

# Etablering av program for arbeidsrettet rehabilitering i poliklinisk praksis

## - En implementeringsanalyse

### Utarbeidet av:

Astrid Kvaal<sup>1</sup>, M.sc., Forskningsmedarbeider

Ulrik Gensby<sup>1</sup>, Ph.d., Post.doc forsker

Monica Eftedal<sup>1</sup>, Ph.d., Forsker

<sup>1</sup> Nasjonalt Kompetansesenter for Arbeidsrettet Rehabilitering (NK ARR), Rauland (NO)

## Sammendrag

*Bakgrunn:* Arbeidsrettet (ARR) poliklinikk ved STHF ble opprettet høsten 2012 for å utvikle et arbeidsrettet poliklinisk rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten. Intervensjonen inngår i en randomisert kontrollert studie og prosessevaluering i regi av AiR Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, som også står ansvarlig for den følgeevalueringen som ligger til grunn for denne rapporten.

*Formål:* Formålet har vært å utføre en implementeringsanalyse for å vurdere utfordringer og muligheter ved etableringen av et poliklinisk arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Implementeringsanalysen har hatt et særlig fokus på om ARR poliklinikk har lyktes i å etablere et program som leverer spesialiserte, integrerte tjenester, som bidrar til kontinuerlige forløp, og brukes aktivt av pasientene i prosessen tilbake til jobb.

*Metode:* Evalueringen er basert på en implementeringsanalyse med definerte prosessmål, og har hatt både en formativ og summativ hensikt. Data er innhentet med både kvantitative og kvalitative metoder.

*Resultater:* Basert på en analyse av programmets kontekst, rekruttering, rekkevidde, levering, og mottakelse er programmets kvalitet drøftet og vurdert. Samarbeidsavtale mellom NAV og STHF, ledelsesforankring internt, finansieringsstøtte gjennom Raskere Tilbake og utviklingsmidler fra FARVE, forskningsressurser gjennom deltakelse i STAiR prosjektet og dyktige fagpersoner i rehabiliteringsteamet har muliggjort etableringen av et arbeidsrettet poliklinisk tilbud ved STHF. Programtilbudet oppfattes som arbeidsrettet av både pasienter og NAV ansatte, og over halvparten av pasientene har økt sin arbeidsdeltakelse 6 og 12 måneder etter å ha startet i programmet. Utfordringen framover vil være å opprettholde evalueringskapasitet og samhandlingsaktiviteter i en ordinær driftssituasjon.

# Innhold

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sammendrag.....                                                                         | 2  |
| 1 Innledning.....                                                                       | 5  |
| 1.1 Bakgrunn .....                                                                      | 5  |
| 1.2 Arbeidsrettet rehabilitering .....                                                  | 5  |
| 1.3 Nasjonale føringer .....                                                            | 6  |
| 1.4 Sentrale aktører i oppfølging av sykmeldte – roller, rettigheter og plikter .....   | 7  |
| 1.5 Kunnskapsstatus .....                                                               | 8  |
| 1.5.1 Teoretiske modeller .....                                                         | 8  |
| 1.5.2 Forskning på arbeidsrettet rehabilitering og tilbakegang til arbeid.....          | 8  |
| 1.6 Målsetting og problemstilling .....                                                 | 10 |
| 2 Arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk, Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF)..... | 11 |
| 2.2 Programbeskrivelse ARR Poliklinikk – føringer for innhold og struktur .....         | 12 |
| 2.2.1 Tverrfaglig komponent.....                                                        | 12 |
| 2.2.2 Bio-psyko-sosial komponent.....                                                   | 13 |
| 2.2.3 Arbeidsrelatert komponent.....                                                    | 13 |
| 3 Evaluering, design og metode .....                                                    | 14 |
| 3.1 Evalueringsdesign .....                                                             | 14 |
| 3.2 Implementeringsanalyse som teoretisk rammeverk .....                                | 15 |
| 3.3 Metode.....                                                                         | 15 |
| 3.3.1 Metodetriangulering .....                                                         | 15 |
| 3.3.2 Deltagende observasjon.....                                                       | 15 |
| 3.3.3 Fokusgrupper og gruppeintervju .....                                              | 16 |
| 3.3.4 Individuelle intervjuer .....                                                     | 17 |
| 3.3.5 Registreringer .....                                                              | 17 |
| 3.3.6 Brukerevaluering.....                                                             | 18 |
| 3.3.7 Dialogmøter.....                                                                  | 18 |
| 3.4 Etikk .....                                                                         | 19 |
| 3.5 Analysestrategi .....                                                               | 21 |
| 3.5.1 Kontekst .....                                                                    | 21 |
| 3.5.2 Rekruttering.....                                                                 | 21 |
| 3.5.3 Rekkevidde.....                                                                   | 22 |
| 3.5.4 Levering .....                                                                    | 22 |
| 3.5.5 Mottakelse .....                                                                  | 22 |
| 3.5.6 Programkvalitet .....                                                             | 22 |
| 4 Resultater.....                                                                       | 26 |
| 4.1 Kontekst .....                                                                      | 26 |
| 4.1.1 Politisk-administrative rammebetingelser .....                                    | 26 |
| 4.1.2 Organisatorisk innplassering og endringer.....                                    | 27 |

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1.3 Ledelsesstøtte .....                                                             | 28 |
| 4.1.4 Evalueringskapasitet.....                                                        | 29 |
| 4.2 Rekruttering.....                                                                  | 29 |
| 4.2.1 Rekrutteringsaktiviteter og informasjon til fastleger, NAV og andre aktører..... | 29 |
| 4.2.2 Inntaksrutiner og skriftlig informasjon til pasientene .....                     | 30 |
| 4.3 Rekkevidde.....                                                                    | 31 |
| 4.4 Levering .....                                                                     | 34 |
| 4.4.1 Tverrfaglig komponent.....                                                       | 34 |
| 4.4.2 Bio-psyko-sosial komponent.....                                                  | 37 |
| 4.4.3 Arbeidsrelatert komponent.....                                                   | 39 |
| 4.5 Mottakelse .....                                                                   | 41 |
| 4.5.1 Tverrfaglig komponent.....                                                       | 41 |
| 4.5.2 Bio-psyko-sosial komponent.....                                                  | 42 |
| 4.5.3 Arbeidsrelatert komponent.....                                                   | 46 |
| 5 Diskusjon.....                                                                       | 54 |
| 5.1 Programets kvalitet - stemmer kartet med terrenget?.....                           | 54 |
| 5.1.1 ARR poliklinikk som leverandør av spesialiserte, integrerte tjenester .....      | 54 |
| 5.1.2 Pasienten som en aktiv deltaker i egen rehabiliteringsprosess.....               | 56 |
| 5.1.3 Bidrag til kontinuerlige forløp i prosessen tilbake til jobb.....                | 56 |
| 5.1.4 Programgruppens vurdering av levering og mottakelse av ARR programmet .....      | 58 |
| 5.2 Metodiske overveielser .....                                                       | 58 |
| 5.2.1 Styrker .....                                                                    | 58 |
| 5.2.2 Svakheter .....                                                                  | 59 |
| 6 Konklusjon .....                                                                     | 60 |
| Referanser.....                                                                        | 62 |
| Vedlegg .....                                                                          | 66 |

## 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Denne rapporten er utarbeidet av AiR Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR) på oppdrag fra Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF). Rapporten bygger på følgeforskningsdata innhentet i perioden fra januar 2013 til oktober 2014, og gir en analyse av implementeringen av Arbeidsrettet rehabiliterings (ARR) poliklinikk ved STHF. Bakgrunnen for å opprette dette polikliniske tilbudet var STHFs områdeplan for habilitering og rehabilitering, og ønsket om å utvikle et poliklinisk tilbud for langtidssykmeldte med behov utover det 1.linjetjenesten kan tilby. Innholdet i intervensjonen er utviklet i samarbeid med NK-ARR, og er grunnet i forskningsbasert kunnskap, praktiske erfaringer fra flere arbeidsrettede intervensjonsmodeller og krav til spesialiserte helsetjenester. Intervensjonen inngår også i en randomisert kontrollert studie og prosessevaluering (STAiR) i regi av NK-ARR<sup>1</sup> (Eftedal & Aasland 2012). Opprettelsen av ARR poliklinikk ved STHF må derfor sees i lys av nasjonale føringer, sentrale aktørers roller og ansvar, og eksisterende kunnskap om effekt av arbeidsrettet rehabilitering og tilbakegang til arbeid.

### 1.2 Arbeidsrettet rehabilitering

Innen norsk spesialisthelsetjeneste blir arbeidsrettet rehabilitering definert 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 – NK ARR 2011). Vellykket arbeidsrettet rehabilitering fordrer et samspill mellom arbeidsplass, helsetjeneste, og NAV, og kan i Norge beskrives på tre nivåer:

---

<sup>1</sup> <http://www.stair-prosjektet.no/>

1. Tiltak fra arbeidsgiver, kommunehelsetjeneste, NAV og andre lokale aktører.
2. Polikliniske, tverrfaglige funksjonsvurderinger og dagbaserte arbeidsrettede rehabiliteringsprogram.
3. Døgnbaserte arbeidsrettede rehabiliteringsprogram.

Spesialiserte arbeidsrettet rehabilitering kan bidra til å avklare og forbedre arbeidsevne og jobbmuligheter, og skal være tiltak utover det som kan tilbys lokalt (Braathen & Tellnes 2014).

### 1.3 Nasjonale føringer

Samhandlingsreformen (Regjeringen Stoltenberg 2008) løfter fram rehabilitering som en sentral oppgave for både kommunale og spesialiserte helsetjenester, og legger føringer for en ytterligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten med vektlegging av standardiserte pasientforløp og koordinerte tjenester. Det erkjennes at den rådende vertikale tenkingen, kan føre til manglende sammenheng og ansvars plassering i overgangen mellom tjenester. Det gjelder særlig for pasienter med langvarig behov, der verken spesialist- eller kommunehelsetjenesten kan dekke pasientens behov alene. Dette fordrer en styrking av samhandlings- og koordineringsfunksjoner både på organisatorisk og faglig nivå, og samarbeidsformer som sikrer gjensidig kunnskapsflyt mellom sykehus og kommuner. Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA)<sup>2</sup> (Lie 2006) ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet i 2001 og sist reforhandlet i 2014. Mange arbeidstakere er omfattet av denne avtalen, som også legger opp til stor grad av samhandling mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, fastlege og NAV ved langvarig sykmelding. Hovedvirkemidlene er gradert sykmelding, tilrettelegging og tettere oppfølging av den sykmeldte. Den overordnede, tredelte målsettingen er å redusere sykefravær, beholde flere med nedsatt funksjonsevne i arbeid og øke yrkesaktiviteten etter fylte 50 år. På lokalt nivå blir det inngått samarbeidsavtaler mellom NAV Arbeidslivsenter og virksomhetene, som gir disse ekstra midler for å oppnå de tre delmålene<sup>3</sup> (Schafft & Spjelkavik 2014). Personer som har behov for rehabiliteringstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan og ved behov oppfølging av en koordinator. Dette er uttrykt i *Pasientrettighetslova*, *Helse-og omsorgstjeneste-lova*, og *Spesialisthelsetjenestelova*. For NAV gjelder *Forskrift om individuell plan i arbeids-og*

---

<sup>2</sup> [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia\\_20142018/signert\\_ia\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf)

<sup>3</sup> <http://www.inkluderende.no/om-inkluderende-arbeidsliv/hva-er-inkluderende-arbeidsliv>

*velferdsforvaltninga*<sup>4</sup>. Individuell plan er ment å være et verktøy og en metode som bidrar til at tjenestebrukeren får et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

#### 1.4 Sentrale aktører i oppfølging av sykmeldte – roller, rettigheter og plikter

I norsk kontekst har de ulike aktørene i sykmeldingsoppfølgingen i utgangspunktet klart definerte roller, rettigheter og plikter<sup>5</sup>. De ulike aktører er arbeidsgiver, bedriftshelsetjenesten (BHT), arbeidstaker, fastlege, og NAV.

*Arbeidsgiver* skal utarbeide en oppfølgingsplan med vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne, aktuelle tiltak som er iverksatt og eventuelle behov for virkemidler og tjenester fra NAV. Arbeidsgiver er også forpliktet til å innkalle den sykmeldte, evt. BHT og sykmeldende lege til dialogmøte 1 for å gjennomgå/revurdere oppfølgingsplanen, og til å delta på dialogmøter innkalt av NAV.

*BHTs* oppgave, hvis bedriften har tilbud om dette, er å arbeide forebyggende, bistå ved utarbeidelse av oppfølgingsplan og delta på dialogmøte 1.

*Arbeidstaker* skal samarbeide med arbeidsgiver om å finne løsninger som hindrer full sykmelding og være villig til å gjøre annet passende eller tilrettelagt arbeid, hvis det ikke er mulig å utføre vanlige arbeidsoppgaver. Arbeidstaker kan tape retten til sykepenger ved manglende medvirkning i oppfølgingsarbeidet.

*Fastlege* skal som sykmelder motivere, trygge og stimulere for arbeidsaktivitet når det er medisinsk forsvarlig, og vurdere om det er medisinske grunner til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er mulig. Hvis innkalt, skal legen delta i dialogmøter. Legen kan henvise sykmeldte, eller personer som står i fare for å bli sykmeldte, til *Raskere Tilbake*<sup>6</sup>, som er tilbud fra NAV og fra spesialisthelsetjenesten om arbeidsrettede tiltak til sykmeldte for å hindre langvarig sykefravær. For å få et Raskere Tilbake tilbud er det en forutsetning at arbeidsgiver har utarbeidet oppfølgingsplan, og at bedriftsinterne tiltak er gjennomført eller vurdert som mulig å gjennomføre.

NAV skal registrere rapporteringsskjema og oppfølgingsplan fra arbeidsgiver, vurdere behov for å iverksette tiltak, vurdere arbeidsrettede tiltak hvis bedriftsinterne tiltak ikke er mulig og

---

<sup>4</sup> <https://lovdata.no/>

<sup>5</sup> <http://www.inkluderende.no/om-inkluderende-arbeidsliv/rollene-i-inkluderende-arbeidsliv>

<sup>6</sup> <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging+og+rapportering/Oppfolging+av+sykmeldte/Raskere+tilbake>

avholde dialogmøte 2 senest 26 uker etter sykmelding. Arbeidsrettede tiltak skal igjen vurderes senest ved utløp av sykepengeåret<sup>7</sup>.

## 1.5 Kunnskapsstatus

### 1.5.1 Teoretiske modeller

Tradisjonelt har den biomedisinske modellen med et begrenset fokus på pasientens indre problemer, hatt stor innflytelse for å forklare årsak til arbeidsuførhet og tap av arbeidsevne. På 1980-tallet ble dette perspektivet utvidet med bidrag fra disipliner som medisinsk sosiologi, atferdspsykologi, psykiatri og fysiologisk forskning. Resultatet ble den bio-psyko-sosiale modellen som forstår helse og sykdom som produkt av individuelle faktorer relatert til biologi, atferd og sosiale forhold. I utarbeidelsen av *International Classification of Function* (ICF) videreutviklet Verdens Helse organisasjon (WHO) denne modellen og tilførte deltakelse og funksjonsbeskrivelse som viktige perspektiver (WHO 2001). Manglende funksjon eller uførhet beskrives som personens respons i forhold til daglige aktiviteter og sosial deltakelse - for eksempel i sitt arbeid. Individets funksjoner er avhengig av det dynamiske samspillet mellom helsetilstand og omgivelsesforhold som både inkluderer personlige/psykologiske faktorer og sosiale/miljømessige faktorer. Sentralt står multi-kausaltet og gjensidig påvirkning mellom faktorer (Costa-Black m.fl. 2013).

Den kanadiske Sherbrooke-modellen (Loisel m.fl. 2001) erkjenner at fokus på individfaktorer alene, ikke er tilstrekkelig for å hindre at en person faller ut av arbeidslivet. Denne modellen illustrerer hvordan de ulike systemene som individet inngår i - personlig mestringsstil og sosiale relasjoner, arbeidsplassen, helsetjenester og kompensasjonssystemer (lovgivning og trygdeytelser) – har betydning for den enkeltes arbeidsevne. Den overordnede sosialpolitiske og kulturelle konteksten omslutter modellen i form av en sirkel for å illustrere disse elementenes påvirkning (Costa-Black m.fl. 2013).

### 1.5.2 Forskning på arbeidsrettet rehabilitering og tilbakegang til arbeid

#### *Kjernekomponenter for intervensjoner med mål om tilbakegang til arbeid*

Basert på en gjennomgang av forskningslitteratur fra perioden 1990 til 2010 har Costa-Black m.fl. (2013) identifisert kjernekomponenter i evidensbaserte intervensjoner for personer med

---

<sup>7</sup> <http://www.inkluderende.no/oppfolging/oppfolgingsplan>

muskel/skjelett-lidelser med mål om tilbakegang til arbeid. Tilsvarende gjorde Pomaki m.fl. (2010) en systematisk litteraturgjennomgang for å beskrive kjerneelementene i tilbake-til-arbeid-intervensjoner for personer med mentale helseutfordringer (som angst, tilpasningsvansker og utmattelse). Kjerneelementene for de to målgruppene er i stor grad sammenfallende, og blir kategorisert i 3 hovedkomponenter. En *tverrfaglig komponent*, en *bio-psyko-sosial komponent* bestående av kognitive tilnærminger, fysisk treningsprogram og undervisning for å fremme egenomsorg og smertehåndtering, og en *arbeidsrelatert komponent* som inkluderer rådgivning om arbeidsrelatert aktivitet, arbeidsplassvurdering, samordning av arbeidsrelaterte tiltak og kommunikasjon mellom aktører for å tilrettelegge for tilbakegang til arbeid (Costa-Black 2013).

#### *Arbeidsrettet rehabilitering i et samhandlingsperspektiv*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten velger å bruke "*integreerte tjenester*" som et samlebegrep for tjenester som er skreddersydde ut fra brukernes behov og preferanser, basert på likeverdighet mellom bruker og fagperson, samordnet på tvers av profesjoner, nivåer og sektorer, kontinuerlige over tid og basert på at brukeren er en aktiv deltaker i egen prosess (Danielsen & Bakke 2011). Innenfor arbeidsrettet rehabilitering gjennomføres en systematisk tverrfaglig arbeidsevnevurdering hvor en identifiserer faktorer som hemmer og fremmer tilbakegang til arbeid. Fagpersonene samarbeider med den enkelte deltaker om å utarbeide og gjennomføre en handlingsorientert rehabiliteringsplan, der sentrale aktører, som arbeidsgiver, også trekkes inn (Costa –Black 2013).

Oppsummert forskning som sammenligner modeller for arbeidsrettet rehabilitering identifiserer både hemmende og fremmende faktorer for å få til god samhandling mellom involverte aktører. Felles forståelse i form av delte målsettinger, felles språk, at alle relevante aktører deltar og at de samme aktørene deltar over tid, er avgjørende forutsetninger for integrering av tjenester. (Andersson m.fl 2011).

Sentrale aktører, som NAV og helsepersonell kan ha ulikt syn på vurdering av den enkeltes arbeidsevne. I en svensk studie fant man for eksempel at vurderingene til konsulentene fra sosial forsikring (tilsvarende norske NAV) var mer basert på medisinsk diagnose enn helsepersonellens, som hadde et bredere perspektiv. Derfor ble arbeidsevnevurderingene gjenstand for forhandlinger mellom partene (Ståhl m.fl. 2009).

Regler og reguleringer kan være samarbeidsbarrierer, for eksempel ved at krav til konfidensialitet setter grenser for hva det kan snakkes om. Samtidig kan formelle prosedyrer

og systematisk planlegging sees på som samarbeidsfremmende elementer (Andersson m.fl. 2011).

Uklar kommunikasjon omkring roller og ansvarsdeling kan også skape usikkerhet internt på arbeidsplassen, blant HMS (helse/ miljø/sikkerhet) -ansvarlige, ledere, kolleger og den sykmeldte selv, om når og hvordan å ta kontakt med hverandre tidlig i sykmeldingsperioden. Arbeidskollegenes roller i relasjon til den sykmeldte blir dessuten ofte oversett. I oppstartsfasen etter sykmelding kan kollegers «usynlige» avlastning og deling på arbeidsoppgavene ha positiv betydning for prosessen tilbake til arbeid. På lengre sikt derimot, kan dette skape kollegiale vanskeligheter, da belastningene kan bli opplevd for store for kollegene (Tjulin 2010).

### *Koordinatorrolle*

Desto lengre fravær, desto mindre trolig er det at den sykmeldte kommer tilbake til arbeid (Higgins m.fl. 2012; Schandelmaier m.fl. 2012). Her synes især tidlig innsats med arbeidsplass å ha betydning, og det er sterk indikasjon for at kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass reduserer sykefraværet. En koordinator som har ansvar for å følge opp den enkelte, kan bidra til dette og øke sjansen for tilbakegang til arbeid. Den som innehar en slik koordinerende rolle bør ha gode kommunikasjonsevner og evne til å finne løsninger relatert til arbeidsdeltakelse. Kunnskap om arbeidslivsregler og lovverk, kunnskap om medisinske tilstander, håndtering av sosiale problemstillinger, ergonomisk arbeidstilpassing og megling på arbeidsplassen er andre viktige kompetanseområder (Franché, m.fl. 2005; Shaw m.fl. 2008; Gardner m.fl. 2010). Opplæring av arbeidstaker og arbeidsgiver slik at disse selv kan løse mulige konflikter, anses som en særlig viktig oppgave (Ammendolia m.fl. 2009).

## *1.6 Målsetting og problemstilling*

Målsettingen for denne evalueringen er å gjennomføre en implementeringsanalyse som grunnlag for å vurdere utfordringer og muligheter ved etableringen av et poliklinisk ARR-program. Implementeringsanalysen har hatt et særlig fokus på om ARR poliklinikk lykkes i å etablere gode samhandlingsrutiner mellom arbeidstaker, spesialisthelsetjeneste, kommune, NAV og arbeidsplass, med mål om å oppnå høyere arbeidsfastholdelse og lavere sykefravær. Det førende spørsmålet for innsamling og utvikling av data har vært: *I hvilken grad og på hvilke måter tilbyr rehabiliteringsteamet spesialiserte, integrerte tjenester, som bidrar til kontinuerlige forløp, der pasienten er en aktiv deltager i prosessen tilbake til jobb?*

## 2 Arbeidsrettet rehabiliteringspoliklinikk, Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF)

Poliklinikken ble opprettet som et tilbud innen spesialisthelsetjenesten for å gjøre tverrfaglige spesialistvurderinger basert på en tilnærming med forankring i ICF-modellen (WHO 2001).

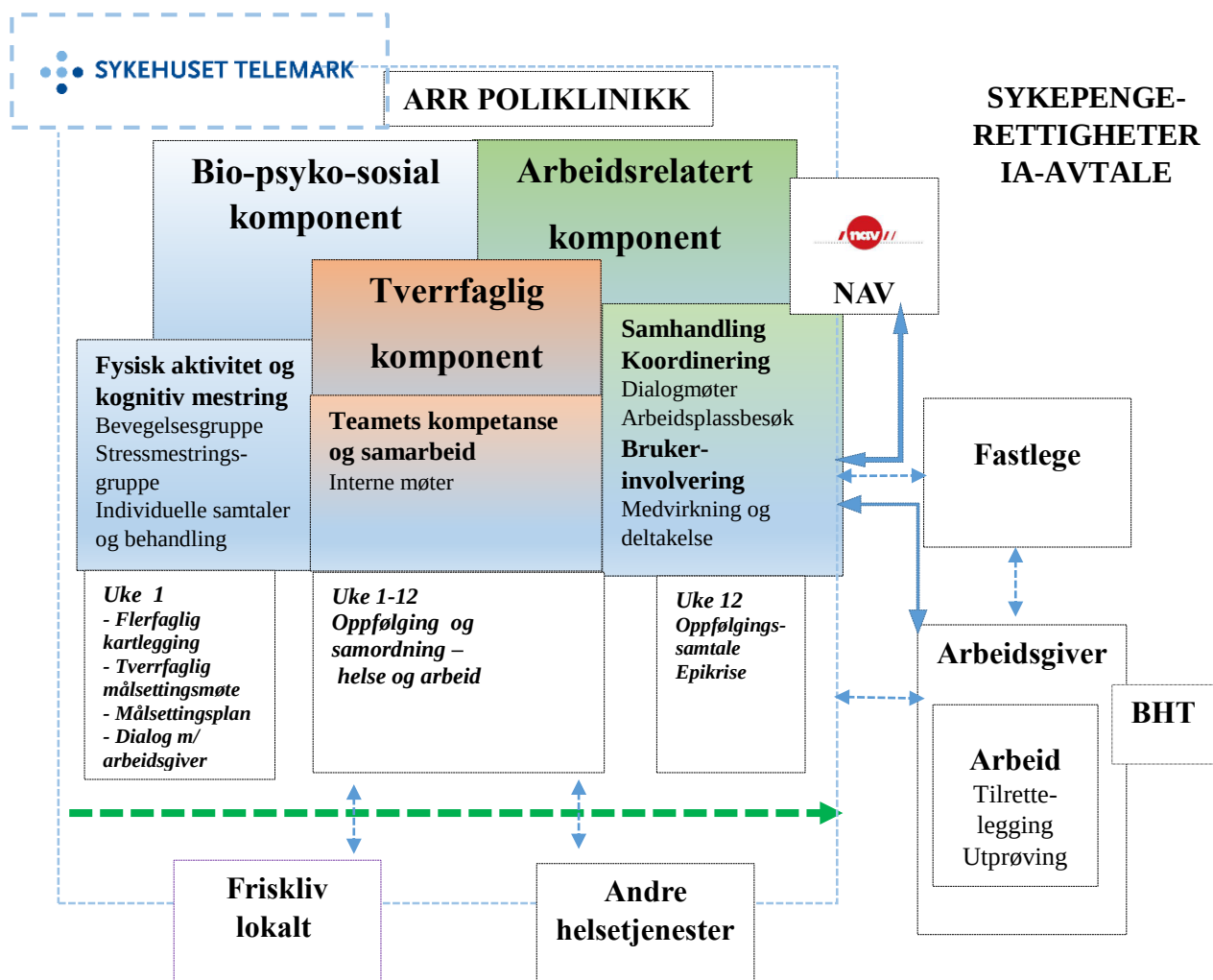
Den overordnede målsettingen for etableringen var å få til god samhandling mellom arbeidstaker, helsepersonell, arbeidsgiver og NAV for å redusere lange ventetider og bidra til raskest mulig tilbakegang til arbeid. Intervensjonen er ment å være individuelt tilpasset, noe som inkluderer utforming av en individuell plan for arbeidsdeltakelse. Målgruppen var og er personer som er sykemeldte og/eller i ferd med å falle ut av arbeidslivet, på grunn av langvarige og sammensatte plager knyttet til muskel/ skjelett-apparatet og/eller lettere psykiske lidelser (Eftedal og Aasland 2012).

Det ble inngått en samarbeidsavtale mellom STHF og NAV om at NAV-konsulent ivaretar arbeidslivs- og tiltakskompetanse som et fullverdig medlem av fagteamet og samtidig er tilknyttet NAV.

ARR programmet ved STHF tilbys som et dagbasert rehabiliteringstilbud i en poliklinisk setting. Arbeidstaker/ den sykemeldte, arbeidsgiver, sykmelder (fastlege), NAV og bedriftshelsetjeneste (BHT) er viktige aktører i denne oppfølgingen. I det nettverk av tjenestetilbud som ARR poliklinikk inngår i, er også lærings- og mestringssentre, distrikts-psykiatriske sentre (DPS), fysioterapi og andre lokale helsetjenester, andre spesialist-poliklinikker og kommunale rehabiliteringstilbud aktuelle aktører.

Figur 1 viser den sosio-politiske sammenheng som ARR- programmet er implementert i, samt de sentrale samhandlingsaktørene.

**Figur 1 ARR- poliklinikk sosio-politiske kontekst**



## 2.2 Programbeskrivelse ARR Poliklinikk – føringer for innhold og struktur

I det følgende gis det en kort beskrivelse av de føringer som ble lagt for ARR poliklinikk oppbygging og innhold i forstudien til STAiR- prosjektet. Anbefalingene er basert på evidensbasert kunnskap og det som anses som god eksisterende praksis innen fagfeltet (Eftedal & Aasland 2012). Tabell 1 gir en oppsummerende oversikt over kjernekomponenter og prosjektprotokollens forslag.

### 2.2.1 Tverrfaglig komponent

Poliklinikken skal ha en tverrfaglig, teambasert tilnærming og følgende profesjoner ble foreslått som aktuelle fagpersoner i temaet: lege ( gjerne med spesialisering i fysikalsk medisin eller arbeidsmedisin, psykolog, fysioterapeut ( gjerne psykomotorisk kompetanse eller lang erfaring i vurdering av smertetilstander), NAV/arbeidskonsulent, idrettspedagog og

sykepleier. At alle fagpersonene har/utvikler kompetanse innen veiledning blir anbefalt. Å utvikle gode strukturer for tverrfaglig jobbing blir framhevet som et vesentlig element, men konkrete forslag til arbeidsmåter blir spesifisert i varierende grad. Det blir for eksempel foreslått at utforming av en individuelt tilpasset tiltaksplan skal foregå over to dager. Først ved særfaglige kartlegginger med minimum lege og arbeidskonsulent, etterfulgt av et oppsummerende møte i fagteamet uten pasienten tilstede og deretter samtale mellom pasient og dennes oppnevnte koordinator fra fagteamet. Det foreslås at individuell koordinator (IK) sammen med pasienten deretter utarbeider en arbeidsrettet, individuelle plan. Utover dette er den tverrfaglige arbeidsformen svakt beskrevet i prosjektprotokollen. Det anbefales imidlertid at IK skal ha en nøkkelrolle i kontakten med pasient/arbeidstakers omgivelser og oppfølgingen underveis i rehabiliteringsprosessen, samt ansvar for avsluttende samtale med pasient og rapportering til henviser og evt. andre aktører.

### 2.2.2 Bio-psyko-sosial komponent

Utvelgelse av egnede verktøy og skjema som et element i kartleggingene blir anbefalt. På bakgrunn av den tverrfaglige kartleggingen vurderes behov og tiltak for oppfølgings-perioden, som vil ha en antatt varighet på 2-12 uker. Prosjektprotokollen presiserer at tiltakene skal baseres på dialogen mellom pasient og fagpersoner og skreddersys ut fra den enkeltes situasjon og behov. Gruppebaserte og/eller individuelle tiltak blir foreslått, for eksempel kognitive tilnærminger i form av individuelle samtaler eller lærings- og mestringskurs og tilbud om fysiske aktiviteter som avspenning og trening.

### 2.2.3 Arbeidsrelatert komponent

Prosjektprotokollen anbefaler at dialog med arbeidsplassen skal inngå som en obligatorisk del av programmet, i form av telefonkontakt med arbeidsgiver og etter behov samarbeidsmøter og/eller arbeidsplassbesøk. Det foreslås at det innhentes informasjon fra arbeidsplass og NAV og at nøkkelpersoner som kan påvirke tilbakegang til arbeid identifiseres. Informasjon eller undervisning om rettigheter og plikter bør inngå i programmet. Kontakten med poliklinikken er tenkt avsluttet når stabil arbeidsdeltakelse blir oppnådd, eller når det videre oppfølgingsansvaret på en strukturert måte er overtatt av arbeidsgiver, NAV eller førstelinjetjenesten. Det anbefales også at det sendes rapport til arbeidsgiver og evt NAV etter pasientens informerte samtykke.

**Tabell 1 Kjernekomponenter i ARR poliklinikk program- anbefalinger og forslag i prosjektprotokoll**

| <b>Tverrfaglig komponent</b>            |                                                                                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Teamsammensetning</i>                | Lege, psykolog, NAV/arbeidskonsulent, fysioterapeut og/eller idrettspedagog, sykepleier.          |
| <i>Koordinering</i>                     | Individuell koordinator                                                                           |
| <i>Individuell plan og rapportering</i> | Skreddersydd, arbeidsrettet plan<br>Tverrfaglig epikrise<br>Rapport til arbeidsgiver og/eller NAV |
| <b>Bio-psyko-sosial komponent</b>       |                                                                                                   |
| <i>Fysisk aktivitet</i>                 | Avspenning<br>Trening                                                                             |
| <i>Kognitive tilnærminger</i>           | Individuelle samtaler<br>Lærings- og mestringskurs                                                |
| <i>Undervisning</i>                     | Om rehabiliteringsprosess, plager m.m.                                                            |
| <b>Arbeidsrelatert komponent</b>        |                                                                                                   |
| <i>Samarbeidsmøter</i>                  | Med arbeidsgiver/ NAV/ fastlege etter vurdert behov                                               |
| <i>Kontakt med /arbeidsplass</i>        | Obligatorisk telefonkontakt og arbeidsplassbesøk ved behov                                        |
| <i>Kontakt med andre aktører</i>        | Telefonkontakt eller møter etter vurdert behov                                                    |
| <i>Undervisning</i>                     | Om rettigheter og plikter                                                                         |

### 3 Evaluering, design og metode

#### 3.1 Evalueringsdesign

Evalueringsdesignet bygger på eksisterende evidensbasert rammeverk for utvikling av plan for prosessevaluering (Saunders mfl. 2005) og implementeringsforskning (Linnan & Steckler 2002; Stetler m.fl. 2011) innen feltet arbeid og helse. Evalueringsprosessen har hatt både en formativ og summativ hensikt (Patton 2002). I tidligere prosessevalueringer anbefales utvidede formative analyser for å avdekke underliggende årsaker til hvorfor implementering av noen komponenter feiler, mens andre implementeres etter hensikten. Her anbefales det å identifisere barrierer og fasilitatorer i den lokale kontekst, for å gjennomføre implementeringsprosessen og oppnå den ønskede hensikt (van de Meer m.fl. 2014). Vi har ønsket å følge rehabiliteringsprogrammets utvikling og endring, og i hvilken grad de ulike programkomponentene faktisk er mottatt og anvendt. Evalueringen er blitt gjennomført som en følge- og prosessevaluering, noe som innebærer at kunnskap som er innhentet skal være

nyttig og komme poliklinikken til gode. Evaluator har ikke hatt ansvar for avgjørelser som er tatt angående intervensjonens innhold og utvikling, men evalueringsprosessen i seg selv har likevel kunnet påvirke de valg som er gjort.

### 3.2 Implementeringsanalyse som teoretisk rammeverk

Å evaluere implementeringen av et intervensjonsprogram er en forutsetning for å unngå å trekke konklusjoner om programmets effektivitet på feilaktig grunnlag. Linnan & Steckler (2002) foreslår en implementeringsanalyse som består av 6 prosessmål: 1) Rekruttering, 2) Rekkevidde 3) Levering), 4) Mottakelse 5) Programkvalitet og 6) Programkontekst. I kapittel 3.5 vil vi nærmere redegjøre for vår forståelse og operasjonalisering av de enkelte prosessmålene.

### 3.3 Metode

#### 3.3.1 Metodetriangulering

Da metodetriangulering gir større bredde og dybde til et datamateriale, er data blitt innhentet på flere måter. Dels ved poliklinikkens registrering av aktiviteter og pasientenes utfylling av evalueringsskjema, dels ved kvalitative metoder som feltstudie/observasjon, fokusgrupper og intervjuer. Fokusgrupper og intervjuer er transkribert verbatim etter lydopptak og analysert ved bruk av innholdsanalyse/ systematisk tekstkondensering (Graneheim & Lundman 2003; Malterud 2003). Med ønske om å ivareta både den dialogiske kompleksiteten og saksinnholdet fra fokusgruppe-samtalene, er analysene av disse også inspirert av dialogisme (Marková m.fl. 2007). Tabell 4 oppsummerer prosessen for innhenting og produksjon av data.

#### 3.3.2 Deltagende observasjon

Evaluator har deltatt som observatør i det tverrfaglige teamets daglige aktiviteter; i særfgaglige individuelle kartlegginger, målsettingsmøter, psykoedukasjons-/stressmestringsgrupper, dialogmøter i regi av NAV, teamets koordinatormøter og 3- måneders oppfølgingssamtale. Observasjonsnotater ble ført etter fargekoder for å skille mellom beskrivelser, tolkninger og teoretiske refleksjoner (Fangen 2004). Identifiserbare eller sensitive opplysninger om pasienter ble ikke notert.

### 3.3.3 Fokusgrupper og gruppeintervju

#### *Fokusgruppe ARR team*

Høsten 2013 ble det gjennomført en fokusgruppe-samtale med det «første» tverrfaglig teamet. Hele rehabiliteringsteamet, bestående av lege, psykolog, psykomotorisk fysioterapeut, NAV/arbeidskonsulent og (daværende) teamkoordinator (med profesjonsbakgrunn som fysioterapeut) deltok. Samtalen fant sted i poliklinikkens møterom ved STHF.

#### *Fokusgruppe pasienter*

Det ble høsten 2013 sendt ut invitasjon til alle personer som hadde fullført programmet siden oppstart (N=70) om å delta i et dialogmøte. Da bare fem tidligere pasienter sa seg villig til delta ble dialogen gjennomført som en fokusgruppe. Gruppen bestod av fire kvinner og en mann i alderen 35 til 58 år, som hadde vært sykmeldt fra 0 til 8 måneder før oppstart ARR programmet. Alle hadde deltatt i bevegelsesgruppe, en hadde deltatt i psykoedukasjonsgruppe, to hadde fått psykomotorisk behandling individuelt, to hadde hatt oppfølgende samtaler med psykolog, en tilsvarende med teamets lege og en hadde hatt samarbeidsmøte med NAV og/eller arbeidsgiver. Antall aktører involvert i den enkeltes rehabiliteringsprosess varierte fra kun fastlege til at både arbeidsgiver, NAV, fysioterapeut, bedriftshelsetjeneste, psykolog og lege var involvert. Yrkestilhørighet og sykmeldingsgraden ved programmets oppstart, avslutning og ved tidspunkt for fokusgruppe-samtalen framkommer i tabell 2. Samtalen foregikk i STHFs lokaler utenfor ARR poliklinikk.

**Tabell 2 Fokusgruppe tidligere pasienter (N=5)**

| Yrke                     | Sykmeldingsgrad |                   |                       |
|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|
|                          | v/ oppstart ARR | v/ avslutning ARR | v/ intervju-tidspunkt |
| Renholder                | 50%             | 60%               | 0% (friskmeldt)       |
| Maskinfører              | 0%              | 0%                | 0%                    |
| Butikkansatt/fagarbeider | 0%              | 100%              | 100%                  |
| Butikkansatt             | 100%            | 50%               | 50%                   |
| Veileder                 | 100%            | 50%               | 0% (friskmeldt)       |

### *Fokusgruppe NAV*

Deltakere til denne fokusgruppen ble rekruttert via rehabiliteringsteamets arbeidskonsulent. Hun bidro både til å utarbeide intervjuguide og deltok selv i fokusgruppen. De andre deltakerne var saksbehandlere/ veiledere fra 4 ulike NAV kontor og en IA rådgiver fra NAV Arbeidslivssenter i Telemark. Alle hadde hatt direkte samarbeid med Arbeidsrettet poliklinikk i 1-2 saker i form av dialogmøter og/eller telefonkontakt. Samtalen ble gjennomført høsten 2013 i poliklinikkens lokaler.

### *Fastleger og arbeidsgivere*

Intensjonen var å intervju fastleger og arbeidsgivere som hadde henvist til og/eller vært i dialog med ARR poliklinikk omkring sykmeldte/arbeidstakere. Det viste seg vanskelig å rekruttere informanter, og svært få intervjuer ble gjennomført. De enkeltutsagn fra fastleger som refereres i denne rapporten må derfor lese som nettopp dette, og ikke som representative data.

### *Intervju med programgruppe*

I desember 2014 ble programgruppen, bestående av avdelingsleder rehabilitering (STHF), seksjonssleder for sykehusets rehabiliteringspoliklinikker (STHF) og prosjektleder STAiR (NK-ARR) intervjuet. Formålet med intervjuet var å få en utvidet forståelse av den kontekst som etableringen av ARR poliklinikk har foregått innenfor.

#### **3.3.4 Individuelle intervjuer**

Det er gjennomført flerstegs-intervjuer med 4 pasienter. Første intervju ved 3 måneders oppfølging, og andre intervju 3 måneder etter dette. Informantene var alle kvinner varierende i alder fra 28 til 62 år. De ble valgt ut i samarbeid med rehabiliteringsteamet, og inklusjonskriteriet var kasus med sammensatte problemstillinger og involvering av flere aktører (internt og eksternt). I tabell 3 framkommer utdannelsesnivå, arbeidsfelt, sykmeldingsgrad på ulike tidspunkt, bruk av ARR-programmet og hvilke aktører som var involvert i oppfølgingsperioden.

#### **3.3.5 Registreringer**

Skjema for registrering av aktiviteter under og etter ARR program (oppfølging/ henvisninger initiert av rehabiliteringsteamet eller pasienten selv), ble utarbeidet og implementert i april 2013. Individuell koordinator for den enkelte pasient har hatt ansvar for å gjennomføre

registreringene. For å registrere samarbeidsmøter, som viste seg å være en viktigere indikator enn arbeidsplassbesøk for teamets kontakt med arbeidsgiverne, ble skjemaet revidert i januar 2014. Det ble også lagt til en kolonne som etterspurte bruk av frisklivstiltak lokalt (fysisk aktivitet/ treningsgruppe). Anonymiserte demografiske data (alder, kjønn, utdanningsnivå, diagnose ved innsøkning) er hentet fra DIPS elektronisk pasientjournal (STHF), arbeids- og stønadssituasjon ved oppstart og 6 og 12 måneder etter avsluttet program fra ARENA og GOSYS som er saksbehandlersystemer internt i NAV.

**Tabell 3 Individuelle pasientintervjuer (N=4)**

|                                             | <b>Pasient 1</b>                                                                                      | <b>Pasient 2</b>                                                                                   | <b>Pasient 3</b>                                                               | <b>Pasient 4</b>                                                                                       |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utdannelse                                  | Høyskole                                                                                              | Høyskole                                                                                           | Videregående                                                                   | Fagutdannelse                                                                                          |
| Type arbeids-<br>virksomhet                 | Skole/ barnehage/<br>barnevern<br>Statlig                                                             | Fagarbeid<br>Privat                                                                                | Helse og omsorg<br>Kommunal                                                    | Helse og omsorg<br>Kommunal                                                                            |
| Sykmeldings-<br>lengde/grad:<br>v/ oppstart | 100 % i 12 mnd                                                                                        | 100 % i 2-3 mnd                                                                                    | 100 % i 8 mnd                                                                  | 100 % i 3mnd                                                                                           |
| v/ intervju1                                | 50 %                                                                                                  | 40 %                                                                                               | 80 %                                                                           | 100 %                                                                                                  |
| v/ intervju2                                | 0 %                                                                                                   | 0 %                                                                                                | 0 %                                                                            | 100 %                                                                                                  |
| Tilbud benyttet<br>ved ARR                  | Psykoedukasjon<br>Samarbeidsmøte<br>m/NAV og/eller<br>arbeidsgiver<br>Fysioterapi<br>Bevegelsesgruppe | Psykoedukasjon<br>Samarbeidsmøte<br>m/NAV og/eller<br>arbeidsgiver<br>Psykolog<br>Bevegelsesgruppe | Stressmestring<br>Samarbeidsmøte<br>m/NAV og/eller<br>arbeidsgiver<br>Psykolog | Stressmestring<br>Samarbeidsmøte m/<br>NAV og/eller<br>arbeidsgiver<br>Fysioterapi<br>Bevegelsesgruppe |
| Aktører<br>involvert                        | ARR<br>Arbeidsgiver<br>NAV<br>Fastlege<br>BHT                                                         | ARR<br>Arbeidsgiver<br>NAV<br>Fastlege<br>BHT                                                      | ARR<br>Arbeidsgiver<br>NAV<br>Fastlege                                         | ARR<br>Arbeidsgiver<br>NAV<br>Fastlege                                                                 |

### 3.3.6 Brukerevaluering

Brukerevalueringsskjema ble utarbeidet basert på utprøvde instrumenter brukt til måling av brukererfaring med samhandling (Danielsen & Bakke 2011; Breton m.fl. 2012). Pasientene har siden april 2013 fylt ut skjemaet ved 3 måneders oppfølgingssamtale.

### 3.3.7 Dialogmøter

Det er gjennomført dialogmøter med det tverrfaglige teamet to ganger pr år, der hensikten har vært todelt. Dels å presentere og drøfte data fra feltobservasjoner og brukerevalueringer og dels å få en dypere forståelse av rehabiliteringsteamets erfaringer med det interne tverrfaglige

samarbeidet og utfordringer omkring samhandlingen med andre aktører. Alle fagpersonene i rehabiliteringsteamet inkludert teamkoordinator/ seksjonssleder har deltatt.

### 3.4 Etikk

Alle pasienter har mottatt skriftlig informasjon om evalueringsprosjektet, og har gitt skriftlig samtykke til innhenting av registerdata. Helseopplysninger og vurderinger om pasienter er ikke relevante for prosjektet, og er ikke registrert i feltnotaer eller i transkriberte intervju. For å kunne delta i aktiviteter der sensitive opplysninger om pasientene blir omtalt, har evaluator underskrevet taushetsplikt i samsvar med Sykehuset Telemarks interne rutiner. Alle pasienter er forespurt i forkant av møter og samtaler der evaluator har deltatt, eller latt være å delta når pasienten ikke har ønsket det. Det er innhentet skriftlig samtykke fra alle som har deltatt i fokusgrupper og intervjuer. Prosjektet er framlagt REK, som har vurdert det som ikke godkjenningspliktig.

**Tabell 4 Innhenting og produksjon av data**

| Metode                   | Intensitet                           | Utvalg              | Inklusjon                                                                  | Utvalg str | Datatype                                                                                                                                              |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registrering             | april 2013 - september 2014          | Alle pasienter      | Aktivitetsskjema som teamet (IK) har utfyllt                               | N= 95      | Tiltak iverksatt/ initiert under/ etter intervensjonen                                                                                                |
| Registrering             | januar 2013 – juni 2014              | Alle pasienter      | Data registrert i DIPS og ARENA/GOSYS                                      | N=102      | Demografiske data<br>Arbeids-og stønadssituasjon                                                                                                      |
| Bruker-evaluering        | april 2013 - september 2014          | Alle pasienter      | Alle som samtykker                                                         | N= 111     | Erfaringer fra intervensjonen; samarbeid, samhandling, koordinering                                                                                   |
| Observasjon/ feltnotater | 8 dg (2013)<br>6 dg (2014)           | Sam-handlings-møter | ARR-team, pasienter, samhandlingsaktører                                   |            | Målsettingsmøter, undervisningsgrupper, interne møter, dialogmøter m/arbeidsgivere/ NAV/fastleger, avslutningssamtaler                                |
| Dialogøkter              | 2-4 t x 4                            |                     | ARR-team                                                                   | N= 5       | Tverrfaglig samarbeid, intersektoriell samhandling                                                                                                    |
| Fokus-grupper            | 1 ½ t                                | ARR team            | Fagpersoner v/ARR poliklinikk høst 2013                                    | N=5        | Samarbeid med pasienter, internt tverrfaglig samarbeid, samhandling med andre aktører.                                                                |
|                          |                                      | Pasienter           | ..som gjennomførte programmet i 2013                                       | N=5        | Erfaringer relatert til samhandling mellom ARR pol og arbeidsgiver/ fastlege/ NAV                                                                     |
|                          |                                      | NAV-ansatte         | ...som samarbeidet m/ARR pol i 2012/13                                     | N=6        | Forventninger, erfaringer og ønsker for samarbeid m/ ARR pol                                                                                          |
| Individuelle intervjuer  | 1 t x2<br>v/ programslutt og e/3 mnd | Pasienter           | Case der flere aktører har vært involvert                                  | N=4        | Erfaringer fra oppfølging, samhandling mel ARR pol og arbeidsgiver, fastlege, NAV. Tilbake til arbeid prosessen etter avsluttet oppfølging v/ ARR pol |
| Gruppe-intervju          | 1 ½ time                             | Program-gruppe      | Avdelingsleder og seksjonsleder rehabilitering STHF<br>Prosjektleder STAIR | N=3        | Politisk-administrative, kulturelle og organisatoriske forhold som har påvirket program-implementering                                                |

### 3.5 Analysestrategi

Som nevnt i kapittel 3.2 bygger vår analysestrategi på Linnan & Stecklers modell og forslag til prosesssmål (2002). Linnan & Steckler framhever behovet for å gå utover deskriptive analyser, og anvende kombinerte analyse strategier for en dypere forståelse av tilgjengelige data og kontekst for implementering. I det følgende redegjør vi for vår operasjonalisering av disse prosessmålene.

#### 3.5.1 Kontekst

Ifølge Linnan & Steckler (2002) forstås prosessmålet *kontekst* som de politisk-administrative, organisatoriske og økonomiske rammebetingelser som ARR- programmet er implementert i. Etter vår vurdering gir imidlertid Linnan og Steckler (2002) avgrenset støtte til å beskrive dette prosessmålet, som også er svakt utviklet og beskrevet i tidligere studier (Arends m.fl 2014; Bouwsma m.fl 2014; van Beurden m.fl 2012). For å kunne identifisere sentrale rammebetingelser i konteksten for ARR programmet, og forstå deres betydning som potensielle fremmende eller hemmende faktorer, benytter vi derfor PARIHS rammeverk som komplementær kilde for våre analysespørsmål (Stetler m.fl 2011). Vi inkluderer tre parametre fra dette rammeverket for en utvidet kontekstforståelse av ARR programmets implementering. Disse parametrene dekker (1) *Ledelsesstøtte*, (2) *Evalueringskapasitet*, og (3) *Kultur*. Vi har valgt å operasjonalisere disse på følgende måte:

- *Ledelsesstøtte* omhandler STHF-ledelsens holdning, atferd, og handling av betydning for implementeringen av ARR programmets tilbud.
- *Evalueringskapasitet* omhandler systemer og prosedyrer for innsamling og behandling av data som følge av implementeringen av ARR- tilbudet, og måten disse data er synliggjort og anvendt i praksis.
- *Kultur* omfatter verdier og oppfatninger av praksis, som reflekterer de forutsetninger som ligger til grunn for forankringen av ARR programmets tilbud.

#### 3.5.2 Rekruttering

*Rekruttering* innebærer beskrivelser av hva som er gjort for å rekruttere deltakere – både på individuelt og organisatorisk nivå. Herunder hvilken informasjon fastleger, Nav og andre sentrale aktører har fått om ARR poliklinikks program og hvilken skriftlig informasjon pasientene får i forkant og ved oppstart av programmet. Beskrivelse av inntaksrutiner, samt

måltall, dvs. hvor mange pasienter poliklinikken har hatt ambisjoner om å rekruttere, inngår også i dette prosessmålet, som vi avrapporterer både deskriptivt og summativt.

### 3.5.3 Rekkevidde

I følge Linnan & Steckler (2002) gir *rekkevidde* et summativt mål på i hvilken grad målgruppen benytter seg av programmet. Vi har valgt å operasjonalisere dette til antall søknader som er behandlet/ inkludert/ avslått av ARR poliklinikk i perioden februar 2013 til oktober 2014, og hvor mange pasienter som har fullført programmet. Vi inkluderer også beskrivelser av pasienter med oppstart ARR poliklinikk fra januar 2013 til og med juni 2014, basert på demografiske data og arbeids- og stønadssituasjon ved programmets oppstart.

### 3.5.4 Levering

Prosessmålet *levering* beskriver programtilbyders innsats og handlinger og angir i hvilket antall/ mengde og hvilke komponenter av den intenderte intervensjonen som blir levert til målgruppen (Linnan & Steckler 2002). Vi har valgt å definere dette som beskrivelser av programmets aktiviteter og tiltak og i hvilket omfang disse tilbys. Herunder inkluderes også hvordan rehabiliteringsteamet samarbeider internt, og hvordan de samhandler med og samordner sine tiltak med andre aktører og tjenesteytere lokalt. Dette prosessmålet blir beskrevet både summativt og formativt.

### 3.5.5 Mottakelse

*Mottakelse* er et mål på pasientenes deltakelse og engasjement, og i hvilken grad målgruppa har tatt i bruk det programmet/ intervensjonen tilbyr. Vi definerer dette som pasientenes bruk av programmet, hvilke delkomponenter av ARR-tilbudet som faktisk er brukt, og hvorvidt enkelt-komponenter og/eller flere komponenter blir brukt i kombinasjon. Andre forskningsstudier (Martin m.fl. 2012) velger å inkludere sentrale aktørers erfaringer under dette prosessmålet. Vi finner også dette hensiktsmessig og har valgt å la både pasientenes og NAVs erfaringer inngå i dette prosessmålet, som rapporteres både summativt og formativt.

### 3.5.6 Programkvalitet

*Programkvalitet* er en kvalitativ vurdering av hvorvidt komponentene i intervensjonen ble implementert som planlagt, og inkluderer både gjennomføringsmåte og intensjon (Linnan & Steckler 2002). Vi har derfor tatt utgangspunkt i den overordnede målsettingen for opprettelsen av ARR poliklinikk (se kap 2) i vår operasjonalisering av dette prosessmålet, som er i samsvar med det førende spørsmålet for vår datainnsamling (se kap 1.6): *I hvilken*

*grad og på hvilke måter leverer rehabiliteringsteamet spesialiserte, integrerte tjenester som bidrar til kontinuerlige forløp, og som brukes aktivt av pasienten i prosessen tilbake til jobb?*

Linnan & Steckler peker på verdien av å identifisere flere indikatorer for vurdering av programkvalitet, noe som kan styrke resultatenes troverdighet. Noen forskningsstudier har derfor inkludert sentrale aktørers tilfredshet som en egen prosesskomponent (Arends m.fl 2014; Murta m.fl 2007). I tråd med disse undersøkelser integrerer vi både programgruppens egen vurdering, teamets synspunkter, NAVs erfaringer og pasientenes opplevelser og tilfredshet i vurderingen av hvorvidt ARR programmet er implementert etter hensikten. I tabell 5 framgår våre definisjoner av de enkelte prosessmålene, spørsmålsstillingene som har vært førende for analysen av hvert enkelt prosessmål, og de datakilder vi har brukt for å besvare spørsmålene.

**Tabell 5: Operasjonalisering av prosessmål – del 1**

| <b>Prosessmål</b>   | <b>Definisjon</b>                                                                                                                     | <b>Analysespørsmål</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Datakilder</b>                                             | <b>Rapportering</b>     |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Kontekst</b>     | Politisk-administrative, kulturelle og organisatoriske forhold ved STHF som har vært av betydning for implementeringen av programmet. | Hvilke politiske og administrative føringer har ligget til grunn for opprettelsen og implementeringen av ARR poliklinikken?<br>Hvilke økonomiske rammeavtaler har ligget til grunn?<br>Hvilken betydning har sykehusledelsen hatt for utvikling og etablering av ARR programmet?<br>Hvilke organisatoriske forhold har hatt betydning for utforming av programmet?<br>Hvilken betydning har tilgjengelige informasjonssystemer for implementering av programmet? | Gruppeintervju m/programgruppe                                | Formativ                |
| <b>Rekruttering</b> | Det som er gjort for å rekruttere pasienter til ARR poliklinikk.                                                                      | Hva er blitt gjort for å rekruttere pasienter?<br>Hvordan er inntaksrutiner gjennomført?<br>Hvilken informasjon får pasienter og andre aktører om programmet?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Teamleder ARR<br>Informasjons-brev pasienter<br>Nettside STHF | Deskriptiv/<br>Summativ |
| <b>Rekkevidde</b>   | Andel og beskrivelse av de innsøkte pasientene som bruker programmet.                                                                 | Hvor mange søknader er behandlet/inkludert/avslått?<br>Hvor mange pasienter har fullført programmet?<br>Hvem bruker tilbudet ved ARR Poliklinikk?<br>Hva er pasientenes arbeids- og stønadssituasjon ved programmets oppstart?                                                                                                                                                                                                                                   | DIPS (STHF)<br>ARENA/GOSYS (NAV)                              | Deskriptiv/<br>Summativ |

**Tabell 5: Operasjonalisering av prosessmål – del 2**

| <b>Prosessmål</b>       | <b>Definisjon</b>                                                                                                                                               | <b>Analysespørsmål</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Datakilder</b>                                                                                                         | <b>Rapportering</b>   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Levering</b>         | Hvilke delkomponenter som tilbys - beskrivelse, omfang og arbeidsmåter                                                                                          | Hvordan er rehabiliteringsteamet sammensatt, og på hvilke måter samarbeider fagpersonene i teamet om å levere tilbudet?<br>Hvilke aktiviteter og delkomponenter blir tilbudt og i hvilket omfang?<br>På hvilke måter samordner ARR Poliklinikk sine tiltak med arbeidsplass, NAV, fastleger og andre aktører og tjenesteytere lokalt?                                                                                                                                                                                                                         | Observasjon<br>Aktivitets-registrering<br>Fokusgruppe og dialogmøter m/ARR team                                           | Summativ/<br>Formativ |
| <b>Mottakelse</b>       | Pasientenes bruk av tilbudet, og deres og NAVs erfaringer med ARR programmet.                                                                                   | Hvilke deler av programmet blir brukt, og i hvilken grad har pasientene brukt en og/eller flere delkomponenter?<br>I hvilken grad opplever pasientene å ha blitt involvert i egen prosess og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov?<br>Hvordan opplever pasientene at rehabiliteringsteamet har bistått dem i prosessen tilbake til jobb?<br>Hvordan erfarer pasienter og NAV at ARR poliklinikk har bidratt til kontinuerlige forløp for pasienten?<br>Hvordan er pasientenes arbeids- og stønadssituasjon 6 og 12 måneder etter programmets oppstart? | Observasjon<br>Aktivitets-registrering<br>Fokusgruppe og intervjuer m/pasienter<br>Bruker-evaluering<br>Fokusgruppe m/NAV | Summativ/<br>Formativ |
| <b>Program-kvalitet</b> | Hvorvidt programmet leverer spesialiserte, integrerte tjenester som bidrar til kontinuerlige forløp og brukes aktivt av pasientene i prosessen tilbake til jobb | Hva fremmer og hemmer implementeringen av ARR programmet, som planlagt og intendert i henhold til prosjektprotokoll, relatert til rekruttering, levering, mottakelse og kontekst?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Alle datakilder                                                                                                           | Formativ              |

## 4 Resultater

### 4.1 Kontekst

#### 4.1.1 Politisk-administrative rammebetingelser

##### *Ny områdeplan for rehabilitering og samhandlingsreform*

To sentrale politisk-administrative rammebetingelser lå til grunn for etablering av programtilbudet ved ARR poliklinikk. Oppstarten av poliklinikken høsten 2012 ble muliggjort av en ny områdeplan for rehabilitering, utarbeidet i et samarbeid mellom Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark. På bakgrunn av en bred brukerinvolvering, ble behovet for et tilbud til pasienter med uspesifikke lidelser nær deres bosted synliggjort. Behovet for et slikt spesialisert tilbud ble ytterligere aktualisert av Samhandlingsreformen som la nye rammer for differensiering mellom kommunal praksis og spesialisthelsetjenestens ansvar innenfor rehabiliteringsområdet. Her ble tverrfaglighet et særlig fokusområde for spesialisthelsetjenesten.

##### *Beslutning om deltagelse i STAiR-prosjektet*

Parallelt med denne prosessen fikk Sykehuset Telemark mulighet for å medvirke i forskningsprosjektet STAiR hvor en ønsket å sammenligne effekten av et dag- og døgnbasert arbeidsrettet rehabiliteringstilbud. Forskningsforankringen gjorde det mulig for STHF å bruke evidensbasert kunnskap om virksomme elementer for sykmeldtes tilbakegang til arbeid som grunnlag for utforming av rehabiliteringsteamets tilbud og arbeidsmåte.

##### *Bred medvirkning fra sentrale aktører løfter utforming av poliklinisk rehabiliteringstilbud*

Det ble etablert to prosjektgrupper i forbindelse med utvikling og implementering av ny poliklinikk. Den ene gruppen hadde som hovedoppgave å jobbe med utforming av kjernekomponenter, kompetanse og organisering av tilbudet, basert på forskning og innhenting av erfaringsbasert kunnskap i Norge. Den andre gruppen jobbet med forankring og etablering av poliklinikken lokalt ved Sykehuset Telemark og hos NAV. Det var et tett samarbeid mellom prosjektgruppene og bred medvirkning fra ulike aktører. Fra sykehuset deltok representanter fra ulike ledelsesnivå, sentrale poliklinikker og et lærings- og mestringssenter, samt brukerorganisasjonen ved sykehuset. Blant eksterne aktører deltok representanter fra AiR Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, AiR

klinikk, fylkeskoordinatoren for NAV Telemark innen arbeid og helse og Frisk Bris (Bamble Kommune). I tillegg ble det gjennomført en dialogkonferanse der det ble invitert til dialog og innspill til endelig utforming av det polikliniske tilbudet. Her deltok 50 personer med bred representasjon fra både klinikere, brukerrepresentanter, NAV, fastleger, kommuneleger, BHT, forskere og noen arbeidsgivere. Dette grunnlagsarbeidet løftet dialogen om utforming av rehabiliteringsprogrammet utover det sykehuset selv ellers hadde hatt mulighet for ved etablering av nye tjenester. Prosessen bidro også til god forankring både på sykehuset og i dets omgivelser. Den brede medvirkningen skulle ifølge programgruppen også hindre at etableringen av rehabiliteringstilbudet kom i konkurranse med tilbud som allerede fungerte på kommunalt nivå, eller ved andre enheter i sykehuset. Det ble tidlig identifisert et mulig samarbeid mellom sykehuset og NAV ved opprettelse av en poliklinikk. Derfor var det særlig viktig at NAV opplevde å ha eierskap og påvirkningsmuligheter i utviklingsprosessen.

#### 4.1.2 Organisatorisk innplassering og endringer

ARR poliklinikk ble ved opprettelsen høsten 2012 organisatorisk lagt under Seksjon for nevrologi og rehabilitering, Medisinsk klinikk, STHF. I september 2013 ble poliklinikken slått sammen med STHFs fysikalsk-medisinske poliklinikk og rehabiliteringspoliklinikk til en seksjon under navnet *tverrfaglig seksjon*. Omorganiseringen innebar også en ny ledelsesstruktur der teamkoordinator ved ARR poliklinikk ble seksjonsleder for disse tre poliklinikkene, i tillegg til at hun også fikk et lederansvar for ambulant slagteam, samt avdelingens sosionom og logoped. ARR poliklinikk ble dermed samorganisert med sykehusets øvrige rehabiliteringstilbud og med Lærings- og mestringssenteret.

På ARR poliklinikken overtok NAV-/arbeidskonsulent rollen som teamleder.

Sammenslåingen innebar, i tillegg til felles ledelse og noen felles informasjonsmøter, også at ARR poliklinikken ble flyttet opp i samme etasje som de to andre poliklinikkene. Fysisk nærhet gjør at de også i større grad kan benytte felles resepsjon- og sekretærfunksjoner.

#### *Fra prosedyrestyrt flerfaglighet til skreddersydd tverrfaglig tilnærming*

Den daglige driften i et sykehus er, ifølge programgruppen, vanligvis sterkt styrt av medisinsk begrunnede prosedyrer. Ved de to andre poliklinikkene ved tverrfaglig seksjon, arbeides det i tråd med denne tradisjonen, hvor pasientene først får en spesialistutredning med mål om å identifisere den medisinske diagnosen, og deretter behandling i tråd med angitte retningslinjer og prosedyrer for den angitte sykdommen, eventuelt henvises de videre til en annen spesialist dersom det er nødvendig. Dessuten er somatiske og psykiatriske sykehustjenester tradisjonelt

strengt adskilt. Ved ARR poliklinikken derimot, har diagnosen en underordnet betydning. Framfor å stille en diagnose er teamet opptatt av å gjennomføre en tverrfaglige utredning for å identifisere faktorer av betydning for pasientens tilbakegang til arbeid. Valg av tiltak er i større grad basert på vurderinger som varierer ut fra den enkeltes situasjon og behov, og det er et tett samarbeid mellom fagpersonell med ulike faglig bakgrunn. Målet er både å gi et best mulig tilbud til pasienten, og unngå unødvendig venting.

Selv om tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseprofesjoner ikke er et ukjent fenomen i en sykehussetting, tilfører ARR poliklinikken noe nytt og unikt gjennom sin faglige sammensetning med spesialisert kunnskap innen både somatikk, psykologi og arbeidsliv (NAV), og med sin arbeidsform. At pasienten sammen med hele fagteamet utarbeider mål og tiltak for den enkeltes rehabiliteringsprosess (jfr kap 4.4), sees av programgruppen som selve spydspissen i det brukerintegreerte, tverrfaglige samarbeidet. Kulturelt sett bryter derfor ARR poliklinikken med den etablerte sykehustradisjonen.

Imidlertid mangler fortsatt prosedyrer for ARR poliklinikks rutiner i den daglige praksis, for eksempel i form av skriftlige maler for de særfaglige kartleggingene. Det er heller ikke utarbeidet rollebeskrivelser for de enkelte fagpersonene.

#### 4.1.3 Ledelsesstøtte

##### *Gjensidig tillit har gitt handlingsrom for å utvikle et tverrfaglig innhold og arbeidsform*

Som oppdragsgiver for prosjektet og opprettelsen av ARR poliklinikk, har klinikkssjef ved medisinsk klinikk ved STHF vært en avgjørende støttespiller og bidratt til solid forankring opp mot sykehusets øverste ledelse. Den tillit som er vist mellom alle ledelsesledd i organisasjonen, har gitt teamet handlingsrom til å utvikle programmet ved ARR poliklinikken i tråd med deres ønsker.

Den koordinerende teamleder-rollen ble særlig viktig i oppstarten, da alle teamets øvrige fagpersoner har vært ansatt i deltidsstillinger. Ledelsesstilen har vært preget av en åpenhet som har invitert til medvirkning og dialog fra alle teamets medlemmer. Etter sammenslåing av de tre poliklinikkene, har seksjonsleder innført faste møtepunkter med ARR poliklinikk, noe som både har medvirket til en mer strukturert møtevirksomhet og arbeidsform i teamet, samtidig som seksjonsleders nærvær gir dem fortsatt stor mulighet til å påvirke og utvikle programmets organisering og innhold.

#### 4.1.4 Evalueringskapasitet

##### *Prosjektmidler tilrettelegger for refleksjon over egen praksis*

Deltakelse i STAiR prosjektet har hatt betydning for både ARR programmets faglige innhold og for løpende evaluering og utvikling av tilbudet. Helt fra starten høsten 2012 har teamet arbeidet ut fra det grunnlaget som ble beskrevet i prosjektprotokollen (Eftedal & Aasland 2012). Prosjektprotokollen har fungert som et arbeidsdokument og fundament for implementeringen av rehabiliteringstilbudet. Ifølge programgruppen har NK-ARRs følgeevaluering, finansiert av FARVE-midler, gjort det mulig for teamet å sette av tid til refleksjon og dialog omkring de erfaringer som er gjort i langt større grad enn det som ordinær sykehusdrift tillater.

For å utvikle kompetanse innen eget fagfelt har ARR poliklinikk valgt samarbeidsrelasjoner utenfor sykehuset. Psykolog og teamleder har for eksempel fått mulighet til veiledningssamtaler sammen med psykologer fra arbeidspsykologisk tjeneste i NAV (ARK). Da målgruppene for ARR poliklinikk og ARK i stor grad er sammenfallende, gir dette mer mening enn et tilsvarende samarbeid med DPS, som jobber med tyngre og ofte spesifikke psykiatriske tilstander. Et tettere samarbeid med klinikken ved Rehabiliteringssenteret AiR for dele kunnskap og utvikle kompetanse innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering, er også igangsatt.

Teamets registrering av egne aktiviteter og innhenting av demografiske data som ledd i følgeforskningen, utgjør en sentral ressurs for den videre utvikling av rehabiliteringstilbudet. Som ved sykehuset for øvrig, registreres diagnoser i DIPS pasientjournal og forløpet fra mottatt henvisning til utsendelse av epikrise dokumenteres. ARR poliklinikk avrapporterer til Helse Sør-Øst fokuserer primært på økonomistyring. Det er imidlertid ikke en systematisk håndtering av pasientinformasjon som kan gi retning for utvikling av programtilbudets innhold og kvalitet. Utfordringen framover blir derfor å legge til rette for refleksjon og systematisk evaluering som del av den daglige driften.

#### 4.2 Rekruttering

##### 4.2.1 Rekrutteringsaktiviteter og informasjon til fastleger, NAV og andre aktører

Det ble allerede fra starten av prioritert å bruke tid på aktiviteter med formål om å rekruttere pasienter. Alle fastlegekontor i Porsgrunn er derfor besøkt sammen med NAV Porsgrunn for å informere om ARR, og det planlegges å gjøre det samme i Skien. Teamleder og

NAV/arbeidskonsulent har sammen med prosjektleder STAiR (NK-ARR) informert de ansatte ved NAV- kontorene i Porsgrunn, Skien og Larvik om STAiR-prosjektet og tilbudet ved de to deltagende klinikkene. Representanter fra ARR poliklinikk har også deltatt i interne møter, der NAVs rådgivende lege deltar for å vurdere pasienter som har vært sykmeldte i 8 uker. Seksjonssleder og teamleder har sammen med arbeidskonsulent fra NAV Larvik vært på to møteserie-dager i NAV Larviks regi der fastleger/ sykmeldere og et utvalg av arbeidsgivere har deltatt. Poliklinikken har også holdt innlegg om sin virksomhet ved Mulighetskonferansen, der ansatte fra NAV i hele landet deltar. I informasjonen som blir gitt fastleger, Nav og andre sentrale aktører vektlegges samarbeidet mellom STHF og NAV i Telemark og Vestfold, tilbudets tverrfaglige tilnærming, kontakt med arbeidsgiver og utarbeidelse av den arbeidsrettede rehabiliteringsplanen i samarbeid med pasienten. Den korte ventetiden blir framhevet, det gis informasjon om at pasienter kan rekrutteres via Raskere Tilbake eller via STAiR prosjektet og at dette er et poliklinisk tilbud som varer i inntil tre måneder. ARR informerer også om sitt ønske om å gi pasientene verktøy som setter pasienten i stand til å stå i arbeid selv om det oppstår utfordringer.

Både pasientrettet informasjon, og den informasjonen som rettes mot andre aktører (NAV og fastlege) vanskeliggjøres imidlertid av at opplysninger om ARR poliklinikks formål og program er lite tilgjengelige via STHF sine nettsider<sup>8</sup>. Under *R* for rehabilitering finner man en enkelt setning:

*Vi tilbyr tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering for sykmeldte pasienter med sammensatte, uspesifikke plager i muskel, skjelett og/ eller lettere psykiske plager.*

Dette gir verken potensielle pasienter eller innsøkere noe inntrykk av ARR programmets målsettinger, innhold eller varighet.

#### 4.2.2 Inntaksrutiner og skriftlig informasjon til pasientene

ARR-teamets lege vurderer medisinske kriterier for inntak. Teamleder, som ved sin doble rolle som NAV- og arbeidskonsulent, har tilgang til NAVs systemer, innhenter opplysninger om sykemeldingshistorikk, rettigheter og arbeidsgivertilknytning. Dersom pasientene er innenfor kriteriene for Raskere Tilbake, eller STAiR-prosjektet, godkjenner teamleder inntak til ARR og sekretær sender ut innkalling.

Når pasienten får tilsendt brev om tildelt time, vedlegges velkomstbrosjyre med bilde av og informasjon om fagteamets sammensetning, samt praktisk informasjon angående

---

<sup>8</sup> <http://www.sthf.no>

oppmøtedagen. For øvrig gis det ingen skriftlig informasjon om programmets innhold. Pasienten bes om å fylle ut et vedlagt skjema kalt «Bakgrunn og forventninger». Det omhandler opplysninger om arbeidsforhold, opplevd funksjon, forventninger til ARR-programmet, egen vurdering av endringsvilje og mål for arbeidsdeltakelse på kort og lang sikt. Lokal oppfølging fra helsetjenester, NAV, HMS (helse/ miljø/ sikkerhet) og bedriftshelsetjenester etterspørres også.

#### 4.3 Rekkevidde

##### *Hvem er brukere av ARR programmet?*

ARR poliklinikk hadde ved oppstarten høsten 2012 ambisjoner om å rekruttere 3 nye pasienter per uke, økende til 4 pr uke i 2014. I perioden fra oppstart i september 2012 til oktober 2014 er 211 pasientsøknader behandlet. Fra DIPS<sup>9</sup> ble innført i 2013 er 31 søknader avslått, og totalt hadde 163 pasienter fullført programmet i desember 2014. To pasienter avsluttet programmet like etter innkomst. At måltallet ikke er oppnådd skyldes delvis de store utskiftningene av personalet i rehabiliteringsteamet, og den opplæringstid nyansettelser fordrer.

Som vist i tabell 6, er åtte av ti pasienter kvinner. Gjennomsnittsalderen er 43 år. Utdanningsnivået varierer, men flertallet (56 %) har utdanning tilsvarende videregående med eller uten fagutdanning. Omtrent 60 % av pasientene har arbeid innen helse/ omsorg og butikk/ salg/ service. 11 % jobber inne skole/ barnehage/barnevern. Noen jobber innen kontor, renhold og industri og et mindre antall er sjåfører. Det geografiske nedslagsfeltet for ARR poliklinikk har omfattet store deler av Telemark fylke (fra Kragerø i sør til Tinn i nord), og med en klar hovedvekt fra Grenlandsregionen, der ca 75 % av pasientene er henvist fra. Hele 16 % av pasientene kommer fra Vestfold, de fleste fra Larvik kommune

Beskrivelsene av pasientene som har startet opp og gjennomført ARR programmet, samsvarer med programmets intenderte målgruppe, slik denne er beskrevet i prosjektprotokollen (Eftedal & Aasland 2012). Ikke uventet er muskel-skjelett/ uspesifikke smerter den dominerende gruppen diagnoser ved innsøking (50%). Lettere psykiske plager som angst, depresjon og utmattelse utgjør 24 %, og 20 % av pasientene har både somatiske og psykiske plager. Ved programoppstart er 89 % av pasientene helt eller delvis sykmeldt, mens 11 % er i fullt arbeid (se tabell 8). 4 % av de sykmeldte er ifølge NAVs registreringer uten arbeid ved oppstart (se

---

<sup>9</sup> STHF skiftet IKT system til DIPS pasientjournal i april 2013, og opptellingen er derfor gjort manuelt fram til dette tidspunktet.

tabell 7). Dette er også i tråd med prosjektprotokollens føringer, der det legges opp til at poliklinikken skal ta imot personer både med og uten arbeidsforhold, enten de er sykmeldt eller ikke.

**Tabell 6: Demografiske data og diagnosegrupper**

| <b>Demografiske data og diagnosegrupper (N=102). Pasienter med oppstart ARR poliklinikk fra januar 2013 til og med juni 2014</b> |         |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|                                                                                                                                  | %-andel | % av total |
| <b>Alder</b>                                                                                                                     |         | 100        |
| 18-30 år                                                                                                                         | 14      |            |
| 30-39 år                                                                                                                         | 23      |            |
| 40-49 år                                                                                                                         | 33      |            |
| 50-59 år                                                                                                                         | 24      |            |
| 60-65 år                                                                                                                         | 7       |            |
| <b>Kjønn</b>                                                                                                                     |         | 100        |
| Kvinne                                                                                                                           | 83      |            |
| Mann                                                                                                                             | 17      |            |
| <b>Utdanning</b>                                                                                                                 |         | 97         |
| Grunnskole                                                                                                                       | 11      |            |
| Videregående                                                                                                                     | 18      |            |
| Videregående m/fagutdanning                                                                                                      | 38      |            |
| Høyskole/Universitet 1-2 år                                                                                                      | 11      |            |
| Høyskole/Universitet 3 år ->                                                                                                     | 21      |            |
| <b>Diagnosegrupper</b>                                                                                                           |         | 99         |
| Muskelskjelett/uspesifikke smerter                                                                                               | 50      |            |
| Lettere psykiske plager (angst, depresjon, stress, slitenhet)                                                                    | 24      |            |
| Komorbiditet (både somatiske og psykiske plager)                                                                                 | 20      |            |
| Fordøyelsesplager                                                                                                                | 2       |            |
| Annet (svimmelhet, uvelhet, søvn)                                                                                                | 5       |            |

Arbeids- og stønadssituasjon som vist i tabellene 7 og 8, er hentet fra NAVs register. Vi har benyttet status for arbeids- og stønadssituasjon nøyaktig på dagen ved oppstart poliklinikk og henholdsvis 6 og 12 mnd etter oppstart. I gjennomsnitt var pasientene registrert med 30 arbeidstimer pr uke. Flere av dem som hadde redusert arbeidstid, jobbet i tillegg ekstravakter, eller hadde flere jobber samtidig.

**Tabell 7: Arbeidstimer ved oppstart intervensjon**

| <b>Arbeidstimer registrert i arbeidstagerregisteret ved oppstart intervensjon (N = 102)</b> |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 30 – 37,5                                                                                   | 65% |
| 20 – 29                                                                                     | 17% |
| 10 – 19                                                                                     | 12% |
| 5 – 9                                                                                       | 3%  |
| 0                                                                                           | 4%  |

Gjennomsnittlig sykmeldingslengde ved oppstart var 4 måneder i 2013 (N= 52) og økte til 5.5. måneder i 2014 (N= 51), en økning som kan skyldes noe endrede inntakskriterier som følge av inklusjon til STAiR studien. Som det framkommer i tabell 8 var 50 % av pasientene helt sykmeldt da de startet i programmet ved ARR poliklinikk, og ca 40 % var i gradert sykmelding.

**Tabell 8: Arbeids- og stønadssituasjon for - pasienter med oppstart programmet  
januar 2013- juni 2014**

| <b>Arbeids-/stønadssituasjon</b> | <b>Oppstart<br/>%</b> | <b>6 mnd<br/>%</b> | <b>12 mnd<br/>%</b> |
|----------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Full jobb                        | 11                    | 39                 | 50                  |
| Frisk til annet arbeid/jobbsøker |                       | 3                  | 2                   |
| Gradert sykemelding              | 39                    | 20                 | 3                   |
| Gradert AAP                      |                       | 10                 | 16                  |
| Full sykemelding                 | 50                    | 18                 | 5                   |
| Full AAP                         |                       | 11                 | 24                  |
| <b>Total N</b>                   | 102<br>100%           | 102<br>100%        | 62<br>100%          |

## 4.4 Levering

ARR poliklinikk er et dagbasert rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet tilbys oppfølging over en periode på 12 uker. Da poliklinikken skal være et tilbud som ikke erstatter etablerte, lokale tjenester, kan treningsgrupper/fysisk trening i lokal regi, samtalerapi lokalt eller oppfølging fra bedriftshelsetjeneste, inngå som en del av intervensjonen.

### 4.4.1 Tverrfaglig komponent

#### *Rehabiliteringsteamets sammensetning og faglige profil*

Ved programmets oppstart høsten 2012 bestod fagteamet av lege, psykolog, psykomotorisk fysioterapeut, NAV/arbeidskonsulent, og teamkoordinator (med fysioterapi som profesjonsbakgrunn). Alle, bortsett fra teamkoordinator, var ansatt i midlertidige 50% prosjektstillinger, og hadde annet samtidig arbeid som henholdsvis fastlege ved eget kontor, psykolog i DPS, arbeidskonsulent i NAV og fysioterapeut ved smerte-poliklinikk (STHF). Fagpersonene som utgjorde dette første rehabiliteringsteamet, opplevde det som en klar fordel å ha ansettelse/jobbs på to ulike steder av relevans for sykmeldte. De erfarte at personlig kontakt og kontaktnett bidro til at samarbeid mellom aktører ble enklere, og at de hadde en mer oppdatert oversikt over lokale tilbud.

Bortsett fra skifte av fysioterapeut etter få måneder, var teamets sammensetning stabil fram til november 2013, da psykologen avsluttet sitt engasjement. Ved årsskiftet 2013/ 2014, var imidlertid kun to fra det opprinnelige teamet tilbake. Midlertidige stillinger gjør fagmiljøet sårbart, og uforutsigbarheten i ansettelsesforholdet kan ha bidratt til den store utskiftningen i personalet. Når fagpersoner slutter i jobben er det også fare for at den personbårne kunnskapen forlater organisasjonen sammen med dem.

Under det første driftsåret hadde teamet erfart at det var behov for å styrke psykolog-kapasiteten. Ved utlysning av stillingen på nytt, fikk de anledning til å utvide denne fra 50 til 70 %. Det ble samtidig ansatt ny lege, fortsatt i 50 %. Fysioterapeut-ressursen ble styrket til 80 % og delt mellom to fagpersoner med noe ulik spesialisering henholdsvis 60 % stilling (videreutdanning i basal kroppskjennskap) og 20 % stilling (psykomotorisk videreutdanning). Ytterligere en arbeidskonsulent ble vinteren 2014 ansatt i kombinert funksjon; 50 % i NAV (Skien) og 50 % ved ARR poliklinikk, og i september ble det ansatt nok en arbeidskonsulent (med samtidig 50 % funksjon i NAV Larvik).

Funksjonen som teamkoordinator ble høsten 2014 overtatt av den først ansatte arbeidskonsulenten som da fikk tittelen teamleder.

Dette innebærer at 3 av teamets 7 fagpersoner på dette tidspunktet er arbeidskonsulenter med samtidige arbeidsforhold i NAV. De andre fagpersonene har i liten grad doble roller i andre funksjoner som helsearbeidere, og teamets profil er dermed endret til en vesentlig styrking av den ressurs som NAV/arbeidskonsulentene representerer. Det at flere personer er ansatt bringer i seg selv inn et større spekter av faglige perspektiver, for eksempel ved at de to fysioterapeutene har ulike videreutdannelser. Det faglige miljøet utvides og styrkes. Som en felles kompetanseheving, og for å styrke den enkelte fagpersons veiledningsferdighet, har for øvrig hele teamet i 2014 deltatt i kurs i «Motiverende Intervju». Teamleder gjennomførte i 2013 også «Kurs i praktisk veiledning basert på oppmerksomt nærvær i oppfølging av sykmeldte».

### *Teamets arbeidsorganisering*

Teamet som arbeidet sammen det første driftsåret, hadde noe færre formelle, faste møter enn det som er dagens praksis. Terskelen var imidlertid lav for å gå inn til hverandre for å diskutere ulike problemstillinger, eller for å ta avgjørelser når de møttes i korridoren. Nærhet mellom kontorene og det felles pauserommet, har også bidratt til at det har vært lett å utveksle informasjon, stille spørsmål til andre i teamet og ta nødvendige beslutninger underveis. Fra oppstarten høsten 2012 har teamet hatt et fast *morgenmøte* hver mandag. Deretter gjennomføres særfaglige kartleggingssamtaler med nye pasienter før fagpersonene møtes til et *samkjøringsmøte* der inntrykk fra dagens kartlegginger blir delt. Møtet er en forberedelse til onsdagens *målsettingsmøte* hvor pasienten deltar. Målsettingsmøtene ble i første halvår 2014 kortet ned fra 45 til 30 minutter og teamet har prøvd ut og diskutert ulike måter å organisere møtet på. Høsten 2014 har møtet funnet en fast struktur der teamets lege innledningsvis presenterer en oppsummering fra mandagens særfaglige kartlegginger og gir pasienten mulighet for å kommentere denne og evt. avklare fortolkninger eller ulik forståelse. I løpet av 2014 er det også etablert et fast ukentlig *koordinatormøte* av 1 ½ times varighet, der teamet samles for å gjennomgå pasientsaker uten pasientenes tilstedeværelse. Hver uke gjennomgår teamet halvparten av de ca 50 pasientene som er under oppfølging. Ved å styrke den formelle møtestrukturen har det tverrfaglige samarbeidet blitt tydeligere forankret.

### Målsettingsplan

Som hjelp til å formulere opplevelse av egen situasjon, og ønsker for oppfølgingsperioden, får pasienten ved første dags oppmøte utdelt to skjema: «Mine mål», der kortsiktige og langsiktige mål for arbeid etterspørres og «Skoen» som innebærer å fargelegge felter som representerer ulike livsområder (arbeid, kropp, selvbylde, økonomi, relasjoner til andre m.m.) for å identifisere utfordringer og ressurser. Pasienten oppfordres til å fylle ut og ta med disse tilbake til målsettingsmøtet to dager senere. I dette møtet, der hele teamet deltar i samtalen med pasienten, blir tiltak internt ved poliklinikken, lokalt eller på annet spesialisthelse-tjenestenivå drøftet og foreslått. Pasientens individuelle *målsettingsplan*, med langsiktige mål (innen 1 år) og målsettinger for oppfølgingsperioden med konkretisering av tiltak og ansvar for gjennomføring, fylles ut under møtet og registreres samtidig i den elektroniske pasientjournalen (DIPS). Malen for målsettingsplanen vises på storskjerm slik at alle møtedeltakere kan se hva som skrives.

Planen sendes til innsøkende lege, og evt. til NAV og andre aktører. Allerede i første halvår av 2013 framhevet teamet målsettingsmøtet som et klokt grep som gir pasienten mulighet for å eie sin egen målsettingsplan. Pasienten får en papirkopi av planen ved møtets avslutning, noe som ytterligere styrker pasientens involvering. Teamet har beskrevet planen som en form for arbeidskontrakt mellom pasient og fagteam, og den brukes aktivt under forløpet slik en av fagpersonene beskriver:

*Har jeg for eksempel ledig tid ... så sjekker jeg litt i forhold til de ulike pasientene vi har inne nå. Så ser jeg; hvordan ligger jeg an, har jeg fulgt opp den individuelt, er han på gruppa ... jeg sjekker at jeg følger opp... vår del av planen. Og hvis jeg er koordinator, så tar jeg kanskje litt mer grep.*

Målsettingsplanen fungerer også som mal for den avsluttende *oppfølgingssamtalen* som alle pasienter rutinemessig kalles inn til 3 måneder etter ARR programmets oppstart. I dette møtet blir pasientens måloppnåelse evaluert, pasientens egne vurderinger blir skrevet inn i DIPS og evt oppfølgingsavtaler blir avklart. Det første driftsåret hadde individuell koordinator ansvar for at endelig epikrise ble utformet etter at den avsluttende oppfølgingssamtalen var gjennomført. Fra januar 2014 er det legen som er ansvarlig for epikrisen og utsendelse av denne til fastlege og NAV og evt. andre instanser etter individuell vurdering og samtykke fra pasienten. I epikrisen blir målsettingsplanen, tiltak som er gjennomført, måloppnåelse og videre oppfølging synliggjort. Pasienten får ikke kopi av sin epikrise. Det gis heller ingen skriftlig rapport til arbeidsgiver.

### *Individuell koordinator*

Fra programmets oppstart i 2012 har det vært en rutine at alle pasienter får utnevnt en individuell koordinator fra teamet som skal ha en nøkkelrolle i kontakten med pasient/arbeidstakers omgivelser. I målsettingsmøtet utnevnes pasientens individuelle koordinator, som umiddelbart etter målsettingsmøtet har et kort oppsummeringsmøte sammen med pasienten og avtaler tidspunkt for videre oppfølging. I begynnelsen hadde alle fagpersonene koordinatoransvar, og rollen ble tildelt ut fra en faglig vurdering av den enkelte pasientens antatte oppfølgingsbehov. Ved årsskiftet 2013/14 ble det av ressurs hensyn bestemt at legen ikke skulle ha denne oppgaven. Legen deltar likevel i dialogmøter og 3 måneders oppfølgingssamtaler hvis dette vurderes som hensiktsmessig. Koordinatoransvaret ble i september 2014 tillagt arbeidskonsulentene, dels av ressurs hensyn, dels for å styrke arbeidslivs-dimensjonen i alle pasientenes oppfølgingsløp.

Uavhengig av hvem som har innehatt rollen, har koordinators oppgave vært å ha et oppfølgingsansvar for pasienten underveis i rehabiliteringsprosessen. Dette innebærer å bidra til konsensus om praktiske løsninger i forhold til tilbakegang til arbeid i samarbeid med pasient/arbeidstaker, -giver og/eller NAV, klargjøre ansvarsforhold og tidsrammer, følge opp avtaler og eventuelt justere planen ved behov. Det er også koordinator som har ansvar for at det gjennomføres en avsluttende samtale med pasienten 3 måneder etter programmets oppstart.

### *4.4.2 Bio-psyko-sosial komponent*

#### *Særfaglige kartlegginger og brukerintegrert tverrfaglig vurdering*

Ved første dags oppmøte på poliklinikken fyller alle pasienter ut følgende kartleggingsskjemaer: HADS (Hospital Anxiety & Depression scale), Selvvurdert fysisk funksjon (kondisjon, styrke, bevegelighet og balanse på en skala fra 1 til 10) og spørsmål om funksjonsnedsettelse og arbeid (arbeidsevneindeks). Samme dag (mandag) gjennomfører lege, arbeidskonsulent, psykolog og fysioterapeut individuelle, særfaglige kartleggingssamtaler/undersøkelser med nye pasienter. På bakgrunn av de særfaglige kartleggingene og det påfølgende tverrfaglige målsettingsmøtet mellom pasient og samlet team, vurderes behovet for oppfølgende samtaler, deltakelse i grupper og/eller samtidige lokale tiltak.

#### *Kognitive tilnærminger og fysisk aktivitet*

Vurdert ut fra den enkeltes situasjon og behov, tilbys deltakelse i undervisningsgruppe som foregår som et kurs med angst, depresjon og stress relatert til arbeidslivet, som tema. I starten

ble kurset ledet av teamets lege og psykolog og kalt *psykoedukasjonsgruppe*. Med ny psykolog ble navnet endret til *stressmestringsgruppe*. Tema og tidsbruk er som tidligere, men ledes av psykologen alene. Formen er endret fra undervisning til gruppesamtale, noe som i større grad ivaretar pasientenes medvirkning og deltakelse. Tidsrammene er uforandret og foregår som totimersøker annenhver uke over 8 uker med 3-5 pasienter som deltakere hver gang. Den enkelte pasient kan også bli kalt inn til jevnlig samtaler med en eller flere av teamets fagpersoner. Disse samtalene har bl.a. som mål å påvirke og endre pasientens forståelse av egne plager og evne til å mestre disse på en mer hensiktsmessig måte. Kontakten opprettholdes også pr telefon og via e-post.

*Bevegelsesgruppe* er en treningsform basert på psykomotoriske prinsipper som ledes av teamets fysioterapeut (med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi eller basal kroppskjennskap). Tilbudet varierer noe avhengig av hvem av fysioterapeutene som leder gruppen, bl.a. ved at det i basal kroppskjennskap inngår 30 minutters grupperefleksjon i hver økt, noe som ikke er tilfelle når økten ledes av psykomotorisk fysioterapeut. Treningen foregår ukentlig i gruppe i poliklinikkens lokaler ved sykehuset. Den enkelte kan i utgangspunktet delta i inntil to timer pr uke over en periode på 10 uker.

Intensjonen er at pasienten skal kunne benytte seg av lokale treningstilbud, enten på eget initiativ eller koordinert av rehabiliteringsteamet samtidig med ARR poliklinikk oppfølging. Frisklivstiltak lokalt (fysisk aktivitet/ treningsgruppe) ble spesifikt registrert først fra januar 2014 og er da registrert i 3 av 17 tilfeller, ytterligere 4 er lagt til i åpent kommentarfelt. Med forbehold om at tallene stemmer, kan dette tyde på lokale frisklivstiltak er lite etterspurt av rehabiliteringsteamet under oppfølgingen av ARR programmet.

I et skreddersydd tilbud vil viktigheten av fysisk aktivitet som et arbeidsrettet tiltak, variere ut fra den enkeltes behov. Likevel anses fysisk aktivitet som en vesentlig komponent i tilbake-til- arbeid intervensjoner rettet mot personer med muskel/skjelett-lidelse og/eller lettere psykiske lidelser (Costa-Black 2013). Ofte, men ikke rutinemessig, blir dette tatt opp som tema i målsettingsmøtet mellom pasient og fagteam. Rehabiliteringsteamet kontakt med pårørende er kun registrert i ett tilfelle, noe som kan tyde på at pårørende har vært lite involvert i oppfølgingen ved ARR.

Rådgivning om aktivitet og arbeid gis i individuelle samtaler, primært med NAV/ arbeidskonsulent, men også i samtaler med andre fagpersoner i teamet. Høsten 2014

planlegger arbeidskonsulentene kurs i kommunikasjon rettet mot arbeidsplass, med intensjon om iverksette dette på nyåret 2015.

#### 4.4.3 Arbeidsrelatert komponent

##### *Arbeidsplassen som samhandlende aktør*

Teamets intensjon er at dialogen med arbeidsplassen skal gjennomføres obligatorisk i form av minimum en telefonsamtale med arbeidsgiver etter at kartleggingen av pasientens situasjon og behov er gjennomført. I målsetningsmøtet vurderes sammen med pasienten, behovet for graden av dialog med arbeidsgiver og evt. behov for arbeidsplassbesøk, som gjennomføres ved at pasientens individuelle koordinator sammen med pasienten besøker arbeidsplassen. Hensikten er å identifisere arbeidskrav og arbeidsprosess, og å opprette direkte dialog med arbeidsgiver for å få til midlertidig eller permanent arbeidstilpasning/ arbeidsplass-modifisering når det er behov for det. Teamet erkjenner at de gangene de *ikke* lykkes, er det ofte fordi det er et problem på arbeidsplassen. Når de lykkes, er det fordi det er velvilje hos både arbeidsgiver og arbeidstaker. Flere av pasienthistoriene bekrefter betydningen av å ha et godt og åpent forhold til arbeidsgiver. Noen framhever for eksempel hvor viktig leders støtte har vært for å trappe opp arbeidsprosenten under og etter oppfølgingen fra ARR. Også kollegastøtte har vært viktig for flere. Å innhente informasjon fra arbeidsgiver ser derfor teamet som avgjørende for å få en nyansert forståelse i hver enkelt sak, og å finne praktiske løsninger om eventuelle tilpassinger i arbeidet. Teamet har erfart at det er viktig å formidle tydelig ovenfor pasientene at kontakt med arbeidsgiver er en selvfølgelig del av oppfølgingen.

Teamets erfaring er at mange pasienter trenger støtte fra teamet i dialogen med arbeidsgiver, og at arbeidsgiver ofte må presses til å ta sitt ansvar med tilretteleggingsplikt. Teamet forteller blant annet hvordan de utfordrer arbeidsgivere med hjemmel i arbeidsmiljøloven, for eksempel ved å etterspørre referater fra møter. Spesielt når en kommune er arbeidsgiver, har teamet opplevd at det kan være vanskelig å få til arbeidsutprøving i andre avdelinger internt, da kostnadene til dette må tas fra budsjettet til den avdelingen der arbeidstakeren opprinnelig arbeider. Likevel har de lykkes også i slike tilfeller. I et tilfelle var representanter fra ARR-teamet på møter i begge avdelingene i kommunen, og det endte med at denne pasienten tok permisjon fra sin opprinnelige stilling og kom tilbake i fullt arbeid. Møter med arbeidsgiver kan også foregå på legekontor, ved NAV eller i poliklinikkens lokaler. Det har også hendt at arbeidsgiver har deltatt i avsluttende oppfølgingssamtale.

Vårt inntrykk fra samarbeidsmøter vi har vært med på mellom pasient/arbeidstaker, arbeidsgiver, fastlege, NAV og representanter fra fagteamet, er at ARR tar en aktiv rolle i møtet, opptrer tydelig og stiller krav til alle parter på konstruktive måter. Gjennom sin faglige sammensetning og plassering i spesialisthelsetjenesten, opplever rehabiliteringsteamet selv å ha handlekraft til å si at pasienten er ferdig medisinsk utredet og samtidig ha mulighet for å påvirke det som gjelder arbeid. Etter deres eget syn er dette til forskjell fra NAV og fastlege som i større grad må vente på utredninger og behandling.

### *Kontakt med andre aktører*

Andre kontakter og/eller henvisninger foretas som et resultat av det som er kommet fram i målsetningsmøtet, eller ut fra behov som oppstår underveis i forløpet.

I prosjektprotokollen legges det føringer for at ARR poliklinikk, som et tilbud innen spesialisthelsetjenesten, skulle ha som hovedoppgave å utføre tverrfaglige utredninger, og så la kommunale og lokale tjenester ta over det videre oppfølgingsansvaret. Det viste seg derimot at kommunene ikke var beredt for dette, noe som har medført en sterkere vektlegging av oppfølging/behandling ved ARR poliklinikk. I påvente av oppfølging lokalt fikk derfor flere av pasientene vi har intervjuet utvidet tilbudet utover de 3 månedene i form av psykologoppfølging og/eller tilbud om å fortsette i bevegelsesgruppe ved ARR, utfra et faglig vurdert behov. For noen har dette vært avgjørende for ikke å falle tilbake i gamle mønstre. Da 90 % av pasientene rekrutteres fra Grenlandsregionen og søndre Vestfold, er reisetid fra hjemstedet til poliklinikkens lokaler stort sett innenfor 30 minutter. En henvisende lege som holder til en times reisevei fra Porsgrunn, mente at selve utredningen er viktigst for pasienter med lang reisevei. Hvis STHF ønsker å nå lenger ut geografisk, må kanskje ARR poliklinikk i større grad differensiere mellom utredning og utredning/ oppfølging - avhengig av avstand og reisetid. Det vil også fordre en mer aktiv bruk av lokale tilbud.

På bakgrunn av utfordringene med å finne lokale/ kommunale tilbud ut over fastlegen som kan overta «stafettpinne» etter ARR poliklinikkens tilbud, og for å styrke pasientenes frisklivsdeltakelse samtidig med og etter oppfølgingen, har ARR poliklinikk også tatt initiativ til møter med frisklivssentraler og frivillige organisasjoner som Røde Kors og Den Norske Turistforening.

Som en følge av den organisatoriske og fysiske nærheten mellom rehabiliteringspoliklinikkene ved STHF, kunne man kanskje ha forventet et tettere samarbeid mellom fagpersonene i de respektive fagteamene. Samarbeidet med disse andre

spesialistpoliklinikkene har i implementeringsperioden vært avgrenset til kontakt vedrørende vurdering/hjelp til enkelte pasienter, men har da bidratt til rask avklaring og behandling for disse. Et eksempel er en pasient med en betennelsestilstand i skulderen som bokstavelig talt ble fulgt bortover gangen til fysikalsk- medisinsk poliklinikk og umiddelbart fikk den nødvendige medisinske behandling.

Samarbeidet med DPS har vært mer utfordrende. Selv om det ligger et slikt senter like over gårdsplassen for ARR poliklinikks lokaler, har erfaringene vært at ARRs pasienter ikke er syke nok for inntakskriteriene ved DPS. En ventetid på utredning i opptil et halvt år lar seg vanskelig forene med arbeid som mål, da ventetiden i seg selv kan bidra til å svekke den enkeltes arbeidsevne. Da det har vært vanskelig å få ARR pasienter videre til behandling ved DPS, har ARR teamet i flere tilfeller valgt å henvise til det timeavgrensede psykologtilbudet innen Raskere Tilbake tidlig i oppfølgingsperioden.

## 4.5 Mottakelse

### 4.5.1 Tverrfaglig komponent

#### *Hvem eier målsettingsplanen?*

Rehabiliteringsteamets erfaring er at utdannelsesnivå synes å ha betydning for den enkelte pasients evne til å formulere egne mål. De fleste av pasientene (67%) har utdanning tilsvarende grunnskole eller videregående med og uten fagutdanning. Bare 32 % har utdanning fra høyskole/universitet. Teamet forteller at hvis pasienten kommer til målsettingsmøtet uten forslag til hvordan å bruke ARR-tilbudet, tar teamet ansvar for å sette opp en målsettingsplan, selv om pasienten ikke er så delaktig som de kunne ønsket. I bruker-evalueringen oppga imidlertid 87% av pasientene at de selv og fagpersonene var enige om målene for rehabiliteringsprosessen. 68% mente at fagpersonene bidro til lage en plan som var gjennomførbar i deres hverdag, og som bidro til at de kom tilbake til arbeid. 64% hadde i stor eller svært stor grad utbytte av målsettingsmøtet, mens 10% oppga å ha hatt ingen eller lite utbytte av dette møtet. Hele 90 % av pasientene har opplevd fagpersonene som interessert i deres beskrivelse av sin situasjon, og 86 % svarte at i fagpersonene i stor eller svært stor grad tok dem med på råd om egen rehabiliteringsprosess.

En kvinnelig hjelpepleier (*uten høyere utdanning*) som vi har fulgt gjennom intervjuer ved 3 og 6 måneder etter programmets oppstart, oppdaget at når hun måtte sette ord på de konkrete målsettingene, ble det hennes egne avgjørelser, noe som også styrket hennes selvfølelse:

*At jeg måtte sette ord på ting selv. At ikke de gjorde det for meg. Når vi satt der og hadde samtale og «jammen du må prøve», liksom, så ga det et nytt... en ny selvfølelse på en måte. Faktisk så kan du klare det selv med hjelp, da.... for måten de ordla seg på; at vi er heiagjengen din, du må gjøre jobben, men vi skal heie deg fram.*

Utarbeidelse og gjennomføring av en individuell målsettingsplan synes altså å tilrettelegge for pasientens involvering i egen rehabiliteringsprosess, noe brukerevalueringen understøtter. Når teamets lege i målsettingsmøtet gir pasienten god tid til å gi sin tilbakemelding og evt. korrigere oppsummeringene fra de særfaglige kartleggingene, de-legitimeres ekspertrollen. En forutsetning for å skape en likeverdig samtale er nettopp denne evnen til å lytte, stille åpne spørsmål og sjekke ut egne fortolkninger. Pasientene melder også tilbake at de er svært fornøyd med kommunikasjonen med fagteamet; hele 93 % opplevde at fagpersonene i stor /svært stor grad snakket slik at de forstod dem, og 94 % hadde i stor/svært stor grad tillit til de ansattes faglige dyktighet. Dette inntrykket ble bekreftet i pasientintervjuene som ble gjennomført på ulike tidspunkt i implementeringsperioden. Fagpersonene i rehabiliteringsteamet ble beskrevet som åpne, støttende og forståelsesfulle. De har hatt tid til å lytte og skape trygge rammer. I fokusgruppe med et utvalg pasienter høsten 2013 kom det også fram at noen hadde opplevd at målsettingsplanen i ettertid er blitt brukt av fastlege, og til og med av arbeidsgiver, som ikke rutinemessig får tilsendt planen. De NAV- ansatte som deltok i fokusgruppe høsten 2013 opplevde det også nyttig å få målsettingsplanen fra ARR, og fortalte at de ikke får noe tilsvarende fra andre tiltaksarrangører.

#### 4.5.2 Bio-psyko-sosial komponent

##### *Kalibrering av den tverrfaglige innsatsen*

Måten teamet utøver sitt tverrfaglige samarbeid på har betydning for hvordan den bio-psyko-sosiale og arbeidslivs- komponentene leveres og mottas. To pasientfortellinger kan bidra til å utdype dette: En kvinne som hadde vært helt sykmeldt i et år ved oppstarten ved ARR poliklinikk, lovpriste teamets innsats og bidrag for å løse store utfordringer i hennes arbeidssituasjon. Derimot etterlyste hun et samtidig tilbud fra psykolog og fysioterapeut i oppfølgingsperioden. I hennes tilfelle skyldes mangelen på dette området at den ene psykologen ved ARR-teamet sluttet og den andre ennå ikke hadde begynt. Hennes

betraktninger er likevel viktige, da det i intervjuene kom fram at hun hadde en oppvekst preget av traumatiske erfaringer<sup>10</sup>, noe teamet hadde kartlagt i særfaglige samtaler.

Selv sa hun det slik:

*De kunne ha lagt opp en bedre plan for sånne ting hvis det hadde vært en psykolog der, som kanskje hadde hatt jevnlige samtaler samtidig med den psykosomatiske fysioterapien, for jeg tenker at de to burde henge sammen ... i det jeg blir "tvunget" til å være i min egen kropp så må jeg nødvendigvis kjenne på noen følelser som ikke er gode, og i min situasjon, hvor jeg er totalt knekt fra før, så blir det veldig massivt, da. ... jeg tenker at det er noe som burde vært favna opp.*

Da vi intervjuet henne igjen 3 måneder etter at ARR programmet var avsluttet, var hun tilbake i 100 % arbeid, men brukte all energi på jobben og var fortsatt på leting etter noe/noen som kunne finne ut «hva som feilte henne». Det er en kjent sammenheng mellom traumatiske oppveksterfaringer og smertetilstander og andre sammensatte plager som er typiske for ARRs målgruppe (Fellitti & Anda 1998, Anda m.fl 2004, Mc Ewen & Kalia 2010). Derfor er det grunnlag for å spørre om ikke ARR Poliklinikk innenfor en tidsramme på 3 måneder, bør bruke sin tverrfaglige kompetanse til å utrede og aktivt følge opp, i samarbeid med fastlege, når dette avdekkes. Vi kjenner ikke det endelige utfallet av denne kvinnens historie. Likevel viser den utfordringen med å ivareta intervensjonens bio-psyko-sosiale, arbeidsrelaterte og tverrfaglige komponenter samtidig og på en balansert måte gjennom hele oppfølgingsforløpet. I denne saken gjorde rehabiliteringsteamet meget godt arbeid omkring arbeidslivsdimensjonen. Likevel kan det være at arbeidsevnen på lengre sikt vil svekkes, da de biologisk-psykologiske faktorene og dialog med fastlege for å sikre kontinuitet i den videre oppfølgingen, ikke ble godt nok fulgt opp.

Et annet eksempel, med motsatt fortegn, er en kommunalt ansatt kvinnelig hjelpepleier, som framhevet det gode utbyttet hun har hatt av poliklinikkens psykomotoriske tilbud. I det første intervjuet fortalte hun hvordan hun var blitt bevisst på muskelgrupper og bevegelsesmåter, noe hun håpet skulle få betydning for hennes arbeidsfunksjon. 3 måneder etter var hun fortsatt

---

<sup>10</sup> Psykisk, fysisk eller seksuelt misbruk av barnet selv og/ eller å vokse opp med voksne som misbruker alkohol, narkotika, har mentale lidelser eller har prøvd å ta sitt liv, mishandler barnets mor og/eller har vært dømt/fengslet. [http://www.cestudy.org/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/ACE\\_Calculator-Norwegian.127143730.pdf](http://www.cestudy.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ACE_Calculator-Norwegian.127143730.pdf)

helt sykmeldt etter å ha prøvd seg med en arbeidsdag pr uke i en måneds tid. Det ble ikke gjort noen spesielle tilpasninger av arbeidet hennes. Når hun så tilbake på oppfølgingen ved ARR sa hun:

*Jeg hadde kjempenytte de tre månedene jeg gikk der, men det har ikke vært så nyttig for meg i ettertid for det er så mye annet som har tatt overhånd ... I begynnelsen så klarte jeg å bruke det jeg hadde lært, da var jo hverdagen litt lettere. Men når jeg kom tilbake på jobb og jeg merket at kroppen egentlig ble verre enn det den var før jeg ble sykmeldt ... at smertene er flere steder og ... mye kraftigere, så mistet jeg ... motivasjonen og ble oppgitt, frustrert... Så fikk jeg veldig høye forventninger til meg selv om at nå skulle det gå bra liksom. Så da ble frustrasjonen litt større egentlig når det ikke gikk slik.*

I etterkant mente hun at arbeidsgiver representert ved kommunens HMS- avdeling burde kommet på banen allerede fra starten av ARR- oppfølgingen for å tilrettelegge for mulighet for arbeidsutprøving, og hun skulle ønske at ARR hadde tatt initiativ til dette. Begge disse kvinnene uttrykker stor takknemlighet ovenfor rehabiliteringsteamet og deres innsats. Det kan likevel stilles spørsmål ved om ambisjonen om å gjennomføre en tverrfaglig, skreddersydd og arbeidsrettet plan er oppfylt, og det kan synes som om det er den tverrfaglige innsatsen som har vært for svak.

#### *Pasientenes bruk av ARR programmets delkomponenter*

Fra april 2013 til oktober 2014 har rehabiliteringsteamet registrert hvilke aktiviteter og deler av programmet pasientene har deltatt i. I tabell 9 framgår hvilke delkomponenter/ tiltak som er iverksatt under oppfølgingsperioden, hvor stor andel av pasientene som har brukt programmets delkomponenter, og i hvilket omfang disse er brukt.

De mest brukte delkomponentene som tilbys internt ved ARR poliklinikk er ifølge teamets registreringer individuelle samtaler/oppfølging, stressmestring/ psykoedukasjonsgruppe, bevegelsesgruppe og karriereveiledning. De fleste pasientene har hatt individuell oppfølging/samtaler med fagpersoner i teamet (registreringene spesifiserer ikke mellom ulike faggrupper). Nær halvparten av pasientene har deltatt i bevegelsesgruppe og/eller stressmestrings/ psykoedukasjonsgruppe, og ¼ av pasientene har deltatt i begge disse gruppetilbudene. Brukerevalueringene viser at 43% av de som deltok i bevegelsesgruppe i stor eller svært stor grad har hatt utbytte av dette, mens 4 % oppgir å ikke ha hatt noe utbytte . Tilsvarende tall for psykoedukasjon/ stressmestringsgruppe var 20 % og 4 %. Dette tilbudet har endret form fra undervisning til gruppesamtale, og tallene fra brukerevalueringen differensierer ikke mellom før og etter denne endringen.

**Tabell 9: Bruk av ARR programmets delkomponenter (N=95)**

| <b>Programmets delkomponenter/ tiltak</b>                              | <b>Andel pasienter som har mottatt tiltaket</b> | <b>Frekvens/ antall (gjennomsnitt)</b> |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Individuell oppfølging/samtaler m/ fagpersoner i rehabiliteringsteamet | 87 %                                            | 0-14 (4)                               |
| Kontakt med arbeidsgiver via tlf/ e-post                               | 85 %                                            | 0-4                                    |
| Bevegelsesgruppe ved ARR poliklinikk                                   | 48 %                                            | 0-14                                   |
| Stressmestring/ psykoedukasjonsgruppe                                  | 38 %                                            | 0-5                                    |
| Samarbeidsmøter der NAV deltar                                         | 22 %                                            | 0-4                                    |
| Karriereveiledning                                                     | 16 %                                            | 0-4                                    |
| Samarbeidsmøter der arbeidsgiver deltar                                | 14 %                                            | 0-1                                    |
| Arbeidsutprøving utenfor egen arbeidsplass                             | 3 %                                             |                                        |
| Kontakt med pårørende                                                  | 1 %                                             |                                        |

Utover dette har pasientene i varierende grad benyttet flere deler av programmet samtidig. I tabell 10 vises andelen pasienter som kun har brukt standardtilbudet bestående av en tverrfaglig utredning og avsluttende samtale, og andelen som har brukt en eller flere av delkomponentene i kombinasjon.

**Tabell 10 Programmets delkomponenter brukt i kombinasjon (N=95)**

| <b>Programtilbud</b>                                                       | <b>Brukt av andel av pasientene</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Standard (tverrfaglig utredning og avsluttende samtale) + 0 delkomponenter | 10 %                                |
| Standard + 1 delkomponent                                                  | 23 %                                |
| Standard + 2 delkomponenter                                                | 38 %                                |
| Standard + 3 delkomponenter                                                | 25 %                                |
| Standard + 4 delkomponenter                                                | 3 %                                 |

I brukerevalueringen oppgir 60 % å ha opplevd programmet som tilpasset sin egen situasjon, 25 % har i noen grad opplevd det slik, mens 12 % i liten eller ingen grad opplevde tilbudet som individuelt tilpasset.

En av de intervjuede pasientene stilte spørsmål ved behovsvurderingene som ble gjort i kartleggingsfasen:

*Og så burde det være en kartlegging av hva har du vært med på før... De tenkte at det var lurt at jeg var med (i psykoedukasjonsgruppa). Var det lurt at jeg var med fordi det er for alle som er her uten hensyn til hva jeg har vært med på før, eller er det lurt fordi jeg som person har behov for det i min situasjon?*

Hun savnet bedre informasjon i forkant, slik at hun selv kunne velge:

*Informasjon om hva de enkelte tingene var for noe... gjerne noe å lese, at psykoedukasjonsgruppe går på akkurat dette her.*

Selv om 80 % av pasientene angir at de fikk vite det de syntes var nødvendig om det som skulle skje ved poliklinikken, kan skriftlig informasjon om programmets innhold og muligheter, bidra til at enda flere pasienter vil oppleve å motta et individuelt tilpasset og skreddersydd tilbud.

#### *Lite involvering av pårørende*

Rehabiliteringsteamet har i svært liten grad tatt initiativ til å involvere pårørende, trass i at programgruppen framhever pårørende som en sentral aktør innenfor all type rehabilitering. Flere av pasientene som vi har intervjuet vektlegger pårørendes støtte som viktig for at de er kommet tilbake i arbeid. En pasient forteller at hun fikk tilbud fra ARR om at samboeren kunne delta i samtale ved poliklinikken, noe hun valgte å takke nei til. Andre har ikke fått noen slik forespørsel, men synes det ville vært bra. Det er derfor interessant at det «nye» rehabiliteringsteamet senhøstes 2014 innfører hjemmebesøk som en mulig del av programmet.

#### *4.5.3 Arbeidsrelatert komponent*

##### *Bistand i prosessen tilbake til jobb*

Åtte av ti pasienter som har gjennomført programmet ved ARR poliklinikk har opplevd tilbudet som arbeidsrettet. Et eksempel er en kvinne som hadde vært borte fra arbeid i 8 måneder. På oppfordring, og med støtte fra teamets psykolog, begynte hun å besøke arbeidsplassen jevnlig. 3 måneder etter avsluttet oppfølging var hun tilbake i full jobb. Hun mente selv at oppgavene psykologen ga henne, bidro til at hun taklet konkrete jobbsituasjoner på en mer hensiktsmessig måte enn tidligere. En annen fortalte at oppgavene hun fikk å jobbe med samtidig med at hun var i 20 % arbeid da hun startet ARR-oppfølgingen, bidro til at hun 3 måneder senere var tilbake i 60 % jobb.

Nær 40 % av pasientene har vært i gradert sykmelding ved programmets oppstart (se tabell 8). Muligheten for å være i gradert jobb samtidig med oppfølgingen fra ARR framheves av både NAV og pasienter som positivt. Enkelte har imidlertid opplevd det praktisk utfordrende å kombinere gradert sykmelding med å følge poliklinikkens program. Noen etterlyser derfor en timeplan med faste dager og klokkeslett, for lettere å tilpasse tidspunktene i forhold til jobb.

Det er totalt registrert telefonkontakt mellom rehabiliteringsteam og arbeidsgiver for 85 % av pasientene (se tabell 9). Fra første halvdel 2013 til høsten 2014 er andelen økt fra 70 % til 86 %. Da 9 % av pasientene ikke hadde et arbeidsforhold ved oppstart ARR eller var selvstendig næringsdrivende eller selv ledere, indikerer dette at så godt som alle arbeidsgivere er blitt kontaktet av rehabiliteringsteamet. Som vist i tabell 9 er det gjennomført samarbeidsmøter der arbeidsgiver deltar i 14 % av pasientsakene, et antall som kanskje er lavere enn man kunne forventet i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram.

Flere av pasientene framhever nettopp at dialog mellom ARR og arbeidsgiver har medført større interesse og forståelse og mindre opplevelse av press fra arbeidsgivers side. En tidligere pasient sa dette om bistanden hun fikk fra ARR poliklinikk:

*Hjelpen jeg har fått her har vært helt avgjørende for muligheten for å komme tilbake i jobb, for der var det helt fastlåst.*

Deltakerne i fokusgruppe med NAV ansatte vurderte også dokumentasjonen fra ARR som et bidrag til å forenkle NAVs arbeid og styrke deres arbeidsevnevurderinger. At arbeidskonsulent(e) samtidig er ansatt i NAV, har tilgang til NAVs IT-systemer og er kontinuerlig oppdatert på regelverket, ble ansett som en fordel. NAV lokalt har ikke anledning til å gå så dypt inn i hver enkelt sak, selv om de ser behovet for det. Disse NAV-ansatte hadde inntrykk av at ARR poliklinikk kan bruke mer tid og ressurser på den enkelte enn det NAV har mulighet for. NAV kan heller ikke gå inn i konflikter mellom arbeidstaker og arbeidsgiver på samme måte som ARR poliklinikk kan gjøre, mente de.

54 % av pasientene har i stor eller svært stor grad opplevd å få informasjon som bidro til å trygge deres funksjon i arbeid, 25 % har i noen grad opplevd å få slik informasjon, mens 19 % i liten eller ingen grad mener de har fått informasjon som bidro til dette. Den økte andelen arbeidskonsulenter i fagteamet gir mulighet for forbedring på dette området.

### *Lite kontakt med BHT*

Av 111 pasienter som har fylt ut brukerevaluerings-skjema oppgir 22 at BHT har deltatt i deres rehabiliteringsprosess. Skjema for aktivitetsregistreringene inkluderte ikke egne kolonner for kontakt med fastlege og BHT. Vi kan derfor ikke sikkert tallfeste disse kontaktene, men i det åpne kommentarfeltet er kontakt med fastlege oppført 3 ganger, og med BHT 2 ganger. Rehabiliteringsteamet oppgir selv 3 tilfeller der det er henvist videre til BHT etter at programmet ved poliklinikken er avsluttet. Teamets erfaring er at BHT ofte er arbeidsgiverlojale, og mindre bedrifter har dessuten sjelden tilbud om bedriftshelsetjeneste. Både de NAV ansatte og pasientene som vi har intervjuet, delte denne oppfatningen. Misforholdet mellom tallene oppgitt av pasienter og team kan likevel tyde på at det er potensiale for å bruke BHT mer aktivt. De NAV-ansatte som deltok i fokusgruppe anså BHT som viktige medspillere, da de deltar på dialogmøte 1 og derfor kan være tidlig involvert i enkeltsaker.

### *Viktigheten av tidlig innstas*

NAV-ansatte som deltok i dialogen i fokusgruppe var opptatt av at ARR må komme tidlig på banen og at ventetiden ikke blir for lang. 8 uker etter sykmelding er et bra tidspunkt, mente de. Flere av de intervjuede pasientene hadde i ettertid klare ønsker om at ARR poliklinikk hadde blitt involvert tidligere i sykmeldingsforløpet. Gjennomsnittlig sykmeldingslengde ved oppstart var 4 måneder i 2013 og 5 ½ måneder i 2014. En kvinne som hadde vært sykemeldt i 8 måneder ved oppstart, sa det slik:

*Jeg ville hatt hele systemet mye tidligere inn i bildet...De skulle ha kommet inn etter et par måneder...og begynne å jobbe med det når det er på det verste. Fordi det blir jo bare verre og verre så lenge du ikke får hjelp.*

NAV er ofte ikke involvert før ved dialogmøte 2 etter 26 uker. Før dette har arbeidsgiver hovedansvaret. Arbeidstakere på gradert sykmelding har NAV lite eller ingen ting med å gjøre. Derfor anses det som viktig at arbeidsgivere er informert om ARRs tilbud. Hvis det går raskere å få plass i et annet tiltak, vil NAV prioritere det med kortest ventetid. Inntil 4 ukers ventetid blir ansett som akseptabelt, en grense som ARR poliklinikk med gjennomsnittlig 2 ukers ventetid, er godt innenfor.

Noen NAV-ansatte mente at kravet om medisinsk avklaring ved innsøking kan forlenge ventetiden, og at det kan komme i konflikt med at målgruppen er arbeidstakere med uspesifiserte og sammensatte plager, som nettopp derfor ofte er uavklarte. At henvisningen

må gå om fastlegen kan etter deres mening forlenge prosessen. Det var likevel enighet blant de NAV ansatte som deltok i fokusgruppe-samtalen, at det er avgjørende å ha fastlegen med i forløpet.

### *Kommunikasjonssvikt*

Brukerevalueringen viste at 80 % av pasientene mente at det er de rette instanser/personer som har deltatt i rehabiliteringsprosessen, og at pasientene er relativt fornøyd med poliklinikkens samarbeid med andre aktører. Det forekommer likevel eksempler på kommunikasjonssvikt, der viktigheten av et avklart oppfølgingsansvar tydeliggjøres. En pasient fortalte hvordan hun måtte begynne å jobbe 100 % da hun ikke hadde råd til å vente på at søknad om avklaringspenger (AAP) ble behandlet, selv om dette hadde vært tema i møter der ARR deltok:

*Jeg fikk beskjed om at det (å vurdere søknad om AAP) måtte de (NAV) bruke 3 måneder på, at jeg måtte være uten lønn eller noen ting i 3 måneder ... jeg har ikke fått de nødvendige opplysningene som jeg trenger i forbindelse med hva jeg skal gjøre og hvordan den søknaden skal foregå... Så det var jo litt mistolking i hele opplegget egentlig, som gjorde at jeg ikke fikk den nødvendige informasjonen.*

3 måneder etter avsluttet oppfølging fortalte hun at livet da bare bestod av å jobbe og å hvile. En annen fikk etter avsluttet oppfølging fra ARR telefon fra NAV om at maksdato for sykepenger var en måned tidligere enn hun hadde antatt, noe som også for henne medførte økonomiske bekymringer, og dermed opplevelse av stress, økte kroppsspenninger og vansker med å bruke det hun hadde lært ved ARR. Tallene fra NAVs register understøtter at avklaringer vedrørende AAP ofte er en aktuell problemstilling. Som vist i tabell 8 (se kap. 4.3) mottok 10 % av ARR poliklinikk tidligere pasienter gradert AAP, og 11 % full AAP 6 måneder etter oppstart ARR.

### *Kontinuerlige forløp?*

Koordinator for videre oppfølging etter avsluttet ARR program er i de fleste tilfeller rapportert å være fastlege. Fastlege er også henviser i så å si alle tilfeller. I 10 tilfeller er NAV og i 5 tilfeller er arbeidsplass oppgitt som oppfølgende instans. I 15 tilfeller er koordinator for videre oppfølging angitt som ikke aktuelt. Det er tankevekkende at 7 % av pasientene ikke visste hvem som hadde ansvar for den videre oppfølgingen, selv om de oppga at slik oppfølging var aktuelt for dem. Dette bør være et fast punkt på agendaen og tydelig avklares av rehabiliteringsteamet i den avsluttende oppfølgingssamtalen.

For å sikre kontinuitet i forløpet, er dialogen med fastlege som henviser og som koordinator for den videre oppfølging etter ARR programmet, særlig viktig. En fastlege med mangeårig praksis og erfaring fra samarbeid med ARR- institusjoner, framhevet epikrisen som nyttig for sin videre dialog med arbeidsgiver og NAV, men etterlyste mer kontakt med ARR underveis i rehabiliteringsforløpet:

*De kunne godt... kalt inn legen på poliklinikken eller møtt opp på kontoret ...for å få mer innblikk i det som fastlegen har skrevet. Det overrasker meg litt hvor lite kontakt det var etter at henvisning var sendt.*

Tabell 11 viser hvilke tiltak/ instanser for øvrig det henvises til som en oppfølging av programmet ved ARR poliklinikk og i hvilket antall slike henvisninger er gjort.

**Tabell 11 Videre tiltak/henvisning etter avsluttet ARR program (N=95)**

| <b>Tiltak</b>                                                                             | <b>Antall</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Fysioterapi (inkludert psykomotoriker)                                                    | 27            |
| DPS                                                                                       | 8             |
| Psykolog via Raskere Tilbake                                                              | 3             |
| Annen samtaleterapi                                                                       | 7             |
| Annen poliklinisk spesialisthelsetjeneste                                                 | 13            |
| Gruppetrening (fysisk aktivitet) i lokalt eller i regi av idrettslag<br>el treningsstudio | 18            |
| BHT                                                                                       | 3             |
| Annen rehabilitering                                                                      | 8             |

Utover dette angis det i 4 tilfeller at henvisning til DPS er sendt, men avslått. Eksempler på annen type oppfølging er kurs i regi av lærings- og mestringssentre, Frisk Bris (Bamble kommune) og nettverksgrupper i regi av Røde Kors.

### *Økt arbeidsdeltakelse etter ARR-program*

Et halvt år etter oppstart ved ARR programmet er sykmeldingsgraden redusert/ arbeidsandelen økt for 50 % av pasientene (se tabell 12). Etter ytterligere 6 måneder, dvs. et år etter programstart, er prosentandelen stabil. Selv om vi ikke kan tilskrive dette som en effekt av ARR programmet, er tallene lovende.

**Tabell 12: Endring i arbeids-/stønadssituasjon 6 og 12 mnd etter oppstart**

| <b>Endring i arbeids-<br/>/stønadssituasjon<br/>fra oppstart intervensjon</b> | <b>6 mnd</b> | <b>12 mnd</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                                                                               | <b>%</b>     | <b>%</b>      |
| Redusert                                                                      | 7            | 11            |
| Uforandret sykemelding/AAP                                                    | 31           | 31            |
| Økt                                                                           | 51           | 53            |
| Uforandret fullt i jobb                                                       | 11           | 5             |
| <b>Total N</b>                                                                | 102          | 62            |
|                                                                               | 100%         | 100%          |

#### *ARR programmets utvikling under implementeringsperioden*

Tabell 13 viser hvilket innhold ARR poliklinikk har gitt programmets kjernekomponenter og hvordan disse er blitt endret underveis i implementeringsperioden. Teamets sammensetning er endret både ved å øke stillingsandeler for psykolog og spesialfysioterapeut og ved å ansette ytterligere to arbeidskonsulenter med samtidig funksjon ved ulike NAV kontorer. Teamets arbeidsform er blitt mer strukturert med flere faste samarbeidsmøter internt.

Arbeidskonsulentene har overtatt rollen som individuell koordinator, og antall telefonkontakter med arbeidsgiver er økt fra 70 % til 86 % (noe som tilsvarer nær 100 % av dem som faktisk har en arbeidsgiver). Den kognitive gruppetilnærmingen har dessuten endret navn og form fra undervisning til gruppesamtale.

**Tabell 13 Kjernekomponenter – utvikling av programmet i implementeringsperioden – del 1**

| Komponenter                                    | Innhold og aktivitet<br>Høst 2012                                                          | Intensitet<br>Høst 2012                                              | Innhold og aktivitet<br>Høst 2014                                   | Intensitet<br>Høst 2014                               | Intensitet<br>Totalt               |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <i>Tverrfaglig</i>                             |                                                                                            |                                                                      |                                                                     |                                                       |                                    |
| <b>Team-sammen-<br/>setning</b>                | Lege                                                                                       | 50 %                                                                 | Lege                                                                | 50 %                                                  |                                    |
|                                                | Psykolog                                                                                   | 50 %                                                                 | Psykolog                                                            | 70 %                                                  |                                    |
|                                                | Spesialfysioterapeut                                                                       | 50 %                                                                 | Spesialfysioterapeut                                                | 60 % + 20 %                                           |                                    |
|                                                | NAV/arbeidskonsulent                                                                       | 50 %                                                                 | NAV/arbeidskonsulent                                                | 50 % + 50 %                                           |                                    |
|                                                | Teamkoordinator                                                                            | 100 %                                                                | Teamleder/arb.kons.                                                 | 60 %                                                  |                                    |
| <b>Tilbake til<br/>arbeid<br/>koordinering</b> | Individuell koordinator<br>(IK)                                                            | Alle i teamet innehar IK-<br>rollen<br>Alle pasienter får tildelt IK |                                                                     | Arbeidskonsulenter<br>innehar rollen<br>Uforandret    |                                    |
| <b>Tverrfaglige<br/>møter</b>                  | Samkjøringsmøte<br>Målsettingsmøte m/pas                                                   | Hver mandag<br>Hver onsdag                                           | Samkjøringsmøte<br>Målsettingsmøte m/pas<br>Koordinator-gjennomgang | Uforandret<br>Uforandret<br>Hver torsdag              |                                    |
| <b>Målsettings-plan<br/>og rapportering</b>    | Til henvisende lege,<br>NAV, pasient<br>IK utformer epikrise til<br>henvisende lege og NAV |                                                                      |                                                                     | Uforandret<br>Lege utformer<br>epikrise<br>Uforandret |                                    |
| <i>Biopsykososialt</i>                         |                                                                                            |                                                                      |                                                                     |                                                       |                                    |
| <b>Fysisk aktivitet</b>                        | Bevegelsesgruppe                                                                           | 2t ukentlig x 10                                                     |                                                                     | 2t ukentlig x10<br>(mulig med<br>forlengelse)         | 50 % av pasientene                 |
|                                                | Frisklivstiltak lokalt                                                                     |                                                                      |                                                                     |                                                       | 4 tilfeller                        |
| <b>Kognitive<br/>tilnærminger</b>              | Individuelle samtaler m<br>/fagpersoner i teamet                                           | I inntil 12 uker                                                     |                                                                     | Mulighet for<br>forlengelse v/behov                   | 87 % av pasientene<br>Antall: 0-14 |
| <b>Undervisning</b>                            | Psykoedukasjons-gruppe<br>m/ psykolog og lege<br>(undervisning)                            | 2 t (2.hver uke) x 4                                                 | Stressmestringsgruppe<br>m/ psykolog (gruppesamtale)                | 2 t (2.hver uke) x4                                   | 40 % av pasientene                 |

**Tabell 13 Kjernekomponenter – utvikling av programmet i implementeringsperioden – del 2**

| Komponenter                                   | Innhold og aktivitet<br>Høst 2012                                        | Intensitet<br>Høst 2012 | Innhold og aktivitet<br>Høst 2014                         | Intensitet<br>Høst 2014 | Intensitet<br>Totalt        |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| <i>Arbeidsrelatert</i>                        |                                                                          |                         |                                                           |                         |                             |
| <b>Kontakt med arbeidsgiver/ arbeidsplass</b> | Tlf. til arbeidsgiver<br>Samarbeidsmøter der arbeidsgiver deltar         | 70 %                    |                                                           | 86 %                    | 85 %<br>14 %<br>Antall: 1-4 |
| <b>Kontakt med NAV</b>                        | Samarbeidsmøter der NAV deltar                                           |                         |                                                           |                         | 22 %                        |
| <b>Kontakt med BHT</b>                        | Kontakt<br>Henvisning                                                    |                         |                                                           |                         | 2 tilfeller<br>8 tilfeller  |
| <b>Undervisning</b>                           | Individuelle samtaler om aktivitet og arbeid<br>Ingen gruppeundervisning |                         | Uforandret<br>Kurs m/<br>NAV/arbeidskonsulent planlegges. |                         |                             |

## 5 Diskusjon

### 5.1 Programmetts kvalitet - stemmer kartet med terrenget?

Formålet med denne evalueringen var å undersøke og vurdere implementeringen av et ARR tilbud i poliklinisk praksis. Intensjonen har vært å få en forståelse av fremmende og hemmende faktorer som har påvirket implementeringen av ARR programmet, slik det var planlagt og intendert i henhold til prosjektprotokollen, relatert til rekruttering, levering, mottakelse og kontekst. Vår undersøkelse og analyse viser at flere forhold har betydning for hvorvidt ARR programmet leverer spesialiserte, integrerte tjenester som bidrar til kontinuerlige forløp og brukes aktivt av pasientene i prosessen tilbake til jobb.

#### 5.1.1 ARR poliklinikk som leverandør av spesialiserte, integrerte tjenester

Noen forhold har vist seg å være sentrale for å muliggjøre etableringen av ARR poliklinikk som en spesialisert og integrert, arbeidsrettet tjeneste: 1) Avtalen med NAV som gir mulighet for at NAV ansatte samtidig har stilling som arbeidskonsulenter ved ARR poliklinikk har vært avgjørende for å sikre den arbeidsrelaterte kompetansen. 2) Finansieringsstøtte i form av driftstilskudd gjennom Raskere Tilbake og prosjektmidler fra FARVE. 3) Ledelsestøtte på alle nivå internt i STHF, som kombinert med finansieringsstøtte har gitt den nødvendige tid og handlingsrom til utvikle programmet. 4) Forskningsforankringen gjennom deltakelsen i STAiR prosjektet som har gitt et kunnskapsbasert grunnlag for programmets innhold. 5) At STHF har lyktes i å rekruttere dyktige medarbeidere med god særfaglig kompetanse har også vært en avgjørende suksessfaktor.

Samorganisering med andre polikliniske virksomheter ved STHF har vært en fordel, i det man har kunnet dele administrative ressurser. I praksis har det imidlertid hatt liten betydning for det faglige innholdet og levering av tjenester ved ARR poliklinikk. Andre enheter ved sykehuset er i motsetning til ARRs tverrfaglige og diagnoseuavhengige tilnærming, preget av prosedyrestyrt flerfaglighet og en dikotomisk oppdeling mellom somatikk og psykiatri. Disse grunnleggende ulikhetene har gitt lite faglig samarbeid internt i sykehuset. At enkelte poliklinikker har lange ventelister, og ikke arbeidsdeltakelse som sitt definert hovedmål, har også vært en barriere for effektivt samarbeid og dermed levering av en integrert tjeneste.

For å styrke kompetanse innen eget fagfelt har ARR poliklinikk derfor vendt seg utover sykehusets grenser, bl.a. med avtale om veiledning v/ARK og faglig utveksling med klinikken ved Rehabiliteringssenteret AiR.

Teamets faglige sammensetning, som har endret seg underveis ved ansettelse av flere NAV/arbeidskonsulenter, synes å møte pasientenes behov, og bidra til spesialisert og integrerte tjenester med et arbeidsrettet fokus. At de fleste fagpersonene er og har vært ansatt i midlertidige prosjektstillinger har trolig medvirket til store utskiftninger i personalet. Ved nyansettelser vil bl.a. skriftlige prosedyrer bidra til kvalitetssikring av tjenester, og det er derfor bekymringsfullt at det fortsatt mangler rollebeskrivelser og kartleggingsmaler for poliklinikkens virksomhet.

Rutiner for særfaglige kartlegginger, inkludert bruk av skjemakartlegging, etterfulgt av en brukerintegrert tverrfaglig vurdering, er derimot vel etablert. Det har i løpet av implementerings-perioden vært en utvikling fra en uformell til en mer strukturert arbeidsform innad i teamet, noe som bidrar til en tverrfaglig kalibrering mellom programmets bio-psyko-sosiale og arbeidsrelaterte komponenter.

Pasientenes bruk og evaluering av tilbudet tyder på at ARR poliklinikk leverer et program som i stor grad skreddersys etter den enkelte pasientens behov. Det er likevel et inntrykk at rehabiliteringsteamet i større grad bør etterspørre lokale frisklivstiltak, og ta initiativ til å følge opp dette når det vurderes som relevant for å styrke den enkelte pasients arbeidsevne. Rehabiliteringsteamet har imidlertid tatt initiativ til møter med lokale frisklivs-aktører og frivillige organisasjoner, noe som legger til rette for i sterkere grad å inndra lokale frisklivstiltak samtidig med intervensjonen ved STHF, når dette vurderes som relevant. Rehabiliteringsteamet har i liten grad tatt initiativ til å involvere pasientenes pårørende. I samsvar med omgivelsesperspektivet i ICF, vil relasjon til pårørende påvirke pasientens funksjonsevne både positivt og negativt, og en mer aktiv holdning fra rehabiliteringsteamets side etterspørres derfor.

Prosjektorganiseringen, STAiR prosjektet og vår følgeforskning, har styrket klinikkens evalueringskapasitet ved at rehabiliteringsteamet er blitt involvert i innhenting og produksjon av data knyttet til prosjektet. Utover dette er det svake strukturer for systematisk evalueringspraksis. En konstruktiv utfordring framover kan derfor være å integrere elementer

fra følgeforskningen ved å legge til rette for å fortsette datainnsamling og refleksjon over egen praksis innenfor de rammer som driften setter. På den måten kan man overvåke både pasienttilgang og tjenestekvalitet på en systematisk måte.

#### 5.1.2 Pasienten som en aktiv deltaker i egen rehabiliteringsprosess

Måten målsettingsmøtet organiseres og gjennomføres på, bidrar til at pasienten får et eierforhold til sin egen målsettingsplan, som ved å brukes aktivt underveis i forløpet fungerer som en arbeidskontrakt mellom rehabiliteringsteamet og den planen gjelder for. Fagpersonene i teamet har gode formidlingsevner og kommunikasjons-ferdigheter som tilrettelegger for pasientens aktive deltakelse i egen prosess. For å styrke fagpersonenes veiledningskompetanse er kursing innen dette feltet blitt prioritert.

Den skriftlige informasjonen om ARR programmets innhold og målsettinger i forkant og ved oppstart av intervensjonen, er derimot mangelfull. Dette etterlyses av flere pasienter og begrunnes bl.a. med at bedre informasjon kan bidra til å lettere å planlegge arbeidsdeltakelse samtidig med deltakelse i ARR programmet. Informasjonen på STHF sine nettsider er både svært avgrenset og lite tilgjengelig, noe som kan være til hinder for at både potensielle pasienter og henvisere får tilgang til opplysningene de trenger.

Ved at stressmestringsgruppe har endret form fra undervisning til gruppesamtale aktiviseres pasientenes egne ressurser i større grad, noe som også bidrar til å fremme pasientens delaktighet. Det er derimot verdt å merke seg at pasienten selv ikke får kopi av egen epikrise. Da epikrisen fungerer som en rapportering til henvisende lege, som i mange tilfeller innehar en sentral koordinerende funksjon i den videre rehabiliteringsprosessen, vil en kopi til pasienten kunne understøtte pasientens egen aktivitet og ansvar for videre måloppnåelse.

#### 5.1.3 Bidrag til kontinuerlige forløp i prosessen tilbake til jobb

Åtte av ti pasientene har opplevd ARR programmet som arbeidsrettet, og for over halvparten av pasientene er arbeidsandelen økt 6 og 12 måneder etter inkludering i ARR programmet. Likevel oppgir nær en av fem at de har fått lite eller ingen informasjon som har bidratt til å trygge deres funksjon i arbeid. Å systematisk etterspørre hvilket informasjonsbehov den enkelte har, synes derfor å ha potensiale for forbedring

Arbeidskonsulentenes direkte tilgang til NAV systemene fremmer effektiv innhenting av relevant informasjon om arbeidslivshistorikk, og gir grunnlag for raskere å vurdere rettigheter

og muligheter, samt å avklare behov for dialog med NAV lokalt. Tilgangen til NAVs databaser bidrar til å forenkle prosessen, avlaster NAV og bidrar til bedre kontinuitet i pasientforløpet.

Samarbeidsmøter mellom pasient, ARR poliklinikk, arbeidsgiver, NAV og eller fastlege gir mulighet for direkte dialog og avklarer forhold av betydning for pasientens arbeidsevne. ARR teamet tar en aktiv rolle i slike møter, og utfordrer aktørene på konstruktive måter.

At det gjennomføres slike møter i bare 14 % av tilfellene kan synes lavt for et rehabiliteringsprogram med arbeid som mål.

ARR poliklinikk har helt siden oppstarten gjennomført omfattende rekrutteringsaktiviteter ved å oppsøke fastleger, NAV kontor og andre aktører i regionen. I tillegg til å rekruttere personer som kan få bistand tilbake til arbeid ved å delta i programmet, bidrar dette til skape nettverk og dialog med det lokale tjenestetilbud. Dette kan også medføre at tilbudet tas i bruk tidligere i sykmeldingsperioden, noe både pasienter og NAV vektlegger betydningen av. Et par måneder etter sykmelding foreslås som et godt tidspunkt for oppstart i ARR programmet. Å rekruttere tidlig nok er en utfordring som fordrer at ARR tilbudet er kjent både blant fastlegene og på arbeidsplassene. I 2014 er gjennomsnittlig sykmeldingslengde ved oppstart 5 ½ måneder. Ventetiden på to uker er kort, noe som er viktig for å unngå uhensiktsmessige fravær fra oppfølging og arbeidsliv, og for å fremme kontinuitet i forløpet for den enkelte pasient.

Det er et hinder for kontinuerlige forløp at det i mange tilfeller er vanskelig å finne lokale tilbud som kan overta stafettpinnen etter avsluttet ARR program når det er behov for det. Lang ventetid på oppfølging lokalt, eller i påvente av annen spesialisthelsetjeneste, lar seg vanskelig forene med arbeid som mål. I flere tilfeller har derfor ARR poliklinikk utvidet tidsrammen for sitt tilbud for å sikre kontinuitet i den enkeltes videre forløp.

Det er gode rutiner for skriftlig kommunikasjon med henviser ved oppstart og avslutning av ARR programmet i form av målsettingsplan og epikrise, og utveksling av slik informasjon kan bidra til kontinuitet. Det synes imidlertid å være potensiale for å involvere sentrale aktører som fastlege, NAV og arbeidsgiver i å bruke målsettingsplanen som et mer aktivt samhandlingsverktøy, både underveis og i etterkant av ARR programmet. For å unngå kommunikasjonssvikt og uklarheter om ansvarsforhold bør det være en fast rutine å avklare videre oppfølgingsansvar, dersom pasienten har behov for det ved programmets avslutning.

At arbeidsgiver ikke får noen form for skriftlig rapportering er kritikkverdig, og kan være en barriere for oppfølging av avtaler og oppfølging på arbeidsplassen. Da fastlegene har en særlig rolle i oppfølgingen etter programmet, bør dialogen med disse fortsatt prioriteres. Det synes også å være et potensiale for å bruke bedriftshelsetjenestene mer aktivt.

#### 5.1.4 Programgruppens vurdering av levering og mottakelse av ARR programmet

Ifølge programgruppens egen vurdering har det lyktes å implementere programmets planlagte aktiviteter og kortsiktige målsettinger etter hensikten. Rammene som ble lagt i forkant, stemmer i stor grad med det som faktisk er blitt intervensjonens innhold. Det er etablert et tilbud basert på ICF med en tilgang av pasienter som stemmer overens med målgruppen, slik den er beskrevet i prosjektprotokollen. Den valgte faglige sammensetningen av teamet og utvikling av strukturene for det tverrfaglige samarbeidet, bidrar til en tverrfaglig vurdering og oppfølging som synes å være i samsvar med målgruppens behov. Det er etablert gode rutiner for involvering av arbeidsgiver, og alle pasienter får tildelt sin individuelle koordinator som følger opp kontakten både internt og eksternt. Programgruppens anbefaling om skriftlig rapportering til arbeidsgiver er imidlertid ikke gjennomført.

De kortsiktige målsetningene for etableringen av et program for arbeidsrettet rehabilitering i poliklinisk praksis er altså innfridd i stor grad. Utfordringen framover kan etter programgruppens vurdering, bli å opprettholde evalueringskapasitet og samhandling i vanlig drift uten utviklingsmidler.

## 5.2 Metodiske overveielser

### 5.2.1 Styrker

Overordnet sett er det en styrke, at vår innsamling av data er basert på ulike kilder og på metodisk mangfold (metodetriangulering). Det har gitt et bredt grunnlag for analyser av ARR programmets implementering, og en detaljert forståelse av hvordan pasienter, team og andre aktører (NAV) opplever implementeringen av programmets komponenter. Vi har dessuten anvendt et strukturert rammeverk for en systematisk data analyse (Linnan & Steckler 2005), og utvidet dette med en dypere kontekstforståelse basert på PARIHS (Stetler et al. 2011). Dette til forskjell fra tidligere evalueringer, som ofte er mangelfulle når det gjelder forståelsen av den lokale kontekst (Arends m.fl. 2014, Bouwsma m.fl. 2014, van Beurden m.fl. 2012).

Vi har valgt å vurdere den overordnede implementeringen av programmet med et formativt siktemål. Selve analysen av de enkelte prosessmål, er så vidt mulig ut fra de tilgjengelige data, basert på en kombinert analysestrategi, som tar høyde for både summative og formative aspekter ved våre data. Målet har derfor ikke vært å utregne en summativ implementeringskår, slik Linnan & Steckler (2005) anbefaler. Vi har hatt til hensikt å oppnå en dypere kvalitativ viten og forståelse for muligheter og barrierer i måten programmet er designet og implementert på.

Det formative evalueringsaspektet har også som læringsmål å gi ARR poliklinikk kunnskap om, og innsikt i, egen prosess, noe som kan bidra til fortsatt videreutvikling av tilbudet. Vi har etterstrebet en deltakerbasert evalueringsprosess med høy grad av pasient- og teaminvolvering. Det samsvarer med anbefalingene gitt av Linnan & Steckler (2005) om aktivt å inndra lokale aktører i evalueringsprosessen, for å skape mening og anvendelighet for praksis.

Selv om konteksten for implementeringsanalysen er spesifikk for ARR programmet ved STHF, kan derfor selve evalueringsmetodikken og det analytiske rammeverk overføres til lignende polikliniske settinger.

### 5.2.2 Svakheter

Overordnet er det en svakhet ved vår implementeringsanalyse, at vi ikke er i stand til å koble programeffekter til programmets komponenter, og derved identifisere forhold med betydning for virkning over tid. Det er dessuten kritikkverdig at vi har hatt for svake data til å gjøre statistiske analyser som bedre ivaretar det summative evalueringsaspektet under hvert enkelt prosessmål.

Utover dette, er det en åpenbar svakhet at vi ikke har lyktes i å inkludere samtlige aktører i ARR programmets kontekst. Vår implementeringsanalyse gir dermed et avgrenset bilde av de lokale, samarbeidende aktørers erfaringer, noe som gjør det vanskelig å skape et fullstendig bilde av aktørenes opplevelse av implementeringsprosessen. Det er særlig grunn til å etterspørre stemmene til sentrale aktører som arbeidsgivere og fastleger. Imidlertid vil det i den videre STAIR prosessevaluering arrangeres dialogkonferanser med arbeidsgivere, fastleger og NAV som deltakere.

Vi erkjenner også at utvalget av intervjuede pasienter er lite og ikke representativt for alle pasienter som har gjennomført oppfølging ved ARR poliklinikken i perioden. Det viktigste kriteriet for rekruttering til individuelle intervjuer har vært at flere aktører var involvert, da samhandlingsperspektivet i utgangspunktet var førende for evalueringsprosessen

Selv om 80 % av poliklinikkens pasienter er kvinner, er det uheldig at ingen av de som ble intervjuet individuelt er menn, og bare en mann deltok i dialogen i fokusgruppe. Det totale utvalget representerer bredde i utdannelsesnivå, men halvparten av personene som vi har fulgt med flerstegs- intervjuer har utdanning på høyskolenivå (se tabell 3), noe som ikke er representativt, da flertallet av pasientene har utdanning tilsvarende videregående skole. De individuelle intervjuene ble gjennomført 3 og 6 måneder etter programmets oppstart. Det har gitt innsikt i prosessen i etterkant av programmet, men for å kunne vurdere opplevd resultat opp mot forventninger, ville det vært ønskelig med intervjuer også ved tidspunkt for oppstart.

## 6 Konklusjon

Samarbeidsavtalen mellom NAV og STHF, ledelsesforankring i alle ledd, finansieringsstøtte, forskningstilknytning og rekruttering av dyktige fagpersoner til rehabiliteringsteamet, har gjort det mulig å etablere et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram ved STHF.

Poliklinikken har gjort en aktiv innsats for å informere om sitt tilbud og virksomhet blant fastleger og NAV, og rekrutterer 90 % av sine pasienter fra Grenlandsregionen og søndre Vestfold. For å rekruttere tidlig nok i sykmeldingsfasen, er det viktig å gjøre tilbudet kjent også på arbeidsplassene. Nettsidene til STHF har stort potensiale for forbedring, både når det gjelder tilgjengelighet og informasjon om poliklinikkens målsetting og innhold.

ARR programmet erfares som arbeidsrettet av både pasienter og av NAV-ansatte, og mer enn 50 % av pasientene har økt sin arbeidsdeltakelse 6 og 12 måneder etter å ha startet i programmet. Arbeidskonsulentenes samtidige funksjon i NAV fremmer programmets arbeidslivskomponent. For å styrke oppfølging på arbeidsplassen etter avsluttet program bør skriftlig rapport til arbeidsgiver innføres som en rutine. Det er også potensiale for å bruke BHT mer aktivt.

Rehabiliteringsteamet leverer et faglig sterkt tilbud basert på en bio-psyko-sosial forståelsesmodell, men lokale frisklivstiltak og pårørende kan i sterkere grad inkluderes i den enkeltes

rehabiliteringsprosess, når dette vurderes som relevant for å styrke arbeidsevne. Det anbefales også at pasienten får kopi av egen epikrise.

For å kvalitetssikre de særfaglige funksjonene, bør det utarbeides skriftlige rollebeskrivelser og maler. Det tverrfaglige samarbeidet er i implementeringsperioden styrket med etablering av faste møtestrukturer. Jevnlig evaluering er vesentlig for å kvalitetssikre den tverrfaglige arbeidsformen.

Hvilken betydning deltakelse i programmet har for den langsiktige målsetning om arbeidsfastholdelse for den enkelte, besvares ikke i denne rapporten. Vi kan imidlertid fastslå at det har lyktes å etablere et rehabiliteringsprogram som tilbyr spesialiserte, integrerte tjenester, som bidrar til kontinuerlige forløp, der pasienten er en aktiv deltager i prosessen tilbake til jobb. Utfordringen framover vil særlig være å opprettholde evalueringskapasitet og samhandlings-aktiviteter i en driftssituasjon uten drifts- og utviklingsmidler.

## Referanser

- ACE studien: . [http://www.acestudy.org/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/ACE\\_Calculator-Norwegian.127143730.pdf](http://www.acestudy.org/yahoo_site_admin/assets/docs/ACE_Calculator-Norwegian.127143730.pdf) Lastet ned 28.09.14
- Ammendolia, C. et al. " Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach." BMC Musculoskeletal Disorders 10.1 (2009): 65.
- Anda, RF, et al. "Childhood Abuse, Household Dysfunction and Indicators of Impaired Worker Performance in Adulthood." The Permanente Journal 8 (2004): 30-38.
- Andersson, J., et al. "Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation - an international literature review." International Journal of Integrated Care 11.18 November 2011 (2011): 1-10.
- Arends, I., et al. "Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness." Social Science & Medicine 100 (2014): 123-32.
- Beurden, K. M. van, et al. "A Participatory Return-to-Work Program for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: a Process Evaluation Alongside a Randomized Controlled Trial." J Occup Rehabil 22 (2012): 127-40.
- Bouwsma, E. V. A, et al. "Process Evaluation of a Multidisciplinary Care Program for Patients Undergoing Gynaecological Surgery." J Occup Rehabil 24 (2014): 425-38.
- Braathén, T and G Tellnes. "Hva virker i Arbeidsrettet Rehabilitering?" Folketrygden framtid. Hvor går NAV? Ed. G Tellnes and B Claussen. Oslo: Cappelen Damm, 2014. 114-25.
- Breton, M., et al. "Management continuity in local health networks." International Journal of Integrated Care 12 (2012): 1-9.
- Costa-Black, K. M., M. Feuerstein, and P. Loisel. "Work Disability Models: Past and Present." Handbook of Work Disability. Ed. P.Loisel & J.R.Anema. New York: Springer Science + Business Media, 2013. 71-93.
- Danielsen, K. and Bakke, T. Kartlegging av måleinstrument til måling av brukererfaringer med samhandling. Notat fra Kunnskapssenteret. 2011. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rapport

Eftedal, M and Aasland, GE. Effekt av arbeidsrettet rehabilitering. Utvikling av faglig innhold i en poliklinisk kortintervensjon. Forstudie til en randomisert kontrollert studie. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. 1-20. 2012. Rauland. 3-1-2013. Rapport

Fagrådet for AiR-Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. "Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten." Sept. 18, 11 A.D. 2011.

Fangen, K. Deltagende Observasjon. Bergen: Fagbokforlaget, 2004, 9-232.

Felitti, VJ, et al. "The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction." American Journal of Preventive Medicine 14 (1998): 245-58.

Franche, R-L., et al. "Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research." J Occup Rehabil 15.4 (2005): 525-42.

Graneheim, U. H and B Lundman. "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness." Nurse Education Today 24 (2004): 105-12.

Higgins, A., P O'Halloran, and S. Porter. "Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review." J Occup Rehabil 22.3 (2012): 322-32.

Inkluderende:

<http://www.inkluderende.no/om-inkluderende-arbeidsliv/hva-er-inkluderende-arbeidsliv>

<http://www.inkluderende.no/om-inkluderende-arbeidsliv/rollene-i-inkluderende-arbeidsliv>

<http://www.inkluderende.no/oppfolging/oppfolgingsplan> Lastet ned 02.02.15

Lie, A. ""Inclusive working life" in Norway: Experience from "Models of Good Practice" enterprises." Croatian Medical Journal 49 (2006): 553-60.

Linnan, L and A Steckler. "Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. An Overview." Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. San Fransisco: Jossey-Bass, 2002. 1-23.

Loisel, P, et al. "Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence." Journal of Occupational Rehabilitation 15.4 (2005): 507-24.

Loisel, P., et al. "The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders." Disability and Rehabilitation 27.10 (2005): 561-69.

Lovdata: <https://lovdata.no/> Lastet ned 15.10.14

Malterud, K. Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. 2 ed. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Marková, I., et al. Dialogue in Focus Groups. Exploring Socially Shared Knowledge. London, Oakville: Equinox, 2007, 1-206.

Martin, M. H. T., et al. "Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems." J Occup Rehabil 22 (2012): 427-36.

McEwen, BS and M Kalia. "The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions." Metabol Clin Experiment 59 (Suppl 1) (2010): 9-15.

Meer E.W.C.van der, et al. "Implementation of Recommendations for Hand Eczema Through a Multifaceted Strategy. A Process Evaluation Among Health Care Workers." Acta Derm Venereol 94 (2014): 651-57.

Murta, SG, K Sanderson, and B Oldenburg. "Process evaluation in occupational stress management programs: A systematic review." American Journal of Health Promotion 21 (2007): 248-54.

NAV:  
<https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging+og+rapportering/Oppfolging+av+sykmeldte/Raskere+tilbakke> Lastet ned 10.01.15

Patton, M. Q. Qualitative Research & Evaluation Methods. 3 ed. Thousand Oaks/London/New Dehli: Sage Publications, 2002.

Pomaki, G, Franche, R. L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., and & Mah, P. Best Practices for Return-to-work/ Stay at work Interventions for Workers with Mental Health Conditions. 2010. Vancouver, BC: Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC Rapport

Regjeringen Stoltenberg II. Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling- på rett sted- til rett tid. 2008. Rapport

Regjeringen:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia\\_20142018/signert\\_ia\\_avtale.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf)  
Lastet ned 10.01.15

Saunders RP, Evans MH Joshi P. "Developing a Process-Evaluation Plan for Assessing Health Promotion Program Implementation: A How-To Guide." Health Promotion Practice 6.134 (2005): 134-37.

Schafft, A. and Spjelkavik, Ø. Arbeidsgiveres erfaringer med inkludering. AFI rapport nr 5. 2014.  
Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet. Høgskolen i Akershus. Rapport

Schandelmaier, S., et al. "Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials." PLoS ONE 7.11: e49760.  
doi:10.1371/journal.pone.0049760 (2012).

Shaw, W., Q. Hong, and G. Pransky. "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 (2008): 2-15.

STAiR prosjektet: <http://www.stair-prosjektet.no/> Lastet ned 01.02.15.

Ståhl, C., et al. "The Work Ability Divide: Holistic and Reductionistic Approaches in Swedish Interdisciplinary Rehabilitation Teams." Journal of Occupational Rehabilitation 19 (2009): 264-73.

Stetler, C. B., et al. "A Guide for applying a redised version of the PARIHS framework for implementation." Implementation Science 6.99 (2011).

Sykehuset Telemark Helseforetak: <http://www.sthf.no> Lastet ned 26.02.15

Tjulin, Åsa. "Workplace Social Relations in the Return-to-Work Process." Diss. Linköping University. Faculty of Health Sciences, 2010.

WHO. International classification of functioning, disability and health. 2001. Resolusjon

## Vedlegg

1. Intervjuguide fokusgruppe ARR team
2. Intervjuguide fokusgruppe (tidligere) pasienter
3. Intervjuguide fokusgruppe NAV
4. Intervjuguide programgruppe
5. Intervjuguide individuelle intervjuer (tidligere) pasienter
6. Skjema for aktivitetsrgistrering (revidert)
7. Spørreskjema brukerevaluering (revidert)

## Vedlegg 1: Intervjuguide fokusgruppe med ARR team

- Ut fra de erfaringene dere har så langt, hvilke behov for tjenester og tiltak har pasientene?
- Hva kjennetegner prosesser pasientene har vært gjennom før de kommer hit til ARR poliklinikk?
- Kan dere fortelle om et pasientforløp som har vært særlig lærerikt?
- Hva er den typiske rolle ARR poliklinikk får/tar i et (pasient-) forløp?
- Hva kan ARR poliklinikk bidra med i tillegg til og/eller til forskjell fra andre aktører?
- Hvordan blir «stafettpinne» levert videre etter den avsluttende oppfølgingssamtalen?
- Hvilke arbeidsmåter og måter å organisere arbeidet på har bidratt til at dere har oppnådd målene om...
  - å få til god samhandling mellom arbeidstaker, helsepersonell, arbeidsgiver og NAV for å bidra til raskest mulig tilbakegang til arbeid?
  - å tilby en individuelt tilpasset intervensjon?
  - å gjøre en tverrfaglig spesialistvurdering basert på ICF ?
- Hvis noe har vært til hinder for å nå ARR poliklinikk sine målsetninger.. så måtte det vere...?
- Har det vært uklarheter når det gjelder ansvarsfordeling mellom aktører (arbeidsplass, NAV, helsevesen)? Hvis så - beskriv!
- Hvilken betydning har lokaliseringen i sykehus hatt for å nå målsetningene?
- Har måten dere arbeider på forandret seg ilt dette første driftsåret?
- Hva betyr rollene fra det samtidige arbeidet som fastlege/ i DPS/ i NAV/ ved smerte-poliklinikk for arbeidet ved ARR poliklinikk?
- Hvilken ny kompetanse (kunnskap, ferdigheter, innsikt) har du/dere tilegnet ved å være en del av teamet ved ARR poliklinikk?
- Hvilke råd vil dere som slutter gi for å utvikle det videre arbeidet ved ARR poliklinikk?
- Hva mener dere som fortsetter er viktig for å utvikle det videre arbeidet ved ARR poliklinikk?

## Vedlegg 2: Intervjuguide fokusgruppe med (tidligere) pasienter

- Hvilke forventninger hadde dere til oppfølgingen fra ARR poliklinikk?
- Hva mener dere var forutsetninger for en god dialog mellom dere og fagpersonene i rehabiliteringsteamet? Hva kunne være til hinder for en god dialog?
- Hvordan opplevde dere å møte hele teamet for å lage en målsettingsplan?
- Hvordan var det for dere å bli bedt om å lage en målsettingsplan så tidlig i oppfølgingen?
- Vil dere si noe om hvordan målsettingsplanen ble brukt?
- Hvilken nytte har dere evt hatt av målsettingsplanen?
- Opplevde dere å bli involvert i beslutninger om hva som skulle skje i oppfølgingsperioden?
- Ble det ilt oppfølgingsperioden satt i gang tiltak med mål om at du/ dere skal komme tilbake til jobb? Hvem var eventuelt involvert og hvordan foregikk det?
- Hvilken type bistand fikk du/ dere fra arbeidsplass, NAV og/eller andre helsetjenester (f.eks fastlege) samtidig med oppfølgingen fra ARR poliklinikk?
- Var det behov for samarbeid mellom disse ulike aktørene for å føre dere raskere tilbake i jobb? Evt hvilke?
- Hvordan vil dere beskrive den betydningen ARR poliklinikk har hatt for prosessen tilbake i jobb?
- Har noen av dere opplevd at ARR poliklinikk har bidratt til å bedre kommunikasjonen med arbeidsgiver?
- Har dere opplevd at det har oppstått kommunikasjonsvansker mellom ARR pol og andre aktører/instanser? Hvis så- beskriv!
- Har noen av dere opplevd at ARR poliklinikk har «åpnet dører» til andre tilbud/ tjenester som har vært nyttige?
- Har du/dere hatt behov for videre oppfølging fra andre aktører etter at kontakten med poliklinikken er avsluttet? Hvordan ble/blir eventuelt poliklinikkens oppfølging videreført av andre aktører?
- Er det noen som vil være viktige støttespillere for deg/ dere framover?

### **Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppe med ansatte i NAV**

- Hvem mener dere i NAV kan være aktuell målgruppe for ARR poliklinikk?
- Ut fra de erfaringene dere har – hvilke behov for tjenester og tiltak har disse personene/pasientene?
- Hvilke forventninger har dere i NAV til ARR poliklinikk? Er forventningene blitt innfridd?
- På hvilke måter samarbeider ARR poliklinikk med dere i NAV lokalt?
- Hva er dere fornøyd med/mindre fornøyd med?
- Hva kan eventuelt ARR poliklinikk tilføre NAVs innsats?
- Opplever dere i NAV at poliklinikkens arbeid gjør det lettere å bistå den sykmeldte/arbeidstakeren i å komme tilbake i jobb? Evt på hvilken måte ?
- På hvilken måte erfarer/ mener dere at ARR poliklinikk kan bidra til NAVs arbeidsevnevurderinger?
- Arbeidskonsulenten ved ARR poliklinikk arbeider også i NAV. Hvilken betydning opplever dere i NAV at dette har?
- Hvilken betydning har det at ARR poliklinikk er lokalisert i sykehus?
- Hva mener dere er viktig kompetanse (kunnskap, ferdigheter) for en arbeidskonsulent ved ARR poliklinikk?
- Ser NAV på oppfølgingstilbud ved ARR poliklinikk som en forlengelse eller forkortelse av den enkeltes forløp?
- Ut fra de erfaringene dere har, hva kan ARR pol bidra med i tillegg til og/eller til forskjell fra andre tjenesteytere?
- Hvordan mener dere at ARR poliklinikk kan bidra til framdrift i den enkeltes forløp?
- Hvilken rolle mener dere i NAV at ARR poliklinikk bør ta/få i et oppfølgingsforløp?
- Hvis noe har vært til hinder for samarbeidet med ARR poliklinikk, så måtte det vere...?
- Hvis dere i NAV skulle gi et råd til ARR poliklinikk, så måtte det vere....?
- Ser dere muligheter for hvordan ARR poliklinikk kan bruke sine ressurser på andre måter?

#### **Vedlegg 4: Intervjuguide programgruppe**

- Hvilke rammebetingelser har hatt betydning for utviklingen og gjennomføringen av programmet ved ARR poliklinikk?
- Hvilken betydning har sykehusledelsen hatt for implementering av ARR programmet?
- Hva har STHF og ARR poliklinikk gjort for å samarbeide eksternt med andre aktører?
- Hvordan har sykehusledelsen håndtert samarbeid og koordinering omkring evt. praktiske utfordringer som er oppstått som følge av tilbudets implementering?
- Hvilke prosedyrer finnes for innsamling og håndtering av demografiske data ved poliklinikken?
- Hva hender når det tas beslutninger i forbindelse med praktiske endringer av ARR program tilbudet, og hvilke informasjon er tilgjengelige for hvem omkring disse beslutningene?
- Hvordan har de tilgjengelige ressurser og informasjons-systemer påvirket overvåkning og innsamling av data omkring ARR program tilbudets aktiviteter og pasienter?
- Hvordan arbeider poliklinikken sammenlignet med andre enheter på sykehuset?
- Hvilken tradisjon har STHF for samarbeid på tvers av profesjoner?
- Hva karakteriserer samarbeidet internt – mellom ARR poliklinikk og andre enheter ved STHF?
- Hvordan er fagprofesjonenes perspektiver blitt inkludert i implementering av ARR programmet?
- Hvorvidt er ARR programmet blitt gjennomført etter hensikten (slik det var planlagt og intendert)?

## **Vedlegg 5: Intervjuguide individuelle intervjuer (tidligere) pasienter**

### **Intervju 1:**

- Hvordan har du opplevd oppfølgingen fra ARR poliklinikk?
- Hvordan opplever du at målsettingsplanen din er blitt brukt? Hvilken nytte har du evt hatt av målsettingsplanen?
- Hva er det tilbudet ved ARR poliklinikk som evt har bidratt til at du har styrket din arbeidsevne?
- Hvilken type bistand har du fått fra arbeidsplass, NAV og/eller andre helsetjenester samtidig med oppfølgingen fra ARR poliklinikk?
- Hvordan har du opplevd at ARR-poliklinikk har samordnet sine tiltak med disse?
- Hva har evt ARR poliklinikk bidratt med som andre instanser ikke har tilbudt?
- Har du opplevd at det har oppstått misforståelser mellom ARR poliklinikk og andre hjelpende instanser? Hvis så- beskriv!
- Hvordan blir oppfølgingen fra poliklinikk videreført av andre aktører?
- Hva blir viktig for at du skal styrke arbeidsevnen din framover?
- Hvem vil evt være viktige støttespillere for deg framover?

### **Intervju 2:**

- Hvordan er din situasjon i forhold til arbeid i dag?
- Vil du fortelle hvordan tiden fra ARR oppfølgingen ble avsluttet og fram til i dag har vært for deg?
- Hvilke forventninger hadde du da oppfølgingen ved poliklinikken var avsluttet?
- Har du hatt behov for oppfølging/ støtte fra andre aktører etter at kontakten med poliklinikken ble avsluttet? Hvis ja- fra hvem og hvordan? Hvordan har evt oppfølgingen vært samordnet?
- Opplevde du at ARR poliklinikk bidro til å «åpne dører» som har vært nyttige for deg i ettertid?
- Hvis du fikk snudd tiden tilbake til første dag ved ARR poliklinikk, hva ville du ha ønsket/ gjort annerledes?
- Hvilken rolle mener du at ARR poliklinikk bør ta ifht arbeidsgiver/ fastlege/ NAV/ andre?
- Er det noe du har lyst til å legge til?

## Vedlegg 6: Skjema for aktivitetsregistrering (revidert)

Fylles løpende ut av pasientens koordinator, som ved 3 måneders oppfølgingssamtale har ansvar for at alle punkter er fylt ut.

### Tiltak iverksatt ved poliklinikken

Oppstartsdato (v/ARR poliklinikk):

Henvisende instans:

Foreligger det en individuell plan?

☐ Ja

☐ Nei

Angi maxdato for sykepenges:

Fagrollen til tildelt koordinator (i teamet):

Oppfølging avsluttet (dato):

### TILTAK

Ja

Nei

Antall Varighet

Kontakt med arbeidsgiver (telefon/e-post)

Kontakt med pasient (telefon/e-post)

Kontakt med pårørende

Samarbeidsmøte der arbeidsgiver deltar

Samarbeidsmøte der NAV deltar

Arbeidsutprøving utenfor egen arbeidsplass

Karriereveiledning

Bevegelsesgruppe v/ ARR pol

Psykoedukasjons/ stressmestrings- gruppe v/ ARR pol

Individuell oppfølging /samtale v/ARR pol

Frisklivstiltak lokalt (fysisk aktivitet/ treningsgruppe)

### Videre tiltak etter avsluttet oppfølging

Ja

Nei

Henvist til annen poliklinisk vurdering innen spesialisthelsetjenesten

Henvist til Røntgen / MR

Annet (spesifiser):

BHT (bedriftshelsetjeneste)

DPS

Psykolog via Raskere Tilbake

Annen samtaleterapi (fastlege, psykolog, psykiatrisk sykepleier eller andre)

Fysioterapeut

Opphold på rehabiliteringsinstitusjon

Annen poliklinisk rehabilitering

Samtalegruppe - kognitivt/psykologisk- i lokal regi (f.eks kommunen)

Frisklivstiltak lokalt (fysisk aktivitet/treningsgruppe)

Annet (spesifiser):

### Hvem følger opp videre etter avsluttet oppfølging fra ARR poliklinikk? Kryss av og angi evt rolle:

☐ Arbeidsplass:

☐ Andre:

☐ Kommunal tjeneste:

☐ NAV:

☐ Ikke aktuelt

## Vedlegg 7: Spørreskjema brukerevaluering (revidert)

### Arbeids- og stønadssituasjonen din nå (flere svaralternativer er mulig):

- ☐ Har et arbeidsforhold? ☐ Fast ☐ Vikariat/midlertidig ☐ Sykmeldingsgrad: ☐ Er sykmeldt ☐ Stillingsprosent:

### Dersom du ikke har arbeid tilsvarende en fulltidsstilling, skyldes det (flere svaralternativer er mulig):

- ☐ Eget ønske ☐ Går på skole/tar utdanning ☐ For stor arbeidsbyrde ved full stilling ☐ Omsorgsoppgaver ☐ Helsemessige årsaker ☐ Kombinasjon med uføretrygd ☐ Annet ☐ Evt gradering: ☐ Spesifiser:

### Dersom du forventer å komme helt eller delvis tilbake i arbeid, hvor lang tid tror du at det tar?

- ☐ Umiddelbart, eller i løpet av de første 2 ukene ☐ Innen 1 måned ☐ Innen 2 måneder ☐ Innen 3 måneder ☐ Innen 6 måneder ☐ Innen 1 år ☐ Mer enn 1 år

### Din nåværende arbeidsevne.

Hvis din arbeidsevne på sitt beste verdsettes med 10 poeng, mens 0 betyr at du ikke er i stand til å arbeide for øyeblikket, hvilket tall passer best? .Sett en ring rundt det:

Helt uten arbeidsevne

Min beste arbeidsevne

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Kommunikasjonen med fagpersonene ved ARR poliklinikk:

| Informasjon og kommunikasjon                                                                                 | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad | Ikke aktuelt |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|--------------|
| Snakket fagpersonene til deg slik at du forsto dem?                                                          |                      |              |             |             |                   |              |
| Har du tillit til fagpersonenes dyktighet?                                                                   |                      |              |             |             |                   |              |
| Fikk du vite det du syntes var nødvendig om det som skulle skje ved poliklinikken?                           |                      |              |             |             |                   |              |
| Fikk du informasjon som bidro til at du ble tryggere på å kunne fungere i arbeid?                            |                      |              |             |             |                   |              |
| Hvis du hadde behov for det, fikk du tilstrekkelig informasjon om dine rettigheter og plikter som sykemeldt? |                      |              |             |             |                   |              |
| Var fagpersonene interesserte i din beskrivelse av din situasjon?                                            |                      |              |             |             |                   |              |
| Tok fagpersonene deg med på råd i spørsmål om rehabiliteringsprosessen din?                                  |                      |              |             |             |                   |              |

**Dine erfaringer med behandlingstilbudet:**

| <b>Behandlingstilbud og målsetningsplan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad | Ikke aktuelt |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|--------------|
| Opplevde du at behandlingstilbudet var tilpasset din situasjon?                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |              |             |             |                   |              |
| Var du og fagpersonene enige om målene for din rehabiliteringsprosess?                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |              |             |             |                   |              |
| Opplever du at poliklinikkens tilbud har vært rettet mot at du skal komme tilbake til arbeid?                                                                                                                                                                                                                                    |                      |              |             |             |                   |              |
| Bidro fagpersonene til å lage en plan for å komme tilbake til arbeid, som det er mulig for deg å gjennomføre i din hverdag?                                                                                                                                                                                                      |                      |              |             |             |                   |              |
| Hvilket utbytte har du hatt av: <ul style="list-style-type: none"><li>- målsetningsmøtet (sammen med hele rehabiliteringsteamet)?</li><li>- å delta i stressmestringsgruppe?</li><li>- å delta i bevegelsesgruppe?</li><li>- individuelle samtaler/oppfølging?</li><li>- samarbeidsmøter der arbeidsgiver har deltatt?</li></ul> |                      |              |             |             |                   |              |
| Hvilket utbytte har du, alt i alt, hatt av ARR-tilbudet?                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |              |             |             |                   |              |

**Hvilke andre instanser har deltatt i din rehabiliteringsprosess:**

Lokale helsetjenester (fastlege, fysioterapeut, psykolog el.a.)?

Bedriftshelsetjenesten?

Arbeidsplassen din?

NAV?

Andre?

Spesifiser: \_

**Samhandlingen mellom ARR poliklinikk og andre instanser:**

| <b>Koordinering av tjenester</b>                                                                                                         | Ikke i<br>det hele<br>tatt | I liten<br>grad | I noen<br>grad | I stor<br>grad | I svært<br>stor grad | Ikke aktuelt |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|
| Er det, etter din mening, de<br>rette instanser/personer som<br>har deltatt i<br>rehabiliteringsprosessen?                               |                            |                 |                |                |                      |              |
| Etter det du kan bedømme har<br>poliklinikken samarbeidet<br>godt med...<br>...arbeidsgiver?                                             |                            |                 |                |                |                      |              |
| ...NAV?                                                                                                                                  |                            |                 |                |                |                      |              |
| ...andre helsetjenester<br>(fastlege, psykolog,<br>fysioterapeut el.a.)?                                                                 |                            |                 |                |                |                      |              |
| Har du opplevd å måtte gjenta<br>undersøkelser eller<br>gjenfortelle din historie flere<br>ganger enn det du mener er<br>hensiktsmessig? |                            |                 |                |                |                      |              |
| Virket fagpersonene ved<br>poliklinikken forberedt da du<br>ankom?                                                                       |                            |                 |                |                |                      |              |
| Har fagpersonene kontaktet<br>deg underveis for å høre<br>hvordan ting går?                                                              |                            |                 |                |                |                      |              |
| Vet du hvem som har ansvar<br>for behandling/oppfølging av<br>dine ulike helseutfordringer?                                              |                            |                 |                |                |                      |              |

Er det noe du ville ønsket annerledes?

Er det noe du er spesielt fornøyd med?

Takk for at du tok deg tid til å svare!