

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.: 16/5313
Vår ref.: 12/9939-88
Saksbehandler: Håkon Lund
Dato: 17.03.2017

HelseDirektoratets innspill til omlegging av Raskere tilbake-ordningen

HelseDirektoratet viser til tildelingsbrevet for 2017, der direktoratet er bedt om å bistå de regionale helseforetakene i arbeidet med omlegging av Raskere tilbake-ordningen.

- ./.
- Som avtalt og spesifisert i korrespondanse av 17. januar og 10. mars samt dialog om oppdraget, oversender HelseDirektoratet med dette et notat med direktoratets innspill til den pågående prosessen. Fristen er avtalt satt til 17. mars 2017. Notatet oversendes som avtalt også i kopi til de regionale helseforetakene.

HelseDirektoratet står til disposisjon dersom det er behov for ytterligere innspill i prosessen.

Vennlig hilsen

Bente Moe e.f.
avdelingsdirektør

Håkon Lund
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Kopi:

HELSE VEST RHF;HELSE NORD RHF;HELSE MIDT-NORGE RHF;Helse Sør-Øst RHF

Helsedirektoratets innspill til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende omlegging av Raskere tilbake ordningen

17-03-2017

1 Bakgrunn

1.1 Raskere tilbake ordningen

Raskere tilbake-ordningen forutsettes kjent. Den ble opprettet i 2007, og eksisterer fremdeles som et prosjekt med en egen bevilgning. Utgangspunktet var en oppfatning om at unødig venting på helsetjenester gav mer og lenger sykefravær. Siden 2007 er det registrert 258 000¹ henvisninger til Raskere tilbake-ordningen, det vil si rundt 30 000 henvisninger pr år. Det er i samme periode bevilget i underkant av 4,9 milliarder kroner til ordningen. Ordningen skal nå legges om, og de tilbud en velger å videreføre skal inngå i det ordinære tilbudet i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Utviklingstrekk ved ordningen

Raskere tilbake-ordningen har blitt utviklet fra en ordning der største deler av bevilgningen ble benyttet til å kjøpe økt kapasitet av det eksisterende behandlingstilbudet, til i hovedsak å bli benyttet til spesielt utviklede tilbud/intervensjoner med økt arbeidsdeltakelse som formål.

I samme periode har enkelte kirurgiske disipliner (ortopedi) gjennomgått en endring i retning av mer konservativ behandling. Med dagens økte fokus på konservativ behandling, er oppmerksomheten rettet vekk fra rask kirurgi og over mot konservative tiltak som blant annet inkluderer egeninnsats, trening, mestring av plager osv.

Forutsetningen om at aktiviteten betalt av Raskere tilbake-midlene ikke skulle gå ut over det alminnelige sørge-for ansvaret, har hatt flere positive bi-effekter. Blant annet har aktivitet på ettermiddag og helg, muliggjort økt tverrfaglig samarbeid, som følge av at spesialister og fagfolk som på dagtid er opptatt på hvert sitt hold, på kvelds tid har klart å samarbeide tett og effektivt rundt pasienten.

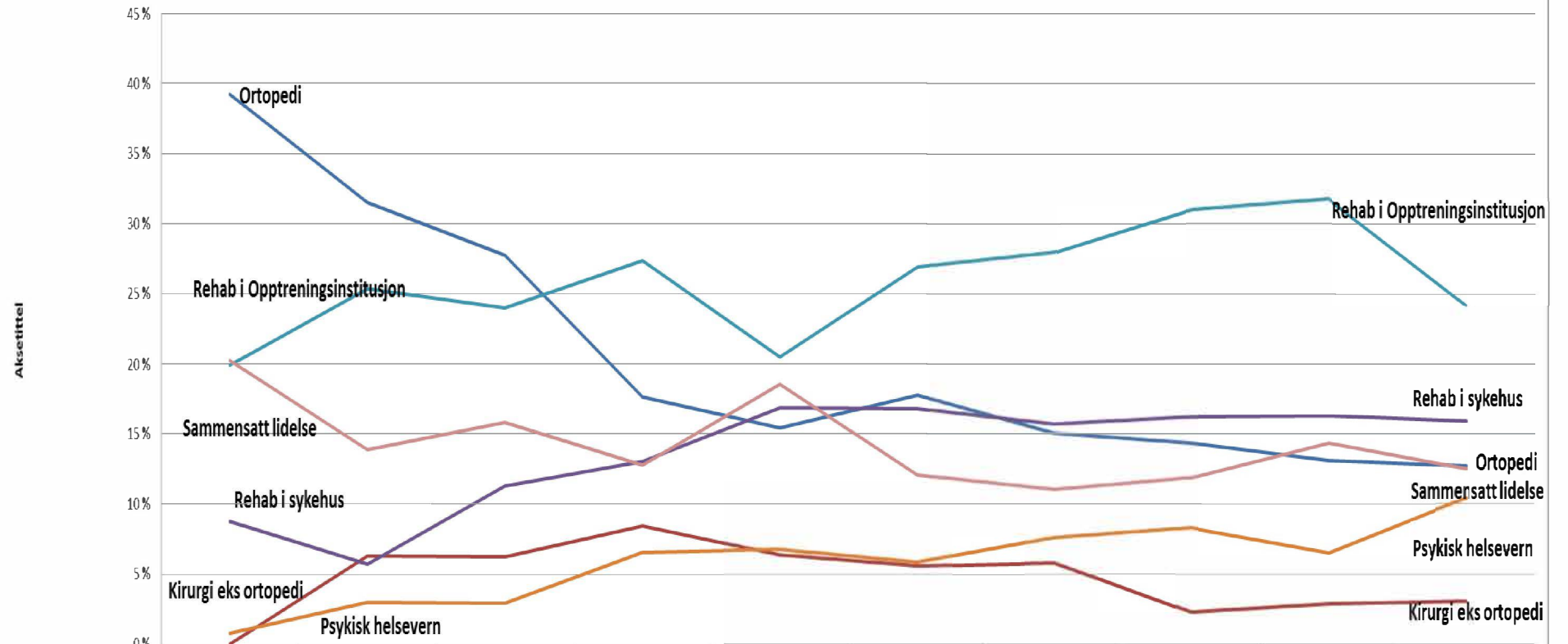
Raskere tilbake finansiert aktivitet i offentlig og privat regi har resultert i flere kreative og nytenkende tilbud med det samme fokus – arbeidsdeltakelse.

Det er også grunn til å tro at Raskere tilbake-midlene har muliggjort en hurtigere implementering av ny internasjonal kunnskap, enn det en ville sett uten midlene. Dette gjelder blant annet innen feltet psykisk helse og arbeid, der erfaringer fra blant annet den britiske modellen «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT) har inspirert fagmiljøer i Norge.

Bevilgningen har trolig bidratt til å stimulere en endring av fokus i helsetjenesten, når det gjelder økt arbeidsevne som viktig formål for mange av helsetjenestens intervensjoner. Etter hvert har bruken av Raskere tilbake-bevilgningen i økende grad blitt benyttet til å hjelpe de store gruppene av mennesker med psykiske helseproblemer eller vanlige muskel-/skjelettplager, eller en kombinasjon av disse. En grafisk fremstilling av denne endringen er illustrert på neste side.

¹ Tall fra ØBAK pr 30/9 2016

Prosentvis bruk av bevilgningen pr hovekategori fordelt på årene 2007 - sept 2016



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	ut sept 2016
Ortopedi	39 %	32 %	28 %	18 %	15 %	18 %	15 %	14 %	13 %	13 %
Kirurgi eks ortopedi	0 %	6 %	6 %	8 %	6 %	6 %	6 %	2 %	3 %	3 %
Rehab i sykehus	9 %	6 %	11 %	13 %	17 %	17 %	16 %	16 %	16 %	16 %
Rehab i Opptreningsinstitusjon	20 %	25 %	24 %	27 %	20 %	27 %	28 %	31 %	32 %	24 %
Psykisk helsevern	1 %	3 %	3 %	7 %	7 %	6 %	8 %	8 %	7 %	10 %
Sammensatt lidelse	20 %	14 %	16 %	13 %	19 %	12 %	11 %	12 %	14 %	13 %

1.3 Oppdrag om å utrede grunnlag for en omlegging av ordningen

Ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Raskere tilbake), ble opprettet i 2007. Helsedirektoratet har i oppstarten og i årene frem til i dag bistått med en koordinerende aktivitet. Denne rollen er beskrevet slik i Statsbudsjettet for 2017:

«Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal koordinering av Helse- og omsorgsdepartementets del av ordningen Raskere tilbake. Raskere tilbake praktiseres og utvikles i samsvar med ordningens formål og i dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen».

Denne koordineringen og rapporteringen har blant annet bestått i å utarbeide tertialvise rapporter basert på data fra ØBAK ordningen, samt innhentede rapporter og erfaringer fra dialog med tjenestefeltet, spesielt koordinatorene i de regionale helseforetakene.

Helsedirektoratet er i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt følgende oppgave under punkt 2.4.4:

«Det vises til at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag med frist innen 1. mai 2017, å vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. De regionale helseforetakene skal videre gi en vurdering av tilbud som har vist å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. Det forutsettes at de regionale helseforetakene innhenter eventuell erfaringer og vurderinger knyttet til ordningen fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet bes om, i samsvar med dette oppdraget og sin koordinerende rolle når det gjelder Raskere tilbake, bistå de regionale helseforetakene i arbeidet.»

Dette notatet besvarer dette oppdraget.

1.4 Vesentlige prinsipper for kvalitet²

Et viktig premiss er å søke å etablere tjenester/konsepter som i størst mulig grad ivaretar de anerkjente egenskaper vi legger vekt på for å sikre god kvalitet. Tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

De valg en står overfor i omleggingen av Raskere tilbake-ordningen, må i størst mulig grad ivareta disse prinsippene.

² <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

2 Dagens situasjon

2.1 Strategien Arbeid og Helse et tettere samvirke³

Strategien for tettere samvirke på arbeid – og helse området, tar utgangspunkt i at tjenestene fra arbeids- og velferdssektoren og helsetjenesten kan bli bedre ved å være mer koordinert. Et element er tydeligere fordeling av roller og ansvar.

Noen overordnede prinsipper vektlegges i strategien;

- Arbeid er helsefremmende for de fleste
- Man kan oftest arbeide på tross av helseutfordringer
- Mange er og bør være i arbeid samtidig som de har helseproblemer

Strategien vektlegger en satsing på å styrke kunnskapsgrunnlaget. Et viktig moment i så måte er å gjøre det lettere å koble eksisterende individdata på tvers av sektorene.

Strategien tilrår en prioritering av satsing på forskning på arbeid og helse området for å bidra til mer kunnskap og mer fokus på arbeid og helse-dimensjonen.

Strategien foreslår også å etablere et felles fagråd for arbeid og helse. Dette vil etableres og konstitueres våren 2017. Et slikt fagråd vil på eget initiativ, eller på oppfordring, kunne komme med råd og innspill til utformingen av politikken og innsatsen på arbeid og helse feltet.

2.2 Utredning om iBedrift – konseptet HelseIArbeid⁴

HelseIArbeid er et konsept utviklet på oppdrag fra Departementene, med tanke på en mulig nasjonal implementering av et tilbud som inkluderer helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, samt tilgang på rask individrettet tverrfaglig utredning og avklaring med fokus på mestring og arbeidsdeltakelse.

Dette konseptet operasjonaliserer flere av prinsippene i strategien, blant annet ved at det legger til rette for et samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. Videre inkluderer konseptet forebygging og en tidlig innsats.

Helsedirektoratet har vurdert den foreliggende rapporten, og slik det fremgår av oversendelsesbrevet, støtter direktoratet hovedmomentene i konseptet. Med dette mener direktoratet at kjernen i tilbudet; bedriftstiltak og individtiltak, anbefales tilgjengelige i hele landet.

Helsedirektoratet har ikke gjort en vurdering av de konkrete forslagene i den foreliggende rapporten vedrørende organisering, finansiering og implementering. Helsedirektoratet mener tilbudet bør kunne leveres innenfor eksisterende tjenesteapparat og ressurstilgang i helsetjenesten og NAV.

Forutsatt at den pågående utredning i regi av de fire regionale helseforetakene vedr omlegging og videreføring av Raskere tilbake-tiltak, tilrår at bedriftstiltaket og individtiltaket i konseptet blir anbefalt videreført som del av det ordinære tilbudet, bør eventuelle tiltak knyttet til implementering utredes særskilt, slik de to direktoratene har anmodet om i oversendelsesbrevene.

³ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke>

⁴ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nytt-nasjonalt-konsept-helseiarbeid>

2.3 Tilgrensende satsinger

Ved omlegging av Raskere tilbake-ordningen er det viktig å se sammenhengen med andre tilgrensende satsinger i hele tjenesteapparatet, som kan ha til dels overlappende målgrupper og tilbud. Her nevnes noen eksempler.

- **Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse** (2013 – 2016) fra Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er avsluttet. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, med innspill fra Utdanningsdirektoratet, har foretatt en systematisk gjennomgang av tiltakene og gitt anbefalinger for videre satsing. Tre hovedsatsinger for økt arbeidsinkludering anbefales implementert i ordinær videre drift.
 1. HelseArbeid konseptet (omtalt i punkt 2.2)
 2. Arbeidsinkluderingstiltak for personer med lettere til moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer
(en integrering av Rask psykisk helsehjelp og Senter for jobbmestring i NAV)
 3. Arbeidsinkluderingstiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer
(Individuell jobbstøtte - IPS, der Jobbmestrende oppfølging er integrert).
- **Rask psykisk helsehjelp i kommunene** er et gratis lavterskeltilbud til mennesker fra 16 år med milde til moderate angst- og depresjonsplager. Behandlingstilbudet baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi, gjennom korttidsintervensjoner. Det arbeides for å integrere jobbspesialist fra det lokale NAV-kontoret i Rask psykisk helsehjelp-team, dette er nødvendig for å sikre arbeidsperspektivet i tilbudet og oppfølgingen. Det arbeides nå også med å se på muligheten for å innføre digitale verktøy for assistert selvhjelp eller internettassistert behandling.
- **Frisklivssentraler** tilbyr helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen, som del av det kommunale helsetilbudet. Tilbudet er egnet ved risiko for frafall fra skole eller arbeidsliv og som en del av et behandlings- og rehabiliteringsforløp. Frisklivssentralene benyttes både som tidlig innsats for å forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være tilbud til personer i et behandlings, rehabiliterings eller habiliteringsforløp.
- **Tilgrensende satsinger i NAV** som Senter for jobbmestring, «Sees i morgen» - «jobbspesialister» mv
- **NAV's normale tiltak** med støtte til å bli i, og returnere til arbeid.

2.4 Hensiktsmessig nivå for tjenestene

Prinsippet om «laveste effektive omsorgsnivå» (LEON) har fremdeles gyldighet. Det er flere grunner til dette:

i) Mange tilbud/tiltak innen arbeid og helse, bygger på å mestre forhold i den nære tilværelsen med lokale tjenester fra NAV og helsetjenesten, arbeidsgiver, familie og nærmiljø. Dette tilsier at pasienten raskest mulig bør få sitt tilbud i en setting der han/hun bor, og at dette gir en bedre og mer varig effekt, enn andre tilbud.

ii) Kapasitetsmessig og ressursmessig, vil det være en fordel om det lokale NAV-kontoret, og kommunehelsetjenesten kan håndtere størst mulig del av oppfølgingen. På denne måten vil flere pasienter kunne få nytte av tilbudene.

iii) Eksisterende satsinger i regi av kommunehelsetjenesten, som eksempel «Frisklivssentralen» og «Rask psykisk helsehjelp» bør kunne få større ansvar for den lokale oppfølgingen.

iv) For å få gode og raske avklaringer, bør spesialist- og primærhelsetjenesten og NAV sammen kunne bidra, eksempelvis gjennom «individtiltaket» i HelseArbeid. Denne raske avklaringen bør gjennomføres på en slik måte at de kommunale og lokale tjenestene hjelpes i arbeidet med den videre oppfølgingen.

3 Anbefalinger

Hesledirektoratet anbefaler at en blir enige om overordnede prinsipper for omleggingen, før en konkret går inn på de eksisterende tilbud i Raskere tilbake-ordningen.

3.1 Forutsetninger

- Helseledirektoratet har lagt til grunn utviklingstrekk og signaler som har fremkommet i vår dialog med tjenestefeltet og regelmessig rapportering til HOD siden 2007.
- Helseledirektoratet har i sin vurdering inkludert hensynet til en hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten.
- Helseledirektoratet har lagt vekt på et fokus på å videreføre et likeverdig tilbud med fokus på arbeidsdeltakelse, uansett hvor du bor og hvem du er.
- Helseledirektoratet har vektlagt tilbud som i størst mulig grad sørger for god kvalitet, ref. punkt 1.4
- Til slutt har Helseledirektoratet lagt vekt på prinsippene i den vedtatte strategien Arbeid og helse- et tettere samvirke, omtalt i punkt 2.1.

3.2 Tilbud som bidrar til, og utvikler likeverdige og virksomme tjenester i hele landet anbefales videreført

Dette innebærer at en bør videreføre tilbud som enten:

- Er eller tar sikte på å være nasjonale og etableres i hele landet
- Vil utvikles for å bli nasjonale tilbud
- Spesialtilbud enkelte steder, bør være tilbud til innbyggere i hele landet

Det innebærer videre at en må ta i bruk virkemidler som bidrar til å sikre eller utvikle likeverdige tilbud.

3.3 Det bør satses videre de på store grupper sykmeldte med vanlige muskel/skjelett plager og/eller psykiske helseproblemer

Det bør satses på tilbud rettet mot de store gruppene sykmeldte.

Tall fra NAV viser at mennesker med muskel/skjelettplager og /eller psykiske helseproblemer utgjør størstedelen av de sykmeldte. Sykdomsbyrderapporten ⁵ fra Folkehelseinstituttet viser også hvordan disse helseproblemene utgjør viktige årsaker til helsetap.

⁵ <https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/>

3.4 Et tilbud til de store gruppene, bør tilpasses/utvikles og tilbys spesielle grupper med særegne behov.

Basert på tilbud til de store gruppene sykmeldte bør det utvikles et generisk tilbud, som kan passe mange bør utvikles, og denne bør kunne inkluderes som en modul i aktuelle pasientforløp eller «pakkeforløp», for ulike aktuelle tilstander. For å operasjonalisere dette, bør arbeid og helse perspektivet, og mulige moduler av denne type, vurderes tatt inn ved oppdatering av pakkeforløp for kreft, samt i den pågående utvikling av pakkeforløp rus og psykisk helse.

3.5 Fagområdet bør utvikle felles aksepterte retningslinjer og standarder

De tilbud som en velger å videreføre, må defineres slik at de er gjenkjennbare nasjonalt og internasjonalt.

Med utgangspunkt i et sett klart definerte intervensjoner og tilbud vil en lettere kunne utvikle tjenestene videre og forske på effekt. Dette vil gi et grunnlag for felles forståelse, forutsigbarhet, samt mulighet for kvalitetsforbedring og forskning.

Det bør også utvikles allment aksepterte datasett med kriterier for måling av effekt og kvalitet.

3.6 Det bør tilrettelegges for utvikling av kunnskapsgrunnlaget og videreutvikling av tjenestene

Ved nedlegging av den nåværende Raskere tilbake-ordningen opphører registreringen med debitor 20 i NPR. Dette gjør at dagens registrering av intervensjoner med arbeidsfokus blir forringet. Dette vil gjøre det vanskelig å forsikre seg om at midlene brukes på en slik måte at en oppnår mest mulig arbeidsdeltakelse.

Den ovennevnte strategien vektlegger en tilrettelegging slik en oppnår lettere tilgang på data, hentet fra eksisterende registre og aktivitet, og kobles slik at sammenhengen mellom intervensjoner og effekt på arbeidsdeltakelse kan følges.

På lang sikt er det viktig at myndighetene og helsetjenestene klarer å legge forholdene til rette for forskning og monitorering av intervensjonenes effekter. Dette er viktig for å rettferdiggjøre innsats og ressursbruk, og på den måten å øke fokus hos utøvere, ledere og brukere av tjenestene.

Ideelt sett bør kobling av eksisterende data samt innhenting av standardiserte data, raskt kunne gi gode aggregerte data for forskning og monitorering av aktivitet og resultater. På den måten vil en løpende kunne publisere enkelte kvalitetsindikatorer, som omhandler arbeid og helse og resultater med hensyn til retur til arbeid.

Folkehelseinstituttets (FHI) mandat og funksjon, tilsier at det er naturlig at en vurderer om FHI kan gis i oppdrag å etablere og drifte et eget register for å overvåke befolkningen mht. kombinasjonen av helse og arbeidstilknytning, samt hvordan samfunnets tjenester bidrar til helse og arbeidstilknytning. Det vil derfor være naturlig å etablere et nytt nasjonalt helseregister med koblede og innhentede data, i regi av det etablerte registermiljøet ved FHI.

3.7 Det bør legges til rette for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid

Det finnes enkelte tilbud som i større grad legger til rette for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Det bør satses videre på slike tilbud.

Fra et myndighets- og forvaltningsperspektiv, bør det også legges til rette for sektorovergrepene samarbeid. Dette kan gjøres ved å gi føringer i oppdragsdokumenter og styringsdokumenter.

Samarbeid kan også understøttes gjennom måten tilbudene finansieres. Eksempelvis kan lønns- og andre driftsmidler for et tilbud finansieres fra både NAV og helsetjenesten, med gjensidige forutsetninger for at tjenesten leveres sammen med den andre sektoren.

3.8 Arbeidstaker og arbeidsgiver er viktige samarbeidspartnere

Flere tilbud er utviklet i samarbeid med, og utnytter partnerskapet med arbeidsgiver og arbeidstaker organisasjonene. Disse tilbudene baseres på et samspill i arbeidslivet, for å oppnå helsefremmende og forebyggende effekter. Gjennom et godt samarbeid, er det mulig å legge forholdene til rette for å kunne bli i arbeidslivet til tross for helseplager.

Tilbud som videreføres bør legge til rette for et godt samarbeid mellom aktørene i arbeidslivet.

4 Konklusjon

4.1 Prinsipper og hensyn i valg av videreførte tilbud

- 1) Tilbud som ivaretas bør understøtte flest mulig av kvalitetsaspektene, nevnt i punkt 1.4.
- 2) Tilbud som videreføres bør være nasjonale, slik at alle innbyggere får et likeverdig tilbud.
- 3) Tilbud som treffer store grupper mennesker som står i fare for å falle ut av arbeidslivet bør videreføres.
- 4) Tilbud som videreføres skal være vurdert som mest hensiktsmessig å levere i regi av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at en ikke viderefører tilbud som kan leveres like godt og med bedre ressursutnyttelse i primærhelsetjenesten.
- 5) Tilbud som utnytter tverrfaglighet som en grunnleggende tilnærming til pasientenes sammensatte problemstillinger bør videreføres.
- 6) Overførbarhet til primærhelsetjenesten bør vektlegges i valg av tilbud.
- 7) Tilbud som videreføres skal i størst mulig grad gjennomføres i et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV, og hensiktsmessige modeller for dette samarbeidet bør videreutvikles.
- 8) Tilbud som involverer arbeidstaker og arbeidsgiver i et samarbeid, bør prioriteres.
- 9) Tjenestene og den videre utviklingen bør ha fokus på enkle og effektive utredninger/avklaringer og intervensjoner, med grunnverdien «hvor lite er best».
- 10) De intervensjoner/tilbud som besluttet videreført, bør beskrives og defineres nøye slik at hele fagmiljøet omtaler samme intervensjon.
- 11) Kompetanseoverføring mellom sektorer og nivåer må vektlegges. Spesialisthelsetjenesten må aktivt utøve kunnskapsformidling til primærhelsetjenesten.

4.2 Eksempler på tilbud Helsedirektoratet mener bør videreføres

4.2.1 Aktiv primærforebygging og helsefremming gjennom kunnskapsformidling til alle på arbeidsplassen bør videreføres

Aktiv primærforebygging og helsefremming gjennom kunnskapsformidling til alle på arbeidsplassen, levert av kompetente fagfolk fra helsetjenesten og NAV, bør videreføres. En modell for dette er «bedriftstiltaket» beskrevet i rapporten HelseIArbeid.

4.2.2 Rask tilgang på rask individrettet utredning og avklaring bør videreføres

Et tiltak som bør videreføres, er en tidlig, individrettet utredning og avklaring i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten må ha et arbeidsrettet fokus og formidle med samme budskap

som i det forebyggende tiltaket nevnt over. Ideelt sett bør flest mulig av de ansatte, være involvert i begge aktiviteter.

Tilbudet bør bli tilgjengelig i hele landet. En modell for tilbudet, er «individtiltaket» i HelseArbeid-konseptet (omtalt i punkt 2.2).

For å oppnå best mulig resultater, er det vesentlig at det ikke er ventetid når en blir henvist til dette tilbudet.

Rask tilgang på utredning og avklaring, bør være inngangsporten for de pasienter som ikke kan gis et tilfredsstillende utrednings- og avklaringsstilbud i primærhelsetjenesten. Et motto som er sentralt i denne vurderingen er «hvor lite er best».

Utfallet av en slik rask utredning og avklaring, vil kunne være grunnlaget for planleggingen av det videre forløpet, og således en hjelp for et bedre pasientforløp, enten ved tilbud i spesialisthelsetjenesten eller tilbud i regi av kommunen. På denne måten vil en kunne styre pasienten videre til det tilbud som passer best, det være seg enten videre utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, arbeidsrettet rehabilitering i form av opphold ved rehabiliteringsinstitusjoner, poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller oppfølging/behandling i kommunen.

Tilgang på rask individrettet utredning og avklaring vil fungere som en «buffer» for spesialisthelsetjenesten, og forhindre unødvendige og tidkrevende utredninger.

4.2.3 Tilbud til de store gruppene bør utvikles slik at de kan inngå som en del av pasientforløp for flest mulig problemstillinger

Det bør utvikles generiske moduler med arbeidsfokus, slik som nevnt i punkt 3.1.2. Slike moduler vil kunne inngå som elementer i behandlingsforløp/pakkeforløp for pasienter der det å beholde tilknytning til arbeidslivet er et tema. På denne måten vil kunnskaper om effektive tiltak for å returnere til arbeid, komme flere pasienter til gode. Eksempler kan være pakkeforløp for kreft, pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Slike arbeidsfokuserede moduler bør bli en del av tilbudet for alle pasienter der retur til arbeid er aktuelt.

4.3 Tilbud som anbefales avsluttet

Alle tiltak som allerede er en del av det ordinære pasienttilbudet bør ikke videreføres som del av denne satsingen. Behov for denne type behandling bør ytes i form av den helt ordinære sørge for-aktiviteten. Eksempler på dette er ortopediske inngrep og annen kirurgi.

4.4 Tilbud som anbefales overført til andre tjenestenivåer

Intervensjoner og tiltak som kan leveres like godt eller bedre i kommunehelsetjenesten, bør leveres der.

Helsedirektoratet håper momentene i dette notatet kan benyttes av HOD, og den pågående prosessen i regi av de regionale helseforetakene.

Dersom det skulle være spørsmål eller behov for avklaringer, er vi rede til å utdype våre vurderinger.