssted

Fra: Gro Jamtvedt
Til: Roar Johnsen; Christian Høy; Astrid Louise Grasdøl; Beate Brinchmann; Chris Jensen; Erik Lønmark Werner; Hege Randi Eriksen; Simon Øverland; Torkil Berge
Kopi: Håkon Lund; May Cecilie Lossius; hilde.kristin.weng@nav.no; thorgeir.hernes@nav.no
Emne: RE: Fagråd Arbeid og helse - oppgaver til møtet mandag 19. februar
Dato: 13. februar 2018 20:12:05
Vedlegg: Terum Kompetanse i NAV DN 12 feb18.pdf

Hei,
Kompetanseutvikling i NAV diskuteres i DN i går av en av mine kolleger i OsloMet.
Noe for Fagrådet?

Mvh
Gro

From: Gro Jamtvedt
Sent: Monday, February 12, 2018 8:09 PM
To: 'Roar Johnsen' <roar.johnsen@ntnu.no>; Christian Høy <Christian.Hoy@nav.no>; Astrid Louise Grasdøl <Astrid.Grasdal@uib.no>; Beate Brinchmann <Beate.Brinchmann@nordlandssykehuset.no>; Chris Jensen <chris.jensen@arbeidoghelse.no>; Erik Lønmark Werner <e.l.werner@medisin.uio.no>; Hege Randi Eriksen <Hege.Eriksen@uni.no>; Simon Øverland <simon.overland@fhi.no>; Torkil Berge <Torkil.Berge@diakonsyk.no>
Cc: Håkon Lund <Hakon.Lund@helsedir.no>; may.cecilie.lossius@helsedir.no; hilde.kristin.weng@nav.no; thorgeir.hernes@nav.no
Subject: Fagråd Arbeid og helse - oppgaver til møtet mandag 19. februar

Hei,
vi sees mandag 19. februar for nytt møte i fagrådet.
Ser fram til det !
Agenda og sakspapirer ligger på Hdirs nettside og blir oppdatert jevnlig.

Dere har to hjemmeoppgaver til møtet:

1. Lage utkast til generiske læringsutbytter for grunnutdanninger i helse- og sosialfag når det gjelder arbeid og helse, og arbeidsinkludering, se læringsmål nr 6 i Forskrift om felles rammeplan (vedlegg).
Læringsutbytter skal utformes jmf Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/id564809/>

med eksempler:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/utbyttebeskrivelser_kvalifikasjonsrammeverk_endelig_mars09.pdf

Se også eksempel fra masterstudium i Arbeid og helse fra NTNU og forslag fra Chris (vedlagt Forslag læringsmål)

2. Foreslå problemstillinger/spørsmål til kunnskapsoppsummeringer (sak 17/10) – fra Torgeir:
«For at rådets innspill skal bli så nyttige som mulig, ber vi rådsmedlemmene til møtet 19 februar prioritere, og så langt som mulig formulere og bringe med minst ett forslag til en kommende systematisk kunnskapsoppsummering på arbeidshelseområdet. Det bør fortrinnsvis dreie seg om oppsummering av kunnskap om *effekter* av utforming av tjenester, tilnæringer, tiltak, metoder og arbeidsmåter. Vedlagt et såkalt PICO-skjema som angir formen på de bestillingene som direktoratene nytter. Som bakgrunnsmateriale vedlegges også litt stoff om den NAVs pågående FoU-utlysning på arbeidshelseområdet.»

Målet for møtet er for begge oppgaver å lande prioriterte læringsutbytter (kanskje 2-4 stk) og tema for kunnskapsoppsummeringer (kanskje 2-3 stk)

Dersom dere vil sende oss forslag før møtet er dere hjertelig velkommen til det.

Ønsker dere en god uke, og en påfølgende helg – og så sees vi snart

Mvh
Gro

Gro Jamtvedt
Dekan

Fakultet for helsefag
OsloMet - storbyuniversitetet (tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus)
Tlf: +47 67 23 60 09 / 975 18 144



- *Ny viten, ny praksis*

Debatt

debatt@dn.no



Stortingsmeldingen om «Nav i en ny tid» sier overraskende lite om hva slags kompetanse som trengs og hvordan den skal sikres, skriver innleggsforfatteren.
Foto: Lise Åserud/NTB Scanpix

Er ikke kompetanse viktig i Nav?

Nav-kontorene skal få mer myndighet og de ansatte økt handlefrihet. Mer kompetanse til å forvalte myndigheten står ikke på planen.

Nav-kontorene påvirker mange menneskers liv og inntekt. Regjeringen har bestemt at Nav-kontorene skal få økt myndighet og handlefrihet. Den enkelte medarbeider skal få større rom til på skjønnsmessig grunnlag å bestemme hva som bør gjøres.

Myndighet fordrer kompetanse. Har så regjeringen en klar strategi for å sikre at de som arbeider ved Nav-kontorene, har tilstrekkelig kompetanse?

Stortingsmeldingen om «Nav i en ny tid» sier overraskende lite om hva slags kompetanse som trengs og hvordan den skal sikres. Mangelen på kompetansestrategi for Nav-kontorene kan kort illustreres ved å gjøre en sammenligning med grunnskolen. Felles for disse er at kvaliteten til institusjonene vil være sterkt avhengig av kompetansen til dem som arbeider der.

Innlegg
Lars Inge Terum



Grunnskolen rekrutterer i hovedsak personell med lærerutdannelse, som nå er femårig. Til Nav-kontorene er det ingen utdannelse som klart peker seg ut som særlig relevant,



Lars Inge Terum, professor ved Oslomet storbyuniversitet

men generelt blir det stilt krav om treårig høyere utdannelse. Dette betyr at den mer spesifikke utviklingen av kompetanse ved Nav-kontorene i hovedsak må skje etter tilsetning. Ut fra dette kunne vi forvente at Arbeids- og

sosialdepartementet var sterkt opptatt av slik sekundærkvalifisering.

Interessant nok ser det ut som Kunnskapsdepartementet har en mer gjennomtenkt strategi for hvordan kompetansen til dem som arbeider i skolen, skal styrkes. I tildelingsbrevet fra Kunnskapsdepartementet til Utdanningsdirektoratet, som er det sentrale styringsdokumentet, blir de ansattes kompetanse i skolen definert som et helt sentralt anliggende.

I tilsvarende tildelingsbrev fra Arbeids- og sosialdepartementet til Nav-direktoratet er ikke kompetansen til de tilsatte tematisert.

Videre har Utdanningsdirektoratet utviklet en egen avdeling som skal bidra til å styrke både arbeidsmetodene og kompetansen til lærerne i grunnskolen. Ut fra en erkjennelse av at skoleledelse er særlig viktig for å heve kvaliteten i grunnskolen, har Utdanningsdirektoratet dessuten utviklet en egen «rektorutdannelse». Det er universitets- og høyskolesektoren, i samar-

beid med konsultantselskaper, som tilbyr utdannelsen. Etter en prøveperiode ble den evaluert som meget vellykket og er nå et permanent tilbud.

Noe tilsvarende finnes ikke på Nav-feltet. Selv om Nav-kontorene nå skal gis større handlefrihet, finnes ingen samlet strategi for kompetanseheving av lederne.

Jeg har vanskelig for å se at kunnskap og kompetanse er vesentlig mindre viktig for dem som arbeider i Nav, enn for dem som arbeider i grunnskolen. Mitt inntrykk er snarere at forskjellen i satsing kan nyttes til manglende forståelse i Arbeids- og sosialdepartementet, og trolig også i Nav-direktoratet, for at kunnskap og kompetanse er viktig for at de tilsatte skal kunne gjøre en best mulig jobb.

Hovedoppgavene til Nav-arbeiderne er å forvalte økonomiske ytelser og følge opp brukere med sikte på selvforsørgelse. Økt bruk av aktivitetskrav kobler ytelser og oppfølgingstettere sammen, noe som gjør arbeidet i Nav enda mer komplekst.

Både statsministeren og arbeids- og sosialministeren understreker at det er et mål å få flere i arbeid, både fordi arbeid er viktig for den enkelte og for å sikre det økonomiske fundamentet til velferdsstaten. Men ikke alle mennesker kan klare en full jobb, og de har derfor rett til å få inntekt fra fellesskapet. De Nav-tilsatte skal både se til at den enkelte får det loven gir rett til, og samtidig stille krav og iverksette tiltak med sikte på å få flest mulig i arbeid. Det forventes at deres praksis er kunnskapsbasert, men også at de likebehandler og møter den enkelte med respekt.

Dette er et krevende arbeid i møte med mennesker i sårbare livsfaser, der de Nav-tilsatte må balansere mellom flere gode hensyn.

Det er urovekkende at større handlefrihet for Nav-kontorene ikke blir fulgt opp med en klar strategi som skal sikre at de som skal gjøre skjønnsvurderingene, har tilstrekkelig kompetanse.

Lars Inge Terum, professor ved Oslomet storbyuniversitet



**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**

Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

17/3829-13

21. desember 2017

Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning

Innhold

Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 Helsedirektoratet – tildeling av bevilgning	1
1. Innledning	3
1.1 Styringsdialogen	3
1.2 Bevilgninger	5
2. Mål og resultatkrav etter virksomhetsområder	6
2.1 Folkehelse	6
2.1.1 Langsiktige mål:	6
2.1.2 Styringsparametere og resultatkrav	6
2.1.3 Bevilgninger	6
2.1.4 Spesielle oppdrag - styringssignaler	9
2.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester	10
2.2.1 Omsorgstjenester	10
2.2.2 Primærhelsetjenester	14
2.2.3 Psykisk helse og rus	17
2.2.4 Tannhelsetjenester	22
2.3 Spesialisthelsetjenester	23
2.3.1 Mål	23
2.3.2 Styringsparametere:	23

2.3.3	Bevilgninger:	23
2.3.4	Styringssignaler og spesielle oppdrag:	24
3.	MÅL OG RESULTATKRAV FOR TVERRGÅENDE OMRÅDER	25
3.1	Beredskap	25
3.1.1	Langsiktig mål:	25
3.1.2	Bevilgning	25
3.1.3	Spesielle oppdrag:	25
3.2	Internasjonalt samarbeid	27
3.2.1	Mål:	27
3.2.2	Bevilgning	27
3.2.3	Spesielle oppdrag:	27
3.3	Finansiering, helserefusjoner og helseregistre	27
3.3.1	Langsiktige mål	27
3.3.2	Styringsparametere:	27
3.3.3	Bevilgninger:	28
3.3.4	Spesielle oppdrag:	29
3.4	Kvalitet, pasientsikkerhet og brukerinvolvering	31
3.4.1	Langsiktig mål:	31
3.4.2	Styringsparametere:	31
3.4.3	Bevilgninger:	31
3.4.4	Spesielle oppdrag:	32
3.5	Forskning og innovasjon	33
3.5.1	mål	33
3.5.2	Spesielle oppdrag	33
3.6	Personell og kompetanse	34
3.6.1	Langsiktige mål	34
3.6.2	Styringsparametere	34
3.6.3	Bevilgninger	34
3.6.4	Spesielle oppdrag	34
4.	Øvrige økonomiske rammer:	35
4.1	Pasient- og brukerombud	35
4.2	Arbeids- og sosialdepartementet	35
4.3	Kommunal- og moderniseringsdepartementet	35

5.	Administrative rutiner m.m.	37
5.1	Fellesføringer	37
5.2	Intern sikkerhet og beredskap i Helsedirektoratet	37
5.3	Oppfølging av saker fra Riksrevisjonen	37
5.4	Tilskuddsforvaltning	38
5.5	Internrevisjon	38
5.6	Bistand – internasjonale og nasjonale prisutdelinger	38
5.7	Informasjonssikkerhet	38
6.	Styringsdialogen	39
6.1	Styringsmøter og kontaktmøter	39
6.2	Nye oppdrag gjennom året skal innarbeides i de faste styringsdokumenter	39
6.3	Virksomhetsrapportering	39
6.4	Budsjett- og regnskapsprosesser	40
6.5	Særskilte rapporteringer	40

3.4.4 Spesielle oppdrag:

- Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeid-helseområdet 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. Rapportering: Direktoratene skal utarbeide en rapport om tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet.

Med hilsen

Cathrine Meland (e.f.)
ekspedisjonssjef

Reidar Skilbrei
spesialrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer