

Effekt av arbeidsrettet rehabilitering

Utvikling av faglig innhold i en poliklinisk kortintervensjon
Forstudie til en randomisert kontrollert studie

Ved

Monica Eftedal og Gro E. Aasland

Rehabiliteringssenteret **AiR**
KOMPETANSESENTER

Rehabiliteringssenteret AiR as
3864 Rauland
Tlf 35 06 28 00
www.air.no
Org.nr 934 452 011
ISO 9001:2008
CARF-akkreditert



Sykehuset Telemark

Forord

Dette forprosjektet ble igangsatt på bakgrunn av at Rehabiliteringssenteret AiR (AiR) ønsker å gjennomføre en randomisert kontrollert studie (RCT) for å undersøke effekten av sin 4-ukers arbeidsrettede rehabiliterings- (ARR) intervensjon på arbeidsdeltakelse. Fordi deltakerne i et slikt rehabiliteringsløp i utgangspunktet søker hjelp innen spesialisthelsetjenesten, og andre behandlingstilbud skal være utprøvd/vurdert, anses ikke randomisering til ”treatment as usual” som aktuelt ut fra etiske betraktninger. Vi regner også med at det vil være vanskelig å rekruttere et tilstrekkelig antall personer til studien med en slik design. Ved gjennomføring av en RCT-studie ønsker vi derfor å kunne tilby eventuelle deltakere til studien to arbeidsrettede rehabiliteringstiltak innen spesialisthelsetjenesten som begge er av høy faglig kvalitet, og der sammenligningsintervensjonen er i geografisk nærhet til AiR. AiR har i dialog med Sykehuset Telemark funnet en felles nytteverdi i å samarbeide om utvikling av et poliklinisk ARR-tilbud lokalisert til Sykehuset Telemark. Et slikt tilbud passer inn i Sykehuset Telemark sin områdeplan for habilitering og rehabilitering, samtidig som det åpner opp for muligheten til å gjennomføre en effektstudie som begge parter vil dra nytte av.

Forprosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd.

En stor takk til prosjektgruppen og alle som har bidratt fra Sykehuset Telemark, Rehabiliteringssenteret AiR, Uni helse, Bergen, Sykehuset Innlandet, Kysthospitalet i Stavern, avdeling Skien, Frisk Bris, Bamble, NAV Telemark samt alle som ga innspill (brukere og andre interessenter) til utforming av en arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk på dialogkonferansen som ble gjennomført.

Rauland 24. februar 2012

Monica Eftedal (prosjektleder)

Kontaktpersoner:

monica.eftedal@air.no

gro.aasland@sthf.no

Sammendrag

Den overordnede målsettingen for dette prosjektet er å utvikle en poliklinisk, tverrfaglig og arbeidsrettet rehabiliteringsintervensjon (ARR-intervensjon) for personer med muskel-/skjelettplager, lettere psykiske plager og sammensatte diffuse plager. Rehabiliteringssenteret AiR og Sykehuset Telemark samarbeider om å utvikle et poliklinisk tilbud til disse pasientgruppene i spesialisthelsetjenesten. Når poliklinikken er i drift, skal Sykehuset Telemark også delta i en randomisert kontrollert studie der tilbudet ved poliklinikken sammenlignes med AiR sitt 4-ukers døgnbaserte rehabiliteringsprogram med hensyn på effekt på arbeidsdeltakelse for nevnte pasientgrupper.

Muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager er de viktigste årsakene til langvarig sykefravær og uførhet i Norge, og plagene forekommer ofte også i kombinasjon med andre lidelser og medisinsk uforklarte plager som øker risikoen for gjentatte, langvarige fravær og uførepensjon. Generelt er det få tilbud til disse pasientgruppene ut over den hjelpen som kan gis i 1. linjetjenesten. Det er også mangel på kontrollerte studier som kan si noe om effekt av intervensjoner for disse gruppene med hensyn på arbeidsdeltakelse.

I utvikling av innhold i den polikliniske ARR-intervensjonen, har vi tatt utgangspunkt i dokumentert, forskningsbasert kunnskap om hva som har effekt, retningslinjer og krav til en tjeneste lokalisert innen spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelser av, og praktiske erfaringer med, intervensjoner som anses å representere gode tilnærminger innen feltet. Selv om forskningen fremdeles er mangelfull, er det likevel noen trender som peker seg ut i systematiske oversiktsstudier der en har analysert resultatene fra prosjekter hvor en har benyttet en randomisert, kontrollert design, og hvor intervensjonene er rettet mot ønskede målgrupper. Flere systematiske studier konkluderer sterke til moderate indikasjoner på at tverrfaglige intervensjoner har bedre effekt enn intervensjoner utført av en faggruppe eller ”treatment as usual”; at intervensjoner som inneholder både fysiske og kognitive intervensjonselementer har bedre effekt på muskel-/skjelettplager enn enkeltintervensjoner; og at inkludering av en arbeidsplassdimensjon og bruk av en koordinator i oppfølgingen synes å øke effekten på arbeidsdeltakelse. I tillegg til gjennomgang av forskningen på feltet, har prosjektgruppa også innhentet erfaringer fra ulike arbeidsrettede intervensjonsmodeller og

”raskere tilbake” tiltak i Canada, Danmark og Norge. Vi har fått innspill til innhold og organisering av en arbeidsrettet poliklinikk fra dialogkonferanse med inviterte brukere, leger, fysioterapeuter, praksiskoordinatorer og konsulenter, samhandlingskoordinatorer, NAV, Frisklivssentre, Bedriftshelsetjenester med mer. Og vi har hentet innspill fra kvalitetsindikatorer for ARR-intervensjoner hentet fra Fagrådet for arbeidsrettet rehabilitering, retningslinjer gitt i ”Samhandlingsreformen”, ”Nasjonal helse og omsorgsplan”, ”Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering” med mer.

På bakgrunn av den innsamlede informasjonen som kort er presentert i rapporten, er det besluttet at det polikliniske ARR-tilbudet ved Sykehuset Telemark i korte trekk skal bestå av en tverrfaglig kartlegging og assistanse til pasient/bruker i utforming av en individuell plan for arbeidsdeltakelse, tilbud om individuelle og gruppebaserte intervensjoner, koordinering av tiltak i oppfølgingsperioden med involvering av arbeidsplass og/eller NAV og videreformidling til andre tilbud i kommune, eller andre instanser, etter at intervensjonen og oppfølgingen ved sykehuset er avsluttet.

Innhold

Forord	ii
Sammendrag	iii
1. Innledning.....	1
2. Metode.....	2
3. Organisering	3
4. Resultater.....	4
4.1. Effekt av intervensjoner – dokumentert kunnskap	5
4.2. Arbeidsrettet rehabilitering – definisjon og modeller.....	7
<i>Sherbrook-modellen</i>	8
<i>Koordinatorrollen</i>	9
<i>KIA-modellen</i>	9
<i>Raskere tilbake tilbudet "iBedrift" avdeling Borgestad, Kysthospitalet i Stavern</i>	10
<i>"Raskere Tilbake" poliklinikk og RCT-studie, Sykehuset Innlandet</i>	10
<i>Lærings- og mestringssenteret (LMS), Notodden, Sykehuset Telemark</i>	12
<i>Avdeling for tverrfaglig smertebehandling, Sykehuset Telemark</i>	12
<i>En ukes ARR-opphold AiR Klinikk (Raskere Tilbake)</i>	13
<i>Rehabiliteringssenteret Frisk Bris, Bamble kommune, Telemark</i>	13
4.3. Innspill fra Dialogkonferanse	14
5.4 Innhold og struktur i den arbeidsrettede poliklinikken ved Sykehuset Telemark.....	17
Referanser.....	21

1. Innledning

Den overordnede målsettingen for dette prosjektet er å utvikle en poliklinisk, tverrfaglig og arbeidsrettet rehabiliteringsintervensjon (ARR-intervensjon) for personer med muskel-/skjelettplager, lettere psykiske plager og sammensatte diffuse plager. Muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager er de viktigste årsakene til langvarig sykefravær og uførhet i Norge (f.eks. Brage, Ihlebaek, Natvig & Bruusgaard, 2010; Indahl, Haldorsen, Holm, Reikeras & Ursin, 1998). Plagene forekommer ofte også i kombinasjon med andre lidelser og medisinsk uforklarte plager som øker risikoen for gjentatte, langvarige fravær og uførepensjon (Chandler, Ciccone, MacBride & Natelson, 2008; Bültmann et al., 2007). Ut fra et samfunnsmessig perspektiv er det ønskelig med gode intervensjoner som kan bidra til økt arbeidsdeltagelse blant disse pasientgruppene. Generelt er dette grupper som har få tilbud ut over den hjelpen som kan gis i 1. linjetjenesten. Det er også mangel på gode studier som kan si noe om hvilke behandlings- eller rehabiliteringstilbud som har effekt i forhold til å øke arbeidsdeltakelsen for disse gruppene.

Sykehuset Telemark ønsket på bakgrunn av sin områdeplan for habilitering og rehabilitering å utvikle et tilbud til pasientgrupper som nevnt over, blant annet for å kunne gi et tilbud til langtidssykemeldte i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringssenteret AiR ønsket på sin side å gjennomføre en kontrollert effektstudie med hensyn på arbeidsdeltagelse på sitt 4-ukers døgnbaserte rehabiliteringsprogram for samme pasientgruppe, men manglet en god kontroll- eller sammenligningsintervensjon i geografisk nærhet. Det ble derfor inngått en avtale om å samarbeide om utvikling av et poliklinisk arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som hadde en høy faglig kvalitet, og som samtidig kunne benyttes i en randomisert kontrollert studie der effekten av de to intervensjonene blir sammenlignet med hensyn på arbeidsdeltakelse, eventuelt hvilke pasientgrupper som har best nytte av det ene eller andre tiltaket.

Denne rapporten presenterer det forsknings- og erfaringsmessige grunnlaget som legges til grunn ved utvikling av en overordnet struktur og innhold i det polikliniske arbeidsrettede rehabiliteringstiltak for personer med muskel-/skjelettplager, lettere psykiske plager og sammensatte diffuse plager ved Sykehuset Telemark. I mandatet, gitt av Sykehuset Telemarks styringsgruppe, skal prosjektgruppa: *”planlegge opprettelse av en Arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk ved Sykehuset Telemark. Poliklinikken skal ivareta både tverrfaglig*

utredning og rehabilitering av pasienter. Den typiske pasient har muskel/skjelett- og /eller lettere psykiske lidelser. Det vil ofte være en sykefraværproblematikk knyttet til pasienten.”

Hovedmålsettingen med intervensjonen er å bidra til økt arbeidsdeltagelse for pasienter/brukere som henvises til klinikken gjennom styrking av deres egne ressurser, funksjon, mestring og arbeidsevne. Intervensjonen skal bygge på dokumentert, forskningsbasert kunnskap om hva som har effekt, retningslinjer og krav til en tjeneste lokalisert innen spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelser av, og praktiske erfaringer med, intervensjoner som anses å representere gode tilnærminger innen feltet. I tråd med retningslinjer gitt i “Samhandlingsreformen” (St.meld.nr.47, 2009), “Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld.nr.16, 2011) og “Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011” kapittel 9 (St.prp.nr.1, 2008), skal intervensjoner som gis være individuelt tilpasset. Det innebærer også at det skal gis assistanse til pasient/bruker i utforming av en individuell plan for arbeidsdeltakelse, og til koordinering av tiltak i oppfølgingsperioden med involvering av arbeidsplass og/eller NAV.

2. Metode

Kunnskapsinnhenting som grunnlag for utvikling av innhold i den polikliniske ARR-intervensjonen ved Sykehuset Telemark er gjort på bakgrunn av:

- Litteratursøk, i hovedsak gjennom pubmed
- Gjennomgang av noen eksisterende modeller og retningslinjer utviklet innen ARR-feltet:
 - Previcap/Sherbrookemodellen (Durand, Vachon, Loisel & Berthelette, 2003; Franche & Krause, 2002; Loisel et al., 1994; Loisel et al., 2002; Loisel et al., 2005; Marois & Durand, 2009; Schultz & Gatchel, 2005)
 - KIA – Koordinerende indsats for arbejdsfastholdelse (Kilsgaard et al., 2006)
 - Tilbake til arbeid program med vekt på koordinatorrollen (Ammendolia et al., 2009; Gardner, Pransky, Shaw, Nha, & Loisel, 2010)
 - Kysthospitalet Stavern, raskere tilbake tiltak: ”iBedrift”, satelitt Telemark
 - AiR klinikk – tverrfaglig raskere tilbake tiltak, 1 ukes avklaring/intervensjon

- Sykehuset Innlandet – tverrfaglig ”raskere tilbake” poliklinikk og RCT-prosjekt med randomisering til ”Brief Intervention” eller en tverrfaglig ”Raskere Tilbake” intervensjon
- Sykehuset Telemark – Lærings- og mestringssenteret Notodden
- Sykehuset Telemark – Smertepoliklinikken
- Frisk Bris, Bamble kommune, Telemark
- CARF¹ (internasjonal sertifiseringsordning for rehabiliteringsinstitusjoner)(CARF international, 2011)
- Kvalitetsmål for forløp innen arbeidsrettet rehabilitering (Fagrådet til AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering)
- Dialogkonferanse – drøyt 50 personer deltok med representanter fra fastleger, kommunehelsetjeneste, ulike faggrupper fra sykehuset, NAV, bedriftshelsetjenester, brukerutvalg, styringsgrupper og prosjektgrupper knyttet til forstudie og planlagt RCT-studie (gjennomført 2.12.2011).

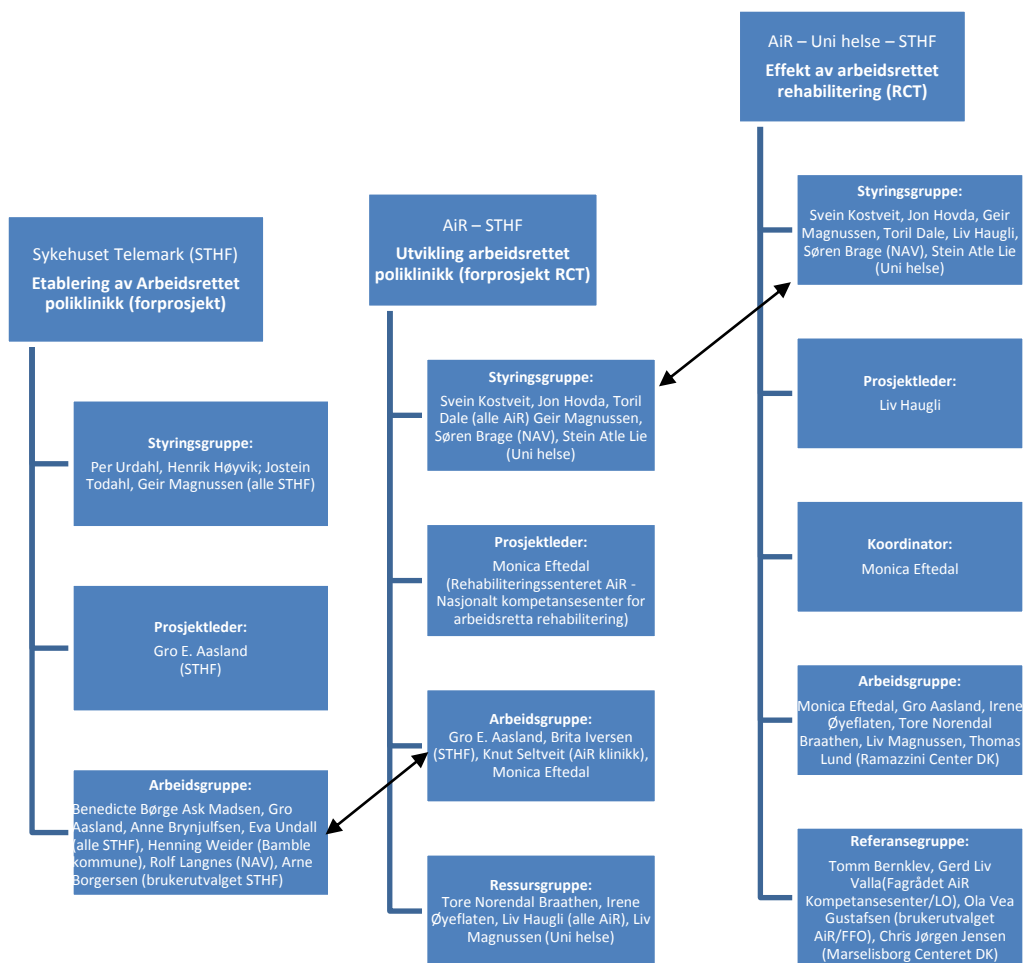
Prosjektgruppa har hatt vekt på informasjonsinnhenting fra vår til høst 2011. Utvikling av overordnet struktur og innhold i ARR-tilbudet er gjort høsten 2011 på basis av ovennevnte informasjonskanaler, dialog i prosjektgrupper og innspill fra deltagere i dialogkonferansen. Implementering av resultatene, med opprettelse av poliklinikken og utarbeiding av mer detaljerte prosedyrer, gjennomføres 2012. Planlagt oppstart av poliklinikken er 1.6.2012, med oppstart vanlig drift forventet august 2012.

3. Organisering

I arbeidet med utvikling av en arbeidsrettet poliklinikk ved Sykehuset Telemark, er det etablert tre prosjekter med ulike ansvarsforhold, men overlappende på personellsiden, for å sikre god informasjonsflyt, forankring i formelle beslutningskanaler og for å kunne trekke på ulike ressurser ved behov (Se figur 1). RCT-studien er et samarbeidsprosjekt mellom AiR, Uni helse og Sykehuset Telemark. I referansegruppen for dette prosjektet er også forskere fra Ramazzini centeret og Marselisborg centeret i Danmark samt brukere representert. Prosjektets ansvar er å lage klare rammer for innhold i en studie med en randomisert kontrollert forskningsdesign. Prosjektgruppe for utvikling av en arbeidsrettet poliklinikk, dvs. dette forprosjektet som er finansiert gjennom FARVE-midler, er et samarbeidsprosjekt mellom

¹ Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities

Sykehuset Telemark og AiR. Prosjektgruppa har ansvaret for utvikling av det overordnede faglige innholdet og strukturering av poliklinikken. I tillegg er det opprettet et eget prosjekt ved Sykehuset Telemark som sitter med det overordnede beslutningsansvaret, og som skal ivareta interesser og forpliktelser knyttet til utvikling og drift av en arbeidsrettet poliklinikk i regi av Sykehuset Telemark. Arbeidsgruppen her har en bred representasjon med deltagere fra både Sykehuset Telemark, NAV, kommune og brukere. Det er overlapp mellom representanter i de etablerte styringsgruppene, og arbeidsgruppene i de to sistnevnte prosjektene jobber sammen.



Figur 1: Oversikt prosjektgrupper relatert til utvikling av et poliklinisk arbeidsrettet rehabiliteringstilbud ved Sykehuset Telemark. Angivelse av tilhørighet for personer som deltar i de ulike gruppene er kun angitt en gang.

4. Resultater

Personer med muskel/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser står for godt over 50 % av alle langtidssykemeldte. I 1. kvartal 2011 var 40 % av de legemeldte sykefraværdsdagverkene muskel- og skjelettlidelser, mens 18,5 % var psykiske lidelser. Av disse igjen var 9,1 % lettere

psykiske lidelser, en økning på 5,4 %-poeng siden 2001 (Kilde: NAV). Sjansen for å komme tilbake i arbeid minsker svært mye dersom man er sykemeldt over 12 uker (Hauge & Thune 2008).

4.1. Effekt av intervensjoner – dokumentert kunnskap

Systematiske kunnskapsoversikter av RCT-studier hvor arbeidsdeltakelse er effektmål, viser at det fremdeles er for liten kunnskap om hvilke intervensjoner som har effekt for hvem, og om varighet/intensitet av intervensjonen har noen betydning (Waddell, Burton, & Kendall, 2008). De fleste studiene rapporterer om inkonsistente eller motstridende funn. Når det gjelder de vanligste psykiske plagene (som angst, depresjon, stress) er det sterke indikasjoner på at medisinske og psykologiske behandlingstiltak reduserer symptomer og forbedrer livskvalitet (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Det er imidlertid liten støtte, eller manglende bevis, i forskningen på at verken disse intervensjonene eller yrkesmessige intervensjoner, er effektive i forhold til å øke arbeidsdeltakelse (Furlan et al., 2011; Holm et al., 2010; Nieuwenhuijsen et al., 2008; Waddell et al., 2008). De vitenskapelige bevisene er også mangelfulle når det gjelder effekten av intervensjoner på arbeidsdeltakelse for personer med plager fra nakke-/skulderregion (Karjalainen et al., 2003), korsrygg (Ravenek et al., 2010), uspesifikke muskel-/skjelettplager (Meijer, Sluiter & Frings-Dresen, 2005; Holm et al., 2010), fibromyalgi (Karjalainen et al., 2000), kronisk smerte (Scascighini, Toma, Dober-Spielmann & Sprott, 2008) og kronisk utmattelsessyndrom (Price, Mitchell, Tidy & Hunot, 2008). Flere systematiske oversiktsstudier rapporterer imidlertid at multidisiplinære, omfattende biopsykososiale intervensjoner synes å være mer effektive og kostnadseffektive enn enkeltintervensjoner på tvers av diagnoser (Podniece et al., 2007; Hillage et al., 2008; Zampolini, Bernardinello & Tesio, 2007; Norlund, Ropponen & Alexanderson, 2009; Heitz et al., 2009; Holm et al., 2010; Gabbay et al., 2011). Norlund og kolleger fant blant annet støtte for en klinisk relevant effekt av multidisiplinære intervensjoner på arbeidsdeltakelse når de gjorde en metastudie på 5 skandinaviske korsryggs-studier (Bendix, Bendix, Labriola, Hastrup & Ebbehøj, 2000; Hagen, Eriksen & Ursin, 2000; Indahl et al., 1998; Jensen, Bergstrom, Ljungquist & Bodin, 2005; Lindstrom et al., 1992). Heitz og kolleger fant også at multidisiplinære tilnærminger var mer effektive enn enkeltintervensjoner uavhengig av hvor lenge personene hadde hatt korsryggplager før intervensjonen startet. I den systematiske oversiktsstudien av Scascighini og kolleger (2008), på smertemestringsprogram, fant de også moderate til sterke bevis for at multidisiplinære tilnærminger hadde bedre effekt enn andre

behandlinger. I studier av intervensjoner rettet mot muskel-skjelettplager er det også sterk støtte for at multidisiplinære intervensjoner som har med seg en arbeidsplasskomponent har større sannsynlighet for å rapportere et vellykket resultat enn studier hvor dette ikke er med (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron & Hillage, 2010), særlig når det tas i bruk en koordinator i prosessen tilbake i arbeid (Franché et al., 2005; Shaw, Hong, Pransky & Loisel, 2008; Tompa, de Oliveira, Dolinschi & Irvin, 2008). Tidlig kontakt med arbeidsplass synes å være av betydning for raskere tilbakegang til arbeid, og det er en sterk indikasjon på at kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass reduserer sykefraværet (Franché et al., 2005).

Når det gjelder varighet av intervensjonsprogrammene, så er det uklart rundt betydningen av dette. Verken i den systematiske oversiktsstudien til Scascighini og kolleger på smerte, eller Ravenek og kolleger på korsryggplager, fant de støtte for at intervensjonsprogrammer av høy intensitet hadde bedre effekt på arbeidsdeltakelse enn intervensjoner av kortere varighet og intensitet. Flere ryggstudier tyder på at tryggingselementet i forhold til plager kanskje er vel så viktig som varighet av intervensjonen (Jensen, Jensen, Christiansen & Nielsen, 2011; Indahl et al., 1998). På individnivå er det også sterke indikasjoner på at oppfattelser, tro og forventning om bedring eller uførhet også er underliggende mekanismer som kan påvirke tilbakegang til arbeid for ryggplager (Iles, Davidson & Taylor, 2008; Iles, Davidson, Taylor & O'Halloran, 2009; Indahl, 2004). Negative forventninger påvirker i negativ retning. Flere studier viser også at effekten av intervensjonene varierer blant subgrupper av deltagere (Beltman, Voshaar & Speckens, 2010; Bergstrom, Bergstrom, Hagberg, Bodin & Jensen, 2010; Boersma & Linton, 2005; Brennan et al., 2006; Brouwer, Reneman, Bültmann, van der Klink & Groothoff, 2010; Skouen & Kvåle, 2006; Skouen, Grasdahl, Haldorsen & Ursin, 2002; Haldorsen et al., 2002; Stapelfeldt et al., 2011; Steenstra et al., 2009; van Oostrom et al., 2010). Resultater fra subgruppestudier er foreløpig sprikende (analysert ut fra ulike indikatorer).

Når det gjelder innhold i intervensjonsprogrammene for uspesifikke muskel-/skjelettplager, hevder Meijer og kolleger (2005) at det synes som om programmene bør inneholde en kombinasjon av ulike elementer, for eksempel undervisning, fysiske, psykologiske, sosiale, adferdsmessige og arbeidsrettede elementer, dersom en skal lykkes med å føre personene tilbake i arbeid. Holm og kolleger (2010) hevder også at psykologiske intervensjoner alene synes å være av liten verdi for personer med muskel-/skjelettplager.

4.2. Arbeidsrettet rehabilitering – definisjon og modeller

Innen spesialisthelsetjenesten i Norge defineres arbeidsrettet rehabilitering 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 brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet” (Fagrådet for AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, 2011). I den biopsykososiale modellen av uførhet, som verdens helseorganisasjon bygger på i sin klassifisering av helse, funksjon og funksjonshemming (ICF) (WHO, 2001), ses uførhet på som et resultat av et samspill mellom biologiske, fysiske, adferdsmessige, psykologiske og sosiale fenomener. ICF bygger på en tankemodell som er dynamisk, og som viser det komplekse samspillet og sammenhengene mellom en persons helsetilstand, funksjon, personlige faktorer, aktiviteter og omgivelser. ICF klassifiseringen gir muligheter for identifisering av både ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser, og det vurderes som et godt egnet verktøy i arbeidsrettet rehabilitering, både som vurderingsverktøy og som prosessverktøy (Fagrådet, 2011).

I henhold til CARF (2011) karakteriseres en spesialisert rehabiliteringsintervensjon av en tverrfaglig vurdering og behandling. Intervensjonen er målrettet og individuelt tilpasset, og vil som regel ha en kombinasjon av medisinske, psykologiske, adferdsmessige, fysiske, funksjonelle og yrkesmessige komponenter. Jo mer komplekse og sammensatte de helsemessige problemene er, desto større behov antas det å være for en helhetlig og tverrfaglig tilnærming både i kartlegging, behandling, forebygging og stimulering av helsefremmende prosesser. Ifølge Fagrådet skal et tverrfaglig sammensatt rehabiliteringsteam ha kompetanse på arbeid og helse – inkludert vurderings- og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjoner i ICF sitt begrepsapparat relatert til det funksjonsområdet de jobber med, samt kompetanse på aktiviteter som fremmer helse og arbeidsevne på tross av eventuelle helseplager og funksjonsproblemer. Fagrådet vektlegger også at ansatte som jobber med arbeidsrettet rehabilitering skal ha kompetanse innen veiledning i form av en formell, relasjonell og pedagogisk fremgangsmåte rettet mot styrking av brukers mestringskompetanse, og de skal ha kompetanse i å legge til rette for prosess- og erfaringslæring på individ- og gruppenivå. Brukermedvirkning og kontakt med sentrale aktører på arbeidsplass, i NAV, primærhelsetjenesten eller andre som er av betydning for å oppnå arbeidsdeltagelse anses som sentral. Fagteamet skal også ha kjennskap til relevant lovverk og de tiltaks- og støtteordninger som er tilgjengelig i NAV og andre instanser. Den

tverrfaglige kompetansen skal utnyttes slik at brukerens behov til enhver tid blir ivaretatt av fagpersoner med rett fagbakgrunn (Fagrådet 2011).

Samhandlingsreformen (kap. 10) gir også noen føringer for utforming av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Ifølge denne skal spesialisthelsetjenesten utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i skjæringsfeltet mellom standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Det forventes at tjenestene utvikles slik at en oppnår gode pasientforløp på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå, at det utvikles gode samarbeidsformer som sikrer god kunnskapsflyt mellom sykehus og kommuner, og at pasient- og brukerorganisasjoner trekkes inn i prosessen for å videreutvikle både metodikk og innhold.

Sherbrook-modellen

Den Canadiske Sherbrook modellen (Loisel et.al. 1994, 2002, Franche et.al. 2002), og videreutviklingen av denne i Previcap-modellen (Durand et.al. 2003, Schultz & Gatchel (eds.) 2005, Marois & Durand 2009), er et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram lagt til rette for en poliklinisk intervensjon og tett samarbeid med arbeidsplass. Modellen har en sterk vektlegging av interaksjonen mellom arbeidstakeren og hans eller hennes omgivelser, betydningen av arbeidsplassen i rehabiliteringsprosessen og behovet for tett samarbeid mellom ulike nøkkelpersoner rundt personen i prosessen tilbake i arbeid. Sentralt i denne modellen er: bruk av et tverrfaglig team i kartleggingsprosessen og det de kaller en terapeutisk tilbakevending til jobb; bruk av screeningverktøy som er egnet til å identifisere ressurser og barrierer i forhold til tilbakegang til arbeid; ”skreddersøm” i forhold til intervensjon rettet mot individ og prosessen tilbake i jobb; god kommunikasjon med pasient og andre nøkkelaktører - særlig arbeidsplass; styrking og myndiggjøring av pasienten selv i prosessen tilbake i arbeid; tidlig identifisering av mulige tiltak for å komme tilbake i jobb; utforming av en individuelt tilpasset rehabiliteringsplan og oppfølging av denne inntil stabil arbeidsdeltakelse. Oppmerksomheten er ikke primært rettet mot å kurere plager, men å fremme helsefremmende holdning individuelt og i grupper, og å sette den enkelte i stand til å mestre jobb på tross av eventuelle vedvarende plager. Modellen har fått stor innflytelse på utforming av arbeidsrettede rehabiliteringsinnsatser, også i Norge.

Koordinatorrollen

Behovet for koordinering av tiltak og oppfølging av den sykemeldte har som allerede nevnt blitt identifisert som en viktig faktor i prosessen tilbake til arbeid for den sykemeldte.

Koordinatorrollen kan i prinsippet innehas av alle faggrupper. Forskning og erfaring (Gardner, Pransky, Shaw, Nha & Loisel 2010) viser at det vesentligste med koordinatoren er at hun eller han innehar egenskaper som:

- Gode sosiale ferdigheter
- God kommunikasjonssevne
- Løsningsorientert
- Relevant kunnskap til regelverk, aktører og prosesser involvert i det å komme tilbake i jobb

Koordinator har en nøkkelrolle i forhold til kontakt med pasientens/arbeidstakerens omgivelser både når det gjelder informasjonsinnhenting, kommunikasjon og koordinering av aktiviteter (Ammendolia et.al. 2009). Koordinator er også sentral når det gjelder å etablere konsensus rundt tiltak på arbeidsplass, oppfølging av arbeidsgiver og arbeidstaker for å sjekke om arbeidet er gjenopptatt, og om oppgaver er i tråd med hva som ble besluttet. Timing, oppgaver og intensitet bør være tilpasset både arbeidstakers og arbeidsgivers behov. I henhold til Ammendolia og kolleger er koordinatorens overordnede oppgave å lære opp arbeidstaker og arbeidsplass slik at de selv kan løse eventuelle problemer eller fremtidige konflikter.

KIA-modellen

Den Danske KIA-modellen (koordinert innsats for arbeidsfastholdelse) (Kilsgaard et.al. 2006) viser til et prosjekt i Vejle amt rettet mot sykemeldte personer med muskel-/skjelettplager. Modellen bygger på en tverrfaglig tilnærming; screening ut fra ICF-matrise (laget på bakgrunn av WHO 2001); koordinert rehabiliteringsinnsats på tvers av kommune, sykehus, sosialsektor og arbeidsplass – med opprettelse av et eget team som ivaretar dette (TAF-team); en progressiv innsats for tilbakevending til arbeid i tråd med Sherbrook-modellen. Den individuelle handlingsplanen utarbeides i samarbeid mellom TAF-team, den sykemeldte, kommunal saksbehandler og arbeidsplass. Den skreddersydde innsatsen rettes mot der problemene er størst, enten dette omfatter personen selv (f.eks. behov for informasjon og trygging i forhold til plager og funksjon); innsats rettet mot arbeidsplass (f.eks. å avdekke barrierer, kartlegge funksjon, samtaler med leder, instruksjon arbeidsteknikk, hjelpemidler); eller innsats rettet mot barrierer i omgivelsene forøvrig.

Raskere tilbake tilbudet "iBedrift" avdeling Borgestad, Kysthospitalet i Stavern

v/Tone Berge Hansen, prosjektkoordinator "12-minutteren"

Raskere tilbake prosjektet "iBedrift" er et tilbud som henvender seg til personer med muskel-/skjelettplager, først og fremst plager fra rygg og nakke. Det er et lavterskeltilbud hvor målsettingen er tidlig innsats uten ventetid, og å gi pasientene innsikt, kunnskap og trygghet, slik at de kommer tilbake i jobb raskest mulig med minst mulig bruk av ressurser.

Fagpersonellet består i hovedsak av fysioterapeuter, men teamet har også tilgang til personer med idrettsbakgrunn, og kan konsultere lege ved behov. Tiltaket gjennomføres i nært samarbeid med NAV og Arbeidslivssentrene i regionen. Henvisninger til tiltaket er via fastleger. Etter henvisning kommer de i første omgang til en undersøkelse og samtale. Noen greier seg med denne første kontakten og går direkte tilbake til arbeid. De som har behov for mer støtte deltar først i et 2 dagers kurs à 2,5 time. Deretter får de oppfølging med 1 til 2 nye samtaler ved klinikken. De som fremdeles har problemer blir henvist til et 5 dagers ATU-kurs (mestringskurs) (2-3 dager/uke over 2 uker + hjemmeoppgaver). Klinikken inntrykk er at de med sammensatte problemer, for eksempel angst og depresjon i tillegg til ryggplager, trenger lengst oppfølging. I snitt har klinikken 2-3 konsultasjoner/person, 7-8 for dem som deltar i ATU kurs. Fagpersonellet gir også opplæring og kunnskapsformidling til fastleger og IA-bedrifter, og det er mulig for bedrifter å inngå et medlemskap som gir tilgang til ulike tjenester.

"Raskere Tilbake" poliklinikk og RCT-studie, Sykehuset Innlandet

Eli Molde Hagen (Leder poliklinikk, Fysmed), Stine Olsen Kirkevik (Fysioterapeut og koordinator for "Raskere tilbake"), Aase Windju (Sosionom), Randi Brendbekken (lege, ansvarlig RCT-studie)

Tre poliklinikker er lokalisert på samme sted: Ryggpoliklinikk, "Raskere Tilbake" poliklinikk og Fysikalsk-Medisinsk poliklinikk. Det planlegges også etablering av smertepoliklinikk samme sted. Det arbeides for å få til en organisering der en jobber mest mulig tverrfaglig, og der pasienten møter spesialistene på samme sted. Målet er å korte ned ventetid og unngå at pasienten sendes rundt i systemet.

"Raskere Tilbake" poliklinikk: Dette er et tverrfaglig tilbud hvor det er utarbeidet en egen mal for hvilke tema de ulike faggruppene skal dekke, og hvor sekretær har en nøkkelrolle med koordinering av avtaler. Før pasienten kommer til klinikken fyller hun/han ut et spørreskjema som benyttes i dialog med fagpersonellet. Når pasienten kommer til klinikken, gjennomføres først en samtale med sosionom, deretter lege og til slutt fysioterapeut. Hver enkelt fagperson

gjør oppslag i spørreskjemaet på temaer som er relevante for dem, noe som samtidig bidrar til en kvalitetssikring av det som er fylt ut. Før overlevering av pasient til neste konsultasjon, formidles relevant informasjon for å unngå at pasienten må svare på det samme flere ganger. Etter at pasienten har hatt en samtale med alle fagpersonene, har fagteamet først et møte hvor de diskuterer inntrykk og muligheter seg i mellom, deretter et møte sammen med pasienten. Alt foregår i løpet av en dag. Målet med programmet den første dagen er å utvikle en individuell tiltaksplan/rehabiliteringsplan der pasienten involveres mest mulig. Nesten alle pasienter har en eller flere oppfølgingskontakter etter første dag, enten telefonisk eller ved kontrolltimer hos en eller flere av fagpersonene i teamet. De som bor langt unna får oppfølging via telefon. Sosionom er noe ute på arbeidsplass, men har mest kontakt med NAV og bedriftshelsetjeneste. Fagpersonellet formidler kontakt videre til lokale tiltak ved behov, avhengig av hva som er tilgjengelig på pasientens bosted.

I Sykehuset Innlandet sin RCT-studie, sammenlignes denne tverrfaglige ”Raskere Tilbake” intervensjonen med ”Brief Intervention” med hensyn på effekt på sykefravær. Målgruppen for studien er pasienter som har vært sykmeldt inntil 1 år for muskel-/skjelettlidelser. ”Brief Intervention” er en enklere poliklinisk tilnærming bestående av samtale og undersøkelse hos lege og fysioterapeut, blant annet med mål om å trygge pasienten i forhold til plager. Dette er en tilnærming som tidligere har vist en effekt med hensyn på reduksjon i sykefraværet for pasienter med ryggplager. Den tverrfaglige tilnærmingen er beskrevet i det forutgående. De som mottar den tverrfaglige intervensjonen, får alle en oppfølgingstime hos fysioterapeut etter 2 uker, og et møte med hele teamet etter 3 måneder. Etter 1 år følges de opp med en spørreskjemaundersøkelse og en telefonkontakt. Tiltak pasientene henvises videre til fra poliklinikken kan være:

- Behandling (fysisk, psykisk, medikamentelt)
- Utredning
- Egenaktivitet
- Gruppeaktiviteter
- Rådgivning
- NAV
- Arbeidsplass
- Bedriftshelsetjeneste

Lærings- og mestringssenteret (LMS), Notodden, Sykehuset Telemark

v/Brita Rønning Iversen, psykolog

LMS legger til rette for opplæring av pasienter og pårørende, samt for helsepersonell. Brukermedvirkning er sentralt i alle deler av virksomheten ved LMS. Målet er å bidra til at pasienter/brukere skal oppnå økt livskvalitet gjennom bedre mestring av livet med sykdommen. Det tilbys en rekke kurs av ulik varighet tilpasset behov og ønsker – både diagnoserettede og kurs på tvers av diagnoser. De fleste tilbudene er organisert som diagnoserettet opplæringstiltak og rehabiliteringstilbud for personer som har fått en kronisk sykdom. Noen temaer som livsstil og det å leve med en kronisk eller langvarig lidelse er felles på tvers av diagnoser og inngår i all opplæring. Andre har en lidelse som krever opplæring i og tilegning av spesifikk kunnskap, eller ferdigheter, for å mestre situasjonen sin best mulig i hverdagen (for eksempel personer med diabetes). Rehabiliteringstilbudene er gruppebaserte og går over ti uker med en samling i uka à 2,5-3 timer. Ett av kursene heter ”Leve nå”. Det er et tverrfaglig tilbud, som er utviklet og gjennomført i samarbeid mellom lege, psykolog, fysioterapeut, kunst- og uttrykksterapeut samt brukerrepresentanter. Målgruppen er personer med sammensatte og langvarige plager på tvers av diagnoser. Kurset er satt sammen av tematimer og aktivitet/avspenning tilpasset gruppa og den enkelte. Før oppstart av tilbudet har personen en samtale med lege og eventuelt psykolog. Andre faggrupper kan trekkes inn ved behov.

Avdeling for tverrfaglig smertebehandling, Sykehuset Telemark

Eva Undall, leder

Smertepoliklinikken er organisert under anestesienheten ved Sykehuset Telemark. Enheten har ansvar for postoperativ smertelindring, inneliggende pasienter med spesielle og langvarige smerteproblemer og har i tillegg en poliklinisk virksomhet. Pasienter som kommer til poliklinikken er særlig personer med langvarige, ikke maligne, smerter – en del er avhengig av behandlingen for å kunne holde seg i jobb. Poliklinikken utreder også personer med subakutte smerter med varighet under 6 mnd, og personer med uspesifikke lidelser som tidligere er avvist av andre spesialister. Enheten er bemannet med anestesileger og sykepleiere med intensiv bakgrunn, hvorav 1 sykepleier med videreutdanning i kognitiv terapi og 1 spesialpsykepleier innen psykiatri. I tillegg er psykolog, fysikalsk medisin og fysioterapeuter tilknyttet, ved siden av sekretær. Ved behov gjennomføres det en tverrfaglig utredning. I disse tilfellene har fagpersonellet først et fellesmøte hvor de diskuterer sine funn og observasjoner, deretter et tverrfaglig tilbakemeldingsmøte med pasienten til stede. De som

følges opp lengst, er dem som stadig må legges inn på sykehus. Poliklinikken har noe samarbeid med andre spesialiteter på sykehuset. Ved behov har de også samarbeid med fastlege, rusomsorgen og hjemmesykepleien. De arrangerer et gruppebasert mestringskurs 2 ganger i året: ”Å leve med smerter”, hvor også pårørende kan delta. Intensitet og varighet – 2 timer 1 gang/uke over 7 uker.

En ukes ARR-opphold AiR Klinikk (Raskere Tilbake)

v/Knut Seltveit, fagsjef arbeid

Dette var et tidsavgrenset prosjekt ved AiR klinikk som tok utgangspunkt i en funksjonsavklaringsintervensjon der det ble benyttet både individuelle og gruppebaserte tilnærminger. Tiltaket kan også betegnes som en kort rehabiliteringsintervensjon. Henvisning til tiltaket var uavhengig av diagnose, men omfattet i hovedsak personer med muskel-/skjelettplager og lettere psykiske plager. Rehabiliteringen var basert på en tverrfaglig vurdering av arbeidsevne og funksjon og deltakernes muligheter for arbeid. Alle personene var gjennom et strukturert intervju hos utføringskonsulent, lege og fysioterapeut. Ved behov ble det også gjennomført undersøkelser av lege og fysioterapeut. Det ble benyttet en rekke spørreskjemaer som understøttelse i kartlegging av, og tilbakemelding til, den enkelte deltaker. Ut over denne kartleggingen introduserte fysioterapeuten deltakerne til avspennings- og bevegelsesterapi, mens idrettspedagogen gjennomførte en kondisjonstest av deltakerne og introduserte dem til ulike aktiviteter som de kunne forsøke selv hjemme. Alle deltok i undervisning og gruppesamtaler rundt ulike tema. Fagteamet vektla særlig å få fram deltakernes muligheter og ressurser framfor deres begrensninger. Etter kartleggingen diskuterte hele fagteamet funn og muligheter den enkelte deltaker hadde for å bedre funksjon og arbeidsevne. Teamet samarbeidet deretter med deltakeren i et målsettingsarbeid som endte ut i utforming av en individuell plan for arbeid, inkludert koordinering med arbeidsplass og lokalt støtteapparat. Ved behov ble det inngått avtaler med det lokale hjelpeapparatet om møter/oppfølging av bruker i etterkant av oppholdet.

Rehabiliteringssenteret Frisk Bris, Bamble kommune, Telemark

Henning Weider, leder

Frisk Bris er et kommunalt lavterskel-tilbud etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Det er etablert som et forpliktende samarbeidstiltak mellom Sykehuset i Telemark, NAV og kommune for å kunne levere rehabiliteringstjenester til brukere på en

optimal, helhetlig og koordinert måte. Målgruppen er blant annet personer med psykiske lidelser og eller muskel-/skjelettlidelser, unge ”drop outs”, personer med diabetes og Kols – mange har sammensatte plager. Læring, aktivitet og mestring står sentralt i tilbudet.

Frisk Bris er bemannet med idrettspedagog, fysioterapeut, atføringskonsulent samt sykepleier fra sykehuset. De jobber tverrfaglig, og fungerer også som et koordinerende organ mellom bruker, NAV, fastlege og andre behandlere. Rehabiliteringen dreier seg om å skreddersy individuelle og optimale tiltak i samarbeid med brukeren og de ressurser og virkemidler som er tilgjengelig i Frisk Bris, spesialisthelsetjeneste, NAV og kommunens øvrige virkemiddelsapparat. Etter avklaring av den enkeltes helsesituasjon, følger en tett oppfølging hvor varighet tilpasses personens behov. Det er en fagperson som får et dedikert ansvar for denne oppfølgingen, inkludert oppfølging i forhold til arbeidsgiver med mer.

Frisk Bris er også godkjent som et arbeidspraksistiltak i skjermet virksomhet (APS). De som deltar her, deltar først i et program på inntil 12 uker som innbefatter fokus på motivasjon, undervisning/veiledning og fysisk trening. Målsetting er å styrke den enkeltes livsmestring og danne grunnlag for å gå videre i en yrkesrettet karriere. Andre periode omfatter arbeidstrening med tett individuell oppfølging i ordinære bedrifter, alternativt: skolegang eller kurs som styrker mulighetene for å kunne få eller beholde arbeid.

Prosjektgruppa har konkludert med at tiltak av den typen som Frisk Bris representerer, vil kunne være et ledd i tiltakskjeden etter vurdering/intervensjon ved den arbeidsrettede poliklinikken ved Sykehuset Telemark.

4.3. *Innspill fra Dialogkonferanse*

Prosjektgruppa inviterte til en dialogkonferanse der målet var å få innspill fra aktuelle aktører, nøkkelpersoner og målgrupper på hvordan en arbeidsrettet poliklinikk burde innrettes for å få til best mulig kvalitet og samarbeid. Invitasjonen gikk til aktuelle seksjoner/enheter ved Sykehuset Telemark, praksiskoordinatorer og konsulenter, samhandlingskoordinatorer, NAV, kommunelegene i Skien og Porsgrunn, Frisklivssentre, Bedriftshelsetjenester, Borgestadklinikken, brukerorganisasjoner og medlemmer i prosjektgrupper og styringsgrupper relatert til utvikling av en ARR-poliklinikk og gjennomføring av RCT-studien. Mer enn 50 personer med representanter fra alle grupper deltok. Møtedeltakerne viste et stort engasjement for opprettelse av et poliklinisk ARR-tilbud ved Sykehuset, og ønsket å

bidra med innspill til hvordan dette kunne utvikles slik at en kunne få et best mulig tilbud. Her følger noen hovedpunkter som kom fram:

Vesentlige elementer i et poliklinisk arbeidsrettet tilbud:

- Tidlig avklaring og tverrfaglig vurdering for å trygge pasient/bruker i et videre løp mot arbeid
- Kartlegge behov, vansker og ressurser ut fra et helhetlig perspektiv
- Fokusere på funksjonsevne, arbeidsevne og ressurser framfor begrensninger
- Jobbe ut fra et aktørperspektiv for å bygge opp under det som gir styrke og pågangsmot i forhold til gjenopptagelse av arbeidet
- Involvere pasient/bruker i egen prosess og beslutninger om tiltak
- Tiltakene bør være rettet mot både det mentale og fysiske – stimulere bedret funksjon og arbeidsevne
- Utredning og tiltak bør eventuelt foregå i parallell for å unngå lange ventetider
- Oppfølgingen må være både lang nok og ”tett” nok.
- Arbeidslivskompetanse og kompetanse om tilretteleggingstiltak bør være knyttet til poliklinikken
- God kommunikasjon og samhandling mellom alle berørte aktører prioriteres

Sett fra brukers ståsted ble det også vektlagt:

- At det er et godt tverrfaglig tilbud der en unngår at noen blir ”kasteballer” i systemet
- At en føler seg ivaretatt og sett som et helt menneske
- Ved behov kunne ha med seg en veileder, eller en person som støtter og assisterer bruker
- At det er god informasjonsflyt til alle aktører som skal ha informasjon slik at bruker selv slipper belastningen med å informere

Sett fra arbeidsgivers ståsted ble det vektlagt:

- Tidlig og god kommunikasjon der arbeidsgiver blir tatt med i prosessen fordi det vil:
 - Gjøre det lettere å avklare den ansattes muligheter for å komme tilbake i jobb
 - Bidra til at arbeidsgiver kan ivareta sin tilretteleggingsplikt på en god måte
 - Bidra til å finne jobbalternativer som samsvarer med arbeidstagerens arbeidsevne tidligst mulig
 - Bidra til at arbeidsgiver får informasjon om hjelp og støtteordninger som eventuelt er tilgjengelig

Sett fra NAV sitt ståsted ble det vektlagt:

- Betydningen av godt samarbeid mellom bruker, NAV, arbeidsplass, lege
- Det etterspørres sluttrapporter som er mest mulig konkrete, gjerne med forslag om tiltak som kan bidra til at personen kan komme tilbake i jobb
- Større bruk av graderte sykemeldinger

Deltakerne ved konferansen presiserte også behovet for en tydelig beskrivelse av innholdet i en arbeidsrettet poliklinikk som klart definerte dette tilbudet i forhold til andre tilbud både ved sykehuset og i kommunen. Mange diskusjoner dreide seg samspillet mellom de ulike faggruppene og aktørene som blir involvert rundt arbeidstakere som blir syke. Det ble stilt spørsmål ved om det er fastlegen, NAV eller arbeidsgiver som ”eier” pasienten, og hvem eller hvilke grupper som bør inneha koordinatorrollen. Det var enighet om at koordinatorrollen kan kles av mange ulike faggrupper, og at de kan være på ulike nivå – uten at det var enighet om hvordan en poliklinikk burde ivareta sin koordinatorrolle, eller når og hvordan koordinatoransvaret skulle overføres mellom ulike parter i de ulike fasene en person befinner seg i prosessen tilbake i arbeid. I de tilfellene hvor personen har en arbeidsgiver, skal det ideelt sett være arbeidsgiver som er den viktigste koordinatoren i en tidlig fase, NAV hvis personen er uten et arbeidsforhold. I noen tilfeller kan fastlegen være en viktig koordinator, i andre sammenhenger kan det være en funksjon i kommunen.

Uavhengig av de ulike gruppene med et koordineringsansvar i bedrift og kommune, ser prosjektgruppa det som vesentlig at pasienten/brukeren har en person å forholde seg til så lenge de har tilknytning til poliklinikken. Det erkjennes at det kan bli utfordrende å få til en god overføring av pasienten/brukeren fra ett nivå til et annet i ulike faser i prosessen tilbake i arbeid, men målet er ”de sømløse” forløpene. I utforming av koordinatorrollen ved sykehuset vil det tilstrebes en klarest mulig beskrivelse av ansvars- og myndighetsforhold, når sykehusets ansvar for oppfølging er nådd, og hvordan en eventuell koordinator i kommunen, bedriften eller bedriftshelsetjenesten skal koples på.

5.4 Innhold og struktur i den arbeidsrettede poliklinikken ved Sykehuset Telemark

Målgruppen for poliklinikken er personer med muskel-/skjelettplager uten spesifikke funn og personer med lettere psykiske plager, samt personer som har et blandet symptombilde med både somatiske og psykiske plager:

- Muskel/skjelettplager uten spesifikke funn
- Lettere psykiske plager
- Uspesifikke smertetilstander
- Mage/fordøyelsesplager
- Slitenhet
- Høy grad av komorbiditet

Poliklinikken vil ta imot personer/pasienter enten de er sykemeldt eller ikke, og uavhengig av om de har et arbeidsforhold eller ikke. Henvisende instanser vil være fastleger, bedriftshelsetjeneste, andre poliklinikker på sykehuset og NAV. Målgruppen for det planlagte RCT-prosjektet blir noe smalere enn for poliklinikken.

Planlagt bemanning:

- Lege – gjerne spesialist i fysikalsk medisin eller arbeidsmedisin
- Psykolog/fagperson med psykologfaglig kompetanse
- Fysioterapeut, gjerne med psykomotorisk kompetanse eller lang erfaring i vurdering av smertetilstander
- Arbeidskonsulent/NAV-ansatt
- Idrettspedagog
- Sekretær/koordinator i noe utvidet stilling
- Sykepleier med veiledningskompetanse/evt. kombinert med koordinatorstilling

Struktur for innhold i poliklinikken

Ut fra den kunnskapen som er innhentet i prosjektet om effektive modeller og god praksis innen arbeidsrettet rehabilitering, diskusjoner i dialogkonferanse og i prosjektgruppa, vil vesentlige elementer i den polikliniske arbeidsrettede intervensjonen ved Sykehuset Telemark baseres på:

- Tverrfaglig (i motsetning til flerfaglig) kartlegging og vurdering
 - Utvikle gode strukturer for tverrfaglig jobbing
 - Alt fagpersonell har/utvikler kompetanse på veiledning
- En helhetlig tilnærming med forankring i ICF-modellen
 - Egnede verktøy vurderes eller utvikles i forhold til intervju med bruker/pasient
 - Innhenting av informasjon fra behandler, arbeidsplass, NAV
 - Identifiser viktig nøkkelpersonell som kan påvirke tilbakegang til arbeidet

- Identifiser faktorer som er mulig å endre på personnivå
- Identifiser tiltak og intervensjoner som vil fremme tilbakegang til arbeidet
- Bygge på et salutogent/helsefremmende perspektiv
 - Vektlegging av brukerens arbeidsevne, ressurser og mestring
 - Trygging og avdramatisering i forhold til helseplager
 - Stimulere helsefremmende holdninger
 - Brukermedvirkning og myndiggjøring
- Utredning/kartlegging ender opp i
 - En individuell plan for tilbakegang til arbeidet
 - Basert på dialog mellom bruker og fagpersonell
 - ”Skreddersøm” for den enkelte
- Intervensjon
 - Gruppebaserte og/eller individuelle tilnærminger
 - Informasjon/undervisning om rehabiliteringsprosess, rettigheter/plikter, plager m.m.
 - Tilbud om kognitive/psykiske tilnærminger – individuelle samtaler eller lærings- og mestringskurs
 - Tilbud om ulike fysiske aktiviteter, avspenningsteknikker og trening
 - Kontakt mot arbeidsplassen en obligatorisk del av tiltakskjeden
 - Arbeidsplassbesøk/møter/telefonkontakt – utforme en handlingsplan
 - Kontakt mot lokalt NAV for personer uten en arbeidsrelasjon, eller personer som trenger andre tilbud enn arbeidsgiver kan gi
 - Eventuell henvisning til tiltak innenfor eller utenfor sykehuset
- Oppfølging
 - Koordinering av aktiviteter for den enkelte bruker/pasient
 - Bidra til konsensus om praktiske løsninger i forhold til tilbakegang til arbeid med arbeidsgiver og/eller NAV
 - Klargjøring av ansvarsforhold og tidsrammer
 - Oppfølging av avtaler, eventuell justering av plan ved behov
 - Kontakt avsluttes når stabil arbeidsdeltagelse er oppnådd, eller når videre ansvar for oppfølging er overlatt arbeidsgiver, NAV, 1. linjetjeneste på en strukturert måte
- Rapportering
 - Utforme en tverrfaglig epikrise
 - Sendes til den som har henvist pasient/bruker til tiltak
 - Rapport til arbeidsgiver og/eller NAV etter samtykke fra pasient/bruker

Planlagt pasientforløp ved ARR-poliklinikk: Kartlegging og utforming av en individuelt tilpasset tiltaksplan vil foregå over to dager. Første dag gjennomføres det individuelle samtaler mellom pasient og hver av personene i fagteamet. Det kan vurderes om det er behov for en samtale med alle, men det må alltid gjennomføres samtale med lege og arbeidskonsulent. Fagteamet har deretter et oppsummeringsmøte uten pasienten til stede. Det besluttes hvem i det tverrfaglige teamet som får funksjon som koordinator for pasienten. På dag to tar koordinator en samtale med pasienten der oppsummeringen fra fagteamet blir lagt fram, og hvor koordinator og pasient blir enig om videre tiltak med utforming av en individuell plan. Tiltakene skal tilpasses pasientens behov. Det vil også legges opp til generell informasjon/undervisning som pasienten deltar i på dag 2. De videre tiltakene som gjennomføres i sykehusets regi, beskrevet under punktet ”Intervensjon” vil ha en antatt varighet på 2 til 12 uker. Samtidig i denne perioden vil koordinators oppgaver være som beskrevet under punktet ”Oppfølging”, hvor en særlig viktig oppgave vil være koordinering av tiltak i forhold til arbeidsplass. Når intervensjonen i regi av sykehuset er gjennomført, tar koordinator en avsluttende samtale med pasienten. Dersom pasienten har behov for videre oppfølging, bistår koordinator med formidling til andre tiltak i kommunen, eller til andre relevante instanser. Koordinator har også ansvar for rapportering til henviser og berørte parter etter avsluttet rehabilitering fra sykehusets side.

Nødvendig medisinsk utredning skal være utført før en ARR-intervensjon igangsettes, både for å fange opp eventuelle spesifikke helsetilstander som krever annen behandling og for å kunne trygge pasienter og avdramatisere helseplager før intervensjon. Dersom nødvendig avklaring ikke er gjort på forhånd, vil det være et tilbud om dette ved poliklinikken. I enkelte tilfeller vil det også være viktig å få en vurdering hos ulike legespesialister utenfor poliklinikken i forkant av en ARR-intervensjon. Aktuelle spesialiteter kan være nevrolog, fysikalsk medisiner, ortoped, anesthesiolog og gastroenterolog. Det arbeides med å etablere et forpliktende samarbeid med smidige rutiner mellom ARR-poliklinikken og disse andre spesialitetene ved sykehuset. ARR-poliklinikken vil i størst mulig grad forsøke å få til en god koordinering mellom fagpersonell i utredning og intervensjon for å kunne redusere lange ventetider, og bidra til raskest mulig tilbakegang til arbeidet for den enkelte pasient/bruker av tjenesten. Når ARR-poliklinikken er opprettet og fagpersonellet er på plass, vil det tas beslutninger om hvilke skjemaer og hjelpemidler som skal benyttes i kartleggingen av

pasientenes ressurser og begrensninger i forhold til arbeidsdeltakelse. Det vil inngås et samarbeid mellom Sykehuset Telemark og NAV når det gjelder ivaretagelse av arbeidslivs- og tiltakskompetanse i fagteamet. Samarbeidet innebærer at en arbeidslivskonsulent fra NAV vil ha kontor i poliklinikkens lokaler. For å lette koordineringen og samarbeidet mellom sykehus og kommune, arbeides det også med å få en oversikt over mulige tiltak og kontaktpersoner i de ulike kommunene i Telemark som pasienter eventuelt kan henvises videre til etter utredning og/eller intervensjon ved ARR-poliklinikken.

Referanser

- Ammendolia, C., Cassidy, D., Steenstra, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S. et al. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 65.
- Beltman, M. W., Voshaar, R. C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*, 197, 11-19.
- Bendix, T., Bendix, A., Labriola, M., Haestrup, C., & Ebbehøj, N. (2000). Functional restoration versus outpatient physical training in chronic low back pain: a randomized comparative study. *Spine.(Phila.Pa 1976.)*, 25, 2494-2500.
- Bergstrom, G., Bergstrom, C., Hagberg, J., Bodin, L., & Jensen, I. (2010). A 7-year follow-up of multidisciplinary rehabilitation among chronic neck and back pain patients. Is sick leave outcome dependent on psychologically derived patient groups? *Eur J Pain*, 14, 426-433.
- Boersma, K. & Linton, S. J. (2005). Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clin J Pain*, 21, 38-43.
- Brage, S., Ihlebaek, C., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). [Musculoskeletal disorders as causes of sick leave and disability benefits]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, 130, 2369-2370.
- Brennan, G. P., Fritz, J. M., Hunter, S. J., Thackeray, A., Delitto, A., & Erhard, R. E. (2006). Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976.)*, 31, 623-631.
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil*, 20, 104-112.
- Bültmann, U., Franche, R. L., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Lee, H., Severin, C. et al. (2007). Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Qual Life Res*, 16, 1167-1178.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin.Psychol.Rev.*, 26, 17-31.
- CARF international (2011). *Medical rehabilitation program descriptions* Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*, 32, 607-621.

- Chandler, H. K., Ciccone, D., MacBride, R. J., & Natelson, B. (2008). Medically unexplained illness in short- and long-term disability applicants: prevalence and cost of salary reimbursement. *Disability & Rehabilitation*, 30, 1185-1191.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21, 233-242.
- Fagrådet for AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. (2011). Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Ref Type: Online Source
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*, 15, 607-631.
- Franche, R. L. & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*, 12, 233-256.
- Furlan, A. D., Gnam, W. H., Carnide, N., Irvin, E., Amick, B. C., III, Derango, K. et al. (2011). Systematic Review of Intervention Practices for Depression in the Workplace. *J.Occup.Rehabil.*.
- Gabbay, M., Taylor, L., Sheppard, L., Hillage, J., Bambra, C., Ford, F. et al. (2011). NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen.Pract*, 61, e118-e124.
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Nha, H. Q., & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability & Rehabilitation*, 32, 72-78.
- Hagen, E. M., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2000). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine (Phila Pa 1976.)*, 25, 1973-1976.
- Haldorsen, E. M., Grasdahl, A. L., Skouen, J. S., Risa, A. E., Kronholm, K., & Ursin, H. (2002). Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain*, 95, 49-63.
- Heitz, C. A., Hilfiker, R., Bachmann, L. M., Joronen, H., Lorenz, T., Uebelhart, D. et al. (2009). Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. *Eur Spine J*, 18, 1829-1835.
- Hillage, J., Rick, J., Pilgrim, H., Jagger, N., Carroll, C., & Booth, A. (2008). *Review of the Effectiveness and Cost Effectiveness of Interventions, Strategies, Programmes and Policies to reduce the number of employees who move from short-term to longterm sickness absence and to help employees on long-term sickness absence return to work* (Rep. No. Document 4). Institute for Employment Studies.

- Holm, L., Torgén, M., Hansson, A. S., Runeson, R., Josepson, M., Helgesson, M. et al. (2010). *Återgång i arbetet efter sjukskrivning för rörelsesorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa - en systematisk kunnskapssammansällning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet* (Rep. No. 2010;44(3)). Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Iles, R. A., Davidson, M., & Taylor, N. F. (2008). Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med*, *65*, 507-517.
- Iles, R. A., Davidson, M., Taylor, N. F., & O'Halloran, P. (2009). Systematic review of the ability of recovery expectations to predict outcomes in non-chronic non-specific low back pain. *J Occup Rehabil*, *19*, 25-40.
- Indahl, A. (2004). Low back pain: diagnosis, treatment, and prognosis. *Scand.J.Rheumatol.*, *33*, 199-209.
- Indahl, A., Haldorsen, E. H., Holm, S., Reikeras, O., & Ursin, H. (1998). Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine*, *23*, 2625-2630.
- Jensen, C., Jensen, O. K., Christiansen, D. H., & Nielsen, C. V. (2011). One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: Randomised clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine, Publish Ahead of Print*.
- Jensen, I. B., Bergstrom, G., Ljungquist, T., & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*, *115*, 273-283.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van, T. M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. et al. (2000). Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane.Database.Syst.Rev*, CD001984.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van, T. M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. et al. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane.Database.Syst.Rev*, CD002193.
- Kilsgaard, J., Sherson, D., Bültmann, U., Olsen, J., Pedersen, J., & Lund, T. (2006). *Koordineret indsats for arbejdsfastholdelse (KIA) af sygemeldte med længerevarende smertegener fra bevægapparatet* København: Arbejds miljøinstituttet.
- Lindstrom, I., Ohlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L. E., & Nachemson, A. (1992). Mobility, strength, and fitness after a graded activity program for patients with subacute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine.(Phila.Pa 1976.)*, *17*, 641-652.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van, T. M. et al. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*, *15*, 507-524.

- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J. et al. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med*, 51, 597-602.
- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M. J., Champagne, F., Stock, S. et al. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med*, 59, 807-815.
- Marois, E. & Durand, M. J. (2009). Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability & Rehabilitation*, 31, 994-1007.
- Meijer, E. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*, 78, 523-532.
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H., & van der Feltz-Cornelis CM (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD006237.
- Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*, 41, 115-121.
- Podniece, Z., Pinder, A., Yeomans, L., van den Heuvel, S., Blatter, B., Verjans, M. et al. (2007). *Work-related musculoskeletal disorders: Back to work report* (Rep. No. 3). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety and Health at Work.
- Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane.Database.Syst.Rev*, CD001027.
- Ravenek, M. J., Hughes, I. D., Ivanovich, N., Tyrer, K., Desrochers, C., Klinger, L. et al. (2010). A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work*, 35, 349-367.
- Scascighini, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*, 47, 670-678.
- Schultz, I. Z. & Gatchel, R. J. e. (2005). *Handbook of complex occupational disability claims. Early risk identification, intervention and prevention*. New York: Springer Science & Business.
- Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *J Occup Rehabil*, 18, 2-15.
- Skouen, J. S., Grasdal, A. L., Haldorsen, E. M., & Ursin, H. (2002). Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus

treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study. *Spine (Phila Pa 1976.)*, 27, 901-909.

Skouen, J. S. & Kvåle, A. (2006). Different outcomes in subgroups of patients with long-term musculoskeletal pain. *Norsk epidemiologi*, 16, 127-135.

St.meld.nr.16 (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

St.meld.nr.47 (2008-2009) (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.

St.prp.nr.1 (2007-2008). (2008). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Særtrykk av St.prp.nr.1(2007-2008) kapittel 9.

Ref Type: Serial (Book,Monograph)

Stapelfeldt, C., Christiansen, D., Jensen, O., Nielsen, C., Petersen, K., & Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 112.

Steenstra, I. A., Knol, D. L., Bongers, P. M., Anema, J. R., van, M. W., & de Vet, H. C. (2009). What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. *Spine (Phila Pa 1976.)*, 34, 1243-1249.

Tompa, E., de Oliveira, C., Dolinski, R., & Irvin, E. (2008). A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil*, 18, 16-26.

van Oostrom, S. H., van, M. W., Terluin, B., de Vet, H. C., Knol, D. L., & Anema, J. R. (2010). A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med*, 67, 596-602.

Waddell, G., Burton, A. K., & Kendall, N. A. S. (2008). *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?*

WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health*.

Zampolini, M., Bernardinello, M., & Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. *Disability & Rehabilitation*, 29, 1377-1385.