

ARBEIDSRETTET REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Veileder utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste

2020

Innhold

OM VEILEDEREN	3
OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING	5
Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	5
Arbeidsrettet rehabilitering i samhandlingskjeden.....	7
PRINSIPPER I ARBEIDSRETTET REHABILITERING	9
Biopsykososial forståelse	9
Fokus på arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse.....	9
Deltaker aktiv i egen prosess.....	10
ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – TEAMARBEID	12
Tverrfaglige team i arbeidsrettet rehabilitering.....	12
Koordinator	15
ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – ANBEFALTE ELEMENTER	16
Kartlegging ved oppstart.....	17
Individuell tilpasning av rehabiliteringen	20
Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv	21
Arbeidsfokusert kognitiv tilnærming.....	25
Involvering av arbeidsplassen	29
Plan for arbeidsdeltakelse	31
Evaluering underveis.....	33
Forankring av oppfølging i etterkant.....	33
MÅLING AV RESULTAT	34
TEORETISK GRUNNLAG	35

OM VEILEDEREN

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i spesialisthelsetjenesten er et tilbud som skal styrke den enkeltes arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterede og sosiale problemer som kan være til hinder for deltakelse i arbeidslivet.

Arbeidsrettet rehabilitering er et diagnoseuavhengig tilbud.

Arbeidsrettet rehabilitering tilbys i dag både som dag- og døgntilbud på institusjoner og som polikliniske tilbud på sykehus. Arbeidsrettet rehabilitering er det eneste rehabiliteringstilbudet i Norge som alltid har arbeid som hovedmål.

Kobling mellom arbeid og helse er et nasjonalt satsningsområde, synliggjort gjennom stortingsmeldingen [«NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet» \(Meld. St. 33, 2015-2016\)](#) og Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratet strategidokument [«Arbeid og helse – et tettere samvirke» \(2016\)](#) og rapport [«Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet» \(2019\)](#).

Hensikt

Denne veilederen beskriver hva Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering mener er god kvalitet innen arbeidsrettet rehabilitering i polikliniske og døgnbaserte tilbud. Veilederen beskriver allment anerkjente prinsipper for arbeidsrettet rehabilitering. Den gir anbefalinger om teamarbeid og anbefalinger om elementer som kan inngå i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Forskningsgrunnlaget for anbefalingene gis underveis. Til sist i veilederen gis et overordnet teoretisk grunnlag for arbeidsrettet rehabilitering.

Veilederen er primært skrevet for fagpersoner som jobber med arbeidsrettet rehabilitering, enten dette er på dag-/døgninstitusjoner eller poliklinikker, med mål om å heve kvaliteten på fagfeltet. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering ønsker videre at veilederen skal kunne anvendes av bestillere av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester når disse stiller krav til tjenesteytelsen. Veilederen skal også kunne anvendes på et mer generelt nivå av aktører som ønsker å få kunnskap om den arbeidsrettede rehabiliteringens rolle i arbeidslivet og helsetjenesten.

Bidragsytere

Veilederen er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering i samarbeid med representanter fra

Valnesfjord Helsesportssenter, Helse Nord

Hysnes Helsefort og Muritunet, Helse Midt

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter, Helse Vest

Hernes Institutt, Helse Sør-Øst

Rehabiliteringssenteret AiR, Helse Sør-Øst.

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

OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Arbeidsrettede tiltak foregår i Norge i dag på to nivåer:

- 1) Lokale tiltak og tilrettelegginger i regi av arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, primærhelsetjenesten/fastlege, NAV og eventuelt andre aktører
- 2) Arbeidsrettet rehabilitering gjennom polikliniske funksjonsvurderinger og polikliniske rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten
og
Arbeidsrettet rehabilitering gjennom døgnbasert rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten

I tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) skal arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten være et tilbud utover vanlig oppfølging i primærhelsetjenesten. Tidligere var tilbudet i utgangspunktet rettet mot sykmeldte, men ble i 2009 utvidet til også å gjelde personer med redusert arbeidsevne og behov for arbeidsrettet bistand (NOU 2012:6). Før henvisning til arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, skal den sykmeldte være tilstrekkelig utredet for å fastsette om hun/han har behov for et spesialisert tilbud, og for å avklare om det er medisinske eller helsemessige forhold som kan ha betydning for et rehabiliteringstilbud ([Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet](#)).

Hovedmålet med arbeidsrettet rehabilitering er retur til arbeid. Nettopp fordi fokus er på funksjon i arbeid vil det være vesentlig å integrere helsetjenestene i tiltak på og i samarbeid med eventuell arbeidsplass, enten i regi av arbeidsgiver (bedriftshelsetjeneste), NAV eller på laveste nivå av helsetjenestene (kommunehelsetjenesten). Det er derfor viktig med intern samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og samhandling med ulike aktører knyttet til arbeidsplassen.

Arbeidsrettet rehabilitering har ikke som formål å kurere sykdom. Arbeidsrettet rehabilitering skal fremme arbeidsdeltakelse på tross av helseplager og sykdom. Man må altså skjelne mellom behandling av sykdom, som foregår før, eller (helst) samtidig med, rehabiliteringen, og arbeidsrettet rehabilitering, som har som formål å øke arbeidsevnen og

arbeidsdeltakelsen gjennom styrking av funksjon, mestring og samhandling med sentrale aktører.

Definisjon

Arbeidsrettet rehabilitering er ikke entydig definert i Norge eller internasjonalt. Innen spesialisthelsetjenesten kan arbeidsrettet rehabilitering defineres slik:

«Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til deltakerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet.»

Denne definisjonen har bakgrunn i definisjon av rehabilitering gjort i [St. melding 21 \(1998-99\) «Ansvar og meistring»](#). En kombinasjon av helserelaterte og arbeidsrelaterte intervensjoner vil som oftest være påkrevd for personer som trenger arbeidsrettet rehabilitering (Waddel m.fl. 2008, Loisel og Anema 2013).

Målgruppe

Målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er personer i yrkesaktiv alder som på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke har kommet inn i, er i ferd med å falle ut av eller har falt ut av arbeidslivet, og som har en realistisk mulighet for å komme helt eller delvis tilbake i arbeid. Mange av disse har sammensatte plager. Målgruppen har behov for sammensatte arbeidsrettede rehabiliteringstiltak, enten på grunn av helseplagenes omfang og karakter, funksjonsnedsettelsens karakter, sykmeldingslengde, eller andre årsaker. En del har belastninger i tillegg til egen helse, som store omsorgsoppgaver, konflikter knyttet til barn og familie, økonomiske problemer eller belastende arbeidsforhold.

Personer med diagnoser relatert til muskel- og skjelettplager og/eller lettere psykiske plager utgjør den største gruppen innen arbeidsrettet rehabilitering. Mange har diagnoser eller symptomer hvor det ikke er funnet noen objektive tegn på sykdom. Ofte foreligger komorbiditet (flere plager samtidig), for eksempel blir angst og depresjon ofte rapportert sammen med somatiske plager. Komorbiditet vanskeliggjør retur til arbeidslivet og øker risikoen for å bli uføretrygdet.

Arbeidsrettet rehabilitering i samhandlingskjeden

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten bør inngå i en samhandlingskjede i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Personer som henvises til arbeidsrettet rehabilitering har ofte komplekse utfordringer relatert til helse og arbeidsliv. Fraværet i seg selv kan imidlertid være den største utfordringen. For å unngå at plagene blir mer sammensatte og kroniske over tid, er det derfor viktig at de aktørene som følger opp den sykmeldte, så tidlig som mulig fanger opp om den sykmeldte har behov for bistand for å komme helt eller delvis tilbake i arbeid. Å samhandle om og forankre den arbeidsrettede prosessen med andre involverte aktører er en vesentlig del av arbeidsrettet rehabilitering.

Arbeidsplass og bedriftshelsetjeneste, fastlege/sykmelder og NAV kan være viktige aktører både i forkant og etterkant av den arbeidsrettede rehabiliteringen. Det er et overordnet mål for alle aktørene å forebygge eller forhindre sykefravær og å bidra til raskest mulig retur til arbeid etter en sykmelding. Arbeidsgiver har et stort ansvar for å følge opp og tilrettelegge tidlig i sykefraværsløpet, og er blant annet pålagt å ta initiativ til utarbeidelse av en oppfølgingsplan innen fire ukers sykmelding (kopi av planen sendes til fastlege). Fastlegen har også et lovpålagt ansvar for å delta i oppfølgingen av den sykmeldte og skal blant annet sørge for medisinsk oppfølging og eventuelle henvisninger til utredning og/eller behandling.

Helsedirektoratet har laget en [faglig veileder for sykmeldere](#), der bruk av gradert sykmelding blir anbefalt. Dette er i tråd med aktivitetskravet fra NAV, som innebærer at det skal pågå arbeidsrelatert aktivitet i sykmeldingsperioden med mindre tungtveiende medisinske forhold taler mot dette ([Folketrygdloven § 4-2](#)). Gradert sykmelding er et viktig virkemiddel for å få den sykmeldte raskest mulig tilbake i arbeid. Der sykmelding er nødvendig, skal førstevalget være gradert sykmelding.

Innen sju ukers sykmelding har arbeidsgiver ansvar for å kalle inn til dialogmøte 1. Dette møtet foregår som regel på arbeidsplassen. Dialogmøte 1 er først og fremst en arena for dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Fastlege kan delta ved behov.

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

andre tiltak. Møtet skal ende i en plan for retur til arbeid.

Etter eventuell arbeidsrettet rehabilitering følges deltakeren / den sykmeldte opp etter behov, som regel av fastlege og/eller NAV.

PRINSIPPER I ARBEIDSRETTET REHABILITERING

Biopsykososial forståelse

Forskning har vist at et individs arbeidsevne påvirkes av en rekke forhold, bl.a. fysisk og psykisk helse, sosial fungering, kompetanser, verdier, miljøfaktorer (arbeidsoppgaver, arbeidsforhold, arbeidsmarked), regelverk og sosiale forhold (Ilmarinen 1999). Flere norske studier har vist at personer som henvises til et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten har sammensatte plager og problemer knyttet til helse, økonomi, personlige, sosiale og relasjonelle forhold (Øyeflaten m.fl. 2014, Jacobsen m.fl. 2015, Brendbekken m.fl. 2016). Én studie påpeker at fagpersonalet i arbeidsrettet rehabilitering bør adressere individ- og miljøfaktorer relatert til den enkeltes arbeidsevne for å øke dennes mulighet til å komme tilbake arbeid (Braathen m.fl. 2015).

Forskningen sier videre at retur til arbeid er en dynamisk prosess som påvirkes av en rekke sosiale, psykologiske og økonomiske faktorer (Young m.fl. 2005b).

Funksjonsforståelsen i arbeidsrettet rehabilitering bør derfor bygge på en biopsykososial forståelse, det vil si en erkjennelse av at biologiske, psykiske og sosiale faktorer inngår i et samspill, hvor alle faktorene kan bidra til funksjonssvekking – og funksjonsbedring.

Fokus på arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse

Fokus i rehabiliteringen bør være på å bedre den enkeltes funksjon spesifikt relatert til arbeidsdeltakelse. Dette innebærer å styrke faktorer som opprettholder arbeidsfunksjon og styrke evne til å håndtere faktorer som svekker arbeidsfunksjon.

I motsetning til i andre deler av helsevesenet bør fokus i arbeidsrettet rehabilitering ikke ligge på medisinske diagnoser. Diagnosefokus kan styrke sykdomsfokus og svekke prosessen tilbake til arbeid.

Alle elementer av rehabiliteringen bør understøtte mål om arbeidsdeltakelse. Dette innebærer at når eksempelvis fysiske og mentale ressurser utfordres og trenes, bør dette relateres til

funksjon på arbeidsplassen eller i arbeid. Fokuset på arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse bør gjøres tydelig i all kommunikasjon.

Deltaker aktiv i egen prosess

Kompetansetjenesten mener at det er avgjørende for vellykket rehabilitering at den som deltar i arbeidsrettet rehabilitering, tar ansvar og er aktiv i egen rehabiliteringsprosess. Personer i yrkesaktiv alder med mulighet for å delta i arbeidslivet bør sees på som kompetente og autonome aktører i eget liv. Rehabiliteringen bør derfor fremme at deltakerne er aktive i egen prosess.

Vi mener videre at den enkeltes egne erfaringer er like viktige i prosessen tilbake i arbeid som fagteamets vurderinger. Personer som deltar i arbeidsrettet rehabilitering bør derfor kontinuerlig støttes og styrkes i egen ansvarstakning og påvirkningsevne.

Som ledd i dette anbefaler vi at det særlig legges vekt på den enkeltes egne ressurser og ressursene som finnes i omgivelsene. Vi mener at ressursfokus vil bidra til å styrke mestringsstrategier og fremme arbeidsdeltakelse på tross av eventuelle begrensninger.

Term

Det finnes ingen føringer for valg av term på personer som deltar i arbeidsrettet rehabilitering, og det er ulik praksis institusjonene og klinikkene imellom på om brukergruppen kalles pasienter, brukere eller deltakere.

Siden rehabilitering blir tilbudt i helsevesenet, enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten, er alle som mottar et rehabiliteringstilbud per definisjon pasienter. Det er imidlertid blitt drøftet om pasientbegrepet er foreldet og i for sterk grad knyttet til en passiv pasientrolle som kan fremme sykelighet og hindre tilfriskning (Hem 2013).

Brukerbegrepet er mye brukt innen rehabilitering og i Helsedirektoratets definisjon av rehabilitering benyttes både termen pasient og bruker.

I [lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3](#) defineres termene slik:

«Pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.»

«Bruker er en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og

omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.»

I [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) er det bestemmelser om «pasienters» og «brukeres» medvirkning ved gjennomføring av rehabiliteringstiltak. I [lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1](#) står det likeledes at helsetjenesten skal sørge for at den enkelte «pasient» og «bruker» kan medvirke i planlegging, utforming, utøving og evaluering av egen rehabilitering.

«Deltaker»

For å synliggjøre viktigheten av den enkeltes aktive rolle i rehabiliteringsprosessen anbefaler vi å bruke termen «deltaker» som betegnelse på personer som deltar i arbeidsrettet rehabilitering. Denne termen er i vanlig bruk, blant annet i offentlige utlysninger og hos NAV, selv om begrepet deltaker ikke er definert i lovverk eller forskrifter. Termen vil brukes i denne veilederen.

ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – TEAMARBEID

Tverrfaglige team i arbeidsrettet rehabilitering

Teamarbeid er i økende grad benyttet som arbeidsform i organiseringen av helsevesenet i mange land (Forsetlund m.fl. 2019). På bakgrunn av høy kompleksitet hos mange pasienter, blir tverrfaglig teamarbeid betraktet som den beste måten å organisere arbeidet på for at helsepersonell skal bli bedre i stand til å levere optimale helsetjenester (WHO 2010). Norske myndigheter anbefaler bruk av tverrfaglige team i organisering av arbeidet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten ([Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019](#); [Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov 2017/2019](#), Helsedirektoratet).

Personer som henvises til arbeidsrettet rehabilitering er en selektert gruppe med sammensatte problemstillinger. Disse forholdene spiller sammen og påvirker aktivitet og deltakelse i arbeid og på andre livsarenaer. Tverrfaglig arbeid sees derfor som en nøkkelfaktor for å sikre effektiv rehabilitering for denne gruppen, både i Norge (Eftedal m.fl. 2017; Gismervik m.fl. 2020) og internasjonalt (Mickan & Rodger 2005, Molleman m.fl. 2008; Shaw m.fl. 2008, McInnes m.fl. 2015, Papadimitriou & Cott 2015).

Kompetansetjenesten anbefaler at den arbeidsrettede rehabiliteringen utføres av tverrfaglige team.

Hvem bør det tverrfaglige teamet bestå av?

Et tverrfaglig team i arbeidsrettet rehabilitering bør bestå av fagpersoner fra både helsesektoren og arbeidslivssektoren. Teamet kan eksempelvis bestå av psykolog/samtaletterapeut, lege, idrettspedagog, fysioterapeut og arbeidskonsulent.

Nøkkelfaktorer i teamarbeid

Selv om det innen helsesektoren har vært fokus på å studere tverrfaglig teamarbeid, gir ikke forskningslitteraturen klare retningslinjer for effektivt teamarbeid (Lemieux-Charles og McGuire (2006). Imidlertid har retningslinjer for vellykket teamarbeid innen andre sektorer blitt benyttet for å utarbeide retningslinjer også for helsesektoren, deriblant rehabilitering (DeLisa, 2005). Disse retningslinjene (Furnham m.fl. 1993) inkluderer:

- felles målsetting i teamet
- enighet og felles forståelse i teamet av hvordan målene skal nås
- nødvendig og tilstrekkelig bredde av kunnskap og ferdigheter til å løse teamets oppgaver
- gjensidig tillit og respekt i teamet
- villighet i teamet til å dele kunnskap og til å snakke åpent

I en velkjent A. K. Rice-studie (Rice 2000) identifiseres fem «antagelser» om velfungerende teamarbeid:

- at det er felles forståelse i teamet av roller, normer, verdier og mål
- at teamet har flat struktur
- at det er kultur i teamet for å samarbeide
- at teammedlemmene er gjensidig avhengige av hverandre
- at teamets samlede innsats og delt beslutningstaking er til større nytte for pasienten enn effekten av de enkelte disiplinene alene (synergieffekt)

Videre viser prosjekter fra mange steder i verden at team jobber mest effektivt når de har en klar hensikt, god kommunikasjon, koordinering, kjente prosedyrer og effektive mekanismer til å løse konflikter når slike oppstår (Shaw m.fl. 2008).

Det finnes ulike grader av tverrfaglighet i teamsamarbeid. Klikk [her](#) for å lese mer om flerfaglig team, fagintegrert team og fagoverskridende team.

Forskningsgrunnlag

Mye forskning innen arbeidsrettet rehabilitering har pekt på at tverrfaglige tilnærminger kan være både mer resultat effektive og kostnadseffektive med hensyn på å hjelpe personer tilbake i arbeid sammenlignet med intervensjoner der kun én fagprofesjon er involvert, eller «treatment as usual» – selv om ikke resultatene er helt entydige. Den første effektstudien innen arbeidsrettet rehabilitering med fokus på tverrfaglige tilnærminger viste at døgnbasert tilbud var mer effektivt enn poliklinisk tilbud (Gismervik m.fl. 2020). Internasjonalt har det særlig vært for muskel-/skjelettplager at funnene er positive ved bruk av tverrfaglige intervensjoner (f.eks. Karjalainen m.fl. 2001, 2009; Guzman m.fl. 2002, Wessels m.fl. 2006, Kuoppala m.fl. 2008, Tompa m.fl. 2008, Norlund m.fl. 2009, Carroll m.fl. 2010, Holm m.fl. 2010, Ravenek m.fl. 2010, Hoefsmith m.fl. 2012, Schandelmaier m.fl. 2012, Aronsson m.fl. 2015, Cullen m.fl. 2017, Wainwright m.fl. 2019). I en review av Kamper og kolleger (2014, 2015), der effekt av multidisiplinære, biopsykososiale rehabiliteringsprogram for personer med kroniske korsryggplager ble undersøkt, fant man også en positiv effekt av programmene. Forfatterne konkluderte imidlertid med at siden det kun var en moderat effekt på retur til arbeid, må innsatsen veies mot tiden og ressursene programmene krever.

I en nyere systematisk review av multidisiplinære intervensjoner for kronisk utmattelsesyndrom vist ingen effekt på retur til arbeid (Vink m.fl. 2018). Det har også vært vanskeligere å dokumentere effekt av intervensjoner for vanlige psykiske plager på retur til arbeid (f.eks. Aronsson m.fl. 2015, Dewa m.fl. 2015, Nigatu m.fl. 2016; Salomonsson m.fl. 2018). En nyere systematisk review og metaanalyse av Mikkelsen og Rosholm (2018) fant imidlertid en sterk dokumentasjon for at intervensjoner som inkluderte kontakt med arbeidsplass, og multikomponentintervensjoner, har en effekt på retur til arbeid.

Fagpersoner innen arbeidsrettet rehabilitering betrakter tverrfaglige team som en styrke (Eftedal m.fl. 2017). I en fokusgruppe-studie blant norske klinikere ble det blant annet fremhevet at gjennom de ulike særfaglige perspektivene og tilnærmingene får man en mer helhetlig oversikt over deltakernes utfordringer og ressurser. I en kartleggingsprosess kan deltakerne også fortelle ulike historier om sin situasjon og funksjon til de ulike fagpersonene ut fra de ulike forventninger de har til fagpersonenes roller. I tillegg har man som tverrfaglig team mulighet til å observere deltakere og deres funksjon i ulike settinger og diskutere endringer og tilpasninger underveis med hverandre.

En norsk kvalitativ studie fremhever viktigheten av tverrfaglige team i arbeidsrettet rehabilitering for at deltakere skal få sine utfordringer anerkjent. Denne anerkjennelsen er en forutsetning for å få til positive endringer i egen situasjon (Haugli m.fl. 2011). En annen kvalitativ studie peker på at tverrfaglige team øker bevisstheten om og anerkjennelsen av at å komme tilbake i arbeid for enkelte er en lang og utfordrende prosess (Rise m.fl., 2015).

En tysk fokusgruppe-studie så på betydningen av å implementere tverrfaglig arbeid i arbeidsrelatert medisinsk rehabilitering (Schwarz m.fl. 2015) hvor de syv ulike ortopediske rehabiliteringsteamene som deltok, alle beskrev teamarbeid som en suksessfaktor for å kunne tilby en helhetlig behandling av personer med store biopsykososiale begrensninger.

I en kanadisk kvalitativ studie av et arbeidsrettet rehabiliteringsteam er det også støtte for at det å jobbe i et tverrfaglig team oppleves som berikende (Shaw m.fl. 2008). Forhold som ble trukket fram, var at kommunikasjon, utveksling av informasjon og fagpersonenes ulike observasjoner bidro til en bedre forståelse av deltakerens problem. I tillegg ga tverrfaglig teamarbeid en mer helhetlig og løsningsfokuset tilnærming når det gjaldt å identifisere mål for retur til arbeid og bedring av deltakerens funksjon. Det ble også vektlagt at tilgang til kunnskapen og erfaringen de andre i teamet besatt, ga læring på tvers av fagområder og økende grad av samstemthet og synergi teammedlemmene imellom. I tillegg utviklet det seg en kultur av gjensidig tillit, respekt og anerkjennelse.

Koordinator

Kompetansetjenesten anbefaler at hver enkelt deltaker tildeles en koordinator som følger opp og veileder deltakeren under rehabiliteringen. Koordinatoren vil naturlig ha en sentral rolle i individuell tilpasning av rehabiliteringsprogrammet. Koordinatoren kan også initiere og koordinere dialog og samarbeid mellom deltakeren og dennes arbeidsplass og andre relevante aktører (fastlege, NAV, kommunale aktører).

Forskningsgrunnlag

Bruk av koordinator er ansett som en effektiv strategi i intervensjonsprogrammer som understøtter retur til arbeid (Shaw m.fl. 2008; Gardner m.fl. 2010; Pransky m.fl. 2010). Det er videre gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang (Schandelmaier m.fl. 2012) som konkluderer med at bruk av koordinator medfører raskere retur til arbeid. Den samme litteraturgjennomgangen har blitt oppdatert (i 2017) med nye studier, hvor det ble konkludert med at bruk av koordinator likevel ikke medførte raskere arbeidsdeltakelse (Vogel m.fl. 2017). De nye studiene inkluderte imidlertid ikke koordinering med direkte involvering av arbeidsplassen i særlig grad. Manglende samsvar mellom konklusjonene i disse to litteraturgjennomgangene kan derfor tolkes dit at koordinering på tvers av helse og arbeid kan være positivt for å oppnå arbeidsdeltakelse, men at det fortsatt er uklart hvilken spesifikk funksjon en koordinator skal ha.

ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – ANBEFALTE ELEMENTER

Et faglig orientert internasjonalt akkrediteringsorgan for rehabiliteringstjenester, CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), fastslår at arbeidsrettet rehabilitering må gi omfattende og koordinerte tjenester for å løfte frem atferdsmessige, funksjonsmessige, medisinske, fysiske, psykologiske og yrkesmessige komponenter av betydning for arbeidsdeltakelse og retur til arbeid (CARF 2017).

Arbeidsrettet rehabilitering må følgelig rette seg mot flere faktorer samtidig og i sammenheng, og rehabiliteringsprogrammet må ha et tverrfaglig innhold. Personer med vedvarende muskel- og skjelettplager og psykiske tilleggspager kan ha nytte av intensiv tverrfaglig intervensjon basert på kognitive tilnærminger, herunder trening rettet mot unngåelsesatferd basert på frykt for forverring (såkalt *fear-avoidance beliefs*, Øyeflaten m.fl. 2016). Rehabiliteringen bør ha fokus på å gjenvinne funksjonsevnen kombinert med rådgivning om arbeidsforhold og/eller tilrettelegging av arbeidsplass og oppgaver. Kognitiv tilnærming er et sentralt element i arbeidsrettet rehabilitering og kan rettes mot blant annet psykologiske mekanismer knyttet til opplevelse og tolkning av helseplager.

De konkrete rehabiliteringstiltakene skal ha som samlet mål å fremme deltakerens funksjon i arbeid, både fysisk, psykisk og sosialt. Tiltakene kan være undervisning, fysisk aktivitet, trening, arbeidstrening, mental trening, veiledning og sosiale øvelser. Tiltakene bør kombineres med involvering av arbeidsplassen, og når nødvendig og mulig besøk på arbeidsplassen. Rehabiliteringstiltakene vil således være en kombinasjon av medisinske, psykologiske, treningsmessige, atferdsmessige og yrkesmessige tiltak.

Det vil være naturlig variasjon i hvordan de ulike komponentene innen arbeidsrettet rehabilitering blir operasjonalisert, avhengig av ressurser, kompetanse og valgt rehabiliteringsprofil på den enkelte institusjon/klinikk.

Kartlegging ved oppstart

Diagnose og varighet av sykefravær er ikke tilstrekkelig informasjon for klinikere til å vite hvordan en person best skal kunne hjelpes tilbake i arbeid (Eftedal m.fl. 2017). Det er nødvendig med en grundig kartlegging som retter seg både mot helse og arbeid, og som har fokus på deltakerens rehabiliteringsbehov av betydning for funksjon i arbeid.

For å få et godt bilde av deltakerens situasjon gjennomføres en tverrfaglig kartlegging ved oppstart av rehabiliteringen. Her kartlegges ressurser, barrierer og muligheter for arbeidsdeltakelse hos deltakerens. Dette omfatter fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne, og fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer av betydning for deltakerens arbeidsevne og funksjon i forhold til konkrete arbeidsoppgaver. Funksjonsforståelsen bør innbefatte så vel ressurser og muligheter som begrensninger. I tillegg bør deltakerens verdier og holdninger knyttet til arbeid og forventninger om framtidig arbeidsdeltakelse kartlegges.

Kunnskap om deltakerens funksjonsevne er også nyttig i dialog med aktører som skal følge deltakeren opp i etterkant av rehabiliteringsinnsatsen, som arbeidsgiver, NAV eller aktører i helsevesenet.

Formål

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

Et delmål med kartleggingen er å få et utgangspunkt for å kunne måle og evaluere endring i deltakerens funksjon under rehabiliteringen, og funksjon og arbeidsdeltakelse etter rehabiliteringen.

Gjennomføring

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

Kartleggingen gjøres av institusjonens/klinikkens fagpersoner i samarbeid med deltakeren selv. Kartleggingen gjøres basert på opplysninger fra fastlege, arbeidsgiver og/eller NAV. På bakgrunn av informasjon som er samlet inn gjennom ulike kartleggingsmetoder identifiseres deltakerens fysiske, psykiske og sosiale ressurser og begrensninger.

Kartlegging av arbeidskrav skal klargjøre deltakernes opplevelse av krav og forventninger i jobb og krav og forventninger fra arbeidsgiver, kollegaer, arbeidsmarked der det er relevant, nærmiljø og familie m.fl.

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

Kartleggingen skal danne et helhetlig bilde av deltakers situasjon og muligheter vurdert i forhold til arbeidsdeltakelse.

Det finnes ikke krav til hvilke spørreskjemaer som må benyttes, men slike måleverktøy bør i størst mulig grad være kvalitetssikrede og standardiserte. Måleverktøyene bør derfor være vitenskapelig utviklet, inneha god validitet og reliabilitet og være sensitive for endring. Måleverktøyene bør tilstrebes å være enkle å bruke og de bør kunne benyttes ved gjentatte anledninger og over lange tidsperioder. Det må understrekes at kompleksiteten i funksjonsforståelsen, som f.eks. kommer til uttrykk i ICF-modellen, fordrer at kartleggingen ikke kan baseres på spørreskjemaer alene. Ulike visuelle verktøy i kartleggingsprosessen er mye brukt av klinikere innen arbeidsrettet rehabilitering for å få deltakerne til å reflektere over hele sin livssituasjon (Eftedal m.fl. 2017). Sykehuset Innlandet har utviklet det visuelle dialogverktøyet [ISIVET](#) (Brennbekken m.fl. 2016). Verktøyene hjelper deltakere og klinikere til å få felles forståelse av deltakerens situasjon.

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

Det er utviklet modeller som har forsøkt å beskrive den enkeltes prosess mot arbeidsdeltakelse i faser (Franche m.fl. 2007; Braathen m.fl. 2012). Slike modeller kan være nyttige å bruke da kunnskap om hvilken fase personen befinner seg i vil bidra til at valg av

mål og tiltak kan tilpasses den enkeltes behov. «Klar for arbeid»-modellen (Braathen m.fl. 2014) er en slik faseinndeling av prosessen tilbake i arbeid. [Enkle spørreskjemaer tilhørende modellen](#) kan være til hjelp for å identifisere hvilken fase en deltaker befinner seg i.

Forskningsgrunnlag

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

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

Det er relevant å skille mellom generell arbeidsevne rettet mot alle relevante jobber og spesifikk arbeidsevne rettet mot en spesifikk arbeidssituasjon (Tengland 2011). Generell arbeidsevne betyr at personen har grunnleggende basiskompetanse, tilstrekkelig helse og relevante yrkesmessige verdier til å kunne utføre et eller annet arbeid. Spesifikk arbeidsevne betyr at personen har nødvendig yrkesmessig kompetanse og tilstrekkelig helse til å kunne bruke sin kompetanse og nødvendige yrkesmessige verdier til å kunne utføre et spesifikt arbeid.

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

I «Handbook of Return to Work. From Research to Practice» del III og IV, gis det en omfattende oversikt over evidensbasert kunnskap og praktiske råd med hensyn på tilnærminger som øker sjansen for retur til arbeid (Schultz & Gatchel (eds.), 2016). Det er

stor enighet om at det er nødvendig å ta både individfaktorer og arbeidsmiljøfaktorer i betraktning ved valg av intervensjoner, og at effektive intervensjoner bygger på en grundig kartlegging og vurdering av faktorer som hindrer gjenvinning av helse og arbeidsevne. Samtidig er det store utfordringer knyttet både til identifisering av risikofaktorer og prediktorer for retur til arbeid, og til valg av effektive intervensjoner. En analyse av samspillet mellom person, oppgaver og arbeidsplass, kombinert med en tverrfaglig og koordinert tilnærming, gir imidlertid større sannsynlighet for å finne effektive tiltak.

Selv om det er mulig å bruke fasemodeller (Franche m.fl. 2007; Braathen m.fl. 2012) til å vurdere den sykmeldtes forventninger til arbeidsdeltakelse og relatert atferd, er det ikke funnet konsistent evidens for at spørreskjemaer entydig evner å plassere enkeltindivider i spesifikke faser eller forutsi sjansen for fremtidig arbeidsdeltakelse (Aasdahl m.fl. 2016). Derfor bør bruk av slike skjemaer kombineres med fagteamets vurderinger før det settes i gang tiltak.

Individuell tilpasning av rehabiliteringen

Rehabiliteringen må tilpasses den enkelte. Ulike deltakere vil ha ulike behov. For noen vil det være naturlig å ha legge vekt på fysisk aktivitet, for andre vil kognitive aspekter være viktigst. For andre igjen vil det kunne være forhold ved arbeidssituasjonen det er nyttigst å fokusere på. Fagteamet bør sammen med deltaker kontinuerlig evaluere hvilke deler av programmet deltakeren særlig vil ha utbytte av.

For enkelte vil det være hensiktsmessig med en gradert deltakelse i programmet. Dette vil særlig kunne gjelde deltakelse i fysisk aktivitet for deltakere som er sterkt dekondisjonerte.

Basert på kartleggingen og en vurdering av den enkeltes behov kan fagteamet i samarbeid med deltaker tidlig i rehabiliteringen utarbeide en individuell plan med konkrete rehabiliteringsmål.

Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv

Fysisk aktivitet er en av kjernekomponentene i arbeidsrettet rehabilitering. Den fysiske aktiviteten bør gi erfaring med lystbetont trening for å motivere deltakeren til å fortsette med fysisk aktivitet etter deltakelsen i rehabiliteringsprogrammet. Trening vil bidra til å opprettholde deltakerens fysiske kapasitet, noe som igjen kan øke sjansene for at deltakeren opplever mestring i arbeid. Friluftsliv kan også være en viktig del av den fysiske aktiviteten. Friluftsliv vil være med på å sikre et mangfold av muligheter for fysisk utfoldelse.

Formål

Fysisk aktivitet under arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til å

- styrke arbeids- og funksjonsevne
- øke arbeidsdeltakelse og å kunne stå i jobben over tid
- gi positive erfaringer og mestringsopplevelser
- øke fysisk funksjon og kroppsbevissthet
- redusere frykt for bevegelser og aktivitet
- gi erfaring med hvorledes fysisk aktivitet påvirker symptomtrykk i sosiale sammenhenger.

Gjennomføring

Det finnes mange måter å stimulere til og drive fysisk aktivitet på. Det er derfor stor valgfrihet for den enkelte rehabiliteringsinstitusjon/-klinikk til å velge form og innhold på fysiske aktiviteter og tilpasse disse til deltakerne i programmet. På tross av stor valgfrihet i form finnes det likevel noen felles prinsipper for hvordan fysisk aktivitet og trening bør gjennomføres, f.eks. knyttet til individuell tilpasning og mulighet for mestrings erfaringer. Slike prinsipper øker kvaliteten på aktivitetstilbudet som gis.

Fysisk aktivitet skal først og fremst være en læringsarena der deltaker eksponeres for utfordringer og gjør seg nye mestrings erfaringer som kan etablere eller reetablere tillit til egen kropp. Fysisk aktivitet kan legge grunnlag for dialog mellom deltaker og kliniker (f.eks. idrettspedagog eller fysioterapeut), blant annet rundt deltakers erfaringer knyttet til eget funksjonsnivå. Det å sett ord på gode og mindre gode kroppslige opplevelser og erfaringer kan hjelpe fagpersonen å legge til rette for individuell tilpasning og på den måten bidra til nye erfaringer med kropp og mestring hos deltaker. Det er i tillegg viktig at fagpersonen som er ansvarlig for tilbudet om fysisk aktivitet og trening får informasjon om behov for tilpasninger fra det tverrfaglige teamet og ev. andre aktører. Den individuelle tilpasningen kan bestå i at deltaker selv lærer å tilpasse aktiviteten og aktivitetsnivået til egne behov, noe som kan ha overføringsverdi til en arbeidssituasjon. Slik sett vil fysisk aktivitet være en god læringsarena for mestring.

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

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

Gruppebaserte aktiviteter kan foregå både innendørs og utendørs. Friluftsliv er én av flere aktiviteter som gjøres utendørs, enten med eller uten hjelpemidler (f.eks. kano, ski, truger). Introduksjon til enkelt friluftsliv kan gi deltakeren både miljøforandring og naturopplevelse. Videre vil friluftsbaserte aktiviteter gi deltakeren erfaring med aktiviteter som lett kan videreføres i hverdagslivet. Friluftsliv utøker mangfoldet i mulige aktiviteter betraktelig og kan gi deltakerne erfaring med natur som arena for fysisk aktivitet og rekreasjon.

Fysisk aktivitet i arbeidsrettet rehabilitering bør gi motivasjon for videre regelmessig fysisk aktivitet hjemme, samt stimulere til variert aktivitet. Aktivitetene under rehabiliteringen bør derfor være av en slik art at de kan videreføres på egenhånd, og at de kan utføres uten avanserte tekniske hjelpemidler. Helsedirektoratet tilrår minimum 150 minutter med moderat intensitet per uke ([Fysisk aktivitet, faglige råd, Helsedirektoratet](#)). For å oppnå ytterligere helsegevinst bør voksne utøve inntil 300 minutter med moderat fysisk aktivitet i uken. Omfanget av fysisk aktivitet i et rehabiliteringsprogram bør følge Helsedirektoratets anbefalinger.

Basert på erfaringene under rehabiliteringen kan fagpersonene hjelpe deltakeren til å legge en plan for videreføring av fysisk aktivitet hjemme. Fagpersonene bør hjelpe deltakeren til å sikre at typen og mengden aktiviteter er gjennomførbare over tid. I samtaler om videreføring av fysisk aktivitet hjemme kan temaer som motivasjon og målsetting, hindringer og muligheter, forpliktelser og nyttige strategier tas opp.

Forskningsgrunnlag

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

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



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

Helseplager og kronisk sykdom kan påvirke selvforståelsen. En endret selvforståelse kan gjøre at kropp forstås som noe sårbart, fremmed og upålitelig, og kan resultere i en objektivisering

av egen kropp (Kitzmüller, Häggström og Asplund 2013). Fysisk aktivitet kan forbedre forholdet til egen kropp, selvfølelse og evne til å mestre stress (Elavsky 2010; Galper m.fl. 2006; Wipfli m.fl. 2008; VanKim m.fl. 2013; Yorks m.fl. 2017). Fysisk aktivitet og trening i arbeidsrettet rehabilitering kan derfor bidra til å styrke den enkeltes ressurser og tro på seg selv gjennom å fremme kjennskap til og kunnskap om egen kropp, samt reduksjon av frykt for bevegelser og aktivitet.

Skader og sykdom kan føre til at man trekker seg ut av sosiale arenaer og relasjoner (Kitzmüller, Häggström og Asplund 2013). I tillegg til at fysisk aktivitet kan være en lærings- og mestringsarena, kan gruppen man trener sammen med, bidra til sosial støtte. En kvalitativ studie av deltakere i arbeidsrettet rehabilitering viser at deltakerne ser det å delta i en gruppe som viktig for anerkjennelse og for å praktisere ny atferd (Haugli m.fl. 2011). Dette samsvarer med studier som viser at sosial støtte styrker selvfølelsen og mestringsevne (Lopez-Martinez m.fl. 2008; van Uden-Kraan m.fl. 2009).

Arbeidsfokuset kognitiv tilnærming

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

Forskningen peker nå i retningen av at arbeidsfokuset metoder, som arbeidsfokuset kognitiv terapi, har bedre effekt på retur til jobb enn metoder som ikke har arbeidsfokus. Flere studier har sammenlignet arbeidsfokuset kognitive terapi og tradisjonell kognitive terapi og funnet bedre effekt på retur til jobb når arbeidsfokus er en systematisk og integrert del av den kognitive terapien (Blonk m.fl. 2006; Brenninkmeijer m.fl. 2018; Kröger m.fl. 2015; Lagerveld m.fl. 2012; Reme m.fl. 2015; van der Klink m.fl. 2003).

Arbeidsfokuset kognitiv tilnærming knytter rehabiliteringen spesifikt til arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse. Arbeidsfokuset kognitiv tilnærming tar utgangspunkt i at tanker, følelser og atferd kan skape og vedlikeholde mangel på mestring og at dette kan være til hinder for tilfriskning og arbeidsdeltakelse. Målet med arbeidsfokuset kognitiv tilnærming er å styrke prosessen tilbake i jobb gjennom å endre eventuelle negative tankemønstre, antakelser og tolkninger i positiv og konstruktiv retning.

Kompetansetjenesten anbefaler at den kognitive tilnærmingen i arbeidsrettet rehabilitering er arbeidsfokuset.

Vi anbefaler videre at rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken gjør et tydelig valg på hvilken metode innen kognitiv tilnærming den ønsker å bruke, og at alle fagpersonene anvender metoden. Dette krever at alle fagpersonene har eller gis tilstrekkelig kompetanse innen metoden. Vi vurderer at en tydelig definert tilnærmingsmetode gjennomført i flere eller alle deler av programmet bidrar til at deltakeren ser sammenhengen mellom de ulike intervensjonene. På den måten kan deltakernes engasjement i og motivasjon for de ulike delene av rehabiliteringsprogrammet styrkes.

Formål

Anvendelse av kognitiv tilnærming i arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til å

- identifisere hvordan uhensiktsmessige tanker, følelser og atferd hindrer arbeidsdeltakelse
- identifisere faktorer på jobb som påvirker psykisk og fysisk helse
- styrke deltakernes tro på å kunne fungere bedre i arbeid
- øke mestring og kontroll av helseplager for å bedre funksjons- og arbeidsevne
- styrke kognitiv fungering for å øke deltakernes mentale ressurser og kapasitet (Johansen m.fl. 2016).

Gjennomføring

Arbeidsfokustert kognitiv tilnærming i arbeidsrettet rehabilitering handler om å skape felles forståelse hos fagperson og deltaker av hva som skal til for å nå målet om retur til arbeid. Dette kan gjøres ved å legge en plan som fagperson og deltaker sammen jobber etter under rehabiliteringen. Her vil blant annet tanker, følelser og atferd som hindrer arbeidsdeltakelse være sentrale elementer. I tillegg vil fokus på ressurser og muligheter for bedre å mestre eget liv og deltakelse i arbeid være viktig.

Fagpersonene bør tilstrebe å sette seg inn i deltakerens egen forståelse av situasjonen og omgivelsene, hva som oppleves som hinder for arbeidsdeltakelse, samt hvilke ressurser og mestringsstrategier deltakeren har (Eftedal m.fl. 2017). Dette kan danne grunnlaget for å lage en plan for retur til arbeid. Deltakeren veiledes i å bruke sine ressurser og mestringsstrategier til å gjennomføre planen, og til selvstendig problemløsning i både arbeids- og dagligliv.

Arbeidsfokustert kognitiv tilnærming kan gjennomføres i en kombinasjon av individuelle samtaler og veiledning, gruppesamlinger og undervisning.

Deltakere i arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes ved et komplekst symptombilde. Det er derfor mer hensiktsmessig å snakke med deltakeren om funksjon enn om medisinsk diagnose. Hvordan deltakeren tolker og forstår sine helseplager er viktig for å finne alternative måter å mestre plagene på. Mange deltakere er opptatt av hva som feiler dem, og om det finnes en effektiv behandling. Det er viktig at fagpersonene sammen med deltakeren prøver å finne en forklaringsmodell som støtter deltakeren i dennes prosess.

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

Allianse

Flere faktorer enn det metodiske innholdet kan forventes å virke inn på effekten av kognitiv tilnærming. Det er vist at effekt av psykologisk behandling også påvirkes av forholdet mellom terapeut og pasient i form av opplevd allianse. Den terapeutiske alliansen bygges i hovedsak gjennom tre elementer: 1) gjensidig enighet og forståelse av mål, 2) gjensidig enighet om hvilke oppgaver og tiltak som må til for å oppnå målene, 3) følelsesmessige bånd mellom partene (tillit, aksept og fortrolighet) (Bordin 1979). Vi anbefaler at det i rehabiliteringsarbeidet legges vekt på å skape slike allianser.

Forskningsgrunnlag

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

Ved Senter for jobbmestring (som ikke er et tradisjonelt arbeidsrettet rehabiliteringsprogram) får deltakerne individuell oppfølging og støtte i sin jobbsøkerprosess. Målet er å finne rett arbeid til rett person. Støtten er kontinuerlig, og fortsetter også etter at deltakeren er kommet i arbeid. Jobbstøtten pågår parallelt med arbeidsfokusert kognitiv terapi. I en studie ble tiltaket ble sammenlignet med ordinær oppfølging i form av øvrige tiltak og tjenester i NAV (Reme m.fl. 2015). Resultatene viste at deltakere i Senter for Jobbmestring hadde høyere arbeidsdeltakelse ved tolv måneders oppfølging sammenlignet med kontrollgruppen: 44 % var helt eller delvis i jobb, mens tilsvarende tall var 37 % i kontrollgruppen. Ved 18 måneders oppfølging vedvarte effekten og viste henholdsvis 37 % og 27 % arbeidsdeltakelse. Effekten av Senter for Jobbmestring var spesielt sterk for de som mottok arbeidsavklaringspenger.

I en systematisk kunnskapsoversikt om arbeidsplassintervensjoner viser funnene en tydelig og positiv trend ved at anvendelse av arbeidsfokusert kognitiv atferdsterapi har større effekt enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi på retur til arbeid for personer med psykiske plager (Cullen m.fl. 2017). Dette støttes i en annen studie som sammenlignet kognitiv atferdsterapi og arbeidsfokusert kognitiv terapi og effekt på retur til arbeid for personer som rapporterer

vanlige psykiske plager (Lagerveld m.fl. 2012). Funnene viste at personer i gruppen som fikk arbeidsfokusert kognitiv terapi returnerte til arbeid i full stilling 65 dager tidligere sammenlignet med den andre gruppen. Også delvis retur til arbeid hadde større effekt og forekom tolv dager tidligere. Effekt på psykiske helseplager var derimot lik i begge gruppene som rapporterte færre plager etter endt behandling. Lignende funn presenteres i Blonk m.fl. (2006) som viste at selvstendig næringsdrivende sykmeldt for angst, depresjon og utmattelse returnerte til deltidsarbeid 17 dager før gruppen som fikk kognitiv terapi, mens effekten på å jobbe fullt forekom 200 dager før gruppen som bare fikk kognitiv terapi.

To studier av arbeidsfokuserende polikliniske rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten har ikke vist tydelige effekter på arbeidsdeltakelse etter tolv måneder (Myhre m.fl. 2014) og tolv og 24 måneder (Brendbekken m.fl. 2016) overfor den typiske målgruppe for arbeidsrettet rehabilitering av langtidssykmeldte med komplekse helseproblemer. Det eneste positive resultatet på retur til arbeid ble funnet i Brendbekken m.fl. (2016), som viste at personer som mottok en multidisiplinær intervensjon hadde høyere sannsynlighet for å være deltidssykmeldt (og ikke fulltidssykmeldt) etter syv måneder sammenlignet med de som mottok en mindre kompleks intervensjon.

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

Den terapeutiske alliansens påvirkning gjør det vanskelig å måle isolert effekt av ulike kognitive tilnærminger (Wampold 2015).

Involvering av arbeidsplassen

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

Formål

Involvering av arbeidsplassen under arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til

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

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

Gjennomføring

For deltakere som har en arbeidsgiver, tar rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken tidlig kontakt med den enkelte deltakers nærmeste leder for å få dennes perspektiv på arbeidstakerens barrierer og ressurser, samt muligheter arbeidsplassen har for å få arbeidstakeren tilbake i arbeid. Dialogen kan dreie seg om å identifisere hvilke muligheter

arbeidsgiver har for tilpasning av arbeidstid, arbeidsforhold og arbeidsoppgaver.

I henhold til lovverket skal arbeidsgiver ta initiativ til sammen med arbeidstaker å utarbeide en oppfølgingsplan for retur til arbeid innen sykmeldingen har vart i fire uker. Dersom det foreligger en slik plan, bør arbeidsgiver bidra med opplysninger om innholdet i denne til institusjonen/klinikken. Planen skal blant annet inneholde en vurdering av

- arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne
- aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi
- aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene
- plan for videre oppfølging

Man kan også undersøkes hvilke systemer, rutiner og ressurser arbeidsgiver har for støtte og oppfølging av den sykmeldte. Særlig kan større organisasjoner ha egne utvalg – sammensatt for eksempel av ansatte i HR-avdeling, HMS-ansvarlige, tillitsvalgte og bedriftshelsetjeneste – som behandler og følger opp saker der ansatte har vært ute av arbeid over lengre tid.

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

Dersom det ikke er realistisk med retur til nåværende jobb, verken på kort eller lang sikt, bør man starte dialog med deltakeren om reorientering mot annen jobb. Her vil annet arbeid i samme virksomhet som oftest være å foretrekke, men om dette ikke er mulig, bør det startes reorientering mot helt nye jobbmuligheter.

For deltakere uten arbeidsgiver, og for dem som ikke kan gå tilbake til nåværende arbeidsplass, bistår klinikerne den enkelte deltaker med å identifisere alternative karrieremuligheter og tiltak. Dette kan gjøres i samarbeid med NAV, eventuelt med andre tiltaksarrangører.

Forskningsgrunnlag

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

Costa-Black (2013) gir en oversikt over evidensbaserte kjernekomponenter i arbeidsrettede

rehabiliteringsprogram. For muskel- og skjelettplager deler hun intervensjonene inn i tre grensesnitt som involverer: arbeidstaker, arbeidsplass og nøkkelaktører. Intervensjonskomponenter i grensesnittet mot arbeidsplass omfatter arbeidsplassvurdering, deltakerbasert ergonomisk tilnærming, midlertidig arbeidstilpasning, arbeidsplass i senter for rehabiliteringsplanen og permanente arbeidsplassstilpasninger.

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

Forskning på arbeidsplassintervensjoner er generelt mangelfull, men det er noe støtte for at utvikling av arbeidsplassenes egne problemløsningsstrategier og sterkere integrering av arbeidsplassen i pågående rehabiliteringstiltak forebygger uførhet (Pransky m.fl. 2016).

Plan for arbeidsdeltakelse

Rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken bør ta initiativ til at deltakeren utarbeider av en egen plan for arbeidsdeltakelse. Planen bør baseres på den enkeltes funksjonsevne og prognose, deltakerens egne mål, og muligheter på arbeidsplassen eller i arbeidsmarkedet.

Dersom deltakeren har en arbeidsgiver, bør fagteamet bidra til at deltakers plan for retur til arbeid forankres hos arbeidsgiver. Forankringssamtale mellom deltaker og arbeidsgiver kan gjøres med og uten deltakelse fra fagteamet. Noen deltakere vil kunne gjennomføre en slik samtale alene, andre vil behøve bistand.

For deltakere uten arbeidsgiver vil plan for arbeidsdeltakelse kunne være aktuelt å forankre hos NAV.

Før denne kontakten tas med arbeidsgiver/NAV bør fagpersonene avklare med deltakeren hvilke tiltak som skal diskuteres, og eventuelt hvilke hindringer deltakeren ser for seg kan stå i veien for at tiltakene kan gjennomføres. Det bør avklares med deltakeren hva som bør formidles til arbeidsgiver/NAV om deltakerens funksjonsevne, hvilke temaer som skal diskuteres, og hva som eventuelt ikke skal formidles (for eksempel av medisinske opplysninger). Samtalen kan gjennomføres på arbeidsplassen/NAV-kontoret, rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken, eller ved bruk av telefon- eller videosamtaler. Tiltaksplanen bør angi hva som skal gjøres, når og av hvem, inkludert hvordan oppfølging og

eventuelt revidering av planen skal foregå.

Dersom deltakeren ønsker det, vil fagteamet på forhånd også kunne ta kontakt med arbeidsgiver/NAV for å forberede disse på temaer som vil kunne dukke opp i samtalen.

Fagteamet og deltaker bør sammen vurdere om det er hensiktsmessig å ha med flere aktører på disse møtene, som for eksempel fastlege, bedriftshelsetjeneste, tillitsvalgt og/eller NAV i møte med arbeidsgiver, og fastlege i møte med NAV.

Evaluering underveis

Fagteamet og deltaker bør underveis i rehabiliteringen sammen evaluere utbytte av de ulike intervensjonene, hvilke deler av programmet den enkelte bør ha særlig oppmerksomhet på, og hva den enkelte trenger. Dette kan legge grunnlaget for justeringer av både deltakers deltakelse og fagteamets tilnærming.

Eventuell endring i fysisk kapasitet kan måles ved tester underveis. Resultatet av testene kan legge grunnlaget for justering av deltakelsen i de fysiske aktivitetene i programmet.

Deltakerne kan i ulik grad ha behov for oppfølging av de ulike fagpersonene underveis, for eksempel knyttet til hvordan helseplager kan forstås, eller til vanskelige private/arbeidsrelaterte forhold. Enkelte vil kunne ønske medisinske/fysioterapeutiske vurderinger utover de som ble gjort ved oppstart. Fagteamet bør kontinuerlig, og i samråd, vurdere hvilke behov det er gunstig for den enkeltes rehabiliteringsprosess at imøtekommes.

Forankring av oppfølging i etterkant

Underveis i rehabiliteringen bør deltakeren fortløpende gis veiledning om hvordan vedkommende selv kan ivareta fortsettelse av rehabiliteringsprosessen etter avsluttet rehabiliteringsprogram ved institusjon/klinikk, og hvordan vedkommende gjennom dette selv kan bidra til å sikre arbeidsdeltakelse.

Det vil likevel ofte være nyttig og nødvendig at deltakeren følges opp lokalt etter avsluttet rehabiliteringsprogram. Fagteamet ved institusjonen/klinikken bør forankre eventuelle anbefalinger om medisinsk oppfølging og/eller henvisninger til videre behandling hos fastlege. Eventuell oppfølging av fysisk aktivitet og trening kan som oftest ivaretas av relevant lokal instans (i mange tilfeller Frisklivssentral eller tilsvarende og/eller fysioterapeut). Deltakeren selv eller fagteamet kan ta kontakt for å undersøke tilbud. For å sikre oppfølging vil det erfaringsmessig være nyttig at deltakeren inngår avtale om dette før avslutning av rehabiliteringsprogrammet.

MÅLING AV RESULTAT

Kompetansetjenesten anbefaler å gjennomføre en måling/evaluering ved deltakerens avslutning av den arbeidsrettede rehabiliteringen. Her kan fokus være på brukertilfredshet og forhold som kan ha endret seg under rehabiliteringen, som f.eks. forventninger til å komme i jobb, motivasjon, mestringfølelse og fysisk form.

Vi anbefaler også å gjennomføre måling på ett eller flere senere tidspunkt, f.eks. tre, seks og/eller tolv måneder etter rehabiliteringen. Her kan arbeidsdeltakelse og selvurdert arbeidsevne stå i fokus. Det bør da legges vekt på endring i faktorer som institusjonen/klinikken har hatt innvirkning på gjennom sine intervensjoner.

For å kunne måle endringene over tid bør de senere målingene ha utgangspunkt i kartleggingen ved oppstart. Samme verktøy og likelydende spørsmålsformuleringer som ble benyttet ved oppstart, bør benyttes ved avslutning av rehabiliteringsprogrammet og ved målinger i etterkant.

Måling til bruk i kvalitetsarbeid

Målinger bør også brukes i tjenestens kvalitetsarbeid for kontinuerlig oppfølging av deltakerne og utarbeidelse av statistikker over måloppnåelse. Det er i 2017 startet et [kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering](#), drevet av Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering. Tilknyttet kvalitetsregisteret finnes et spørreskjema institusjoner og klinikker som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering, kan benytte seg av. Felles verktøy og prosedyrer på tvers av institusjoner/klinikker sikrer monitorering av resultater og sammenlignbare data.

TEORETISK GRUNNLAG

Sammenheng mellom arbeid og helse

Arbeid er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, ikke bare økonomisk, men også med tanke på fysisk og psykisk helse. Selv om man blir rammet av langvarig sykdom eller funksjonstap, vil det å være i arbeid i de fleste tilfeller være helsefremmende i seg selv for personer i yrkesaktiv alder. Ifølge Waddell og Burton (2006) er det sterke indikasjoner på at arbeid fører til bedre helse og følelse av velvære, og at det begrenser de skadelige fysiske, mentale og sosiale effektene som langtidsfravær har. De positive helseeffektene av arbeid gjelder spesielt for utvikling av depresjon og generell mental helse (Nøkleby m.fl. 2015; van der Noordt m.fl. 2014).

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

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

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

Også for sykmeldte med psykiske plager kan delvis jobbing under sykmelding føre til raskere rehabilitering (Andren 2014). Dette er i tråd med modellen for individuell jobbstøtte (IPS), et arbeidsrettet tiltak som bygger på en «place-then-train»-tankegang med fokus på ordinært arbeid fremfor skjerming fra arbeidslivet (Marshall m.fl. 2014). Tett individuell oppfølging, integrering av helse- og arbeidsrettede tiltak og bruk av ordinær arbeidsplass som

treningsarena har vist god effekt på arbeidsdeltakelse hos personer med alvorlige psykiske lidelser (Marshall m.fl. 2014). I Norge er det gjennomført en effektevaluering av IPS for personer med moderate og alvorligere psykiske lidelser. Det konkluderes med at det er bedre for psykisk syke å jobbe mens de blir friske enn først å bli frisk og deretter komme seg ut i jobb (Sluttrapport IPS, Reme m.fl. 2016). Det finnes likevel eksempler på at gradvis retur til arbeid, som metode for å fasilitere arbeidsdeltakelse, kan være problematisk for sykmeldte med lettere psykiske plager (Noordik m.fl. 2013). Det å presse seg på jobb dersom helsen er dårlig kan også øke risikoen for depresjon (Conway m.fl. 2014). U hensiktsmessige arbeidsforhold eller dårlig relasjon til kolleger og arbeidsgiver kan påvirke helsen negativt hvis retur til arbeid gjennomføres for tidlig, eller det ikke gjøres tiltak for å bedre disse forholdene.

Sammenlignet med opprettholdelse av sykmelding blir altså helsen ofte bedre når den sykmeldte begynner å jobbe igjen, såfremt arbeidsforholdene i seg selv ikke motvirker dette.

Det er særlig to modeller som innen arbeidsrettet rehabilitering brukes som rammeverk for å forstå det komplekse samspillet mellom ulike individ- og omgivelsesfaktorer. ICF-modellen (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse) (WHO 2001, se under) gir et begrepsmessig rammeverk for å forstå, beskrive og vurdere sykdoms påvirkning på arbeid (Escorpizo 2015:39 i Handbook of Vocational Rehabilitation). Den «økologiske» modellen for arbeidsdeltakelse (Loisel m.fl. 2005, se under) viser de ulike systemene og aktørene som er involvert når en person får funksjonsbegrensninger i arbeid.

Ingen teoretisk modell har likevel så langt fullt ut kunnet forklare hva som bidrar til redusert arbeidsevne og sykdom, gjenopptagelse eller vedlikehold av arbeid (Costa-Black 2013). Prosessen tilbake i arbeid er avhengig av en rekke sammensatte forhold. Det vil for eksempel være av stor betydning for prosessen om arbeidsgiver har muligheter for tilpasninger i jobb, om personen opplever relasjonelle problemer og konflikter i jobb, og om det er nødvendig å finne en annen type jobb (Eftedal m.fl. 2017). En person som klart opplever at arbeid vil være for krevende, vil stå lenger unna arbeid enn en person som opplever at forholdet mellom krav og ressurser er i balanse. Hvordan personen selv tenker om og forstår sine plager, og hvilke forventninger personen har til å komme tilbake i arbeid, har også stor betydning for arbeidsdeltakelse (Bültman & Brower i «Handbook of Work disability» Loisel & Anema (eds.) 2013).

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

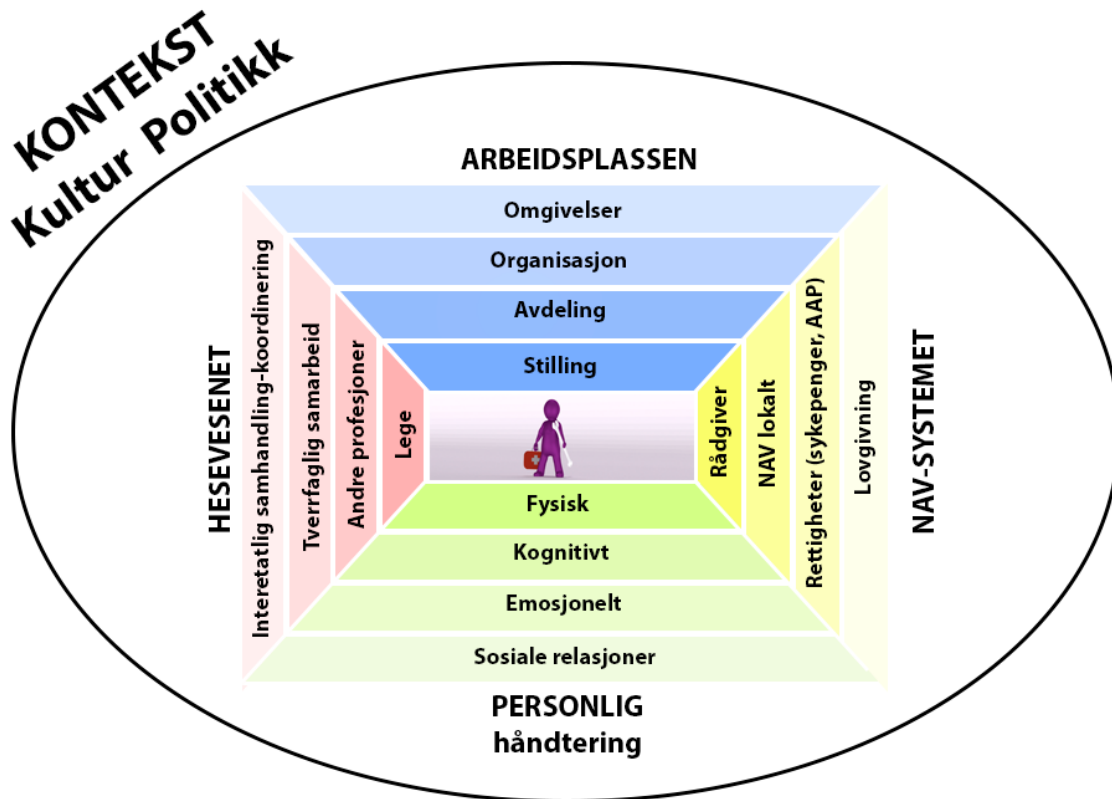
Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet i 2001 en [internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse \(ICF\)](#). ICF bygger på en dynamisk modell som viser det komplekse samspillet og sammenhengene mellom en persons helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. Som begrepsapparat fanger ICF opp både den medisinske og den sosiale

forståelsen av et menneskes helsesituasjon og konsekvensene av denne. Både ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser inngår. Dette gjør at ICF som begrepsapparat kan være spesielt godt egnet som verktøy i arbeidsrettet rehabilitering, både som vurderingsverktøy og prosessverktøy.

I arbeidsrettet rehabilitering behøves vurderingskompetanse og tiltakskompetanse i alle dimensjonene i ICFs begrepsapparat (helsetilstand, kroppsnær funksjon og struktur, aktivitet, personlige faktorer, omgivelsesfaktorer og deltakelse).

«Økologisk» modell for arbeidsdeltakelse

Den «økologiske» modellen utviklet av Loisel m.fl. (2005) er basert på fire overordnede «systemer» som påvirker arbeidsdeltakelse: helsesystemet, arbeidsplassen, juridiske forhold / stønadsordninger og personen selv. I tillegg kommer den overordnede sosiale konteksten disse er en del av. Modellen forklarer på denne måten at arbeidsevne ikke bare avhenger av personens funksjon, men formes også av kulturen, forvaltningssystemet og organisasjonen personen skal fungere i. Modellen gir også en oversikt over hvilke aktører det kan være aktuelt å involvere i prosessen mot arbeidsdeltakelse.



Sherbrooke-modellen / «økologisk» modell for arbeidsdeltakelse utviklet av Loisel m.fl. (2005), oversatt til norsk ved Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering.