



Nytt nasjonalt konsept

HelseArbeid

Helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring - som grunnlag for mestring og arbeidsdeltakelse

Sluttrapport basert på arbeidsgruppens leveranse

Et prosjekt for utvikling av et nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift



HelseDirektoratet

Et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og HelseDirektoratet



Arbeids - og sosialdepartementet

Postboks 8019 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref:
15/262

Vår dato: 28..09.16

Oversendelse av sluttrapport av forslag til nasjonalt konsept HelselArbeid

Arbeids- og sosialdepartementet ga i supplerende tildelingsbrev ref. 13/3142 et oppdrag om å gjennomføre et prosjektarbeid knyttet til iBedrift. Oppdraget ble gitt som en del av arbeidet med kunnskapsutvikling, utprøving og evaluering av virkemidler knyttet til intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv 2014-2018. Prosjektplanen ble godkjent av Arbeids- og velferdsdepartementet desember 18. desember 2014. Prosjektet fikk 1 million av de 5,25 mill. kroner gitt under kap. 601, post 21.

I «Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013-2016» beskrives iBedrift som ett av tiltakene i planen. iBedrift modellen leverer forebyggende og helsefremmende tiltak på arbeidsplassen med fokus på målgruppene muskel- og skjelettlidelser og angst og depresjon. Metoden består av bedriftskontakt og individtiltak. Tilbudet iBedrift har vært tilgjengelig bare i fylkene Vestfold, Telemark, Buskerud, Akershus, Nordland og Troms. Fra 2014 også i Finnmark.

I Oppfølgingsplanen ble det også gitt følgende oppdrag: «På bakgrunn av erfaring og forskningsresultater bør det i samarbeid med partene i arbeidslivet gjøres en vurdering om iBedrift, eventuelt deler av konseptet, bør innføres i flere fylker eller i hele landet som arbeidsmetodikk». I 2014 ble det derfor startet et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet etter en felles beslutning i møte mellom Helsedirektør og Arbeids- og velferdsdirektør. Det ble avsatt personalressurser og midler til gjennomføring av et samarbeidsprosjekt.

Prosjektet innebar at Arbeids- og velferdsdirektoratet samarbeidet tett med Helsedirektoratet om å utvikle et nasjonalt konsept med forslag til faglig innhold, beskrive organisering og

ARBEID- OG TJENESTEAVDELINGEN // ARBEIDS- OG VELFERDS DIREKTORATET

Postadresse: Postboks 5, St. Olavs plass // 0130 OSLO

Besøksadresse : Økernveien 94 // 0579 Oslo
Tel: 21071000

www.nav.no

finansiering, samt implementering av konseptet. Prosjektets sluttrapport gir sine anbefalinger til nytt og enhetlig konsept som har fått navnet HelselArbeid. Arbeids - og velferdsdirektoratet har ledet prosjektet. Prosjektledelsen og styringsgruppe har vært sammensatt av representanter fra Helsedirektoratet og Arbeids - og velferdsdirektoratet. Referansegruppe ble bredt sammensatt med 12 deltakere fra partene i arbeidslivet, Arbeidstilsynet, fag- og interesseorganisasjoner. For å sikre en god og bred involvering av landets fag og forskningsmiljø ble også et stort antall av fagpersonell trukket med som deltakere i de fem arbeidsgruppene som ble etablert.

Prosjektets sluttrapport beskriver konseptet HelselArbeid som en ny metode og en organisering for tjenestesamhandling som krever forankringsarbeid, avtaler og samarbeid på alle relevante nivå. For å gjennomføre oppdraget må det inngås regionale og lokal samarbeidsavtaler mellom Regionale helseforetak (RHF) og NAV fylker og mellom NAV fylker/NAV kontor og aktuelle helseforetak (HF).

Sluttrapporten er tidligere oversendt til Arbeids- og sosialdepartementet, men sluttrapporten HelselArbeid er nå også behandlet i direktørmøtet i Arbeids - og velferdsdirektoratet. Det ble her enighet om å oversende rapporten til departementet med anbefaling om at HelselArbeid konseptet som beskrevet i rapporten, ble innført som et tjenestetilbud på landsbasis, under forutsetning av den finansielle siden avklares med departementet. iBedrift som tjenestetilbud fortsetter inntil videre i samarbeid mellom NAV og helsetjenesten.

Vennlig hilsen



Kjell Hugvik
Arbeids- og tjenestedirektør

Vedlegg: Sluttrapport sendes elektronisk



May Britt Christoffersen
seksjonsleder

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:
Vår ref.: 16/38738-3
Saksbehandler: Håkon Lund
Dato: 22.11.2016

Oversending av rapport om konseptet **HelseArbeid** - svar på oppdrag gitt i tiltak 32 i Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse

BAKGRUNN

Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013-2016 beskriver en utredning av konseptet iBedrift som tiltak 32 i planen. Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVDIR) og Helsedirektoratet (HDIR) fikk følgende oppdrag: *«På bakgrunn av erfaring og forskningsresultater bør det i samarbeid med partene i arbeidslivet gjøres en vurdering om iBedrift, eventuelt deler av konseptet, bør innføres i flere fylker eller i hele landet som arbeidsmetodikk».*

I 2014 ble det derfor startet et samarbeid mellom HDIR og AVDIR etter en felles beslutning i møte mellom Helsedirektør og Arbeids- og velferdsdirektør. Det ble avsatt personalressurser og midler til gjennomføring av et samarbeidsprosjekt. Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) bevilget i tillegg 1. mill. kroner av IA-kunnskapsmidler til prosjektet.

Prosjektet involverte en bred og representativ gruppe fagfolk fra begge sektorer, og et tett samarbeid med partene i arbeidslivet som er viktige samarbeidsaktører i en eventuell gjennomføring. Prosjektet ble gjennomført innenfor gitt tids- og ressursramme. AVDIR har oversendt rapporten til ASD, og anbefalt at **HelseArbeid**, som beskrevet i rapporten, innføres som et tilgjengelig tjenestetilbud i hele landet under forutsetning av at den finansielle siden avklares.

Konseptet **HelseArbeid** innebærer en satsing på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring, som grunnlag for mestring og arbeidsdeltakelse.

HelseArbeid retter seg mot store pasient/bruker gruppene som i følge FHI rapporten «Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013», utgjør store bidrag til den totale sykdomsbyrden i Norge. Målgruppen for bedriftstiltaket er alle ansatte og ledere på deltakende arbeidsplasser, mens

Helsedirektoratet

Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Håkon Lund, tlf.: +4794136742

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

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

målgruppen for individtiltaket er personer med muskel-skjelett – og psykiske helseproblemer som er sykmeldt, eller står i fare for å bli sykmeldt, og der en rask avklaring kan bidra til mestring og økt arbeidsdeltakelse. Selv om individtilbudet har et tydelig arbeids- og aktivitetsfokus, kan det også være aktuelt for mennesker som ikke har tilknytning til arbeidslivet.

DRØFTING

Konseptet **HelseArbeid** må sees i sammenheng med en rekke pågående prosesser. Her kan nevnes behovet for rydding, likeverdige tjenester og satsing på grupper med høyt sykefravær, knyttet til den varslede omleggingen av Raskere tilbake ordningen. **HelseArbeid** operasjonaliserer vesentlige prinsipper i den vedtatte strategien «Arbeid og helse – et tettere samvirke», her kan nevnes samtidighet, koordinert, tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid.

HelseArbeid inngår som ett av tre satsingsområder som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet vektlegger i det videre arbeidet etter at perioden for oppfølgingsplan arbeid og psykisk helse går ut. Konseptet HelseArbeid følger opp, og kan understøtte satsingen på tverrfaglighet og teamarbeid i primærhelsetjenesten, og satsingen på gode pakkeforløp.

Fra et folkehelseperspektiv er det positivt at konseptet åpner nye arenaer for formidling og forebygging til alle på arbeidsplassene. Konseptet følger også opp anbefalingene fra OECD om å forebygge, identifisere og intervensere med integrerte og koordinerte tjenester, tidlig i forløpet. Ved at konseptet etablerer et tettere samarbeid mellom NAV og Helse, håper vi på mer effektive og virksomme tjenester. Riktig utført, vil dette også kunne komme grupper med særlige utfordringer til gode.

./ Den vedlagte rapporten er drøftet i Helsedirektoratets ledelse, den 15.november 2016 og følgende vedtak ble fattet:

- *Helsedirektoratet støtter hovedmomentene i konseptet*
- *Oppdraget er besvart med den foreliggende rapporten som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)*
- *Helsedirektoratet tar rapporten til etterretning og anmoder HOD om oppdrag å utarbeide plan for utprøving med tanke på nasjonal trinnvis innføring, i et fortsatt samarbeid med AVdir.*
- *Helsedirektoratet legger til grunn at **HelseArbeid** anses som en videreutvikling av effektfulle tiltak utviklet gjennom «Raskere tilbake ordningen» (ref Statsbudsjett 2017 og utkast til tildelingsbrev for HDIR 2017)*
- *Momentene fra drøftingen tas inn i oversendelsesbrevet til HOD.*

For HDIR er det vesentlig at konseptet innrettes slik at det er mulig å utføre forskning og gjennom dette opparbeide kunnskap om konseptets effekter. Dette vil muliggjøre en justering og forbedring av konseptet underveis i utprøving og implementering.

Det er også viktig at konseptet ikke alene bidrar til en favorisering av de som ikke er i arbeid. Selv om tiltakene har et fokus på arbeidsdeltakelse, er det mange elementer av mestring, aktivitet og deltakelse i samfunnet som også kan komme de som ikke er i arbeid til nytte.

I en utprøving og implementering av konseptet er det viktig for HDIR at konseptet utformes slik at det understøtter og tilrettelegger for primærhelsetjenestens viktige rolle overfor disse store pasientgruppene.

ANBEFALING

./ Rapporten om konseptet **HelseArbeid** oversendes vedlagt. Dermed anses oppdraget, gitt i punkt 32 i Oppfølgingsplan arbeid og psykisk helse, for utført.

HelseArbeid innebærer mulighet for mer helsefremmende og forebyggende aktivitet overfor store grupper sykmeldte.

Hesledirektoratet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer konseptet som et av flere bidrag for å oppnå ønsket innretning og rydding, i en kommende omlegging av Raskere tilbake programmet.

Hesledirektoratet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet i felleskap med Arbeids- og sosialdepartementet gir et felles oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Hesledirektoratet om videre utprøving av konseptet med tanke på nasjonal trinnvis innføring, slik at tilbudet tilbys til hele befolkningen og arbeidsplasser i hele landet.

Vennlig hilsen

Olav Valen Slåttebrekk e.f.
assisterende direktør

Svein Lie
divisjonsdirektør

Vedlegg: 1

Kopi:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Helse- og omsorgsdepartementet, Cathrine Dammen
Helse- og omsorgsdepartementet, Kari Grette
Arbeids- og velferdsdirektoratet

FORORD

Vi har et stadig sterkere kunnskapsgrunnlag som tilsier at det er bra for helsa å være i arbeid.

For hver enkelt av oss er kunnskap om vanlige helseplager noe som gir trygghet og dermed en viktig forutsetning for å mestre hverdagen også gjennom arbeidsdeltakelse.

Denne rapporten beskriver innholdet i konseptet **HelseArbeid**. Rapporten anbefaler innføring av et nasjonalt konsept med to hovedelementer; «bedriftstiltak» og «individtiltak». Rapporten gir et grunnlag for nødvendige beslutninger og planlegging for å implementere ordningen som et tilbud i hele Norge.

Et felles nasjonalt konsept ivaretar direktoratenes rolle i å sikre tilgang på likeverdige tjenester til hele befolkningen og videre medvirke til virkningsfulle, samordnede tjenester. Ikke minst vil konseptet bidra til styrket involvering og ansvarliggjøring av brukerne. Dette er i tråd med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten fra 2005.

Konseptet vil styrke samhandling mellom tjenestenivåer, og lokalt- og regionalt tverrsektorielt samarbeid. Konseptet vil således kunne bidra til en nødvendig rydding i Raskere tilbake-tiltakene.

HelseArbeid fokuserer på de to store gruppene; personer med muskel/skjelett- og psykiske helseproblemer, og bidrar til bedre og mer koordinert innsats for disse gruppene.

I arbeidet med å utvikle et felles nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift har en rekke fagpersoner fra de seks fylkene vært involvert. I tillegg har også andre fagpersoner fra helsetjenesten og NAV deltatt. Et godt samarbeid med partene i arbeidslivet er svært viktig i den videre planlegging for implementering, finansiering, samt gjennomføringen av konseptet. Styringsgruppen takker alle for innsatsen som er lagt ned i arbeidet med å utvikle et nytt nasjonalt konsept: **HelseArbeid**.

Rapporten er laget i samarbeid mellom Arbeid- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.

May Britt Christoffersen

(sign)

seksjonssleder

Arbeidsmarkedsseksjonen

Arbeids - og velferdsdirektoratet

Oslo, mai 2016

Bente Moe

(sign)

avdelingsdirektør

Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Helsedirektoratet

INNHold

| | |
|--|----|
| <i>Forord</i> | 3 |
| <i>Innhold</i> | 4 |
| <i>1 Bakgrunn og oppdrag</i> | 7 |
| 1.1 Utgangspunkt | 7 |
| 1.2 Erfaringer med og effekter av iBedrift | 8 |
| 1.3 Oppdrag | 8 |
| 1.4 Oppbygging og struktur av rapporten | 9 |
| 1.5 Avklaring om enkelte begreper | 10 |
| <i>2 Anbefalinger</i> | 11 |
| 2.1 Hovedelementer i HelseArbeid konseptet | 11 |
| 2.2 Målsettinger med nytt nasjonalt konsept | 12 |
| 2.3 Målgrupper for konseptet | 13 |
| <i>3 Bedriftstiltak</i> | 15 |
| 3.1 Sammendrag | 15 |
| 3.2 Bedriftstiltaket | 15 |
| 3.3 Anbefalinger for valg av modell | 15 |
| 3.4 Målsetting | 16 |
| 3.5 Verdigrunnlag | 16 |
| 3.6 Bedriftstiltaket - beskrivelse av modell 1 og modell 2 | 17 |
| 3.7 Innsalg til bedriftene | 19 |
| 3.8 Bruk av mestringskontakt i bedriftene | 19 |
| 3.9 Samhandling med Bedriftshelsetjenesten - BHT | 20 |
| 3.10 HelseArbeid til bedrifter med og uten IA-avtale | 20 |
| 3.11 Pedagogiske prinsipper i bedriftstilbudet | 21 |
| 3.12 Opplæringsbehov for gjennomføring av bedriftstiltakene | 22 |
| 3.13 Samhandling om felles budskap i bedriftstiltaket | 23 |
| <i>4 Individtiltak</i> | 25 |
| 4.1 Individtiltaket | 25 |
| 4.2 Målgruppe | 25 |
| 4.3 HelseArbeid enheter bemannet med tverrfaglige HelseArbeid team | 26 |
| 4.4 Organisering og bemanning | 26 |
| 4.5 Flytskjema - bedriftstiltak og individtiltak | 28 |
| <i>5 Forslag for implementering, organisering og finansiering</i> | 29 |
| 5.1 Overordnede momenter | 29 |
| 5.2 Om implementering | 29 |
| 5.3 Om organisering | 30 |
| 5.4 Forslag om finansiering av HelseArbeid | 31 |
| <i>6 Organisering</i> | 33 |

| | | |
|------|--|-----|
| 6.1 | Sammendrag | 33 |
| 6.2 | Organisatoriske forutsetninger | 35 |
| 6.3 | Viktige faktorer i arbeidet med å innføre HelseArbeid | 36 |
| 6.4 | Utfordringer ved etablering av en HelseArbeid-enheter: | 38 |
| 6.5 | Styring og koordinering | 38 |
| 6.6 | Tjenester og leveranser | 42 |
| 6.7 | Behov for administrative verktøy i HelseArbeid | 44 |
| 6.8 | Bruk av elektroniske kommunikasjonsverktøy | 45 |
| 7 | <i>Implementering</i> | 47 |
| 7.1 | Implementering av HelseArbeid | 47 |
| 7.2 | Forankring | 48 |
| 7.3 | Kompetansetiltak før oppstart | 50 |
| 7.4 | Etablering i nye regioner | 51 |
| 7.5 | Etablering i områder med iBedrift aktivitet | 52 |
| 7.6 | Drift og videreutvikling | 52 |
| 7.7 | Implementering og koordinert forskningsaktivitet | 54 |
| 7.8 | Pedagogiske virkemidler | 54 |
| 8 | <i>Økonomi og Finansiering</i> | 55 |
| 8.1 | Kostnader | 55 |
| 8.2 | Gevinster | 56 |
| 8.3 | Estimat om ressursbruk | 56 |
| 8.4 | Dagens finansieringsmodell | 57 |
| 8.5 | Fordeler og ulemper ved dagens finansieringsmodell | 60 |
| 8.6 | Forslag til framtidige finansieringsløsninger | 61 |
| 9 | <i>Forskning og evaluering</i> | 67 |
| 9.1 | Innledning | 67 |
| 9.2 | Bakgrunn og forutsetninger for forskning på konseptet | 67 |
| 9.3 | Forutsetninger for god forskning på effekt | 68 |
| 9.4 | Forskning på implementeringsprosessen | 68 |
| 9.5 | Sentrale problemstillinger | 69 |
| 9.6 | Metodetilnærminger for å besvare forskningsspørsmålene | 69 |
| 9.7 | Forutsetninger for god forskning på nasjonalt konsept | 72 |
| 9.8 | Viktige forutsetninger for utarbeidelse av tiltakene | 73 |
| 9.9 | Viktige forutsetninger for implementering av konseptet | 74 |
| 10 | <i>Kunnskapsgrunnlag</i> | 75 |
| 10.1 | Felles faglig grunnlag | 75 |
| 10.2 | Medisinskfaglig grunnlag | 78 |
| 10.3 | Arbeid fremmer helse | 81 |
| 10.4 | Psykisk helse og arbeid | 84 |
| 10.5 | Muskelskjelettplager og arbeid | 86 |
| 10.6 | Arbeid og helseplager | 89 |
| 10.7 | Arbeidsfaglig grunnlag og NAVs oppdrag | 93 |
| 11 | <i>Arbeidsprosess</i> | 101 |
| 11.1 | Oppdragsanalyse | 101 |
| 11.2 | Prosjektverktøy | 103 |

| | | |
|------|---|-----|
| 11.3 | Kartleggingsfase | 103 |
| 11.4 | Arbeidsform og prosess | 104 |
| 11.5 | Ferdigstilling av sluttrapport | 106 |
| 12 | <i>Vedlegg</i> | 107 |
| 12.1 | Vedlegg til kapittel 1 – Bakgrunn og innledning | 108 |
| 12.2 | Vedlegg til kapittel 3 Bedriftstiltak | 119 |
| 12.3 | Vedlegg til kapittel 4 Individtiltak | 129 |
| 12.4 | Vedlegg til kapittel 5 Organisering | 141 |
| 12.5 | Vedlegg til kapittel 6 Implementering | 142 |
| 12.6 | Vedlegg til kapittel 8 Forskning og evaluering | 145 |
| 12.7 | Vedlegg til kapittel 9 Kunnskapsgrunnlag | 150 |
| 12.8 | Vedlegg kapittel 11 Arbeidsprosess | 157 |

HelseArbeid™

Navnet HelseArbeid vil etableres som registrert varemerke i offentlig regi. Dette gjøres for å sikre gjenkjennerbarhet og troverdig kvalitet på tilbudet til hele befolkningen, samt en enhetlig felles utvikling av konseptet.

1 BAKGRUNN OG OPPDRAG

Utviklingen innen fagområdet arbeid og helse taler for økt satsing på helsefremming, forebygging og tilbud om rask avklaring for store grupper med alminnelige helseplager.

1.1 Utgangspunkt

Raskere tilbake ordningen har siden oppstarten i 2007 utviklet et bredt utvalg arbeidsrettede tiltak i regi av både NAV og spesialisthelsetjenesten. Mange av tilbudene representerer nyutviklet tilnærming til pasienter som til nå ikke har hatt et fullgodt tilbud, og dermed ofte har havnet mellom «to stoler» i hjelpeapparatet.

De senere årene har ordningen fokusert på grupper med vanlige muskel-skjelett plager og psykiske helseproblemer, og koblingen mellom disse plagene. Disse gruppene representerer store deler av fraværet fra arbeidslivet.

Det har blitt en stadig klarere erkjennelse av sammenhengen arbeid og helse. Muligheten for å hjelpe den enkelte tilbake til mestring og arbeidsdeltakelse, reduseres drastisk når en passerer 2-3 mnd., og reduseres jevnt etter dette. Det er derfor stor oppmerksomhet på å oppdage de som står i fare for langtidsfravær fra arbeidslivet så tidlig som mulig. Tidlig avklaring vil gi økt mulighet for mestring, retur til arbeidslivet og bidrar til koordinerte og gode forløp.

Forebygging og helsefremmende arbeid, er den beste, mest effektive og minst ressurskrevende tilnærming. Forholdene er ikke tilrettelagt for at NAV og helsetjenesten effektivt kan samarbeide om forebyggende aktiviteter. NAV har begrensninger i sitt mandat. Helsetjenesten preges av aktivitetsbasert finansiering, der pasienten må ha en definert diagnose eller tilstand for at helsetjenesten skal bli refundert for sin innsats.

Gjeldende avtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2014 -2018 (IA-avtalen) har fokus på forebyggende arbeid for å nå målene i avtalen. Partene har gitt tydelige signaler om at erfaringer fra iBedrift bør brukes som utgangspunkt for et nasjonalt tilbud med fokus på forebygging helsefremmende arbeid og rask avklaring. Konseptet iBedrift har fått faglig og politisk oppmerksomhet som en god samhandlingsmetode med fokus på forebyggende og helsefremmende intervensjoner på arbeidsplassen, for mennesker med muskel-skjelett- og psykiske helseproblemer.

Folkehelseinstituttet har i januar 2016 utgitt rapporten «Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013». Den viser at muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er det viktigste årsaker til Helsetap i Norge.

Helsedirektoratet har i april 2016 gitt ut rapporten «Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013». I rapporten fremkommer det at «*Psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden og 17 prosent av helsetjenestekostnadene, men hele 56 prosent av produksjonstapet. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel-skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen.*»

1.2 Erfaringer med og effekter av iBedrift

Tilbudet iBedrift har vært tilgjengelig i fylkene Vestfold, Telemark, Buskerud, Akershus, Nordland og Troms. Gjennom kartlegging av tilbudet har det blitt avdekket store forskjeller når det gjelder innhold i konseptet, samarbeidsstrukturer, opplæring og organisering.

iBedrift modellen har levert forebyggende og helsefremmende intervensjoner på arbeidsplassen med fokus på muskel/skjelett plager og i den siste tiden også psykiske helseproblemer.

NAV har bidratt med å rekruttere bedrifter og i noen fylker tilbudt IA-tjenester som et supplement til helseinformasjonen.

I tillegg til bedriftstilbudet til alle ansatte og ledere har det vært tilrettelagt for rask og tverrfaglig avklaring som muliggjør tidlig oppstart av mestringstiltak.

(For ytterligere informasjon: se vedlegg 12.1.4 Kartlegging av erfaringer i de seks fylkene som har hatt iBedrift, side 116)

I 2013 ble det offentliggjort studier foretatt i to kommuner om effekten av iBedrift på sykefravær og andre helserelaterede utfall. Resultatene viste en signifikant nedgang i sykefraværet i de avdelinger som hadde fått iBedrift, sammenlignet med de som ikke hadde dette tiltaket (ref.) Magnus Odéen m.fl.). Etter dette er det igangsatt flere arbeider, inkludert enkelte RCT studier, av lokale iBedrift prosjekter for å måle effekt.

Analyser av registerdata fra Troms tyder på at de virksomhetene som har fått tilbudet har hatt nedgang i sykefraværet. En kvalitativ ekstern evaluering av iBedrift Troms er gjennomført av IPSOS i 2011 og konkluderer med at iBedrift har bidratt til vellykket holdningsarbeid og god brukertilfredshet.

(For ytterligere informasjon, se vedlegg 12.6.1 - Oversikt over publiserte artikler om iBedrift side 146.)

1.3 Oppdrag

I Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013 - 2016 pkt. 32 gir Regjeringen følgende oppdrag:

«På bakgrunn av erfaringer og forskningsresultater bør det i samarbeid med partene i arbeidslivet gjøres en vurdering om iBedrift, eventuelt deler av konseptet, bør innføres i flere fylker eller i hele landet som arbeidsmetodikk»

Ansvaret er gitt til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, med tidsramme fra 2013-2016.

I 2014 ble det startet et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet for å vurdere mulighetene for en videreutvikling av det eksisterende iBedrift tilbudet. Det ble satt av personellressurser og midler til arbeidet som en del av direktoratenes oppgaver knyttet til Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse og Raskere tilbake ordningen.

Det ble gjennomført et felles dagsseminar juni i 2014. Representanter fra involverte fagmiljø i helsetjenesten og NAV Arbeidslivssenter i de fylkene iBedrift har vært etablert var enige om at det var behov for en større gjennomgang av iBedrift, dersom dette tilbudet skulle utvides til et nasjonalt tilbud.

Direktoratene utarbeidet et felles drøftingsnotat til samarbeidsmøtet mellom direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet, Joakim Lystad og Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, høsten 2014. (se vedlegg 12.1.1 side 108). Beslutningsnotat til samme møte er gjengitt i vedlegg 12.1.2 side 114. Direktørene besluttet å igangsette et arbeid med å utvikle et nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift.

Arbeids- og sosialdepartementet bevilget en million kroner av IA-kunnskapsmidler til oppdraget. Det ble derfor laget en utvidet prosjektplan for å utarbeide forslag til et felles nasjonalt konsept med fokus på forebygging og helsefremming mellom NAV og helsetjenesten. Planen ble godkjent av Arbeids- og sosialdepartementet 18. desember 2014.

Prosjektet er gjennomført etter planen i samarbeid med partene i arbeidslivet, brukerorganisasjonene og sentrale fagmiljøer. Denne rapporten er hovedleveransen fra prosjektet.

1.4 Oppbygging og struktur av rapporten

Kapittel 2 gir en rask innføring i konseptet, med de to hovedelementer som kan innføres i hele landet.

Kapittel 3 om bedriftstiltaket og kapittel 4 om individtiltaket gir leseren mer informasjon om de to hovedelementene i modellen.

Kapittel 5 gir en rask oversikt over en rekke forslag som vil kunne danne grunnlag for å utarbeide en detaljert implementeringsplan for innføring av konseptet.

Kapittel 6, 7 og 8 gir grundigere informasjon og forslag om organisering, implementering og finansiering av konseptet. Disse kapitlene danner grunnlag for et eventuelt arbeid med å utarbeide en detaljert implementeringsplan.

Kapittel 9 gir innspill om hvordan forskning og evaluering kan gjennomføres som del av konseptet, under implementeringen og som del av videre ordinær drift og utvikling.

Kapittel 10 går gjennom kunnskapsgrunnlaget for konseptet. Kapittel 11 redegjør for arbeidsprosessen i prosjektet. Kapittel 12 er vedlegg.

1.5 Avklaring om enkelte begreper

Det er ikke utarbeidet en egen begrepsliste for rapporten, men det er naturlig å peke på to viktige begreper.

Begrepet "**tverrfaglig**" benyttes om tverrfaglig samarbeid på tvers av faglige disipliner, spesialiteter og nivåer, o tverrsektorielt samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren.

Begrepene «**bedrift**», «**virksomhet**», og «**arbeidsplass**» er brukt som likeverdige begreper på det stedet hvor folk arbeider, der bedriftstiltaket leveres.

Begrepet **psykiske helseproblemer** brukes som en fellesbetegnelse for plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre uavhengig av diagnose (referanse: Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016)).

Begrepet psykiske helseproblemer benyttes gjennomgående i kap. 1 og 2. Rapporten benytter i andre kapitler også begrepet psykiske helseplager og begrepet psykiske lidelser.

2 ANBEFALINGER

Helsedirektoratet og Arbeids - og velferdsdirektoratet har på oppdrag samarbeidet om å utarbeide et forslag til felles nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift. Konseptet har fått navnet «HelseArbeid»

HelseArbeid anbefales som et nasjonalt konsept for helsefremmende og forebyggende formidling av kunnskap til alle ansatte og ledere på arbeidsplassen, samt et individrettet tilbud med rask tverrfaglig, arbeidsfokusert avklaring.

2.1 Hovedelementer i HelseArbeid konseptet

Konseptet fokuserer på muskel-skjelett plager og psykiske helseproblemer. Store deler av helserelatert fravær fra arbeidslivet utgjøres av personer med disse plagene. HelseArbeid tar sikte på å nå hele landets befolkning med tiltak innrettet for å mestre og håndtere disse plagene.

Det anbefales å innføre konseptet HelseArbeid med følgende to hovedelementer:

1) Formidling av oppdatert kunnskap om muskel/skjelett- og psykiske helseproblemer til alle ansatte og ledere og prosessarbeid for å øke inkludering, mestring og arbeidsdeltakelse.

(Dette kalles «bedriftstiltaket»)

2) Tilgang på rask tverrfaglig, spesialisert og arbeidsfokusert utredning og avklaring.

(Dette kalles «individtiltaket».)

Erfaringer fra arbeidet med et inkluderende arbeidsliv er sentralt og konseptet innebærer et arbeidsfokusert samarbeid mellom helsesektoren og NAV, i nært samvirke med arbeidstaker og arbeidsgiver.

Aktiviteten vil ta utgangspunkt i eksisterende fagmiljøer som i dag leverer tjenester til de aktuelle pasientgruppene. Finansiering foreslås dekket av en omdisponering av Raskere tilbake midler og ordinære driftsmidler.

2.1.1 Bedriftstiltaket – Helseinformasjon og prosess ute i virksomhetene

Formidling av kunnskap til alle ansatte og ledere på en arbeidsplass om muskel-skjelett- og psykiske helseproblemer. Prosessarbeid med ansatte og ledere for å anvende kunnskapen på arbeidsplassen.

Målsettingen er å øke kunnskap, trygghet og mestring, skape et inkluderende arbeidsmiljø og dermed redusere sykefraværet og forhindre utstøting fra arbeidslivet.

Den pedagogiske tilnærmingen bygger på metoder som stimulerer den enkeltes ansvar og mestringsevne.

Kunnskapen formidles av NAV og helsetjenesten, med psykisk- og fysikalskmedisinsk helsekompetanse på spesialistnivå i samarbeid med arbeidstaker og arbeidsgiver.

(Mer om bedriftstiltaket i kapittel 3, fra side 15.)

2.1.2 Individtiltaket – Tilgang på rask tverrfaglig utredning og avklaring

Tilbud om koordinert og målrettet utredning- og avklaring, levert av tverrfaglige team med psykisk- og fysikalskmedisinsk helsekompetanse på spesialistnivå sammen med kompetanse fra NAV. Tilbudet har gjennomgående fokus på at arbeidsdeltakelse er en viktig faktor som bidrar til å fremme helse.

Helsetjenesten og NAV samhandler og er samlokalisert for å gi rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokuset vurdering og avklaring. På den måten oppnås en koordinert og samtidig prosess, i motsetning til lange, ofte ukoordinerte og sekvensielle prosesser. Rask tverrfaglig avklaring kan unngå unødvendige henvisninger til forskjellige utredninger i spesialisthelsetjenesten, noe som kan forsinke mestring og forlenge fravær fra arbeid.

Henvisning fra fastlege/sykmelder er nødvendig. For øvrig er inklusjonskriteriene de samme som for Raskere tilbake-tilbudene i helsetjenesten, dvs. personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt, og der tiltaket forventes å kunne forebygge eller forkorte sykefravær.

Tilbudet omfatter alle, uavhengig av om de er arbeidstakere i en virksomhet med eller uten IA-avtale.

Spesialisert kompetanse er vesentlig for å sikre forsvarlig identifisering av de som skulle ha behov for ytterligere undersøkelse og eventuell behandling. Ved at avklaringen gjøres av spesialister, representerer den et tillegg til det fastlegen, kommunal helse- og omsorgstjeneste og NAV kontor har mulighet til å gi.

Avklaringen vil ligge til grunn for å kunne lage en koordinert tverrsektoriell oppfølgingsplan for å hjelpe den enkelte til mestring og økt arbeidsdeltakelse. Avklaringen blir dermed en støtte til fastlege/sykmelder, primærhelsetjeneste og NAV kontor, som følger opp den enkelte i det videre forløp.

(Mer om individtiltaket i kapittel 4, fra side 25.)

2.2 Målsettinger med nytt nasjonalt konsept

HelseArbeid har følgende målsettinger

- **Gi kunnskap til ansatte i arbeidslivet for å bidra til trygghet og mestring av vanlige helseplager**
- **Bidra til hurtig avklaring og oppfølging og styrke mulighet for arbeidsdeltakelse**

Formålet er å gi et helhetlig tilbud til mennesker med muskel/skjelett- og psykiske helseproblemer som bidrar til å øke arbeidsnærværet og hindre utstøting fra arbeidslivet.

NAV og helsetjenesten skal tilby helsefremmende informasjon samt rask og tverrfaglig avklaring som muliggjør tidlige mestringstiltak for å komme tilbake til jobb. Dette vil bidra til å nå de overordnede målene i IA- avtalen.

Det foreligger noe vitenskapelig dokumentasjon på enkeltelementer av intervensjonen overfor mennesker med muskel-skjelett plager. Det pågår forskning på intervensjonen når det gjelder mennesker med psykiske helseproblemer, men gjenstår mye kunnskapsutvikling, også når det gjelder eventuelle fordeler av et tett samarbeid mellom helsetjenesten og NAV. Konseptet skal bidra til denne type kunnskapsutvikling.

Konseptet beskriver et systematisk samarbeid mellom offentlige sektorer og arbeidslivet. Helsetjenestene skal fokusere mer på forebygging og helsefremmende arbeid og effektive tiltak som bidrar til økt arbeidsdeltakelse.

2.3 Målgrupper for konseptet

- **Målgruppen for bedriftstiltaket er alle ansatte og ledere på deltakende arbeidsplasser**
- **Målgruppene for individtiltaket er personer med muskel-skjelett- og psykiske helseproblemer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt og der en rask avklaring kan bidra til mestring og økt arbeidsdeltakelse**

3 BEDRIFTSTILTAK

Arbeidsplassen – en arena for helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling i et samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsetjenesten og NAV

3.1 Sammendrag

Det viktigste elementet i dette konseptet er en helsefremmende og forebyggende intervensjon gjennom formidling av kunnskap om vanlige helseplager til alle ansatte og ledere i deltakende virksomheter. Arbeidsplassen blir en arena for kunnskapsformidling i et samarbeid mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, helsetjenesten og NAV.

Informasjonen gir kunnskap om vanlige muskel-skjelett, og psykiske helseplager med en pedagogisk tilnærming der fokus er å stimulere mestringsevne og den enkeltes ansvar.

3.2 Bedriftstiltaket

HelseArbeid konseptet inneholder først og fremst en helsefremmende og forebyggende intervensjon, bestående av formidling av helsekunnskap, og en prosess om hvordan arbeidsplassen kan integrere kunnskapen i tråd med øvrig IA arbeid. Denne intervensjonen betegnes som "bedriftstiltak" og formidles i virksomhetene i et samarbeid mellom personell fra både helsetjenesten og NAV. Helsetjenesten formidler helsekunnskap innen både psykisk helse og muskel-skjelett, mens NAV leder en prosess hvor informasjonen bearbeides med fokus på å utvikle et mer helsefremmende arbeidsmiljø i tråd med IA prinsippene.

3.3 Anbefalinger for valg av modell

På bakgrunn av erfaringer fra fylkene med bedrift tilbudet er det utarbeidet to ulike forslag til innhold og gjennomføring av det vi kaller «bedriftstiltaket.» Den ene modellen er et tilbud med kun helseinformasjon mens den andre modellen gir et tilbud med både formidling av kunnskap om helse inkludert en prosess om hvordan arbeidsplassen kan integrere kunnskapen i tråd med prinsippene i helsefremmende arbeid og i IA arbeid.

Tilbudet om HelseArbeid selges inn til bedriftene av NAV.

Modellen er i tråd med råd fra OECD, som anbefaler styrking av samhandlingen mellom arbeid og helse. I arbeidsgruppen som har jobbet med utvikling av bedriftstilbudet har flertallet

kommet fram til å anbefale modell 2 hvor både helsetjenesten og NAV bidrar med informasjon ute i virksomhetene. Både referansegruppen og styringsgruppen har også anbefalt modell 2.

Dersom en finner behov for en sterkere evidens for effekten og gevinst av de alternative modellene kan det eventuelt utprøves både modell 1 og 2 hvor begge modellene evalueres.

Kompetanse og faglig integritet er sentralt i konseptet. Budskap skal bygges på felles kunnskapsgrunnlag for både helsepersonell og NAV.

Det må sikres god samhandling mellom bedriftstiltak og individtiltakene knyttet til HelseArbeid.

3.4 Målsetting

- Gi ansatte og ledelse i virksomheten evidensbasert kunnskap om muskel og skjelettplager, samt vanlige psykiske helseplager.
- Gi kjennskap til arbeidets betydning for helse
- Gi kjennskap til arbeidsmiljøets betydning for helse og at arbeidsmiljøet er alles ansvar og noe man kontinuerlig må arbeide med
- Bidra til at flere kan mestre jobb på tross av vanlige helseplager og redusere sykefravær.

Det er antatt at den enkelte, når slik kunnskap blir tilgjengelig, gjør bedre valg for egen helseatferd, mestring oppstår og inkluderingskultur bedres. Når flere kan være på jobb, helt eller delvis med gradert sykemelding på tross av helseplager gir dette samlet lavere sykefravær i bedriften, som også kan være et økonomisk incentiv.

Erfaringer i virksomheten høster gjennom ivaretagelse av enkelt-ansatte med vanlige helseplager, kan komme alle til gode. Dette kan også bidra til et godt omdømme for virksomheten og gi positiv effekt for virksomheten både ved rekruttering og bedre stabilitet i personalgruppen. Erfaringer med deltakelse i iBedrift har vist at virksomheter som deltar får økt tillit til både NAV og helsetjenesten. Deltakende virksomheter skaper også økt inkludering i arbeidslivet for personer som har behov for lønnet arbeid og arbeidstrening.

3.5 Verdigrunnlag

3.5.1 Trygghet, åpenhet og ærlighet:

Økt kunnskap om både muskel-skjelettplager og vanlige psykiske helseplager kan gi den enkelte trygghet til selv å foreta gode valg hvis plagene skulle inntreffe.

Økt kunnskap og trygghet på arbeidsplassen bidrar til å redusere stigma og gi mer åpenhet om alminnelige helseplager og psykiske helse. Med større grad av åpenhet er det lettere å ha dialog om den enkeltes behov.

3.5.2 Respekt og likeverd:

Disse verdiene danner grunnlag for det å respektere og verdsette forskjellighet til beste for den enkelte og fellesskapet. Alle involverte er like mye verdt, både som mennesker og arbeidstakere. Kunnskapsformidlingen i konseptet skal bygge opp under arbeidsplassens evne til å møte alle

med respekt, og at den enkelte kan ta sine valg basert på kunnskap og forståelse og med anerkjennelse fra sine kollegaer.

3.5.3 Fra fokus på begrensninger til fokus på muligheter

Konseptet forutsetter at etatene, arbeidsgiverne og utøverne endrer sitt fokus fra å verifisere begrensninger (gjennom diagnostikk og medikalisering) for å utløse tiltak, støtte og rettigheter - til et fokus på muligheter og potensiale hos den enkelte og i arbeidssituasjonen. Kunnskap om Empowerment og fra Appreciative Inquiry skal legges til grunn i arbeidet med personer både i bedriftstiltakene og i individtiltaket.

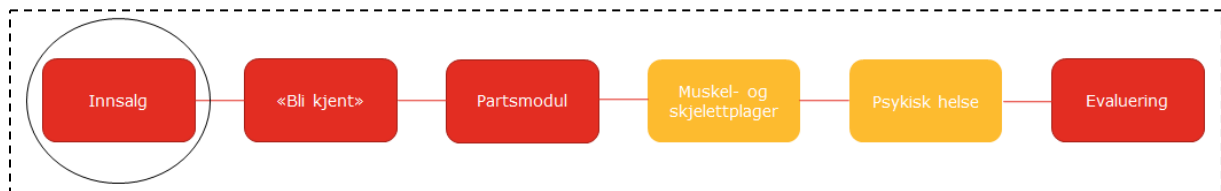
3.6 Bedriftstiltaket - beskrivelse av modell 1 og modell 2

Modell 2 inkluderer en integrert IA-prosess i forløpet sammen med en ren formidling av helsekunnskap. I modell 1 er det ingen slik prosess i løpet av forløpet.

Rekkefølgen for informasjonsformidlingen er ikke avgjørende, men alle moduler er obligatoriske for bedriften dersom en inngår en avtale om gjennomføring av HelseArbeid i bedriften.

3.6.1 Helseinformasjon i bedriftene (modell 1)

Denne modellen er et tilbud om helseinformasjon for ansatte og ledere, presentert av helsepersonell. I denne modellen er det ikke inkludert NAV informasjon eller prosess basert på IA prinsippene.



Konseptet HelseArbeid selges inn av IA-rådgiver. Helsetjenesten tilbyr kunnskap om muskel- og skjelett og vanlige psykiske helseproblemer i to moduler av 1 times varighet. IA-rådgiver har ingen oppdrag i opplæringen utover rollen som IA- rådgiver i evalueringsmøtet.

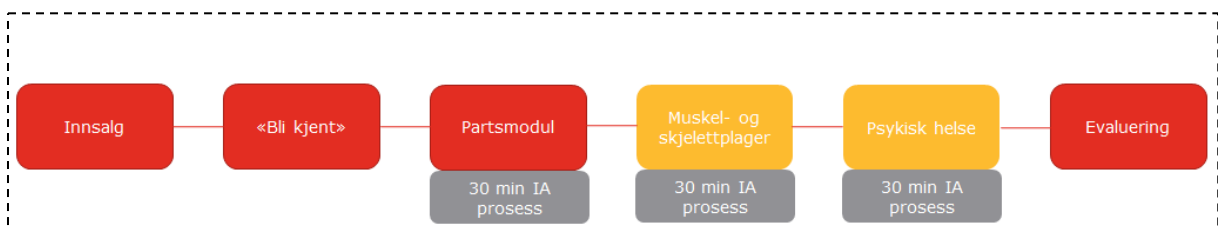
I modell 1 gis kunnskapsformidling om helse for å forebygge frafall ved å øke sykdomsforståelsen. Det er ikke noe mål om å jobbe med arbeidsmiljøprosess da det tilbys ordinære IA-tjenester dersom bedriften ønsker dette, både før og etter tiltaket. Fordel med denne modellen er at den er mindre kostnadskrevende for bedriften og NAV Arbeidslivssenter. Kostnadene med å redusere lengden på opplæringsmodulene med 30 min. gir blir lavere produksjonstap for bedriftene og redusert behov for IA-rådgivere i tilbudet HelseArbeid. Når IA-rådgiver ikke deltar ute i virksomhetene blir ikke deres manglende kapasitet en bremsekloss for fremdriften i modulene. I modell 1 er det også ett foreslått ett møte mindre enn i modul 2 da det ikke gjennomføres målsettingsmøte. IA-rådgiver tilbyr sine ordinære IA-tjenester overfor bedriften, hvor samarbeidet er knytte til samarbeid med i hovedsak med ledelsen, tillitsvalgte og verneombud og ikke overfor alle ansatte. IA-rådgiver vil med denne modellen ha større kapasitet til øvrige IA-tjenester og overfor flere innsalg av HelseArbeid.

3.6.2 Helse og NAV informasjon og prosess i bedriften (modell 2 – anbefalt modell)

Denne modellen (modell 2) beskriver et tilbud med helseinformasjon gitt av helsepersonell, inkludert en prosess, ledet av NAV, hvor helseinformasjonen bearbeides med fokus på å utvikle et mer helsefremmende arbeidsmiljø i tråd med IA prinsippene.

Her følger og gjennomfører IA-rådgiver/IA-kontaktpersonen sammen med fast kontaktperson fra helsetjenesten hele leveransen. IA-rådgiver er også pådriver for prosesser mellom opplæringsmodulene.

Modell 2 som inkluderer IA-arbeid samsvarer tydeligere med det oppdraget som er gitt knyttet til samhandling mellom helsetjenesten og NAV i «Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse» Modellen inneholder et samvirke som bidrar til at helsetjenesten får bedre kunnskap om arbeidslivet og at NAV får kunnskap om de mest vanlige helseplagene som fører til sykefravær.



Modell 2 inneholder moduler med både IA-prosess i selve modulene og som leveranser mellom modulene.

Helsetjenesten og NAV har et gjensidig ansvar for innholdet i modulene. Det er helsepersonell som gjennomfører opplæringen på 1 time knyttet til muskel-skjelett og vanlige psykiske plager. I siste 30 min av modulen har NAV et særskilt ansvar for å gjennomføre prosessarbeidet. Hver modul varer i til sammen 1,5 time.

Ved at både NAV og helsetjenestens personell samarbeider om opplæringen i denne modell 2 tydeliggjøres det en aktiv samhandling mellom NAV og helsetjenesten ute i bedriftene. Her legges det til rette for å jobbe både «individ og miljø» hvor alle ansatte og ledere involveres i prosessen med å utvikle et felles arbeidsmiljø.

Tilbudet HelseArbeid skrives inn i bedriftens mål og handlingsplan som et tiltak som iverksettes i bedriften for å oppnå ønskede mål. Forutsatt at man tror IA-arbeid har en positiv effekt på et mer inkluderende arbeidsmiljø tilrettelegger denne modell for en merverdi som er noe større enn investeringen. Prosessarbeid anses som en viktig del av tiltaket. En grunnleggende tanke i helsefremmende arbeid er involvering av alle ansatte. Modellen sikrer at alle ansatte og ledere involveres og får eierskap til hvordan arbeidsmiljøet kan utvikles på bakgrunn av den nye kunnskapen man har fått gjennom opplæringen. Systematisk arbeid med sentrale nærværsfaktorer som trygghet, åpenhet og fokus på muligheter bidrar til et godt og ivaretagende arbeidsmiljø for alle. De ansatte er den viktigste resursen for god kvalitet i produksjon/tjeneste.

Etter at bedriftstiltakene er gjennomført, følger IA-rådgiveren opp videre arbeid i bedriften, ut fra hvilke behov som anses nødvendig.

(I vedlegg 12.2 side 119 er modellene beskrevet mer inngående)

3.7 Innsalg til bedriftene

Tilbudet om HelseArbeid selges inn til bedriftene av NAV Fylke. I dag utføres dette av Arbeidslivssenteret. De er daglig i kontakt med bedrifter som kan være interessert i gjennomføre konseptet i sin bedrift.

For å lykkes med HelseArbeid må arbeidsgiver og arbeidstaker være omforente om målet, slik at det er en felles vilje til å øke arbeidsnærværet og forståelsen for at arbeid er viktig for alle.

Det er viktig at bedriftshelsetjenesten (BHT) er kjent med det faglige innholdet i HelseArbeid, slik at de kan benytte samme argumenter og tankegodt i sitt ordinære bedriftsarbeid. I virksomheter som har BHT er det ønskelig at de er tilstede i alle prosesser. HelseArbeid vektlegger at den ansatte skal møte samme tenkning og holdning på alle arenaer. Hvorvidt BHT skal delta avgjøres av ledelsen.

Erfaringer har vist at arbeidsplassen kan være en god arena for å håndtere vanlige helseplager. For virksomhetene betinger dette at de har en kultur og forståelse av at det greit å være på jobb tross av plager.

Det er flere forhold som må vurderes om det er hensiktsmessig og tilby bedriften konseptet HelseArbeid:

- Er partsarbeidet intakt, med det menes ledelse og ansatte representanter?
- Hvordan er sykefraværet?
- Hvordan er IA-rådgivers relasjon til denne virksomhet?
- Har virksomheten et ønske og en vilje til å gjøre en innsats?
- Hvordan er samarbeidet med BHT? BHT er en lovpålagt tjeneste for noen virksomheter.

3.8 Bruk av mestringskontakt i bedriftene

I Konseptet iBedrift har det blitt oppnevnt en eller flere ressurspersoner i virksomheter som har hatt en funksjon som interne ressurspersoner. Disse har fått en rolle som har blitt kalt "Mestringskontakt". Ordningen ble innført på bakgrunn av forskning som viste gode resultater med likemannsarbeid. Mestringskontaktene skulle også være en kollega en kunne snakke med, om hvordan være på jobb og samtidig ta tilstrekkelig hensyn til sine plager, uten å måtte gå til leder eller tillitsvalgt/verneombud.

I tidlig fase av iBedrift ble det også forsøkt en ordning der mestringskontakten fikk henviser til avklaring av sine helseplager i en poliklinikk uten å gå via fastlegen. Denne henvisningsordningen ble avviklet etter vurdering fra Helsedirektoratet.

I Odéens randomiserte studie av iBedrift viste det seg at den gruppen hvor mestringskontakten hadde henvisningsmulighet var den gruppen som ga signifikant reduksjon i sykefravær.

Mestringskontakten kunne også være en pådriver for å jobbe mer med et inkluderende arbeidsliv og et forbilde i arbeidsmiljøet.

I mange virksomheter ble mestringskontakten lite brukt da det var usikkerhet om denne rollen i forhold til funksjonen som leder og tillitsvalgt og verneombud. Hos andre opplevdes mestringskontakten som en positiv ressurs, der de ansatte fant en trygg person å snakke med som kunne bidra med å finne gode løsninger. I de fleste tilfeller handlet det om personlige egenskaper hos mestringskontakten.

I de fleste modellene av iBedrift har denne funksjonen blitt tatt bort. På bakgrunn av disse erfaringer har det blitt vurdert i dette prosjektarbeidet og kommet fram til at det ikke bør anbefales å etablere rollen som mestringskontakt i HelseArbeid konseptet, da denne rollen best ivaretas av leder, tillitsvalgt og/eller verneombud.

3.9 Samhandling med Bedriftshelsetjenesten - BHT

Bedriftshelsetjenestens(BHT) rolle må tydeliggjøres når en starter med konseptet HelseArbeid ute i virksomhetene. For at HelseArbeid skal lykkes er det viktig at bedriftshelsetjenesten forstår innholdet i konseptet og bidrar til å formidle en forståelse som ikke er på kollisjonskurs med budskapene i HelseArbeid. Bedriftshelsetjenesten må involveres på et tidlig tidspunkt.

Erfaringer fra Posten Norge AS har vist at det er viktig at bedriftshelsetjenesten er en aktiv deltaker da de er den helseaktør og støttespiller som jobber med bedriften både før og etter intervensjonen i HelseArbeid. Deres rolle må også være å bidra til å opprettholde effekten av tiltaket over tid og kan støtte partene i det videre arbeidet.

Noen virksomheter har meldt om at tilbudet iBedrift opplevdes som en trussel for bedriftshelsetjenesten. BHT har tradisjonelt hatt et litt annet fokus, blant annet på å gjennomføre opplæring innen løfteteknikk og ergonomi. BHT har i enkelte tilfeller ikke anbefalt bedriften å ta imot tilbudet om iBedrift da de mener selv å kunne tilby denne tjenesten. I andre tilfeller etableres det et godt samarbeid der bedriftshelsetjenesten der de blir en viktig aktør og støttespiller for iBedrift. I prosjektarbeidet har Arbeidstilsynet vært opptatt av hvordan BHT kan involveres best mulig. Arbeidsgruppen som har utredet bedriftstiltakene anbefaler derfor at i virksomheter som har bedriftshelsetjeneste, må disse bidra i prosessen med gjennomføring av HelseArbeid, fra forankring til evaluering.

3.10 HelseArbeid til bedrifter med og uten IA-avtale

Tilbudet anbefales å være tilgjengelig for alle bedrifter. Til nå er det i all hovedsak virksomheter med IA avtale som har deltatt i iBedrift ordningen.

Prosjektet har ikke utredet alle spørsmålene som må adresseres for at HelseArbeid skal kunne tilbys til virksomheter uten IA-avtale. Det å skulle bistå virksomheter uten samarbeidsavtaler reiser flere spørsmål som må utredes for å finne gode løsninger. Denne avklaringen må gjøres nasjonalt og løftes inn til den nasjonale oppfølgingsgruppen for IA-avtalen. Aktuelle problemstillinger er:

- Hvordan markedsføres tilbudet for virksomhetene uten IA-avtale?
- Skal virksomheter uten IA-avtale kun motta helseinformasjonen?

- Hvilken rolle skal IA-rådgiveren ha i virksomhetene uten IA-avtale?
- Kan en egen rådgiver i NAV Arbeidslivssenter inneha denne rollen jfr. arbeidsgiverlos og arbeidsgivercoach som også betjener ikke IA-virksomheter?
- Skal disse virksomhetene få tilbud om aktuelle IA-tjenester fra IA-rådgiveren som er tilfelle i IA-virksomhetene?
- Hvordan skal det eventuelt prioriteres mellom IA og ikke IA-virksomheter når man "selger" inn HelseArbeid, og skal IA-rådgiveren være den som skal følge disse virksomheter? Er det andre aktører som kan bistå med IA-rådgivers funksjon i virksomhetene uten IA-avtale?

Alle som har undertegnet IA-avtalen har krav på kontaktperson fra NAV. Denne kontaktpersonen er en IA-rådgiver som bistår virksomheten som strategisk samarbeidspartner og veileder på IA-arbeidet. Når en tilbyr virksomhetene HelseArbeid konseptet har NAV Arbeidslivssenter en sentral rolle. Oppdraget til Arbeidslivssenteret er å bistå virksomheter som har undertegnet samarbeidsavtalen. Dersom en tilbyr HelseArbeid til alle virksomheter, undergraves verdien av å tegne samarbeidsavtalen knyttet til IA-avtalen. For bedrifter som tegner samarbeidsavtale har IA-rådgiveren en viktig rolle og oppleves som en bonus ved IA-avtalen (Jfr. Evalueringene av IA-avtalen).

NAV Arbeidslivssentrene leverer i dag tilbud til alle virksomheter uten at det er inngått IA-avtale. Dette gjelder «Sees i morgen!»- kompetansepakken til arbeidslivet, og arbeidsgiverlos og arbeidslivscoach. Ingen av disse tilbudene er avhengig av IA-rådgiveres veiledende rolle.

I HelseArbeid konseptet er en IA-rådgiver fra NAV bidragsyter i veiledning om arbeidsmiljøarbeid. Dette gjelder i begge modellene. I modell 1 har IA-rådgiver en rolle ved innsalg, i partsmodul og i evalueringsmøtet. I modell 2 har IA-rådgiver en integrert rolle i alle møtepunkter.

3.11 Pedagogiske prinsipper i bedriftstilbudet

Konseptet bruker en pedagogisk tilnærming som skaper trygghet og får tilhørerne til å reflektere over egen situasjon, egne muligheter, og sette dem i stand til å ta ansvar for å mestre nåværende eller framtidige helseplager. Kunnskapsgrunnlaget som ligger i Empowerment er viktig å legge til grunn i modulene. Undervisning og prosessen i etterkant skal bidra til at de ansatte opplever å kunne påvirke sin egen helse og livssituasjon.

Det er den enkeltes mulighet for å ha en aktiv innflytelse over sin situasjon, enten det er i sitt arbeid eller over sin helse som må vektlegges. Kunnskap skal bidra til at folk selv sette i stand til å definere sine egne problemer og finner egne løsninger i felleskap med andre.

Informasjonen som formidles er basert på en medisinskfaglig forståelse; «ikke skademodellen», som tilsier at det ved de fleste muskel-skjelett plager foreligger uklare årsakssammenhenger. Dette innebærer at det ofte er vanskelig eller umulig å stille en objektiv diagnose, og at det i de fleste tilfelle ikke finnes spesifikk behandling. Det formidles at det i de aller fleste tilfelle ikke kan påvises en vevsskade knyttet til en smertefølelse fra muskel-skjelettapparatet.

Det har vært en bevisst strategi i rekruttering til NAV arbeidslivssentrene at man skal ha ulik bakgrunn innen formal og realkompetanse, for å speile det sammensatte arbeidsliv som skal betjenes. Det er derfor viktig at opplæring for de som skal være forelesere og prosessledere også tar for seg kommunikasjon og formidling. En sentralmetode som benyttes i NAVs arbeid med prosesser og systemisk arbeid ute i virksomhetene er Apprecative Inquiry (AI). AI metodikken bygger på medvirkning og involvering for å utløse engasjement fra de ansatte som bidrar til å skape medvind i organisasjonen som er viktig for endring. NAV har også utviklet en veiledningsplattform som er et hjelpemiddel for ansatte i NAV til å utvikle kommunikasjons- og veiledningsferdigheter. Det er fastsatt 5 prinsipper for god veiledning i NAV

1. Anerkjennelse brukers situasjon og behov
2. Avklare roller og gjensidige forventninger
3. Gi tilstrekkelig og relevant informasjon
4. Fremme brukers ressurser og muligheter
5. Bidra til å sette mål og støtte bruker i prosessen mot målet

3.12 Opplæringsbehov for gjennomføring av bedriftstiltakene

Kompetanse og faglig integritet er sentralt for hele konseptet. Både helsepersonell og IA-rådgiverne har hvert sitt definerte fagområde. Når opplæringen skal gjennomføres i et samarbeid er det viktig at rådgiverne har god kunnskap om hverandres fagområder. Erfaringer viser at faglig legitimitet i formidlingen er viktig. Altså at formidleren har formal- og real kompetanse og erfaring fra det aktuelle fagområdet. Detaljert beskrivelse av kompetansekrav, er inkludert i vedlegget til rapporten.

Den pedagogiske fremstillingen er helt sentral for at budskapet kommer frem. De som skal undervise i bedriftene må kunne balansere mellom faglig presisjon og forenkling, samtidig som en unngår bagatellisering. For å vedlikeholde en slik balanse må utøverne tilhøre et fagmiljø og systematisk vedlikeholde og utvikle egen kompetanse.

Det foreslås at utøvere må gjennomføre en felles grunnopplæring for både personell i NAV Arbeidslivssenter/NAV kontor og helsepersonell som skal undervise og tilby individtiltak. Opplæringen må inneholde grundig faglig gjennomgang av innholdet i konseptet HelseArbeid, både det helsefaglige og arbeidsfaglige grunnlaget.

Det må etableres en felles forståelse av kunnskapsgrunnlaget knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid. Budskapet skal være enkelt, tydelig og kunne relateres tilhørernes arbeidshverdag.

De som står ansvarlig for opplæringen av personell som skal bidra i HelseArbeid må ha kunnskap og myndighet til å sikre den faglige kvaliteten i modulene i bedriftstiltaket. Det må legges til rette for nødvendig opplæring og veiledning av utøverne av bedriftstilbudet. Det anbefales at det lages en modul for veiledning og opplæring som skal gjennomføres.

(I kapittel 7 om implementering fra side 47 ligger en mer detaljert beskrivelse om opplæring. I vedlegg 12.5.2 side 144 beskrives opplæringen av instruktører i ytterligere detalj.)

3.13 Samhandling om felles budskap i bedriftstiltaket

Ved at utøvere av bedriftstiltak og individtiltak fra NAV og helsetjenesten arbeider sammen i HelseArbeid enhetene som tverrfaglige HelseArbeid team, vil dette bidra til utvikling av felles kunnskap om arbeid og helse over tid.

Instruktører fra både NAV og Helse skal fortsatt ha sin faglige tilknytning som utøvere i sitt fag og delta aktivt i sitt tjenestemiljø for pasienter, brukere, og/eller øvrige virksomheter i regionen.

For å sikre et enhetlig og samstemt budskap fra både NAV og Helse må det legges til rette for at man har forståelse for hverandres perspektiver og bidrag. Dette bør sikres gjennom møteplasser og felles opplæring. Dette kan gjøres ved:

- Felles fagmøter/fagdager.
- Felles faglige arenaer der tiltaket utvikles, evalueres og vedlikeholdes.
- Tilrettelegge for at representanter fra virksomheter involveres (brukermedvirkning).
- System for styring og koordinering av bedriftstiltakene
- Det må sikres god samhandling mellom individtiltak og bedriftstiltak.
- Det er viktig at det samme fagmiljø er ansvarlig for individ og bedriftstiltak for å sikre at ansatte møter et enhetlig budskap både på arbeidsplassen og ved behov for individtiltak. Dette er også viktig for å sikre god kunnskap og fokus på arbeid hos de som står for individtiltakene.

Mer om læringsmål, faglig innhold og relevant fagstoff som presenteres i bedriftstiltakene finnes i eget vedlegg. (12.2.3 Læringsmål og faglig innhold og relevant fagstoff modulene i bedriftstiltaket, side 123)

4 INDIVIDTILTAK

Rask tilgang på tverrfaglig avklaring av alminnelige plager som grunnlag for tidlig mestring og økt arbeidsdeltakelse

4.1 Individtiltaket

HelseArbeid individtiltak anbefales som et tilbud om rask tverrfaglig avklaring av vanlige helseplager. (i dette legger vi muskel/skjelett- og vanlige psykiske plager)

Som ledd i tilbudet skal det avklares eventuelle behov for videre utredning for å utelukke behandlingstrengende tilstander. Dette bidrar til å sikre en forsvarlig helsetjeneste.

Individtiltaket består av en medisinsk spesialistutredning, funksjonsvurdering og en avklaring med tanke på å kunne være i, eller komme tilbake til arbeid til tross for sine plager.

Gjennom en tverrfaglig tilnærming og rask avklaring vil personen kunne henvises til videre intervensjoner på riktig nivå og unngå unødige og forsinkende utredninger, og dermed tidlig mestring av sin situasjon.

Anbefalingene om individtiltaket i konseptet «HelseArbeid» bygger på en grundig gjennomgang av eksisterende kunnskapsgrunnlag, og kartlegging av eksisterende tilbud herunder i nasjonale satsinger som Raskere tilbake ordningen, og oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (Se vedlegg til kapitlet om individtiltak), nasjonale føringer i IA-avtalen og andre offentlige utredninger og satsinger.

4.2 Målgruppe

Målgruppen for individtiltaket er personer med:

- muskel-/skjelettplager
- vanlige psykiske plager
- et blandet symptom bilde med både muskel-/skjelettplager og vanlige psykiske plager
- uspesifikke plager eller smertetilstander

Tilbudet gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredninger enn det fastlegen, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og NAV har mulighet til å gi. Henvvisning fra lege er nødvendig.

For øvrig er inklusjonskriteriene de samme som for Raskere tilbake-tilbudene i helsetjenesten,

dvs. personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt, og der tiltaket forventes å kunne forebygge eller forkorte sykefravær.

Tilbudet skal omfatte alle, uavhengig av om de er arbeidstakere i en virksomhet med IA-avtale eller ikke.

4.3 HelseArbeid enheter bemannet med tverrfaglige HelseArbeid team

Det anbefalte individtiltaket foreslås etablert ved HelseArbeid enheter der både spesialister fra spesialisthelsetjenesten og NAV vil delta i tverrfaglige HelseArbeid team. HelseArbeid enhetene skal ha stort fokus på arbeid og jobbe ut fra samme kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn i bedriftstiltaket.

4.4 Organisering og bemanning

Det anbefales å etablere fem regionale HelseArbeid enheter med faglig underlagte lokale HelseArbeid enheter. I alle enhetene etableres tverrfaglige team hvor alle er involvert i å levere både bedriftstiltaket og individtiltaket.

Individtiltakene skal ha en arbeidsfokusert tilnærming og være medisinskfaglig forankret i spesialisthelsetjenesten i et fysikalskmedisinsk miljø og med psykologfaglig kompetanse. Tilbudet skal gis av tverrfaglige team, med en grunnbemanning som består av legespesialist innen fysikalsk medisin, psykolog, fysioterapeut og NAV-ansatte med nødvendig kompetanse på system- og individarbeid. Utover grunnbemanningen kan også andre yrkesgrupper og funksjoner være aktuelle.

Teamets hovedoppgaver knyttet til individtiltaket:

- Utredning og avklaring av situasjonen
- Bevisstgjøring med fokus på helhetstenkning og mestringsstrategier med utgangspunkt i den enkeltes ressurser
- Starte koordinerte arbeidsfokuserte forløp, der videre håndtering og oppfølging initieres og er i tråd med avdekkede behov
- Formidling og samhandling – finne og kontakte samarbeidsaktører lokalt, som eksempelvis NAV, fastlege, arbeidsplass, frisklivssentraler, Rask psykisk helsehjelp, Senter for jobbmessing og andre korte intervensjoner, eksempelvis lærings-/mestringskurs.
- Bidra til forsvarlig helsehjelp ved at de som måtte ha behov for ytterligere utredning og eventuelt behandling, blir identifisert og henvist

Teamets øvrige oppgaver:

- Teamet skal gi tilbud om kurs og opplæring til tjenesteutøvere i kommunene, både ansatte i helse- og omsorgstjenesten og NAV
- Teamet skal bidra i opplæringen i bedriftstiltaket, samt delta i innsalg og oppfølging av deltakende bedrifter

- Ved de regionale HelseArbeid enhetene skal enkelte teammedlemmer bidra i aktiviteter knyttet til implementering, kvalitetssikring og videreutvikling av HelseArbeid.

Det er nødvendig at fastlege/sykmelder har tilgang til å henvise til poliklinisk vurdering av målgruppen. Utredningen bør kunne skje med minimal/helst ingen ventetid.

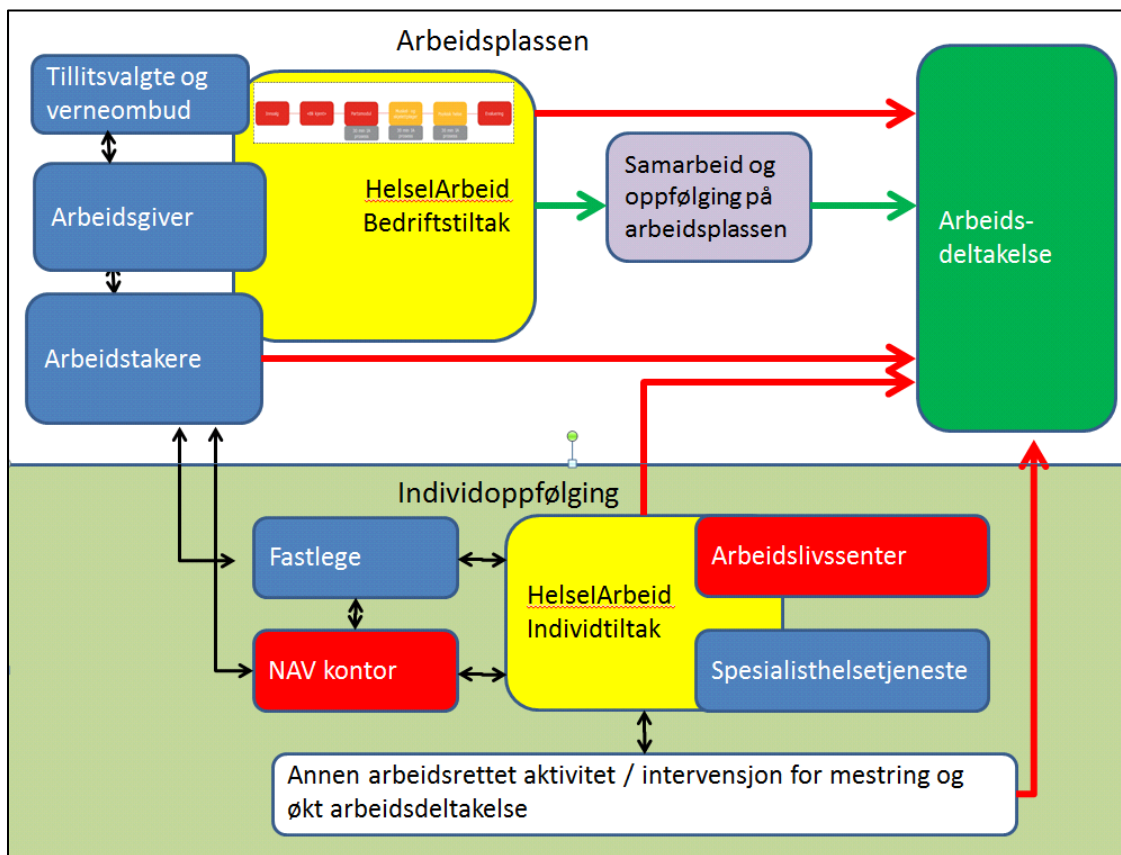
En medisinsk utredning i dette konseptet skal gi viktig helsemessig avklaring om muligheter og begrensninger i forhold til arbeid og behov for tilrettelegging av arbeid. Det er deretter viktig å sikre en koordinert og enhetlig tilnærming i eventuelle tilbud det kan være aktuelt å henvise til. Fastlegens koordinerende rolle er sentral i den videre oppfølgingen.

Det er av stor betydning at tilbudet i HelseArbeid-konseptet sees i sammenheng med eksisterende tilbud som finnes til denne målgruppen, både innen helsetjenesten og NAV. Tilbudet skal bidra til en god utnyttelse av eksisterende oppfølgingstilbud i regionen, slik at den enkelte pasients/brukers behov løses på hensiktsmessig nivå med et tilpasset, virkningsfullt og formålstjenlig tilbud.

Tilbudet skal være et supplement til eksisterende tilbud. Det er av den grunn av stor betydning at de ansatte i konseptet har god oversikt over hvilke tilbud som finnes lokalt.

Det anbefales at det med forankring i regionale HelseArbeid-enheter etableres og lokale HelseArbeid enheter hvor det lokalt gis tilgang til en tilsvarende avklaring og vurdering med ingen eller meget kort ventetid. HelseArbeid enhetene vil kunne utnytte elektroniske kommunikasjonsløsninger for effektiv gjennomføring av tverrfaglige møter mellom fagfolk på forskjellige nivå og brukere/pasienter.

4.5 Flytskjema - bedriftstiltak og individtiltak



4.5.1 Forklaring til flytskjemaet

Den øvre, hvite delen av illustrasjonen representerer aktivitet på arbeidsplassen, den nederste grønne delen representerer aktivitet rundt enkeltpersoner med behov for ekstra tilbud.

Illustrasjonen viser HelseArbeid Bedriftstiltak som gis til samtlige ansatte ved en arbeidsplass, i nært samarbeid med arbeidsgiver, arbeidstakere, tillitsvalgte og verneorganisasjon. Der det er bedriftshelsetjeneste, vil de også delta i samarbeidet. Ved at samtlige ansatte og ledere på arbeidsplassen mottar og deltar i diskusjoner, er målet å skape bedre forståelse, trygghet og mulighet for samarbeid og oppfølging på arbeidsplassen. Intensjonen er å medvirke til økt mestring og økt arbeidsdeltakelse til tross for vanlige helseplager.

I den nedre delen av illustrasjonen, vises individtiltaket som et samarbeid mellom NAV fylke, (her representert ved arbeidslivssenteret) og helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten.

Arbeidstakere kan henvises til rask tverrfaglig avklaring, ved HelseArbeid, gjennom et koordinert samarbeid mellom Fastlege/sykmelder og NAV lokalkontor. Etter avklaring vil personen gis nødvendig videre oppfølging. Dette kan i visse tilfelle være ytterligere medisinsk utredning og behandling, eller et tilbud tilpasset den enkeltes behov, enten i regi av kommune/NAV lokalt, eller et tilbud i regi av NAV fylke eller spesialisthelsetjenesten. Målet er at den enkelte, raskt skal få avklart sin situasjon, og bli henvist til oppfølging som er tilpasset den enkeltes behov.

5 FORSLAG FOR IMPLEMENTERING, ORGANISERING OG FINANSIERING

Prosjektet gir forslag til mulige former for organisering, implementering og finansiering, som utgangspunkt for en detaljert implementeringsplan

5.1 Overordnede momenter

Prosjektet har utarbeidet en rekke forslag som bør inngå som grunnlag i utvikling av en detaljert implementeringsplan, dersom konseptet vedtas innført i hele landet.

HelseArbeid vil ta utgangspunkt i eksisterende tilbud knyttet til «Raskere tilbake ordningen» i både NAV og helsetjenesten, samt øvrige tilbud organisert gjennom NAV. Det er et mål at tilbudene i dette konseptet skal bidra til å rydde i mange og til dels ukoordinerte tiltak både innen NAV og helsetjenesten.

HelseArbeid enheter bemannet av tverrfaglige og tverrsektorielle HelseArbeid team som leverer både bedriftstiltaket og individtiltaket, representerer en ny måte å samhandle på.

Teamene vil samlokaliseres i HelseArbeid enhetene. Samlokalisering har gitt god effekt i mange utviklingsforsøk knyttet til arbeid og helse. Det vil være naturlig at HelseArbeid enhetene lokaliseres der det allerede finnes etablerte sterke fagmiljøer.

Det foreslås å etablere en regional koordinering og kvalitetssikring, ved at Regionale HelseArbeid enheter får som tilleggsoppgave å ivareta en faglig overordnet rolle i sin region. Regionale HelseArbeid enheter vil på denne måten bistå med veiledning, internundervisning, kvalitetssikring mv. ved etablering og drift av underlagte lokale HelseArbeid enheter i regionen.

Faglig troverdighet er avgjørende for en god forankring og implementering av konseptet. Et felles kunnskapsgrunnlag må være så tydelig utformet at det bidrar til å avklare fagansvar og tydeliggjøre de komplementære rollene mellom NAV og de forskjellige aktørene i helsetjenesten. I arbeidet videre med å etablere og utvikle HelseArbeid konseptet anbefales det flere tiltak for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget ytterligere.

5.2 Om implementering

1. Det foreslås en trinnvis innføring av HelseArbeid i hele landet, koordinert i en nasjonal plan. Etableringen skjer i et tett samarbeid mellom den/de aktuelle regionale helseforetak og fylkesadministrasjoner i NAV som ønsker å prøve ut HelseArbeid konseptet.

2. Implementeringen foreslås koordinert med plan for forskning og evaluering, slik at forskningsmessige muligheter i implementeringsfasen utnyttes fullt ut.
3. Evalueringer og erfaringer fra implementeringen skal løpende bidra til nødvendige justeringer for videre implementering av konseptet i hele landet.

5.3 Om organisering

4. Det foreslås at ansvaret for å implementere HelseArbeid legges til de regionale Helseforetakene (RHF) og fylkesdirektørene i NAV. Disse har ansvar for at det etableres lokale HelseArbeid enheter og at det legges til rette for drift og utvikling av konseptet i regionen. På fylkesnivå er helseforetakene (HF) og de enkelte NAV fylker bidragsytere.
5. Det foreslås at konseptet organiseres i fem regionale og koordinerende HelseArbeid enheter i regi av regionale helseforetak og NAV fylkene i regionene. De regionale enhetene skal levere både bedriftstiltak og individtiltak i sin region. I tillegg får de regionale HelseArbeid enhetene en koordinerende funksjon, som blant annet består å være faglig ansvarlig for HelseArbeid tilbudet i regionen. Ansvaret vil blant annet inkludere tilrettelegging for aktivitet, videre utrulling i regionen, rekruttering og utdanning av instruktører til bedriftstilbudet og kvalitetssikring av tjenesten. De koordinerende enhetene skal på denne måten støtte lokale HelseArbeid enheter og bidra til å koordinere på tvers av regioner og sikre opplæring med råd og veiledning.
6. Regionene kan etablere lokale HelseArbeid enheter der det er behov. Disse bør være i stand til å levere både bedriftstiltak og individtiltak på samme måten som regionale enheter. De lokale enhetene foreslås faglig underlagt de regionale, og har således ikke de koordinerende funksjoner nevnt over.
7. Det foreslås å etablere en regelmessig møteplass for representanter fra alle regionene, sammen med partene i arbeidslivet, samt Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Møteplassen vil kunne gis status som «et nasjonalt samhandlingsforum for HelseArbeid», og vil kunne ta beslutninger for å sikre en felles utvikling av konseptet og den trinnvise implementeringen av HelseArbeid. Forumet vil kunne gi råd om gjennomføring av implementeringen og hva som må iverksettes av forskning og videreutvikling av HelseArbeid. Med representanter fra begge sektorer og alle regioner, sikres en felles utvikling av konseptet i hele landet.
8. Det foreslås å etablere et nasjonalt HelseArbeid sekretariat, eksempelvis med 2 ansatte fra hhv Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppdraget til et slikt sekretariat vil kunne være å bidra med støtte overfor de regionale helseforetakene og fylkesdirektørene i NAV med implementere og nasjonal koordinering av konseptet. Sekretariatet vil også kunne ha ansvar for oppfølging og rapportering i sektoren om utvikling og resultater knyttet til HelseArbeid konseptet å bidra til å inkludere ny kunnskap på aktuelle fagområder.

(Rapporten inneholder en grundig beskrivelse av forslagene om organisering i kapittel 6, fra side 33, og om implementering i kapittel 7, fra side 47.)

5.4 Forslag om finansiering av HelseArbeid

Konseptet må sikres en mest mulig forutsigbar finansiering og insentiver som ivaretar fokus på forebyggende arbeid. Finansiering av forskning må sikres. Det kan best gjøres gjennom bruk av midler fra "Raskere tilbake" – ordningen og fra ordinære IA midler i en oppstartsfasen. Deretter utvikles en opptrappingsplan for en videreutvikling av HelseArbeid. Kapasitetsmessig betyr det at det på sikt må omprioriteres eksisterende ressurser på bekostning av andre oppgaver eller at en må styrke bemanning og endre organisering for å tilby konseptet.

Derfor foreslår prosjektet:

9. For å finansiere HelseArbeid må midler knyttet til nasjonalt IA arbeid styres mer i retning av helsefremmende, forebyggende og systemrettede tiltak både i NAV og i spesialisthelsetjenesten, etter modell fra helsedelen av Raskere tilbake ordningen.
10. Oppstart av HelseArbeid må finansieres med egne midler ved å omdisponere eksisterende Raskere tilbake midler. Det må sikres at det også er midler til kjøp av evaluerings- og forskning i oppstartsfasen.
11. I forbindelse med nasjonal implementering anbefales det at HelseArbeid finansieres gjennom særskilt tilskuddsordning i helsetjenesten og øremerkede midler fra NAV ved å omdisponere midler knyttet til IA arbeid og Raskere tilbake.
12. Det foreslås at en nødvendig andel av midlene til HelseArbeid, settes av til effektevaluering og forskning, for å gjennomføre en koordinert forskningsplan som følger og utnytter mulighetene som ligger i følgeforskning under implementering og videre drift.
13. Den regionale HelseArbeid enhetene som skal bistå med regional og lokal implementering får dekket sine utgifter fra Raskere tilbake ordningen i helseregionen.
14. De lokale HelseArbeid enhetene finansieres gjennom omdisponering av eksisterende Raskere tilbake og IA midler.
15. På lengre sikt bør HelseArbeid finansieres gjennom ordinære driftsbudsjetter både i NAV og i helsetjenesten. Dette må ved skje ved omdisponering av eksisterende ressurser på bekostning av andre oppgaver eller styrke bemanning og endre organisering for å tilby konseptet i landet.

(Mer om finansiering i kapittel 8, fra side 55.)

6 ORGANISERING

For å innføre de to elementene, bedriftstiltak og individtiltak, foreslås en organisering med klar ansvar og rollefordeling.

Dette vil legge til rette for en koordinert implementering og evne til felles videreutvikling. Slik vil konseptets kjerneverdier og et likeverdig konsept i hele landet kunne ivaretas.

6.1 Sammendrag

For å kunne sikre god gjennomføring og drift av HelseArbeid krever det at en har avklart hvordan dette tilbudet skal organiseres. Når helsetjenesten og NAV skal samhandle tett i både bedriftstiltaket og individtiltak må felles kunnskapsgrunnlag og organiseringen av tiltaket på alle nivå i organisasjonene være avklart. Det må tas utgangspunkt i til en hver tid eksisterende organisering og tjenestetilbud i de to sektorene.

Det må inngås forpliktene samarbeidsavtaler både nasjonalt, regionalt og lokalt.. På lokalt nivå må det inngås avtaler mellom Helseforetak og NAV fylke hvor NAV Arbeidslivssenter er en sentral samarbeidspart. Det må også gis felles styringssignaler i de respektive oppdragsbrev fra departementene som bidra til koordinert og samtidige tjenester fra NAV og helsetjenesten. Finansiering av konseptet må være avklart både i helsetjenesten og NAV.

6.1.1 Organisatoriske forslag for innføring av HelseArbeid konseptet.

- Det foreslås å etablere fem HelseArbeid regioner, som følger inndelingen av dagens fire helseregioner før sammenslåing av Helse Sør og Øst.
- Det foreslås at ansvaret for å implementere HelseArbeid legges til de regionale Helseforetakene og fylkesdirektørene i NAV. Dette ansvaret sikres gjennom at det inngås samarbeidsavtaler både på regionalt og lokalt nivå, i henhold til en nasjonal mal for avtalene.
- Det foreslås å etablere regionale HelseArbeid enheter med nødvendig antall lokale HelseArbeid enheter i regi av de regionale helseforetakene og NAV fylkene i regionen.
- Det foreslås at de regionale enhetene får en koordinerende funksjon i sin region, i tillegg til å levere bedriftstiltak og individtiltak i henhold til konseptet.
Denne koordinerende funksjonen vil bestå i å koordinere og tilrettelegge for regional aktivitet, samt å bistå med lokal etablering i regionen, rekruttere og utdanne instruktører til bedriftstilbudet. Videre vil de regionale enhetene støtte de lokale HelseArbeid enhetene med råd og veiledning.

De regionale HelseArbeid enhetene gis ansvar for å koordinere og kvalitetssikre innholdet i HelseArbeid på tvers av regioner og delta i det nasjonale samarbeidet.

- Det anbefales å etablere lokale HelseArbeid enheter for å levere bedriftstiltak og individtiltak i en definert lokal del av regionen. De lokale HelseArbeid enhetene er også etablert i et samarbeid mellom de aktuelle fylkene i NAV og det regionale helseforetaket.
- De lokale HelseArbeid enhetene underlegges de regionale HelseArbeid enhetene i respektive region. Intensjonen med en slik ordning er å sikre faglig god kvalitet gjennom veiledning ved oppstart og drift, samt felles faglig utvikling og kvalitetssikring ved videre drift.
- Leveransene av bedrifts- og individtiltakene utøves av tverrfaglig bemannede HelseArbeid-team, både ved de regionale og de lokale HelseArbeid enhetene. HelseArbeid-teamene skal ha spesialistkompetanse innen både psykisk helsevern og fysikalskmedisin, samt arbeidsfaglig kompetanse fra NAV.
- Faglig kvalitetssikring og ivaretagelse av konseptet må knyttes til finansiering av driften. De regionale HelseArbeid enhetene har ansvar for faglige tilråding til beslutningstakere når det gjelder styring av, og beslutninger om videre finansiering. Dette er vesentlig for å sikre at alle aktører forholder seg til et felles nasjonalt konsept.
- Det foreslås etablert en møteplass der representanter for NAV og Helse fra samtlige fem HelseArbeid regioner, partene, samt Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet deltar. Det foreslås at det arrangeres minst tre møter årlig. Møteplassen gis status som «Nasjonalt HelseArbeid samhandlingsforum». Forumet skal gi råd til styring av prosjektet og den trinnvise implementeringen av HelseArbeid. Forumet skal gi videre gi anbefalinger for å sikre å sikre forskning og utvikling knyttet til etableringen av HelseArbeid. Det er naturlig at forumet vil være i tett dialog med et eventuelt Nasjonalt fagråd for helse og arbeid, som «Strategien for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse»¹ foreslår etablert.
- Det foreslås at det etableres et nasjonalt HelseArbeid sekretariat som samarbeider tett med nasjonalt HelseArbeid samhandlingsforum, det nasjonale fagrådet og de ansvarlige i de to direktoratene. Sekretariatet skal bistå de regionale helseforetakene og fylkesledelsene i NAV med implementering og ivaretagelse av konseptet HelseArbeid. Oppgavene for dette sekretariatet skal også være å bidra til utvikling av konseptet basert på erfaringer og forskningsresultat.
- NAV og Helsetjenesten må være likeverdige parter på alle nivåer og ha et felles definert ansvar for HelseArbeid konseptet med tydelige roller og oppgaver.
- Det anbefales at det utvikles en nasjonal forskningsstrategi knyttet til implementering og etablering av konseptet HelseArbeid.

¹ Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse. (Vedtatt i respektive direktorater – januar og mars 2016, oversendes ASD og HOD, april 2016).

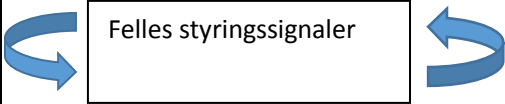
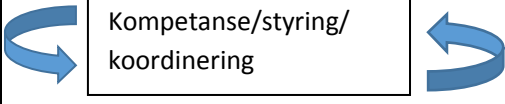
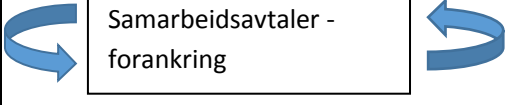
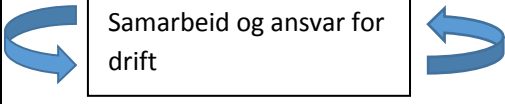
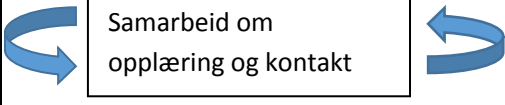
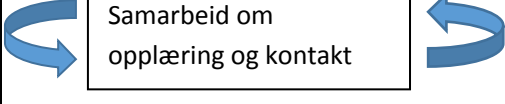
- Det anbefales å etablere tilgang til støttesystemer, inkludert administrative verktøy for koordinering av aktiviteten, og registrering / rapportering for muligheter for forskning på resultater på alle leveranser fra både fra helsetjenesten og i NAV.
- Det anbefales at det utarbeides en felles nasjonal veileder for konseptet HelseArbeid. Veilederen skal beskrive innholdet i bedriftsmodulene og i individtiltaket, organisering og gjennomføring og tydeliggjøre funksjonsfordeling mellom helse og NAV.

6.2 Organisatoriske forutsetninger

HelseArbeid er et konsept for tjenestesamhandling og krever derfor gjennomgående forankringsarbeid og avtalestruktur på alle relevante nivå. Avtaler mellom aktørene vil være et virkemiddel for å løfte fram arbeid- og helseområdet, samt sikre systematikk i samarbeidet på alle nivå. Det er nødvendig med føringer fra sentralt hold for å etablere regionale og lokale avtaler. Det vises her til de maler som er utarbeidet for samarbeidsavtaler mellom NAV og helsetjenesten både på regionalt nivå (RHF og NAV) og lokalt nivå (HF og NAV.)

Organiseringen av arbeidet forutsetter at NAV og helse har samme faglige innfallsvinkler og samarbeider på tvers av fag og sektor. Kapitlet skal belyse nødvendige organisatoriske faktorer som må ligge til grunn for implementering av konseptet HelseArbeid.

Aktivitetene på individ- og systemnivå skal sikre samtidighet i den arbeidsrettede- og medisinske innsatsen. Med samtidighet i innsats menes her at personer i yrkesaktiv alder skal få nødvendig, helhetlig og koordinert bistand til å delta i arbeidslivet både fra NAV og helsetjenesten på alle nivåer. HelseArbeid kan være en modell og arbeidsmåte hvor de ordinære tjenestene samvirker for å sikre samtidighet og helhet i tilbudene. Skal en få et arbeidsrettet perspektiv inn i helsetjenestene, vil en viktig forutsetning være å heve kunnskapsnivået om det helsefremmende potensialet ved arbeidsdeltakelse, og om arbeidsinkludering som fagområde mer spesielt.

| Organisasjon Helse | Felles ansvar | Organisasjon NAV |
|---|--|--|
| Helse- og omsorgsdepartementet |  | Arbeids- og sosialdepartementet |
| Helsedirektoratet |  | Arbeids- og velferdsdirektoratet |
| Regionalt helseforetak |  | NAV fylke |
| Helseforetak |  | NAV Arbeidslivssenter |
| Fastleger/kommuneleger/ andre tilbydere |  | NAV kontor, rådgivende leger |
| Andre helseaktører som f.eks.: fysio- og manuellterapeuter, kiropraktorer, frisklivssentraler |  | Arbeidslivssenter, NAV kontor rådgivende leger |

6.3 Viktige faktorer i arbeidet med å innføre HelselArbeid

NAV og Helse må være likeverdige parter og de må ha et felles definert ansvar. Styringssignalene må være felles fra både Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet slik at det fører forpliktende avtaler på alle nivå, og som sikrer forutsigbar finansiering, organisering og implementering. HelselArbeid er et nytt nasjonalt konsept som innebærer en ny metode for tjenestesamhandling og krever derfor gjennomgående forankringsarbeid og avtalestruktur på relevante nivå. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene må det tydelig framgå hva som er spesialisthelsetjenestens rolle og oppgaver i forbindelse med konseptet. Oppdraget må bli en del av "sørge-for" oppgavene. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet må ha en konkret avtale/et felles plattformdokument som gjør implementering av HelselArbeid til en felles forpliktelse. Omfanget av oppdraget må tydeliggjøres og hvorvidt oppdraget skal løses via øremerket bevilgning eller innenfor den ordinære driftsrammen.

Felles oppdrag må gi både NAV og helsesektoren ansvar for å sikre etablering av HelseArbeid konseptet i fylker og regioner. Disse felles oppdragene skal bidra til å sikre muligheten av organisering, roller, oppgaver og finansiering av tiltak.

Det må foreligge et omforent kunnskaps grunnlag for arbeidet med konseptet, spesielt med tanke på implementering i helselinjen. Et nasjonalt fagråd/forum bør også etableres som en nasjonal faglig arena der klinikere, forskere, forvaltning, brukere, parter kan møtes og etablere en felles forståelse.

Det anbefales at det utarbeides en felles nasjonal veileder for HelseArbeid. I denne veilederen skal det beskrives innhold i konseptet HelseArbeid, organisering og funksjonsfordeling, innholdet i bedriftsmodulene og i individtiltaket. Utvikle kvalitetsindikatorer og sikre mulig kvalitetsregister. Inkludere og samarbeide om utvikling av andre nærliggende satsninger som "Helse og Arbeid" og tiltak som er utviklet gjennom arbeidet knyttet til Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013-2016. Under her nevnes spesielt «Senter for jobbmestring», jobbspesialister, arbeidsgiverløser og kompetansepakken for arbeidslivet «Sees i morgen». I tillegg bør andre tiltak som «Raskere tilbake» og andre arbeidsrettede rehabiliteringstiltak vurderes i denne sammenhengen.

Finansiering av nasjonalt konsept må være avklart både for helsetjenesten og NAVs deltagelse. Det er behov for koordinerte prinsipper for finansiering. NAV Arbeidslivssenter, IA-virkemidlene og «Raskere tilbake» finansieres av partsmidler. iBedrift har i dag samme finansieringsgrunnlag. For å lykkes med utrulling av det nye HelseArbeid konseptet anbefales en forutsigbar løsning som kan være omdisponering og endret prioritering av disse midlene. Se kapittel finansiering.

Implementering av HelseArbeid må gjennomføres koordinert med en plan for forskning og evaluering, for å sikre optimal kunnskapsutvikling om effekt av konseptets intervensjoner. HelseArbeid må etableres i nært samarbeid med partene i arbeidslivet og her har lokale IA-råd en sentral plass. For at arbeidsmetoden skal lykkes må partene involverte støttespillere og ha eierskap til alle deler og nivå av konseptet.

Som en videreutvikling av konseptet vil det være tenkelig at store kommuner vil drive egne lokale HelseArbeid enheter. I disse tilfeller kan det vurderes å knytte individtilbudet til et samarbeid med frisklivssentraler og andre aktuelle tilbud og prosjekter i satsingen knyttet til arbeid og psykisk helse samt rask psykisk helsehjelp i kommunen.

6.4 Utfordringer ved etablering av en HelseArbeid-enheter:

1. Hvordan sikre standardiserte utredningsverktøy basert på oppdatert evidens
 - a. For rygg smerter kan implementering av risikostratifikering vurderes
 - b. For vanlige psykiske lidelser kan standardiserte utredningsmoduler vurderes,
 - c. Ved behov for billeddiagnostikk ved muskelskjelett tilstander bør nasjonale retningslinjer brukes
2. Hvordan sikres krav til kompetanse for utøvende personale i sentrene?

Dette kan sikres gjennom sentrale føringer og oppfølging fra medisinskfaglige ansvarlige. Samhandling mellom tjenesteleverandører kan være en løsning for å sikre ønskelig kompetanse i enkelte deler av landet.
3. Hvordan sikre gode samhandlingsløsninger med fastlege/sykmelder og kommunal helsetjeneste?
4. Hvordan bidra best mulig til kompetanseheving/kompetansespredning på lokalt nivå?
5. Hvordan sikre at relevante aktører har kjennskap og tilgang til kunnskapsbaserte og relevante behandlingstiltak innen spesialisthelsetjenesten?
6. Hvordan sikre god informasjon om tjenesten ved HelseArbeid-poliklinikkene?
7. Hvordan sikre finansiering som understøtter telemedisinsk virksomhet og fremmer viktige samhandlingsaktiviteter?

6.5 Styring og koordinering

6.5.1 Nasjonalt fagråd /ekspertråd for fagområdet arbeid og helse

I den felles strategiplanen mellom Helsedirektoratet og Arbeids - og velferdsdirektoratet «Arbeid og helse – et tettere samvirke»², er det foreslått å etablere et felles nasjonalt fagråd for arbeid og helse, med eierskap fra både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Fagrådet er blant annet tenkt å kunne gi direktoratene innspill og faglige anbefalinger mv. når det gjelder strategiutvikling, forskning og nasjonale satsninger innen området arbeid og helse. Et slikt fagråd vil være viktig for strategiske veivalg vedrørende implementering og utvikling av konseptet HelseArbeid. Strategien tar også til orde for å utrede muligheten for å etablere en felles nasjonal kompetansetjeneste for fagområdet arbeid og helse. Dersom dette realiseres, vil det også kunne være en viktig ressurs og bidra til en nasjonal koordinering av den videre utviklingen av konseptet HelseArbeid.

I all tjenesteutvikling er samarbeid og tydelig ansvar viktige premisser for utvikling av nye tjenestetilbud. Helsedirektoratet og Arbeids - og velferdsdirektoratet ønsker å legge større vekt på at arbeid direkte og indirekte er kilden til helse for de fleste og dette vil i framtiden i stadig større grad prege arbeidet i de to sektorene. Det er derfor stort behov for å styrke

² Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse. (Vedtatt i respektive direktorater – januar og mars 2016, oversendes ASD og HOD, april 2016).

kommunikasjonslinjene mellom NAV og helsetjenesten. Det må stimuleres til større arbeidsfokus både i NAV og helsetjenesten. På bakgrunn av dette må det utvikles felles og effektive tjenestetilbud. HelseArbeid er et av disse tilbudene som kan bidra til å nå dette målet og som i tillegg retter seg mot felles store pasient/brukergrupper med psykiske helseproblemer og muskel- skjelettproblemer. Dette er et nytt felles fagområde som må koordineres og det må jobbes tett mellom disse to sektorene for å sikre gode faglige råd og strategiske valg både på lang og kort sikt. Ved å etablere et slik felles fag-/ekspertråd vil en kunne sikre innsatsen og kunnskapsgrunnlaget om hva som gir best effekt av de tiltak som iverksettes.

6.5.2 Møteplass for konseptet HelseArbeid med regelmessige møter.

– «Samhandlingsforum – HelseArbeid»

For å sikre at det administrativt etableres et godt samarbeid mellom helsetjenesten og NAV knyttet til HelseArbeid foreslås det å etablere en nasjonal felles møteplass for representanter fra fagmiljøene i hver av regionene, representanter for partene i arbeidslivet samt direktoratenes fagansvarlige. Det foreslås at en møtes 3 ganger årlig.

Formålet med et slikt samhandlingsforum er å kunne ta felles beslutninger for å ivareta en koordinert implementering, drift og tilsiktet videreutvikling og forbedring av konseptet, basert på erfaringer, og ny kunnskap fra forskning.

Med en slik møteplass vil en bidra til å sikre at konseptet HelseArbeid er og forblir et enhetlig tilbud på tvers av regionene. Når det dukker opp forslag og innspill til forbedringer og videreutvikling av konseptet, vil dette kunne diskuteres i et slikt overordnet forum, før en eventuelt iverksetter endringen i det nasjonale konseptet.

Forumet vil også kunne gi overordnede innspill om forskning på konseptet HelseArbeid. Samhandlingsforumet skal samvirke tett med et evt. Nasjonalt fagråd /ekspertråd for arbeid og helse.

6.5.3 Nasjonalt felles sekretariat

Det anbefales at det etableres et Nasjonalt HelseArbeid sekretariat. Sekretariatet skal ivareta sekretærfunksjonen for det Nasjonale samhandlingsforum for HelseArbeid, samt etablere andre nasjonale møteplasser for prosjektet. Sekretariatfunksjonen skal være en koordinerende enhet for arbeidet på nasjonalt nivå mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Dette sekretariatet bemannes av medarbeidere fra begge direktoratene med eksisterende personell som allerede jobber med fagområdet «arbeid og helse». Her må det sikres at personell med godt kompetanse på arbeid- og helse deltar aktivt med tjenesteutvikling knyttet til konseptet HelseArbeid. Sekretariatet skal bidra med støtte til de regionale og lokale organisasjoner som skal etablere HelseArbeid.

Sekretariatet skal bistå med å sikre forsknings- og utviklingsmidler og bidra med støtte og kvalitetssikring i utviklingsarbeidet, rapportere, og utvikle resultatmål i nært samarbeid med ledelsen i direktoratene knyttet til HelseArbeid.

6.5.4 Regional koordinering

Regionale helseforetak og NAV fylkene etablerer regionale og lokale HelseArbeid enheter hvor både helsepersonell og personell med aktuell kompetanse fra NAV er tilknyttet i HelseArbeid-team. Disse teamene vil inkludere personell med fagkompetanse både innen psykisk helse og fysikalskmedisin og arbeidsfaglig kompetanse fra NAV.

Både regionale og lokale HelseArbeid enheter leverer bedriftstiltak og individtiltak i sitt område hvor det tilbys informasjon på arbeidsplassen (se kapittel 3 side 15) samt rask avklaring og funksjonsvurdering av helsetilstand for de som er henvist fra sin fastlege, (slik beskrevet i kapittel 4 om individtiltak side 25.)

Regionale HelseArbeid enheter får en ekstra funksjon i tillegg til å levere bedriftstiltak og individtiltak. Det foreslås å la regionale HelseArbeid enheter ansvar for bistå med koordinering og gjennomføring av implementeringen og videre drift. I etableringen av HelseArbeid i regionen anbefales det at den koordinerende funksjonen legges til en av de større HelseArbeid-enhetene som etableres i regionen.

Det anbefales en trinnvis implementering i fem regioner³ for å sikre kontrollert utvikling og kvalitet. Implementeringen på regionalt nivå, vil skje i regi av de regionale helseforetakene og de aktuelle NAV fylkene i regionen.

Det koordinerende arbeidet i regionen vil ha fokus på utvikling og implementering, tilrettelegging og opplæring av aktuelle samarbeidsparter, samt bidra til å etablere samhandlingsarena for lokale aktører som fastleger, sykmelder, NAV kontor, Frisklivssentraler, og annet arbeid knyttet til inkluderingsarbeid og bidra til riktig tilknytting til eksisterende tilgrensende aktiviteter.

Det vil kunne vurderes å inkludere andre nærliggende satsingsområder inn i et større faglig felleskap. Ved å samle felles kompetanse fra NAV og helsetjenesten knyttet til konseptet HelseArbeid, kan det bidra til å tydeliggjøre at helsetjenesten må styrke sitt fokus på arbeid og at NAV må jobbe tydeligere med å redusere fravær og øke inkluderingen i et helseperspektiv.

Den koordinerende funksjonen er tenkt å skulle koordinere og tilrettelegge for aktivitet, videre utrulling i regionen, rekrutterer og utdanner instruktører til bedriftstilbudet. Videre, inngår støtte med råd og veiledning til de lokale HelseArbeid enhetene, bidrag til koordinering på tvers av regioner og bidrag til kvalitetssikring og opplæring. De regionale enhetene vil på denne måten ha en to-delt funksjon, og ivaretar både et koordineringsansvar og utøvelse av det daglige tjenestetilbudet. De lokale enhetene ivaretar utøvelse av tjenestetilbudet i sitt lokalområde, og er NAV – faglig og medisinskfaglig underlagt og støttet av den regionale enheten.

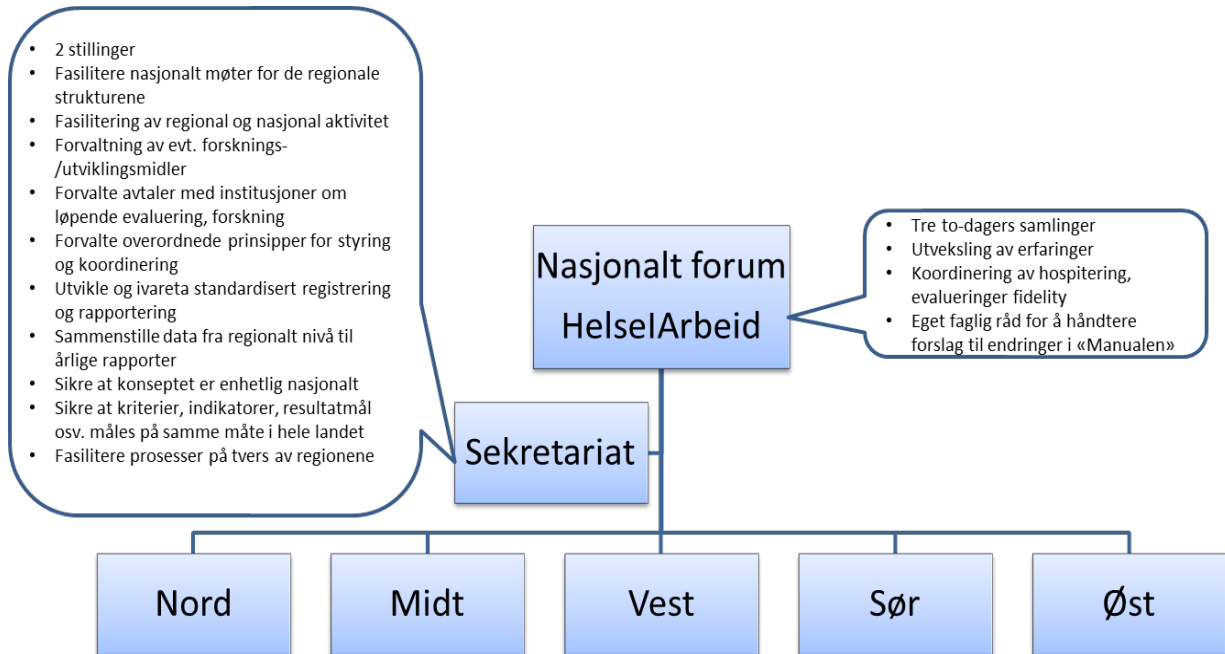
All aktiviteten, både den utadrettede informasjonen i bedriftstiltaket, og den individrettede virksomheten, må ha arbeidsfokuset tilnærming og være medisinskfaglig forankret i et fagmiljø med spesialistkompetanse på psykisk helse og fysikalsk medisin. Dette fagmiljøet, som består av både fagpersonell i helsetjenesten og ansatte fra NAV med deres særlig faglige kompetanse på arbeid og helse, må utøve tjenesten basert på felles kunnskapsgrunnlag som er felles for både bedriftstiltakene og individtiltakene.

³ RHF Helse Sør Øst foreslås delt i to regioner, når det gjelder HelseArbeid. Dette for å oppnå fem likeverdige regioner.

Det må inngås samarbeidsavtaler som bidrar til å etablere HelseArbeid enheter lokalt og sikrer nødvendig grunnlag for drift og utvikling. Helseforetakene og NAV fylker er ansvarlige i denne prosessen.

Det anbefales også at det utvikles en forskningsstrategi ved etablering av konseptet HelseArbeid regionalt, koordinert med nasjonale føringer.

6.5.5 Grafisk modell for koordinering av HelseArbeid i regionene



Det foreslås at regional koordinering legges til en stor HelseArbeid enhet i regionen, som får ansvar for:

- Implementering, koordinering og kvalitetssikring for regionen, her under:
- Rekruttering og utvikling av sertifiserte formidlere
- Overordnet tilrettelegging og koordinering av bedriftstiltak
- Fasilitere etablering av individtiltak i regionen i samarbeid med eksisterende fagmiljøer
- Legge til rette for kontinuerlig evaluering, «fidelity og compliance» aktiviteter, identifisere behov for forbedringer og delta i koordinert nasjonal videreutvikling av konseptet
- Etablere og vedlikeholde samarbeid med primærhelsetjeneste og NAV kontor samt andre viktige aktører

6.6 Tjenester og leveranser

6.6.1 Helsetjenestens bidrag

Når tilbudet om HelseArbeid er etablert er det viktig at helsetjenesten er aktivt deltakende sammen med NAV ute i bedriften. Helsetjenesten bidrar med spesialistkompetanse innen fysikalskmedisin, og psykisk helse. Se dette nærmere omtalt i beskrivelse av modell 2, Helse og NAV leveransen, og det helsefaglige grunnlaget.

Alle deltakende helsepersonell skal være i relevant klinisk aktivitet som del av sitt arbeid. Dette kan løses ved at de både deltar i levering av bedrifts- og individtiltakene i HelseArbeid konseptet. For at å sikre god faglig troverdighet og kjennskap til kunnskapsgrunnlaget i HelseArbeid konseptet skal alt helsepersonell tilknyttet HelseArbeid også delta i bedriftstiltaket.

6.6.2 Samarbeid med Rådgivende leger i NAV

Rådgivende leger i NAV er en sentral samarbeidspart knyttet til opplæring og veiledning om HelseArbeid. Det er flere aktuelle fagpersonell i primærhelsetjenesten som har behov for informasjon og opplæring. Her nevnes spesielt i opplæring til fastleger, andre sykmeldere, psykologer, Frisklivssentraler, aktuelle NAV ansatte, BHT, prester, politikere og flere andre. Se vedlegg interesseanalysen.

I Mål og disponeringsbrevet må det gis oppdrag fra Arbeids og velferdsdirektoratet til alle fylkesledd i NAV om å delta i forbindelse med etablering av konseptet HelseArbeid. Oppdraget må tydeliggjøre lokalt ansvar og finansiering av NAVs andel av HelseArbeid.

NAV Arbeidslivssenters hovedoppdrag er knyttet til virksomheter som har inngått IA- avtale. Oppdraget er å jobbe både individ og systemrettet ut mot virksomhetene med blande annet oppdrag knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid.

NAV har en sentral rolle med å markedsføre HelseArbeid overfor bedriftene. Gjennom IA-avtalen forpliktes NAV til å etablere en fast kontaktperson for alle bedriftene med samarbeidsavtale. IA-rådgiveren (kontaktpersonen) etablerer over tid god kontakt med sine virksomheter og vil derfor være sentral for å forslå aktuelle bedrifter å markedsføre HelseArbeid til. Utvelgelsen må selvsagt skje ut fra flere aktuelle kriterier, men gjennom kontinuerlig jobbing med virksomheter har IA-rådgiver god kunnskap om interne forhold i bedriftene. Arbeid overfor virksomhetene med tjenester knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid ute i bedriften er i dag et oppdrag for NAV Arbeidslivssenter.

Lokale NAV kontorer har i oppdrag å ivareta sykefraværsoppfølging. NAV kontorene er derfor sentrale aktører når det gjelder å sikre at alle tjenester til arbeidslivet fra NAV er koordinerte og samordnet. Når veiledere ved NAV-kontoret følger opp en sykmeldt i en virksomhet som har mottatt informasjonen i HelseArbeid, er det viktig at veilederen kjenner innholdet og kunnskapsgrunnlaget. Veiledere i NAV kontor er viktige når det gjelder å informere om, og skape interesse for HelseArbeid.

6.6.3 NAVtilbud som kan knyttes til HelseArbeid enhetene

Jobbspesialister/jobbkonsulenter knyttet til NAV har en sentral rolle i arbeidet med å bistå enkelte grupper med oppfølging og inkluderingsarbeid for å finne et passende lønnet arbeid for brukere. Jobbspesialist/jobbkonsulent er viktige mulige samarbeidsparter med HelseArbeid enhetene. IA – rådgivere i NAV Arbeidslivssenter og veiledere i NAV kontor må ha en sentral rolle i et slikt HelseArbeid team hvor også personell fra helsetjenesten samarbeider om å finne gode løsninger for at folk kan være i jobb tross plager. Synergieffekter av et tverrfaglig HelseArbeid team som er samlokalisert kan forventes å påvirke videre fagutvikling både i NAV og helse positivt. Ut fra kunnskap knyttet til Supported Employment og «Place and train» modellen er det viktig å bidra til at brukere/pasienter har tidlig fokus på ordinært arbeid. I IPS prosjektet og i Senter for Jobbmestring samarbeider med både Jobbspesialister og helsetjenestens personell for å bistå brukere/pasienter med psykiske helseplager /lidelser med overgang til arbeidslivet. I dette arbeidet vil et tverrfaglig HelseArbeid-team kunne være sentralt.

”Senter for jobbmestring ” (SFJ) er et tilbud som er utviklet i NAV til personer med lettere psykiske helseplager. I tilbudet blir kognitiv veiledning gitt samtidig som jobbkonsulent arbeider deltaker for å komme tilbake til arbeid. SFJ er evaluert (RCT-studier) som en svært vellykket metode som både jobber med folks helseplager samtidig som hovedfokus er jobb, og skal nå tilbys i hele landet. Det bør derfor vurderes om det er hensiktsmessig å samlokalisere «Senter for jobbmestring» sammen med HelseArbeid enhetene. En slik samlokalisering kan løse nåværende utfordringer knyttet til medisinskfaglig ansvar for det kognitive tilbudet i ”Senter for jobbmestring”.

6.6.4 NAVs eksisterende oppfølging i virksomhetene

NAV Arbeidslivssenter har et oppdrag overfor bedriftene som har inngått IA-avtalen. IA-rådgiver i bedriften har en sentral rolle og må kjenne godt til innholdet i opplæringen i bedriftstiltakene. Det kan være en fordel selv delta for å høre og bli kjent med dialogen og responsen i opplæringen. Her kan IA rådgiver fra NAV Arbeidslivssenter bidra med oppfølging ut fra hva som skjer i opplæringsmodulene. Dette kan være leveranser innen IA-ledelse, og ytterligere arbeid med helsefremmende tiltak og forbyggende arbeid. NAV Arbeidslivssenter har tjenester og tiltak til IA-virksomheter som bidrar til utvikling av virksomhetens når det gjelder vilje, evne og mulighet for å legge til rette for arbeid og aktivitet. Konseptet HelseArbeid er derfor et viktig supplement til øvrige leveranser fra Arbeidslivssenteret.

6.6.5 Forhold til parallelle satsingsområder i NAV

NAV har også en sentral rolle i arbeidet med å følge opp myndighetenes tiltak for å redusere sykefravær og øke inkluderingen til arbeidslivet. Blant annet er et viktig tiltak å bidra i arbeidet knyttet til arbeidsrelatert aktivitet knyttet til sykemeldte og plikten til medvirkning for arbeidstakere, og arbeidsgivers tilretteleggingsplikt. Dette blir omtalt som «Aktivitetsplikten» der NAV vurderer alle som er 100 % sykmeldt ved 8 ukers tidspunktet. Her anbefales det et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV om det er forsvarlig å prøve ut arbeidsevnen i sykemeldingstiden i sitt ordinære arbeidsforhold selv om de mottar full sykelønn.

Kunnskapsformidling om «pliktene» til arbeidstaker i et ansettelsesforhold skal gjøres på en ikke formyndende måte som bidrar til å skape refleksjon som igjen fører til aktivitet og ny handling. Arbeidet knyttet til IA-avtalen har i stor utstrekning vært knyttet til å redusere sykefravær og til sykefraværsoppfølging, og i liten grad fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. Konseptet HelselArbeid tror vi vil bidra til at NAV får et større fokus på disse områdene og gi større legitimitet når NAV og helsetjenesten samhandler.

Uklare roller og ansvarsforhold kan gi opphav til ulike typer problemer: Man kan få en "kasteballeffekt" der sektorene inntar en «ikke mitt bord»-holdning og fraskriver seg ansvar, slik at brukeren/pasienten faller mellom stolene og ikke får nettopp det han eller hun har behov for. Men det kan også dreie seg om såkalte «innelåsningseffekter». Et eksempel kan være hvis helsetjenestene ikke tenker samhandling med NAV når det faglig er det eneste fornuftige. Skal pasienten/brukeren få et sammensatt og helhetlig tilbud som er faglig forsvarlige, og ikke et stykkevis, delt og sekvensielt tilbud, så fordrer det at sektorene i større grad vender seg mot hverandre.

6.7 Behov for administrative verktøy i HelselArbeid

Det er i dag ingen felles administrative verktøy og/eller støttesystemer som kan benyttes både i NAV, helsetjenesten og for bedriftene.

Med administrative verktøy menes felles dataverktøy for å registrere og følge arbeidsflyt på systemleveranser. Eksempelvis muligheter for å ta ut rapporter som gir oversikt over antall virksomheter som tilbys bedriftstilbud. Det er mye som skal registreres og følges opp av som det avtaler (felles kalenderfunksjon), maler for invitasjoner osv. Slike administrative verktøy som bidrar til å samhandle og drifte hensiktsmessig vil gi stor effekt for en effektiv drift.

Støttesystemer må utvikles slik er det blir et godt dataverktøy der alle leveranser fra både helsetjenesten og NAV skal registreres. Det kan være grunnlag for sykefraværdata, økonomiske beregninger, kvalitetsindikatorer, felles referat fra leveranser med mer. Både NAV og helsevesenet arbeider til daglig med store mengder personsensitiv informasjon. Etatene har kompliserte tilgangskontroller og brannmurer. Det vil derfor ikke være hensiktsmessig eller nødvendig for konseptet å dele disse opplysningene mellom etatene da dette og vil være barrierer for samhandling. Taushetsplikt og hensynene til personvern vil kunne begrense adgangen til samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og arbeids- og velferdssektoren på individnivå. F.eks. er helseopplysninger og andre personlige opplysninger som helsepersonell får kjennskap til i forbindelse med å yte helsehjelp å anse som sensitive personopplysninger og underlagt et særlig vern mot spredning. Helsepersonell har derfor taushetsplikt om opplysninger de får kjennskap til i forbindelsen med å yte helsehjelp. For alle som jobber i NAV som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er pålagt taushetsplikt etter Forvaltningsloven. Det er derfor to sett av lover som regulerer taushetsplikten for deltaker i konseptet HelselArbeid. Og det må jobbes for å finne løsninger for god samhandling på tvers av disse begrensningene.

I prosjektarbeidet med utvikling av dette nasjonale konseptet HelselArbeid har Projectplace vært benyttet. Dette er en internettbasert prosjektplass som har hjulpet til å etablere god samhandling på ikke taushetsbelagte dokumenter. Projectplace eller lignende nettbaserte

Løsninger kan være gode verktøy for samarbeid om oppgaver og gjennomføring. Det er også lett å få til kunnskapsdeling,

I forbindelse med videreutvikling av konseptet HelseArbeid må det vurderes hvordan det kan utarbeides dataverktøy for administrasjon av konseptet, og da spesielt overfor leveransene i bedriftene.

NAV har sitt saksbehandlingsverktøy (Arena) og her registrerer IA-rådgiverne sine leveranser på systemnivå (kvantitative data). Arena gir NAV kontorene innsyn i alle systemleveransene. I Arena vil det her være mulig å kunne gjøre kvantitative målinger på økt inkludering som følge av konseptet. Helsetjenestene har tilsvarende verktøy (EPJ, elektronisk pasientjournal), der helsepersonellet ved HelseArbeid enheten kan sikre lovpålagt dokumentasjon av helsehjelp.

Arena som saksbehandlingsverktøy i NAV og Helsetjenestens EPJ er to eksisterende dataverktøy som ikke gir grunnlag for felles leveranser eller kan benyttes til felles rapportering. Det må derfor jobbes med å sikre gode grunnlagsdata for forskning på effekten av indikatorer som skal måles.

Hvis en av indikatorene er sykefraværsutviklingen kan IA-web benyttes for å følge sykefraværdata, men har noen begrensninger i forhold til virksomhetenes størrelse. IA-web kan benyttes både av NAV, helsetjenesten og arbeidsgiverne, bedrifter med under 30 ansatte får ikke opp egne diagnosebilder, men her kan det tas ut data på sykefraværsutvikling og gradering (registerdata). NAV har også utarbeidet et dataverktøy som viser fastlegenes sykemeldingspraksis. Dette verktøyet er tilgjengelig for hver enkelt fastlege. Legenes praksis kan ha stor interesse for å se om denne endres etter opplæring, ønsket fokus på gradering m.m.

I helsetjenesten finnes det i dag et system for ventelistedata (NPR), noe som vil være av interesse for konseptet. På bakgrunn av forskningsdesign vil det kunne avgjøres ønskede indikatorer for registrering. Det vil da være mulig å utvikle felles dataverktøy (støttesystemer) for å sikre ønsket datafangst.

En mulig fremtidig støtte til samhandlingen mellom NAV og Helse vil være å utvikle dagens kjernejournal til å hente informasjon om arbeidsrettede tiltak fra de forskjellige journal- og saksbehandlingssystemer. På den måten kan en tenke seg en løsning der de involverte instansene som arbeider for å hjelpe med arbeidsrettede tiltak, har en oversikt over alle tilbud som er gitt. Dette vil understøtte koordineringen mellom de involverte.

En ytterligere mulighet er å etablere et nasjonalt kvalitetsregister som kan gi en oppdatert og aggregert oversikt over de aktiviteter/intervensjoner/tiltak som er gitt, og oppnådde resultater/effekt.

6.8 Bruk av elektroniske kommunikasjonsverktøy

Det er i dag tilgjengelige tekniske løsninger som gjør at videokonsultasjoner kan gjennomføres sikkert via PC, nettbrett og smarttelefon.

Ved implementering av HelseArbeid kan fagperson/spesialist ved Regionale HelseArbeid enheter bistå i konsultasjoner ved lokale HelseArbeid sentre ved hjelp av videokonferanse.

Fagperson/spesialist ved HelseArbeid enhetene kan i enkelte tilfelle også bistå i fastlegens/sykmelders konsultasjon ved videokonferanse. Slik tilgang på støtte fra spesialist i

konsultasjoner i primærhelsetjenesten kan gi mulighet for en raskere medisinsk kartlegging og økt trygghet i vurderingen om det å være i arbeid.

Et slikt tiltak vil opprettholde prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON), bidra til kompetanseoverføring mellom nivåene i helsetjenesten samt gi mulighet for bedre og riktigere henvisninger dersom medisinsk utredning i spesialisthelsetjenesten er nødvendig.

Telemedisinske løsninger og felleskonsultasjoner med bruk av video kan være både kostnads- og tidsbesparende.

Mulige utviklingsprosjekt som kan vurderes implementert knyttet til videokonsultasjon:

1. Sikre tverrfaglig spesialistkompetanse i lokale HelseArbeid enheter der samlokalisering er utfordrende på grunn av geografi og/ eller manglende lokal kompetanse.
2. Fastlegekonsultasjon forsterket med spesialistkompetanse: Fastlegen gis mulighet for å forhåndsbestille/avtale spesialistkompetanse fra HelseArbeid enheten inn i sin fastlegekonsultasjon på 20 min via videokonsultasjon på nettbrett eller lignende. I noen tilfeller kan dette tenkes å være tilstrekkelig. I andre tilfeller kan det være behov for ytterligere avklaring og da kan time på HelseArbeid enheten avtales der og da.
3. Assistert selvhjelp: Kognitiv atferdsterapi gitt som assistert selvhjelp for psykiske helseplager har sammenliknbar effekt med individualterapi. Dette er etter hvert godt dokumentert i ulike studier. Det er også utviklet norske nettressurser som er gratis tilgjengelig. Dersom det i felleskonsultasjon med fastlege som beskrevet under b), fremkommer problemstillinger hvor assistert selvhjelp er tilstrekkelig kan HelseArbeid også tilby avgrenset veiledning pr. videokonsultasjon uavhengig av geografi.
4. Arbeidstaker som har mottatt bedriftstiltak kan i samarbeid med arbeidsgiver få tilbud om videokonsultasjon med støtte fra HelseArbeid der det oppstår utrygghet i jobbsituasjonen i forhold til helseplager.

7 IMPLEMENTERING

En koordinert implementering er vesentlig for å kunne innføre et helhetlig og gjenkjennbart konsept i hele landet.

I implementeringsprosessen må det sørges for å etablere konseptet HelseArbeid ute i regioner og lokalt. God kvalitet på implementeringen krever gode støttestrukturer og en viss grad av standardisering og kontroll med gjennomføringen.

HelseArbeid handler om etablering og utvikling av nye og forpliktende samhandlingsmodeller og rutiner mellom to store velferdsaktører NAV og Helsetjenesten. For å lykkes med denne prosessen er det nødvendig med styring og koordinering av implementeringen fra direktoratnivå gjennom tydelige oppdragsdokumenter, avklart finansiering og rolleavklaringer.

Implementeringen anbefales gjennomført trinnvis og koordinert med forskning og evaluering. Nasjonalt samhandlingsforum for Helse i arbeid støttet av Nasjonalt felles sekretariat har overordnet ansvar for koordinering av implementering og forskning. Etablering av forskning knyttet til implementering er viktig og må avklares før implementeringsprosessen starter.

7.1 Implementering av HelseArbeid

En forutsetning for iverksetting av implementering av det nasjonale konseptet er at det godkjennes av Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet med de respektive departement. Det må etableres et nasjonalt sekretariat som får ansvar for å støtte de lokale implementeringsprosessene som bør styres av et nasjonalt samhandlingsforum for HelseArbeid.

Oppdraget om å etablere HelseArbeid må gis av Helse og Omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet, og de underliggende direktorater får i ansvar å etablere et prosjekt med utprøving av konseptet HelseArbeid.

HelseArbeid planlegges å etableres trinnvis i hele landet. Etableringen skjer i et tett samarbeid mellom den/de aktuelle regionale helseforetak og fylkesadministrasjoner i NAV.

En trinnvis implementering av konseptet åpner nye muligheter for å få mer kunnskap om effekter av tjenestesamhandlingen for eksempel gjennom randomiserte studier. I utprøvingen bør det vurderes om det er hensiktsmessig å prøve ut de to foreslåtte bedriftsmodellene før HelseArbeid lanseres i hele landet.

7.1.1 Konvertering av eksisterende iBedrift tiltak som implementering av HelseArbeid

Implementeringen kan også gjennomføres som en form for konvertering i områder der det allerede eksisterer pågående iBedrift-satsing. I områder der det eksisterer Raskere tilbake prosjekter hvor det i mindre grad er etablert et samarbeid mellom Fysikalskmedisin, Psykisk helse og NAV, vil implementeringen kunne kreve en større innsats for å etablere HelseArbeid konseptet.

Regionale instanser og fagmiljøer i NAV og Helse må involveres med utgangspunkt i avtaler, eksisterende samarbeid og pågående aktiviteter for å vurdere mulighetene for å gjennomføre implementering i sin region. I etableringsfasen er det viktig å legge til rette for strukturer som vil ivareta kvalitetssikring, kvalitetsutvikling og nasjonal koordinering.

Regionale planer for implementering koordineres med foreslått forskningsaktivitet.

Som beskrevet i organisasjonskapitlet må det etableres koordinerende funksjoner på nasjonalt og regionalt nivå. Dette inkluderer samhandlingsforumet med sekretariat, og de foreslåtte fem regionale koordinerende funksjoner for etablering av konseptet HelseArbeid.

Bedrift- og individtiltakene leveres både ved de Regionale og de lokale enheter for HelseArbeid.

De Regionale enhetene får dermed en to-delt funksjon, med et koordineringsansvar overfor de lokale enhetene i tillegg til utøvelse av tjenestene med både bedriftstiltak og individtiltak. De lokale enhetene ivaretar kun utøvelse av tjenestene, og er således faglig underlagt og støttet av de regionale enhetene.

7.2 Forankring

7.2.1 Forankringsarbeid nasjonalt ved etablering av HelseArbeid

Forankringsarbeid på alle nivåer og hos alle viktige aktører er en nødvendig forutsetning for å sikre eierskap, forpliktende samarbeid, rolleavklaring, fremdrift og ressurstilgang.

På nasjonalt nivå må forankringsarbeidet skje ved å undertegne en samarbeidsavtale eller at oppdraget inngår som en del av samarbeidet knyttet til arbeid og helse mellom direktoratene. En tydeliggjøring av felles ansvar er en forutsetning for at HelseArbeid konseptet får de nødvendige styringssignaler, prioriteringer i linje og for finansiering. Nasjonal styring og koordinering av konseptet gjennom en felles struktur på direktoratnivå skal sørge for nødvendig samsyn av oppdrag, finansiering og regelverk.

Et felles nasjonalt fagforum for «HelseArbeid» bør etableres med ansvar for at konseptet implementeres og utvikles i tråd med kunnskapsgrunnlaget som er beskrevet. Et fagforum kan også bidra med anbefalinger til forskningsoppgaver knyttet til implementering.

Direktoratene må gi tydelige styringssignaler til de Regionale helseforetak og NAV Fylker slik at en regional organisering kan etableres og at tilbudet utformes og oppleves som likt over hele landet.

Forpliktende samarbeidsavtaler om Arbeid og Helse mellom ledelsen i de Regionale helseforetakene og NAV Fylkene bør etableres, der «HelseArbeid» kan inngå som et av samarbeidsprosjektene for regionen.

En Interessentanalyse for «HelseArbeid» er utarbeidet som et strategisk verktøy for viktige beslutninger under implementeringsprosessen nasjonalt og regionalt og lokalt.

7.2.2 Forankringsarbeidet ved oppstart i regioner

Når nye fylker og regioner skal starte opp er det svært viktig at NAV ved fylkesdirektør og ledelse ved de aktuelle regionale helseforetak inngår samarbeidsavtaler som sørger for nødvendig prioritering og organisering av HelseArbeid. Det er også viktig at IA rådet, NAV Arbeidslivssenter og andre relevante NAV enheter ivaretar kompetansebehov og driften av tiltakene innenfor NAV.

Spesialisthelsetjenesten (HF) innenfor Muskel/skjelett og psykisk helse skal sørge for at nødvendig kompetanse og driftsressurser blir stilt til disposisjon.

Rehabiliteringsinstitusjoner kan være aktører på helsesiden i områder hvor spesialisthelsetjenesten mangler kompetanse eller ressurs på enkelte fagområder.

(f.eks. Valnesfjord og Alta i region nord)

Samarbeidsavtale om drift av konseptet mellom lokalt Helseforetak og NAV Arbeidslivssenter skal etableres for å sikre forpliktende samarbeid i gjennomføring av oppdraget og nødvendig ressurs og kompetanse innenfor helsetjeneste og NAV.

Etablering av en lokal styringsgruppe anbefales (med representant fra HF, NALS, lokale parter, fastlege, kommunerepresentant m.fl.).

7.2.3 Forankringsarbeid i nye kommuner eller geografiske områder

Kommunestyret har ansvar for den nødvendige politiske prosessen for at en implementering av konseptet i deres kommune kan lykkes. Kommuneadministrasjon ved Rådmannen tar de nødvendige administrative beslutninger når en kommune ønsker å etablere «HelseArbeid» for sine ansatte som arbeidsgiver.

Kommunehelsetjenesten og bedriftens BHT er viktige samarbeidspartnere under etableringen og gjennom driftsfasen av konseptet.

Fastlegene og andre sykmeldere er nøkkelpersoner for når det gjelder tilbud om individtiltak i HelseArbeid da de har primæransvar for henvisninger og videre oppfølging ved sykefravær. Denne gruppen må få tilbud om strukturert oppfølging og kompetanseoverføring om kunnskapsgrunnet som konseptet HelseArbeid bygger på.

NAV veiledere i NAV kontor er har en særskilt rolle i oppfølging av sykemeldte.

Dersom det skal tilbys HelseArbeid i større konsern eller i større bedrifter anbefales det å utarbeide egen sjekklister.

7.3 Kompetansetiltak før oppstart

7.3.1 Opplæring av utøvere i bedriftstiltak og individtiltak

Hensikten med dette avsnittet er å beskrive mulige organisatoriske løsninger for opplæring med prinsipper og læringsmetoder som anbefales for opplæringstiltak knyttet til «HelseArbeid».

For opplæring til å gjennomføre bedriftstiltakene og individtiltakene henvises også til de avsnitt som beskriver bedrifts og individtiltakene.

En nasjonal styring og koordinering på direktoratnivå er nødvendig for å sikre kontrollert gjennomføring av opplæring, veiledning og kvalitetssikring.

I vedlegget ligger en detaljert opplæringsplan, i de følgende avsnitt gis en overordnet beskrivelse av planen.

Nasjonale oppgaver innen opplæring kan være:

- Ansvar for etablering av kompetanse/opplæring nasjonalt, regionalt og lokalt
- Planlegging og koordinering av opplæringsprosessen
- Etablering av et nasjonalt fagforum for «HelseArbeid»
- Ansvar for kvalitetssikring, evaluering og utvikling av konseptet
- Kontakt med relevante forskningsmiljøer og utdanningsinstitusjoner
- Sørge for kunnskaps- og kompetansespredning
- Rapportering årlig til oppdragsgiver

Regionale oppgaver knyttet til opplæring:

- Regionale enheter for «HelseArbeid» skal bidra til å sikre kvalitet og likhet av tjenester i hele tiltakskjeden
- Regionale enheter for «HelseArbeid» skal sørge for grunnopplæring og veiledning av ansatte i NAV og Helsetjenesten ut fra en tydelig og klar målsettinger knyttet til den kunnskap som formidles om vanlige helseplager, og at arbeidet med å inkludere kompetansen bidrar til positiv utvikling av et inkluderende arbeidsmiljø i virksomhetene.
- *Regionale enheter bør etablere samarbeid med regionale forsknings- og undervisningsmiljøer. Regionale senter bidrar også aktivt i arbeidet med kompetanseoverføring til sykmeldere og NAV kontorer.*
- Regionale enheter skal sørge for å bidra til å gjennomføre regionale nettverkssamlinger, der fagmiljøene fra NAV og helsetjenesten samles for å utveksle erfaringer med påfyll av aktuell fagkunnskap. Det kan også opprettes nettsteder og nettverk for de involverte kompetansemiljø. Her bør aktuelle stoff for undervisning og fagstoff være tilgjengelig. Dette nettstedet bør også benyttes til faglige diskusjoner og bruke Webinarer for de involverte og for aktuelle forskningsmiljø.

- De aktuelle opplæringsansvarlige skal samhandle og trekke inn evt. ressurser i forskningsmiljøet. Regionale enheter får hovedansvar for å holde faginnholdet i HelseArbeid oppdatert.

Målgrupper for opplæringen i NAV / Helse

Primærmålgruppe for opplæringen er IA-rådgivere og helsepersonell som skal være instruktører på bedriftstiltakene og bistå i tverrfaglig avklaring ved lokale eller regionale HelseArbeid enheter

Sekundær men meget viktig målgruppe for opplæring om det grunnleggende faggrunnet i konseptet HelseArbeid er fastleger/sykmeldere og veiledere på NAV kontorer. Det skal derfor etableres et emnekurs for «HelseArbeid» som bør være obligatorisk i etterutdanningen til fastleger/sykmeldere, men også tilgjengelig for ansatte i NAV kontorer. (Elementer fra «12 minutter' n» og «Sees i morgen» kurspakken kan brukes her).

Frisklivssentraler og kommunale helsehus kan være viktige målgrupper å involvere på sikt. Denne type utadrettede opplæringstiltak vil være viktig for innsalg av ordningen, og vesentlig for å etablere gode samarbeidsrelasjoner med viktige samarbeidspartnere.

Plan for opplæring av instruktører

Det foreligger definerte læringsmål og kompetansekrav for innholdet i opplæringen. Disse er beskrevet i vedlegg i denne rapporten. (Se vedlegg 12.5 side 142)

Opplæringsansvarlige fagpersoner i de *regionale enheter* skal bidra aktivt for utvikling av nasjonal opplæringsplan. Opplæringsplanen bør utarbeides for både grunn- og videreutdanning av instruktørene. Det gis en form for sertifisering av de som skal være instruktører i bedriftstiltakene som anbefales varer i 3 år.

7.4 Etablering i nye regioner

For å etablere HelseArbeid i nye regioner finnes det allerede aktuell kompetanse i eksisterende helsetjeneste, oftest knyttet til Helseforetak eller private rehabiliteringsinstitusjoner. Det vil også kunne trekkes på øvrig aktuell helsekompetanse som kan være tilgjengelig og finansiert gjennom Raskere tilbake ordningen. I NAV er det NAV arbeidslivssenter som ivaretar oppdragene knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid ute i virksomhetene. I tillegg kan det være aktuelt å knytte til seg eksterne ressurser som NAV har avtaler med gjennom sine raskere tilbake aktiviteter. Ved etablering i regioner som ikke har eksisterende kompetanse knyttet til ett iBedrift tilbud vil det være naturlig at implementeringen av HelseArbeid tar utgangspunkt i de nevnte eksisterende fagmiljøer og ressurser.

7.4.1 Konvertering fra andre eksisterende tiltak

Som omtalt under punktet om forankring må eksisterende Raskere tilbake prosjekter bli stimulert til å gjennomføre konvertering til HelseArbeid. Dette forutsetter tydelige overordnede styringssignaler blant annet gitt gjennom oppdragsbrevet fra HOD til RHFene.

I Arbeids- og velferds sektoren kan det besluttes at å innføre HelseArbeid. Lokalt kan det tas kontakt med relevante instanser i helsetjenesten for å planlegge samarbeid om implementering. Dette samarbeidet bør ta utgangspunkt i eksisterende samhandlingsavtaler mellom NAV fylke og Helseregionen.

7.5 Etablering i områder med iBedrift aktivitet

I seks fylker og to helseregioner er det allerede etablert iBedrift aktiviteter med en varierende grad av samhandling mellom Helsetjenesten og NAV. I noen fylker, men ikke alle, er både fysisk medisin og psykisk helse involvert. I noen fylker er det igangsatt forskningsaktivitet på eksisterende tilbud gjennom iBedrift aktiviteter som bør videreføres og kobles opp mot implementering av HelseArbeid.

7.6 Drift og videreutvikling

7.6.1 Driftsrutiner

Den regionale enheten får ansvar for å etablere systemer og ordninger slik at en får til gode administrative rutiner for oppdragene og sikre at det blir mulig å sikre registrering av oppdrag slik at det gir tilgang til rapporter som kan vise produksjon og resultater knyttet til HelseArbeid. Det må utvikles gode og ensartede løsninger for registrering av data som sikrer god datafangst og felles grunnlag for rapportering. De administrative rutiner som utvikles må gjøres tilgjengelig i alle HelseArbeid enheter.

7.6.2 Regionalt ansvar for kvalitetsutvikling

Den enkelte regionale HelseArbeid enheten har ansvaret for drift, videreutvikling og kvalitet. Den regionale enheten deltar i Nasjonalt samhandlingsforum for konseptet HelseArbeid med to representanter.

Den Regionale enheten skal utarbeide en regional plan for arbeid med kvalitet, forankret i overordnede prinsipper fra det nasjonale samarbeidsforum. Planen skal inkludere et system for å kvalitetssikre og ivareta konseptet. Det finnes egne metoder for å ivareta compliance og fidelity for å sikre likhet i tjenestene geografisk og over tid som kan være aktuelle.

Den regionale enheten skal bidra i arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer or å måle kvalitet og effekt på en enhetlig måte. Kvalitetsindikatorerne kan på sikt inngå i nasjonale kvalitetsregistre og være grunnlag for forskning og evaluering.

Øvrige utviklingstiltak og aktiviteter i regionen

- Det utarbeides innhold i videreutdanning av instruktører til bedriftstiltak og faglig veiledning overfor medarbeidere i individtiltakene. Det skal etableres gode lokale nettverk for ansatte i HelseArbeid.
- Det etableres gode hospiteringsordninger på innad i regionen og på tvers av regioner

- Det igangsettes mentorordninger for HelseArbeid enhetene
- De regionale HelseArbeid enhetene utarbeider en plan for nyetableringer i tett samarbeid med de lokale aktørene hvor det etableres lokale HelseArbeid enheter.
- Utarbeidet system som sikrer kvalitetssikring og kvalitetskontroller og avvikssystemer både innad i regionen og på tvers av regioner.

7.6.3 Veiledning av utøvere i bedriftstiltak og individtiltak

Veiledning og etterutdanning av utøvere er en langsiktig og ressurskrevende prosess som sikrer kvalitet, stabilitet, og likhet av tjenester til alle etablerte områder og fagmiljøer. (se vedlegg "Implementeringsveileder for nye geografiske områder»). Grunnopplæring følges opp av strukturert og langsiktig veiledningsaktivitet. Veiledningsarbeid gjennomføres av opplæringsansvarlige i regional enhet

Mål for veiledningsarbeid er å sikre følgende elementer:

- Struktur og kvalitet ved overføring av metode og kompetanse
- Stabilitet og likhet av tiltakene i hele regionen
- Utvikling av metoden iht. forskning/ erfaring og nasjonale føringer
- Kvalitetssikring

Veiledning og kvalitetssikring forutsetter struktur gjennom veiledningsavtaler og nødvendig kapasitet hos Helsefagpersoner og IA-rådgivere og gode telemedisinske / AV løsninger

Systemveiledning

Systemveiledning skal bidra til etablering av nødvendige organisatoriske strukturer i ett nytt område. Veilederen må sørge for etablering av samarbeidsavtaler mellom aktørene (Helse, NAV, kommuner) og for etablering av de sentrale støttefunksjoner ved oppstart i et nytt område. Veileder skal bidra til etablering av fremdriftsplan, hospiteringsplan og veiledningsavtaler.

Metodeveiledning for instruktører

Denne veiledningen fokuserer på de pedagogiske elementer i metoden og skal bidra til at samarbeid, ansvar og rollefordeling mellom fagpersoner fra NAV og Helse er velfungerende. Den berører de pedagogiske elementer ved presentasjoner på arbeidsplassen (Bedriftstiltak)

Driftsveiledning

Driftsveiledning har fokus på kompetanse og faglig innhold i de etablerte tiltak.

For Bedriftstiltakene gjennomføres veiledning etter en strukturert veiledningsavtale med tilstedeværelse av opplæringsansvarlige for å sikre kvalitet og kompetanse i oppstartfasen. For individtiltaket vil veiledning gjennomføres ved hospitering samt personlig tilstedeværelse av medisinsk faglig ansvarlig.

7.7 Implementering og koordinert forskningsaktivitet

Implementeringsprosessen skal være en del av en forskningsplan for «HelseArbeid». Det er stort behov for å fremskaffe mer evidens rundt konseptet «HelseArbeid» gjennom en koordinert forskningsaktivitet knyttet til også implementeringsprosessen.

Forskning på konseptet HelseArbeid vil også kunne være et nyttig bidrag til en større satsning på fagområdet Arbeid og Helse. Under forberedelsen til implementeringen bør det utarbeides detaljerte planer for tilknyttet forskningsaktivitet i samarbeid med regionale enheter og forskningsmiljøer. En trinnvis implementering av konseptet åpner nye muligheter for å få mer kunnskap om effekter av tjenestesamhandlingen gjennom randomiserte studier i en multi-team-struktur.

1) Effektforskning bør etableres for å evaluere bedriftstiltakene. Det fremkommer 2 modeller fra arbeidsgruppene, en modell med IA-moduler og en modell uten IA. Vi trenger mer kunnskap om hvilken effekt eller merverdi samtidigheten av tjenesteleveransen fra NAV og Helse skaper.

2) Effektforskning bør også knyttes til de fem regionale koordinerende funksjoner for «HelseArbeid» og HelseArbeid team for å studere effekten eller merverdi av samlokalisering for helse- og NAV tjenester.

3) Implementeringsforskning bør knyttes til flere av opplærings og veiledningsaktiviteter. Det er viktig å vite mer om hva som fungerer ved overføring av kompetanse og i veiledningsarbeid og dermed sørge for god kvalitetssikring og likhet av tjenester for befolkningen.

Effektmålet for opplæringen er at NAV og Helsetjenesten i samarbeid leverer en ensartet tjeneste med stabil kvalitet og forventet effekt. Kontinuerlig evaluering og forskning skal bidra til kunnskapsbasert utvikling av tjenester som støtter hovedmålene fra IA-avtalen

Med henvisning til kapittel om «forskning og evaluering» bør en forskningsstrategi som inneholder flere elementer som effektforskning, implementeringsforskning, samfunnsøkonomisk forskning og evaluering gjennom kvalitetssikring:

7.8 Pedagogiske virkemidler

Det er vurdert ulike pedagogiske virkemidler (se tabellen i vedlegg:12.4.1 side 141). Det anbefales at hovedtyngden av opplæringen gis som kurs/undervisning og praktisk veiledning. Erfaringer fra innføring hittil tilsier at kurs og veiledning er effektive virkemidler.

E-læring er ikke utprøvd, men antas å være et nyttig støtteverktøy i et nasjonalt opplæringstilbud. Dette kan brukes i ulike faser av opplæringen; som forberedelse til felles opplæringsseminarer, mellom seminarene og etter at seminarene er avsluttet, for eksempel som oppslagsverk. E-læring kan brukes til pre- og posttesting av kunnskap hos deltaker for å sikre jevnt kunnskapsnivå. NAV har gode e-læringspakker man kan ta utgangspunkt i, men kompetansemiljøet og de som skal drive være ansvarlig for det faglige innholdet i e-læringen.

Det anbefales at det utvikles E-læringsverktøy – både som virkemiddel i leveringen og oppfølgingen av bedriftstiltaket, men også som et virkemiddel i kursingen av utøvere av HelseArbeid.

8 ØKONOMI OG FINANSIERING

En forutsigbar og langsiktig finansiering er en forutsetning for innføring av konseptet HelseArbeid. Det foreslås å omprioritere eksisterende aktiviteter og ressurser.

Enkle økonomiske beregninger tyder på at konseptet kan ha betydelige samfunnsøkonomiske gevinster.

I dette kapitlet skal vi redegjøre for økonomiske konsekvenser knyttet til en eventuell innføring av konseptet «HelseArbeid». Vi skal redegjøre for nåværende finansieringsmodell for «iBedrift», vurdere fordeler og ulemper ved denne og foreslå framtidige finansieringsløsninger for et nasjonalt konsept både i helsetjenesten og NAV.

Målet er å sikre en forutsigbar finansiering av det nye konseptet. Dette kan oppnås best ved å ta utgangspunkt i gjeldende finansieringsordning, dvs. arbeidslivssentrene driftsbudsjett i NAV og Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten. På sikt bør konseptet innlemmes i ordinær drift også i spesialisthelsetjenesten.

Det anbefales at:

1. De fem regionale HelseArbeid enheter finansieres gjennom omdisponering av IA-virkemidler, herunder Raskere tilbake-midler.
2. Det etableres et nasjonalt forskningsprosjekt som følger implementeringen av konseptet, og er koordinert med iverksettingen. Prosjektet anbefales finansiert gjennom en særskilt tilskuddsordning for formålet. Midler trekkes ut fra Raskere tilbake-ordningen og en hensiktsmessig andel av midlene øremerkes til effektevaluering og forskning.
3. Bruken av IA virkemidlene styres mer i retning av helsefremmende, forebyggende og systemrettede tiltak både i NAV og i spesialisthelsetjenesten, etter modell av det som er gjort for helsedelen av Raskere tilbake-ordningen. Målgruppen for Raskere tilbake-ordningen må være lik i NAV og i helsetjenesten. Det betyr at Raskere tilbake-midler i NAV må kunne brukes også til de som står i fare for å bli sykmeldt.
4. På lengre sikt skal HelseArbeid finansieres gjennom ordinære driftsbudsjetter både i NAV og i helsetjenesten

8.1 Kostnader

Etablering av HelseArbeid vil innebære kostnader for bedriftene, NAV og NAV arbeidslivssentrene og spesialisthelsetjenesten. Bedriftene vil selv bære den største kostnaden

ved at alle ansatte og ledere skal motta helseinformasjon i to til tre presentasjoner med en varighet på 2 til 4 timer, avhengig av modell for bedriftstiltak. I tillegg må bedriftene beregne tid for ledere, tillitsvalgte, verneombud og BHT til forarbeid, forankring og evaluering. Bedriftenes kostnader er indirekte ved at tid medgått til deltakelse i bedriftstiltakene, kan innebære tapt produksjon.

Forskning på helse- og samfunnsøkonomi bør inkluderes i videre forskning for å framskaffe et bredt kunnskapsgrunnlag for konseptet. NAV sine kostnader vil i hovedsak være knyttet til IA-rådgiveres tidsbruk i forbindelse med bedriftstiltakene og reise til og fra bedriftene.

Spesialisthelsetjenesten vil ha kostnader knyttet til helsepersonells deltakelse i bedriftstiltakene, reiseutgifter til og fra bedriftene, og etablering og drift av HelseArbeid-sentre.

Både NAV og helsetjenesten må påregne kostnader til opplæring, veiledning, nettverksbygging, forskning og evaluering.

8.2 Gevinster

De samlede kostnadene ved HelseArbeid, må ses i forhold til forventede gevinster. Tiltaket forventes å bidra til redusert sykefravær, bedre livskvalitet, redusert forbruk av andre helsetjenester, styrket arbeidsmiljø og jobbnærvær. Av disse er det redusert sykefravær som enklest lar seg måle.

En masteroppgave om samfunnsøkonomisk analyse av iBedrift-intervensjon i Tromsø gir indikasjoner om samfunnsøkonomisk gevinst. Masteroppgaven «Socioeconomic Analysis of a Multidisciplinary Intervention in Norway» konkluderer med at det er indikasjon for at bedriftstiltakene er samfunnsøkonomisk lønnsomme dersom sykefraværet reduseres med minst 2 prosent. Effekter på livskvalitet og redusert forbruk av helsetjenester er holdt utenfor. Kostnadsanalysen som masteroppgaven tar utgangspunkt i, viser at det er bedriftene som har de største omkostningene. Det er også bedriftene som vil ha størst nytte av redusert sykefravær. Masteroppgaven indikerer både en samfunnsøkonomisk og bedriftsøkonomisk gevinst gitt premissene som er lagt til grunn.

8.3 Estimat om ressursbruk

Dagens ressursbruk for iBedrift i Helse Nord, kan gi en indikasjon på mulig ressursbehov i en fullt utbygd nasjonal ordning.

I Troms fylke er kostnadene i spesialisthelsetjenesten knyttet til bedriftstiltakene 3,7 millioner kroner. Vi kan grovt anslå at tilbudet i Troms dekker ca. 2/3 av befolkningen og at ressursbehovet i en fullt utbygd ordning vil være ca. 5 millioner kroner i Troms. Hvis vi legger til grunn tilsvarende kostnad for Nordland og Finnmark, får vi et samlet ressursbehov på 15 millioner kroner i Helse Nord. Helse Nord dekker ca. 10 prosent av landets befolkning, og dersom vi legger til grunn samme ressursbehov i øvrige deler av landet, innebærer det et ressursbehov på ca. 150 millioner kroner i spesialisthelsetjenesten når tilbudet er fullt utbygd. Dette anslaget omfatter kun bedriftstiltak, og ikke pasientrettet aktivitet i tverrfaglige poliklinikker.

Vi kan benytte samme framgangsmåte for å gi et grovt anslag over ressursbehov i NAV. I Nordland, Troms og Finnmark benyttes i dag ca. 6,3 årsverk til iBedrift, og vi legger til grunn at dette dekker 2/3 av behovet. Hvis tilbudet skal dekke hele befolkningen i de tre fylkene, anslås det behov for ca. 9 årsverk i disse fylkene og ca. 90 årsverk på landsbasis. Det utgjør et samlet ressursbehov for NAV på ca. 67,5 millioner kroner i en fullt utbygd nasjonal ordning. Når det gjelder ressursbehov i NAV Arbeidslivssenter, legger vi til grunn at drift av HelseArbeid kan ivaretas innenfor gjeldende rammer for arbeidslivssentrene gjennom endret prioritering og arbeidsmåte for IA-rådgiverne. Det er ikke naturlig å etablere et skarpt skille mellom HelseArbeid og vanlig IA-arbeid. I forbindelse med etablering av konseptet vil det imidlertid være tilleggskostnader knyttet til koordinering, implementering og forskning. Vi anslår at det vil være behov for 1,5 årsverk ved de store arbeidslivssentrene i Oslo, Akershus, Rogaland, Hordaland og Sør-Trøndelag, og 1 årsverk i hvert av de 14 resterende arbeidslivssentrene. Det betyr ekstra ressurser tilsvarende ca. 22,5 årsverk.

8.4 Dagens finansieringsmodell

Dagens finansieringsmodell er satt sammen av en type finansiering i NAV og en annen type finansiering i spesialisthelsetjenesten. Felles for begge sektorer er at iBedrift-konseptet har vokst fram i kjølvannet av IA-avtalen og ulike tilskuddsordninger i tilknytning til IA-avtalen. Hvert år bevilges det til sammen ca. 1, x milliarder (?) i IA-virkemidler, inkludert i underkant av 800 000 kroner til Raskere tilbake-ordningen.

IA-bedrifter mottar konseptet kostnadsfritt, men bærer egne kostnader knyttet til deltakelse. Spørsmålet om finansiering er derfor knyttet til etablering og drift av konseptet i NAV og i spesialisthelsetjenesten.

Det er behov for mer forskning på effekt for å kunne gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av nytteverdien av HelseArbeid.

8.4.1 Finansiering i NAV

I de fylkene som har etablert iBedrift finansieres NAVs bidrag i hovedsak gjennom arbeidslivssentrenes ordinære driftsbudsjett. Arbeidslivssentrenes hovedoppgave er å støtte opp under IA-virksomhetenes egen innsats for å forebygge sykefravær og overgang til passive trygdeordninger.

Det er også innslag av øremerket finansiering innenfor dagens finansieringsordning i NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet tildeler midler til forsøk og forskningsprosjekter på arbeids- og velferdsområdet gjennom FARVE-programmet (Forsøksmidler, Arbeid og Velferd), og NAV Nordland har fått innvilget prosjektmidler til delfinansiering av iBedrift-satsingen. FARVE-midlene bevilges over statsbudsjettet og prosjektene kan i utgangspunktet kun tildeles midler for ett år av gangen. Dersom FARVE-programmet får tilstrekkelige bevilgninger, og prosjekter drives uten avvik, kan prosjektene tildeles midler påfølgende år uten ny søknad. NAV Nordland har mottatt til sammen ca. 2,4 mill. kroner i 2013, 2014 og 2015 og midlene går til prosjektleder, rådgiver ved arbeidslivssenter, forsker på Uni Helse og opplæring og oppfølging fra iBedrift Tromsø.

Det anslås at de syv arbeidslivssentrene som har tatt i bruk iBedrift, bruker til sammen ca. 11 årsverk på dette, men det er en utfordring å skille rene iBedrift-tiltak og vanlig IA-arbeid.

I NAV inngår ikke Raskere tilbake-midler i finansieringen av iBedrift-tiltak. Raskere tilbake-satsningen ble innført i 2007 da det ble bevilget ca. 600 millioner kroner i friske midler til kjøp av ulike typer helse- og arbeidsrettede tjenester. Dette var en form for videreføring av ordningen med Kjøp av helsetjenester for sykmeldte i regi av NAV. Midlene blir fordelt mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. For 2015 er det bevilget ca. 216 millioner kroner over Arbeids- og sosialdepartementets budsjett. Midlene skal benyttes til å gi tilbud til sykmeldte om oppfølging, avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for personer med lettere psykiske og sammensatte lidelser. Det er NAV-kontoret som vurderer om et arbeidsrettet tiltak kan gis, ikke arbeidslivssenteret. Det kreves ikke egenandel ved arbeidsrettede tiltak i regi av NAV.

8.4.2 Finansiering i spesialisthelsetjenesten

I de to helseregionene hvor iBedrift er etablert, Helse Sør-Øst og Helse Nord, finansieres helsetjenestens bidrag ved hjelp av øremerkede tilskudd fra staten til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte (Statsbudsjettet kap.) 732, post 79 Raskere tilbake).

I 2014 ble det benyttet til sammen ca. 28 mill. kr. på tiltak relatert til iBedrift i de to regionene.

Målgruppen for Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten er sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. For 2015 er det bevilget ca. 570 millioner kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til de regionale helseforetakene. Midlene fordeles til de regionale helseforetakene etter samme kriterier som basisbevilgningen, men det er rapportert aktivitet som til slutt bestemmer hva den endelige inntekten blir for de regionale helseforetakene. Det er etablert egne Raskere tilbake-prosjekter i hver helseregion, og det stilles særskilte krav til aktivtetsregistrering og rapportering for å sikre at bevilgningen brukes i samsvar med ordningens formål.

Raskere tilbake-midlene kommer i tillegg til ordinær finansiering, og det er en forutsetning at aktiviteten skal komme i tillegg til den kapasitet regionale helseforetak må ha for å oppfylle sørge for-ansvaret. De ordinære finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten benyttes ikke som grunnlag for overføringer mellom staten og de regionale helseforetakene for aktivitet som faller inn under Raskere tilbake-ordningen. Aktiviteten rapporteres til Norsk Pasientregister på lik linje med øvrig aktivitet, men kodes på en slik måte at aktiviteten ikke omfattes av Innsatsstyrt finansiering.

Da Raskere tilbake-ordningen ble innført, ga Helse- og omsorgsdepartementet detaljerte regler for koding av aktivitet som skulle danne grunnlag for bruken av midlene. Refusjonen skulle være 80 prosent basert på gjeldende aktivitetsbaserte ordninger (ISF og poliklinikk), dvs. dobbelt så høy refusjonsandel som i det ordinære systemet den gang. I tillegg ble det åpnet for at RHFene ved hjelp av prosjektmidler toppfinansiere nye tilbud som er spesielt rettet mot pasientgrupper med sammensatte og uavklarte lidelser med behov for tverrfaglig tilnærming.

Egenandel fra pasienter inngår også som en del av finansieringen. Det er like regler for innkreving av egenandel innenfor Raskere tilbake som ved ordinær behandling i

spesialisthelsetjenesten. Egenandel betalt for et Raskere tilbake-tiltak gir også rett til opptjening av frikort egenandelstak 1 på lik linje med øvrig poliklinisk behandling.

Kartleggingsdokumentene i de fylkene som har tatt i bruk iBedrift kan oppsummeres slik når det gjelder finansiering i spesialisthelsetjenesten:

| | Generelt | Bedriftstiltak | Individtiltak |
|--|---|---|---|
| Nordland og Finnmark | Helsetjenestens innsats i iBedrift finansieres gjennom Raskere tilbake-avtale mellom Helse Nord RHF og Valnesfjord Helseportssenter/ Opptreningscenteret i Finnmark | Raskere tilbake-midler: Timebetaling per godkjent tiltak inkl. på forhånd bestemt antall timer til forberedelse og etterarbeid | Raskere tilbake-midler: Poliklinisk avklaringstilbud: Stykkprisfinansiert Korte mestringkurs: Dagspris per pasient |
| Troms | Aktiviteten innenfor helsetjenesten ivaretas av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN). | Raskere tilbake-midler: Rammebevilgning fra Helse Nord til UNN | Raskere tilbake-midler: Stykkprisfinansiert |
| Vestfold, Akershus, Buskerud og Telemark | Sykehuset i Vestfold (SIV) har ansvar for helsedelen i Vestfold, Akershus, Buskerud og Telemark. | Raskere tilbake-midler. Til sammen ca. 10 årsverk til drift og administrasjon av iBedrift i Vestfold, Akershus, Buskerud og Telemark. | Ikke en del av iBedrift, men sammen med iBedrift en del av «Trygg i jobb tross plager» som finansieres av Raskere tilbake-midler og har til sammen ca. 28 årsverk. Tre poliklinikker. |

Arbeid og psykisk helse har vært et satsingsfelt over en 10-årsperiode der en viktig målsetting er å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og NAV. Det har vært særskilte tilskuddsordninger over statsbudsjettet knyttet til feltet både i NAV og i helsetjenesten. Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse gjelder for perioden 2013-2016, og det arbeides nå med hvordan dette arbeidet skal videreføres fra 2017, herunder overgang til mer permanente finansieringsformer.

Ved oppstart av Raskere tilbake-ordningen ble det ikke avsatt midler til forskning og evaluering. Det har likevel vært gjort ulike evalueringer av effekt, og noe forskning er finansiert av andre midler.

8.4.3 Finansiering av helsefremmende og forebyggende tiltak

Det er en generell utfordring at dagens finansieringsordninger både i NAV, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i liten grad gir insentiver for å arbeide helsefremmende og forebyggende. Til tross for tydelige politiske målsettinger om

tidlig og samtidig innsats fra flere sektorer, forutsetter de aktivitetsbaserte finansieringsordningene at det foreligger sykdom eller mistanke om sykdom før spesialisthelsetjenesten kan gi et tilbud, og sykmeldt før NAV kan iverksettes tiltak.

Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten omfatter sykmeldte og personer som står i fare for å bli sykmeldte. Innenfor Raskere tilbake i NAV er det et absolutt vilkår at personen er sykmeldt før Raskere tilbake-midler kan tas i bruk. Av denne grunn er Raskere tilbake i dag ikke en aktuell finansieringskilde for konseptet i NAV.

8.5 Fordeler og ulemper ved dagens finansieringsmodell

Ettersom finansieringsmodellen er ulik i NAV og i helsetjenesten, vil vi vurdere fordeler og ulemper ved hver av dagens ordninger.

8.5.1 NAV

Det er flere fordeler ved å finansiere NAVs innsats over arbeidslivssentrene driftsbudsjett som en del av det ordinære IA-arbeidet. Konseptet HelseArbeid er et forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot de diagnosegruppene som forårsaker flest sykmeldinger fra lege. Sett i lys av dette, samt at konseptet representerer en god IA-tankegang og et godt virkemiddel i arbeidet for redusert sykefravær, er det en fordel at arbeidslivssentrene innsats i forbindelse med konseptet finansieres over driftsbudsjettet. Arbeidet har da en god forankring i ordinær drift og en sikker og forutsigbar finansiering. Ved å finansiere gjennom ordinære driftsmidler, blir andre virkemidler desto viktigere for å styre og kontrollere satsingen på en god måte. Det er en forutsetning at arbeidslivssentrene er dimensjonert til å kunne ivareta oppgaven som en del av sin portefølje, og at det gis tydelige styringssignaler gjennom Mål- og disponeringsbrev.

8.5.2 Helsetjenesten

Øremerkede midler gjennom Raskere tilbake-ordningen gjør det mulig for spesialisthelsetjenesten å prioritere tiltak rettet særskilt mot sykmeldte uten at dette skal gå på bekostning av andre pasientgrupper. Sammen med tydelige styringskrav er dette et sterkt virkemiddel for å oppnå ønsket aktivitet. Man unngår vanskelige prioriteringsdiskusjoner og risiko for at tiltak rettet mot å forebygge sykefravær ikke blir prioritert.

HelseArbeid-konseptet ligger til dels utenfor sykehusenes kjerneoppgaver.

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for å gi befolkningen nødvendige spesialisthelsetjenester. Det inngår også i dette ansvaret å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning. Innenfor det ordinære sørge-for ansvaret er det problematisk for helseforetakene å prioritere tiltak rettet særskilt inn mot sykmeldte, og mot personer med uavklarte muskelskjelett-plager og psykiske plager. Raskere tilbake-ordningen har banet vei for at man likevel har kunnet styrke tilbudet for disse gruppene. Fordelen med dagens finansieringsmodell basert på Raskere tilbake er at det finnes midler, at pengene kommer fram til tilbud innenfor arbeid og helsefeltet, at regionale helseforetak har stor frihet til å velge tiltak

og at det over tid er utviklet en rekke ulike tiltak som det går an å bygge videre på. Ulempen er at dagens finansieringsmodell legitimerer at tiltakene ikke er en del av ordinær drift og derfor må ha særskilt finansiering og administrasjon. Midlene via Raskere tilbake oppleves som usikre fra år til år. Hvor mye som mottas er ikke klart før statsbudsjettet legges frem i oktober hvert år. Dette gir usikkerhet for egne ansatte og private aktører med avtale hvert år. Dette gir igjen utfordringer med å rekruttere og beholde nøkkelpersonell.

Satsningen knyttet til iBedrift innenfor helse er samlet ved noen få kompetansemiljøer, primært Kysthospitalet i Vestfold og UNN i Tromsø. I og med at virksomheten er bygget opp utenfor ordinær drift og basert på ekstraordinære midler, er det grunn til å tro at de fleste tiltakene ville forsvinne dersom det ble slutt på særskilte tilskuddsmidler.

Regionale helseforetaks frihet når det gjelder bruk av midlene innenfor Raskere tilbake og vilkåret om at dette skal være et tilbud utenfor det ordinære tjenestetilbudet, kan også gi risiko for at det bygges opp tilbud hos "feil aktør" i forhold til andre oppgaver. Det vil også bli forskjeller mellom RHF-ene med hensyn til hva som etableres.

8.6 Forslag til framtidige finansieringsløsninger

Implementering av HelseArbeid innebærer en ny metodikk, arbeidsmåte og samarbeidsplattform mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. Dersom konseptet skal lykkes, må de økonomiske rammebetingelsene legges til rette for langsiktig planlegging i begge sektorer.

Det må skilles mellom finansiering i en implementeringsfase og finansiering innenfor ordinær drift. Etter at en implementeringsfase er gjennomført, vil NAV kunne tilby konseptet innenfor ordinært driftsbudsjett, men det forutsetter en gjennomgang og prioritering av arbeidslivssentrenes oppgaveportefølje og en tydelig prioritering av denne metodikken som en del av ordinær drift. I en implementeringsfase vil NAV ha tilleggskostnader knyttet til opplæring, veiledning, koordinering og samarbeid med spesialisthelsetjenesten i regionale HelseArbeid-sentra. I spesialisthelsetjenesten vil det være behov for øremerkede midler for å sikre at tiltaket gis prioritet, men det er viktig at man allerede ved etablering har en plan for hvordan virksomheten kan innpasses i ordinær drift på lengre sikt.

Videre må det vurderes hvilke økonomiske virkemidler som er best egnet til å finansiere de ulike aktivitetene innenfor konseptet. Bedriftstiltak bør rammefinansieres både i NAV og i spesialisthelsetjenesten. ISF-finansiering skal understøtte pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten og kan ikke brukes til å finansiere forebyggende og helsefremmende tiltak på arbeidsplasser. Rammefinansiering vil kunne sikre forutsigbarhet og danne grunnlag for samarbeid og gi mulighet for god tjenestekvalitet, gitt at det stilles klare krav til omfanget av leveransen og settes av nok ressurser til tiltaket.

Når det gjelder finansiering av Helse-Arbeid-sentre, bør målet være innlemming i de ordinære finansieringsordningene i begge sektorer på sikt. I spesialisthelsetjenesten vil det bety finansiering via en kombinasjon av basistilskudd og ISF-finansiering, og tiltaket vil måtte konkurrere om prioritering på lik linje med øvrige oppgaver som regionale helseforetak har ansvar for. Aktivitet rapporteres til NPR og gir grunnlag for ISF-refusjon når vilkårene for dette er

til stede. En slik ordning forutsetter at aktiviteten ved sentrene blir integrert i ordinær drift og inngår i helseforetakenes sørge for-ansvar. Om denne aktiviteten kan innlemmes i ISF-ordningen vil være avhengig av innholdet i tilbudet, henvisningsrutiner etc. Det vil ikke være mulig å inkludere dette i den ordinære ISF-ordningen dersom det etableres som et lavterskeltilbud der både arbeidstaker selv, arbeidsgiver, NAV eller fastlege kan henvise. Slike tilbud vil ikke kunne defineres som spesialisthelsetjeneste.

Dersom aktiviteten ved Poliklinikker skal inkluderes i ISF-ordningen uten at dette går på bekostning av øvrige oppgaver i spesialisthelsetjenesten, må det bevilges midler til en utvidelse av ordningen. En mulighet vil kunne være å flytte midler fra Raskere tilbake til ISF-ordningen. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering, og forslag om endringer i ISF-regelverket må meldes til Helsedirektoratet gjennom ordinære kanaler for dette.

Telemedisin med bruk av videokonferanse er på bestemte vilkår finansiert gjennom ISF-ordningen i dag. Terskelen er satt slik at det kreves et kommunikasjonsomfang som tilsvarer en konsultasjon der pasient og lege kan se og høre hverandre, og denne terskelen er satt slik hovedsakelig av kostnadskontrollhensyn. Forslaget om bruk av elektroniske konsultasjonsløsninger i HelseArbeid team og i samkonsultasjon med fastlege, må ses i sammenheng med en generell utvikling i retning av økt bruk av elektroniske konsultasjonsløsninger. Det er viktig at finansieringsordningene understøtter en slik utvikling. Regjeringen har i Nasjonal helse- og sykehusplan pekt på videokonsultasjon som et virkemiddel for å gi pasientene hjelp der de bor.

Trinn 1: Det gjøres et forsøk med implementering av ulike modeller.

Her benyttes eksisterende finansiering knyttet til spesialisthelsetjenesten og «Raskere tilbake» -ordningen. En skrittvis utrulling vil være fullt mulig å gjøre innenfor Raskere tilbake-ordningen. På denne måten kan man legge til grunn en allerede eksisterende ordning som sikrer at tiltaket kan gis prioritet. Tydelige styringssignaler blir et viktig virkemiddel i både NAV og Helse for å starte implementering i flere fylker.

Bruk av øremerkede midler kan være en fordel i en oppstartfase. Prosjektmidler eller «friske penger» er et økonomisk virkemiddel som gjør det lettere å få implementert nye tiltak uten at det går ut over øvrige driftsoppgaver. Det er imidlertid en ulempe at finansieringen blir kortsiktig og lite forutsigbar, og det vil ofte være en utfordring å innlemme tiltakene i ordinær drift. Forskningsmidler må søkes eksplisitt da det i dagens finansiering ikke finnes midler til forskning på implementering av ulike modeller.

Trinn 2: Etablering og utrulling av konseptet innenfor Raskere tilbake-ordningen

Dette innebærer at dagens finansieringsmodell legges til grunn for etablering av en nasjonal ordning, dvs. at arbeidslivssentrene bidrag dekkes over eget driftsbudsjett, mens spesialisthelsetjenestens bidrag dekkes via øremerkede midler til konseptet innenfor Raskere tilbake-ordningen.

Det er vurdert om det vil være behov for særskilt øremerking av midler innenfor Raskere tilbake-ordningen, på samme måte som en viss andel av midlene allerede er forbeholdt videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinske avdelinger. Dersom det legges opp til en trinnvis

innføring av det nye konseptet, mener vi det vil være behov for en viss fleksibilitet når det gjelder bruk av midlene, og at det derfor ikke er naturlig at regjeringen i statsbudsjettet skal øremerke særskilte midler til konseptet innenfor Raskere tilbake-ordningen. Med tanke på senere innlemming i ordinær drift, vil det også være en fordel at regionale helseforetak gis ansvar for fordeling av de øremerkede midler innenfor egen helseregion med utgangspunkt i klare styringssignaler og en konkret plan for etablering og utrulling i egen region.

Trinn 3: Fortsatt øremerkede tilskudd, men forberede integrering i ordinær drift

Det foreslås en gradvis overgang fra øremerking til ordinær drift. Dersom man ønsker å markere at det nye konseptet skal være en del av ordinær drift i spesialisthelsetjenesten, men samtidig sikre at tiltaket blir prioritert, kan det være flere veier å gå avhengig av hva som skjer med Raskere tilbake-ordningen generelt.

Et alternativ kan være å endre innretningen på Raskere tilbake slik at ordningen i større grad skal støtte opp under sørge-for ansvaret til regionale helseforetak på arbeid og helse-feltet, og ikke legge til rette for tidsavgrenset aktivitet som skal komme i tillegg til ordinær aktivitet. Dette vil være et skritt i retning av en mer robust og forutsigbar finansieringsordning ved at tiltak som gis finansiering gjennom ordningen i større grad inngår i ordinær drift, og ikke er en aktivitet på siden av det ordinære sørge-for ansvaret.

Et annet alternativ kan være at midlene som var øremerket i trinn 2, gjøres om til en særskilt tilskuddsordning utenfor Raskere tilbake, f.eks. ved at deler av Raskere tilbake-midlene flyttes ut av post 79 og over til post 70 hvor det etableres en særskilt tidsbegrenset tilskuddsordning rettet mot etablering og drift av HelseArbeid-sentre i alle helseregioner, jf. kap. 732 Regionale helseforetak, post 70. Dette kan kombineres med innlemming i ordinær ISF for poliklinisk aktivitet, dvs. at rapportering av aktivitet til NPR utløser ordinær ISF-refusjon. Formålet er å starte prosessen med å integrere konseptet i ordinær virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Det vil være avhengig av tydelige styringssignaler kombinert med tilstrekkelige rammer til å etablere og drifte tiltaket i alle fylker.

Ved overgang til ordinær ISF-finansiering, vil det være en særskilt utfordring at Raskere tilbake-aktivitet har gitt «dobbel takst», mens i ordinær ISF vil refusjonsandelen være 50 prosent. For å sikre at tiltakene fortsatt gis prioritet, bør overgangen til ordinær ISF skje mens det fortsatt gis øremerkede tilskudd til toppfinansiering av tiltakene.

Trinn 4: Ordinært driftsbudsjett også i spesialisthelsetjenesten

Dette forslaget innebærer at midler som har vært øremerkede legges inn i basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering slik at konseptet innlemmes i ordinær drift. Målet er å komme hit, dvs. at konseptet er etablert i hele landet og integrert i ordinær drift både i NAV og i spesialisthelsetjenesten. En slik utvikling forutsetter tydelige styringssignaler i begge sektorer og en god samarbeidsplattform. Det må sikres at de polikliniske tiltakene omfattes av den aktivitetsbaserte finansieringen på en hensiktsmessig måte.

Tjenestene innenfor konseptet ligger i grenseflaten mellom ulike aktørers ansvarsområder (spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste, NAV). Ved fortsatt å benytte øremerkede midler til spesialisthelsetjenesten i en overgangsperiode, kan man ta høyde for at det kan komme endringer i organiseringen av enkelte spesialisthelsetjenester. Regjeringen har i forbindelse med kommunereformen foreslått at større kommuner skal få økt ansvar på rehabiliteringsfeltet. Dette er forhold som kan få betydning for fremtidig organisering og finansiering av konseptet «HelseArbeid». Dersom det på sikt skulle bli aktuelt å gi kommunene ansvar for helsedelen av konseptet, vil man måtte utrede hvilke finansieringsløsninger som da vil være mest hensiktsmessige.

8.6.1 Estimat for samfunnsøkonomiske gevinst

Christoffer Terjesen, UNN HF og Universitetet i Aalborg har med utgangspunkt i sin master oppgave, på oppdrag fra prosjektledelsen, utarbeidet en betenkning om mulige samfunnsøkonomiske gevinster ved etablering av HelseArbeid. Terjesens bidrag er gjengitt her:

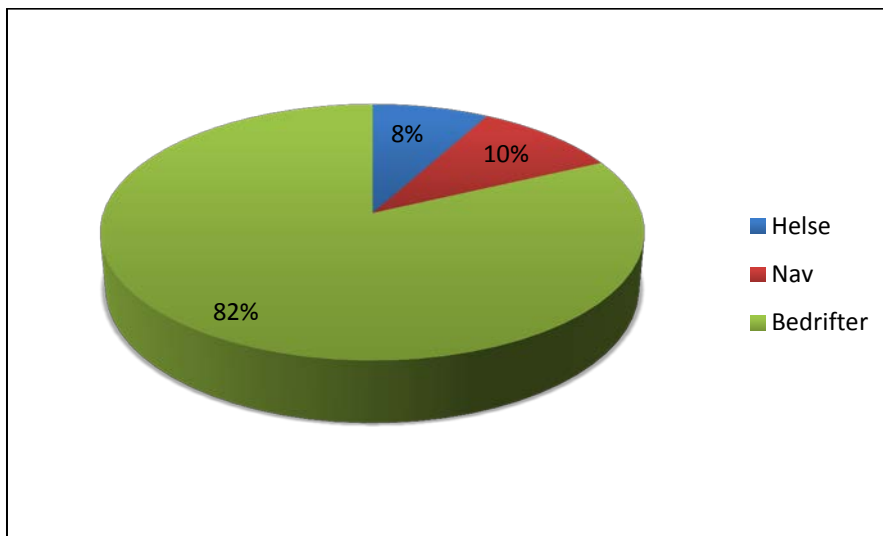
Basert på driftsøkonomien av bedriftstiltakene i den multidisiplinære og tversektorale tjenesten "Helse i Arbeid", er det blitt utarbeidet et skalert pragmatisk estimat av de samfunnsøkonomiske effektene ved en velfungerende intervensjon. Disse skalerte estimater tar utgangspunkt i en forventet samfunnsøkonomisk effekt per 1000 arbeidstakere, tuftet på beregninger gjort i forbindelse med lignende intervensjon (iBedrift Troms i 2014). Ved å estimere omkostninger og gevinster, i dette samfunnsøkonomiske perspektiv, vil resultatene kunne fungere som et supplerende beslutningsverktøy.

Estimatene av relevante omkostninger er anført i det følgende og beror på tiltak som for hver bedrift strekker sig over 12 måneder, herunder et introduksjonsmøte (1 time), et forankringsmøte (1 time), tre separate undervisningsmoduler (3 x 1 time), med en nettverkssamling underveis (2 timer), og avslutningsvis et evalueringsmøte (1½ time). Dette etterfølges, i disse estimatene, av 2 x 12 måneders oppfølging, hvor hvert år inkluderer to undervisningsmoduler samt et evalueringsmøte (samme tidsforbruk som overstående moduler). All møteaktivitet unntatt nettverkssamlingen, foregår ute på arbeidsplassen. Alle ansatte og ledere er representert på undervisningsmodulene, mens bare leder og ansatterepresentant er tilstede på de resterende møtene. På alle møter vil en representant fra helsesektoren og en fra arbeidssektoren være til stede. Antallet av ansatte og fordelingen av disse på antall bedrifter, samt geografisk beliggenhet, er estimert på retroperspektive data fra Tromsø kommune i 2014, gjeldende 575 ansatte fordelt på 18 bedrifter. Her inkluderes tidsforbruk for alle impliserte i møtene, forberedelsestid, transporttid og omkostninger forbundet med transport, møtefasiliteter ved nettverkssamling og tidsbruk ved koordinering av møtene. Omkostninger forbundet med telefoni og lignende er ikke inndratt i dette estimat. Lønninger er estimert på bakgrunn av data fra SSB og Hovedlønntabell for arbeidstakere i staten gjeldende fra 1.mai 2014. Transport omkostninger er gjort på bakgrunn av gjennomsnitts taxipriser på gjennomsnittlig transport distanse og frekvens. Møtefasilitetspriser er funnet etter gjennomsnitt på innhentede tilbud fra lokale relevante utbydere. Diskontering (4 %) av disse omkostninger er gjort i henhold til nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratets publikasjon fra 2012.

Gjennomgående lener metodikken, brukt i dette estimat, sig opp av disse nasjonale retningslinjer og der er i den opprinnelige beregning lagt stor vekt på transparens i denne forbindelse. Ut fra de retrosperspektive- og tidssvarende data er der gjort en beregning hvor der her pragmatisk er skalert opp omkostningene ved 1000 arbeidstakere fra de opprinnelige 575. Følsomhetsanalyse der ser på marginalomkostningene, viser liten følsomhet i denne sammenheng, hvorfor denne skalering kan forsvares.

Omkostninger ved å betjene 1000 arbeidstakere er estimert til en diskontert total på NOK 3.337.496 (2014 verdi).

Omkostninger vil fordeles sig på følgende måte:



På gevinstsiden er der i disse estimater utelukkende tatt utgangspunkt i sykefravær. Det betyr at eventuelle gevinster som eksempelvis økt livskvalitet, mestring, økt konsentrasjonsevne i arbeid, nedsatt forbruk av andre helsetjenester og så videre ikke er inkludert og vil da komme i tillegg til gevinstene i dette estimat. Gevinster som økt livskvalitet er internasjonalt vurdert klinisk relevant og enkelte land, eksempelvis England, har i tillegg nasjonalt verdsett effekt målet QALY på bakgrunn av landets økonomi og helseprioriteringer. Det finns ikke statiske monetære beslutningsregler, men i England (2015) befinner verdien av en QALY sig rundt NOK 500.000. Uten å gå videre inn i dette, så vitner det om, i denne kontekst, at der potensielt ligger betraktelig verdi i andre gevinster som eksempelvis økt livskvalitet. Dette betyr også at resultatet av dette gevinsts estimat er pessimistisk anlagt.

Ved at senke det nåværende gjennomsnittlige totale sykefravær (ca. 7 %) med 5 %, svarende til et effektivt total sykefravær på 6,65 %, og holde dette nivå over fem år, vil denne tjeneste gi en samfunnsgevinst, utelukkende på bakgrunn av produksjon, pålydende NOK 8.264.365 (2014 verdi, diskontert ifølge nasjonale retningslinjer med 4%). Det totale sykefravær er basert på data fra intervensjonsområdet i Tromsø kommune og består av både legemeldt sykefravær, samt det estimerte egenmeldte (svarende alene til ca. et prosentpoeng). Effekten på en 5% nedjustering er basert på faglig vurdering, og danner utgangspunkt for en "base-case", hvorav overstående resultater utspringer.

Dette resultatet betyr, at hver gang man betjener 1000 ansatte med intervensjonen, over et typisk forløp med en 3-årig innsats og effekter varende 5 år fra startdato (faglig vurdering), kan man forvente en netto sosial gevinst (NSB) på NOK 4.926.870 (2014 verdi, diskontert ifølge nasjonale retningslinjer med 4 %). På bakgrunn av den store følsomhet rundt faglige vurderinger, er der utført ulike følsomhetsanalyser. Overordnet viser disse robuste signaler når det gjelder positiv NSB. I en "one-way" analyse ser vi på resultatet ved ulike effekter. Ved en 2 % nedsettelse av det forekommende sykefravær vil omkostninger ved intervensjonen svare til gevinstene (NOK 0). Klarer tjenesten derimot at nedsette det forekommende sykefravær med 10 % vil NSB ligge omkring NOK 13.191.235 per 1000 betjente arbeidstakere. Der ligger altså en eksponentiell komponent ved effekten. Disse resultater indikerer dermed både en samfunnsøkonomisk og bedriftsøkonomisk gevinst under de gitte premisser. En annen måte at gripe resultatbehandlingen an på, er at utføre en kost-effekt analyse. Her er effektmålet unngått sykefraværstime. Her settes effektmålet av "Helse i Arbeid" til vurderte 5% og viser da hva det vil koste at "spare" en sykefraværstime. Basert på overstående premisser vil det koste samfunnet NOK 122 (2014 verdi) per "sparte" sykefraværstime med intervensjonen "Helse i Arbeid". Følsomhetsanalyser styrker dette estimatets robusthet. Her må beslutningstager overveie om en sykefraværstime er NOK 122, eller mer, verdt. Basert på internasjonale anerkjente teorier, kan bruttolønninger brukes som proxy for produksjon. Ifølge SSB er nasjonale gjennomsnitts bruttolønninger betraktelig over NOK 122, og i den sammenheng betyr at "Helse i Arbeid" er et positivt samfunnsøkonomisk tiltak.

9 FORSKNING OG EVALUERING

God ressursutnyttelse og virkningsfulle tjenester er avhengig av at det gjennomføres løpende forskning på, og evaluering av intervensjonene i konseptet.

Ressursene til dette formålet må sees i forhold til ressursbruk for HelseArbeid, og de totale samfunnskostnadene knyttet til de aktuelle helseplagene.

9.1 Innledning

En av arbeidsgruppene hadde i oppdrag «å utarbeide en samlet overordnet plan for etablering av forskning og evaluering som gjør det mulig å få fram kunnskap om effekt» til nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift (i denne rapporten omtalt som konseptet). Forslaget til en slik plan følger.

I tillegg til å utarbeide en plan for forskning ble det utarbeidet en oversikt over publiserte forskningsresultater som er relevante for konseptet». Kunnskapscenteret har utført et systematisk litteratursøk over forskning på helseeffekter av arbeid (Nøkleby, Berg, Nguyen, Blaasvær, & Kurtze, 2015), samt et systematisk litteratursøk på effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester (Nøkleby, Ngyen, & Berg, 2015).

Det ble også utarbeidet en oversikt over grunnleggende forutsetninger for at det skulle være mulig å gjennomføre forskning på dette prosjektet.

I første del av dette kapitlet beskrives noen grunnleggende forutsetninger for å gjennomføre god forskning og evaluering knyttet til konseptet. I del 2 beskriver vi sentrale problemstillinger vi mener det vil være naturlig å benytte. I del 3 forslår vi metodetilnærminger vi mener er relevante for å besvare disse problemstillingene.

9.2 Bakgrunn og forutsetninger for forskning på konseptet

Den grunnleggende ideen bak iBedrift, som dette konseptet bygger på, er å gi kunnskap om alminnelige helseplager slik at den enkelte i større grad kan «bli sjef i eget liv», leve bedre med helseplagene sine og forhåpentligvis fungere bedre i arbeidslivet. Tanken bak det overordnede nasjonale konseptet er at det skal omfatte både tiltak generelt for bedrifter (blant annet fra iBedrift) samt tiltak som er mer individuelt tilpasset. Dette betyr at tiltaket eller intervensjonen kommer til å bli svært sammensatt og kompleks. Komplekse intervensjoner med flere og til dels

ulike tiltak stiller store krav til forskningen som gjennomføres. Planene om at dette skal bli et konsept som benyttes over hele landet innebærer også noen forutsetninger for at det skal bli mulig å gjennomføre god forskning.

9.3 Forutsetninger for god forskning på effekt

9.3.1 Kontrollgrupper og stegvis implementering

I mandatets punkt 1 står det at plan for etablering av forskning og evaluering skal «gjøre det mulig å få fram kunnskap om effekt (vår understreking)». Hensikten med effektforskning er at vi skal kunne bli så trygge som mulige på at det er selve tiltaket/tiltakene som gir de effektene vi ser. Samtidig skal forskningen kunne gi oss kunnskap om hvilke deler av tiltakspakken som eventuelt gir denne effekten. Da blir det mulig å gjøre endringer i tiltakspakken uten å måtte starte med helt blanke ark. Effektforskning forutsetter at det finnes både brukergrupper som mottar tiltak (intervensjonsgrupper) og gode kontrollgrupper, slik at intervensjon og kontroll kan sammenlignes på en god måte. Konsekvensen av dette blir at konseptet ikke kan implementeres over hele landet samtidig, men at dette gjøres i faser med milepæler/stoppunkter i løpet av prosessen. Implementeringen bør designes i nært samarbeid med forskningsmiljøene som skal evaluere effekten slik at en sikrer at gode effektstudier blir mulig.

9.3.2 Nok tid til å evaluere langsiktig effekt

Målsettingen med konseptet er å hindre frafall fra arbeidslivet og minske sykefraværet. Dette er effektmål som har betydning for samfunnet og ikke bare individet. For å kunne vurdere slike effektmål er det nødvendig med et langt tidsperspektiv med oppfølging over tid, minst tre til fem år etter oppstart av implementeringsprosessen. Ressursene som avsettes til forskning må være i tråd med dette langsiktige perspektivet.

9.3.3 Tiltak/intervensjoner som er gjenkjennbare

For å få til god effektforskning må tiltakene og implementering gjøres så enhetlig som mulig. Det må selvsagt være rom for individuelle og lokale tilpasninger, men noen «bærebjelker» må beholdes i tiltakene selv om de gjennomføres på forskjellige steder og i ulike sammenhenger. Dette betyr at selve intervensjonen - og opplæringen av de som skal levere den - bør være så gjenkjennbar som mulig i ulike fylker/kommuner/sammenhenger. En god plan for gjennomføring og opplæring vil være med på å sikre dette.

9.4 Forskning på implementeringsprosessen

I gjennomføringen av konseptet skal NAV og helsetjenesten samarbeide. Et samarbeid mellom ulike etater i et så omfattende prosjekt er så langt upløyd mark. Hva som ligger til grunn for et fruktbart og effektivt samarbeid mellom disse aktørene er heller ikke helt avklart. Tiltakene i konseptet vil dessuten foregå på flere plan og på flere nivåer i tjenestene. God forskning på selve implementeringsprosessen (implementeringsforskning) bør også være en del av planen.

9.5 Sentrale problemstillinger

I denne delen beskriver vi sentrale problemstillinger.

Overordnet problemstilling i konseptet er om tiltakene har noen effekt, det vil si om tiltakene fører til økt kunnskap om alminnelige helseplager, både hos den enkelte arbeidstaker i bedriften og i arbeidsmiljøet som helhet. Denne økningen i kunnskap skal kunne lede til økt inkludering av mennesker med helseutfordringer i yrkeslivet og dermed redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

Sentrale spørsmål vil være;

- Leder tiltakene til endringer i sykefraværet (diagnosespesifikt fravær, fraværslengde, prosentvis utvikling, bruken av avventende sykmelding) og at færre går over fra sykemelding til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd?
- Gir tiltakene de ønskede gevinster?
- Opplevs tiltakene som gjennomførbare og nyttige for ledelse og ansatte?
- Leder tiltakene til økt innsikt og forståelse og mestring av alminnelige helseplager hos de ansatte og arbeidsgivere, og til en arbeidskultur hvor en arbeidstaker kan gå på jobb selv om vedkommende har helseplager?
- Fører tiltaket til at arbeidstaker og arbeidsgiver i større grad kan ha en dialog omkring alternative arbeidsoppgaver?
- Leder tiltakene til arbeidsmiljø som i større grad aksepterer at ikke alle kan yte 100 % til enhver tid, og vil tiltakene bidra til å styrke inkluderingskulturen i virksomheten på kort og lang sikt?

Det kan også være aktuelt å undersøke om tiltakene kan lede til endringer i ansattes bruk av helsetjenester og medikamenter.

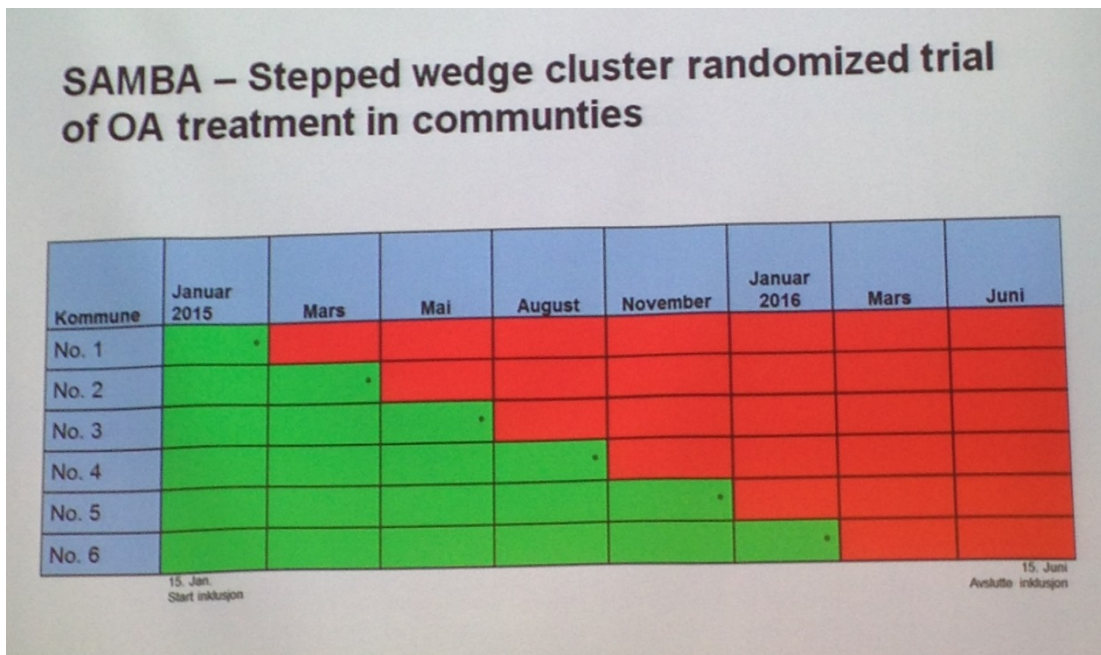
9.6 Metodetilnærminger for å besvare forskningsspørsmålene

Målet med forskningen er å måle effekter av tiltakene og dermed opparbeide og dokumentere kunnskap om hvilke faktorer som er suksesskriterier for innføring og drift av konseptet. I tillegg til robust effektforskning og forskning/evaluering på implementeringsprosessen vil vi anbefale at det brukes ulike metodetilnærminger for å få et bredt kunnskapsgrunnlag.

9.6.1 Forskning på effekt

Forskningsdesignet må defineres av forskerne som skal utføre forskningen. Men når formålet med forskningen er å måle effekten av et tiltak, er en randomisert kontrollert studie (RCT) ansett som den beste forskningsmetoden ([Schulz & Grimes, 2002](#)). En RCT er en metode som innebærer at det nye tiltaket vi ønsker å vite mer om, blir sammenlignet med ett eller flere andre tiltak. En slik sammenligning er avgjørende for å kunne si om det nye tiltaket er bedre, like bra eller dårligere enn kontrolltiltaket. Gruppene som skal sammenliknes bør være så like som mulig med hensyn til andre faktorer som kan påvirke resultatet. Dette oppnår man ved å gjennomføre en

tilfeldig fordeling (randomisering) til studiens ulike grupper. Ved randomisering kan man utelukke at det er bakenforliggende faktorer som forårsaker de eventuelle forskjellene som observeres mellom gruppene. Det kan være aktuelt å benytte et cluster-randomisert design, for eksempel en «stepped wedge cluster randomized trial» (Hussey & Hughes, 2007). Vi anbefaler at det nye konseptet ikke implementeres nasjonalt før effekten av en grundig og god RCT er vurdert. Å gjennomføre en god RCT er ressurskrevende. Igangsettelse av et slikt prosjekt krever nøye planlegging, og det er viktig å ta høyde for at det tar tid å produsere resultater. Figur nedenfor viser hvordan et nytt nasjonalt konsept kan effekt evalueres:



Figurtekst: Eksempel implementeringsprosess som ledd i evaluering av effekt. Ved denne metoden forutsettes at implementering av konseptet gjøres stegvis i ulike regioner og at rekkefølgen for implementering avgjøres ved loddretkning (randomisering).

Dersom det ligger forhold til grunn som gjør det umulig å gjennomføre en RCT kan det alternativt gjennomføres andre kontrollerte studier, såkalt kvasi-eksperimentelle studier, for å vurdere effekt av tiltaket. I kvasi-eksperimentelle studier sammenlikner man to grupper som får ulikt tiltak, men allokeringen til et bestemt tiltak er ikke tilfeldig. Man må da forsøke å finne en tilfeldighet gjennom for eksempel implementeringsprosessen. Det kan være de som ikke får et tiltak, for eksempel fordi det ikke er iverksatt enda, men iverksettes like etter, eller i en bedrift som er helt lik men ligger i et annet område. Man forsøker derved å unngå at årsaken til at man kommer inn i tiltaket har med utfallet man ønsker å studere. Det er også mulig å drive effektforskning der identifisering av kausalitet gjøres ved hjelp av «regression discontinuity» design eller «regression kink design». Man bygger da på den kvasi-eksperimentelle variasjonen rundt et knekkpunkt, der man sammenlikner de som er like under knekkpunktet med de som er like over.

9.6.2 Kvalitativ forskning

Selv om (randomiserte) kontrollerte studier er avgjørende for å kunne undersøke effekten av tiltak, er kvalitative studier nødvendige for å gi mer sammensatt kunnskap om sammenhengen mellom et tiltak og de effektene man ønsker og forventer. Gjennom kvalitative studier er det mulig og utforske aktørenes opplevelse av tiltakene, kompleksiteten i tiltakene og sammenhengen mellom tiltak, endringer og utbytter. Vi anbefaler at forskningen også benytter kvalitative metoder som intervju og observasjon for å gi mer sammensatt kunnskap.

9.6.3 Forskning på implementeringsprosessen

Forskerne som får oppdraget bør være med på å utforme hvordan tiltakspakken skal implementeres. Dette gjelder særlig dersom man er interessert i å vite hvilke deler av konseptet som er effektive (se f.eks. [Card, Johnston, Leung, Mas, and Pei \(2015\)](#)).

Implementeringsforskning er et viktig, men relativt nytt felt som fortsatt er i sterk utvikling. Implementering handler om å få tiltak til å virke, og det er ingen selvfølge at noe virker selv om det ligger god forskning bak. Dette konseptet skal forske på effekter av tiltakene samtidig som vi utforsker gode måter å gjennomføre tiltakene i praksis. Det er derfor hensiktsmessig at effektforskningen og implementeringsforskningen planlegges og gjennomføres parallelt.

Når vi prøver å omsette forskningskunnskap til praksis er det mange mulige snubletråder, og bare en av tre innovasjoner lykkes med en vellykket implementering ([Klein & Knight, 2005](#)).

Det kan være krevende å frigjøre kapasitet til å arbeide med nye intervensjoner. De som skal utføre oppgavene får kanskje mindre opplæring enn nødvendig og for liten støtte og praktisk oppfølging fra eksterne støttespillerne. Det kan være at tiltaket forkortes, utvannes eller avviker fra originalen over tid. Det er gjerne en viss turnover i personalet, og nøkkelpersoner kan bli borte. En passiv formidling av et tiltak fører sjelden til endringer av praksis – det samme gjelder for skriftlige retningslinjer eller trykte veiledere.

Nøkkelmekanismene bak en vellykket implementering er sosial påvirkning gjennom personlig kontakt, praktisk tilrettelegging, realisme i forhold til tilgjengelige ressurser og gode feedbacksystemer underveis i implementeringsperioden. Erfaringer fra iBedrift tilsier at formidlerens faglige troverdighet også spiller en stor rolle ([Ree, Harris, Indahl, Tveito, & Malterud, 2014](#)). En nødvendig forutsetning er et implementeringsteam som har relevant kunnskap og kompetanse på intervensjonen og tilstrekkelige ressurser for å kunne følge opp tett i perioder. Betydningen av praktisk teknisk støtte med attraktivt og brukervennlig materiell er viktig ([Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard, & Elliott, 2004](#)). Kompetansebygging er en nøkkelfaktor; dokumentert effektiv praksis, uten formidling, utdannings- og opplæringskapasitet har liten nytteverdi.

Viktige forsknings spørsmål angående implementeringsprosessen kan være;

- Er tiltakspakken egnet for generell implementering; er det mulig å spre tiltaket?
- Gir tiltaket brukervennlige tjenester?
- Er tiltaket etterspurt og vurdert som positivt av målgruppen?
- Er det lite frafall i gjennomføring/ behandling?

- Er det bred aksept for metoden/programmet i miljøene hvor den anvendes?
- Hvor mange anvender metoden på arbeidssstedet?
- Hvor godt opprettholdes tiltaket over tid?
- Er ansvaret for prosessen godt forankret og ansvarliggjort i virksomhetens ledelse?

Forskning på implementeringsprosessen bør anvende både kvalitativ og kvantitativ forskning. Ofte kan den kvalitative forskningen danne grunnlag for utarbeidelse av problemstillinger som kan belyses videre ved hjelp av kvantitative metoder og resultater fra den kvantitative forskningen kan gi spørsmål som bedre kan besvares kvalitativt. Kunnskapen som frembringes bør brukes som innspill i vurderingen om hvorvidt og hvordan tiltakspakken bør innføres i hele landet. Resultatene fra forskningen vil kunne gi grunnlag for å gjøre forbedringer i hele eller deler av konseptet, og bidra til kunnskap om den mest optimale måten å implementere det på.

9.6.4 Forskning på helse-/samfunnsøkonomi

I en nytte-kostnadsanalyse verdsettes alle effekter av tiltaket så langt det lar seg gjøre. Dersom man legger sammen den beregnede verdien av alle effektene ved et tiltak og summen blir positiv, sier vi at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Nytte- og kostnadsvirkninger av et tiltak oppstår sjelden på samme tidspunkt. En har derfor metoder for å sammenlikne og summere effektene som påløper i ulike år. Den vanligste metoden for en slik sammenlikning er å omregne de årlige nytte- og kostnadsvirkningene til en nåverdi. Nåverdien er kroneverdien i dag av de samlede nytte- og kostnadseffekter som påløper i ulike perioder. Når man beregner nåverdien av et tiltak, blir framtidige effekter diskontert med en positiv diskonteringsrate. En konsekvens av dette er at virkningene teller mindre jo lenger fram i tid de kommer.

[Finansdepartementet \(2005\) har gitt ut en Veileder i samfunnsøkonomiske analyser](#) som kan benyttes. Kostnadene er ofte enklere å beregne enn nytten, og nytte som bedre livskvalitet og lignende er vanskelig å måle. Nytte-kostnadsanalyser kan i slike tilfeller avhenge helt av hvilken verdsettelsesmetode man velger å benytte. En innfallsvinkel kan derfor være å beregne det som lett lar seg beregne, og beregne skjønnsmessig hvor stor nytten må være for at man skal vurdere tiltaket som lønnsomt. En utfordring er å identifisere og synliggjøre bedriftsøkonomisk gevinst av tiltakene.

9.7 Forutsetninger for god forskning på nasjonalt konsept

Det viktigste punktet i mandatet til Arbeidsgruppe 5 var «å utarbeide en samlet og overordnet plan for etablering av forskning og evaluering som gjør det mulig å få fram kunnskap om effekt».

De ulike elementene og intervensjonene i HelseArbeid besluttet som del av prosjektet. Det vil også utarbeides en detaljert plan for hvordan konseptet skal implementeres.

Det er bedt om en plan for forskning med fokus på effekten av de ulike tiltakene. Tiltakene og gjennomføringen må legges til rette slik at det blir mulig å gjennomføre effektforskning. Vi har laget en oversikt over noen viktige forutsetninger for å kunne gjennomføre god forskning på

dette konseptet. Denne oversikten har til hensikt å bidra med viktig informasjon til utarbeidelsen av plan for implementering.

Konseptet er sammensatt og komplekst på flere måter. Det er viktig at tiltakene bygger på det kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes (se vedlegg punkt 12.6.1 - Oversikt over publiserte artikler om iBedrift side 146). Forskningen må ha som mål at vi får økt kunnskap om så mange områder som mulig. Da blir vi i stand til å gjøre forbedringer i hele eller deler av konseptet. Dersom et tiltak viser seg å være innrettet på en slik måte at «budskapet» ikke når fram til de som er mottakere må det, på grunnlag av forskning, kunne gjøres forbedringer i tiltakspakken.

Konseptet er en pakke av tiltak som det vil være utfordrende å forske på. Hensikten med effektforskning er at vi skal kunne bli så trygge som mulige på at det er selve tiltaket som gir de effektene vi ser. Samtidig skal den gi oss kunnskap om hvilke deler som eventuelt gir effekt. Da kan vi gjøre endringer i tiltaket uten å måtte starte med blanke ark. Når man forsker på en sammensatt intervensjon er det derfor viktig å kunne etterprøve de ulike delene av den.

For å kunne forske på det nasjonale konseptet må tiltakene og gjennomføringen være så enhetlig som mulig. Dette betyr at tiltakene og opplæringen bør bli så lik som mulig når konseptet «leveres» i ulike bedrifter/kommuner/fylker. Det må lages detaljerte planer for opplæring og gjennomføring av tiltak som sikrer dette.

9.8 Viktige forutsetninger for utarbeidelse av tiltakene

Den grunnleggende ideen bak iBedrift, som dette konseptet bygger på, er å gi kunnskap om alminnelige helseplager slik at den enkelte i større grad kan «bli sjef i eget liv», leve bedre med helseplagene sine og forhåpentligvis fungere bedre i arbeidslivet. De ulike delene av tiltakene bør i størst mulig grad baseres på den forskningskunnskapen som finnes.

Konkrete tiltak i konseptet må være basert på hva man ønsker å oppnå. Under spesifisering av bedriftstiltaket og individtiltaket må en være nøye med at en vet hva den ønsker å få til med de tiltakene som foreslås. Detaljene må nedfelles skriftlig. Grunnen til dette er at det er nettopp det forskerne vil undersøke om dere har fått til. Eksempler på viktige spørsmål er:

- Hva slags prosesser setter tiltaket i gang hos individene og hva fører dette til?
- hindre frafall fra arbeidslivet, gi færre sykemeldinger, mer kunnskap eller bedre arbeidsmiljø?
- Hvilke deler er de antatt virksomme i tiltaket?
- Hva bygger dere disse antagelsene på?

Det er også avgjørende å definere bærebjelkene i tiltakene som foreslås. Dette for å sikre at det viktigste «budskapet» i tiltaket blir formidlet, selv når det gjøres av forskjellige mennesker i ulike bedrifter/kommuner/fylker (at forskningsprotokollen følges). Eksempler på bærebjelker kan være at man arbeider etter en «ikke-skade-modell» eller etter en «ikke-formynder-tilnærming». For å kunne forske på disse tiltakene er det viktig at gruppene avklarer og beskriver kriteriene for at man faktisk har arbeidet slik.

9.9 Viktige forutsetninger for implementering av konseptet

Som tidligere nevnt, har direktoratene bedt om en plan for forskning med fokus på effekten av de ulike tiltakene. Dette betyr at det må være rom for å skape både grupper som mottar tiltak (intervensjonsgrupper) og gode kontrollgrupper, slik at intervensjon og kontroll kan sammenlignes på en god måte. Konsekvensen av dette er at konseptet ikke kan «rulles ut» over hele landet samtidig. Implementeringen må gjøres i faser med milepæler/stoppunkter i løpet av prosessen. God forskning tar tid og implementeringsprosessen må ta hensyn til at det skal gjennomføres forskning. Implementeringen bør designes i nært samarbeid med forskningsmiljøene som skal måle effekten.

10 KUNNSKAPSGRUNNLAG

Det foreligger et betydelig kunnskapsgrunnlag som legges til grunn for konseptet. Samtidig må det erkjennes at ikke alle sider av konseptet har et godt vitenskapelig fundament.

Videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget er en vesentlig del av den kontinuerlige utviklingen av konseptet for å sikre best mulig effekt.

10.1 Felles faglig grunnlag

Helsetjenesten har lang tradisjon på å jobbe kunnskapsbasert. Innen for denne sektor er det mange profesjoner med lange utdanningsløp som har et bredt fokus på forskning og utvikling for å kunne dokumentere effekter av behandling og tjenestetilbud. Det er vanskelig å igangsette nye tilbud uten grundig forskning med gode resultater. Når det gjelder NAV er situasjonen en annen. Dette er en ny organisasjon som ble etablert i 2006. Deres oppdrag er knyttet til tre av velferdstjenestene i Norge med bakgrunn i Rikstrygdeverket og trygdekontorene, Aetat med arbeid og attføringsarbeid og sosialtjenesten i kommunene. tillegg fikk NAV to eiere, både Stat og kommune som sikres gjennom Partnerskapsavtalen. NAVs tradisjon for å utvikle og jobbe kunnskapsbasert er ikke lang. NAV er en ung organisasjon og i tillegg gir de politiske myndighetene stadige oppdrag som må iverksette raskt og uten at det legges til rette for å utarbeide et godt kunnskapsgrunnlag eller beskrive arbeidsmetodikken før man starter opp tiltak eller intervensjoner. HelseArbeid kan derfor være et godt konsept som kan gjennomføres i tett samarbeid mellom NAV og helsetjenesten og forskningsmiljøer.

Det faglige grunnlaget skal synliggjøre kunnskapsgrunnlaget for det nye konseptet samt bidra til å sikre medisinsk faglig forsvarlighet og kvalitet i tjenestene som inngår. Faggrunnlaget skal også bidra til at den kunnskapen som formidles i det nye konseptet har en helsefremmende og forebyggende funksjon som er underbygd av forskning i tillegg til fagfeltets erfaringsgrunnlag.

Et nytt konsept må forankres i en anerkjent forståelsesmodell. WHO's klassifiseringssystem for funksjon og sykdom tar hensyn til det komplekse samspill av kontekstuelle faktorer som påvirker arbeid og helse utover fravær av sykdom og plager i Dette i motsetning til WHO's isolerte definisjon av helse⁴. Det anbefales derfor at det nye konseptet baseres på WHO's klassifiseringssystem for funksjon, funksjonsnedsettelse og helse, ICF (International Classification

⁴ Verdens helseorganisasjon arbeider ut fra en definisjon av helse som «en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte». Denne definisjonen er isolert sett ikke forenlig med konseptet hvor alminneliggjøring og økt aksept av vanlige helseplager er et vesentlig element.

of Functioning, Disability and Health)⁵. ICF modellen er basert på et funksjonsforstyrrelsesparadigme (se figur 1) som favner videre enn den medisinske modellen basert på isolerte sykdomsdiagnoser eller lidelser.

Arbeid og aktivitet er helsefremmende. Kunnskap om at arbeid er bra for helsa, gir trygghet for å mestre i hverdag og på jobb (s. 4 i prosjektbeskrivelsen)

I en studie av Waddell og Burton fra 2006 hevdes det at arbeid er generelt bra for helsa. Studien viser at arbeidet er bra for fysisk og psykisk helse og trivsel. Arbeid kan være terapeutisk og virke reverserende på negative helseeffekter som følge av arbeidsledighet. Når det diskuteres om arbeid kan være belastende konkluderes det med at de samlede effektene av å være i arbeid veier opp risiko ved å være i jobb.⁶

Konseptet skal både bidra til å fremme helse på arbeidsplassen og til at forebygge negative konsekvenser av helseproblemer.

Folkehelsen i Norge har vært tiltakende god etter andre verdenskrig, og vi har objektivt sett aldri vært friskere enn nå. Likevel står nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Av det legemeldte sykefraværet står de vanligste muskelskjelett og psykiske helseplager for henholdsvis ca. 40 % og 20 % av langtidsfraværet og andelen som blir sykmeldt for symptomer og plager er økende⁷. Dette konseptet brukes begrepet «vanlige helseplager» som en samlebetegnelse.

I media og offentlig debatt blir arbeidslivet hyppig forbundet med ulike former for helserisiko som belastningsskader og stress. Men arbeid kan også være helsefremmende⁸. Det er for eksempel vist at yrkesaktivitet kan ha forebyggende effekt på angst og somatiske symptomer i det lange løp⁹. Videre er arbeid for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, og inngår i sentrale mål på sosioøkonomisk status, som igjen er assosiert med helse. Arbeidsrutiner gir struktur på hverdagen, med sannsynlige positive effekter på kosthold, søvn, fysisk aktivitet og rusbruk.

For mange er arbeidet en viktig del av ens identitet, og gir muligheter til å bruke evner og utdanning. Arbeidslivet kan også bidra til samhørighet og fellesskap i form av felles erfaringer, målsettinger og referanserammer. Tap av arbeid, som ved arbeidsledighet, er assosiert med både fysiske og psykiske helseproblemer^{10 11}, mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse¹². I en nylig review ble dette testet systematisk¹³. Forfatterne ønsket å undersøke om litteraturen ga mest støtte til den sosiale kausalhypotesen (jobb gir bedre helse) eller den sosiale

⁵ Se: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

⁶ Waddell, Burton, & Great Britain Department for Work & Pensions, 2006.

⁷ Brage, S., J.P. Nossen, and O. Thune, *Flere blir Sykmeldt For Symptomer og plager*, in *Arbeid og velferd* 2013.

⁸ Waddell, B. and A.K. Burton, *Is work good for your health and well-being?*, 2006, HM Government: London

⁹ Claussen, B., *Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed*. *Scand J Public Health*, 1999. **27**(2): p. 94-100

¹⁰ Mathers, C.D. and D.J. Schofield, *The health consequences of unemployment: the evidence*. *Med J Aust*, 1998. **168**(4): p. 178-82

¹¹ Fryers, T., D. Melzer, and R. Jenkins, Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003. **38**(5): p. 229-37.

¹² Thomas, C., M. Benzeval, and S.A. Stansfeld, *Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey*. *J Epidemiol Community Health*, 2005. **59**(3): p. 243-9

¹³ Rueda, S., et al., *Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review*. *Am J Public Health*, 2012. **102**(3): p. 541-56.

seleksjonshypotesen (god helse gir arbeid). Forfatterne fant størst støtte for gunstige helseeffekter av å komme tilbake i arbeid, altså for den første hypotesen.

De aller fleste studiene som ble gjennomgått viste store helsegevinster av retur til arbeid for ulike populasjoner/pasientgrupper, til ulike tider og i ulike kontekster/settinger. Selv om dokumentasjonen var svakere for seleksjonshypotesen, fant de også noe støtte for denne, altså at folks dårlige helse interfererer med evnen til å komme tilbake i jobb. Seleksjons- og kausalitetsmekanismene er derfor gjensidig forsterkende prosesser som jobber synergistisk og påvirker og former menneskers sysselsetting og helseforløp over tid [7].

Et nytt konsept må forankres i en anerkjent forståelsesmodell. WHO's klassifiseringssystem for funksjon og sykdom tar hensyn til det komplekse samspill av kontekstuelle faktorer som påvirker arbeid og helse.

utover fravær av sykdom og plager i Dette i motsetning til WHO's isolerte definisjon av helse¹⁴. Det anbefales derfor at det nye konseptet baseres på WHO's klassifiseringssystem for funksjon, funksjonsnedsettelse og helse, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)¹⁵. ICF modellen er basert på et funksjonsforstyrrelses-paradigme (se figur 1) som favner videre enn den medisinske modellen basert på isolerte sykdomsdiagnoser eller lidelser.

Felles faggrunnlaget skal bidra til at den kunnskapen som formidles i det nye konseptet har en helsefremmende og forebyggende funksjon som er underbygd av forskning i tillegg til erfarings basert kunnskap fra både NAV og helsetjenesten skal tas i bruk. Dette konseptet skal bidra til å øke arbeidstakers mestring av egne helseplager og øke arbeidsplassens kultur for inkludering og helsefremming. HelseArbeid avgrenses til å gjelde muskel/skjelett- og vanlige psykiske helseplager. Bedriftstiltakene i dette konseptet forutsetter aktiv deltakelse fra virksomhetene.

Individtiltak i dette konseptet skal ha som hensikt å bidra til medisinsk avklaring, å fremme mestring og redusere sykefravær.

¹⁴ Verdens helseorganisasjon arbeider ut fra en definisjon av helse som «en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte». Denne definisjonen er isolert sett ikke forenlig med konseptet hvor alminneliggjøring og økt aksept av vanlige helseplager er et vesentlig element.

¹⁵ Se: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

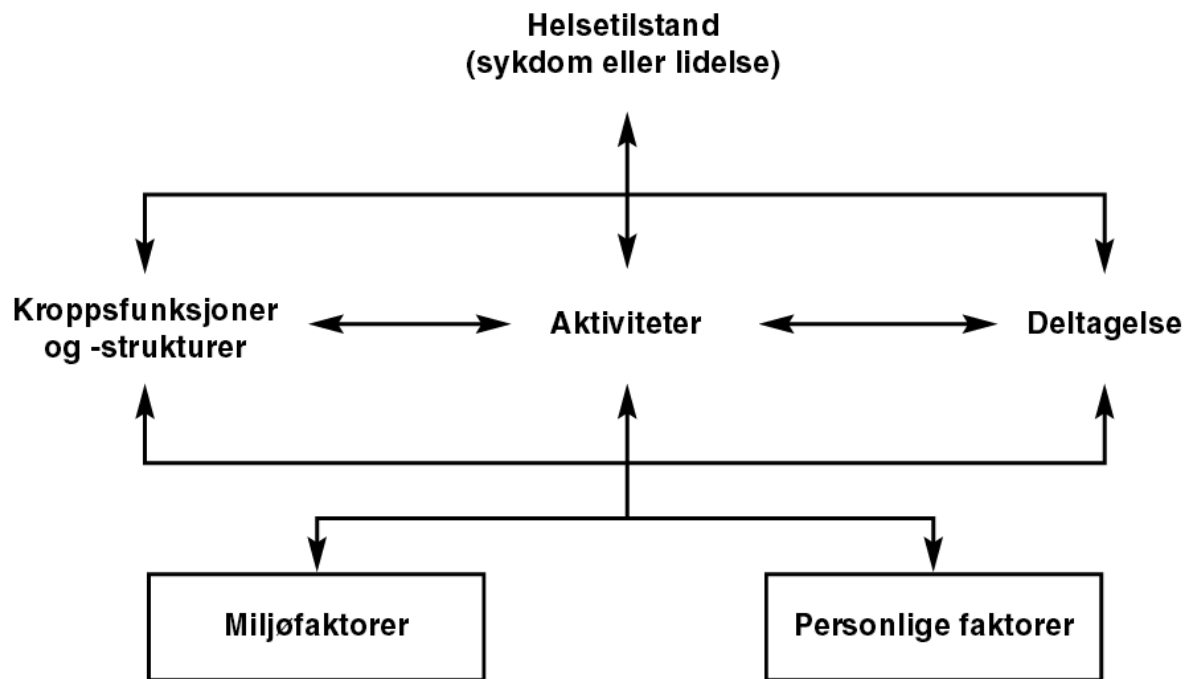


Fig. 1: Konseptet baseres på WHO's forståelsesmodell for funksjon og helse, ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

10.2.1 Begrepsavklaringer: Hva er «vanlige helseplager»?

Helseplager som medfører et funksjonstap og har en slik intensitet at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10 eller annet standardisert diagnose-system, benevnes på norsk ofte som «lidelser» basert på det engelske begrepet «disorder». Enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner og lettere rusproblemer defineres f.eks. ofte som «lettere eller vanlige psykiske lidelser». Angst og depresjon er de mest utbredte psykiske lidelser og benevnes derfor i internasjonal fag- og forskningslitteratur, som vanlige psykiske lidelser «common mental disorders». Skillet mellom vanlige psykiske og alvorlige psykiske lidelser er imidlertid uklart, og både når det gjelder psykisk helse og muskelskjelettsymptomer er skillet mellom plager og lidelse heller ikke skarpt definert. I det videre er det valgt å bruke begrepet «helseplager» som generisk betegnelse.

Dette faggrunnet omhandler vanlige psykiske helseplager, muskelskjelettplager og andre medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). «Medisinsk uforklarte plager og symptomer» kalles også «subjektive helseplager» [9] eller «sammensatte symptomlidelser» [10]. Disse betegnelse innbefatter ikke nødvendigvis diagnoser, men viser til at plagene er subjektive og sammensatte.

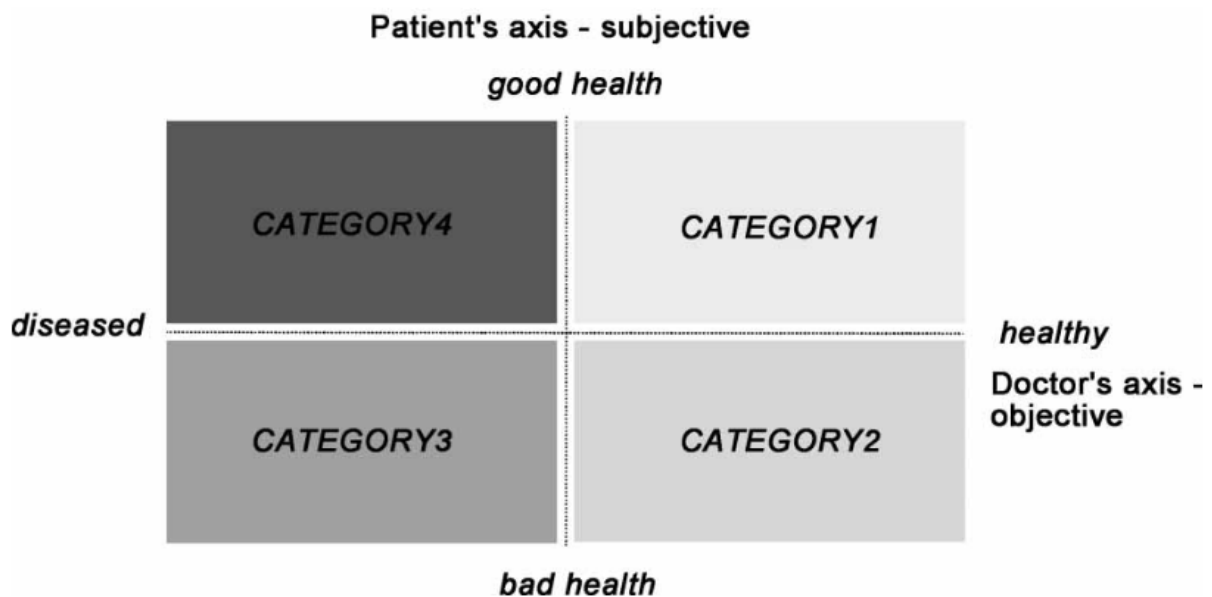
10.2.2 Medisinske modeller for sykdom og helse

I den «biomedisinske» modellen er helse definert som fravær av sykdom, og blant annet oppfattet av 1800-talls patologen Virchow som «cellulære abnormaliteter» [12].

Helsedirektoratet har beskrevet modellen slik: «Sykdom blir oppfattet som et medisinsk forstått

og empirisk påvist avvik fra sunnhetsnormen [13]. Dette er en sykdomsmodell som ofte blir beskrevet som reduksjonistisk. Det er fordi den hevdes å redusere sykdommer til tilstander i stadig mindre kroppsdeler eller til begrensede biologiske prosesser[14]. Den biomedisinske modellen er derfor ekspertstyrt. I løpet av 1900-tallet vokste det fram en erkjennelse av at sykdom og helse ikke bare kunne forklares med en biomedisinsk tilnærming. Sentral i denne tankegangen er Engels biopsykososiale modell fra 1977, publisert i det velrenommerte tidsskriftet Science [15]. Det er rimelig å se på medisinske lidelser som et kontinuum [16] langs 2 akser, hvor den ene er en subjektiv, vertikal akse som måler pasientens opplevelse fra «å føle seg frisk til å føle seg syk», og den andre er en «legeobjektiv» horisontal akse, som strekker seg fra «legevurdert friskhet til legevurdert sykdom». På denne måten kan man få 4 kategorier [17, 18], se figur 2:

- 1) Objektivt frisk + føler frisk (kategori 1)
- 2) Objektivt frisk+ føler seg dårlig (kategori 2)
- 3) Objektivt syk + føler seg dårlig (kategori 3)
- 4) Objektivt syk + føler seg frisk (kategori 4)



Mange av de vanligste helseplagene i befolkningen faller innenfor kategori 2. For disse tilstandene mangler det ofte verifiserte biomedisinske forståelsesmodeller eller kurativ behandling som kan hindre at plagene vender tilbake. Disse tilstandene grupperes ofte innunder begrepet «medisinsk uforklarte plager og symptomer». Dette er vanlige helseplager som de fleste av oss opplever og som vi i varierende grad må mestre både i og utenfor arbeid. Det er likevel viktig å være klar over at den subjektive opplevelsen av egen helse faktisk kan være relatert til objektive, harde endepunkt som dødelighet. Schou og medarbeidere viste i et datamateriale fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag at dersom man svarer at «helsa mi er dårlig», kan det predikere 5 års overdødelighet på linje med prognosen for en del alvorlige

kreftsykdommer [19]. De fleste subjektive helseplager er likevel ufarlige, svært vanlige, dessverre uten gode medisinsk forklaringer og uten mulighet for kurativ behandling.

10.2.3 Medisinsk uforklarte plager og symptomer:

Mellom 85 og 95 % av oss har en eller flere helseplager i løpet av en 2-4 ukers periode [20, 21]. En normal voksen person har gjennomsnittlig en helseplage hver 4-6 dag [22], mens flesteparten av friske høyskolestudenter (81 %) har rapportert å ha minst en helseplage i løpet av en 3-dagers periode [23]. Mange helseplager er uforklarlige [24]. En kartlegging av subjektive helseplager siste 30 dager i den norske befolkningen har vist følgende forekomst i prosent: Muskel- og skjelettsmerter: 80 %, hodepine: 51 %, nakkesmerter: 38 %, ryggsmarter: 40 % og skuldersmerter: 42 %, hjerteklapp: 20 %, søvnproblemer: 30 %, tretthet: 53 %, svimmelhet: 21 %, angst: 14 %, og depresjon 27 % [20]. Statistisk sentralbyrå har vist at en av ti konsultasjoner hos fastlegen gjelder psykiske helseplager [25]. Psykiske plager karakteriseres av subjektive symptomer og funksjonsforstyrrelser, uten klare objektive funn. Psykiske helseplager ser ut til å være veldig utbredt i Norge, og rammer særlig yngre mennesker [25, 26]. Selv om psykisk sykdom ikke kan sies å være «medisinsk uforklart», har man har ennå mangelfull biomedisinsk forståelse av årsakene.

Kunnskapen vår om medisinsk uforklarte helseplager og subjektive symptomer er på ingen måte komplett, og vi forstår ikke fullt ut hvordan biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorer påvirker disse tilstandene. I samfunnsdiskursen får ofte vår moderne livsførsel og "tidsklemma" skylden, men disse helseplagene finnes ikke bare i industrielle samfunn. De filippinske Mangyanerne lever i veldig primitive samfunn ved kysten og i jungelen, men har flere muskel-skjelett plager, mer utmattelse, humørsvingninger og magetarm plager enn en nordisk populasjon. Det samme gjelder de afrikanske Masaiene. Likevel ser de ut til å leve bedre med disse plagene enn det vi gjør [27].

Grensen mellom de uforklarte tilstandene og de mer tradisjonelle aksepterte kliniske diagnosene er ikke tydelig (se figur 2). Medisinsk uforklarte plager og symptomer har fått ulike merkelapper basert på de mest fremtredende symptomene de presenterer, og danner av og til mønstre, «clustre av symptomer» eller som syndromer. De kan ha mange forskjellige navn og kan fremstå som mer spesifikke enn det er medisinsk grunnlag for. Dermed havner de gjerne hos ulike organspesialister, og det kan være litt tilfeldig hva som blir «inngangsbilletten» til spesialisthelsetjenesten.

For eksempel kan vanlige korsryggsmarter ("lumbago") havne innen ortopedi; uspesifikke bekkensmerter og premenstruelle plager innen gynekologi, tinnitus, globulus-fenomen (klumpfølelse i halsen) og stemmebåndsdysfunksjon (dysfoni) innen øre-nese-hals sykdommer, whiplash, uspesifisert svimmelhet og spenningshodepine innen nevrologi, hjerteklapp (tachycardi) og atypiske brystsmarter innen kardiologi, hyperventilering og brystsmarter innen lungemedisin, fibromyalgi innen revmatologi, uspesifikke kjevesmerter (TMD) innen odontologi og kjevekirurgi, kronisk utmattelsessyndrom innen indremedisin og infeksjonsmedisin, irritabel tarmsyndrom innen gastroenterologi, interstitiell cystitt (IC) innen urologi, subjektiv hypotyreose, labilt blodtrykk og lavt blodsukker innen endokrinologi, post commotio syndrom

innen fysikalsk medisin og rehabilitering, dissosiative og konversjonslidelser innen psykiatri og multippel kjemisk sensitivitet (MCS) innen arbeidsmedisin [28].

I en oversikt over 10 vanlige symptomer i allmennpraksis, hadde brystmerter, utmattelse, svimmelhet, hodepine, ødem, pustevansker (dyspnea), søvnvansker (insomni), magesmerter og nummenhet en kausal, organisk forklaring i mindre enn 10 % av tilfellene [29]. Cirka 50 % av symptomene som rapporteres i førstelinjen er fortsatt medisinsk uforklarlige i oppfølgingsstudier [30]. Hos 10-15 % oppdages en organisk forklaring etter 1 år, mens 4 % er organisk forklarbare etter 6 år [30]. Indikasjoner på hvor omfattende plagene er kan avgjøres ved å se på mengden av de uforklarte plager og symptomer som pasienten har; for eksempel hvor mange steder han/hun rapporterer smerte eller hvor mange magetarm problemer som rapporteres. Andre aspekter er hvor lenge symptomene har vedvart, hvor mye de påvirker livskvaliteten, økt bruk av medisiner, antallet symptomkategorier og psykologiske samlidelser. For disse uforklarte eller "sammensatte" lidelsene (MUPS) er symptomene ofte kombinasjoner av smerte, tretthet, uvelhet og funksjonsforstyrrelser. Dette gjelder også for symptomer hvor alvorlige sykdommer kan være underliggende, men ved MUPS tilfellene vedvarer symptomene og plagene uten at en spesifikk sykdom debutterer.

10.3 Arbeid fremmer helse

I media og offentlig debatt blir arbeidslivet hyppig forbundet med ulike former for helserisiko som belastningsskader og stress. Men arbeid kan også være helsefremmende [2]. Det er for eksempel vist at yrkesaktivitet kan ha forebyggende effekt på angst og somatiske symptomer i det lange løp [3]. Videre er arbeid for de fleste den viktigste kilden til økonomiske og materielle ressurser, og inngår i sentrale mål på sosioøkonomisk status, som igjen er assosiert med helse. Arbeidsrutiner gir struktur på hverdagen, med sannsynlige positive effekter på kosthold, søvn, fysisk aktivitet og rusbruk. For mange er arbeidet en viktig del av ens identitet, og gir muligheter til å bruke evner og utdanning. Arbeidslivet kan også bidra til samhørighet og fellesskap i form av felles erfaringer, målsettinger og referanserammer. Tap av arbeid, som ved arbeidsledighet, er assosiert med både fysiske og psykiske helseproblemer [4, 5], mens retur til arbeid synes å gi bedring i helse [6]. I en nylig review ble dette testet systematisk [7]. Forfatterne ønsket å undersøke om litteraturen ga mest støtte til den sosiale kausalhypotesen (jobb gir bedre helse) eller den sosiale seleksjonshypotesen (god helse gir arbeid). Forfatterne fant størst støtte for gunstige helseeffekter av å komme tilbake i arbeid, altså for den første hypotesen.

De aller fleste studiene som ble gjennomgått viste store helsegevinster av retur til arbeid for ulike populasjoner/pasientgrupper, til ulike tider og i ulike kontekster/settinger. Selv om dokumentasjonen var svakere for seleksjonshypotesen, fant de også noe støtte for denne, altså at folks dårlige helse interfererer med evnen til å komme tilbake i jobb. Seleksjons- og kausalitetsmekanismene er derfor gjensidig forsterkende prosesser som jobber synergistisk og påvirker og former menneskers sysselsetting og helseforløp over tid [7].

10.3.1 Begrepsavklaringer: Hva er «vanlige helseplager»?

Helseplager som medfører et funksjonstap og har en slik intensitet at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10 eller annet standardisert diagnosesystem, benevnes på norsk ofte som «lidelser» basert på det engelske begrepet «disorder». Enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner og lettere rusproblemer defineres f.eks. ofte som «lettere eller vanlige psykiske lidelser». Angst og depresjon er de mest utbredte psykiske lidelser og benevnes derfor i internasjonal fag- og forskningslitteratur, som vanlige psykiske lidelser «common mental disorders». Skillet mellom vanlige psykiske og alvorlige psykiske lidelser er imidlertid uklart, og både når det gjelder psykisk helse og muskelskjelettsymptomer er skillet mellom plager og lidelse heller ikke skarpt definert. I det videre er det valgt å bruke begrepet «helseplager» som generisk betegnelse.

Dette faggrunnlaget omhandler vanlige psykiske helseplager, muskelskjelettplager og andre medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). «Medisinsk uforklarte plager og symptomer» kalles også «subjektive helseplager» [9] eller «sammensatte symptomlidelser» [10]. Disse betegnelse innbefatter ikke nødvendigvis diagnoser, men viser til at plagene er subjektive og sammensatte.

10.3.2 Multimorbiditet

I den kliniske virkeligheten vil langvarige helseplager ikke være monosymptomatiske, men sammensatt av flere plager. Denne såkalte «multimorbiditeten» forverrer helseplagene og reduserer livskvaliteten [11]. For eksempel vil forekomst og intensitet av psykiske helseplager være sterkt assosiert med antallet av somatiske helseplager [11].

Mange av de vanligste helseplagene i befolkningen faller innenfor kategori 2. For disse tilstandene mangler det ofte verifiserte biomedisinske forståelsesmodeller eller kurativ behandling som kan hindre at plagene vender tilbake. Disse tilstandene grupperes ofte innunder begrepet «medisinsk uforklarte plager og symptomer». Dette er vanlige helseplager som de fleste av oss opplever og som vi i varierende grad må mestre både i og utenfor arbeid. Det er likevel viktig å være klar over at den subjektive opplevelsen av egen helse faktisk kan være relatert til objektive, harde endepunkt som dødelighet. Schou og medarbeidere viste i et datamateriale fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag at dersom man svarer at «helsa mi er dårlig», kan det predikere 5 års overdødelighet på linje med prognosen for en del alvorlige kreftsykdommer [19]. De fleste subjektive helseplager er likevel ufarlige, svært vanlige, dessverre uten gode medisinsk forklaringer og uten mulighet for kurativ behandling.

10.3.3 Medisinsk uforklarte plager og symptomer

Mellom 85 og 95 % av oss har en eller flere helseplager i løpet av en 2-4 ukers periode [20, 21]. En normal voksen person har gjennomsnittlig en helseplage hver 4-6 dag [22], mens flesteparten av friske høyskolestudenter (81 %) har rapportert å ha minst en helseplage i en 3-dagers periode [23]. Mange helseplager er uforklarlige [24]. En kartlegging av subjektive helseplager siste 30 dager i den norske befolkningen har vist følgende forekomst i prosent: Muskel- og skjelettsmerter: 80 %, hodepine: 51 %, nakkesmerter: 38 %, ryggsmarter: 40 % og

skuldersmerter: 42 %, hjerteklapp: 20 %, søvnproblemer: 30 %, tretthet: 53 %, svimmelhet: 21 %, angst: 14 %, og depresjon 27 % [20]. Statistisk sentralbyrå har vist at en av ti konsultasjoner hos fastlegen gjelder psykiske helseplager [25]. Psykiske plager karakteriseres av subjektive symptomer og funksjonsforstyrrelser, uten klare objektive funn. Psykiske helseplager ser ut til å være veldig utbredt i Norge, og rammer særlig yngre mennesker [25, 26]. Selv om psykisk sykdom ikke kan sies å være «medisinsk uforklart», har man har ennå mangelfull biomedisinsk forståelse av årsakene.

Kunnskapen vår om medisinsk uforklarte helseplager og subjektive symptomer er på ingen måte komplett, og vi forstår ikke fullt ut hvordan biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorer påvirker disse tilstandene. I samfunnsdiskursen får ofte vår moderne livsførsel og "tidsklemma" skylden, men disse helseplagene finnes ikke bare i industrielle samfunn. De filippinske Mangyanerne lever i veldig primitive samfunn ved kysten og i jungelen, men har flere muskelskjelett plager, mer utmattelse, humørsvingninger og magetarm plager enn en nordisk populasjon. Det samme gjelder de afrikanske Masaierne. Likevel ser de ut til å leve bedre med disse plagene enn det vi gjør [27].

Grensen mellom de uforklarte tilstandene og de mer tradisjonelle aksepterte kliniske diagnosene er ikke tydelig (se figur 2). Medisinsk uforklarte plager og symptomer har fått ulike merkelapper basert på de mest fremtredende symptomene de presenterer, og danner av og til mønstre, «clustre av symptomer» eller som syndromer. De kan ha mange forskjellige navn og kan fremstå som mer spesifikke enn det er medisinsk grunnlag for. Dermed havner de gjerne hos ulike organspesialister, og det kan være litt tilfeldig hva som blir «inngangsbilletten» til spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan vanlige korsryggsmerter ("lumbago") havne innen ortopedi; uspesifikke bekkensmerter og premenstruelle plager innen gynekologi, tinnitus, globulus-fenomen (klumpfølelse i halsen) og stemmebåndsdysfunksjon (dysfoni) innen øre-nese-hals sykdommer, whiplash, uspesifisert svimmelhet og spenningshodepine innen nevrologi, hjerteklapp (tachycardi) og atypiske brystmerter innen kardiologi, hyperventilering og brystmerter innen lungemedisin, fibromyalgi innen revmatologi, uspesifikke kjevesmerter (TMD) innen odontologi og kjevekirurgi, kronisk utmattelsessyndrom innen indremedisin og infeksjonsmedisin, irritabel tarmsyndrom innen gastroenterologi, interstitiell cystitt (IC) innen urologi, subjektiv hypotyreose, labilt blodtrykk og lavt blodsukker innen endokrinologi, post commotio syndrom innen fysikalsk medisin og rehabilitering, dissosiative og konversjonslidelser innen psykiatri og multipel kjemisk sensitivitet (MCS) innen arbeidsmedisin [28].

I en oversikt over 10 vanlige symptomer i allmennpraksis, hadde brystmerter, utmattelse, svimmelhet, hodepine, ødem, pustevansker (dyspnea), søvnvansker (insomni), magesmerter og nummenhet en kausal, organisk forklaring i mindre enn 10 % av tilfellene [29]. Cirka 50 % av symptomene som rapporteres i førstelinjen er fortsatt medisinsk uforklarlige i oppfølgingsstudier [30]. Indikasjoner på hvor omfattende plagene er kan avgjøres ved å se på mengden av de uforklarte plager og symptomer som pasienten har; for eksempel hvor mange steder han/hun rapporterer smerte eller hvor mange magetarm problemer som rapporteres. Andre aspekter er hvor lenge symptomene har vedvart, hvor mye de påvirker livskvaliteten, økt bruk av medisiner, antallet symptomkategorier og psykologiske samlidelser. For disse uforklarte eller "sammensatte" lidelsene (MUPS) er symptomene ofte kombinasjoner av smerte, tretthet,

uvelhet og funksjonsforstyrrelser. Dette gjelder også for symptomer hvor alvorlige sykdommer kan være underliggende, men ved MUPS tilfellene vedvarer symptomene og plagene uten at en spesifikk sykdom debutterer.

10.3.4 Arbeid og helse

Folkehelsen i Norge har vært tiltakende god etter andre verdenskrig, og vi har objektivt sett aldri vært friskere enn nå. Likevel står nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Av det legemeldte sykefraværet står de vanligste muskelskjelett og psykiske helseplager for henholdsvis ca. 40 % og 20 % av langtidsfraværet og andelen som blir sykmeldt for symptomer og plager er økende [8]. I dette faggrunnlaget brukes begrepet «vanlige helseplager» som en samlebetegnelse.

10.3.5 Arbeid og vanlige helseplager

Både uforklarte og forklarte helseplager kan gi arbeidsuførhet. Ihlebæk og medarbeidere har kartlagt forekomst av plager for de som er i arbeid og har vist at f.eks. 81 % av arbeidsføre hadde vært plaget med muskelskjelettsmerter i løpet av de siste 30 dagene i 1996 og 75 % i 2003, mens magetarmplager utgjorde henholdsvis 58 % og 47 % i samme periode [9]. I følge den samme undersøkelsen hadde sykefraværet økt selv om helseplagene hadde gått ned. En deling mellom psykiske og somatiske årsaker uttrykker uenigheten i forståelsen av vanlige helseplager. Det er derfor en erkjennelse at den tradisjonelle inndelingen i psykisk og fysisk helse kanskje ikke er tilfredsstillende for å få god nok kunnskap om det komplekse samspillet mellom arbeid og helse. Kunnskapsgrunnlaget som foreligger fra forskning følger imidlertid oftest denne delingen [31].

Under er 3 eksempler på hvordan psykologiske og kroppslige faktorer kan henge sammen:

Eksempel 1: En sykmeldt pasient sier at han av og til er svimmel og kvalm. Ved nærmere utspørring beskriver pasienten at han har mild hjertebank og er tungpustet i korte perioder. Pasienten kan ha angst.

Eksempel 2: En pasient uten psykisk lidelse får plutselig nakkeprolaps og utvikler angst for hva dette vil innebære. Dette etterfølges av verstefallstanker og en fysiologisk stressrespons med hjertebank, nattsvette og kløe og hun blir sykemeldt. Plagene kan da skyldes en akutt mental reaksjon etter en somatisk tilstand.

Eksempel 3: Pasienten har såre og sprukne hender. Hun har vært til hudlege, men har dårlig utbytte av behandling med ulike håndkremer og opplever vansker i jobben som operasjonssykepleier. Symptomene kan skyldes overdreven vasking på grunn av tvangslidelse (OCD).

10.4 Psykisk helse og arbeid

Personer med psykiske helseplager utgjør en stor og økende andel av gruppen som havner utenfor arbeidslivet [32]. Ihlebæk og medarbeidere viste at 9 % av arbeidsføre hadde vært plaget med angst i løpet av de siste 30 dagene i 1996 og 7 % i 2003, mens depresjonsplager utgjorde henholdsvis 23 % og 15 % [9]. I følge den samme undersøkelsen hadde sykefraværet økt selv om

helseplagene hadde gått ned. Vanlige psykiske plager i form av angst og depresjon og muskelskjelettplager utgjør over 60 % av langtidssykemeldinger og ca. 33 % uføretrygd [33, 34]. Denne andelen har vært stabil over mange år til tross for at det brukes betydelige ressurser på diverse behandlinger og tiltak.

Langtidssykemelding og uføretrygd er en alvorlig helserisiko og innebærer økt sykkelighet og økt dødelighet [35, 36]. I begrepet «psykiske helseplager» inkluderer vi i dette faggrunnlaget begrepene «vanlige» eller «lettere» psykiske helseplager som er ganske prevalente i populasjonen (se over). Som for mange somatiske tilstander, for eksempel overvekt, forhøyet blodtrykk og kolesterol, kan også psykiske lidelser involvere symptomer som vi alle i varierende grad kan ha. Alle mennesker opplever i blant symptomer eller plager som inngår i psykiske lidelser [37]. I begrepet «Psykiske helseplager» tar vi også med alvorligere «psykiske lidelser», «psykiske sykdommer» eller «kliniske psykiatriske diagnoser». Disse begrepene er tydeligere operasjonalisert i f.eks. ICD-10 [38] enn «subjektive helseplager»[20], medisinsk uforklarte plager og symptomer [39] og «sammensatte symptomlidelser» [10], og er sjeldnere: I Norge er 12 måneders-prevalensen for alvorlig depressiv lidelse i henholdsvis Oslo og Sogn og Fjordane 7,3 % og 3,7 % og for generalisert angstlidelse 1,9 % og 1,1 % [37]. Se for øvrig figur 2, kategori 3 og 4.

10.4.1 Depresjon og angstlidelser svekker arbeidsevnen

Både depressive plager og kliniske depresjonslidelser fører til mange tapte arbeidsår i befolkningen. Sykefraværet ved depresjonsplager varer lenger enn ved andre lidelser og er en viktig årsak til uførhet [40-43]. Depresjon ledsages ofte av angst, ruslidelser og søvnproblemer, noe som forsterker de negative konsekvensene for arbeidsfunksjonen. Depresjon forverrer også forløpet av somatiske sykdommer som hjertesykdom, diabetes og kreft, og er ofte den tilleggsbelastningen som skyver personen ut av arbeidslivet [44]. Depresjon rammer flere viktige områder på en arbeidsplass [45]. Relasjoner til andre blir vanskelige fordi den deprimerte ofte blir tilbaketrukket, pessimistisk og irritabel. Man blir mindre produktiv på grunn av redusert energi, tap av motivasjon og initiativ, svekket konsentrasjon og hukommelse og problemer med å ta beslutninger og fullføre arbeidsoppgaver. Depresjon reduserer også selvfølelse og mestringsforventninger.

Angstlidelser er også en av de viktigste helsemessige årsakene til tap av arbeidsdager, for tidlig avslutning av skole og studier, og til at man blir værende i jobber man er overkvalifisert for [46]. Personer med sosial angstlidelse tjener mindre, har høyere sykefravær og er oftere arbeidsledige [47-49]. I en amerikansk studie rapporterte mer enn 90 prosent av personene med slike problemer at angsten hemmet deres fungering i arbeidslivet i vesentlig grad [50]. Siden problemene vanligvis starter i ungdomsårene, er ikke negative arbeidsbetingelser en hovedårsak til dem. Likevel kan forhold på jobben både forsterke og lindre sosial angst. Disse vanskene kan i seg selv bidra til ugunstige arbeidsrelasjoner og mindre kollegial støtte. Dessuten øker sosial angst risikoen for at man får jobber med dårlige arbeidsbetingelser.

10.4.2 Stigma og fordommer

Mennesker med psykiske helseplager opplever ofte fordommer og stigmatisering som hindrer hjelpsøking [51], og vanskeliggjør åpenhet og dialog rundt tilrettelegging i arbeidssituasjonen både for arbeidstaker og ledelse [52]. I England er det lansert statlige kampanjer som for eksempel "Time to change" (2007–2015) med mål om å gi kunnskap om forekomsten av psykiske lidelser og effektiv behandling. En ønsker å fremme kunnskap og åpenhet som kan bidra til rask hjelp, tilrettelegging og arbeidsnærvær.

10.5 Muskelskjelettplager og arbeid

Muskelskjelettplager kan ha objektive, verifiserbare forandringer som ved inflammatoriske revmatiske sykdommer, artrose, senerupturer etc., men for mange av de vanligste muskelskjelettplagene står ikke de objektive funnene i samsvar med smerteintensiteten. Variasjonen i smerteintensitet og grad av funksjonstap ved ulike typer muskelskjelettplager er oftest uforklart. I ICDs forslag til revisjon av smertetaxonomien (ICD11 beta) betegnes uforklarte smerter som «primære», mens forklarbare muskelskjelettsmerter betegnes som «sekundære» sammen med viscerale smerter, cancersmerter, hodepine, nevrologiske smerter og postoperative smerter [53]. Denne taxonomien er ikke avklart enda.

10.5.1 Spesifikke versus uspesifikke muskelskjelettplager

Ved spesifikke muskelskjelettplager er årsakene antatt kjente og det finnes oftest en spesifikk behandlingstilnærming. Skillet mellom spesifikke og uspesifikke plager er imidlertid ofte uklart. For korsryggsmerter foreligger det nasjonale retningslinjer¹⁶ med konsensus i fagfeltet [54]. Ut fra disse retningslinjene deles ryggsmerter inn i tre grupper: 1) Mulig alvorlig sykdom som f.eks. brudd, cancer og infeksjon (1-5 %); 2) Nerverotaffeksjon med utstrålende smerter (5-10 %) og 3) Uspesifikke ryggsmerter (80-90 %). De to første kategoriene kan kreve spesifikke medisinske behandlingstiltak [54] og er eksempler på muskelskjelettplager som kan kategoriseres som spesifikke. Som eksempel på andre spesifikke tilstander kan nevnes hoftededdsartrose der innsetting av protese kan være aktuelt som smertelindring og diverse objektivt påvisbare skader som for eksempel bruddskader som kan kreve kirurgisk behandling.

For mange av muskelskjelettplagene er de spesifikke årsaksmekanismene for smertene uklare og det mangler godt dokumentert spesifikk kurativ behandling. Det er i denne gruppen at de vanligste muskelskjelettplagene hører hjemme, slik som uspesifikke rygg og nakkeplager, bekkenløsning og utbredte smerter som ved fibromyalgi. Funksjonstapet og smerteintensiteten kan være stor for denne gruppen og dette bidrar ofte til sykefravær. For personer som er sykmeldt med uspesifikke ryggsmerter, har en kort tilnærming kalt «Brief intervention» (BI), dokumentert effekt på sykefraværet [55]. BI innebærer en grundig klinisk undersøkelse ved spesialist i fysikalskmedisin, med en medisinsk avklaring, trygging og aktivering av pasientens egen kompetanse og mestring [56]. I følge nasjonale retningslinjer¹⁷ for ryggsmerter er et tverrfaglig kognitiv orientert rehabiliteringstilbud førstevalget ved langvarige ryggsmerter som

¹⁶ www.formi.no

¹⁷ www.formi.no

krever tiltak fra spesialisthelsetjenesten utover BI. Dette foregår i utstrakt grad gruppebasert i rygg/nakkegrupper ved tverrfaglige poliklinikker i dag. Det er nylig gjennomført en randomisert multisenterstudie som sammenliknet kirurgisk intervensjon med innsetting av mekaniske skiveproteser opp mot behandling i rygg-grupper ved langvarige rygg smerter. Skiveprotese ga i denne studien noe bedre utfall på smerte og funksjon enn rygg-gruppene, men alvorlige komplikasjoner i gruppen som fikk kirurgi gjorde at effekten var liten på gruppenivå. Ut fra en grundig helse økonomisk evaluering som innbefattet kostnader knyttet til sykefravær, helsetjenesteforbruk og livskvalitet, fant man ikke grunnlag for å anbefale en implementering av denne type ryggkirurgi med innsetting av skiveproteser framfor dagens modell med rygg-gruppe rehabilitering [57]. Effekten av rygg-gruppe deltakelse har også vært sammenliknet med et mer arbeidsfokusert tilbud uten påvisbar forskjell i effekt på retur til arbeid [58]. Imidlertid fant man at reduksjon i bevegelsesfrykt (fear-avoidance) predikerte retur til arbeid i begge grupper [59]. Reduksjon i bevegelsesfrykt antas å være den viktigste virkningsmekanismen for reduksjon i sykefravær ved både rygg-gruppe rehabilitering og BI. I fokusgruppeintervju av pasienter som hadde mottatt BI og var tilbake i jobb, kom det fram at tillit til fagkompetansen hos den som gjennomfører BI kan være en avgjørende faktor for at intervensjonen skal fungere etter denne hensikten [60].

10.5.2 Skulderplager – overvekt av spesifikke muskelskjelettplager?

Skulderplager er den tredje vanligste kategori av muskelskjelettplager etter rygg og nakke. Skulderplager forårsaker ca. 14 % av sykemeldinger og 8 % av nye uføre [61]. I motsetning til nakke/rygg smerter som ofte har et fluktuerende forløp med spontan bedring, har kohortstudier vist at skuldersmerter vedvarer dersom ubehandlet. En isolert psykoedukativ tilnærming, slik som for rygg smerter (BI), er ikke dokumentert effektiv for skulderplager selv om bevegelsesfrykt også for skuldersmerter er vist å predikere graden av smerteintensitet [62]. Skuldersmerter kan i innebære en større diagnostisk utfordring enn de vanlige nakke-rygg plager. Dette gjelder spesielt ved samtidige nakke/skulder/arm smerter. I disse tilfellene kan det være påkrevet med både nevrologisk undersøkelse og klinisk vurdering av skulderen, billeddiagnostikk av nakken og eventuelt (ultralydveiledet) diagnostisk injeksjon av lokalbedøvelse for å fastslå riktig diagnose og behandling.

Selv om det nå i økende grad publiseres god effektforskning for spesifikke treningstilnærminger ved skuldersmerter, er det gjort lite forskning med tanke på effekter på retur til arbeid for sykemeldte med skulderplager. Ved skulderkirurgi sykemeldes imidlertid pasienten typisk minst 6 uker postoperativt mens rotator-cuff trening kan gjennomføres mens pasienten er i arbeid, eventuelt med tilpasning av arbeidsoppgaver. Til tross for denne kunnskapen viser tall fra norsk pasientregister en betydelig økning av slike kirurgiske inngrep de siste årene.

10.5.3 Overvekt av uspesifikke muskelskjelettplager og uavklart evidensgrunnlag

For andre muskelskjelettplager enn nakke, rygg og skulderplager finnes det en rekke mer eller mindre spesifikke behandlingstilnærminger til ulike muskelskjelettplager. Ved sluttstadiet av «slitasjegikt» (artrose) er f.eks. kirurgisk innsetting av protese en godt etablert og god spesifikk smertebehandling. Imidlertid er det etter hvert kommet god dokumentasjon for

smertereduksjon også ved spesifikke treningstilnærminger ved artrose, f.eks. for kneledd [66] og adekvat treningsterapi bør derfor utnyttes før kirurgi. For mange tilsynelatende spesifikke behandlingstilnærminger er det imidlertid mangel på gode randomiserte studier og dokumentert effekter. Når gode randomiserte studier nå begynner å komme, er det dessverre ofte skuffende resultater når man sammenlikner ulike spesifikke behandlingstilnærminger. Nylig ble for eksempel ulike spesifikke behandlingstilnærminger for tennisalbue (lateral epikondylitt) undersøkt i en randomisert studie fra norsk allmennpraksis [67]. I denne studien kunne man ikke påvise noen vesentlig forskjell i effekt mellom det å gi kortisoninjeksjon, aktiv fysioterapi (tverrfriksjon og eksentrisk trening) sammenliknet med det å gi ingen behandling utover 2 uker med et smertestillende medikament av tilsvarende type som ibux. I en internasjonal metaanalyse fra 2015 hvor man slo sammen data fra 12 randomiserte studier av tennisalbue, fant man heller ingen sikre forskjeller mellom ulike typer fysioterapi [68]. Selv om tennisalbue fremstår som en nok så spesifikk tilstand, mangler det ennå godt kunnskapsgrunnlag for biomedisinske forklaringer som kan gi grunnlag for kurative behandlingstilnærminger. Tilstanden har imidlertid god prognose også ubehandlet.

Uforklarte plager i muskelskjelett apparatet har alt for ofte blitt klassifisert og behandlet som sykdom (altså som en objektiv, forklarbar tilstand). Smerte tas ofte som uttrykk for en strukturell skade eller en mekanisk feil selv om disse årsaksforholdene og grunnlaget for spesifikk behandling ofte er dårlig dokumentert. Dette kan skape unødvendig utrygghet hos pasienter. Når det gjelder ryggplager har diagnostiske uttrykk som «rygg- og nakkeskade» for eksempel blitt brukt uten at skadens natur har kunnet påvises. I lys av dette har ryggsøylen av mange blitt oppfattet som en sårbar struktur for belastninger, og belastningslidelser har blitt et vanlig begrep selv om sammenhengen mellom belastninger og vevsskade ikke er enstydig [69]. Anbefalinger om "riktig" bruk av ryggen har vært vanlig hvor det er blitt lagt stor vekt på viktigheten av å løfte riktig for å unngå skade. Forskning har ikke kunnet underbygge riktigheten av denne tilnærmingen og den anbefales derfor ikke i henhold til de europeiske retningslinjene for forebygging av ryggmerter [70]. Man har heller ikke kunne påvise at tung yrkesbelastning har sammenheng med skade på mellomvirvelskivene [71]. På behandlingssiden har det dermed i tråd med kunnskapsgrunnlaget, skjedd en gradvis utvikling fra anbefalinger om strengt sengeleie til dagens råd om å holde seg i aktivitet tross ryggmerter [69].

Det tilbys mange forskjellige behandlinger for ulike muskelskjelettplager. Hadde en behandling vært kurativ, så hadde denne sannsynligvis utkonkurrert de andre i kraft av pasienters og fagfolks positive erfaringer. I seg selv kan dette gi grunnlag for usikkerhet omkring spesifikke årsaksforklaringer og effekten av presumptivt spesifikke behandlinger når det foreligger mange ulike behandlingstilnærminger for en og samme tilstand. Denne usikkerheten er imidlertid også noe som karakteriserer pasientene som skal manøvrere i dette landskapet. Dette understreker igjen behovet for en god pedagogisk tilnærming som kan gi pasienten en forståelse av plagene og trygghet på hvordan de skal håndtere dem [72].

10.6 Arbeid og helseplager

Det å være i arbeid vet vi kan være bra for helsa, selv med helseplager. Det er viktig at helsetjenesten kan komme tidlig i posisjon med informasjon til folk i arbeidslivet om hvordan mestre å være i jobb tross sine plager. Undervisning på arbeidstedet hvor både NAV og helsetjenesten samarbeider om helsefremmende og forbyggende arbeid kan være et viktig tiltak slik at folk blir værende i jobb, eller kommer raskt tilbake etter sykdom. Lengre sykefravær vet vi ofte er starten på veien ut av arbeidslivet og inn i rekken av langtidsledige og til uføretrygd..

10.6.1 Tidlig intervensjon

Å delta i arbeidslivet er en kilde til anerkjennelse, fellesskap og personlig identitet. Arbeid fremmer psykisk helse ved å gi rammer, menneskelig kontakt og mening til dagene, mens langvarig sykefravær motsatt bidrar til å forverre mentale problemer. I rapportene "Mental health and work" [73] og "Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work" [74] beskrives betydningen av at behandling blir gitt tidlig i sykdomsforløpet, og at underbehandling av angstlidelser og depresjon er en hovedutfordring i Norge i dag. Mangel på tidlig kartlegging, evidensbasert behandling og tilrettelegging kan for mange føre til at sykmelding er det eneste tilgjengelige tiltak.

10.6.2 Effekten av sykmelding

Det finnes få gode studier som direkte omhandler konsekvenser av sykefravær, men det er indikasjoner på at sykefravær og uførepensjon i seg selv kan ha negativ innvirkning på helsen [75], og at sykefravær kan være uheldig for mange med psykiske lidelser [76]. De nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon understreker at deprimerte personer ofte har behov for yrkesrettede tiltak for å holde seg i arbeid eller vende tilbake til jobben [77]. Fravær og hvile kan være nødvendig ved sykdom, men ved depresjon og angstlidelser er nærvær og aktivitet viktig. Legen skal fungere som en portvokter som sikrer at sykmelding skjer på et medisinskfaglig grunnlag. Men i praksis er det i stor grad pasienten selv som bestemmer om han/hun skal sykmeldes [78, 79]. Pasientens holdninger til eller kunnskaper om hva som er til skade eller hjelp i en tilfriskningsprosess er derfor ofte avgjørende. Sannsynligheten for langvarig sykmelding øker hvis pasienten mener at hvile er god behandling, at arbeid forårsaker eller forverrer plagene, og at man bør være "helt frisk" før man går tilbake på jobb.

10.6.3 Effekten av å skrive legeerklæringer til NAV:

Lege Guri Aarseth har forsket på hvordan legeerklæringer til NAV fungerer språklig og logisk. Hun skriver: «NAV-skjemaet Legeerklæring ved arbeidsuførhet synes å fungere mot sin hensikt, som er å avklare viktige spørsmål ved uførhet, fordi det i liten grad treffer sin mottaker – legen. Formatet og språket svekker muligheten for gode legeerklæringer preget av bredt og åpent skjønn, de åpner snarere for utydelighet og pulverisering av ansvar.» [80]

10.6.4 Forebyggende og helsefremmende tiltak

De fleste mennesker med milde psykiske lidelser oppsøker ikke behandling, og vanskene er ofte ikke kjent for arbeidstaker, arbeidsgiver eller øvrige omgivelser, noe som understreker behovet for universelle tiltak for forebygging av langtidssykefravær og eventuell senere uførhet. Det er verken mulig eller ønskelig at alle som har symptomer på psykiske lidelser skal behandles, og ofte brukes sykmelding som en måte å la folk «hente seg inn igjen» på ved slike vansker. Samtidig er det sannsynlig at langvarig uteblivelse fra arbeidslivet for mildere psykiske lidelser kan forsterke vanskene for noen [76]. Ved for eksempel sosial fobi kan fravær fra arbeidsplassen fungere som en opprettholdende faktor, og passivitet og færre mestringsopplevelser vil kunne øke symptomene på depresjon. Dersom inkludering og opprettholdt kontakt med arbeidslivet tross helsevansker skal lykkes, må den strukturelle arbeidsledigheten holdes lav, slik at individer med nedsatt arbeidsevne skal ha reell mulighet til å kunne søke arbeid. Dette har vi lyktes godt med i Norge. Vi har også et sterkt oppsigelsesvern og foreløpig svært begrenset bruk av midlertidige stillinger, noe som bidrar til å beskytte personer mot å falle ut av arbeidslivet [2].

Trolig ligger det også et potensial for forebygging av arbeidsuførhet gjennom bedret behandling av psykiske lidelser. I en norsk studie opplyste 25 % av de som hadde fått innvilget uførepensjon med en psykisk lidelse som primærdiagnose, at de ikke hadde mottatt behandling for dette [81]. For de med en psykisk lidelse som sekundærdiagnose var tallet 53 %. Anslagene er antagelig større enn de reelle tallene, men antyder likevel at behandling for psykiske lidelser ikke alltid er gitt, og i det minste ikke alltid gjort eksplisitt for pasienten. Fra finske journaldata vet vi at ett forsøk med antidepressiva er vanligste behandlingsforsøk i forkant av uførepensjonering for depresjon [82, 83]. Vi har sett en kraftig økning i foreskriving av slike medikamenter de siste tiårene [84], men nyere studier tyder på at moderne antidepressiva er mindre effektive ved milde og moderate depresjoner enn først antatt [85, 86]. For angst og depresjon finnes det etter hvert et godt kunnskapsgrunnlag for gode og effektive psykologiske intervensjoner [77, 87]. Norske fastleger er imidlertid misfornøyde med sine muligheter for å henvise til andrelinjetjenesten innenfor psykisk helse, og de savner også muligheter for veiledning og samarbeid med denne i de tilfellene hvor de selv står for behandling og oppfølging [88]. Et bedre integrert behandlingstilbud for psykiske lidelser, med samarbeid på tvers av tjenester, vil trolig også kunne forebygge arbeidsuførhet. Når det gjelder helsefremmende tiltak generelt, er dette et eget felt med en omfattende forskningslitteratur. I dette faggrunnlaget har vi valgt å ikke bevege oss videre inn i denne litteraturen, men i stedet fokusere på individuelle tilnærminger og tiltak for å forebygge sykefravær og uførhet, supplert med enkelte eksempler på effektive tiltak på arbeidsplassen.

10.6.5 Tiltak på arbeidsplassen

I en del tilfeller kommer man til kort med bruk av individuelle tilnærminger. I saker hvor årsaken til "stresset" tydelig kan tilskrives uholdbare og vanskelige forhold på arbeidsplassen må det større endringer til enn hos personen selv. Arbeidsrelatert stress kan føre til angst og depresjon, utbrenthet eller vedvarende helseplager som kan resultere i forverret livskvalitet og nedsatt

arbeidsinnsats. Utbrenthet¹⁸ kan for f.eks. bli invalidiserende og uforenlig med jobb for den enkelte[89]. Tilstanden kan beskrives å være en vedvarende, negativ, arbeidsrelatert sinnstilstand som først og fremst er preget av utmattelse, redusert effektivitet, motivasjon og utvikling av dysfunksjonelle holdninger og adferd på jobben. Enkelte typer arbeidsbelastninger øker også risikoen for utvikling av depresjon, angst og sykefravær [90, 91].

Arbeidsplassen har også blitt hevdet å være en god arena for helsefremmende og forebyggende tiltak med tanke på at arbeidstakere tilbringer opptil 60 % av sin våkne tid nettopp på arbeidsplassen. Det finnes en rekke ulike tiltak på arbeidsplassen som på ulike måte forsøker å forebygge sykefravær og helseplager, men få har vært i stand til å vise dokumentert effekt. Flere studier har blant annet undersøkt effekten av tiltak på arbeidsplassen for å redusere og forebygge utbrenthet og andre plager relatert til jobbstress. En del studier viser ingen effekt av slike tiltak på individnivå, mens i studier hvor signifikante effekter kan dokumenteres, er effekten relativt liten [92]. En av årsakene til dette skyldes antakelig at mange av tiltakene retter seg mot hele populasjonen av arbeidstakere, og ikke spesifikt mot dem som er i risikogruppen for utvikling av slike plager. Små endringer på populasjonsnivå kan likevel ha stor betydning for folkehelsen og bør dermed ikke automatisk diskrediteres.

I Bedrift er ett av de få tiltakene på arbeidsplassen som har vist effekt på sykefraværet i norsk kontekst. I Bedrift er et lavterskeltiltak på arbeidsplassen der målene er å redusere sykefravær grunnet muskel- skjelettplager, samt gi de ansatte større trygghet rundt det som gjør vondt og hvordan det bør håndteres. Tiltaket ble evaluert i en randomisert kontrollert studie som viste at kombinasjonen opplæring, kollegaveiledning og tilbud om raske polikliniske utredninger ved muskelskjelettplager, reduserte sykefraværet [1]. Tiltaket bygger på en ikke-skademodell med et mål om å gjøre personen i stand til å mestre jobben på tross av muskelplagene.

Fra internasjonal forskning, både når det gjelder muskelskjelett og psykiske helseplager, er det dokumentert at involvering av arbeidsplassen er viktig for at individtiltak skal ha effekt på sykefraværet. For ryggmerter er det f.eks. dokumentert betydelige effekter på sykefraværet ved å koordinere tiltak i spesialisthelsetjenesten, fra sykemelder og på arbeidsplassen. I en Nederlandsk studie av en slik integrert tilnærming, fant man f.eks. reduksjon i sykefravær på mer enn 50 % sammenliknet med vanlig behandling [93]. Resultater fra Nederlandse intervensjoner er imidlertid vanskelige å overføre direkte til en Norsk kontekst, blant annet fordi arbeidsgiverperioden i Nederland er utvidet til 2 år og det på den måten er mye sterkere økonomiske incentiver for å finne løsninger fra arbeidsgivers side sammenliknet med i Norge.

10.6.6 Tilrettelegging på arbeidsplass

Jobbmestring kan oppnås gjennom tiltak der arbeidssituasjonen tilpasses til personens nåværende arbeidskapasitet og psykiske helsetilstand. Tiltakene, som kan være kortvarige eller skje over en lengre tidsperiode, dreier seg om innholdet i jobben, omfang av jobben, organisasjonsmessige forhold og arbeidsmiljø både fysisk og sosialt [94]. Vanligvis vil det være nødvendig med en kombinasjon av flere tiltak, der en utfordring spesielt i forhold til psykiske

¹⁸ Ordet utbrenthet kommer fra det engelske "burn-out" og defineres ofte som "en langvarig (kronisk), arbeidsrelatert stressreaksjon, vanligvis med både psykiske og fysiske plager" (Fra: www.nel.no)

helseplager, vil være å forklare ledere og kolleger hva utfordringene konkret består i. En systematisk kartlegging av utfordringene og problemene i jobben, gir mulighet for en mer hensiktsmessig organisering av arbeidssituasjonen.

10.6.7 Retur til arbeid etter sykemelding

Personer som har vært sykmeldt på grunn av depresjon og angst fremhever at tanken på å møte folk på jobben igjen er vanskelig [95]. De bekymrer seg for om de vil bli møtt med forståelse eller ikke. Bekymringen kan være utløst av tidligere konkrete hendelser på jobben eller av symptomer som kommer uten forvarsel. Det gir opphav til mye grubling og bekymring, og bidrar til ny sykemelding (Mental Health Foundation, 2009). Likende mekanismer kan tenkes å gjelde for uspesifikke muskelskjelettplager dersom pasienten er utrygg på årsaken til plagene, på egen arbeidskapasitet og på risikoen ved det å være i arbeid tross plager.

Ledernes engasjement er ofte avgjørende for å få til en tilbakeføring. Mange ledere føler imidlertid at de ikke har nok kompetanse og trening på dette området, og fremhever at det ved depresjon og angst er vanskelig å vite hvilke tilpasninger som skal til. De er usikre på hva de kan si, og hvordan de skal kommunisere med den sykmeldte [96, 97]. Når ledere tar et klart ansvar, blir det bedre kommunikasjon både med de ansatte selv og med helsetjenesten, og det blir bedre resultater med tilbakeføring til arbeid enn om en bare overlater dette til personen selv eller legens skjønn [98].

10.6.8 Individuelle tiltak

Til tross for at det finnes en rekke tiltak for å hindre personer med helseproblemer i å falle ut av arbeidslivet, vet vi lite om hvor godt disse virker. NAV alene har nærmere 50 tiltak rettet mot personer med psykiske helseplager, men de aller fleste av disse vet vi ingenting om hvor effektive er på arbeidsdeltakelse. Det vi vet fra internasjonale studier er at kognitiv terapi med et spesifikt jobbfokus har god effekt ved psykiske lidelser [99] og at det for ryggplager er dokumentert best effekt ved koordinerte modeller som integrer tiltak fra spesialisthelsetjenesten, sykemelder og arbeidsplassen [93]. Det er også studier som tyder på at motiverende intervju har effekt på tilbakeføring til arbeid hos personer med uspesifikke helseplager [100].

Fra Norge er det dokumentert redusert sykefravær etter grundig fysikalskmedisinsk undersøkelse og betryggende informasjon om ryggen [55, 101] og det har nå kommet dokumentasjon for at NAV-tiltaket "Senter for jobbmestring" har god effekt for personer som har vært lenge ute av arbeid på grunn av vanlige psykiske helseplager [102]. "Senter for jobbmestring" kombinerer jobbfokusert kognitiv terapi med individuell jobbstøtte, som tidligere har vist god effekt for personer med alvorlige psykiske lidelser [103, 104]. Individuell jobbstøtte (IPS, Individual Placement and Support) er et standardisert oppfølgingsprogram hvor den overordnede filosofien er troen på at alle mennesker med psykiske helseplager kan ha en vanlig jobb, forutsatt at man finner riktig type jobb og arbeidsmiljø og ikke minst at personen selv virkelig ønsker jobb. "Senter for jobbmestring" er altså så langt det eneste av NAV sine tiltak for personer med psykiske helseplager som er evaluert ved hjelp av en robust metodikk

(randomisert kontrollert studie), og er dermed den sikreste evidensen vi per i dag har om individtiltak for gruppen med vanlige psykiske helseplager. Imidlertid er det nå satt i gang flere nye forskningsprosjekt i Norge for å evaluere tiltak for muskelskjelett og psykisk plager. I evalueringen av Hysnes helsefort er sykemeldte med muskelskjelett og/eller psykiske plager inkludert i samme type intervensjon. Effekten av denne intervensjonen undersøkes nå i en randomisert studie som sammenlikner sykefravær, helse og livskvalitet etter fire uker arbeidsrettet rehabilitering i institusjon opp mot kognitiv atferdsterapi gitt alene som gruppeterapi ved en fysikalskmedisinsk poliklinikk [105]. Resultatene fra denne studien vil foreligge i løpet av 2016 og 2017 og kan bidra til kunnskapsbasert innovasjon. En annen innovativ tilnærming er iBedrift som er et av de få forebyggende lavterskeltiltakene på arbeidsplassen som har vist effekt på sykefraværet i norsk kontekst. Tiltaket er imidlertid så langt kun evaluert for muskelskjelettplager. Kombinasjonen av opplæring, kollegaveiledning og tilbud om rask poliklinisk utredninger reduserte i denne studien sykefraværet [1].

Det er et stort behov for å generere mer kunnskap om hvilke individtiltak og integrerte tiltak som har best effekt på helse og sykefravær i Norge. I utviklingen av et nytt nasjonalt konsept for vanlige helseplager og i framtidige nasjonale satsinger på dette feltet, er det derfor helt avgjørende at det legges til rette for effektforskning.

10.7 Arbeidsfaglig grunnlag og NAVs oppdrag

10.7.1 Avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen)

Arbeids- og sosialminister har gitt sitt departement og direktorat Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppdrag å bistå i arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv. Oppdraget er gitt i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 4. mars 2014 – 31. desember 2018. Heretter navngir vi denne avtalen som IA-avtalen. Avtalen inngås for en fireårs periode. Første gang avtalen ble undertegnet var i 2001. Avtalen inngås mellom Regjeringen ved Arbeids- og sosialministeren og arbeidsgiverorganisasjonene NHO, KS, Spekter, Virke og Staten som arbeidsgiver med kommunal- og moderniseringsminister. Fra arbeidstakerorganisasjonene er det hovedsammenslutningen LO, Unio, YS og Akademikerne. Partene, både sentralt og lokalt er særlig opptatt av at de skal bidra i ett tett samarbeid med NAV med å nå målene som er satt i denne avtalen gjennom samarbeid og deltakelse.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) bygger på tradisjon for samarbeid og tillit mellom myndigheter, arbeidstakere og arbeidsgivere i Norge, både sentralt og lokalt. Arbeidsplassen er den viktigste arena for et inkluderende arbeidsliv. Gode resultater av dette arbeidet skapes ved et nært samarbeid i den enkelte virksomhet hvor tillitsvalgte, arbeidstakere og arbeidsgivere har satt seg felles mål, hvor myndighetene bidrar med støttende tiltak for å nå disse målene. I avtalen går det også tydelig fram at partene skal være med å videreutvikle virkemidler for et mer inkluderende arbeidsliv. Allerede utprøvde og evaluerte prosjekter, for eksempel i regi av Raskere tilbake, vurderes fulgt opp videre. De er også enige om at det skal arbeides for utvikling og utprøving av nye virkemidler i avtaleperioden. Dette kan for eksempel være virkemidler med sikte på bedre og mer målrettet oppfølging av sykemeldte

gjennom sortering av fraværsløp, bedre samhandling mellom arbeidsplass, sykemelder og Arbeids - og velferdsdirektoratet, og inkludering av personer med vanlige psykiske lidelser mv.

I denne avtalen er partene enige om at forebyggende arbeidsmiljøarbeid skal være en større del av det praktiske arbeidet med IA-avtalen, noe som signaliseres tydelig i målformuleringene.

Overordnet målsetting i dagens IA- avtale er å bedre arbeidsmiljø, styrke jobbnærværet, forebygge sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Følgende delmål er satt:

1. Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent.
2. Hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne.
3. Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med tolv måneder. Med dette menes en økning sammenlignet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år).

Alle enheter i NAV har ansvar for å bidra til et mer inkluderende arbeidsliv. NAV sine tjenester skal framstå som helhetlig og samordnet, slik at NAV oppleves som en organisasjon.

10.7.2 NAV Arbeidslivssenter oppdrag

NAV Arbeidslivssenter skal i henhold til politisk målsetting, nevnt over, videreutvikles som et viktig virkemiddel overfor virksomheter med IA avtale. Med bakgrunn i oppdragene er det gitt NAV og NAV Arbeidslivssenters en sentral rolle overfor virksomhetene i deres arbeid med å bedre arbeidsmiljø, redusere sykefraværet og øke jobbnærværet. I konseptet «HelseArbeid er NAV Arbeidslivssenter en sentral samarbeidspart for å sikre spredning av effektiv praksis og kunnskapsbasert metodikk for å nå målene i IA- avtalen. NAV Arbeidslivssentrene skal også bidra i oppdraget om å arbeide for utvikling og utprøving av nye virkemidler i avtaleperioden.

HelseArbeid vil kunne bidra å innfri denne målsettingen.

I underkant av 60% av norske arbeidstakere jobber i en virksomhet som har inngått IA- avtale.

HelseArbeid konseptet kan bidra til at helsetjenesten i samarbeid med NAV kommer tidlig ut i bedriftene med helseinformasjon. Helsetjenesten har i sitt oppdrag å sørge for tilbud til hele befolkningen, mens NAVs bidrag er bla. å bistå arbeidslivet med de tjenester som bidrar til å redusere sykefravær, øke inkluderinger og hindre utstøting fra arbeidslivet. NAV har et oppdrag både overfor virksomheter med og uten IA-avtale. Når det gjelder NAV Arbeidslivssenter har de i oppdrag først å fremst å bistå de virksomheter som har tegnet IA- avtale. IA- avtalen gir grunnlaget for at NAV skal bidra aktivt i helsefremmende og forebyggende arbeid ute i virksomhetene. Avtalen bygger på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeidslivet. Deltakelse i arbeidslivet i seg selv ofte kan virke helsefremmende for den enkelte.

Nasjonal Koordineringsenhet i Arbeids - og velferdsdirektoratet ble etablert i 2010 med oppgave å bistå NAV Arbeidslivssenter (NALS). Denne enheten fikk i oppgave å utarbeide et rolledokument som beskriver NAV Arbeidslivssenters roller, ansvar og hovedoppgaver med

bakgrunn i de rammer som er lagt i IA- avtalen. Et resultat av koordineringsenhetens arbeid er utvikling av kvalitetsstandarder for IA – arbeidet som har fått navn «Standarden for oppfølging av IA-virksomheter» (IA-standarden). Dette er et metodisk og faglig rammeverk for hvilke tjenester Arbeidslivssenteret skal yte og hvilken kvalitet tjenestene skal ha. Standarden er en sammenfatning av den "beste praksis" man har funnet frem til innen for rammene av den avtale som partene i arbeidslivet har forhandlet seg frem til. Hovedprinsippene i standarden bygger på veldokumenterte metoder innen endringsledelse og LEAN.

10.7.3 NAVs bidrag i HelseArbeid

NAV har i sine oppdrag etablert relasjoner til partene i arbeidslivet ute på den enkelte arbeidsplass, i bransjer og konsern. NAV sine oppdrag er fordelt mellom NAV kontor og NAV Arbeidslivssenter. NAV kontorenes veiledere følger opp i sykefraværsarbeid og ved inkluderingsarbeid for de som trenger bistand inn i arbeidslivet. IA-rådgiverne på NAV Arbeidslivssenter har ansvar for å bistå virksomheter som har inngått IA-avtale. De kjenner til virksomheten mål og planer som gjelder arbeidsmiljø og de styrker og utfordringer de måtte ha for å oppnå målene sine. Relasjon bygger på tillit mellom NAV sine rådgivere og virksomhetens ledelse med tillitsvalgt og verneombud. I et nært samarbeid opplever virksomhetene å få hjelp fra NAV Arbeidslivssenter til å nå målsettinger knyttet til IA-avtalen og i helsefremmende arbeid.

Arbeidsmiljøet, organiseringen av arbeidet og ledelseskultur er helt sentralt for i hvilken grad man oppnår at folk opplever å kunne velge jobb når de har plager. Med både helseinformasjon og prosessarbeid, med involvering av alle som er helt sentralt i helsefremmende arbeid, klarer man å jobbe med individuell og kollektiv mestring samtidig.

Arbeidstakers nærvær kan sees som en funksjon av to faktorer. Det ene er motivasjon for å gå på arbeid og det andre er muligheten for å kunne gå, innbefattet arbeidstakerens helsetilstand. Det avgjørende er kombinasjonen av faktiske muligheter for å være på arbeidet, utføre jobben og den enkeltes motivasjon som avgjør (Steel, Rentsch, & Scotter, 2007).

Når man vil lykkes med en inkluderende kultur er et viktig prinsipp at man må jobbe både fra toppen og fra bunnen i organisasjonen. Man må jobbe «top-down» ved at man har en sterk forankring i toppledelsen, og at ledelsen sørger for at det man har besluttet følges opp. Det settes overordnede mål for arbeidet. Man må også arbeide «bottom-up» gjennom å legge til rette for medvirkning og involvering av de ansatte. Et suksesskriterium i HelseArbeid konseptet er holdningsskapende arbeid og en inkluderende prosess der både ledere og ansatte ansvarliggjøres. Tillit mellom ansatte og ledelse fremheves som et fundament for å lykkes. IRIS-Rapporten som det er referert til i dette avsnitt har et hovedfokus på sykefravær men det er de samme virkningsfulle ingredienser som skal til når man skal jobbe helsefremmende.

I innsalg, «bli kjent»-fase og partsmodul jobber man med «top-down» forankringen.

I modellen som anbefales (modell 2) i bredriftsmodulen i HelseArbeid en strukturerte IA-prosesser og kan dermed være med å styrke virksomhetens kompetanse på å jobbe systematisk med IA/HMS. I bli kjent-fasen planlegges IA-arbeidet i tråd med «Standarden for oppfølging av IA-virksomheten». Planleggingsfasen handler om å stille virksomheten de gode spørsmål slik at partene i virksomheten kan skape gode prosesser. Spørsmålene som stilles er:

1. Hvor er vi
2. Hva er ambisjonen vår – hvor vil vi?
3. Hvordan kommer vi dit? (hvem gjør hva, hvor mye og når?)
4. Når evaluerer vi?

Svarene på spørsmålene nedfelles i bedriftens mål og handlingsplan som gir grunnlaget for hvilken bistand NAV Arbeidslivssentrene skal gi. Det kan derfor ikke utarbeide en fast beskrivelse av hva innholdet i IA-prosessen i ansatte presentasjonen hvor bedriften her setter mål for hva de vil oppnå med HelseArbeid. I prosessdelen velges egnede prosessverktøy i samarbeid med bedriften for måloppnåelse.

10.7.4 NAVs bidrag i helsefremmende arbeid

I ansattpresentasjonene arbeider man i modell 2 «bottom up» ved involvering av de ansatte med et helsefremmende fokus. IA-standardens definisjon av helsefremmende arbeid er: *«Den prosess som gjør individer, grupper og organisasjoner i stand til å øke kontrollen over de faktorer som påvirker helsen. Helsefremmende IA-arbeid sikter mot økning av motstandskraft, overskudd, livskvalitet og mestringsevne».*

IA-rådgiver gjør en vurdering av bedriften på følgende forhold:

- Hva er gjort tidligere av arbeidsmiljøundersøkelser/medarbeidersamtaler som er relevant for igangsetting av helsefremmende IA-arbeid?
- Er virksomheten innforstått med hva det vil si å jobbe helsefremmende?
- Er kompetansebehov, tid og ressursbruk i virksomheten avklart?
- Er det behov for å oppdatere mål og handlingsplan?
- Er det avklart hva som vil være Arbeidslivssenterets konkrete bidrag i gjennomføringen?

Spørsmålene vil være relevante å vurdere før innsalg, under innsalg og i «bli kjent»-fase i HelseArbeid konseptet.

Arbeide med helsefremmende arbeidsplasser handler om å skape gode prosesser i virksomhetene der ledere og ansatte deltar aktivt. Her er det viktig å få fram hva en helsefremmende arbeidssituasjon er og hva som bidrar til å skape økt nærvær, økt engasjement, bedre helse etc. Man leter aktivt etter faktorer på arbeidsplassen og hos den enkelte som kan påvirke helsen positivt og arbeide med gode arbeidsmiljøfaktorer.

I en litteraturstudie¹⁹ ble det gjort en systematisk kunnskapsoppsummering over forskning og sammenhenger mellom sykefravær, organisasjonskultur og sykenærvær. Studien viste til at organisasjonskultur hadde en påvirkning på sykefraværet i virksomhetene. Det var likevel slik at begrepet organisasjonskultur ikke ble tolket konsistent. Funn indikerte også at ledelsesstil og tillit til leder er viktige faktorer for å redusere sykefraværet. Studien hevdet at ledere er viktige kulturformidlere i organisasjonen. Sosial støtte fra kollegaer, samt støttende kultur i

¹⁹ Espeland, 2009

arbeidsavdelingen bidrar til å redusere sykefraværet. Det kan dermed være i hvilken grad HelseArbeid kan påvirke organisasjonskultur og leders trygghet i møtet med de ansatte.

1. Man kan jobbe med spørsmål som:
 - Hva er styrkene i vårt arbeidsmiljø? Hva vil vi ha mer av?
 - Ansvar for egen helse og hva som påvirker den
 - Å finne/se etter muligheter fremfor begrensninger
2. Viktige helsefremmende faktorer i et arbeidsmiljø er²⁰:
 - Kontroll og mestring
 - Forutsigbarhet
 - Sosial og faglig støtte fra kollegaer og ledelse
 - Opplevelse av en positiv utvikling

Virksomheten kan for eksempel ta for seg disse 4 faktorer og se på hvordan de kan styrke disse og hvor de allerede har sine styrker.

3. Helsefremmende arbeidsmiljø krever felles innsats fra alle ansatte. Det er ikke mulig å fikse stresset bare ved å «skyld på» individet – eller bare på leder, eller de økonomiske rammer. Man må klare å se sammenhengen og jobbe på flere nivå samtidig; individ, gruppe, ledelse, organisering. De ulike nivåer påvirker hverandre og å gjøre en endring kan skape positive eller negative spiraler av utvikling. Metodene fra Vitensenteret som gjør bruk av verktøyet IGLO er egnede prosessverktøy til å jobbe helhetlig.
4. Formidle noe om hvordan man best mulig ruster et arbeidsmiljø slik at man kan velge jobb tross plager, og hva man vinner på å være trygge og omforente om hva som gjelder hos oss. Deretter involverende refleksjonsprosess om hva som skal gjelder hos dem
5. Stille spørsmål til gruppen ut i fra virksomhetens mål med sin deltakelse. For eksempel: «Når dere nå vet det dere vet. Hva skal til hos dere for at man lettere skal kunne velge jobb tross plager
6. Prosesser der man utforsker styrkene i arbeidsmiljøet, for eksempel ved å bruke forenklet metodikk fra vitensenteret eller AI (Appreciative Inquiry)²¹.

10.7.5 HelseArbeids betydning for den enkelte ansatte.

I det helsefremmende arbeid retter man seg mot alle ansatte og ledere uansett om en opplever helseplager eller ikke. Men en må ha et spesielt fokus på de som har eller står i fare for å få helseplager. Ledernes engasjement er ofte avgjørende for å få til en tilbakeføring av ansatte med psykiske helseplager. Mange ledere føler imidlertid at de ikke har nok kompetanse og trening på å arbeide med dette området, og fremhever at det ved depresjon og angst er særlig vanskelig å vite hvilke tilpasninger som skal til. De er usikre på hva de kan si, og hvordan de skal

²⁰ Ref. Videnscenteret DK

²¹ Hauger, B m.fl.: *Organisasjoner som begeistrer*. Kommuneforlaget 2008

kommunisere med den sykmeldte²²²³. Men der ledere tar et klart ansvar, blir det bedre kommunikasjon både med de ansatte og med helsetjenesten. Dette gir bedre resultater når det gjelder tilbakeføring til arbeid enn der det overlates til personen selv eller legens skjønn²⁴ om hvordan en kan komme raskt tilbake i jobb etter sykemelding.

HelseArbeid gir kunnskap som forhåpentlig vil bidra til å trygge lederne slik at en får til et godt samarbeide med den ansatte for å finne gode løsninger. Målet er jo at med økt kunnskap finner en fram til en åpen dialog mellom leder og ansatt. Der HelseArbeid ikke er tilstrekkelig for å trygge leder har NAV Arbeidslivssenteret ytterligere kompetansehevende tiltak for å støtte lederne og trygge dem i arbeidet på dette området. Det kan også være aktuelt å tilby arbeidsgiverlos som kan bidra med råd og veiledning i den enkelte sak der det er psykisk helseutfordringer eller innhold fra kurspakken "Sees i morgen!". Disse kan ved behov tilbys i etterkant av HelseArbeid.

10.7.6 Tilrettelegging på arbeidsplass

NAV gir veiledning når det gjelder oppfølging av ansatte som står i fare for å bli sykmeldt eller som har blitt sykmeldt og hvordan finne gode løsninger for tilpasninger i det enkelte tilfelle. Jobbmestring for den ansatte kan oppnås gjennom tiltak der arbeidssituasjonen tilpasses til personens nåværende arbeidskapasitet og psykiske helsetilstand. Tiltakene, som kan være kortvarige eller skje over en lengre tidsperiode, dreier seg om innholdet i jobben, omfang av jobben, organisasjonsmessige forhold og arbeidsmiljø både fysisk og sosialt²⁵. Vanligvis vil det være nødvendig med en kombinasjon av flere tiltak.

Arbeidsgiverlosen kan bistå arbeidsplassen i forhold til psykiske helseplager. Denne losen har psykisk helsefaglig kompetanse med oppgaver knyttet til å gi målrettet råd og veiledning til ledere og kolleger om utfordringene knyttet til ansatte som sliter med psykiske helseutfordringer. En systematisk kartlegging av utfordringene og problemene knyttet til den enkeltes funksjon på jobben gir mulighet for hensiktsmessig tilrettelegging av arbeidssituasjonen. NAV kan bistå på arbeidsplassen med den kompetanse som finnes i NAV, enten det er veileder ved NAV kontor eller IA-rådgiver ved NAV Arbeidslivssenter. En som jobber i HelseArbeid teamet vil også kunne bistå med tidlig avklaring og tilrettelegging av arbeidssituasjonen der det er behov.

10.7.7 Retur til arbeid etter sykemelding

Personer som har vært sykmeldt på grunn av depresjon og angst fremhever at tanken på å møte folk på jobben igjen er vanskelig²⁶. De bekymrer seg for om de vil bli møtt med forståelse eller

²² Diffley, C. *Managing mental health: Research into the management of mental health problems in the workplace*. . 2003; Available from: http://www.mind.org.uk/media/44253/Managing_and_supporting_MH_at_work.pdf

²³ Munir, F., et al., *Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness*. Int J Rehabil Res, 2005. **28**(2): p. 111-7.

²⁴ Nieuwenhuijsen, K., et al., *Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems*. Occup Environ Med, 2004. **61**(10): p. 817-23.

²⁵ Lagerveld, S.E., et al., *Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study*. J Occup Health Psychol, 2012. **17**(2): p. 220-34.

²⁶ Haslam, C., et al., *Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation)*. J Affect Disord, 2005. **88**(2): p. 209-15.

ikke. Bekymringen kan være utløst av tidligere konkrete hendelser på jobben eller av symptomer som kommer uten forvarsel. Det gir opphav til mye grubling og bekymring, og bidrar til ny sykmelding (Mental Health Foundation, 2009). Likende mekanismer kan tenkes å gjelde for uspesifikke muskelskjelettplager dersom pasienten er utrygg på årsaken til plagene, på egen arbeidskapasitet og på risikoen ved det å være i arbeid tross plager.

Gjennom at man i HelseArbeid formidler kunnskap til alle ansatte og ledere om at reaksjoner er vanlige vil en kunne komme tidlig inn. I Modell 2 jobber med alle ansatte og ledere med spørsmålene omkring hva som skal til på arbeidsplassen for å senke terskelen og dermed redusere slik bekymring. I modell 1 er tanken at kunnskapen i seg selv vil bidra til økt forståelse og at når jeg vet at andre vet – så vil det ikke være så vanskelig å møte kollegaene selv om man kanskje skulle få symptomer mens man er på jobb.

10.7.8 Ikke-formyndende kommunikasjon

HelseArbeid bygger på teorien fra "positiv psykologi" slik dette begrepet benyttes i NAV og en «ikke-formyndende» kommunikasjonen som bygger opp om individets selvstendighet og mestring. I IA-standardens beskrives det at dialogen skal være slik at den fremmer respekt, medvirkning og innflytelse.

I NAV som i helsetjenesten er formidlingskulturen sammensatt. Der er det variasjoner av formal og realkompetanse når det gjelder formidling og kommunikasjon. Skal vi lykkes er det derfor viktig at opplæring også gir opplæring i kommunikasjon og formidling.

NAV har utviklet en veiledningsplattform som bidrag i arbeidet med å utvikle kommunikasjons- og veiledningsferdigheter. Her er fastsatt 5 prinsipper for god veiledning.

1. Anerkjenn brukers situasjon og behov
2. Avklare roller og gjensidige forventninger
3. Gi tilstrekkelig og relevant informasjon
4. Fremme brukers ressurser og muligheter
5. Bidra til å sette mål og støtte bruker i prosessen mot målet

11 ARBEIDSPROSESS

Beskrivelse av arbeidsprosessen og prosjektarbeidet for å utarbeide denne rapporten.

11.1 Oppdragsanalyse

Som det fremgår av kapittel 1 Bakgrunn og oppdrag ble oppdraget gitt i tiltak 32 i oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse. De to direktoratenes grunnleggende oppdrag tilsier å arbeide for likeverdige tjenester av god kvalitet for hele befolkningen. Det er derfor naturlig at direktoratene bruker ressurser på og fasilitere en utvikling i retning av konsepter som bidrar til helhetlige tjenester nasjonalt. De ble utarbeidet et eget bakgrunnsnotat til direktørene i AVDIR og HDIR. (Se vedlegg 12.1.1 og 12.1.2 fra side 108.)

I Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013 - 2016 pkt. 32 er det gitt oppdrag å vurdere om iBedrift som tiltak, inkludert både bedriftstiltak og individtiltak, skal videreutvikles og spres nasjonalt. Oppdraget i denne planen er gitt i et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

I begge direktoratene ble det satt av personellressurser og midler til arbeidet som en del av oppgavene knyttet til Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse 2013-2016 og arbeidsoppgaver knyttet til Raskere tilbake ordningen. I 2014 ble det startet et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet for å vurdere mulighetene for en videreutvikling av det eksisterende iBedrift tilbudet. Det ble gjennomført en felles workshop juni i 2014. Representantene her var fra fagmiljø i helsetjenesten og fra NAV Arbeidslivssenter i de fylkene iBedrift var etablert. Deltakerne var enige om at det var behov for en større gjennomgang av iBedrift dersom dette tilbudet skulle utvides til et nasjonalt tilbud.

Det ble utarbeidet et felles drøftingsnotat til samarbeidsmøtet mellom direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet, Joakim Lystad og Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog, høsten 2014. (se vedlegg 12.1.1 side 108).

Det ble også utarbeidet et beslutningsnotat til samme møte, gjengitt i vedlegg 12.1.2 side 114. Direktørene besluttet på bakgrunn av dette å igangsette et arbeid med å utvikle et nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift.

Det ble i tillegg bevilget en million kroner av kunnskapsmidler til dette oppdraget i 2015 fra Arbeids- og sosialdepartementet. Arbeidet skulle gjennomføres som et samarbeidsprosjekt med Helsedirektoratet. Det ble på bakgrunn av dette laget en utvidet prosjektplan for å utarbeide

forslag til et felles nasjonalt konsept med fokus på forebygging og helsefremming mellom NAV og helsetjenesten. Planen ble godkjent av departementet 18. desember 2014.

De ble etablert en prosjektorganisasjon med bred involvering av fag- og forskningsmiljøer. Det ble satt sammen fem arbeidsgrupper. Gruppene fikk i oppdrag å utrede forskjellige deler av et nytt konsept. Det ble oppnevnt styringsgruppe og referansegruppe.

En kartlegging av det eksisterende iBedrift tilbudet ble gjennomført i oppstarten av prosjektarbeidet som avdekket store forskjeller. Dette understøttet behovet for å utvikle et felles nasjonalt konsept som baserer seg på erfaringene fra iBedrift, og som tydelig beskriver innhold i modellen og hvordan denne organiseres, implementeres og finansieres.

NHO har også engasjert seg i arbeidet for å spre modellen iBedrift og har gitt midler fra deres arbeidsmiljøfond til Uni Research Helse i Bergen for å bidra til å utvikle og spre iBedrift modellen. Det var derfor naturlig å etablere et eget samarbeid mellom direktoratene og NHO for å koordinere dette.

Partene i arbeidslivet har signalisert at de ønsker mer satsing på utvikling av nasjonale konsepter som leverer like tjenester i hele landet. De ønsker tiltak med påvist effekt, samt mer satsing på helsefremmende arbeid og forebygging. Tiltakene bør treffe store grupper mennesker og på den måten gi større effekt for arbeidsgiverne. Samtidig skal konseptet være gjennomførbart, og kunne nå mennesker i hele landet. Disse faktorene var vesentlige å ivareta i utformingen og gjennomføringen av prosjektet.

11.1.1 Felles workshop juni 2014

For å kartlegge hva som ligger av tiltak og tilbud i iBedrift ble det juni 2014 arrangert en felles workshop med representanter fra de seks fylkene som tilbyr iBedrift. Både ansatte fra helsetjenesten og NAV var representert. Møtet var fasilitert av tre medarbeidere fra Kompetansesenteret for Arbeidsrettet rehabilitering i Rauland, og resulterte i en egen rapport, som har blitt benyttet i det videre arbeidet.

11.1.2 Arbeid under Åpen arena – Arbeid og Helse 2015

Arbeids - og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet initierte og fasiliterte tre grupper under det interaktive innovasjons arrangement Åpen Arena i Drammen januar 2015. Tema for gruppene var hvordan kan myndighetene bedre tilrettelegge for forskning og følgeevaluering knyttet til nasjonale prosjekter på arbeid og helse området. Dette bidro til viktige kontakter ut mot relevante miljøer. Rapportene fra arbeidet er brukt som grunnlag i prosjektet.

11.1.3 Arbeidsoppdrag til de to direktoratene

Det var planlagt et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Arbeids - og velferdsdirektoratet en for en gjennomgang av iBedrift for å vurdere en evt. spredning av tilbudet. Oppdraget var knyttet til Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse som begge direktoratene har ansvar for. Oppgavene ble planlagt med budsjett basert på avsatte driftsmidler fra begge direktoratene, på tilsammen 800 000,-.

11.1.4 Prosjektplan for bruk av utviklingsmidler

I november 2014 ble det gitt et supplerende tildelingsbrev fra ASD hvor det ble tildelt prosjektmidler på 1 000 000,- knyttet til intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv 2014-2018. Her var partene enige om å legge større vekt på kunnskapsutvikling, herunder også utprøving og evaluering av virkemidler. Arbeids- og sosialdepartementet ber Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomføre et prosjekt knyttet til bedrift. Frist for utarbeiding av prosjektplan til ASD var satt til 5. desember. Planen ble godkjent 18. desember 2014.

Denne millionen førte til at det ble anledning til å rigge arbeidet som et prosjekt og etablere styringsgruppe og prosjektledelse fra begge direktoratene. I tillegg ble det etablert fem arbeidsgrupper og referansegruppe.

11.2 Prosjektverktøy

Det ble raskt klart at det var nødvendig å finne en hensiktsmessig måte å dele dokumenter med sikker versjonskontroll, på tvers av sektorer og institusjoner.

Etter undersøkelse av eksisterende løsninger, ble leverandøren Projectplace valgt. Løsningen tilbyr sikker deling av dokumenter, med versjonskontroll, differensiert tilgangskontroll og mulighet for diskusjoner knyttet til det enkelte dokument. Plattformen gir også mulighet for generelle diskusjoner, planlegging med gant diagram, oversikt over aktiviteter med to-do lister samt online møter der møtedeltakerne hører hverandre og kan redigere dokumenter i felleskap på samme skjerm bilde. I forbindelse med oppstartsmøtet ble det avholdt opplæring i bruk av verktøyet.

Alle som hadde tilknytning til prosjektet utenom referansegruppen ble invitert inn i Projectplace. Det har i stor grad variert hvor mye verktøyet har vært benyttet av deltakerne, noe som ser ut til å være knyttet til tidligere hvorvidt de behersker elektroniske løsninger og annet dataverktøy. Etter hvert ble de som brukte det mest trygge på vesentlige funksjoner, som nedlasting, redigering og opplasting av nye funksjoner, samt diskusjoner og varsling av øvrige deltakere. Dette førte til økt deltakelsen og mer effektiv bruk av verktøyet. Full effekt har forutsatt åpen og tillitsfull prosessledelse og fasilitering i arbeidsgrupper. Verktøyet har gitt en felles situasjonsforståelse og understøttet samarbeidet slik at det har vært mindre behov for koordinering og vanlige møter. Vi tror at ved å bruke med dette prosjektverktøyet er sluttrapporten i større grad blitt et felles produkt fra gruppen prosjektdeltakere. Det er vanskelig å si hvordan en kunne løst kommunikasjonen mellom de to fagmiljøene rundt om i landet uten denne internettbaserte prosjektverktøyet.

11.3 Kartleggingsfase

Den første leveransen i prosjektet var en kartlegging av innhold og erfaringer fra iBedrift i de seks fylker hvor dette tilbudet eksisterer. Det ble utarbeidet en mal som alle skulle besvare i et samarbeid mellom personell fra NAV og helsetjenesten.

Det kom fyldige svar fra alle fylkene. Fylkene Vestfold, Buskerud, Akershus og Telemark beskrev kun sine bedriftstiltak og ingen individtiltak disse fylkene mente var knyttet til iBedrift. I Troms og Nordland derimot ble deres beskrev de sine individtiltak som her var knyttet til iBedrift. Dette var den største forskjellen som kom fram i kartleggingen av fylkenes tilbud som de beskrev som konseptet iBedrift. Resultatet av kartleggingen har blitt brukt i det videre arbeidet.

11.4 Arbeidsform og prosess

11.4.1 Oppstartsmøte mars 2015

Det ble i løpet av februar/mars etablert fem arbeidsgrupper. Alle deltakerne i arbeidsgruppene og prosjektledelse deltok i et to dagers oppstartsmøte i Hurdal i mars 2015. Intensjonen med møtet var å gi enhetlig informasjon om overordnet oppdrag, organisering og mandater, samt opplæring i bruk av prosjektverktøyet. Videre var det fokus på konstituering og oppstart av arbeidet i arbeidsgruppene.

11.4.2 Møter i arbeidsgrupper og med arbeidsgruppeledere

Gjennom hele prosjektperioden har arbeidsgruppene planlagt og gjennomført eget arbeid. Enkelte arbeidsgrupper har i hovedsak valgt å benytte on-line møter og telefonmøter. Andre arbeidsgrupper har hatt regelmessige alminnelige møter.

For å koordinere arbeidet på tvers av prosjektet og mellom arbeidsgruppene, har prosjektledelsen avholdt jevnlig møter med arbeidsgruppeledere i form av video/telefonmøter.

Det ble også arrangert et to dagers møte mellom representanter fra arbeidsgruppe 1 og 2 i begynnelsen av september. Oppdraget var å sammenstille innholdet fra begge gruppene som jobbet med bedriftstiltak og individtiltak slik at sluttleveransen skulle henge sammen.

11.4.3 Arbeid med faglig grunnlag

Etter kort tid ble det erkjent at det ikke forelå tilstrekkelig skriftlig materiale som beskrev konseptets faglige grunnlag. Det var heller ikke mye grunnlagsdokumentasjon og kunnskap knyttet til at fagområdet psykisk helse skulle inkluderes i tillegg til muskel og skjelett gruppen. Det ble derfor etablert en egen gruppe bestående av sentrale arbeidsgruppemedlemmer, og i tillegg Egil Fors, NTNU. Følgende var deltaker i møtet som ble gjennomført 28. mai 2015.

- Christian Høy
- Egil Fors
- Franz Hintringer
- Maja Andreasen
- Marit Hannisdal
- Ragne Gunnarsdatter Hole Gjengedal
- Aage Indahl

Oppdraget til denne gruppen var følgende:

- Fokuset skal være på formidlingen av helsefremmende og forebyggende kunnskap levert av personell fra helsetjenesten og NAV

- Det forutsettes at det nye konseptet skal leveres i et samarbeid mellom Helse og NAV.
- Det forutsettes at det nye konseptet inkluderer både plager muskel og skjelett systemet samt vanlige psykiske helseplager.
- Det skal inkluderes referanser der det er mulig og hensiktsmessig.
- Teksten skal legges til grunn for prosjektets videre arbeid, og skal brukes i innledningen i prosjektrapporten om det nye nasjonale konseptet.
- Omfanget anslås til mellom 2 og 6 A-4 sider med tekst.

Det ble avholdt dette ene møtet i mai i denne gruppen. Til møtet ble det forberedt grundige skriv om faggrunnlaget i IA arbeidet (Maja Andreasen) og arbeids på området psykisk helse (Ragne Gjengedal/Marit Hannisdal). Disse skriv har blitt benyttet i den videre arbeidsprosessen. På initiativ fra Aage Indahl, ble det i møtet avtalt at han og Egil Fors skulle skrive et dokument om faggrunnlaget med fokus på uavklarte symptomer. Det viste seg i ettertid vanskelig å få dette arbeidet ferdigstilt i et samarbeid mellom Indahl og Fors. Arbeidet med faglig grunnlag ble derfor ikke ferdigstilt før av redaksjonsgruppen, med støtte av Silje Reme og Egil Fors.

11.4.4 Midtveisrapportering

Prosjektledelsen utarbeidet en midtveisrapport til styringsgruppen, som ble videreformidlet til Arbeids- og sosialdepartementet. Prosjektet var i rute etter prosjektplanen. Det eneste som var identifisert som utfordring var personellressurser til prosjektledelsen da en medarbeider sluttet. Økonomi var under kontroll.

11.4.5 Fellesmøte juni 2015

Det ble avholdt et felles prosjektmøte 24. og 25. juni 2015 på Fornebu. Alle involverte deltakere var invitert og 58 deltakere som møtte. Hovedintensjon med dette møtet var å la de fem gruppene møtes og selv rapportere om hvor langt de var kommet i sitt arbeid. Til dette møtet var det ytret sterke ønsker fra gruppene om hjelp til å tydeliggjøre det felles faglige kunnskapsgrunnlaget og gevinster for et slik nytt konsept. Det var derfor også invitert eksterne foredragsholdere, for å gi ettertanke og inspirasjon for det videre arbeidet. Referanse- og styringsgruppe var invitert til å høre på alle innleggene. Det ble avholdt et eget dagsmøte med referansegruppen 25. juni hvor også gruppelederne var tilstede på første del av møtet. For de øvrige deltakerne ble det møter i arbeidsgruppene og på tvers av grupper hvor det var identifiserte behov for koordinering.

11.4.6 Prosjektledelsen i Arbeids - og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet

Den daglige prosjektledelsen var fra oppstart i prosjektet sammensatt av tre personer. Fra Helsedirektoratet var Håkon Lund ansvarlig for prosjektet og Janne Ursin fra Arbeids - og velferdsdirektoratet fikk ansvaret som prosjektleder. I tillegg var Ingvild Gjone engasjert i 30% stilling som ansatt i Arbeids - og velferdsdirektoratet. Hun sluttet sommeren 2015 og fra august overtok rådgiver fra NAV Hordaland Bjørn Arne Øvrebø prosjektet i 70% stilling. Som utvidet prosjektledelse ble det oppnevnt to representanter fra Helsedirektoratet, May Cecilie Lossius og

Randi Røed Andersen. Fra Arbeids - og velferdsdirektoratet Liv Marit Abrahamsen og Lars Bakken. Sistnevnte har ikke deltatt i prosjektarbeidet.

11.5 Ferdigstilling av sluttrapport

Arbeidsgruppene hadde mandat til å utrede grunnleggende oppdrag for prosjektledelsen. De hadde frist til 31.oktober for å ferdigstille sine rapporter. Dette var grunnlaget som prosjektledelsen for sluttrapport med anbefalinger til styringsgruppen. Det var opprinnelig tenkt at gruppemedlemmer i gruppen 3 skulle delta med å sammenstille til ferdig rapport. Imidlertid viste det seg svært vanskelig å få avsatt nok tid og ressurser til arbeid i gruppene så det ble det etablere i stedet en redaksjonsgruppe for å bidra til sluttrapporten.

11.5.1 Redaksjonsgruppens arbeid

Redaksjonsgruppen har bestått av Helga Rudjord, Gunda Hamland, Franz Hintringer og Sigmund Gismervik og fra prosjektledelsen Bjørn Arne Øvrebø i 100% stilling. Gruppen ble sammensatt ut fra behovet for nødvendige deltakere fra arbeidsgruppene, geografisk tilknytning. I tillegg hadde redaksjonsgruppen tilknyttet seg følgende ressurspersoner som bidro med gjennomlesing og tekster: Silje Reme, Egil Fors, Christoffer Terjesen, Maja Andreasen, Marit Hannisdal og Ragne Gjengedal.

For tiden som har medgått til arbeidet med å ferdigstille tekst er det frikjøpt en deltaker i 20% stilling pluss utbetalt honorar til ansatte i helsevesenet for til sammen 441 timer.

Redaksjonsgruppen har aktivt benyttet prosjektverktøyet Projectplace i sitt arbeid da det er stor geografisk spredning. Det ble avholdt 4 møter av en til to dagers varighet.

Prosjektledelsen ved Janne Ursin og Håkon Lund har deltatt på enkelte møter, og fulgt arbeidet i redaksjonsgruppen. Det første utkastet til sluttrapport ble levert av redaksjonsgruppen 4. desember. Sluttrapporten ble ikke ferdigstilt av denne gruppen. Oppgaven ble overtatt av prosjektledelsen.

11.5.2 Sluttrapport til styringsgruppe

Styringsgruppen har hatt 6 møter i prosjektet. Det siste møtet var 9. desember hvor utkast til sluttrapport ble diskutert. Prosjektledelsen fikk en rekke innspill som førte til endringer i forslag til anbefalinger skulle innarbeidet i sluttrapporten som skulle leveres innen 23.12.15 til styringsgruppens ledelse. Det viste seg imidlertid at på slutten av arbeidet strakk tiden ikke for å levere ferdig rapport da flere av prosjektledelsen ble syke og ferie måtte avvikles.

Prosjektledelsen levert etter avtale med styringsgruppen to eksemplar, en til leder av styringsgruppen i Arbeids - og velferdsdirektoratet May Britt Christoffersen og den andre til Bente Moe i Helsedirektoratet. Arbeids og sosialdepartementet er varslet om utsettelsen.

12 VEDLEGG

Oversikt over vedleggene:

- 12.1 Vedlegg til kapittel 1 Bakgrunn og innledning, side 108
- 12.1.5 Vedlegg til kapittel 3 Bedriftstiltak, side 117
- 12.3 Vedlegg til kapittel 4 Individtiltak, side 129
- 12.4 Vedlegg til kapittel 5 Organisering, side 141
- 12.5 Vedlegg til kapittel 6 Implementering, side 142
- 12.6 Vedlegg til kapittel 8 Forskning og evaluering, side 145
- 12.7 Vedlegg til kapittel 9 Kunnskapsgrunnlag, side 150
- 12.8 Vedlegg til kapittel 11 Arbeidsprosesser, side 157

12.1 Vedlegg til kapittel 1 – Bakgrunn og innledning

12.1.1 Notat til Direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, utarbeidet oktober 2014



// NOTAT

UTVIKLING AV FELLES NASJONALT KONSEPT BASERT PÅ ERFARINGER FRA IBEDRIFT

Innledning

I møtet mellom Direktørene 26. juni 2014 om etablering av samarbeidsavtale mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet ble det bedt om at det utarbeides et felles anbefalt konsept om iBedrift som en nasjonal satsing. Saken ble bedt framlagt for direktørene høsten 2014. Jfr. referat av 27. Juni 2014.

iBedrift har fått stor politisk oppmerksomhet som en god samhandlingsmetode med fokus på forebyggende og helsefremmende intervensjoner på arbeidsplassen. I Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse er det under pkt. 32 gitt et oppdrag som Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet allerede er i gang med å følge opp. Målsettingen her er at det innen 2016 skal vurderes om iBedrift, eventuelt deler av konseptet, bør innføres i flere fylker eller i hele landet som arbeidsmetodikk.

Direktoratene har ut fra dette samarbeidet om å etablere et felles grunnlag for et nasjonalt konsept for iBedrift. Det er gjort kartlegginger om hva konseptet inneholder av tilbud i de seks fylkene hvor iBedrift er etablert. Direktoratene har gjennomført møter og felles workshop 17. juni i 2014. Vi ser at det har utviklet seg forskjellige modeller og forskjellige samarbeidsformer mellom NAV og Helsetjenesten. De fylkene som er i gang har også gitt tydelig tilbakemelding om at det nå er tid for at direktoratene samarbeider om dette og baserer seg på eksisterende erfaringer.

Dette arbeidet er i nå gang og her beskrives det hvorfor vi mener det bør utarbeides et nasjonalt felles konsept og hvordan vi tenker å samarbeide om utvikling av dette.

Arbeidet skal foregå i felleskap mellom direktoratene og fylkene som har utarbeidet sine tilbud. Hensikten med dette notatet er å sikre en felles avklaring for det videre arbeidet.

Bakgrunn

En av grunnideene bak iBedrift er at arbeid og aktivitet er helsefremmende. Kunnskap om at arbeid er bra for helsa, gir trygghet og er en viktig forutsetning for å være i aktivitet og mestre helseplager både i hverdagen og på jobb.

iBedrift er basert på resultater / erfaringer fra "Aktiv Rygg " (2002 til 2005) som viste at undervisning om muskel/skjelettplager på arbeidsplassen førte til signifikant reduksjon av sykefravær i innsatsbedriftene. iBedrift ble utviklet av fagmiljøet ved Kysthospitalet (SIV) under den faglige ledelsen av prof. Aage Indahl. Den faglige

plattformen er en "ikke skade modell"²⁷, den pedagogiske tilnærmingen er basert på en "non directive intervention"²⁸.

Helse Sør-Øst ved sykehuset i Vestfold har tilbudt iBedrift fra 2007. Helse Nord v/Universitetssykehuset i Tromsø etablerte tilbudet iBedrift fra 2009 i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Troms. Etter hvert ble det også etablert et samarbeid mellom sykehuset i Vestfold og NAV Arbeidslivssenter Vestfold.

I dag er tilbudet også etablert som et samarbeidsprosjekt i Telemark (2012), Buskerud og Akershus (2013). I Nordland kom dette tilbudet i stand som et FARVE prosjekt (2013-2016.) I Finnmark etableres tilbudet i løpet av høsten 2014 som et forsøk i Alta. iBedrift er også en metode som benyttes i forsøk «365 Egenmelding» i Telemark initiert av Arbeids- og sosialdepartementet i 2012. Aktiviteten er finansiert av IA-midler, i helsetjenesten gjennom midler fra «Raskere tilbake» og i NAV gjennom midler til NAV Arbeidslivssenter. Ordningen har kommet i stand i nært samarbeid med partene i arbeidslivet.

Ulike samarbeidsavtaler – roller og ansvar

Det er etablert flere typer samarbeidsavtaler mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord er avtalen inngått mellom NAV fylke og regionalt helseforetak, mens det i Helse Sør-Øst er avtalen inngått mellom sykehuset Vestfold, avdeling Kysthospitalet og NAV Arbeidslivssenter i Vestfold, Akershus, Telemark og Buskerud.

I starten var iBedrift et tilbud om helseinformasjon på arbeidsplassen fra Helsetjenesten. NAV Arbeidslivssenter har i sitt arbeid oppgave med å følge opp virksomhetene med IA-avtale. Sammen forpliktet NAV, Helse og virksomheten seg til å gi intern opplæring om muskel/skjelettplager og lettere psykiske helseplager som en del av IA arbeidet.

Metoden – Bedriftstiltak og individtiltak

Gjennom det ordinære IA arbeidet til NAV Arbeidslivssenter identifiseres virksomheter der det kan være aktuelt å tilby en spesiell oppfølging med iBedrift. Når virksomhetene har inngått avtale om iBedrift tilbyr helsetjenesten og NAV Arbeidslivssenter felles opplæring i virksomhetene for alle ansatte og ledere. Ordningen omfatter også kurstilbud til fastleger som fokuserer på motivasjon for arbeidsdeltakelse i sykefraværsoppfølging.

NAV bidrar i tillegg med leveranser til virksomheten både på system og individnivå i arbeid med å redusere sykefraværet. Det ble derfor naturlig å etablere et mer forpliktende samarbeid mellom NAV og helsetjenesten ved sammen å tilby iBedrift. Dette gir god faglig troverdighet og forutsigbarhet i virksomhetene.

Bedriftstiltakene består av undervisning om muskel/skjelett- og lettere psykiske helseplager, og helsefremmende IA arbeid. Det er utarbeidet faste opplæringsmoduler som gjennomføres i virksomhetene med forskjellig grad av oppfølging og veiledning i etterkant. Enkelte steder gis tilbud om etablering av mestringskontakt (ansatte i virksomhetene) som gis grundigere opplæring, og bistår i de lokale bedriftsinterne prosesser som egne ressurspersoner.

Individuelle tiltak er i regi av spesialisthelsetjenesten. Individueltiltakene består av tidlig avklaring og i noen tilfelle oppfølging av den enkelte, i form av et lavterskel poliklinisk tilbud.

Effekten av iBedrift og Forskningsresultater

²⁷ "Ikke skademodell" er basert på en medisinskfaglig forståelse som tilsier at det ved de fleste muskel/skjelettplager (80% og mer) foreligger uklare årsakssammenhenger. Dette innebærer at det ofte er vanskelig eller umulig å stille en objektiv diagnose (finne en spesifikk skade) og at det i de fleste tilfeller ikke finnes spesifikk behandling.

²⁸ "Non directive intervention" er en pedagogisk tilnærming som fokuserer på stimulere mestringssevne og ansvar hos den enkelte.

Enkle analyser av registerdata i Troms tyder på at de virksomhetene som har fått/. Tilbudet har hatt nedgang i sykefraværet. (Se vedlegg 1.)

I 2013 ble det offentliggjort studier foretatt i to kommuner om effekten av iBedrift på sykefravær og andre helserelaterte utfall. Resultatene viste en signifikant nedgang i sykefraværet i de avdelinger som hadde fått iBedrift, sammenlignet med de som ikke hadde dette tiltaket. (ref. Magnus Odeen m.fl.). Det pågår nå flere arbeider, inkludert enkelte RCT studier, av lokale iBedrift-prosjekter for å måle effekt.

Det er like vel begrenset med dokumentert kunnskap om effekter av konseptet iBedrift, og derfor behov for ytterligere kunnskap. Etableringen av et eventuelt nasjonalt konsept bør innrettes slik at det kan gi valide data til forskning og evaluering av effekten av konseptet.

Finansiering – Raskere tilbake og partenes initiativ

Som tidligere nevnt finansieres helsetjenestens innsats gjennom "Raskere Tilbake" ordningen administrert av de regionale helseforetakene. NAVs innsats finansieres som en del av det ordinære IA arbeidet.

Et nasjonalt konsept er avhengig av en forutsigbar finansiering for tilbudet i både helse og NAV. Gode insitamenter som stimulerer til denne type forebyggende arbeid og samhandling mellom sektorene er viktig. En utredning av eventuell fremtidig finansieringsordning bør derfor igangsettes som del av utredning av et nasjonalt konsept i 2015.

Relasjon til andre satsninger og eventuelle synergier

Myndighetene har igangsatt mange nasjonale satsninger som bidrar i samme retning og har større fokus på forebyggende arbeid både i skole, helse og arbeidsliv. Et nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift gir oss en samhandlingsarena for forebyggende og helsefremmende arbeid. iBedrift vil være en viktig arena for å styrke lokalt og regionalt samarbeid mellom sektorene NAV og helse og understøtte andre nasjonale satsninger som avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv og Samhandlingsreformen.

NHO har engasjert UniHelse for å tilrettelegge hva som må til for en større utrulling av iBedrift, og hvilken kunnskap som må ligge til grunn. NHOs prosjekt er sammenfallende med deler av direktoratets oppdrag og etter avtale med NHO skal deres prosjekt inngå i og understøtte arbeid i utvikling av et eventuelt nasjonalt konsept.

Anbefaling

iBedrift, som det fremgår av dette notatet, er et konsept som inneholder mange elementer som adresserer sentrale og viktige forhold.

Konseptet vektlegger forebygging, gir kompetanse og mulighet for mestring. iBedrift fokuserer på grupper som utgjør en stor del av sykefraværet. Konseptet legger til rette for et samarbeid som involverer arbeidstaker, arbeidsgiver, NAV og Helse.

Et element av god tjenestekvalitet, er målet om at hele befolkningen skal tilbys et likeverdig tjenestetilbud. I dag er det kun befolkningen i 6 fylker som mottar et tilbud basert på konseptet iBedrift.

Erfaringen fra de 6 fylkene der dagens iBedrift er etablert, viser er det visse forskjeller i hvordan tilbudet er utformet og organisert. Dette gjelder også grad av samarbeid mellom sektorene og nivåene innen sektorene.

Slik helsetjenesten og NAV er organisert, rent geografisk, vil nødvendigvis et helseforetak forholde seg til flere fylker innen sin region. Samtidig er samarbeidsparter

på arbeidsgiversiden ofte organisert i konsern som dekker hele eller deler av landet. Et eksempel er Posten som allerede er en samarbeidspartner.

Et annet element i gode tjenester er at tjenestene er virksomme og utviklet på basis av et godt kunnskapsgrunnlag. Med for store forskjeller og sammensatte tjenester har det også vært komplisert å dokumentere effekt. Et nasjonalt og mer enhetlig konsept vil kunne legges til rette for forskning og evaluering på effekt.

Disse forhold tilsier at det er nødvendig å ha et noenlunde enhetlig og omforent konsept i hele landet. Et nasjonalt konsept basert på et felles verdigrunnlag vil lette samarbeidet mellom de involverte partene både lokalt og regionalt, samt mellom nivåene innen både helse og NAV.

På bakgrunn av dette mener direktoratene at det er behov for å utarbeide et felles nasjonalt konsept.

Forslag til plan for det videre arbeid 2014 - 2015

I arbeidet med å utvikle et felles nasjonalt konsept må det sikres god forankring i både Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det krever et godt og nært samarbeid på flere nivå i våre organisasjoner. Basert på samarbeidsavtalen mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet er det etablert en samhandlingsgruppe mellom direktoratene i arbeidet med iBedrift.

I utvikling av nasjonalt konsept legges det opp til stor grad av samarbeid og involvering med både de 6 NAV Arbeidslivsentrene og spesialisthelsetjenesten i de to helseregionene som allerede tilbyr iBedrift.

Det foreslås nedsatt arbeidsgrupper og referansegruppe. I referansegruppen må det sikres medvirkning fra partene i arbeidslivet og øvrige sentrale deltakere.

./.. Se vedlagt forslag til milepælsplan (vedlegg 2).

Foreløpige identifiserte tema som må inngå i utredningen om et eventuelt nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift:

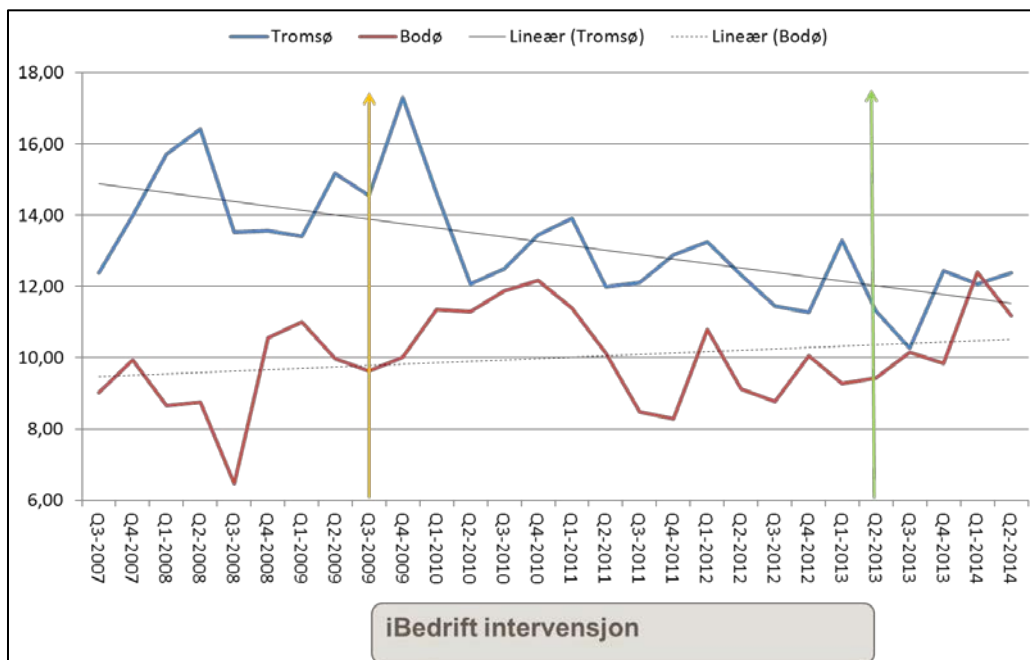
- Bakgrunn og erfaringer
- Metode/modell/faglig innhold
- Kompetansebehov
- Driftsform
- Implementering- inkludert forankring, samarbeidsavtaler
- Finansiering
- Forskning

Forslag til nasjonalt konsept for iBedrift leveres direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet for endelig beslutning innen utgangen av 2015.

Avklaringspunkter til direktørmøtet november 2014

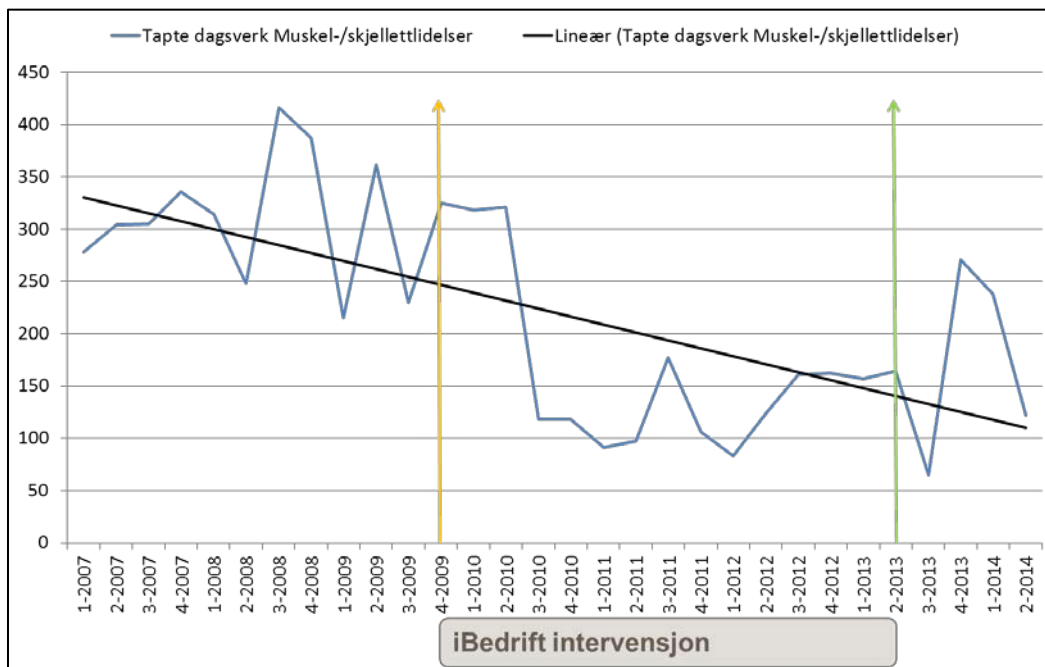
1. Det anbefales at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet får mandat til å utrede et felles nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift. Godkjenne forslaget til videre plan og arbeid i 2014-2015. Det forutsettes at ressursbruk til dette arbeidet avklares administrativt.
2. Igangsette en utredning av alternative finansieringsmodeller for iBedrift.

Vedlegg 1 – Enkle analyser av registerdata fra Troms



Figur 1 viser sykefravær registrert i kommunale barnehager hvert kvartal i hhv Tromsø (blå kurve, øverst) og Bodø (rød kurve, nederst) i perioden tredje kvartal 2007 til andre kvartal 2014. Begge steder er det om lag 700 ansatte.

iBedrift ble implementert i de kommunale barnehagene i Tromsø i perioden tredje kvartal 2009 til andre kvartal 2013.



Figur 2 viser tapte dagsverk grunnet sykefravær ved et kommunalt sykehjem i Tromsø i perioden 2007 til 2014. iBedrift ble implementert i perioden fjerde kvartal 2009 til andre kvartal 2013.

Vedlegg 2 Sentrale milepæler for arbeidet med iBedrift 2014-2015

| | Hovedmilepæler | |
|----|--|------------|
| 1 | Utarbeide notat til ledelsen i Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet | Okt. 2014 |
| 2 | Beskrivelse av innholdet i konseptet i de 6 fylker som leverer iBedrift | Feb. 2015 |
| 3 | Starte arbeidet med nasjonalt konsept basert på iBedrift etter godkjenning i direktørmøtet nov. 2014 | Jan. 2015 |
| 4 | Etablere egen utredning av finansieringsmodell for konseptet | Feb. 2015 |
| 5 | Statusrapport til ledelsen | Juni 2015 |
| 6 | Ferdig forslag til finansieringsmodell og innhold til konseptet fra arbeidsgrupper | Sept. 2015 |
| 7 | Leverer utkast til nasjonalt konsept for godkjenning | Nov. 2015 |
| 8 | Leverer felles utkast til tekst som innspill til forskjellige plandokumenter i Arbeids- og velferdsdirektoratet og i Helsedirektoratet | Nov. 2015 |
| 9 | Ferdig godkjent nasjonal konsept basert på erfaringene fra iBedrift ferdigstilles | Des. 2015 |
| 10 | Utrulling av nasjonal modell iBedrift til hele eller deler av landet | Jan. 2016 |

Utarbeidet oktober 2014.

12.1.2 Notater oversendt direktørene i de to direktoratene, vedrørende utvikling av felles nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift - underlag til møte mellom direktørene i AVDIR og HDIR desember 2014

Til: // Direktør Joakim Lystad
Fra: // seksjonssjef May Britt Christoffersen
Dato: 02.12.14

Oversender notat om utvikling av felles nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift - underlag til møte mellom direktørene i AVDIR og HDIR 8. desember 2014

I møte mellom direktørene i AVDIR og HDIR 26. juni 2014, ble det bedt om at det utarbeides et felles anbefalt konsept om iBedrift som en nasjonal satsing. Saken ble bedt framlagt for direktørene høsten 2014. Jfr. referat av 27. Juni 2014. Dette er det foreløpige svaret på dette oppdraget.

Direktoratene har samarbeidet om å etablere et felles grunnlag for et nasjonalt konsept for iBedrift. Det er gjort kartlegginger om konseptet i de seks fylkene hvor iBedrift er etablert. Direktoratene har også arrangert to møter med representanter fra involverte i helsetjenesten og NAV.

Arbeidet har så langt ledet frem til det vedlagte notat som beskriver dagens status for iBedrift, inkludert faglige grunnprinsipper og organisering. Hensikten med notatet er å sikre en felles forankring for det videre arbeidet.

Det skisserte videre arbeidet skal lede frem til et omforent forslag til nasjonalt konsept for iBedrift som leveres direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet for endelig beslutning innen utgangen av 2015.

Avklaringspunkter for diskusjon i møtet mellom direktørene (hentet fra notatet):
Det anbefales at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet får mandat til å utrede et felles nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift. Godkjenne forslaget til videre plan og arbeid i 2014-2015. Det forutsettes at ressursbruk til dette arbeidet avklares administrativt.

Igangsette en utredning av alternative finansieringsmodeller for iBedrift.
Dette som en del av prosjektplanen.

For detaljer henvises det til det vedlagte notatet samt prosjektplan for nasjonal konsept basert på erfaringer fra iBedrift.

Til: Bjørn Guldvog, Helsedirektør

Kopi: Kristin Mehre, Divisjon primærhelsetjenester

Dato: 30.10.2014

Saksnr.: 14/4739-3

Fra: Avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Saksbehandler: Håkon Lund

Ansvarlig: Bente Moe

Notat

Oversender notat om utvikling av felles nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift - underlag til møte mellom direktørene i AVDIR og HDIR 20. november 2014

I møte mellom direktørene i AVDIR og HDIR 26. juni 2014, ble det bedt om at det utarbeides et felles anbefalt konsept om iBedrift som en nasjonal satsing. Saken ble bedt framlagt for direktørene høsten 2014. Jfr. referat av 27. Juni 2014. Dette er det foreløpige svaret på dette oppdraget.

Direktoratene har samarbeidet om å etablere et felles grunnlag for et nasjonalt konsept for iBedrift. Det er gjort kartlegginger om konseptet i de seks fylkene hvor iBedrift er etablert. Direktoratene har også arrangert to møter med representanter fra involverte i helsetjenesten og NAV.

- ./.
- Arbeidet har så langt ledet frem til det vedlagte notat som beskriver dagens status for iBedrift, inkludert faglige grunnprinsipper og organisering. Hensikten med notatet er å sikre en felles forankring for det videre arbeidet.

Det skisserte videre arbeidet skal lede frem til et omforent forslag til nasjonalt konsept for iBedrift som leveres direktørene i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet for endelig beslutning innen utgangen av 2015.

Avklaringspunkter for diskusjon i møtet mellom direktørene (hentet fra notatet):

1. Det anbefales at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet får mandat til å utrede et felles nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift. Godkjenne forslaget til videre plan og arbeid i 2014-2015. Det forutsettes at ressursbruk til dette arbeidet avklares administrativt.
2. Igangsette en utredning av alternative finansieringsmodeller for iBedrift.

For detaljer henvises det til det vedlagte notatet.

Saksbehandler, seniorrådgiver Håkon Lund, 480 10 677 kan kontaktes ved eventuelle spørsmål eller annen forberedelse til møtet.

12.1.3 Opprinnelig godkjent prosjektplan

Det foreligger en prosjektplan, opprettet november 2014, som utgangspunkt for godkjenning av prosjektet. Prosjektplanen vil gjøres tilgjengelig via lenke i den web-publiserte versjon av denne rapporten.

12.1.4 Kartlegging av erfaringer i de seks fylkene som har hatt iBedrift

iBedrift er basert på resultater/erfaringer fra "Aktiv Rygg " (2002 til 2005) som viste at undervisning om muskel/skjelettplager på arbeidsplassen førte til signifikant reduksjon av sykefravær i innsatsbedriftene. iBedrift ble utviklet av fagmiljøet ved Kysthospitalet (SIV) under den faglige ledelsen av prof. Aage Indahl.

Modellen iBedrift er basert på forskning knyttet til rygg og skjelettplager. Det bedriftsrettede tiltaket baserer seg i stor grad på alminneliggjøring av helseplager ved å tilby kunnskapsbasert informasjon og opplæring til ledere, tillitsvalgte, verneombud og ansatte i virksomheten. Modellen bruker blant annet prinsippet «non directive intervention»²⁹. Opplæringen gjennomføres av helsepersonell knyttet til rygg og nakkepoliklinikker i Spesialisthelsetjenesten i samarbeid NAV fylke, ved IA-rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter.

Helse Sør-Øst ved sykehuset i Vestfold har tilbudt iBedrift fra 2007. Helse Nord v/Universitetssykehuset i Tromsø etablerte tilbudet iBedrift fra 2009 i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter Troms. Etter hvert ble det også etablert et samarbeid mellom sykehuset i Vestfold og NAV Arbeidslivssenter Vestfold.

I dag er tilbudet også etablert som et samarbeidsprosjekt i Telemark (2012), Buskerud og Akershus (2013). I Nordland kom dette tilbudet i stand som et FARVE prosjekt (2013-2016). I Finnmark etableres tilbudet i løpet av høsten 2014 som et forsøk i Alta. Dermed eksisterer forskjellige formater av iBedrift i til sammen seks fylker.

iBedrift er også en metode som benyttes i forsøk «365 Egenmelding» i Telemark initiert av Arbeids- og sosialdepartementet i 2012. Aktiviteten er finansiert av IA-midler; i helsetjenesten gjennom midler fra «Raskere tilbake» og i NAV gjennom midler til NAV Arbeidslivssenter. Ordningen har kommet i stand i nært samarbeid med partene i arbeidslivet.

Helsetjenestens tilbud i iBedrift konseptet har vært finansiert gjennom Raskere tilbake ordningen, som er administrert av de regionale helseforetakene. Når det gjelder NAV er bistanden fra NAV Arbeidslivssenter finansiert gjennom IA midler. NAV Arbeidslivssentrene utfører oppdragene ute i bedriftene som en del av det ordinære IA arbeidet og samarbeider med helsetjenesten ute i bedriftene der hvor iBedrift tilbys.

Som del av prosjektet er erfaringene kartlagt i de seks deltakende fylkene. Kartleggingen ble gjort i henhold til en mal. Disse kartleggingene vil bli gjort tilgjengelig elektronisk, med lenke fra den web-baserte versjonen av denne rapporten.

²⁹ "Non directive intervention" er en pedagogisk tilnærming som fokuserer på å stimulere mestringsevne og ansvar hos den enkelte.

12.1.5 Internasjonale og nasjonale utviklingstrekk

Helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling om alminnelige helseplager knyttet til dialog om betydningen i det aktuelle arbeidsmiljøet som fornuftig strategi, understøttes blant annet av OECDs rapport fra 2015 og WHO chartre for helsefremmende arbeid.

I OECDs rapport fra 2015, «Fit Mind, Fit Job»³⁰ kommer det frem at det i tillegg til generell forebyggende/helsefremmende innsats og oppfølging av sykemeldte, er viktig at bedriften har en strategi for å håndtere produksjonstap og konflikter forårsaket av- eller relatert til psykiske helseplager. Videre understrekes det at bedriften bør ha en strategi for å styrke det psykososiale arbeidsmiljøet. Det fremheves også at ledere har behov for kompetanse og støtte for å hjelpe ansatte med psykiske helseplager.

OECD anbefaler at politikken i større grad må innrettes slik at den blir mer effektiv i å inkludere personer med psykiske helseproblemer i arbeidslivet:

- Fokus må rettes mot å forebygge, identifisere, intervensere på tidlig tidspunkt.
- Mer fokus på de vanligste psykiske lidelsene (de største kostnadene er knyttet til angst og depresjon).
- Fokus på integrerte/koordinerte tjenester; helse-, utdanning-, arbeids- og sosiale tjenester (bort fra silo-tenkning)
- Fokus på å informere, lære opp og ansvarliggjøre aktører utenfor de psykiske helsetjenestene i hvordan inkludere mennesker med psykiske helseproblemer (lærere, arbeidsgivere, leger, NAV-veiledere)
- Øke evidensbasert kunnskap

I WHO's charter fra Ottawa i 1986³¹ defineres helsefremmende arbeid som:

«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health». Videre står det i charteret: *“... health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.”*

I chartret fremheves at det må arbeides for politisk og sosial aksept for helsefremmende budskap. God helse er en viktig dimensjon i det gode liv (quality of life). Helsefremmende arbeid handler om å jobbe for å øke faktorer/betingelser (politisk, økonomisk, kulturelt, omgivelser, biologisk) som fremmer helse. Det fremheves videre at man må arbeide med enkeltindivid og grupper, og deres muligheter til å ta vare på egen helse og til å påvirke politiske beslutninger. (I denne sammenheng kan politiske beslutninger sees som muligheten til å påvirke arbeidsplassens arbeidsmiljø og håndtering av ansatte med helseplager.)

Faktorer som fremheves av WHO er; støttene omgivelser, tilgang til informasjon, "life skills" og muligheter for å gjøre gode (helsebringende) valg, og muligheten for å påvirke/kontrollere faktorer som har betydning for helsen til den enkelte.

Støttende sosiale miljøer fremheves som en viktig rammefaktor for helsefremming. Dette innebær også gode arbeidsplasser der man tar vare på hverandre og miljøet, der man opplever arbeidsplasser som er trygge, stimulerende og tilfredsstillende.

³⁰ (OECD (2015), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>)

³¹ WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

I chartret fremheves nødvendigheten av samarbeidsallianser på tvers av sektorer, med offentlig virksomhet og med befolkningen.

Tenkningen som ligger til grunn for helsefremmende arbeid ble ytterligere styrket gjennom en rekke konferanser arrangert av WHO. De mest sentrale konferansene fant sted i Ottawa (1986), Adelaide (1988), Harare (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000) og Bangkok (2005).

Utviklingen av et felles nasjonalt konsept søker å svare på utfordringen i WHO chartret om «personal skills» gjennom kunnskapsformidlingen som gis i bedriftstiltaket og arbeid- og mestringsfokuset i individtiltaket:

«Develop Personal Skills

Health promotion supports personal and social development through providing information, education for health, and enhancing life skills. By so doing, it increases the options available to people to exercise more control over their own health and over their environments, and to make choices conducive to health.

Enabling people to learn, throughout life, to prepare themselves for all of its stages and to cope with chronic illness and injuries is essential. This has to be facilitated in school, home, work and community settings. Action is required through educational, professional, commercial and voluntary bodies, and within the institutions themselves.”

I boken «health promotion” Planning and Strategies Green, J., & Tones, K. (2010)) defineres helsefremmende arbeid som bestående av to elementer: Health education x Healthy public policies. Sett i lyset av denne enkle definisjonen kan en si at helsetjenesten tar seg av «Health education» og at NAVs rolle er å veilede partene i bedriften i arbeidet med å utvikle et helsefremmende arbeidsmiljø (Healthy public policies).

Arbeidsmiljøet, organiseringen av arbeidet og ledelseskultur er helt sentralt for i hvilken grad man oppnår at folk opplever å kunne velge å delta i arbeidslivet, selv når de har plager. Involvering av alle i arbeidsmiljøet er helt sentralt i helsefremmende arbeid. Med helseinformasjon og prosessarbeid integrert klarer man å jobbe med både individuell og kollektiv mestring samtidig.

Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter» (Meld.St.19 – 2014-2015) viser til behovet for å likestille psykisk helse med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Psykiske plager og lidelser er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag, og tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet nevnes som en viktig del av folkehelsepolitikken. Meldingen understreker nødvendigheten av å se sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse, og hvordan de påvirker hverandre. Arbeidets betydning for den psykiske helsen vektlegges, såfremt arbeidsmiljøforholdene er gode.

I Ekspertgruppen for NAVs rapport «Et NAV med muligheter» april 2015, påpekes det blant annet at «god samhandling mellom helsesektoren og NAV er viktig ettersom helseproblemer er en viktig årsak til at hovedtyngden av NAVs brukere er utenfor arbeidslivet og mottar ytelser. Om lag 2/3 av brukerne med nedsatt arbeidsevne har diagnoser innen psykiske lidelser eller muskel/skjelett. Dette er diagnoser helsevesenet har beskjeden suksess med, og som ofte har

sammenheng med pasientens samlede livssituasjon, mer enn individuelle faktorer som kan endres gjennom klassisk, individrettet behandling.»

Videre vises det til kravet om å inngå samarbeidsavtaler mellom NAV og helsetjenesten. «Helsedirektoratet er bedt om, i samarbeid med aktuelle helseforetak, å bidra på egnet måte for å legge til rette for slike avtaler. Dette arbeidet må ses i sammenheng med gjennomføring av Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016)» og «Direktoratene arbeider dessuten for å sikre felles styringssignaler til NAV og helse fremover. Arbeidet med samarbeidsavtalene skal også inngå i en handlingsplan for oppfølging av den sentrale samarbeidsavtale mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet der fokuset skal være på arbeid og helse».

Det trekkes også fram i ekspertgruppens rapport at «En rekke utredninger og stortingsdokumenter har gjennom lang tid pekt på at utfordringene knyttet til samhandling mellom helsetjenestene og NAV kan skyldes uklarheter når det gjelder ansvar og roller på dette området. Større klarhet og ryddighet i roller, ansvar og forventninger kan være vesentlig for å oppnå mer planmessighet og forutsigbarhet på arbeid/helsefeltet. Det vil gi færre «stunts», større stabilitet i ordningene og mer evaluering og videreutvikling av det som viser seg lovende, framfor stadig helt nye innfall og prosjekter. Dette gjelder ikke bare overfor brukere med nedsatt arbeidsevne, men også sykmeldte, hvor NAV og helsevesenet i dag begge gjennomfører tiltaket Raskere tilbake.»

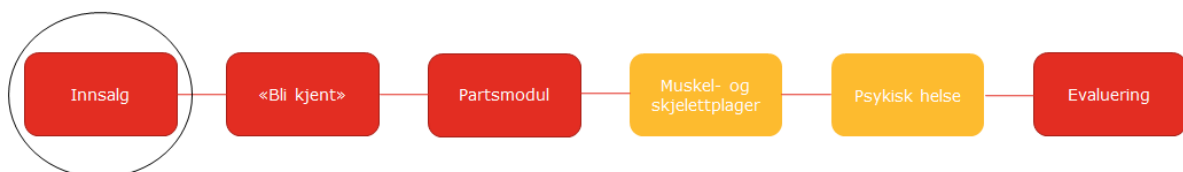
Ekspertutvalget konkluderer med at det er et stort behov for kunnskap om effekter av tilbud som kombinerer arbeid- og helseperspektivet. «En slik økt forskningsinnsats vil særlig kunne bedre effekten av tiltaket Raskere tilbake og bør kunne finansieres gjennom bruk av penger derfra.»

Det nye nasjonale konseptet HelseArbeid kan derfor være et av flere svar på hvordan utvikle bedre samhandlingsmodeller mellom NAV og helsetjenesten. HelseArbeid konseptet bidrar til en samordnet innsats som inkluderer både helsefremmende og forebyggende arbeid på arbeidsplassen, rask og tverrfaglig avklaring som muliggjør tidlig oppstart av mestringstiltak overfor grupper med muskel-skjelett- og vanlige psykiske helseplager. Ved å arbeide på denne måten vil dette også bidra til å nå de overordna målene i IA-avtalen.

12.2 Vedlegg til kapittel 3 Bedriftstiltak

12.2.1 Modell 1 uten IA prosess mellom leveransene:

12.2.1.1 Innsalg:

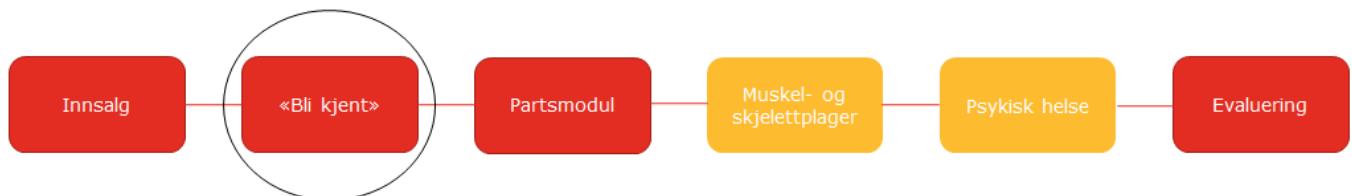


Deltakere: IA-rådgiver, helse og gjerne virksomhetens ledelse. For ledere, tillitsvalgte og verneombud, evt BHT, 1 - 1,5 t

Hensikt:

- Skape beslutningsgrunnlag for deltakelse i HelseArbeid - Hva er kostnadene og hva kan gevinstene være?
- Å informere lederteam/tillitsvalgt og evt BHT om tiltaket. Hvilken helseinformasjon gis og målet for leveransene
- Avklare forventinger og premisser for deltakelse

12.2.1.2 «Bli-kjent-fase»:

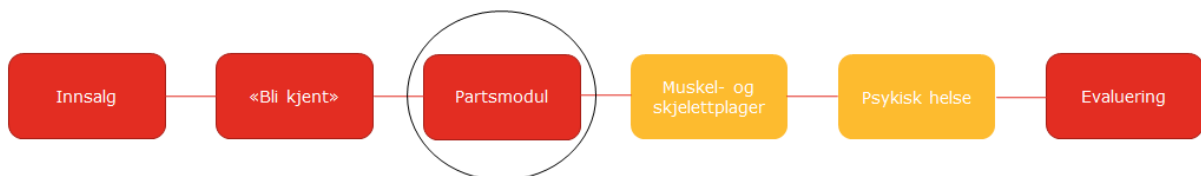


Dialog med partene i virksomheten, NAV og Helse, samt evt BHT. Kontakten kan foregå i møter, per telefon eller e-post. Avtaler inngås.

Hensikt:

- Forberede prosessen og bli kjent med innholdet i konseptet
- Bli kjent med hvilke forutsetninger som virksomheten har
- Konseptet må plasseres inn HR/HMS planer
- Avklarere roller de forskjellige skal ha i det videre arbeidet
- Planlegge tidsløp for gjennomføringen

12.2.1.3 Partsmodul:

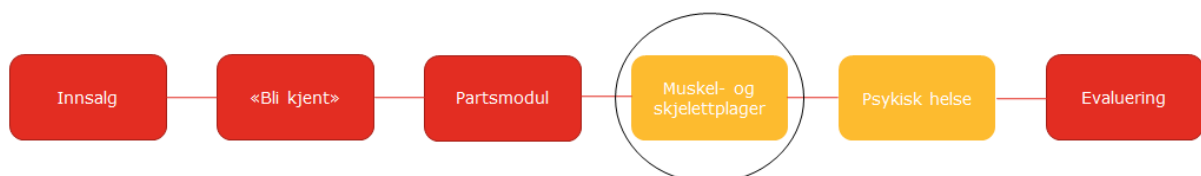


For ledere, tillitsvalgt, verneombud og ev bedriftshelsetjenesten 1,5 – 2 timer

Hensikt:

- Etablere forståelse hos partene om grunntanken som konseptet baseres på og hensikten med «konseptet».
- Å formidle hovedinnhold i «konseptet» og planlagt gjennomføring.
- Å skape tilknytning til det systematiske HMS arbeidet i virksomheten, alternativt – som en del av IA arbeidet. Etablere forståelse for leders rolle i gjennomføringen.

12.2.1.4 Muskel og skjelettplager:

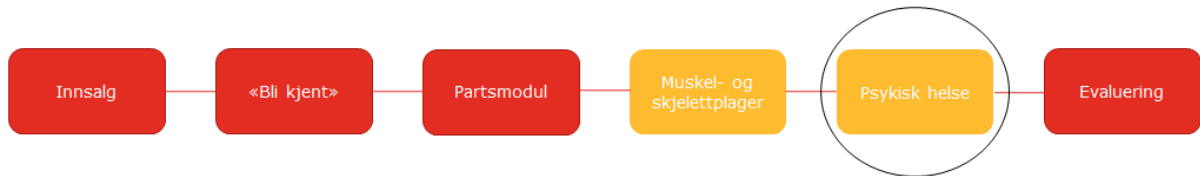


Utføres av helse, og er for alle ansatte (inkl. leder), 1t

Hensikt:

- Formidle trygghetsskapende kunnskap om muskelskjelettplager med eksempler fra rygg og nakke.
- Gi grunnlag for nytenking for å velge aktivitet fremfor passivitet ved plager.

12.2.1.5 Psykisk helse:

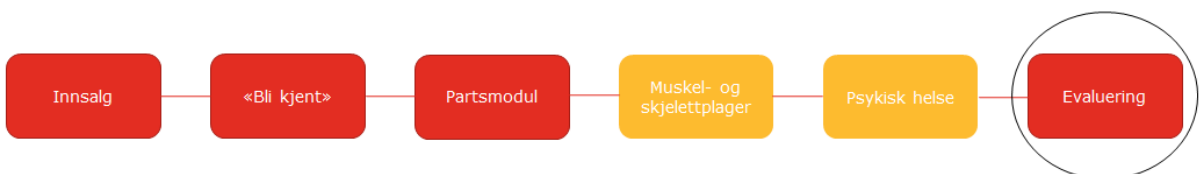


Utføres av helse, og er for alle ansatte (inkl. leder), 1t

Hensikt:

- Presentasjonen skal bidra til at ansatte og ledelsen i bedriftene får evidensbasert kunnskap om psykiske helseplager
- Gi kjennskap til arbeidets betydning for den psykiske helsen.
- Presentasjonen skal bidra til å øke individets (arbeidstakers) mestring av psykiske helseplager
- Presentasjonen skal bidra til mer åpenhet og senke stigma om psykiske helseplager.
- Presentasjonen skal gi ansvarlige på arbeidsplassen økt kompetanse til oppfølging og forebygging av psykiske helseplager.

12.2.1.6 Evalueringsmøte:



Utføres av IA-rådgiver og helse. For partene ved virksomheten, ledere, tillitsvalgte, verneombud og evt BHT, 1,5 t.

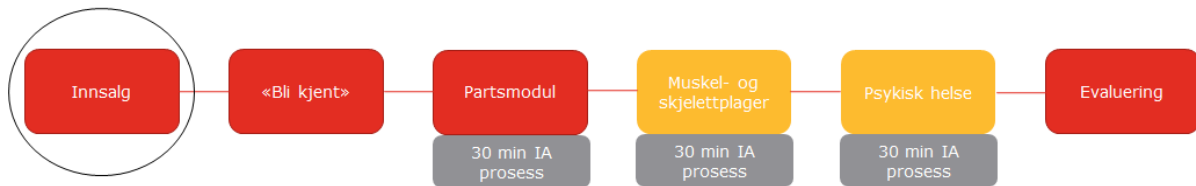
Hensikt:

- Evaluere partenes utbytte og effekt av bedriftstiltaket.
- Avklare behov og planlegge eventuelt videre innsats på individ og systemnivå.

I modell 1 er det ikke nødvendig at virksomhetens IA-rådgiver følger leveransene, og kontaktpersonrollen følges ikke da det ikke er prosesser i denne modellen.

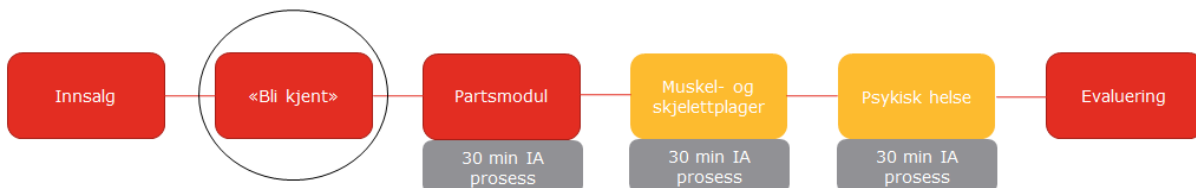
12.2.2 Modell 2 med IA-prosesser mellom leveransene

12.2.2.1 Innsalg:



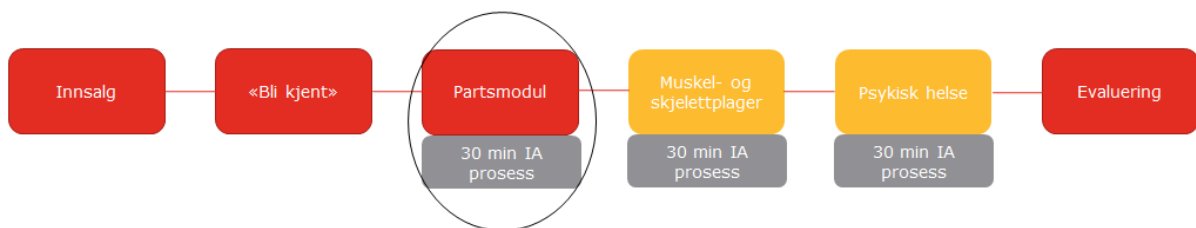
Som modell 1

12.2.2.2 «Bli-kjent-fase»:



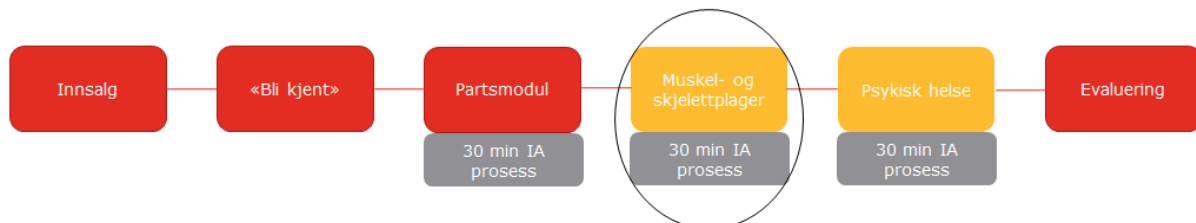
Som modell 1, men i tillegg settes mål for deltakelse inn i «IA mål og handlingsplan» der det beskrives hva bedriften ønsker at IA-rådgiver skall bidra med i perioden for å få til resultatene de ønsker seg. Ledelse og tillitsvalgte må sette egne resultatmål, samt beskrive eget bidrag.

12.2.2.3 Partsmodul:



Som modell 1, samt 30 minutters IA prosess med fokus på helsefremmende arbeid. I denne delen bidrar IA-rådgiver med en refleksjon rundt alles ansvar ift. holdninger, et helsefremmende arbeidsmiljø og tilretteleggingskultur. I mellomperioden tilbys ledere og ansatte representanter opplæring i f.eks. plikter/rettigheter jfr. Arbeidsmiljøloven.

12.2.2.4 Muskel og skjelettplager:

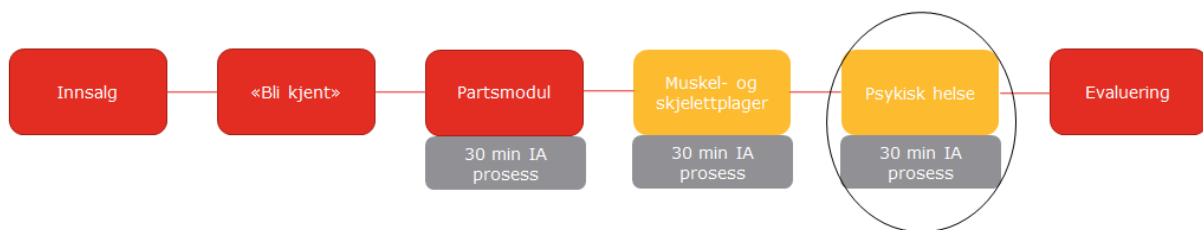


Som modell 1, men i tillegg til helsetjenesten kjører NAV 30 minutters IA prosess med følgende hensikt

- Enten: Reflektere over arbeidsmiljøets evne til å håndtere at ansatte kommer på jobb med helseplager

- Eller: Gi kunnskap om hva som kjennetegner robuste arbeidsmiljøer og gi oppgaver hvor de reflekterer over hva som kjennetegner eget arbeidsmiljø.
- IA- prosessen innledes med en kartlegging av arbeidsmiljøfaktorene i virksomheten. Videre et kort gruppearbeid med virksomhetens/enhetens viktigste faktorer. Det som kommer frem i denne arbeidsøkten kan det arbeides videre med etter ønske fra arbeidsgiver. Metoder som kan benyttes er «dialogspill» og IGLO* (*Videncenter for Arbeidsmiljø*).
- IGLO er en metode som brukes for å komme frem til gode og forpliktende aktiviteter som involverer alle i organisasjonen. I=individ, G=gruppe, L=ledelse, O=organisasjon

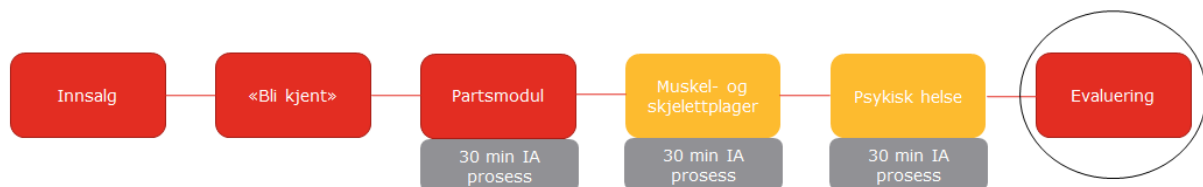
12.2.2.5 Psykisk helse:



Som modell 1, men i tillegg til helse kjører NAV 30 minutters IA prosess med følgende hensikt:

- Reflektere over faktorer i eget arbeidsmiljø som fremmer god psykisk helse (og evt. hemmer). Her gjennomføres relevante case/refleksjonsoppgaver og gjennomgang av disse.

12.2.2.6 Evalueringsmøte:



Som modell 1 samt

Evaluere effekt av prosess og vurdere målsettingene man har satt seg. I denne modellen oppfordres det til at evalueringsmøtet benyttes som det årlige IA-møtet. Avtaler for videre prosesser og evt. flere leveranser fra helse og NAV gjøres i dette møtet.

12.2.3 Læringsmål og faglig innhold og relevant fagstoff modulene i bedriftstiltaket

Vedlegget inneholder læringsmål, faglig innhold og relevant fagstoff for ansatte i helse og NAV som skal utføre bedriftspresentasjonene. Dette vedlegget kan sees i sammenheng med vedlegg for implementering og opplæring av ansatte i helse og NAV.

Muskel og skjelettplager

12.2.3.1 Læringsmål:

Medarbeidere og ledere skal

- Kjenne begrepet alminnelige helseplager
- Vite at det er vanlig å oppleve muskelskjelettplager, med eksempel fra nakke/rygg
- Få kunnskap om ryggen og dens robusthet
- Vite at vondt i nakke/rygg i de aller fleste tilfeller ikke er farlig
- Få kunnskap om hvordan statisk og ensidig arbeid kan gi smerter i muskulatur
- Få kunnskap om at variasjon/varierte aktiviteter og bevegelse er smart
- Få kunnskap (nok til å trekkes slutningen) om at jobb er bra for helsa, også når man opplever plager

Kun for modellen med IA/NAV:

- Enten: Økt bevissthet om hvordan vi ønsker å stille opp for hverandre i arbeidsmiljøet
- Eller: Få kjennskap til viktige faktorer som er tilstede i robuste arbeidsmiljøer:

Forutsigbarhet, kontroll, støtte og felles mål. Hvordan er det hos oss

- Kjenne til tjenestetilbud innen NAV og Helse i fylket og kommunen

12.2.3.2 Faglig innhold:

- Forklaring av begrepet alminnelige helseplager, forekomst av alminnelige helseplager i befolkningen, og at det er vanlig å ha flere plager samtidig.
- Nakke-/rygg plager – høy forekomst i befolkningen i all tid – i all hovedsak snakk om ufarlige plager med god spontan prognose
- Beskrive hvordan forståelsen av ryggplager har endret seg fra en mekanisk forståelse der strukturenes sårbarhet stod i fokus, smerte ble forstått som ensbetydende med vevsskade, og ro ble anbefalt som behandling. Frem til dagens kunnskap om at strukturene i ryggen er svært robuste, at rygg smerter sjelden er tegn på vevsskade, og at bevegelse og aktivitet anbefales også når en har plager.
- Skille mellom spesifikke og uspesifikke plager og evt hvordan en i helsevesenet skiller mellom disse plagene.
- Ryggsøylens oppbygning og funksjon. Hvilke oppgaver har knokkelvev hva tåler knoklene av belastning.
- Mellomvirvelskivens oppbygning, funksjon, og robusthet.
- Prolapsets utvikling og reparasjon.
- Normale aldersforandringer i mellomvirvelskiven- liten sammenheng med smerter i ryggen
- Leddbåndenes funksjon og hva de tåler av belastning. Eksempel på funksjonsforstyrrelse: følelse av at bekkenet er ustabil- sammenligne med svimmelhet
- Muskulaturens rolle- eksempler på at muskulatur gir smerter uten at det foreligger skade.

- Eksempler på refererte smerter fra muskulatur- hodepine kan skyldes spenning i nakkemuskulatur og smerte i ben kan skyldes spenning i setemuskulatur.
- Sammenheng mellom ensidig muskelarbeid og smerter, samt at automatisering av uhensiktsmessige spennings- /bevegelsesmønstre som kan opprettholde smerter. Få frem eksempler fra aktuell arbeidsplass både når det gjelder arbeidsoppgaver som gir ensidig muskelarbeid og arbeidsoppgaver som gir mer variert muskelarbeid.

Kun for modellen med IA/NAV:

- IA-rådgiver må velge en metode som er tilpasset virksomheten for å få til de arbeidsfaglige læringsmålene

12.2.3.3 Relevant fagstoff:

Bøker/rapporter/temahefter

- Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter - formi.no
- Når ryggen krangler - Aage Indahl
- Back Pain Revolution - Gordon Waddell
- Explain Pain - Lorimer Moseley
- Når plager blir sykdom - Per H. Staff
- Arbeid for helse - NOU utredning 2010:13
- Temanummer om sykefravær, Samfunnsøkonomen nr. 2, 2010

Artikler

- Effect of Peer Based Low Back Pain Information and Reassurance
- At the Workplace on Sick Leave - Magnus Odeen et.al 2013
- A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries
- Lawren H. Daltroy et.al 1997
- Determinants of the progression in lumbar degeneration - Tapio Videman et. al 2006
- Vond rygg skjuler andre problemer - Silje Endresen Reme og Camilla Løvvik
- The case for presenteeism - Markussen, Mykletun, Røed 2010
- Epidemiological studies of subjective health complaints - Camilla Ihlebæk 2002
- Sykefraværets anatomi – Simen Markussen og Knut Røed, Samfunnsøkonomen nr. 3 2012

Kun for modellen med IA/NAV:

- Hvilke holdninger og kulturer i virksomheten kan påvirke nærvær og fravær - IRIS rapporten ved Lønningdal et.al
- www.idebanken.org/trivsel

- Organisasjoner som begeistrer - Bjørn Hauger et.al.

Psykisk helse:

12.2.3.4 Læringsmål:

- Få kunnskap om utbredelsen av psykiske lidelser, om forskjellen på plager, lette lidelser og mer alvorlige lidelser.
- Kjenne til de vanligste psykiske lidelser (depresjon og angst).
- Kjenne til hvilke konsekvenser de vanlige psykiske lidelsene kan ha for jobbfunksjon.
- Kjenne til metoder for å mestre plagene i hverdagen.
- Kjenne til faktorer på arbeidsplassen som hemmer og fremmer god psykisk helse.
- Kjenne til tjenestetilbud innen NAV og Helse i fylket og kommunen

Kun for modellen med IA/NAV

- Relatere krav/kontroll, stressmestringsmodell og Innsats/belønning-modell til eget arbeidsmiljø

12.2.3.5 Faglig innhold:

- Generell definisjon på psykisk helse.
- Generell forklaring på hva psykiske lidelser er og ikke er, anvende modell som beskriver aksene vi beveger oss på; frisk, psykiske plager og psykiske lidelser- uklare grenser osv.
- Ved bruk av statistikk vise hvor utbredt psykiske helseplager, angst og depresjon er i befolkningen og at de fleste faktisk er på jobb.
- Gjennomgang av de vanlige symptomene ved angst og depresjon og hvordan det kan gi seg utslag på arbeidsplassen.
- Beskriv hvordan somatiske og psykiske plager kan samvirke og forverre hverandre
- Bruke modell som beskriver sammenheng mellom tanker-følelser-kroppsreaksjoner og handling.
- Angst:
 - o Gjennomgang av hva som skjer i kroppen ved en angstreaksjon; de fysiologiske utslagene gjøres eksplisitte.
 - o Bruke modell for å vise hvordan angstrepsjonen er uhensiktsmessig i situasjoner og hvordan din tolkning på responsen har betydning for læring.
 - o Beskrive plager/symptomer ved de vanligste angstlidelser som sosial angst, fobi, panikkangst og generalisert angst, muligens også tvang.
- Depresjon;
 - o Gjennomgang av vanlige symptomer.
 - o Kort om kroppslige endringer i både hormonbalanse og hjernekjemi (kortfattet og begripelig) samt emosjonelle og kognitive utslag.

- Kort om årsaker til psykiske lidelser:
 - o Bakenforliggende: Sårbarhet i arv, oppveksthistorie, traumer, langvarig belastninger.
 - o Utløsende: Akutt belastning, stress, tap osv.
 - o Opprettholdende: Hvorav unngåelse, passivitet, grubling og bekymring gjennomgås grundig.
- Konsekvenser for arbeidsfunksjon:
 - o Ved angst og depresjon:
- Konsekvenser av langvarig sykmelding:
 - o Her kan vi bruke refleksjoner som;
 - o Sykmelding som medisinsk virkemiddel med mulige bivirkninger og overdosering
 - o Arbeid som medisin, mulige bivirkninger og overdose.
 - o Hvordan forholder en seg når en ikke lenger mestrer alle arbeidsoppgavene i løpet av normal arbeidstid?
 - o Hva kan være gode grep både for den det gjelder og det øvrige i arbeidsmiljøet (ind. tilpasninger og støtte fra leder og kollegaer)?

Kun for modellen med IA/NAV

- Arbeidsfaglig del:
 - o Presentasjon av kravkontrollmodellen (inkl. Støtte) og refleksjon der man relaterer det til sitt arbeidsmiljø
 - o Stressmestrings modellen
 - o Balanse mellom innsats og belønning

12.2.3.6 Relevant fagstoff:

- Fit Mind, Fit Job From Evidence to Practice in Mental Health and Work 2015
- OECD: Work and Mental health in Norway, www.oecd.org
- Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work 2012
- Mental Health and Work: Norway 2013
- Berge og Repål: Lykketyven
- Berge og Repål: Trange rom og Åpne plasser
- Mykletun mfl: Rapport folkehelsa 2011
- Rapport folkehelsa om psykiske lidelser i Norge 2009
- Torkil Berge og Erik Falkum . «Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse»
- En jobb å gjøre - Bjørnar Olsen og Pål Nystuen

Kun for modellen med IA/NAV

- A. Krav-kontroll: Karasek, R.A. og Theorell, T. 1990 "Healthy work: Stress productivity and reconstruction of working life"

12.2.4 Tilbakemelding fra Posten Norge AS som har deltatt i konseptet

Posten har løftet følgende problemstilling som det er viktig å ta med i en videre utvikling av et konsept:

12.2.4.1 Arbeidsoppgaver /Utførelse av arbeid/Risikovurderinger.

Vårt driftspersonell - som utgjør ca. 15000 av våre medarbeidere - utfører arbeid som delvis er definert som «Tungt og/eller ensformig arbeid». Dette betyr at vi som arbeidsgiver er pålagt å gjennomføre risikovurderinger, gi opplæring og informasjon. Se [kap 23](#), i forskrift om «Utførelse av arbeid». De ulike arbeidsoppgavene i Posten er risikovurdert til å være røde, gule og grønne – basert på Arbeidstilsynets [vurderingsmodell](#). Vurderingsmodellen sier følgende om de røde områdene: «sannsynligheten for å pådra seg belastningslidelser er meget høy».

En fremtidig utfordring vil være å forene iBedrift med forskriftenes krav om utførelse av arbeid og iverksetting av risikoreduserende tiltak.» [...]

Vi opplever fortsatt at det er uklart om iBedrift dekker behovet for ergonomiopplæring som vi er pålagt i forhold til forskriften. Vi ønsker at det nye konseptet ivaretar det vi «må» gjøre, og at det i tillegg er et kunnskapsløft for våre medarbeidere. [...] Det beste hadde vært om Arbeidstilsynet godkjente det nye konseptet som et primærforebyggende og helsefremmende tiltak.

Arbeidstilsynet har i brev klargjort at de ikke forhåndsgodkjenner noen undervisningsopplegg. Det vektlegges at «Arbeidstilsynet gir aldri pålegg om å gjennomføre et bestemt opplæringskonsept, eller bruke en spesiell leverandør. Dette må virksomheten selv vurdere ut fra nåværende behov.» (ref.) brevveksling mellom Posten og Arbeidstilsynet)

Det som vektlegges fra arbeidstilsynet er at bedriften til enhver tid må risikovurdere og velge tiltak ut i fra nåværende situasjon. Et nytt konsept kan være et godt tiltak ut i fra risikovurderingen i en virksomhet, mens det ikke vil være rett eller tilstrekkelig i en annen virksomhet. I tillegg har det blitt trukket frem at Arbeidstilsynet ikke hadde oppfattet at iBedrift har et primærforebyggende fokus. Jfr. et svar fra Arbeidstilsynet: «Slik vi forstår dette konseptet, er målgruppen arbeidstakere som allerede har utviklet et helseproblem, og hensikten er å hjelpe disse til å være i arbeid» (iBedrift). Svaret tydeliggjør at det er viktig å ha et høyt fokus på formidling til Arbeidstilsynet om hva konseptet dreier seg om.

Underveis i prosjektperioden har arbeidstilsynet vært involvert på følgende måte.

Det har vært et møte med to fagpersoner fra Arbeidstilsynet, prosjektleder, gruppeleder og et gruppe medlem. I tillegg til at Arbeidstilsynet er med i referansegruppen til prosjektet.

På møtet var Arbeidstilsynet opptatt av å se helhetlig på ting, og at konkrete fysiske /ergonomiske faktorer noen ganger kan tillegges for stor betydning, sammenlignet med andre faktorer, som organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø.

Anbefaling

I videre utvikling av et konsept vil det være viktig å ha en tett og god dialog med Arbeidstilsynet og også STAMI for i høyest mulig grad å forhindre at arbeidsplassene og de ansatte opplever motsetningsfylte budskap fra store offentlige etater. Som Posten så godt har sakt det:

«Vi må unngå at vi den ene dagen forteller at det meste er alminnelige helseplager, og at vi neste dag kommer ut til de samme personene og sier «at du har løftet feil og ikke brukt hjelpemidler – derfor har du fått muskel- og skjelettplager».

12.3 Vedlegg til kapittel 4 Individtiltak

12.3.1 Eksisterende individtilbud som har vært vurdert:

Gruppen har i første fase av sitt arbeid gjennomgått og beskrevet aktuelle tilbud som i dag eksisterer i regi av NAV og helsetjenesten med fokus på dagens ordninger innen raskere tilbake.

Intervensjoner hvor det foreligger evidensgrunnlag for reduksjon av sykefravær er vektlagt først i seleksjon og beskrivelse av eksisterende individtiltak i helsetjenesten, men andre tiltak er også beskrevet. Eksisterende evidensgrunnlag fremgår av referanser og fotnoter. Prinsipper for individtiltak på arbeidsplassen er oppsummert sett fra IA rådgivers perspektiv og erfaringer fra iBedrift prosjektet. Kommunenes tjenestetilbud er også gjennomgått, men her finnes lite evidensgrunnlag fra norsk kontekst.

Gjennom gruppens arbeid er det fremkommet at forskjellig teorigrunnlag for ulike individtiltak og ulike kulturer i ulike deler av helsetjenesten og i NAV, utgjør en utfordring. Dette må man ta hensyn til også i et nytt konsept dersom man skal sikre utvikling av sammensydde individtiltak og god samhandling mellom ulike deler av hjelpeapparatet.

Gjennomgangen av tiltakene nedenfor er med dette utgangspunktet sortert i individtiltak rettet mot muskel-skjelett- og vanlige psykiske lidelser» og det er skilt mellom individtiltak i NAV og helse. I praksis kan dette være et kunstig skille fordi komorbiditeten er dokumentert å være svært stor³². I tillegg kan funksjonsnedsettelsen i forhold til arbeid i mange tilfeller ha liknende mekanismer både ved muskelskjelett- og psykiske plager gjennom individets uhensiktsmessige unngåelse av egne ubehagelige kroppslige og mentale opplevelser (f.eks. når det gjelder «fear avoidance» ved ryggsmertor og unngåelsesatferd ved ulike angstlidelser).

Det meste av foreliggende effektforskning er likevel gjort på individtiltak spisset for spesifikke diagnostiske kategorier. Effektene av individtiltak bygget på transdiagnostiske modeller er i mindre grad undersøkt, selv om ulike transdiagnostiske tilnærminger benyttes og nå forsknings evalueres innen arbeidsrettet rehabilitering³³.

Påfølgende gjennomgang er ikke presentasjon av alle aktuelle tiltak i landet, men synliggjør noen tiltak som finnes i dag. Det viser også til vedlagt rapport fra Deloitte; *Kartlegging av evalueringsaktivitet knyttet til Raskere tilbake i Helse Sør-Øst*.

³² Reme et al., European Journal of Pain 2011

³³ Effekten av en transdiagnostisk tilnærming undersøkes nå i Hysnesprosjektet (se Fimland et al.) 2014 for detaljer)

12.3.2 Aktuelle individtiltak for muskelskjelett plager

12.3.2.1 Brief intervention (BI)³⁴ (spesialisthelsetjenesten)

Brief intervention er en kort forskningsbasert kognitiv tilnærming til behandling av ryggpasienter. Behandlingen er beregnet på pasienter med ryggplager hvor smertene ikke representerer noe alvorlig, og hvor tilstanden skal behandles som ufarlige ryggsmarter. Intervensjonen benytter en kognitiv psykoedukativ tilnærming hvor målsettingen er å gi pasienten nok innsikt og forståelse til at pasienten selv kan konkludere med at tilstanden ikke er noe å bekymre seg over og at:

1. Ryggen er sterk og aktivitet, selv hard aktivitet ikke kan skade den
2. Muskler kan stramme seg og bli smertefulle
3. Intensiteten i smerten er ikke er en indikasjon på skade
4. Normal lett aktivitet er den beste behandlingen
5. Det verste man kan gjøre er å være forsiktig fordi man da strammer musklene i ryggen
6. Ulike behandlinger for ryggsmarter har en smertemodulerende effekt, men kurerer ikke smerten i seg selv

BI er utviklet og dokumentert effektivt i en spesialisthelsetjeneste kontekst med legespesialist i fysikalskmedisin og rehabilitering som ansvarlig for gjennomføringen. Resultater fra kvalitativ forskning indikerer at faglig integritet og graden av tillit til fagpersonen er et vesentlig element for å få effekt av tiltaket³⁵. Det mangler forskning som undersøker effekten av BI gjennomført ved andre grupper helsepersonell eller i en NAV kontekst.

12.3.2.2 Tverrfaglig nakke-rygg-skulderpoliklinikker (spesialisthelsetjenesten)

De fleste steder i landet er slike poliklinikker tilknyttet fysikalskmedisinske miljøer. Hovedoppgaven er utredning og behandling av muskel-skjelett plager der primærhelsetjenesten finner at det er behov for spesialistavklaring. Ved St.Olavs hospital er det etablert samarbeid mellom ortoped, nevrolog og nevrokirurg organisert slik at alle henvisninger vedrørende nakke/rygg først vurderes av fysikalskmedisiner og fordeles til andre spesialiteter kun der det er klart fra henvisningen at spesifikke (f.eks. Kirurgiske) tiltak er aktuelle. Resterende pasienter vurderes av fysikalskmedisiner.

12.3.2.3 Nakke/ryggsmarter

For ryggsmarter/nakkesmerter baserer tilnærmingen seg på bruk av Brief intervention samtidig med en diagnostisk avveining av mulige nerverotsmerter eller alvorlig patologi hvor kirurgiske tiltak kan være aktuelle. Det er etablert tverrfaglige møte med nevrokirurg/ortoped hvor indikasjoner for spesifikke kirurgiske tiltak drøftes.

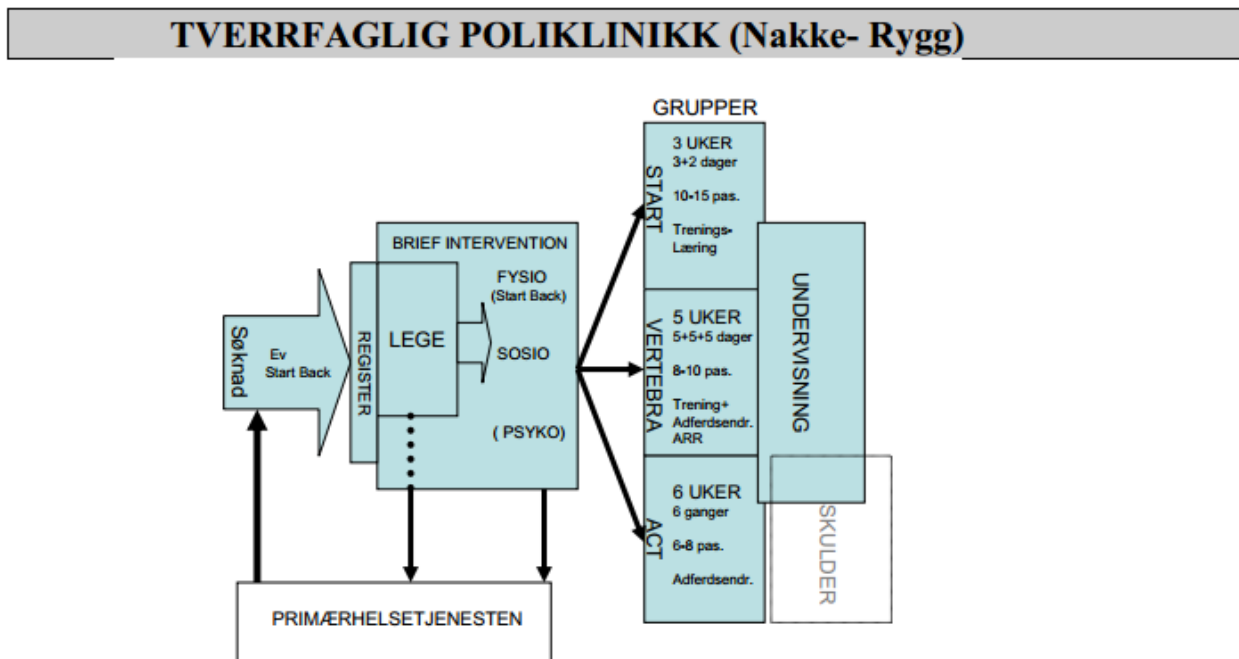
I følge nasjonale retningslinjer for ryggsmarter³⁶ er et tverrfaglig kognitiv orientert rehabiliteringstilbud førstevalget ved langvarige ryggsmarter som krever tiltak fra

³⁴ Det vises til vedlegg for detaljert manual og referanser.

³⁵ Ree et al, Scandinavian Journal of Public health 2014.

³⁶ www.formi.no

spesialisthelsetjenesten utover BI. Dette foregår i utstrakt grad gruppebasert i rygg/nakkegrupper. Effekten av rygg-gruppe deltakelse har vært sammenliknet med et mer arbeidsfokustert tilbud uten påvisbar forskjell i effekt på retur til arbeid³⁷. Imidlertid fant man at reduksjon i bevegelsesfrykt (fear-avoidance) predikerte retur til arbeid i begge grupper³⁸ og reduksjon i fear-avoidance» antas å være en viktig del av virkningsmekanismen for reduksjon i sykefravær ved både rygg-gruppe rehabilitering og BI. Det er nylig gjennomført en randomisert multisenterstudie som sammenlikner kirurgisk intervensjon med innsetting av mekaniske skiveproteser opp mot behandling i rygg-gruppe ved langvarige ryggsmertter. Skiveprotese gav noe bedre utfall på smerte og funksjon enn rygg-gruppene, men alvorlige komplikasjoner i gruppen som fikk kirurgi gjorde at effekten var liten på gruppenivå. Ut fra en grundig helseøkonomisk evaluering som innbefattet kostnader knyttet til sykefravær, helsetjenesteforbruk og livskvalitet, fant man dermed ikke grunnlag for å anbefale en implementering av denne type ryggkirurgi med innsetting av skiveproteser framfor dagens modell med rygg-gruppe rehabilitering³⁹. Rygg/nakke gruppene ved bla. St.Olavs er i stor grad finansiert via raskere tilbake midler hvor ulike tiltak tilpasses etter prinsipp om minste effektive omsorgsnivå i en tverrfaglig kontekst. Eksempel på pasientflyt ved tverrfaglig nakke-rygg-skulder poliklinikk ved St.Olavs er visualisert nedenfor.



12.3.2.4 Skulderplager

Skulderplager er den tredje vanligste kategori av muskelskjelettplager, etter rygg og nakke. I motsetning til nakke/ryggsmertter, som ofte har et fluktuerende forløp med spontan bedring, viser kohortstudier at skuldersmerter vedvarer dersom ubehandlet. Skuldersmerter kan innebære en større diagnostisk utfordring enn de vanligste nakke-rygg plager. Spesielt

³⁷ Myhre et al, Spine 2014.

³⁸ Marchand et al., BMC Musculoskeletal Disorders 2015

³⁹ Johnsen LG et al, Spine 2014 Cost-effectiveness of total disc replacement versus multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic low back pain: a Norwegian multicenter RCT

kan differensialdiagnostiske avveininger ved samtidig nakke/skulder/arm smerter kreve en kombinasjon av nevrologisk vurdering og klinisk vurdering av skulderen supplert med billeddiagnostikk av nakken og evt. (ultralydveiledet) diagnostiske injeksjoner med lokalbedøvelse. I tillegg er differensialdiagnostiske avveininger opp mot reumatiske lidelser en hyppigere utfordring for skulder enn ved rygg smerter. Den største utfordringen er imidlertid at tilbudet pasientene får i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, ikke er i tråd med evidensbaserte tiltak i forhold til effekt på smerte eller funksjon. Det er vanlig at pasientene først får behandling som ikke virker og deretter blir gående lenge sykmeldt i påvente av utredning i spesialisthelsetjenesten.

En isolert psykoedukativ tilnærming er ikke dokumentert effektiv for skulderplager slik som BI er for rygg smerter. Det finnes større grad av evidens for spesifikke tilnærminger når det gjelder tilstander i skulderen enn for uspesifikke rygg/nakkeplager, men det er gjort lite forskning med tanke på effekter på retur til arbeid for sykemeldte med skulderplager. For «innklemnings-syndrom», som er den vanligste tilstanden i skulderen, har spesifikk rotator-cuff trening vist å redusere behov for kirurgiske tiltak⁴⁰. Det er nylig publisert flere studier som viser at treningsintervensjoner har likeverdig effekt som kirurgi ved enkelteneruptur (supraspinatusenen). Ved skulderkirurgi sykemeldes pasienten typisk i 6 uker postoperativt mens rotator-cuff trening kan gjennomføres mens pasienten er i arbeid, eventuelt med tilpasning av arbeidsoppgaver. Til tross for denne kunnskapen viser tall fra norsk pasientregister en betydelig økning av slike kirurgiske inngrep de siste årene. I utspill i media er det angitt at av ca. 20 000 skulderoperasjoner per år kunne ca. 90 % vært behandlet med trening⁴¹. De færreste av pasientene som henvises til spesialisthelsetjenesten for skulderplager har fått aktiv fysioterapi i primærhelsetjenesten i tråd med dagens evidensgrunnlag. Forhold som sannsynligvis kan bidra til å forklare denne utviklingen er mangelfulle økonomiske incentiver for aktiv evidensbasert skuldertrening både i primær og sekundærhelsetjenesten mens det har vært relativt gode økonomiske incentiver for kirurgi. Skulderpoliklinikken ved St.Olavs hospital er imidlertid finansiert via raskere tilbake midler og gir evidensbasert treningsterapi i tverrfaglig samarbeid med ortoped.

12.3.2.5 Langvarige smerter med komorbiditet

For pasienter med muskel-skjelett plager hvor man etter gjennomføring av andre individtiltak står igjen med en kronisk smertetilstand med stort funksjonstap og/eller avdekker komorbid psykisk lidelse som viktigste årsak til funksjonsnedsettelsen, er det ved St.Olavs etablert et nytt individtiltak med tredje generasjon kognitiv atferdsterapi i gruppe (aksept og forpliktelsesterapi). Effekten av dette individtiltaket evalueres nå i en randomisert studie som sammenlikningsarm til Hysnes helsefort hvor pasientene er inkludert i et samarbeid med NAV og endepunktet er retur til arbeid⁴².

12.3.2.6 2 dagers mestringskurs i regi av UNN HF, Tromsø

Det tilbys et mestringskurs i gruppe over 2 halve dager for pasienter med uspesifikke rygg- og nakkeplager. Tiltaket består av en kombinasjon mellom trygghetsskapende dialogbasert undervisning og strukturerte samtaler mellom gruppedeltagere. Det faglige innholdet

⁴⁰ BMJ 2012,

⁴¹ Medieutspill ved professor Jens Ivar Brox, <http://www.tv2.no/a/5998102>

⁴² Fimland et al., BMC Musculoskeletal Disorders 2014

baserer seg på den informasjonen som blir gitt i bedriftstiltakene, men utdypes og kan i større grad diskuteres med gruppeleder og de andre gruppedeltagere.

12.3.2.7 Poliklinikk SiV, KFMR Kysthospitalet, Raskere tilbake – ”Trygg i jobb tross plager”

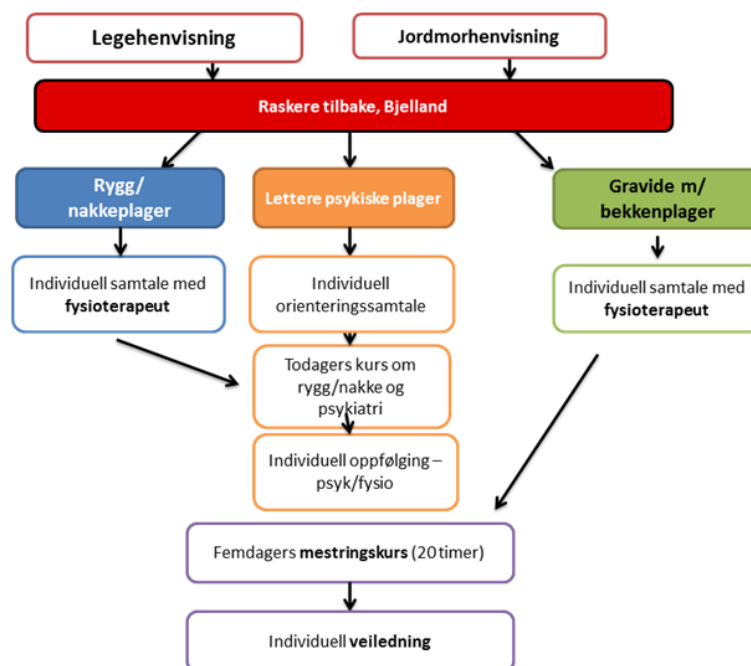
Et tilsvarende tilbud som beskrevet ved UNN ovenfor, gjennomføres i Tønsberg, Skien og Hønefoss i regi av sykehuset i Vestfold. Dette tilbudet består av et kurs på 2 x 2,5 time som tar for seg uspesifikke rygg- og nakkeplager samt vanlige psykiske plager med det mål å være ”trygg i jobb tross plager”. Etter dette kurset er det, om deltakeren ønsker det, individuell oppfølging 2-3 ganger. Deltakeren kan i forlengelsen også delta på et femdagers mestringskurs (a 4 timer) og det gis tilbud om individuell veiledning i etterkant, dersom deltakeren selv ønsker det. Målsettingen med kursene er å mestre sin hverdag, komme tilbake til jobb og være ”trygg i jobb tross plager”.

Poliklinikken har som overordnet mål å gi innsikt og kunnskap for at folk kan mestre sine plager på best mulig måte, slik at de kan leve et fullverdig liv inkludert det å være i jobb. Målgruppen er personer med uspesifikke muskel- og skjelettplager, lettere psykiske plager og gravide med bekkenplager.

Den grunnleggende metoden i prosjektet er kunnskapsformidling for å gi trygghet, avlive myter og skape en forståelse for alminnelige helseplager. Alle tilbud baseres på en ikke-skademodell (funksjonsforstyrrelse) og en ikke-formyndermodell. Ut fra prinsippet ”**hvor lite er best**” etterstrebes korte intervensjoner (eksempelvis Brief intervention).

Tilbudet ved poliklinikken består av individuelle samtaler, med fysioterapeut og/eller med psykolog etter behov, og kurs. Det er **ikke** ventetid inn til poliklinikken.

Flytskjema nedenfor skisserer pasientflyten.



12.3.2.8 Arbeidsrettet rehabilitering i institusjon (spesialisthelsetjenesten)⁴³

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) er definert som rehabiliteringsprosesser med deltaging i arbeidslivet som overordna mål. Fagrådet for arbeidsrettet rehabilitering definerer ARR som:

"Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare virkemidler og deltagelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i arbeidslivet."

Målgruppa er i hovedsak sykemeldte arbeidstakere med antatt arbeidsevne som har vært gjennom tilstrekkelig medisinsk utredning og behandling, men som ikke har klart å ta steget tilbake til arbeidslivet. Personer som mottar arbeidsavklaringspenger kan også være en del av målgruppen. Et arbeidsrettet rehabiliteringsopphold skal være et tiltak utover det som det ordinære hjelpeapparat kan gi (1. og 2. linjetjeneste).

ARR bygger på en biopsykososial og oftest en fenomenologisk forståing av funksjon/sykdom. Dette innebærer en erkjennelse av at utvikling av sykdom og/eller nedsett funksjonsevne har sammensatte årsaker der både biologiske, psykososiale og kulturelle faktorer spiller en rolle. WHO's klassifiseringssystem for funksjon, ICF (International Classification of Function), er oftest integrert i rehabiliteringen. ICF brukes i rehabilitering både som overordnet teoretisk rammeverk for å sikre felles forståelse av funksjonsbegrepet og som metodeverktøy for den tverrfaglige intervensjonen.

Ved et ARR opphold inngår generelt følgende hovedelementer i et tverrfaglig teamarbeid:

- Mestringskomponent med mer eller mindre strukturert kognitiv tilnærming:
- Deltakerens funksjonsevne sees i sammenheng med hans/hennes opplevelser og erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon. Det vektlegges økt bevisstgjøring av brukerens egne ressurser og muligheter til aktivitet og arbeidslivsdeltakelse.
- Fysisk aktivitet i ulike former tilpasset deltakerens forutsetninger.
- Koordinering og kontakt med arbeidsgiver, NAV og lokalt hjelpeapparat.

Et ARR opphold skal ende opp med en funksjonsvurdering og en konkret handlingsplan for deltagelse i arbeidslivet som skal forankres lokalt. ARR opphold gis tradisjonelt over flere uker hvor deltakeren bor på rehabiliteringsinstitusjonen.

Til tross for lang tradisjon og relativt stor utbredelse av denne type tilbud finnes det ingen effektstudier vedrørende retur til arbeid. Dette gjennomføres imidlertid nå i Hysnesprosjektet.⁴⁴ I denne randomiserte effektevalueringen inviteres arbeidstakere via NAV med utgangspunkt i sykemelding på grunn av lettere psykiske lidelse og/eller på grunn av muskel-skjelett smerte. Diagnosegruppene blandes i samme behandlingsgruppe. Det er implementert en type tredje generasjon kognitiv terapi (ACT - Acceptance and Commitment Therapy) som baserer seg på en diagnoseuavhengig og mer universell modell enn tradisjonell kognitiv terapi. Foreløpige

⁴³ Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering Rauland: www.air.no

⁴⁴ Finland et al., BMC Musculoskeletal Disorders 2014

resultater basert på fokusgruppe og individuelle intervju indikerer god pasienttilfredshet og gjennomførbarhet.

Effekten av ARR oppholdet på Hysnes sammenliknes opp mot et poliklinisk mestringstilbud (ACT) med 6 gruppesesjoner, to individuelle samtaler hos arbeidskonsulent og felles individuell avslutningssamtale.

12.3.3 Andre individtiltak finansiert gjennom ordningen Raskere tilbake

Revmatismesykehuset har en tverrfaglig utredningspoliklinikk innen Raskere tilbake. Etter en individuell utredning får de pas som har behov for et rehabiliteringsforløp, tilbud om å delta i dagbehandling i grupper som beskrevet nedenfor.

12.3.3.1 Dagbehandling for pasienter med smerter i muskel/skjelettapparatet: "Jobb deg friskere"

Smerter fra muskel/skjelettapparatet er hyppig forekommende i den voksne befolkningen og er den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet.

Hensikten med dagbehandlingen er å gi pasientene økt bevissthet om egne ressurser og muligheter, og ufarliggjøre og skape trygghet knyttet til det å ha langvarige smerter. Økt motivasjon for å gjøre hensiktsmessige endringer og styrke selvtillit, skal bidra til at målet om å stå i arbeid opprettholdes.

Tilnærmingen er forankret i en biopsykososial modell. Gruppene ledes med en kognitiv forankring, der fokus er på å bevisstgjøre og endre uhensiktsmessige tankemønstre. Metodene som brukes er basert på aktiv læring gjennom undervisning, praktiske øvelser, trening/fysisk aktivitet, erfaringsbasert samtale og diskusjon.

Gruppen møtes åtte ganger og ledes av to fagpersoner med kompetanse i endringsfokustert veiledning/kognitiv terapi. I tillegg er det fakta undervisning fra lege, sosionom, ergoterapeut, og en brukerrepresentant som deler sine erfaringer.

Ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy vil en måle endring over tid, relatert til om de fungerer bedre i hverdagen, og om de oppnår en styrket evne til å stå i arbeid etter å ha deltatt på behandlingen. Dette kartlegges ved ulike fysiske tester, samt spørreskjema. Testing skjer ved baseline, etter intervensjonens slutt og seks måneder deretter.

12.3.3.2 Dagbehandling for pasienter med artrose i vektbærende ledd "Aktivt yrkesliv med artrose"

Artrose er regnet som en av de store folkesykdommene, og prevalensen er ventet å øke ytterligere.

Dette henger blant annet sammen med at sykdommen er knyttet til høy alder, tidligere skader og overvekt. Artrosepasienter forbruker helsetjenester hyppig. Forskning har også vist at pasienter med kneartrose har en nærmest doblet risiko for sykefravær, og mellom 40-50 % økt sjanse for å bli uføretrygdet.

Målet er å bedre pasientenes generelle funksjons- og helsetilstand og styrke dem til å stå i jobb. Gjennom en kognitiv tilnærming til endringer, gjøres pasientene bevisst egne handlingsmønstre og motiveres til å iverksette nye handlinger som er i tråd med ønsket om en bedre livsstil. Dette krever oppfølging over tid.

”Aktivt yrkesliv med artrose” er dagbehandling for personer med artrose i vektbærende ledd. Kostveiledning og trening er fast tema på hver samling. I tillegg er det fakta undervisning fra lege, sosionom, ergoterapeut, og en brukerrepresentant som deler sine erfaringer.

Gruppen møtes til sammen ni ganger, fordelt over tre måneder. Etter seks måneder blir de innkalt til en oppfølgingsdag.

Deltakerne blir testet individuelt ved oppstart og etter seks måneder gjennom to fysiske tester (Minors submaksimale gangtest og IMF Funksjonstest underestremiteter), det blir målt lipidverdier (kolesterol og triglyserider) i blodet, samt tatt midjemål ved oppstart og slutt.

Pasientene setter seg egendefinerte mål ved siste behandlingsdag, og disse evalueres på oppfølgingsdagen.

12.3.4 Aktuelle tilbud for vanlige psykiske plager

Lettere eller vanlige psykiske helseplager er psykiske plager med en intensitet som gjør at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10 eller annet standardisert diagnosesystem. Skillet mellom lettere psykiske og alvorlige psykiske lidelser er ikke godt faglig etablert. Enkle fobier, andre avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner og lettere ruslidelser defineres ofte som lettere eller vanlige psykiske lidelser. Angst og depresjon er de mest utbredte psykiske lidelser og benevnes derfor i internasjonal fag- og forskningslitteratur, som vanlige psykiske lidelser «common mental disorders». Tidlig avdekking og rask tilgang til adekvat behandling, veiledet selvhjelp eller god tilrettelegging ved disse tilstandene kan bidra til å redusere sykefravær og til mindre produktivitetstap. Det finnes evidens for betydningen av integrerte tiltak ved psykiske helseplager, både for vanlige psykiske plager og for alvorlige psykiske lidelser. Både ved Senter for jobbmestring i NAV og Raskere tilbake poliklinikken Vinderen er det utviklet evidensbaserte tilbud med effekt på retur til arbeid. Disse tilbudene kan være aktuelle individtiltak for enkeltpersoner som har behov for mer enn bedriftstiltaket i konseptet.

12.3.4.1 Senter for jobbmestring (SFJ)⁴⁵ (NAV)

Senter for jobbmestring bygger på Individuell jobbstøtte (IPS) for personer med de vanligste psykiske helseplagene. Det gis arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi hvor mestring av arbeid og psykisk helse er hovedfokus, integrert med arbeidsrettet oppfølging fra jobbspesialist. Dersom personen er i behov av en diagnostisk avklaring henvises det til helsetjenesten. Tilbudet om arbeidsrettet kognitiv terapi er et korttidstilbud (inntil 15 samtaler). Per april 2015 gis tjenesten i fylkene Oslo, Akershus, Vestfold, Østfold, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms, men det er planlagt en utbygging til alle landets fylker på sikt.

Målgruppen er personer m/lettere til moderate psykiske helseplager (angst og depresjon) som:

- er uten arbeidsforhold
- er i et arbeidsforhold/er sykmeldt og oppgir stor usikkerhet knyttet til nåværende jobb på grunn av helseplager og vurderer jobbskifte

⁴⁵ Det vises til vedlegg for en nærmere beskrivelse av selve tiltaket

Dette er det eneste individtiltaket i NAV som er evaluert og vist effektivt gjennom en randomisert kontrollert studie. Effekten er dokumentert å være størst for de som har vært ute av arbeid lengst og/eller ikke har jobbtilknytning (AAP).

12.3.4.2 Polikliniske tilbud innen Raskere tilbake psykisk helse(spesialisthelsetjenesten)

Innen ordningen Raskere tilbake tilbys behandling ved alle de regionale helseforetak for personer med vanlige psykiske helseplager, som står i fare for å bli sykmeldt eller som er sykmeldt. Behandlingstilbudene er tidsavgrenset, evidensbasert og i tråd med Nasjonale retningslinjer for kartlegging og behandling.

12.3.4.3 Jobbfokusert kognitiv terapi ved Poliklinikken Raskere tilbake, Diakonhjemmet.⁴⁶

Jobbfokusert kognitiv terapi inngår i korttidsbehandling, og supplerer andre viktige intervensjoner. Modellen bryter med det tradisjonelle hvor pasienter er sykmeldt eller "skjermet" mens plagene behandles, og så skal tilbake til jobb når de er friskmeldt.

Personen får tilbud om en rask vurdering-/avklaringsamtale. Her kartlegges de psykiske helseplagene, arbeidssituasjon, samt at det gis veiledet selvhjelp. Det gis informasjon om sammenhengen mellom psykiske helseplager og arbeid. Dersom det foreligger en lettere psykisk lidelse gis tilbud om individuell jobbfokusert kognitiv terapi. Om hensiktsmessig får deltakeren tilbud om mestringskurs, for eksempel et introduksjonskurs for mestring av angst og depresjon over 4 dager(8 timer totalt) Dersom det ved avklaring er holdepunkt for alvorlig psykisk lidelse har personene rett til nødvendig helsehjelp innen psykiske helsevern og får bistand til henvisning. Ved en samtidig ruslidelse har personen rett til oppfølging innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dersom psykiske plager ikke oppfyller kriterier for psykisk lidelse gis det veiledning og tips til selvhjelp. Fastlegen får alltid notat med råd fra denne avklarende samtalen og epikrise der oppfølging avsluttes etter en vurderingssamtale.

Sentrale elementer er:

- Evidensbasert korttids kognitiv atferdsterapi for angstlidelser og depresjon
- Å gi informasjon om sammenhenger mellom arbeid og psykisk helse og de negative virkninger av full sykmelding
- Kartlegge personens psykiske problemer i arbeidssituasjonen
- Fremme dialog og samarbeid med leder, sykmeldende lege og NAV
- Jobbanalyse for å kartlegge mestring og problemer ved ulike arbeidsoppgaver
- Kartlegge individuelle barrierer for tilbakevending til jobb
- Utforme en plan for trinnvis tilbakevending ved bruk av gradert sykmelding, eventuelt retur til annen jobb
- Utforme en informasjonsstrategi mht. arbeidskolleger (hvem bør vite hva)
- Aktivt bruke situasjoner på jobb i terapeutisk øyemed

⁴⁶ Lagerveld et al., 2012; Seymor, 2010

Personer som er fullt sykmeldt ved vanlige psykiske lidelser vil vanligvis være i stand til å vende tilbake til arbeid – helt eller delvis – i løpet av behandlingen. Det er ikke nødvendigvis fullstendig å overkomme de psykiske helseproblemene for at det skal være mulig å fungere i arbeid. *Modellen er dermed mer tidsavhengig enn symptomavhengig*. Det er imidlertid avgjørende at en plan for retur til arbeid utarbeides i et trygt samarbeid og bygger på personenes egen motivasjon.

Personer vil ha ulik jobbstatus i starten av terapien. Noen vil være fullt sykmeldt, enkelte er på gradert sykmelding og andre er i fullt arbeid. Det påvirker hvilke elementer behandleren bør vektlegge for den enkelte. Ved *full sykmelding* er det særlig viktig å kartlegge barrierer for retur til arbeid og tidlig lage en plan for tilbakevending. Jo lengre en er borte fra jobb, desto større blir barrierene for retur. Ved *gradert sykmelding* er situasjonen mindre prekær, men fortsatt er det viktig å kunne diskutere tiltak for å redusere langtidssykmelding og å fremme jobben som arena for mestring. For de *som har mistet jobben sin* utformes en strategi for retur til arbeidslivet (se Berge & Falkum, 2013).

Det er vist god effekt og redusert sykemelding ved et integrert tilbud med jobbfokusert kognitiv terapi med konkrete mål for endring i arbeid (Lagerveld et al., 2012; Seymor, 2010). Argumentet for integrerte tiltak styrkes ved den gode dokumentasjonen for en slik tilnærming ved de alvorlige psykiske lidelsene (Berge & Falkum, 2013). Jobbsituasjoner er en viktig rehabiliteringsarena for kartlegging og hjelp til mestring av symptomer. I jobbfokusert terapi legges vekt på bevisstgjøring av både ressurser og funksjonsproblemer. Arbeidsdeltakelsen økes planmessig i samarbeid med sykmeldende lege, leder og arbeidsplass.

12.3.4.4 Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Formålet med rekruttering av psykologer til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er å bidra til å styrke og videreutvikle det samlede og flerfaglige kommunale arbeidet innen psykisk helse- og rusfeltet. Arbeidsoppgavene deres er innen helsefremmende og forebyggende arbeid, annet folkehelsearbeid forøvrig, utredning, behandling og oppfølging. Psykologkompetansen benyttes i et bredt spenn fra plan- og systemarbeid, veiledning av annet fagpersonell til klinisk arbeid.

Målgruppen er mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, uavhengig av alvorlighetsgrad. Den innbefatter alle aldersgrupper; dvs. barn, unge, voksne og eldre. Enkeltindivider og familier, pårørende, grupper og lokalmiljø omfattes. Barn og unge som står i fare for å falle ut av, eller har falt ut av skolen er en del av målgruppen.

I underkant av halvparten av landets kommuner har pr i dag ansatt psykolog(er) med tilskudd fra Helsedirektoratet. I primærhelsemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015)⁴⁷ Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, vil regjeringen rekruttere flere psykologer til kommunene gjennom å lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse. Det vil bli innført en ny finansieringsordning for psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten frem til plikten trer i kraft i 2020. I ny folkehelsemelding, Meld. St. 19 (2014-2015) Mestring og muligheter, vil regjeringen likestille psykisk helse med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Arbeid og psykisk helse er et av innsatsområdene i meldingen. Det er et mål at psykologer i kommunene

⁴⁷ Meldingen er pr dato ikke behandlet i Stortinget.

skal jobbe mer utadrettet, forebyggende og helsefremmende, og bidra til å styrke den generelle kompetansen på psykisk helse gjennom å veilede og bistå andre yrkesgrupper i og utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Det foreligger ingen forskning som kan si noe om effekten av disse kommunale psykologtjenestene i forhold til arbeidsdeltakelse.

12.3.4.5 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt behandlingstilbud til mennesker med ulike angstproblemer, og/eller depresjon av lett til moderat grad, evt. med søvnproblemer i tillegg. Tiltaket skal gjøre virksom behandling tilgjengelig for befolkningen, og det er en forutsetning at det øker det samlede tilbudet innen psykisk helse i kommunen. Personer i målgruppen kan selv ta direkte kontakt. Ofte skjer henvisning fra fastlege eller NAV. Det er kort ventetid, og tilbud om behandling skal skje innen én til to uker. Tilbudet prøves ut i 18 piloter i 15 kommuner, og evalueres av Folkehelseinstituttet. Resultatene av evalueringen vil foreligge mot slutten av 2016.

Rask psykisk helsehjelp bygger på den britiske modellen "Improved access to psychological therapies" (IAPT). Behandlingstilbudet baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi. Tilbudet følger en trappetrinnsmodell, der hjelpen skal gis på lavest mulig nivå i «trappen». Første trinn er veiledet selvhjelp. Neste trinn er kurs i forebygging og mestring av depresjon og angstmestringskurs. Tredje trinn er individuelle samtaler over et begrenset tidsrom (varighet ca. 15 timer). I de 18 pilotprosjektene gis tilbudet av tverrfaglige team, med psykolog tilknyttet teamet. Alle som jobber i Rask psykisk helsehjelp må gjennomføre videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk Forening for Kognitiv Terapi.

Det foreligger ennå ingen forskning som kan si noe om effekten av denne typen rask helsehjelp i forhold til arbeidsdeltakelse.

12.3.4.6 Kurs i mestring av depresjon (kunnskapsbaserte mestringskurs)

KID-kursene bygger på et amerikansk kurskonsept, Coping with depression (CWD), som er godt dokumentert i forhold til positiv effekt på depresjon (se f.eks Kühner 2003). Kurset er et opplegg for gruppebehandling som bygger på kognitiv og atferdspsykologisk teori. Konseptet ble videreutviklet og tilpasset norske forhold, og satt i gang som et kurs i mestring av depresjon (KID) i 2001.

Bakgrunnen for etableringen av KID-kursene var et stort behov for lavterskeltilbud som kan forebygge at depresjon oppstår (primærforebygging) eller kommer tilbake (sekundærforebygging).

Kurslederopplæringen er rettet mot ansatte i helsetjenesten og NAV, med fagbakgrunn som psykolog, lege, sykepleier, ergoterapeut, sosionom, fysioterapeut eller andre med minimum tre års relevant utdanning fra universitet/høgskole. Fagakademiet gjennomfører kurslederopplæringen gjennom tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Formålet er å styrke tilbudet av kunnskapsbaserte forebyggende og behandlende tiltak overfor mennesker med depresjon og/eller belastninger som står i fare for å falle ut av arbeidsliv eller utdanning.

Det eksisterer tre kurstilbud; [Kurs i mestring av depresjon \(KiD\)](#), [Kurs i mestring av belastning \(KiB\)](#) og [Depresjonsmestring for ungdom \(DU-kurs\)](#). Om lag 1700 personer har gjennomført kurslederopplæring i KiD, 426 har tatt påbyggingen i KiB, og det er lært opp 95 kursledere i DU. For 2015 er det planlagt å gjennomføre 7 kurslederkurs i KiD, 3 kurslederkurs i KiB og 6 kurslederkurs i DU.

Antall gjennomførte kurs for befolkningen pr år er noe usikkert. Rådet for psykisk helse har en oversikt på sine nettsider over utdannende instruktører innen alle de tre kursene. Oversikten fra Rådet for psykisk helse viser at det i 2014 ble solgt 2388 kursbøker for KiD, 1382 kursbøker for KiB og 365 kursbøker for DU, til sammen 4135 kursbøker. Dersom en forutsetter et gjennomsnitt på 8 deltakere pr kurs, og at alle kursdeltakere har egne kursbøker, vil det si at det er gjennomført ca. 516 kurs rundt omkring i landet, fordelt på de tre kurstypene KiD, KiB og DU. Det er kun utdannende kursinstruktører som får tilgang til kjøp av kursmateriell hos Rådet for psykisk helse. Kostnadene ved å delta på kursene vil sannsynligvis kunne variere lokalt.

Det foreligger ennå ingen forskning som kan si noe om effekten av KiD, KiB eller DU-kurs i forhold til arbeidsdeltakelse.

12.3.5 Individtiltak i bedriften

12.3.5.1 Mestringskontakter

I opprinnelige iBedrift konseptet (2007) (basert på Aktiv rygg 2001-2005⁴⁸) i Vestfold ble det utnevnt mestringskontakter i virksomhetene. Mestringskontaktene fikk to dager ekstra opplæring og fikk utdelt skriftlig fagstoff om ryggsmertter. Mestringskontaktene skulle representere tilgjengelige likemenn som arbeidstakere med ryggplager kunne drøfte sine utfordringer med.

I forskningsprosjektet rundt iBedrift ble to grupper sammenliknet. I den ene gruppen måtte mestringskontakten be arbeidstakeren kontakte sin fastlege ved behov for medisinsk avklaring. I den andre gruppen fikk mestringskontakten en henvisningsmulighet direkte til en avklaringspoliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Det var kun i den siste gruppen hvor mestringskontakten hadde henvisningsmulighet til fysikalskmedisinsk avklaringspoliklinikk at man fant en statistisk signifikant reduksjon i sykefraværet⁴⁹

Imidlertid har rollen som mestringskontakt ikke blitt videreført etter avslutning av forskningsprosjektet i Vestfold. Det at en slik rolle mangler formell forankring både hos partene i arbeidslivet og innen helse er en utfordring, som vil gjøre det vanskelig å implementere denne løsningen i et eventuelt nasjonalt konsept.

12.3.5.2 Arbeidsgiverlos:

NAV har etablert funksjon som "Arbeidsgiverlos" i de fleste fylker. Arbeidsgiverlos har som oppdrag å bistå arbeidsgivere med kunnskap og veiledning om hvordan de kan gjennomføre tilrettelegginger og samtaler med ansatte som sliter med psykiske problemer og/eller

⁴⁸ Werner et al., Occ. Med.2007

⁴⁹ Odeen et al., J. Occ. Rehab. 2013

rusproblemer. I tillegg skal losen gi veiledning og råd om NAVs virkemidler og relevante tiltak for personer med psykiske helseproblemer.

Arbeidsgiverlosen har i dag en direkte funksjon knyttet til bedriftsinterne prosesser, og kan derfor ha en viktig rolle for å skape sammenheng mellom bedriftstiltak og eventuelle behov for videre bedriftsintern oppfølging av personer med psykiske helseplager.

12.4 Vedlegg til kapittel 5 Organisering

12.4.1 Oversikt over læringsmetoder og prinsipper som er vurdert.

Sammenstilling av læringsmetoder og prinsipper i vurderingsmatrise (Kilde: Linda Lai Strategisk kompetansestyring)

| Matriseoversikt over læremetoder koblet mot læringsprinsipper | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Lære- metoder | → Sentrale læringsprinsipper | | | | | | Fordelt Læring |
| | Mål | Motivasjon | Mening | Med- bestemmelse | Tilbake melding | For- sterkning | |
| Forelesning | Middels | Middels | Middels | Svak | Svak | Svak | God |
| Strukturert | Middels | Middels | Middels | Svak | Middels | Svak | God |
| Ustrukturert diskusjon | Middels | Middels | Middels | Gode | Middels | Svak | God |
| Veiledning | Gode | Gode | Gode | Middels | Gode | Gode | Gode |
| Jobbrotasjon | Gode | Middels | Middels | Gode | Gode | Gode | Gode |
| Case | Gode | Gode | Gode | Middels | Gode | Gode | Middels |
| Rollespill | Gode | Middels | Middels | Gode | Gode | Gode | Middels |
| Simulering | Middels | Middels | Gode | Svake | Middels | Gode | Middels |
| Databasert Læring | Middels | Middels | Middels | Middels | Middels | Gode | Middels |
| Selvstudium | Gode | Gode | Gode | Gode | Svake | Svake | Gode |

12.5 Vedlegg til kapittel 6 Implementering

12.5.1 Interessenter / Interessentanalyse

Dette avsnittet er utarbeidet med hensikt å få en oversikt over hvilke aktører som nasjonalt konsept er nødt til å forholde seg til i implementering og organiseringsarbeidet. I denne rapporten tas kun de viktigste med i fremstillingen. Interessentanalysen har også hatt til hensikt å kartlegge aktørens sannsynlig endringsmotstand eller medvirkning.

Interessentanalysen gir et bredt bilde over hvor mange nivå/ etater etc. som dette konseptet berører. Det er her gjort en prioritering av de aktørene med høy betydning for implementering og gjennomføring.

På anbefales at det utarbeides en kommunikasjonsstrategi etter prioriteringen i interesseanalysen i forbindelse med etablering av konseptet.

| Hvem stiller krav eller har forventninger til prosjektet | Beskriv hva Interessenten bidrar med | Beskriv interessentens forventninger og "suksesskriterier" | Beskriv hvordan interessenten skal håndteres |
|--|--|---|---|
| ASD / HOD AV-dir og H-dir | Forankring, finansiering, styringssignal | Ventelistegarantien oppfylles, sykefravær reduseres, %-andel gradert sykemelding økes | Kommunikasjonsstrategi - A |
| Regionale helseforetak | Kan bidra til implementering og være døråpner i Spes helse | Mindre trøkk på spesialisthelsetjenesten, kortere ventelister, mer riktig bruk av spesialisthelseressursene | Kommunikasjonsstrategi - A |
| Fylkesdirektører/ fylkeskontor | Kan bidra til implementering og være døråpner i NAV | Lavere sykefravær og høyere grad av gradering av sykemeldte | Interessenten behandles med faktabasert informasjon |
| Arbeidslivssenter | kompetanseheving i IA-virkomhetene og sansemessig implementering | Identifiserte tjenesteleveranser, merleveranser til IA-virkomhetene | Kommunikasjonsstrategi - A |

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| Spesialisthelsetjeneste | opplæring primærlegene, opplæring virksomheter | Kortere pasientkøer, får raskere fatt på de riktige pasientene, mer riktig bruk av ressursene | Kommunikasjonsstrategi - A |
| Partene i arbeidslivet | informasjon om tjenesten og tilgang til tjenesten | Effektiv bruk av helse-, arbeid- og velferdsressursene, på riktig nivå | Kommunikasjonsstrategi - A |
| Fagforeninger (ergoterapi, fysioterapi, leger) | informasjon om tjenesten og tilgang til tjenesten | Effektiv bruk av helse-, arbeid- og velferdsressursene, på riktig nivå | Kommunikasjonsstrategi - B |
| Fastleger / sykmeldere | informasjon om tjenesten og tilgang til tjenesten | Effektiv bruk av helse-, arbeid- og velferdsressursene, på riktig nivå | Kommunikasjonsstrategi - A |
| BHT | informasjon om tjenesten og tilgang til tjenesten | Mer komplett spekter med forebyggende folkehelsearbeid | Kommunikasjonsstrategi - A |
| IA-råd i fylkene | informasjon om tjenesten og tilgang til tjenesten | Effektiv bruk av helse-, arbeid- og velferdsressursene, på riktig nivå | Kommunikasjonsstrategi - A |

12.5.2 Grunnopplæring for instruktører

12.5.2.1 Grunnopplæring for instruktører del 1

Første del av en **felles** opplæring for nye IA-rådgivere og helsepersonell som skal være instruktører for «HelseArbeid». Som forberedelse til seminaret gjennomføres en startopplæring via e-læring og faglitteratur.

Omfang: maksimum 15 deltakere (både NAV og Helse) - tre dager

og 2. dag: fellesundervisning. Faglig grunnlag i forhold til muskel/skjelett, psykisk helse og helsefremmende arbeid, samt ikke-formyndende formidling.

3.dag: IA-rådgivere og helsepersonell hver for seg. Rollen man har som fagperson i konseptet. I tillegg kan man fordype seg ekstra innen eget fagområde.

Dag 3 avsluttes med å lage en plan frem til neste opplæringsseminar. Dette innebærer bl.a. at instruktørene får i oppgave å forberede seg på å holde en presentasjon på neste seminar, basert på informasjonen/budskapet som skal formidles i konseptet. På den måten får man et bilde av hva de har av faglige og pedagogiske (ikke-formyndende formidling) kunnskaper og ferdigheter.

12.5.2.2 Mellomperiode i grunnopplæringen for instruktører

Frem til Opplæringsseminar del 2, som er ca. en mnd. etter del 1, skal IA-rådgiverne og helsepersonellet hospitere på presentasjoner ute i bedrifter. Disse presentasjonene holdes av de som har ansvaret for opplæringen, evt. de som er ressurspersoner/mentorer ved Arbeidslivssentrene og i helsetjenesten (se pkt. 3e). De som skal jobbe sammen fra Arbeidslivssentrene og helsetjenesten hospiterer på samme presentasjoner. Det bør også legges det opp til selvstudium, for eksempel ved e-læring og relevante artikler.

12.5.2.3 Grunnopplæring for instruktører del 2

To dager.

Felles for IA-rådgivere og helsepersonell.

Innhold: deltakerne legger frem presentasjoner og deler erfaringer fra hospiteringene de har deltatt på. Innholdet i erfaringsdelingen og presentasjonene vil kunne danne grunnlag for hva man velger å fokusere videre på av det faglige innholdet i konseptet.

Ikke formyndende pedagogikk

Individuell vurdering av hver deltaker. Faglig godkjenning (evt sertifisering) som er gyldig for en avgrenset tid (eks tre år).

12.5.2.4 Etter opplæring for instruktører

Sentralisert etter opplæring (Resertifisering) etableres (eks hvert tredje år).

Av eksisterende opplæringstilbud kan det vurderes om elementer fra «12-minutteren» og opplæringspakkene for «Sees i morgen» kan brukes i opplæringsplanen.

12.6 Vedlegg til kapittel 8 Forskning og evaluering

Card, D., Johnston, A., Leung, P., Mas, A., & Pei, Z. (2015). Social Insurance Programs and The Labor Market. The Effect of Unemployment Benefits on the Duration of Unemployment Insurance Receipt: New Evidence from a Regression Kink Design in Missouri, 2003–2013. *American Economic Review: Papers & Proceedings* 105(5), 126-130.

Finansdepartementet. (2005). *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*.

Klein, K. J., & Knight, A. P. (2005). Innovation implementation: Overcoming the challenge. *Curr Dir Psychol Sci*, 14(5), 243-246.

Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). *Successful Program Implementation: Lessons From Blueprints: US Dept of Justice United States of America*.

Nøkleby, H., Berg, R., Nguyen, L., Blaasvær, N., & Kurtze, N. (2015). *Helseeffekter av arbeid. Notat 2015*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nøkleby, H., Ngyen, L., & Berg, R. (2015). *Effekt av det å være i arbeid på bruk av helsetjenester. Notat 2015*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Ree, E., Harris, A., Indahl, A., Tveito, T. H., & Malterud, K. (2014). How can a brief intervention contribute to coping with back pain? A focus group study about participants' experiences. *ScandiNAVian Journal of Public Health*, 1-6.

Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2002). Generation of allocation sequences in randomised trials: chance, not choice. *Lancet*, 359, 515-519.

12.6.1 Oversikt over publiserte artikler om iBedrift

| År | Tittel | Forfatter | Type studie | Deltakere | Sammendrag |
|------|--|--|--------------------------------------|--|--|
| 1995 | Good prognosis for low back pain when left untampered | Indahl, A. Velund, L. Reikeraas, O. | Randomisert kontrollert studie (RCT) | 975 pasienter, tilfeldig fordelt til en av studiens to grupper | Hensikten med studien var å undersøke effekten av å behandle ryggplager som en godartet, selvbegrensende tilstand og anbefale normal dagligdags aktivitet. Resultatene viste en høyst signifikant reduksjon i sykefravær i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Etter 200 dager hadde 60 % av kontrollgruppen fortsatt sykefravær, sammenliknet med 30 % i intervensjonsgruppen. Studien indikerer at det å behandle ryggplager som en godartet, selvbegrensende tilstand og anbefale lett aktivitet gir svært mye bedre resultater enn behandling innenfor det ordinære helsesystemet. |
| 1998 | Patients with low back pain not returning to work | Haldorsen, E. Indahl, A. Ursin, H. | Prospektiv kohortstudie | 260 pasienter | Hensikten var å undersøke om medisinske, psykologiske eller sosiale faktorer kan predikere hvorfor noen ikke kommer tilbake til arbeid etter deltakelse i et tiltak som behandler ryggplager som en godartet, selvbegrensende tilstand og anbefaler lett aktivitet. Resultatene vist at kun sammensatte modeller hadde akseptabel predikativ styrke. Dominante variabler var lav mestring (internal health locus of control), begrenset sidebevegelse (lateral mobilitet), og redusert arbeidsevne. |
| 1998 | A five-year follow-up to a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain | Indahl, A. Haldorsen, E. Holm, S. Reikerås, O. Ursin, H. | RCT | 489 pasienter | Dette er en 5 års oppfølging fra overnevnte studie. Hensikten var å måle langtidseffektene av en informativ tilnærming til ryggplager. Resultatene viste at 84 (34 %) pasienter i kontrollgruppen var fraværende fra jobb 5 år etter, sammenliknet med 47 (19 %) av pasientene i intervensjonsgruppen. Det var også færre tilfeller av gjentakende sykefravær i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Studien indikerer at subkroniske ryggmerter kan håndteres effektivt med en tilnærming som innebærer en klinisk undersøkelse kombinert med informasjon til pasientene om plagenes natur, formidlet på en måte som reduserer frykt og gir en grunn for å være i bevegelse. |
| 2005 | Beliefs About Low Back Pain in the Norwegian | Werner, E. L. Ihlebak, C. Skouen, J. S. Lærum, E. | Tverrsnittstudie | 1502 tilfeldig valgte norske innbyggere | Hensikten var å undersøke om oppfatninger om ryggplager var relatert til personlig erfaring og hvilke profesjon man har oppsøkt for behandling/veiledning. Resultatene viste at personlig erfaring med ryggmerter var viktig for deltakernes oppfatninger om ryggplager. Personer som tidligere hadde hatt ryggmerter hadde |

| År | Tittel | Forfatter | Type studie | Deltakere | Sammendrag |
|------|--|---|----------------------|--|---|
| | General Population: Are They Related to Pain Experiences and Health Professionals? | | | | mer tro på de to utsagnene "Ryggsmerter leges best av seg selv" og "I de fleste tilfeller går ryggsmerter over av seg selv i løpet av et par uker " enn de med nåværende smerte. Det var signifikant forskjell i oppfatninger mellom leger og kiropraktorer på de samme to utsagnene, og disse forskjellene var også gjeldene for troen til pasientene som hadde blitt behandlet av de to ulike yrkesgruppene. Kiropraktorene var stort sett uenig i de to utsagnene, mens legene stort sett var enig. Disse forskjellene kan være frustrerende for personer som oppsøker mer enn en yrkesgruppe når de opplever ryggsmerter, og kan hindre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. |
| 2007 | Low back pain media campaign: No effect on sickness behaviour | Werner, E. L. Ihlebæk, C. Wormgoor, M. E. A. Indahl, A. | Kvasi-eksperimentell | 1500 tilfeldig utvalgte norske innbyggere i Vestfold, Aust-Agder og Telemark | Hensikten var å evaluere effekten av en mediekampanje rettet mot å ender feilaktige oppfatninger om ryggplager. Kampanjen førte til en liten, men statistisk signifikant endring i oppfatninger om ryggplager i allmennheten. Spesielt oppfatninger om viktigheten av å være i aktivitet og jobb ved ryggplager, og holdningen til røntgenbilder, så ut til å endre seg på bakgrunn av kampanjen. Denne endringen i forståelse og holdninger førte derimot ikke til endring i sykefravær. |
| 2007 | Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave | Werner, E. L. Lærum, E. Wormgoor, M. E. A. Lindh, E. Indahl, A. | Effektevaluering | 6 bedrifter (3 i Vestfold, 3 i Aust-Agder). Til sammen 3500 ansatte | Hensikten var å evaluere effekten av å opprette mestringskontakter, holde informasjonsmøter til alle ansatte og utdeling av skriftlig materiale om ryggplager i seks bedrifter. Resultatene viste at forekomsten av ryggsmerter holdt seg konstant igjennom hele studieperioden (2002-2005). Det var en liten nedgang i bruk av helsepersonell, og betydelig forbedring i oppfatninger om ryggplager, i tråd med budskapet i kampanjen. Det generelle sykefraværet ble redusert med 27 % og det ryggspesifikke sykefraværet med 49 % i innsatsbedriftene i studieperioden. Det var en generell nedgang i sykefraværet i Norge på 13 % i perioden 2001-2005, og en nedgang på 28 % på det ryggspesifikke sykefraværet i samme periode. Reduksjonen i innsatsbedriftene var større enn reduksjonen på landsbasis, men studien har ingen randomisering eller kontrollgruppe, og resultatene skal derfor benyttes med forsiktighet. På bakgrunn av dette ble det i 2008 designet en stor RCT for å teste effekten av iBedrift rettet mot ryggplager (se 2013, RCT). |
| 2008 | Healthcare provider back | Werner, E. L. | Kvasi- | 243 leger, fysioterapeuter, | Helsepersonell spiller en nøkkelrolle i å overføre kunnskap og oppfatninger om ryggplager til sine pasienter. Overnevnte studie fra 2005 viser at det er en forskjell i |

| År | Tittel | Forfatter | Type studie | Deltakere | Sammendrag |
|------|---|--|------------------|---|---|
| | pain beliefs unaffected by a media campaign | Gross, D. P. Lie, S. A. Ihlebak, C. | eksperimentell | og kiropraktorer i Vestfold, Aust-Agder og Telemark | oppfatninger om ryggsmarter blant de ulike yrkesgruppene som behandler pasienter med ryggsmarter. Hensikten med denne studien var å undersøke om helsepersonell som var utsatt for en mediekampanje endret sine oppfatninger om ryggplager. Resultatene viste at mediekampanjen ikke resulterte i viktige forbedringer i oppfatninger om ryggplager blant helsepersonell som var eksponert for kampanjen. Det ble observert vesentlig forskjeller i oppfatninger om ryggplager blant de ulike helseprofesjonene. Legenes oppfatninger var mest i tråd med de kliniske retningslinjene, fremfor fysioterapeuter og dernest kiropraktorer. |
| 2013 | Effect of Peer-Based Low Back Pain Information and Reassurance at the Workplace on Sick Leave: A Cluster Randomized Trial | Odeen, M. Ihlebak, C. Indahl, A. Wormgoor, M. E. A. Lie, S. A. Eriksen, H. R. | RCT | 2 norske kommuner, bestående av 135 enheter og 3500 ansatte | Hensikten var å evaluere effekten av iBedrift, rettet mot uspesifikke muskel- og skjelettplager, på sykefravær og andre helserelaterte variabler. Resultatene viste at i gruppen med informasjonsmøter og mestringskontakt ble sykefraværet redusert med 7 %. I gruppen som også hadde tilgang til ryggpoliklinikk ble sykefraværet redusert med 4 %, mens kontrollgruppen som ikke mottok noen av tiltakene hadde en økning i sykefraværet på 7 %. I tillegg til å ha effekt på sykefravær, hadde intervensjonen også effekt på deltakernes antakelser om ryggplager. Etter å ha deltatt i intervensjonen trodde deltakerne mindre på feilaktige myter om ryggplager, spesielt gjaldt dette mytene om at røntgenbilder alltid viser årsaken til ryggsmarter og at tunge løft som regel er årsaken til ryggsmarter. Frykt for smerte ved bevegelse ble redusert i alle gruppene |
| 2013 | Subjective Health Complaints and Self-Rated Health: Are Expectancies More Important Than | Ree, E. Odeen, M. Eriksen, H.R. Indahl, A. Ihlebak, C. | Tverrsnittstudie | 1746 norske kommune-ansatte | Hensikten med studien var å undersøke i hvilken grad sosioøkonomisk status, fysisk arbeidsbelastning og mestring har betydning for helse. Vi vet fra tidligere forskning at det er en sterk sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse og mellom arbeidsbelastning og helse. Disse sammenhengene forklares ofte ut fra at de i lavere sosioøkonomiske grupper har høyere grad av arbeidsbelastning og dermed dårligere helse. Derfor var det også spesielt interessant å finne ut om mestring kan forklare sammenhengen mellom utdanning og helse og mellom fysisk arbeidsbelastning og helse. Resultatene indikerte at mestringsforventninger er mer |

| År | Tittel | Forfatter | Type studie | Deltakere | Sammendrag |
|------|---|--|-------------|-------------------------------------|---|
| | Socioeconomic Status and Workload? | Hetland, J. Harris, A. | | | viktig for subjektive helseplager og helse enn veletablert mål på sosioøkonomisk status, som antall år med utdanning og fysisk arbeidsbelastning. Mestringsforventninger ser ut til å fungere som en mekanisme mellom fysisk arbeidsbelastning og helse. |
| 2014 | How can a brief intervention contribute to coping with back pain? A focus group study about participants' experiences | Ree, E. Harris, A. Indahl, A. Tveito, T. H. Malterud, K. | Fokusgruppe | 3 fokusgrupper, totalt 10 deltakere | Hensikten var å undersøke hvordan personer som har deltatt i en kort intervensjon (BI) for rygg- og nakkeplager oppfatter forbindelsen mellom intervensjonen og deres påfølgende mestring. Resultatene avdekket at å få kunnskapen levert på en forståelig måte, ved anvendelse av praktiske eksempler og bilder, var viktig for deltakernes nytte av tiltaket. Det var også svært viktig å ha tillitt til foreleserne og oppfatt dem som eksperter på feltet. Forståelse for hvorfor de følte smerte, og at smerten ikke representerte en alvorlig sykdom, forandret deltakernes oppfatning av hvordan de kunne fungere med sine plager. |

12.7 Vedlegg til kapittel 9 Kunnskapsgrunnlag

1. Odeen, M., et al., *Effect of Peer-Based Low Back Pain Information and Reassurance at the Workplace on Sick Leave: A Cluster Randomized Trial*. J Occup Rehabil, 2013. **23**(2): p. 209-219.
2. Waddell, B. and A.K. Burton, *Is work good for your health and well-being?* 2006, HM Government: London.
3. Claussen, B., *Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed*. Scand J Public Health, 1999. **27**(2): p. 94-100.
4. Mathers, C.D. and D.J. Schofield, *The health consequences of unemployment: the evidence*. Med J Aust, 1998. **168**(4): p. 178-82.
5. Fryers, T., D. Melzer, and R. Jenkins, *Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003. **38**(5): p. 229-37.
6. Thomas, C., M. Benzeval, and S.A. Stansfeld, *Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey*. J Epidemiol Community Health, 2005. **59**(3): p. 243-9.
7. Rueda, S., et al., *Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review*. Am J Public Health, 2012. **102**(3): p. 541-56.
8. Brage, S., J.P. Nossen, and O. Thune, *Flere blir Sykmeldt For Symptomer og plager, in Arbeid og velferd*. 2013.
9. Ihlebaek, C., S. Brage, and H.R. Eriksen, *Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003*. Occup Med (Lond), 2007. **57**(1): p. 43-9.
10. Borchgrevink, P., Fredheim, OMS., Fors, EA., Hara, K., Holen, A., Stiles, TC *Hva er sammensatte lidelser?* Tidsskr Nor Legeforen 2009. **129**(13): p. 1368.
11. Barnett, K., et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. Lancet, 2012. **380**(9836): p. 37-43.
12. R., P., *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*. . 1997, London: HarperCollins.
13. Gjernes, T. *Helsemodeller og forebyggende helsearbeid*. 2004 16.03.2004]; Available from: <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/>.
14. Wade, D.T. and P.W. Halligan, *Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?* BMJ : British Medical Journal, 2004. **329**(7479): p. 1398-1401.
15. Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977. **196**(4286): p. 129-36.
16. Sovik, O., *[The concept of disease in historical and current context]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2001. **121**(22): p. 2624-7.
17. En komite oppnevnt av Alment praktiserende lægers forening, N.s.f.a., Offentlige

- legers and N.b. landsforening, *Primærlegen mot år 2000*. Oslo, . 1991.
18. Hetlevik, I., *Evidence-based medicine in general practice: a hindrance to optimal medical care?* Scand J Prim Health Care, 2004. **22**(3): p. 136-40.
 19. Schou, M.B., S. Krokstad, and S. Westin, *[How is self-rated health associated with mortality?]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2006. **126**(20): p. 2644-7.
 20. Ihlebaek, C., H.R. Eriksen, and H. Ursin, *Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway*. Scand J Public Health, 2002. **30**(1): p. 20-9.
 21. Hannay, D.R., *The symptom iceberg : a study of community health*. 1979, London ; Boston: Routledge & Kegan Paul.
 22. Verbrugge, L.M. and F.J. Ascione, *Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them*. Medical Care, 1987. **25**(6): p. 539-69.
 23. Reidenberg, M.M. and D.T. Lowenthal, *Adverse nondrug reactions*. New England Journal of Medicine, 1968. **279**(13): p. 678-9.
 24. Kroenke, K. and R.K. Price, *Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity*. Archives of Internal Medicine, 1993. **153**(21): p. 2474-80.
 25. Lunde, E.S. *Hva slags problemer går vi til fastlegen med?* 2007; Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hva-slags-problemer-gaar-vi-til-fastlegen-med>.
 26. Mykletun, A., A.K. Knudsen, and K.S. Mathiesen, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 27. Eriksen, H.R., et al., *Are subjective health complaints a result of modern civilization?* Int J Behav Med, 2004. **11**(2): p. 122-5.
 28. Malt, U.F., et al., *[Functional somatic diseases--a review]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2002. **122**(14): p. 1379-84.
 29. Kroenke, K. and A.D. Mangelsdorff, *Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome*. American Journal of Medicine, 1989. **86**(3): p. 262-6.
 30. Edwards, T.M., et al., *The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature*. Ment Health Fam Med, 2010. **7**(4): p. 209-21.
 31. Frances, A., *The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill*. BMJ, 2013. **346**: p. f1580.
 32. OECD, *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. 2012: OECD Publishing.
 33. NAV, *Utviklingen i sykefraværet, 1. kvartal 2014*. 2014, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.
 34. NAV, *Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2013*. 2014, Arbeids- og Velferdsdirektoratet.
 35. Beland, F., S. Birch, and G. Stoddart, *Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations*. Soc Sci Med, 2002. **55**(11): p. 2033-52.

36. Gerdtham, U.G. and M. Johannesson, *A note on the effect of unemployment on mortality*. J Health Econ, 2003. **22**(3): p. 505-18.
37. Arnstein Mykletun, A.K., Ann Kristin. , *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. 2009, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
38. Regier, D.A., et al., *The ICD-10 clinical field trial for mental and behavioral disorders: results in Canada and the United States*. Am J Psychiatry, 1994. **151**(9): p. 1340-50.
39. Aamland, A., K. Malterud, and E.L. Werner, *Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: a systematic review*. Scand J Prim Health Care, 2012. **30**(3): p. 147-55.
40. Mykletun, A. and A.K. Knudsen, *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. 2009, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
41. Aakvik, A., T.H. Holmas, and M. Kamrul Islam, *Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data*. Soc Sci Med, 2010. **70**(10): p. 1590-8.
42. Nielsen, M.B., et al., *Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems*. Disabil Rehabil, 2012. **34**(15): p. 1311-6.
43. Seymor, L., *Common mental health problems at work. What we know about successful interventions. A progress review*. . 2010, Sainsbury Centre for Mental Health.
44. Henderson, M., et al., *Work and common psychiatric disorders*. J R Soc Med, 2011. **104**(5): p. 198-207.
45. Kessler, R., et al., *Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer*. J Occup Environ Med, 2008. **50**(7): p. 809-16.
46. Alonso, J., et al., *Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2004(420): p. 38-46.
47. Bruch, M.A., M. Fallon, and R.G. Heimberg, *Social phobia and difficulties in occupational adjustment*. Journal of Consulting Psychology, 2003. **50**.
48. Stansfield, S.A., et al., *Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample*. Can J Psychiatry, 2008. **53**(6): p. 371-6.
49. Stein, M.B. and Y.M. Kean, *Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings*. Am J Psychiatry, 2000. **157**(10): p. 1606-13.
50. Turner, S.M., et al., *Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder*. J Abnorm Psychol, 1986. **95**(4): p. 389-94.
51. Gullslett, M.K., Kim, H. S., & Borg, M. , *Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations*. ScandiNAVian Psychologist,, 2014. **1**(e2).
52. Irvine, A., *Something to declare? The disclosure of common mental health problems at work*. Disability & Society, 2011. **26**(2): p. 13.

53. Treede, R.D., et al., *A classification of chronic pain for ICD-11*. Pain, 2015. **156**(6): p. 1003-7.
54. FORMI. *Nasjonale retningslinjer for korsryggsmerter*. [cited 2015; Available from: http://www.formi.no/Helsepersonell/id/kliniske_retningslinjer/].
55. Hagen, E.M., H.R. Eriksen, and H. Ursin, *Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain?* Spine (Phila Pa 1976), 2000. **25**(15): p. 1973-6.
56. Indahl, A., *Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis*. Scand J Rheumatol, 2004. **33**(4): p. 199-209.
57. Johnsen, L.G., et al., *Cost-effectiveness of total disc replacement versus multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic low back pain: a Norwegian multicenter RCT*. Spine (Phila Pa 1976), 2014. **39**(1): p. 23-32.
58. Myhre, K., et al., *The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial*. Spine (Phila Pa 1976), 2014. **39**(24): p. 1999-2006.
59. Marchand, G.H., et al., *Change in pain, disability and influence of fear-avoidance in a work-focused intervention on neck and back pain: a randomized controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord, 2015. **16**: p. 94.
60. Ree, E., et al., *How can a brief intervention contribute to coping with back pain? A focus group study about participants' experiences*. Scand J Public Health, 2014. **42**(8): p. 821-6.
61. Brage, S., et al., *[Musculoskeletal disorders as causes of sick leave and disability benefits]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2010. **130**(23): p. 2369-70.
62. George, S.Z., et al., *Evidence for a biopsychosocial influence on shoulder pain: pain catastrophizing and catechol-O-methyltransferase (COMT) diplotype predict clinical pain ratings*. Pain, 2008. **136**(1-2): p. 53-61.
63. Holmgren, T., et al., *Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study*. BMJ, 2012. **344**: p. e787.
64. Kukkonen, J., et al., *Treatment of Nontraumatic Rotator Cuff Tears. A Randomized Controlled Trial with Two Years of Clinical and Imaging Follow-up*, 2015. **97**(21): p. 1729-1737.
65. Skare, O., et al., *Efficacy of labral repair, biceps tenodesis, and diagnostic arthroscopy for SLAP lesions of the shoulder: a randomised controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord, 2010. **11**: p. 228.
66. Fransen, M., et al. *Exercise for osteoarthritis of the knee*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD004376.pub3.
67. Olausen, M., et al., *Corticosteroid or placebo injection combined with deep transverse friction massage, Mills manipulation, stretching and eccentric exercise for acute lateral epicondylitis: a randomised, controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord, 2015. **16**: p. 122.

68. Weber, C., et al., *Efficacy of physical therapy for the treatment of lateral epicondylitis: a meta-analysis*. BMC Musculoskelet Disord, 2015. **16**: p. 223.
69. Deyo, R.A. and J.N. Weinstein, *Low back pain*. N Engl J Med, 2001. **344**(5): p. 363-70.
70. Airaksinen, O., et al., *Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain*. Eur Spine J, 2006. **15 Suppl 2**: p. S192-300.
71. Videman, T., E. Levalahti, and M.C. Battie, *The effects of anthropometrics, lifting strength, and physical activities in disc degeneration*. Spine (Phila Pa 1976), 2007. **32**(13): p. 1406-13.
72. Indahl, A., *Low back pain - a functional disturbance: physiology and treatment*. 1999, Centre for Orthopaedics, National Hospital, University of Oslo: Oslo. p. 1 b. (flere pag.).
73. OECD, *Mental Health and Work: Norway*. 2013: OECD Publishing.
74. OECD, *Fit mind, fit job. From evidence to practice in mental health and work*. 2015.
75. Overland, S., et al., *Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK)*. Occup Environ Med, 2008. **65**(11): p. 769-73.
76. Joner, A., *[Sick listing--health service or disservice?]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2008. **128**(8): p. 940-1.
77. Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. . 2009.
78. Englund, L. and K. Svardsudd, *Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county*. Scand J Prim Health Care, 2000. **18**(2): p. 81-6.
79. Wahlstrom, R. and K. Alexanderson, *Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices*. Scand J Public Health Suppl, 2004. **63**: p. 222-55.
80. Aarseth, G., et al., *[Medical certificate for work disability--form for inconvenience]*. Tidsskr Nor Lægeforen, 2014. **134**(1): p. 58-61.
81. Overland, S., et al., *Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: the HUNT Study*. Psychiatr Serv, 2007. **58**(11): p. 1479-82.
82. Isometsa, E.T., H. Katila, and T. Aro, *Disability pension for major depression in Finland*. Am J Psychiatry, 2000. **157**(11): p. 1869-72.
83. Honkonen, T.I., et al., *Quality of treatment and disability compensation in depression: comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland*. J Clin Psychiatry, 2007. **68**(12): p. 1886-93.
84. Rønning, M., Sakshaug, S., Strøm, H., Berg, C. and L. L., I., Blix, H. S., et al., *Legemiddelforbruket i Norge 2004 – 2008*. 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
85. Kirsch, I., et al., *Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration*. PLoS Med, 2008. **5**(2): p. e45.
86. Fournier, J.C., et al., *Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis*. JAMA, 2010. **303**(1): p. 47-53.
87. Hunot, V., et al., *Psychological therapies for generalised anxiety disorder*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(1): p. CD001848.
88. Mykletun, A., et al., *General practitioners' opinions on how to improve treatment of*

- mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. BMC Health Serv Res, 2010. 10: p. 35.*
89. Schaufeli WB, B.B., *Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In The Handbook of Work and Health Psychology 2nd ed. . Chichester, England Cooper GL. John Wiley and Sons Ltd. .*
 90. Berge, T. and E. Falkum, *Se mulighetene. Psykisk helse og arbeidsliv. 2013, Oslo: Gyldendal Akademisk.*
 91. Aagestad, C., et al., *Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. J Occup Environ Med, 2014. 56(8): p. 787-93.*
 92. Vooijs, M., et al., *Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. Occup Environ Med, 2015. 72(11): p. 820-6.*
 93. Lambeek, L.C., et al., *Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. British Medical Journal, 2010. 340.*
 94. Lagerveld, S.E., et al., *Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. J Occup Health Psychol, 2012. 17(2): p. 220-34.*
 95. Haslam, C., et al., *Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). J Affect Disord, 2005. 88(2): p. 209-15.*
 96. Diffley, C. *Managing mental health: Research into the management of mental health problems in the workplace. . 2003; Available from: http://www.mind.org.uk/media/44253/Managing_and_supporting_MH_at_work.pdf.*
 97. Munir, F., et al., *Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness. Int J Rehabil Res, 2005. 28(2): p. 111-7.*
 98. Nieuwenhuijsen, K., et al., *Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. Occup Environ Med, 2004. 61(10): p. 817-23.*
 99. Lagerveld, S.E., et al., *Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. Work & Stress, 2010. 24(4): p. 359-375.*
 100. Page, K.M., Tchernitskaia, Irina, *Use of Motivational Interviewing to Improve Return-to-work and Work-related Outcomes: A Review. Australian Journal of Rehabilitation Counselling, 2014. 20(1): p. 38-49.*
 101. Indahl, A., et al., *Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. Spine, 1998. 23(23): p. 2625-30.*
 102. Reme, S.E., et al., *Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. Occup Environ Med, 2015.*

103. Burns, T., et al., *The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support*. Schizophrenia Bulletin, 2009. **35**(5): p. 949-958.
104. Bond, G.R., R.E. Drake, and D.R. Becker, *An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008. **31**(4): p. 280-290.
105. Fimland, M.S., et al., *Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial*. BMC Public Health, 2014. **14**: p. 9.

12.8 Vedlegg kapittel 11 Arbeidsprosess

12.8.1 Bemanning og oppnevning av arbeidsgrupper

Prosjektorganiseringen har vært tradisjonell, med fem arbeidsgrupper med ansvar for definerte deler av rapporten. De fem arbeidsgruppene ble forsøkt sammensatt med hensyn til relevant og bred kompetanse, deltakelse fra begge sektorer og geografisk spredning. Det ble utarbeidet egne mandater for alle gruppene.

12.8.2 Felles føringer for arbeidet i arbeidsgruppene

Arbeidsgruppenes oppdrag er gitt i henhold til godkjent prosjektplanen 2015 for «Nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift ». Arbeidsgruppene skal levere sine ferdigstilte oppdrag til prosjektledelsen i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet innen utgangen av oktober 2015. Før ferdigstilling må gruppene sørge for gjensidig koordinering for å i størst mulig grad sikre et helhetlig produkt. Gruppene leveranser vil sammenstilles til én sluttrapport som gir utgangspunkt for endelig beslutning for direktoratenes ledelse innen utgangen av 2015. Dersom konseptet skal etableres nasjonalt vil gruppene leveranser bli en del av implementeringsarbeidet.

12.8.2.1 Sentrale forutsetninger for gruppens arbeidsoppgaver

- Gruppene skal ta utgangspunkt i nåværende prosjekter i fylkene, rapporten fra Kringler Gård (17.juni 2014) og den kartlegging som er gjennomført i seks fylker. Gruppen skal levere sine bidrag som del i et felles arbeid med å utvikle et nasjonalt konsept basert på erfaringen fra seks fylker som i dag tilbyr iBedrift.
- Gruppene skal i sitt arbeid med å utarbeider sine forslag ut fra de gitte mandatene også vurdere tilstøtende prosjekter og satsinger innen arbeid og helsefeltet.
- NAV og helsetjenesten skal eie dette sammen og derfor må gruppene fremstilling gjenspeile dette samarbeidet
- Konseptet skal utarbeides slik at det inneholder både bedriftstiltak og individtiltak
- Det må foreslås et minimum av tilbud som må inngå i konseptet slik at det er mulig å tilby i hele landet. I tillegg skal det beskrives bedriftstiltak og individtiltak som går utover et minimumstilbud. Dette for å tilrettelegge for at konseptet skal kunne tilpasses lokale forhold.
- Forslagene som beskrives og foreslås må i så stor grad som mulig være erfarings og kunnskapsbasert.
- Gruppene må vurdere hvilke interessenter (eks. arbeidsgivere, brukerorganisasjoner, fagpersoner) som kan være relevante å involvere i arbeidet. Gruppen står fritt til å inviterer til samhandling der det sees som nødvendig og hensiktsmessig, for å sikre faglige innspill og god forankring.
- Gruppene skal sikre at konseptet leverer tilbud både innen muskel-skjelettplager og lettere psykiske helseplager.

- Gruppene skal forsøke å komme fram til omforente beslutninger basert på konsensus. Dersom dette ikke er mulig på enkelte punkter, skal gruppene presentere alternative anbefalinger og grunnlaget for disse.

12.8.2.2 Gruppens arbeidsform og prosjektstøtte:

Projectplace skal benyttes som felles samhandlingsarena for alle deltakere i arbeidsgruppene og av prosjektledelsen. Dette skal sikre god informasjonsflyt både internt i gruppene, på tvers av gruppene, med prosjektstøtten og prosjektledelsen. Gruppene og prosjektledelsens arbeid og planer skal fortløpende publiseres i Projectplace.

Projectplace skal benyttes aktivt i arbeidet med å dele kunnskap og utveksle meninger og på denne måten kan dette bli et rom for samhandling hvor vi får gode faglige diskusjoner, kommentarer, faglig støtte og hjelp til hverandre i arbeidsprosessene. Det gis opplæring i prosjektverktøyet ved oppstart. Ansvar for administrasjon av Projectplace ligger hos prosjektledelsen.

12.8.3 Sammensetning av arbeidsgruppene og mandater

12.8.3.1 Arbeidsgruppe 1 Bedriftstiltak med sammensetning

1. Maja Andreasen, NAV Arbeidslivssenter Troms, (leder)
2. Olav Rui, NAV Arbeidslivssenter Telemark,
3. Morten Hanssen, NAV Arbeidslivssenter Akershus,
4. Line Berre Paulsen, RHF Helse Sør Øst, Sykehuset i Vestfold
5. Evy Stock, RHF Helse Nord, Universitetssykehuset Nord-Norge)
6. Marit Hannisdal, RHF Helse Sør Øst, Diakonhjemmet
7. Gislaug Hansen, arbeidsgiverlos, NAV Arbeidslivssenter i Troms,
8. John Fredrik Swärd, HMS direktør og Jorunn Elvebakken Posten Norge AS
9. Ketil Nordstand, Helsedirektoratet

Prosjektstøtte: Ingvild Gjone/Janne Ursin fra Arbeids- og velferdsdirektoratet

12.8.3.2 Mandat arbeidsgruppe 1 Bedriftstiltak:

Gruppen skal gi sine anbefalinger og begrunne sine forslag om hvordan et primærforebyggende tilbud fra NAV og helsetjenesten til bedriftene skal være og hva som skal være innholdet i et nytt nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift.

1. Beskrive innholdet i bedriftstilbudet som foreslås i det nye nasjonale konseptet
 - a. Tydeliggjør sentrale innsalgsargumenter om hva som gir effekt av bedriftstilbudet i konseptet ved rekruttering av virksomheter. Utarbeide en god
 - b. visuell framstilling over hva som inngår i bedriftstilbudet hvor det også tydelig framkommer innholdet i leveransene (aktiviteter) som tilbys utover opplæringsmodulene, og hva bedriften selv må bidra med.

2. Utarbeide det faglige innholdet i bedriftstilbudet i et nytt nasjonalt konsept basert på erfaringene fra iBedrift
 - a. Utarbeide det faglige innholdet i bedriftstilbudet, foreslå navn på de forskjellige opplæringsmodulene og leveranser (aktiviteter) med rekkefølge og varighet. Det faglige innholdet bør utarbeides med klare målsetting for modulene med læringsmål og hensikt for den enkelte modul, samt angi relevant fagstoff i modulene.
 - b. Utarbeide en grundig introduksjon til det faglige fundament og verdigrunnlaget som det nye konseptet skal bygge på. I samarbeid med gruppe 5 redegjøre for relevant forskning og erfaringsbasert materiale som støtter opp dette.
 - c. Vurder bruk av "Mestringskontakter" og hvordan de eventuelt skal brukes.
3. Beskrive hvordan en sikrer et godt faglig og organisatorisk samarbeid mellom NAV, helsetjenesten og virksomhetene.
 - a. Her inkluderes en beskrivelse av hvordan man samarbeider og hvilke samhandlingsarenaer som er nødvendige for å gjennomføre tilbudet på en faglig forsvarlig måte.
4. Beskrive hvilke kompetansekrav som bør ligge til grunn i henholdsvis NAV og Helse for gjennomføring av bedriftsmodulene
 - a. Tydeliggjør hvilken kompetanse som bør benyttes til de forskjellige opplæringsmodulene og leveransene.
 - b. Beskriv fordelingen mellom NAV/Helse gjennom hele prosessen fra forberedelse og gjennomføring til evaluering og etterarbeid av bedriftstiltakene.
 - c. Identifiser nødvendig opplæringsbehov og evt veiledning til fagpersonell som skal tilby bedriftstiltakene og foreslå hvordan dette kan gjennomføres.
 - d. Forslag til opplæring og veiledning bør utarbeides i nært samarbeid med gruppe 3.
5. Sammen med gruppe 2 sikre en koordinert anbefaling om hva det nye konseptet skal inneholde av individ og bedriftstiltak

12.8.3.3 Arbeidsgruppe 2 Individtiltak

1. Jostein Bentzen, RHF Helse Nord (Universitetssykehuset Nord-Norge) (leder)
Anders Bergkvist, Valnes Helsesportsenter. Leder for gruppen fra sommer 2015.
2. Geir Jakobsen, NAV Tromsø,
3. Morten Calmeyer, rådgivende overlege, NAV Akershus (gikk ut sommer)
4. Ida Gottlieb, RHF Helse Sør Øst, Sykehuset i Vestfold
5. Lars Trøan, NAV Arbeidslivssenter Vestfold
6. Aud Rønningen, RHF Helse Sør-Øst, Revmatismesykehuset Lillehammer
7. Sigmund Gismervik, Helse Midt, Overlege FYSMED St. Olav – Hysnes
8. Ragne Gjengedal, RHF Helse Sør-Øst, Diakonhjemmet Raskere tilbake,

12.8.3.4 Mandat arbeidsgruppe 2 Individtiltak:

1. Forslå og gi anbefalinger om aktuelle tilbud som skal være tilgjengelige som individtiltak.

Individtilbudene skal ha som målsetting å bidra til rask avklaring av helse og mulighet for å være i arbeid. Individtilbudene skal supplere og videreføre tenkningen i bedriftstiltakene.

a. Forslagene vurderes ut fra eksisterende tilbud i både i helsetjenestens første- og andrelinjetjeneste, samt tjenestetilbudet i NAV lokalt og i fylkene. Det vises spesielt til dagens ordninger innen Raskere tilbake, kommunenes helsetjenestetilbud samt faglig tilbud i NAV og helsetjenesten knyttet til Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse 2013 – 2016.

b. Beskriv hvordan et tettere samarbeid mellom NAV og helsetjenesten kan foregå for å styrke god oppfølging av personer som trenger rask avklaring og eventuell hjelp, samt hvordan en kan sikre god samhandling.

c. Beskrive løsninger for nødvendig samarbeid med primærhelsetjenesten, NAV kontorene og fastlege, og koordinere med gruppe 3 om dette.

d. Anbefalingene fra gruppen må være gjennomførbare uten at tilbudet fører til gjennomgripende endringer i allerede etablert tilbud. Anbefalingene må prioriteres ut fra hvilke tjenester hele befolkningen må ha tilgang på, hvilke tjenester som er et absolutt minimum for å implementere konseptet i et område, samt foreslå hvilke tjenester som kan være ønskelig.

2. Vurder å gi anbefalinger om hvilke tilbud som er de mest aktuelle. Tilbudene må være knyttet til psykiske helseplager og muskel- og skjelettplager og bygge opp om de grunnleggende prinsippene om forebygging, mestring og/eller ikke- skade modellen.

3. Gruppen skal sammen med gruppe 1 sikre en koordinert anbefaling om hva det nye konseptet skal inneholde av individtiltak og bedriftstiltak.

4. Gi innspill til gruppe 4 finansiering dersom dere identifiserer individtiltak der finansiering må avklares.

12.8.3.5 Arbeidsgruppe 3 Organisering, opplæring og implementering

1. Runar Hauge NAV Buskerud (Leder)
2. Åshild Nordnes, NAV Nordland
3. Anders Bergkvist, RHF Helse Nord, Valnesfjord Helseportssenter (ut sommer 2015)
4. Tone Enget Westbye, RHF Helse Sør Øst,
5. Tore Lignell, RHF Helse Sør Øst, (Sykehuset i Vestfold)
6. Franz Hintringer, RHF Helse Nord, (Universitetssykehuset Nord-Norge)
7. Therese Møller Martinsen, RHF Helse Nord, (Universitetssykehuset Nord-Norge)
8. Geir Magnussen, RHF Helse Sør Øst, Samhandlingsdirektør ved Sykehuset i Vestfold,
9. Gunda Hamland, NAV Arbeidslivssenter Troms,
10. Christian Høy, NAV Arbeidslivssenter Telemark,
11. Berit Bonesmo, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Kompetanseseksjonen,
12. Arnfinn Bjørshol, NAV Arbeidslivssenter Akershus

Prosjektstøtte: Janne Ursin - Arbeids- og velferdsdirektoratet

12.8.3.6 Mandat arbeidsgruppe 3 Organisering, opplæring og implementering:

Arbeidsgruppen skal utrede, komme med anbefalinger og vurderinger om hva som skal til, organisatorisk, for en vellykket implementering av et nytt nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift. Dette gjelder både i NAV og helsetjenesten og for øvrige samarbeidsparter. Denne arbeidsgruppen må derfor sikre god kommunikasjon og samhandling med alle gruppene for å sikre nødvendige innspill fra øvrige grupper til eget arbeid så tidlig som mulig i arbeidsprosessen.

1. Gi anbefalinger om hvordan et nytt nasjonalt konsept kan implementeres som samhandlingsmodell mellom NAV og helsetjenesten. Beskriv hvilke forberedelser som må gjøres i organisasjonene for å få til dette.
 - a. Beskriv hvilke avtaler og virkemidler som må være tilgjengelig for å kunne etablere og gjennomføre dette konseptet lokalt/regionalt og sentralt.
 - b. Utarbeid en skriftlig plan for implementering på sentralt og regionalt/fylkesnivå. Planen skal omfatte både nye fylker/regioner og de fylkene/regionene som i dag tilbyr sine modeller av iBedrift.
 - c. Gjennomfør en interessentkartlegging for å sikre at nødvendige samarbeidsparter, brukere og andre eksterne fagmiljø involveres både i utviklingen av et nasjonalt konsept og ved etablering av et lokalt tilbud.
 - i. Gi innspill til prosjektledelsen på bakgrunn av dette til hvem som bør være med i Referansegruppen/fagråd.
 - ii. Identifiser samarbeidspartnere som er sentrale for å lykkes med implementeringen av nytt konsept.

2. Vurder, og gi anbefalinger om, hvordan en kan tilrettelegge og utvikle gode administrative verktøy og støttesystemer som kan benyttes både i NAV og helsetjenesten og for bedriftene. Anbefal hvordan det administrativt kan sikres nødvendig datafangst for forskning på, og evaluering av effekt av intervensjoner i bedriftene og individtiltak. Dette i nært samarbeid med gruppe 5 forskning og evalueringsgruppa.

3. Utredd og foreslå hvordan felles og enhetlig opplæring, for ansatte i både NAV og helsetjenesten, kan gjennomføres på en faglig god og kostnadseffektiv måte. Inkluder et kostnadsestimat for dette.

a. Vurder pedagogiske virkemidler, inkludert e-læring, som kan benyttes og beskriv hvordan et nasjonalt opplæringstilbud for aktuelle deltakere i hele landet kan gjennomføres.

b. Utarbeid plan for opplæringen slik at denne kan benyttes ved en nasjonal implementering. Gruppen skal vurdere eksisterende opplæringstilbud samtidig som ny kunnskap må sikres inn i dette opplæringstilbudet ("train the trainer" mv.), gjerne med innspill fra forskningsgruppen.

c. Beskriv hvilke grupper ansatte i NAV og helsetjenesten som må ha opplæring og evt. hvilket orienterings- og opplæringstilbud sentrale samarbeidsparter skal få.

d. Beskriv hvordan en organisatorisk kan legge til rette for å sikre god og kontinuerlig oppdatering av nødvendig fagkunnskap og forskning på de to aktuelle fagområdene i konseptet. Gruppen må her samhandle tett med gruppe 5.

e. Foreslå hvordan en kan sikre kontinuerlig kollegastøtte/fagstøtte og faglig veiledning for de ansatte som utøver tjenestetilbudet i NAV og helsetjenesten.

f. Vurder eksisterende arenaer i NAV og helsetjenesten, høgskoler og universitet hvor det kan være mulig å etablere et effektivt samarbeid når det gjelder opplæring og kompetanseoverføring innen de aktuelle fagområder i konseptet, og foreslå hvordan dette kan etableres.

4. Arbeidsgruppe 3 må være forberedt på å kunne ta et særskilt ansvar for å bidra i arbeidet med å sammenstille et samlet sluttprodukt med anbefalinger til ledelsen i Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Dette vil eventuelt skje i samarbeid med prosjektledelsen og evt andre som involveres i prosjektet. I dette arbeidet skal det tas utgangspunkt i de øvrige fire gruppenes beskrivelser, forslag og anbefalinger.

12.8.3.7 Arbeidsgruppe 4 Finansiering

1. Knut Harald Tjeldnes, RHF Helse Nord, (leder)
2. Helga Rudjord, Helsedirektoratet Finansieringsdivisjon,
3. Erik A. Hansen, eieravdelingen, seksjon for økonomi og regnskap, RHF Helse Nord
4. Dag Hunskaar, NAV Arbeidslivssenter Vestfold,
5. Stein Rudaa, Fylkesdirektør i NAV Troms,

Prosjektstøtte: Liv Marit Abrahamsen Arbeids- og velferdsdirektoratet

12.8.3.8 Mandat arbeidsgruppe 4 Finansiering:

1. Redegjør for nåværende finansieringsmodell for tiltakene som er del av dagens iBedrift. Inkluder relevante tilhørende aktiviteter, som ”trygg i jobb tross plager” og andre IA eller IA/RT finansierte aktiviteter, herunder individrettede tiltak som tilbys fra NAV og helsetjenesten.
2. Vurder fordeler og ulemper med dagens finansieringsmodell beskrevet i punkt 1, samt implikasjonene av disse.
3. Kartlegg hvordan finansieringen av aktivitet innen de enkelte sektorene er forskjellig, hva dette betyr og hvordan en bedre kan legge til rette for å bidra til samvirke, aktivitet og kvalitet, i samarbeidet mellom sektorene.
4. Vurder hvordan fremtidige finansieringsløsninger kan understøtte samarbeid, forutsigbarhet og god tjenestekvalitet som gjør det mulig å tilby et nasjonalt konsept basert på erfaringene med iBedrift.
5. Med utgangspunkt i de andre gruppenes forslag til anbefalt konsept og tiltak; foreslå fremtidige finansieringsløsninger for både Helsetjenesten og NAV. Forslag til finansiering bør adressere overnevnte utfordringer, og beskrive hvilke tiltak som må til for implementering.
6. Foreslå finansieringsløsninger som i større grad er egnet til å finansiere primærforebygging. Forslå finansieringsløsninger som vil understøtte forskning og evaluering knyttet til nytt nasjonalt konsept basert på erfaringene fra bedrift

12.8.3.9 Arbeidsgruppe 5 Forskning

1. Aage Indahl, Sykehuset i Vestfold, Helse Sør Øst, (leder)
2. Tone L Johnsen, Helse Sør Øst, (Sykehuset i Vestfold)
3. Lilian Leistad, Helsedirektoratet, representant fra Norsk pasientregister
4. Hanne Nygaard, Arbeids - og velferdsdirektoratet, Statistikk og analyse
5. Nils Edholm, NAV Arbeidslivssenter Troms
6. Odd Arne Sandvik, NAV Arbeidslivssenter Nordland
7. Pål Nystuen, Helse Sør Øst, Lovisenberg DPS
8. Marit By Rise, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
9. Inger Catherine Kann, Helse Sør Øst, Helsetjenesteforskning (HØKH) og kunnskapsstaben Arbeids- og velferdsdirektoratet

10. Torill Tveito, repr. for iBedrift prosjekt i regi av NHO ved UniHelse

Prosjektstøtte: Håkon Lund – Helsedirektoratet

12.8.3.10 Mandat arbeidsgruppe 5 Forskning

1. Utarbeide en samlet overordnet plan for etablering av forskning og evaluering som gjør det mulig å få fram kunnskap om effekt ved etablering av et nasjonalt konsept basert på erfaringer fra bedrift.

a.) Legge til rette for vitenskapelig forskning med vekt på effekt av intervensjonene.

- Ta med forslagene fra Åpen arena i arbeidet

b.) Planen skal legge vekt på hvordan man kan utvikle kunnskap om:

- Implementering av aktuell fagkunnskap i helse og NAV
- Effekt av enkelttiltak / intervensjoner
- Effekt på overordnet nasjonalt nivå

c.) Planen skal inneholde konkrete gjennomførbare anbefalinger slik at det er mulig å samle inn data til forskning. Dette gjelder:

- Innhold i konseptet
- Organisering av konseptet
- Implementering av konseptet

d.) Planen skal også inneholde nok detaljer til å kunne brukes som grunnlag for kravspesifikasjon for utlysning av forskningsoppdrag.

e.) Planen skal sørge for at forskningen/evalueringen:

- Gir kunnskapsgrunnlag for styring av aktivitetene i det nye konseptet
- Forstå avvikling av tiltak som ikke virker
- Legger vekt på helsefremming/forebygging
- Hvordan en kan iverksette blant annet følgeevaluering.

2. Lage en oversikt over publiserte forskningsresultater som er relevante for konseptet.

3. Bistå andre grupper etter behov

- Ut fra tilgjengelige ressurser i gruppen
- Lager en «pakke» med oppsummering av publisert forskning på iBedrift og sender ut til Økonomi:

Hver gruppe får sin økonomiske ramme som kan benyttes til å gjennomføre oppdragene. Beløpet skal benyttes til å dekke utgifter gruppen har i forbindelse med arbeidsmøter, reiser ol., mat og øvrige nødvendige utgifter. Gruppens leder holder oversikt over forbruk i sin gruppe og rapporterer til prosjektledelsen innen 20. juni og utgangen av oktober 2015. Utgiftene dekkes ved å at deltakerne sender regninger til prosjektledelsen etter nærmere instruks.

12.8.4 Prosjektledelse

Prosjektledelsen bestod av:

- Janne Ursin - Arbeids- og velferdsdirektoratet,
- Håkon Lund – Helsedirektoratet,
- Ingvild Gjone – Arbeids og velferdsdirektoratet – senere Bjørn Arne Øvrebø, NAV Hordaland.

Utvidet prosjektledelse bestod i tillegg til ovennevnte av

- Liv Marit Abrahamsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Randi Røed Andersen, Helsedirektoratet
- May Cecilie Lossius, Helsedirektoratet

Prosjektledelsen har hatt ukentlige statusmøter med utvidet prosjektledelse, etterfulgt av forskjellige typer arbeidsøkter for den sentrale prosjektledelse.

12.8.5 Styringsgruppe

Styringsgruppen har bestått av

- May Britt Christoffersen (leder), Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Bente Moe (nestleder), Helsedirektoratet
- Anita Ingebrigtsen, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Annette Mjelde, Helsedirektoratet

Styringsgruppen har ansvar for strategiske beslutninger i prosjektet, samt å ivareta kontakten med styringslinjen i de to direktoratene.

Styringsgruppen har hatt regelmessige korte møter med hovedfokus på status, avvik fra plan, justeringer i budsjett samt oppdukkende overordnede avklaringer av strategisk art.

12.8.6 Referansegruppe

Referansegruppen ble sammensatt for å bidra til å sikre en god forankring og kvalitetssikring av innholdet i det nye konseptet. Invitasjonsbrev ble sendt til alle sentrale parter i arbeidslivet hvor vi ba om at det ble oppnevnt to arbeidsgiverrepresentanter og to arbeidstakerrepresentanter. Det ble også sendt ut invitasjoner til en rekke fag- og brukerorganisasjoner samt offentlige instanser. Under oversikt over invitert og hvem som ble representert i referansegruppen.

12.8.6.1 Arbeidstakersiden

- Landsorganisasjonen i Norge – LO
- UNIO – Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede

12.8.6.2 Arbeidsgiversiden

- Næringslivets hovedorganisasjon NHO
- SPEKTER - Arbeidsgiverforeningen for private og offentlige eide virksomheter

12.8.6.3 Fag og brukerorganisasjoner

- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (2 representanter)
- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner

- Rådet for psykisk helse
- Den norske Legeforening
- Norsk Psykologforening
- Norsk Fysioterapeutforbund
- Norsk Sykepleierforbund
- Norsk Ergoterapeutforbund
- Norsk Kiropraktorforening
- Norsk Manuellterapiforening
- Norsk Kompetanseenhet for minoritetshelse – NAKMI
- Arbeidstilsynet

Følgende representanter deltok i referansegruppen:

| NHO - Næringslivets Hovedorganisasjon - | Ann-Torill Benonisen Indreeide |
|--|---------------------------------------|
| LO - Landsorganisasjonen i Norge- LO | Tor Idar Halvorsen |
| UNIO - Hovedorganisasjonen for universitets- og høyskoleutdannede | Henrik Dahle |
| SPEKTER - Arbeidsgiverforeningen for private og offentlige eide virksomheter | Kari Saastad |
| SAFO- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner | Jane Anita Jensen |
| Rådet for psykisk helse | Werner Fredriksen |
| Arbeidstilsynet | Kari Lysberg |
| Den norske legeforening | Ole Henrik Krat Bjørkholt |
| Norsk psykologforening | Siv Tove Engebråten |
| NSF - Norsk Sykepleierforbund | Aud Jorunn Hovland |
| Norsk Manuellterapiforening | Kjersti Gundersen |
| Norsk Kiropraktorforening | Joachim T. Andersen |

Referansegruppen har gitt viktige bidrag i arbeidet, både i møter og med skriftlige innspill. I arbeidsprosessen er det lagt stor vekt å jobbe med de spørsmål og innspill som har kommet. Siste møtet i gruppen var 12. november 2015. I forkant av møtet ble det sendt ut en arbeidsversjon av sluttrapporten. I møtet var det grundige diskusjoner i tre grupper hvor også både styringsgruppen, prosjektledelsen og redaksjonsgruppen deltok.

Helsedirektoratets publikasjoner: IS-2549

