

Notat

Arbeidsrettet rehabilitering – kort fortalt

Chris Jensen og Solveig Svardal

Desember 2021

Dette notatet gir en kort innføring i arbeidsrettet rehabilitering, spesielt om arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og effekter av slik rehabilitering på å få mennesker tilbake til jobb.

Flere utenfor

I årene framover vil vi oppleve en utflating i veksten i folketallet, vesentlig fordi fruktbarhet og innvandring har gått ned. Samtidig øker levealderen, slik at det blir færre i arbeidsfør alder til å forsørge dem som ikke er i arbeid; forsørgerbyrden øker altså. Dette er kritisk for fundamentet for hele velferdssamfunnet vårt.

Enda mer kritisk er dette fordi vi samtidig registrerer en økning i andelen som av ulike årsaker faller utenfor arbeidslivet. Utenforskap skyldes ofte noe annet enn spesifikk sykdom, det handler om sammensatte helseproblemer, sosial ulikhet, mangel på mestringsopplevelser og generelt sviktende ressurser.

En økning i antallet som mottar helserelaterte ytelser har vært stor blant unge under 30 år. I denne gruppen står mange i fare for å falle varig ut av arbeidsmarkedet. Dette har store konsekvenser; for den enkelte, men også for samfunnet. Økt arbeidsledighet som følge av Covid-19 forsterker de store utfordringene vi står overfor når det gjelder utenforskap, særlig blant unge voksne.

En stor andel av dem som faller utenfor mottar uføretrygd eller AAP. Over halvdelen av dem som bruker opp sykepengerrettighetene sine mottar arbeidsavklaringspenger et halvt år senere ifølge NAV. Ved utgangen av desember 2020 mottok 124.500 personer arbeidsavklaringspenger, en økning på 9.600 personer fra utgangen av desember 2019.

Nesten 20% av norske kvinner og menn i arbeidsfør alder mottar midlertidige eller permanente helserelaterte trygdeytelser. Det er avgjørende for å forebygge utenforskap at det finnes arbeidsrettede helsetilbud som kan settes inn både før og underveis i et sykefraværsløp, slik at disse kan komme tilbake i arbeid.

Sammensatte helseplager som fører til sykefravær skal sees i sammenheng med sosiale faktorer, arbeidsplassrelaterte forhold og en rekke andre forhold. Spesialisthelsetjenesten tilbyr derfor ulike arbeidsrettede tverrfaglige avklaringer, arbeidsrettede behandlingstilbud og arbeidsrettet rehabilitering for sykmeldte. De inngår alle i en samhandlingskjede av tilbud i oppfølgingen av sykmeldte og de må koordineres med aktiviteter i NAV-regi for å sikre samtidighet og samhandling på tvers av sektorer.

Spesialisthelsetjenestens rolle i oppfølging av sykmeldte

Spesialisthelsetjenesten spiller en viktig rolle, både indirekte og direkte, for å sikre jobbhelsete og redusere utenforskap.

Bedriftshelsetjenesten, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten yter tjenester i ulike faser av sykefraværsløpet. Innenfor spesialisthelsetjenesten finnes tilbud som er målrettet ulike grupper av sykmeldte. Disse tilbudene bør anvendes i de sykefraværsløp som overstiger 8 uker.

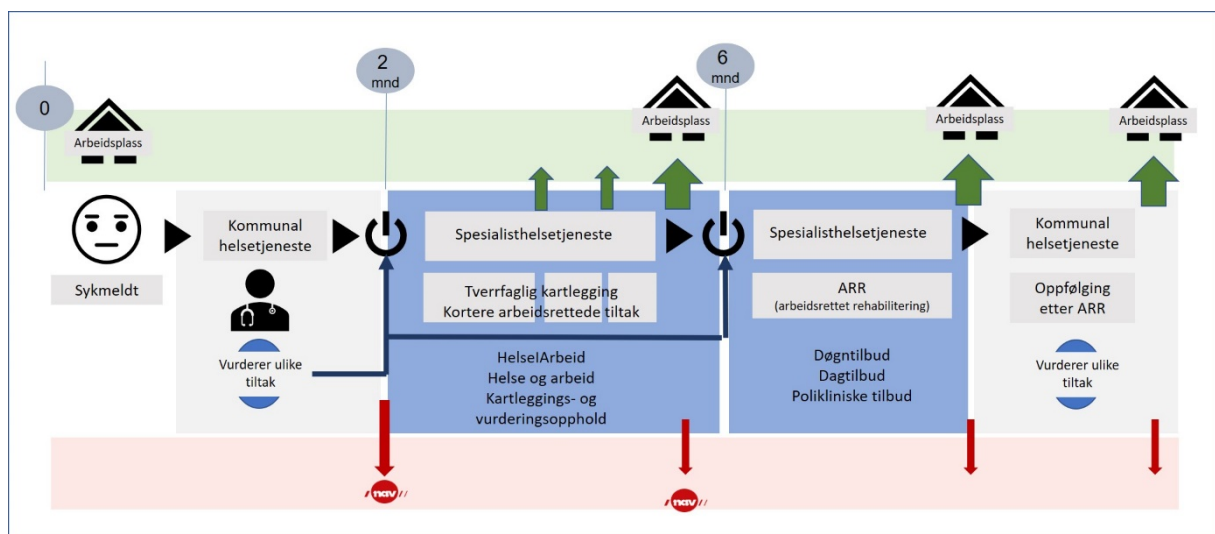
Under følger en oversikt over arbeidsrettede tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglig kartlegging og kortere arbeidsrettede tiltak:

1. Polikliniske, arbeidsrettede og tverrfaglige funksjonsvurderinger/avklaringer.
2. Korte arbeidsrettede og tverrfaglige kartleggings- og vurderingsopphold.
3. Korte arbeidsrettede mestringskurs, dag- eller døgnbasert.

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR):

4. Polikliniske arbeidsrettede behandlings/rehabiliteringsforløp.
5. Dagbasert arbeidsrettet rehabilitering, arbeid som hovedmål. Tilbys også av NAV.
6. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering, arbeid som hovedmål.
7. Diagnosespesifikke rehabiliteringsprogrammer (f.eks. innen kreft, lunge-hjerte, hjerneskade) med arbeid som delmål, for pasienter hvor dette er relevant.



Figur 1. I helsesektoren bør tilbudene sees som et forløp, hvor de enkleste tiltakene tilbys tidligere i sykefraværsløpet enn de mer intensive tilbudene. Tilbudene bør også sees i sammenheng med samtidig oppfølging i NAV og på arbeidsplass.

De ulike tilbudene i helsetjenestene og de ulike fasene i sykefraværsløpet er illustrert i figur 1. Når i forløpet de ulike tiltakene settes inn kan ha stor betydning for resultater og effekter.

Ved utsikter til langvarig sykmelding står fastlegen derfor overfor valget mellom en rekke mulige tiltak for å få pasienten tilbake til arbeid, fra enkle lokale frisklivstiltak til tyngre og omfattende

rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Valg av tiltak sees i sammenheng både med pasientens diagnoser, årsaker til helseproblemer og hvor langvarig sykefraværet har vært, eller forventes å bli.

I en interregional rapport fra 2020, utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av fysikalskmedisinere og psykologer fra spesialisthelsetjenesten, ble rett tidspunkt for polikliniske arbeidsrettede avklaringer og behandlinger vurdert å være etter 2-4 måneders sykefravær. Arbeidsgruppen mente «at det er viktig at rettighetsvurderingen gir pasienten tilgang til helsetjenester i den fasen av forløpet hvor behandlingsintervensjonene er mest virksomme.....Personer med kortere sykefraværsløp eller delvis sykemelding/uførhet har bedre behandlingseffekt (og dermed nytte) med lavere ressursinnsats. Lang tid fra henvisning til behandling, fører ofte til funksjonsfall og forverring av personens tilstand. Langvarig sykemelding er en sterk prediktor for varig uførhet og arbeidsgruppens erfaring er at sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid og eventuelt skole er bedre for personer med to til fire måneders sykemelding. Andelen som kommer seg tilbake i jobb, synker jo senere i forløpet behandlingen settes inn. Det er derfor viktig at henvisning til spesialisthelsetjenesten sendes på riktig tidspunkt, slik at pasienten får et tilbud i det tidsrommet nytteverdien vanligvis er størst».

Vi vurderer derfor at pasienter som trenger arbeidsrettet rehabilitering, altså en større innsats enn hva de kan få ved kortere poliklinisk behandling, bør henvises senere i sykefraværsløpet eller at man tidlig vurderer at det er stor risiko for et langvarig sykefraværsløp. Derfor henvises de typisk fra de, som er sykmeldt mer enn 6 måneder (både mottakere av sykepenger og arbeidsavklaringspenger).

Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten tilbys som dag- eller døgnbasert tjeneste av private institusjoner etter avtale med det regionale helseforetaket. Det er den eneste delytelsen som ikke er knyttet opp til spesifikke diagnoser, da hovedmålet er arbeidsdeltakelse. NAV tilbyr også arbeidsrettet rehabilitering, ofte gjennom de samme tilbyderne. Fastlegen eller sykehus kan henvise pasienten.

Arbeidsrettet rehabilitering er det mest intensive arbeidsrettede tiltaket i spesialisthelsetjenesten. Det er tradisjonelt sett et diagnoseuavhengig og tverrfaglig tilbud som tilbys av private institusjoner. De som henvises til tilbudet har ofte komplekse utfordringer relatert til både helse og arbeidsliv og er derfor i stor risiko for permanent utenforskap. Tett samhandling mellom NAV, helsetjenesten og arbeidsplassen er helt avgjørende i arbeidsrettet rehabilitering.

Arbeidsrettet rehabilitering handler om å finne løsninger på sammensatte problemer. Personer som særlig kan ha nytte av arbeidsrettet rehabilitering, opplever gjerne flere plager samtidig: Det kan være utbrenthet og energiløshet, kroppslige plager, som muskel- og skjelettsmerter, og/eller lettere mentale plager, som nedstemthet eller angst. Plagene kan ofte ha dypere og sammensatte årsaker: Det kan handle om opplevelse av å ha mistet kontroll i hverdagen, av ikke å strekke til på jobb eller privat, økonomisk bekymring, bekymring for familiemedlemmer, krevende omsorgsoppgaver, ubearbejdede vanskelige erfaringer, lav selvtillit/selvfølelse – eller andre årsaker. Dette kan igjen ha ført til manglende overskudd til fysisk aktivitet over tid, som kan ha ført til svekket fysisk form, som i sin tur kan ha forsterket de opprinnelige plagene.

Rehabiliteringsprogrammet

Et rehabiliteringsforløp varer gjerne i tre til fire uker eller lenger.

Felles for mange som kommer til arbeidsrettet rehabilitering er at de har havnet i en ond spiral, hvor en rekke faktorer påvirker hverandre negativt. Et av målene i arbeidsrettet rehabilitering er å stanse denne negative spiralen, og snu spiralen i positiv retning. Dette kan gjøres ved at deltakeren får hjelp av et tverrfaglig team til å finne ut av «hvor skoen trykker», hvilke faktorer som bidrar til dårlig arbeidsfunksjon, og til å finne løsninger.

Aktiviteter

Et typisk arbeidsrettet rehabiliteringsprogram inneholder en rekke tiltak: samtaler med fagpersonene i det tverrfaglige teamet, regelmessig fysisk aktivitet, undervisninger, kontakt med arbeidsgiver med tanke på eventuelle tilrettelegginger, orientering mot arbeidsmarkedet for personer som ikke er i et ansettelsesforhold. De fleste døgn- og dagtilbudene innen arbeidsrettet rehabilitering foregår i en kombinasjon av aktiviteter i gruppe og oppfølging individuelt. For dem som deltar i gruppe, blir gruppesettingen for mange en trygg arena å øve i – øve på å bli kjent med egne reaksjonsmønstre, øve på å sette grenser, øve på nye måter å forholde seg til andre mennesker på. Mange opplever gruppesettingen som støttende i prosessen tilbake til eller inn i arbeid.

Tverrfaglighet

Arbeidsrettet rehabilitering er et tverrfaglig tilbud. Det betyr at ulike fagpersoner bidrar i rehabiliteringen, som lege, fysioterapeut, psykolog/samtaleterapeut, idrettspedagog og arbeidskonsulent. (Fagsammensetningen varierer fra rehabiliteringssted til rehabiliteringssted.) De ulike fagpersonene organiseres som regel i team. Den tverrfaglige sammensetningen av teamet, og hele den tverrfaglige grunntanken i rehabiliteringen, bidrar til at flere sider av en persons situasjon kan belyses.

Den mest effektive rehabiliteringen skjer når det tverrfaglige teamet og den enkelte deltaker samarbeider nært. Den enkelte deltaker inviteres derfor alltid til å være aktiv i sin egen rehabiliteringsprosess. Hva den enkelte trenger for å styrke arbeidsevnen, hvilke løsninger som kan finnes, hvilke tiltak som bør igangsettes, er noe teamet og den enkelte kommer fram til i fellesskap.

Arbeid som mål

Alt innhold i arbeidsrettet rehabilitering skal ha arbeidsdeltakelse som mål. Det betyr at det ikke må ligge åpenbare ting i veien for arbeidsdeltakelse når rehabiliteringen starter. Har en person for eksempel behov for medisinsk utredning og behandling, må dette gjennomføres før det er aktuelt med arbeidsrettet rehabilitering. Et annet eksempel er hvis en person står i en juridisk prosess med betydning for arbeidsforholdet eller arbeidsdeltakelsen. Da må saken avsluttes før eventuell arbeidsrettet rehabilitering kan starte.

I de fleste arbeidsrettede rehabiliteringstilbud inngår det å lage plan for arbeidsdeltakelse. Dette er en plan som inneholder konkrete tiltak for hvordan den enkelte skal komme tilbake/inn i arbeid, og et tidfestet mål for arbeidsdeltakelsen. Det er den enkelte deltaker selv som utarbeider planen, under veiledning av det tverrfaglige teamet. For dem som har et arbeidsforhold, involveres ofte arbeidsgiver i denne prosessen.

Ved avslutning av rehabiliteringen skrives en epikrise/sluttrapport med anbefalinger for den videre prosessen og den eventuelt videre oppfølgingen. Anbefalingene sendes som minimum til den som har henvist deltakeren, normalt fastlegen eller NAV.

Henvisning

For å komme på arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten behøves henvisning fra fastlege eller sjukehus. For henvisning fra fastlege til privat institusjon i spesialisthelsetjenesten (som er det mest vanlige) sendes henvisningen ikke direkte til rehabiliteringsstedet, men til regional vurderingsenhet i henholdsvis Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF som vurderer henvisningen og gir eventuelt plass ved et rehabiliteringssted. Pasienter henvises fra fastleger i hele Norge til spesialiserte rehabiliteringsklinikker med døgntilbud, men primært fra hele den aktuelle helseregions område. For klinikker med dagtilbud vil pasientene være henvist frå lokalområdet. Hensikten med døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering er for manges vedkommende å komme ut av de vante rammer i lokalområdet.

På nettsiden til Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering finner du lenker til tilbud på arbeidsrettet rehabilitering, behandling og kartlegging i alle regioner (arbeidoghelse.no/om-oss/har-du-helseplager-som-hindrer-deg-i-a-jobbe/)

Effekter av arbeidsrettet rehabilitering

Selv med en vid forståelse av arbeidsrettede tjenester må man konstatere at det er relativt få studier som har undersøkt effekter av denne typen tiltak i Norge. Overførbarheten fra internasjonale studier er begrenset i den forstand at man kan anvende generelle prinsipper som utledes av kunnskapsoppsummeringer, men de spesifikke tiltak som kan fungere i Norge må tilpasses norske forhold, testes i Norge og studeres i randomiserte studier, hvor man kan sammenlikne utfallet med en kontrollgruppe.

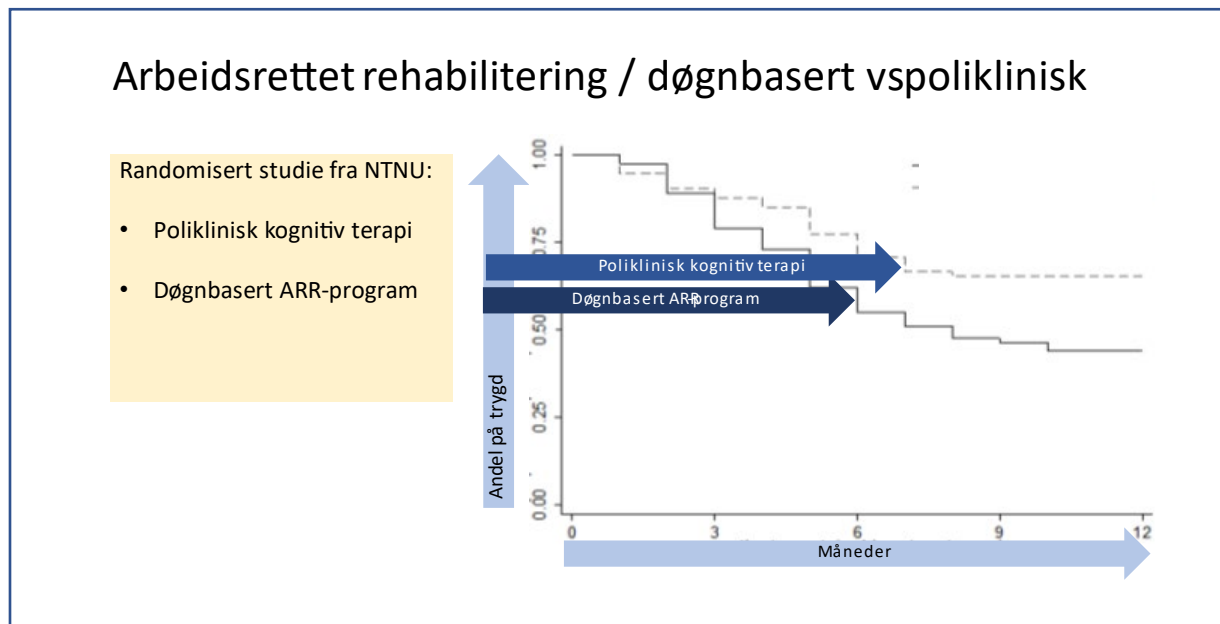
To studier har direkte undersøkt effekt av døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Begge rehabiliteringsprogrammer fant sted på Hysnes Helsefort, det ene i løpet av 4+4 dager (avbrutt av 2 hjemme-uker), det andre med en varighet på 3,5 uker. Alle som deltok i studiene var sykemeldt på grunn av muskel- og skjelettsmerter, lettere psykiske lidelser eller uspesifikke lidelser. De fleste deltakere hadde vært sykmeldt i mer enn 200 dager ved oppstart.

Resultatene viste at de sykemeldte hadde mindre sykefravær i året etter 3,5 ukers rehabilitering (Gismervik m.fl. 2020) men ikke etter 4+4 programmet (Aasdahl m.fl. 2018) sammenlignet med poliklinisk terapi 2 timer om uken i 6 uker. Mer enn 50 prosent hadde returnert til arbeid 12 måneder etter arbeidsrettet rehabilitering, mens litt over 30 prosent i kontrollgruppen hadde returnert til arbeid (figur 2). Sparte kostnader til trygdeytelser det første året i 3,5 ukers programmet svarte til mer enn 1 måneds sykepenges. Effekten holdt seg minimum 2 år (lenger er det ikke undersøkt (Aasdahl m.fl. 2021)). Det tyder på at denne typen langvarige tiltak fungerer bra for deltakere som har vært sykemeldt i 6–12 måneder.

Med studiene fra Hysnes Helsefort har det for første gang blitt dokumentert at et 3,5 ukers døgnbasert arbeidsrettet rehabiliteringsprogram kan øke tilbakeføring til arbeid, og at et mindre omfattende 4+4 dagers rehabiliteringsprogram ikke hadde tilsvarende effekt for denne pasientgruppen med mer enn 6 måneders sykefravær.

Men det er mulig at 4+4 programmet ville ha hatt en effekt på deltakere med kortere sykemelding. Det synes nemlig helt nødvendig å bruke varighet av sykefraværet som en viktig faktor når man skal

velge hvilket tiltak som passer best for pasienten. Det underbygges av et eldre studie (Haldorsen m.fl. 2002), som viste at et intensivt 6-ukers dagbasert rehabiliteringstilbud kun var best for de med dårlig prognose for retur til arbeid.



Figur 2. Effekt av 3,5 ukers døgnbasert tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering sammenliknet med enkelt poliklinisk tiltak, 2 timer ukentlig i 6 uker. Omarbeidet fra Gismervik et al. 2020.

Andre studier har vist at Brief intervention er effektivt for sykmeldte med ryggplager etter 8–12 ukers sykmelding. «Brief intervention» er allment kjent blant forskere og behandlere som jobber med arbeidsrettet behandling av pasienter med muskel-skjelettplager uten tydelige medisinske årsaker. Intervensjonen består av en utredning og samtale med lege og en etterfølgende utredning av fysioterapeut med fokus på aktivitet og arbeid. Brief intervention ble introdusert av Indahl på Kysthospitalet i Stavern. Intervensjonen er basert på en ikke-skademodell, hvor lege og fysioterapeut undersøker og trygger pasienten, informerer om betydningen av symptomer og ufarliggjør fysisk aktivitet. I 1995, da den første effektstudien ble publisert, viste resultatene noe nær en fordobling av andelen pasienter som kom tilbake i jobb. I 2000 publiserte Hagen m.fl. en ny studie av samme intervensjon på ryggpasienter med 8–12 ukers sykefravær, men denne gangen gjennomført på Sykehuset Innlandet. Resultatene dokumenterte igjen en positiv effekt, selv om effekten var mindre.

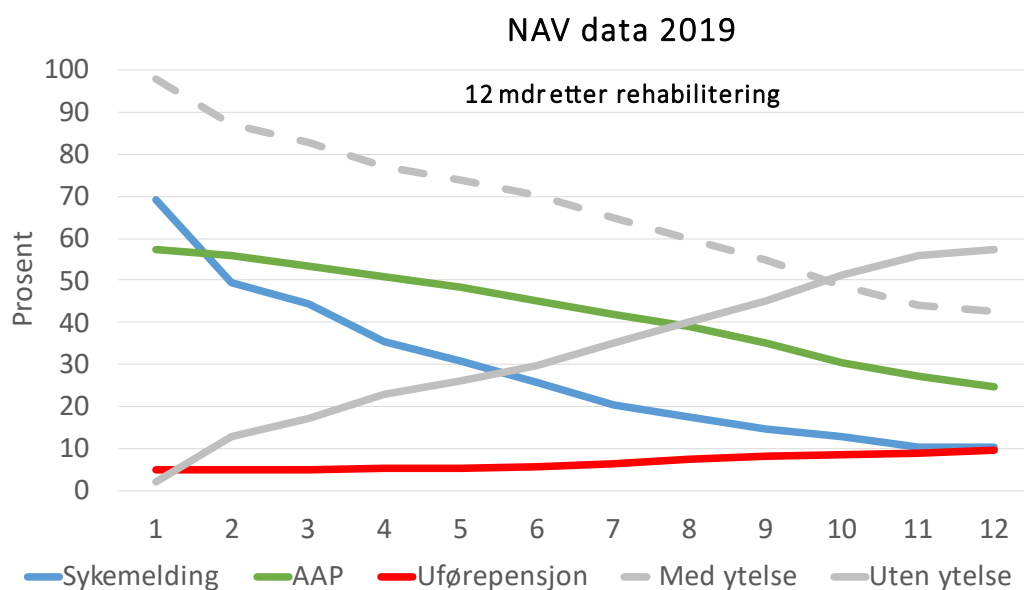
Det er viktig å poengtere at disse effektstudiene ble gjennomført på pasienter med 8–12 ukers sykefravær. Det må forventes at pasienter med lengere sykefravær og et allerede erfart forløp i helsevesenet, hvor betydningen av fysisk aktivitet er formidlet, kan trenge noe mer for å komme tilbake i arbeid. I en PhD studie fra 2017 har Brekke undersøkt arbeidsdeltakelse etter en utvidet tverrfaglig kartlegging av pasienter med 6 måneders sykefravær. Pasientene hadde muskel- og skjelettplager eller vanlige psykiske plager. Tiltaket ble gjennomført på én dag på klinikken på Sunnaas sykehus. Disse pasientene fikk ikke høyere arbeidsdeltakelse enn en matchet kontrollgruppe trukket fra NAVs sykepengeregister. Brekke og hans medforskere konkluderte selv med at disse

pasientene trenger noe mer, antakelig fordi langvarig sykmeldte kan ha mer komplekse barrierer for retur til arbeid enn de fleste pasienter med kortere sykefravær.

Andre studier av arbeidsrettede polikliniske rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten har ikke vist effekter på arbeidsdeltakelse. Her deltok pasienter med muskel- og skjelettplager, som var sykmeldt i 4–6 måneder og det er høyst sannsynlig at dette var for sent i sykefraværsløpet. Men en annen viktig forklaring kan være at de undersøkte tiltakene var for enkle i forhold til den kontrollgruppen man sammenliknet med. Enten tilføyet man et par timer med ekstra arbeidsrettet behandling av lege og sosionom (Brennbekken m.fl. 2017) eller man la til et par timers samtale med sosionom i et allerede etablert tverrfaglig behandlingsopplegg (Myhre m.fl. 2014). Det er derfor ikke oppsiktsvekkende at man ikke finner forskjeller i effekt når forskjellen mellom de to intervensjoner man undersøkte ikke var særlig stor. Denne typen «arbeidsretting» av enkle nye eller eksisterende tilbud kan allikevel tenkes å være betydningsfull hvis de tilbys tidlig i sykefraværsløpet. Det er dog gjennomført for få studier i norsk sammenheng til å kunne trekke endelige konklusjoner om varighet og innhold av effektive arbeidsrettede helsetjenester. Det er fortsatt avgjørende mangler i vår kunnskap om effektive intervensjoner.

Kvalitetsregister

Kompetansetjenesten driver et kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering, som er åpent for alle klinikker med et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Registeret samler og dokumenterer resultater på endring i arbeidsdeltagelse og selvurdert arbeidsevne fra deltakere/pasienter på rehabiliteringsinstitusjonene. Deltakelse er samtykkebasert og legger opp til å bli brukt i kvalitetsarbeid og forskning.



Figur 3. Utvikling i bruk av trygdeytelser for deltakere i kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering.

Referanser

Prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra interregional arbeidsgruppe. Helse Vest, Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Nord. Sep 2020.

Brekke D. A controlled cohort study and three-year follow up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders Sunnaas Rehabilitation Hospital and Medical Faculty, Institute of Health and Society, University of Oslo. 2017. PhD dissertation.

Brendbekken R, Eriksen HR, Grasdahl A, Harris A, Hagen EM, Tangen T. Return to Work in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Multidisciplinary Intervention Versus Brief Intervention: A Randomized Clinical Trial. *J Occup Rehabil.* 2017;27(1):82-91.

Gismervik SO, Aasdahl L, Vasseljen O, Fors EA, Rise MB, Johnsen R, et al. 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.* 2020.

Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine (Phila Pa 1976).* 2000 Aug 1;25(15):1973-6.

Haldorsen EM, Grasdahl AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. *Pain.* 2002 Jan;95(1-2):49-63.

Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 1995 Feb 15;20(4):473-7.

Myhre K, Marchand GH, Leivseth G, Keller A, Bautz-Holter E, Sandvik L, et al. The effect of work-focused rehabilitation among patients with neck and back pain: a randomized controlled trial. *Spine.* 2014;39(24):1999-2006.

Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Gismervik S, Halsteinli V, et al. 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.* 2018;28(1):170-9.

Aasdahl L, Vasseljen O, Gismervik S, Johnsen R, Fimland MS. Two-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial of Inpatient Multimodal Occupational Rehabilitation Vs Outpatient Acceptance and Commitment Therapy for Sick Listed Workers with Musculoskeletal or Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil.* 2021 Mar 25.