

VEILEDER I ARBEIDSRETTET REHABILITERING  
I SPESIALISTHELSETJENESTEN

2017

## Forord

Denne veilederen er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering sammen med representanter fra

- Hysnes Helsefort og Muritunet, Helse Midt
- Hernes Institutt, Helse Sør-Øst
- Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, Helse Vest
- Valnesfjord Helseportssenter, Helse Nord
- Rehabiliteringssenteret AiR, Helse Sør-Øst.

Veilederen bygger dels på et tidligere dokument utarbeidet av Fagrådet for arbeidsrettet rehabilitering og dels på helt nytt innhold. Fagrådet utarbeidet i 2009 et dokument som beskrev hva de mente var god kvalitet for døgnbaserte institusjoner som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Dette dokumentet ble revidert i 2011.

Denne veilederen beskriver arbeidsrettet rehabilitering, enten dette foregår som dag- eller døgnopphold på institusjoner eller i poliklinisk virksomhet. Hovedmålgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er alle personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, eller som ikke har kommet i arbeid på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse – uavhengig av diagnose.

# Innhold

Forord	1
Hensikt	4
Samhandlingskjede i oppfølging av sykmeldte	4
Definisjon av arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	6
Målgruppe	7
Deltakere	7
Metodisk og teoretisk utgangspunkt	8
Sammenheng arbeid og helse	8
internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse	11
«Økologisk» modell for arbeidsdeltakelse	11
Proessen mot arbeidsdeltakelse	12
Komponenter i arbeidsrettet rehabilitering	14
Arbeidsrettet rehabilitering i praksis	15
Kartlegging	15
Rehabiliteringstiltak	15
Forankring av arbeidsdeltakelse og oppfølging	16
Enkeltkomponentene	17
Kartlegging og evaluering av funksjon og arbeidsdeltakelse	17
Formål	17
Innhold i ARR-program	17
Dokumentasjon	20
Arbeidsplass	21
Formål	21
Innhold i ARR-program	22
Dokumentasjon	24
Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv	26
Formål	26

Innhold i ARR-program	26
Dokumentasjon	28
Kognitiv tilnærming	30
Formål	31
Innhold i ARR-program	32
Dokumentasjon	32

## HENSIKT

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i spesialisthelsetjenesten tilbys i dag både som dag- og døgntilbud på institusjoner og som polikliniske tilbud på sykehus. Det er et tiltak som skal hjelpe personer med behov for bistand til å komme i arbeid og til å opprettholde arbeid. ARR er den eneste rehabiliteringstjenesten i helsevesenet som primært retter seg mot arbeidsdeltakelse. Samtidig har det aldri vært større fokus på å forene arbeid og helse enn nå. En fersk stortingsmelding; NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet (Meld. St. 33, 2015-2016), og et aktuelt strategidokument fra Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet synliggjør arbeid og helse som et nasjonalt satsningsområde (<https://helsedirektoratet.no/nyheter/tettere-samarbeid-om-arbeid-og-helse>). En vesentlig del av en slik satsing handler om oppfølging av sykmeldte. Denne veilederen har til hensikt å beskrive hva vi mener er god kvalitet i ARR innenfor en helhetlig samhandlingskjede med ulike tjenesteytere. Veilederen er først og fremst skrevet for ulike fagfolk som jobber med ARR for å heve kvaliteten i fagfeltet. Veilederen beskriver arbeidsmetoder fagfeltet kan anvende for å nå mål relatert til arbeidsdeltakelse. Teoretiske modeller for fagfeltet gjennomgås, og den forskningsbaserte kunnskapen som ligger bak metodene omtales. Vi ønsker også at veilederen skal kunne anvendes av bestillere av ARR-tjenester når disse stiller krav til tjenesteytelsen. Veilederen kan også anvendes på et mer generelt nivå av aktører som ønsker å bli informert om ARR's rolle i arbeidslivet og helsetjenesten.

## SAMHANDLINGSKJEDE I OPPFØLGING AV SYKMELDTE

ARR som tverrfaglig tilbud i spesialisthelsetjenesten skal inngå som et arbeidsrettet tiltak i en samhandlingskjede i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Tilbudene bør inngå i en helhetlig behandlingsskjede hvor laveste effektive omsorgsnivå (LEON – prinsippet) er sentralt. Tiltakene i Norge i dag kan beskrives på forskjellige nivåer:

1. Arbeidsgivers tilrettelegging, bedriftshelsetjeneste, fastlege, NAV og andre lokale aktører
2. Polikliniske, tverrfaglige funksjonsvurderinger og dagrehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten
3. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsplass og bedriftshelsetjeneste (BHT), fastlege eller sykmelder, og NAV er viktige aktører både i forkant og etterkant av et ARR-tilbud. Det er et overordnet mål for disse aktørene å forebygge eller forhindre sykefravær og å bidra til raskest mulig retur til arbeid etter en sykmelding. Arbeidsgiver har et stort ansvar for å følge opp og tilrettelegge tidlig i et sykefraværsløp og skal lage en oppfølgingsplan innen 4 uker, med kopi til fastlege. Fastlegen har et lovpålagt ansvar for å delta i oppfølgingen av sykmeldte og skal sørge for medisinsk oppfølging og eventuelle henvisninger til utredning og/eller behandling. Helsedirektoratet har laget en faglig veileder for sykmeldere, der bruk av gradert sykmelding blir anbefalt (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>). Dette er i tråd med aktivitetskravet fra NAV, som innebærer at det skal pågå arbeidsrelatert aktivitet i sykmeldingsperioden med mindre det er tungtveiende medisinske forhold som hindrer dette (Folketrygdloven § 4-2). Gradert sykmelding er i denne sammenhengen en viktig strategi for å få den sykmeldte raskest mulig tilbake i arbeid. Der sykmelding er nødvendig, skal førstevalget være gradert sykmelding. Ved 7 uker har arbeidsgiver ansvar for å kalle inn til dialogmøte 1. Dette møtet foregår som regel på arbeidsplassen. Dialogmøte 1 er først og fremst en viktig arena for dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, men fastlege kan delta ved behov. Det har også blitt foreslått at bedriftshelsetjenesten bør innkalles til dialogmøte 1 ved behov (Ose m.fl. 2013).

De første 6 månedene av et sykefravær har NAV ingen formelle oppgaver utover å vurdere om grunnlaget for rett til sykepengene er tilstede, basert på dokumentasjon fra sykmelder og arbeidsgiver. Formelt gjøres dette i dag ved 8 ukers sykmelding. NAV har ansvar for å kalle inn til Dialogmøte 2. Arbeidsgiver og arbeidstaker har møteplikt, så sant ikke møtet anses som «åpenbart unødvendig», f.eks. av medisinske grunner. Arbeidsgiver skal sende oppdatert oppfølgingsplan til NAV en uke før møtet. Hensikten med dette dialogmøtet er å evaluere oppfølgingsplanen og om tiltak er blitt gjort etter planen. Partene skal prøve å finne løsninger sammen og eventuelt vurdere andre tiltak. Møtet skal ende opp i en plan for retur til arbeid.

I tråd med LEON-prinsippet skal ARR i spesialisthelsetjenesten være et tilbud utover vanlig oppfølging i 1. linjen. Tidligere var tiltaket i utgangspunktet rettet mot sykmeldte, men ble i 2009 utvidet til også å gjelde personer med redusert arbeidsevne og behov for arbeidsrettet bistand

(NOU 2012:6). Før henvisning til arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, skal den sykmeldte være tilstrekkelig utredet for å fastsette om hun/han har behov for et spesialisert tilbud, og for å avklare om det er medisinske eller helsemessige forhold som kan ha betydning for et rehabiliteringstilbud (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>).

ARR er et diagnoseuavhengig tilbud som gis til personer som har vansker med å komme inn i arbeidslivet, og til arbeidstakere med langvarig sykefravær som har vansker med å komme tilbake i jobb. De som henvises til tilbudet har ofte komplekse utfordringer relatert til helse og arbeidsliv. Fraværet i seg selv kan imidlertid være den største utfordringen. For å unngå at plagene blir mer komplekse og kroniske over tid, er det derfor viktig at de aktørene som følger opp den sykmeldte så tidlig som mulig fanger opp om den sykmeldte har behov for bistand for å komme helt eller delvis tilbake i arbeid.

Hovedmålet med ARR er retur til arbeid. Nettopp fordi tiltakene innrettes mot arbeidsplassen eller arbeidsdeltakelse mer generelt, vil det være vesentlig å integrere helsetjenestene i tiltak på og i samarbeid med arbeidsplass, enten i regi av arbeidsgiver (BHT), NAV eller på laveste nivå av helsetjenestene (kommunehelsetjenesten). Det er derfor viktig med intern samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og samhandling med ulike aktører knyttet til arbeidsplassen. Et ARR - forløp i spesialisthelsetjenesten vil omhandle samhandling med alle disse aktørene.

#### DEFINISJON AV ARBEIDSRETTET REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Arbeidsrettet rehabilitering er ikke entydig definert i Norge eller internasjonalt.

Innen spesialisthelsetjenesten kan arbeidsrettet rehabilitering defineres som:

” 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 deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet”.

Denne definisjonen er dannet med bakgrunn i definisjonen av rehabilitering gjort i St. melding 21 ”Ansvar og meistring”. En kombinasjon av helserelaterte og arbeidsrelaterte intervensjoner vil som oftest være påkrevd for personer som trenger arbeidsrettet rehabilitering (Waddel m.fl. 2008, Loisel

og Anema 2013).

## MÅLGRUPPE

Målgruppen for ARR er personer i yrkesaktiv alder med sammensatte plager og komplekse behov. Det er personer som på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke har kommet inn i, er i ferd med å falle ut av eller har falt ut av arbeidslivet, og som har en realistisk mulighet for å komme helt eller delvis tilbake i arbeidslivet. Målgruppen har behov for komplekse arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, enten på grunn av helseplagens omfang og karakter, funksjonsnedsettelsens karakter, sykmeldingslengde, eller andre årsaker. En del har andre belastninger i tillegg til egen helse, slik som store omsorgsoppgaver, konflikter knyttet til barn og familie, økonomiske problemer eller belastende arbeidsforhold. Personer med diagnoser relatert til muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske plager utgjør den største gruppen innen ARR. Mange har diagnoser eller symptomer hvor det ikke er funnet noen objektive tegn på sykdom. Ofte er det høy forekomst av komorbiditet (flere plager samtidig), for eksempel blir angst og depresjon ofte rapportert samtidig med ulike somatiske plager. Komorbiditet vanskeliggjør retur til arbeidslivet og øker risikoen for å bli uføretrygdet.

## DELTAKERE

I denne ARR-veilederen har vi valgt å benevne de som deltar i ARR-program for deltakere. Det finnes ingen føringer for valg av benevnelse og det er ulik praksis mellom ARR-klinikker og institusjoner på om brukergruppen kalles pasient, bruker eller deltaker. Siden rehabilitering blir tilbudt i helsevesenet, enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten, er alle som mottar et rehabiliteringstilbud pr. definisjon pasienter. Det er imidlertid blitt drøftet om pasientbegrepet er foreldet og i for sterk grad knyttet til en passiv pasientrolle som kan fremme sykkelighet og hindre tilfriskning (Hem 2013). Brukerbegrepet er mye brukt innen rehabilitering og i Helsedirektoratets definisjon av rehabilitering benyttes både benevnelsen pasient og bruker. I lov om pasient- og brukerrettigheter §1-3 defineres benevnelsene slik:



- Pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.
- Bruker er en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er det også bestemmelser om pasienter og brukeres medvirkning ved gjennomføring av rehabiliteringstiltaket (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>).

I lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 står det at helsetjenesten skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke i planlegging, utforming, utøving og evaluering av egen rehabilitering (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>).

For å synliggjøre deltakers aktive rolle i rehabiliteringsprosessen tilbake i arbeid har vi valgt å bruke benevnelsen deltaker som felles betegnelse for de pasienter og brukere som deltaer i ARR-program. Denne benevnelsen er i vanlig bruk, blant annet i offentlige utlysninger og hos NAV, selv om begrepet deltaker ikke er definert i lovverk eller forskrifter.

Deltakerbegrepet er knyttet til det å være aktiv ved at man går fra å være «passiv mottaker til aktiv deltaker» i egen rehabilitering. Vi mener det er viktig at målgruppen voksne personer i yrkesaktiv alder som deltar i ARR sees på som kompetente og autonome aktører i eget liv. ARR vektlegger at deltakerens egne erfaringer er like viktige for prosessen tilbake i arbeid etter sykefravær som fagprofesjoners ekspertuttalelser.

## Metodisk og teoretisk utgangspunkt

### SAMMENHENG ARBEID OG HELSE

Arbeid er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, ikke bare økonomisk, men også med tanke på fysisk og psykisk helse. Selv om man blir rammet av langvarig sykdom eller funksjonstap, vil det å være i arbeid i de fleste tilfeller være helsefremmende i seg selv for personer i yrkesaktiv alder. Ifølge Waddel og Burton (2006) er det sterke indikasjoner på at arbeid fører til bedre helse og følelse av velvære, og at det begrenser de skadelige fysiske, mentale og sosiale effektene som

langtidsfravær har. De positive helseeffektene av arbeid gjelder spesielt for utvikling av depresjon og generell mental helse (Nøkleby m.fl. 2015; van der Noordt m.fl. 2014).

Langvarig fravær fra normale aktiviteter, inkludert arbeid, har ofte en negativ effekt på en persons mentale, fysiske og sosiale velvære (Aylward i Schultz og Gatchel (eds.) 2016). Blant arbeidsledige er det høy forekomst av psykiske plager og dårlig helse generelt (Heggebø og Dahl 2015; Kaspersen m.fl. 2016). Det er både knyttet til selektive prosesser ut av arbeid og negative helseeffekter av det å ikke være i arbeid (Heggebø og Dahl 2015). ARR-klinikerens erfaringer med langtidssykemeldte er også at mange over tid mister troen på deres egne evner og muligheter for å komme tilbake i arbeid (Eftedal m.fl. 2017).

I land uten samme sosiale velferdsordninger som i de nordiske landene, ser man en økning i selvmordsraten når arbeidsledigheten øker (Norström og Grönquist 2015; Gajewski m.fl. 2017). Det å stå i arbeid bidrar til økonomisk bærekraft, sosial stimulering, struktur og mening i hverdagen (Dodu 2005, sitert i van der Noordt m.fl. 2014).

For sykmeldte med muskel- og skjelettplager, tyder mye forskning på at gradvis og kontrollert retur til arbeid i seg selv påvirker helsen og dermed funksjonsevnen positivt (Cullen m.fl. 2017). Retur til arbeid for arbeidstakere med muskel- og skjelettplager fremmer rekonvalesens og rehabilitering, og kan således ha en terapeutisk effekt.

Også for sykmeldte med psykiske plager, kan delvis jobbing under sykmelding føre til raskere rehabilitering (Andren 2014). Dette er i tråd med modellen for individuell jobbstøtte (IPS), et arbeidsrettet tiltak som bygger på «place-then-train» tankegangen med fokus på ordinært arbeid fremfor skjerming fra arbeidslivet (Marshall m.fl. 2014). Tett individuell oppfølging, integrering av helse- og arbeidsrettede tiltak og bruk av ordinær arbeidsplass som treningsarena har vist god effekt på arbeidsdeltakelse hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Marshall m.fl. 2014). I Norge er det gjennomført en effektevaluering av IPS for personer med moderate og alvorligere psykiske lidelser. Det konkluderes med at det er bedre for psykisk syke å jobbe mens de blir friske enn først å bli frisk og deretter komme seg ut i jobb (Sluttrapport IPS, Reme m.fl. 2016). Det finnes likevel eksempler på at gradvis retur til arbeid, som metode for å fasilitere arbeidsdeltakelse, kan være problematisk for sykmeldte med lettere psykiske plager (Noordik m.fl. 2013). Det å presse seg på jobb dersom helsen er dårlig, kan også øke risikoen for depresjon (Conway m.fl. 2014).

Uhensiktsmessige arbeidsforhold, eller en dårlig relasjon til kolleger og arbeidsgiver, kan påvirke

helsen negativt hvis retur til arbeid gjennomføres for tidlig, eller det ikke gjøres tiltak for å bedre disse forholdene.

Helsen blir altså ofte bedre, når den sykmeldte begynner å jobbe igjen, sammenlignet med en situasjon hvor sykmeldingen opprettholdes, såfremt arbeidsforholdene i seg selv ikke motvirker dette.

Men, ARR har ikke som formål å kurere sykdom. ARR skal fremme arbeidsdeltakelse på tross av helseplager og sykdom. Man må altså skjelne mellom behandling av sykdom, som foregår før, eller (helst) samtidig med, rehabiliteringen, og ARR som har som formål å øke arbeidsevnen og arbeidsdeltakelsen gjennom styrking av funksjon, mestring og samhandling med sentrale aktører. Forskning har også vist at et individs arbeidsevne påvirkes av en rekke faktorer bl.a. fysisk og psykisk helse, sosial fungering, kompetanser, verdier, miljøfaktorer (arbeidsoppgaver, arbeidsforhold, arbeidsmarked), regelverk og sosiale forhold (Ilmarinen 1999). Funksjonsforståelsen i ARR bygger derfor på en biopsykososial forståelse, det vil si en erkjennelse av at både biologiske, psykiske og sosiale faktorer kan bidra til funksjonsnedsettelse. En bred funksjonsforståelse skal favne både den enkeltes ressurser, begrensninger og muligheter. Videre må funksjon ses i sammenheng med personens opplevelse og erfaringer med aktiviteter og deltagelse i sine omgivelser, både på arbeidsplassen og hjemme. Forståelsen av disse omgivelsesfaktorene favner de krav, forventninger og muligheter for retur til arbeid den enkelte har, inkludert den støtten hun eller han mottar fra ulike nøkkelaktører i sin prosess tilbake i jobb.

Det er særlig to modeller som har blitt brukt som rammeverk for å forstå det komplekse samspillet mellom ulike individ- og omgivelsesfaktorer innen arbeidsrettet rehabilitering. Den ene er ICF modellen (Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse) (WHO 2001). ICF kan gi et begrepsmessig rammeverk for å forstå, beskrive og vurdere sykdommens påvirkning og byrde i forhold til arbeid ut fra et bredt holistisk og biopsykososialt perspektiv (Escorpizo 2015:39 i Handbook of Vocational Rehabilitation). Den andre er det som omtales som den «økologiske» modellen for arbeidsdeltakelse (Loisel m.fl. 2005). Denne modellen viser blant annet alle de ulike systemene og aktørene som er involvert når en person får funksjonsbegrensninger i arbeid. I det følgende gis det en kort presentasjon av begge modellene.

## INTERNASJONAL KLASSIFIKASJON AV FUNKSJON, FUNKSJONSHEMMING OG HELSE

Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet i 2001 en internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse (ICF). ICF bygger på en modell som er dynamisk og viser det komplekse samspillet og sammenhengene mellom en persons helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. Som begrepsapparat fanger ICF opp både den medisinske og den sosiale forståelsen av et menneskes helsesituasjon og konsekvensene av denne. Både ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser inngår. Dette gjør at ICF som begrepsapparat kan være spesielt godt egnet som verktøy i arbeidsrettet rehabilitering, både som vurderingsverktøy og prosessverktøy. Målet med arbeidsrettet rehabilitering ligger i deltakelsesdimensjonen i ICF og krever en relasjonell tenkning i forholdet mellom individet og omgivelsene. Måloppnåelsen krever vurdering i alle ICF dimensjoner for å avdekke hvilke man bør intervensere i. Der det er intervensjonsbehov i flere dimensjoner bør det intervenseres i alle samtidig. For å kunne jobbe med arbeidsrettet rehabilitering trenger man både vurderingskompetanse og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjonene i ICF sitt begrepsapparat (helsetilstand, kropps nær funksjon og struktur, aktivitet, personlige faktorer, omgivelsesfaktorer og deltakelse). Oppmerksomheten rettes særlig på hvordan man kan utnytte individets og omgivelsenes ressurser best mulig for å overkomme hindringene for arbeidslivsdeltakelse.

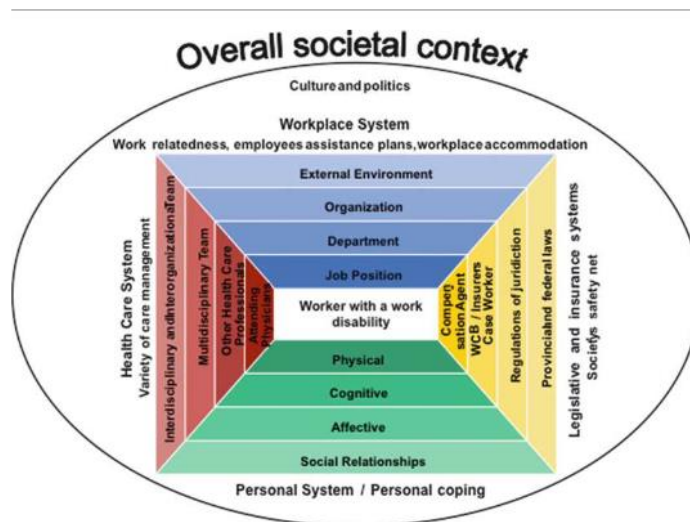


ICF-modellen for sammenhengen mellom helse, funksjon og funksjonsnedsettelse

## «ØKOLOGISK» MODELL FOR ARBEIDSDELTAELSE

Den «økologiske» modellen utviklet av Loisel m.fl. (2005), er basert på fire overordnede elementer, som påvirker arbeidslivsdeltakelse: Helsesektoren, arbeidsplassen, NAV og personen selv, i tillegg til

den overordnede sosiale konteksten som disse er en del av. Modellen forklarer på denne måten at arbeidsevne ikke bare avhenger av personens funksjon, men formes også av kulturen, forvaltningssystemet og organisasjonen personen skal fungere i. Modellen gir også en oversikt over hvilke aktører det kan være aktuelt å involvere i prosessen mot arbeidsdeltakelse. Å forankre og samhandle om den arbeidsrettede prosessen med alle aktørene som er involvert er en vesentlig del av ARR.



«Økologisk» modell (Loisel m.fl. 2005)

#### PROSESSEN MOT ARBEIDSDELTAKELSE

Prosesen tilbake i arbeid er avhengige av en rekke komplekse og sammensatte forhold som bør kartlegges og vurderes i forbindelse med en rehabiliteringsprosess. De to nevnte modellene som benyttes innen ARR, belyser mange ulike dimensjoner, men ingen av dem kan fullt ut forklare hvilke faktorer som bidrar til redusert arbeidsevne og sykdom, gjenopptagelse eller vedlikehold av arbeid (Costa-Black 2013). Det vil være av stor betydning for prosessen om arbeidsgiver har muligheter for tilpassinger i jobb, om personen opplever relasjonelle problemer og konflikter i jobb, og om det er nødvendig å finne en annen type jobb (Eftedal m.fl. 2017). En person som klart opplever at arbeid vil være alt for krevende, vil stå lenger unna arbeid enn en person som opplever at forholdet mellom krav og ressurser er mer i balanse.

Retur til arbeid er også en dynamisk prosess med flere faser som påvirkes av en rekke sosiale, psykologiske og økonomiske faktorer (Young m.fl. 2005b). Den omfatter gjenvinning av funksjon, endret motivasjon og atferd, og krever samhandling med flere aktører (Franche & Krause 2002; Young m.fl. 2005a).

Hvordan personen selv tenker om og forstår sine plager, og hvilke forventninger de har til det å komme tilbake i arbeid har også stor betydning (Bültman & Brower i «Handbook of Work disability» Loisel & Anema (eds.) 2013). Det er utviklet modeller som har forsøkt å beskrive den enkeltes prosess mot arbeidsdeltakelse i faser, og som kan måles med enkle spørreskjemaer (Franche m.fl. 2007; Braathen m.fl. 2012). Slike modeller kan være nyttige fordi kunnskap om hvilken fase personen befinner seg i, vil bidra til at valg av mål og tiltak i større grad tilpasses den enkeltes behov. «Klar for arbeid» modellen (Braathen m.fl. 2014) er en slik faseinndeling av prosessen tilbake i arbeid. Modellen er basert på arbeidet til Franche m.fl. (2007). Modellen består av flere faser hvorav noen beskriver atferd og forventninger mens man er sykmeldt og andre omfatter situasjonen etter man er kommet tilbake i arbeid (se arbeidoghelse.no for mer informasjon). Selv om det er mulig å bruke modellen til å vurdere den sykemeldtes forventninger og atferd i forhold til arbeidsdeltakelse, er det ikke funnet konsistent forskningsmessig evidens for at spørreskjemaet kan anvendes til entydig å plassere enkeltindivider i spesifikke faser eller forutsi sjansen for fremtidig arbeidsdeltakelse (Aasdahl m.fl. 2016). Derfor bør bruk av slike skjemaer kombineres med ARR-teamets vurderinger før det settes i gang planer og tiltak.

## Komponenter i arbeidsrettet rehabilitering

Internasjonalt er det gjort flere forskningsoppsummeringer som evaluerer intervensjoner som har retur til arbeid som mål. Det er gjort gjennomganger av intervensjoner for personer med muskel- og skjelettplager (Costa Black m.fl. 2013) og mentale helseutfordringer (Pomaki m.fl. 2010).

Resultatene er i stor grad sammenfallende og peker på at tverrfaglige intervensjoner er mest effektive. En nyere svensk sammenfatning bekrefter at multimodale (tverrfaglige) intervensjoner som også omfatter arbeidsplassen er mer effektive for retur til arbeid enn unimodale (særfaglige) intervensjoner og vanlig oppfølging, når det gjelder personer med ryggplager og sammensatte helseutfordringer. Intervensjoner som kommer tidlig i et forløp har ofte best effekt. Det ble likevel konkludert med at det fortsatt ikke var tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å kunne bestemme om multimodale intervensjoner var effektive for å redusere sykefravær for personer med mentale helseplager (Aronsson & Lundberg 2015). Det er vanskelig å konkludere, basert på forskning, hvilket spesifikt innhold de arbeidsrettede intervensjonene må ha for å fungere (Aronsson & Lundberg 2015). Et faglig orientert internasjonalt akkrediteringsorgan for rehabiliteringstjenester, CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), fastslår at arbeidsrettet rehabilitering skal gi omfattende og koordinerte tjenester for å løfte frem atferdsmessige, funksjonsmessige, medisinske, fysiske, psykologiske og yrkesmessige komponenter av betydning for arbeidsdeltakelse og retur til arbeid (CARF 2017).

Dette fører til at arbeidsrettet rehabilitering må rette seg mot flere faktorer samtidig og i sammenheng og det forutsetter at rehabiliteringsprogrammet rigges som en tverrfaglig intervensjon. Personer med vedvarende muskel- og skjelettplager og psykiske tilleggsplager kan ha nytte av intensiv tverrfaglig intervensjon basert på kognitive tilnærminger, herunder trening rettet mot unngåelsesatferd basert på frykt for forverring (såkalt *fear-avoidance beliefs*, Øyeflaten m.fl. 2016). Rehabiliteringen bør ha fokus på å gjenvinne funksjonsevnen kombinert med rådgivning om arbeidsforhold og/eller tilrettelegging av arbeidsplass og oppgaver. Kognitiv tilnærming er et sentralt element i de tverrfaglige intervensjonene og retter seg mot psykologiske mekanismer knyttet til opplevelse og tolkning av helseplager. De fysiske komponentene i tverrfaglige intervensjoner er typisk fysisk aktivitet, trening og friluftsliv. Med bakgrunn i dette kan man beskrive kjernen i arbeidsrettet rehabilitering på følgende måte:

Arbeidsrettet rehabilitering har arbeidsdeltakelse som fremste rehabiliteringsmål. Arbeidsrettet

rehabilitering består av både helserettede elementer og arbeidsrettede elementer som kombineres i en sterk tverrfaglig forståelse og koordinering. De helserettede elementene baseres på en bio-psyko-sosial forståelse av helse. De arbeidsrettede elementene baseres på en relasjonell forståelse av arbeid hvor mange aktører og faktorer påvirker mulighet til arbeid. Det er avgjørende at deltakeren selv bidrar aktivt i egen rehabiliteringsprosess.

## Arbeidsrettet rehabilitering i praksis

I dette kapitlet gir vi en presentasjon av noen typiske grunnelementer i arbeidsrettet rehabilitering.

### Kartlegging

Slik klinikere i Norge vektlegger, er ikke diagnose eller varighet av sykefravær tilstrekkelig til å bestemme hvordan de skal kunne hjelpe deltakerne av et ARR program tilbake i arbeid (Eftedal m.fl. 2017). Det er nødvendig med en grundig kartlegging som retter seg både mot helse og arbeid, og som har fokus på deltakerens rehabiliteringsbehov av betydning for funksjon i arbeid.

Fagpersonene kartlegger i samarbeid med personen selv deres helsetilstand og deres fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevne. Deltakerens funksjonsevne relatert til arbeid og arbeidssituasjon kartlegges også med tanke på konkrete arbeidsoppgaver og tilretteleggingsmuligheter.

Kartleggingen gjøres evt. i samråd med, eller basert på, opplysninger fra fastlege, arbeidsgiver og/eller NAV.

### Rehabiliteringstiltak

En viktig forutsetning i ARR er at deltaker er aktiv i egen rehabiliteringsprosess. Selve intervensjonen består av ulike elementer som samlet retter seg mot å fremme deltakerens funksjon i arbeid, både fysisk, psykisk og sosialt. Elementene er oftest en kombinasjon av undervisning, fysisk aktivitet eller trening, arbeidstrening, mental trening, veiledning, og sosiale øvelser, knyttet sammen med en felles kognitiv tilnærming. Det er vanligvis kombinert med dialog med arbeidsplassen, og i noen sammenhenger også besøk på arbeidsplassen. En tverrfaglig intervensjon vil derfor inneholde en kombinasjon av medisinske, psykologiske, treningsmessige, atferdsmessige og yrkesmessige tiltak, og tiltakene ledes av tre eller flere forskjellige faggrupper.



### Forankring av arbeidsdeltakelse og oppfølging

Deltakeren skal i samråd med fagpersonene sette seg mål for rehabiliteringen og arbeidsdeltakelse. Arbeidssituasjonen avklares mot eksterne aktører som arbeidsgiver og NAV for å underbygge målene som er satt. Deltakeren får veiledning på hvordan rehabiliteringsprosessen kan fortsettes, og hvordan arbeidsdeltakelse kan sikres. Etter rehabiliteringsopphold gjennomføres oppfølging etter behov, da som regel via fastlege og NAV.

Det er en naturlig variasjon i hvordan de ulike komponentene innen arbeidsrettet rehabilitering blir operasjonalisert, avhengig av ressurser, kompetanse og valgt rehabiliteringsprofil på de enkelte institusjoner og klinikker.

# Enkeltkomponentene

## KARTLEGGING OG EVALUERING AV FUNKSJON OG ARBEIDSDELTAELSE

For å få et godt bilde av deltakernes situasjon, gjennomføres en bred tverrfaglig kartlegging som omhandler deres barrierer, ressurser og muligheter for å komme tilbake i arbeid. Basert på kartleggingen og en analyse av den enkeltes behov, lages en individuell rehabiliteringsplan med konkrete mål for rehabiliteringen sammen med deltaker. Ved å måle, eller på annen måte ha fokus på deltakerens ressurser/kapasitet ved flere tidspunkt, kan endring i funksjon som resultat av rehabiliteringen følges over tid.

Kunnskap om et individs arbeidsevne er også nyttig i dialog med aktører som skal følge opp deltakeren i etterkant av rehabiliteringsinnsatsen. Dette kan være enten på arbeidsplassen, i NAV eller i helsevesenet.

### Formål

Det overordnede målet med kartleggingen er å kunne tilrettelegge rehabiliteringen til deltakerens behov i forhold til arbeidsdeltakelse.

Et delmål med kartleggingen er å kunne måle og evaluere endring i deltakerens funksjon og arbeidsdeltakelse etter rehabiliteringen. Kartleggingen skal eventuelt også kunne benyttes til kvalitetssikring av rehabiliteringsoppholdet.

### Innhold i ARR-program

Kartleggingen gjøres etter en fastlagt standard som er gjeldende for alle deltakere i ARR-programmet. Standarden utvikles lokalt på den enkelte institusjon eller klinikk, blant annet basert på anbefalingene i dette dokumentet. En slik standard bidrar også til å understøtte likebehandling og forutsigbarhet, samt en mest mulig rasjonell ressursbruk.

Deltakerens samlede fysiske, psykiske og sosiale ressurser og begrensninger beskrives på bakgrunn av informasjon som er samlet inn gjennom ulike kartleggingsmetoder.

Kartlegging av arbeidskrav skal både belyse deltakernes opplevelse av krav og forventninger i jobb og krav og forventninger fra arbeidsgiver, kollegaer, arbeidsmarked der det er relevant, nærmiljø og

familie m.fl.

Videre vil det være relevant å kartlegge en rekke demografiske, psykologiske, medisinske, rehabiliteringsrelaterede, arbeidsrelaterede og stønadsrelaterede faktorer. Kartleggingen omfatter både faktaopplysninger og vurderinger av individuelle kjennetegn/forhold. Informasjonen kan blant annet innhentes gjennom egenrapporterte spørreskjema, fysiske prøver og tester, kliniske undersøkelser, samtaler og observasjoner. Opplysninger fra fastlege, arbeidsgiver og NAV er også viktige.

Kartleggingen skal føre til en helhetlig beskrivelse av deltakers situasjon og muligheter sett opp mot deltakers mål for arbeid.

Det finnes ikke krav til hvilke spørreskjemaer som må benyttes, men slike måleverktøy bør i størst mulig grad være kvalitetssikrede og standardiserte. Måleverktøyene bør derfor være vitenskapelig utviklet, inneha god validitet og reliabilitet og være sensitive for endring. Måleverktøyene bør tilstrebes å være enkle å bruke og de bør kunne benyttes ved gjentatte anledninger og over lange tidsperioder. Det må understrekes at kompleksiteten i funksjonsforståelsen, som f.eks. kommer til uttrykk i ICF modellen, fordrer at kartleggingen ikke kan baseres på spørreskjemaer alene. Bruk av visuelle verktøy som «skoen» og «klokken» i kartleggingsprosessen er mye brukt av klinikere innen ARR for å få deltagerne til å reflektere over hele sin livssituasjon (Eftedal m.fl. 2017). Ved Sykehuset Innlandet er det også utviklet et visuelt dialogverktøy kalt ISIVET (Brennbekken m.fl. 2016).

Verktøyene hjelper deltakere og klinikere til å få felles forståelse av den enkeltes situasjon.

Det anbefales også å gjennomføre systematisk oppfølging av deltakeren etter rehabiliteringsforløpet med utgangspunkt i kartleggingen ved oppstart.

Kartleggingen ved oppstart av ARR-opphold bør bestå av opplysninger fra søknaden, sammen med besvarelser fra spørreskjema, saksrapport fra NAV og deltakers mål- og problembeskrivelse, tester av funksjonsevne og helsemessige utfordringer på ulike livsområder, med spesiell vekt på det som har betydning for arbeidsdeltakelse. Det rettes fokus mot deltakers ressurser, motivasjon, kompetanse og mål. Resultatet av funksjonsvurdering legges til grunn for det videre tverrfaglige arbeidet med og rundt deltakeren. Alle i det tverrfaglige teamet får under kartleggingen innsyn i deltakers mål for rehabiliteringsprogrammet og for arbeidsdeltakelse, og alle teamets fagpersoner deltar i den tverrfaglige kartleggingen av deltakerne. Denne kartleggingen blir nødvendigvis

bredere og mer omfattende enn vurderinger og målinger som foretas på andre tidspunkt.

Tester kan foretas under ARR-forløpet for å vurdere endringer, f.eks. i fysisk kapasitet. Deltakerne kan dessuten ha ulike behov for videre samtaler med fagpersoner om hvordan helseplagene kan forstås og hva de betyr for aktiviteter under og etter rehabiliteringen. Deltakere i arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes ved et komplekst symptombilde. Det blir da mer naturlig å snakke om funksjon enn medisinsk diagnose. Hvordan deltakeren tolker og forstår sine helseplager er viktig for å finne alternative måter å mestre plagene på. Mange er opptatt av hva som er galt, hvordan det kommer til å gå videre, og om det finnes en effektiv behandling. Det er viktig at fagpersonene sammen med deltaker prøver å finne en forklaringsmodell som støtter deltakeren i dens videre prosess. Supplerende medisinske undersøkelser med påfølgende veiledning/behandling gjennomføres etter behov.

Det bør gjennomføres en evaluering ved avslutning av programmet og på et eller flere senere tidspunkt, f.eks. 3, 6 og eller 12 måneder etter ARR-program. Ved avslutning av ARR-program bør evalueringen ha fokus på brukertilfredshet og forhold som kan ha endret seg under oppholdet som f.eks. forventninger til å komme i jobb, motivasjon, mestringsfølelse, fysisk form og så videre. Ved senere oppfølging bør arbeidsdeltakelse og selvvardert arbeidsevne være i fokus. I kartleggingen bør det særlig legges vekt på endring i faktorer som predikerer sannsynlighet for retur til arbeid, og som klinikerne har innvirkning på gjennom sine intervensjoner. For å kunne identifisere endringer over tid, må de samme verktøyene/spørsmålene benyttes både ved oppstart og etter ARR-oppholdet.

Kartlegginger/målinger bør også brukes i tjenestens kvalitetsarbeid ved kontinuerlig oppfølging av deltakerne og utarbeidelse av statistikker over måloppnåelse. Det er i 2017 startet et nasjonalt kvalitetsregister som ARR-institusjoner kan benytte seg av, drevet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Felles verktøy og prosedyrer på tvers av institusjoner og klinikker sikrer monitorering av resultater og sammenlignbare data.

Spørreskjemaet som brukes i det nasjonale kvalitetsregister finnes på [arbeidoghelse.no](http://arbeidoghelse.no).

## Dokumentasjon

Arbeidsevne består av individuelle og arbeidsrelaterte faktorer som er nødvendige for en persons evne til å takle arbeidslivet (Ilmarinen 1999). Arbeidsevne er bestemt av forholdet mellom personens ressurser/kapasitet på den ene side og de krav som stilles til personen for å kunne arbeide på den annen side. I et helhetlig perspektiv er det vanlig å definere et individs arbeidsevne som interaksjonen mellom individets helse, kompetanse og ferdigheter, motivasjon, holdninger og verdier, miljøfaktorer og psykososiale forhold. Disse komponentene er igjen relatert til individets arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø (Tengland 2011; Nordenfelt 2008; Ilmarinen 1999).

Arbeidsevne kan derfor forstås som funksjon relatert til arbeidsdeltakelse i bred forstand og må ikke oppfattes som identisk med den arbeidsevnevurdering som foretas av NAV. NAV's arbeidsevnebegrep avviker ikke fra det som er gjeldende i ARR, men metodikken som anvendes kan være forskjellig, blant annet fordi arbeidsevnevurderinger i NAV også er knyttet til rettigheter til ytelser. I ARR er formålet med kartlegging av arbeidsevne knyttet til mål og tiltak i rehabilitering.

Det er relevant å skille mellom generell arbeidsevne rettet mot alle relevante jobber og spesifikk arbeidsevne rettet mot en spesifikk arbeidssituasjon (Tengland 2011).

- Generell arbeidsevne betyr at personen har grunnleggende basiskompetanse, tilstrekkelig helse og relevante yrkesmessige verdier til å kunne utføre et eller annet arbeid.
- Spesifikk arbeidsevne betyr at personen har nødvendig yrkesmessig kompetanse og tilstrekkelig helse til å kunne bruke sin kompetanse, og nødvendige yrkesmessige verdier til å kunne utføre et spesifikt arbeid.

Begge disse definisjonene tar utgangspunkt i at de aktuelle arbeidsoppgavene er rimelige og at arbeidsmiljøet er akseptabelt. Det er videre viktig å merke seg at arbeidsevne også inkluderer komponenter som ikke er knyttet til helse (Nordenfelt 2008; Tengland 2011), og at de ulike komponentene som utgjør et individs arbeidsevne går utover dets evne til å gjennomføre spesifikke arbeidsoppgaver (Fadyl 2010). Forholdet mellom arbeid og helse er med andre ord ikke en enkel dikotomi.

## ARBEIDSPASS

En kjernekomponent i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram er kontakt og dialog med deltakers arbeidsplass. Det er her de største barrierene, men også de beste mulighetene for å hjelpe sykmeldte tilbake i jobb kan finnes. Involvering av arbeidsplassen er også viktig for det lovpålagte samarbeidet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i forbindelse med sykefravær. I henhold til lovverket, har den sykmeldte plikt til å samarbeide med arbeidsgiver for å finne løsninger og hensiktsmessige tiltak for å kunne gjenoppta arbeidet raskest mulig, herunder utarbeide en plan for dette og følge denne opp (Folketrygdloven §§ 8-7a, 8-8, 21-3; Arbeidsmiljøloven §§2-3, 4-6). Arbeidsgiver på sin side skal så langt det er mulig iverksette tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Fortrinnsvis skal arbeidsgiver finne løsninger for at arbeidstaker skal kunne fortsette i sitt vanlige arbeid. En koordinert, strukturert og tett dialog mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og ARR personell, vil kunne understøtte dette arbeidet og bidra til en målrettet tiltaksplan og prosess tilbake i jobb for den enkelte arbeidstaker.

### Formål

Kontakt med arbeidsplassen under arbeidsrettet rehabilitering har en rekke formål. Den skal bidra til:

- Å støtte dialogen mellom den sykmeldte og arbeidsgiver
- At relevante tiltak på arbeidsplassen blir diskutert og identifisert
- At en plan for retur til arbeid blir utarbeidet
- At alle sentrale aktører blir involvert
- At den sykmeldte blir fulgt opp på en hensiktsmessig måte også etter at intervensjonen/programmet er avsluttet

Hensikten med å vektlegge arbeidsrelaterte forhold i rehabiliteringsprogrammet, er derfor å bidra til at den enkeltes prosess tilbake i jobb skjer på en koordinert og integrert måte med involvering av alle aktører som har innflytelse på denne prosessen.

For sykmeldte uten jobb må man i arbeidsrettet rehabilitering understøtte prosessen rettet mot arbeidsmarkedet mer bredt. Her må fokus være på karriereveiledning, samarbeid med NAV om eventuell arbeidsutprøving og jobbsøking. Hensikten er å finne relevante yrker der den enkelte har realistiske muligheter for å opprettholde balansen mellom arbeidslivets krav og egne ressurser.

## Innhold i ARR-program

Som nevnt under kapittel om kartlegging, må barrierer, ressurser og muligheter for arbeidsdeltakelse hos pasienten kartlegges ved oppstart av ARR-programmet. Kartleggingen omfatter fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer av betydning for deltakerens arbeidsevne og funksjon i forhold til konkrete arbeidsoppgaver. I tillegg bør man kartlegge deltakerens verdier og holdninger knyttet til arbeid og forventninger om framtidig arbeidsdeltakelse.

ARR-klinikken etablerer en kontaktperson eller koordinator som følger opp og veileder den sykmeldte under ARR-forløpet, og som er sentral i tilpasning av rehabiliteringstiltaket. Det kan dessuten være hensiktsmessig om denne kontaktpersonen også initierer og koordinerer dialog og samarbeid mellom den sykmeldte og dennes arbeidsplass, og andre relevante aktører (fastlege, NAV, kommunale aktører).

For dem som har en arbeidsgiver, tar klinikken tidlig kontakt med deres nærmeste leder for å få lederens perspektiv på barrierer, ressurser og muligheter arbeidsplassen har for å få den sykmeldte tilbake i arbeid. Dialogen kan dreie seg om å identifisere hvilke muligheter arbeidsgiver har for tilpasning av arbeidstid, arbeidsforhold og arbeidsoppgaver.

I henhold til lovverket, skal arbeidsgiver utarbeide en oppfølgingsplan for retur til arbeid i samarbeid med arbeidstaker, eventuelt også NAV, når hun eller han har vært sykmeldt omkring 4 uker. Dersom det foreligger en slik plan, bør arbeidsgiver bidra med opplysninger om innholdet i denne til ARR-klinikken. Planen skal blant annet inneholde en vurdering av:

- Arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne
- Aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi
- Aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene
- Plan for videre oppfølging (AML, §4-6)

Det undersøkes også hvilke systemer, rutiner og ressurser arbeidsgiver har i forhold til støtte og oppfølging av den sykmeldte. Særlig større organisasjoner kan ha egne utvalg som er bredt sammensatt, og som behandler og følger opp saker der ansatte har vært ute av arbeid over lengre

tid (personal, tillitsvalgte, HMS, BHT).

For deltakere som mottar arbeidsavklaringspenger vil det finnes en aktivitetsplan utarbeidet av NAV og bruker, som kan være utgangspunkt for dialog med arbeidsgiver.

Klinikken initierer og støtter deltakeren i utvikling av en egen plan for retur til arbeid på kort, medium og lang sikt. Målene er basert på den enkeltes funksjonsevne og prognose, deltakerens egne mål, og tilgjengelige muligheter på arbeidsplassen eller i arbeidsmarkedet. Fysiske og mentale ressurser utfordres og trenes under intervensjonen, der klinikerne relaterer dette til funksjon på arbeidsplass eller i arbeid, slik at koblingen også blir synlig for deltakeren.

Mot slutten av rehabiliteringsprogrammet, bør klinikken forsøke å få til et forpliktende samarbeid om en tiltaksplan for retur til arbeid med arbeidsgiver og den sykmeldte, der blant annet gradvis retur til arbeid kan vurderes. Dette forberedes sammen med deltakeren. Det avklares med deltakeren hva som skal formidles til arbeidsgiver om dennes funksjonsevne, hvilke temaer som skal diskuteres, og hva det eventuelt ikke er greit å prate med nærmeste leder om. Deretter diskuteres hva en ønsker å oppnå, hvilke tiltak deltakeren ser for seg, og eventuelt hvilke hindringer som står i veien for at disse tiltakene kan gjennomføres. Det vil også være mulig å forberede arbeidsgiver på utfordringer deltakeren har i forhold til det å stå i arbeid. Tiltaksplanen bør angi hva som skal gjøres, når og av hvem, inkludert hvordan oppfølging og eventuelt revidering av planen skal foregå. Det bør overveies om det vil være hensiktsmessig å ha med andre aktører på et møte med arbeidsgiver, f.eks. BHT, fastlege, NAV og/eller tillitsvalgt for å sikre en langsiktig retur til arbeid. Møtet kan gjennomføres på arbeidsplassen, klinikken, eller ved bruk av telefon- eller videosamtaler.

Under oppholdet vurderes løpende deltakerens muligheter for å komme tilbake i jobben. Dersom det ikke er realistisk med retur til samme jobb, verken på kort eller lang sikt, bør man starte dialog om reorientering mot annen jobb. Her vil annet arbeid i samme virksomhet som oftest være å foretrekke, men om dette ikke er mulig, bør det startes en reorientering mot helt nye jobbmuligheter. For dem uten arbeidsgiver, eller for dem som ikke kan gå tilbake til samme arbeidsplass, bistår klinikerne den enkelte deltaker med å identifisere alternative karrieremuligheter og tiltak i samarbeid med NAV, eventuelt andre tiltaksarrangører.



## Dokumentasjon

Det er dokumentert en sterk sammenheng mellom god arbeidsevne, gode arbeidsforhold og ønske om å være i jobb (Tuomi m.fl. 2001). Tidlig kontakt mellom arbeidstaker og arbeidsplass, tilpasninger i arbeidet, kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass er knyttet til økt retur til arbeid (Franche m.fl. 2005; Loisel m.fl. 2005; Carroll m.fl. 2010; Aronsson & Lundberg 2015). Det er også dokumentert at arbeidsgivers etablerte prosedyrer og praksis vedrørende oppfølging av sykmeldte har betydning for forebygging av arbeidsuførhet (Shaw m.fl. 2016).

Costa-Black (2013) gir en oversikt over evidensbaserte kjernekomponenter i arbeidsrettede rehabiliteringsprogram. For muskel- og skjelettplager deler hun intervensjonene inn i tre grensesnitt som involverer: arbeidstaker, arbeidsplass og nøkkelaktører. Intervensjonskomponenter i grensesnittet mot arbeidsplass omfatter arbeidsplassvurdering; deltagerbasert ergonomisk tilnærming; midlertidig arbeidstilpassing; arbeidsplass i senter for rehabiliteringsplanen; permanente arbeidsplassstilpasninger.

I "Handbook of Return to Work. From Research to Practice" del III og IV, gis det en omfattende oversikt over evidensbasert kunnskap og praktiske råd med hensyn på tilnærminger som øker sjansen for retur til arbeid (Schultz & Gatchel (eds.), 2016). Det er stor enighet om at det er nødvendig å ta både individfaktorer og arbeidsmiljøfaktorer i betraktning ved valg av intervensjoner, og at effektive intervensjoner bygger på en grundig kartlegging og evaluering av faktorer som hindrer gjenvinning av helse og arbeidsevne. Samtidig er det store utfordringer både knyttet til identifisering av risikofaktorer og prediktorer for retur til arbeid, og til valg av effektive intervensjoner. En analyse av samspillet mellom person, oppgaver og arbeidsplass, kombinert med en tverrfaglig og koordinert tilnærming, gir imidlertid større sannsynlighet for å finne effektive tiltak.

I en nyere systematisk oversiktsartikkel er det funnet sterk støtte for at intervensjoner som omfatter minst to av de tre følgende brede innsatsområdene reduserer tid vekk fra arbeid: Helsefokus, koordinering av tjenester og arbeidstilpassing (Cullen m.fl. 2017). Dette gjelder både for muskel- og skjelettplager, smerterelaterte plager og mentale plager. Basert på denne kunnskapen anbefales praktikerne å implementere intervensjoner som retter seg mot flere områder, dvs. både mot helse, koordinering av tjenester og arbeidsplass.

Forskning på arbeidsplass-intervensjoner er generelt mangelfull, men det er noe støtte for at

utvikling av arbeidsplassenes egne problemløsningsstrategier og sterkere integrering av arbeidsplassen i pågående rehabiliteringstiltak forebygger uførhet (Pransky m.fl. 2016). Bruk av koordinator i intervensjonsprogram som understøtter retur til arbeid er sett på som en effektiv strategi (Shaw m.fl. 2008; Gardner m.fl. 2010; Pransky m.fl. 2010). Koordinatorens hovedoppgaver kan omfatte fasilitering av kommunikasjon mellom nøkkelaktører og bidra til enighet om tiltak. Det kan også omfatte arbeidsplassvurdering og planlegging av midlertidige oppgaver. Koordinator bør ha bred fagkunnskap, kommunikasjonsferdigheter, faglig troverdighet og god evne til problemløsning.

Det er gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang av Schandelmaier m.fl. (2012) som konkluderte med at bruk av koordinator medførte raskere retur til arbeid. Den samme litteraturgjennomgangen ble oppdatert i 2017 med nye studier, men hvor det ble konkludert med at bruk av koordinator likevel ikke medførte raskere arbeidsdeltakelse (Vogel m.fl. 2017). De nye studiene inkluderte imidlertid ikke koordinering med direkte involvering av arbeidsplassen i særlig grad. Manglende samsvar mellom konklusjonene i disse to litteraturgjennomgangene kan derfor tolkes dit at koordinering på tvers av helse og arbeid med direkte involvering av arbeidsplassen som aktør kan være avgjørende for om bruken av koordinator har effekt på arbeidsdeltakelse.

## FYSISK AKTIVITET, TRENING OG FRILUFTSLIV

Fysisk aktivitet er en av kjernekomponentene i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Den fysiske aktiviteten bør gi erfaring med lystbetont trening for å motivere deltaker til å fortsette med fysisk aktivitet etter rehabiliteringsoppholdet. Trening vil bidra til å opprettholde deltakers fysiske kapasitet, noe som igjen kan øke sjansene for at deltakeren opplever mestring i arbeid. I mange ARR-program er også friluftsliv en viktig del av den fysiske aktiviteten. Dette er med på å sikre et mangfold av muligheter for fysisk utfoldelse.

### Formål

Fysisk aktivitet under arbeidsrettet rehabilitering har en rekke formål. Det skal bidra til å:

- Styrke arbeids- og funksjonsevne
- Øke arbeidsdeltagelse og å kunne stå i jobben over tid
- Gi positive erfaringer og mestringserfaringer
- Øke fysisk funksjon og kroppsbevissthet
- Redusere frykt for bevegelser og aktivitet
- Gi erfaring med hvorledes fysisk aktivitet påvirker symptomtrykk i sosiale sammenhenger

### Innhold i ARR-program

Det finnes mange forskjellige måter å stimulere til og drive fysisk aktivitet på. Det er derfor stor valgfrihet for den enkelte rehabiliteringsklinikk til å velge form og innhold på konkrete fysiske aktiviteter og tilpasse disse til målgruppen for programmet. På tross av stor valgfrihet i form, finnes det likevel noen felles prinsipper for hvordan fysisk aktivitet og trening bør gjennomføres, f.eks. knyttet til individuell tilpasning og mulighet for mestringserfaringer. Slike prinsipper er viktige når rehabiliteringsprogrammet skal tilrettelegges og vil øke kvaliteten på det aktivitetstilbudet som gis.

Fysisk aktivitet skal først og fremst være en læringsarena der deltaker eksponeres for utfordringer og gjør nye mestringserfaringer som kan (re)etablere tillit til egen kropp. Fysisk aktivitet kan legge grunnlag for dialog mellom deltaker og kliniker (f.eks. idrettspedagog eller fysioterapeut), blant annet rundt deltakers erfaringer knyttet til eget funksjonsnivå. Det å sett ord på gode og mindre

gode kroppslige opplevelser og erfaringer kan hjelpe fagpersonen å legge til rette for individuell tilpasning og på den måten bidra til nye erfaringer med kropp og mestring hos deltaker. Det er i tillegg viktig at fagpersonen som er ansvarlig for tilbudet om fysisk aktivitet og trening får informasjon om behov for tilpasninger fra det tverrfaglige teamet og evt. fra andre aktører. Den individuelle tilpasningen kan bestå i at deltaker selv lærer å tilpasse aktiviteten og aktivitetsnivået til egne behov, noe som kan ha overføringsverdi til en arbeidssituasjon. Slik sett vil fysisk aktivitet være en god læringsarena for mestring.

Videre kan testing og retesting av deltakers fysiske kapasitet brukes som et element i rehabiliteringen ved å fremme mestring og motivasjon. For eksempel kan informasjon om bedring i fysisk kapasitet i en testsituasjon gi den enkelte deltaker økt motivasjon for fysisk aktivitet etter rehabiliteringsoppholdet.

Gruppebaserte aktiviteter inngår ofte som en del av treningstilbudet og er en viktig arena for samhandling og samspill med andre. Slike aktiviteter kan derfor være en god læringsarena med overføringsverdi til arbeidslivet. Det gruppebaserte aktivitetstilbudet bør bestå av ulike elementer som er satt sammen med den hensikt å gi deltakerne en bred erfarings- og mestringsplattform. Her utforskes alternative former for aktivitet det kan være aktuelt å fortsette med etter oppholdet. Et annet vesentlig element i gruppebaserte aktiviteter er å bygge sosiale relasjoner og å utforske symptomtrykk i en sosial sammenheng. Aktivitet som gjennomføres sammen med andre kan gi mindre oppmerksomhet rettet mot egne kroppslige symptomer enn ved individuelle aktiviteter. Sammen med andre kan kanskje aktivitet og bevegelser gjennomføres uten synlige begrensinger, mens deltakeren i andre situasjoner vil utvise frykt for forverring og unngå aktiviteten. Det er terapeutisk viktig at deltaker får mulighet å reflektere rundt denne typen erfaringer sammen med fagpersoner. Gruppebaserte aktiviteter kan tilføre mange kvaliteter som både er felles med kvaliteter i individuelle aktiviteter og som er unike for gruppebaserte opplegg. Det er således viktig å være oppmerksom på at fysisk aktivitet ikke kun handler om fysisk kapasitet men også om mestring, livskvalitet, oppmerksomt nærvær, refleksjon over egen kropp og relasjonsbygging.

Gruppebaserte aktiviteter kan foregå både innendørs og utendørs. Friluftsliv er en av flere aktiviteter som gjøres utendørs, enten med eller uten hjelpemidler (f.eks. kano, ski, truger).

Introduksjon til enkelt friluftsliv kan gi deltakeren både miljøforandring og naturopplevelse. Videre vil friluftsbaserte aktiviteter gi deltakeren erfaring med aktiviteter som lett kan videreføres til hverdagslivet etter rehabiliteringsoppholdet. Friluftsliv utvider arenaen og mangfoldet i aktiviteter betraktelig og kan gi deltakerne erfaring med natur som en arena for fysisk aktivitet og rekreasjon.

Fysisk aktivitet i rehabiliteringsprogrammet bør stimulere til variert fysisk aktivitet og gi motivasjon for videre fysisk aktivitet etter opphold. Derfor bør aktiviteter planlegges med tanke på at de kan utføres regelmessig i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>) og at de kan utføres uten avanserte tekniske hjelpemidler. Omfang av fysisk aktivitet i et rehabiliteringsprogram kan tilpasses de samme anbefalingene, som råder til minimum 150 minutter med moderat intensitet per uke. For å oppnå ytterligere helsegevinster bør voksne utøve inntil 300 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken. Økter med høy intensitet kan redusere tidsforbruket.

Basert på erfaringer under oppholdet utarbeides det en fysisk aktivitetsplan sammen med deltaker, som er realistisk og gjennomførbar over tid. Friluftsliv er et eksempel på en aktivitet som er lett tilgjengelig og lite ressurskrevende for den enkelte når hun/han kommer hjem. I samtaler om den videre aktivitetsplanen bør emner som motivasjon og målsetting, hindringer og muligheter, forpliktelser og nyttige strategier diskuteres. God forankring og konkretisering av oppfølging av fysisk aktivitet/trening bør tilstrebes. Der det er ønskelig, kan det opprettes kontakt, f.eks. med den lokale Frisklivssentralen for videre oppfølging når deltaker avslutter rehabiliteringsoppholdet.

## Dokumentasjon

Fysisk aktivitet er en viktig helsefremmende faktor (Holmen m.fl. 2016). Positive helseeffekter av fysisk aktivitet er blant annet påvist i form av bedre livskvalitet (Aktivitets håndboken 2009; Williams m.fl. 2007) og ved milde til moderate psykiske plager (Paluska og Schwenk 2000; Dunn m.fl. 2001; Martinsen 2008). Fysisk aktivitet kan forebygge depresjon (Harvey m.fl. 2015) og vil også kunne redusere livsstilssykdommer (Tjønnhaug m.fl. 2008). I en rapport om friluftsliv vektlegger Miljøverndepartementet (2009) friluftslivets helsefremmende potensiale. I tillegg gir opphold og fysisk aktivitet i friluftsliv økt livskvalitet, miljøforandring og naturopplevelser (Meld.St.18,

Friluftsliv 2015-2016).

Flere studier viser at fysisk aktivitet på fritiden har sammenheng med lavere sykefravær og høyere opplevelse av arbeidsevne (Arvidson m.fl. 2013; Storm m.fl. 2016). En større norsk studie med data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag fra 1995-97 (HUNT 2) viser en sammenheng mellom fysisk aktivitet på fritiden og lavere risiko for uføretrygd (Fimland m.fl. 2015). En systematisk oversiktsartikkel konkluderte med at intervensjoner for sykmeldte med uspesifikke ryggplager som inneholdt fysisk trening og hadde mål om retur til arbeid, ga vesentlig lavere risiko for langvarig sykefravær (Oesch m.fl. 2010). Disse studiene underbygger at et sentralt mål for fysisk aktivitet og trening i ARR-intervensjoner bør være å motivere for fortsatt fysisk aktivitet også etter oppholdet.



Fimland m.fl. (2013) har foreslått en modell for hvordan fysisk aktivitet kan redusere sykefravær og uførepensjon.

Helseplager og kronisk sykdom kan påvirke selvforståelsen. En endret selvforståelse kan gjøre at kropp forstås som noe sårbart, fremmed og upålitelig, og kan resultere i en objektivisering av egen kropp (Kitzmüller, Häggström og Asplund 2013). Fysisk aktivitet kan forbedre forholdet til egen kropp, selvfølelse og evne til å mestre stress (Elavsky 2010; Galper m.fl. 2006; Wipfli m.fl. 2008; VanKim m.fl. 2013; Yorks m.fl. 2017). Fysisk aktivitet og trening i en ARR-intervensjon kan derfor bidra til å styrke den enkeltes ressurser og tro på seg selv gjennom å fremme kjennskap til og kunnskap om egen kropp, samt reduksjon av frykt for bevegelser og aktivitet.

Skader og sykdom kan føre til at man trekker seg ut av sosiale arenaer og relasjoner (Kitzmüller, Häggström og Asplund 2013). I tillegg til at fysisk aktivitet kan være en lærings- og mestringsarena,

kan gruppen man trener sammen med bidra til sosial støtte. Et kvalitativt studie av deltakere i ARR-forløp viser at deltakerne ser det å delta i en gruppe som viktig for anerkjennelse og for å praktisere ny atferd (Haugli m.fl. 2011). Dette samsvarer med studier som viser at sosial støtte styrker selvfølelsen og mestringsevne (Lopez-Martinez m.fl. 2008; van Uden-Kraan m.fl. 2009).

#### KOGNITIV TILNÆRMING

Kognitiv tilnærming er en av kjernekomponentene i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Med kognitiv tilnærming mener vi her evidensbaserte metoder som anvender prinsipper og tiltak fra psykologisk behandling som kognitiv atferdsterapi, jobbfokusert kognitiv terapi, aksept- og forpliktelsesterapi, oppmerksomhetsbasert stressmestring og metakognitiv terapi (Aasdahl m.fl. 2017), i tillegg til psykoedukasjon, motiverende intervju og veiledning (Wagner & McMahon 2004; Miller & Rose 2009; Berge & Repål 2015). Kognitiv tilnærming brukes for å stimulere til endring i deltakernes tanker, følelser, atferd og kognitiv fungering (oppmerksomhet, fleksibilitet og motivasjon) for å lette prosessen tilbake i jobb.

Det anbefales at valg av kognitiv tilnærming bør bygge på en felles faglig plattform for den enkelte institusjon som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering. Dette innebærer et reflektert valg samt tilstrekkelig kompetanse og felles faglig forståelse blant fagpersonene. For å ivareta den faglige plattformen anbefales det at nødvendig fagkompetanse, som grunn- og videreutdanning, utvikles og vedlikeholdes slik at spisskompetansen til relevante faggrupper opprettholdes og styrkes (psykolog, lege, sykepleier (psykiatrisk), fysioterapeut/psykomotorisk fysioterapeut).

Kognitive intervensjoner blir brukt ved vanlige psykiske plager som angst, depresjon, stress og smerteproblematikk. De fleste tilnærminger bygger på den opprinnelige formen for kognitiv atferdsterapi utviklet av blant annet Aron Beck på 1960-tallet (Berge & Repål 2015). Felles for alle retningene er at de omhandler tanker, antakelser og fortolkning. Kognitive tilnærminger tar utgangspunkt i at tanker, følelser og atferd kan skape og vedlikeholde mangel på mestring og er ugunstig for arbeidsdeltagelse, opptrening og tilfriskning. Målet er å endre tankeinnhold, tankemønster, antakelser og negative fortolkninger som hindrer deltakerens arbeidsdeltagelse.

Det er god dokumentasjon for at kognitiv terapi har effekt på angst og depresjon, mens dokumentasjon for effekten på sykefravær og arbeidsdeltagelse er langt svakere (Wright & Berge 2016).

Vi kan forvente at andre faktorer i tillegg til valg av kognitiv tilnærming innenfor den kognitive tradisjonen vil virke inn på arbeidsdeltagelse. Det er vist at effekt av psykologisk behandling også påvirkes av forholdet mellom terapeut og pasient i form av opplevd allianse. Den terapeutiske alliansen, som omhandler følelsen av samarbeid, varme og støtte mellom deltaker og terapeut, består av tre dimensjoner: 1) gjensidig enighet og forståelse av mål, 2) gjensidig enighet om hvilke oppgaver og tiltak som må til for å oppnå målene, 3) følelsesmessige bånd mellom partene (tillit, aksept og fortrolighet) (Bordin 1979). Alliansens påvirkning gjør det derfor vanskelig å måle effekt av det å bruke ulike metoder og retningslinjer ved kognitive tilnærminger (Wampold 2015).

Kognisjon omfatter våre evner til å bearbeide informasjon, for eksempel hvordan vi tenker, forestiller oss eller husker erfaringene og hendelse våre. Begrepet kognisjon blir her brukt fordi det handler om tanker og følelser. Tilnærminger som ikke bruker begrepet kognitiv kan også handle om tanker og følelser, slik som andre psykologiske behandlingsmetoder og tilnærminger. Derfor vil det være flere ulike tilnærminger som anvender evidensbaserte metoder som påvirker tanker og følelser. Korttids- og langtidsintervensjoner, motiverende intervju og ulike aktiviteter kan komme inn under samlebetegnelsen kognitive tilnærminger selv om de evidensbaserte metodene skiller seg fra tradisjonell kognitiv atferdsterapi.

## Formål

Anvendelse av en kognitiv tilnærming i arbeidsrettet rehabilitering har en rekke formål. Den skal bidra til å:

- Identifisere hvordan uhensiktsmessige tanker, følelser og atferd hindrer arbeidsdeltagelse
- Identifisere faktorer på jobb som påvirker psykisk og fysisk helse
- Styrke deltakernes tro på å kunne fungere bedre i arbeid
- Øke mestring og kontroll av helseplager for å bedre funksjons- og arbeidsevne



- Styrke kognitiv fungering for å øke deltakernes mentale ressurser og kapasitet (Johansen m.fl. 2016)

### Innhold i ARR-program

Den kognitive tilnærmingen i arbeidsrettet rehabilitering handler om å skape en felles forståelse av hva som skal til for å nå målet om retur til arbeid ved å legge en plan som fagperson og deltaker kan jobbe etter under oppholdet. Her vil blant annet tanker, følelser og atferd som hindrer arbeidsdeltagelse være sentrale elementer å samarbeide om. I tillegg vil fokus på den enkeltes ressurser og muligheter for å bedre mestre eget liv og deltakelse i arbeid være viktig.

Fagpersoner kartlegger dermed deltakerens egen forståelse av situasjonen og omgivelsene, hva som oppleves som hinder for arbeidsdeltagelse, samt hvilke ressurser og mestringsstrategier deltakeren har (Eftedal m.fl. 2017). Deltakerne veiledes i å bruke dette systematisk i selvstendig problemløsning relatert til arbeid og dagligliv. Den felles kognitive tilnærmingen skal også bidra til å styrke engasjement og motivasjon hos deltakerne med tanke på andre faglige intervensjoner i programmet. Metodene består av en kombinasjon av individuelle samtaler og veiledning, gruppesamlinger og undervisning.

### Dokumentasjon

Det er dokumenterte sammenhenger mellom anvendelse av kognitive tilnærminger i arbeidsrettet rehabilitering og økt arbeidsdeltagelse. I to norske studier som systematisk anvendte aksept- og forpliktelsesterapi, ble sykefraværet blant deltakerne som mottok et døgnbasert rehabiliteringsprogram sammenlignet med et poliklinisk program ett år etter rehabilitering (Aasdahl m.fl. 2017). I det såkalte Hysnes-prosjektet ble det gjennomført to studier for å evaluere et Kort (4+4 dager) og et Langt (3 ½ uker) ARR program sammenlignet med ukentlig poliklinisk tilbud (6 uker). Alle som deltok i studiene var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettplager, lettere psykiske plager eller uspesifikke lidelser. De fleste deltakerne hadde vært sykemeldt i mer enn 200 dager ved oppstart. Resultatene viste at de sykemeldte hadde mindre sykefravær i året etter det Lange, men ikke det Korte rehabiliteringsprogrammet sammenlignet med det polikliniske tilbudet. Studiene fra Hysnes Helsefort viser at 3 ½ ukers døgnbasert ARR økte retur til arbeid, og at et mindre omfattende 4+4 dager rehabiliteringsprogram ikke hadde tilsvarende effekt

sammenliknet med ukentlig poliklinisk rehabilitering i 6 uker.

I Senter for jobbmestring-studien, som ikke er et tradisjonelt ARR program, fikk deltakerne individuell oppfølging og støtte i en jobbsøkerprosess, hvor målet er å finne rett arbeid til rett person. Støtten er kontinuerlig, og fortsetter også etter at deltakeren er kommet i arbeid. Jobbstøtten pågår parallelt med jobbfokusert kognitiv terapi. Tiltaket ble sammenliknet med ordinær oppfølging i form av øvrige tiltak og tjenester i NAV (Reme m.fl. 2015). Resultatene viste at deltakere i Senter for Jobbmestring hadde høyere arbeidsdeltakelse ved 12 måneders oppfølging, sammenliknet med kontrollgruppen; 44% var helt eller delvis i jobb, mens tilsvarende tall var 37% i kontrollgruppen. Ved 18 måneders oppfølging vedvarte effekten og viste henholdsvis 37% versus 27% arbeidsdeltakelse. Effekten av Senter for Jobbmestring var spesielt sterk for de som mottok arbeidsavklaringspenger.

I en systematisk kunnskapsoversikt om arbeidsplassintervensjoner viser funnene en tydelig og positiv trend ved at anvendelse av jobbfokusert kognitiv atferdsterapi har større effekt enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi på retur til arbeid for personer med psykiske plager (Cullen m.fl. 2017). Dette støttes i en annen studie som sammenliknet kognitiv atferdsterapi og jobbfokusert kognitiv terapi og effekt på retur til arbeid for personer som rapporterer vanlige psykiske plager (Lagerveld m.fl. 2012). Funnene viste at personer i gruppen som fikk jobbfokusert kognitiv terapi returnerte til arbeid i full stilling 65 dager tidligere sammenliknet med den andre gruppen. Også delvis retur til arbeid hadde større effekt og forekom 12 dager tidligere. Effekt på psykiske helseplager var derimot lik i begge gruppene som rapporterte færre plager etter endt behandling. Lignende funn presenteres i Blonk m.fl. (2006) som viste at selvstendig næringsdrivende sykmeldt for angst, depresjon og utmattelse returnerte til deltidsarbeid 17 dager før gruppen som fikk kognitiv terapi, mens effekten på å jobbe fullt forekom 200 dager før gruppen som bare fikk kognitiv terapi.

To studier av arbeidsfokuserende polikliniske rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten har ikke vist tydelige effekter på arbeidsdeltakelse etter 12 måneder (Myhre m.fl. 2014) og 12 og 24 måneder (Brendbekken m.fl. 2016) overfor den typiske målgruppe for arbeidsrettet rehabilitering av

langtidssykmeldte med komplekse helseproblemer. Eneste positive resultat på retur til arbeid ble funnet i Brendbekken m.fl. (2016) som viste at personer som mottok en multidisiplinær intervensjon hadde høyere sannsynlighet for å være deltidssykmeldt etter syv måneder sammenlignet med de som mottok en mindre kompleks intervensjon.

Smerterelatert frykt for arbeid og sykdomsforståelse er viktige prediktorer for retur til arbeid etter arbeidsrettet rehabilitering (Øyeflaten m.fl. 2008). Smerterelatert frykt er et komplekst fenomen formet i kryssfeltet mellom internt og eksternt stress, konkurrerende mål og psykososiale faktorer både på jobb og i dagligliv. Smerterelatert frykt er knyttet til kognitive prosesser og unngåelsesatferd, f.eks. av arbeidsplassen. Det anbefales at kognitive tilnærminger i arbeidsrettet rehabilitering retter seg mot uheldige tankemønstre og unngåelsesatferd (Øyeflaten m.fl. 2016).

#### Anbefalinger:

- Norsk forening for kognitiv terapi anbefaler å rette oppmerksomhet ikke bare mot helseplager, men bør parallelt omhandle tanker, følelser og atferd som hindrer retur til arbeid ved langvarig sykmelding
- Det forutsettes at valg av kognitiv tilnærming er basert på prinsippene og retningslinjene for evidensbaserte metoder
- Valg av kognitiv tilnærming bør bygge på en felles faglig plattform
- Det forutsettes at fagpersoner opprettholder fagkompetanse innenfor den valgte kognitive tilnærmingen