

# Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet

Rapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet  
og Helsedirektoratet  
til Arbeids- og sosialdepartementet  
og Helse- og omsorgsdepartementet

---

Rapport  
IS-2811





Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 18/5745-4

Saksbehandler: May Cecilie Lossius

Dato: 25.04.2019

## Oversendelse rapport - Tilstand og utfordring på arbeid - helseområdet - svar på oppdrag i tildelingsbrev for AVDIR og HDIR – 2018

### Bakgrunn

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet fikk i sine respektive tildelingsbrev for 2018 et felles oppdrag med samme ordlyd:

*"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"*

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet etablerte en intern arbeidsgruppe for å følge opp oppdraget.

- ./.
- Som ledd i arbeidet har arbeidsgruppen utarbeidet vedlagte rapport. Rapporten utgjør rapporteringen på dette felles oppdraget. Rapporten er strukturert i tråd med de fire hovedinnsatsområdene i direktoratenes felles strategi; arbeid og helse – et tettere samvirke. Rapporten er basert på ordinær og løpende kontakt med, og rapportering fra tjenestefeltet. Det er innhentet innspill fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Ut over dette er det ikke gjort noen særskilt kartlegging som grunnlag for rapporten. Vurderingene i rapporten er basert på de to direktoratenes inntrykk av status. Rapporten har vært på høring i de to direktoratene.

### Helsedirektoratet

Avdeling folkesykdommer

May Cecilie Lossius, tlf.: +4792262996

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

## **Drøfting**

Det er fortsatt et stort behov for målrettet innsats for å kunne yte mer integrerte og helhetlige tjenester til den enkelte, samt sikre god samhandling i utøvelse og utvikling av et effektivt tjenestetilbud på fagområdet arbeid og helse.

Det er stor variasjon i hvilket tjenestetilbud som finnes forskjellige steder i landet. Det rapporteres også om forskjeller i hvordan henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten vurderes med grunnlag i eksisterende prioriteringsprinsipper og veiledere.

HelseArbeid, et konsept basert på iBedrift, utredet for nasjonal implementering av direktoratene, er inkludert som et tiltak i IA avtalen for 2019-2022. Det er stor geografisk variasjon i implementeringen av dette konseptet.

Hovedelementene i Arbeids- og velferdsdirektoratets og Helsedirektoratets strategi "Arbeid og helse – et tettere samvirke" er fulgt opp av direktoratene og har bidratt til en positiv utvikling. Direktoratene vil i 2019 revidere strategien.

Opprettelsen av Nasjonalt fagråd for arbeid og helse, har som et element i strategien hatt en viktig rolle i å sette fagfeltet på dagsorden, samt som støtte til direktoratene med faglige råd i utviklingen av fagfeltet. Rådets arbeid vil fortsette og videreutvikles.

De to direktoratene har i 2018, på oppdrag fra respektive departementer, utarbeidet vedlagte rapport om tilstand og utvikling på arbeid og helse – området. Her redegjøres det for noen momenter som er viktige for direktoratenes videre arbeid med å styrke fagfeltet.

Som svar på det særskilte spørsmålet i oppdraget vedrørende normerende dokumenter, anbefaler direktoratene at det bør utarbeides felles faglige anbefalinger (normerende dokumenter) for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektoren. I 2019 vil vi basert på en kartlegging utført av FHI, finne frem til hvilke deler av fagområdet arbeid og helse som vil ha størst gevinst av at det utarbeides felles faglige anbefalinger, og utvikle en plan for dette.

Rapporten er behandlet i Helsedirektoratets ledelsen den 26.2.2019, der følgende vedtak ble fattet: "Det foreliggende utkast til rapport godkjennes for oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet".

## **Konklusjon**

Vedlagte rapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Vennlig hilsen

Steinar Straume Hjelmaas e.f.

Rådgiver

Linda Granlund  
Direktør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Vedlegg: 1

Kopi:

Arbeids- og sosialdepartementet;Arbeids- og velferdsdirektoratet

# **Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet**

Rapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet  
og Helsedirektoratet  
til Arbeids- og sosialdepartementet  
og Helse- og omsorgsdepartementet

25. april 2019

# Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Innledning og overblikk</b>   | <b>3</b>  |
| 1.1 Oppdrag   | 3         |
| 1.2 Bakgrunn  | 3         |
| 1.3 Overordnet om utviklingstrekk og status   | 5         |
| 1.4 Viktige momenter for å utvikle fagområdet arbeid og helse                       | 6         |
| <b>2. Status</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 Rydde i ansvar og roller  | 8         |
| 2.2 Styrke kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av strategi og tjenester         | 8         |
| 2.3 Felles arbeidsformer og tiltak  | 10        |
| 2.4 Helsetjenestens rolle – prioritering  | 13        |
| 2.5 Helsetjenestens rolle i forebygging og helsefremmende arbeid                    | 16        |
| 2.6 NAVs rolle i forebygging og helsefremmende arbeid                               | 16        |
| 2.7 Styrke kompetansen  | 17        |
| 2.8 Andre relevant innsatsområder   | 18        |
| 2.9 Revidert strategi på arbeid-helseområdet  | 19        |
| <b>3. Felles faglige anbefalinger</b>   | <b>21</b> |
| 3.1 Intensjonen med felles faglige anbefalinger                                     | 21        |
| 3.2 Sektorene bruker faglige anbefalinger ulikt                                     | 21        |
| 3.3 Hva tilsier bruk av felles faglige anbefalinger - erfaringer fra helsetjenesten | 22        |
| 3.4 Pågående kartlegging  | 23        |
| 3.5 Vurdering   | 23        |
| 3.6 Tilråding om felles faglige anbefalinger  | 23        |

# 1. Innledning og overblikk

## 1.1 Oppdrag

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet fikk i sine respektive tildelingsbrev for 2018 et felles oppdrag med samme ordlyd:

"Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide om å utvikle arbeidshelseområdet som et fagfelt, herunder bl.a. bidra til å videreutvikle tjenester med god effekt til personer som trenger samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester for å forbli eller komme i arbeid.

Tjenestene skal være rettet mot både arbeidstakere, arbeidsgivere, sykmeldte og mottakere av arbeidsavklaringspenger med arbeid og bedre helse som mål. Målsettingen er dessuten at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget der kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv gevinst for helse og/eller arbeidsdeltakelse. Som ledd i dette bes direktoratene vurdere hvorvidt det bør utarbeides et normerende dokument med anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektor.

Rapportering: Direktoratene skal utarbeide en rapport om tilstand og utfordringer på arbeidshelseområdet"

Denne rapporten utgjør rapporteringen på dette felles oppdraget. Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra de to direktoratene. Det er innhentet enkelte innspill, blant annet fra Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Rapporten har også vært på intern høring i de to direktoratene.

## 1.2 Bakgrunn

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har utarbeidet en felles strategi «[Arbeid og helse – et tettere samvirke](#)» (2016) som tok utgangspunkt i rapport fra en felles arbeidsgruppe (2015). Denne rapporten tar i hovedsak utgangspunkt i oppfølgingen av strategien.

I strategien tydeliggjorde direktoratene et felles fundament og utgangspunkt for en satsing på arbeidshelseområdet<sup>1</sup>:

- Mennesker med helseproblemer utgjør en dominerende andel av NAV-brukere som har behov for arbeidsrettet bistand. Antall tapte årsverk som følge av mottak av helserelaterte livsoppholdsyttelser tilsvarte 15,9 prosent av befolkningen i alderen 18-66 år i 2017<sup>2</sup>. NAVs virkemidler alene er ofte ikke tilstrekkelige for å bistå disse på en meningsfull måte. Samtidig har helsetjenestene liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen innen begge sektorer har vært å tenke sekvensielt, der arbeid først blir et tema når behandlingen er slutført.

---

<sup>1</sup> Begge er tidligere oversendt HOD og ASD. [Se denne lenken](#).

<sup>2</sup> Statistikk fra NAV

- Internasjonale og norske 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 derfor få muligheten til å arbeide med og til tross for et helseproblem – og å arbeide så mye som helsen tillater.

OECD har de siste ti årene argumentert sterkt for å styrke båndene mellom arbeid og helse i medlemslandene. Flere norske utredninger og stortingsdokumenter har gjennom lang tid pekt på store utfordringer i sonen mellom arbeids-/velferds- og helsesektorene, bl.a. knyttet til felles fagutvikling, rolle- og ansvarsdeling, samarbeid og utvikling av helhetlige tilbud til brukere/pasienter. Ambisjonen i arbeidsgrupperapporten, som ble utarbeidet forut for den felles strategien "Arbeid og helse – et tettere samvirke", var å systematisk vurdere og konkretisere aktuelle tiltak på flere områder. (36 tiltak/oppfølgingsområder) for å kunne realisere viktig utviklingsarbeid.

Med dette utgangspunktet la vi til grunn følgende situasjonsforståelse og vurderinger:

- Det er behov for et særlig fokus på styrking av tjenester og tilbud til de store brukergruppene innen både helsetjenestene og NAV, som begge sektorer har utfordringer med å møte på en helhetlig måte: muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Disse står for henholdsvis 25,9 og 20,2 prosent av det samlede helsetapet i Norge (Folkehelseinstituttet 2017), 60,2 prosent av legemeldte sykefraværsværker i 3. kvartal 2018, og for storparten av de tapte årsverkene nevnt over. Vellykkede tjenester for denne målgruppen krever ofte koordinerte og samtidige tjenester som trekker i samme retning. Isolert medisinsk behandling eller kun arbeidsrettede tiltak vil hver for seg ofte ikke være tilstrekkelig.
- Det er behov for å utvikle et sterkt felles fagfelt som i langt større grad skal prege blant annet forskningssatsinger og aktuelle utdanninger.
- Etter svært mange års omfattende prosjektsatsinger er en hovedutfordring å «avprosjektifisere» området og inkorporere arbeid-helseperspektivet i de ordinære tjenestene. Dette innebærer blant annet å ekspandere de mest lovende samvirkemodellene innenfor de ordinære rammene i de to sektorene.

Strategien valgte ut fire områder direktoratenes innsatser skulle konsentreres om de første årene:

- rydde i roller og ansvar
- styrke kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av strategi og tjenester
- felles arbeidsformer og tiltak
- styrke kompetansen

Aktivitetene og situasjonen på disse utvalgte innsatsområdene omtales senere i rapporten.



Viktige siktemål er og har vært:

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

### 1.3 Overordnet om utviklingstrekk og status

Når det gjelder fag- og kunnskapsutvikling er det tatt mange grep og initiativer som etter vår vurdering både har bidratt til å synliggjøre arbeid og helse som et fagfelt, og til å bedre kunnskapsgrunnlaget på dette området.

I NAV rapporterer fylkene om økt samarbeid med helsetjenestene, og de fleste har inngått samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten på fylkesnivå. Avtalenes karakter varierer fra lite konkretisert og mer overordnet, til angivelser av felles tiltak og regelmessige møter. Det er også positiv utvikling å spore f.eks. innen kommunenes arbeid med psykisk helse- og rus, der 66 prosent i 2018 rapporterer om et samarbeid med NAV om arbeidsrettet rehabilitering til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/avhengighet - en økning på 8 prosent fra 2017 ([SINTEF 2018](#)).

Vår vurdering er imidlertid at det fortsatt er et stort behov for målrettede innsatser på alle nivåer innen sektorene for å kunne gi mer integrerte og helhetlige tjenester til den enkelte. Det er fortsatt relativt få eksempler på felles innsatser og konkret samvirke ute i de ordinære tjenestene. Vi ser behovet for mer sentral tilrettelegging av samarbeidsavtaler for å bidra til læring på tvers av helsetjenesten og NAV.

Nå det gjelder innføring og utbredelse av anbefalte samvirkemodeller er erfaringene blandede. Individual Placement and Support (IPS)<sup>3</sup> - modellen rettet mot mennesker med moderate til alvorlige psykiske problemer og rusmiddelproblemer har ekspandert og fått en viss utbredelse - ikke minst ved hjelp av egne stimuleringsmidler og øremerkede bevilgninger. Samvirketiltak for mennesker med lettere til moderate psykiske problemer er i en oppstartfase, og er også i stor grad avhengig av stimuleringsmidler. Når det gjelder den tredje modellen direktoratene har promotert - den mer forebyggende og bedriftsrettete modellen HelselArbeid – som det ikke er knyttet stimuleringsmidler til – er det gode eksempler på at denne implementeres i noen deler av landet, mens konseptet ikke implementeres i andre deler av landet.

---

<sup>3</sup> Individuell jobbstøtte er den norske oversettelsen av Individual Placement and Support.

Erfaringene er mer generelt at det er utfordringer knyttet til å implementere lovende modeller for samvirke inn i de ordinære tjenestene. Her støter man bl.a. på hindringer i de etablerte strukturer innen den enkelte sektor, bla. finansieringsordninger, personvern hensyn, IKT-løsninger og prioriteringskriterier. Tett samarbeid på tvers av samfunnssektorer er også generelt utfordrende. Samvirke er ofte nytt og uvant, det ligger utsatt til for nedprioritering innen anstrengte budsjetter, og det oppstår ikke ofte spontant rundt i landet.

Vi vil påpeke at selv om det på overordnet nivå er bred enighet om målet om å redusere helserelatert fravær fra arbeidslivet, er dette så langt i liten grad konkretisert i felles prioriteringer på tvers av helse- og arbeidsmarkedspolitikken. Slik [OECD rapporten Mental Health and Work; Norway \(2013\)](#) påpeker, er det fare for at manglende felles prioriteringer på tvers av helsetjenestene og NAV i Norge representerer en barriere for tilbakevending til arbeid. Vi viser her til at helse- og arbeidsministrene i Storbritannia i 2016 sammen utarbeidet et dokument til parlamentet der man lanserte en lang rekke initiativer for å styrke dette området. Dette er senere fulgt opp i en konkretisert strategi med en tiårsplan med mål å få 1 million flere uføre/mennesker med langvarige helseproblemer i arbeid ([Department for Work and Pensions og Department of Health, 2017](#)).

Direktoratene ser et behov for tydelige, felles styringssignaler, og for å utvikle en slik politisk forankret strategi på tvers av sektorene også her hjemme.

#### **1.4 Viktige momenter for å utvikle fagområdet arbeid og helse**

Vi planlegger en revisjon av den felles strategien i 2019, der direktoratene på nytt vil peke ut særlige innsatsområder for de nærmeste årene. I dette arbeidet vil det også være nødvendig å se hen til bl.a. Regjeringens inkluderingsdugnad, ny IA-avtale, anbefalinger fra sysselsettingsutvalget, utforming av fremtidig bedriftshelsetjeneste, implementering av ny folkehelsemelding, med mer. Nasjonalt fagråd for arbeid og helse med brukerrepresentanter vil være en viktig faglig sparring-partner i dette arbeidet. Det vil være naturlig med en tett dialog med departementene, for å koordinere innsatsen i tråd med overordnede føringer. For å styrke fagområdet arbeid og helse, er det viktig å komme frem til en omforent definisjon og avgrensning av hva vi legger i "arbeid- helse området" som et fagfelt.

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

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

(\* Denne listen er ikke uttømmende, og inneholder både pågående og nye momenter som er viktige, både for de to direktoratene og andre involverte, for å få en ønsket utvikling for samfunnet)

## 2. Status

Under redegjøres for aktiviteter og status på de spesielle innsatsområdene som direktoratene har prioritert de siste årene.

### 2.1 Rydde i ansvar og roller

I strategien vises det til at flere stortingsdokumenter og blant annet ekspertgruppen om NAV har pekt på utfordringer knyttet til uklare ansvarsforhold og manglende koordinering og samarbeid.

Direktoratene anser at tydelige og avklarte roller og ansvarsforhold mellom tjenestene er vesentlig for å utvikle samhandlingen og for å kunne implementere virksomme samvirkemodeller innen de ordinære tjenestene over hele landet. Hovedregelen bør være at det som primært er å anse som helsetjenester forankres i helsetjenesten, mens tjenester som i all hovedsak er å anse som arbeidsrettede bør være forankret i Arbeids- og velferdsetaten.

Det er tatt noen grep for en tydeligere ansvars- og rolledeling. Blant annet ble ca. 58 mill. kroner som NAV hadde nyttet til kjøp av arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for lettere psykiske og sammensatte lidelser, overført til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett fra 2017.

Vi vil imidlertid peke på to områder hvor man ennå ikke er i mål, og hvor det bør lages en framrykningsplan med tanke på en tydeligere og mer robust ansvarsforankring:

- Det kognitive veiledningstilbudet med klare terapeutiske elementer som i dag gis av NAV sine Sentre for Jobbmestring i 7 fylker, bør på sikt tilbys av helsetjenestene. Målet bør med andre ord være at den behandlingsrettede delen av denne modellen kan tilbys av helsetjenester i samarbeid med NAV. Vi ser her også senere beskrivelse av en modell med samvirke mellom Rask psykisk helsehjelp i kommunene og jobbspesialister fra NAV/NAV-kontor.
- Innen Individuell jobbstøtte (IPS) er det også så langt en uklar ansvars- og rolledeling knyttet til finansieringen og forankring av jobbspesialistene. I dag er disse ansatt både i NAV og helsetjenesten. Mange finansieres først via stimuleringsmidler på helsesiden, og siden av NAV når disse midlene trappes ned over en treårsperiode. En såpass komplisert finansieringsmodell er knapt bærekraftig over tid og i større skala.

For å sikre en forsvarlig prosess og fornuftig løsninger, vil det på begge disse områdene være nødvendig med et samarbeid mellom direktoratene og departementene framover.

### 2.2 Styrke kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av strategi og tjenester

Strategiplanen anførte at det var nødvendig med en forsterket innsats over tid for radikalt å styrke kunnskapsgrunnlaget, spesielt om effekter av innsatsene som særlig retter seg mot det store flertallet av sykmeldte: brukere med muskel-skjelettproblemer og/eller psykiske plager. Direktoratene har gjort følgende framstøt de siste par-tre årene for å styrke kunnskapsgrunnlaget for virksomheten på dette området:

- **Fagrådet for arbeid og helse** ble opprettet i 2017 og består nå av 14 eksperter med tung faglig bakgrunn (herav 2 brukerrepresentanter). Rådet har gitt innspill til myndighetene om

blant annet pakkeforløp psykisk helse og rus, nye rammeplaner for høyere utdanning og felles læringsmål, aktuelle temaer for kunnskapsoppsummeringer og rammebetingelser for forskning på arbeidsdeltakelse innen helseforskning. Vi ser rådet som et særs viktig redskap for å utvikle dette som et fagområde, etablere et velfundert og omforent kunnskapsgrunnlag, og å bringe kunnskapen ut til tjenestene.

- **Årlig møteplass/konferanse om arbeid og helse:** Tanken har her vært å etablere en nasjonal faglig konferanse/arena der klinikere, forskere, forvaltning, brukere, parter kan møtes og etablere en felles forståelse – ved å inkludere allerede eksisterende møteplasser. I 2017 ble det arrangert en større konferanse med over 700 deltakere, der direktoratene sammen satte Arbeid og helse på dagsordenen. I 2018 støttet direktoratene opp under den nordiske og mer akademisk anlagte Return-to-Work-konferansen i Oslo. Det planlegges ny stor konferanse /felles møteplass vinteren 2019/2020, der en i forberedelser og gjennomføring vil trekke større veksler på ovennevnte Fagråd for arbeid og helse.
- **Samarbeid inn mot Norges Forskningsråd:** For å synliggjøre fagområdet og få fram flere, kvalitetssikrede studier på arbeid-helsefeltet, samarbeider direktoratene gjennom bl.a. deltakelse i programstyrer og omforente innspill til strategidokumenter. Det er særlig de store programmene HELSEVEL (Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester) og det planlagte VAM II (Velferd, arbeid og migrasjon) som er sentrale for å sikre større FoU-satsinger på arbeid-helsefeltet. Til utlysningen i 2017 mottok HELSEVEL-programmet for første gang flere støtteverdige prosjekter innen dette fagfeltet.
- **NAV-satsinger:** Innen NAVs vedtatte FoU-strategi er arbeid og helse ett av fire prioriterte innsatsområder. I 2018 ble det utlyst egne midler til forskning om blant annet samhandling og integrerte brukerforløp, arbeidsretting av tjenestene, implementering av felles tjenestetilbud og effekter på arbeidsinkludering. Det ble gitt midler til fem prosjekter. Arbeid- og velferdsdirektoratet og NTNU har også nylig inngått en overordnet samarbeidsavtale der arbeid og helse-området vil være et første satsings- og programområde.

En samlet vurdering er at ovennevnte felles innsatser på flere fronter har bidratt til å løfte dette som et fagområde, få flere kompetente miljøer på banen, og generelt gitt et bedre kunnskapsfundament for framtidige innsatser. Det er imidlertid grunn til å understreke at dette fortsatt er et forskningssvakt område. Det er behov for mer deskriptiv kunnskap om brukerforløpene mellom arbeids- og helsesektorene, om tjenestenes bidrag til arbeidsretting av disse løpene, og om hvordan vi kan sikre samtidighet og integrasjon i innsatsene. Videre er det stort behov for kunnskap om tilnærminger og arbeidsmåter som kombinerer arbeids- og helseperspektivene, deres effekter og virkemåter, samt utprøvinger og forskning om implementering av kunnskapsbaserte tiltak og virkemidler inn i det ordinære tjenestetilbudet.

Samtidig har styrket innsats avdekket utfordringer knyttet til rammebetingelsene. For det første er det vesentlig å legge bedre til rette for å kunne koble individdata på tvers av sektorene - et tema som også Fagrådet for arbeid og helse har tatt opp. Utfordringen er å gi lettere tilgang til relevante data på tvers av sektorer, noe som antakelig bør kobles opp mot oppfølgingen av utredningsarbeider på dette området. Det kan også være aktuelt med egne midler og oppdrag til et relevant helseregistermiljø for å sikre tilfredsstillende løsninger. For det andre er det avdekket at helseforskning som nytter arbeid som vesentlig utfallsvariabel får problemer med godkjenning innen dagens system. Direktoratene vil

sammen utrede disse spørsmålene videre og eventuelt trekke med departementene i det videre arbeidet.

Vi viser også til departementenes bestilling om å vurdere behovet for «normerende dokumenter» på dette området. Direktoratene vil anbefale at det utarbeides felles, kunnskapsbaserte anbefalinger/veiledere for tjenesteutøvelsen på dette området, og viser til senere omtale i denne rapporten.

## 2.3 Felles arbeidsformer og tiltak

Lovverket innen helsetjenesten og NAV har i varierende grad formuleringer som understøtter samhandlingen innen arbeid og helse. I flere år har det vært et omfattende lovregulert system for oppfølging i den første delen av sykefraværsperioden. Formålet er tidlig innsats, tett oppfølging tilrettelegging og utprøving av arbeidsevne. Sektorenes oppfølging senere i brukerforløpene er ikke satt i system på samme måte. Graden av koordinering og samkjøring varierer. Direktoratene ser behov for å rette et langt sterkere søkelys på den ordinære håndteringen og sektorsamhandlingen rundt de svært mange felles brukerne som har behov for integrerte løp der behandling og arbeidsrettet oppfølging trekker i samme retning.

På bakgrunn av grundige oppsummeringer av kunnskap og erfaringer fra omfattende prosjektsatsinger innen "Raskere tilbake" og oppfølgingsplanene for arbeid og psykisk helse gjennom mange år, har direktoratene foreslått tre prioriterte modeller for tjenestesamhandling mellom NAV og helsetjenesten knyttet til muskel- skjelett og psykisk helse. [Beskrivelser av modellene](#) er tidligere oversendt departementene, med henblikk på videre satsinger og spredning innen de ordinære tjenestene.

### HelseArbeid

[HelseArbeid](#) er et konsept for tjenestesamhandling om helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot arbeidslivet. Modellen sikter seg mot de store gruppene som står i fare for å bli sykmeldt eller falle ut av arbeidslivet grunnet muskel, skjelett eller psykiske plager. Den inneholder to intervensjoner; et bedriftsrettet tiltak og et individtiltak. I det første tilbys alle ansatte undervisning og prosessarbeid som handler om muskel- skjelett- og lettere psykiske plager, gjennomført i felleskap mellom fagpersonell fra helsetjenesten og NAV. I tillegg kan fastlege henvise til individtiltaket som gir rask tverrfaglig utredning og arbeids-fokusert avklaring ved slike plager. Studier av elementer i HelseArbeid antyder at modellen kan bidra til redusert sykefravær og ha positiv effekt på helsevariabler.

Nasjonalt er det arbeidet med å spre kunnskap om modellen og kunnskapsgrunnlaget, blant annet gjennom utarbeidelse av en [kortversjon av prosjektrapporten](#) våren 2018 og samlinger for mulige aktører rundt i landet. Høsten 2018 igangsettes et større forskningsprosjekt i NAV Troms som ser på bedriftstiltaket.

De fire RHF-ene fikk i 2018 følgende oppdrag: *"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"*. SINTEF har vunnet anbud om å levere kunnskapsgrunnlag til denne evalueringen, som vil vare frem til 2021.

Arbeids- og velferdsdirektoratet ga gjennom mål og disponeringsbrev både i 2017 og 2018 sine fylker/regioner i oppdrag å ta initiativ til samarbeidsavtaler med helseforetakene om å utvikle modellen HelselArbeid i sin region. Oppdragsbrevene til RHF-ene gir ikke samme signal, men sier mer generelt at tiltak med god effekt, som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand, skal integreres i det ordinære pasienttilbudet. Dette kan ha vært en medvirkende faktor til at det ved utgangen av 2018 kun er tre fylker (Nordland, Troms og Finnmark) som har tilbud om HelselArbeid, mens det i noen fylker (Rogaland, Møre og Romsdal, Trøndelag og Hordaland) er dialog om samarbeid, samtidig som andre fylker avviker det som har vært forløperen til HelselArbeid – iBedrift.

Vi mener det er behov for en nærmere dialog med departementene om fortsatt satsing på denne modellen, som det er lagt ned en god del ressurser i for å videreutvikle og spre rundt i landet.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv – [IA avtalen for 2019-2022](#) nedfeller HelselArbeid som et virkemiddel for hele arbeidslivet. Det settes ikke av definerte midler, men pekes på at ressurser i arbeidslivssentrene skal brukes for å få til et større omfang av HelselArbeid. Som følge av dette, er det nødvendig at det gis klare signaler og oppdrag til relevante helsetjenesteaktører.

### **Systematisk samarbeid mellom NAV og helsetjenestene om brukere med lettere til moderate psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer**

Målgruppen, som er en relativt stor brukergruppe i NAV og i primærhelsetjenesten, har behov for både behandling og arbeidsrettet bistand for å komme i og bli værende i arbeid. Ved utgangen av juni 2018 hadde 42 prosent AAP-brukerne i NAV en psykisk lidelse, hvorav halvparten angst- og depressive lidelser. Blant de under 30 år hadde hele 70 prosent psykiske lidelser per juni 2018.

NAV tilbyr i dag Senter for jobbmestring i sju fylker, hvor en kombinerer arbeidsrettet kognitiv terapi med oppfølging fra jobbspesialister ansatt hos tiltaksarrangører. Sentrene har gode resultater og er en etterspurt tjeneste. Vi viser her til tidligere omtale om behovet for en avklaring av roller og ansvar rundt dette tilbudet.

Helsetilbudet til brukergruppen varierer fra kommune til kommune. Helsedirektoratet stimulerer til etablering av Rask psykisk helsehjelp-team i kommunehelsetjenesten gjennom tilskuddsmidler - et lavterskeltilbud til personer over 16 år med veiledet selvhjelp og kognitiv terapi gjennom korttidsintervensjoner. Per dags dato finnes Rask psykisk helsehjelp (RPH) i ca. 55 kommuner og bydeler.

Studier viser at kognitiv terapi med jobbfokus har god effekt ved psykiske lidelser. En RCT-studie på effekten av Senter for jobbmestring i NAV versus ordinær oppfølging fra NAV/helsetjenesten viste gode resultater på arbeidsdeltakelse, symptomtrykk, helserelatert livskvalitet og kost/nytte. Nye data fra Uni Helse viser at effekten vedvarer. Samtidig viser resultatene fra evalueringen av de 12 første pilotene av Rask psykisk helsehjelp ([FHI 2016](#)) sterk reduksjon i symptomer på depresjon og angst og stor forbedring i livskvalitet. Studien viste imidlertid at RPH hadde forbedringspunkter gjennom blant annet et større arbeidsrettet fokus.

Den nye modellen direktoratene ønsker å etablere, innebærer et felles tilbud til målgruppen der NAV-kontoret har et systematisk samarbeid med behandlingsteam i kommunen, eventuelt også spesialisthelsetjenesten, om felles oppfølging av brukere. Faglige anbefalinger skal basere seg på

tidligere prosjektsatsinger og et pilotsamarbeid gjennomføres i 2018/2019. Det skal vurderes nærmere hvordan arbeidet kan følges opp med forskning.

Et samarbeid rundt og videre ekspansjon av denne modellen vil være avhengig av ytterligere etablering av jobbspesialister ved NAV-kontorene som kan øremerkes til denne oppgaven, samt økt utbygging av tilbud med arbeidsrettet kognitiv terapi til brukere med lettere til moderate psykiske helseplager innen helsetjenestene.

### **Individuell jobbstøtte (IPS)**

IPS tilbys mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/-avhengighet som ønsker deltakelse i arbeidslivet. Arbeid inngår som en viktig del av behandlingen, og jobbspesialister er en integrert del av behandlingsteamet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

En lang rekke internasjonale RCT-studier har vist at tilnærmingen fungerer langt bedre enn tradisjonelle tiltak ([Kunnskapssenteret 2017](#)), på arbeidsdeltakelse. En norsk RCT-studie ([Reme et al., 2016](#)) peker i samme retning, og en oppfølgingsstudie som ser på langtidseffektene er ventet tidlig i 2019. Deltakerne rapporterte også om bedre livskvalitet, bedre generell helsetilstand, mindre depresjonssymptomer og bedre funksjonsnivå enn i kontrollgruppen.

En forskriftsfesting av regelverket for tilskuddsordningen trådte i kraft 04.03.2019. Se Forskrift om tilskudd til implementering av arbeidsrehabiliteringsmetodene individuell jobbstøtte og jobbmestrende oppfølging ([FOR-2019-03-04-185](#))

Direktoratene har samarbeidet tett om videreutvikling og nasjonal spredning av IPS, sammen med blant annet Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene (NAPHA) og de fire ressursentrene for IPS som er etablert i NAV. De siste bistår med praktisk opplæring, kurs, og utvikling/kvalitetssikring av de nye IPS tjenestene, noe som er avgjørende for kvalitet og resultater.

I løpet av 2018 er det etablert et tilbud i alle fylker, men i varierende omfang. To fylker etablerer nå IPS-tilbud i hele fylket med forankring i DPS-områdene. Det har særlig vært en stor økning i de tre nordligste fylkene det siste året. Helsedirektoratet innvilget 53 søknader i 2018 til IPS over denne tilskuddsordningen. Finansieringen av jobbspesialister er i dag fragmentert. Tilskuddsmidlene fra Helsedirektoratet delfinansierer i 2018 ca. 120 jobbspesialister i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, NAV kommune eller spesialisthelsetjenesten. Jobbspesialister i IPS finansieres også av Arbeids- og velferdsdirektoratet, fylkesmannen og regionale/lokale tjenester. I alt er det ca. 185 jobbspesialiststillinger innen IPS pr. 2018. Vi viser til vår tidligere påpekning av behovet for en opprydning i finansieringsformene. Direktoratenes holdning er at den enkleste og beste løsningen er at jobbspesialistene er forankret i NAV-kontorenes spesialistteam under «Utvidet oppfølging».

Når IPS-modellen nå har beveget seg fra prosjektsatsinger og inn i de ordinære tjenestene, avdekkes det også barrierer knyttet til bl.a. praktisering av taushetsplikt og bruk av hverandres arbeidsverktøy/journalsystemer inn i felles innsatser. Det er behov for felles løsninger som samtidig ivaretar hensynene til personvern. Direktoratene vil følge dette opp i tiden framover.



## 2.4 Helsetjenestens rolle – prioritering

### Utvikling etter omlegging av raskere tilbake ordningen

Fra 2007 og ut 2017 har finansieringsordningen Raskere tilbake vært sentral for utviklingen innen fagområdet arbeidsrettet rehabilitering.

I utgangspunktet var ordningen basert på kjøp av behandlingsskapasitet for å redusere ventelister og tid som sykmeldt. Tidlige evalueringer viste kun marginale effekter på sykmeldingslengde og ingen effekt på total andel sykmeldte.

Den opprinnelige tanken om å benytte midlene til å utvide kapasiteten på eksisterende konvensjonelle behandlinger ble gradvis forlatt. I løpet av årene ble det utviklet helt nye tjenester med særlig fokus på å hjelpe pasienter tilbake i arbeid. Disse tjenestene er preget av tverrfaglig samarbeid og godt samvirke med arbeids- og velferdssektoren. Det ble etter hvert satset på de store målgruppene med lettere psykiske lidelser og vanlige muskel/skjelett-plager. Parallelt ble kunnskapsgrunnlaget om at arbeidsdeltakelse for de aller fleste kan være helsefremmende styrket. Arbeidsdeltakelse bør for mange inngå som del av behandlingen og/eller rehabiliteringen for store pasientgrupper.

Et resultat av omleggingen av Raskere tilbake-ordningen er at de regionale helseforetakene nå skal rettighetsvurdere henvisningene til de tidligere Raskere tilbake-tilbudene på samme måte som øvrige pasientgrupper.

Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NKARR) har uttrykt bekymring for en uønsket variasjon i hvem som får en rett til et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. NKARR mener at nåværende prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering ikke er tydelig nok som rettesnor.

Temaet er drøftet i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse som fattet følgende vedtak:

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

### Prioriteringsprinsipper

Helsetjenester er omfattet av prinsipper for prioritering, som styrer bruken av felleskapets ressurser på helsetjenester. I hovedsak er prioriteringsprinsippene relevante i vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenester. Disse vurderingene er ofte omtalt som rettighetsvurderinger. Det er utarbeidet egne prioriteringsveiledere til hjelp for disse vurderingene.

Prioriteringsprinsippene er også relevante i vurderinger av hvilke intervensjoner (metoder) felleskapet skal yte. Medisinsk metodevurdering (Health Technology Assessment, HTA) er en systematisk, kvalitetssikret og transparent oppsummering av klinisk effekt og sikkerhet av en metode. Metodevurdering brukes som styringsverktøy av beslutningstakere. Hensikten med metodevurderinger er å bidra til en forsvarlig helsetjeneste, og at effektive, kvalitetsvurderte og trygge metoder raskt kommer pasientene til nytte.

Helsetjenesten bruker i dag prioriteringskriteriene; **nytte, ressursbruk og alvorlighet**.

I [Meld. St. 34 \(2015–2016\)](#) "Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering" står det følgende:

**"Å ha god helse innebærer ikke bare fravær av sykdom. Mestring av dagliglivets gjøremål er viktig for de som lever med sykdom. Opplevelse av å ha god helse, mulighet for deltagelse i arbeids- og samfunnsliv og sosialt samvær er viktig for livskvaliteten. Slike hensyn bør inkluderes når nytte av behandling vurderes."**

Videre står det også:

**"Regjeringen mener at dagens praksis slik den er rammet inn i prioriteringsveilederen bør videreføres (pkt. 5.11): «Pasientkjennetegn som ikke kan legges til grunn ved rettighetsvurdering: Pasientens kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig adferd, arbeidsevne (produktivitet), livssyn, seksuell orientering og sosial status er ikke relevant som del av rettighetsvurderingen (jf. s. 95 i Lønning II)»."**

Dermed slås det fast at:

**"Et likeverdig helsetilbud til alle pasienter er grunnleggende. Da kan ikke den enkeltes arbeidsevne eller økonomiske bidrag være avgjørende for om man får eller nektes hjelp."**

### **Terminologi om prioritering**

I de relevante grunnlagsdokumentene som belyser gjeldende prioriteringsprinsipper for helsetjenesten er relasjonen til arbeid omtalt på to forskjellige måter.

**Arbeidsevne** omtales som en egenskap knyttet til enkeltindividet, som i parentes er forklart som "produktivitet". Arbeidsevne beskrives som et kjennetegn, på linje med kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, livssyn, seksuell orientering og sosial status. Det understrekes at dette er kjennetegn som ikke kan legges til grunn ved rettighetsvurdering. Den enkeltes arbeidsevne eller økonomiske bidrag kan ikke være avgjørende for om man får eller nektes hjelp.

**Arbeidsdeltakelse** omtales som en komponent som er viktig for livskvaliteten sammen med opplevelse av god helse, deltagelse i samfunnsliv og sosialt samvær. Det understrekes at slike hensyn bør inkluderes når nytte av behandling skal vurderes.

Relasjonen til arbeid, er beskrevet ved bruk av både arbeidsevne og arbeidsdeltakelse.

Arbeidsevne beskrives som en egenskap hos den enkelte, relatert til produktivitet. Mennesker med liten arbeidsevne, altså lav produktivitet, skal ikke nedprioriteres i vurdering om tilgang til tjenester. Mens arbeidsdeltakelse er omtalt som et en positiv komponent av livskvalitet og nytte. Dokumentene om prioritering vektlegger deltagelse i arbeid som viktig for livskvalitet og helse, ref.: *"mulighet for deltagelse i arbeids- og samfunnsliv og sosialt samvær er viktig for livskvaliteten. Slike hensyn bør inkluderes når nytte av behandling vurderes."*

Dette understrekes av erkjennelsen av at det for de fleste er sunt å være i aktivitet og helt eller delvis delta i arbeidslivet til tross for plager. Dette gjelder uavhengig av den enkeltes arbeidsevne og produktivitet. Tjenester som bidrar til dette, kan altså anses som nyttige.

Dermed er prioriteringskriteriene ikke til hinder for at samfunnet satser på tjenester som hjelper den enkelte til å opprettholde og øke aktivitet og deltagelse, herunder arbeidsdeltakelse.

## **NOU 2018: 16 Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Vi viser også til den nylig avgitte [NOU 2018: 16](#) "Det viktigste først - prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester".

Utvalget anbefaler at de tre hovedkriteriene som ligger til grunn for prioritering i spesialisthelsetjenesten; nytte, ressurs og alvorlighet, også bør gjelde for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg foreslår utvalget at beskrivelse av fysisk, psykisk og sosial mestring inngår i nytte- og alvorlighetskriteriet, da målet for mange pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mestring av hverdagen til tross for helseplager. For forebyggende tiltak, både på individ- og gruppenivå, sier utvalget at det er naturlig å ta utgangspunkt i nytte og alvorlighet, i kombinasjon med ressursbruken. Det understrekes at de forebyggende tiltakene, så langt som mulig, skal være kunnskapsbasert.

På hvilket tjenestenivå i helsetjenesten brukeren skal motta sitt behandlingstilbud, vil i fremtiden ha stor oppmerksomhet. Dersom de foreslåtte prioriteringene legges til grunn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil dette sannsynligvis bety en styrking av kommunens rolle og oppgaver overfor brukere på arbeid og helse-området.

### **Vurdering**

Fagområdet arbeid og helse bygger på at det for mange, er sunt og helsefremmende å kunne delta i arbeidslivet. Et økende kunnskapsgrunnlag støtter en slik tilnærming.

For enkelte tilstander kan arbeidsdeltakelse i seg selv, være en intervensjon – eller del av en intervensjon. Dette gjelder særlig de vanlige psykiske plagene.

Tjenestetilbud som er med på å øke aktivitet, deltakelse i samfunnsliv og arbeidsliv rokker ikke ved prinsippet om at alle; uavhengig av arbeidsevne(produktivitet), har samme menneskeverd og selvsagt har samme rett til helsetjenester. Dermed må vi kunne utvikle helsetjenester med mål å øke aktivitet/deltakelse inkludert arbeidsdeltakelse, uten at dette utfordrer de gjeldende prioriteringsprinsippene. Dersom en tjeneste kan bidra til arbeidsdeltakelse, anses dette altså som en komponent av prioriteringskriteriet nytte. Samtidig er det viktig å huske at satsingene til helsetjenesten må ha en bredere målsetting, enn kun arbeidsdeltakelse. Aktivitet, deltakelse i sosiale sammenhenger og samfunnsliv er også helt vesentlig. Når arbeidsdeltakelse er målet, er det naturligvis bra at tilbudet er tjenestedesignet sammen med NAV.

På samme måte må en ved individuelle prioriteringsvurderinger kunne vektlegge forhold som er med på å bedre den enkeltes livskvalitet. Dette vil innebære at økt evne til deltakelse i sosialt samvær, samfunnsliv og arbeidsliv skal vektlegges i individuelle rettighetsvurderinger av nytte.

Ettersom flere i tjenestene oppfatter at dagens prioriteringsveiledere ikke godt nok sikrer en likeverdig tilgang til tilbud fra spesialisthelsetjenesten, bør relevant tekst i veilederne gjennomgås på nytt for å klargjøre hvordan prinsippene bør anvendes i rettighetsvurderingen.

## 2.5 Helsetjenestens rolle i forebygging og helsefremmende arbeid

Det synes å være forskjeller i de regionale helseforetakenes videreføring og implementering av forebyggende og helsefremmende tjenester, utviklet gjennom den tidligere Raskere tilbake ordningen. I denne sammenheng fremkommer ulik tolkning av spesialisthelsetjenestens rolle, hva gjelder helsefremmende og forebyggende tjenester.

Det vises til spesialisthelsetjenesteloven §2-1a:

***Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.***

[\(Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) LOV-1999-07-02-61 §2-1a\)](#)

Det er også verdt å understreke helselovgivningens definisjon av "helsehjelp".

***Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.***

[\(Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) LOV-1999-07-02-64, § 3\)](#)

[\(Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) LOV-1999-07-02-63 § 1-3\)](#)

Dette viser at det er myndighetenes intensjon at all helsetjeneste, også spesialisthelsetjenesten skal ha en aktiv rolle i forebyggende og helsebevarende innsats. Dagens finansieringsordninger for både primær- og spesialisthelsetjenesten stimulerer ikke til slik innsats.

## 2.6 NAVs rolle i forebygging og helsefremmende arbeid

Arbeids- og velferdsetatens hovedoppdrag er knyttet til å øke inkludering og hindre utstøting fra arbeidslivet. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) § 4 fastslår at:

***«Etaten skal stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet der dette er mulig, og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Etaten skal videre bistå arbeidssøkere med å få jobb, bistå arbeidsgivere med å skaffe arbeidskraft, forebygge og dempe skadevirkningene av arbeidsledighet og innhente informasjon om arbeidsmarkedet»***

Et oppdrag om forebyggende og helsefremmende arbeid tydeliggjøres gjennom IA- avtalen (2019-2022):

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

IA avtalen har to mål: Redusere sykefraværsprosenten med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018 og redusere frafallet fra arbeidslivet. For å støtte opp under målene i IA-

avtalen er det satt opp to innsatsområder: forebyggende arbeidsmiljøarbeid og innsats mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær.

Et viktig helsefremmede og forebyggende virkemiddel i IA-avtalen er konseptet HelselArbeid som avtalepartene ønsker skal gjennomføres i større utstrekningen enn i dag. Se mer om denne samhandlingsmodellen på side 10. Fra NAV er det i dag NAV Arbeidslivssenter som leverer HelselArbeid sammen helsetjenesten. NAV Arbeidslivssenter er et ressurs- og kompetansesenter for virksomheter som ønsker å samarbeide med NAV om et inkluderende arbeidsliv, med vekt på kunnskapsutvikling, formidling og veivisning i forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Styrking av kompetanse hos arbeidsgivere og arbeidstakere og prosesser på arbeidsplassen vil kunne bidra til å redusere frafall og redusere sykefravær.

Arbeidsmiljøsatsningen skal støtte opp under begge innsatsområder i IA-avtalen og skal inneholde målrettet bransje- og arbeidsplassrettet kunnskapsutvikling, formidling og veivisning i forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

## **2.7 Styrke kompetansen**

Dialog med utdanningssektoren generelt, og konkret samhandling med universiteter og høyskoler spesielt, vurderes som vesentlig for å sikre at arbeid og helseområdet blir et tydelig tema innen relevante grunn- og videreutdanninger. I tilknytning til utdanningsmyndighetenes omfattende RETHOS-prosjekt – der en reviderer læringsmålene for en lang rekke helse- og sosialutdanninger - har direktoratene og Fagrådet for arbeid og helse gitt samstemte innspill til hvordan relevante utdanningstilbud i større grad kan inkorporere kunnskap på arbeid og helse-feltet.

En viktig komponent i Arbeids- og velferdsdirektoratets satsing på avtaler med og stimulanter til utvalgte utdanningsinstitusjoner, er også å sikre at blant annet arbeid og helse-temaer er reflektert i utdanningstilbudene disse stedene. Eksempler er Kompetansesenteret for arbeidsinkludering (KAI) ved Oslo Met og et eget programområde innen helse og arbeid ved NTNU.

Ambisjonen har også vært å fremme bruk av konkrete, kunnskapsbaserte modeller for felles arbeidsformer gjennom felles kompetansetiltak. Her er det særlig IPS-modellen som har gått i bresjen, der det er utviklet praksisnære, felles opplæringsopplegg for de involverte på helse- og arbeidssiden. Ressurssentrene for IPS har her en sentral rolle. Også NAPHA har vært en viktig samarbeidspartner i forbindelse med kurs og opplæring i IPS. De inngår for øvrig også i etableringen av et samarbeid for å utvikle tilsvarende tilbud til med målgruppen med lettere til moderate psykiske helseproblemer.

Direktoratenes felles strategi anga også at man skulle vurdere å utvikle en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse, med likeverdig forankring innen begge sektorene og begge nivåer innen helsetjenestene. Vi har så langt ikke prioritert denne oppgaven, men valgt å støtte oss på de mer spesialiserte kompetansetjenestene som er etablert i dette terrenget (Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, NAPHA, ressursentre for IPS).

Framover vil det være aktuelt å vurdere felles utvikling av blant annet moduler som kan inngå i aktuelle utdanninger, og egne etter/videreutdanningstilbud på dette fagområdet. Det vurderes også å utvikle digitale løsninger som kan avhjelpe medisinerstudentenes knappe og variable opplæring på arbeid-helseområdet, slik at de styrkes i rollen som sykmelder og bedre kan bidra til arbeidsretting av bruker/pasientforløpene.

## 2.8 Andre relevant innsatsområder

### Økt brukerinvolvering – for utvikling av gode tjenester

Både helsetjenesten og NAV har medvirkning fra pasientene/brukerne som grunnleggende prinsipper for å fornye, forenkle og forbedre tjenestene. Når arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten skal utvikle framtidsrettede tjenester overfor brukere som har behov for samtidige tjenester, er det av stor betydning at brukerne/pasientene blir delaktige i arbeidet på nasjonalt nivå, virksomhets- og individnivå.

Dette vil blant annet innebære at de to direktoratene i større grad sørger for brukernes medvirkning ved revidering av strategien "Arbeid og helse - et tettere samvirke". Et annet eksempel er arbeidet med utarbeidelse av felles faglige anbefalinger, der brukernes involvering vil bli sentralt for å kvalitetssikre anbefalingene.

### Regionale og lokale samarbeidsavtaler

De regionale helseforetakene ble gjennom oppdragsdokumentet for 2016 bedt om å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsforvaltningen, herunder vurdere inngåelse av særskilte samarbeidsavtaler. Dette er nå gjort av samtlige RHF, noe som gir et grunnlag for å skape effektivt samarbeid og læring mellom sektorene. Tilsvarende fikk fylkes/regionskontorene i NAV gjennom endelig mål og disponeringsbrev for 2017, datert 16.febr-2017, i oppdrag å ta initiativ til å inngå samarbeid med tilhørende helseforetak. Årsrapporteringen i NAV viser at de fleste fylker har inngått slike avtaler, men avtalenes karakter, og hvilke nivå de er inngått på, varierer. Noen beskriver konkret felles tiltak og regelmessige møter, mens andre er av mer overordnet karakter.

Det anbefales en sterkere sentral tilrettelegging av avtalene mellom NAV og helsetjenesten.

Rapporteringen viser samtidig at det er igangsatt mange ulike samarbeidstiltak, eksempelvis koordineringsgrupper, fagnettverk, opplæringsdager, kontordager på tvers av NAV-kontor/DPS og saksdrøftingsmøter. Spesielt framheves at konkrete samvirketiltak rundt felles brukere, eksempelvis IPS/Individuell jobbstøtte, fører til mer strukturert og effektivt samarbeid. I forbindelse med Arbeids- og velferdsdirektoratets oppfølging av fylkenes innsats i Inkluderingsdugnaden er samarbeidsavtaler med helsetjenesten et sentralt tema. Direktoratet vil fortsette å følge opp etablering av samarbeid i resultatdialogmøter og virksomhetsrapportering for 2019.

### Kvalitet i sykmeldingsarbeidet – styrke samhandling mellom NAV og behandler/sykmelder

Direktoratene er i gang med flere tiltak som vil bidra til å kvalitetssikre sykmeldingsarbeidet. God kunnskap om sykmelding og oppfølging av sykmeldte er nødvendig for at sykmeldere skal kunne utføre kvalitativt godt sykmeldingsarbeid til beste for pasientene. Et eksempel er videreutvikling av [faglig veileder for sykmelder](#), med diagnosespesifikk beslutningstøtte med statistikk-løsning, der en kan se egen praksis i relasjon til gjennomsnittlig praksis. Målet med veilederen og beslutningsstøtten er mer kvalitet i sykmeldingsarbeidet ved å skape større forutsigbarhet, mer likebehandling i prosessen og en økt bevisstgjøring om arbeidets betydning for helsen.

Det anbefales at nye digitale muligheter tas i bruk når verktøyet videreutvikles og moderniseres. En målrettet og spisset implementering av verktøyet er igangsatt. Målgruppen er de som sykmelder; fastlegene, kiropraktikere og manuellterapeuter. Innsatsen evalueres av SINTEF. Resultatene ventes

ferdigstilt i april 2019. E-læringskurset «Opplæring i sykmeldingsarbeid for leger» videreutvikles i tråd med nye digitale pedagogiske muligheter. Innholdet i kurset forvaltes av Arbeids- og velferdsdirektoratet og er faglig oppdatert med tanke på regelverksendringer. Det utvikles digitale løsninger som kan tas i bruk i opplæringen i sykmeldingsarbeid for medisinstudenter, kiropraktorer og manuellterapeuter.

Ny IA-avtale trekker også frem viktigheten av god kvalitet i sykmeldingsarbeidet. Det er gitt et oppdrag til SKIL- Senter for kvalitet i legekontor om å utarbeide kursmodul om sykmeldingsarbeid. Dette arbeidet skal bygge på de eksisterende faglige støtteverktøy for sykmelder og vil ytterligere bidra til god kvalitet i arbeidet med sykmelding og et ytterligere fokus på arbeidets betydning for helsen.

### **Eksempler på kurs og opplæringstilbud i regi av NAV og helsetjenesten**

Det finnes ulike typer kurs og opplæringstilbud knyttet til forebygging og kunnskap om psykisk helse og rus, samt lavterskeltilbud rettet mot mestring av depresjon og ulike typer belastninger i arbeids- og privatliv. I NAV tilbys arbeidsgivere blant annet kurspakken "Sees i morgen!" med temaer om hvordan tilrettelegge for ansatte som har, eller står i fare for å utvikle psykiske plager. I kurspakken inkluderes også faglige råd og informasjonsmateriell fra RusOff (Rusmiddelforebyggende policy for Offentlig sektor), utarbeidet av Helsedirektoratet. I NAV er Idébanken en informasjonstjeneste om inkluderende arbeidsliv som formidler beste praksis, fagkunnskap og verktøy for hvordan skape et bedre arbeidsmiljø og få et lavere sykefravær. Innen helsetjenesten, og blant annet ved frisklivssentralene, tilbys kurs i depresjonsmestring (KID-kurs) og kurs i belastningsmestring (KIB-kurs). KID-kursene er evaluert og anbefalt av Folkehelseinstituttet ([2011:1 Bedre føre var](#)) som et effektivt og rasjonelt lavterskeltilbud mot depresjon. Begge kursene bygger på kognitiv teori og metoder.

Det anbefales at NAV og helsetjenesten bør ha kunnskap om hvilke opplæringstilbud som allerede eksisterer, før en ev. starter utarbeidelse av nye kurstilbud og kompetansepakker.

### **Utvikling av standard datasett for registrering av aktivitet og resultater**

Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering har iverksatt et arbeid for å etablere en felles registrering av et standard datasett for å monitorere aktivitet og effekt på arbeid og helse området. Spesialisthelsetjenesten har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) iverksatt en registerbasert vitenskapelig evaluering og oppfølging etter omleggingen av Raskere tilbake. Dette skal utføres i et samarbeid mellom SINTEF og NTNU.

Det anbefales å understøtte og videreutvikle denne innsatsen, da det vil kunne bidra til mer registerbasert kunnskapsutvikling på fagområdet arbeid og helse.

## **2.9 Revidert strategi på arbeid-helseområdet**

Som nevnt innledningsvis ønsker direktoratene å revidere sin strategi på arbeid og helseområdet. Ambisjonen vil være å finne enda mer effektive grep for å styrke samarbeid og samvirke og ta tak i utfordringer som er identifisert gjennom de siste årenes aktiviteter på området. Det vises her til avsluttende punktliste i innledningskapitlet der det er angitt en lang rekke utfordringer og mulige innsatsområder i årene framover.

I det videre arbeidet ønsker direktoratene samtidig å fokusere mer på samarbeidet og samvirket mellom sektorene i de ordinære brukerforløpene mellom tjenestene. Samhandlingen er tett og til dels juridisk regulert tidlig i sykmeldingsfasen, men den er i dag langt mer tilfeldig lengre ut i brukerreisen. Målsettingen bør være at brukere med behov for bistand fra både helse- og arbeidssiden får et godt koordinert tilbud som også er riktig "timet". Vi ønsker m.a.o. å få et bedre svar på spørsmål om hvem som har behov for hvilken type bistand, - av hvem og når i forløpet. For å nærme oss dette, er det aktuelt å engasjere et forskningsmiljø som kan analysere brukerstrømmene i og mellom sektorene. Det er her også aktuelt å anlegge et tjenestedesign-perspektiv, der en kartlegger møtepunktene mellom bruker, tjenester og andre aktører over tid i det enkelte brukerforløp. Siktemålet vil være å skissere en type «tjenestepakker» som sikrer den enkelte god og helhetlig bistand, og der en samtidig unngår både for tidlig inngripen (fare for sykeliggjøring) og unødige passivitetsperioder.

I disse prosessene vil vi på flere områder være avhengige av involvering av det etablerte fagrådet og en tett dialog med departementene. Det vil generelt legges til rette for å inkludere flere interessenter og aktører for å utvikle en strategi som gir et bredere eierskap – og som kan bli et enda mer effektivt redskap for å utvikle og styrke fagfeltet.

I strategiarbeidet vil også være naturlig å vurdere et utvidet samarbeid med kommunale frisklivssentraler som henvender seg til mennesker med økt risiko for sykdom, eller som allerede har utviklet sykdom – og som har behov for bistand til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Hele 70 % av de 266 kommunale frisklivssentralene (2017) rapporterer om et samarbeid med NAV. Erfaringene tilsier at det er behov for økt kunnskap om kommunehelsetjenesten generelt og frisklivssentralene mer spesielt i NAV. Det er aktuelt å vurdere tiltak som bidrar til å øke graden av samvirke mellom enheter i NAV og de kommunale sentralene.

Frisklivssentralene samarbeider også med bedriftshelsetjenesten (BHT), der denne finnes og ved behov. I forbindelse med revidering av ny strategi er det grunn til å se nærmere på BHT som en samarbeidspartner for styrking av arbeid og helse-feltet generelt. [Rapporten fra ekspertgruppen](#), overlevert ASD i mai 2018, om en fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver bør ses til i det videre utviklingsarbeidet. Det kan være aktuelt å vurdere felles tiltak for å styrke fokuset på fysisk aktivitet hos felles brukere av NAV og helsetjenesten, blant annet i forbindelse med at det nå skal utvikles en nasjonal handlingsplan for økt fysisk aktivitet.

Denne tematikken er et av flere eksempler på at direktoratene ønsker å knytte arbeid og helse feltet tettere opp mot folkehelsefeltet. Dette fremgår blant annet av ["Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken: Folkehelse og bærekraftig utvikling IS-2748"](#) fra 2018 og Helsedirektoratets rapport ["Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen"](#), fra 2019.



## 3. Felles faglige anbefalinger

Direktoratene er bedt om å vurdere hvorvidt det bør utarbeides et normerende dokument med anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektoren. Direktoratene har valgt å definere "et normerende dokument" som en samling faglige anbefalinger til hjelp for tjenesteutøvere.

### 3.1 Intensjonen med felles faglige anbefalinger

Å utarbeide, tilgjengeliggjøre og implementere felles faglige anbefalinger kan bidra til å sikre god tjenestekvalitet for den enkelte bruker. At tjenesteutøvelsen er definert gjennom felles faglige anbefalinger vil gjøre det lettere å etablere effektiv tjenestesamhandling mellom sektorene, mellom nivåer i tjenestene og ikke minst med viktige partnere i arbeidslivet – arbeidsgiverne og organisasjonene.

I helsetjenesten betegnes tjenester av god kvalitet som virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, samordnede og preget av god kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Brukerne selv, pårørende og samarbeidende aktører vil, gjennom tilgang til felles faglige anbefalinger, kunne ha klare forventninger om hvilke tjenester som finnes, hva tjenestene innebærer, hvem som har ansvar for å levere tjenestene, hva som forventes av egeninnsats, samt når i forløpet det kan være aktuelt å motta tjenestene. Dette forutsetter at de felles faglige anbefalingene er åpent tilgjengelig for alle.

Felles faglige anbefalinger vil gjøre det lettere å utvikle kunnskap om hvilke intervensjoner som virker, gjennom god effektforskning. Anbefalingene kan også innbefatte omforent enighet om indikasjon for tiltakene, kartleggingsverktøy og måling av effekt. På denne måten legger felles faglige anbefalinger til rette for å sikre valide data i registre og forskning. Slik kan vi utvikle kunnskap om hva som virker for hvem.

### 3.2 Sektorene bruker faglige anbefalinger ulikt

#### Helsetjenestens bruk av faglige anbefalinger

Helsetjenesten bruker et stort mangfold av slike dokumenter, fra prosedyrer i klinikken, via nasjonale faglige retningslinjer, kliniske retningslinjer, til pakkeforløp og prioriteringsveiledere.

Intensjonene med dokumentene kan variere. Det kan finnes dokumenter som er utviklet lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Lokalt utviklede dokumenter har ofte som intensjon å beskrive lokalt tilpassede måter å levere en god tjeneste. Nasjonale faglige anbefalinger som intensjon å bidra til et likeverdig tilbud i hele landet. Med et likeverdig tilbud, mener vi at du uansett hvem du er og hvor du bor, skal få tilnærmet like muligheter for å oppnå ønsket resultat. Det innebærer at tjenestene må tilpasses individuelle og kontekstuelle forhold.

I helsetjenesten brukes pakkeforløp som beskrivelse av gode forløp der mange aktører er med på å levere tjenester. I utarbeidelse av slike dokumenter, er brukererfaringer sentralt. Prioriteringsveiledere brukes som beslutningsstøtte i vurdering av henvisninger og rett til prioritert helsehjelp.

Kravene til kunnskapsgrunnlag varierer for de forskjellige typene dokumenter. Når dokumentene inneholder anbefalinger om hvilke tiltak som anses effektive, bør det faglige grunnlaget, kunnskapsgrunnlaget, fremgå eksplisitt for disse spesifikke anbefalingene. For det øvrige innhold om organisering, samhandling mv. kreves ikke tilsvarende kunnskapsgrunnlag.

Helsetjenestenes faglige anbefalinger inkluderer ofte råd og anbefalinger som omhandler tolkning av gjeldende regelverk, organisering og drift av tjenester, samhandling på tvers av fag, nivåer eller sektorer, og prioriteringsavveininger. Det er kun en lav andel av de faglige anbefalingene som brukes i helsetjenesten som beskriver samhandling mellom helsetjenesten og NAV.

### **Faglige anbefalinger i NAV**

I NAV er det ikke en like utbredt bruk av faglige anbefalinger. Det finnes standarder for arbeidsrettet brukeroppfølging som beskriver stegene i oppfølging av personbrukere og arbeidsgivere. Når tjenester anskaffes fra eksterne tiltaksarrangører og leverandører utarbeides kravspesifikasjoner som beskriver hva tilbudet til brukerne skal inneholde. Det utarbeides også rolledokumenter for enheter som NAV Arbeidsrådgivning, NAV Arbeidslivssenter og Rådgivende legetjeneste. Disse dokumentene beskriver grensesnittet mellom NAV og helsetjenestene.

### **Eksempler der NAV og helsetjenesten har felles faglige anbefalinger**

For ordningen IPS finnes et eget verktøy kalt "IPS-fidelity scale", som danner rammer for IPS tjenesten. Dette er et internasjonalt konsept og i norsk utgave benyttes verktøyet i fellesskap av NAV og helsetjenesten.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har utviklet og samarbeider om veileder med beslutningsstøtte for sykmeldere.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har utarbeidet virkemidlet HelseArbeid, som er nedfelt i ny IA avtale. For å etablere ordningen i større omfang enn i dag, er det behov for å utarbeide felles faglige anbefalinger for virkemidlet.

### **3.3 Hva tilsier bruk av felles faglige anbefalinger - erfaringer fra helsetjenesten**

Dersom det foreligger utilsiktet variasjon i deler av dagens tjeneste, kan dette være et vesentlig forhold som tilsier at det er fornuftig å utarbeide felles faglige anbefalinger. Hvis det er utfordringer tilknyttet samhandling eller bruker/pasientforløp kan dette i seg selv utløse et behov for å utarbeide felles faglige anbefalinger. På områder der tjenestene i særlig grad baseres på et tett tverrfaglig eller tverrsektorielt samarbeid, kan det være ekstra viktig å etablere felles anbefalinger for tjenesteutøvelsen.

Det kan være ressurskrevende å utarbeide felles faglige anbefalinger. Det bør derfor alltid vurderes i hvilken grad utarbeidelse og implementering av felles faglige anbefalinger kan bidra til at en oppnår ønskede målsettinger.

Proessen med å utarbeide felles faglige anbefalinger, kan i mange henseende ansees som tjenesteutvikling. Ved utarbeidelse av faglige anbefalinger, er det nødvendig med bred medvirkning. Dette sikrer at alle forhold og synsvinkler blir inkludert og bidrar til eierskap til innholdet. Dette vil i sin tur bidra til en god implementering. I slike prosesser anvendes moderne metoder for involvering, innovasjon og brukermedvirkning. Dermed bidrar dette til en tjenesteutvikling og en tjeneste som i større grad tar hensyn til brukerreisen og inkluderer et helhetlig brukerperspektiv.

### **3.4 Pågående kartlegging**

Folkehelseinstituttet har gjennomført et [systematisk litteratursøk med sortering](#), for å finne normerende dokumenter med samtidige helse- og arbeidsrettede tiltak for sykmeldte, personer på arbeidsavklaringspenger og som av helsemessige årsaker står i fare for å falle ut av arbeidslivet.

Kartleggingen vil benyttes som grunnlag for en vurdering av hvilken del av fagområdet det er behov for å utvikle felles faglige anbefalinger. Det kan også være aktuelt å videreutvikle dokumenter funnet i kartleggingen.

Arbeids- og velferdsdirektoratet gjør en selvstendig kartlegging i egen sektor.

### **3.5 Vurdering**

Det kan være mye å hente ved å utarbeide felles faglige anbefalinger for utøvere i helsetjenesten og NAV. De to sektorene og direktoratene bør etablere felles mål for hva en ønsker å oppnå med felles faglige anbefalinger. Dette vil gjøre det lettere å velge hvilke faglige spørsmål og tjenester som bør prioriteres. Tilgjengeliggjøring og videreutvikling av eksisterende internasjonale eller nasjonale faglige anbefalinger kan også gi en ønsket effekt.

Å utarbeide nye nasjonale faglige anbefalinger vil gjøre det mulig å beskrive nye intervensjoner som legger til rette for samarbeid rundt forløp der samtidighet, sektorovergrepene tjenester samhandling, og virksomme intervensjoner er vesentlig, ref. HelseArbeid.

Samtidig er det viktig at en også ser på eksisterende intervensjoner og inkluderer en målsetting om å returnere til, og bli i arbeidslivet for allerede etablerte tjenester og tilbud.

Nasjonalt fagråd for arbeid og helse har vært forelagt spørsmålet hvorvidt det er hensiktsmessig med felles faglige anbefalinger for å styrke fagområdet arbeid og helse. Rådet vedtok at de anbefaler at det utarbeides felles nasjonale faglige anbefalinger på fagområdet, og rådet uttrykte også ønske om å ta en sentral rolle i dette arbeidet.

### **3.6 Tilråding om felles faglige anbefalinger**

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet anbefaler at det utarbeides felles anbefalinger for tjenesteutøvere innen både helse- og arbeidssektoren, og vil drøfte hvilken del av fagområdet arbeid og helse som vil ha størst gevinst av at det utarbeides felles faglige anbefalinger.

## **Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet**

### **Utgitt**

April 2019

IS - 2811

### **Utgitt av**

Arbeids- og velferdsdirektoratet og  
Helsedirektoratet

### **Postadresse (Helsedirektoratet)**

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### **Besøksadresse**

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

**Telefon** 810 20 050

**Faks** 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)