



SINTEF



Sluttrapport

Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt "Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten

Forfattere:

Silje L. Kaspersen, Mari Gunnes og Solveig O. Ose

Rapportnummer:

2022:00168 - Åpen

Oppdragsgiver(e)

Helse Sør-Øst RHF på vegne av de fire regionale helseforetakene



SINTEF Digital
Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Sluttrapport

Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt "Raskere tilbake" til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten

EMNEORD:

Arbeidsrettet behandling;
rehabilitering; return-to-work; sykefravær

VERSJON

1

DATO

2022-02-14

FORFATTER(E)

Silje L. Kaspersen, Mari Gunnes og Solveig O. Ose

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Sør-Øst RHF på vegne av de fire regionale helseforetakene

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

TEW

PROSJEKTNUMMER

102017974

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

47+ referanser

SAMMENDRAG

Dette er sluttrapporten i den forskningsbaserte følgeevalueringen av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid, som SINTEF og NTNU har gjennomført på oppdrag fra de fire regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Evalueringen har pågått fra desember 2018 til desember 2021, og bygger på et omfattende empirisk materiale bestående av både registerdata, spørreskjemaundersøkelse i to runder og intervju med en rekke aktører hvert av årene. Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå.

UTARBEIDET AV

Silje L. Kaspersen

SIGNATUR

KONTROLLERT AV

Kjartan S. Anthun

SIGNATUR

GODKJENT AV

Line Melby

SIGNATUR

RAPPORTNUMMER

2022:00168

ISBN

978-82-14-07544-1

GRADERING

Åpen

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.



Innholdsfortegnelse

Forord	4
1 Sammenheng og anbefalinger	5
Kunnskapsgrunnlag	5
Status og innhold i tjenestene	5
Arbeidsrettede tiltak	6
Organisering og samhandling internt og eksternt	6
Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser	7
Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær	7
Samfunnsøkonomisk vurdering	8
Anbefalinger	10
2 Forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid	12
2.1 Om sluttrapporten og vedlegg til sluttrapport	12
2.2 Kort innføring i hva omleggingen innebærer	12
2.2.1 Fra "Raskere tilbake" (2007-2017) til Helse og arbeid fra 2018	13
2.3 Problemstillinger og forskningsspørsmål i følgeevalueringen	15
2.3.1 Babelsk forvirring: Helse og arbeid, HelseArbeid, Arbeid og helse	16
2.4 Design, data og metoder	17
3 Hva sier eksisterende forskning på feltet?	18
3.1 Effekt av arbeidsrettet rehabilitering og behandling	18
3.2 Brukerundersøkelser	19
3.3 Evalueringer av "Raskere tilbake"-ordningen	19
3.4 Systematiske kunnskapsoversikter	22
4 Hvilke konsekvenser har omleggingen til Helse og arbeid hatt?	24
4.1 Status og innhold i tjenestene	24
4.1.1 Implementering	24
4.1.2 Om tilbudene og målgruppen	25
4.1.3 Registrering av aktivitet; debitorkode 20	27
4.1.4 Tverrfaglighet, samtidighet og både helse og arbeid som utfallsmål	28
4.1.5 Oppsummering	29
4.2 Arbeidsrettede tiltak	31
4.2.1 Helse og arbeid som mål – hvordan jobber man arbeidsrettet i spesialisthelsetjenesten?	31
4.2.2 Oppsummering	33
4.3 Organisering og samhandling internt og eksternt	34
4.3.1 Et godt eksempel på samlokalisert HelseArbeid-tilbud	34



4.3.2	Samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten	34
4.3.3	Samarbeid med øvrige tjenester	36
4.3.4	Samarbeidet med NAV	37
4.3.5	Oppsummering	38
4.4	Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser	39
4.4.1	Prioritering og rettighetsvurdering.....	40
4.4.2	Helse og arbeid og IPS	42
4.4.3	Utvikling av digitale tilbud	42
4.4.4	Oppsummering	42
5	Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær, AAP og uføretrygd	44
5.1	Problemstillinger og metodisk tilnærming	45
5.2	Oppsummering	46
6	Samfunnsøkonomisk vurdering.....	47
6.1	Metodisk tilnærming.....	48
6.2	Oppsummering	48
7	Referanser	49

Forord

Dette er sluttrapporten i den forskningsbaserte følgeevalueringen av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid, som SINTEF og NTNU har gjennomført på oppdrag fra de fire regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Evalueringen har pågått fra desember 2018 til desember 2021. Den bygger på et omfattende empirisk materiale bestående av både registerdata, spørreskjemaundersøkelse i to runder og intervju med en rekke aktører hvert av årene. Prosjektgruppen har vært ledet av seniorforsker i SINTEF Digital, Gruppe for helsetjenesteforskning, Silje L. Kaspersen. Evalueringsteamet har vært satt sammen av erfarne forskere med både sosialepidemiologisk, trygdemedisinsk og samfunnsøkonomisk kompetanse på arbeid og helse-feltet. Seniorforskere i SINTEF, Solveig O. Ose og Jorid Kalseth, har gjort registerdataanalyser. Solveig O. Ose er ekspert på sykefravær og har gjort analyser på helserelaterte ytelser og skrevet kapittel 5 og 6 i rapporten. Hun har også bidratt i intervju og utarbeidelse av spørreskjema, mens forsker Mari Gunnes har bidratt med systematiske litteratursøk i kapittel 3 i sluttrapporten. Ved NTNU har førsteamanuensis Karen W. Hara, som også har en stilling som koordinerende rådgivende overlege i NAV, bidratt med innspill som gjelder helsetjenestens samarbeid med NAV, med formidling av informanter i forbindelse med intervju, og med gjennomføring av intervju og workshop med NAV og Arbeids- og velferdsdirektoratet høsten 2020.

Evalueringen har hatt en egen styringsgruppe bestående av spesialrådgivere/seniorrådgivere fra de fire regionale helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har vært representert ved Tone Enget Westbye, Helse Vest RHF ved Hilde Rudlang, Helse Midt-Norge RHF ved Tore Jo Nilsen og Helse Nord RHF første måneder ved Knut Tjeldnes, og resten av perioden ved Linn Gros. Det har vært faste møter med evalueringsteamet 3-4 ganger per år i evalueringsperioden, og forskerne har i tillegg deltatt på ulike ressursgruppemøter o.l. som også har blitt benyttet til datainnsamling og presentasjoner av status i evalueringen. Styringsgruppen har mottatt flere interne rapporter og notater i løpet av evalueringsperioden, der noen av dem også har blitt distribuert i tjenestene. Utkast til sluttrapport ble levert i desember 2021. Vi ønsker å rette en stor takk til styringsgruppen for tilrettelegging i forbindelse med utsending av spørreundersøkelser, innhenting av tall på debitorcode 20 i årene etter omleggingen, samt annen informasjon, og for god dialog og gode innspill underveis.

Vi ønsker å takke alle informantene fra Helse og arbeid-tilbud og andre samarbeidende instanser som har bidratt med sine puslespillbiter når vi skulle danne oss et bilde av hva Helse og arbeid har blitt. Tusen takk for tiden dere har brukt på oss! Vi må også takke alle registereierne, som har levert store data i prosjektet.

For oss som jobber som forskere i skjæringspunktet mellom helsetjeneste- og arbeidslivsforskning har dette vært en relevant og lærerik evaluering. "Raskere tilbake" er den største sykefraværsintervensjonen i spesialisthelsetjenesten i Norge hittil (ca. 6 milliarder kroner i perioden 2007-2017), og relativt unik også i internasjonal sammenheng. Når vi har skullet studere omleggingen til Helse og arbeid har vi også hatt behov for å dokumentere perioden før omleggingen. Dette gjøres blant annet i form av omfattende deskriptiv statistikk med individdata fra Norsk pasientregister og NAV for pasienter som ble kodet med debitorcode 20 i NPR ("Raskere tilbake"-koden) – og for alle andre pasienter i spesialisthelsetjenesten i perioden 2008 til 2018. Det har oss bekjent ikke tidligere vært publisert denne type statistikk på "Raskere tilbake" populasjonen, og vi håper det kan være nyttig å ha med seg historien for hele arbeid og helse-feltet framover.

Trondheim, 14. februar 2022

Silje L. Kaspersen
Prosjektleder for evalueringen
Seniorforsker, ph.d. i samfunnsmedisin

1 Sammendrag og anbefalinger

Å være i arbeid er en av de aller viktigste måtene å sikre seg inntekt på, og økonomisk sikring er essensielt for at den enkelte skal ha god livskvalitet og kunne delta fullt ut i samfunnslivet. Arbeidsdeltakelse er med på å forme vår personlige identitet, kan gi fellesskapsfølelse og sosialt nettverk, og for de aller fleste av oss er derfor arbeid bra for helse. At arbeidsdeltakelse ses på som en kilde til god helse i seg selv, og settes som et mål for behandlingen, er det som skiller de arbeidsrettede tilbudene fra det øvrige tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Helse og arbeid-tilbudene i spesialisthelsetjenestene defineres slik på Helsenorge.no:

Helse og arbeid er et tilbud til de som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole, eller som står i fare for å falle ut. Tilbudet skal gjøre det mulig for de som blir henvist å komme lettere tilbake i arbeid. Det er også et tilbud til de som står i fare for å bli sykemeldt, der målet er å unngå sykemelding. Tilbudet gjelder også hvis målet er å fungere bedre i en studiehverdag.

Evalueringen har pågått fra desember 2018 til desember 2021, og bygger på et omfattende empirisk materiale bestående av både registerdata, spørreskjemaundersøkelse i to runder og intervju med en rekke aktører hvert av årene. Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå.

Kunnskapsgrunnlag

Systematiske litteraturgjennomganger på feltet arbeidsrettet behandling og rehabilitering har i stor grad konkludert med fravær av effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for retur til arbeid, metodiske svakheter i studiene og lav tillit til resultatene. Generelt finner man bedre effekt av mer komplekse intervensjoner som går over noe tid, sammenliknet med korte polikliniske intervensjoner. Dette gjelder særlig innenfor muskel-skjelett- og smertelidelser. Studiene med mest lovende effekter har vært innenfor arbeidsrettet kognitiv terapi, kreftrehabilitering med fokus på arbeidsfokuseret behandling, intervensjoner som fokuserer på problemløsningskompetanse og stressreduksjon, samt IPS.

Forskningslitteraturen viser ikke negative effekter av arbeidsrettede tilbud på retur til arbeid, og tiltakenes effekt på symptomreduksjon, mestringsstro og fysisk-, sosial-, og kognitiv funksjon rapporteres ofte å være bedre eller den samme som andre aktive tiltak eller vanlig praksis. Også studier av brukererfaringer fra tidligere "Raskere tilbake"-tilbud kan vise til svært tilfredse pasienter, men generaliserbarheten i resultatene er uklar, da man ofte ikke har hatt reelle kontrollgrupper å sammenlikne med. Vi anbefaler at det forskes mer på hva det er som gjør at arbeidsrettede behandlingstilbud i større grad enn øvrige tilbud kan se ut til å føre til friskere pasienter, og hvorfor det likevel er vanskelig å påvise effekt på sykefravær og retur til arbeid.

Status og innhold i tjenestene

Helseforetakene har i stor grad implementert Helse og arbeid i henhold til oppdraget. Landet sett under ett har det skjedd en markant utvikling i samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern på dette feltet, sammenliknet med under "Raskere tilbake"-perioden. Gitt utbredelsen av HelseArbeid og økt samarbeid med NAV, kursdeltakelse fra hele landet i jobbfokuseret kognitiv terapi og økt bruk av felles spørreskjemapakker med arbeid som mål, vil en større andel av Helse og arbeid-pasientene i dag motta arbeidsrettet, tverrfaglig utredning og behandling, sammenliknet med hvordan tilbudene var rigget før omleggingen. Dette under forutsetning om at tilbudene faktisk jobber i henhold til anbefalingene i disse modellene, noe evalueringen gir inntrykk av at de fleste gjør. Tilbakemeldingene fra fagfolk i tjenestene peker på flere utfordringer med å skulle få til tverrfaglighet og samtidighet i tjenestene, der ulike

arbeidskulturer mellom de fysikalsk medisinske tilbudene og psykisk helsevern er ett utfordringsområde, særlig der tilbudene ikke er samlokalisert.

Selv om Helse og arbeid-tilbudene fortsatt varierer såpass mye i organisering, innhold og omfang at langt fra alle pasienter mottar et likeverdig tilbud uavhengig av hvor i landet de bor, er det med stor sannsynlighet mer likeverdig og mer tverrfaglig innenfor muskel- skjelett og psykisk helse enn det var før omleggingen, særlig når det gjelder tilgjengelighet. Ettersom det ble bestemt at tilbudene innenfor arbeidsrettet kreftrehabilitering og ervervet hjerneskade også skulle få fortsette i Helse og arbeid, kan det stilles spørsmål om hvorfor ikke dette er tilbud som i større grad blir systematisk forsøkt implementert andre steder i landet. Særlig kreftoverleverer vil utgjøre en stadig større andel av arbeidspopulasjonen, og flere studier har funnet god effekt av arbeidsfokusert rehabilitering for denne gruppen (Stapelfeldt, 2019¹). Flere av informantene i evalueringen har ønsket seg større grad av diagnoseuavhengige tilbud også i helseforetakene, og når vi spør om pasientgrupper som de ser behov for å inkludere nevnes bl.a. uspesifikke symptomer, overvektsproblematikk, større utbredelse av tilbud innen kreft og hodepine/hjernetraume/post commotio, CFS/ME, utbrenthet og insomni.

Registreringen av debitorcode 20 falt betydelig i 2018, og har vært for dårlig til at vi kan identifisere alle pasienter som har mottatt Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten i registerdata. Vi anbefaler at fagfeltet diskuterer en revitalisering av kodepraksisen slik at man kan identifisere hvilke pasienter som har fått arbeidsrettet utredning/behandling, og at nasjonale helse- og velferdsmyndigheter utreder muligheten for at registerdata på arbeidsutfall kobles til aktivitetsdata fra NPR, og at det gis systematisk tilbakemelding til tilbudene om hvor stor andel av pasientene som f.eks. ble avsluttet i løpet av siste kvartal som ikke er sykmeldt, på AAP eller uføretrygdet. Vi mener en slik tilbakemelding til tjenestene vil synliggjøre nytten av koding og kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene. Å knytte refusjonstakst til koden vil gi nødvendige insentiver til koding.

Arbeidsrettede tiltak

Med omleggingen til Helse og arbeid har alle helseforetakene nå polikliniske tilbud innen tverrfaglig arbeidsrettet behandling. Disse har blitt relativt like de tradisjonelle ARR-tilbudene i fagsammensetning, men tilbyr ikke døgnbehandling. De færreste Helse og arbeid-tilbudene jobber aktivt opp mot arbeidsgiver, noe ARR-tilbudene i større grad gjør. Mens ARR-tilbudene tradisjonelt har hatt døgnbaserte behandlingstilbud, ser vi en dreining mot at det også tilbys kortere mestringstilbud og dagbehandling hos ARR-leverandørene. I så måte smelter skillet mellom arbeidsrettet utredning/behandling og rehabilitering mer sammen etter omleggingen. Etter omleggingen har det blitt utviklet egne spørreskjemapakker med arbeidsrelaterte spørsmål som flere av tilbudene benytter seg av, og mange rapporterer å bruke en del av de samme kartleggingsverktøyene på tvers av tilbud. Systematisk kartlegging av arbeidsrelaterte forhold i utredningen, bruk av jobbfokusert kognitiv terapi og NAV-veiledere med arbeidssted i poliklinikkene er typiske eksempler på hvordan Helse og arbeid-tilbudene jobber arbeidsrettet. Nesten alle respondentene i vår spørreundersøkelse høsten 2021 opplever at de jobber arbeidsrettet i tjenesten.

Organisering og samhandling internt og eksternt

I forbindelse med omleggingen sto helseforetakene fritt til å velge organiseringsmodell selv så lenge de leverte tverrfaglig, arbeidsrettet utredning og behandling til pasienter med muskel- og skjelett og/eller vanlige psykiske lidelser. Helse Nord utmerket seg med en lederstyrt implementering av HelseArbeid-senter i alle helseforetak, godt forankret i RHF'et og helseforetaksledelsen. Basert på resultater fra spørreundersøkelser og intervju ser vi at ansatte og ledere i Helse Nord skiller seg positivt ut på mange indikatorer. Vi har valgt å trekke fram Nordlandssykehuset HF som et godt eksempel fordi de er samlokalisert og har nært samarbeid med både Rask psykisk helsehjelp i kommunen og IPS i helseforetaket, og dermed dekker hele spekteret av alvorlighetsgrad for de som henvises for psykiske problemer og lidelser. Organiseringen gjør dem i stand til å prioritere pasientstrømmen godt.

Det er generelt forbedringspotensial når det kommer til samarbeid internt i helseforetakene rundt pasienter som trenger både fysisk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern. Under halvparten av de ansatte som svarte på vår undersøkelse høsten 2021 oppga at samarbeidet er godt rundt disse pasientene. Det var også få av de private tjenesteleverandørene innen Helse og arbeid som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde et tilfredsstillende samarbeid med Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre er det noen steder uklar rollefordeling mellom Helse og arbeid-poliklinikker og vanlige allmennpsykiatriske poliklinikker – og det har kommet innspill på at Helse og arbeid noen steder blir en snarvei inn til DPS som fastlegene utnytter. Det var samarbeidet med fastlegen og NAV i poliklinikken som skåret best i den siste undersøkelsen, mens arbeidsgivere skåres høyt særlig i private ARR-tilbud. Det er liten tvil om at utbredelsen av HelseArbeid-modellen har bidratt til et styrket og bedre samarbeid mellom NAV og helsetjenesten i hele landet, men fortsatt er det en del ubesvarte spørsmål rundt hva og hvordan et optimalt samarbeid mellom de to instansene kan foregå, og man bør i videre forskning se på brukeropplevd merverdi av dette samarbeidet. Det er for dårlig systematisk samhandling med kommunehelsetjenesten i de fleste Helse og arbeid-tilbudene per i dag, her har omleggingen i for liten grad ført til konkrete endringer på nasjonalt nivå.

Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser

Vi har presentert hvordan registerdata fra Norsk pasientregister, NAV og SSB kan belyse pasientsammensetning og utvikling innenfor arbeidsrettet behandling og rehabilitering i perioden 2008-2018. Vi fant at helseforetakene ser ut til å ha fulgt oppfordringen om å inkludere flere unge personer i tjenestene etter omleggingen, og det er i all hovedsak muskel- og skjelett og psykisk helse-relaterte tilbud som dominerer, slik anbefalingene ved omlegging var. Psykisk helsevern har utgjort en stadig større andel av "Raskere tilbake"-tilbudene gjennom perioden, mens somatikken krympet fra 95 prosent i 2008 til 67 prosent i 2017. I 2018 ble 62 prosent av pasientene kodet i somatikk, 30 prosent i psykisk helsevern, 0 i TSB og 8 prosent i arbeidsrettet rehabilitering (en dobling fra i andel fra 2017, men tallene for 2018 er usikre). I løpet av studieperioden har en stadig større andel av pasientene i "Raskere tilbake" blitt behandlet i minst to ulike sektorer (f.eks. somatikk og psykisk helsevern) innenfor samme år. Dette kan være en indikator på at flere utredes og behandles for samtidig helseproblematikk.

Både de offentlige og private tilbudene har formidlet at de opplever å få mer komplekse pasienter som står lenger fra jobb enn tidligere, noe som er en naturlig konsekvens når prioriteringsforskriften skal legges til grunn. Vi ser det også i våre registerdata – pasientene i Helse og arbeid i 2018 hadde vært lenger sykmeldt i perioden før behandling, enn pasientene under "Raskere tilbake" før 2018. Rundt 60 prosent av fagfolkene som besvarte vår undersøkelse sier at de opplever å få pasienter som matcher tilbudet deres godt. Hos de resterende har de en opplevelse av at tilbudet ikke matcher helt, og de ønsker typisk å kunne prioritere "lettere" pasienter som har vært kortere sykmeldt, for å kunne sette inn tiltak tidligere. Tilbakemeldingene på presiseringene i prioriteringsrapporten som kom fra en interregional arbeidsgruppe i 2020, tilsier at den tolkes i retning av å prioritere pasienter som står nærmere arbeid (nyttekriteriet og "tidlig inn" vektlegges).

Slik vi oppfatter det har signalene fra sentralt hold i flere av helseregionene vært at IPS ikke ligger innenfor ansvarsområdet til Helse og arbeid, ettersom alvorlig syke pasienter ikke vil kunne nyttiggjøre seg Helse og arbeid-tilbudene. For oss virker det som et kunstig skille, og vi ønsker en debatt om hvorvidt IPS bør inngå i Helse og arbeid-satsingen i alle helseregioner, gitt at man kan kode IPS-aktivitet slik at man vet hvem som har fått denne type oppfølging.

Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær

Resultater fra registeranalyser gjennomført i forbindelse med følgeevalueringen viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling i somatikken ikke er forskjellig for de som har fått behandling kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling for samme diagnose, med samme

kjønn, alder og utdanningsnivå. Når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det er en marginal større økning i ytelser (under én dag) for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

Innenfor psykisk helsevern er endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling ikke forskjellig for de som har fått debitor 20 behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. Når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det er en marginalt større nedgang i ytelser (2-3 dager) før og etter behandling for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

Innen arbeidsrettet (poliklinisk) rehabilitering viste resultatene at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling var forskjellig for de som har fått debitor 20 behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. De som hadde fått behandling merket med debitor 20 har en gjennomsnittlig nedgang på 8-9 dager med sykefravær. Men når vi ser på helserelaterte ytelser samlet, finner vi at det ikke er systematiske forskjeller mellom de som er kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling innen rehabilitering for samme diagnose, kjønn, alder og utdanningsnivå. Det kan være større effekt av døgnbehandling, men døgnpasientene utgjør uansett en liten andel av debitor 20 populasjonen.

Resultatene i dette kapittelet kommer fra nasjonale analyser og inkluderer over 93 prosent av alle pasientene som har fått behandling kodet med debitor 20 i perioden 2008-2018. Selv om det er små effekter på nasjonalt nivå, kan det være enkelttilbud som har større effekt. Men generelt sett, har denne nasjonale satsningen hatt liten betydning for utviklingen i sykefraværet og andre helserelaterte ytelser i denne perioden.

Samfunnsøkonomisk vurdering

Vi har gjort en samfunnsøkonomisk vurdering av arbeidsrettede tilbud i spesialisthelsetjenesten, gitt det vi vet om effekten på retur til arbeid for pasientene. Sysselsetting og deltakelse i arbeidslivet er faktorer som bidrar både gjennom økt verdiskapning og høyere skatteinntekter for staten, og gjennom lavere utgifter til folketrygden dersom man klarer å hindre frafall og øke inkludering i arbeidslivet. Tiltak og tjenester som påvirker yrkesdeltakelsen er derfor viktige i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Fordi høyt sykefravær på individnivå øker sannsynligheten for å falle ut av arbeidslivet, vil tiltak som reduserer sykefravær og motvirker at sykmeldte går over på varige ytelser, være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Tiltak som ikke påvirker yrkesdeltakelse og arbeidstilbud vil dermed ha betydelig lavere samfunnsøkonomisk gevinst enn tiltak som påvirker sysselsettingen. Det kan argumenteres med at bedre livskvalitet og symptomlette kan påvirke produktiviteten til ansatte, ved at friskere ansatte gir høyere produktivitet. Slik sett kan vi tenke at sykefravær og fravær fra arbeid er et endepunkt for en produktivitetskurve som faller med lavere livskvalitet og større symptomtrykk til null/ingen produktivitet når sykefraværet er et faktum. Dersom ikke sykefraværet eller yrkesdeltakelsen påvirkes, slik våre funn i kapittel 5 tyder på, forsvinner det *samfunnsøkonomiske* argumentet som lå til grunn for etableringen av "Raskere tilbake"-tilbudene tilbake i 2007.

Dette betyr sannsynligvis også at Helse og arbeid tilbudene etter omleggingen må begrunnes med noe annet enn at de bidrar til redusert sykefravær og økt arbeidsdeltakelse. Framtidige randomisert kontrollerte studier vil kunne si mer om hvordan de nåværende Helse og arbeid-tilbudene påvirker mottak av helserelaterte ytelser, men registerdata fra NPR vil i liten grad kunne spore disse pasientene etter omleggingen i 2018 på grunn av manglende koding av arbeidsrettet behandling.

At ansatte i spesialisthelsetjenesten skal kjenne til fordelene av å være i arbeid og ulempene det medfører å være utenfor arbeidslivet på individnivå, synes fornuftig. At de i sin kontakt med pasientene kan bidra til å motivere noen til å komme tilbake i arbeid, og kanskje dermed redusere antall dager med behov for



sykmelding eller annen helserelatert ytelse for enkeltpasienter – lyder også fornuftig. At det bygges egne tilbud i spesialisthelsetjenesten som skal ha et arbeidsfokus i behandlingen, kan være en strategi for på lenger sikt å øke arbeidsfokuset i hele spesialisthelsetjenesten. Men som tiltak for å få ned sykefraværet på nasjonalt nivå er det tvilsomt at det har effekt. Kanskje ville tiltak som forebygger helseproblemer og behov for sykmelding ute på arbeidsplassene og i kommunene der folk lever sine liv, gitt tydeligere effekt på sykefraværet.

Anbefalinger

Forskning og utvikling

- Systematiske litteraturgjennomganger finner i liten grad effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten på retur til arbeid. Få av studiene er gjennomført slik at man kan ha høy tillit til resultatene. Her har hele arbeid og helse-feltet en utfordring. At Norge nå har arbeidsrettede tilbud i alle helseforetak er et godt utgangspunkt for større multisenterstudier som kan undersøke hvilke komponenter i arbeidsrettet utredning, behandling og rehabilitering som eventuelt påvirker bruken av helserelaterte ytelser. **Vi anbefaler at det utarbeides en felles nasjonal forskningsstrategi på feltet der lederforankring i Helse og arbeid-tilbud og samarbeid med Fagrådet for arbeid og helse og helse- og velferdsmyndighetene blir viktig.** Evalueringen støtter for øvrig anbefalingene om forskning, fagutvikling og brukerinvolvering gitt i ny [Strategi for fagfeltet arbeid og helse](#).
- **Det bør forskes mer på hva det er som gjør at arbeidsrettede behandlingstilbud i større grad enn øvrige tilbud kan se ut til å føre til friskere pasienter,** og hvorfor det likevel er vanskelig å påvise effekt på sykefravær og retur til arbeid. At pasienter som har fått et arbeidsrettet tilbud er mer fornøyd enn andre pasienter kan være et argument for å spre ut og øke arbeidsfokuset i hele spesialisthelsetjenesten. Her er Helse og arbeid-tilbudene i en særstilling for å kunne drive kunnskapsspredning til øvrige tjenester, noe vi anbefaler at tjenestene vurderer å jobbe systematisk med i eget helseforetak og opp mot kommunehelsetjenesten.
- Manglende kodepraksis gjør at vi etter omleggingen til Helse og arbeid ikke har full informasjon i Norsk pasientregister om hvilke pasienter som har mottatt arbeidsrettet utredning og behandling. **Fagfeltet bør diskutere om en revitalisering og samkjøring av kodepraksisen kan være nyttig for framtidig forskning og utvikling i Helse og arbeid-tilbudene. Å knytte refusjonstakst til koden vil være et viktig grep for å få oppslutning om kodingen.**
- Vi anbefaler å utrede muligheten for å koble data fra Norsk pasientregister til NAV-data (helserelaterte ytelser, sysselsetting mv.), og **gi systematisk tilbakemelding til Helse og arbeid-tilbudene på arbeidsutfall for pasientene i månedene og årene etter avsluttede Helse og arbeid-forløp.** Dette kan fungere som kvalitetsindikatorer, input i forskning og bidra til tjenesteutvikling. Helsedataservice og helseanalyseplattformen kan være relevante aktører i et slikt initiativ.

Implementering

- Det er implementert Helse og arbeid-tilbud for pasienter med muskel- og skjelett og psykiske lidelser i alle helseforetak, men det gjenstår å kalibrere innholdet i tilbudene for å unngå uønsket variasjon og sørge for lik tilgjengelighet til tilbudene. For å lykkes med det bør det være en overordnet **nasjonal tjeneste/kompetansenettverk** el.l. med ansvar for å skape en felles framtidig arena for forskning, kunnskapsutveksling og metodeutvikling på feltet. Det er viktig at tjenesten inkluderer både offentlige og private aktører innenfor Helse og arbeid, og favner både poliklinisk og døgnbasert arbeidsrettet utredning, behandling og rehabilitering på tvers av sektorområder. Miljøene som har mottatt kompetansespredningsmidler etter omleggingen bør involveres systematisk også framover.
- Fagfeltet etterspør større frihet til å etablere **diagnoseuavhengige tilbud** innenfor Helse og arbeid i helseforetakene, og dette er en debatt som bør tas i fagfeltet. Gitt korrekt koding av arbeidsrettet behandling til NPR vil man uansett vite hvilke diagnoser pasientene har fått behandling for.
- Det finnes noen relativt små, men gjennomarbeidede, Helse og arbeid-tilbud vi mener har stort forskningspotensiale og potensial for større utbredelse enn i dag. Dette gjelder særlig **arbeidsfokuset kreftrehabilitering, og tilbud innenfor hjernetraume og hodepine.** Det finnes også tilbud rettet særlig mot **unge pasienter** i Helse og arbeid som man bør prioritere å forske på og spre kunnskap om.
- IPS har tradisjonelt vært rettet mot mer alvorlig syke pasienter, men ideologien det jobbes etter er såpass lik at vi anbefaler å **inkludere IPS som en del av Helse og arbeid** i alle helseregioner. Modellen egner seg godt for å få til bedre samarbeid med fastleger, psykologer i kommunen, psykisk helsearbeid i kommunen, arbeidsgivere og NAV – samarbeidsaktører Helse og arbeid-tiltakene selv ønsker å samarbeid mer med. Det blir likevel viktig å kunne skille IPS fra annen metodikk.

Organisering og samhandling

- Det uttrykkes svært positive erfaringer med **samløkalisering** for de av Helse og arbeid/HelseArbeid-tilbudene som har samlet fysikalsk medisinske tilbud, psykologtilbud og ev. NAV på samme lokasjon. Vi har løftet fram Nordlandssykehuset HF sitt HIA-senter som godt eksempel, der man også er samlokalisert med kommunehelsetjenesten og Rask psykisk helsehjelp i den største kommunen i opptaksområdet. En slik organisering virker hensiktsmessig, og man bør samtidig vurdere å inkludere eventuell Frisklivssentral og rehabiliteringstiltak innenfor muskel- og skjelett i kommunen.
- Fagfolk i tjenestene påpeker stort behov for bedre samarbeid rundt pasienter som trenger **både et fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern**, men det trengs mer kunnskap om omfanget av pasienter med slik sammensatt problematikk.
- Helse og arbeid-tilbudene bør, i større grad enn i dag, jobbe systematisk for å få til økt samarbeid med **kommunehelsetjenesten og fastlegene** i opptaksområdet.
- Det systematiske samarbeidet mellom NAV og helsetjenestene er betydelig styrket etter omleggingen, men det er fortsatt uklart hvor **merverdien av å ha NAV i poliklinikken** ligger og om dette er en samarbeidsform som er samfunnsøkonomisk lønnsom i betydningen at den påvirker bruk av helserelaterte ytelser. Vi anbefaler at dette utforskes videre.

Prioritering

- Fagfolk i tjenestene oppgir at en relativt høy andel av pasientene (ca. 40 %) i liten grad matcher tilbudet deres etter at prioriteringsveileder og rettighetsvurdering avgjør inntak. Dette handler som regel om å møte pasienter med komplekse helseproblemer som står langt fra arbeid (lange sykefravær/AAP). Fagfeltet bør jobbe med **metodeutvikling** for å møte behovet hos disse pasientene, og vi anbefaler å holde øye med pasientsammensetningen i tilbudene over tid.
- Det er et ønske fra mange av fagfolkene i Helse og arbeid-tilbudene om å kunne komme tidligere inn i pasientforløpene for å forebygge lange sykefraværforløp. Litteraturen viser at hva som vil være "the golden hour" for å intervensere varierer mellom diagnosegrupper og typer intervensjoner, og det bør forskes mer på hvilke typer intervensjoner som passer for hvem, og på hvilket tidspunkt.
- Pandemien medførte nye og effektive digitale metoder for oppfølging og kontroll av pasienter i Helse og arbeid-tilbudene, og for de pasientgruppene dette passer for, anbefales det å tilby pasientene **et digitalt alternativ**.

Samfunnsøkonomisk vurdering

- Basert på en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering av omleggingen i form av videreføring og oppbygging av arbeidsrettede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten anbefaler vi at tjenestene **tilpasses behovene til pasientene som skal prioriteres**, heller enn å forsøke å rekruttere "riktige" pasienter til et tilbud som skal redusere sykefraværet i arbeidslivet.
- Vi anbefaler å bruke **Helsefellelleskapene** til å diskutere hvordan ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene bør være for ulike grupper i befolkningen, kartlegg tilbudene som finnes og lag en plan om hva det er fornuftig å utvikle videre i kommunene, og hva som bør utvikles i de spesialiserte helsetjenestene.
- Samarbeid kan være ressurskrevende for alle parter, og i et samfunnsøkonomisk perspektiv må derfor målet for samarbeidet og innholdet i samarbeidet være godt fundert. **Mekanismene som tilsier at økt samarbeid mellom NAV og spesialisthelsetjenesten reduserer sykefraværet og frafall fra arbeidslivet må identifiseres og synliggjøres, og målet for samarbeidet bør reflektere dette.**
- At det bygges egne tilbud i spesialisthelsetjenesten med arbeidsfokus i behandlingen, kan være en strategi for på lenger sikt å øke arbeidsfokuset i hele spesialisthelsetjenesten. Men som tiltak for å få ned sykefraværet på nasjonalt nivå er det tvilsomt at det har effekt. Kanskje vil tiltak som forebygger helseproblemer og behov for sykmelding ute på arbeidsplassene og i kommunene der folk lever sine liv, gi tydeligere effekt på sykefraværet.

2 Forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid

Høsten 2018 lyste de fire regionale helseforetakene (RHF), med Helse Sør-Øst RHF i ledelsen, ut midler på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet til en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid. Forskere i SINTEF (Avd. Helse, Gruppe for helsetjenesteforskning) og ved NTNU (Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie) søkte på utlysningen, og ble valgt som leverandør av oppdraget i november 2018. Prosjektgruppen har vært ledet av seniorforsker i SINTEF, Silje L. Kaspersen, og vært satt sammen av erfarne forskere med både sosialepidemiologisk, trygdemedisinsk og samfunnsøkonomisk kompetanse på arbeid og helse-feltet. Evalueringen har pågått i tre år, og bygger på et omfattende empirisk materiale. Det er levert notater og presentasjoner underveis til en styringsgruppe satt sammen av representanter fra de fire regionale helseforetakene. Flere av notatene har blitt distribuert fra RHF-ene til Helse og arbeid-tjenestene, og det er holdt presentasjoner på seminar og konferanser for fagfeltet. Utkast til sluttrapport ble levert RHF-ene ultimo desember 2021.

2.1 Om sluttrapporten og vedlegg til sluttrapport

Det har vært et ønske fra Oppdragsgiver om at sluttrapporten skal være kort og konsis i formen. Vi har derfor valgt å lage en vedleggsrapport til sluttrapporten som inneholder en mer detaljert beskrivelse av metoder, datagrunnlag og resultater. Vedleggsrapporten er ment som et oppslagsverk, og henvises hyppig til i sluttrapporten, men kan også leses som en selvstendig rapport. Vi har valgt å strukturere sluttrapporten med utgangspunkt i de overordnede problemstillingene for evalueringen, og vår operasjonalisering av disse i form av forskningsspørsmål.

Når vi skal undersøke konsekvensene av en *omlegging* av "Raskere tilbake"-ordningen er det sentralt å vite hva denne ordningen besto i før omleggingen. Satsningen er det hittil største prosjektet i Norge med definert mål om å redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet ved å bygge kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Vi viser til vedleggsrapportens kapittel 2 for en detaljert beskrivelse av ordningen, og gir kun en kort innføring under. I kapittel 3 oppsummerer vi relevant forskningslitteratur på feltet – både i form av forskning som er gjort på "Raskere tilbake"-pasienter og selve ordningen, samt internasjonale systematiske kunnskapsoversikter med relevans for de største diagnosegruppene som nå behandles i Helse og arbeid. I kapittel 4 drøftes hvilke konsekvenser omleggingen til Helse og arbeid har hatt på system- og tjenestenivå, mens vi i kapittel 5 oppsummerer funn fra registerdataanalyser av effekten på helserelaterte ytelser av å bli behandlet i "Raskere tilbake" og Helse og arbeid-tilbud. I kapittel 6 oppsummerer vi hovedpunktene i en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering av tilbudene, basert på funnene i evalueringen.

2.2 Kort innføring i hva omleggingen innebærer

"Raskere tilbake"-ordningen hadde som mål å redusere ventetid på behandling og tilbakekomst til jobb, og derigjennom redusere sykefraværet (jf. Ot.prp. nr. 6 (2006–2007)² og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007)³). Totalt ble det bevilget nesten 6 milliarder til "Raskere tilbake"-tilbud i spesialisthelsetjenesten over Statsbudsjettet i perioden 2007-2017. I tillegg kom bevilgninger til NAV, som også deltok i ordningen ved å kjøpe helsetjenester via anbud. NAV-tilbudene var relativt like tilbudene i spesialisthelsetjenesten, men innebar i større grad oppfølging på arbeidsplassen og kontakt med arbeidsgivere. "Raskere tilbake" hadde få detaljerte retningslinjer fra nasjonalt hold når det gjaldt innhold, kompetanse og metodebruk i tiltakene, og tilbudene varierte relativt mye på tvers av helseforetak⁴.

Aas et al., 2011⁴ gjorde følgende inndeling av tilbudene; **1) Medisinsk og kirurgisk behandling:** Offentlige sykehus, unntaksvis private sykehus/klinikker. I hovedsak ortopedisk og kirurgisk behandling, men noen få tilbud som drev med nevrologisk eller radiografisk utredning og/eller behandling. **2) Rehabilitering i sykehus (somatikk):** Tilbud til pasienter med rygg, nakke og skuldersmerter. Unntaksvis tilbud til pasienter med

erhvervede hjerneskader, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Typiske komponenter var diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring med fokus på individuell mestring. Unntaksvis kontakt mot arbeidsplass og NAV. **3) Behandling og rehabilitering i psykisk helsevern:** Alle former for tilbud til pasienter med psykiske problemer og/eller rusavhengighet, både ren behandling, men også tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Offentlige sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsikiatriske sentra. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom, og høy grad av komorbiditet var som oftest ekskludert fra disse tilbudene. Mest vanlig med tilbud til personer med angst og depresjon, få tilbud til rusavhengige. **4) ARR i opptreningsinstitusjoner:** Arbeidsrettet rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet ble ofte gitt til langtidssykmeldte med muskel- og skjelettlidelser og sammensatt problematikk. Tverrfaglig rehabiliteringsopplegg, ofte døgnbasert. Typiske tiltakskomponenter er opptrening og kognitiv tilnærming, der mange også har tilbud rettet mot NAV og arbeidsplass.

Mot slutten av prosjektperioden ble det færre kirurgiske tilbud innen "Raskere tilbake", men ellers er de fire kategoriene over representative for tilbudene slik de framsto i hele perioden 2007 til 2017. Fra 2015/2016 gikk det mot en rendyrking av tilbud for pasienter med vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon, og pasienter med muskel- og skjelettlidelser, som er de nye hovedmålgruppene etter omleggingen til Helse og arbeid fra 2018. Etter omleggingen er det betydelig mer utbredt med samarbeid med NAV i poliklinikkene, og et nærmere samarbeid mellom fysikalsk medisinske miljø og psykisk helsevern (jf. kapittel 4).

2.2.1 Fra "Raskere tilbake" (2007-2017) til Helse og arbeid fra 2018

I statsbudsjettet for 2017 (Prop. 1 S (2016–2017)), gikk det fram at Helse- og omsorgsdepartementet ville bruke 2017 til å legge om helsetjenestens del av "Raskere tilbake"-ordningen, slik at midlene skulle inngå i det ordinære pasienttilbudet. Målet med omleggingen var mer likeverdige tjenestetilbud til befolkningen. I oppdragsbrevet til Helse Sør-Øst RHF for 2017¹, het det at de regionale helseforetakene skulle vurdere hvilke elementer i "Raskere tilbake"-ordningen som burde videreføres innenfor det ordinære tjenestetilbudet. Det ble vektlagt at "de positive elementene i ordningen" skulle videreføres. Derfor ble det i Statsbudsjettet for 2018 (Prop. 1 S (2017-2018)) foreslått at midlene til "Raskere tilbake" over kap. 732, post 79, og helserelaterte midler over kap. 732, post 70 (som tidligere ble forvaltet av NAV), skulle overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling i 2018. I Oppdragsbrevet til Helse Sør-Øst for 2018 het det at:

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for en planmessig omlegging av raskere tilbake-ordningen. Med grunnlag i anbefalinger fra de regionale helseforetakene i brev av 28. april 2017, skal tiltak med god effekt og som har bidratt til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand integreres i det ordinære pasienttilbudet. Behandlingstilbudet for aktuelle pasientgrupper som skal videreføres, skal så langt som mulig tilbys uten opphold. Omleggingen innebærer at midlene inkluderes i grunnlaget for den ordinære pasientbehandling, og vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske undersøkelser. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene, skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. (...)

De regionale helseforetakene skal i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF sørge for en forskningsbasert følgeevaluering av omleggingen av Raskere tilbake. Evalueringen skal særlig belyse konsekvenser for personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser samt effekten på sykefraværet. Helse Sør-Øst RHF tildeles totalt 7 mill. kroner til gjennomføring av den forskningsbaserte evalueringen samt til monitorering og kunnskapsspredning. Helse Sør-Øst RHF skal redegjøre for planer for evaluering, monitorering og kunnskapsspredning innen 1. mai 2018.

1

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf

Oppdraget ble viderefremidlet i oppdragsbrevene til helseforetakene, her eksemplifisert med et sitat fra oppdragsbrevet til [Sykehuset Telemark](#)², der det også framgår at kodingen av debitorcode 20 skulle fortsette for å tilrettelegge for følgeforskning på omleggingen:

Helseforetakene må ha poliklinisk tilbud for henholdsvis muskel-/skjelettlidelser og angst/depresjon operative fra januar 2018 i egen regi, eller sørge for at tjenestene tilgjengeliggjøres for eget opptaksområde gjennom avtaler med eller kjøp fra andre helseforetak eller private leverandører frem til helseforetaket har tilbudet etablert. Omleggingen innebærer at dette blir ordinær pasientbehandling og dermed vil kunne bli finansiert av ISF og laboratorie- og radiologiske takster. Pasienter som får behandling gjennom disse behandlingstilbudene skal fortsatt registreres til NPR med debitorcode 20. Det skal tilrettelegges for muligheten for følgeforskning knyttet til omleggingen, og det skal redegjøres for bruk av midler satt av til tilbudene som etableres og/eller videreføres.

Midlene som fra og med 2018 har blitt overført som rammetilskudd ble altså anbefalt brukt til å videreføre, videreutvikle og opprette nye tiltak med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand (kjøp fra private skulle videreføres i samme størrelsesordning som i 2017). Disse tilbudene i spesialisthelsetjenesten omtales nå som **Helse og arbeid**. Tilbudene er anbefalt å være **tværfaglige, kunnskapsbaserte med vektlegging av samtidighet i behandling og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser**. Det finnes også mindre tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering etter kreftbehandling og hjernetraume og en del smertetilstander (blant annet hodepine), samt utmattelse, men også mer diagnoseuavhengige tilbud innen privat arbeidsrettet rehabilitering. Målgruppen for tiltakene ble beskrevet som **personer med rett til helsehjelp der det vurderes å være økt fare for funksjonsfall uten tilbud om arbeidsrettet rehabilitering** (Helse Sør-Øst, 2017³). Mens mange av "Raskere tilbake"-tilbudene ikke forholdt seg til prioriteringsveiledere under "Raskere tilbake", ble det fra 2018 krav om at prioriteringsveiledere innenfor muskel- og skjelett og psykisk helsevern skulle benyttes ved rettighetsvurdering til Helse og arbeid-tilbudene. I sin anbefaling til HOD hadde RHF-ene søkelys på at helse og arbeid-dimensjonen må vektlegges mer i prioriteringsarbeidet. En annen viktig endring etter omleggingen var at utdanning og skole, og dermed yngre målgrupper som ikke nødvendigvis er i jobb, også skal kunne prioriteres under Helse og arbeid. I kapittel 4 og 5 viser vi at dette har ført til en viss endring i pasientpopulasjonen i disse tjenestene.

Omleggingen av "Raskere tilbake" har innebåret å gå fra prosjekt med årlige bevilgninger over Statsbudsjettet brukt på relativt tilfeldig spredte spesialisthelsetjenestetilbud, til rammebevilgninger som skulle gå til oppbygging av likeverdige arbeidsrettede tilbud i alle offentlige helseforetak, og med privat kjøp av tjenester i samme størrelsesorden som da "Raskere tilbake" ble nedlagt. Målgruppen under "Raskere tilbake" var utelukkende sykmeldte og personer som sto i fare for å bli sykmeldt, mens det i Helse og arbeid også er presisert for at unge personer under utdanning eller personer utenfor arbeidslivet også skal inkluderes. Selv om det ikke var sterke føringer for at tilbudene under "Raskere tilbake" skulle være arbeidsrettede (jf. f.eks. kirurgiske inngrep), har "Raskere tilbake" vært svært viktig for kompetanseutviklingen på arbeidsrettet behandling og rehabilitering i Norge. De aller fleste tilbudene som hadde med elementer av arbeidsretting under "Raskere tilbake" er videreført i Helse og arbeid.

² Ordlyden i oppdragsbrevene fra de regionale helseforetakene til det enkelte HF kan variere.

³ Helse Sør-Øst (2017): *Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake- ordningen i spesialisthelsetjenesten*. Ikke-publisert notat fra RHF-ene til HOD.

2.3 Problemstillinger og forskningsspørsmål i følgeevalueringen

Det overordnede målet med følgeevalueringen har vært å studere omleggingen av "Raskere tilbake"-ordningen og hvilke konsekvenser omleggingen har hatt på system-, tjeneste- og pasientnivå. I henhold til oppdragsbeskrivelsen som ble gitt i utlysningen, skulle omleggingen fra prosjekt til drift følgeevalueres med vekt på fem hovedpunkter:

- innhold i pasienttilbudene over tid og rådgiving om ev. justering av kursen
- effekt av endringer i organisering og samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og overfor NAV, fastleger mv.
- effekt på arbeidsrettede tiltak integrert i behandlingen i spesialisthelsetjenesten.
- tiltakenes konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser
- tiltakenes effekt på sykefravær

Følgeevaluering impliserer tilbakeføring av kunnskap til oppdragsgiver og fagfeltet underveis for å bidra til læring og justering av kurs. Dette er ivaretatt gjennom jevnlige møter med oppdragsgiver og deltakelse på samlinger/konferanser med praksisfeltet. Kartlegginger og intervju som har blitt gjennomført blant ledere og ansatte i sykehus, og hos private aktører med avtaler om å levere helsetjenester innenfor Helse og arbeid, har også potensielt bidratt til å bevisstgjøre respondentene (og feltet) på hvilke områder og parametere sentrale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene har vært opptatt av. For å operasjonalisere oppdraget formulerte vi flere forskningsspørsmål under hver av hovedproblemstillingene i vårt løsningsforslag til evalueringen. Disse er beskrevet i vedleggsrapportens kapittel 1. Overordnet omhandler forskningsspørsmålene følgende tema:

Status og innhold i Helse og arbeid/HelseArbeid

Vi presenterer status for omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid både når det gjelder hvor langt regionene har kommet i implementeringen, hvilke tilbud som finnes, i hvilken grad tjenestene er tverrfaglige og har fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom.

Arbeidsrettede tiltak

Vi har undersøkt hvilke tiltak innenfor helse og arbeid som defineres som arbeidsrettede, hvordan tjenestene selv sier at de jobber arbeidsrettet og hva de opplever som nyttige grep, hvordan de som jobber i arbeidsrettede tilbud og *ikke* er helsepersonell opplever som sin rolle (f.eks. NAV-ansatte i poliklinikk), og i hvilken grad veilederen for arbeidsrettet rehabilitering benyttes i tjenestene.

Organisering og samhandling internt og eksternt

Vi har studert hvordan omleggingen har påvirket organiseringen av de arbeidsrettede behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning omleggingen har hatt for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt med andre relevante aktører som NAV og fastleger.

Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser

Vi har studert hvilke tilbud som fantes før omleggingen, hvilke tilbud som ble nedlagt, etablert eller videreført innenfor Helse og arbeid for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser – og hva dette har gjort med sammensetningen av pasientpopulasjonen. Vi har også undersøkt hvordan tilbudene har opplevd å skulle bruke prioriteringsforskriften i sin rettighetsvurdering av pasienter til Helse og arbeid.

Sykefravær

"Raskere tilbake" ble også kalt "sykepengeprosjektet", og det har vært et klart mål om at ordningen skulle redusere sykefraværet. Vi har studert i hvilken grad "Raskere tilbake"-pasientene fikk lavere sykefravær etter behandling enn sammenliknbare pasienter som ikke var behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud. Vi har også studert om det var forskjeller i sykefraværet hos pasienter som fikk "Raskere tilbake"-tilbud før 2018, sammenliknet med pasienter som fikk tilbud innen Helse og arbeid i 2018, og om pasientsammensetningen har endret seg etter omleggingen.



Samfunnsøkonomisk vurdering

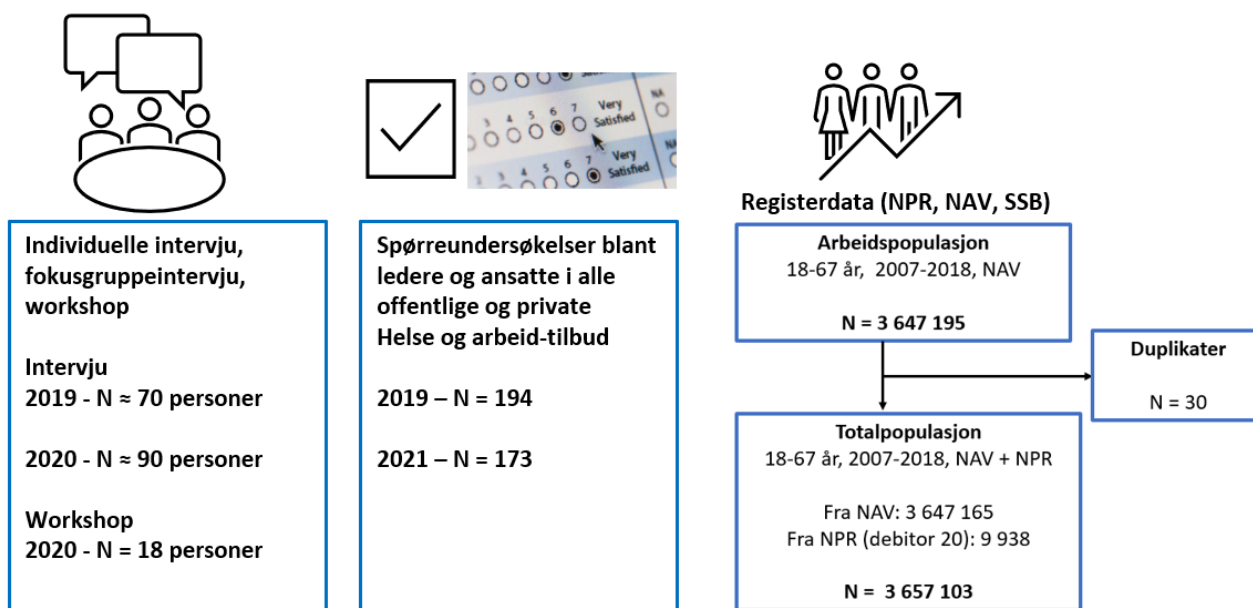
For å se Helse og arbeid-satsingen i et større helse- og velferdstjenesteperspektiv har vi gjort en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering av i hvilken grad omleggingen til Helse og arbeid synes å ha vært et godt grep for å redusere sykefravær og få folk tilbake i jobb.

2.3.1 Babelsk forvirring: Helse og arbeid, HelseArbeid, Arbeid og helse

Innledningsvis i rapporten er det behov for å gjøre en begrepsavklaring i et fagfelt som opererer med mange like begreper på helse- og arbeidsrelaterte tilbud og modeller. [Helse og arbeid](#) er en videreføring av arbeidsrettede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten etter at ordningen «Raskere tilbake» ble lagt om fra og med 2018. Det er disse tilbudene denne evalueringen handler om, og vi bruker begreper som Helse og arbeid-satsingen og Helse og arbeid-tilbud. [HelseArbeid](#) er en NAV-initiert satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak knyttet til muskel-/skjelett- og psykiske plager, og er et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV. HelseArbeid har to hovedelementer, et bedriftstiltak og et individtiltak (jf. kapittel 4.8 i vedleggsrapport). I hele Helse Nord (f.o.m. 2018), og etter hvert i flere andre helseforetak i de øvrige helseregionene, er det nå HelseArbeid som utgjør Helse og arbeid-tilbudene. Begrepene kan dermed med rette brukes om hverandre i enkelte sammenhenger. Tre-fire år etter at begrepene ble lansert ser vi i vårt datamateriale at de fortsatt skaper forvirring. **Arbeid og helse** er en fellesbetegnelse for hele fagfeltet som jobber med arbeid- og helserelaterte problemstillinger både i forskning, klinikk og forvaltning. Det er blant annet etablert et [nasjonalt fagråd for arbeid og helse](#) med nasjonale eksperter på området, og Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har i samarbeid utviklet en "[Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse](#)" som ble oppdatert i januar 2022. Videre driver Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering nettstedet www.arbeidoghelse.no, som samler sentrale ressurser på fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering, f.eks. fagveiledere, kurs, konferanser, måleverktøy, forskning og et kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering der flere private aktører rapporterer inn data.

2.4 Design, data og metoder

Følgeevalueringen baserer seg på metodetriangulering, der vi har undersøkt forskningsspørsmålene ved hjelp av både registerstudier, kartlegginger (spørreundersøkelser blant ansatte og ledere), intervju (med ansatte og ledere i alle typer Helse og arbeid-tilbud, fastleger, RHF-ansatte, NAV-ansatte) og workshop (NAV-ansatte, koordinerende overleger i NAV, jobbkonsulenter mv.). Evalueringen har hatt tre delprosjekt med totalt seks arbeidspakker. Delprosjektene har vært innrettet med et aktørperspektiv på hhv. pasientnivå, tjenestenivå og systemnivå, og har pågått parallelt i tid. Det vises til vedleggsrapporten kapittel 1.3 for en nærmere beskrivelse av følgeevalueringens design, og til vedleggsrapportens kapittel 3 for detaljerte data- og metodebeskrivelser. En oppsummering av datagrunnlaget er illustrert i figur 2.1, der N = antall respondenter:



Figur 2.1 Oversikt over datamaterialet følgeevalueringen er basert på. Se nærmere beskrivelse og dokumentasjon i vedleggsrapport.

3 Hva sier eksisterende forskning på feltet?

I løpet av evalueringsperioden (des. 2018- des. 2021) har vi samlet forskningslitteratur som omhandler arbeidsrettede intervensjoner i helsetjenestene generelt, og "Raskere tilbake"-ordningen spesielt. En litteraturgjennomgang er presentert innledningsvis i kapittel 4 i vedleggsrapporten, og omfatter både evalueringer, doktorgradsarbeider, noen spesielt relevante enkeltstudier, samt internasjonale kunnskapsoppsummeringer innenfor de mest sentrale diagnosegruppene som utredes og behandles i Helse og arbeid-tilbudene. Generelt kan vi si at litteraturen spriker når det gjelder å slå fast om arbeidsrettede tiltak har effekt på retur til arbeid og sykefravær. De systematiske kunnskapsoversiktene konkluderer ofte med små eller ingen forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgrupper, usikre estimat og lav kvalitet på studiene. Med bedre og større studier kan fremtidig forskning gi andre resultater, og det er viktig at det planlegges for gode kliniske studier av pasienter som får arbeidsrettet utredning og behandling. At Helse og arbeid-tilbudene nå, i større grad enn før omleggingen, likner hverandre i arbeidsmetodikk, tverrfaglighet og retningslinjer for prioritering legger bedre til rette for forskning.

3.1 Effekt av arbeidsrettet rehabilitering og behandling

Våren 2021 publiserte Folkehelseinstituttet en litteraturgjennomgang der de undersøkte effekten av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer som er langtidssykmeldt eller i fare for å bli langtidssykmeldt⁵. De inkluderte randomiserte kontrollerte studier og systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet, og studiene skulle ha undersøkt arbeidsrettede tiltak med en aktiv helsekomponent og med mål om å bli værende i arbeid. Relevante utfall var retur til arbeid, mestringstro, arbeidsmotivasjon, symptomreduksjon, fysisk/sosial/kognitiv funksjon, og kostnadseffektivitet – m.a.o. sammenfallende med de mål Helse og arbeid-tilbudene rundt om i helseforetakene skal ha. Forskerne gikk gjennom over 7000 sammendrag og leste 200 fulltekstartikler, og inkluderte til slutt 20 primærstudier og 13 systematiske oversikter. Totalt utgjorde materialet de studerte nesten 6000 pasienter/studiedeltakere med sykmeldingslengde fra 5-52 uker. De fleste var sykmeldt pga. muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, og de fleste studiene tok for seg tverrfaglig rehabilitering, jobbfokusert kognitiv terapi eller særskilte enkelttiltak.

Når det gjaldt **tverrfaglig rehabilitering vs. vanlig praksis** fant de ingen forskjell, og hadde svært lav tillit til resultatene i studiene pga. svakt dokumentasjonsgrunnlag. Det var også svært usikkert om tilbudene var kostnadseffektive. Når det gjaldt **tverrfaglig rehabilitering vs. annet aktivt tiltak** fant de heller ingen forskjell ved 12 mnd. oppfølging. Dokumentasjonsgrunnlaget var svakt også her, og tilsa lav tillit til resultatene. Forskerne mener det er usikkert om det er noen forskjell mellom tverrfaglig rehabilitering og andre aktive tiltak etter to år. Studiene av **jobbfokusert kognitiv terapi vs. vanlig praksis** viste at to av tre studier rapporterte positive effekter av tiltakene med et vesentlig lavere antall sykedager. Den fjerde studien undersøkte effekten av jobbfokusert kognitiv terapi på smerte, depresjon og fysisk funksjon for folk med muskel- og skjelettlidelser, og fant ingen forskjell. Igjen hadde forskerne som gjorde litteraturgjennomgangen svært lav tillit til effektestimaterne. Av **enkeltiltaksintervensjoner** som ikke var tverrfaglig rehabilitering eller jobbfokusert kognitiv terapi, fant de studier effekt på retur til arbeid for et stressreducerende tiltak, samt et elektronisk helsetiltak som benyttet læring og assistanse over internett. Igjen hadde de svært lav tillit til estimatene, og **studien konkluderer med at studiene viser "et relativt stabilt fravær av effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for retur til arbeid", og at "vi har svært lav til middels tillit til samtlige resultater"**. Det poengteres at ingen av studiene viste negative effekter på retur til arbeid, og at tiltakenes effekt på symptomreduksjon, mestringstro og fysisk-, sosial-, og kognitiv funksjon rapporteres å være bedre eller den samme som andre aktive tiltak eller vanlig praksis⁵.

Norsk kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering har i ettertid diskutert artikkelen⁴, og mener det kun er tre av artiklene (Aasdahl et al. (2018), Gismervik et al. 2020 og Lambeek et al. 2010)⁶⁻⁸ som omfatter det vi i Norge definerer som arbeidsrettet rehabilitering (typisk dag/døgnopphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner), mens de øvrige inkluderte studiene gjelder mindre omfattende polikliniske tiltak som kan karakteriseres som arbeidsrettede utrednings- eller behandlingstilbud – som er typiske for de fleste polikliniske Helse og arbeid-tilbudene. For evalueringen vår er begge deler relevant, og vi mener fagfeltet må bruke disse (usikre) resultatene som motivasjon til å gjøre mer og bedre forskning, der man også er mer omforent om måter å måle eksponering og utfall på. Vi vet at det jobbes for større grad av samordning av utfallsmål på retur til arbeid internasjonalt, blant annet gjennom European Union of Medicine in Assurance and Social Security (EUMASS).

3.2 Brukerundersøkelser

Rett før omleggingen i 2018 gjennomførte Folkehelseinstituttet analyser av brukerundersøkelser (tverrsnitt) i et utvalg "Raskere tilbake"-tilbud i 2015/2016 (Sjetne, 2017)⁹. Materialet omfattet 7754 pasientsvar fra 61 ulike institusjoner, men hadde en del begrensninger knyttet til ulike/ukjente rekrutteringsmetoder mv. Resultatene ble sammenstilt med resultater fra nasjonale brukererfaringsundersøkelser ellers i spesialisthelsetjenesten. "Raskere tilbake"-pasientene ga stort sett svært positive beskrivelser av sine erfaringer, og flertallet beskrev positive utfall av behandlingen. Pasientene som hadde hatt lengst sykmeldingsperiode i løpet av det siste året, gav de dårligste skårene på spørsmålene om resultat av behandlingen. Brukererfaringene fra Raskere tilbake var generelt bedre enn tilsvarende fra spesialisthelsetjenesten ellers, men gitt at man ikke hadde en representativ kontrollgruppe, skriver forskeren som har gjennomført analysene at resultatet kun kan sies å gjelde de som har svart på undersøkelsen (ibid). Også den aller første brukerundersøkelsen der 53 "Raskere tilbake"-pasienter ble intervjuet, fant positive erfaringer med tiltakene slik de var ved oppstarten av ordningen i 2007/2008. Et overraskende funn i denne evalueringen var at ca. 70 prosent av deltakere i "Raskere tilbake"-tilbud hadde funnet tilbudet selv, uten hjelp fra fastlegen.¹⁰ I dag henvises de aller fleste pasientene i Helse og arbeid fra fastlegen, og noen få fra andre helsetjenestetilbud.

Vi vet fra både intervju og spørreundersøkelser i vår evaluering at mange Helse og arbeid/HelseArbeid-tilbud gjør egne brukerundersøkelser og kartlegginger blant sine pasienter, både før, under og etter konsultasjon. Det vil være nyttig å lære av de begrensningene som gjaldt brukerundersøkelsen gjennomført i 2015/2016⁹, og gjennomføre en ny nasjonale kartlegging av pasientopplevd kvalitet i Helse og arbeid-tilbudene slik de framstår i dag. Vår evaluering dekker ikke denne type selvrappporterte brukererfaringer.

3.3 Evalueringer av "Raskere tilbake"-ordningen

Det finnes flere tidligere evalueringer på "Raskere tilbake"-ordningen som er av relevans når vi skal undersøke omleggingen. Den første kom i perioden 2008-2010 og ble gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning AS (Drangslund og Kjerstad, 2008; Kjerstad og Holmås, 2009; Holmås og Kjerstad, 2010)¹¹⁻¹³. Rapportene er nærmere beskrevet i kapittel 4.1 i vedleggsrapporten, men kort oppsummert fant de:

- "Raskere tilbake" ble tatt i bruk mye raskere i spesialisthelsetjenesten enn i NAV, selv om man tok hensyn til forskjellene i økonomiske rammer. Dette skyldtes først og fremst at informasjonsformidlingen ikke gikk linjevei, men ble spredt på HF-ene.
- De ulike aktørene (både mellom NAV og spesialisthelsetjenesten og internt i spesialisthelsetjenesten) skulle koordinere sin innsats og vise evne og vilje til samhandling, men koordineringen var dårlig den første perioden.
- Henvisningsgraden fra fastlegene ble ansett som middels god.

⁴ <https://arbeidoghelse.no/hvordan-tolke-kunnskapsoversikter-om-effekten-av-arbeidsrettet-rehabilitering/>, se også <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2021/09/Effekt-av-arbeidsrettet-rehabilitering-1-sep-21.pdf>

- Kun 35 prosent av fastlegene sa seg enige i at "Raskere tilbake" ville bidra til at sykmeldte faktisk kom raskere tilbake i jobb enn tidligere.
- Et sentralt funn var at legene mente "Raskere tilbake"-ordningen var problematisk når det gjelder prioriteringsforskriften. Legene scoret også de ulike tiltakene lavt når de ble bedt om å vurdere disse, men alt i alt ble det konkludert med at henvisningsgraden i populasjonen av fastleger var høy nok i forhold til ressursinnsatsen i "Raskere tilbake".
- Registerdataanalyser av en kobling mellom Norsk pasientregister og NAV for 2008 viste tiltakseffekter for kirurgisk behandling, der "Raskere tilbake"-pasientene hadde gjennomsnittlig 4,3 færre sykepengedager enn personer som mottok behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene.
- Effekten er funnet å ligge i kortere ventetider, ikke behandlingen i seg selv. Ventetidene ble redusert med ca. 18 dager når man så medisinsk og kirurgisk behandling under ett.
- Forskernes betraktninger tilsa at "Raskere tilbake" samlet trolig ikke var en suksess i samfunnsøkonomisk forstand, fordi reduksjonen i sykefraværet var marginal, og at man gjennom alternative måter å redusere ventetider på kunne oppnådd det samme – også for andre pasientgrupper. Våre funn i kapittel 5 støtter denne konklusjonen.

I perioden 2010-2013 samarbeidet IRIS, Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitetet i Stavanger om en evaluering av "Raskere tilbake". Det foreligger to publiserte rapporter fra evalueringen (Aas, Solberg og Strupstad, 2011 og Skarpås, Aas og Berg, 2013)^{4,14}. Oppsummert fant denne evalueringen følgende:

- Liten grad av samhandling med kommunehelsetjenesten i "Raskere tilbake"-tilbudene (dette gjelder også per i dag, ifølge vår evaluering).
- Stor geografisk variasjon i tilbudene og stor grad av overlapp mellom tilbudene som fant sted i regi av NAV og i regi av spesialisthelsetjenesten.
- Tilbud om en fast koordinator som skulle sy tilbudene sammen, samhandle med eksterne aktører, og gjennomføre arbeidsplassvurderinger og å følge opp etter endt tilbud, ble konkludert med å være mangelfullt utviklet i mange tilbud.
- En Delphi-prosess med eksperter tilsa at det var en klar oppfatning blant aktørene om at "Raskere tilbake" var et positivt bidrag til sykmeldte, og at det burde videreføres, men at det måtte bedre metoder til for god samhandling mellom etatene (Helse og NAV) og med arbeidsplassene.
- Tilbudene var for dårlig kjent.
- Det var manglende konsensus om betydningen av en lokal koordinator – noe som gikk mot internasjonale funn. Senere publikasjoner på dette temaet viste at de som hadde koordinator hadde en tendens til å komme senere tilbake i arbeid, og at kompleksitet spilte en større rolle enn koordinering for disse pasientene (Skarpaas et al. 2019).^{15,16}
- Hovedfunnet var at den største utfordringen framover var å finne modeller for god samhandling mellom de tre hovedaktørene arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten.

Deloitte gjorde en kartlegging og systematisering av evalueringer innenfor "Raskere tilbake" i Helse Sør-Øst fram til 2015, med særlig fokus på effekt av tilbakegang til arbeid (Helse Sør-Øst, 2015)¹⁷. De konkluderte med at ordningen kunne vise til svært gode resultater for brukertilfredshet, og at evalueringene som har sett på behandlingskvalitet kan vise til symptomlette og positive mål på en rekke mål på helse og mestring (livskvalitet, arbeidsevne, tiltro til egne evner, mestringsfølelse).

I vedleggsrapporten gir vi også en gjennomgang av forskningen som har vært gjort på Hysnes Helsefort – som var et av de største "Raskere tilbake"-finansierte rehabiliteringstilbudene det var knyttet systematisk forskning til. Sluttrapporten (Johansen og Fimland, 2017)¹⁸ konkluderte med at personer sykmeldt med muskel-skjelett, psykiske eller uspesifikke diagnoser hadde betraktelig mindre sykefravær i året etter de startet rehabiliteringen, og kom betydelig raskere tilbake i jobb etter langvarig (3 ½ uker), men ikke kortvarig (4+4 dager) rehabilitering, sammenlignet med poliklinisk ACT. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom

programmene på somatisk og psykisk helse, men de døgnbaserte programmene var atskillig mer kostbare enn det polikliniske programmet. Forskerne anbefalte ikke at det korte programmet ble implementert i ordinær rehabilitering, og lot det være en helsepolitisk avveining av effekten på den økte arbeidsdeltakelsen for de sykmeldte og deres familier, bedriftene og samfunnet mot tilleggskostnadene et slikt tilbud innebærer når det gjaldt hvorvidt det lange programmet burde implementeres i ordinær rehabilitering. Hysnes Helsefort ble lagt ned i 2016, etterfulgt av debatt i fagfeltet⁵⁶. Det publiseres fortsatt studier på datamaterialet fra Hysnes Helsefort^{6,19-23}.

Videre i kapittel 4.1 i vedleggsrapporten omtaler vi også funn i utvalgte enkeltstudier og doktorgradsarbeider som har involvert pasienter i "Raskere tilbake"-ordningen innenfor fagfeltene muskel- og skjelett, psykisk helse, kreft og hjernetraume, som også er hovedområdene det tilbys Helse og arbeid-relaterte tilbud innenfor per i dag. Noen av de viktigste studiene er beskrevet under:

- Multidisciplinary intervention (MI) vs. brief intervention viste at en høyere andel av de som inngikk i MI-gruppen kom raskere tilbake i jobb de første månedene av oppfølgingstiden, og de fikk raskere bedring av helsa. Etter ett år var det ikke forskjeller mellom de to gruppene når det gjaldt yrkesdeltakelse og helseforhold, men de som hadde fått intervensjonen rapporterte om mindre helseplager, bedre fysisk form og mindre helsetjenestebruk. De var også mer fornøyd med tjenestene de hadde fått. Konklusjonen var at MI har verdifulle elementer for pasientgruppa, men at effektene er for små til at det er samfunnsøkonomisk forsvarlig da MI er mer ressurskrevende. (Brendbekken et al. 2016-2018)²⁴⁻²⁶.
- Innlandet sykehus har lenge hatt et tverrfaglig poliklinisk og ambulant tilbud for personer etter hjerneslag og traumatisk hjerneskade (Haveraaen et al. (2017))²⁷. De har blant annet studert faktorer som kan påvirke tilbakegang til arbeid hos pasienter med ervervet hjerneskade, og fant at kvinner og de uten multimorbide tilstander var de som raskest kom tilbake i jobb. De fant også sammenhenger mellom de langvarige arbeidsrehabiliteringstiltakene, og at det tar lenger tid å komme tilbake i jobb (Aas et al. 2018)²⁸.
- Det har vært gjort studier på "Raskere tilbake"-tiltaket *iBedrift* (ved sykehuset i Vestfold), som nå inngår i HelseArbeid-modellen ved sykehuset (omtales ofte som forløperen til bedriftstiltaket i HelseArbeid). De har undersøkt ulike måter å gi informasjon til bedriftene på, uten å finne signifikante effekter.²⁹ Andre studier fra det samme forskningsmiljøet fant best effekt av å at arbeidsplassintervensjoner mot angst og depresjon fokuserer på å påvirke og endre de ansattes strategier for å håndtere stress og sykdom, enn å fokusere på arbeidsforhold og symptomer/plager (Johnsen et al. 2016-2019)²⁹⁻³².
- Fra Sunnaas Sykehus har det vært skrevet en doktorgrad som evaluerer "Raskere tilbake"-tilbudet ved poliklinikken (Brekke, 2017)³³. Målet var å sammenlikne retur til arbeid hos langtidssykmeldte pasienter som var sykmeldt grunnet muskel-/skjelettlidelser eller milde psykiske lidelser og fikk enten kort oppfølging én dag (brief intervention) eller fire ukers tverrfaglig oppfølging i institusjon eller poliklinikk - i tillegg til éndagsoppfølgingen. Etter tre års oppfølging var hovedfunnet at det var færre som hadde returnert til arbeid og flere som hadde fått innvilget uførepensjon i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Konklusjonen var at langvarige intervensjonstiltak i nært samarbeid med arbeidslivet har bedre og mer varig effekt, og at kortvarige intervensjoner i liten grad fungerer (ibid.).
- På psykisk helse og arbeid er det blant annet gjort flere evalueringer som har vist positive effekter av IPS som metode for tilbakegang til arbeid³⁴⁻³⁸, samt studier av pasienter på en av de største "Raskere tilbake"-poliklinikkene for arbeidsrettet kognitiv terapi ved Diakonhjemmet sykehus³⁹⁻⁴³, der det også pågår en ventelistestudie⁴⁴. En av de ferskeste artiklene fra 2020 (som ikke rakk å inkluderes i FHIs litteraturgjennomgang referert innledningsvis) konkluderte med at metakognitiv

⁵ Se f.eks. <https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2015/11/11/Har-Norge-r%C3%A5d-til-%C3%A5-legge-ned-Hysnes-Helsefort-11790325.ece>

⁶ <https://psykologisk.no/2021/09/hysnes-helsefort-fikk-folk-ut-i-jobb-sa-ble-det-lagt-ned-klassisk-politisk-idioti/>

terapi og jobbfokusert kognitiv terapi kan være en effektiv intervensjon for pasienter som er sykmeldt på grunn av vanlige psykiske lidelser⁴².

- Også Lovisenberg sykehus har publisert studier på sin "Raskere tilbake"-populasjon. De har blant annet undersøkt prediktorer for å være tilbake i jobb seks måneder etter endt behandling for 106 pasienter med vanlige psykiske lidelser. Resultatene viste at de som hadde jobber med høy yrkesstatus og høyere arbeidsevne mot slutten av behandlingen, var de som hadde høyest sannsynlighet for å være i jobb etter seks måneder. Det viste seg også at positive forventninger om å komme tilbake i arbeid, enten fra før de startet behandling eller at forventningene endret seg underveis, også hadde høyere sannsynlighet for å komme tilbake i jobb. Studien konkluderer med at pasienter med lav yrkesstatus og som rapporterer lav arbeidsevne mot slutten av behandlingen for angst og depresjon, er i risiko for langtidsuførhet (Victor, Lau og Ruud, 2018)⁴⁵. En annen artikkel undersøkte karakteristika av "Raskere tilbake"-pasientene vs. andre pasienter i samme poliklinikk, og fant at "Raskere tilbake"-pasientene hadde lavere symptomtrykk, var litt eldre, hadde høyere sannsynlighet for å være i et forhold, og de hadde høyere inntekt enn de som var til behandling i vanlig poliklinikk. Helserelatert livskvalitet var den samme i de to gruppene, og selv om symptomtrykket var lavere, var det likevel innenfor moderat (og ikke mild) alvorlighetsgrad for "Raskere tilbake"-pasientene (Victor, Lau og Ruud, 2016)⁴⁶.
- Ved OUS har det vært et arbeidsrettet poliklinisk dagrehabiliteringstilbud for kreftpasienter. Thorsen et al. (2016)⁴⁷ studerte tilbakegang til arbeid og hvilke karakteristika som var assosiert med å ikke komme tilbake i jobb. Pasientene deltok én dag i uken i sju uker, og fikk pasientopplæring, gruppediskusjoner og fysisk trening. 106 kvinnelige kreftpasienter fullførte tiltaket og svarte på oppfølgingskartleggingen som danner grunnlag for studien. 36 prosent av kvinnene var ikke tilbake i jobb seks måneder etter at de deltok i intervensjonen. De som oftest ikke var tilbake i jobb bodde oftere sammen med andre (paired relations) og hadde mer fatigue ved baselinemålingen, sammenliknet med de som opplevde å komme tilbake i jobb. Både de som ikke kom, og de som kom, tilbake i jobb opplevde bedring i fatigue i løpet av perioden (ibid.).

3.4 Systematiske kunnskapsoversikter

Vi har gjennomført et tematisk litteratursøk ("rapid review") i desember 2021 etter internasjonale systematiske kunnskapsoversikter på Arbeid og helse-feltet siste 10 år, innenfor de viktigste diagnosegruppene som Helse og arbeid-tilbudene dekker. Målet var å skaffe oss en oversikt over bredden i forskningslitteratur innenfor de ulike diagnosegruppene. Søkemetodikken er beskrevet i kapittel 3.1.1 i vedleggsrapporten. Vi inkluderte totalt 67 systematiske oversiktsartikler publisert i årene 2012 til 2021^{1,48-113}, hvorav nesten 70 prosent av materialet var publisert i 2017 eller senere (n=45). Dette indikerer en økende interesse for forskning på feltet de senere årene. Vi har laget et nettbasert vedlegg med oversikt over alle inkluderte studier [her](#). Videre har vi laget oppsummeringer av de mest relevante oversiktene siste fem år i kapittel 4.1.7 i vedleggsrapporten.

Det er et gjennomgående funn i de systematiske kunnskapsoversiktene at mange av studiene som er gjort på sammenhengen mellom arbeidsrettet behandling og rehabilitering og retur til arbeid har metodiske svakheter, og at man dermed ikke kan konkludere sikkert om effekt. Det pekes for eksempel på behov for flere studier på effekt av forebyggende tiltak, bruk av bedriftshelsetjeneste og arbeidsplassintervensjoner. Flere av studiene viser bedre effekt på symptomer/helseutfall og livskvalitet av arbeidsfokusert behandling/rehabilitering, sammenliknet med vanlig behandling.

Av behandlingsmetoder på **psykisk helse-feltet** som peker seg ut i positiv retning for retur til arbeid på kort sikt (usikker effekt på lang sikt) er arbeidsrettet kognitiv terapi, intervensjoner som fokuserer på problemløsningskompetanse, IPS (også på milde/moderate lidelser) og intervensjoner for stressreduksjon. Generelt finner man også bedre effekt av mer komplekse intervensjoner som går over noe tid, sammenliknet

med korte intervensjoner (Lancman, 2021⁵⁶; Axén, 2020⁵⁰; Fadyl, 2020⁵³; Nieuwenhuijsen, 2020⁶¹; Mikkelsen, 2018⁵⁸; Read, 2018⁶²).

Når det gjelder **muskel- og skjelettlidelser** er det funnet positive (men usikre) effekter på retur til arbeid for tverrfaglige, biopsykososiale rehabiliteringsintervensjoner for korsryggssmerter, intervensjoner med fokus på å utvikle resiliens (psykologisk motstandskraft) og tiltak som involverer arbeidsplass. Motiverende intervju er en metode som har bredt mer om seg de siste årene, men her ble kun to studier inkludert i oversikten, og den ene fant positiv effekt, den andre ingen effekt (Aanesen, 2021⁷⁰; Heathcote, 2019⁶⁵; Cochrane, 2017¹¹³; Marin, 2017⁶⁶).

For **sammensatte diagnoser** (flere typer helseproblemer, typisk både muskel- og skjelett og psykisk helseproblematikk) pekes det også her på at arbeidsplassfokuserte og tverrfaglige intervensjoner kan ha effekt. Jobbmestrende oppfølging kommer positivt ut for unge voksne med funksjonshemming, og en av oversiktsartiklene fant små, men signifikante effekter av psykologisk behandling på sykefravær. Det er ikke funnet effekt av å ha egne koordinatorprogram i disse tjenestene (Figueredo, 2020⁷²; Hilton, 2019⁷⁷; Jetha, 2019⁷³; Finnes, 2019⁷⁹; Nazarov, 2019⁸⁰; Cullen, 2018¹¹¹; Vogel, 2017⁷⁶). Tverrfaglige intervensjoner og fokus på resiliens viste positive effekter når det gjaldt pasienter med **kronisk smerte** (Wegrzynek, 2020⁸⁴; Wainwrigh, 2019⁸³).

Kreft og arbeidsrettede intervensjoner er et område med økende publisering, men flere av oversiktsartiklene peker på at dette er et område vi foreløpig vet for lite om; det er mangel på effektive og metodologisk strukturerte rehabiliteringsintervensjoner. Videre konkluderer en av artiklene med at kreftoverlevende bør tilbys skreddersydde forløp med tverrfaglig og arbeidsrettet tilnærming. En av oversiktsartiklene fant effekt av kreftrehabilitering med fokus på arbeidsfokuseret behandling, sterk evidens for at tverrfaglig rehabilitering og psykososiale strategier kan redusere angst og depresjon, og moderat evidens for at denne type intervensjoner kan hjelpe kreftoverlevende til å komme tilbake i jobb (Algeo, 2021⁸⁵; Guo, 2021⁸⁷; Stapelfeldt, 2019¹; Paltrinieri, 2018⁹³; Hunter, 2017⁹¹).

Vi fant totalt 8 systematiske oversikter som omhandlet **hjernetraume** og RTW, hvorav fire siste fem år, men ikke alle var relevante for problemstillingene i evalueringen. Alves, 2020¹⁰¹ har undersøkt studier som studerer betydningen av arbeidsplassfaktorer for å beholde jobb, eller komme tilbake i jobb etter ervervet hjerneskade (ABI). De finner at det er lite evidens på dette feltet, og den som finnes er av dårlig kvalitet. O'Keefe, 2019¹⁰⁵ så på studier som undersøkte hvilke studier som finnes og hvordan man best leverer intervensjoner i sykehus for å stimulere til RTW etter nevrologiske skader fra slag eller moderat til alvorlig hjerneskade. De finner at RTW er en viktig faktor i rehabiliteringen, at det finnes studier som sier noe om hva som skal til for å integrere arbeidsfokus i en sykehussetting, men at få studier sier noe spesifikt om hvilke komponenter som skal inngå i intervensjonen.

Det er generelt liten kunnskap om **fastlegens og arbeidsgivers rolle** i arbeidet med å få syke personer tilbake i arbeid, og det etterlyses flere studier på det (de Jong, 2018⁹⁶; Greidanus, 2018⁹⁸; Jansen, 2021¹¹²).

4 Hvilke konsekvenser har omleggingen til Helse og arbeid hatt?

I dette kapitlet oppsummerer vi funn på tvers av datakilder, slik de er analysert og presentert i kapittel 4 i vedleggsrapporten. Vi drøfter endringene omleggingen har medført på system og tjenestenivå når det gjelder status og innhold i tjenestene, organisering og samhandling, graden av arbeidsretting og konsekvenser for de største pasientgruppene innenfor muskel- og skjelett og psykisk helse.

4.1 Status og innhold i tjenestene

Status og innhold i tjenestene

Vi presenterer status for omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid både når det gjelder hvor langt regionene har kommet i implementeringen, hvilke tilbud som finnes, i hvilken grad tjenestene er tverrfaglige og har fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom.

4.1.1 Implementering

I oppdragsdokumentene for 2018 fikk helseforetakene beskjed om å "(...) ha poliklinisk tilbud for henholdsvis muskel-/skjelettlidelser og angst/depresjon operative fra januar 2018 i egen regi, eller sørge for at tjenestene tilgjengeliggjøres for eget opptaksområde gjennom avtaler med eller kjøp fra andre helseforetak eller private leverandører frem til helseforetaket har tilbudet etablert."⁷. 2018, og delvis 2019, ble omstillingsår der enkelte helseforetak måtte bygge ned kapasitet og omstille driften (særlig i Helse Sør-Øst), mens andre helseforetak jobbet med nyansettelser og planlegging av tilbudene. Alt i alt responderte helseforetakene relativt raskt på oppdraget. Da evalueringen hadde sin første datainnsamling våren 2019 var det enten etablert, eller snarlig planlagt etablert, Helse og arbeid-tilbud i alle offentlige helseforetak innenfor de to store diagnosegruppene som lå i oppdraget. I tillegg fikk enkelttilbud innenfor f.eks. arbeidsrettet kreftrehabilitering ved OUS, og arbeidsrettede tilbud for pasienter med hjerneslag/traumatisk hjerneskade ved sykehuset Innlandet, fortsette som før omleggingen. I 2018 ble det gjort rammeavtaler om kjøp hos private aktører i samme størrelsesorden som i 2017. Helse og arbeid-tilbud i de private institusjonene med ytelsesavtale er beskrevet per region i kapittel 4.6.5 i vedleggsrapporten.

Da vi høsten 2021 spurte ansatte i Helse og arbeid-tilbudene om hvordan de vurderte at ledelsen i helseforetaket hadde håndtert implementering av omleggingen, svarte litt over halvparten (55 %) godt eller svært godt. Det var signifikante regionale forskjeller, der respondenter fra Helse Midt-Norge, og til en viss grad Helse Vest, var mindre fornøyd enn ansatte i Helse Nord (referansekategori). På tilsvarende spørsmål om hvordan ledelsen i egen klinikk/avdeling har håndtert omleggingen, svarte 80 prosent godt eller svært godt. Her var de regionale forskjellene de samme som for vurderingen av HF-ene (se vedleggsrapport kapittel 4.8.2). Det var bare halvparten av respondentene som var fornøyd med forankringen av tilbudet i eget helseforetak (Helse Sør-Øst og Helse Vest minst fornøyd), og da vi spurte lederne av Helse og arbeid-tilbud (n = 35) om informasjonsflyten (nettsider, informasjonsmøter mv.) om Helse og arbeid-satsingen fra de regionale helseforetakene, svarte kun 23 prosent i stor/svært stor grad. Lederne i Helse Sør-Øst var mest fornøyd med informasjonsflyten.

De fleste ansatte som svarte på undersøkelsen opplevde ikke at omleggingen hadde påvirket forutsigbarheten i arbeidshverdagen deres i særlig grad (52 %), én tredjedel opplevde at hverdagen hadde blitt mer forutsigbar, mens 14 prosent opplevde mindre forutsigbarhet. Det var særlig ansatte hos private aktører i Helse Vest og Helse Sør-Øst som opplevde arbeidsdagen som mer forutsigbar etter omleggingen. Basert på tilbakemeldinger i spørreundersøkelsene både i 2019 og 2021 var ansatte i Helse Nord gjennomgående mer fornøyd med både selve omleggingen og hvordan tilbudene har videreutviklet seg

⁷ Se f.eks. oppdraget til Sykehuset i Vestfold <https://www.helse-sorost.no/Documents/Oppdragsdokument%20til%20HF/2018/-Oppdrag%20og%20bestilling%202018%20-%20Sykehuset%20i%20Vestfold%20HF.pdf>

faglig, enn respondenter fra de øvrige regionene. Det synes i så måte å ha vært et godt grep med en felles implementeringsstrategi for HelseArbeid for alle HF-ene i Helse Nord.

Kunnskapsspredning

Som del av implementeringen har det blitt finansiert flere tiltak for kunnskapsspredning i tjenestene. Blant annet har "Raskere tilbake"-poliklinikken ved Diakonhjemmet utviklet et kurstilbud for opplæring i jobbfokusert kognitiv terapi, som mange ansatte i Helse og arbeid fra hele landet har deltatt på. Det er i ferd med å utvikles informasjonsvideoer innen fysikalsk medisin fra Helse Midt-Norge, eMeistring som behandling for angst og depresjon er et tilbud som brer seg fra Helse Vest (arbeidsrettet modul under utvikling), og ved sykehuset Innlandet har de lansert et nytt visuelt, pedagogisk, klinisk verktøy til bruk ved arbeidsrettet rehabilitering/behandling kalt ISIVET (www.isivet.no). I tillegg har det blitt arrangert studieturer i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet der alle Helse og arbeid-tilbud ble invitert til HelseArbeid-senteret ved UNN HF for å lære mer om hvordan de rigget sitt tilbud. HIA-senteret ved UNN har også delt kunnskap om tilbudet på flere webinar. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (www.arbeidoghelse.no) er en aktiv aktør på arbeid og helse-feltet, som i løpet av 2021 har kjørt flere webinar-serier og nettbaserte kurs, og er ansvarlige for den nasjonale veilederen i arbeidsrettet rehabilitering. I 2019 hadde halvparten av de nær 200 respondentene av undersøkelsen vår benyttet seg av kurs og veileder fra kompetansetjenesten, særlig ansatte i Helse Midt-Norge, i mindre grad ansatte i Helse Nord.

I 2022 er arbeidsrettet rehabilitering mot ungt utenforskap et satsingsområde for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, og i løpet av evalueringsperioden har vi fått tilbakemelding om flere Helse og arbeid-tilbud som vil jobbe med å etablere bedre tilbud til de yngste pasientgruppene. Et eksempel på et slikt tilbud har eksistert ved St. Olavs Hospital (Tiller DPS) siden "Raskere tilbake"-perioden. Det er rettet mot unge voksne (18-25 år) med angst og/eller depresjon som har falt ut av skole eller jobb, og som har rett til nødvending helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Pasientene kan også være i AAP-løp. Tiltaket jobber etter IPS-metodikk, og hadde fem jobbspesialister ansatt per høsten 2020. Også Nordlandssykehuset HF sitt HIA-senter samarbeider nært med IPS-tilbudet ved Nordlandssykehuset. Andre som har IPS-tilbud er Diakonhjemmet sykehus, Helse Bergen HF og Helse Nord-Trøndelag.

4.1.2 Om tilbudene og målgruppen

Vi har laget en oversikt over status og innhold (tiltakskomponenter) i tilbudene i alle helseforetak, og alle private aktører med avtale om å levere arbeidsrettet behandling, slik tilbudene framsto ved inngangen til 2021 i kapittel 4.6 i vedleggsrapporten. Det er gitt en detaljert beskrivelse av tilbudenes sammensetning og hvordan de definerer målgruppen for tilbudet. Mange av tiltakskomponentene synes å være relativt like det som ble gjort under "Raskere tilbake" (jf. kapittel 2.2. innledningsvis i denne rapporten), men med større innslag av samarbeid med NAV, og større grad av tverrfaglige vurderinger ettersom det er flere fysikalsk medisinske miljø som samarbeider med psykisk helsevern etter omleggingen.

Fastlegens kjennskap til tilbudene

I datainnsamlingen i 2020/2021 erfarte vi at de fleste Helse og arbeid-tilbudene hadde jobbet aktivt med hvordan de presenterer seg utad, sammenliknet med 2019. Det er viktig at informasjon om tilbudene er lett tilgjengelig slik at fastleger/henvisere finner tilbudene, og forstå hva de henviser til. Likevel er det flere av de ansatte som har påpekt både i intervju og spørreundersøkelser at å nå ut med informasjon om tilbudene er et krevende og kontinuerlig arbeid, og at de er usikre på i hvilken grad fastlegene kjenner til dem. Kun 31 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen i 2021 vurderte at fastlegene i stor grad kjenner til tilbudet i deres helseforetak. Kun 20 prosent mente at øvrig spesialisthelsetjeneste kjenner tiltaket. Dårlig henvisningskvalitet fra fastlegene er også et gjentakende tema - kun 24 prosent av våre respondenter på

spørreundersøkelsen i 2021 mente at de får tilstrekkelige gode henvisninger fra fastlegene. Flere av tilbudene har laget beskrivelser på nettsidene om hva de ønsker at henvisningene skal inneholde.⁸

En pilotstudie vi gjorde ved HF-ene i Helse Nord tydet på at relativt mange ulike fastleger hadde henvist til tilbudene i 2020 (sett opp mot antall fastlegehjemler i opptaksområdenes kommuner), men ettersom det ikke har latt seg gjøre å skaffe tilsvarende data fra de andre regionene, kan vi ikke si noe om fastlegenes kjennskap til tjenestene i resten av landet (se kapittel 4.9.5 i vedleggsrapporten). I 2019 intervjuet vi flere fastleger i seks kommuner, der kun ett av fastlegekontorene var kjent med Helse og arbeid fordi de hadde kontor nært et av de private tilbudene med avtale. De øvrige fastlegene hadde ikke kjennskap til hva omleggingen innebar, men hadde fått med seg at "Raskere tilbake" var lagt ned. En av fastlegene vi intervjuet i evalueringen ønsket seg lenke til informasjon om Helse og arbeid-tilbudene på et dertil egnet sted i Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) som brukes hyppig av fastlegene.

Som vi skal beskrive nærmere under kapitlet om samarbeid, er det fortsatt for dårlig og lite systematisk samarbeid med kommunehelsetjenesten i langt de fleste av Helse og arbeid-tilbudene. Dette til tross for at finansieringen av omleggingen skulle bidra til å understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, der samarbeid med kommunene skal være en integrert del av virksomheten og styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene.

HelseArbeid-modellens utbredelse

I oversikten over tilbud med data fra inngangen til 2021, finner at HelseArbeid nevnes som enten etablert eller under vurdering i nesten samtlige offentlige helseforetak. Helse Nord utmerket seg tidlig etter omleggingen med å satse på HelseArbeid-modellen i alle sine helseforetak, der de har samlokalisert tilbud rettet mot muskel- og skjelett og psykisk helse i såkalte HelseArbeid-senter. Sykehuset i Vestfold har også hatt en liknende modell med *iBedrift* i hele "Raskere tilbake"-perioden, og de to miljøene har bidratt med kunnskapsspredning om denne måten jobbe tverrfaglig og opp mot arbeidsgivere på over flere år. Våre respondenter i undersøkelsen fra 2021 som svarte at de hadde både individtiltak og bedriftstiltak kom fra følgende HF/private aktører (oppstartsår i parentes): Universitetssykehuset Nord-Norge (2018), Finnmarkssykehuset (2020), Nordlandssykehuset (2019), Helgelandssykehuset (2019), Opptreningssenteret i Finnmark (2018), Helse Nord-Trøndelag (2021), Helse Møre- og Romsdal (2020), Helse Bergen (2019), Helse Stavanger (2019), Sykehuset i Telemark (2021), Sykehuset i Vestfold (2007), Akershus universitetssykehus (2021), Vestre Viken (2021) og Oppfølgingsenheten Frisk (uoppgitt). Flere av de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtaler innenfor Helse og arbeid meldte i spørreundersøkelsen i 2021 at de også ønsker å jobbe i henhold til HelseArbeid-modellen.

Målgrupper for Helse og arbeid

Mens "Raskere tilbake" hadde som ett av få kriterium for prioritering at pasienten skulle være sykmeldt, eller i fare for å bli sykmeldt, skulle man etter omleggingen også inkludere (unge) personer under utdanning og personer som sto lenger fra, eller uten, arbeid. Når vi studerer hvordan tilbudene beskriver målgruppen for tiltakene, er det likevel svært mange som først og fremst nevner sykmeldte og personer i fare for å bli sykmeldt, og flere av tilbudene skriver at pasientene må være i et arbeidsforhold på henvisningstidspunktet. Et mindretall av tilbudene bruker målgruppebetegnelser som inkluderer de som har falt ut av arbeid eller studier. I 2019 ba vi respondentene vurdere "I hvilken grad er målgruppen for det nåværende tilbudet i din klinikk/avdeling den samme som den var under "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017)?" Her svarte 64 prosent i stor, eller svært stor, grad, 30 prosent svarte "I noen grad", mens bare seks prosent svarte i liten, eller svært liten, grad. Det var få forskjeller mellom regionene, men Helse Midt-Norge skilte seg noe fra gjennomsnittet med å ha opplevd litt større endringer i målgruppen etter omleggingen. I spørreundersøkelsen fra 2021 fant vi at 63 prosent av respondentene mener at tilbudet deres lykkes med å

⁸ I vedleggsrapportens kapittel 4.1.6 har vi listet de viktigste nettressursene for Helse og arbeid, slik de framstår per i dag.

nå målgruppen, slik de selv har definert den. Her er det altså relativt mange som vurderer at de bare i noen, eller liten, grad treffer målgruppen. Som vi også drøfter i kapittel 6 i vedleggsrapporten, er det en oppfatning både hos private og offentlige aktører at pasientene nå har mer komplekse problemstillinger og står lenger fra arbeid enn tidligere. Dette er også en naturlig konsekvens av innføringen av rettighetsvurdering og bruk av prioriteringsveiledere til disse tilbudene.

4.1.3 Registrering av aktivitet; debitorcode 20

Oppdragsdokumentet til RHF-ene (og videre til HF-ene) for 2018⁹, og i overordnet systembeskrivelse for ISF i 2018¹⁰, gikk det fram at debitorcode 20 fortsatt skulle registreres til NPR på alle pasienter som mottok arbeidsrettet behandling etter omleggingen, slik at det skulle være mulig å identifisere Helse og arbeid-aktivitet i årene etter 2017. I tillegg kommer prosedyrekodene OABI00 og OBBJ00 som uttrykker at aktiviteten er arbeidsrettet. At det ikke lenger ble knyttet refusjon til debitorcode 20 er antakeligvis hovedårsak til at kodingen falt kraftig etter omleggingen. Vi fikk også tilbakemelding i intervju og spørreskjemaundersøkelser om at enkelte tjenester ikke hadde oppfattet at dette var aktivitet som skulle kodes. Dermed kan også handle om for dårlig kommunikasjon i linjeledelsen. Andre sa de ikke prioriterer koding som ikke gav refusjon. I evalueringen hadde vi planlagt å ta ut aktivitetstall for hele spesialisthelsetjenesten til og med 2019/2020 for å studere utviklingen etter omleggingen, men det ble allerede i 2018 klart at man ikke lenger kan stole på kodingen av debitorcode 20 etter 2017. I kapittel 4.9 i vedleggsrapporten presenteres aktivitetsdata rapportert på nasjonalt nivå i perioden 2017 til og med andre tertial 2021. Tallene viser at aktiviteten rapportert på debitorcode 20 har økt noe fra 2018 til 2019/2020 i de private rehabiliteringsinstitusjonene, mens den falt brått i somatikken fra 2017 og svinger mye i psykisk helsevern. Dette gjør at vi ikke kan si med sikkerhet hvor mange pasienter som har blitt behandlet i Helse og arbeid etter omleggingen. Registerdata fra NPR viser dessuten at de arbeidsrettede prosedyrekodene er lite brukt, slik at disse heller ikke kan fungere som mål for hva som er arbeidsrettet behandling.

Med tanke på de mulighetene som ligger i å benytte registerdata fra NPR for å følge pasientstrømmene i tilbudene og forske på tallene ved å koble dem til andre register (f.eks. trygderegister), anbefaler vi at RHF-ene og Helse og arbeid-tilbudene vurderer en revitalisering av kodingen i samarbeid med feltet. Å knytte en viss refusjon til denne koden kan anbefales som insentiv for koding.

Hva ønsker tilbudene å måles på?

I spørreundersøkelsen for 2021 spurte vi hvordan ansatte og ledere i tilbudene ønsker å bli målt på kvalitet i Helse og arbeid-tilbudet de jobber i, og gav respondentene muligheten til å svare åpent. 106 av respondentene valgte å svare. Resultatene viser at pasienttilfredshet (via brukerundersøkelse) og "return-to-work" (RTW)/arbeidsdeltakelse er de hyppigst nevnte målene. Svært mange ønsker seg tilbakemelding på om pasientene har kommet i arbeid igjen på både kort og lang sikt, og hvor stabilt de har vært i jobb. Livsmestring/kvalitet nevnes også som et viktig mål, i tillegg til endring i symptomtrykk. Flere skriver at de vil ha standardiserte digitale kvalitetsmål, der i alle fall noen av målene bør være felles for alle Helse og arbeid-tilbud. Antall pasienter med retur til arbeid, samtidighet i tjenestene, forløpslengde og brukerundersøkelser med pasientrapporterte data er også nevnt av flere. I Helse Nord er det flere som nevner pågående RCT-studie av HIA-sentrene, der pasientrapporterte mål kobles til registerdata på arbeidsdeltakelse og trygdebruk. Flere av respondentene svarte at de ønsker å måles i større grad enn det som gjøres i dag. En av de som jobber hos en privat aktør skrev at de ønsket evalueringsmål som del av kravspesifikasjonen til RHF-ene.

Vi anbefaler at nasjonale helse- og velferdsmyndigheter utreder muligheten for at registerdata på arbeidsutfall kobles til aktivitetsdata fra NPR, og at det gis systematisk tilbakemelding til tilbudene om hvor

⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-rhf.pdf>

¹⁰ [Innsatsstyrt finansiering 2018.](#)

stor andel av pasientene som f.eks. ble avsluttet i løpet av siste kvartal som ikke er sykmeldt, på AAP eller uføretrygdet. Samtykke fra pasientene til en slik kobling kan f.eks. innhentes i kartleggings skjemaet, og systemet bør sannsynligvis settes opp slik at tilbudene bare får tilbakemelding på aggregert nivå, ikke på individnivå. Vi mener en slik tilbakemelding til tjenestene vil synliggjøre nytten av koding og kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene.

4.1.4 Tverrfaglighet, samtidighet og både helse og arbeid som utfallsmål

Fagsammensetning i tilbudene

Spørreundersøkelsene i 2019 og 2021 viste at de to klart største faggruppene i Helse og arbeid er psykologer og fysioterapeuter. Kjøp av private psykologtjenester og store poliklinikker ved Lovisenberg og Diakonhjemmet trekker opp antall psykologer. Leger utgjør den tredje største faggruppen (særlig fysiskskmedisinere og LIS), etterfulgt av sosionomer, sykepleiere, øk./adm.-utdannede og ergoterapeuter. Av mindre faggrupper registrert med respondenter i undersøkelsene kan nevnes helsesekretærer, helsefagarbeidere, idrettsfag/idrettspedagoger, ingeniører, samfunnsvitere og barnevernspedagoger. Det var 28 prosent av utvalget i 2021 som hadde spesialistutdanning, tilsvarende andel hadde videre/etterutdanning. 15 prosent hadde mastergrad og 4 prosent ph.d. Totalt 12 prosent holdt på med en spesialisering eller videre/etterutdanning. Vi testet om det var systematiske forskjeller mellom private og offentlige tilbud når det gjaldt spesialistutdanning, men fant ikke statistisk signifikant forskjell (Diakonhjemmet og Lovisenberg ble regnet som offentlige tilbud her). Da vi gjorde sammenlikning på regionnivå med Helse Nord som referansekategori, fant vi signifikant flere respondenter med spesialistutdanning i alle de andre tre regionene, og særlig i Helse Midt-Norge (se vedleggsrapporten kapittel 4.3 og 4.8).

Tverrfaglighet og samtidighet

Flere steder er det lagt ned mye arbeid i å finne måter for de fysisksk medisinske tilbudene og psykisk helsevern å samarbeide på. Noen har samlokalisert seg og opererer som én enhet, andre har etablert tettere samarbeid enn tidligere og tilbyr f.eks. psykolog inn i de somatiske tilbudene, eller at man samarbeider tettere mellom somatikk og psykisk helsevern om vurdering av henvisningene til tilbudet. Vi vet at det i enkelte HF både i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge, har vært utfordrende å få til dette samarbeidet. Barrierene har blant annet handlet om at psykisk helsevern er sterkt presset på kapasitet i allmennpoliklinikkene, og har hatt vanskelig for å prioritere psykologer til Helse og arbeid. Generelt var det få av våre respondenter (kun 15 %) i undersøkelsene fra 2019 og 2021 som rapporterte om utfordringer med å rekruttere riktig kompetanse til Helse og arbeid-tilbudene, og det var i mindre grad et problem i Helse Sør-Øst, sammenliknet med Helse Nord. Helse og arbeid-tilbudene framstår som attraktive arbeidsplasser i spesialisthelsetjenesten, noe vi også fikk bekreftet i intervjuene.

Det ble også trukket fram praktiske barrierer i journalsystemene for å få til tverrfaglig oppfølging. Dobbeltregistreringer og at fagfolkene ikke har tilgang til samme journal har vært til hinder flere steder, her uttrykt fra en leder i et Helse og arbeid-tilbud i Helse Sør-Øst:

" Systemet er ikke tilpasset tverrfaglig oppfølging. Dokumentasjon må gjøres både i somatikken og i psykiatri, uten at faggruppene får tilgang til hva hele teamet har dokumentert. Ofte har pasientene symptomer på opplevd negativ stress, og det er da ikke riktig å sette en angstlidelse. Systemet burde vært mer tilpasset det å normalisere plager og tilrettelegge for tverrfaglig oppfølging."

Samtidighet i helse og arbeid

Foruten HelseArbeid-sentrene i Helse Nord og Sykehuset i Vestfold, er Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF gode eksempler på



helseforetak som har omstrukturert tilbudene sine etter omleggingen for å bli mer tverrfaglige og samtidige ihht. HelseArbeid-modellen (se kapittel 4.6 i vedleggsrapport). Det er heller ikke gitt at tilbudene får til den tverrfagligheten og samtidigheten de ønsker, selv der muskel- og skjelett og psykisk helse-tilbudet er samlokalisert. Er tjenestene presset kapasitetsmessig krever det svært god planlegging av ressursene å få til et tverrfaglig tilbud med *samtidig* fokus på både (flere typer) helseutfordringer og arbeidsdimensjonen, og samtidig ha rom for å trekke inn ulike typer fagfolk idet behovet oppstår. Det kom innspill til evalueringen på at det oppleves utfordrende å få til merverdi i det tverrfaglige arbeidet i perioder der produksjonen i avdelingen var veldig høy og alle var "booket" langt fram i tid, fordi man i mindre grad kunne involvere personellet spontant i pasientmøter ved behov. I spørreundersøkelsen høsten 2021 oppgav 66 prosent av respondentene at tilbudet deres i stor/svært stor grad gir helhetlige og samtidige tjenester, så her er det fortsatt mye å gå på. Vi ba også respondentene anslå andel pasienter med behov for samtidige tjenester fra NAV og spesialisthelsetjenesten, og her lå fordelingen på intervaller på rundt 20 prosent i hvert intervall. Her var det 21 prosent som mente at nesten alle pasientene deres hadde behov for begge deler, og også her var det typisk ansatte i privat rehabilitering som skåret behovene høyest.

Samtidighet i helseutfordringer

I registerdata fant vi at andelen "Raskere tilbake"/Helse og arbeid-pasienter som ble behandlet i minst to sektorer samme år (f.eks. både somatikk og psykisk helsevern) har vært økende omtrent hvert år siden 2008, noe som kan være et tegn på at flere får hjelp med sammensatt problematikk. Vi kan imidlertid ikke bruke registerdata til å si at dette betyr økt tverrfaglighet og samtidighet i utredning/behandling (se figur 4.62 i vedleggsrapporten). I spørreundersøkelsen fra 2021 svarte over halvparten (54 %) av de ansatte at i underkant av 40 prosent av pasientene deres trenger samtidig behandling. 20 prosent anslo at mellom 40-59 prosent av pasientene deres trenger slik behandling, mens 14 prosent oppgav en andel mellom 60 og 79 prosent. Kun 11 prosent mente at nesten alle (80-100 %) pasientene deres trengte samtidig behandling. Av de med flest pasienter som trenger samtidig behandling var de fleste private aktører som tilbyr arbeidsrettede rehabiliteringsopphold. Blant de med lavest andel pasienter som trengte begge deler, var det flest offentlige HF.

Ulike arbeidskulturer i muskel- og skjelett-tilbud og psykisk helsevern

Flere av våre informanter har tatt opp at det kan være utfordrende å "finne formen" i Helse og arbeid når ulike arbeidskulturer innen muskel- og skjelett og psykisk helse skal jobbe sammen. Særlig det å ha ulike ledelse, kanskje være på ulike lokasjoner, men likevel skulle jobbe sammen som ett tilbud var det flere som påpekte kunne være utfordrende. Flere av de ansatte som svarte på vår undersøkelse ønsket samlokalisering, og noen mente det ville være lettere å selge inn konseptet til fastlegene hvis de var samlet. Det kom også tilbakemeldinger fra psykisk helsevern om en opplevelse av at det blir stilt høyere forventninger til hvor mange nye pasienter psykologene ved DPS'et skulle ta inn til enhver tid, sammenliknet med hvor mange nye pasienter øvrig personell i Helse og arbeid-tilbudet skulle håndtere. I allmennpoliklinikkene forholder psykologene seg til tidsfristene i pakkeforløp psykisk helse og rus, og det er kjent at disse poliklinikkene har hatt høyt trykk de siste årene¹⁴. I spørreundersøkelsen for 2021 spurte vi hvor mange pasienter respondentene med behandlingsansvar i stillingen sin behandlet i en representativ/gjennomsnittlig uke. Her fant vi at fysioterapeutene i gjennomsnitt hadde behandlingsansvar for 10.6 pasienter per uke, mens psykologene hadde et gjennomsnitt på 18.1 pasienter per uke.

4.1.5 Oppsummering

Helseforetakene har i stor grad implementert Helse og arbeid i henhold til oppdraget, men det mangler fortsatt et systematisk samarbeid med kommunehelsetjenesten i mange av tilbudene. Landet sett under ett har det skjedd en markant utvikling i samarbeidet mellom somatikk og psykisk helsevern på dette feltet, sammenliknet med under "Raskere tilbake"-perioden. Gitt utbredelsen av HelseArbeid og økt samarbeid med NAV, kursdeltakelse fra hele landet i jobbfokusert kognitiv terapi og økt bruk av felles spørreskjemapakker med arbeid som mål, vil en større andel av Helse og arbeid-pasientene i dag motta



arbeidsrettet, tverrfaglig utredning og/eller behandling, sammenliknet med hvordan tilbudene var rigget i 2017 og tidligere. Dette under forutsetning om at tilbudene faktisk jobber i henhold til anbefalingene i disse modellene, noe evalueringen gir inntrykk av at de fleste gjør. Tilbakemeldingene fra fagfolk i tjenestene peker på flere utfordringer med å skulle få til tverrfaglighet og samtidighet i tjenestene, der ulike arbeidskulturer mellom de fysikalsk medisinske tilbudene og psykisk helsevern er ett utfordringsområde, særlig der tilbudene ikke er samlokalisert. Framtidige studier bør fokusere på å finne effekt av samlokaliserte tilbud.

Selv om Helse og arbeid-tilbudene fortsatt varierer såpass mye i organisering, innhold og omfang at langt fra alle pasienter mottar et likeverdig tilbud uavhengig av hvor i landet de bor, er det med stor sannsynlighet mer likeverdig og mer tverrfaglig innenfor muskel- skjelett og psykisk helse enn det var før omleggingen. Ettersom det ble bestemt at tilbudene innenfor arbeidsrettet kreftrehabilitering og ervervet hjerneskade også skulle få fortsette i Helse og arbeid, kan det stilles spørsmål tegn ved hvorfor ikke dette er tilbud som i større grad blir systematisk forsøkt implementert andre steder i landet. Særlig kreftoverlevende vil utgjøre en stadig større andel av arbeidspopulasjonen, og flere studier har funnet god effekt av arbeidsfokusert rehabilitering (Stapelfeldt, 2019¹). Flere av informantene i evalueringen har ønsket seg mer diagnoseuavhengige tilbud også i helseforetakene (det er diagnoseuavhengige ARR-tilbud i privat rehabilitering), og når vi spør om pasientgrupper som de ser behov for å inkludere nevnes bl.a. uspesifikke symptomer, overvektsproblematikk, større utbredelse av tilbud innen kreft og hodepine/hjernetraume/post commotio, CFS/ME, utbrenthet og insomni.

Registreringen av debitorcode 20 falt betydelig i 2018, og har vært for dårlig til at vi kan identifisere alle pasienter som har mottatt Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten i registerdata. Vi anbefaler at nasjonale helse- og velferdsmyndigheter utreder muligheten for at registerdata på arbeidsutfall kobles til aktivitetsdata fra NPR, og at det gis systematisk tilbakemelding til tilbudene om hvor stor andel av pasientene som har avsluttet behandling, som ikke er sykmeldt, på AAP eller uføretrygdet f.eks. 3 måneder, 6 måneder, 1 år og 2 år etter behandling. Vi mener en slik tilbakemelding til tjenestene vil synliggjøre nytten av koding og kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene. Refusjon knyttet til kodingen vil gi gode insentiver til å kode.

4.2 Arbeidsrettede tiltak

Arbeidsrettede tiltak i Helse og arbeid

Vi har undersøkt hvilke tiltak innenfor helse og arbeid som defineres som arbeidsrettede, hvordan tjenestene selv sier at de jobber arbeidsrettet og hva de opplever som nyttige grep, hvordan de som jobber i arbeidsrettede tilbud og *ikke* er helsepersonell opplever sin rolle (f.eks. NAV-ansatte i poliklinikk), og i hvilken grad veilederen for arbeidsrettet rehabilitering benyttes i tjenestene.

4.2.1 Helse og arbeid som mål – hvordan jobber man arbeidsrettet i spesialisthelsetjenesten?

Det finnes ingen klar definisjon i Helse og arbeid-tilbudene på hva å jobbe arbeidsrettet i utredning og behandling innebærer, men det handler om å ha arbeid som et klart mål for behandlingen. I [veileder i arbeidsrettet rehabilitering \(ARR\) i spesialisthelsetjenesten](#), utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, defineres begrepet arbeidsrettet rehabilitering slik:

Arbeidsrettet rehabilitering karakteriseres ved tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse 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 deltakelse i arbeidslivet.

I en utgreiing om begrepet skriver Kompetansetjenesten at deltakelse i arbeidslivet er selve kjernen i forståelsen av arbeidsrettet rehabilitering, og at sykefravær er den felles "diagnosen" til disse pasientene. Det heter også at pasienter skal kunne henvises til arbeidsrettet rehabilitering uavhengig av diagnose, så lenge det er mulig å styrke arbeidsevnen og oppnå økt arbeidsdeltakelse¹¹. Helse og arbeid i de fysikalskmedisinske avklaringspoliklinikkene, DPS og HelseArbeid-tilbud, er i så måte en slags hybridløsning der man ikke kan henvises uavhengig av diagnose, men der det skal gjøres en arbeidsrettet tverrfaglig utredning med både helse og arbeid som utfallsmål. På Helsenorge.no heter det om Helse og arbeid at "Tilbudet skal gjøre det mulig for de som blir henvist å komme lettere tilbake i arbeid". Det er vanskelig å vurdere endring i graden av arbeidsrettethet i tilbudene før og etter omleggingen, ettersom det i liten grad finnes beskrivelser av tilbudene når det gjelder arbeidsretting i årene før omleggingen. Nær alle ansatte og ledere (90 prosent) som besvarte vår undersøkelse i 2021 oppga at de i stor grad anså tilbudene de jobber i å være arbeidsrettede. Til sammenlikning var andelen som svarte at tilbudene var tverrfaglige ca. 60 prosent, og andelen som sier de har fokus på samtidig somatisk og psykisk sykdom ca. 70 prosent.

I spørreundersøkelsen i 2019 ba vi ansatte og ledere i Helse og arbeid-tilbudene beskrive hvordan de jobber arbeidsrettet/arbeidsfokusert. 158 respondenter gav en beskrivelse (se kapittel 4.3.11 i vedleggsrapport). Mange av svarene handlet om at tilbudene gjør en kartlegging av arbeidssituasjonen i forbindelse med utredningen, og at man samarbeider med NAV eller tilbyr hjelp fra sosionom. Det er forskjell på hvordan tilbudene som hovedsakelig er avklaringspoliklinikker med et høyt pasientvolum jobber arbeidsrettet, sammenliknet med private rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr lengre behandlingssløp. Det er særlig kontakten med arbeidsgivere som peker seg ut som et sentralt element i tilbudene som tilbyr døgnopphold eller lange oppfølgingsløp.

Kartleggingsverktøy med arbeidsfokus

I evalueringen har vi spurt om bruken av kartleggingsverktøy i begge spørreundersøkelsene, og fått bekreftet at det er stor variasjon i hva som benyttes (se kap. 4.8.10 i vedleggsrapport). Nesten samtlige respondenter svarer at de bruker kartleggingsverktøy i tilbudene, kun 7 av respondentene (fra to ulike HF og en privat aktør) svarte at de ikke bruker det. Basert på svarene vi fikk i 2019 var de mest brukte instrumentene; EQ5D-5L, Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ), Return to Work Selv Efficacy (RTWSE), Skjema for kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering (se spørreskjemabank på www.arbeidoghelse.no) og ICF-

¹¹ <https://arbeidoghelse.no/hva-skiller-arbeidsrettet-rehabilitering-fra-annen-rehabilitering/>

basert spørreskjema (internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse). Mange hadde også egenutviklede skjema med ulike arbeidsevnespørsmål. I 2021 var de hyppigst brukte skjemaene fortsatt EQ5D-5L, ulike former for arbeidsevnespørsmål, Return to Work Selv Efficacy (RTWSE), rapportering til Norsk nakke- og ryggregister og Fear avoidance beliefs questionnaire (FABQ). Rundt 7 prosent av respondentene oppgav å bruke feedbackverktøy som KOR/FIT/Norse. I 2021 var det også flere som oppgir å bruke et skjema utviklet for kartleggingsarbeid i Helse og arbeid. Sistnevnte skjema kan fås på forespørsel fra Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering og er en skjemapakke på tre ulike skjema; ankomstskjema, oppfølgingsskjema underveis og avslutningsskjema. Skjemaene kartlegger jobbhistorikk, sykmeldingsstatus, egenvurdert arbeidsevne og egenvurdert tid tilbake i arbeid mv., og legger opp til at man måler utvikling over tid på flere av de samme variablene.

Jobbfokusert kognitiv terapi

Flere nevner bruken av jobbfokusert kognitiv terapi som en måte å drive arbeidsrettet behandling på, og som vi viste i kapittel 3 er dette en metode med lovende forskningsresultat og som regnes som evidensbasert (Axén, 2020⁵⁰). Som beskrevet over har "Raskere tilbake"-poliklinikken ved Diakonhjemmet fått midler etter omleggingen til kompetansespredning av jobbfokusert kognitiv terapi ved depresjon og angstlidelser, som mange av psykologene, men også ansatte i fysikalsk medisinske tilbud, har vært på kurs i. Det er utarbeidet en egen behandlingsveileder for metoden¹². Veilederen inneholder blant annet en sjekkliste for ulike intervensjoner som kan benyttes i tilbudet, der det framgår svært viktige elementer i behandlingen er utforskning av pasientens opplevelse av sykmelding, mestringsforventninger, opplevde barrierer for tilbakevending og mulighetene for tilrettelegging. Utarbeiding av en gradert tilbakeføringsplan anbefales også. Behandlingsmetoden utføres i all hovedsak av psykologer innenfor Helse og arbeid, og vi har foreløpig ikke kartlagt erfaringer med hvordan fagfolk innenfor fysikalskmedisinske miljø gjør bruk av metoden.

NAV i poliklinikken

Det å ha NAV tilgjengelig i poliklinikken nevnes også som en måte å drive arbeidsrettet behandling på. Både i workshopen vi gjennomførte med NAV-ansatte i 2020, og i intervju med helsetjenestene, undersøkte vi hva NAV opplever at helsetjenesten trenger dem mest til i poliklinikken, og hva helsetjenestene sier de trenger NAV til. Det hyppigste svaret fra begge leirer var "en lett tilgjengelig kontakt inn til NAV". En leder i en privat virksomhet ønsket NAV inn i poliklinikken, og omtalte NAV som "the missing link" opp mot arbeidsgivere, noe han anså som en viktig arena helsetjenesten ikke har ressurser til å nå ut til alene. Videre nevnes kunnskap om virkemidlene i NAV, og det å ha ressurser som er vant med å samarbeide med arbeidsgiver fra helsetjenestene sin side. De NAV-ansatte opplever det på sin side som nyttig å komme tidlig, og mer konkret, inn i pasientforløpene, og opplever selv at de kan være et viktig bindeledd.

I spørreundersøkelsen høsten 2021 var det 38 prosent av 140 ansatte som i stor/svært stor grad var fornøyd med NAV sin involvering på Helse og arbeid-feltet i deres klinikk. Dette var lavere enn vi forventet, gitt funnene i intervjuene, der de fleste har omtalt NAV-samarbeidet i positive ordelag. Flere har kommentert at det tar tid å finne den optimale involveringen for NAV i helsetjenesten. Dette kan handle om forskningsmetode, og at det er lettere å være kritisk i en anonym spørreundersøkelse, enn i intervju. Det var tilbudene i Helse Sør-Øst og Helse Vest som var minst fornøyd med NAV-involveringen, når vi sammenliknet med Helse Nord, og her vet vi også at det har tatt tid å få etablert samarbeidet.

¹²<https://diakonhjemmetsykehus.no/kompetansesenter-for-psykisk-helse-og-arbeid/jobbfokusert-terapi-ved-depresjon-og-angstlidelser#jobbfokusert-terapi---en-behandlingsveileder>



4.2.2 Oppsummering

Med omleggingen til Helse og arbeid har alle helseforetakene nå polikliniske tilbud innen tverrfaglig arbeidsrettet utredning og behandling. Disse har blitt relativt like de tradisjonelle ARR-tilbudene i fagsammensetning, men tilbyr ikke døgnbehandling. De færreste Helse og arbeid-tilbudene jobber aktivt opp mot arbeidsgiver, noe ARR-tilbudene i større grad gjør. Mens ARR-tilbudene tradisjonelt har hatt døgnbaserte behandlingstilbud, ser vi en dreining mot at det også tilbys kortere mestringstilbud og dagbehandling hos ARR-leverandørene. I så måte smelter skillet mellom arbeidsrettet utredning/behandling og rehabilitering mer sammen etter omleggingen. Etter omleggingen har det blitt utviklet egne spørreskjemapakker med arbeidsrelaterte spørsmål som flere av tilbudene benytter seg av, og mange rapporterer å bruke en del av de samme kartleggingsverktøyene på tvers av tilbud. Systematisk kartlegging av arbeidsrelaterte forhold i utredningen, bruk av jobbfokusert kognitiv terapi og NAV-veiledere med arbeidssted i poliklinikkene er typiske eksempler på hvordan Helse og arbeid-tilbudene jobber arbeidsrettet. Nær samtlige respondenter i vår spørreundersøkelse høsten 2021 opplever at de jobber arbeidsrettet i tjenesten.

4.3 Organisering og samhandling internt og eksternt

Organisering og samhandling internt og eksternt

Vi har studert hvordan omleggingen har påvirket organiseringen av de arbeidsrettede behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten, og hvilken betydning omleggingen har hatt for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og eksternt med andre relevante aktører som NAV og fastleger.

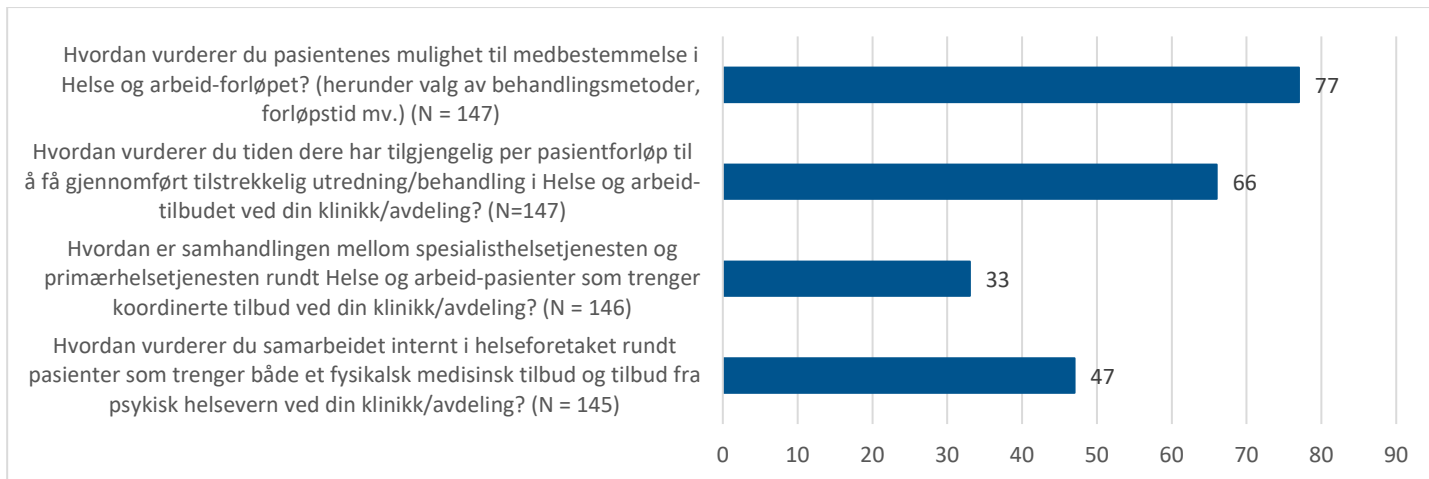
Det var ingen klare føringer for hvilken organisering Helse og arbeid skulle ha, og det var opp til helseforetakene å selv finne hensiktsmessige plasseringer av tilbudene. Noen har kjørt prosjektbaserte piloter for å prøve ut hva som er hensiktsmessig organisering (f.eks. i Helse Bergen HF og Hodepine/nakke-rygg-poliklinikken ved Akershus universitetssykehus). For de av tilbudene som allerede hadde "Raskere tilbake"-tilbud, er disse i stor grad videreført med samme organisering som tidligere, men med økt integrering av psykologer i de fysikalskmedisinske poliklinikkene. En vanlig løsning er at psykologer har delt stilling mellom en fysikalsk medisinsk avdeling og allmennpsykiatrisk poliklinikk i psykisk helsevern (se f.eks. beskrivelse for Helse Nord-Trøndelag HF). Det har også vært en økning i egne Helse og arbeid-team i DPS, som f.eks. i Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, OUS (Nydalen DPS), Elverum-Hamar DPS (Sykehuset Innlandet) m.fl. Helse Nord har som nevnt samlokalisert tilbudet i egne HIA-senter i alle helseforetakene, og vi finner at samlokalisering er noe som ønskes andre steder i landet også.

4.3.1 Et godt eksempel på samlokalisert HelseArbeid-tilbud

Slik vi vurderer det peker [HelseArbeid-senteret ved Nordlandssykehuset HF](#) seg ut med en særlig hensiktsmessig organisering. HIA-senteret er samlokalisert (samme bygg) med både NAV, [Rask psykisk helsehjelp \(RPH\) i Bodø kommune](#), IPS-tilbud for moderat til alvorlig syke psykisk helse- og rus-pasienter, samt Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse. Senteret er også tilknyttet en egen forskningsavdeling. I intervjuene viste de til samlokaliseringen med RPH som særlig nyttig, da de kan kanalisere en god del av pasientene med mildere symptomtrykk dit, og dermed får til en bedre prioritering/differensiering i eget tilbud. Samtidig kan de mer alvorlig syke pasientene henvises til IPS. HIA-senteret dekker på det viset hele spekteret av pasienter og brukere på psykisk helsesiden, noe som mangler i mange andre Helse og arbeid-tilbud rundt om i landet. De har også benyttet RPH-tilbud som stressmestring/belastningsmestring til enkelte muskel-/skjelettpasienter, og vært fornøyd med denne løsningen. Bodø kommune har også inngått samarbeid om RPH med flere mindre kommuner. HIA-senteret samarbeider tett med NAV om bedriftstiltaket i HelseArbeid. HIA-senteret ved Nordlandssykehuset framstår derfor som et godt eksempel på et tilbud som har tatt mange av de strategiske grepene som omtales i den nye strategien for arbeid og helse-feltet (se kapittel 2.4 i strategien)¹¹⁵. Se for øvrig kapittel 4.6.4 og kapittel 4.7.8 i vedleggsrapporten for nærmere beskrivelse av tilbudet og opplevelsen av samarbeidet.

4.3.2 Samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten

Som vist i figuren under var det kun én tredjedel av ledere og ansatte i tjenestene som deltok i vår spørreundersøkelse høsten 2021, som mente at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten rundt Helse og arbeid-pasientene var god eller svært god. Videre svarte 47 prosent av utvalget at de vurderer samarbeidet internt i helseforetaket rundt pasienter som trenger både fysikalsk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern som godt/svært godt. Dette betyr at det fortsatt er stort forbedringspotensial her.



Figur 4.1 Andel (%) som svarer "God" eller "Svært god" på spørsmålene. N = 145-147. 2021.

Regresjonsanalyser viste få signifikante forskjeller i svarene. Sammenliknet med Helse Nord svarte respondentene i Helse Vest at de i mindre grad hadde god tid til å få gjennomført tilstrekkelig utredning/behandling. Det var også en tendens til at de offentlige helseforetakene i større grad enn de private aktørene opplevde å ha god tid per pasientforløp.

Samarbeid mellom offentlige og private Helse og arbeid-tilbud

Høsten 2020 sendte vi ut en kort spørreundersøkelse til de private avtaleleverandørene innenfor "Helse og arbeid" (se kapittel 4.6.5-4.6.11 i vedleggsrapport). Det kom svar fra 15 private aktører, flest i Helse Sør-Øst som hadde 12 avtalepartnere på dette tidspunktet. På spørsmål om å vurdere ulike samarbeidspartnere i tilbudene (samme som i figuren under) svarte de fleste at de hadde et godt samarbeid med arbeidsgivere, NAV lokalt og fastlegene, mens det i mindre grad var tilfredsstillende samarbeid med pårørende, bedriftshelsetjeneste, NAV Arbeidslivssenter, Frisklivssentralen. Det var også få (27 %) som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde et tilfredsstillende samarbeid med offentlige Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Flere var inne på at det har vært en utfordring å gjøre henvisere kjent med tilbudet, særlig når de ikke lenger rettighetsvurderer henvisningene selv i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Vi skriver mer om dette i kapitlet om prioritering og rettighetsvurdering under. Både private og offentlige aktører påpeker at de opplever å få mer alvorlige problemstillinger som fører til lengre forløp for pasientene enn rammene var ment for. Dette bekreftes i registerdata (se kapittel 5).

Helse og arbeid i allmennpoliklinikk

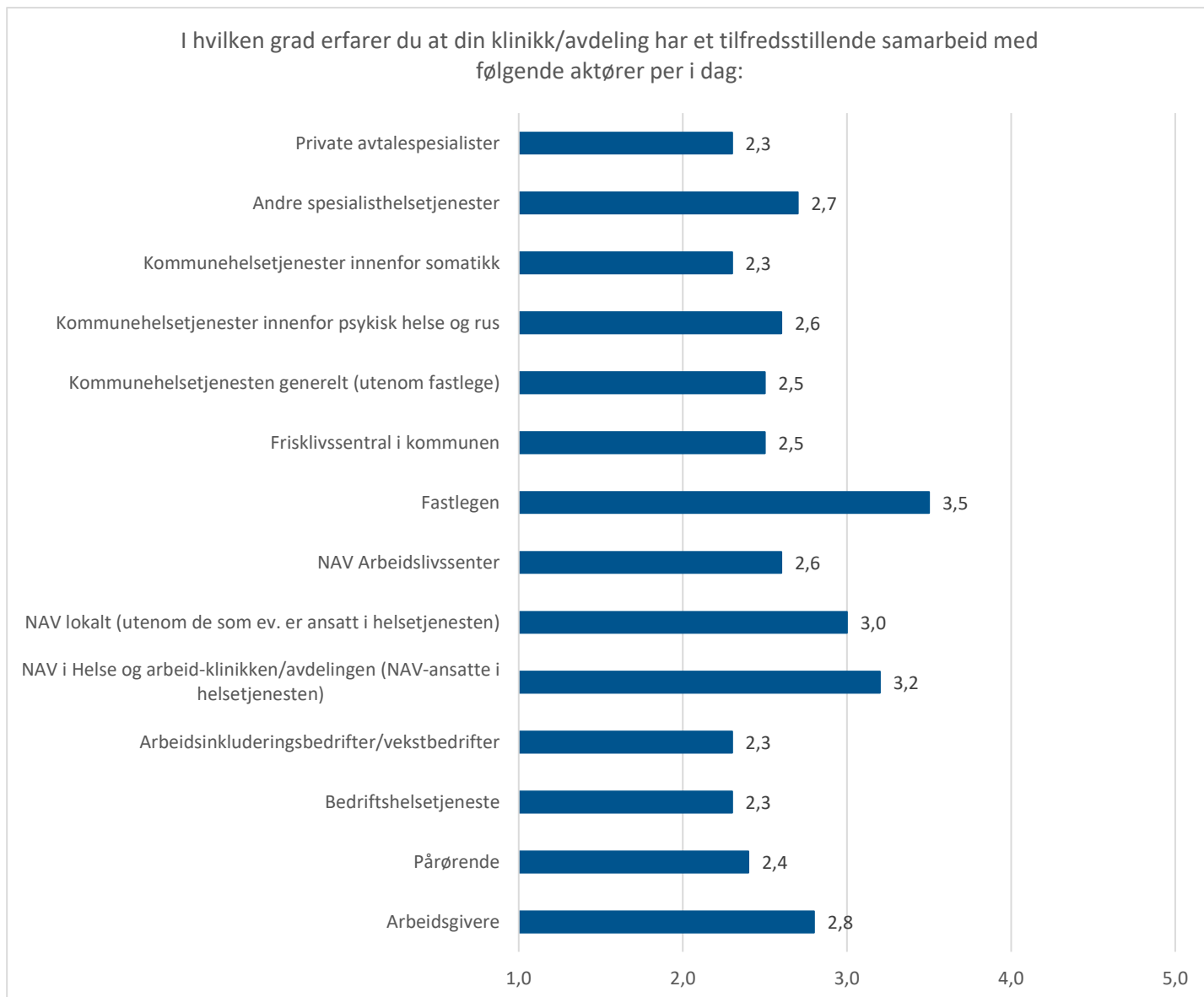
En annen viktig tilbakemelding som kom fra flere ulike HF og private aktører er gråsonen mellom Helse og arbeid-poliklinikker og allmennpoliklinikker. Flere kommenterer at Helse og arbeid blir som en avlastning for vanlig DPS, og at fastlegene søker pasienter inn via Helse og arbeid for å komme inn i psykisk helsevern:

Opplever at pasientgrunnlaget har endret seg noe (basert på egne erfaringer annet sted og andres erfaringer her), dårligere pasienter og mindre siling i fht målsetning om arbeid. H&A kan bli avlastning for DPS, lettere å komme inn i "systemet" via H&A, dette må jobbes med kontinuerlig. Mer tid til registrering/dokumentasjon etc gir mindre tid til behandling. (Offentlig helseforetak)

Det har også kommet tilbakemeldinger fra fastlegene til tilbudene om at de er usikre på hvem som skal henvises til Helse og arbeid og hvem som skal i kommunehelsetjenesten.

4.3.3 Samarbeid med øvrige tjenester

Vi listet en rekke aktuelle samarbeidspartnere for tilbudene og ba respondentene vurdere i hvilken grad deres klinikk/avdeling hadde et tilfredsstillende samarbeid med dem. Resultatene viste generelt stort forbedringspotensial for nesten samtlige tjenester. Fastlege og NAV i Helse og arbeid-klinikken kommer best ut (se figur 4.2 under), men fastlegesamarbeidet skåres dårligere i 2021 enn det gjorde i 2019. Samarbeid med arbeidsgivere skåres særlig høyt hos private ARR-tilbud og hos helseforetak med HelseArbeid.



Figur 4.2 Erfaringer med tilfredsstillende samarbeid med ulike aktører. Gjennomsnittskåre på skala fra 1-5, der 1 = "I svært liten grad" og 5 = "I svært stor grad". N = 141-146.

Regresjonsanalyser viste en god del systematiske forskjeller mellom regionene. Sammenliknet med Helse Nord var respondentene mindre fornøyd med NAV i Helse og arbeid-tilbudet og NAV Arbeidslivssenter i alle de tre øvrige helseregionene. Helse Vest skårer også dårligere enn Helse Nord på samarbeid med de kommunale tjenestene. Når det gjaldt arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og NAV lokalt skåret de offentlige tilbudene dårligere enn de private, mens de offentlige skåret bedre på samarbeid med NAV. Ledere var mer positive enn ansatte på flere av variablene, se tabell 4.31 i kapittel 4.8.9 i vedleggsrapporten.

Alt i alt synes det ikke å ha skjedd så stor utvikling når det gjelder samarbeid mellom 2019 og 2021. Unntaket gjelder NAV og internt samarbeid mellom fysisk medisin og psykisk helse. Kanskje gjenspeiler det hvem spesialisthelsetjenesten føler behov for, og kapasitet til, å samarbeide med, og at implementering internt av HelseArbeid i seg selv har tatt mye fokus i tjenestene. Det er for dårlig systematisk samhandling med kommunehelsetjenesten i de fleste Helse og arbeid-tilbudene per i dag.

Samarbeid med fastlegen

Selv om samarbeidet med fastlegen skåres bedre enn for øvrige samarbeidsinstanser, er det få som tror at fastlegene kjenner til Helse og arbeid-tilbudene spesielt godt. Vår pilotundersøkelse i Helse Nord (kap. 4.9.5 i vedleggsrapport) viste for eksempel at mange forskjellige fastleger hadde henvist til HIA-senteret ved UNN og Helgelandssykehuset (relativt til antall fastlegeavtaler i kommunene i opptaksområdet). Det må gjøres en større kartlegging i hele landet for å si med sikkerhet hvor mye kjent fastlegene er med tilbudene. Det er også en gjentakende problemstilling at hverken fastlegene selv, og i særdeleshet ikke spesialisthelsetjenesten, har god oversikt over hvilke tilbud som finnes i kommunene. Et godt samarbeid med gode kommunikasjonslinjer og god koordinering mellom spesialist og kommunehelsetjenesten kan kanskje bufre det store informasjonsbehovet. Og det beste er kanskje å komme opp med samhandlingsløsninger som gjør det overflødig for både fastleger og spesialisthelsetjeneste å til enhver tid skulle ha oversikt over hva som finnes av kommunale tilbud. Også den nye strategien for arbeid og helsefeltet løfter fram samarbeidet med lokale aktører og foreslår flere strategiske grep¹¹⁵.

4.3.4 Samarbeidet med NAV

Det systematiske samarbeidet mellom NAV og spesialisthelsetjenesten er betydelig styrket de siste tre årene, mye takket være trykket fra Arbeids- og velferdsetaten om å få Helse og arbeid-tilbudene til å implementere HelseArbeid-modellen (se kapittel 4.7.2 og 4.8.8 i vedleggsrapporten), samt resigneringer av overordnede samarbeidsavtaler mellom NAV og spesialisthelsetjenesten. Etablering av HelseArbeid-koordinatorer i alle fylker som jobber med samarbeid på systemnivå synes å ha vært viktig for å ha fått fart på dette arbeidet. Tre år etter omleggingen fantes det fortsatt noen få eksempler på at man ikke hadde klart å lande det praktiske samarbeidet med NAV (f.eks. fått NAV inn i poliklinikk), men det overordnede bildet tilsier at helseforetakene og NAV har jobbet godt med å få til mer samarbeid i hele landet, til tross for utfordringer med ressurskrevende pandemi underveis.

Det økte samarbeidet med NAV, samlokalisering av personell mellom NAV og helse, og mer tverrfaglig jobbing om de samme pasientene har bydd på en del nye utfordringer. Systemer for journalføring og håndtering av taushetsplikt både innad i helse og med NAV var et tilbakevendende tema i intervjuene, og vi vet at dette er løftet opp til helse- og velferdsmyndighetene både via Fagrådet for arbeid og helse, og i den nye strategien for arbeid og helse¹¹⁵ som foreslår å etablere et juridisk rammeverk for utveksling av nødvendig informasjon mellom sektorene helse-, arbeid- og velferd for å understøtte en effektiv samhandling. Selv der samarbeidet egentlig har glidd godt, har det ikke vært helt enkelt å finne ut hvordan man får til synergieffekter og integrerte tjenester av NAV-helse-samarbeidet, ut over å ha fått et lite "NAV i poliklinikk". Gjennom evalueringen opplever vi likevel at det er stor bevissthet rundt problemstillingen, og at det jobbes systematisk med å utvikle rollen. RHF-enes gjennomgang av prioriteringsveilederne (RHF-ene, 2020)¹¹⁶ løfter også fram samarbeidet med NAV som sentralt i Helse og arbeid-tilbudene. Man bør i framtidig forskning undersøke hvor merverdien av å ha NAV i poliklinikken ligger, ut over at helsetjenestene får veldig lett tilgang til NAV, og følge med på om det utvikles noen triagerings-prinsipper for når NAV eventuelt skal med fra start og ikke.

HelseArbeid

Vi skriver om implementeringen av HelseArbeid flere steder i vedleggsrapporten (se bl.a. kap. 4.8.8). Resultater som handlet om samarbeid i siste spørreundersøkelse (2021) viste en forbedring i opplevelsen av samarbeidet mellom 2019 og 2021. 78 prosent av respondentene hadde i stor/svært stor grad hatt positive

erfaringer med samarbeidet med NAV i HelseArbeid-sammenheng så langt (Helse Sør-Øst minst fornøyd). En like stor andel mente at NAV bidrar aktivt inn i individtiltaket, og at spesialisthelsetjenesten bidrar aktivt inn i bedriftstiltaket. Det var 63 prosent av respondentene som hadde tro på at individtiltaket (poliklinikk + NAV) vil forebygge eller redusere sykefravær hos pasientene, mens 47 prosent hadde tro på at HIA vil ha effekt på sykefraværet i bedriftene som deltar i bedriftstiltaket. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom 2019 og 2021 på dette spørsmålet. Under én tredjedel (30 %) svarte i 2021 at digitale løsninger brukt i bedriftstiltaket fungerer tilfredsstillende. Andre tema som framkom i kommentarer fra respondentene var blant annet for lite tid og penger satt av til implementering av modellen i sykehusene, uklarhet i hva spesialisthelsetjenesten sin rolle skal være, at HelseArbeid ikke passer der Helse og arbeid-tilbudet er organisert på ordinært DPS, uklart skille for fastleger vedrørende hvilke pasienter som skal til HelseArbeid og hvem som skal til kommunale tjenester, ønske om mer involvering av kommunehelsetjenesten og mer erfaringsutveksling på tvers av HF. Videre har flere private tjenesteleverandører i Helse og arbeid blitt oppmerksom på HIA, og ønsker å planlegge for å ta en rolle framover.

4.3.5 Oppsummering

I forbindelse med omleggingen sto helseforetakene fritt til å velge organiseringsmodell selv så lenge de leverte tverrfaglig, arbeidsrettet utredning og behandling til pasienter med muskel- og skjelett og/eller vanlige psykiske lidelser. Helse Nord utmerket seg med en lederstyrt implementering av HelseArbeid-senter i alle helseforetak, godt forankret i RHF'et og helseforetaksledelsen. Basert på resultater fra spørreundersøkelser og intervju ser vi at ansatte og ledere i Helse Nord skiller seg positivt ut på mange indikatorer. Vi har valgt å trekke fram Nordlandssykehuset HF som et godt eksempel fordi de er samlokalisert og har nært samarbeid med både Rask psykisk helsehjelp i kommunen og IPS i helseforetaket, og dermed dekker hele spekteret av alvorlighetsgrad for de som henvises for psykiske problemer og lidelser. Organiseringen gjør dem i stand til å prioritere pasientstrømmen godt.

Det er generelt forbedringspotensial når det kommer til samarbeid internt i helseforetakene rundt pasienter som trenger både fysisk medisinsk tilbud og tilbud fra psykisk helsevern. Under halvparten av de ansatte som svarte på vår undersøkelse høsten 2021 oppga at samarbeidet er godt/svært godt om disse pasientene. Det var også få av de private tjenesteleverandørene innen Helse og arbeid som svarte at de i stor eller svært stor grad hadde et tilfredsstillende samarbeid med Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre er det noen steder uklar rollefordeling mellom Helse og arbeid-poliklinikker og vanlige allmennpsykiatriske poliklinikker – og det har kommet innspill på at Helse og arbeid noen steder har blitt en snarvei inn til DPS som fastlegene utnytter. Det var samarbeidet med fastlegen og NAV i poliklinikken som skåret best i den siste undersøkelsen, mens arbeidsgivere skåres høyt særlig i private ARR-tilbud. Det er liten tvil om at utbredelsen av HelseArbeid-modellen har bidratt til et styrket og bedre samarbeid mellom NAV og helsetjenesten i hele landet, men fortsatt er det en del ubesvarte spørsmål rundt hva og hvordan et optimalt samarbeid mellom de to instansene kan foregå, og man bør i videre forskning se på brukeropplevd merverdi av dette samarbeidet. Det er for dårlig systematisk samhandling med kommunehelsetjenesten i de fleste Helse og arbeid-tilbudene per i dag, her har omleggingen i for liten grad ført til konkrete endringer på nasjonalt nivå.

4.4 Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser

Konsekvenser for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser

Vi har studert hvilke tilbud som fantes før omleggingen, hvilke tilbud som ble nedlagt, etablert eller videreført innenfor Helse og arbeid for pasienter med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser – og hva dette har gjort med sammensetningen av pasientpopulasjonen. Vi har også undersøkt hvordan tilbudene har opplevd å skulle bruke prioriteringsforskriften i sin rettighetsvurdering av pasienter til Helse og arbeid.

I kapittel 4.10 i vedleggsrapporten presenterer vi deskriptiv statistikk fra en kobling av NPR og NAV-data for hele den norske arbeidspopulasjonen generelt, og for pasienter kodet med debitorcode 20 spesielt, i perioden 2008-2018¹³. Vi har konsentrert oss om fordelinger på kjønn, alder, utdanning, region og helseforetak, omsorgsnivå, sektor og diagnoser. Antall og andel pasienter registrert på debitorcode 20 hvert av årene beskriver aktiviteten (f.eks. fordelt på diagnose) i det enkelte helseforetak, se kapittel 4.10.6 i vedleggsrapport. Vi presenterer også analyser av ventetider der debitorcode 20-pasienten sammenliknes med andre pasienter innenfor samme sektor.

Ettersom kodingen av debitorcode 20 er upålitelig i 2018 og årene etter, er det begrenset hva vi kan bruke dem til når vi analyserer effekt på sykefravær (jf. kapittel 5 i denne rapporten). Det vi kan bruke dem til er å undersøke pasientsammensetningen i 2018 sammenliknet med tidligere, for å si noe om helseforetakene fulgte oppfordringen om å inkludere yngre pasienter. Vi finner at en **stadig høyere andel kvinner og unge personer er inkludert i "Raskere tilbake" og Helse og arbeid utover i perioden**. Muskel- og skjelett og psykisk helse utgjør de klart største diagnosegruppene for denne pasientgruppen, og psykisk helse-andelen har steget kraftig i perioden. I 2017 utgjorde psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (F-kapitlet i ICD-10) 20 prosent av "Raskere tilbake"-pasientene, i 2018 utgjorde de 27 prosent. Muskel- og skjelettsykdommer (M-kapitlet i ICD-10) gikk fra å utgjøre 57 prosent i 2008 til 48 prosent i 2018, og var fortsatt klart største diagnosegruppe.

Vi fant totalt **234 313 pasienter** kodet med debitorcode 20 i perioden 2008-2018. Det ble behandlet 25 199 pasienter i "Raskere tilbake" i 2008, mens 2016 var året med høyest aktivitet og 34 041 behandlede pasienter. Som nevnt falt kodingen av debitorcode 20 mye i 2018, til under 20 000 pasienter. **"Raskere tilbake"-pasienter utgjorde 2-3 prosent av det samlede antallet pasienter** som ble behandlet i spesialisthelsetjenesten årlig i studieperioden. Studerer vi hele befolkningen i arbeidspopulasjonen (18-67 år) som behandles i spesialisthelsetjenesten har andelen kvinner ligget stabilt på 57 prosent hele perioden 2008-2018. For "Raskere tilbake"-pasientene har imidlertid andelen kvinner økt fra 51 prosent i 2008 til 60 prosent i 2017. **I 2018, etter omleggingen, er kvinneandelen av pasientene på 63 prosent, den høyeste andelen i hele perioden** (dette kan skyldes at det i starten av "Raskere tilbake"-perioden var større tilbud av kirurgiske inngrep, mens fokuset etter hvert vinklet over til større tilbud innen muskel-skjelettlidelser og vanlige psykiske lidelser, der en høyere andel kvinner er behandlet). Andelen "Raskere tilbake"-pasienter med høy utdanning lå på 22 prosent i 2008, og steg til 40 prosent i 2017, som er noe høyere enn for pasientpopulasjonen for øvrig.

I 2018 ble 62 prosent av debitorcode 20-pasientene behandlet i somatikken, 30 prosent i psykisk helsevern og 8 prosent, en signifikant økning fra årene før, i rehabilitering. Undersøker vi hoveddiagnosekoder i spesialisthelsetjenesten ser vi at psykisk helse-relaterte lidelser øker utover i perioden (fra tre prosent i 2008 til 20 prosent i 2017), mens muskel- og skjelett-diagnosene utgjør en lavere andel over tid (fra 57 til 47 prosent fra 2008-2017). Det har vært en villet utvikling at "Raskere tilbake" skulle øke fokuset på muskel- og

¹³ NPR startet med personentydige data i 2008, dermed er ikke første året i "Raskere tilbake", 2007, med.

skjelett lidelser og vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon, og det ser i stor grad ut til at oppdragsbrevne er tatt til følge.

4.4.1 Prioritering og rettighetsvurdering

Flere unge inn i tilbudene

Mens de fleste "Raskere tilbake"-tilbudene ikke hadde forholdt seg til prioriteringsveiledere under "Raskere tilbake", ble det fra 2018 krav om at prioriteringsveiledere innenfor muskel- og skjelett og psykisk helsevern skulle benyttes ved rettighetsvurdering til Helse og arbeid-tilbudene. Dette viste vi med registerdata at har ført til en viss endring i pasientpopulasjonen i disse tjenestene i retning av noe yngre pasienter, samt flere pasienter som har mottatt helserelaterte ytelser i en lengre periode før de fikk debitor 20-behandling (se også kapittel 4.3 og 5 i vedleggsrapport). En annen viktig endring etter omleggingen var at utdanning og skole, og yngre målgrupper¹⁴ som ikke nødvendigvis er i jobb, også skal prioriteres. Vi spurte om prioritering av yngre målgrupper i spørreundersøkelsene, og i 2021 svarte 61 prosent av respondentene at tilbudet deres i stor eller svært stor grad er tilpasset ulike grupper av unge pasienter (18-30 år). Flere av Helse og arbeid-tilbudene melder om at de ønsker å prioritere yngre grupper framover, og unge utenfor er et satsingsområde for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering i 2022. Vår hypotese er at unge helsemessig vil være mindre alvorlig syke enn de eldre pasientene, mens de vil ha betydelig mindre yrkeserfaring, og i større grad være under utdanning enn de eldre. Dette kan bety at det må drives metodeutvikling i tjenestene, og at sosiale og sosioøkonomiske aspekter blir viktigere. Hvis Helse og arbeid-tilbudene viser seg å ha god effekt med å få unge personer stabilt inn i arbeidslivet, vil det være en god prioritering av ressursene i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Relativt høy andel pasienter som ikke matcher tilbudene

60 prosent av respondentene våre mener de får pasienter som i stor grad matcher tilbudet deres, som betyr at de resterende 40 prosentene bare i noen eller mindre grad får pasienter de mener passer til tilbudet. For de av tilbudene som har diskutert dette med oss i intervju eller kommentarer i spørreskjema, har dette ofte handlet om at de opplever å få mer alvorlig syke pasienter, som har vært lenger ute av arbeidslivet, enn det tilbudene er rigget for. Dette er en utfordring for både tjenestene og de pasientene som da får et tilbud de ansatte ikke helt føler matcher det de skulle hatt. Det vanskelige spørsmålet blir da om man skal prioritere pasienter med mildere tilstander og kortere fravær, som mest sannsynlig nyttiggjør seg behandlingen slik den er rigget i dag bedre, men der man også risikerer overbehandling av de som ville blitt friske av seg selv, eller om man skal forsøke å tilpasse metodene og behandlingen slik at tilbudet i større grad passer den pasientpopulasjonen som har fått rett til helsehjelp. Slik prioriteringsforskriften nå foreligger, skal nyttekriteriet veie tungt. Dette drøftes nærmere i kapittel 6 i vedleggsrapporten.

Rettighetsvurderingen organiseres ulikt i helseregionene

Organisering av rettighetsvurderingen har vært litt ulikt rigget i de ulike regionene etter omleggingen (se boks under), og både i intervju og spørreskjemaundersøkelsen i 2019 kom det fram at tilbudene opplevde prioriteringsutfordringer, særlig i psykisk helsevern. Problemstillingen var allerede kjent for RHF-ene fra det første året etter omleggingen, og det ble satt ned en interregional arbeidsgruppe til å komme med klare prinsipper for prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten i 2020¹¹⁶. Det vises til denne rapporten for en grundig gjennomgang av prioriteringsprinsippene, som tar utgangspunkt i de foreliggende prioriteringsveilederne innen muskel- og skjelett og psykisk helsevern. I oppsummeringen framgår følgende anbefaling:

Målgruppen for arbeidsrettet behandling bør være personer med vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser, som gir et funksjonsfall og påvirker evnen til å stå i arbeid eller utdanning. Pasientgruppen har ofte et blandet

¹⁴ I rapporten fra RHF-ene går det fram at aldersgrense i tilbudene vurderes skjønnsmessig, men at det kan være aktuelt å inkludere ungdommer ned i 16-årsalder, f.eks. lærlinger.



symptombilde og individuelle tilleggsfaktorer. Pasientgruppen har ofte behov for samtidig hjelp fra NAV og helse for å oppnå en varig positiv endring i sin livssituasjon, og arbeidsgruppen anbefaler at arbeidsrettet behandling bør ytes i tett samarbeid med hjelpetiltak fra NAV. Tilbudet bør gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning/rehabilitering enn det fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan tilby. Et viktig budskap fra arbeidsgruppen er at tidligere innsats som hovedregel vil gi bedre behandlingsresultat til en lavere ressursinnsats for pasientene i målgruppen. (Rapport om prioritering i Helse og arbeid, 2020:3)¹¹⁶

Rettighetsvurdering i regionene anno 2021

I Helse Sør-Øst gjøres rettighetsvurdering til private avtaler i Helse og arbeid hos private rehabiliteringsinstitusjoner i RKE (Regional koordinerende enhet) ved Sunnaas. Dette på lik linje med alle pasienter som henvises til private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst. Når det gjelder psykisk helsevern og arbeidsrettet poliklinisk behandling for angst og depresjon hos private avtaleleverandører, så vurderes alle henvisninger til disse fire leverandørene på DPS ved (stort sett) nærmeste helseforetak.

I Helse Vest har det innenfor arbeidsrettet rehabilitering hele tiden vært praksis at henvisninger fra fastleger/avtalespesialister sendes til Regional vurderingsenhet for rehabilitering som gjør rettighetsvurderingen og fordeler til institusjonene. Sykehusene kan henvise direkte til private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette er også her tilsvarende som øvrig rehabilitering. Når det gjelder arbeidsrettet behandling for angst og depresjon var ordningen i Helse Vest fra 2018-2020 at de private gjorde rettighetsvurderingen selv. Dette ble endret etter ønske fra både HF og private. Og med nye avtaler fra 2022 er ordningen at henvisninger går til helseforetak som rettighetsvurderer og, forutsatt samtykke fra pasientene, henviser til privat avtalepart for behandling.

I Helse Midt-Norge rettighetsvurderer de offentlige tilbudene henvisningene til egne HF, mens henvisninger til de tre private aktørene som har hatt avtale i perioden (Betania Malvik, Friskgården og Muritunet) kan sendes direkte til behandlingsstedet, som selv foretar rettighetsvurdering.

I Helse Nord sendes henvisningene til HIA-sentrene i det respektive helseforetak pasienten tilhører, som også gjør rettighetsvurderinger til de private rehabiliteringsinstitusjonene (Valnesfjord helsesportsenter, Stamina Helse og Vigør) – med unntak av Helse Finnmark der det private Opptreningscenteret i Finnmark gjør rettighetsvurderinger av henvisninger fra hele Finnmark.

I vår spørreundersøkelse for 2021 oppgav flere god nytte av rapporten som kom om prioritering og rettighetsvurdering, og den kan allerede ha ført til at flere prioriterer lettere problematikk inn i tjenestene. En av respondentene skrev følgende:

Presiseringene som kom angående rettighetsvurderinger til Helse og Arbeid bidro til at flere som nyttiggjør seg tilbudet får rett til helsehjelp, og det er positivt. Flere med lettere angsttilstander, tilpasningsforstyrrelser og milde depresjoner har god nytte av tilbudet, og det er forebyggende at hjelpen kan gis tidlig, før tilstandene får sette seg og utvikle seg til å bli alvorlige nok til at de prioriteres. Med presiseringene som kom får nok noen flere av disse et tilbud sammenliknet med tidligere, og ofte med godt utbytte.

Framtidige studier vil kunne vise om det ble en endring i prioriteringen i retning mindre alvorlig syke pasienter etter denne rapportens publisering. Både de offentlige tilbudene som hadde erfaring med "Raskere tilbake", og de private arbeidsrettede rehabiliteringsinstitusjonene rapporterer at de får mer alvorlig syke/komplekse pasienter henvist etter omleggingen. Det var generelt flere kommentarer fra de

private aktørene som gikk på dette med avklaring rundt hvem målgruppen er og hvordan pasientene rettighetsvurderes til disse tilbudene. Flere av aktørene innenfor arbeidsrettet rehabilitering skriver at pasientene er mer alvorlig syke nå enn under Raskere tilbake-perioden, og at tilbudet deres dermed burde vært annerledes.

4.4.2 Helse og arbeid og IPS

Allerede tidlig i evalueringen kom vi borti spørsmål om IPS-tilbud ("Individual Placement and Support") skal kunne regnes som tilbud under Helse og arbeid-paraplyen. Det er funnet god effekt av IPS på arbeidsinkludering for personer med moderat og alvorlig psykisk lidelse som sliter med å komme inn på arbeidsmarkedet eller beholde en jobb^{34,37}. IPS prøves nå også ut på mindre alvorlig syke pasientgrupper. Ettersom de fleste Helse og arbeid-tilbudene i spesialisthelsetjenesten fortsatt opererer med målgrupper som likner det de gjorde under "Raskere tilbake", og framover gjerne vil prioritere pasienter som har vært kort sykmeldt for å komme tidlig inn, blir IPS et helt annet type tilbud. Likevel virker det kunstig for oss at ikke IPS skal være en del av en satsing på Helse og arbeid i alle helseregionene. Vi mener det bør anbefales et systematisk samarbeid med IPS, og ev. samlokalisering der det er mulig. Dette for å få til en riktigere prioritering og triagering av pasienter (jf. eksempelet med Nordlandssykehuset HF) - at man ser hele kontinuumet av pasienter som står utenfor eller i fare for å falle utenfor arbeidslivet. Dette kommer sannsynligvis bare til å bli viktigere når HelseArbeid på sikt må jobbe nærmere kommunehelsetjenestene, som forhåpentligvis mer systematisk vil kunne tilby breddetilbud som Rask psykisk helsehjelp, søvnkurs og ulike mestringskurs. IPS bør likevel kodes med egne "prosedyrekoder" så man kan følge med på hvem som har fått IPS og ikke.

4.4.3 Utvikling av digitale tilbud

Også Helse og arbeid-tilbudene opplevde en digital revolusjon under pandemien. Digitale tilbud kan bety et mer likeverdig tilbud for pasienter som bor langt unna sykehusene. Samtidig kan det bety mindre likeverdige tilbud for dem som ikke ønsker eller behersker digital oppfølging, hvis man ikke tilbys et alternativ. Vi vet at mange av Helse og arbeid-tilbudene tok i bruk videokonsultasjon pga. pandemisituasjonen i 2020/2021. I spørreskjemaet for 2021 ønsket vi at de med erfaring med videokonsultasjoner i arbeidsrettet utredning/behandling beskrev hvilken type behandling/kontakt/pasientgruppe de opplever at videokonsultasjoner fungerer best og dårligst for innenfor arbeidsrettet behandling.

Den hyppigste kommentaren under spørsmålet om hvem digitale løsninger har **fungert best for** er "til oppfølging" eller "kontroller". Svært mange skriver at det har fungert godt å følge opp pasienter digitalt etter utredning og/eller behandling, og det å kunne gi veiledning og undervisning/pasientopplæring digitalt har også fungert bra. Mange har tilbudt digital behandling til pasienter med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon, og mange behandlere (psykologer) synes dette har fungert godt. Noen har fått et nytt syn på digital behandling, og rapporterte at det har fungert mye bedre enn forventet.

Svært mange av kommentarene om hvilke situasjoner/pasienter digitale løsninger har **fungert dårlig for**, handlet om utredningsfasen og første konsultasjon, samt de mest alvorlig syke pasientene. Særlig ofte ble det kommentert på muskel- og skjelettpasienter der det er behov for å gjennomføre en klinisk undersøkelse (fysisk). På psykisk helse-siden nevnes traume- og tilknytningsskadede pasienter (PTSD ofte nevnt), samt personlighetsforstyrrelser, mens det fungerer lettere for mild/moderat depresjon og angst. De som har tilbud for pasienter med hjerneskade skriver også at digitale løsninger har fungert dårlig for dem, og det understrekes fra flere hold at ikke alle pasienter har digital kompetanse som er høy nok til at de får til å bruke de tekniske løsningene.

4.4.4 Oppsummering

I dette delkapitlet har vi vist hvordan registerdata fra Norsk pasientregister kan belyse pasientsammensetning og utvikling innenfor arbeidsrettet behandling og rehabilitering i perioden 2008-

2018. Vi fant at helseforetakene ser ut til å ha fulgt oppfordringen om å inkludere flere unge personer i tjenestene etter omleggingen, og det er i all hovedsak muskel- og skjelett og psykisk helse-relaterte tilbud som dominerer, slik anbefalingene ved omlegging var.

Både de offentlige og private tilbudene har formidlet at de opplever å få mer komplekse pasienter som står lenger fra jobb enn tidligere, noe som er en naturlig konsekvens når prioriteringsforskriften skal legges til grunn. Vi ser det også i registerdata; pasientene i Helse og arbeid i 2018 hadde vært lenger sykmeldt, på AAP eller uføretrygd i perioden før behandling, enn pasientene under "Raskere tilbake" før 2018 (se også kapittel 5). Rundt 40 prosent av de ansatte i tilbudene har en opplevelse av at tilbudet ikke matcher helt til pasientpopulasjonen de møter, og de ønsker typisk å kunne prioritere pasienter som har vært kortere sykmeldt. Tilbakemeldingene på presiseringene i prioriteringsrapporten som kom fra en interregional arbeidsgruppe i 2020, tilsier at den tolkes i retning av å prioritere pasienter som står nærmere arbeid (nyttekriteriet og "tidlig inn" vektlegges). Framtidig forskning bør følge utviklingen i pasientsammensetning i tilbudene og ha fokus på metodeutvikling i behandlingstilbudene og om metodene som brukes er tilpasset målgruppene.

Slik vi oppfatter det har signalene fra sentralt hold vært at IPS ikke ligger innenfor ansvarsområdet til Helse og arbeid, ettersom moderat til alvorlig syke pasienter ikke vil kunne nyttiggjøre seg tilbudene. For oss virker det som et kunstig skille, og vi anbefaler at IPS bør inngå under Helse og arbeid, gitt at man kan identifisere hva som er IPS-aktivitet og innebærer en tettere type oppfølging.

5 Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten og effekt på sykefravær, AAP og uføretrygd

Sykefravær, AAP og uføretrygd

"Raskere tilbake" ble også kalt "sykepengeprosjektet", og det var et klart mål at ordningen skulle redusere sykefraværet. Vi har studert i hvilken grad "Raskere tilbake"-pasientene fikk lavere sykefravær etter behandling enn sammenliknbare pasienter som ikke var behandlet i "Raskere tilbake"-tilbud. Vi har også studert om det var forskjeller i mottak av helserelaterte ytelser hos pasienter som fikk "Raskere tilbake"-tilbud før 2018, sammenliknet med pasienter som fikk tilbud innen Helse og arbeid i 2018, og om pasientsammensetningen har endret seg etter omleggingen. Grunnet manglende informasjon om debitorkode 20 i årene etter omleggingen, klarer vi ikke å måle effekt av Helse og arbeid-tilbudene på samme måte som for "Raskere tilbake"-tilbudene før omleggingen.

I kapittel 5 i vedleggsrapporten presenteres analyser av effekten av "Raskere tilbake"-tilbud på arbeidsdeltakelse i form av endret mottak av de helserelaterte ytelsene sykefravær, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. Storparten av datagrunnlaget ligger innenfor "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017), men vi studerer også endringer i pasientsammensetningen i Helse og arbeid-tilbudene etter omleggingen i 2018. Selv om "Raskere tilbake"-tilbudene før omleggingen i større grad var spisset mot sykmeldte, og arbeidstakere som sto i fare for å bli sykmeldt, utgjør denne målgruppen fortsatt en stor andel av pasientene i Helse og arbeid/HelseArbeid. Det er derfor interessant å studere effekten av å motta spesialisthelsetjenester på tilbakegang til arbeid, og da særlig tjenester som har hatt, og har, som uttalt mål at de skal gjøre det lettere å komme tilbake i arbeid, eller hindre sykefravær, slik tjenestene også er definert på Helsenorge.no:

Helse og arbeid er et tilbud til de som har falt ut av arbeid, utdanning eller skole, eller som står i fare for å falle ut. Tilbudet skal gjøre det mulig for de som blir henvist å komme lettere tilbake i arbeid. Det er også et tilbud til de som står i fare for å bli sykemeldt, der målet er å unngå sykemelding. Tilbudet gjelder også hvis målet er å fungere bedre i en studiehverdag.

Da vi planla evalueringen og effektanalysene på sykefravær var det gitt at debitor 20-kodingen skulle fortsette i de nye Helse og arbeid-tilbudene, slik praksisen hadde vært i "Raskere tilbake"-perioden (2007-2017). Planen var å studere endringer i effekt på helserelaterte ytelser før og etter omleggingen. Som beskrevet i kapittel 4 er det knyttet stor usikkerhet til kodingen av debitor 20 etter 2017, og datagrunnlaget fra NPR blir for dårlig til å kunne gjøre samme typer analyser før og etter 2017. F.eks. vil det sannsynligvis være personer i den matchede kontrollgruppen som har fått debitor 20-behandling, men som ikke er kodet med det. Vi ba derfor ikke om full oppdatering av datasettet i perioden 2019-2020, men har fulgt med på kodingen på nasjonalt nivå via uttak av data fra fagsystemene. Vi fikk dermed ikke utført analysene på selve omleggingen slik vi ønsket. Vi mener likevel det er av interesse både for allmenheten, og for fagpersoner i tjenestene som nå tilbyr Helse og arbeid, å studere effekten på helserelaterte ytelser i perioden før omleggingen. Gitt survey- og intervjudata vet vi at flere av tilbudene i Helse og arbeid i dag er relativt like, metode/innholdsmessig, som de var under "Raskere tilbake"-perioden. Samtidig er det flere av tilbudene som har blitt mer *arbeidsrettede*, hvis man sammenlikner med f.eks. de kirurgiske tilbudene man opererte med under "Raskere tilbake". En mye større andel av tilbudene har også et sterkere NAV-samarbeid, slik vi så i kapittel 4. Dette er aspekter som kan ha en effekt på bruken av helserelaterte ytelser som vi ikke fanger opp i våre analyser. Sykefravær er et indirekte mål på helse, men som vi så i kapittel 3 er det en del internasjonale studier som finner at arbeidsrettet behandling har bedre effekt på helserelaterte utfall enn "treatment as usual" i form av symptomlette, funksjonsbedring og bedre livskvalitet. Dette er utfall vi ikke har kunnet studere basert på registerdata, men som vi forventer at pågående randomisert kontrollerte studier av Helse og arbeid-tilbudene på sikt vil kunne si noe om.

5.1 Problemstillinger og metodisk tilnærming

Som presentert i kapittel 5 i vedleggsrapporten tar vi utgangspunkt i den delen av befolkningen som var i arbeid i løpet av perioden 2007 til 2018, ca. 3,5 millioner personer. For disse har vi blant annet informasjon om sykepenges, AAP og uføreytelser. For alle disse har vi også koblet på informasjon om behandling i spesialisthelsetjenesten fordelt på sektor (somatikk, psykisk helsevern, rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)) og omsorgsnivå (poliklinisk behandling og døgnbehandling). Aktivitet kodet med debitorcode 20 til Norsk pasientregister identifiserer at pasientene ble behandlet i et "Raskere tilbake"-tilbud, og vi refererer til dette som "Debitor 20-behandling". Registerkoblingen muliggjør for første gang å undersøke hvordan helserelevante ytelses brukes før og etter behandling i spesialisthelsetjenesten i hele arbeidspopulasjonen. Problemstillinger vi har valgt å fokusere på i denne delen av evalueringen er:

- Hadde de som fikk debitor 20-behandling høyere sykefravær enn de som fikk annen behandling for samme diagnose i samme sektor og på samme omsorgsnivå?
- Hadde de som fikk debitor 20-behandling mer nedgang i sykefravær og andre helserelevante ytelses enn de som fikk annen behandling i samme sektor og på samme omsorgsnivå?

Det er ikke tilfeldig hvem som mottok debitor 20-behandling, og det er nødvendig med en kontrollgruppe når vi skal vurdere effekt. Kontrollgruppen etableres gjennom en matching-strategi. Vi har valgt en strategi der vi sammenlikner personer med samme kjønn, alder og utdanning som fikk debitor 20-behandling i form av polikliniske konsultasjoner i samme sektor og med en bestemt diagnose, med de som fikk annen poliklinisk behandling i samme sektor med samme diagnose. Totalt dekker vi 93 % av all aktivitet kodet med debitor 20 ved å velge å studere poliklinisk virksomhet, perioden 2008-2018 sett under ett. Døgnaktivitet utgjorde en betydelig mindre andel av tilbudet. I vedleggsrapporten finnes nærmere beskrivelser av metodegrunnlag og matchingstrategier¹¹⁷⁻¹²¹, og som vi poengterer blir det mangelfullt å studere effekt kun på sykefravær. Andre helserelevante ytelses, dvs. arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføreytelse må inkluderes. Årsaken er at en effekt som indikerer redusert sykefravær, kan innebære at sykefraværet er erstattet med AAP og uføretrygd. Men dersom sykefraværet er erstattet med AAP og uføretrygd er veien tilbake til arbeid enda lengre enn da de mottok på sykepenges.

I vedleggsrapporten presenterer vi resultater fra analyser som inkluderer de i arbeidspopulasjonen som har mottatt poliklinisk behandling i somatikk, i psykisk helsevern og innenfor arbeidsrettet rehabilitering. Vi viser:

- Antall dager med sykefravær, AAP og uføreytelse 200 dager før og frem til median behandlingsdato og 200 dager etter median behandlingsdato for de som fikk debitor 20-behandling og de som fikk annen behandling for samme diagnose for alle i arbeidspopulasjonen. Dvs. vi inkluderer alle i arbeidspopulasjonen som har fått behandling i somatiske poliklinikker.
- Antall dager med sykefravær, AAP og uføreytelse 200 dager før og frem til median behandlingsdato og 200 dager etter median behandlingsdato for de som fikk debitor 20-behandling og de som fikk annen behandling for samme diagnose for alle i arbeidspopulasjonen for de ti største diagnosegruppene (ICD-10) kodet med debitor 20. Dvs. når vi ser på diagnoser, ser vi på de hyppigst forekommende diagnosene kodet med debitor 20.
- Resultat av enkle matching analyser for å undersøke effekt av debitor 20-behandlingen på sykefraværet (endring i antall dager i perioden før og etter behandling) og helserelevante ytelses samlet (sykefravær, AAP og uføreytelser).
- Resultat av analyser av forskjeller i bruk av helserelevante ytelses blant pasienter som fikk debitor 20-behandling i perioden før omleggingen og i 2018. Det er foreløpig ikke gjort koblinger på perioden etter 2018, og i 2018 er også registreringen på debitor 20 ufullstendig.

Forskerne i prosjektet vil arbeide videre med å publisere resultatene i internasjonale i tidsskrift. Selv om alle analysene som er gjort i forbindelse med utarbeiding av rapporten tyder på svake effekter av poliklinisk behandling merket med debitor 20 på sykefraværet (og på bruk av helserelevante ytelser samlet), vil videre analysearbeid og robusthetstesting utdype funnene og dokumentere resultatene på en mer detaljert måte enn rammene for rapportarbeidet tillater.

5.2 Oppsummering

I sluttrapporten inkluderer vi kun en oppsummering av funnene, men anbefaler å se de grafiske illustrasjonene av resultatene i vedleggsrapporten.

Poliklinisk behandling i somatikken

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling ikke er forskjellig for de som har fått behandling kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og utdanningsnivå. Når vi ser på helserelevante ytelser samlet, finner vi at det er en marginal større økning i ytelser (under én dag i gjennomsnitt) for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

For å si noe om hvordan pasientgrunnet har endret seg etter omleggingen studerte vi pasientsammensetningen i form av gjennomsnittlig antall dager med sykefravær, AAP og uføreytelser i perioden 200 dager før median behandlingsdato. Vi fant at for debitor 20 pasientene var det flere sykmeldte i begynnelsen og i slutten av perioden, men en relativt stabil fordeling på AAP og uføre gjennom hele perioden. Det er imidlertid en tydelig økning i antall sykefraværsdager og AAP før debitor 20-behandling fra 2017 til 2018, noe som stemmer godt med funnene i intervju og spørreundersøkelser som viser at tilbudene opplever å få pasienter som står noe lenger unna arbeid enn tidligere.

Poliklinisk behandling i psykisk helsevern

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling ikke er forskjellig for de som har fått debitor 20 behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. Når vi ser på helserelevante ytelser samlet, finner vi at det er en marginalt større nedgang i ytelser (2-3 dager) før og etter behandling for de som har fått behandling kodet med debitor 20.

Når det gjelder endringer i pasientsammensetning for de som har mottatt behandling i psykisk helsevern, så vi en tendens til at bruk av helserelevante ytelser gikk ned for de som var kodet med debitor 20 fra 2011 til 2015, for deretter å svakt øke igjen. Det var noen flere dager med AAP og sykefravær og færre med uføredager fra 2017 til 2018, men det er ikke betydelige forskjeller mellom 2017 og 2018 i disse variablene.

Poliklinisk behandling innen rehabilitering

Resultatene viser at endring i sykefraværet i perioden før og etter behandling er forskjellig for de som har fått debitor 20-behandling og de som har fått annen behandling for samme diagnose, med samme kjønn, alder og med samme utdanningsnivå. De som har fått behandling merket med debitor 20 har en gjennomsnittlig nedgang på 8-9 dager med sykefravær. Men når vi ser på helserelevante ytelser samlet, finner vi at det ikke er systematiske forskjeller mellom de som er kodet med debitor 20 og de som har fått annen poliklinisk behandling innen rehabilitering for samme diagnose, kjønn, alder og utdanningsnivå. Innenfor arbeidsrettet rehabilitering var det fra årene 2014-2017 til 2018 en betydelig økning i pasienter med flere dager på AAP i de 200 dagene før de fikk debitor 20-behandling, og de står altså lenger fra arbeid enn tidligere.

Det kan være større effekt av døgntilbehandling, men døgntilbehandlingene utgjør uansett en liten andel av debitortilbehandlingene i 20-årsalderen.

Resultatene i dette kapitlet kommer fra nasjonale analyser og inkluderer over 93 prosent av alle pasientene som har fått behandling kodet med debitortilbehandling 20 i perioden 2008-2018. Selv om det er små effekter på nasjonalt nivå, kan det være enkelttilbehandling som har større effekt. Men generelt sett, har denne nasjonale satsningen hatt liten betydning for utviklingen i sykefraværet og andre helserelaterte ytelser i denne perioden.

6 Samfunnsøkonomisk vurdering

Samfunnsøkonomisk vurdering

For å se Helse og arbeid-satsingen i et større helse- og velferdstjenesteperspektiv har vi gjort en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering av i hvilken grad omleggingen til Helse og arbeid synes å ha vært et godt grep for å redusere sykefravær og få folk tilbake i jobb. I dette kapitlet løfter vi blikket over den enkelte tjeneste og opp på samfunnsnivå.

Basert på en helhetlig analyse av datagrunnlaget i følgeevalueringen har vi gjort en kvalitativ samfunnsøkonomisk vurdering av "Raskere tilbake" og omleggingen til Helse og arbeid. Denne er presentert i kapittel 6 i vedleggsrapporten. Her drøfter vi i hvilken grad omleggingen til Helse og arbeid i form av videreføring og oppretting av arbeidsrettede tjenester i alle helseforetak synes å ha vært et godt grep, med utgangspunkt i sentrale situasjonsbilder som er gjeldene for disse tjenestene nå; ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og andre tjenester, samarbeidet mellom NAV og spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenestens rolle i sykefraværarbeidet.

Et viktig premiss for den samfunnsøkonomiske vurderingen er at de arbeidsrettede tilbudene som ble videreført eller opprettet i forbindelse med omleggingen representerer noe annet enn det øvrige tjenestetilbudet. Dette gjør de gjennom at de i tillegg til å skulle bedre helse og livskvalitet, også har bedring av *arbeidsevne* og *jobbmestring* som mål. Som definisjonen av tilbudene på Helsenorge.no presiserer: *Tilbudet skal gjøre det mulig for de som er henvist å komme lettere tilbake i arbeid.* Arbeidsdeltakelse ses dessuten på som en kilde til god helse i seg selv, og settes som et mål for behandlingen. Det er dette som skiller de arbeidsrettede tilbudene fra det øvrige tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Ved omleggingen fra "Raskere tilbake" til Helse og arbeid gikk man bort fra inklusjonskriteriet om at pasientene måtte være sykmeldt, eller stå i fare for å bli sykmeldt, til også å inkludere personer som f.eks. er under utdanning, arbeidsledige eller på AAP. Det er likevel fortsatt slik at mange av tilbudene definerer sykmeldte som sin viktigste målgruppe. Arbeidsrettingen, f.eks. gjennom systematisk samarbeid med NAV (i poliklinikk), arbeidsfokuset kognitiv terapi og arbeidsrelaterte kartlegginger i utredningsprosessen med mål om å hindre frafall fra arbeidslivet, er det særegne ved disse tilbudene (jf. hvordan tilbudene beskriver sine målgrupper i kapittel 4.6.1 i vedleggsrapporten). Et eksempel er HelseArbeid-tilbudet i Ålesund som definerer sitt tilbud slik:

Individtiltaket i Ålesund skal gi rask tverrfaglig utredning og vurdering av 1) muskel/skjelettplager (diagnoseuavhengig) eller 2) kombinerte muskel-skjelettplager og lettere psykiske plager. Målet er at pasienten holder seg i arbeid, eller får økt deltakelse i arbeidslivet, samt gi pasientene kunnskap om egne plager og gode mestringsstrategier. Henvissende instanser er fastlege, psykolog, manuellterapeut, kiropraktor og tannlege. Målgruppen er personer som står i fare for å sykmeldes, har hyppige sykmeldinger eller er i en tidlig fase i sykmeldingen.

6.1 Metodisk tilnærming

Vi har tatt utgangspunkt i en datadrevet, induktiv aktørtilnæringsmetode i fem faser, beskrevet i kapittel 6.1 i vedleggsrapporten. Vi identifiserte tre sentrale situasjonsbilder som er drøftet nærmere i kapitlet. Som det framgår i kapitlet er tilnærmingen den samme som forskerne i SINTEF tidligere har benyttet i nasjonale evalueringer som inkluderer evalueringene av IA-avtalene^{122,123}, evalueringen av sykefraværsoppfølgingsregimet¹²⁴, og i evalueringen av AAP-ordningen.¹²⁵ Metodeutviklingen startet da vi gjorde en vurdering av gradert sykmelding for ti år siden.¹²⁶ Gjennom disse prosjektene og flere andre, utviklet forskerne i SINTEF Helse en metode for å gjøre kvalitative samfunnsøkonomiske vurderinger gjennom det vi kan kalle en induktiv aktørtilnærming. Metoden har også blitt benyttet i en samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer i 2017/2018 på oppdrag fra KS¹²⁷, og kunnskapen som framkom i de ovennevnte prosjektene og rapportene er aktuell for den samfunnsøkonomiske vurderingen vi gjør her.

6.2 Oppsummering

Som vi skriver i kapittel 6 i vedleggsrapporten er sysselsetting og deltakelse i arbeidslivet de viktigste variablene når man inntar et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette er faktorer som bidrar både gjennom økt verdiskapning og høyere skatteinntekter for staten, og gjennom lavere utgifter til folketrygden dersom man klarer å hindre frafall og øke inkludering i arbeidslivet. Tiltak og tjenester som påvirker yrkesdeltakelsen er derfor viktige i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Fordi høyt sykefravær på individnivå øker sannsynligheten for å falle ut av arbeidslivet, vil tiltak som reduserer sykefravær og motvirker at sykmeldte går over på varige ytelser, være av stor samfunnsøkonomisk betydning. Tiltak som ikke påvirker yrkesdeltakelse og arbeidstilbud vil dermed ha betydelig lavere samfunnsøkonomisk gevinst enn tiltak som påvirker sysselsettingen. Det kan argumenteres med at bedre livskvalitet og symptomlette kan påvirke produktiviteten til ansatte, ved at friskere ansatte gir høyere produktivitet. Slik sett kan vi tenke at sykefravær og fravær fra arbeid er et endepunkt for en produktivitetskurve som faller med lavere livskvalitet og større symptomtrykk til null/ingen produktivitet når sykefraværet er et faktum. Dersom ikke sykefraværet eller yrkesdeltakelsen påvirkes, slik våre funn i kapittel 5 tyder på, forsvinner det *samfunnsøkonomiske* argumentet som lå til grunn for etableringen av "Raskere tilbake"-tilbudene tilbake i 2007.

Dette betyr sannsynligvis også at Helse og arbeid tilbudene etter omleggingen må begrunnes med noe annet enn at de bidrar til redusert sykefravær og økt arbeidsdeltakelse. Framtidige randomisert kontrollerte studier vil kunne si mer om hvordan de nåværende Helse og arbeid-tilbudene påvirker mottak av helserelaterte ytelser, men registerdata fra NPR vil i liten grad kunne spore disse pasientene etter omleggingen i 2018 på grunn av manglende koding av arbeidsrettet behandling.

At ansatte i spesialisthelsetjenesten skal kjenne til fordelene av å være i arbeid og ulempene det medfører å være utenfor arbeidslivet på individnivå, synes fornuftig. At de i sin kontakt med pasientene kan bidra til å motivere noen til å komme tilbake i arbeid, og kanskje dermed redusere antall dager med behov for sykmelding eller annen helserelatert ytelse for enkeltpasienter – lyder også fornuftig. At det bygges egne tilbud i spesialisthelsetjenesten som skal ha et arbeidsfokus i behandlingen, kan være en strategi for på lenger sikt å øke arbeidsfokuset i hele spesialisthelsetjenesten. Men som tiltak for å få ned sykefraværet på nasjonalt nivå er det tvilsomt at det har effekt. Kanskje ville tiltak som forebygger helseproblemer og behov for sykmelding ute på arbeidsplassene og i kommunene der folk lever sine liv, gitt tydeligere effekt på sykefraværet.

7 Referanser

- 1 Stapelfeldt, C. M. *et al.* A systematic review of interventions to retain chronically ill occupationally active employees in work: can findings be transferred to cancer survivors? *Acta Oncol* **58**, 548-565, doi:10.1080/0284186x.2018.1559946 (2019).
- 2 (ed Arbeids- og sosialdepartementet) (Oslo, 2006).
- 3 (ed Finansdepartementet) (Oslo, 2006).
- 4 Aas, R. W., Solberg, A. & Strupstad, J. Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte., (IRIS, Stavanger, 2011).
- 5 Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J., Evensen, L., M, B. & HH, H. Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt. (Folkehelseinstituttet, Oslo, 2021).
- 6 Aasdahl, L. *et al.* Effect of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation Versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Sickness Absence in Persons with Musculoskeletal- or Mental Health Disorders: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil* **28**, 170-179, doi:10.1007/s10926-017-9708-z (2018).
- 7 Gismervik, S. *et al.* Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health* **46**, 364-372, doi:10.5271/sjweh.3882 (2020).
- 8 Lambeek, L. C. *et al.* Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* **341**, c6414, doi:10.1136/bmj.c6414 (2010).
- 9 Sjetne, I. Brukererfaringer med "Raskere tilbake". (Folkehelseinstituttet, Oslo, 2017).
- 10 Kjerstad, E. & Ravneberg, B. Fornøyd med 'Raskere tilbake'? - resultater fra en brukerundersøkelse. (Samfunns- og næringslivsforskning AS, Bergen, 2008).
- 11 Drangslund, K. A. K. & Kjerstad, E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1., (Samfunns- og næringslivsforskning AS, Bergen, 2008).
- 12 Holmås, T. H. & Kjerstad, E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester., (Samfunns- og næringslivsforskning AS., Bergen, 2010).
- 13 Kjerstad, E. & Holmås, T. H. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. (Bergen, 2009).
- 14 Skarpås, L. S., Aas, R. W. & Berg, J. E. Ekspertenes erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere tilbake-ordningen. En Delphi-studie i to runder. (Oslo, 2013).
- 15 Skarpaas, L. S., Haveraaen, L. A., Smastuen, M. C., Shaw, W. S. & Aas, R. W. The association between having a coordinator and return to work: the rapid-return-to-work cohort study. *Bmj Open* **9**, doi:ARTN e024597 10.1136/bmjopen-2018-024597 (2019).
- 16 Skarpaas, L. S., Haveraaen, L. A., Småstuen, M. C., Shaw, W. S. & Aas, R. W. Horizontal return to work coordination was more common in RTW programs than the recommended vertical coordination. The Rapid-RTW cohort study. *BMC health services research* **19**, 759-759, doi:10.1186/s12913-019-4607-y (2019).
- 17 Helse Sør-Øst RHF, H. R., HMN RHF og HN RHF. (2016).
- 18 Johansen, V. & Fimland, M. S. Sluttrapport for prosjektet ved Hysnes Helsefort. Del 1. Beskrivelse av prosjektet. . (2017).
- 19 Aasdahl, L. *et al.* Changes in fear-avoidance beliefs and work participation after occupational rehabilitation for musculoskeletal- and common mental disorders: secondary outcomes of two randomized clinical trials. *J Rehabil Med* **51**, 175-182, doi:10.2340/16501977-2520 (2019).
- 20 Aasdahl, L. *et al.* Effects of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Somatic and Mental Health: Secondary Outcomes of a Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil* **27**, 456-466, doi:10.1007/s10926-016-9679-5 (2017).
- 21 Aasdahl, L., Vasseljen, O., Gismervik, S., Johnsen, R. & Fimland, M. S. Two-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation Vs Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick Listed Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil* **31**, 721-728, doi:10.1007/s10926-021-09969-4 (2021).
- 22 Skagseth, M., Fimland, M. S., Rise, M. B., Lund Nilsen, T. I. & Aasdahl, L. Return-to-work self-efficacy after occupational rehabilitation for musculoskeletal and common mental health disorders: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *J Rehabil Med*, doi:10.2340/16501977-2787 (2021).
- 23 Skarpsno, E. S., Gismervik, S., Fimland, M. S. & Aasdahl, L. Insomnia is Associated with the Effect of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation on Work Participation in Workers with Musculoskeletal or Mental Health Disorders: Secondary Analyses of a Randomized Clinical Trial. *Nat Sci Sleep* **13**, 1431-1439, doi:10.2147/nss.S318052 (2021).
- 24 Brendbekken, R. *et al.* Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil* **27**, 82-91, doi:10.1007/s10926-016-9634-5 (2017).
- 25 Brendbekken, R., Harris, A., Ursin, H., Eriksen, H. R. & Tangen, T. Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *Int J Behav Med* **23**, 1-11, doi:10.1007/s12529-015-9486-y (2016).
- 26 Brendbekken, R., Vakt skjold, A., Harris, A. & Tangen, T. Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: A randomized clinical trial. *J Rehabil Med* **50**, 193-199, doi:10.2340/16501977-2296 (2018).
- 27 Haveraaen, L. *et al.* The First Six Years of Building and Implementing a Return-to-Work Service for Patients with Acquired Brain Injury. The Rapid-Return-to-Work-Cohort-Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* **27**, 623-632, doi:10.1007/s10926-016-9693-7 (2017).



- 28 Aas, R. W., Haveraaen, L. A., Brouwers, E. P. M. & Skarpaas, L. S. Who among patients with acquired brain injury returned to work after occupational rehabilitation? The rapid-return-to-work-cohort-study. *Disability and Rehabilitation* **40**, 2561-2570, doi:10.1080/09638288.2017.1354234 (2018).
- 29 Johnsen, T. L. *et al.* Effect of Reassuring Information About Musculoskeletal and Mental Health Complaints at the Workplace: A Cluster Randomized Trial of the atWork Intervention. *J Occup Rehabil* **29**, 274-285, doi:10.1007/s10926-018-9786-6 (2019).
- 30 Johnsen, T. L., Eriksen, H. R., Indahl, A. & Tveito, T. H. Directive and nondirective social support in the workplace - is this social support distinction important for subjective health complaints, job satisfaction, and perception of job demands and job control? *Scand J Public Health* **46**, 358-367, doi:10.1177/1403494817726617 (2018).
- 31 Johnsen, T. L., Indahl, A., Baste, V., Eriksen, H. R. & Tveito, T. H. Protocol for the atWork trial: a randomised controlled trial of a workplace intervention targeting subjective health complaints. *BMC Public Health* **16**, 844, doi:10.1186/s12889-016-3515-x (2016).
- 32 Johnsen, T. L., Indahl, A., Eriksen, H. R., Ihlebaek, C. & Tveito, T. H. Work and Mental Complaints: Are Response Outcome Expectancies More Important Than Work Conditions and Number of Subjective Health Complaints? *J Occup Rehabil* **27**, 218-227, doi:10.1007/s10926-016-9648-z (2017).
- 33 Brekke, D. *Evaluations of the project "Rapid Return to Work" A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders.*, University of Oslo, (2017).
- 34 Reme, S. E. *et al.* Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. . (Bergen, 2016).
- 35 Rognli, E. B. *et al.* The effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS) for patients with substance use disorders: study protocol for a randomized controlled trial of IPS versus enhanced self-help. *Trials* **22**, 705, doi:10.1186/s13063-021-05673-z (2021).
- 36 Holmås, T. H., Monstad, K. & Reme, S. E. Regular employment for people with mental illness - An evaluation of the individual placement and support programme. *Soc Sci Med* **270**, 113691, doi:10.1016/j.socscimed.2021.113691 (2021).
- 37 Reme, S. E. *et al.* A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health* **45**, 33-41, doi:10.5271/sjweh.3753 (2019).
- 38 Sveinsdottir, V. *et al.* A short history of individual placement and support in Norway. *Psychiatr Rehabil J* **43**, 9-17, doi:10.1037/prj0000366 (2020).
- 39 Aarestad, S. H. *et al.* Clinical Characteristics of Patients Seeking Treatment for Common Mental Disorders Presenting With Workplace Bullying Experiences. *Front Psychol* **11**, 583324, doi:10.3389/fpsyg.2020.583324 (2020).
- 40 Aarestad, S. H. *et al.* Exposure to bullying behaviours, resilience, and return to work self-efficacy in patients on or at risk of sick leave. *Ind Health* **59**, 180-192, doi:10.2486/indhealth.2020-0064 (2021).
- 41 Gjengedal, R. G. H. *et al.* The Return-to-Work Self-efficacy Questionnaire (RTW-SE): A Validation Study of Predictive Abilities and Cut-off Values for Patients on Sick Leave Due to Anxiety or Depression. *J Occup Rehabil* **31**, 664-673, doi:10.1007/s10926-021-09957-8 (2021).
- 42 Gjengedal, R. G. H. *et al.* Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work* **66**, 657-667, doi:10.3233/wor-203208 (2020).
- 43 Sandin, K. *et al.* Self-Reported Health in Patients on or at Risk of Sick Leave Due to Depression and Anxiety: Validity of the EQ-5D. *Front Psychol* **12**, 655151, doi:10.3389/fpsyg.2021.655151 (2021).
- 44 Sandin, K. *et al.* Metacognitive therapy and work-focused interventions for patients on sick leave due to anxiety and depression: study protocol for a randomised controlled wait-list trial. *Trials* **22**, 854, doi:10.1186/s13063-021-05822-4 (2021).
- 45 Victor, M., Lau, B. & Ruud, T. Predictors of Return to Work 6 Months After the End of Treatment in Patients with Common Mental Disorders: A Cohort Study. *J Occup Rehabil* **28**, 548-558, doi:10.1007/s10926-017-9747-5 (2018).
- 46 Victor, M., Lau, B. & Ruud, T. Patient characteristics in a return to work programme for common mental disorders: a cross-sectional study. *Bmc Public Health* **16**, doi:ARTN 745 10.1186/s12889-016-3431-0 (2016).
- 47 Thorsen, L. *et al.* Baseline characteristics in female cancer patients with unimproved work status after an outpatient rehabilitation program and health changes during the intervention. *Springerplus* **5**, 1009, doi:10.1186/s40064-016-2663-x (2016).
- 48 Andersen, M. F., Nielsen, K. M. & Brinkmann, S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* **38**, 93-104, doi:10.5271/sjweh.3257 (2012).
- 49 Arends, I. *et al.* Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev* **12**, Cd006389, doi:10.1002/14651858.CD006389.pub2 (2012).
- 50 Axén, I., Björk Brämberg, E., Vaez, M., Lundin, A. & Bergström, G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* **93**, 823-838, doi:10.1007/s00420-020-01535-4 (2020).
- 51 Covell, C. L. *et al.* Mapping the peer-reviewed literature on accommodating nurses' return to work after leaves of absence for mental health issues: a scoping review. *Hum Resour Health* **18**, 36, doi:10.1186/s12960-020-00478-8 (2020).
- 52 Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S. & Joosen, M. C. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open* **5**, e007122, doi:10.1136/bmjopen-2014-007122 (2015).

- 53 Fadyl, J. K., Anstiss, D., Reed, K., Khoronzhevych, M. & Levack, W. M. M. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* **10**, e039699, doi:10.1136/bmjopen-2020-039699 (2020).
- 54 Joosen, M. C. *et al.* An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med* **72**, 313-322, doi:10.1136/oemed-2013-101626 (2015).
- 55 Joyce, S. *et al.* Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med* **46**, 683-697, doi:10.1017/s0033291715002408 (2016).
- 56 Lancman, S. & Barroso, B. I. L. Mental health: Professional rehabilitation and the return to work - A systematic review. *Work* **69**, 439-448, doi:10.3233/WOR-213489 (2021).
- 57 McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W. & Lidz, C. W. A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. *Adm Policy Ment Health* **45**, 28-47, doi:10.1007/s10488-016-0760-3 (2018).
- 58 Mikkelsen, M. B. & Rosholm, M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med* **75**, 675-686, doi:10.1136/oemed-2018-105073 (2018).
- 59 Muñoz-Murillo, A. *et al.* Furthering the Evidence of the Effectiveness of Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* **15**, doi:10.3390/ijerph15050838 (2018).
- 60 Naidu, V. V., Giblin, E., Burke, K. M. & Madan, I. Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occup Med (Lond)* **66**, 112-117, doi:10.1093/occmed/kqv141 (2016).
- 61 Nieuwenhuijsen, K. *et al.* Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* **10**, Cd006237, doi:10.1002/14651858.CD006237.pub4 (2020).
- 62 Read, H., Roush, S. & Downing, D. Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* **72**, 7205190040p7205190041-7205190040p7205190048, doi:10.5014/ajot.2018.033118 (2018).
- 63 Talbot, E. C., Völlm, B. & Khalifa, N. Effectiveness of work skills programmes for offenders with mental disorders: A systematic review. *Crim Behav Ment Health* **27**, 40-58, doi:10.1002/cbm.1981 (2017).
- 64 Cochrane, A. *et al.* Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* **31**, 1466-1481, doi:10.1177/0269215517699976 (2017).
- 65 Heathcote, K., Wullschleger, M. & Sun, J. The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil* **41**, 2865-2880, doi:10.1080/09638288.2018.1479780 (2019).
- 66 Marin, T. J. *et al.* Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* **6**, Cd002193, doi:10.1002/14651858.CD002193.pub2 (2017).
- 67 Nastasia, I., Coutu, M. F. & Tcaciuc, R. Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. *Disability and rehabilitation* **36**, 1841-1856, doi:10.3109/09638288.2014.882418 (2014).
- 68 Palmer, K. T. *et al.* Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* **51**, 230-242, doi:10.1093/rheumatology/ker086 (2012).
- 69 Vargas-Prada, S. *et al.* Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* **42**, 261-272, doi:10.5271/sjweh.3576 (2016).
- 70 Aanesen, F. *et al.* Motivational Interviewing and Return to Work for People with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Mapping Review. *J Occup Rehabil* **31**, 63-71, doi:10.1007/s10926-020-09892-0 (2021).
- 71 Alexander, L. & Cooper, K. Vocational rehabilitation for emergency services personnel: a scoping review. *JBI Database System Rev Implement Rep* **17**, 1999-2019, doi:10.11124/jbisrir-2017-003747 (2019).
- 72 Figueredo, J. M., Garcia-Ael, C., Gagnano, A. & Topa, G. Well-Being at Work after Return to Work (RTW): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* **17**, doi:10.3390/ijerph17207490 (2020).
- 73 Jetha, A. *et al.* Work-focused interventions that promote the labour market transition of young adults with chronic disabling health conditions: a systematic review. *Occup Environ Med* **76**, 189-198, doi:10.1136/oemed-2018-105454 (2019).
- 74 Smith, D. L., Atmatzidis, K., Capogreco, M., Lloyd-Randolfi, D. & Seman, V. Evidence-Based Interventions for Increasing Work Participation for Persons With Various Disabilities. *OTJR (Thorofare N J)* **37**, 3s-13s, doi:10.1177/1539449216681276 (2017).
- 75 van Vilsteren, M. *et al.* Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd006955, doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3 (2015).
- 76 Vogel, N. *et al.* Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* **3**, Cd011618, doi:10.1002/14651858.CD011618.pub2 (2017).
- 77 Hilton, L. G. *et al.* Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work* **63**, 205-218, doi:10.3233/wor-192922 (2019).
- 78 Fassier, J. B. *et al.* Interventions Developed with the Intervention Mapping Protocol in Work Disability Prevention: A Systematic Review of the Literature. *J Occup Rehabil* **29**, 11-24, doi:10.1007/s10926-018-9776-8 (2019).



- 79 Finnes, A. *et al.* Psychological treatments for return to work in individuals on sickness absence due to common mental disorders or musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Arch Occup Environ Health* **92**, 273-293, doi:10.1007/s00420-018-1380-x (2019).
- 80 Nazarov, S. *et al.* Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* **16**, doi:10.3390/ijerph16101864 (2019).
- 81 Moens, M. *et al.* Return to Work of Patients Treated With Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuromodulation* **22**, 253-261, doi:10.1111/ner.12797 (2019).
- 82 Schaafsma, F. G. *et al.* Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* **2013**, Cd001822, doi:10.1002/14651858.CD001822.pub3 (2013).
- 83 Wainwright, E., Wainwright, D., Coghill, N., Walsh, J. & Perry, R. Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occup Med (Lond)* **69**, 163-176, doi:10.1093/occmed/kqz012 (2019).
- 84 Wegrzynek, P. A., Wainwright, E. & Ravalier, J. Return to work interventions for chronic pain: a systematic review. *Occup Med (Lond)* **70**, 268-277, doi:10.1093/occmed/kqaa066 (2020).
- 85 Algeo, N., Bennett, K. & Connolly, D. Rehabilitation interventions to support return to work for women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* **21**, 895, doi:10.1186/s12885-021-08613-x (2021).
- 86 Cocchiara, R. A. *et al.* Returning to work after breast cancer: A systematic review of reviews. *Work* **61**, 463-476, doi:10.3233/wor-182810 (2018).
- 87 Guo, Y. J., Tang, J., Li, J. M., Zhu, L. L. & Xu, J. S. Exploration of interventions to enhance return-to-work for cancer patients: A scoping review. *Clin Rehabil* **35**, 1674-1693, doi:10.1177/02692155211021706 (2021).
- 88 Lamore, K. *et al.* Return to Work Interventions for Cancer Survivors: A Systematic Review and a Methodological Critique. *Int J Environ Res Public Health* **16**, doi:10.3390/ijerph16081343 (2019).
- 89 de Boer, A. G. *et al.* Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* **2015**, Cd007569, doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3 (2015).
- 90 Egan, M. Y. *et al.* Rehabilitation following cancer treatment. *Disability and rehabilitation* **35**, 2245-2258, doi:10.3109/09638288.2013.774441 (2013).
- 91 Hunter, E. G., Gibson, R. W., Arbesman, M. & D'Amico, M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* **71**, 7102100040p7102100041-7102100040p7102100048, doi:10.5014/ajot.2017.023572 (2017).
- 92 Molina, R. & Feliu, J. The return to work of cancer survivors: the experience in Spain. *Work* **46**, 417-422, doi:10.3233/wor-131677 (2013).
- 93 Paltrinieri, S. *et al.* Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer* **26**, 2983-2994, doi:10.1007/s00520-018-4270-6 (2018).
- 94 Stone, D. S., Ganz, P. A., Pavlish, C. & Robbins, W. A. Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *J Cancer Surviv* **11**, 765-781, doi:10.1007/s11764-017-0614-3 (2017).
- 95 Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S. & Dunn, K. M. The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *Int Arch Occup Environ Health* **86**, 119-137, doi:10.1007/s00420-012-0804-2 (2013).
- 96 de Jong, F. *et al.* The role of the general practitioner in return to work after cancer-a systematic review. *Fam Pract* **35**, 531-541, doi:10.1093/fampra/cmz114 (2018).
- 97 Dorrington, S. *et al.* Systematic review of fit note use for workers in the UK. *Occup Environ Med* **75**, 530-539, doi:10.1136/oemed-2017-104730 (2018).
- 98 Greidanus, M. A. *et al.* Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psychooncology* **27**, 725-733, doi:10.1002/pon.4514 (2018).
- 99 Clayton, S. *et al.* Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* **22**, 434-439, doi:10.1093/eurpub/ckr101 (2012).
- 100 Nexø, M. A., Kristensen, J. V., Grønvdal, M. T., Kristiansen, J. & Poulsen, O. M. Content and quality of workplace guidelines developed to prevent mental health problems: results from a systematic review. *Scand J Work Environ Health* **44**, 443-457, doi:10.5271/sjweh.3731 (2018).
- 101 Alves, D. E. *et al.* What characterises work and workplaces that retain their employees following acquired brain injury? Systematic review. *Occup Environ Med* **77**, 122-130, doi:10.1136/oemed-2019-106102 (2020).
- 102 Brasure, M. *et al.* Participation after multidisciplinary rehabilitation for moderate to severe traumatic brain injury in adults: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* **94**, 1398-1420, doi:10.1016/j.apmr.2012.12.019 (2013).
- 103 Donker-Cools, B. H., Daams, J. G., Wind, H. & Frings-Dresen, M. H. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj* **30**, 113-131, doi:10.3109/02699052.2015.1090014 (2016).
- 104 Mani, K., Cater, B. & Hudlikar, A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *Work* **58**, 51-62, doi:10.3233/wor-172597 (2017).
- 105 O'Keefe, S., Stanley, M., Adam, K. & Lannin, N. A. A Systematic Scoping Review of Work Interventions for Hospitalised Adults with an Acquired Neurological Impairment. *J Occup Rehabil* **29**, 569-584, doi:10.1007/s10926-018-9820-8 (2019).

- 106Stergiou-Kita, M., Rappolt, S. & Dawson, D. Towards developing a guideline for vocational evaluation following traumatic brain injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability and rehabilitation* **34**, 179-188, doi:10.3109/09638288.2011.591881 (2012).
- 107Thomas, R. E., Alves, J., Vaska Mlis, M. M. & Magalhaes, R. Therapy and rehabilitation of mild brain injury/concussion: Systematic review. *Restorative neurology and neuroscience* **35**, 643-666, doi:10.3233/rnn-170761 (2017).
- 108Tyerman, A. Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services. *NeuroRehabilitation* **31**, 51-62, doi:10.3233/nre-2012-0774 (2012).
- 109Nieuwenhuijsen, K. *et al.* Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd006237, doi:10.1002/14651858.CD006237.pub3 (2014).
- 110Esteban, E. *et al.* Views and Experiences of Persons with Chronic Diseases about Strategies that Aim to Integrate and Re-Integrate Them into Work: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Int J Environ Res Public Health* **15**, doi:10.3390/ijerph15051022 (2018).
- 111Cullen, K. L. *et al.* Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil* **28**, 1-15, doi:10.1007/s10926-016-9690-x (2018).
- 112Jansen, J., van Ooijen, R., Koning, P. W. C., Boot, C. R. L. & Brouwer, S. The Role of the Employer in Supporting Work Participation of Workers with Disabilities: A Systematic Literature Review Using an Interdisciplinary Approach. *J Occup Rehabil* **31**, 916-949, doi:10.1007/s10926-021-09978-3 (2021).
- 113Cochrane, A. *et al.* Early interventions to promote work participation in people with regional musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation* **31**, 1466-1481 (2017).
- 114Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L. & Lassemo, E. Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året. (2020).
- 115Arbeids-og-velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (Oslo, 2021 (in press)).
- 116RHF-ene. Prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra interregional arbeidsgruppe. Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. . (2020).
- 117King, G., Nielsen, R., Coberley, C., Pope, J. E. & Wells, A. Comparative effectiveness of matching methods for causal inference. *Unpublished manuscript, Institute for Quantitative Social Science, Harvard University, Cambridge, MA* (2011).
- 118Linden, A. & Yarnold, P. R. Combining machine learning and matching techniques to improve causal inference in program evaluation. *Journal of evaluation in clinical practice* **22**, 868-874 (2016).
- 119King, G., Lucas, C. & Nielsen, R. A. The balance-sample size frontier in matching methods for causal inference. *American Journal of Political Science* **61**, 473-489 (2017).
- 120Kallus, N. Generalized optimal matching methods for causal inference. *J. Mach. Learn. Res.* **21**, 62:61-62:54 (2020).
- 121Keele, L. & Small, D. S. Comparing covariate prioritization via matching to machine learning methods for causal inference using five empirical applications. *The American Statistician*, 1-9 (2021).
- 122Ose, S. O. & al., e. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). Report No. 8214047943, (2009).
- 123Ose, S. O. & et al. Evaluering av IA-avtalen (2010-2013). (2013).
- 124Ose, S. O. *et al.* Oppfølging av sykmeldte-fungerer dagens regime? *SINTEF-rapport A 24297*, 34-42 (2013).
- 125Mandal, R., Jakobsen Ofte, H., Jensen, C. & Ose, S. O. Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning? Et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. (2015).
- 126Ose, S. O. *et al.* *Sykefravær – gradering og tilrettelegging.* (2012).
- 127Ose, S. O., Kaspersen, S. L. & Børve, C. En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer. . (Trondheim, 2018).