

# ARBEIDSRETTET REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Veileder utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste

2020

# Innhold

Innhold .....	2
OM VEILEDEREN .....	3
OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING .....	4
Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten .....	4
Arbeidsrettet rehabilitering i samhandlingskjeden.....	7
Om intervensjoner i arbeidsrettet rehabilitering .....	9
Begrepet «arbeidsevne» i arbeidsrettet rehabilitering .....	10
PRINSIPPER I ARBEIDSRETTET REHABILITERING.....	11
Biopsykososial forståelse .....	11
Fokus på arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse.....	12
Aktiv i egen prosess .....	12
«Deltaker» .....	12
ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – TEAMARBEID.....	14
Tverrfaglige team i arbeidsrettet rehabilitering.....	14
Bruk av koordinator .....	17
ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – ANBEFALTE ELEMENTER .....	20
Kartlegging ved oppstart.....	20
Individuell tilpasning av rehabiliteringen .....	23
Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv .....	26
Arbeidsfokustert kognitiv tilnærming .....	30
Kontakt med arbeidsgiver (for deltakere med arbeidsforhold) .....	35
Orientering mot arbeidsmarkedet (for deltakere uten arbeidsforhold).....	39
Plan for arbeidsdeltakelse .....	41
Anbefalinger fra fagteamet om oppfølging i etterkant av rehabiliteringen .....	45
MÅLING AV RESULTAT .....	47
TEORETISK GRUNNLAG .....	49
REFERANSELISTE.....	52

## OM VEILEDEREN

### **Introduksjon**

Denne veilederen beskriver hva Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering mener er god kvalitet innen arbeidsrettet rehabilitering i polikliniske og dag- og døgnbaserte tilbud i spesialisthelsetjenesten. 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 leses og brukes av personer og instanser som ønsker å få kunnskap om den arbeidsrettede rehabiliteringens rolle i arbeidslivet og spesialisthelsetjenesten.

### **Bidragstyttere**

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.

# OM ARBEIDSRETTET REHABILITERING

## Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

### Arbeidsrettet rehabilitering

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

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.

Tidligere var arbeidsrettet rehabilitering et tilbud primært for sykmeldte. I 2009 ble tilbudet utvidet også til personer med redusert arbeidsevne og behov for arbeidsrettet bistand (NOU 2012:6).

Arbeidsrettet rehabilitering er et diagnoseuavhengig tilbud.

I tråd med LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) skal arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten være et tilbud utover vanlig oppfølging i primærhelsetjenesten. Før henvisning til arbeidsrettet rehabilitering skal den sykmeldte være tilstrekkelig utredet for å fastsette om hun/han har behov for et spesialisert tilbud, og for å avkrefte at det er medisinske eller helsemessige forhold som er til hinder for rehabilitering ([Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet](#)).

Arbeidsrettet rehabilitering har ikke som formål å kurere sykdom. Arbeidsrettet rehabilitering skal fremme arbeidsdeltakelse på tross av helseplager og sykdom.

Hovedmålet med arbeidsrettet rehabilitering er retur til arbeid.

### 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.meld. nr. 21 \(1998-99\) «Ansvar og mestring»](#). En kombinasjon av helserelaterte og arbeidsrelaterte intervensjoner vil som oftest være påkrevd for personer som trenger arbeidsrettet rehabilitering (Waddell m.fl. 2008, Loisel & 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 helseplagens omfang og karakter, funksjonsnedsettelsens karakter, sykmeldingslengde, eller andre årsaker. En del har belastninger i tillegg til egen helse, som krevende 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.

### **Arbeidsrettede tiltak på flere nivåer**

Arbeidsrettede tiltak foregår i Norge i dag på flere nivåer:

- 1) Lokale tiltak og tilrettelegging i regi av arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, primærhelsetjenesten/fastlege, NAV og eventuelt andre aktører
- 2) Arbeid som delmål har blitt fremmet de senere årene innen tradisjonell diagnosespesifikk behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fokus på arbeidsdeltakelse i spesialisthelsetjenesten har også fått større innpass med omleggingen av Raskere tilbake, nå Helse og arbeid-ordningen. Denne ordningen har fokus på arbeidsdeltakelse innen tilbud rettet mot psykisk helse og tverrfaglige tilbud rettet mot muskel- og skjelettplager. I Helse Nord kombinerer tiltaket HelseIArbeid forebyggende tiltak på bedrifter med polikliniske tilbud i spesialisthelsetjenesten.

3) Arbeidsrettet rehabilitering hvor arbeid er hovedmål kan foregå poliklinisk og dagbasert i spesialisthelsetjenesten eller i regi av NAV. Omfanget av tilbudene kan variere betydelig imellom regioner, sykehus og private tilbydere. NAV definerer tjenesten som arbeidsrettet rehabilitering for sykmeldte eller mottakere av arbeidsavklaringspenger. Innen spesialisthelsetjenesten vil tilbudene ofte være en del av de diagnosespesifikke rehabiliteringsytelsene. (Det er i spesialisthelsetjenesten overlappende bruk av begrepene "arbeidsrettet rehabilitering" og "diagnosespesifikk rehabilitering med arbeid som mål", men vanligvis forstås "arbeidsrettet rehabilitering" som et tilbud til pasienter hvor arbeidsdeltakelse er hovedmålet uten å definere spesifikke diagnosegrupper.)

4) Arbeidsrettet rehabilitering gjennom døgnbasert rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten tilbys innen R-ytelsen i spesialisthelsetjenesten og er ikke diagnosespesifikk. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering er det mest intensive tilbudet.

### **Nasjonalt satsningsområde**

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» \(2019\)](#).

## Arbeidsrettet rehabilitering i samhandlingskjeden

### Oppfølgingskjede

Når en person blir sykmeldt eller trenger bistand for å komme i eller tilbake til arbeid, vil flere aktører – arbeidsgiver, NAV, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre – kunne spille en rolle i prosessen tilbake til eller inn i arbeid. Oppfølgingen foregår ofte i en «kjede», ved at de ulike aktørene kommer inn i prosessen på ulike tidspunkt. Ofte vil oppfølgingen fra de ulike aktørene også overlappe i tid og foregå parallelt med hverandre.

Arbeidsrettet rehabilitering inngår i denne oppfølgingskjeden. Tradisjonelt har arbeidsrettet rehabilitering vært gitt etter relativt lang tids sykemelding, og først etter at andre tiltak, for eksempel i regi av arbeidsgiver eller NAV, har vært forsøkt uten at disse har ført til retur til arbeid.

Det finnes per i dag ikke entydig forskningsmessig belegg for at arbeidsrettet rehabilitering tidlig i et sykefravær fremmer retur til arbeid i større grad enn senere. Kompetansetjenesten vurderer likevel at å intervensere med arbeidsrettet rehabilitering tidligere enn vanlig i dag påskynder retur til arbeid og øker sannsynligheten for varig arbeidsdeltakelse. Grunnen er at for mange sykmeldte kan et langt fravær i seg selv bli en barriere for retur til arbeid. For å forhindre dette kan det være viktig å intervensere med effektive tiltak tidlig.

### Om ansvar og oppfølging i sykmeldingsåret

Tidlig i et sykefraværsløp har arbeidsgiver et stort ansvar for å følge opp den sykmeldte, og er blant annet pålagt å ta initiativ til utarbeidelse av en oppfølgingsplan innen fire ukers sykemelding, med kopi 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 sykemelding blir anbefalt ved sykmeldingsbehov. 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 sykemelding er et viktig virkemiddel for å få den sykmeldte raskest mulig tilbake i arbeid. Der sykemelding er nødvendig, skal førstevalget være gradert sykemelding.

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 til stede, 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.

### **Samhandling i prosessen mot arbeidsdeltakelse**

For optimal oppfølging av en person som er sykmeldt eller har behov for arbeidsrettet bistand, er samhandling mellom oppfølgingsaktørene viktig. Å samhandle om og forankre prosessen tilbake til eller inn i arbeid med andre oppfølgingsaktører er således en vesentlig del av arbeidsrettet rehabilitering. I mange tilfeller vil særlig arbeidsgiver, fastlege og NAV være viktige samhandlingsparter. Samhandlingen kan foregå før, under og etter den arbeidsrettede rehabiliteringen.

Det er et felles mål for alle oppfølgeraktører å forebygge eller forhindre sykefravær og å bidra til raskest mulig retur til arbeid for den sykmeldte eller bistandstrengende personen.



## Om intervensjoner i arbeidsrettet rehabilitering

Et faglig orientert internasjonalt akkrediteringsorgan for rehabiliteringstjenester, CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities), fastslår at «et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram er individrettet, fokusert på retur til arbeid, og formet for å minimere risiko for og optimalisere deltakernes arbeidsevne». Det CARF definerer som *komplekse* arbeidsrettede rehabiliteringsprogrammer (Occupational rehabilitation – comprehensive services) beskrives som «koordinerte tjenester rettet mot atferdsmessige, funksjonsrelaterte, medisinske, fysiske, psykologiske og yrkesmessige komponenter i deltakernes arbeidsevne og retur til arbeid» (CARF 2020).

Arbeidsrettet rehabilitering må følgelig rette seg mot flere faktorer samtidig og i sammenheng, og rehabiliteringsprogrammet må ha et tverrfaglig innhold. De konkrete rehabiliteringstiltakene skal ha som samlet mål å fremme deltakerens funksjon i arbeid fysisk, psykisk og sosialt. Tiltakene kan være undervisning, fysisk aktivitet, trening, arbeidstrening, mental trening, veiledning og sosiale øvelser. For deltakere med arbeidsforhold bør kontakt med arbeidsgiver for vurdering av eventuell tilrettelegging på arbeidsplassen inngå. 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 ved den enkelte institusjon/klinikk.

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.

## **Begrepet «arbeidsevne» i arbeidsrettet rehabilitering**

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.

# PRINSIPPER I ARBEIDSRETTET REHABILITERING

## Biopsykososial forståelse

Sykdom som hindret arbeidstakeren i å utføre sitt arbeid bidro til at man tidlig på 1900-tallet så behovet for å lage objektive kriterier som ga arbeidstakeren rett til ytelse ved sykefravær. Legen skulle foreta en objektiv vurdering av hvorvidt arbeidstakeren var syk nok for gyldig sykefravær. Denne objektive vurderingen av sykdom tok utgangspunkt i den *bio-medisinske modellen*.

Etter den bio-medisinske modellen defineres et menneske ved fravær av sykdom som friskt. Av dette følger at helsevesenet har som oppgave å kurere sykdom for å gjøre mennesket friskt.

Fortsatt er det denne modellen som gjelder ved vurdering av rett til sykepenger. En bio-medisinsk forståelse av sykdom er imidlertid utilstrekkelig innen arbeidsrettet rehabilitering.

Forskning har vist at et individs arbeidsevne påvirkes av en rekke forhold, bl.a. fysisk og psykisk helse, sosial fungering, kompetanse, 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. 2014).

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.

## **Aktiv i egen prosess**

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

Vi mener at den enkeltes egne erfaringer er like viktige i prosessen tilbake i arbeid som et fagteams vurderinger. Personer som deltar i arbeidsrettet rehabilitering bør derfor kontinuerlig støttes og styrkes i egen ansvarstagning og påvirkningsmyndighet.

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

## **«Deltaker»**

Det finnes ingen føringer for valg av term på personer som deltar i arbeidsrettet rehabilitering, og det er ulik praksis i 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 sykkelighet 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.

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 brukes i denne veilederen.

# ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – TEAMARBEID

## Tverrfaglige team i arbeidsrettet rehabilitering

### Tverrfaglighet og teamarbeid

Teamarbeid er i økende grad benyttet som arbeidsform i organiseringen av helsevesenet i mange land (Forsetlund m.fl. 2019). På grunn av høy kompleksitet hos mange pasienter betrakter Verdens helseorganisasjon tverrfaglig teamarbeid som den beste måten å organisere arbeidet på for at helsepersonell skal bli 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).

### Anbefaling

Kompetansetjenesten anbefaler at den arbeidsrettede rehabiliteringen utføres av tverrfaglige team.

Det tverrfaglige teamet bør bestå av fagpersoner fra både helsesektoren og arbeidslivssektoren. Teamet kan eksempelvis bestå av psykolog/samtaleterapeut, lege, idrettspedagog, fysioterapeut og arbeidskonsulent.

### Betydning av teamarbeid for oppnådde resultater innen arbeidsrettet rehabilitering

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 av

døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering i Norge 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- og 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, Hoefsmitt m.fl. 2012, Schandelmaier m.fl. 2012, Aronsson & Lundberg 2015, Cullen m.fl. 2018, Wainwright m.fl. 2019). I en review av Kamper og kolleger (2014), 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 senere review av Cullen m.fl. (2018) ble det tydeligere konkludert at det fantes sterk evidens for at tverrfaglige intervensjoner var effektive.

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 & Lundberg 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 flere og ulike særfaglige perspektiver 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 ulike fagpersoner 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 løsningsfokusert 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.

### **Forutsetninger for godt tverrfaglig teamarbeid**

Ifølge Helsedirektoratet (2017) er følgende sentrale forutsetninger for et godt tverrfaglig teamarbeid:

- at pasients og brukers behov og mål alltid er grunnlaget for teamets arbeid
- lederforankring
- felles verdier og forståelse av begreper
- at roller og forventninger er tydelig avklart internt i teamet – herunder rollen som teamleder
- at fagpersonell er bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse og kjenner grensene for eget fag opp mot andre profesjoner
- at fagpersonene kjenner hverandres faglige styrke og «framsnakker» hverandre
- avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering
- tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling.



## **Bruk av koordinator**

### **Effekt av bruk av koordinator i arbeidsrettet rehabilitering?**

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). En systematisk litteraturgjennomgang (Schandelmaier m.fl. 2012) konkluderer videre 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.

Forskningen har slik sett ikke gitt noe endelig svar på om bruk av koordinator i seg selv øker arbeidsdeltakelsen. Typisk har forskningen ikke undersøkt bruk av koordinator alene som et ekstra tiltak, men undersøkt tverrfaglige intervensjoner hvor bruk av koordinator er en del av intervensjonen. Man kan derfor ikke vurdere koordinatorrollen særskilt i disse studier, men må vurdere hele tiltaket samlet. Men uansett om man har en dedikert koordinator i et team eller ikke, må de enkelte elementer i tiltaket og kontakten med eksterne aktører koordineres. Det mest effektive må antas å være at man bruker en koordinator i stedet for å overlate dette til hele det tverrfaglige teamet eller til deltakeren selv.

### **Anbefaling**

Kompetansetjenesten anbefaler at hver enkelt deltaker tildeles en koordinator som følger opp og veileder deltakeren under rehabiliteringen. Koordinatoren bør tilhøre det tverrfaglige teamet som har ansvar for deltakerens rehabilitering. Én koordinator vil naturlig (kunne) være koordinator for flere deltakere.

Koordinatoren bør fungere som deltakerens primære kontaktperson under rehabiliteringen. Det er naturlig at koordinatoren har en sentral rolle i den individuelle tilpasningen av rehabiliteringsprogrammet for deltakeren. Koordinatoren kan initiere og samordne dialog og samarbeid mellom deltakeren og dennes arbeidsplass og andre relevante aktører (fastlege, NAV, kommunale aktører).

### **Koordinatorrollen i arbeidsrettet rehabilitering**

Å koordinere betyr «å samordne, få til å virke sammen». Det innebærer å se ulike aspekter i rehabiliteringen i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet. En koordinator skal derfor samarbeide med deltakeren om den helhetlige planleggingen, sikre nødvendig oppfølging og samordning av rehabiliteringen og vil typisk skulle sørge for framdrift i arbeidet med plan for arbeidsdeltakelse. Overordnet kan man si at formålet med koordinator er det samme som beskrevet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1](#).

I forskriften står at koordinatoren skal

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.

I arbeidsrettet rehabilitering er koordinatorrollen spesifikt rettet mot samordning av enkelttiltak i rehabiliteringsprogrammet, individuell tilpassing og løpende kontakt med deltaker og det tverrfaglige teamet. Derfor er rollen til koordinatoren integrert som en funksjon i det tverrfaglige teamet som er ansvarlig for rehabiliteringen, og koordinatorens rolle må ses i sammenheng med funksjonene som hele teamet har.

#### *Kontaktperson*

Hvilken benevnelse man gir koordinatoren, kan variere. Det kan være en "primærkontakt" eller "kontaktperson" hvis man nettopp vil fremheve rollen som kontaktperson for deltakeren – eller "koordinator" hvis man vil fremheve vedkommende som bindeledd mellom deltaker, team og eksterne aktører. Det bør i teamet være avklart i hvor høy grad beslutninger om individuell tilpassing, kontakt til eksterne aktører, plan for rehabilitering og så videre skal tas av koordinator eller i teamet. Det viktigste for deltakeren er at vedkommende har en bestemt person vedkommende kan henvende seg til under hele rehabiliteringen. Det bør i programmet være tidfestet møtepunkter for koordinator og deltaker, hvor spesifikke temaer diskuteres. Deltaker skal dessuten kunne kontakte koordinatoren underveis i forløpet når det oppstår akutte behov.

#### *Koordinatorens oppgaver*

Koordinatorens oppgaver kan variere fra rehabiliteringssted til rehabiliteringssted. Koordinatoren bør uansett ha hovedansvar for kontakten mellom deltaker og teamet, og sørge for jevnlig oppfølging av deltaker. Andre oppgaver som må ivaretas, kan enten utføres

av koordinatoren eller hele det tverrfaglige teamet. Fordelingen av oppgaver må være tydelig avklart internt i teamet.

#### *Typiske oppgaver*

Typiske oppgaver koordinatoren kan få ansvar for, er:

- å innhente nødvendig informasjon om deltaker innen oppstart
- å gjennomføre kartleggingsamtale ved oppstart
- å utforme rehabiliteringsplan og justere etter behov
- å følge opp deltaker under rehabiliteringen
- å identifisere behov for bistand fra andre fagpersoner i teamet
- å formidle deltakerens fremdrift og deltaking i rehabilitering for det tverrfaglige teamet
- å understøtte deltakers deltaking i faglige og sosiale deler av rehabiliteringsprogrammet
- å understøtte deltakers plan for arbeidsdeltakelse
- å sikre kontakt med eksterne aktører, for eksempel arbeidsgiver og NAV
- å samle informasjon og sammenfatte epikrise/sluttrapport

#### *Koordinatorens kompetanse*

Kompetansen en koordinator trenger, vil variere med de oppgaver man pålegger vedkommende i rehabiliteringsprogrammet. Forskjelligartede oppgaver krever naturligvis bredere kompetanse enn en avgrenset rolle som kontaktperson. Da koordinatorfunksjonen i seg selv ikke inneholder særfaglige oppgaver, vil det ikke være avgjørende hvilken utdanning koordinatoren har. Men det er avgjørende at koordinatoren har god kjennskap til den samlede kompetansen i det tverrfaglige teamet. Dette kan kun oppnås gjennom et visst kjennskap til den særfaglige kompetansen til hvert enkelt teammedlem. Derfor må koordinatoren selv være en del av teamet og ha en god forståelse for arbeidsrettet rehabilitering som fagfelt. Koordinatoren må ha den kompetansen som karakteriserer det vi kan kalle en «spesialist i arbeidsrettet rehabilitering».

#### *«Spesialist i arbeidsrettet rehabilitering»*

En «spesialist i arbeidsrettet rehabilitering» har kompetanse på tvers av alle særfaglige kompetanser i et ARR-team. Man skal ikke kunne alle fag, men man skal vite hvordan særfaglig kompetanse bidrar til et komplett team. Koordinatoren skal kunne vurdere om øvrige fagpersoner i teamet nærmere bør vurdere behov for ekstra særfaglige tiltak. Har man en slik "kompetanse i arbeidsrettet rehabilitering", har man forutsetningene for å vurdere deltakerens behov, følge deltakeren opp på en kvalifisert måte og gi tilfredsstillende tilbakemeldinger til både deltaker og team. Da har man også forutsetning for å vurdere hvilke enkelttiltak som i sum kan understøtte deltakerens vei til økt arbeidsdeltakelse.

# ARBEIDSRETTET REHABILITERING I PRAKSIS – ANBEFALTE ELEMENTER

## Kartlegging ved oppstart

### Formål

Kartlegging ved oppstart av rehabiliteringen vurderes å være en forutsetning for et godt rehabiliteringsutbytte. Kartleggingen gjør fagteamet kjent med hver enkelt deltaker, kartleggingen legger grunnlag for fagteamets tilnærming til den enkelte deltaker, og kartleggingen bidrar til å bevisstgjøre deltaker om hva vedkommende behøver for å oppnå eller beholde god arbeidsfunksjon.

Kjennskap til diagnose og varighet av sykefravær er heller ikke alene tilstrekkelig informasjon for klinikere til å vite hvordan en person best skal kunne hjelpes tilbake i arbeid (Eftedal m.fl. 2017). Til det er det nødvendig med en grundig kartlegging rettet mot både helse og arbeid, med fokus på deltakerens rehabiliteringsbehov av betydning for funksjon i arbeid.

Kartlegging av deltaker ved oppstart av et rehabiliteringen skal gi

- fagteamet kunnskap om alle forhold som er av betydning for deltakerens funksjon i arbeid
- grunnlag for å kunne tilrettelegge rehabiliteringen til deltakerens behov knyttet til arbeidsfunksjon
- kunnskap om deltakeren som underlag ved kontakt med andre oppfølgingsaktører
- et referansepunkt for senere måling av deltakerens funksjon

### Anbefaling

En rekke forhold kan være av betydning for deltakerens funksjon i arbeid. Kartleggingen bør således gi kunnskap om fysisk funksjon, psykisk funksjon, sosial funksjon, utdanning, yrkeshistorikk, sykefraværshistorikk, medisinske forhold av betydning for arbeidsfunksjon, forhold i privatlivet av betydning for arbeidsfunksjon og ethvert annet forhold som kan tenkes å være av betydning. For deltakere med arbeidsforhold, bør arbeidsoppgaver, stillingsgrad, trivsel, forhold til overordnet og kolleger, og fysiske, psykososiale og organisatoriske forhold ved arbeidsstedet kartlegges.

Når de ulike arbeids- og livsområdene berøres, bør både forhold som fremmer og hemmer arbeidsdeltakelse, kartlegges. Så vel deltakerens ressurser som begrensninger bør framkomme.

Det er viktig under kartleggingen å få en forståelse av deltakers egen opplevelse og oppfatning av hva som hindrer arbeidsdeltakelse. Det er et mål å sammen med deltakeren forsøke å finne fram til hvor «skoen trykker», og på hvilke områder endringer kan/bør gjøres for å bedre arbeidsfunksjon.

Det kan være nyttig å få fram deltakers egen målsetting med rehabiliteringen og forventning om framtidig arbeidsdeltakelse. Det kan være nyttig å få fram deltakerens verdier og holdninger knyttet til arbeid og arbeidsdeltakelse.

#### *Tverrfaglig kartlegging*

For å få best mulig kunnskap om deltakeren bør kartleggingen være tverrfaglig, og ideelt utføres av flere fagpersoner, med ulik fagbakgrunn.

#### *Felles mal*

Kartleggingen bør gjøres etter en mal som brukes overfor alle deltakere. Malen kan utvikles lokalt på den enkelte institusjon/klinikk. Felles mal bidrar til likebehandling av deltakerne og forutsigbarhet for klinikerne.

Kartleggingen kan bestå av opplysninger fra svarskjema utfylt av deltaker selv, opplysninger i rehabiliteringssøknaden (som regel skrevet av fastlege), opplysninger om arbeidsfunksjon fra arbeidsgiver og/eller aktivitetsplan fra NAV, fysiske tester, kliniske undersøkelser, samtaler og observasjoner.

#### *Grunnlag for fagteamets arbeid*

Resultatet av funksjonsvurderingen legges til grunn for det videre tverrfaglige arbeidet med og rundt deltakeren. Alle i det tverrfaglige teamet bør få innsyn i resultatene fra kartleggingen. Kartleggingen vil danne grunnlag for å tilrettelegge rehabiliteringen til deltakerens behov.

Kunnskap om deltakerens funksjon vil videre være nyttig i dialog med aktører som skal følge deltakeren opp i etterkant av rehabiliteringsinnsatsen, som arbeidsgiver, NAV eller aktører i helsevesenet.

Kartlegging ved oppstart kan gi et referansepunkt for å kunne måle og evaluere endring i deltakerens funksjon under og etter rehabiliteringen.

### **Bruk av kartleggingsverktøy**

Det finnes ikke formelle krav til eventuelle spørreskjemaer som benyttes i kartleggingen, men skjemaer som benyttes, bør i størst mulig grad være kvalitetssikrede og standardiserte.

Spørreskjemaene bør derfor være vitenskapelig utviklet, ha god validitet og reliabilitet, være enkle å bruke og kunne benyttes på flere tidspunkter i rehabiliteringsforløpet.

Det må understrekes at kompleksiteten i funksjonsforståelsen, som f.eks. kommer til uttrykk i [ICF-modellen](#), gjør at kartlegging i samtale ikke bør baseres på spørreskjemaer alene. Ulike visuelle kartleggingsverktøy kan være til hjelp for å få deltakerne til å reflektere over hele sin livssituasjon (Eftedal m.fl. 2017), og hjelpe deltakere og klinikere til å få en felles forståelse av deltakerens situasjon. Et eksempel på et slikt visuelt kartleggingsverktøy er [ISIVET](#), utviklet ved Sykehuset Innlandet (Brendbekken m.fl. 2016).

Det er utviklet modeller som har forsøkt å beskrive den enkeltes prosess mot arbeidsdeltakelse i faser (Franché & Krause 2002; 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.

Selv om det er mulig å bruke fasemodeller (Franché & Krause 2002; Franché 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 framtidig arbeidsdeltakelse (Aasdahl m.fl. 2018). Derfor bør bruk av slike skjemaer kombineres med fagteamets vurderinger før det settes i gang tiltak.

## Individuell tilpasning av rehabiliteringen

### Formål

Årsaken til redusert arbeidsfunksjon er unik for hver deltaker. Selv om funksjonsnedsettelsen for mange gjerne er en kombinasjon av flere forhold – helseforhold, arbeidsforhold og/eller familiære og personlige forhold – vil de eksakte årsakene være ulike fra deltaker til deltaker. Derfor er det viktig at rehabiliteringen blir tilpasset den enkelte, slik at den enkelte deltaker kan få jobbet med de faktiske årsakene til sin reduserte arbeidsfunksjon.

Avhengig av hva den reduserte arbeidsfunksjonen består i, vil ulike deltakere ha ulike behov i rehabiliteringen. Enkelte vil primært ha behov for å bedre fysisk funksjon. Andre vil ha behov for å fokusere på kognitive aspekter. For noen er det spesifikke forhold ved arbeidssituasjonen det er nødvendig å se på. For mange deltakere er det samspillet mellom flere, eller alle, deler av rehabiliteringen som er den viktigste «intervensjonen» – men også her vil betydningen og utbyttet av de ulike delene være individuell.

I kravspesifikasjon fra oppdragsgivere innen arbeidsrettet rehabilitering er det et formelt krav om individuell tilpasning. Her fra NAVs «Rammeavtale om tjenester», i anbudsutlysning om levering av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester (2019):

*«Tiltaket skal være individuelt slik at den enkelte deltaker får et best mulig tilrettelagt tilbud ut fra sitt behov. Det forutsettes at individuelle aktiviteter (herunder én-til-én samtaler, egenaktivitet og individuell aktivitet i gruppe) skal utgjøre hoveddelen av tiltaket. [...] Gruppeaktiviteter skal ha individuell tilpasning.»*

Å individuelt tilpasse rehabiliteringen skal bidra til at den enkelte deltaker får

- anledning til å jobbe med sine unike årsaker til redusert arbeidsfunksjon
- lagt vekt på de delene av rehabiliteringen vedkommende har behov for å legge vekt på
- i sum, størst mulig utbytte av rehabiliteringen

### Anbefaling

Rehabiliteringen bør tilpasses den enkelte. Den individuelle tilpasningen kan handle om grad av deltakelse i de ulike delene i rehabiliteringsprogrammet, hvilke faglige konsultasjoner deltakeren trenger, hvilke temaer som skal berøres og hvilke mål som bør settes for rehabiliteringen.

Fagteamet og deltaker bør i samråd komme fram til hva den individuelle tilpasningen skal være.

### *Kommunikasjon*

En viktig del av den individuelle tilpasningen er kommunikasjonen mellom fagteamet og deltaker. Noen deltakere trenger støtte og oppmuntring, eller bistand ved for eksempel utførelse av krevende aktiviteter. Andre har nytte av å utfordres. Noen ganger vil oppmuntring i én sammenheng, og utfordring i annen, være det mest gagnlige. Fagteamet bør vurdere hva den enkelte trenger i de ulike situasjonene, og tilpasse kommunikasjonen til deltakeren etter det.

Individuelt tilpasset kommunikasjon er på ingen måte begrenset til individuelle aktiviteter/samtaler. Også mange gruppebaserte aktiviteter gir rom for individuell interaksjon med de ulike deltakerne. Når gruppebaserte aktiviteter gir anledning til det, bør fagteamet vurdere hva den enkelte har behov for, og tilpasse kommunikasjonen og interaksjonen etter det.

Å bli sett, bli hørt og få anerkjennelse er viktig for de fleste mennesker, men kan være særlig viktig for mange deltakere i arbeidsrettet rehabilitering. Fagteamet bør tilstrebe å se, høre og gi anerkjennelse til den enkelte både i individuelle og gruppebaserte aktiviteter.

### *Individuell rehabiliteringsplan basert på kartlegging*

Kartleggingen ved oppstart av rehabiliteringen spiller en viktig rolle i den individuelle tilpasningen. I kartleggingen framkommer opplysninger fagteamet kan bruke til å gjøre faglige vurderinger av den enkeltes behov. Kartleggingen er også en arena hvor deltaker kan komme med sine tanker om hva vedkommende behøver.

På bakgrunn av kartleggingen og vurderingen av den enkeltes behov bør fagteamet i samarbeid med deltaker tidlig i rehabiliteringsforløpet utarbeide en individuell plan med identifiserte fokusområder og konkrete mål for rehabiliteringen.

### *Evaluering og justering underveis*

Fagteamet og deltaker bør underveis i rehabiliteringen sammen evaluere utbytte av de ulike delene av rehabiliteringsprogrammet, og hva den enkelte trenger i rehabiliteringsprosessen. Dette kan legge grunnlaget for justeringer av både deltakers deltakelse og fagteamets tilnærming.

Utover i rehabiliteringsforløpet, gjerne når det har blitt etablert tillit mellom deltaker og fagteamet, avdekkes ikke sjelden forhold som ikke kom fram under kartleggingen. Disse forholdene vil ofte ha betydning for hva som skal vektlegges i rehabiliteringen. Når slike



forhold dukker opp, bør fagteamet og deltaker alltid sammen vurdere hvilke konsekvenser det bør få for prioriteringer i den gjenstående del av rehabiliteringen.

### **Kontekst**

Alle institusjoner/klinikker som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering har sin unike kontekst. Med kontekst menes geografisk beliggenhet, lokaliteter, teknologiske løsninger, faglige ressurser, andre rehabiliteringstilbud på stedet og organisering av virksomheten med mer. Alle disse faktorene påvirker hvilken individuell tilpasning som kan tilbys den enkelte.

Noen institusjoner/klinikker har felles inntak i gruppe, andre har individuelle inntak med tilbud om aktiviteter i gruppe og individuelt. Uansett valgt organisering skal den individuelle tilpasningen stå sentralt i rehabiliteringstilbudet.

## **Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv**

### **Formål**

Fysisk aktivitet er en kjernekomponent i arbeidsrettet rehabilitering. Den fysiske aktiviteten tjener flere formål: Ved siden av å øke fysisk kapasitet kan fysisk aktivitet bidra til å gi mestringsopplevelser og redusere frykt for å bruke kroppen. Friluftsliv kan være med på å sikre et mangfold av muligheter for fysisk utfoldelse.

Fysisk aktivitet, trening og friluftsliv i arbeidsrettet rehabilitering skal

- gi deltakeren erfaring med lystbetonte treningsformer
- gi positive erfaringer og mestringsopplevelser
- øke deltakerens fysiske funksjon og kroppsbevissthet
- bidra til å redusere frykt for bevegelser og aktivitet
- gi motivasjon til å fortsette med fysisk aktivitet etter rehabiliteringen

### **Anbefaling**

I arbeidsrettet rehabilitering bør fysisk aktivitet først og fremst være en læringsarena der den enkelte deltaker eksponeres for utfordringer og gjør seg nye mestringserfaringer som kan etablere eller reetablere tillit til egen kropp. Fysisk aktivitet-tilbudet bør derfor bestå av ulike elementer som settes sammen med den hensikt å gi deltakerne en bred erfarings- og mestringsplattform.

Aktiviteter som kan gjennomføres i gymnastikksal, svømmebasseng eller på rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken eventuelle egnede uteområder, vil naturlig inngå i det arbeidsrettede rehabiliteringstilbudet. Alle aktiviteter bør gi mulighet for tilpasset deltakelse, slik at alle deltakere kan delta, uavhengig av fysisk kapasitet og tidligere erfaring med fysisk aktivitet. At nettopp deltakere som har få eller dårlige erfaringer med fysisk aktivitet kan delta, og gjøre seg nye, positive erfaringer, er et sentralt poeng i fysisk aktivitet som del av et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram.

Friluftsliv kan være ytterligere en arena for fysisk aktivitet. Friluftbaserte aktiviteter vil for mange deltakere kunne gi erfaring med nye former for fysisk aktivitet, og erfaring med aktiviteter som lett kan videreføres i hverdagslivet. Ikke minst vil deltakerne kunne få erfaring av natur som arena for fysisk aktivitet og rekreasjon. Friluftaktiviteter kan gjennomføres med og uten hjelpemidler (som f.eks. kano, ski, truger). Også her bør all aktivitet tilrettelegges slik at alle deltakere kan delta, uavhengig av fysisk kapasitet.

### *Gruppeaktivitet*

Kompetansetjenesten anbefaler at fysisk aktivitet primært foregår i gruppe. Gruppebaserte aktiviteter er en viktig arena for samhandling og samspill med andre. Gruppebaserte aktiviteter kan bidra til opplevelse av samhørighet, til utveksling av erfaringer og til utvikling av sosial ferdighet. Slike aktiviteter kan derfor være en god læringsarena med overføringsverdi til arbeidslivet.

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 vil aktivitet og bevegelser ofte i større grad gjennomføres uten synlige begrensninger, 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 fagteamet. Det er viktig å understreke overfor deltakerne at fysisk aktivitet ikke kun handler om fysisk kapasitet, men også om mestring, livskvalitet, oppmerksomt nærvær, refleksjon over egen kropp og relasjonsbygging.

### *Arena for erfaringsdialog*

Den fysiske aktiviteten kan legge grunnlag for dialog mellom deltaker og fagteamet (gjærne idrettspedagog eller fysioterapeut) rundt deltakers erfaringer knyttet til eget funksjonsnivå. Det å sette ord på gode og mindre gode kroppslige opplevelser og erfaringer kan hjelpe fagteamet å legge til rette for individuell tilpasning og på den måten bidra til nye erfaringer med kropp og mestring hos deltaker. Den individuelle tilpasningen kan bestå i at deltaker selv lærer å tilpasse aktiviteter til eget nivå, noe som kan ha overføringsverdi til en arbeidssituasjon. Slik sett vil fysisk aktivitet være en god læringsarena for mestring.

### *Videreføring av aktivitet hjemme*

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. Ulike former for aktivitet det kan være aktuelt for den enkelte deltaker å fortsette med etter rehabiliteringen, bør utforskes.

Dersom – som eksempel – ridning skal inngå i fysisk aktivitet bør det undersøkes om det finnes tilbud på hjemstedet til deltakeren som gjør at aktiviteten kan opprettholdes etter hjemkomst. Det betyr ikke at (her i eksempelet) ridning ikke skal inngå i rehabilitering dersom mulighetene ikke er til stede på hjemstedet til deltakeren, men nytteverdien vil øke ved at aktiviteter også kan videreføres på hjemstedet.

### *Plan for hjemmeaktivitet*

Basert på erfaringene under rehabiliteringen bør 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.

### *Måling av fysisk kapasitet*

Måling av deltakers fysiske kapasitet på flere tidspunkter kan brukes som element til å fremme mestring og motivasjon. For eksempel kan informasjon om bedring i fysisk kapasitet i en målbar situasjon gi den enkelte deltaker økt motivasjon for fysisk aktivitet etter deltakelsen i rehabiliteringsprogrammet.

Samtidig handler endring av fysisk kapasitet også om selve rehabiliteringsprosessen. Økt kapasitet kan være en motivasjonsfaktor i oppstarten, men i det lange løp bør andre faktorer bidra til å opprettholde motivasjon for fysisk aktivitet.

### *Gjennomføring av fysisk aktivitet, trening og friluftsliv i rehabiliteringsprogrammet*

Det finnes mange måter å drive og stimulere til fysisk aktivitet på. Aktiviteter kan foregå både innendørs og utendørs, både med og uten apparater/hjelpemidler. Det er opp til den enkelte rehabiliteringsinstitusjon/-klinikk å velge form og innhold på fysiske aktiviteter. Kompetansetjenesten understreker at aktivitetene alltid bør ha mulighet for individuelt tilpasset deltakelse og gi mulighet for mestringserfaring.

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.

### **Forskning**

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: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling 2009; Williams m.fl. 2007) og ved milde til moderate psykiske plager (Paluska & Schwenk 2000; Dunn m.fl. 2001; Martinsen 2008). Fysisk aktivitet kan forebygge depresjon (Harvey m.fl. 2018) og vil også kunne redusere livsstilssykdommer (Tjønna m.fl. 2009). 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. 2013). En systematisk oversiktsartikkel konkluderte med at intervensjoner for sykmeldte med uspesifikke ryggplager som inneholdt fysisk trening og hadde mål om retur til arbeid, reduserte risikoen 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 vekk fra sosiale arenaer og ut av 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 mestringssevne (Lopez-Martinez m.fl. 2008; van Uden-Kraan m.fl. 2009).

## Arbeidsfokuset kognitiv tilnærming

### Formål

Kognitiv tilnærming er en av kjernekomponentene i et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Med kognitiv tilnærming menes 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. 2018), 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 i retning 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 kognitiv terapi og tradisjonell kognitiv 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. 2019; Kröger m.fl. 2015; Lagerveld m.fl. 2012; Reme m.fl. 2015; van der Klink m.fl. 2003).

Anvendelse av arbeidsfokuset 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 mentale ressurser og mental kapasitet (Johansen m.fl. 2016).

### Anbefaling

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

#### *Vekt på funksjon framfor diagnose*

Arbeidsfokuset kognitiv tilnærming knytter rehabiliteringen spesifikt til arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse. Målet er å fremme arbeidsdeltakelse gjennom å endre negative

tankemønstre, antakelser og tolkninger knyttet til arbeidsdeltakelse i positiv og konstruktiv retning.

Mange deltakere med plager er opptatt av at de må bli helt friske før det igjen kan være aktuelt med arbeidsdeltakelse. I arbeidsfokusert kognitiv tilnærming vektlegges hvilken funksjon deltakeren har, på tross av plagene.

Mange deltakere er opptatt av hva som feiler dem, og om det finnes medisinsk behandling. I arbeidsfokusert kognitiv tilnærming er det et mål å endre dette fokuset, og hjelpe deltakeren til i stedet å fokusere på hvilke ressurser og muligheter vedkommende har her og nå, uavhengig av eventuell medisinsk behandling.

Deltakere i arbeidsrettet rehabilitering kjennetegnes av et sammensatt symptombilde. Plagene er ofte diffuse, og årsakene sammensatte. Dette underbygger at fagteamet i samtaler med deltakeren bør fokusere på funksjon framfor diagnoser.

#### *Identifisering og tematisering av smerterelatert frykt*

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 fagteamet identifiserer og tematiserer eventuell uhensiktsmessig unngåelsesatferd hos deltakere.

#### *Samforståelse med deltakeren*

Fagteamet bør tilstrebe å få samforståelse med deltakeren om hva som skal til for å nå målet om arbeidsdeltakelse. Dette kan gjøres ved sammen å definere mål for rehabiliteringen som fagteamet og deltakeren skal jobbe mot. I rehabiliteringsmålene kan endring av tanker, følelser og atferd som hindrer arbeidsdeltakelse, inngå.

Fagteamet bør tilstrebe å sette seg inn i hvordan deltakeren forstår sin situasjon, sine helseplager, hva deltakeren opplever som hinder for arbeidsdeltakelse, samt hvilke mestringsstrategier deltakeren har (Eftedal m.fl. 2017). Å få kjennskap til dette er viktig for å kunne hjelpe deltakeren til å finne alternative måter å forholde seg til helseplager på, se muligheter for arbeidsdeltakelse og til å utvikle hensiktsmessige mestringsstrategier.

### *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.

### *Valgt metode*

Vi anbefaler 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 tilnæringsmetode gjennomført i 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.

### *Gjennomføring av arbeidsfokustert kognitiv tilnærming i rehabiliteringsprogrammet*

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

### **Forskning**

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. 2018; Gismervik m.fl. 2020). 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 arbeidsfokustert 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 arbeidsfokustert kognitiv atferdsterapi har større effekt enn tradisjonell kognitiv atferdsterapi på retur til arbeid for personer med psykiske plager (Cullen m.fl. 2018). Dette støttes i en annen studie som sammenlignet kognitiv atferdsterapi og arbeidsfokustert 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 arbeidsfokustert 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.

I oversiktsstudier av både Cullen og kolleger (2018) og Mikkelsen og Rosholm (2018) finner forfatterne sterk støtte for at intervensjoner som inkluderer kontakt med arbeidsplass, og intervensjoner som er satt sammen av mange komponenter, har en effekt på retur til arbeid for personer med mentale helseplager.

To studier av arbeidsfokusterte 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).

Ifølge Øyeflaten m.fl. (2016) kan personer med vedvarende muskel- og skjelettplager og psykiske tilleggsplager ha nytte av intensiv tverrfaglig intervensjon basert på kognitive tilnærminger, herunder intervensjon rettet mot unngåelsesatferd basert på frykt for forverring, såkalt fear-avoidance beliefs. Studien konkluderer med at blant gruppen bør økt fokus legges på personer med høye nivåer av smerterelatert frykt / unngåelsesatferd og svekket fysisk funksjon.

«Håndbok i kognitiv terapi» anbefaler ved sykmelding å rette oppmerksomhet ikke bare mot helseplager, men parallelt mot tanker, følelser og atferd som hindrer retur til arbeid.

## **Kontakt med arbeidsgiver (for deltakere med arbeidsforhold)**

### **Formål**

Kontakt og dialog med en deltakers arbeidsgiver 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.

Informasjon om arbeidssituasjonen fra både deltaker og dennes arbeidsgiver vil være nyttig kunnskap i rehabiliteringen. Dialog mellom fagteam, arbeidstaker/deltaker og arbeidsgiver øker sannsynligheten for å komme fram til gode tiltak for deltakerens retur til arbeid.

Enkelte sykmeldte arbeidstakere kan oppleve dialog med arbeidsgiver vanskelig, og har ønsket å unngå denne. Dette forsterkes naturligvis hvis relasjonen er konfliktfylt. I slike tilfeller vil det å få «brutt isen» mellom arbeidstaker og arbeidsgiver være en viktig del av rehabiliteringen.

Kontakt med arbeidsgiver under arbeidsrettet rehabilitering skal gi fagteamet

- informasjon om arbeidsgivers opplevelse av deltakerens funksjon, styrker og problemområder
- informasjon om tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen

I tillegg skal fagteamets kontakt med arbeidsgiver bidra til

- at hensiktsmessige tiltak på arbeidsplassen blir identifisert og diskutert
- å styrke samhandlingen mellom arbeidstaker/deltaker og arbeidsgiver

### **Anbefaling**

For en deltaker som har et arbeidsforhold bør et medlem av fagteamet tidlig i rehabiliteringen ta kontakt med dennes nærmeste leder. Målet med kontakten er å få en oppfatning av hvordan arbeidsgiver opplever deltakerens funksjon i arbeid, og hva leder opplever er arbeidstakerens styrker og problemområder. Kjennskap til dette vil ofte være nyttig tilleggsinformasjon til deltakerens egen opplevelse. Det vil i noen tilfeller være diskrepans mellom deltakers og arbeidsgivers opplevelse av arbeidstakers funksjon.

Det er også et mål med kontakten å få vite hvilke muligheter arbeidsplassen har for å få arbeidstakeren tilbake i arbeid. Det kan ofte dreie seg om hvilke muligheter arbeidsgiver har for tilpasning av arbeidet, som endringer i arbeidstid, arbeidsforhold og arbeidsoppgaver.

Innen et sykefravær har vart i fire uker, skal arbeidsgiver etter loven ha tatt initiativ til sammen med arbeidstaker å utarbeide en oppfølgingsplan for retur til arbeid. Dersom en slik plan er laget, kan arbeidsgiver oppfordres til å fortelle om hva planen inneholder, da kjennskap til innholdet i planen vil kunne hjelpe institusjonen/klinikken til å lage en god rehabiliteringsplan for deltakeren.

Arbeidsgiver kan også spørres om hvilke systemer og rutiner arbeidsstedet har for støtte og oppfølging av arbeidstakeren. Særlig kan større organisasjoner ha egne utvalg – sammensatt for eksempel av ansatte i HR-avdeling, HMS-ansvarlige, tillitsvalgte og bedriftshelsetjeneste – som følger opp saker der ansatte har vært ute av arbeid over lengre tid, og som det kan være aktuelt å koble inn i oppfølgingen etter rehabiliteringen.

#### *Kontakt mellom deltaker og arbeidsgiver i forbindelse med plan for arbeidsdeltakelse*

I løpet av rehabiliteringen vil en plan for arbeidsdeltakelse utarbeides av deltakeren i samråd med fagteamet. I forbindelse med utarbeidelse av planen vil det være aktuelt med direkte kontakt mellom deltaker og arbeidsgiver. Mer om dette i eget kapittel.

#### *Taushetsplikt*

Rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken har taushetsplikt overfor arbeidsgiver om deltakeren. Dette gjelder alle opplysninger, utenom de helt åpenbare, som at vedkommende er på rehabilitering. Det kan være nyttig å informere om taushetsplikten i starten av samtalen. I samtalen bør representanten for fagteamet derfor primært stille spørsmål og lytte til arbeidsgivers svar. Dersom arbeidsgiver likevel stiller spørsmål om deltakeren/arbeidstakeren, må fagpersonen gjenta at taushetsplikt gjelder, og unnlate å svare på spørsmålet.

Hvis det er gjort avtale med deltakeren om at fagteamet kan svare på spørsmål fra arbeidsgiver, gjelder ikke taushetsplikten. Deltaker kan naturligvis også selv være med i samtalen, og svare på spørsmål.

Fagpersonen har selv ikke taushetsplikt overfor deltakeren om det arbeidsgiver forteller. Men det kan være ryddig å be arbeidsgiver kun gi opplysninger som potensielt kan deles med deltakeren. Det kan bli vanskelig i tilnærmingen til deltakeren å sitte på opplysninger man ikke kan fortelle at man har.

*Dersom retur til nåværende arbeid ikke er realistisk*

Dersom det ikke er realistisk med retur til nåværende jobb, verken på kort eller lang sikt, er kontakt med arbeidsgiver mindre aktuelt. Da bør fagteamet 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 orientering mot helt nye jobbmuligheter.

### **Lovpålagt samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker ved sykefravær**

Som rehabiliteringsinstitusjon/-klinikk kan det være nyttig å vite at samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er lovpålagt ved sykefravær. Den sykmeldte har plikt til å samarbeide med arbeidsgiver for å finne løsninger og hensiktsmessige tiltak for å kunne gjenoppta arbeidet raskest mulig ([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.

### **Forskning**

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 & Krause 2002; 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).

I en nyere systematisk oversiktsartikkel er det funnet sterk støtte for at intervensjoner som omfatter minst to av tre følgende innsatsområder reduserer tid vekk fra arbeid: helsefokus, koordinering av tjenester, og arbeidstilpasning (Cullen m.fl. 2018). 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.

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

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

For personer med muskel- og skjelettplager med risiko for å utvikle høye nivåer av fear-avoidance beliefs bør ifølge Øyeflaten m.fl. (2016) oppmerksomhet rettes mot arbeidssted, særlig mot arbeidsoppgaver og organiseringen av arbeidet, for eksempel gjennom bedret læringsmiljø og bedre læringsmuligheter.

## **Orientering mot arbeidsmarkedet (for deltakere uten arbeidsforhold)**

### **Formål**

Enkelte deltakere søkes til arbeidsrettet rehabilitering uten å være i et ansettelsesforhold. De kan ha blitt sagt opp etter ett års eller lengre sykmelding, de kan selv ha valgt å avslutte et ansettelsesforhold, eller de kan av andre grunner enten ha vært lenge ute av arbeidslivet eller aldri kommet inn i det. Har de blitt gitt plass ved arbeidsrettet rehabilitering, er det vurdert at arbeidsdeltakelse er realistisk, og de skal selv være motivert for arbeidsdeltakelse. For disse deltakerne vil orientering mot arbeidsmarkedet være et sentralt element i rehabiliteringen.

Orientering mot arbeidsmarkedet skal bidra til å

- gjøre deltakeren bevisst egne evner, ferdigheter og ønsker
- gjøre deltakeren klar over krav og plikter i arbeidslivet
- identifisere muligheter deltakeren har på arbeidsmarkedet
- sette deltakeren i stand til å få innpass på arbeidsmarkedet

### **Anbefaling**

For deltakere uten arbeidsforhold bør rehabiliteringen understøtte prosessen med å få innpass på arbeidsmarkedet.

Rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken bør sammen med deltaker identifisere hva vedkommende behøver i prosessen. Dette kan være hjelp til å undersøke og identifisere hvilke muligheter som finnes på arbeidsmarkedet, karriereveiledning, hjelp til jobbsøking og/eller til å undersøke muligheter for arbeidsutprøving, eller annet. Så langt rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken har kapasitet og kompetanse, bør den tilby det deltakeren har behov for.

Det kan under rehabiliteringen av deltakere uten arbeidsforhold i mange tilfeller være hensiktsmessig å involvere NAV. NAV sitter på en rekke virkemidler som kan styrke personers muligheter til å få innpass på arbeidsmarkedet.

#### *Egne evner og ønsker – krav og plikter i arbeidslivet*

En del av orienteringen mot arbeidsmarkedet kan være å hjelpe deltakeren til å bli bevisst egne evner, ferdigheter og ønsker. For mange deltakere som står utenfor arbeidslivet kan det være vanskelig å se både egne ressurser og hvilke muligheter vedkommende har. For enkelte

vil det kunne være vanskelig i det hele tatt å se hva vedkommende kunne ha lyst til å jobbe med.

Balansert mot dette bør rehabiliteringen sikre at deltakeren har et realistisk bilde av arbeidslivet. Informasjon om arbeidslivet og spilleregler i arbeidslivet kan bidra til å gi deltakere realistisk oppfatning av hvilke krav arbeidsdeltakelse stiller, og hvilke plikter det medfører å være mottaker av lønn.

#### *Samsvar mellom krav og ressurser*

Når fagteamet sammen med deltakeren finner fram til muligheter i arbeidsmarkedet, er det viktig at arbeidskrav i de aktuelle jobbene/yrkene/retningene samsvarer med deltakerens ressurser. Gap mellom arbeidskrav og de ressursene en person har til å oppfylle kravene, kan medføre risiko for sykmelding (i tillegg til at det vil være vanskelig for deltakeren å få innpass i jobber hvor kravene overstiger ressursene). Samsvar mellom krav og ressurser øker sannsynligheten for varig arbeidsdeltakelse, og gjør det mulig å legge en realistisk plan for arbeidsdeltakelse etter rehabiliteringen.



## Plan for arbeidsdeltakelse

### Formål

Som understreket mange steder i veilederen er *arbeidsdeltakelse* alltid målet med arbeidsrettet rehabilitering. Alle elementer i rehabiliteringen skal bygge opp under dette målet.

For mange deltakere er veien til arbeidsdeltakelse åpenbar: De skal tilbake til stillingen de er ansatt i. Hvilke grep som må til for å komme tilbake til stillingen, eventuelt en tilrettelagt stilling, og hva som skal til for å vedlikeholde god funksjon i stillingen, er ikke alltid like åpenbart. For deltakere som ikke har et arbeidsforhold å gå tilbake til, kan en rekke ulike grep måtte tas for å oppnå målet om arbeidsdeltakelse.

Å utarbeide en plan for arbeidsdeltakelse i løpet av rehabiliteringen er en måte å konkretisere hvilke grep som må tas for å oppnå arbeidsdeltakelse på. Ved å konkretisere og skriftliggjøre grepene, økes sannsynligheten for at målet om arbeidsdeltakelse – stabil og varig arbeidsdeltakelse – nås.

Deltakers plan for arbeidsdeltakelse eksisterer ikke i et vakuum. For deltakere med arbeidsforhold vil enkelte eller flere tiltak i planen som regel måtte involvere arbeidsgiver. For deltakere uten arbeidsforhold, vil ofte NAV være part i enkelte eller flere punkter. For mange deltakere vil enkelte eller flere punkter også kunne måtte involvere andre, som for eksempel fastlege eller familiemedlemmer. For at planen skal være gjennomførbar, med involvering av disse andre partene, er det nødvendig at planen *forankres* hos disse.

Å utarbeide plan for arbeidsdeltakelse skal

- overordnet hjelpe deltakeren til å omsette sin funksjon i arbeidsdeltakelse
- sikre at deltakeren lager konkrete tiltak for å returnere til arbeid / komme i arbeid

Å forankre plan for arbeidsdeltakelse hos involverte parter skal bidra til å

- styrke sannsynligheten for at deltaker returnerer til / kommer i arbeid
- ansvarliggjøre både deltaker selv og involverte parter – som oftest arbeidsgiver eller NAV – i gjennomføring av planen

## **Anbefaling**

Rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken bør ta initiativ til at deltakeren under rehabiliteringen utarbeider en plan for arbeidsdeltakelse. Planen bør være skriftlig.

Planen bør inneholde konkrete mål for arbeidsdeltakelse, konkrete tiltak for å nå målet, og ha en definert tidshorison. Kompetansetjenesten anbefaler at tidshorisonen – altså på hvilket tidspunkt målet for planen skal være nådd – settes relativt nært i tid, for at gjennomføringen av planen ikke utsettes. (Tidshorisonen kan anslagsvis settes to-tre måneder etter endt rehabilitering, men her må man alltid bruke skjønn, og vurdere hva som er hensiktsmessig for hver enkelt deltaker i vedkommendes situasjon.)

Vi anbefaler at målet i planen ikke er for ambisiøst. Et mål som ikke nås, kan gi nederlagsfølelse. Et mål som nås, selv om det er «lite», vil gi mestringsopplevelse.

Alle tiltakene i planen bør bygge oppunder målet om arbeidsdeltakelse og være relatert til dette. Kompetansetjenesten anbefaler som hovedregel at planen i hovedsak består av direkte arbeids- eller arbeidsplassrelaterte tiltak. En rekke faktorer kan imidlertid spille inn på en deltakers arbeidsfunksjon og arbeidsdeltakelse. Også tiltak som bedrer forhold som ikke er direkte jobberelaterte, kan derfor være relevante i en plan for arbeidsdeltakelse. Dette kan være private forhold, medisinske forhold, fysisk helse, psykisk helse, atferd. Det er den enkeltes situasjon som avgjør hvilke tiltak som er relevante for å fremme arbeidsdeltakelse.

### *Gjennomføring av arbeidet med plan for arbeidsdeltakelse*

Enkelte deltakere vil kunne utarbeide en hensiktsmessig plan for arbeidsdeltakelse på egenhånd. Andre vil behøve varierende grad av bistand. Noen trives best med å arbeide med en slik plan på egenhånd, andre opplever det givende å arbeide med planen i gruppe.

Kompetansetjenesten har ikke grunnlag for å anbefale en spesifikk arbeidsform. Flere ulike arbeidsformer vil kunne være hensiktsmessige.

### *Videreføring av plan for arbeidsdeltakelse etter nådd tidshorison*

Vi anbefaler å oppfordre deltakeren til å bruke plan for arbeidsdeltakelse også etter den definerte tidshorisonen. Når denne er nådd, kan nytt mål settes og nye tiltak utarbeides, alt etter hvor deltakeren da befinner seg. For noen vil det opprinnelige målet ikke være nådd, og kan fortsatt brukes. For noen vil det å justere mål og tiltak være det hensiktsmessige.

### *Forankring av plan for arbeidsdeltakelse hos arbeidsgiver/NAV*

Rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken bør sørge for at deltakers plan for arbeidsdeltakelse forankres før rehabiliteringen er avsluttet. For deltakere med arbeidsforhold, bør planen forankres hos arbeidsgiver. For deltakere uten arbeidsgiver bør planen forankres hos NAV.

Å forankre planen vil si at arbeidsgiver/NAV er innforstått med planen, og støtter denne. Ofte vil tiltak i planen direkte berøre arbeidsgiver/NAV, og kreve en handling fra disse. Først når arbeidsgiver/NAV sier seg villig til å gjennomføre tiltakene, er planen forankret. Noen ganger vil forankringen av planen ende i et kompromiss, med justerte tiltak som er gjennomførbare for både deltaker og arbeidsgiver/NAV. I en forankret plan bør det klart framgå hva som skal gjøres, når og av hvem.

Kontakten med arbeidsgiver/NAV i forbindelse med utarbeidelse av planen kan være av ulik grad. Ideelt bør deltaker ta kontakt med arbeidsgiver/NAV allerede tidlig i arbeidet med planen for å diskutere punkter som berører arbeidsplassen (for NAVs tilfelle: aktivitetsplanen) direkte. Dette for å sikre at mål og tiltak i planen som involverer arbeidsgiver/NAV, er realistiske. Hvis tidlig kontakt mellom deltaker og arbeidsgiver/NAV av ulike grunner ikke er mulig eller hensiktsmessig, bør som et minimum deltaker forankre planen hos arbeidsgiver/NAV når planen er utarbeidet.

Å involvere og ansvarliggjøre arbeidsgiver/NAV styrker sannsynligheten for at planen gjennomføres.

#### *Forberedelse av forankringssamtalene*

For mange deltakere vil det være til stor hjelp at fagteamet og deltaker sammen forbereder samtalene, og går gjennom hva som skal sies, og hvordan deltaker kan forvente å bli møtt av arbeidsgiver/NAV. Dette vil kunne gjøre deltaker mindre engstelig for hvordan samtalene vil forløpe og styrke deltakerens evne til å gjennomføre dem.

Det bør også før samtalene avklares med deltakeren hva som eventuelt *ikke* bør formidles til arbeidsgiver/NAV, for eksempel av medisinske/private opplysninger.

For å styrke den enkeltes opplevelse av autonomi og gjennomføringsevne, anbefaler Kompetansetjenesten at samtalene med arbeidsgiver/NAV gjennomføres av deltaker selv – også dersom deltakeren gruer seg til dem. Fagteamet kan naturligvis delta i samtalene, dersom deltaker ønsker dette, eller fagteamet vurderer at dette er gunstig/nødvendig for utarbeidelsen og forankringen av planen.

Dersom deltakeren ønsker det, vil fagteamet på forhånd også kunne kontakte arbeidsgiver/NAV for å forberede disse på temaer/tiltak som vil komme til å tas opp i samtalene.

#### *Gjennomføring av forankringssamtalene*

Selve samtalene med arbeidsgiver/NAV kan gjennomføres ved både fysisk møte og på telefon / ved videomøte. Av praktiske årsaker grunnet geografisk avstand vil samtalene ofte

gjennomføres på telefon / ved videomøte. Fysiske møter kan gjennomføres både på arbeidsplassen/NAV-kontoret og rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken.

#### *Flere parter i forankringssamtalene*

I enkelte tilfeller kan innholdet i planen for arbeidsdeltakelse være såpass sammensatt at det det være hensiktsmessig å ha med flere parter i samtalene. Det kan dreie seg om fastlege, tillitsvalgt og/eller NAV i møte med arbeidsgiver, og fastlege i møte med NAV. Da må naturligvis denne deltakelsen avtales og partene gis nødvendig informasjon på forhånd.

#### **Hvem bestemmer innholdet i planen?**

Det er en *fordel* at deltaker diskuterer planen med arbeidsgiver/NAV, og at den endelige planen har mål og tiltak som arbeidsgiver/NAV er enige i. Det kan være *nyttig* at deltaker tar med seg fagteamets vurderinger i arbeidet med planen. I tråd med prinsippet om deltaker som aktiv, ansvarlig og kompetent aktør i egen prosess og eget liv mener Kompetansetjenesten at det imidlertid bør være deltaker alene som til sist bestemmer innholdet i planen – både målet og tiltakene.

## **Anbefalinger fra fagteamet om oppfølging i etterkant av rehabiliteringen**

### **Formål**

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. I enkelte tilfeller vil rehabiliteringsinstitusjonen/-klinikken anbefale at ytterligere medisinsk oppfølging/henvisning gjennomføres. I andre tilfeller kan lokal oppfølging fungere som en støtte i og sikring av rehabiliteringsprosessen.

Mens tiltakene i deltakeren plan for arbeidsdeltakelse er deltakerens eget ansvar og eie, skal anbefalinger om videre oppfølging gi uttrykk for fagteamets vurderinger. Fagteamet står ansvarlig for anbefalingene.

Å gi anbefalinger om oppfølging av deltaker i etterkant av rehabiliteringen skal

- øke sannsynligheten for at deltakeren får den oppfølging vedkommende behøver for å oppnå/beholde god og stabil arbeidsfunksjon
- sikre at de som eventuelt skal følge opp deltakeren videre, kjenner til fagteamets vurderinger
- sørge for at deltakeren har en støtte i fortsettelsen av rehabiliteringsprosessen

### **Anbefaling**

Anbefalinger fra fagteamet om videre oppfølging bør beskrives i en epikrise/sluttrapport. I tillegg til skrevne anbefalinger, kan det være nyttig at anbefalingene forankres gjennom kontakt med aktuelle oppfølgere, og at oppstart av oppfølgingen konkretiseres.

Eventuelle anbefalinger om medisinsk oppfølging og/eller henvisninger til videre behandling bør forankres hos fastlege. Forankringen kan gjøres av både fagteamet og deltakeren selv. Det kan også for mange være nyttig å avtale støttesamtaler hos fastlegen i en periode etter rehabiliteringen.

Eventuell oppfølging av fysisk aktivitet og trening kan ofte 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. I tråd med prinsippet om at deltaker skal

være aktiv i og ha eierskap til egen prosess, anbefaler vi at selve avtalen om oppfølgingen gjøres av deltaker.

## MÅLING AV RESULTAT

### **Måling til bruk i kvalitets- og utviklingsarbeid**

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, mestringsfølelse og fysisk form.

Deltakernes egen opplevelse av rehabiliteringstilbudet gir nyttig informasjon som kan brukes i forbedringsarbeid og som ledd i kontinuerlig videreutvikling av intervensjonen.

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

Hensikten med målingene er å få datamateriale til kontinuerlig å evaluere rehabiliteringstilbudet, til å utarbeide statistikker over måloppnåelse og til bruk i institusjonens/klinikkens kvalitets- og utviklingsarbeid.

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.

### *Prosedyrer for kvalitetsarbeid*

Det må på institusjonen/klinikken etableres prosedyrer for hvem, hvor ofte og hvordan man vil bruke data i eget utviklingsarbeid. Man kan for eksempel velge ut de mest sentrale spørsmålene fra standardiserte spørreskjema, som man anvender i kartleggingen av deltakere, til å beskrive måloppnåelse. Det endelige målet er arbeidsdeltakelse, men det bør også anvendes data på måloppnåelse, som avspeiler mer kortsiktede endringer man ønsker å oppnå i et rehabiliteringsprogram.

### **Kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering**

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 arbeidsdeltakelse og god 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 & 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 & Gatchel (eds.) 2016). Blant arbeidsledige er det høy forekomst av psykiske plager og dårlig helse generelt (Heggebø & 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 & Dahl 2015). I arbeidsrettet rehabilitering er klinikers 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 & 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. 2018). 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 framfor skjerming fra arbeidslivet (Marshall m.fl. 2014). Tett individuell oppfølging, integrering av helse- og arbeidsrettede tiltak og bruk av en 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 under tilfriskningsprosessen 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 & Brouwer i «*Handbook of Work disability*» Loisel & Anema (eds.) 2013).

### **Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse**

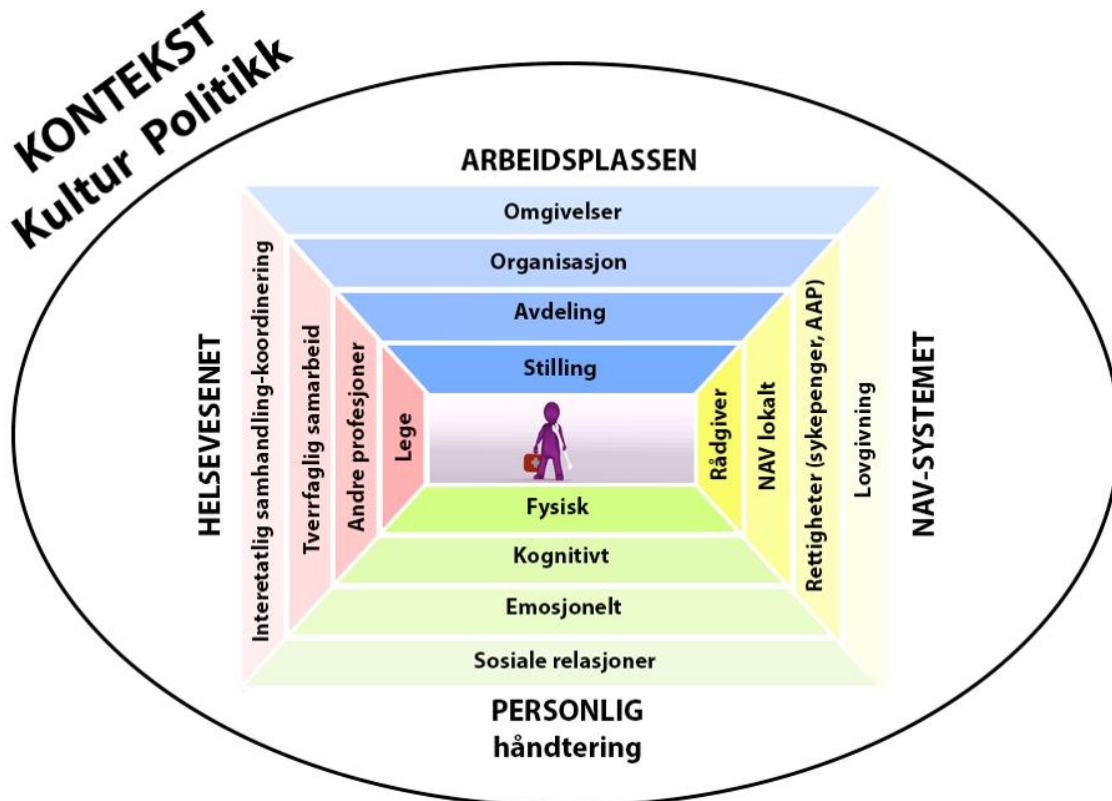
Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet i 2001 en [internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonsnedsettelse og helse \(ICF\)](#). ICF bygger på en dynamisk modell som viser det komplekse samspillet og sammenhengene mellom en persons helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. Som begrepsapparat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

## REFERANSELISTE

- Andren, D. (2014). Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity? *J Occup Rehabil*, 24(2), 344-360. doi:10.1007/s10926-013-9467-4
- Arbeids- og velferdsetaten (NAV). «Rammeavtale om tjenester – bilag», Arbeidsrettet rehabilitering Nordland i Tjenestoområde 5, Ytre Salten. Oslo: Arbeids- og velferdsetaten; 2019.
- Aronsson, G. & Lundberg, U. (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning - En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa Nr. 2015;49(2)*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2077/39858>
- Arvidson, E., Börjesson, M., Ahlborg, G., Jr., Lindegard, A. & Jonsdottir, I. H. (2013). The level of leisure time physical activity is associated with work ability-a cross sectional and prospective study of health care workers. *BMC Public Health*, 13, 855. doi:10.1186/1471-2458-13-855
- Aylward, S. M. (2016). Overcoming Barriers to Recovery and Return to Work: Toward Behavioral and Cultural Change. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work. From Research to Practice* (pp. 119-143). New York: Springer.
- Berge, T. & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi. 2. utgave* (2. utgave ed.). Oslo: Gyldendal.
- Blonk, R. W., BrenninkMeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Braathen, T. N., Brage, S., Tellnes, G. & Eftedal, M. (2013). Psychometric properties of the readiness for return to work scale in inpatient occupational rehabilitation in Norway. *J Occup Rehabil*, 23(3), 371-380. doi:10.1007/s10926-012-9414-9
- Braathen, T. N., Brage, S., Tellnes, G., Irene, O., Chris, J. & Eftedal, M. (2014). A Prospective Study of the Association Between the Readiness for Return to Work Scale and Future Work Participation in Norway. *J Occup Rehabil*. doi:10.1007/s10926-013-9497-y [doi]
- Brendbekken, R., Eriksen, H. R., Grasdal, A., Harris, A., Hagen, E. M. & Tangen, T. (2017). Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary

- Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil*, 27(1), 82-91. doi:10.1007/s10926-016-9634-5
- Brendbekken, R., Harris, A., Ursin, H., Eriksen, H. R. & Tangen, T. (2016). Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *Int J Behav Med*, 23(1), 1-11. doi:10.1007/s12529-015-9486-y
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Schaufeli, W. B. & Wijngaards-de Meij, L. (2019). Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *J Occup Rehabil*, 29(1), 31-41. doi:10.1007/s10926-018-9760-3
- Bültmann, U. & Brouwer, S. (2013). Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (pp. 149-162). New York: Springer.
- CARF. (2020). *Medical Rehabilitation Standards Manual* Retrieved from Arizona, USA
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil*, 32(8), 607-621. doi:10.3109/09638280903186301 [doi]
- Conway, P. M., Hogh, A., Rugulies, R. & Hansen, A. M. (2014). Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *J Occup Environ. Med*, 56(6), 595-603. doi:10.1097/JOM.000000000000177 [doi]
- Costa-Black, K. M. (2013). Core Components of Return-to-Work Interventions. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (pp. 427-440). New York: Springer.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M. & Loisel, P. (2013). Work Disability Models: Past and Present. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (pp. 71-95). New York: Springer.
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., . . . Amick, B. C., 3rd. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*, 28(1), 1-15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x
- Dewa, C.S., Hees, H., Trojanowski, L. & Schene, A. H. (2015). Clinician Experiences Assessing Work Disability Related to Mental Disorders. *PLOS ONE*, 10(3):e0119009.
- Dodu, N. (2005). Is employment good for well-being? a literature review. *Journal of occupational psychology, employment and disability*, 7(1), 17-33.
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H. & O'Neal, H. A. (2001). Physical activity dose-response effects on outcomes of depression and anxiety. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6 Suppl), S587-597; discussion 609-510. doi:10.1097/00005768-200106001-00027
- Eftedal, M., Kvaal, A. M., Ree, E., Øyeflaten, I. & Mæland, S. (2017). How do occupational rehabilitation clinicians approach participants on long-term sick leave in order to

- facilitate return to work? A focus group study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 744. doi:10.1186/s12913-017-2709-y
- Elavsky, S. (2010). Longitudinal examination of the exercise and self-esteem model in middle-aged women. *J Sport Exerc Psychol*, 32(6), 862-880. doi:10.1123/jsep.32.6.862
- Escorpizo, R., Brage, S., Homa, D. & Stucki, G. (2015). *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. Application and Implementation of the ICF*: Springer.
- Fadyl, J. K., McPherson, K. M., Schluter, P. J. & Turner-Stokes, L. (2010). Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available measures. *Disabil Rehabil*, 32(14), 1173-1183. doi:10.3109/09638281003653302
- Fimland, M. S., Woodhouse, A., Vasseljen, O., Gismervik, S., Jacobsen, H. B. & Johnsen, R. (2013). Kan fysisk aktivitet redusere sykefravær og uføretrygding? *Fysioterapeuten*(7). Retrieved from <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Kan-fysisk-aktivitet-reducere-sykefravaer-og-ufoeretrygding>
- Folketrygden. (1997). *Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Hove, L., & Aamland, A. A. (2019). Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten. Systematisk kartleggingsoversikt. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten/>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Franché, R. L. & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*, 12(4), 233-256. doi:10.1023/a:1020270407044
- Franché, R. L., Severin, C. N., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Vidmar, M., Lee, H. (2007). The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: A 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 49(9):960-74.
- Gajewski, P. & Zhukovska, K. (2017). Short-run and long-run effects of unemployment on suicides: does welfare regime matter? *Eur J Public Health*, 27(6), 1038-1042. doi:10.1093/eurpub/ckx180
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L. & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Med Sci Sports Exerc*, 38(1), 173-178. doi:10.1249/01.mss.0000180883.32116.28
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N. & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disabil Rehabil*, 32(1), 72-78. doi:10.3109/09638280903195278
- Gismervik, S. O., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., . . . Fimland, M. S. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness

- absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health*. doi:10.5271/sjweh.3882
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2002). Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* (1):CD000963.
- Harvey, S. B., Øverland, S., Hatch, S. L., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2018). Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 175(1), 28-36. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16111223
- Haugli, L., Mæland, S. & Magnussen, L. H. (2011). What facilitates return to work? Patients experiences 3 years after occupational rehabilitation. *J. Occup. Rehabil*, 21(4), 573-581. doi:10.1007/s10926-011-9304-6 [doi]
- Heggebø, K. & Dahl, E. (2015). Unemployment and health selection in diverging economic conditions: Compositional changes? Evidence from 28 European countries. *Int J Equity Health*, 14, 121. doi:10.1186/s12939-015-0258-8
- Heggebø, K. & Elstad, J. I. (2018). Is it Easier to Be Unemployed When the Experience Is More Widely Shared? Effects of Unemployment on Self-rated Health in 25 European Countries with Diverging Macroeconomic Conditions. *European Sociological Review*, 34(1), 22-39. doi:10.1093/esr/jcx080
- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken: - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. (IS-IS-2651). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2016). *Sykmelderveileder. Faglig veileder for sykmeldere*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>
- Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder. Kapittel 7 Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team. Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team#>
- Helsedirektoratet; Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2016). *Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/arbeid-og-helse-et-tettere->



- [samvirke/Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf/\\_attachment/inline/00e927ea-2fd9-4b12-89f4-402dca8d5ece:d4e184848c17b5c054db245cf8566e3c818fbcc6/Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf](#)
- Hem, E. (2013). Patient, client, user or customer? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 133(8), 821.  
doi:10.4045/tidsskr.13.0527
- Hoefsmit, N., Houkes, I. & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J Occup Rehabil*.
- Holm, L., Torgén, M., Hansson, A. S., Runeson, R., Josepson, M., Helgesson, M. & Vingård, E. (2010). Återgång i arbetet efter sjukskrivning för rörelsesorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa - en systematisk kunnskapssammansällning om effekten av interventioner, rehabilitering och exponeringar på arbetet. In: *Arbete och Hälsa*. Göteborg.
- Holmen, J., Espnes, G. A., Håpnes, O., Rangul, V., Svebak, S., Sørensen, T. & Theorell, T. . (2016). Jakten på helsefremmende faktorer i epidemiologisk forskning: Eksempler fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). . *Norsk Epidemiologi*, 26(1-2), 125-137.  
doi:<http://dx.doi.org/10.5324/nje.v26i1-2.2025>
- Ilmarinen, J. (1999). *Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability, employability, and employment*: Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour.
- Jacobsen, H. B., Bjørngaard, J. H., Borchgrevink, P. C., Woodhouse, A., Fimland, M. S., Hara, K. W., et al. (2015). Describing patients with a duration of sick leave over and under one year in Norway. *Scand J Occup Ther*. 22(1):72-80.
- Johansen, T., Skjerve, A., Jensen, C., Dittrich, W. H. & Øyeflaten, I. (2016). Changes in cognitive functioning in sick-listed participants in occupational rehabilitation: A feasibility study. *Scand J Occup Ther*, 23(6), 437-445.  
doi:10.3109/11038128.2016.1144786
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets-Rob, J. E. M., Ostelo-Raymond, W. J. G., Guzman, J. & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. & Koes, B. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)*, 26(3):262-269.
- Kaspersen, S. L., Pape, K., Vie, G. A., Ose, S. O., Krokstad, S., Gunnell, D. & Bjørngaard, J. H. (2016). Health and unemployment: 14 years of follow-up on job loss in the Norwegian HUNT Study. *Eur J Public Health*, 26(2), 312-317.  
doi:10.1093/eurpub/ckv224



- Kitzmuller, G., Häggström, T. & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med Health Care Philos*, 16(1), 19-29. doi:10.1007/s11019-012-9403-y
- Kröger, C., Bode, K., Wunsch, E. M., Kliem, S., Grocholewski, A. & Finger, F. (2015). Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: preliminary findings of a controlled, matched study. *J Occup Health Psychol*, 20(2), 248-258. doi:10.1037/a0038341
- Kuoppala, J. M., Ph.D., Lamminpää, A. M., Ph.D. & Husman, P. M. (2008). Work Health Promotion, Job Well-Being, and Sickness Absences-A Systematic Review and Meta-Analysis. [Article]. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(11):1216-1227.
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*, 17(2), 220-234. doi:10.1037/a0027049
- Lemieux-Charles, L. & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev*, 63(3), 263-300. doi:10.1177/1077558706287003
- Loisel, P. & Anema, J. R. (2013). *Handbook of Work Disability. Prevention and Management* (P. Loisel & J. Anema Eds.). New York: Springer.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., van, T. M. & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*, 15(4), 507-524. doi:10.1007/s10926-005-8031-2 [doi]
- Lopez-Martinez, A. E., Esteve-Zarazaga, R. & Ramirez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *J Pain*, 9(4), 373-379. doi:10.1016/j.jpain.2007.12.002
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., . . . Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*, 65(1), 16-23. doi:10.1176/appi.ps.201300262
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nord J Psychiatry*, 62 Suppl 47, 25-29. doi:10.1080/08039480802315640
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A. & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9):1973-1985.
- Meld. St. 11 (2015-2016). (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

- Meld. St. 18 (2015–2016). (2016). *Friluftsliv — Natur som kilde til helse og livskvalitet*. Oslo: Klima- og miljødepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20152016/id2479100/>
- Meld. St. 33 (2015–2016). (2016). *NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20152016/id2501017/>
- Mickan, S. M. & Rodger, S. A. (2005). Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care*, 19(4), 358-370. doi:10.1080/13561820500165142
- Mikkelsen M. B. & Rosholm M. (2018). Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med*. 2018;75(9):675-86.
- Miljøverndepartementet. (2009). *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse. Rapport fra det nordiske miljøprosjektet "Friluftsliv og psykisk helse"*. Oslo: Miljøverndepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/naturopplevelse-friluftsliv-og-var-psyki/id578787/>
- Miller, W. R. & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*, 64(6), 527-537. doi:10.1037/a0016830
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R. & Jaspers, F. (2008). How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. *Health Care Anal*, 16(4), 329-341. doi:10.1007/s10728-007-0080-6
- Myhre, K., Marchand, G. H., Leivseth, G., Keller, A., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., . . . Roe, C. (2014). The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 39(24), 1999-2006. doi:10.1097/BRS.0000000000000610
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. & Wang J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*, 46(16):3263-3274.
- Noordik, E., van der Klink, J. J., Geskus, R. B., de Boer, M. R., van Dijk, F. J. & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*, 39(2), 144-154. doi:10.5271/sjweh.3320
- Nordenfelt, L. (2008). *The Concept of Work Ability*. Bruxelles, New York: P.I.E. Peter Lang. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-43630>
- Norlund, A., Ropponen, A. & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*, 41(3):115-121.

- Norström, T. & Grönqvist, H. (2015). The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health*, 69(2), 110-116. doi:10.1136/jech-2014-204602
- NOU 2012: 6. (2012). *Arbeidsrettede tiltak*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-6/id672029/>
- Nøkleby H., Berg, R., Nguyen L., Blaasvær, N. & Kurtze, N. (2015). Health effects of employment. In (20.08.2015 ed.). Oslo, Norway: The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Oesch, P., Kool, J., Hagen, K. B. & Bachmann, S. (2010). Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Rehabil Med*, 42(3), 193-205. doi:10.2340/16501977-0524
- Paluska, S. A. & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Med*, 29(3), 167-180. doi:10.2165/00007256-200029030-00003
- Papadimitriou, C. & Cott, C. (2015). Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disabil Rehabil*, 37(13), 1135-1143. doi:10.3109/09638288.2014.955138
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N. & Desorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *J Occup Rehabil*, 20(1), 41-48. doi:10.1007/s10926-009-9208-x
- Pransky, G. S., Fassier, J. B., Besen, E., Blanck, P., Ekberg, K., Feuerstein, M., . . . Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability, P. (2016). Sustaining Work Participation Across the Life Course. *J Occup Rehabil*, 26(4), 465-479. doi:10.1007/s10926-016-9670-1
- Ravenek, M. J., Hughes, I. D., Ivanovich, N., Tyrer, K., Desrochers, C., Klinger, L. & Shaw L. (2010). A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work*, 35(3):349-367.
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A. & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*, 72(10), 745-752. doi:10.1136/oemed-2014-102700
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. Retrieved from <https://evalueringsportalen.no/evaluering/effektevaluering-av-individuell-jobbstotte-ips-sluttrapport/Effektevaluering%20av%20IPS.pdf/pdf/@@inline>
- Rise, M. B., Gismervik, S. O., Johnsen, R. & Fimland, M. S. (2015). Sick-listed persons' experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment Therapy: a qualitative focus group interview study. *BMC Health Serv Res*, 15(1):526.

- Salomonsson, S., Hedman-Lagerlof, E. & Ost, L. G. (2018). Sickness absence: a systematic review and meta-analysis of psychological treatments for individuals on sick leave due to common mental disorders. *Psychol Med*, 48(12):1954-1965.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C., de Boer, W. E., Zumbunn, T., Guyatt, G. H., . . . Kunz, R. (2012). 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
- Schultz, I. Z. & Gatchel (eds.), R. J. (2016). *Handbook of Return to Work. From Research to Practice*. New York: Springer.
- Schwarz, B., Neuderth, S. & Gutenbrunner, C. (2015). Multiprofessional Teamwork in Work-Related Medical Rehabilitation for Patients with Chronic Musculoskeletal Disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(1):58-65.
- Shaw, L., Walker, R. & Hogue, A. (2008). The art and science of teamwork: enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work*, 30(3), 297-306. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18525153>
- Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *J Occup Rehabil*, 18(1), 2-15. doi:10.1007/s10926-007-9115-y
- Shaw, W. S., Main, C. J., Pransky, G., Nicholas, M. K., Anema, J. R., Linton, S. J. & Hopkinton Conference Working Group on Workplace Disability, P. (2016). Employer Policies and Practices to Manage and Prevent Disability: Foreword to the Special Issue. *J Occup Rehabil*, 26(4), 394-398. doi:10.1007/s10926-016-9658-x
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- St.meld. nr. 21 (1998-99). (1998). *Ansvar og meistring*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99/id431037/>
- Storm, V., Paech, J., Ziegelmann, J. P. & Lippke, S. (2016). Physical exercise, sickness absence and subjective employability: An 8-year longitudinal observational study among musculoskeletal patients. *J Rehabil Med*, 48(6), 541-546. doi:10.2340/16501977-2103
- Tengland, P. A. (2011). The concept of work ability. *J Occup Rehabil*, 21(2), 275-285. doi:10.1007/s10926-010-9269-x
- Tjønnå, A. E., Stølen, T. O., Bye, A., Volden, M., Slørdahl, S. A., Ødegård, R., . . . Wisløff, U. (2009). Aerobic interval training reduces cardiovascular risk factors more than a multitreatment approach in overweight adolescents. *Clin Sci (Lond)*, 116(4), 317-326. doi:10.1042/CS20080249
- Tompa, E., de Oliveira, C., Dolinschi, R. & Irvin, E. (2008). A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil*, 18(1):16-26.

- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med (Lond)*, 51(5), 318-324.  
doi:10.1093/ocmed/51.5.318
- Van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H. & van Dijk, F. J. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med*, 60(6), 429-437.  
doi:10.1136/oem.60.6.429
- Van der Noordt, M., H, I. J., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 71(10), 730-736. doi:10.1136/oemed-2013-101891
- Van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Seydel, E. R. & van de Laar, M. A. (2009). Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Educ Couns*, 74(1), 61-69. doi:10.1016/j.pec.2008.07.044
- VanKim, N. A. & Nelson, T. F. (2013). Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *Am J Health Promot*, 28(1), 7-15.  
doi:10.4278/ajhp.111101-QUAN-395
- Vink, M. & Vink-Niese, A. (2018). Multidisciplinary rehabilitation treatment is not effective for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: A review of the FatiGo trial. *Health Psychology Open*, 5(2):2055102918792648.
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E., Busse, J. W. & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD011618.  
doi:10.1002/14651858.CD011618.pub2
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: TSO (The Stationery Office).
- Waddell, G., Burton, A. K. & Kendall, N. A. S. (2008). Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when? Retrieved from  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209474/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf)
- Wagner, C.C. & McMahon, Brian T. (2004). Motivational interviewing and Rehabilitation Counseling Practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47(3), 10.
- Wainwright, E., Wainwright, D., Coghill, N., Walsh, J. & Perry, R. (2019). Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occup Med (Lond)*, 69(3):163-176.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. doi:10.1002/wps.20238
- Wessels, T., van Tulder, M., Sigl, T., Ewert, T., Limm, H. & Stucki, G. (2006). What predicts outcome in non-operative treatments of chronic low back pain? A systematic review. *Eur Spine J*, 15(11):1633-1644.

- Williams, M. A., Haskell, W. L., Ades, P. A., Amsterdam, E. A., Bittner, V., Franklin, B. A., . . . Metabolism. (2007). Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, *116*(5), 572-584. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185214
- Wipfli, B. M., Rethorst, C. D. & Landers, D. M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol*, *30*(4), 392-410. doi:10.1123/jsep.30.4.392
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (W. H. Organization Ed.). Geneva.
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Retrieved from [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- Wright, D. & Berge, T. (2016). Kombinert psykoedukasjon og jobbedukasjon: Forberedende kurs for pasienter til kognitiv terapi. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*(4), 6-14.
- Yorks, D. M., Frothingham, C. A. & Schuenke, M. D. (2017). Effects of Group Fitness Classes on Stress and Quality of Life of Medical Students. *J Am Osteopath Assoc*, *117*(11), e17-e25. doi:10.7556/jaoa.2017.140
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil*, *15*(4), 557-568. doi:10.1007/s10926-005-8034-z
- Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H. R. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *J Rehabil Med*, *40*(7), 548-554. doi:10.2340/16501977-0202
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H. R., Braathen, T. N., Lie, S. A., Brage, S., . . . Breivik, K. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation - a mediation model. *BMC Musculoskelet Disord*, *17*, 225. doi:10.1186/s12891-016-1084-x
- Aasdahl, L., Pape, K., Jensen, C., Vasseljen, O., Braathen, T., Johnsen, R. & Fimland, M. S. (2018). Associations Between the Readiness for Return to Work Scale and Return to Work: A Prospective Study. *J Occup Rehabil*, *28*(1), 97-106. doi:10.1007/s10926-017-9705-2
- Aasdahl, L., Pape, K., Vasseljen, O., Johnsen, R., Gismervik, S., Halsteinli, V., . . . Fimland, M. S. (2018). Effect of Inpatient Multicomponent Occupational Rehabilitation Versus Less Comprehensive Outpatient Rehabilitation on Sickness Absence in Persons with Musculoskeletal- or Mental Health Disorders: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil*, *28*(1), 170-179. doi:10.1007/s10926-017-9708-z