



## Samhandling mellom arbeid og helse – koordinerte tjenester til sykmeldte med psykiske plager og muskel/skjelettplager

*Erfaringer fra samhandlingsmodeller utprøvd i andre land*

*En kunnskapsoppsummering på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet*

*Juni 2022*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for organisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.*

*Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.*

## Arbeid og velferd

*Oslo Economics jobber med en rekke forsknings- og utredningsprosjekter innen arbeidsliv, velferdstjenester og relaterte områder. Vi jobber for departementer, direktorater, kommuner, organisasjoner og private virksomheter.*

*Vi har konsulenter med doktorgrad i arbeidsmarkedsøkonomi og helseøkonomi, og samarbeider ofte med forskningsmiljøer på disse områdene. Våre medarbeidere har ekspertise i analyse av registerdata, gjennomføring og analyse av intervjuer og spørreundersøkelser på arbeids- og velferdsområdet.*

*Samhandling mellom arbeid og helse – koordinerte tjenester til sykmeldte med psykiske plager og muskel/skjelettplager/OE-rapport nr. 2022\_42*

*© Oslo Economics, 30. juni 2022*

*Kontaktperson:*

*Erik Magnus Sæther / Ansvarlig partner  
ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192*

*Foto/illustrasjon: iStock.com/RudzhanNagiev*

# Innhold

<b>Sammendrag og konklusjoner</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Mandat	8
1.3 Datagrunnlag og metode	8
<b>2. Oppfølging av sykmeldte i Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia og Nederland</b>	<b>10</b>
2.1 Ordninger i de ulike landene	10
2.2 Norge	11
2.3 Sverige	12
2.4 Danmark	12
2.5 Storbritannia	13
2.6 Nederland	13
<b>3. Modeller for tjenestesamhandling mellom arbeids/velferds- og helsetjenester for å forebygge/reducere sykefravær</b>	<b>14</b>
3.1 Fem ulike modelltyper	14
3.2 Modell 1: Tverrfaglige team	15
3.3 Modell 2: Jobbspesialist i psykiske behandlingstjenester	25
3.4 Modell 3: Sykefravær- og rehabiliteringskoordinatorer	32
3.5 Modell 4: Kombinasjon av tverrfaglig team og sykefraværskoordinator	35
3.6 Modell 5: Samhandlingsmodeller med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon	40
<b>4. Oppsummering og drøfting</b>	<b>47</b>
4.1 Oppsummering	47
4.2 Lærepunkter fra forskningen	48
4.3 Vurderinger av forskningens relevans for norsk kontekst	50
<b>5. Referanser</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg A Oversikt over oversettelse av enkelte begreper i litteraturen</b>	<b>58</b>

## Sammendrag og konklusjoner

*I denne kunnskapsoppsummeringen sammenfatter vi forskning på samhandlingsmodeller mellom helsetjenester og arbeids- og velferdsetater i andre land, med formål om å forebygge/reducere sykefravær for mennesker med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser. Formålet med kunnskapsoppsummeringen er å identifisere eksisterende modeller for tjenestesamhandling, og vurdere læringspunkter med relevans for norsk kontekst. Funnene bidrar til å styrke kunnskapsgrunnlaget i det videre arbeidet med etablering og videreutvikling av modeller for tjenestesamhandling i Norge. Oslo Economics har, i samarbeid med forsker Randi Brendbekken, utført kunnskapsoppsummeringen på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet.*

### Bakgrunn, mandat og metode

Mennesker med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser utgjør en stor andel av sykmeldte i Norge. Disse gruppene har gjerne behov for helhetlige og samtidige tjenester fra helsemyndigheter og arbeids- og velferdsetaten for å kunne stå i arbeid. Det finnes i dag lite etablert kunnskap om hvilke samhandlingsmodeller som bidrar til økt sysselsetting for gruppen. For å etablere og videreutvikle samhandlingsmodeller i Norge, kan det være nyttig å se til erfaringer fra andre sammenlignbare land.

Oslo Economics, og Randi Brendbekken, har på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomført en kunnskapsoppsummering av forskning på samhandlingsmodeller mellom helsetjenester og arbeids- og velferdsetater fra andre land. Formålet er å bidra til et kunnskapsgrunnlag for å vurdere modeller og elementer med relevans for norsk kontekst, samt hvordan dette kan benyttes i videreutviklingen og implementeringen av slike modeller i Norge.

Vi har kartlagt 50 studier fra de siste 10-15 årene publisert i forskningstidsskrifter/gråliteratur, fra Skandinavia, England og Nederland, i tillegg til enkeltstudier fra andre land. Studiene forsker på samhandlingsmodeller for mennesker med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser, der formålet er å undersøke effekter på retur til arbeid. Enkelte studier undersøker også helseeffekter eller effekter på livskvalitet. Videre har vi gjennomført intervjuer med fagpersoner og forskere fra Norge, Sverige, Danmark, Nederland og Storbritannia, for å få deres innsikt i temaet.

Vi har klassifisert studiene vi har gjennomgått i fem overordnede modelltyper. Disse varierer i utforming, innretning, målgruppe og institusjonelt rammeverk.

### Tverrfaglige team

En rekke studier undersøker effekten av å benytte tverrfaglige team i sykefraværsoppfølgingen. Det er variasjon i hvordan de ulike tverrfaglige teamene er organisert, herunder hvordan samarbeidet er innrettet, hvilke fagprofesjoner som er inkludert, hvem som er målgruppen, når i sykefraværsforløpet intervensjonen igangsettes og hvilke aktiviteter som gjennomføres. Det tverrfaglige teamet består ofte av mange ulike fagprofesjoner, som regel flest fra helsetjenesten, og aktører fra arbeids- og velferdsetaten. Teamene jobber etter definerte metoder og strukturerer. Flere studier peker imidlertid på utfordringer knyttet til implementering og etablering av slike strukturer. Mangel på en felles agenda og forståelse i sykefraværsprosessen pekes på som faktorer som hemmer samhandling, i tillegg til mangelfull etterlevelse og oppfølging av intervensjonen. Andre faktorer som hemmer samhandling kan være at de ulike profesjonene har forskjellige mål og ulikt fokus på retur til arbeid, og ulike holdninger og vurderinger. Dette kan føre til at ulike personer i teamet gir forskjellige signaler i kommunikasjon med den sykmeldte. Noen studier finner at samløkalisering av det tverrfaglige teamet kan være en suksessfaktor, i tillegg til kontinuitet og tilstrekkelig tid i gjennomføringen av intervensjonen, samt høy faglig kvalitet i vurderinger. Studiene vi har sett på finner ulike effekter. Blant de randomiserte kontrollerte studiene finner to studier positive effekter på retur til arbeid, to studier finner negative effekter på retur til arbeid, og to studier finner ingen effekter. I de studiene som finner positive effekter, er disse kun målt på kort sikt, og langtidseffektene er dermed usikre. Flere av studiene konkluderer med at tverrfaglige team kan være mer nyttig i sykefraværsforløpet til mennesker med mer omfattende og sammensatte behov, fordi disse ofte har en svakere arbeidsmarkedstillknytning og et mer sammensatt behov for bistand fra flerfaglige instanser.

## Jobbspesialister i psykiske helsetjenester

Vi har identifisert flere studier som undersøker intervensjoner der en jobbspesialist kobles på i psykiske helsetjenester. Dette inkluderer den engelske modellen «Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies», IPS-MA fra Danmark og IES fra Sverige. Felles for utprøvingene er individuell og tilpasset behandling, der en jobbspesialist ivaretar arbeidsfokus samtidig som pasienten mottar behandling i psykiske helsetjenester. Det er varierende hvordan og når jobbspesialisten kobles på, og dette avhenger som oftest av hvilken tilknytning til arbeidslivet målgruppen har. I Storbritannia viser evalueringer og en kunnskapsoppsummering at deltakere og andre involverte aktører har positive erfaringer med intervensjonen, ved at det bidrar til kortere ventetider og effektivitet. Mange av deltakerne oppgir at jobbrådgivningen bidro til at de kom raskere tilbake til arbeid. De randomiserte kontrollerte studiene om IPS-MA og IES finner positive effekter på retur til arbeid, selv om IPS-MA ikke viser seg å være kostnadseffektivt. I flere av disse studiene trekkes det særlig frem at den individuelle tilnærmingen og at involverte aktører har et felles fokus på arbeid og involvering av arbeidsplassen er suksessfaktorer for retur til arbeid. Mangel på tilstrekkelig informasjonsdeling, kommunikasjon og samarbeid med arbeidsplassen løftes frem som faktor som kan hemme retur til arbeid.

## Sykefraværs- og rehabiliteringskoordinator

I mange land har det blitt gjennomført utprøvinger av intervensjoner der én aktør er ansatt i rollen som en sykefraværs-/rehabiliteringskoordinator i sykefraværsoppfølgingen. Koordinatorene har som rolle å samordne aktiviteter i prosessen for sykmeldte, koordinere dialog mellom partene og bistå i utformingen av en plan for retur til arbeid. Ofte driver de også med pasient-coaching og individuell støtte til sykmeldte. Bruken av en koordinator i sykefraværsoppfølgingen har blitt utprøvd ved flere tilfeller i Sverige de siste årene. I disse tilfellene har koordinatorene helsefaglig bakgrunn. I en utprøving fra Nederland kommer koordinatoren fra en velferdsordning og har bakgrunn fra arbeidsmarkedet, med erfaring innen prosessveiledning og rehabilitering. To randomiserte kontrollerte studier fra Sverige og Nederland viser positive effekter av intervensjonene på retur til arbeid. I tillegg viser to kvalitative studier fra Sverige og en kohortstudie fra Canada positive erfaringer og vurderinger fra deltakere. Den tette relasjonen mellom koordinator og den sykmeldte bidrar til økt tillitt mellom partene og at koordinator kan bli kjent med sykmeldtes behov. Dette trekkes frem som suksessfaktor. Det er i tillegg avgjørende med riktig implementering av intervensjonen, ved at alle inkluderte parter har åpen dialog, klare retningslinjer og at koordinatoren har riktig kompetanseprofil. Mangel på strukturert oppfølging og arbeidsfokus blant de involverte aktørene kan være faktorer som hemmer retur til arbeid, i tillegg til uklare retningslinjer i intervensjonen og at koordinator ikke har riktig kompetanseprofil eller får tilstrekkelig med opplæring. Én studie drøfter at sykefraværskoordinator kan være særlig nyttig for langtidssykmeldte sent i sykefraværsløpet, fordi disse kan ha et særlig behov for tett oppfølging.

## Kombinasjon av tverrfaglig team og sykefraværskoordinator

I flere land har det blitt gjennomført utprøvinger av intervensjoner som kombinerer bruk av tverrfaglige team og sykefraværskoordinatorer. I noen tilfeller har én person i det tverrfaglige teamet rollen som en koordinator, mens det i andre tilfeller er en ekstern aktør utenfor teamet som har koordinatorrollen. Intervensjonene innebærer at det gjennomføres en arbeidsevnevurdering, som resulterer i en plan for retur til arbeid. Det er hovedsakelig det tverrfaglige teamet som har ansvar for å utarbeide planen, og å følge den opp. Det er generelt få av studiene som tyder på at slike intervensjoner er effektive i å øke retur til arbeid. Blant de randomiserte kontrollerte studiene finner tre studier at intervensjonen ikke har noen effekt, én studie finner negative effekter og to studier finner positive effekter kun for et underutvalg. I tillegg viser hovedresultatet i en kunnskapsoppsummering av 14 studier at intervensjonen ikke bidrar til retur til arbeid. En faktor som kan hemme samhandling og retur til arbeid er utilstrekkelig eller uriktig implementering av intervensjonen. I tillegg trekker flere studier frem at intervensjonen innebærer omfattende og langvarig oppfølging, og at dette kan egne seg bedre for enkelte undergrupper, for eksempel de som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet. For andre grupper kan intervensjonen medføre overbehandling og innlåsningseffekter, som fører til at retur til arbeid utsettes unødvendig lenge.

## Samhandling med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon

Flere studier undersøker effekter av samhandlingsmodeller med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon, som innebærer koordinering og kommunikasjon mellom ulike aktører, der arbeidsplassen er en sentral aktør. I disse intervensjonene har ikke nødvendigvis arbeids- og velferdsmyndighetene noen spesifikk rolle. Det er et gjennomgående funn at kommunikasjon, koordinering og velfungerende samarbeid mellom aktørene er en viktig suksessfaktor for intervensjonen. Ved å kommunisere med arbeidsplassen kan sykmeldte få nødvendig tilpasning av arbeidsoppgaver, og individuell tilpasset oppfølging. I noen studier innebærer arbeidsplassintervensjon aktiv involvering av arbeidsplassen gjennom dialog. I andre studier har bedriftshelsetjenesten en sentral rolle. Av tre randomiserte kontrollerte studier finner to positive effekter, og én finner ingen effekter. I tillegg finner fem

kvalitative studier positive erfaringer blant aktørene. Studiene tyder på at intervensjoner som tilrettelegger for koordinering og kommunikasjon med arbeidsplassen ser ut til å kunne bidra til retur til arbeid. I tillegg trekkes den individuelle tilnærmingen og medvirkning fra den sykmeldte frem som viktig. Kunnskap om sykefraværprosessen og sykmeldtes behov kan bidra til at arbeidsgiver får økt forståelse. Dette kan være positivt for sykmeldte, som kan oppleve økt tilrettelegging og respekt på arbeidsplassen.

### Oppsummering og drøfting

Variasjonen i de utprøvde samhandlingsmodellenes innhold, implementering og rammebetingelser gjør det utfordrende å trekke konklusjoner rundt faktorer som hemmer og fremmer samhandling og måloppnåelse. Det er likevel enkelte læringspunkter som trekkes frem i flere av disse studiene, også på tvers av modelltyper, som kan være nyttig for videreutviklingen av samhandlingsmodeller også i Norge. Mange studier trekker frem at utfordringer med implementering kan hemme samhandling og måloppnåelse. Det kan særlig være utfordringer knyttet til koordinasjon og samarbeid mellom personer med ulike fagbakgrunn og plassering. For eksempel kan ulike mål, agenda og prioriteringer skape misforståelser, uklar ansvarsfordeling og mangel på struktur. Definerte strukturer for samhandlingen, for eksempel i form av faste møtepunkter, tydelig oppgavefordeling og samlokalisering av tjenestene, trekkes frem i studiene som faktorer som fremmer effektiv samhandling. Dette forenkler kommunikasjon og informasjonsdeling og kan bidra til at de ulike aktørene får økt forståelse for hverandres arbeidsmåter.

Et annet funn er at tidlig identifisering av målgruppen kan bidra til at sykmeldte får iverksatt de rette tiltakene og behandling på et tidlig tidspunkt. Generelt kan det bidra til at et sykefraværforløp ikke blir unødvendig langvarig. I tillegg er det viktig med en individuell tilnærming i sykefravær oppfølgingen, slik at man identifiserer sykmeldtes behov og kan tilpasse behandlingen. Det kan bidra til en tett relasjon mellom sykmeldte og aktørene i oppfølgingen, slik at sykmeldte føler seg ivaretatt. Et annet generelt funn er at arbeidsplassen spiller en sentral rolle, både fordi arbeidstilknytning kan være helsefremmende, og fordi kommunikasjon med arbeidsplassen kan bidra til økt forståelse og tilrettelegging for sykmeldte.

I kunnskapsoppsummeringen er det kun et begrenset antall studier om de ulike samhandlingsmodellene, og de har varierende metodisk kvalitet. Det er stor variasjon i hvordan ulike samhandlingsmodeller er utformet og implementert, også innad i det vi har definert som gitte modelltyper. Det er derfor vanskelig å trekke konklusjoner om generelle effekter av modelltypene. En sammenligning mellom modelltypene er også utfordrende. I tillegg er modellene utprøvd i ulike land, som har ulike sykelønnsordninger, systemer for sykefravær oppfølging og tjenestetilbud, som legger føringer både for implementering og forventede resultater. Det er likevel mulig å oppsummere noen tendenser av resultater innenfor de definerte modelltypene. Vi har funnet mest litteratur om tverrfaglige team. Denne litteraturen viser, uavhengig av målgruppe, som oftest svake eller negative effekter på retur til arbeid. Det indikerer at det er utfordrende å få til ønskede effekter på arbeid av slike intervensjoner for målgruppen. Flere av studiene konkluderer med at tverrfaglige team ser ut til å være mest nyttig for de med langvarige og komplekse sykefraværforløp, som har behov for tett oppfølging. For enklere problemstillinger kan tunge intervensjoner representere innlåsningseffekter og overbehandling som forlenger et sykefraværforløp, i verste fall. Det er mindre litteratur om modeller med jobbrådgivere i psykiske helsetjenester, sykefraværkoordinatorer og ulike intervensjoner med utgangspunkt i arbeidsplassen, men til gjengjeld viser flere av disse studiene at slike intervensjoner kan bidra til å øke deltakelsen i arbeidslivet for målgruppen. Slike intervensjoner kan være særlig nyttig for sykmeldte med behov for veiledning og støtte for å øke sin arbeidsmarkedsdeltakelse. Disse modellene virker mest hensiktsmessig å se til i den videre utviklingen av samhandling mellom arbeids- og helsetjenesten for retur til arbeid i Norge, men det er behov for forskning på langtidseffektene av slike modeller.

Samtidig er overførbareheten fra intervensjoner i andre land, med andre helse- og velferdssystemer, usikker. Litteraturen tyder på at effektene av gitte intervensjoner i stor grad avhenger av en rekke detaljer i implementeringen og hvordan ulike aktører involveres. Det er derfor grunn til å tro at særnorske forhold, både innretningen av velferdsordninger og ansvarsfordelingen mellom aktørene i sykefravær oppfølgingen, kan ha stor betydning for effekten av slike samhandlingsmodeller.

Vi anbefaler at den fremtidige forskningen på samhandlingsmodeller prioriterer gjennomføring av effektanalyser og nytte-kostnadsanalyser, som kan gi kunnskap om hvor godt en modell fungerer, og om effektene er store nok til å dekke inn eventuelle kostnader ved gjennomføringen. Den eksisterende forskningen ser i hovedsak på kortsiktige effekter, og vi mener derfor at det særlig er behov for å studere mer langsiktige effekter. I tillegg kan gjennomføring av prosessevalueringer, gjerne i kombinasjon med effektanalyser, gi viktig kunnskap om suksesskriterier for gjennomføringen.

# 1. Innledning

*Tjenestesamhandlingsmodeller kan være effektivt for mennesker med psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser med behov for koordinerte og samtidige tjenester fra helsetjenester og arbeids- og velferdsetater for å forebygge sykefravær og øke arbeidsmarkedsdeltakelsen. Enkelte utprøvinger av samhandlingsmodeller i Norge har vist positive resultater på arbeidsmarkedsdeltakelse, men det er trolig stort potensial for å videreutvikle slike modeller. Denne kunnskapsoppsummeringen sammenfatter forskning på tjenestesamhandlingsmodeller fra andre land, med formål om å identifisere lærepunkter som kan benyttes i videreutviklingen av slike modeller i Norge.*

## 1.1 Bakgrunn

Omtrent 60 prosent av sykefraværet i Norge er forårsaket av psykiske plager og muskel- og skjelettplager. For mange med disse plagene kan en form for arbeidsdeltakelse være helsefremmende. Denne målgruppen har gjerne behov for helhetlig bistand for å kunne stå i arbeid, med tjenester som kan både kan ivareta et helseperspektiv og et arbeidsperspektiv.

Helsetjenesten og NAV tilbyr tjenester som er innrettet etter ulike behovsområder. Helsetjenesten er primært innrettet for å behandle pasientenes sykdom, mens NAVs arbeidsrettede tjenester fokuserer på arbeidsevne og arbeidsmuligheter, gitt den enkeltes helse. Tradisjonelt har disse to tjenesteområdene i liten grad vært koordinert. De siste årene har det imidlertid vært et økt fokus på å få tjenesteområdene til å samhandle mer, for å kunne tilby helhetlig og koordinert bistand hvor arbeid og helse sees i sammenheng.

IPS er en modell for samhandling mellom arbeid og helse, for pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser, som i enkeltstudier fra Norge har dokumentert positive effekter på arbeidsdeltakelse (1, 2). I denne modellen mottar brukerne koordinert bistand fra jobbspesialister og behandlere i helsetjenesten. Modellen er implementert flere steder i Norge, i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.

For personer med lettere til moderate psykiske plager, eller muskel- og skjelettplager, er HelseArbeid det mest utviklede tilbudet nasjonalt. Det er et tilbud til personer som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt, som innebærer koordinert og målrettet utredning- og avklaring, levert av tverrfaglige team med psykisk- og fysikalskmedisinsk helsekompetanse på spesialistnivå, sammen med kompetanse fra NAV. Tilbudet består av to hovedelementer, et bedriftstiltak og et individtiltak. Bedriftstiltaket innebærer helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og en IA-prosess med fokus på egen arbeidshverdag. Individtiltak innebærer rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring.<sup>1</sup>

Senter for jobbmestring er et NAV-tiltak for sykmeldte med milde til moderate former for angst og depresjon, med formål om å hjelpe denne gruppen til å opprettholde eller oppnå arbeidsdeltakelse. Intervensjonen er basert på IPS-prinsipper og deltakere mottar kognitiv atferdsterapi fra helsefaglig utdannet personale samtidig som at det mottar individuell jobbstøtte fra en jobbkonsulent. Tiltaket har blitt evaluert gjennom et randomisert kontrollert forskningsdesign, som viser at større andel i behandlingsgruppen var i arbeid etter 12 og 18 måneder, sammenlignet med kontrollgruppen.<sup>2</sup> Utover dette finnes det lite etablert kunnskap om hvilke modeller for tjenestesamhandling som fungerer for målgruppen med lettere til moderate psykiske plager, og muskel- og skjelettplager. I den siste strategiplanen for Arbeid og helse, fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, er et av grepene å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag om hvilke tjenester, metoder, tiltak og samhandlingsformer som har dokumentert effekt.<sup>3</sup> Det er grunn til å tro at et koordinert og helhetlig tjenestetilbud, hvor arbeid og helse sees i sammenheng, vil være hensiktsmessig. Samtidig er det behov for å finne modeller for samhandling som kan gjennomføres med begrensede ressurser, dersom de skal implementeres

<sup>1</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nytt-nasjonalt-konsept--helsearbeid/Nytt%20nasjonalt%20konsept%20%E2%80%93%20HelseArbeid.PDF/\\_/attachment/inline/a1ecef1-e0d1-4fb7-bd51-60291348eb3d:e429c280e0bd28a45fef04dd3f537a77c9db93d2/Nytt%20nasjonalt%20konsept%20%E2%80%93%20HelseArbeid.PDF](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nytt-nasjonalt-konsept--helsearbeid/Nytt%20nasjonalt%20konsept%20%E2%80%93%20HelseArbeid.PDF/_/attachment/inline/a1ecef1-e0d1-4fb7-bd51-60291348eb3d:e429c280e0bd28a45fef04dd3f537a77c9db93d2/Nytt%20nasjonalt%20konsept%20%E2%80%93%20HelseArbeid.PDF)

<sup>2</sup> <http://arena.arbeidoghelse.no/sites/default/files/Uni%20Helse%20Senter%20for%20Jobbmestring.pdf>

<sup>3</sup> Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, desember 2021.

for store målgrupper. Det vil være nyttig å se til erfaringer med dette i andre land, som er sammenlignbare med Norge.

## 1.2 Mandat

I denne rapporten oppsummerer vi eksisterende kunnskap fra andre land om modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse som har som formål å forebygge/reducere sykefravær for mennesker med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser. Hensikten har vært å etablere en oversikt over hvilke modeller for tjenestesamhandling for denne målgruppen som finnes utenfor Norge, samt å belyse erfaringer med modellene og implementeringen av modellene, som kan være relevante i en norsk kontekst. Kunnskapsoppsummeringen skal benyttes i det videre arbeidet med etablering og videreutvikling av samhandlingsmodeller mellom arbeid- og helsesektoren.

Rapporten er utarbeidet av Oslo Economics, i samarbeid med Randi Brendbekken, spesialist i arbeidsmedisin og i fysikalsk medisin og rehabilitering, med Ph.d. innen arbeidsrettet rehabilitering, på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppdraget er gjennomført våren 2022.

## 1.3 Datagrunnlag og metode

Det er benyttet ulike metoder i kunnskapsoppsummeringen. Vi har tatt utgangspunkt i eksisterende forskning fra andre land, som har blitt supplert med intervjuer med forskere/institusjoner i de ulike landene for å få deres innsikt og vurdering av samhandlingsmodeller samt innspill til relevant litteratur.

### 1.3.1 Metode for litteraturgjennomgang og analyse

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi gjennomført en bred kartlegging av forskningslitteratur fra andre land, samt av «grålitteraturen». Med «grålitteraturen» mener vi forvaltningsdokumenter, rapporter fra forskningsinstitusjoner som ikke er fagfellevurderte, upublisert forskning o.l. Litteraturgjennomgangen er basert på «snøballmetoden» supplert med relevante prinsipper beskrevet i Folkehelseinstituttets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» og «Doing a literature search: a comprehensive guide for the social sciences» av Christopher Hart (3, 4).

Gjennomgangen av relevant litteratur er dokumentert i et eget ekstraksjonsskjema. Skjemaet inneholder blant annet grunnleggende informasjon om publikasjonen og informasjon om innholdet, som hvilken type modell som omtales, hvordan modellen er implementert, hvilke læringspunkter som pekes på fra modellen og hvilken metode som eventuelt er brukt for å vurdere modellen. I tillegg inneholder skjemaet informasjon om skjevheter i studien og vurdering av relevans og kvalitet.

Før selve litteratursøkingen og gjennomgangen av relevante kilder, definerte vi hvilke spørsmål vi ønsket svar på. I dette oppdraget var det fire forskningsspørsmål vi var særlig interessert i:

1. Hvilke modeller for tjenestesamhandling er prøvd ut i andre sammenlignbare land? Hva er anbefalinger fra forskningen?
2. Hvilke faktorer trekkes frem som viktige for god implementering av modeller?
3. Hvilke faktorer fremmer og hemmer samhandling?
4. Hva er forutsetninger for en vellykket implementering av nye modeller i norsk kontekst?

Litteratursøket ble avgrenset til å inkludere studier som undersøker effekten eller implementeringen av samhandlingsmodeller mellom arbeids- og helsetjenester. Vi har i hovedsak være interessert i litteratur fra skandinaviske land, Nederland og Storbritannia, men vi har vært åpne for å inkludere forskning fra land utover dette dersom det ble ansett som særlig hensiktsmessig og relevant. Vi har valgt å inkludere artikler og publikasjoner publisert etter 2010, men med muligheter for å inkludere studier publisert før dette dersom de er av særlig relevans.

### Hva defineres som samhandlingsmodeller mellom arbeids- og helsetjenesten?

Det kan være noe flytende hva en samhandlingsmodell innebærer og hvilke aktører som bør være involvert for at det skal kunne omtales som en samhandlingsmodell mellom arbeids- og helsetjenesten. Vi har avgrenset litteratursøket til å kun inkludere studier av modeller hvor både helsetjenesten og arbeidssiden er aktivt involvert i intervensjonen. Med arbeidssiden mener vi representanter enten fra arbeidstjenesten, som i arbeids- og velferdsetaten eller arbeidsgiver. I ulike land kan det være ulike etater som har ansvar for sykefraværsoppfølging, oppfølging av arbeidsledige, og utbetaling av trygd til sykmeldte og arbeidsledige. Der



vi omtaler studier har vi presisert hvilke etater som har ansvar for ulike oppgaver i intervensjonen. Som et generelt begrep i resten av rapporten har vi definert dette som arbeids- og velferdsetat. Vi har ekskludert modeller som innebærer et økt arbeidsfokus i helsetjenesten, dersom modellen ikke aktivt involverer arbeidsgiver. Det finnes imidlertid flere slike modeller, som viser lovende resultater på retur til arbeid for sykemeldte. Se for eksempel «work-focused cognitive-behavioural therapy (CBT)», som er prøvd ut med gode resultater i Nederland (5), (6), (7).

### Målgruppen

Vi har i utgangspunktet ledd etter litteratur som omfatter tilbud til sykmeldte med enten muskel- og skjelettplager eller lettere til moderate psykiske plager. I andre land er ikke nødvendigvis sykmeldte definert på samme måte som i Norge. I Norge er sykmelding strengt knyttet til ytelsen sykepenger, som man mottar de første 52 ukene utenfor arbeid. I andre land er ytelsene innrettet på andre måter, og kan vare både kortere og lenger. Målgruppen i studiene er ikke nødvendigvis heller knyttet til hvilken ytelse pasientene har, men er gjerne knyttet til diagnoser. Vi har valgt å inkludere studier hvor hvert fall deler av målgruppen er personer med disse plagene og som har vært utenfor arbeid i mindre enn ett år. Mange av studiene vil imidlertid også inkludere pasienter som har vært utenfor arbeid i lenger tid, eller pasienter som fortsatt står i arbeid og er i fare for å bli sykmeldt. I tillegg er en del studier rettet mot større grupper av personer med psykiske lidelser, også alvorlige psykiske lidelser. For eksempel er enkelte studier rettet mot personer med depresjon, som også kan inkludere personer med alvorlig depresjon. Vi har imidlertid ekskludert studier som kun er rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser, herunder psykoselidelser.

### Søking etter og identifisering av relevante kilder

Vi startet litteratursøket med å gjennomføre innledende søking basert på definerte søkeord knyttet til forsknings-spørsmålene og vår kjennskap til fagområdet. Vi gjennomførte søk på søkeord og ulike kombinasjoner av søkeord i Google Scholar, JSTOR, PubMed og ResearchGate. Grålitteraturen ble identifisert ved hjelp av Google-søk og søking på nettsider til helsetjenester eller arbeids- og velferdsetater som tilsvarende NAV i andre land. I tillegg til publikasjonene identifisert ut fra søkeordene ble det også gjort en gjennomgang av referanselisten til hver av de identifiserte publikasjonene for å identifisere andre relevante artikler og rapporter. På denne måten ble vår metode for litteraturgjennomgangen en iterativ prosess. Gjennom søket innhentet vi også overordnet informasjon fra de ulike modellene for å kunne kartlegge hvilke typer modeller som finnes og hva som er hovedforskjellene mellom dem. Dette gjorde det også lettere å vurdere målpopulærhet og relevans senere i arbeidet.

### Analyse, kvalitetsvurdering og systematisering av funn

Deretter innebar litteraturgjennomgangen å analysere, kvalitetsvurdere og systematisere funn i henhold til forskningsspørsmålene. Dette bestod først av en grundigere gjennomgang av de identifiserte kildene ved å trekke ut mer informasjon om modellene som vurderes, hvilke erfaringer som er gjort og hvilke funn som er gjort. Dette innebar også en vurdering av studienes metodiske kvalitet, der vi benyttet momenter fra Cochrane-samarbeidets sjekklister for mulige systematiske feil eller skjevheter (risk of bias assessment tool) (8). Vi har identifisert totalt 50 studier fra ulike land som vi har ansett som relevante og innenfor vårt mandat med tanke på type samhandlingsmodell og målgruppe. Disse er presentert i oppsummeringen i kapittel 3.

#### 1.3.2 Intervjuer

Vi har i tillegg til det omfattende litteratursøket, også gjennomført intervjuer med fagpersoner i helsetjenester og arbeids- og velferdsetater, samt forskere med inngående kjennskap til temaet. Vi har intervjuet seks fagpersoner/forskere fra Norge, Sverige, Danmark, Nederland og Storbritannia. Intervjuene ble gjennomført fortløpende gjennom hele prosjektperioden etter identifisering av relevante kontakter. Intervjuene ble gjennomført som samtaler og diskusjoner heller enn formelle intervjuer for å få en dypere innsikt og forståelse for forskningen vi kartlegger, samt å fange opp relevant arbeid i myndighetene og deres inntrykk av forskning og policyarbeid på feltet. Informasjonen som er innhentet gjennom intervjuene er brukt som bakgrunnsinformasjon i arbeidet og presenteres ikke eksplisitt som en del av denne rapporten.

## 2. Oppfølging av sykmeldte i Norge, Sverige, Danmark, Storbritannia og Nederland

*Regelverk og praksis knyttet til sykmelding og oppfølging av sykmeldte varierer mellom land. Inngangsvilkår for sykmelding, dekningsnivå, generøsitet og varighet i ordningen, samt hvilke aktører som er involvert og hvilket oppfølgingsansvar de har, varierer selv mellom de skandinaviske landene, som vi ofte sammenligner oss med. Ordningene i de enkelte land har trolig stor betydning for hvilke samhandlingsmodeller mellom arbeids- og helsetjenesten som er blitt utprøvd og hvilke effekter slike samhandlingsmodeller har. I dette kapitlet oppsummerer vi derfor de mest sentrale elementene i sykefraværsoppfølgingen i Norge og i de fire landene som litteraturen i denne kunnskapsoppsummeringen primært er hentet fra.*

### 2.1 Ordninger i de ulike landene

Forhold rundt de ulike modellene for tjenestesamhandling er viktig for å forstå funnene i studiene vi ser på, og særlig for å vurdere overførbarheten til norsk kontekst. De inkluderte landene i denne rapporten har bygget opp egne systemer for oppfølging av sykmeldte, og utformingen av finansieringsordningene, fordelingen av oppfølgingsansvaret for sykmeldte og innretningen av tjenestetilbudet vil kunne ha stor betydning for hvor godt samhandlingsmodellene fungerer og for hvilke målgrupper. Ulike tjenestetilbud og systemer for sykefraværsoppfølging påvirker både hvem som inngår i populasjonen «sykmeldte», hvem som får ulike diagnoser og hvilke helse- og arbeidsrettede tjenester de ulike gruppene mottar. Videre påvirker fordelingen av finansieringsansvaret for sykefravær incentivene til både arbeidsgiver og arbeidstaker i et sykefraværsløp. Alle disse faktorene vil kunne ha betydning for effektene av spesifikke samhandlingsmodeller og hva som er suksesskriterier og barrierer for implementeringen av modellene. Funnene fra forskningslitteraturen om effekter og suksesskriterier for gitte samhandlingsmodeller må derfor vurderes i lys av de ulike landenes systemer for sykefraværsoppfølging.

I dette kapitlet oppsummerer vi derfor hvordan sykefraværsoppfølgingen og finansieringen av sykefraværet er innrettet i Norge og landene denne kartleggingen primært omfatter. Fra litteratursøket identifiserte vi litteratur fra flere land, men det var i hovedsak forskning fra Sverige, Danmark, Storbritannia og Nederland vi fant litteratur om. Det er derfor relevant å studere sammenlignbarheten til Norge. Vi har gjennomgått en offentlig utredningsrapport og rapporter utarbeidet av forsknings- og utredningsmiljø for å sammenstille overordnede elementer i sykefraværsoppfølgingen i de utvalgte landene. En NOU 2021:2 sammenligner internasjonale erfaringer om sykefravær, oppfølging og sykepenger opp mot norske forhold (9). SINTEF (10) og Proba (11) har gjennomført komparative analyser av sykefravær i ulike land. I tillegg har Institutt for samfunnsforskning ved NTNU har gjort internasjonale sammenligninger av inntektssikringsystemene (12). Beskrivelsene i dette kapitlet er basert på disse kildene. Vi trekker frem kjennetegn ved oppfølgingsregimet i hvert land, og informasjonen som kommer frem i teksten og Tabell 2-1 ligger som grunnlag for drøfting og anbefalinger som gjøres i kapittel 4. Beskrivelsene fanger ikke opp eventuelle endringer som kan ha blitt gjennomført i forbindelse med koronasituasjonen i 2020.

**Tabell 2-1: Nøkkelfaktorer i sykefraværsordningen i de utvalgte landene**

	Norge	Sverige	Danmark	Storbritannia	Nederland
Arbeidsgiverperiode	16 kalenderdager	2-14 kalenderdager	30 dager	4 dager – 28 uker	2 år
Kompensasjonsgrad	100 %	80 %	De fleste har full lønn	Fast sum på £ 92,05 per uke <sup>4</sup>	70 %
Varighet	52 uker	Ingen tidsbegrensning <sup>5</sup>	22 uker ila 9 mnd <sup>6</sup>	28 uker <sup>7</sup>	2 år
Nødvendig med sykmelding fra lege?	Ja, kreves etter 3 dager <sup>8</sup>	Ja, kreves etter 6/8 dager	Nei, men arbeidsgiver kan kreve etter 3 dager	Ja, kreves etter 8 dager	Nei
Hovedansvar for sykefraværsoppfølging	Arbeidsgiver/ trygdemyndigheter	Arbeidsgiver/ trygdemyndigheter	Jobbsenter i kommune	Arbeidsgiver <sup>9</sup> og offentlig ansettelsesbyrå	Arbeidsgiver

Kilde: Informasjon innhentet fra referansene (9, 10) og sammenstilt i tabell av Oslo Economics.

## 2.2 Norge

Norge er det eneste landet med en offentlig sykelønnsordning som garanterer 100 prosent lønnskompensasjon fra første fraværsdag til alle arbeidstakere med en varighet på ett år. I den norske sykepengeordningen har den enkelte arbeidsgiver hovedansvaret for lønnsutbetalinger de første 16 dagene av et sykefravær. Deretter overtar folketrygden og yter sykepenger som kompenserer for lønnsutgifter opp til et tak på 6 G. Personer som har vært sykmeldt i over 52 uker og fortsatt er syk og ikke kan gjenoppta fullt arbeid, har krav på trygdeytelser videre i form av arbeidsavklaringspenger. Arbeidsavklaringspenger skal sikre inntekt til personer selv om de har fått en sykdom eller skade som fører til nedsatt arbeidsevne.

Gjennom folketrygden bærer det offentlige en betydelig del av de økonomiske konsekvensene av et langtidsfravær. Det reduserer arbeidsgivers kostnader ved sykefravær, og kan gjøre at det blir lettere for arbeidsgivere å ta sjansen på å ansette personer til tross for at de vurderes som å ha høy risiko for sykefravær. En slik innretning av finansieringsordningen innebærer en mulighet for at incentiver til forebyggingsarbeid og til arbeid for retur til arbeid ved langtidssykefravær, blir svakere da arbeidsgiver ikke bærer de fulle kostnadene av fraværet.

Det er flere aktører i sykefraværsoppfølgingen som skal bidra til at den sykmeldte kommer raskest mulig tilbake i arbeid. De involverte aktørene i oppfølging av sykmeldte er arbeidsgiver, sykmelder (helsetjenesten) og NAV, i tillegg til bedriftshelsetjenesten og tillitsvalgt/verneombud der de kobles på. Arbeidsgiver har hovedansvaret for å gjøre tilpasninger på arbeidsplassen og følge opp arbeidstakere som er sykmeldt. De skal utarbeide en oppfølgingsplan innen fire uker og sende denne til sykmelder og til NAV. Innen syv uker skal arbeidstaker kalle inn til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen. Ved åtte ukers sykefravær skal NAV kontrollere at sykmeldte oppfyller kravet om deltakelse i arbeidsrettet aktivitet. Dersom dette ikke er tilfelle, og sykmeldte ikke

<sup>4</sup> 2019-satser for offentlig sosialforsikring for sykelønn, Statutory Sick Pay (SSP). Den faste summen gir en brutto kompensasjonsrate på 7 % av tidligere inntekt for en gjennomsnittsarbeider.

<sup>5</sup> Ytelsen reduseres normalt etter 1 års fravær

<sup>6</sup> Sykepengeperioden kan forlenges ved igangsatt aktiverings-/rehabiliteringstiltak.

<sup>7</sup> Statutory Sick Pay (SSP) er en offentlig sosialforsikring, mens Occupational Sick Pay (OSP) er sykeforsikring i regi av bedriften.

<sup>8</sup> Sykmelding fra lege er nødvendig etter 8 dager for bedrifter som tar del i avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)

<sup>9</sup> Gjennom SSP eller OSP for arbeidsgiver og Employment and Support Allowance (ESA) for offentlig ansettelsesbyrå

har fått fritak fra aktivitetskravet, kan NAV stoppe utbetalingen av sykepenger. Ved seks måneders sykefravær skal NAV innkalle til et dialogmøte 2, der arbeidsgiver er pliktet til å delta dersom de innkalles. Et tredje dialogmøte kan avholdes dersom det anses som nødvendig.

## 2.3 Sverige

Den offentlige sykepengeordningen gir rett til sykepenger etter én karensdag og med en kompensasjon som tilsvarer 80 prosent av vanlig lønn. De første 14 dagene er det arbeidsgiver som har ansvar for å betale sykepenger. Etter arbeidsgiverperioden (to uker) mottar personer sykepenger fra staten ved Försäkringskassan, som er skattefinansiert. Selv om det ordinære sykepengeforløpet er ferdig etter 52 uker, kan sykepenger utbetales på ubestemt tid ved alvorlig eller vedvarende sykdom, men beløpet vil reduseres etter ett år til 75 prosent av tidligere lønn.

Behovet for sykepenger skal vurderes underveis på gitte intervaller, som omtales som «rehabiliteringskjeden». Arbeidsgivere skal senest på dag 30 av sykmeldingen opprette en obligatorisk rehabiliteringsplan hvor arbeidsgiver samarbeider med trygdemyndighetene. Bedriftshelsetjeneste kan kobles ved behov.

Rehabiliteringskjeden innebærer en tett kobling mellom vurdering av retten til sykepenger og den sykmeldtes arbeidsevne. Slik rehabiliteringskjeden er utformet blir vilkåret for rett til sykepenger strengere utover i perioden. De første 90 dagene er det eneste kriteriet at personen ikke er i stand til å utføre sitt alminnelige arbeid. Frem til dag 180 kan den sykmeldte få sykepenger hvis vanlig arbeid eller annet arbeid som arbeidsgiver tilbyr ikke kan utføres. Ved behov kan det tilbys arbeidsrettede tiltak som en del av dette samarbeidet. Frem til dag 365 har den sykmeldte rett til sykepenger hvis de ikke kan utføre noe arbeid på det ordinære arbeidsmarkedet. For personer som antas å ikke kunne returnere til arbeid, vil overgang til uføreytelsene vurderes.

## 2.4 Danmark

Danmark har en obligatorisk offentlig sykepengeordning i kombinasjon med lovfestede eller tariffestede sykelønnsordninger for ulike kategorier av ansatte. Den vanlige, obligatoriske sykepengeordningen gir full kompensasjon opp til et ytelsestak som samsvarer med ytelsestaket i arbeidsledighetstrygden. De supplerende ordningene dekker som oftest en kortere periode enn den obligatoriske sykepengeordningen, og gir i hovedsak rett til full lønn i den perioden de mottas. De første 30 dagene av et sykefravær betales sykepengene av arbeidsgiver, mens kommunen overtar finansingsansvaret etter dette. For samme periode mottar sykmeldte uten rett til lønn eller sykepenger fra arbeidsgiver, sykepenger av kommunene. For arbeidstaker som har rett til full lønn under sykdom betaler arbeidsgiver differansen mellom sykepenger og sykelønn for hele perioden som det utbetales sykelønn. Danske arbeidsgivere har dermed et betydelig større medfinansieringsansvar enn norske arbeidsgivere.

Den sykmeldte har som hovedregel rett på utbetaling av sykepenger fra første fraværskdag, og opp til 22 uker innenfor en ni-måneders periode. Sykepengeperioden kan imidlertid bli forlenget i bestemte tilfeller. I noen tilfeller finner kommunene at det ikke er mulig å forlenge sykepengeperioden, men de anser fortsatt den sykemeldte som ufør på grunn av sykdom. Disse vil gå over på et arbeidsavklaringsforløp der de mottar ressursforløpsytelse på kontanthjelpsnivå uten hensyn på formue eller ektefelle/samboer. Forløpet varer i høyst to år, men det er mulig å inngå flere arbeidsavklaringsforløp hvis kommunene fortsatt anser den sykemeldte som ufør på grunn av sykdom.

Det er kommunene som har ansvar for sykefraværsoppfølging, og i oppfølgingsregimet skal de tilrettelegge for et individuelt og fleksibelt oppfølgingsløp for de som er ute av stand til å arbeide på grunn av sykdom eller skade og som oppfyller visse kriterier. Kommunene skal også koordinere innsatsen til andre aktører, som arbeidsgiver og lege. Selv om denne tilnærmingen fører til at arbeidsgiverbyrden og forebyggingsinsentivene fra arbeidsgivers side er relativt lav, har arbeidsgiver fortsatt et ansvar. De må, sammen med bistand fra jobbsentrene i kommuner, invitere den sykmeldte til et møte etter fire uker for å drøfte situasjonen, i tillegg til at de må utarbeide en plan for retur til arbeid. Etter åtte uker må arbeidsgiver på nytt gjøre en vurdering, og ansatte kan be arbeidsgiver om en plan for å bli værende på arbeidsplassen eller jobbsentrene i kommunene kan kreve en medisinsk erklæring. Etter en viss sykefraværperiode (ca. fire måneder) har også arbeidsgiver mulighet til å si opp en ansatt, men sykepengeretten faller ikke bort ved en eventuell oppsigelse.

## 2.5 Storbritannia

I Storbritannia har Department for Work and Pensions ansvaret for regelverket for de offentlige sykepengeordningene, Statutory Sick Pay (SSP) og Employment and Support Allowance (ESA). Arbeidsgiver er forpliktet til å betale SSP (etter visse kriterier) fra 4 dager opp til 28 uker, der arbeidstaker får utbetalt et fast beløp i uken. Samtidig har arbeidsgiver få oppfølgingskrav, sammenlignet med de nordiske landene, fordi arbeidsgiver kan bære en stor kostnad forbundet med sykefravær.

Noen virksomheter har ordninger med Occupational Sick Pay (OSP) i hele eller deler av 28-ukers perioden. OSP gir bedre ordninger til de ansatte ved sykefravær sammenlignet med den offentlige sosialforsikringen, SSP, som gir et lavt kompensasjonsnivå. Ordningen med OSP varierer med ulike arbeidsgivere, og kan også variere internt i den enkelte bedrift og mellom stillinger. En del av de største arbeidsgiverne med OSP har også avtaler med bedriftshelsetjeneste, veiledere eller helsesentre om sykefraværsoppfølging.

ESA gis til personer som har fått nedsatt arbeidsevne som følge av sykdom eller skade, og gis til både ansatte (som ikke har krav på SSP eller har brukt opp sine rettigheter for SSP), selvstendig næringsdrivende og arbeidsledige. ESA administreres og utbetales av Jobcentre Plus. Mottakere deles i to grupper etter hvor syke de er. For mottakere med en viss arbeidsevne er det aktivitetskrav knyttet til ytelsen, samt krav om at mottaker møter til samtaler med saksbehandleren. De som vurderes å ikke ha nedsatt arbeidsevne vil bli bedt om å søke arbeidsledighetstrygd gjennom Jobseeker's Allowance (JSA).

Etter syv kalenderdagers fravær fra arbeid kan arbeidsgiver kreve medisinsk sykmelding. Arbeidstaker er da pliktig til å fremskaffe medisinsk sertifisering for sykefraværet, også kalt «fit note». «Fit note» er en offisiell medisinsk vurdering fra lege om en persons arbeidsevne, der hensikten er å vurdere hvorvidt arbeidstakeren kan være i stand til å arbeide eller ikke er i stand til å arbeide. Hvis arbeidsevnen er vurdert som egnet, kan legen komme med anbefalinger til hvordan arbeidsgiver kan støtte arbeidstaker i prosessen mot retur til arbeid. Mer spesifikt kan legen beskrive hvilken mengde og type arbeid som kan være relevant å tilrettelegge for, eksempelvis gjennom gradert tilbakevending, fleksibelt arbeid, nye og/eller endrede arbeidsoppgaver og arbeidsmønster. Hvis det ikke er mulig for arbeidsgiveren å gjennomføre de anbefalte punktene vil «fit note» endres fra «might be fit for work» til «not fit for work».

## 2.6 Nederland

Systemet for kompensasjon til syke i Nederland er todelt, der de som har et ansettelsesforhold får lønn fra arbeidsgiveren under sykdom, mens de som ikke har et ansettelsesforhold har rett til sykepenger fra staten. Sykepenger finansieres fullt og helt som et lovpålegg av arbeidsgiver i to år. Ytelsen skal utgjøre 70 prosent av tidligere lønn. De fleste tariffavtaler øker dette til 100 prosent første år og 70 prosent andre år. Etter de to årene vil den sykmeldte vanligvis søke uførepensjon, men arbeidsgiver kan også pålegges å betale for et tredje år hvis de i løpet av to-års perioden ikke kan vise til at de har gjort alle relevante tiltak for å muliggjøre retur til arbeid.

Nederland har, sammenlignet med de andre landene, et mer omfattende regime for oppfølging hvor arbeidsgiver har et stort ansvar. Sykelønnsordningene er organisert for å gi insentiver til forebygging av sykefravær. Fordi arbeidsgiver har ansvar for lønn under sykdom og å sørge for rehabilitering, er også ansvar og insentiver fortrinnsvis knyttet til virksomhet/ arbeidsgiver.

Etter seks ukers sykmelding er arbeidsgiver pliktig til å kontakte en sertifisert bedriftslege med spesialisert kompetanse på å omsette medisinske diagnoser til arbeidsevne. Bedriftslegen kan være tilknyttet egen bedriftshelsetjeneste eller arbeidsgiver kan kjøpe bedriftshelsetjenester ved behov. Bedriftslegen har ansvar for å avgjøre om det er behov for sykmelding og å delta i utforming av eventuelle tilpasninger i arbeidet og på arbeidsplassen. Det gjøres fortløpende vurderinger etter hvert som situasjonen endres. Innen åtte uker må arbeidsgiver og den sykmeldte utarbeide en plan for at den ansatte skal komme tilbake i arbeid, som inkluderer tilretteleggingstiltak og plan for friskmelding. Hvis det ikke er noen passende jobber ved nåværende arbeidsplass, er arbeidsgiver forpliktet til å kjøpe tjenester fra en privat leverandør for hjelp til å finne en annen jobb.

### 3. Modeller for tjenestesamhandling mellom arbeids/velferds- og helsetjenester for å forebygge/reducere sykefravær

Det finnes ulike modeller for samhandling mellom arbeidssektoren og helsesektoren som har som formål å forebygge sykefravær og styrke deltakelse i arbeidslivet for personer med lettere til moderate psykiske plager og/eller muskel- og skjelettplager. Vi har identifisert og inkludert 50 studier om slike samhandlingsmodeller fra andre land, som vi har klassifisert i fem overordnede modelltyper. Det er stor variasjon i utformingen av disse modellene, både når det gjelder innretning av modell, på hvilken måte bistand og koordinering av samhandling mellom tjenesteområdene foregår, hvilke typer sykefravær som støttes, målgruppe for modellen og det institusjonelle rammeverket rundt modellene. I dette kapitlet oppsummerer vi disse studiene.

#### 3.1 Fem ulike modelltyper

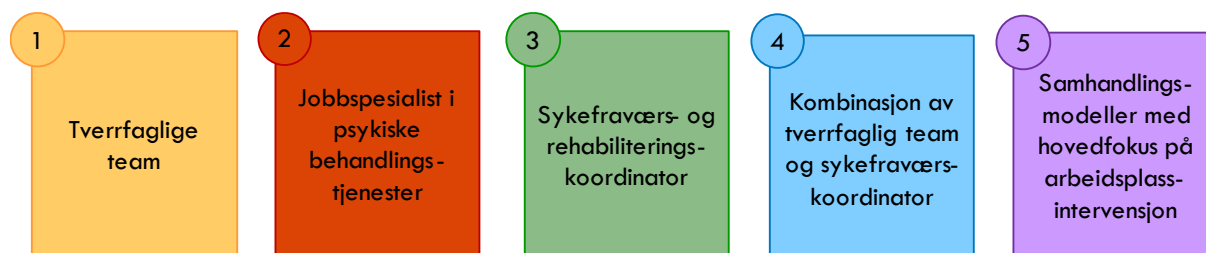
I dette kapitlet oppsummerer vi forskning på modeller for samhandling mellom arbeid og helse som vi har identifisert gjennom litteratursøket. Vi har hatt en åpen tilnærming til modellbegrepet, slik at vi har kunnet fange opp relevant forskning på samhandlingsmodeller, som varierer i type tjenester, metoder, tiltak og samhandlingsformer. Gjennomgangen bygger på forskning fra ulike land som vi har delt inn i fem modeller. Enkelte studier i gjennomgangen er ikke evaluert med hensyn til måloppnåelse, men disse modellene er inkludert for å få en bedre oversikt over hvordan implementeringen har foregått og hvilke erfaringer aktørene har fra samarbeidet.

Vi har identifisert og inkludert 50 studier. Vi fant mest relevant litteratur fra Sverige, Danmark, Nederland og Storbritannia. I gjennomgangen fant vi også enkelte studier fra Canada og Tyskland, i tillegg til en kunnskapsoppsummering av forskning fra ulike land. En rekke studier er gjennomført som randomiserte kontrollerte studier. Andre studier er kontrollerte eksperimentelle studier, studier med et evalueringsdesign, eller kvalitative studier basert på fokusgrupper, intervjuer, spørreundersøkelser eller annet. I tillegg fant vi en økonomisk evaluering, en observasjonsstudie, to kunnskapsoppsummeringer og en kohortstudie. Til sammen fant vi:

- 21 studier fra Sverige
- 15 studier fra Danmark
- 6 studier fra Nederland
- 4 studier fra Storbritannia
- 2 studier fra Canada
- 1 studie fra Tyskland
- 1 kunnskapsoppsummering med forskning fra ulike land

Vi har systematisert studiene i fem hovedtyper av samhandlingsmodeller mellom arbeid og helse (Figur 3-1). I resten av kapitlet beskriver vi studiene i de ulike modelltypene: 1) tverrfaglige team, 2) jobbspesialist i psykiske behandlingstjenester, 3) sykefraværs- og rehabiliteringskoordinator, 4) kombinasjon av tverrfaglig team og sykefraværskoordinator og 5) samhandlingsmodeller med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon.

Figur 3-1: Oversikt over de fem modelltypene



Modellene varierer når det gjelder innretning, hvordan bistand og koordinering av samhandling skjer og det institusjonelle rammeverket rundt modellene. Kilde: Studier gjennomgått i litteraturgjennomgangen, sammenstilt under modelltyper av Oslo Economics.

## 3.2 Modell 1: Tverrfaglige team

Det er et bredt forskningsgrunnlag fra andre land, som undersøker effektene av å benytte ulike tverrfaglige team i sykefraværsoppfølgingen. I litteraturen er det er variasjon i hvordan de tverrfaglige teamene er organisert og innrettet, herunder hvilke typer fagprofesjoner som er inkludert, grad av samarbeid, lokalisering, målgruppe og når i et sykefraværsløp deltakere tas inn, samt hvilke aktiviteter som gjennomføres. De tverrfaglige teamene består av aktører fra ulike deler av helsetjenesten (for eksempel lege, fysioterapeut, psykolog, spesialleger, ergoterapeuter) og aktører fra arbeids- og velferdsetater (saksbehandler, sykefraværsvæileder eller jobbrådgiver).

En rekke studier undersøker effektene av utprøvinger av definerte modeller der tverrfaglige team inngår. Dette er blant annet CTWR, IBBIS, og TEAM. Andre studier undersøker enkeltutprøvinger av tverrfaglige intervensjoner eller kombinasjoner av ulike tiltak i en intervensjon. I det følgende presenterer vi forskning som undersøker effekter av ulike definerte modeller med tverrfaglig team, før vi presenterer forskning på andre typer utprøvinger.

### 3.2.1 Coordinated and Tailored Work Rehabilitation (CTWR)

I Danmark har det blitt utført en utprøving av en koordinert og skreddersydd arbeidsrehabilitering for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, som har vært sykmeldt mellom fire og tolv uker (CTWR) (13). Utprøvingen innebar at et tverrfaglig team samarbeidet om å gjennomføre en arbeidsevne-screening, hvor det blant annet ble identifisert barrierer for retur til arbeid. Med utgangspunkt i screeningen utviklet teamet en plan for retur til arbeid med fokus på aktivitet, som inkluderer aktiviteter rettet mot sykmeldte, aktiviteter rettet mot arbeidsplassen, som for eksempel arbeidsutprøving, og aktiviteter rettet mot barrierer i miljøet. Planen ble oppdatert hyppig og tilpasset ny informasjon i saken. Det tverrfaglige teamet bestod av bedriftslege, bedriftsfysioterapeut, kiropraktor, psykolog og en sosialarbeider. Sosialarbeideren hadde rollen som en administrativ saksbehandler som holdt kontakt med arbeidsplass og den kommunale arbeids- og velferdsetaten. Intervensjonen varte i tre måneder. Studien er gjennomført som en randomisert kontrollert studie og sammenligner CTWR med konvensjonell kommunal behandling, som ikke beskrives nærmere i studien. Resultatene viser at antall kumulative sykefraværstimer var signifikant lavere i behandlingsgruppen 0-6 måneder etter, 6-12 måneder etter og gjennom hele oppfølgingsperioden sammenlignet med kontrollgruppen. Gjennom hele oppfølgingsperioden hadde behandlingsgruppen totalt 656,6 kumulative sykefraværstimer, og kontrollgruppen hadde 997,3. Etter ett år var 78 prosent av deltakere i behandlingsgruppen tilbake i arbeid, sammenlignet med 62 prosent i kontrollgruppen. Deltakerne i studien rapporterte om at intervensjonen bidro til at de fikk delta i diskusjoner, støtte fra veileder og nødvendige tilpasninger på arbeidsplassen. Dette ble trukket frem som positive faktorer for retur til arbeid, men det er ikke undersøkt om det er en kausal effekt. Det ble også gjennomført en økonomisk evaluering som viste at totale kostnader som ble spart inn for intervensjonsdeltakerne sammenlignet med kontrollgruppen, var USD 1 366 per person ved 6 måneder oppfølging og USD 10 666 per person ved 12 måneder oppfølging. Det metodiske designet i studien har en begrensning ved at utvalgsstørrelsen er liten (N=113).

CTWR har også blitt utprøvd for mennesker med psykiske lidelser med sykmelding i maks åtte uker (14). Denne utprøvingen var et samarbeid mellom kommunale jobbsentre og et privat selskap med spesialisering i koordinert og tilrettelagt arbeidsrehabilitering. Intervensjonen varte i tolv uker. Kommunale jobbsentre rekrutterte pasienter, mens det private selskapet stod for etableringen av et tverrfaglig intervensjonsteam og gjennomføringen av intervensjonen. Intervensjonen inkluderte en screening av arbeidsevne gjennomført av et tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av arbeidspsykolog, fysioterapeut, psykolog og sosialarbeider. Screeningens fokus var på å vurdere funksjonsevne og identifisere barrierer og ressurser relatert til retur til arbeid. Videre ble det utformet en plan for RTW som inkluderte aktiviteter for å overkomme barrierer og styrke ressurser. Denne aktivitetsplanen ble tilpasset underveis. Intervensjonen ble ikke avsluttet dersom sykmeldte returnerte til arbeid, og de som returnerte til arbeid i perioden kunne fortsatt få støtte fra det tverrfaglige teamet. Studien ble gjennomført basert på et kvasi-eksperimentelt design, der 168 deltakere ble fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Kontrollgruppen mottok konvensjonell behandling som innebar oppfølging fra det kommunale sykefraværskontoret. Dette inkluderte et intervju innen åtte uker, vurdering av prognosen for retur til arbeid, oppfølging regelmessig, arbeidsrettede tiltak og behandling fra fastlege. Studien fant at flere av deltakerne i intervensjonen fortsatt mottok sykefraværstrygd etter ett år, sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok konvensjonell behandling (35 prosent i behandlingsgruppen, sammenlignet med 21 prosent i kontrollgruppen). Intervensjonen hadde altså en negativ effekt på retur til arbeid. I gjennomføringen av intervensjonen oppstod det en venteliste, som medførte at deltakere kunne måtte vente i opptil tre uker mellom rekruttering og intervensjon. Dette kan ha påvirket resultatene. I tillegg kan anerkjennelse av den psykiske lidelsen til deltaker ha ført til

legitimitet til å fortsette å være sykmeldt, og dermed utsette retur til arbeid. Videre kan noen typer medisinske behandlinger ta tid før det gir effekt, som også utsetter retur til arbeid. Det kan også være at deltakere blir bevisste på at de ønsker å skifte jobb, og dermed bruker tid på dette i stedet for å returnere til arbeidsplassen. Det kommer frem i studien at partene i det tverrfaglige teamet kan ha hatt ulikt fokus i intervensjonen. Sykefraværsviledere hadde fokus på rask tilbakevending, mens det tverrfaglige teamet hadde fokus på stabil tilbakevending. På bakgrunn av råd fra det tverrfaglige teamet kan dermed noen deltakere ha utsatt retur til arbeid. En hypotese er at sterkere involvering av arbeidsplassen kunne ha påvirket resultatene positivt.

En annen kvasi-randomisert studie undersøker effektene av samme intervensjon to år etter for de samme deltakerne (15). Deltakerne i intervensjonsgruppen hadde større samlet sykefraværperiode enn kontrollgruppen etter to år (gjennomsnittlig forskjell på 36 dager). I behandlingsgruppen var 52 prosent av deltakerne tilbake i arbeid hos tidligere arbeidsgiver, sammenlignet med 69 prosent i kontrollgruppen. Studien konkluderer med at intervensjonen ikke er gunstig for å sikre stabil tilbakeføring til arbeid eller for å redusere sykefraværet, sammenlignet med normal innsats. Studien peker på at deltakernes mulighet til å reflektere rundt sin egen jobbsituasjon kan ha gjort dem oppmerksomme på at de heller ønsker å skifte jobb, enn å bli værende i den jobben de har. Dette kan ha ført til en overgangperiode med arbeidsledighet. Studien undersøker kun retur til opprinnelig arbeidsgiver, noe som kan forklare hvorfor studien ikke fant positive effekter på tilbakevending til arbeid. Å bytte arbeidsplass kan imidlertid være helsefremmende på sikt, til tross for en kort periode med arbeidsledighet. Studien undersøkte ikke om deltakere byttet jobb. Sykefraværregelverket forbød imidlertid deltakere å aktivt søke jobb ved mottak av ytelser. Sånn sett kan det forventes at retur til arbeid i form av ny arbeidsgiver vil gjenspeiles i en periode med arbeidsledighet etterfulgt av sysselsetting, men dette kunne ikke påvises i studien.

### **3.2.2 Integrated Health Care and Vocational Rehabilitation for Sick-Leave Benefit Recipients (IBBIS)**

En nylig publisert dansk studie undersøker effekten av en IBBIS-intervensjon for sykmeldte med psykiske lidelser som har vært sykmeldt over fire uker (16). Dette er en intervensjon som integrerer beste praksis av psykisk helsehjelp med beste praksis av arbeidsrettet rehabilitering. Intervensjonen tok sikte på tidlig intervensjon, og inkluderte minst ett fysisk møte med omsorgsleder og arbeidskonsulent, der det ble lagt en felles plan. Alle teammedlemmer var lokalisert på samme sted. De fikk felles opplæring og regelmessig oppfølging, men det fremkommer ikke av studien hvem som gjennomførte opplæringen og oppfølgingen av teamet. Arbeidsrettet rehabilitering innebar tett oppfølging i arbeidssøkningsprosesser og veiledning til jobbintervjuer, problemløsning og håndtering av arbeid og sykdom. Psykisk helsehjelp innebar helsehjelp i henhold til retningslinjene fra UK National Institute for Health and Care Excellence. Helsehjelpen ble gjennomført av saksbehandlere som stort sett var sykepleiere trent til studiens formål og med tidligere erfaring med psykisk helsehjelp. I den randomiserte kontrollerte studien ble 631 deltakere randomisert til enten IBBIS-intervensjonen, behandling som vanlig eller forbedret psykisk helsevern. De to sistnevnte innebar standard arbeidsrettet rehabilitering og psykisk helsehjelp uten at tjenestene var integrert. Resultatene viser at en høyere andel i behandlingsgruppen har kommet i arbeid etter ett år sammenlignet med de to sammenligningsgruppene, herunder 56,2 prosent i behandlingsgruppen, 43,7 prosent i gruppen som mottok forbedret psykisk helsevern og 45 prosent i gruppen som mottok standard arbeidsrettet behandling. Det var ingen forskjell i lengde på sykefraværet eller symptomnivå. Studien finner at intervensjonen kan ha positive virkninger på retur til arbeid, men den kliniske betydningen av helsefordelen er tvilsom. Det løftes også frem at utilstrekkelig implementering av intervensjonen kan ha vært en barriere for at ikke flere deltakere i behandlingsgruppen returnerte til arbeid. For enkelte kan det for eksempel ha vært mangel på tilstrekkelig kontakt med arbeidsplassen og arbeidsutprøving ved gradert sykmelding, samt manglende fokus på arbeidsevne og arbeidsrettede mål i helsebehandlingen. Videre drøftes det at det ikke nødvendigvis er slik at raskest mulig tilbakevending til arbeid er det beste, fordi dette kan innebære høyere grad av tilbakefall.

### **3.2.3 Multidisciplinary assessments and individual rehabilitation interventions (TEAM)**

I Sverige har det blitt utviklet og utprøvd en intervensjon kalt TEAM rettet mot langtidssykmeldte kvinner med psykiske lidelser eller smertesykdom (17). Deltakerne i studien hadde gjennomsnittlig sykefraværslengde på 7,5 år. Intervensjonen besto av et tverrfaglig team som alle vurderte symptomer og funksjonsevne hos pasienten i et individuelt møte. Teamet bestod av en lege, psykolog, ergoterapeut og sosialarbeider. Teamet hadde deretter ukentlige gruppemøter og utarbeidet en individuell rehabiliteringsplan med fortløpende oppfølging. I tillegg møtte sykmeldte sin saksbehandler på sykefraværskontoret. Det var et formål å etablere felles mål for alle involverte parter. I en randomisert kontrollert studie av 308 deltakere sammenlignes TEAM med Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og en kontrollgruppe som fikk standard behandling. ACT bestod av kognitiv atferdsterapi og mindfulness-strategier, mens standard behandling ikke er nærmere beskrevet. Resultatene viser at etter 12 måneder var det ingen signifikant forskjell i andelen deltakere som har returnert til arbeid mellom



noen av gruppene. Retur til arbeid blir her målt som andelen som mottar helseforsikring og antall sykedager. Deltakerne i TEAM hadde imidlertid betydelig flere egenrapporterte arbeidstimer i uken enn kontrollgruppedeltakerne (16,1 prosent høyere enn i kontrollgruppen). Studien konkluderer med at en tverrfaglig tilnærming kan være positivt for langtidssykmeldte. Muligheten til å vurdere sykmeldtes situasjon fra ulike faglige perspektiver anses som en fleksibel tilnærming som kan være positivt for retur til arbeid. Studien inkluderer ikke arbeidsrettet intervensjon, men det fremheves at det kan være en god idé å inkludere dette i prosessen.

Det er flere studier som undersøker effekten av TEAM. En svensk studie undersøker effekten av en TEAM-intervensjon for langtidssykmeldte med psykisk sykdom og/eller kroniske smerter (18). Deltakerne hadde gjennomsnittlig sykefraværsvårighet på 7,7 år. Det tverrfaglige teamet bestod av psykolog, lege, ergoterapeut og sosialarbeider. De vurderte sykmeldtes ressurser/styrker og barrierer for å returnere til arbeid, og la en plan for retur til arbeid basert på dette. Deretter møttes teamet jevnlig for å tilpasse planen. Møtene med pasienten foregikk på en klinikk, hjemme på jobb eller andre steder. I tillegg hadde alle pasientene møter med sykefraværsviledere for å gå gjennom rehabiliteringsplanen. Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie der behandlingsgruppen ble sammenlignet med en gruppe som mottok ACT og en kontrollgruppe. Til sammen 427 deltakere ble inkludert i studien. Gruppen som mottok ACT, fikk psykologisk behandling gjennom kognitiv atferdsterapi og aksept- og mindfulness-strategier. Kontrollgruppen mottok ingen behandling i intervensjonen, men kunne motta vanlig behandling fra helsetjenesten og bistand fra sykefraværskontor. Resultatene viser at etter ett år hadde en større andel i intervensjonsgruppen kommet i arbeid sammenlignet med ACT og kontrollgruppen (31,3 prosent mot 17,9 og 16 prosent). Studien indikerer at bruk av tverrfaglige team kan være særlig nyttig i oppfølgingen av langtidssykmeldte, fordi denne gruppen kan ha en svakere arbeidsmarkedstilknytning og dermed et mer sammensatt behov for bistand fra flerfaglige instanser. Det kan imidlertid være vanskelig å koordinere et team med mange ulike profesjoner. En svakhet ved studien er at utfall var basert på selvrapportert informasjon, og ikke faktiske data om retur til arbeid.

### 3.2.4 Lokale utprøvinger finansiert av «Lagen om Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser» (Finsam)

Finsam er en finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellom den svenske arbeidsformidlingen, forsikringskassen, kommuner og regioner. Aktørene bestemmer hvordan samarbeid skal utformes ut fra lokale behov og forhold. Dette innebærer også finansiell støtte til lokale utprøvinger av prosjekter for rehabilitering. Dette er ofte tiltak med fokus på samlokalisering, utvikling av felles metoder og tilpassede tiltak.

«Samverkan om sjukvårdsförsäkrade» (SAMS) er et prosjekt finansiert av Finsam, som er utprøvd i Malmö (19). Prosjektet rettet seg mot arbeidsledige og sykmeldte uten tilstrekkelig rehabiliteringstilbud. Prosjektet innebar utredning og behandling gjennom et institusjonelt samarbeid mellom relevante myndigheter i helsevesenet og arbeidsformidlingen i Sverige. I prosjektet fikk sosialarbeidere økt tilgang til medisinsk kompetanse for å få kvalifisert hjelp til å utrede arbeidsevne, uten at det er spesifisert hva dette innebærer. Erfaringene fra prosjektet tilsier at det ble bedre anledning for å få pasienter ut i relevante arbeidsmarkedstiltak og på sikt arbeid, ved at SAMS-teamet kunne handle mer helhetlig. I begynnelsen av prosjektet var det ikke samarbeid med primærhelsetjenesten, noe som ble ansett som problematisk. Etter hvert ble det opparbeidet kontakt med leger ved helsestasjoner, som bidro til bedre resultater. Som et resultat av prosjektet ble det utviklet en samarbeidsmodell for dybdeundersøkelser og helhetsvurderinger av arbeidsevne og rehabiliteringsbehov basert på SAMS-prosessen. Samarbeid foregikk i et team med representanter for sosialtjenesten, den svenske trygdekassen, arbeidsformidlingen og behandlende leger. Metoden for evalueringen av utprøvingen var fokusgruppetudier og intervjuer, og inkluderte 61 deltakere. Resultatene viser at seks måneder etter innsatsen var nesten 40 prosent av deltakerne selvforsynte, og 30 prosent gjennomgikk rehabilitering. Kvalitative vurderinger tyder på at prosjektmålene ble nådd. Det løftes frem at muligheten for tidlig intervensjon kan forhindre langvarige sykefraværsløp. I dette prosjektet var det mangel på felles struktur, som påvirket implementeringen i negativ retning, noe som kan være en barriere for suksess. Suksessfaktorer som trekkes frem er at behandleren har tilstrekkelig med tid for å hjelpe deltakeren, samt kontinuitet gjennom hele prosessen, høy faglig kvalitet i vurderinger og forståelse for diagnoser og konsekvenser av diagnoser.

Mulighetsmottak er et annet utprøvd prosjekt for samhandling i Malmö, finansiert av Finsam (20). Målgruppen var pasienter med fysiske symptomer, men der det ble mistenkt at det var psykologiske mekanismer. Mulighetsmottak ble etablert på en klinikk, der det var tilgang til psykiater, psykolog/psykoterapeut, fysioterapeut, ergoterapeut, distriktslege og kostholdsveileder. I tillegg var det tilknyttet representanter fra den svenske trygdekassens bemanningsbyrå. Mulighetsmottak blir beskrevet i en deskriptiv studie der 250 pasienter bidro med erfaringer og vurderinger. Studien viser at forsøk på å skille ut denne brukerguppen ikke er hensiktsmessig, men at tett kontakt mellom forsikringskassen og arbeidsformidlingen kan være verdifullt. Det trekkes frem at intervensjoner for denne målgruppen kanskje heller burde fokusere på å håndtere symptomer, i stedet for å fjerne dem. Andre

læringspunkter er at tidlig identifisering av pasienter kan være viktig for senere utfall, og at tverrfaglige team kan være nyttig i sykefraværsoppfølgingen, men at det burde være faste behandlere i teamet som pasienten forholder seg til.

### 3.2.5 Tverrfaglig arbeidsevnevurdering

Enkelte studier undersøker effektene av en intervensjon som innebærer at et tverrfaglig team gjennomfører en arbeidsevnevurdering og tilpasser sykefraværsoppfølgingen etter dette. Ulikt fra andre typer intervensjoner som inkluderer tverrfaglige team, inkluderer disse intervensjonene ingen videre behandling av det tverrfaglige teamet, det er kun effektene av arbeidsevnevurderingen som undersøkes.

En dansk kvasi-randomisert studie undersøker effekten av en slik intervensjon på sykefraværets varighet, og på tiden det tar å komme tilbake i arbeid for nye sykmeldte med psykiske lidelser (21). Gjennom intervensjonen fikk sykmeldte oppfølging som vanlig, i tillegg til vurdering av et tverrfaglig team. Ordinær oppfølging bestod av intervjuer med en saksbehandler innen åtte ukers sykmelding. Saksbehandler vurderte behovet for tiltak. Dette kunne innebære arbeidsutprøving, kurs, opplæring og jobbstøtte. Saksbehandler gjennomførte vurderinger hver fjerde uke for komplekse saker, og hver åttende uke for ikke-komplekse saker. Det ble utformet en plan for retur til arbeid. Mellom første og andre intervju med saksbehandler, ble deltakere vurdert av et team bestående av en jobbsenter-saksbehandler, en psykiater med kompetanse om arbeidsevne og en jobbspesialist. Denne evalueringen innebar et intervju med den sykmeldte utført av behandlingsteamet, hvor det ble lagt en plan for den sykmeldtes returnering tilbake til arbeid. Fokuset var på sosioøkonomisk informasjon og medisinsk informasjon. Studien sammenligner 83 deltakere i behandlingsgruppen mot 99 deltakere i en kontrollgruppe som mottok behandling som vanlig, og finner ingen signifikant forskjell på tiden det tar å returnere til arbeid eller sykefraværsvarighet. Analyser av undergrupper viste at effekt av intervensjonen ikke var avhengig av alder, utdanning eller alvorlighet av psykisk lidelse. Det var en tendens til at saksbehandlere i kontrollgruppen hadde lært om intervensjonen fra behandlingsgruppen, noe som kan ha skapt metodiske utfordringer som kan forklare resultatene.

Effekter av tverrfaglig arbeidsevnevurdering har også blitt undersøkt i Sverige. I en studie undersøkes effekten av en arbeidsevnevurdering gjennomført av et tverrfaglig team, uten faktisk rehabilitering, på retur til arbeid for pasienter med langvarige smerter (22). Studien inkluderte 60 pasienter som hadde vært sykmeldt i 35 måneder i gjennomsnitt. Intervensjonen varte i 1-2 uker og innebar kun en arbeidsevnevurdering. Pasientene ble sendt til et rehabiliteringssenter, og et rehabiliteringsteam vurderte pasientens arbeidsevne. Teamet bestod av spesialist i rehabiliteringsmedisin, fysioterapeut, ergoterapeut og en utdannet sosialarbeider. Psykolog kunne inkluderes på forespørsel. Alle teammedlemmer gjennomførte individuelle evalueringer, men det er usikkert om de hadde individuelle eller felles møter med den sykmeldte. Vurderingen var i tillegg basert på kliniske undersøkelser og testing av fysisk form. Formålet var å identifisere diagnose, prognose, vurdere funksjonsevne, arbeidsevne og anbefale egnet rehabilitering. Teamet brukte rundt 20 timer per pasient. Studien sammenligner sykefraværnivå og aktivitetsnivå før og ett år etter intervensjonen, basert på et spørreskjema til pasientene. Resultatene viser en betydelig reduksjon i sykefraværnivå og et høyere aktivitetsnivå ett år etter intervensjonen, enn før. 40 prosent hadde redusert sykefraværnivået, ved overgang fra fulltids- til deltidssykefravær. Dette kan imidlertid ikke tilskrives effekten av selve intervensjonen, ettersom det ikke ble gjennomført en effektevaluering. Resultatene indikerer likevel at en kort intervensjon som denne kan være nyttig for pasientene.

En annen svensk studie undersøker effekten av et tverrfaglig samarbeid i en arbeidsevnevurdering, gjennomført av et Ressursteam (RT). Målgruppen var sykmeldte med psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser med sykefravær over to måneder, som var i risikogruppen for å være langtidssykmeldt (23). Et ressursteam bestående av lege, saksbehandler, atferdsforsker og fysioterapeut møttes regelmessig og diskuterte den sykmeldtes behov for rehabilitering. Målet var tidlig intervensjon og tilpasset behandling. Det ble gjennomført en observasjonsstudie og en mindre randomisert kontrollert studie av 50 deltakere. Resultatene indikerer at innsatsen forlenger snarere enn å forkorte lengden på sykefraværet for målgruppen, sammenlignet med en kontrollgruppe (som ikke beskrives nærmere). I gjennomsnitt ble retur til arbeid utsatt med 3 måneder. Mulige barrierer for retur til arbeid kan være at intervensjonen bidro til legitimitet rundt pasientens diagnose, noe som kan forverre situasjonen. Det var legen som tok formelle avgjørelser, fordi det tverrfaglige teamet ikke kunne ta noen beslutninger basert på arbeidsevnevurderingen. Det drøftes at leger ofte kan ha rollen som «pasientens advokat», og at de forlenger sykmeldinger unødvendig lenge dersom sykmeldte ønsker dette. Dersom dette er tilfelle, kan retur til arbeid ha blitt utsatt. Resultatene var særlig negative for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, som kan indikere at for denne gruppen kan enklere behandlinger som fysioterapi være mer effektivt. Mer komplekse intervensjoner som denne kan være nyttigere for de med psykiske lidelser.

### 3.2.6 Tverrfaglig rehabilitering for personer med muskel- og skjelettplager

En svensk studie undersøker de økonomiske konsekvensene av et tverrfaglig rehabiliteringsprogram for langtidssykmeldte med vedvarende smerter i muskel og skjelett (24). Studien inkluderte 389 deltakere som hadde vært sykmeldt i 19-22 måneder i gjennomsnitt. Det tverrfaglige programmet bestod av informasjon, utdanning, smertehåndtering, sosial trening, fysisk aktivitet, ergonomi og kognitiv atferdsterapi. Programmet varte i 7,5 timer 5 dager i uken i 8 uker. Hver pasient fikk en individuell plan for tilbakevending til arbeid. Programmet ble gjennomført av et team bestående av lege med spesialisering i arbeidsmedisin og smertehåndtering, en trener, 3 fysioterapeuter, 3 ergoterapeuter, en psykolog, en sosialrådgiver, en sykepleier og en medisinsk sekretær. Studien undersøker de økonomiske konsekvensene av programmet, estimert ved reduksjon i produksjonstap på grunn av sykefravær, sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok behandling som vanlig. Kontrollgruppen mottok kun en tverrfaglig evaluering, men ingen tverrfaglig intervensjon. De økonomiske fordelene ved reduksjon i sykefravær ble sammenlignet med de faktiske kostnadene for programmet. Mengden sykefravær etter ett år ble undersøkt. 63 prosent av deltakerne hadde returnert til arbeid, sammenlignet med 24 prosent i kontrollgruppen. Sammenlignet med kostnadene, viser resultatene at programmet er effektivt når deltakerne har jobbet i omtrent 10 måneder. Eventuelt tilleggsarbeid gir netto nytte.

En annen svensk studie undersøker de langsiktige effektene av et lignende tverrfaglig rehabiliteringsprogram for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser (25). Programmet varte i 4 timer 5 dager i uken i 7 uker. Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet besto av fysioterapeuter (utdannet i ergonomisk og atferdsmedisin), to sykepleiere, en psykolog, en lege (allmennlege), en treningsinstruktør og to sekretærer. Deltakere ble opplært i treningsteori, ergonomi og strategier for å håndtere stress. Livsstil, arbeidsliv og atferd ble også diskutert. Gruppesesjoner ble ledet av ulike team-medlemmer, fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer og en treningsinstruktør. Teamet jobbet sammen og deltakerne hadde møter med team-medlemmene. Deltakere fikk også en individuell rehabiliteringsplan. 54 deltakere ble evaluert gjennom en rekke ulike skalaer ved baseline, etter to år og etter fem år. En sammenligning viser at etter fem år var smertenivået og sykefraværet blant deltakerne redusert. Fulltidssykefravær var redusert med 40,7 prosent. Studien konkluderer med at rehabiliteringsprogrammet så ut til å ha en effekt på deltakernes evne til å håndtere symptomer, og at dette kan være viktig i rehabiliteringsprogrammer som sikter på å øke arbeidsdeltakelsen blant denne målgruppen. De fleste hadde kommet tilbake i jobb og rapporterte om mindre smerter. Det var imidlertid ingen kontrollgruppe i studien, og effektene kan dermed ikke tilskrives intervensjonen.

Effektene av en langsiktig tverrfaglig intervensjon har blitt undersøkt for pasienter med muskel- og skjelettsmerter i en svensk studie (26). I denne intervensjonen bestod det tverrfaglige teamet av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosialrådgiver og/eller psykolog. Legen hadde ansvar for å skrive arbeidsevnevurderingen. Fysioterapeut testet fysisk funksjonsevne og gjennomførte tester, inkludert vurderinger av hvordan fysisk form kan påvirke arbeidsevne. Ergoterapeut gjennomførte intervjuer for å evaluere pasientens evne til å delta i aktiviteter. Sosial veileder vurderte arbeidsrelaterte problemer som forhindret retur til arbeid. Psykolog gjennomførte psykologiske undersøkelser. Programmet varte i 8-10 uker. Studien følger 88 pasienter i 5 eller 10 år, og sammenligner utfall for intervensjonsgruppen med en kontrollgruppe som kun mottok arbeidsevnevurdering gjennomført av et tverrfaglig team. Resultatene tyder på at deltakerne i 5-års-oppfølgingsgruppen var i arbeid i gjennomsnittlig 3,4 år, men deltakerne i kontrollgruppen var i arbeid i 1,5 år. Deltakerne i 10-års-oppfølgingsgruppen var i arbeid i 6,1 år, mens kontrollgruppen jobbet i gjennomsnitt 2,6 år i perioden. Det ble rapportert om redusert smerteintensitet og forbedret funksjonsevne for begge gruppene. Resultatene indikerer at både oppfølging av tverrfaglig team og tverrfaglig arbeidsevnevurdering kan ha gunstige langtidseffekter.

En annen studie så på langtidseffekter av et tverrfaglig samarbeid i rehabiliteringsprogram. Rehabiliteringsprogrammet foregikk ved et rehabiliteringssenter i Nederland, der senteret ble refundert basert på faste priser fra en kombinasjon av diagnosekoder og behandling. Programmet, som gikk over 15 uker, inneholdt kognitiv terapi og trening i tillegg til individuelle sesjoner og gruppesesjoner. Pasienter ble fulgt opp av en rehabiliteringslege, ergoterapeut, sosialarbeider, psykolog og fysioterapeut. Denne studien fant positive langsiktige virkninger på arbeidskapasitet og retur til arbeid blant personer med kroniske muskel- og skjelettplager. Forskergruppen rapporterte effekter to år etter pasienter hadde mottatt multidisiplinært rehabilitering. En signifikant effekt var en økning i arbeidstid blant som de var i arbeid på behandlingstidspunktet. Ved to års oppfølging hadde andelen av de som arbeidet 25 timer eller mer i uken økt fra 16 prosent til 48 prosent. Resultatene må imidlertid tolkes med forsiktighet da studien ikke hadde noen kontrollgruppe (27).

En lignende intervensjon som med et tverrfaglig rehabiliteringsprogram er utprøvd i Tyskland. I likhet med den nederlandske intervensjonen hadde behandlingen også et multidisiplinært fokus i en rehabiliteringsoppfølging for at mennesker med muskel- og skjelettplager skal få bedre arbeidsevne og kunne hyppigere komme tilbake i

arbeid. Behandlingen hadde foregått på forskjellige rehabiliteringssentre og intervensjon inneholdt flere arbeidsrelaterte momenter, herunder arbeidsrelatert trening, gruppetrening, sosial rådgivning og avspenningsmetodikk til forskjell fra vanlig oppfølgingsprogram bestod av fysisk trening. Ved seks måneders oppfølging fant forskerne signifikante effekter blant både de som mottok arbeidsrettet og vanlig rehabiliteringsoppfølging. For personer med særlig nedsatt funksjonsevne bidro intervensjonen til kortere sykefravær. Studien løfter imidlertid frem potensiale for forbedringer i program for rehabiliteringsoppfølging ved å øke fokus på involvering av arbeidsgiver og involvering på arbeidsplass (28).

### 3.2.7 Yrkesrettet rehabiliteringsprogram

Effekten av et tverrfaglig rehabiliteringsprogram har også blitt undersøkt for alle typer sykmeldte i primærhelsetjenesten i en svensk studie, uten videre krav til sykefraværsvareighet (29). Intervensjonen ble gjennomført av et tverrfaglig team bestående av en fysioterapeut, lege, ergoterapeut og sosialarbeider. Det ble først gjennomført en medisinsk undersøkelse av pasienten av alle medlemmene i teamet. Undersøkelsen danner grunnlaget for en individuell vurdering av arbeidsevne. Dette inkluderte en ergonomisk vurdering og identifikasjon av barrierer for RTW. Medisinske behov og arbeidsevne ble diskutert i teamet. Basert på dette ble det utarbeidet et individuelt koordinert arbeidsrettet program. Programmet inkluderte fysisk aktivitet, fysioterapi, arbeidsrettet rehabiliteringsterapi, kognitiv atferdsterapi og stress- og smertehåndtering. Det ble gjennomført regelmessige møter med saksbehandlere og arbeidsplassen, men ingen arbeidsrettede spørsmål ble diskutert. Studien ble gjennomført som en kontrollert studie som sammenligner behandlingsgruppen mot en matchet kontrollgruppe med tilsvarende risiko for å ikke komme tilbake til arbeid. Kontrollgruppen mottok behandling som vanlig fra fastlegen, som ikke utdypes videre i studien. Etter tre år ble det ikke funnet positive signifikante effekter av rehabiliteringsprogrammet på tiden for tilbakevending til arbeid. Resultatene indikerer altså at behandling som vanlig kan være like effektivt. Studien fremhever at tidlig intervensjon kan ha en innlåsningseffekt som forhindrer sykmeldte fra å returnere til arbeid, fordi det legges for mye fokus på rehabilitering, og for lite fokus på å motivere sykmeldte til å returnere til arbeid. I tillegg kan fagprofesjonene i det tverrfaglige teamet ha ulik agenda, som svekker prosessen. Sykmeldte burde være tett involvert i sin egen rehabiliteringsprosess. Det kan tenkes at en standard intervensjon ikke er effektiv for alle pasienter i primærhelsetjenesten, på grunn av en mangfoldig pasientgruppe. Spesifikke intervensjoner rettet mot noen målgrupper kan være bedre for å legge til rette for retur til arbeid.

### 3.2.8 Oppsummering av forskningen

Resultatene fra litteratursøket vårt viser at mange av de tverrfaglige teamene jobber etter definerte metoder og strukturerer, og at det eksisterer en bevissthet rundt hvilke sentrale elementer som legger til rette for godt tverrfaglig samarbeid. Samtidig peker funnene våre på utfordringer knyttet til implementering og etablering av slike strukturer, samt etterlevelse og oppfølgingen av det som er etablert.

En generell oppfatning er at de tverrfaglige teamene har systematiske arbeidsmetoder som de jobber etter, med formål om å få flere tilbake i arbeid. Det er verdt å merke seg at det er betydelige forskjeller mellom intervensjonene med tanke på både omfang, varighet og innretning. Dette gjør en sammenligning på tvers av studiene utfordrende. For eksempel kan team med samme kompetansesammensetning være ulike i hvor omfattende intervensjonen er eller hvilken type tiltak som gis. Det er dermed ulike faktorer som kan fremme og hemme samhandling i de ulike utprøvingene. Dette vil trolig også henge sammen med virkninger og effekter av intervensjonen.

Det fremkommer fra flere studier at en barriere for samhandling er at teamene mangler en felles struktur i implementeringen for å kunne integrere intervensjonen på en best mulig måte (16), (19). Noen viktige suksessfaktorer som trekkes frem for å få til en god integrasjon er tilstrekkelig tid, kontinuitet i behandlingsforløpet, høy faglig kvalitet i vurderinger og forståelse for diagnoser og tilhørende konsekvenser.

En annen faktor som ser ut til å påvirke hvor godt samhandlingen fungerer, er hvilken agenda de ulike profesjonene i teamet har for oppfølgingsplanen. I noen team har de ulike profesjonene hatt forskjellige mål og ulikt fokus på retur til arbeid, og ulike holdninger og vurderinger i teamet har ført til forskjellige signaler i kommunikasjon med den sykmeldte (14, 29). For eksempel kan sykefraværsviledere eller andre ansatte i arbeids- og velferdsetaten ha fokus på rask retur til arbeid, mens resten av det tverrfaglige teamet kan ha fokus på stabil retur til arbeid (14). Et annet aspekt, som ser ut til å påvirke i hvor stor grad sykmeldte returnerte til arbeid, er hvor stort fokus i oppfølgingsplanen som er knyttet til rehabilitering. Det er en tendens til at et stort fokus på medisinsk rehabilitering fremfor motivasjon for å returnere til arbeid, og mangel på kontakt med arbeidsplass, kan ha innlåsningseffekter som også forhindrer retur til arbeid (16, 29).

Funn tyder på at det er positive virkninger av at teamet er lokalisert på samme sted. Det var blant annet knyttet til etablering av en felles forståelse, ved at teamet deltok på felles opplæring og fikk regelmessig oppfølging og tilgang til støttefunksjoner. I tillegg til samlokalisering, trekkes fokus på deltakende tilnærming frem som viktig for et godt samarbeid. Tilrettelegging for en deltakende tilnærming kan være en viktig faktor for å sikre god implementering av intervensjonen. Det kan innebære å ha tilstrekkelig kontakt med arbeidsplassen og arbeidsutprøving, samt fokus på arbeidsevne og arbeidsrettede mål i behandlingen (16).

I forlengelsen av en deltakende tilnærming trekker noen studier i retning av at involvering av arbeidsgiver og tilpasning på arbeidsplass bidrar til økt arbeidsdeltakelse. Det er særlig det sekundærforebyggende aspektet med tilrettelegging på arbeidsplass og tidlig involvering av rehabiliteringsteam, som kan bidra til å forhindre langvarige sykefraværsløp (28, 30).

Enkelte randomiserte kontrollerte studier finner at bruk av tverrfaglige team kan bidra til økt deltakelse i arbeidslivet. Dette er studier der målgruppen både er sykmeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Effektene i de studiene vi har sett på er imidlertid kortvarige (innenfor ett år), og det er dermed vanskelig å si noe om langtidseffektene på retur til arbeid. Videre har mange av studiene lav metodisk kvalitet, for eksempel i form av mangel på kontrollgruppe, utvalgsskjevheter eller ikke-signifikante statistiske forskjeller (25, 26). Enkelte studier viser negative effekter på retur til nåværende arbeid som følge av tverrfaglig intervensjon (13-15). Det pekes på at dette kan skyldes kapasitetsutfordringer i gjennomføring av intervensjonen, som medførte lang ventetid. Videre kan intervensjonen ha bidratt til økt selvinnsikt og refleksjon rundt sykmeldtes jobbsituasjon, som har ført til at sykmeldte ble oppmerksomme på at de ønsket å bytte arbeid heller enn å komme tilbake til nåværende arbeidsplass. Til tross for at disse utilsiktede virkningene på kort sikt bidrar til at flere personer er midlertidig uten arbeid, kan det å bytte til en mer tilpasset arbeidsplass være gunstig for både den enkelte og samfunnet over tid.

Noen funn i studier indikerer at både oppfølging av tverrfaglig team og tverrfaglig arbeidsevnevurdering kan ha gunstige langtidseffekter på rehabiliteringen (13, 14, 22). En tverrfaglig tilnærming kan dermed bidra positivt fordi ulike perspektiver i oppfølgingen gir en fleksibel arbeidstilnærming, men det burde likevel være et fast kjerneteam (20). Dette er særlig nyttig i oppfølgingen av langtidssykmeldte da disse ofte har en svakere arbeidsmarkedstilknytning og et mer sammensatt behov for bistand fra flerfaglige instanser (17, 18). Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom hvorvidt den sykmeldte kommer tilbake i arbeid som følge av den tverrfaglige intervensjonen eller fordi symptomer gradvis reduseres og den sykmeldte kan returnere til arbeid, særlig dersom studien ikke inkluderer en kontrollgruppe.

**Tabell 3-1: Oversikt over gjennomgåtte studier av modelltype 1**

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Danmark	<b>CTWR</b> Tverrfaglig team gjennomfører arbeidsevne-screening, utvikler plan med aktiviteter	113 sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser som har vært sykmeldt i 4-12 uker	RCT der intervensjon sammenlignes med konvensjonell behandling fra kommunen	Opptil 1 år etter: behandlingsgruppen hadde 34 % mindre sykefravær enn kontrollgruppen (målt som kumulative sykefraværstimer) Etter 1 år: 78 % av deltakere i behandlingsgruppen hadde returnert til arbeid, mot 62 % i kontrollgruppen	(13)

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Danmark	<b>CTWR</b> Koordinert og tilrettelagt arbeidsrehabilitering som varte i 12 uker. Intervensjonsteam gjennomførte screening av arbeidsevne og utformet plan for retur til arbeid som ble tilpasset underveis	116 sykmeldte med psykiske lidelser	Kvasi-eksperimentelt design med bruk av IV-estimering. Kontrollgruppe mottok konvensjonell behandling fra sykefraværskontor	Etter 1 år mottok 35 % i behandlingsgruppen sykefraværstrygd, mot 21 % i kontrollgruppen	(14)
			Kvasi-randomisert studie	Intervensjonsgruppen hadde 36 dager lengre sykefraværperiode enn kontrollgruppen etter 2 år. 52 % i behandlingsgruppen selvforsørget, sammenlignet med 69 % i kontrollgruppen	(15)
Danmark	<b>IBBIS</b> Beste praksis av psykisk helsehjelp integrert med beste praksis av arbeidsrettet rehabilitering. Tidlig intervensjon av tverrfaglig team lokalisert på samme sted som la plan, hjelp til jobbsøking. Psykisk helsehjelp fra spesialtrente sykepleiere.	631 sykmeldte med psykiske lidelser og sykefravær over fire uker	RCT som sammenlignet intervensjon med kontrollgruppe som mottok standard arbeidsrettet og forbedret psykisk helsevern, uten integrasjon	56,2 % hadde kommet i arbeid etter 1 år i behandlingsgruppen, mot 43,7 % i gruppen som mottok forbedret psykisk helsevern og 45 % i gruppen som mottok standard arbeidsrettet rehabilitering	(16)
Sverige	<b>TEAM</b> Tverrfaglig team vurderer funksjonsevne, har ukentlige møter, utarbeider rehabiliteringsplan. Sykmeldte har møter med saksbehandler.	308 langtidssykmeldte kvinner med psykiske lidelser eller smertesykdom	RCT som sammenligner intervensjonen med ACT (kognitiv atferdsterapi og mindfulness-strategier) og kontrollgruppe som fikk standard behandling	Ingen signifikant forskjell i andel som mottar helseforsikring og antall sykedager etter 12 måneder. 16,1 % flere egenrapporterte arbeidstimer i uken for behandlingsgruppen enn i kontrollgruppen	(17)
		427 langtidssykmeldte med psykisk sykdom og/eller kroniske smerter	RCT der behandlingsgruppe ble sammenlignet med en gruppe som mottok ACT og en kontrollgruppe	Etter 1 år hadde 31,3 % i intervensjonsgruppen kommet i arbeid sammenlignet med 17,9 % i ACT-gruppen og 16 % i kontrollgruppen	(18)

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virknninger	Ref.
Sverige	<b>SAMS</b> Lokalt utprøvd prosjekt i Malmö. Helsevesen og arbeidsformidling samarbeider om utredning og behandling. Sosialarbeidere fikk økt medisinsk kompetanse. Samarbeidsmodell for dybdeundersøkelser og helhetsvurderinger	61 mennesker uten tilstrekkelig rehabiliteringstilbud, som er arbeidsledige og sykmeldt	Evalueringsbasert på fokusgruppetudier og intervjuer	6 måneder etter innsatsen var 38 % selvforsynte og 30 % gjennomgikk rehabilitering. Kvalitative vurderinger tyder på at prosjektmålene ble møtt	(19)
Sverige	<b>Mulighetsmottak</b> Lokalt utprøvd prosjekt i Malmö. Etablering av mottok på klinikk, der representanter fra trygdekassen var tilknyttet, i tillegg til helsepersonell	250 pasienter med fysiske symptomer, men der det mistenkes at det er psykologiske mekanismer	Deskriptiv studie	Ikke hensiktsmessig å skille ut denne brukergruppen, men kontakt med forsikringskassen og arbeidsformidlingen ble ansett som verdifullt	(20)
Danmark	Behandling som vanlig, som innebærer jevnlig møter med saksbehandler og plan for retur til arbeid. I tillegg gjennomfører tverrfaglig team arbeidsevnevurdering og tilpasser plan for retur til arbeid	244 sykmeldte med psykiske lidelser	Kvasi-randomisert studie der intervensjon sammenlignes med kontrollgruppe som får behandling som vanlig	Ingen signifikant forskjell på tid til retur til arbeid eller sykefraværsvareighet	(21)
Sverige	Arbeidsevnevurdering gjennomført av tverrfaglig team. Varighet i to uker. team gjennomførte individuelle intervjuer. vurdering var også basert på kliniske undersøkelser og fysiske tester	60 pasienter med langvarige smerter og med langvarig sykefraværstid	Deskriptiv kvalitativ studie basert på spørreskjema	Etter 1 år hadde 40 prosent redusert sykefraværnivå	(22)
Sverige	<b>Ressursteam</b> Regelmessige møter for å diskutere rehabilitering. Mål om tidlig intervensjon og tilpasset behandling	50 sykmeldte med psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser med sykefravær over to måneder, og i risiko for å bli langtidssykmeldt	Observasjonsstudie og en mindre RCT som sammenligner intervensjon med en kontrollgruppe	Retur til arbeid ble utsatt med 3 måneder for behandlingsgruppe	(23)

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Sverige	Tverrfaglig program som bestod av informasjon, utdanning, smerte-håndtering, sosial trening, fysisk aktivitet, ergonomi og kognitiv atferdsterapi. Varte i 7,5 time, 5 dager i uken i 8 uker. individuell plan for retur til arbeid.	389 langtidssykmeldte med vedvarende smerter i muskel og skjelett	Økonomisk evaluering av intervensjon sammenlignet med behandling som vanlig, estimert ved reduksjon i produksjonstap på grunn av sykefravær.	63 % av deltakerne hadde returnert til arbeid, sammenlignet med 24 % i kontrollgruppen. Sammenlignet med kostnadene, viser resultatene at programmet er effektivt når deltakerne har jobbet i omtrent 10 måneder	(24)
Sverige	Program varte i 4 timer hver dag, 5 dager i uken i 7 uker. Tverrfaglig rehabiliteringsteam hadde opplæring for deltaker i treningsteori, ergonomi og strategier for stress-håndtering. Teamet hadde møter med deltaker og la individuell rehabiliteringsplan.	54 sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser	Deskriptiv studie som sammenligner utfall ved baseline med utfall etter 2 og 5 år	Etter 5 år var fulltidssykefravær redusert med 40,7 %	(25)
Sverige	Lege hadde ansvar for arbeidsevnevurdering. Tverrfaglig team hadde ulike oppgaver og individuelle møter med deltaker. Program varte i 8-10 uker	88 pasienter med muskel- og skjelettsmerter	Deskriptiv studie som sammenligner utfall for intervensjonsgruppe med kontrollgruppe som kun mottok tverrfaglig arbeidsevnevurdering	5-års-oppfølgingsgruppen forble i arbeid i 3,4 år sammenlignet med 1,5 år i kontrollgruppen. 10-års-oppfølgingsgruppen forble i arbeid i 6,1 år sammenlignet med 2,6 år i kontrollgruppen	(26)
Sverige	Tverrfaglig team gjennomførte medisinsk undersøkelse av pasient, og diskuterte medisinsk behov og arbeidsevne. Arbeidsrettet program ble implementert. Regelmessige møter med saksbehandler og arbeidsplass.	340 sykmeldte i primærhelse-tjenesten	Kontrollert studie der behandlingsgruppe ble matchet med kontrollgruppe med tilsvarende risiko for å ikke komme tilbake i jobb, som fikk behandling som vanlig.	Ingen positive signifikante effekter på tid til tilbakevending til arbeid etter 3 år	(29)



Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Nederland	Tverrfaglig rehabilitering for personer med muskel- og skjelettplager 15 ukers program som inneholdt kognitiv terapi og trening, i tillegg til individuelle sesjoner og gruppesesjoner. Oppfølging fra et tverrfaglig team	Personer med kroniske muskel- og skjelettplager. Ingen kontrollgruppe	Observasjonsstudie	Etter 2 år hadde andelen av de som arbeidet 25 timer eller mer i uken økt signifikant fra 16% til 48%	(27)
Tyskland	Tverrfaglig rehabilitering for personer med muskel- og skjelettplager Inkludering av arbeidsrelaterte komponenter i rehabiliteringsoppfølging. Oppfølgingen var arbeidsrelatert trening, gruppetrening, sosial rådgivning og avspenningsmetodikk	Personer på rehabiliteringsoppfølging med muskel-/skjelettplager	Randomisert kontrollert studie som sammenligner intervensjon med kontrollgruppe	Ingen statistisk forskjell på sykefravær mellom intervensjon og kontrollgruppe ved 6 måneders oppfølging. Intervensjonen førte til redusert sykefravær blant de med dårligst funksjonsevne sammenlignet med kontrollgruppe	(28)

### 3.3 Modell 2: Jobbspesialist i psykiske behandlingstjenester

En form for samhandling mellom arbeid og helse for personer med lettere til moderate psykiske plager er å koble på en jobbspesialist i psykiske helsetjenester. Dette innebærer at en jobbspesialist er plassert i psykiske helsetjenester og arbeider integrert sammen med behandlere for å fremme jobbfokus i behandlingen. Vi har identifisert tre etablerte arbeidsmetodikker for denne målgruppen fra Storbritannia, Danmark og Sverige. Selv om de følgende intervensjonene, *EAs in IAPT*, *IPS-MA* og *IES*, har noen overlappende momenter med de andre modelltypene, har vi valgt å presentere disse i en egen modell for å synliggjøre betydningen av jobbrådgivere i et behandlingsteam rundt personer med psykiske plager.

#### 3.3.1 Employment Advisers in Improved Access to Psychological Therapies

##### Bakgrunn for utprøvingen

Improved Access to Psychological Therapies (IAPT), startet opp i 2008, og er en kunnskapsbasert behandlingsmetodikk og en nasjonal satsing i primærhelsetjenesten for å gjøre behandling av angst og depresjon raskt tilgjengelig for befolkningen (31).

I 2009 ble jobbspesialister introdusert i tilbudet for å komplementere det raskt voksende IAPT-tilbudet som startet opp i 2008. *EAs in IAPT* ble først pilotert for å teste ut virkningene av å tilby jobbstøtte gjennom jobbrådgivere for IAPT-brukere på retur til arbeid eller opprettholdelse av arbeid. Funn fra en pilotrapport i 2013 viste at inkludering av jobbspesialister i tilbudet kunne være effektivt for å få personer tilbake i arbeid (32). På det tidspunktet var jobbstøtte kun tilgjengelig for personer i arbeid, men en anbefaling i rapporten var å utvide tilgangen på tjenesten til å inkludere arbeidsledige.

The Work and Health Unit fikk i 2015 finansiering for å utvide jobbstøtten til å gjelde en støtte målgruppe. Programmet fikk dermed økt kapasitet, gjennom ekstra finansiering av 350 *EAs* (jobbrådgivere) og *SEAs* (senior jobbrådgivere) over en tre-års periode. Den opprinnelige IAPT-tjenesten anbefalte et 1:8 forhold mellom jobbspesialister og terapeuter, og med den ekstra bevilgningen var det et mål å komme nærmere dette forholdstallet.

En av driverne for utvidelsen av *EAs in IAPT* var en politisk anbefaling i 2015 av RAND Europe rapporten om psykologisk «well-being» og arbeid om å inkludere jobbstøtte i IAPT/mentale helsetjenester (33). Tjenestetilbudet

ble først identifisert som en mulig intervensjon for å forbedre tjenestetilbudet mellom arbeid og helse i en kunnskapsoppsummering av RAND Europe (33). Kunnskapsoppsummeringen ble utarbeidet på bakgrunn av gjennomgående utfordringer med mange kontaktpunkter og separat tjenesteyting i de offentlige tjenestetilbudene for mental helse og arbeidsdeltakelse. Formålet var derfor å styrke kunnskapsgrunnet, ved å gjennomgå evidens for hvilke intervensjoner som synes å virke på arbeidsdeltakelse og «well-being».

En av de foreslåtte intervensjonene var pilotering av jobbspesialister, basert på IPS-prinsipper, i lokale IAPT-tjenester i England. IPS er bredt anerkjent som et godt rehabiliteringsprogram for de med alvorlige psykiske lidelser, men mange av prinsippene kan også fungere for mennesker med milde til moderate psykiske plager, som er ute av arbeid og har behov for jobbstøtte, eller for de som er i arbeid, men i fare for å bli sykmeldt. EAs in IAPT treffer en stor målgruppe, som ikke nødvendigvis trenger behandling i spesialisthelsetjenesten, men kan få tilgang på evidensbaserte tjenester i primærhelsetjenesten. Tjenesten innebærer en strukturert endring eller sterkere integrering av hvordan jobbtjenester og helsetjenester leveres, ved å tilby jobbstøtte i primærhelsetjenesten.

Intervensjonen fremstod som rimelig for interessenter, gjennomførbar å implementere, støttet i forskningen og at den gir økt sannsynlighet for et vellykket jobbutfall. Basert på en gjennomgang av eksisterende forskning og intervjuer med forskere og fagpersoner estimerte forskere at myndighetene vil spare 1,41 pund, i form av flere i arbeid, for hvert pund brukt på jobbspesialister i IAPT (33).

### Om programmet

Den engelske modellen «Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies» (EAs in IAPT) er utformet som en integrert tjeneste som bringer sammen jobbrådgivning og støtte med tilbud om rask psykisk helsehjelp. Formålet med EAs in IAPT er å fremme et integrert arbeid mellom arbeid og mentale helsetjenester, for å kunne tilby tilpassede og sømløse tjenester til personer med lettere psykiske plager som enten er

- i arbeid, men med risiko for sykmelding,
- i arbeid, men er sykmeldt eller permittert eller
- utenfor arbeidslivet.

EAs in IAPT er finansiert av den kryss-sektorielle enheten The Work and Health Unit, som igjen får midler fra The Department for Work and Pensions og The Department of Health and Social Care. Programmet arbeider på tvers av myndigheter og offentlig sektor for å støtte personer med nedsatt funksjonsevne. Det er gjennomført to evalueringer av piloteringene (34), (35), der flere av hovedfunnene samsvarer med pilotrapporten av EAs in IAPT-pilotene som gikk fra 2009 til 2011 (32).

### Implementering av jobbrådgivningstjenesten i IAPT

Tjenestedesignet og oppsettet i de lokale utprøvingene varierte noe når det gjaldt igangsetting av prosjektet og tidlig implementering. I de fleste av utprøvingene ble jobbrådgivningstjenesten tilbudt in-house, og integrert som en del av den etablerte IAPT-tjenesten. Dette innebar en samlokalisering av jobbrådgivningstjenesten og IAPT-teamene. IAPT-tjenesten ble i hovedsak drevet av det statlige helsevesenet i Storbritannia, National Health Service (NHS). Jobbrådgiveren ble i mange av utprøvingene ansatt direkte gjennom IAPT-tjenesten. I ett tilfelle ble jobbrådgiveren ansatt gjennom en ideell helsetilbyder, mens i to av utprøvingene kom jobbrådgiveren fra en uavhengig tilbyder, som kunne være en organisasjon som var spesialisert i tjenesteyting med fokus på jobbstøtte for personer med psykiske plager.

Størrelsen på jobbrådgivningstjenesten varierte med geografisk område, antall brukere og den potensielle gevinsten for brukergruppen i IAPT. En grunnleggende anbefaling var å ha én jobbrådgiver/senior rådgiver på åtte terapeuter. Større tjenestetilbud kunne ha ansatt opp til 10 jobbrådgivere og to senior rådgivere, mens de minste tjenestetilbudene kunne ha en jobbrådgiver og en senior rådgiver med mulighet for utvidelse ved behov. Den foretrukne arbeidsmengden var på mellom 25 til 30 aktive saker.

Det var varierende både hvor ofte terapeuter benyttet seg av jobbrådgivningstjenesten og timingen på henvisningen. Noen kunne henvise ofte til tjenesten, mens andre sjeldnere. Enkelte terapeuter fulgte en mer stegvis tilnærming i behandlingen og refererte ikke til jobbrådgivning før mot slutten av den terapeutiske behandlingen, mens andre så på terapi og jobbrådgivning som noe komplementært og som burde gjennomføres parallelt.

### Innrulling og oppfølging i jobbrådgivningstjenesten i IAPT

I pilotene henviste IAPT-teamene de brukerne i behandlingstilbudet som ble ansett som å kunne dra nytte av spesialisert jobbrådgivning. Personer innrullet i IAPT kunne også bli henvist til jobbrådgiver senere i

tjenesteforløpet, hvis det viste seg at de kunne dra nytte av jobbstøtte på et senere tidspunkt. Henvisninger til jobbrådgivningstjenesten ble stort sett håndtert av en senior jobbrådgiver, som vurderte henvisningen og videre tildelte personen en jobbrådgiver med hensyn på kapasitet, geografi og spesialisering.

Omfanget av tjenestetilbudet til brukerne kunne variere fra sporadisk kommunikasjon på e-post og/eller telefon til fysiske møter, avhengig av personens behov og ønsker. For personer som var i arbeid, men enten i sykmelding eller i fare for å bli sykmeldt, hjalp jobbrådgiveren dem med 1) å kartlegge egen jobbsituasjon og identifisere mulige utfordringer som kunne føre til deres helseproblemer og 2) fungere som tilbakevending til deres nåværende arbeid eller hjelpe å finne mer tilpasset arbeid. For de som ønsket å returnere til arbeidsplassen var det særlig fokus på relasjonsbygging mellom partene der jobbrådgiver fungerte som en brobygger mellom den enkelte bruker og deres arbeidsgiver. Tilpasning på arbeidsplassen var et særlig viktig aspekt når det gjaldt å støtte brukere som var i arbeid, men som strevde. I de tilfeller brukeren ønsket å bytte arbeidsplass, ville jobbrådgivers oppgave være å bidra med praktisk bistand og støtte i jobbsøkningsprosessen. Det var blant annet skriving av søknadsbrev, cv-skriving og forberedelser til intervjuer.

Når det gjelder brukere utenfor arbeidslivet, kunne dette være personer som i lang tid hadde vært uten arbeid eller vært arbeidsledig for en kortere periode. Etter en innledende vurdering av brukerens behov og ønsker, ville jobbrådgiveren støtte dem ved å fokusere på helsegevinstene ved å arbeide, hjelpe dem med å finne passende kurs og opptreningsmuligheter og trene opp ferdigheter innen jobbsøking. I tillegg kunne jobbrådgiver være med på å utvikle selvtillit og selvbylde. Dette var særlig relevant i de tilfeller der brukeren hadde vært arbeidsledig over en lengre periode og bodde i områder der arbeidsledigheten var høy. I noen områder samarbeidet utprøvingene med lokale partnere, som fokuserte på ansettelse og helse, og understøttet arbeidet som ble gjort i EAs in IAPT. Et eksempel på en slik samarbeidsform er representert ved Jobcentre Plus (JCP), der jobbrådgiveren fikk rådgivning av kolleger i JCP, mens ansatte i JCP fikk trening av terapeuter i IAPT (34).

### Virkninger

Evalueringsene tyder på at tjenesten ble godt tatt imot og brukt av flere både på tvers av og innenfor målgruppene for tilbudet. Opptil 80 prosent av de som var i sykmelding benyttet seg av tilbudet, mens blant langtidssykmeldte oppga 73 prosent at de brukte tilbudet. Andelen som var i arbeid og oppga at de brukte tilbudet var 59 prosent.

Funn fra den første evalueringen av piloten fant positive brukeroppfatninger blant 614 respondenter. Blant annet oppga 89 prosent av brukere som var innom jobbrådgivningstjenesten at de ville anbefalt tjenesten til andre, og over halvparten (58 prosent) fortalte at deres problemer på arbeidsplassen hadde blitt delvis eller fullt løst gjennom jobbrådgivningen. Samtidig fortalte 26 prosent av de som returnerte til arbeid at de ikke hadde kunne kommet tilbake så raskt uten jobbrådgivning. For de som var sykmeldt da de startet å se en jobbspesialist var 63 prosent i arbeid da de sluttet å se en jobbspesialist (32). Nylige evalueringer finner også flere av de samme virkningene (34, 35).

Funn fra prosessevalueringen indikerer at EAs in IAPT er godt mottatt av både brukere, terapeuter og samarbeidspartnere i arbeidslivet (34). For samarbeidende parter i arbeidslivet er det identifisert tidlige effekter av programmet knyttet til å fylle et gap i tjenestetilbudet, særlig for brukere med lettere psykiske plager med behov for støtte for å stå i arbeid. De opplevde også det å få støtte i håndtering av diagnose-relaterte problemer som verdifullt. Det er i tillegg rapportert om flere gevinster for IAPT-tjenesten som følge av inkludering av jobbrådgivningstjenesten.

Flere terapeuter i IAPT oppga at ved å ha en jobbrådgiver integrert i tjenestetilbudet fikk de mer tid til å fokusere direkte på terapitrening og mindre på arbeidsrelaterte problemer. Det økte fokuset på det kognitive aspektet bidro til kortere ventetid og mindre utbrenthet blant noen av terapeutene. Samtidig fremhevet terapeutene at en samlokalisering av teamet bidro til at de fikk bedre informasjon om hvilken støtte brukeren mottar fra jobbrådgiveren. De ansatte rapporterte om positive tidlige utfall for brukere, som omfattet økt selvtillit, selvsikkerhet og motivasjon, bedret mental helse og velvære. I tillegg er det positive utfall når det gjelder å finne alternativt arbeid og progresjon tilbake til arbeidet. Når det gjelder effekter for brukerne, beskrev jobbrådgiverne både affektive og praktiske gevinster som følge av tjenestetilbudet. De affektive brukerutfallene var knyttet til økt selvbevissthet, bedre problemløsningsferdigheter, økt selvtillit, motivasjon og bedre mental helse, mens jobbutfallene dreide seg om å bli værende i arbeid under bedre/tilpassede arbeidsforhold og myndiggjøring av arbeidsdeltakelse.

Flere av de samme effektene er også funnet i en nylig publisert evalueringsrapport om EAs in IAPT, som fokuserer på brukerperspektivet (35). Gjennom kvalitative og kvantitative data fra 1 364 brukere, rundt 12 måneder etter

innrulling i tjenesten, kom det frem at flere brukere opplevde positive virkninger når det gjaldt progresjon tilbake i arbeid, eller å finne alternativt arbeid. Brukere som var i arbeid hadde god nytte av å møte jobbrådgivningstjenesten, i form av bedre evne til å kunne stå i arbeid, økt produktivitet og styrket arbeidsforhold. Resultatene tyder også på at de som var på leting etter jobb ved innrullingstidspunktet til IAPT og som møtte en jobbrådgiver, hadde signifikant større sannsynlighet å finne arbeid etter 12 måneder sammenlignet med kontrollgruppen. For de som var i sykmelding var det ingen signifikante effekter av å inkludere jobbrådgivningstjeneste på retur til arbeid. Samtidig hadde den samme brukergruppen signifikant mindre sannsynlighet for å ha oppsøkt fastlege de to siste ukene.

Brukerne verdsatte særlig balansen mellom det praktiske, emosjonelle og motiverende aspektet. Tilbudet opplevdes i sin helhet som effektivt, og oppfølgingen fra jobbrådgiveren og terapeut som vel integrert. Det var særlig utprøvingene der jobbrådgiver og terapeut var plassert på samme kontor som ble oppfattet som helhetlig og kontinuerlig. Samlokalisering bidro til at bruker kunne treffe både terapeut og jobbrådgiver samme dag. Det reduserte praktiske barrierer som reisetid og kostnader, men også den emosjonelle barrieren ved å måtte reise til et nytt sted for å møte jobbrådgiver.

En gjennomgående utfordring i tolkningen av resultatene er at det er vanskelig å isolere effekten av jobbrådgivning ettersom det, på grunn av mangelfulle data, var vanskelig å finne en sammenlignbar gruppe som ikke mottok jobbrådgivning ved inntak til programmet. Det kom også fram at brukere som ble henvist til jobbrådgivning hadde sterkere mentale plager enn de som ikke møtte en jobbrådgiver. Til tross for at det ikke var mulig å måle at gruppen som så jobbrådgiver også hadde mer signifikante problemer på arbeidsplassen, konkluderte forfatterne med at det var sannsynlig at de som mottok jobbrådgivning i sum hadde mer komplekse behov enn de som kun var i IAPT.

For å måle den faktiske betydningen av å treffe en jobbrådgiver, ble utfall for de som møtte en jobbrådgiver sammenlignet med utfall i sammenlignbare grupper som ikke møtte en jobbrådgiver. Gjennom den statistiske metoden propensity score matching ble sammenligningsgruppene dannet på bakgrunn av karakteristika ved innrulling i tjenesten. Det var imidlertid vanskelig å finne en sammenligningsgruppe for gruppen som var i arbeid, men i fare for å bli sykmeldt, hvilket gjorde det vanskelig å måle hvilken betydning jobbrådgivningstjenesten hadde for disse.

### Læringspunkter og videre arbeid med utprøvingen

Evalueringene trekker frem flere fasilitatorer for å støtte opp om effektive lokale program (34), (35). Disse er blant annet rekruttering av jobbrådgivere med ulike ferdigheter og erfaring med målgruppen, samt tidlig involvering av seniorrådgivere i utforming av rekruttering og tjenestedesign. I tillegg var det viktig å ha en etablert plan for opplegget og klar rollefordeling mellom partene, gjerne i samarbeid med arbeidslivet og ansettelsesbyrå, for å få til god samhandling og effektive pasientforløp. Betydningen av samlokalisering mellom jobbspesialister og terapeuter trekkes også frem som et viktig læringspunkt fra utprøvingene. Samlokalisering bidro til bedre forståelse for hverandres arbeidsmåter og fagdisipliner, og gjorde det enklere å kommunisere og dele kunnskap med hverandre.

Fra utprøvingene er det også identifisert flere nøkkelutfordringer knyttet til jobbrådgiverrollen. En bekymring som gikk igjen hos flere jobbrådgivere handlet om den interne samhandlingen i brukerforløpet, der brukere kan henvises til jobbrådgiver ved inntak av IAPT eller på et senere tidspunkt underveis i IAPT-oppfølgingen. Flere jobbrådgivere uttrykte at de synes det var vanskelig å støtte brukere dersom de kom til dem før den terapeutiske behandlingen var startet, og egentlig ikke var klar for å fokusere på og håndtere arbeidsrelaterte problemer. De fortalte videre at de forstod betydningen av tidlig intervensjon og forebygging, men at de i noen tilfeller trodde at brukerne ville vært mer mottakelige, og i bedre posisjon til å fokusere på deres arbeidssituasjon dersom de hadde mottatt terapeutisk behandling i forkant. En annen grunnleggende bekymring rundt timing-aspektet var knyttet til mulig overbehandling. Dette gjaldt særlig for de brukerne hvor det var usikkerhet rundt om oppfølging skulle skje i IAPT eller ikke, men der møte med jobbrådgiver ble lagt før den kliniske vurderingen ble gjort. Samtidig fortalte noen jobbrådgivere at i enkelte tilfeller kunne brukere ha fordel av å komme til jobbrådgivning først, fordi en del av deres angst og depresjon kunne bli løst ved å håndtere spesifikke jobberelaterte problemer.

Jobbrådgiverne trakk også frem mangel på etablerte retningslinjer om hvordan og når jobbrådgivningstøtten skulle avsluttes som en utfordring. I de utprøvingene hvor dette ikke var definert, identifiserte jobbrådgiver to problemer. Det første problemet dreide seg om bekymringer rundt at brukere forsøkte å involvere jobbrådgiveren som «terapeuter», også etter utskrivning. En løsning i dette tilfelle var å henvise tilbake til IAPT.

Den andre utfordringen var å tilby støtte samtidig som de fremmet selvstendighet blant brukerne. Å etablere klare mål og en tydelig plan for brukere var viktig for å overkomme dette. I noen utprøvinger ble en form for klinisk veiledning og støtte fra IAPT-terapeuter tilgjengelig for å bistå jobbrådgiver i å håndtere disse problemene. Dette skjedde i hovedsak som en kombinasjon av en-til-en kontakt, rådgivning og diskusjonsgrupper/case-gjennomgang, for å gi jobbrådgiver mulighet til å tenke på vanskelige samtaler og forberede dem på en eventuell håndtering av disse.

Resultatene fra evalueringene tyder på flere mulige positive virkninger av å inkludere jobbspesialister i psykiske behandlingstjenester. Evalueringene beskriver også erfaringer fra utprøvingene, som kan være viktige læringspunkter til videreutvikling av tjenestetilbudet for mental helse og arbeid. Samtidig er det utfordringer med informasjonsgrunnlaget, som gjør resultatene mer usikre. Det konkluderes derfor med at det er behov for mer forskning på dette feltet, særlig over lengre tid. Basert på denne anbefalingen planlegges det å gjennomføre en effektevaluering for å få mer kunnskap om effektene av EAs in IAPT.

### 3.3.2 IPS-MA

Individual Placement and Support (IPS) er en systematisk arbeidsmetodikk for å øke ordinær arbeidsdeltakelse rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det er et bredt forskningsgrunnlag som finner positive effekter på sysselsetting for denne målgruppen. Det har også blitt utviklet og utprøvd enkelte intervensjoner som baserer seg på prinsipper fra IPS, men som er modifisert og tilpasset for målgruppen mennesker med lettere til moderate psykiske lidelser. I ordinær IPS er det åtte prinsipper som ligger til grunn: 1. alle som ønsker å jobbe, er kvalifisert for IPS, 2. målet er ordinært, lønnet arbeid, 3. IPS-tjenester er integrert med psykiske helsetjenester, 4. det gis tilpasset ytelses- og stønadsveiledning, 5. jobbsøking starter kort tid etter at en klient har uttrykt interesse for å jobbe, 6. jobbspesialiser bygger relasjoner til arbeidsgivere basert på klientenes preferanser, 7. individuelt tilpasset jobbstøtte har ingen tidsbegrensning, 8. klientenes preferanser respekteres.

En dansk studie undersøker effekten av IPS-MA (Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders) på retur til arbeid eller utdanning for mennesker med milde til moderate affektive eller angstlidelser (36). IPS-MA består av individuell støtte fra en mentor basert på psykiatrisk kunnskap, karriereveiledning, koordinering av tjenester, hjelp med privat økonomi og kontakt med arbeidsplass. En handlingsplan ble laget basert på mål, ressurser og utfordringer relatert til arbeid/utdanning, sosiale relasjoner og fritidsaktiviteter. Planen ble evaluert regelmessig. Mentorene hadde lang erfaring fra mentale helsetjenester, som sykepleiere, sosialarbeidere eller fra arbeidsrehabilitering. Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie av 162 deltakere, som sammenlignet utfall for intervensjonsgruppen med utfall for en kontrollgruppe der deltakere mottok behandling som vanlig fra jobbsentrene. Dette innebar kurs, jobbsubsidieprogrammer, ferdighetsutvikling, veiledning, mentorstøtte og gradert overgang til arbeid.

Resultatene viser at flere deltakere som mottok IPS-MA hadde kommet tilbake i arbeid etter to år, sammenlignet med deltakere som mottok behandling som vanlig (henholdsvis 44,4 prosent og 37,8 prosent). Det var imidlertid ingen vesentlige forskjeller i antall uker i arbeid eller utdanning, nivå av depresjon, angstnivå, funksjonsnivå eller velvære. Det konkluderes derfor med at IPS-MA ikke nødvendigvis er bedre enn behandling som vanlig for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser tilbake til arbeid. Formidling og samarbeid med arbeidsplassen kan være en avgjørende faktor for at en arbeidsplassintervensjon skal være vellykket. Det har også blitt gjennomført en kostnadseffektivitetsanalyse av IPS-MA basert på denne utprøvingen (37). Resultatene viser at til tross for en betydelig besparelse i bruk av arbeidsmarkedstjenester, var ikke intervensjonen kostnadseffektiv. Deltakerne jobbet betydelig mindre og tjente dermed mindre enn deltakerne i kontrollgruppen.

### 3.3.3 IES

I Sverige har det blitt utprøvd en avansert sysselsettingsmodell kalt Individual Enabling and Support (IES) for å øke sysselsetting blant langtidssykemeldte med affektive lidelser som er arbeidsledige (38). Modellen baserer seg på prinsipper fra Supported Employment tilnærmingen og IPS. RTW-støtte integreres med psykisk helsehjelp i en person-sentrert tilnærming. RTW-støtten utføres av en jobbspesialist som koordinerer nettverket rundt pasienten. Det etableres et partnerskap der pasienten er involvert i beslutninger og planlegging. Jobbsøking starter tidlig. Kognitive strategier inkluderes for å øke funksjonalitet og realistisk tenking rundt arbeidsevne. Jobbspesialistene var lokalisert i psykiske helsetjenester. Studien er en randomisert kontrollert studie som sammenligner effekten av IES med tradisjonell yrkesrettet rehabilitering. Dette inkluderer tjenester fra psykisk helsevern (medisinsk behandling), trygdeetaten, den offentlige arbeidsformidlingen (tilbyr arbeidsrettede tiltak) og kommunene. Totalt 61 deltakere ble inkludert i studien. Disse hadde gjennomsnittlig sykefraværsvårighet på 4 år før inklusjon. Resultatene viser at flere i behandlingsgruppen var tilbake i arbeid etter ett år, sammenlignet med i kontrollgruppen (42,4 mot 4 prosent). Studien fremhever at støtte for å hjelpe pasientene til å få selvillit i retur til

arbeid-prosessen kan være en viktig faktor. Intervensjonen kan bidra til at pasientene innses behovet for endringer. Andre prediktorer kan være felles fokus på retur til arbeid, arbeidsplashtilknytning og at jobbspesialisten har egnet kompetanse. I implementeringen av intervensjonen kan det være viktig at alle aktører har tillit og tro til prosessen, samt kontinuitet i prosessen.

En annen svensk studie undersøker effektene av en IES-intervensjon for personer med affektive lidelser, inkludert depresjon og bipolar lidelse. IES består av fire ulike faser, der fase 1 og 2 om motivasjon/livsmestring og plan for karriere og profil varer mellom 1-2 måneder, fase 3 om jobbsøking varer til personen kommer i arbeid og fase 4 involverer støtte i arbeid. Intervensjonen gjennomføres av en jobbspesialist som jobber med individet og individets relasjon til psykiske helsetjenester, trygdeetaten, den offentlige arbeidsformidlingen, arbeidsgiver og familie. Jobbspesialisten hadde erfaring med å støtte individer med affektive lidelser. De fikk et 3-ukers kurs fra psykolog, ergoterapeut og motivasjonstrener, som ble forsterket ved oppfølging underveis. Det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie der 61 deltakere ble inkludert. Disse hadde ikke vært sysselsatt i løpet av det siste året, men hadde uttrykt et ønske om å jobbe. Studien fant at intervensjonen bidro til forbedret arbeidsevne og alvorlighetsgrad av lidelsen etter 12 måneder, sammenlignet med tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering. Tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering er basert på «train-then-place-modellen» som har opphav fra et medisinsk perspektiv der individer først mottar behandling og arbeidsrettet trening relatert til den kliniske rehabiliteringen. Deretter er sysselsetting siste steg. Det konkluderes med at IES-modellen var mer effektiv enn vanlig yrkesrehabilitering for å forbedre arbeidsevne. Det antas av IES-effektene på psykisk helse kan forklares av den individuelle og ressursbaserte støtten som muliggjør motiverende, kognitiv støtte og tidsstyringsstrategi, i kombinasjon med støttet arbeid. Det kan være særlig nytte for målgruppen som typisk har problemer med tidsstyring, forpliktelse til arbeidsoppgaver og følelsesmessig belastning (39).

#### 3.3.4 Oppsummering av forskningen

Enkelte utprøvinger av jobbspesialist i psykiske behandlingstjenester har kommet langt i å kunne tilby tilpassede og sømløse tjenester til personer med lettere til moderate psykiske plager. Til felles for de gjennomgåtte studiene er et arbeidslivsfokus og fokus på retur til arbeid i psykiske helsetjenester. Enkelte av studiene undersøker effekter av modeller basert på IPS-prinsipper (36-38). Det er også en rekke studier som undersøker implementeringen og utprøvingen av den engelske modellen «Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies» (32, 34, 35).

Selv om jobbspesialisten inngår i alle behandlingstilbudene, er det forskjeller mellom hvordan de kobles på i behandlingen og når de kobles på i sykefraværsløpet. Dette henger sammen med innretning av modellen etter målgruppe, som spenner fra angst og depresjon til andre stemningslidelser, og hvilken tilknytning til arbeidslivet målgruppen har. EAs in IAPT har som hensikt å tilby rask behandling av angst og depresjon både til de som ikke står i arbeid enten på grunn av sykmelding eller arbeidsløshet, men også til de som står i arbeid, men med risiko for å falle ut. IPS-MA fanger opp den sykmeldte som er i et sykefraværsløp, som forventes å ikke kunne returnere tilbake innen tre måneder (31), mens IES er utprøvd blant langtidssykmeldte som er arbeidsledige (38).

En tendens i alle modellene er at fokuset i behandlingstilbudet er person-sentrert og tilpasset hver enkelt situasjon. Jobbspesialisten fungerer i stor grad som en brobygger. At brukerne får støtte til å videreutvikle selvinnsikt og selvtilit kan være verdifullt for å øke brukernes motivasjon og bidra til at flere returnerer til arbeid (34). I noen utprøvinger viste det seg at rollen som relasjonsbygger kunne være utfordrende, særlig når det gjaldt å skulle hensynta både det å tilby støtte og samtidig fremme selvstendighet blant brukerne. Mangel på etablerte retningslinjer gjorde dette ekstra krevende. Å etablere klare mål og en tydelig plan for brukere var viktig for å overkomme dette (32, 34, 35).

I EAs in IAPT og IES er jobbrådgiver i hovedsak plassert i psykiske helsetjenester. Flere studier har funnet positive virkninger av at teamet er lokalisert på samme sted (32, 34, 35). En annen fordel med at profesjonene er plassert fysisk på samme sted er at de bedre kan forstå hverandres arbeidsrutiner og praksis, informasjonsflyten fungerte bedre, og teamet kan dermed gi et bedre, helhetlig og integrert tjenestetilbud. Et annet funn er at ved å koble på jobbrådgiver i behandlingen, kan behandlingen bli mer spisset fordi profesjoner får frigjort tid til å fokusere på sitt spesialfelt. Et eksempel er de utprøvingene der jobbrådgivningstjenesten arbeider integrert med terapeuter for rask psykisk helsehjelp. Tilbakemeldingene fra samarbeidet var at terapeuter opplevde at de fikk mer tid til å fokusere på kognitiv behandling, som bidro til mindre ventetid og mindre stressrelaterte forhold. Jobbrådgiver hadde også positive erfaringer fra samarbeidet, gitt at timingen mellom jobbrådgivning og kognitiv behandling oppfattes ble oppfattet som hensiktsmessig (34, 35).

Studiene som omtaler modellene IPS-MA og IES viser god måloppnåelse. Alle de tre randomiserte kontrollerte studiene viser positive effekter på retur til arbeid og arbeidsdeltakelse. IPS-MA hadde det lengste oppfølgingsforløpet på to år, og fant at flere returnerte til arbeid blant de som mottok på intervensjonen. Resultatene viste imidlertid at intervensjonen ikke var kostnadseffektiv til tross for en besparelse i bruk av arbeidsmarkedstjenester. Med IES kom flere tilbake i arbeid samtidig som intervensjonen hjalp på arbeidsevnen ved 12 måneders oppfølging. Det antas av effektene på psykisk helse kan forklares av den individuelle og ressursbaserte støtten som muliggjør motiverende, kognitiv støtte og tidsstyringsstrategi i kombinasjon med støttet arbeid. Det kan være særlig nyttig for målgruppen som typisk har problemer med tidsstyring, forpliktelse til arbeidsoppgaver og følelsesmessig belastning (39). Faktorer som fremmer måloppnåelse i disse modellene kan være støtte til pasienter til å få økt selvtillit i prosessen, og hjelp til å innse behov for endringer. Andre viktige faktorer er et felles fokus på retur til arbeid i tillegg til å ha en arbeidsplassilknytning (38). I implementeringen av intervensjonen kan det være viktig at alle aktører har tillit og tro til prosessen, samt kontinuitet i prosessen. Studien som konkluderer med at intervensjonen ikke er overlegen vanlig behandling for å støtte sykmeldte i retur til arbeid fremhever at mangel på formidling og samarbeid med arbeidsplassen kan ha vært en avgjørende faktor for at intervensjon ikke ble vellykket (36).

**Tabell 3-2: Oversikt over gjennomførte studier av modelltype 2**

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Storbritannia	<b>EAs in IAPT</b> Integrert samarbeid mellom jobbrådgivning og støtte med tilbud om rask psykisk helsehjelp. Innrulling i intervensjonen skjer gjennom henvisning fra terapeut	Personer med lettere psykiske plager, som er 1) i arbeid med risiko for sykmelding, 2) i arbeid, men sykmeldt /permittert eller 3) uten arbeid	Kunnskapsoppsummering	Intervensjonen fremstod som rimelig for interessenter, gjennomførbar å implementere samt til å ha et sterkt evidensgrunnlag og økt sannsynlighet for et vellykket jobbutfall. Intervensjonen innebar en strukturert endring /sterkere integrering av jobbtjenester og helsetjenester (f.eks. i form av å tilby jobbstøtte i primærtjenesten). Intervensjonen var også estimert til å være kostnadseffektiv	(33)
			Prosess-evaluering	Modellen bidro til å fylle gapet i tjenestetilbudet. Bruk av jobbrådgiver ga ekstra støtte for terapeut ved at de kunne fokusere mer på et klinisk aspekt, som bidro til effektivitet, kortere ventetider og redusert utbrenthet blant terapeuter	(34)
			Evaluerings	Jobbrådgiver ga personer støtte til å stå i og returnere til arbeid ved å øke selvtillit, tilrettelegge på arbeidsplass og bistå i jobbsøkningsprosess	(35)
			Evaluerings	Flere av brukerne (89%) som fikk jobbrådgivning ville anbefalt tjenesten til andre, og over halvparten (58%) opplevde at problemer på arbeidsplassen hadde blitt løst delvis/fullt gjennom tjenesten. Av de som returnere til arbeid oppga	(32)

				26% at jobbrådgivningen bidro til at kom raskere tilbake. For de som var sykmeldt ved innrulling, var 63% i arbeid når de sluttet å se en jobbspesialist.	
Danmark	<b>IPS-MA</b> Individuell mentorstøtte, karriereveiledning, koordinering av tjenester, kontakt med arbeidsplass, utarbeiding av handlingsplan	326 mennesker med affektive eller angstlidelser	Randomisert kontrollert studie	6,6 prosentpoeng flere i intervensjonsgruppen hadde returnert til arbeid etter 24 måneder, sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonen var imidlertid ikke kostnadseffektiv	(36, 37)
Sverige	<b>IES</b> Retur til arbeid-støtte integrert med psykisk helsehjelp. Jobbspesialist koordinerer nettverk rundt pasient, pasient deltar aktivt. Fokus på jobbsøking, med kognitive strategier	61 langtidssykmeldte med affektive lidelser som er arbeidsledig	Randomisert kontrollert studie	Etter 1 år hadde 38 prosentpoeng flere kommet i arbeid i behandlingsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen	(38)
Sverige	<b>IES</b> Fire faser bestående av motivasjon og plan for karriere, jobbsøking og støtte i arbeid.	61 sykmeldte med affektive lidelser, depresjon og bipolar lidelse	Randomisert kontrollert studie	Intervensjonen bidro til forbedret arbeidsevne og alvorlighetsgrad av lidelsen etter 12 måneder	(39)

### 3.4 Modell 3: Sykefraværs- og rehabiliteringskoordinatorer

I mange land har det blitt gjennomført utprøvinger av intervensjoner der en aktør er ansatt i rollen som en sykefraværs-/rehabiliteringskoordinator i sykefraværsoppfølgingen. Slike koordinatorer skal samordne aktiviteter i prosessen for retur til arbeid for sykmeldte, og koordinere intern og ekstern dialog mellom partene. I mange tilfeller har koordinatorene en viktig rolle når det gjelder å fremme og tilrettelegge for dialogsamtaler mellom involverte parter.

#### 3.4.1 Sykefraværskoordinatorer i Sverige

I Sverige har det siden 2020 vært lovpålagt for helsesystemet å tilby sykmeldte pasienter rehabiliteringskoordinering (40). Bruken av en koordinator i sykefraværsoppfølgingen, oftest lokalisert i helsetjenestene, har økt i Sverige. Det har blitt gjennomført evalueringer av flere ulike typer utprøvinger som inkluderer sykefraværskoordinatorer. En nylig publisert kvalitativ studie undersøker deltakeres erfaringer med å motta støtte fra en retur til arbeid-koordinator (41). I studien ble 274 pasienter som nylig hadde vært i kontakt med en koordinator inkludert. Deltakeren møtte koordinatoren og designet en rehabiliteringsplan. Koordinatoren kunne samarbeide med andre aktører i helsetjenesten, i tillegg til å samarbeide med aktører på sykefraværskontoret og arbeidsgiver. Basert på et spørreskjema til deltakerne viste resultatene at å ha mer kontakt med koordinator var positivt assosiert med å oppleve økt støtte i prosessen. Det samme gjaldt ved å inkludere koordinatoren i utformingen av rehabiliteringsplan. Det fremheves at det kan være særlig nyttig å inkludere en retur til arbeid-koordinator sent i sykefraværforløpet, og at det kan være nyttig med mange møter mellom koordinator og pasient slik at koordinator blir kjent med pasientenes behov.

En svensk deskriptiv kvalitativ studie forsøker å identifisere faktorer som tilrettelegger eller er barrierer for koordinering av retur til arbeid, sett fra koordinatorer og sykmeldte med psykiske lidelser sitt synspunkt (42). Sykefraværskoordinatorer i Sverige er ofte en person ansatt i primærhelsetjenesten. Det er ofte minimalt med kvalifikasjonskrav, men mange har helsebakgrunn. Hovedpoenget med rollen er å gi støtte til sykmeldte, ha



dialog med involverte parter, og koordinere internt med andre helsebehandlere og eksternt med aktører som arbeidsgiver, trykdeetaten og arbeidsformidlingen. Koordinatoren er forventet å kunne gi informasjon om sykefravær og retur til arbeid. Studiens informasjonsgrunnlag er basert på intervjuer med 18 koordinatorene og 9 sykmeldte. Resultatene viser at faktorer som tilrettelegger for koordinering er positive holdninger, åpen dialog og etablering av en felles forståelse for sykefraværprosessen og retur til arbeid. Barrierer er uklare retningslinjer, konflikter på arbeidsplassen og mangel på teambasert arbeid. Generelt var deltakerne positive til at en koordinatorrolle kan ha positive effekter for retur til arbeid for sykmeldte.

Det har blitt gjennomført en randomisert kontrollert studie i Sverige der effekter av en modell for koordinering av innsatser for retur til arbeid evalueres for pasienter i fare for langtidssykmelding med langvarige smerter på grunn av revmatiske og muskel- og skjelettlidelser, og psykiske lidelser (43). Modellen innebærer at helsepersonell koordinerer prosessen med rehabilitering, og gjennomfører pasient-coaching. Helsepersonell med spesifikk kompetanse som rehabiliteringskoordinatorene, fikk tilpasset opplæring i å ha fokus på arbeidsevne, samt kunnskap om behandling- og rehabiliteringstilbud, rådgivning og sykefraværreguleringer og -prosesser. For pasienten ble det gjennomført individuelt tilpasset pasient-coaching, koordinerte rehabiliteringsaktiviteter, arbeidsplassinnsats og helsehjelp. Resultatene viste at gjennomsnittlig sykmeldingsrate ble redusert og pasienter i behandlingsgruppen kom 55 dager raskere tilbake til jobb, sammenlignet med deltakere som mottok tradisjonell behandling, som ikke beskrives videre. Studien trekker frem noen suksessfaktorer. For å være effektiv må modellen muliggjøre tidlig identifisering av høyrisikopasienter, grundige årsaksanalyser, individuelle tilpasninger basert på arbeidsevne og tett samarbeid med arbeidsgiver og primærhelsetjenesten. Utfordringene for rehabiliteringskoordinatorene er i hovedsak mangel på arbeidsfokus og strukturert oppfølging.

### 3.4.2 Koordinatorene i andre land

En nederlandsk studie har fokusert på personer i sykmelding med muskel- og skjelettplager, som ikke har en fast arbeidsplass å returnere til eller som har midlertidig ansettelse (44). I Nederland blir sykmeldte, som ikke lenger har en arbeidskontrakt, fulgt opp gjennom den nederlandske nasjonale «social security agency» (SSA) i sykepengeperioden. Forskere gjennomførte en RCT for å se om det var forskjeller i retur til arbeid blant de som ble fulgt opp etter standard prosedyre for arbeidsrettet rehabilitering og de som mottok intervensjonstiltak. Standard prosedyre innebar oppfølging fra bedriftshelsetjenesten gjennom SSA, med et team bestående av forsikringspsykolog, arbeidsmarkedsekspert og saksbehandler. Intervensjonen innebar henvisning til en retur til arbeid-koordinator, i tillegg til standard prosedyre. Formålet var å lage en deltakende og konsensusbasert plan for retur til arbeid basert på en stegvis tilnærming. Koordinatoren var ansatt i SSA, og hadde i de fleste tilfeller bakgrunn som arbeidsmarkedsekspert og gjerne erfaring innen prosessveiledning og rehabilitering. I tillegg mottok koordinatoren opplæring i forkant. En av koordinatorens viktigste roller var å tilrettelegge for dialog mellom sykmeldte og oppfølgingsteamet, samt på tvers av teamet. Dette innebar først individuelle møter med hver av partene, før de til slutt deltok på et felles møte der de kom fram til en konsensusbasert plan for retur til arbeid. Planen inneholdt blant annet løsningsimplementering, ansvarsforståelse og tidsplan. I tillegg ble det inngått avtale med et kommersielt arbeidsrettet rehabiliteringsbyrå for å finne tilpasset arbeid som utfylte behovene i planen. Det ble gjennomført en evaluering av implementeringen, og en vurdering av arbeidsprogresjon omtrent seks uker etter møtet med arbeidsmarkedsekspert. Denne formen for retur til arbeid-program ble vurdert til å være en lovende intervensjon for å fasilitere gjenopptakelse av arbeid, og for å redusere nedsatt arbeidsevne blant midlertidig ansatte og arbeidsledige som følge av muskel- og skjelettplager. Blant annet var varighet frem til første gjenopptatte arbeidsdag 140 dager kortere for intervensjonsgruppen sammenlignet med de som mottok standard oppfølging. I modellen hadde koordinator en nøkkelrolle når det gjaldt å garantere sikkerhet og likhet mellom alle interessenter, og var aktivt involvert under utarbeidelsen av plan for retur til arbeid. Bruk av koordinatorene med riktig kompetanseprofil blir derfor anbefalt for en vellykket implementering (44).

Betydningen av en koordinator for arbeidsutfall fremheves også i en canadisk studie av Hamer mfl. (45). Studien undersøker korttidseffekter av et interdisiplinært rehabiliteringsprogram på retur til arbeid blant personer med kroniske smertelidelser som følge av yrkesskade. Alle personene var uten arbeid ved innrulling til behandlingsprogrammet, og mottok ytelse gjennom yrkesskedeforsikring. Programmet foregikk over seks uker, og behandling ble gitt av lege, psykolog, bedriftslege, fysioterapeut i tillegg til at en RTW-koordinator, ansatt gjennom sykehuset, kunne kobles på hvis det ble ansett som hensiktsmessig. RTW-koordinatoren ble involvert på starten av behandlingen for å fasilitere en individuell plan for retur til arbeid. Dette krevde ferdigheter innenfor ergonomisk vurdering, jobbtilpasning og fasilitering for å identifisere hindringer og finne mulige løsninger for gjenopptakelse av arbeid. Studien definerer et vellykket jobbutfall med å være i jobb enten deltid eller fulltid.

Forskerne finner at blant personer uten arbeid som følge av yrkesskade, var 14 prosent i arbeid ved tre måneders oppfølging.

### 3.4.3 Oppsummering av forskningen

Modeller der en sykefraværskordinator benyttes for å koordinere oppfølgingen av brukere har blitt utprøvd i mange land. Felles for mange av utprøvingene er at koordinatoren har ansvar for å koordinere kommunikasjonen mellom de ulike aktørene som er involvert i sykefraværsoppfølgingen, inkludert sykemeldende enhet. Formålet er å samordne tilbudet av aktiviteter og tjenester til bruker. I tillegg bistår de i utarbeidelsen av en plan for retur til arbeid. I mange tilfeller er det koordinatoren som har ansvar for å holde kontakt med og koordinere innsatsen på arbeidsplassen. I noen tilfeller får koordinatoren opplæring i forkant av intervensjonen.

Det varierer hva slags fagbakgrunn koordinatorene har. I de fleste studiene har sykefraværskordinatoren bakgrunn fra helsetjenester (41-43, 46). Det er imidlertid ett eksempel der det er sosialarbeidere eller andre ansatte i arbeids- og velferdsetaten som har rollen som koordinator (44).

Generelt finner studiene at intervensjoner med sykefraværskordinatorene er positivt for retur til arbeid, både for sykmeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Alle de randomiserte kontrollerte studiene finner positive effekter av intervensjonen på retur til arbeid og arbeidsevne, selv om det er variasjon i størrelsen på effektene og hvorvidt effektene er statistisk signifikante (44). De kvalitative studiene viser at aktører som har deltatt i slike intervensjoner har positive erfaringer (41, 42).

Å ha kontakt med en koordinator kan gjøre at deltakerne opplever økt støtte i retur til arbeid-prosessen og i utformingen av en rehabiliteringsplan. Hyppig kontakt mellom koordinator og pasient kan gjøre at koordinatoren blir bedre kjent med pasientens behov, og det kan bygges tillit mellom partene (41). En tett relasjon der koordinator kjenner pasientens behov, kan bidra til at det kan gjøres grundige årsaksanalyser og individuelle tilpasninger basert på arbeidsevne, i tillegg til tidlig identifisering av risikopasienter. Det trekkes frem som positivt at koordinatoren kan bistå pasienten med individuell støtte og tett oppfølging gjennom rådgivning og pasient-coaching. Andre viktige faktorer i sykefraværsoppfølgingen er tett samarbeid mellom alle parter, herunder arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og primærhelsetjenesten. Barrierer som kan forhindre måloppnåelse er mangel på arbeidsfokus og strukturert oppfølging (43).

En forutsetning for at en intervensjon skal kunne gi positive effekter, er at intervensjonen implementeres på en hensiktsmessig måte, til riktig tid og i tilstrekkelig grad. En studie finner at for å lykkes med koordinering mellom aktører i sykefraværsprosessen, er det viktig at partene har positive holdninger, åpen dialog og felles grunnlag og forståelse for sykefraværsprosessen. Barrierer som kan forhindre vellykket koordinering kan være uklare retningslinjer, konflikter på arbeidsplassen og mangel på teambasert arbeid (42). Det er også viktig at koordinatoren har riktig kompetanseprofil, eller får tilstrekkelig med opplæring (44). I en studie drøftes det at en modell med sykefraværskordinator kan være særlig nyttig for langtidssykmeldte, sent i sykefraværforløpet (41).

**Tabell 3-3: Oversikt over gjennomgåtte studier av modelltype 3**

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Sverige	Støtte fra koordinator, designer en rehabiliteringsplan og samarbeider med andre aktører	274 langtidssykmeldte med alle typer lidelser som nylig hadde vært i kontakt med en koordinator	Kvalitativ deskriptiv studie basert på spørreskjema	Positive erfaringer	(41)
Sverige	Koordinator fra helse-tjenesten som gir støtte, koordinerer internt og eksternt, gir informasjon om sykefravær og retur til arbeid	18 koordinatorene og 9 sykmeldte med psykiske lidelser	Kvalitativ deskriptiv studie basert på intervjuer	Positive holdninger til at koordinator kan bidra til retur til arbeid	(42)

Sverige	Helsepersonell koordinerer rehabiliteringen, får opplæring i å ha fokus på arbeidsevne. Pasient får rehabiliteringsaktiviteter, individuell coaching, arbeidsplassinnsats og helsehjelp	Pasienter i fare for langtidssykmelding med langvarige smerter på grunn av revmatiske, muskel- og skjelett- eller psykiske lidelser (ukjent utvalgsstørrelse)	RCT	Behandlingsgruppen kom 29 dager raskere tilbake i jobb enn kontrollgruppen	(43)
Nederland	Konsensusbasert plan for retur til arbeid Koordinator fra en velferdsordning lagde en stegvis plan for retur til arbeid, tilrettela for dialog med et oppfølgingsteam og avtalte med rehabiliteringsbyrå for å finne tilrettelagt arbeid.	Sykmeldte med muskel- og skjelettplager uten fast arbeidsplass	Randomisert kontrollert studie. Sykmeldte mellom 2-8 uker ble randomisert til enten intervensjonsgruppen eller vanlig behandling	Intervensjonen førte til 140 dager kortere tid til retur til arbeid sammenlignet med de som mottok vanlig behandling. Programmet synes å være lovende for å fasilitere gjenopptakelse av arbeid og redusere uførhet	(44)
Canada	Interdisiplinær behandlingstilnærming Tidlig intervensjon over 6 uker med 30 sesjoner. Behandling ble gitt av helsepersonell og koordinator. Koordinator ble koblet på fra starten for å tilrettelegge for en tilpasset plan for retur til arbeid	Mennesker utenfor arbeid med kroniske smertelidelser som følge av yrkesskade	Kohortstudie	Ved 3 måneders oppfølging var 14 % i arbeid. Tidlig intervensjon og tilstedeværelse av RTW-koordinator var betydningsfulle prediktorer for vellykket retur til arbeid.	(45)

### 3.5 Modell 4: Kombinasjon av tverrfaglig team og sykefraværskoordinator

I flere land har det blitt utprøvd og evaluert flere intervensjoner som kombinerer bruk av tverrfaglige team og sykefraværskoordina-torer. I noen tilfeller har en person i det tverrfaglige teamet rollen som en koordinator, mens i andre tilfeller er koordinatorrollen tillagt en aktør utenfor teamet.

#### 3.5.1 «Tilbake-til-arbeid»-prosjektet

Som en del av et dansk prosjekt kalt «tilbake til arbeid» (TTA) har det blitt undersøkt om en koordinert tilrettelagt og tverrfaglig innsats (CTM) kan redusere langtidssykefravær (over åtte uker), uavhengig av årsak eller type sykefravær (47). Intervensjonen inkluderte RTW-koordinatorer og et tverrfaglig team, samt bistand fra ytterligere helsepersonell ved behov. Formålet var at samhandling skulle bidra til bedre avklaring av barrierer og ressurser for tilbakevending til arbeid, og raskere igangsetting med relevante tiltak skreddersydd for hver enkelt sykmeldt. Det tverrfaglige teamet bestod av to RTW-koordinatorer, en psykolog, fysioterapeut, psykiater og lege. Det ble utviklet et standard arbeidsevnevurderingsverktøy som ble brukt til å vurdere arbeidsevne, og identifisere behovene til hver enkelt sykmeldt. Dette inkluderte en kartlegging av barrierer og ressurser for tilbakevending til arbeid. I tillegg fikk teamet et opplæringskurs i forkant av intervensjonen. Det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie i tre danske kommuner, der 3105 deltakere ble fulgt i ett år. Kontrollgruppen mottok ordinær sykefraværsoppfølging, som innebar oppfølgingspunkter minst hver fjerde uke. I ordinær oppfølging kan veiledere etterspørre informasjon fra andre aktører, men de har ikke mulighet til å diskutere sakene med andre på samme tid. Det ble også utviklet en plan for retur til arbeid, og møter med arbeidsplassen og arbeidstrening kunne gjennomføres. Resultatene varierte mellom kommunene, og i en kommune viste

resultatene signifikante positive effekter på sykefraværsvareighet. I denne kommunen returnerte behandlingsgruppen fortere tilbake til arbeid enn kontrollgruppen. At resultatene varierer tyder på at det er kontekstuelle faktorer som påvirker om intervensjonen blir en suksess eller fiasko. Det påpekes at særlig implementering av intervensjonen har mye å si for resultatene. Resultatene indikerer at intervensjonen kan være nyttig i tilfeller med mer komplekse saker og senere i sykefraværperioden. Det estimeres at det optimale tidsvinduet for intervensjon er mellom 8-12 uker.

En annen studie undersøker effekten av en tilsvarende intervensjon på retur til arbeid for sykmeldte med lav sannsynlighet for å returnere til arbeid innen tre måneder, men med evne til å delta i retur til arbeid-aktiviteter (48). Studien er også en del av det danske prosjektet «tilbake til arbeid». Intervensjonen er utformet på samme måte som CTM beskrevet i forrige avsnitt, men det ble i tillegg utarbeidet individuelle rehabiliteringsplaner for den sykmeldte av det tverrfaglige teamet. Rehabiliteringsplanene kunne inkludere arbeidsevnetrening, gradert retur til arbeid, tilpasninger på arbeidsplassen, utdanning og fysisk aktivitet. En randomisert kontrollert studie ble gjennomført blant 443 deltakere. Kontrollgruppen fikk behandling som vanlig, som innebar en plan for retur til arbeid og retur til arbeid-aktiviteter, men veilederne hadde ikke mulighet til å diskutere saker med andre aktører. Resultatene viste ingen signifikant forskjell i sannsynligheten for å være tilbake i arbeid etter 52 uker for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Blant deltakerne med lavt nivå av helseangst, var sannsynligheten for å returnere til arbeid etter ett år, lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Resultatene indikerer at sykmeldte med generelt god helse kan oppleve overbehandling ved intervensjonen, som resulterer i langvarig sykefravær. En barriere for retur til arbeid kan være dersom arbeidsevnevurderinger kun baseres på helsevurderinger, og ikke hensyntar andre personlige og miljømessige faktorer som påvirker retur til arbeid.

### 3.5.2 Tverrfaglig intervensjon for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser

Effektene av en tverrfaglig intervensjon har blitt undersøkt på tilbakevending til arbeid for sykmeldte med skulder- eller nakkesmerter som hadde vært sykmeldt mellom 4 og 16 uker i Danmark (49). Intervensjonen startet med en klinisk undersøkelse og en samtale med en saksbehandler. Saksbehandlerrollen var tildelt sosialarbeider, en spesialist i sosialmedisin eller en ergoterapeut, og saksbehandleren koordinerte kommunikasjon mellom de ulike partene. Et tverrfaglig team bestående av spesiallege i revmatologi, fysioterapeuter, saksbehandlere og psykolog diskuterte sykmeldtes situasjon, og la en plan for tilbakevending til arbeid. Teamet holdt regelmessige møter, i hovedsak lokalisert på arbeidsplassen, men arbeidsplassinvolvering var valgfritt. I tillegg fikk teamet opplæring i kognitiv terapi. Studien ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie av 168 deltakere, der intervensjonsgruppen ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok en kort intervensjon. Denne gruppen gjennomgikk også en klinisk undersøkelse, med oppfølging etter 3-6 uker og 12 uker. Ellers kunne de motta behandling fra fastlege. Etter ett år viste resultatene ingen signifikant forskjell mellom gruppene på tid til tilbakevending eller andel av sykmeldte som vendte tilbake til arbeid. I intervensjonsgruppen hadde 59 prosent av deltakerne fire eller flere uker med arbeid i det påfølgende året etter intervensjonen, sammenlignet med 58 prosent av kontrollgruppen. Median tid til retur til arbeid var 44 uker i intervensjonsgruppen og 32 uker i kontrollgruppen. Det var ikke en statistisk signifikant tendens til lavere rate for retur til arbeid i intervensjonsgruppen. Studien drøfter at involvering av arbeidsplassen kan være en nøkkelfaktor for tilbakevending til arbeid. I tillegg kan det være behov for økt fokus på forebygging, for å oppnå positive effekter på retur til arbeid. Ved å identifisere pasienter i fare for langvarig frafall fra arbeidslivet, kan det oppnås bedre forståelse for prognostiske faktorer og prediksjoner for retur til arbeid-utfall for målgruppen.

En studie undersøker effektene av samme intervensjon, men for sykmeldte med korsryggsmerter som hadde vært sykmeldt mellom 3 og 16 uker (50). I denne intervensjonen ble i tillegg pasientens medisinske journal sendt ut til alle involverte aktører, for å sikre samsvar. I tillegg var saksbehandleren en ansatt på sykehuset, som holdt kontakt med arbeidsplassen og det kommunale jobbsenteret, og koordinerte relevante initiativer. Det ble gjennomført en kontrollert studie blant 351 ansatte der gruppen som mottok den tverrfaglige intervensjonen ble sammenlignet med gruppen som mottok kort intervensjon. Resultatene viste at etter ett og to år var det ingen vesentlige forskjeller i tilbakevending til arbeid mellom gruppene. I intervensjonsgruppen hadde 72 prosent returnert til arbeid i minst fire uker etter ett år, mens andelen var 76 prosent i kontrollgruppen. Median antall uker med sykefravær i løpet av det første året var lavere i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen (14 mot 20 uker). Undergruppeanalyser tyder på at kort behandling kan være mer effektivt for pasienter som ikke er i risiko for å falle utenfor arbeidslivet, mens tverrfaglig behandling kan være mer effektivt for gruppen i risiko for å miste jobben. Det er viktig å identifisere risikofaktorer for å gi rett type behandling. I tillegg kan langvarig intervensjon utsette retur til arbeid, selv når retur til arbeid så fort som mulig er formålet.

Det har også blitt gjennomført en utdypende studie av samme intervensjon for å identifisere undergrupper med størst nytte av intervensjonen (51) og en studie av langtidseffektene av intervensjonen (52). Førstnevnte finner at intervensjonsgruppen hadde en raskere retur til arbeid enn den korte intervensjonsgruppen i en undergruppe med lav jobbtillfredshet (hasardrate 3,26), ingen innflytelse på eget arbeid og i risiko for å miste jobben (hasardrate 1,42). Den motsatte effekten ble sett i undergruppen med høy arbeids glede. Studien av langtidseffektene av intervensjonen baserer seg på en randomisert kontrollert studie. Etter fem år hadde deltakerne i intervensjonsgruppen 19 prosent høyere risiko for å ikke ha en arbeidsdeltakelse over 75 prosent, sammenlignet med deltakerne i den korte intervensjonen. Det løftes frem at dårlig implementering kan ha vært avgjørende for resultatene. I tillegg kan det tenkes at sosialarbeiderne i teamet har lagt sin tradisjonelle oppfølging av sykmeldte på vent i tiden der intervensjonen foregikk, som kan ha utsatt retur til arbeid.

### 3.5.3 Tverrfaglig intervensjon for sykmeldte med psykiske lidelser

En dansk kvalitativ studie undersøker erfaringer med en RTW-intervensjon for sykmeldte med depresjon eller stresslidelser som hadde vært sykmeldt over åtte uker (53). Intervensjonen besto av en tidlig, tverrfaglig, og koordinert innsats under ledelse av det kommunale sykefraværskontoret. Hver kommune etablerte minst én flerfaglig enhet bestående av RTW-koordinatorer (kommunale sykefraværansvarlige), RTW-team (psykologer og fysioterapeuter/ergoterapeuter), og kliniske enheter (psykiatere og leger). Sykmeldte deltok i møter med koordinatoren. På møtet ble det benyttet et standardisert vurderingsverktøy for å identifisere ressurser og barrierer for retur til arbeid. Det ble deretter besluttet om retur til arbeid-team skulle involveres. Det tverrfaglige teamet hadde ukentlige møter for å koordinere arbeidet, og tilpasse RTW-planen. Planen innebar individuelle økter med psykologen, fysisk trening, og møter med arbeidsplassen. Studien baserer seg på dybdeintervjuer med 17 deltakere. Intervjuer ble gjennomført ved randomisering, tre måneder etter og seks måneder etter med hver deltaker. Funn fra intervjuene viser at deltakerne var positive til en tverrfaglig tilnærming som ivaretok alle aspekter ved saken. Arbeidsevnevurdering og RTW-aktiviteter, som psykoedukative gruppesesjoner og individuelle sesjoner med psykolog, kunne resultere i både motivasjon og frustrasjon. Dette var avhengig av hvorvidt koordinatorene og andre behandlere hadde en individuell tilnærming. Den individuelle tilnærmingen anses som avgjørende for vellykket intervensjon. Det foreslås at det utarbeides en definisjon av den individuelle tilnærmingen. Dette er viktig for at RTW-koordinatorer kan inspirere sykmeldte og gi dem en følelse av å bli sett og hørt, samtidig som de opptrer som en autoritet, i samsvar med den juridiske konteksten. Særlig psykiske lidelser krever en individuell tilnærming til konsultasjoner, fordi selvtillit og motivasjon er særlig viktig. Det er også viktig for å kunne utarbeide realistiske arbeidsevnevurderinger.

### 3.5.4 Tverrfaglig intervensjon for sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser og/eller psykiske lidelser

I Danmark har det blitt undersøkt om en personlig og kombinert innsats har effekt på sykefraværperioden til ufaglærte/semifaglærte pasienter med muskel- og skjelett og/eller psykiske lidelser som har vært sykmeldt mer enn 14 dager (54). Intervensjonen inneholdt veiledet fysisk aktivitet, ergonomisk kurs, utredning og behandling av en revmatolog og innsats ved arbeidsmedisin under behov. Intervensjonen hadde fokus på styrking og helsefremming, med hypotese om at bevisstgjøring og motivering av pasienten kan bidra til tilbakevending til arbeid. En rehabiliteringsplan ble laget av et intervensjonsteam basert på et kartleggingsintervju med pasienten, med fokus på historikk, barrierer og forventinger, i tillegg til en medisinsk undersøkelse. Rehabiliteringsplanen fokuserte på tilpasninger på arbeidsplassen, tidlig intervensjon, samarbeid og fysisk aktivitet. En sosialarbeider hadde rollen som koordinator som samlet informasjon, tilrettela for kommunikasjon og koordinerte aktiviteter. Studien er en ikke-randomisert kontrollert studie der 118 ufaglærte danske offentlige ansatte og private ansatte vaskehjelpere utgjorde utvalget. Utfall etter to år for intervensjonsgruppen ble sammenlignet med en referansegruppe, som ikke beskrives nærmere. Resultatene viser en statistisk signifikant og positiv effekt av innsatsen på tilbakevending til arbeid etter to år for behandlingsgruppen, sammenlignet med referansegruppen. Etter to år hadde 64 prosent i behandlingsgruppen returnert til arbeid, og 48 prosent i referansegruppen. Gjennomsnittlig antall uker med sykefravær var 38,1 i behandlingsgruppen, og 44,6 i referansegruppen. Suksessfaktorer som trekkes frem er fokus på å ivareta og gjenopprette personlig integritet hos sykmeldte, styrking av arbeidsmiljøet, og retur til arbeid-tilnærming integrert med helsefremming. Andre viktige faktorer er fysisk aktivitet og forbedring av arbeidsevne.

En kunnskapsoppsummering oppsummerer forskning fra ni ulike land som undersøker langtidseffektene av retur til arbeid-koordinasjonsprogrammer sammenlignet med behandling som vanlig for pasienter i fare for å bli langtidssykmeldt (55). Kunnskapsoppsummeringen inkluderer 14 randomiserte kontrollerte studier der deltakere har vært sykmeldt i minst fire uker. Elleve av studiene har fokus på sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser, to har fokus på psykiske lidelser og en studie har fokus på begge. De ulike koordinasjonsprogrammene involverte flere aktører fra helsetjenester som samarbeidet om å øke arbeidsevnen til sykmeldte. Programmene varierer i

varighet og utforming, men de fleste programmene inkluderer en arbeidsevnevurdering der barrierer for arbeid identifiseres og det legges en individuell plan for å retur til arbeid. En koordinator utarbeider et individuelt og tilpasset behandlingsforløp for pasienten, slik at de kan overkomme barrierene for retur til arbeid. Pasienten får behandling, som ofte innebærer veiledning, psykisk eller fysisk trening og spesialistbehandling. Ulike utfallsmål inkluderte tid til retur til arbeid, kumulativt sykefravær, andel tilbake i arbeid på oppfølgingstidspunktet og andel tilbake i arbeid noensinne etter intervensjonen. Hovedresultatet viser ingen effekt av intervensjonen på retur til arbeid. Det har ingen effekt verken etter seks måneder, etter tolv måneder eller senere enn tolv måneder. I kunnskapsoppsummeringen konkluderes det med at effektive intervensjoner er avhengig av god kommunikasjon mellom ulike aktører og smidig koordinering av ulike komponenter som er inkludert i intervensjonen. Retur til arbeid-koordinatoren har en viktig rolle i å sørge for kommunikasjon og felles forståelse for forventinger for alle aktører. Det trekkes også frem at fysiske møter mellom koordinatoren og pasienten bidrar til optimal utforming av intervensjonen, tilpasset individuelle behov.

### 3.5.5 Oppsummering av forskningen

De fleste studiene som undersøker modeller der bruk av tverrfaglige team kombineres med bruk av sykefraværskoordinatorer har blitt utprøvd i Danmark. Vi har i tillegg inkludert en kunnskapsoppsummering som undersøker 14 studier fra ni ulike land. De ulike intervensjonene varierer i innretning, organisering og innhold. I noen tilfeller benyttes et tverrfaglig team i sykefraværsoppfølgingen, i tillegg til at en sykefraværskoordinator koordinerer og samordner prosessen (49-53). I andre modeller er sykefraværskoordinatorer en del av det tverrfaglige teamet (47, 48, 53). I mange modeller benyttes et standardisert arbeidsevneverktøy for å vurdere brukerens arbeidsevne (47, 48, 53, 55). I andre tilfeller gjennomføres individuelle intervjuer med brukeren og team-medlemmene (49-53). Temaet og koordinatoren utarbeider en rehabiliteringsplan, basert på møter og intervjuer med brukeren. Teamet har deretter regelmessige møter der denne planen diskuteres og tilpasses.

Det er få av studiene som tyder på at en modell der bruk av tverrfaglig team kombinert med bruk av sykefraværskoordinator har positive effekter på retur til arbeid. Dette resultatet er generelt, og ser ikke ut til å variere mellom sykmeldte med ulike diagnoser. I kunnskapsoppsummering som inkluderer 14 ulike studier, konkluderes det med at intervensjoner som benytter tverrfaglige team og koordinatorer i sykefraværsoppfølgingen ikke er effektivt for retur til arbeid (55). I en av studiene som finner positive effekter, er suksessfaktorer som trekkes frem fokus på å ivareta og gjenopprette personlig integritet hos sykmeldte, styrking av arbeidsmiljøet, og retur til arbeid-tilnærming integrert med helsefremming (54). Andre viktige faktorer er fysisk aktivitet og forbedring av arbeidsevne.

En annen studie finner kun positive effekter for en av tre kommuner i utprøvingen (47). De varierende resultatene kan tyde på at det er kontekstuelle faktorer som påvirker om intervensjonen blir en suksess eller fiasko, som for eksempel implementering av intervensjonen. Det indikeres at intervensjonen kan være nyttig i tilfeller med mer komplekse saker, og senere i perioden. Dette er også konklusjonen i en annen studie, som finner at intervensjonen kunne hatt positiv effekt for en undergruppe med lav jobbtilfredshet, ingen innflytelse på arbeidsplanlegging og grupper som står i fare for å miste jobben (51).

En kortere, mindre omfattende behandling kan altså være mer effektivt for personer som ikke står i fare for å falle utenfor arbeidslivet. Det kan derfor være viktig å identifisere risikofaktorer for å kunne gi rett type behandling. For noen grupper kan en langvarig intervensjon utsette retur til arbeid nødvendig lenge (50). Særlig for pasienter i fare for langvarig frafall fra arbeidslivet kan det være viktig med tidlig identifisering, slik at man oppnår bedre forståelse for faktorer som bidrar til retur til arbeid (49). Også en annen studie fremhever at en slik omfattende intervensjon kan innebære overbehandling for grupper som generelt har god helse (48). Videre drøfter denne studien at en barriere for retur til arbeid kan være dersom arbeidsevnevurderinger kun baseres på helsevurderinger, og ikke hensyntar andre personlige og miljømessige faktorer som påvirker retur til arbeid.

I flere studier trekkes det frem at implementeringen av intervensjonen kan være avgjørende for utfallet. I en studie drøftes det rundt at dårlig implementering kan være årsaken til at det ikke ble funnet positive effekter av intervensjonen. For eksempel kan det være at partene i teamet ikke har koordinert seg tilstrekkelig, og at det oppstår misforståelser og nødvendig ventetid, som kan ha utsatt retur til arbeid (52).

En studie trekker frem at den individuelle tilnærmingen anses som avgjørende for vellykket intervensjon. Hvorvidt koordinatorer og behandlere har en individuell tilnærming kan påvirke hvordan aktiviteter i oppfølgingen oppleves av bruker. På en side kan det bidra til motivasjon, men det kan også resultere i frustrasjon. En individuell tilnærming er viktig for at koordinatorer kan inspirere sykmeldte og gi dem en følelse av å bli sett og hørt, samtidig som de opptrer som en autoritet, i samsvar med den juridiske konteksten. Særlig psykiske lidelser

krever en individuell tilnærming til konsultasjoner, fordi selvtillit og motivasjon er særlig viktig. Det er også viktig for å kunne utarbeide realistiske arbeidsevnevurderinger (53). Dette trekkes også frem i kunnskapsoppsummeringen (55).

**Tabell 3-4: Oversikt over gjennomgåtte studier av modelltype 4**

Land	Intervensjon	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Danmark	Koordinator og tverrfaglig team som jobber med rask igangsetting av tiltak. Bruk av standard arbeidsevnevurderingsverktøy for kartlegging av barrierer. Team fikk opplæring i forkant	3105 langtidssyknelde over åtte uker med alle typer lidelser og sykefravær	Randomisert kontrollert studie der behandlingsgruppe sammenlignes med kontrollgruppe som mottok ordinær oppfølging	Behandlingsgruppen kom fortere tilbake til arbeid målt etter 1 år i en kommune	(47)
Danmark	Tverrfaglig team utarbeidet rehabiliteringsplan. Standard arbeidsevnevurderingsverktøy ble brukt. Team fikk treningskurs i forkant. Teamet hadde to retur til arbeid-koordinatorer	443 sykmeldte med lav sannsynlighet for å returnere til arbeid innen tre måneder, men som kunne delta i aktiviteter	Randomisert kontrollert studie der behandling ble sammenlignet med standardbehandling	Ingen forskjell i sannsynligheten for å være tilbake i arbeid etter 52 uker	(48)
Danmark	Pasient hadde møter med saksbehandler, som diskuterte med team og koordinerte kommunikasjon. Det ble lagt plan for retur til arbeid og holdt regelmessige møter med teamet uten deltaker	168 sykmeldte med smerter i nakke eller skuldre som har vært sykmeldt i 4-12 uker	Randomisert kontrollert studie der behandling ble sammenlignet med ordinær behandling	Det var ingen signifikant forskjell på tid til tilbakevending eller andel av sykmeldte som vendte tilbake til arbeid etter 1 år	(49)
Danmark	Klinisk undersøkelse, medisinsk journal ble distribuert til alle aktører. Intervju med saksbehandler, rehabiliteringsplan. Tverrfaglig team diskutere saken. Saksbehandler hadde kontakt med arbeidsplass	351 ansatte med sykmelding i 3-16 uker på grunn av korsryggsmerter	Randomisert kontrollert studie der intervensjonen sammenlignes med en kort intervensjon	Etter 1 og 2 år var det ingen vesentlige forskjeller i tilbakevending til arbeid mellom gruppene. Intervensjonen sikret raskere retur til arbeid i en undergruppe med lav jobbtillfredshet, ingen innflytelse på arbeidsplanlegging og grupper som står i fare for å miste jobben.	(50) (51)
				Etter 5-års oppfølging hadde behandlingsgruppen 19 % høyere risiko for ikke å ha en	(52)

				arbeidsdeltakelsesscore over 75 % sammenlignet med deltakerne i den korte intervensjonen
Danmark	Tverrfaglig team med retur til arbeid-koordinatorer. Koordinatorer hadde møter med pasient, det ble brukt standard arbeidsevnevurderingsverktøy, og utarbeidet plan. Team hadde jevnlig møter og diskutere planen	17 sykmeldte deltakere med psykiske lidelser	Kvalitativ studie basert på 3 runder med intervjuer	Intervensjonen bidro ikke til å redusere sykefravær (53)
Danmark	Rehabiliteringsplan laget av et intervensjonsteam, tilpasninger på arbeidsplassen, fokus på tidlig intervensjon, sosialarbeider som koordinator som tilrettelagte for kommunikasjon og koordinerte aktiviteter	118 sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser	Ikke-randomisert studie, kontrollgruppen er ikke beskrevet	14 prosentpoeng flere i arbeid i intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen etter 2 år (54)
Ulike land	Koordinasjonsprogrammer for retur til arbeid. Flere aktører fra helsetjenester samarbeider om å øke arbeidsevnen til sykmeldte. En koordinator tilpasser og tilrettelegger intervensjonen. En arbeidsevnevurdering gjennomføres og en individuell plan utarbeides.	Sykmeldte med sykefraværsvirighet over fire uker	Kunnskapsoppsummering av 14 randomiserte kontrollerte studier	Ingen effekt på retur til arbeid (55)

### 3.6 Modell 5: Samhandlingsmodeller med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon

Enkelte intervensjoner som inkluderer samhandling mellom arbeids- og helsetjenester, er arbeidsplassintervensjoner. Med dette menes intervensjoner der hovedfokus er arbeidsrettet rehabilitering med inkludering av arbeidsplass og arbeidsgiver i prosessen. Denne modelltypen har en viss grad av overlapp med tidligere modelltyper, særlig sykefravær-/rehabiliteringskoordinator og tverrfaglige team, men skiller seg samtidig ut ved at det eksplisitt er tiltak som foregår på arbeidsplassen, eller aktiviteter med fokus på tilpasning på arbeidsplassen. De fleste studiene er fra Sverige som etter lanseringen av «Rehabiliteringskjeden», særlig har fokusert på å fremme sykmeldtes arbeidsevne i ordinært arbeid og tilrettelegging på arbeidsplassen. Noen studier er fra Nederland, der arbeidsgiver gjennom bedriftshelsetjenesten også har en sentral rolle i sykefraværsoppfølgingen.



### 3.6.1 Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HAKuL)

En studie har undersøkt erfaringer med HAKuL-modellen blant sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser med eller uten psykiske lidelser, med sykmelding over 90 dager (57). HAKuL er en rehabiliteringsintervensjon rettet mot fulltidssykmeldte i offentlig sektor. I modellen fikk bedriftshelsetjenesten ansvar for at et tverrfaglig team skulle gjennomføre en vurdering av sykmeldte. Det tverrfaglige teamet bestod av lege, fysioterapeut, psykolog og sykepleier. Formålet var å identifisere behovet for rehabiliteringsaktiviteter. Deretter ble et rehabiliteringsmøte gjennomført med den sykmeldte, veileder, representanter fra bedriftshelsetjenesten, representant fra det lokale trygdekontoret og noen ganger fagforening. En rehabiliteringsplan ble lagt og fulgt opp.

Arbeidsrehabiliteringshelsetjenesten kunne i tillegg tilby intensiv multimodal rehabilitering som blant annet innebar kognitiv atferdsterapi. Programmet varte i fire uker, med oppfølging etter seks og tolv måneder. Arbeidsgiver hadde ansvar for å tilpasse arbeid for sykmeldte, og gi arbeidsrehabilitering. I modellen inkluderte arbeidsrettet rehabilitering arbeidstrening, overføring til andre jobber under samme arbeidsgiver, utdanning/opplæring eller tilpasning på arbeidsplassen. Studien er en prospektiv treårig studie med toårs oppfølging, der 779 ansatte ble inkludert. Resultater viser at etter to år hadde 68 prosent av deltakerne returnert til heltids- eller deltidsarbeid. Studien finner at å ha mottatt yrkesrettet rehabilitering, og å være under 45 år, er de sterkeste prediktorene for retur til arbeid. Problemer med koordinering og kommunikasjon gjorde at intervensjonen var utfordrende. Det konkluderes med at et velfungerende samarbeid mellom aktørene er en nøkkelfaktor for suksess, i tillegg til felles mål. Andre suksessfaktorer er å øke pasientens motivasjon og kontroll over for eksempel avgjørelser knyttet til egen helse. For å få til dette, er det viktig at brukeren er involvert i prosessen, og intervensjonen må derfor være enkel for pasienten å ta del i. Særlig for sykmeldte med psykiske lidelser kan det være nyttig med arbeidsrettet trening, ved tett involvering av arbeidsplassen. I tillegg konkluderer studien med at det kan være effektivt å begynne med rehabilitering før sykmeldte har blitt sykmeldt, slik at de ikke mister arbeidsplashtilknytning.

### 3.6.2 ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA)

ADA og ADA+ er et verktøy for dialog mellom de involverte aktørene i sykefraværsoppfølgingen, utviklet i Sverige. ADA er i utgangspunktet en dialogmodell der helsetjeneste, pasient og arbeidsgiver samarbeider i prosessen for retur til arbeid. ADA+ er en videreutvikling av metodikken. I ADA+ er det rehabiliteringskoordinator som avholder dialogmøter, først separat med arbeidstaker og arbeidsgiver, og deretter med begge parter samtidig. Fokuset er arbeidsevne og tilpasninger som muliggjør arbeid på arbeidsplassen. Dette skal resultere i en skriftlig plan. Rehabiliteringskoordinatoren har kjennskap til rehabilitering, sykmelding, arbeidsmiljøtiltak og helse. Det kan likevel være varierende hva slags utdanning og bakgrunn de har. Hovedpoenget med modellen er å involvere arbeidsgiver i større grad i sykefraværsoppfølgingen, i tillegg til at både arbeidsgiver og arbeidstaker skal oppleve økt ansvarliggjøring. Metodikken benyttes både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

En svensk studie undersøker erfaringer med ADA+ for sykmeldte med stress-indusert utmattelseslidelse (58). En rehabiliteringskoordinator hadde ansvar for intervensjonen. Koordinatoren hadde bakgrunn fra helsetjenesten, og hadde kunnskap om stress-indusert utmattelseslidelse og trygdemedisin, samt trening i dialogmøter. De hadde ansvar for å samarbeide med leger og andre aktører involvert i behandlingen, i tillegg til å kartlegge medisinske behov og arbeidssituasjonen. Intervensjonen tok sted på en rehabiliteringsklinikk og bestod av tre steg. Det første steget var en individuell samtale mellom rehabiliteringskoordinatoren og pasienten. Deretter ble arbeidsgiver intervjuet av rehabiliteringskoordinatoren på stress-rehabiliteringsklinikken, der fokus var bekymringer og forventninger rundt retur til arbeid, årsaker til sykefravær, muligheter for tilpasning på arbeidsplassen og motivasjon for retur til arbeid. Tredje steg var dialogmøte med pasient og arbeidsgiver, fasilitert av rehabiliteringskoordinatoren. Andre representanter fra arbeidsplassen eller fagforeninger kunne delta. Tilnærmingen fokuserer på arbeidsmiljø, samt fysiske, organisatoriske og sosiale faktorer. Tilnærmingen resulterte i en plan med mål, handlinger, oppfølging, og ansvarsfordeling. Planen fungerte som en avtale mellom partene, som koordinatoren fulgte opp. I tillegg til ADA+, var pasientene en del av et 24 ukers multimodalt rehabiliteringsprogram (MMR), som blant annet innebar gruppebasert kognitiv atferdsterapi. Studien baserer seg på et kvalitativt design der gruppeintervjuer med 15 personer utgjør informasjonsgrunnet. Deltakerne var positive til intervensjonen. Det fremkommer i studien at inkludering av en rehabiliteringskoordinator bidro til å forbedre retur til arbeid ved å bygge bro mellom helsevesen, arbeidsplass og andre aktører. Koordinatoren hadde en nøytral rolle som koordinerte kommunikasjon og samarbeid på enkel måte. Studien trekker frem at kunnskap og bevisstgjøring kan forbedre holdningene til arbeidsgiver og andre på arbeidsplassen, som kan gjøre at pasienten får tilstrekkelig tilpasning og opplever respekt. Stressrelaterte lidelser kan være mer relatert til arbeidsplass-situasjoner enn depresjon. Arbeidsplassintervensjoner kan derfor være mer nyttig for denne pasientgruppen.

En annen svensk deskriptiv studie undersøker om ADA+ kan være et nyttig verktøy i retur til arbeid-rehabilitering for sykmeldte med utmattelsessyndrom (59). I denne utprøvingen var målet å gi støtte i prosessen med en konkret og felles skriftlig plan for tilbakeføring i arbeid, inneholdende tilrettelegging av arbeid med tydelig ansvarsfordeling mellom partene i sykefraværsoppfølgingen. Deltakerne deltok samtidig i et MMR-program som innebar gruppebasert kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet. Basert på spørreskjemaer til 51 deltakere ble utfall før, etter og ett år etter intervensjonen sammenlignet. Resultatene viser at sykefraværsgraden avtok gradvis, og 93 prosent var tilbake i arbeid ett år etter avsluttet intervensjon. Det ble gjennomført helseøkonomiske beregninger som indikerte at ADA+ er en kostnadseffektiv intervensjon både fra et samfunns- og helseperspektiv. Modellen innebærer klarhet og åpenhet i prosessen, som fremmer samarbeid mellom de involverte aktørene. Koordinatoren har en nøytral rolle som fasiliterer dialog. En konkret plan for retur til arbeid gir støtte i prosessen, som styrker arbeidstaker til å komme tilbake til arbeid. I tillegg styrkes arbeidsgivers kapasitet til å håndtere prosessen, ved økt kunnskap om sykefravær og arbeidsevne. For deltakerne var økt delaktighet verdsatt.

En studie undersøker effekten av en ADA-intervensjon på tilbakevending til jobb for pasienter med utmattelsessykdom som følge av arbeidsrelatert stress, som har vært sykmeldt i 2-6 måneder (60). I utprøvingen gjennomgikk pasientene et intervju med ansatte på sosialkontoret, for å sikre at sykefraværet var arbeidsrelatert. Deretter fulgte en heldags klinisk undersøkelse av spesialistlege, psykolog og sosionom, og et intervju om hva som må endres for å muliggjøre tilbakevending til jobb. Arbeidsgiver ble intervjuet på arbeidsplassen. Deretter ble det gjennomført et dialogmøte på arbeidsplassen, med to behandlere som hadde undersøkt pasienten, arbeidsgiver og pasient. Hensikten var å sette i gang en dialog mellom partene for å definere og bli enige om tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen, og en plan for tilbakeføring til arbeid. Noen uker etter dialogmøte, ble pasientene invitert til gruppeseminarer, der man diskuterte arbeidsrelatert stress. Lignende seminarer ble arrangert for arbeidsgiverne. Seminarene hadde et forebyggende fokus. Studien var en kontrollert studie blant 148 deltakere, der pasienter som mottok intervensjonen ble sammenlignet med pasienter i en kontrollgruppe som ikke ønsket å delta i intervensjonen, ved bruk av matching-metoder. Det var ikke definert hva slags behandling kontrollgruppen skulle motta, og dette kunne derfor variere basert på lokale muligheter. Resultatene viste at 89 prosent hadde returnert til arbeid etter 1,5 år. I kontrollgruppen hadde 73 prosent kommet tilbake til arbeid i samme periode. Det påpekes at retur til arbeid kan ha blitt utsatt i prosessen, fordi leger ventet med å anbefale sykmeldte å returnere til arbeid før intervensjonen var ferdig. Suksessfaktorer som trekkes frem er gradert sykmelding, som bidrar til at pasienten ikke mister kontakt med arbeidslivet fullstendig, intervensjon tidlig i forløpet, kartlegging av arbeidssituasjonen slik at partene får økt forståelse for lidelsen arbeidsrelatert stress, kommunikasjon med arbeidsplassen, som medfører tilpasninger, og individfokus.

Det har også blitt gjennomført en randomisert kontrollert studie som undersøker de langsiktige effektene av en ADA-intervensjon i tillegg til strukturert fysioterapi i 32 primærhelsesentre i Sverige (61). Intervensjonen innebærer strukturert fysioterapi i kombinasjon med arbeidsplassdialog gjennomført av fysioterapeuten. Referansegruppen mottok kun fysioterapi. Målgruppen var mennesker med nakke- eller ryggmerter som ikke hadde mer enn 60 dager sykefravær. 352 deltakere ble inkludert. Deltakerne kunne få behandling fra andre profesjoner etter behov, for eksempel leger, psykologer, ergoterapeuter eller andre. Alle deltakere ble tilbudt oppfølging av fysioterapeuten hver tredje måned. Deltakere i intervensjonsgruppen ble invitert til et individuelt intervju med fysioterapeuten, der de kunne gi samtykke til å kontakte arbeidsgiver. Deretter ble arbeidsgiver invitert til en samtale med fysioterapeuten som handlet om arbeidsevne, nødvendige tilpasninger på arbeidsplassen og støtte for å returnere til arbeid. Deretter ble det avholdt en samtale med fysioterapeuten, sykmeldte og arbeidsgiver. Formålet var å utarbeide en plan med aktiviteter for å øke sykmeldtes arbeidsevne og støtte retur til arbeid. Planen ble fulgt opp hver tredje måned av fysioterapeuten. Fysioterapeuten fikk opplæring i forkant av intervensjonen, både teoretisk og praktisk. Utfallet var arbeidsevne definert som å jobbe minst fire sammenhengende uker ved oppfølgingstidspunkter. Resultatene viste at 85 prosent i intervensjonsgruppen hadde minst fire sammenhengende uker med arbeid, mot 74 prosent i kontrollgruppen. I tillegg førte intervensjonen til økt sannsynlighet for å ha arbeidsevne ved ett års oppfølging. Det trekkes frem at tidlig dialog med arbeidsplassen kan bidra positivt til arbeidsevne og retur til arbeid. Effektene oppstår etter ett år, som kan indikere at tilpasninger på arbeidsplassen er en krevende prosess som tar tid. Det er kun fysioterapeuter som gjennomfører intervensjonen. Det trekkes frem i studien at det ble vurdert å inkludere flere profesjoner, men at dette ikke ble gjort for å forhindre medikalisering og noceboeffekt.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Noceboeffekt er når et symptom eller bivirkning forverres, på grunn av negative forventninger.

Det har blitt gjennomført en sekundæranalyse av samme intervensjon som undersøker effektene på selvrapporert funksjon, functional rating index, helserelatert livskvalitet og arbeidsevne (work ability score) etter ett år (62). Resultatene viser at det ikke var noen signifikant differanse i forbedring mellom gruppene, og det konkluderes med at intervensjonen ikke hadde noen effekt på selvrapporterte mål.

### 3.6.3 Andre arbeidsplassintervensjoner

Vi har også identifisert andre typer innretninger av arbeidsplassintervensjoner (63-67). De ulike arbeidsplassintervensjonene er som regel tett forbundet med sykefraværsoppfølgingen og velferdssystemet i landet ellers. Et eksempel på dette er i Nederland, der ansvar og insentiver fortrinnsvis er knyttet til virksomheter/arbeidsgiver ved at arbeidsgiver har ansvar for lønn under sykdom, og for å sørge for rehabilitering. Rehabilitering skjer vanligvis ved at bedriftshelsetjenesten, som er obligatorisk for alle virksomheter, kobles på og følger opp den sykmeldte i henhold til den evidensbaserte retningslinjen «the Dutch Association of Occupational Physicians (NVAB)» (68).<sup>11</sup>

Forskere har utviklet en deltakende arbeidsplassintervensjon rettet mot personer som er sykmeldt som følge av stress og engstelse. Effektene av intervensjonen er studert i tre nederlandske virksomheter (63). I den randomiserte studien mottok sykmeldte, mellom 2-8 uker, enten vanlig behandling eller intervensjon på arbeidsplass. Arbeidsplassintervensjonen innebar involvering av RTW-koordinator, i tillegg til ordinær oppfølging av bedriftshelsetjenesten gjennom rådgivning og legetjenester. RTW-koordinatoren var spesialisert i arbeidsmarkedet, bedriftshelse og arbeidsprosesser for å hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid. Prinsippene i intervensjonen var basert på en stegvis kommunikasjonsprosess mellom den sykmeldte og dens rådgiver i bedriftshelsetjenesten, og ble ledet av RTW-koordinator. Intervensjonen innebar tre møter mellom den sykmeldte, RTW-koordinator og/eller rådgiver, med formål at den sykmeldte og rådgiver sammen skulle identifisere og løse hindringer for tilbakevending. Det første møtet ble gjennomført omtrent tre uker etter oppstart, og innebar at den sykmeldte og RTW-koordinator sammen skulle kartlegge utfordringer på arbeidsplassen. Det andre møtet ble gjennomført med rådgiver og RTW-koordinator. På dette møtet ble utfordringer ved arbeidsforholdet presentert fra bedriftens side. På det tredje møtet skulle alle partene sammen drøfte mulige løsninger for å hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid, som senere skulle implementeres på arbeidsplassen. RTW-koordinatoren kunne også komme innom arbeidsplassen for å gi råd og veiledning til den ansatte ved behov. Ved 12-måneders oppfølging fant forskerne en signifikant reduksjon i tid til retur til arbeid for sykmeldte, som i utgangspunktet var innstilt på å returnere til arbeid til tross for opplevde symptomer. Sykmeldte med intensjon om å komme tilbake i jobb, returnerte etter 55 dager i intervensjonsgruppen, og etter 120 dager i den ordinære behandlingsgruppen. Funnene tyder på at det kan være nyttig å ha ulike behandlingstilnærminger til de som i utgangspunktet er motiverte for å returnere til arbeid, og de som ikke er det. Det virker mest hensiktsmessig å inkludere en arbeidsplassintervensjon for de som er motiverte fra starten av. Et annet interessant poeng er at mens arbeidsplassintervensjonen var effektiv for sykmeldte med kroniske korsryggrelaterte plager, er ikke resultatene like tydelige for sykmeldte som følge av psykiske plager (69, 70).<sup>12</sup> En hypotese er at det tradisjonelt har vært mer akseptert å snakke om muskel-/skjelettlidelser enn mentale helseproblemer på arbeidsplassen. De fleste i sykmelding med korsryggsmerter returnerte til arbeid etter kort tid, mens omtrent 34 prosent med stressrelaterte symptomer fortsatt sykmeldt ved seks måneders oppfølging. Når det gjelder stressrelaterte lidelser, er det stigma involvert. Både arbeidsgiver, rådgiver og bedriftslege indikerte at det var vanskelig å diskutere retur til arbeid med denne gruppen (63).

I Nederland er også en annen type innretning av arbeidsplassintervensjon utprøvd. Arbeidsplassintervensjonen innebar et integrert tverrfaglig behandlingsprogram fra et team bestående medisinsk spesialist, bedriftsergoterapeut, fysioterapeut, bedriftslege og en veileder (65, 66). I denne intervensjonen startet behandlingen med en henvisning til en bedriftslege, som også var ansvarlig for koordineringen av tjenesten og kommunikasjon med resten av teamet. Deretter fulgte en protokoll for arbeidsplassintervensjon, og en tilpasset aktivitetsprotokoll basert på kognitive prinsipper, som involverte deltaker og veileder. Inkludering av arbeidsprotokoll var det momentet som tydelig skilte intervensjonen fra ordinær oppfølging, som innebar behandling fra helsepersonell. Programmet hadde som formål å bidra til å få flest mulig tilbake i varig arbeid, og forskerne fant at opplegget bidro til redusert sykefravær for en liten, men relevant gruppe av pasienter med kroniske korsryggrelaterte plager. De signifikante resultatene viste at mens personer som fulgte et integrert behandlingsprogram kom tilbake i arbeid etter 88 dager, returnerte de som mottok vanlig behandling først etter 208 dager. Det ble også rapportert om best livskvalitet blant intervensjonsgruppen. Forskerne fant i tillegg

<sup>11</sup> Retningslinjen er publisert i 2000 og oppdatert i 2009, og har som formål å fasilitere optimal funksjon av ansatte med mentale helseproblemer og forebygge langtidssykmelding og hyppig tilbakefall.

<sup>12</sup> Studiene om arbeidsplassintervensjon for sykmeldte med ryggsmarter er publisert før 2010, og vi har derfor ikke drøftet disse videre.

betydningsfulle økonomiske gevinster av integrert behandlingsprogram sammenlignet med vanlig behandling. Intervensjonen hadde også en signifikant bedre effekt på helsestatus enn for kontrollgruppen. Fra et samfunnsperspektiv var også integrert behandling mer kostnadseffektiv enn vanlig behandling. Samtidig er effektene av programmet etter 12 måneder ikke studert, noe som gjør langtidseffektene av intervensjonen usikre. Likevel peker studiene på at implementeringen av programmet virker lovende for å redusere kostnader også i et større perspektiv for denne gruppen (65, 66).

Betydningen av involvering av arbeidsplass på mentale helseplager er også studert i systematiske litteraturgjennomganger (67), (64). Den første meta-analysen inkluderte randomiserte kontrollerte studier og klyngerandomiserte studier av kliniske intervensjoner for mennesker med depresjon. Forskerne fant at en arbeidsrettet intervensjon, i kombinasjon med klinisk intervensjon, hadde stor sannsynlighet for å redusere sykefraværet med 25 dager innen det første oppfølgingsåret, sammenlignet med standard behandling. De fant imidlertid at den arbeidsrettede intervensjonen pluss den kliniske intervensjonen ikke bidro til at flere sykmeldte var tilbake i arbeid ved slutten av oppfølgingsåret. De kunne heller ikke si noe om hvilken kombinasjon av arbeidsrettet og klinisk intervensjon som virket best (67). Den andre meta-analysen oppsummerte studier om arbeidsbaserte forebyggings tiltak for vanlige mentale helseplager. Forfatterne var i hovedsak interessert i utfall som dreide seg om sykefraværslengde og arbeidsevne. De fant blant annet at fasilitering av tilgang på klinisk behandling og kognitiv terapi var mest effektiv for å forbedre arbeidsevne, livskvalitet og kostnadsbesparelser (64).

### 3.6.4 Oppsummering av forskningen

Det er en rekke studier der samhandlingsmodeller har hovedfokus på arbeidsplassintervensjoner. I disse modellene er det kommunikasjon og koordinering mellom flere ulike typer aktører, der arbeidsplassen er en sentral aktør. Generelt viser funn fra studiene at en slik intervensjon kan være nyttig for sykmeldtes retur til arbeid. Enkelte randomiserte kontrollerte studier finner positive effekter, både for sykmeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. I tillegg viser flere kvalitative studier at deltakerne opplever intervensjonen som positiv.

Det er et gjennomgående funn at kommunikasjon, koordinering og velfungerende samarbeid mellom aktørene er en viktig suksessfaktor for intervensjonen (58-60). I en studie om HAKuL-modellen pekes det på at intervensjonen var utfordrende på grunn av problemer med koordinering og kommunikasjon, og det konkluderes med at felles mål og et velfungerende samarbeid mellom aktørene er nøkkelfaktorer for suksess (58). I de ulike studiene om ADA og ADA+ fremheves det at intervensjonen bidrar til å tilrettelegge for kommunikasjon, samarbeid og åpenhet mellom ulike aktører, og at dette er viktig for retur til arbeid. Konkret trekkes det frem at en koordinators nøytrale rolle bidrar til enkelt samarbeid og kommunikasjon (60), og at dette bidrar til å fasilitere dialog (63). Kommunikasjon med arbeidsplassen er viktig for å sikre tilpasninger og individfokus (61, 62, 64).

Å tilrettelegge for å øke deltakerens motivasjon og medbestemmelse i arbeidsplassintervensjonen er en annen suksessfaktor som trekkes frem av enkelte studier. For eksempel trekkes det frem i studien om HAKuL-modellen at det å jobbe for å øke deltakernes motivasjon er en suksessfaktor for intervensjonen, og at deltakerne bør være delaktig i avgjørelser relatert til egen helse (57). I studien om ADA+ trekkes det frem at deltakerne verdsatte den økte medbestemmelsen de fikk gjennom modellen (59). Funn kan også tyde på at det kan være hensiktsmessig å inkludere en arbeidsplassintervensjon for de som i utgangspunktet er motiverte for tilbakevending fra starten av, mens effektene av arbeidsplassintervensjon på retur til arbeid er mer usikre for de som ikke er innstilt på å returnere til arbeidsplassen (63).

Flere av studiene trekker frem at arbeidsplassintervensjonene bidrar til relevant kunnskap og bevissthet for arbeidsgiver og arbeidsplassen (58, 59). Dette kan bidra til å forbedre holdningene til arbeidsgiver og andre på arbeidsplassen (58, 59). Studiene fremhever at denne kunnskapen bidrar til at pasientene får tilstrekkelig tilpasning og opplever respekt.

Andre relevante læringspunkter er at intervensjonen må være enkel for pasienten å ta del i (57). I tillegg kan det være viktig med tidlig intervensjon (60-62). Tidlig intervensjon henger sammen med at det er viktig at pasienten ikke mister fullstendig kontakt med arbeidslivet. Gradert sykemelding kan være et virkemiddel for å oppnå dette (60). En studie peker på at arbeidsmarkedsintervensjoner kan være særlig nyttig for pasienter med stressrelaterte lidelser, særlig dersom lidelsen er knyttet til forhold på arbeidsplassen (60).

Tabell 3-5: Oversikt over gjennomførte studier av modelltype 5

Land	Intervensjonen	Utvalg	Type studie	Virkninger	Ref.
Sverige	<b>HAKuL</b> Bedriftshelsetjenesten har ansvar for at et tverrfaglig team gjennomfører vurdering av sykmeldte for å identifisere behov for rehabiliteringsaktiviteter	779 sykmeldte med muskel- og skjelettlidelser med eller uten psykiske lidelser med sykmelding over 90 dager	Deskriptiv studie	Etter 2 år hadde 68 % av deltakerne returnert til heltids- eller deltidsarbeid	(57)
Sverige	<b>ADA</b> Dialogbasert arbeidsplassintervensjon, koordinator gjennomfører dialogmøter med arbeidsplass og sykmeldt. Deltakere deltok i tillegg i et 24 ukers rehabiliteringsprogram som blant annet innebar kognitiv terapi.	15 sykmeldte med stress-indusert utmattelseslidelse	Kvalitativ studie basert på gruppeintervjuer	Deltakerne var positive til intervensjonen og mente at inkludering av en koordinator kunne bidra til å forbedre retur til arbeid	(58)
Sverige	<b>ADA+</b> Koordinator gjennomfører individuelle og felles intervjuer med sykmeldte og arbeidsplass. Det utarbeides skriftlig plan for tilbakeføring. Deltakerne deltok i tillegg i et MMR-program som innebar kognitiv atferdsterapi og fysisk aktivitet	51 sykmeldte med utmattelses-syndrom	Deskriptiv studie basert på spørreskjema som ble besvart før, etter og 1 år etter intervensjonen	93 % var tilbake i heltids- eller deltidsarbeid ett år etter avsluttet intervensjon. Beregninger indikerer kostnadseffektivitet	(59)
Sverige	<b>ADA</b> Klinisk undersøkelse av et team, deretter intervju om tilpasninger på arbeidsplassen. Team besøkte sykmeldte på arbeidsplassen og hadde møte med arbeidsgiver	148 pasienter med utmattelses-syndrom som følge av arbeidsrelatert stress som har vært sykmeldt i 2-6 måneder	Kontrollert studie der pasienter ble sammenlignet med pasienter som ikke ønsket å delta i studien og fikk behandling som vanlig, ved matching-metoder	Signifikant positiv effekt, 89 % hadde returnert til arbeid etter 1,5 år i intervensjonsgruppen. I kontrollgruppen hadde 73 % kommet tilbake til arbeid i samme periode	(60)
Sverige	<b>ADA</b> Behandling av fysioterapeut, i tillegg til at fysioterapeut gjennomfører samtale med sykmeldte og arbeidsgiver som resulterer i plan for retur til arbeid	352 deltakere med smerter i nakke eller rygg som ikke har mer enn 60 dager sykefravær det siste året	RCT der behandlingsgruppen sammenlignes med en kontrollgruppe som kun mottar behandling av fysioterapeut	Signifikant flere pasienter i intervensjonsgruppen som hadde minst fire sammenhengende uker i arbeid ved oppfølging, sammenlignet med kontrollgruppen (85 mot 74 prosent)	(61)

				Ingen signifikant differanse i selvrapporterte mål (funksjon, helse relatert livskvalitet og arbeidsevne) mellom intervensjons- og kontrollgruppen	(62)	
Nederland	Arbeidsplassintervensjon med oppfølging fra bedriftslege, koordinator som holdt tre møter med ansatte og/eller rådgiver for tilpasning på arbeidsplassen	Sykmeldte mellom 2-8 uker med stress- og engstelselidelser	Randomisert kontrollert studie. 73 personer i intervensjonsgruppen og 72 personer mottok vanlig oppfølging fra bedriftslege	Ingen varig intervensjons-effekt på retur til arbeid. Men for de som i utgangspunktet var innstilt på å komme tilbake, førte intervensjonen til tilbak vending etter 55 dager, sammenlignet med 120 dager i kontrollgruppen	(63)	
Canada	Arbeidsplassintervensjon med identifisering av arbeidsplassbaserte forebyggingsintervensjoner for mentale helseplager	Pasienter med vanlige mentale helseplager i sykmelding	Systematisk litteratur-gjennomgang	Arbeidsplassintervensjoner kan forbedre jobbutfall for ansatte med mentale helseplager. Fasilitering av klinisk behandling og kognitiv terapi var mest effektiv for å forbedre arbeidsevne, livskvalitet og redusere kostnader	(64)	
Nederland	Integrert behandling i arbeidsplassintervensjon. Bedriftslege i bedriftshelsetjeneste var ansvarlig for tjeneste-koordinering og kommunikasjon med team og plan for arbeidsplassintervensjon. Aktivitetsprotokollen var basert på kognitive prinsipper	Pasienter med korsryggsmerter og kronisk lave ryggsmerter i sykmelding i minst 12 uker	Økonomisk evaluering ved siden av RCT ved 12 måneders oppfølging	Totale kostnader var signifikant lavere i intervensjonsgruppen (£ 13 165) enn kontrollgruppen (£ 18 475). Intervensjonen har et stort potensial for å bl.a. redusere kostnader, øke effektivitet i behandling	(65)	
Nederland	Arbeidsplassintervensjon med identifisering av arbeidsplassintervensjoner for å redusere arbeidsnedsettelse blant ansatte med depresjon	66 deltakere fikk integrert behandling, og 68 fikk tradisjonell oppfølging.	Deprimerte personer i sykmelding	Randomisert kontrollert studie	Signifikant raskere retur til arbeid i intervensjonsgruppen (88 dager vs. 208 dager). Intervensjonsgruppen fikk også signifikant bedre funksjonell evne.	(66)
Nederland	Arbeidsplassintervensjon med identifisering av arbeidsplassintervensjoner for å redusere arbeidsnedsettelse blant ansatte med depresjon	Deprimerte personer i sykmelding	Systematisk litteratur-gjennomgang	En arbeidsrettet intervensjon kombinert med klinisk intervensjon, hadde stor sannsynlighet for å redusere sykefraværet med 25 dager innen det første oppfølgingsåret, sammenlignet med standard behandling.	(67)	

## 4. Oppsummering og drøfting

*I dette kapittelet drøfter vi sentrale funn fra de identifiserte studiene om samhandlingsmodeller for sykmeldte med muskel- og skjelettplager og lettere til moderate psykiske plager, samt våre vurderinger av erfaringer som er relevante for norsk kontekst. Kunnskapsoppsummeringen viser at det kun er et begrenset antall studier på de ulike samhandlingsmodellene, med varierende metodisk kvalitet, og det er derfor stor usikkerhet om effekten av modellene. Det er mest litteratur om tverrfaglige team, og denne litteraturen viser overordnet få eller negative effekter på retur til arbeid. Det indikerer at det er utfordrende å få til ønskede effekter på arbeid av slike intervensjoner. Det er mindre litteratur på modeller med jobbrådgivere i psykiske helsetjenester, sykefraværskoordinatorer og ulike intervensjoner med utgangspunkt i arbeidsplassen, men enkelte av disse viser til gjengjeld lovende resultater. Vår vurdering er derfor at det er disse modellene som virker mest hensiktsmessig å se til i den videre utviklingen av samhandling mellom arbeids- og helsetjenesten i Norge.*

### 4.1 Oppsummering

Samlet viser denne kunnskapsoppsummeringen at litteraturen om samhandlingsmodeller, for målgruppen sykmeldte som vi er interessert i, både er begrenset og til dels viser sprikende resultater. Det er stor variasjon i hvordan ulike samhandlingsmodeller er utformet og implementert, også innad i det vi har definert som gitte modelltyper. Intervensjonene varierer langs mange dimensjoner, det er for eksempel variasjon i hvilke målgrupper modellene er rettet mot, hvordan og når i sykefraværsløpet målgruppen identifiseres og hvordan intervensjonene er implementert. I tillegg er det ulikt hvor omfattende modellene er, herunder varighet, aktiviteter som gjennomføres og aktører som involveres. En sammenligning av de ulike modellene er dermed utfordrende, fordi enkelte modeller kan være like på en måte, men variere på andre måter. En annen underliggende faktor som vanskeliggjør sammenligning av modeller som er utprøvd i ulike land, er at ulike land har svært ulike sykelønnsordninger og systemer for sykefraværsoppfølging, som legger viktige føringer for målgruppe, implementering og forventede resultater.

Det er også stor variasjon i hvorvidt studiene finner positive, negative eller ingen effekter, også innad i samme modelltype, som trolig skyldes ulikheter i innhold, implementering eller rammebetingelser. Det er også ulikt hvordan måloppnåelse defineres og måles. For eksempel finner flere studier positive effekter på helse mål, uten at dette nødvendigvis også gir utslag i effekter for retur til arbeid. Dette gjør at en sammenligning av effekter på tvers av studier er vanskelig. I tillegg er det ulikt når effekter måles, og mange studier undersøker kun kortidseffekter. Det er dermed vanskelig å trekke konklusjoner rundt de langsiktige virkningene av modellene. I enkelte studier som ikke identifiserer signifikante positive effekter, konkluderes det med at modellene ikke virker å bidra til redusert sykefravær for målgruppen. Andre studier trekker frem at det kan være metodiske utfordringer som er årsaken til at det ikke identifiseres signifikante positive effekter, og at det derfor ikke kan avskrives at modellen er effektiv på tross av ingen identifiserte positive effekter. Dette, i kombinasjon med at antall studier på hver modell er begrenset, gjør at det er vanskelig å trekke konklusjoner rundt hvilke modeller som faktisk er effektive.

Det er særlig de deskriptive studiene basert på kvalitative metoder, som har metodiske utfordringer, knyttet til mangel på kontrollgruppe og lite utvalg. Disse studiene kan ikke identifisere kausale sammenhenger, men heller peke på tendenser. Det er også randomiserte kontrollerte studier som trekker frem metodiske utfordringer som kan påvirke resultatene. Dette er blant annet lite utvalg og seleksjonsskjevheter, samt at kontrollgruppen ikke er blindet for intervensjonen. Variasjon i studienes metode og metodiske utfordringer bidrar til vanskeligheter med å sammenligne effekter ved modellene.

Det er likevel mulig å oppsummere noen tendenser av resultater innenfor de definerte modelltypene. Vi har identifisert flest studier innenfor modeller der tverrfaglige team benyttes i sykefraværsoppfølgingen. Studiene viser sprikende virkninger; enkelte studier viser positive effekter på arbeid, men det er også flere studier som viser ingen, eller negative effekter på arbeid. Generelt tyder funn fra disse studiene på at disse modellene er

omfattende og ressurskrevende, og det er uklart hvorvidt de er effektive i å bidra til å få sykmeldte tilbake til arbeid. Dette funnet ser ut til å være generelt for sykmeldte uavhengig av diagnose. Studier som undersøker modeller der jobbrådgivere inkluderes i psykiske helsetjenester, og modeller for bruk av sykefraværskoordinatorer, virker å være mer lovende for å bidra til at sykmeldte vender tilbake til arbeid. Enkelte randomiserte kontrollerte studier finner positive effekter av disse modellene på retur til arbeid, samt helsegevinster, både for sykmeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. En del studier er kvalitative studier om opplevde virkninger, som ikke sammenligner arbeidsmarkedsutfall og retur til arbeid med en kontrollgruppe. Resultatene tyder på at slike modeller kan ha positiv effekt for retur til arbeid, men det er likevel behov for et bedre forskningsgrunnlag for å kunne si noe om hvor velfungerende modellene er på sikt. Også studier som undersøker samhandlingsmodeller med hovedfokus på arbeidsplassintervensjon tyder på at slike modeller kan være effektive for å få sykmeldte tilbake i arbeid. De fleste av disse studiene er imidlertid basert på kvalitative metoder, og det kan derfor ikke konkluderes rundt effektiviteten av modellen på retur til arbeid.

## 4.2 Lærepunkter fra forskningen

Variasjonen i de utprøvde samhandlingsmodellenes innhold, implementering og rammebetingelser gjør det utfordrende å trekke konklusjoner på tvers om suksesskriterier og barrierer for slike modeller. Det er likevel enkelte læringspunkter som trekkes frem i flere av disse studiene, på tvers av modelltyper, som kan være viktig for videreutviklingen av samhandlingsmodeller også i Norge.

### Noen modelltyper kan egne seg bedre for enkelte målgrupper enn andre

Samlet tyder studiene vi har gjennomgått på at enkelte modeller virker å være mer lovende enn andre i å redusere sykefravær for målgruppen mennesker med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser. Andre modeller kan være bedre egnet for andre målgrupper.

For sykmeldte med lettere til moderate psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser, tyder forskningen på at særlig jobbrådgivere i psykiske helsetjenester og sykefraværskoordinatorer kan være effektive samhandlingsmodeller. Disse resultatene er fra både randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier. Både sykefraværskoordinatorer og jobbrådgivere ser ut til, gjennom sin tette oppfølgingsrolle, å være særlig nyttig for de med størst behov for veiledning. Det kan være sykmeldte som ikke nødvendigvis har omfattende behov for medisinsk behandling, men hjelp til livsmestring og personlig selvutvikling. Videre kan det å koble på en jobbrådgiver i psykiske helsetjenester være positivt ved at andre fagprofesjoner får frigjort tid til å fokusere på sitt spesialfelt. De randomiserte kontrollerte studiene tyder på at både koordinatorer/jobbrådgivere med helsefaglig bakgrunn eller bakgrunn fra en arbeids- og velferdsetat kan være nyttig. Det er uansett den tette oppfølgingen og relasjonen med sykmeldte som ser ut til å være viktig. I studiene om jobbrådgivere i psykiske helsetjenester, er det sykmeldte med psykiske lidelser som er målgruppen. I studiene om sykefraværskoordinatorer er målgruppen både sykmeldte med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Det indikerer at modellene kan være nyttige for å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen blant begge grupper.

Forskningen på samhandlingsmodellene tverrfaglig team og kombinasjon av tverrfaglig team og sykefraværskoordinator viser sprikende effekter for målgruppen. Enkelte studier identifiserer negative effekter av modellene på retur til arbeid. Generelt tyder funn fra disse studiene på at disse modellene muligens er for omfattende og langvarige, og det er uklart hvorvidt de er effektive i å bidra til å få sykmeldte tilbake til arbeid. Det trekkes frem at slike modeller kan ha negative virkninger for sykmeldte som har lettere lidelser og mindre komplekse behov. For eksempel kan legitimering av diagnose og symptomer i noen tilfeller bidra til at sykmeldte «rettferdiggjør» det å være sykmeldt, og dermed ikke returnerer til arbeid. Omfattende intervensjoner for sykmeldte med lettere lidelser kan bidra til å forsterke en slik legitimering. Det kan imidlertid ikke utelukkes at dette er et riktig valg for noen. I tillegg trekkes det frem at omfattende tverrfaglige intervensjoner kan medføre såkalte *innlåsingeffekter* som innebærer at mens tiltaket pågår, kan sannsynligheten for å komme tilbake til jobb reduseres på grunn av fokus på å fullføre tiltaket og ikke på å returnere til arbeid. Langvarige tiltak vil dermed kunne utsette retur til arbeid, fordi deltaker venter til tiltaket avsluttes. Ventetid (på helsetjenester for eksempel) kan også representere en innlåsingeffekt. Innlåsingeffekter er imidlertid ikke alltid utelukkende negativt, dersom det bidrar til at deltaker returnerer til arbeid på sikt. Dette vil ikke fanges opp dersom studien kun undersøker kortsiktige effekter.

Forskningen peker på at slike omfattende og komplekse modeller kan være mer effektive for sykmeldte med lengre og mer komplekse sykefraværsløp, som har behov for omfattende oppfølging. Innlåsingeffektene for



overgang til arbeid kan være mindre for denne gruppen, ettersom et mål om å komme raskt tilbake i arbeid gjennom kortvarige intervensjonstiltak trolig ikke er særlig realistisk for disse.

### Riktig implementering er viktig for mange av modellene

Mange av studiene peker på at utfordringer med implementeringen er en faktor som hemmer at modellen lykkes i å øke arbeidsmarkedsdeltakelsen til deltakerne. Dette gjelder særlig for de modellene som involverer personer fra ulike fagprofesjoner, der disse skal jobbe i team. Samarbeid og kommunikasjon mellom personene i teamet er på mange måter kjernen av intervensjons innhold, men å lykkes med samarbeidet er også det som har vært utfordrende. Studiene peker gjerne på at når personer fra ulike fagbakgrunner deltar i samme prosess kan de ha ulike mål, agenda, prioriteringer og forståelse av for eksempel sykefraværprosessen. Ulike holdninger og vurderinger kan føre til forskjellige signaler i kommunikasjonen med sykmeldte, som kan hemme måloppnåelse. For eksempel kan enkelte aktører i sykefravær oppfølgingen ha fokus på rask retur til arbeid, mens andre har fokus på stabil retur til arbeid. En del av utfordringene synes å oppstå på grunn av mangel på en klar ansvarsfordeling og struktur for samarbeidet. Dette kan medføre lange ventetider for pasienten, som kan bli gående i et passivt forløp i vente på avklaringer fra de ulike aktørene. I tillegg kan utilstrekkelig koordinering og dialog mellom partene medføre misforståelser og ventetid, som kan utsette retur til arbeid unødvendig lenge ved at nødvendige avklaringer ikke blir gjort. En forutsetning for at modellen skal være effektiv og bidra til å redusere sykefravær, er derfor at modellen implementeres på riktig måte og i tilstrekkelig grad. I tillegg kan faktorer som fremmer god implementering og samarbeid være tilstrekkelig tid, kontinuitet i forløpet, og forståelse for andre fagprofesjoner.

### Samlokalisering bidrar til enklere kommunikasjon

Samlokalisering ser ut til å være en faktor som fremmer måloppnåelse i modellene. En del av utfordringene med intervensjoner som innebærer samhandling mellom ulike typer aktører, kan løses av at de ulike aktørene er lokalisert på samme sted. Samlokalisering av ulike tjenester bidrar til at personer som jobber sammen i sykefraværforløpet kan få en bedre forståelse for hverandres arbeidsmåter og fagdisipliner. Det kan i tillegg gjøre kommunikasjonen mellom ulike aktører enklere og mer effektiv, for eksempel kan de enklere dele viktig informasjon om sykmeldte og sykefraværforløpet. Dette kan bidra til å minimere misforståelser mellom personene i teamet, og at sykmeldte kan oppleve et mer helhetlig tjenestetilbud. Kombinert med faste strukturer for felles møtepunkter og ansvarsfordeling, fremstår samlokalisering som et viktig virkemiddel for at samhandlingen mellom ulike aktører skal fungere bedre.

### Tidlig intervensjon og identifisering av målgruppe er avgjørende

Det er et generelt funn at tidlig intervensjon er en faktor som kan fremme retur til arbeid. På en side kan tidlig intervensjon bidra til at man tar fatt i problemer på et tidlig tidspunkt, slik at de ikke går ubehandlet over lengre tid. Dette kan forhindre at et sykefraværforløp blir unødvendig forlenget. Det kan også være viktig for at sykmeldte ikke skal miste kontakt med arbeidslivet. I tillegg kan tidlig identifisering av målgruppe være viktig for at målgruppen tildeles egnet behandling på et tidlig tidspunkt. Ved å tidlig identifisere individuelle behov, kan pasienter motta den behandlingen og arbeidsrettede rehabiliteringen som er best egnet for deres situasjon. Tidlig identifisering av behov vil både fange opp de med behov for mindre omfattende og kortvarig behandling, og de med behov for mer omfattende behandling, som står i fare for å bli langtidssykmeldte. Ved å tidlig fange opp personer i risiko for langvarige sykefraværforløp og gi egnet behandling, kan man redusere risikoen for at sykdomssymptomer og arbeidsevne forverres, og at personen havner utenfor arbeidslivet i lange perioder. Dersom sykmeldte har behov som ikke er forenelig med behandlingsforløpet de går gjennom, kan dette være en faktor som hemmer måloppnåelse. Det kan for eksempel være sykmeldte med omfattende og komplekse behov som mottar en enkel intervensjon, som ikke er tilstrekkelig for å påvirke arbeidsevnen og retur til arbeid. Det kan også være sykmeldte med lettere lidelser og mindre omfattende behov som mottar en langvarig intervensjon og opplever innlåsningseffekter og overbehandling, som utsetter retur til arbeid. Å identifisere målgruppe og individuelle behov, og gi egnet behandling deretter, kan derfor være en faktor som fremmer retur til arbeid.

### Individuell tilnærming virker å være nøkkelfaktor

En individuell tilnærming i sykefraværforløpet kan fremme måloppnåelse. Særlig for personer med psykiske lidelser virker individuelle tilpasninger og oppfølging å være et viktig element, uavhengig av om metodikken innebærer involvering av et tverrfaglig team eller en koordinatorrolle. Personer med samme diagnoser kan oppleve svært ulikt sykdomsbilde og sykefraværforløp, samt innstilling og motivasjon for arbeidsdeltakelse. En tilnærming basert på diagnose er dermed ikke nødvendigvis egnet for alle personer med denne diagnosen. I stedet kan en individuell tilnærming bidra til at man kan fange opp pasientens behov tidlig, og kan tilpasse behandlingen deretter. Dette kan for eksempel oppnås ved å legge opp til en deltakende prosess der pasienten

har mulighet for medbestemmelse i avgjørelsene som blir tatt om egen helse. I modeller med sykefraværskoordinator fremkommer det at det i hovedsak er relasjonen mellom den sykmeldte og koordinatoren som medfører en individuell tilnærming, og som bidrar til å fremme måloppnåelse. En tett relasjon kan skape tillitt mellom sykmeldte og koordinator, og påvirke hvordan aktivitetene i sykefraværsoppfølgingen oppleves av den sykmeldte. Videre kan en sykefraværskoordinator bidra til at sykmeldte kan videreutvikle sin selvinnsett og selvtillit, og dermed øke sin motivasjon for å returnere til arbeid. Dette kan være særlig viktig for sykmeldte med psykiske lidelser.

#### Involvering av arbeidsplassen kan være viktig i hele prosessen

Et generelt funn fra forskningen er at involvering av arbeidsplassen kan være en viktig faktor som fremmer måloppnåelse. Dette handler i hovedsak om to ting. Det ene er at det ofte er positivt at sykmeldte har en form for arbeidstilknytning for å ikke miste kontakten med arbeidslivet fullstendig, for eksempel gjennom gradert sykmelding og arbeidsutprøving. Særlig for mennesker med psykiske lidelser viser forskning at arbeidsplassutprøving- og tilknytning kan være helsefremmende og dermed redusere sykefravær. Det andre er at kommunikasjon med og informasjon til arbeidsplassen kan bidra til bedre forståelse og tilrettelegging for den sykmeldte. På denne måten kan sykmeldte oppleve å bli respektert og hensyntatt på arbeidsplassen. Dette er viktig både for å forebygge sykefravær, samt underveis i et sykefraværsløp. Mange av studiene trekker frem at manglende involvering av arbeidsplassen kan være en faktor som hemmer måloppnåelse, og at dette kan ha vært avgjørende for at modellen ikke fikk ønskede resultater. Det trekkes frem at arbeidsplassintervensjoner kan være særlig nyttig for de som i utgangspunktet er motiverte for å returnere til arbeid, mens effektene er mer usikre for de som ikke er innstilt på å returnere til arbeid.

### 4.3 Vurderinger av forskningens relevans for norsk kontekst

Hvordan arbeids- og helsetjenestene bør innrette sitt samarbeid i oppfølgingen av sykmeldte, er i stor grad et spørsmål om ressursbruk, effektivitet og å identifisere oppfølgingsbehovet til den enkelte; Hvilke ressurser bør rettes inn mot de ulike gruppene av sykmeldte for å få mest mulig arbeid igjen for pengene, og hvordan gjør man det enklest mulig? For personer som både har behov for arbeidsrettet bistand og helsehjelp, kan samhandlingsmodeller bidra til at tjenestene koordineres og samkjøres, som vi har grunn til å tro at kan bidra til bedre tjenester. Men det er også enkelte fallgruver i dette. Dersom samhandlingen i seg selv blir svært ressurskrevende, er det ikke sikkert ressursbruken kan forvares i form av bedre tjenester. I tillegg kan samhandlingsmodeller som legger opp til mer omfattende eller mer langvarig intervensjon for den sykmeldte, enn man ellers ville hatt med enkeltstående tjenester, tenkes å føre til at den sykmeldtes retur til arbeid forsinkes fordi den sykmeldte bruker tiden i tiltaket fremfor i arbeid (innlåsingeffekter). Samhandlingsmodeller må derfor både tilpasses de ulike tjenestenes innretning og målgrupper, og de må tilpasses den enkeltes oppfølgingsbehov. Utfordringen er altså å finne riktig nivå og typer av intervensjoner for ulike grupper, og hvordan disse gruppene kan identifiseres på et tidlig tidspunkt i sykefraværsløpet. Videre er det ikke nødvendigvis slik at diagnose avgjør hva som er riktig nivå og type intervensjon. Uavhengig av diagnose, kan enkelte ha behov for mer langvarig oppfølging, mens andre har behov for kortere mindre komplekse intervensjoner. Identifisering og individuell tilnærming er derfor viktig for å finne riktig nivå og type intervensjon.

Denne kunnskapsoppsummeringens mandat har ikke inkludert å oppsummere studier om samhandlingsmodeller som er utprøvd i Norge, og vår vurdering av funnenes relevans for norske forhold tar dermed ikke hensyn til hvilke modeller som faktisk utprøves i Norge og erfaringene med disse. Funnene fra kunnskapsoppsummeringen tyder på lovende resultater, om enn på usikkert grunnlag, av tre samhandlingsmodeller; jobbrådgivere i psykiske behandlingstjenester, sykefraværskoordinatorer med fokus på pasient-coaching og intervensjoner med utgangspunkt i arbeidsplassen. De to førstnevnte er modeller som også kan tenkes å kunne utprøves i Norge, i samarbeid mellom NAV og helsetjenesten. I tillegg tyder kunnskapsoppsummeringen på gode erfaringer med ulike intervensjoner som tar utgangspunkt i arbeidsplassen og/eller bedriftshelsetjenesten, hvor NAV ikke nødvendigvis har noen spesifikk rolle. Disse modellene har en del likheter med sykefraværskoordinator, hvor de positive resultatene ser ut til å springe ut fra at en eller flere fagpersoner, med kunnskap både om arbeid og helse, fungerer som en slags nøytral rådgiver og samtalepartner for den sykmeldte, som også bidrar til å identifisere og tilrettelegge for gode løsninger i samarbeid med arbeidsgiver. Selv om disse modellene med utgangspunkt i arbeidsplassen ikke nødvendigvis kan eller bør implementeres av NAV, så bør eventuelle samhandlingsmodeller som initieres av NAV, også ta høyde for disse erfaringene.

### **Sykefraværskoordinator er lovende for personer som ikke har omfattende behov for medisinsk behandling**

En studie fra Sverige viser positive effekter av sykefraværskoordinatorer plassert i primærhelsetjenesten, hvor sykmeldte med risiko for langtidssykmelding på grunn av muskel- og skjelett- eller psykiske plager, får tilbud om arbeidsrettet pasient-coaching fra sykefraværskoordinatorer med helsefaglig bakgrunn. Koordinatorene var helsepersonell med spesifikk opplæring i arbeidsevnevurderinger, sykefraværreguleringer og rådgivning. Denne spesifikke utprøvingen kan vise til positive resultater på kort sikt, i form av raskere retur til arbeid, fra en randomisert, kontrollert studie som sammenligner bruk av sykefraværskoordinator med konvensjonell oppfølging. Dette er imidlertid kun én studie, og det gir ikke i seg selv grunnlag for å konkludere om at dette vil være effektivt også i Norge, men resultatene er lovende.

Litteraturen tyder på at et slikt tilbud kan tenkes å fungere best for personer som ikke nødvendigvis har omfattende behov for medisinsk behandling, men som har behov for hjelp til livsmestring, tilrettelegging på arbeidsplassen eller annet. Det vil i så fall være en utfordring å skille denne gruppen fra andre som i større grad har behov for helsehjelp, på et tidlig stadium i forløpet. Dersom dette fungerer, vil en slik tjeneste samtidig kunne avlaste både NAV-veileder og sykmeldende lege, forutsatt at rollen ikke er lagt til dem. De positive erfaringene fra Sverige tilsier at dette kan vurderes også i Norge.

Det er noe uklart fra denne studien i hvilken grad sykefraværskoordinatoren nødvendigvis har et aktivt samarbeid med arbeidsgiver i alle sakene. I den grad det ikke er lagt opp til samhandling med arbeidsgiver i alle sakene, så er modellen relativt lik modeller som implementerer et økt arbeidsfokus i helsetjenesten, uten at dette nødvendigvis inkluderer et samarbeid med arbeidsgiver. Slike modeller med arbeidsrettet kognitiv behandling, hvor arbeidsgiver kun involveres i den grad pasienten har et behov og ønske om det, har vist gode resultater fra Nederland. Slike modeller ligger imidlertid utenfor mandatet til denne kunnskapsoppsummeringen, fordi de ikke spesifikt involverer samhandling med arbeidssiden.

Forsøket med sykefraværskoordinator i Sverige har oppstått som et ledd i endret lovgivning, hvor regioner fra 2020 har fått et særskilt ansvar for å koordinere oppfølgingen av sykmeldte pasienter som gis helsehjelp, med formål om å fremme retur til arbeid. I henhold til lovverket, skal koordinert innsats ytes etter behov innenfor helsetjenesten, og består av personlig støtte, intern samordning og samarbeid med andre aktører. Rammene for intervensjonen er derfor noe annerledes enn i Norge. Fra den svenske studien fremkommer det heller ikke hvilke ressurser som kreves i implementeringen av tiltaket, både i form av volum (andelen av sykmeldte som får bistanden), kostnader til opplæring eller hvilke aktører som bærer disse kostnadene.

I denne svenske studien er sykefraværskoordinatorer organisert som en del av helsetjenesten, og koordinatorene har helsefaglig bakgrunn. I Norge vil en mulighet være å legge en slik koordinator-rolle til primærhelsetjenesten og fastlegene, for eksempel som en ekstrafunksjon på fastlegekontorene. Samtidig er det et annet gjennomgående funn i litteraturen, på tvers av de ulike samhandlingsmodellene, at involvering og tett dialog med arbeidsplassen er avgjørende. En annen mulighet er derfor å legge en slik koordinator-rolle til bedriftshelsetjenesten, slik det er gjort i flere av studiene fra Nederland om intervensjoner med utgangspunkt i arbeidsplassen. I Nederland har imidlertid arbeidsgivere et større ansvar i oppfølgingen av sykemeldte og finansiering av sykefravær, sammenlignet med Norge. Nederlandske arbeidsgivere har dermed et større økonomisk insentiv til å redusere sykefraværet hos egne ansatte, noe som kan tenkes å ha stor betydning for effekten av intervensjonene. I Norge, hvor arbeidsgiver har et mer begrenset økonomisk ansvar for den sykmeldte, har imidlertid bedriftshelsetjenesten i utgangspunktet en liten rolle i sykefraværsoppfølgingen. Omtrent 60 prosent av arbeidstakere i Norge jobber i virksomheter med plikt til å tilknytte seg bedriftshelsetjeneste, og en tidligere kartlegging har vist at virksomhetenes involvering av bedriftshelsetjenesten ofte begrenser seg til gjennomføring av generelle helsekontroller, og at de ikke gis ressurser til sykefraværsoppfølging eller forebyggende arbeid (71). Bedriftshelsetjenesten i Norge er derfor ikke nødvendigvis rigget til å ta en omfattende rolle i sykefraværsoppfølgingen, på samme måte som studiene i Nederland viser til. Denne kunnskapsoppsummeringen gir imidlertid ikke noe videre grunnlag for konkrete vurderinger av hvor en slik koordinerende tjeneste bør plasseres. Det er generelt grunn til å tro at intervensjoner med størst fokus på arbeidsplassen fungerer bedre når sykmeldingen har nær sammenheng med utfordringer på arbeidsplassen, mens intervensjoner med størst fokus på helse fungerer bedre når sykmeldingen har nær sammenheng med helseutfordringer.

### **Jobbspesialister i psykisk behandlingstjeneste er også lovende, men det er usikkert hvordan det i så fall bør implementeres i Norge**

Kunnskapsoppsummeringen viser også lovende resultater av jobbspesialister som et integrert tilbud i psykiske helsetjenester fra Sverige og Storbritannia. En studie fra Danmark viser mer sprikende resultater. Intervensjonene

i som er prøvd ut i Sverige og Danmark, er basert på IPS-metodikk, men tilpasset og nedskalert til en noe lettere målgruppe. I disse forsøkene ser det ut til å ha vært arbeids- og velferdsetaten som har definert hvilke brukere som skal motta tilbudet.

I Storbritannia er tilbudet noe ulikt innrettet, hvor jobbspesialister integreres som et fast tilbud i IAPT (tilsvarende Rask psykisk helsehjelp i Norge). Dette er et satsingsområde i Storbritannia, men vi har ikke funnet noen studier som sier noe om effektene av dette. Basert på en gjennomgang av eksisterende forskning og intervjuer med forskere og fagpersoner fra 2014, estimerte forskere at myndighetene vil spare 1,41 pund, i form av flere i arbeid, for hvert pund brukt på jobbspesialister i IAPT (33). Dette ble anbefalt som ett av fire prioriterte tiltak for å få flere med psykiske plager i arbeid. Tilbudet i Storbritannia fremstår ganske ulikt tilbudene i Sverige og Danmark, både ved at intervensjonen fremstår som noe mindre systematisk (det er mindre definert hvilken bistand jobbspesialisten skal gi i hvert enkelt tilfelle) og ved at brukergruppen defineres av IAPT, ikke av arbeids- og velferdsetaten, altså avgrenses brukergruppen til pasienter som oppsøker IAPT. I denne brukergruppen er det både personer som er sykmeldt, personer som er uten arbeid, og personer som er i arbeid med fare for sykmelding. Samtidig kan også arbeids- og velferdsetaten anbefale sine brukere å oppsøke IAPT.

I Norge er Rask psykisk helsehjelp (RPH) tilsvarende IAPT i Storbritannia. Dette er et kortvarig behandlingstilbud til personer med lettere til moderate psykiske plager (depresjon, angst og søvnforstyrrelser). Tilbudet finnes kun i et 50-talls kommuner, så de fleste kommuner i Norge har ikke dette tilbudet. En satsing på jobbspesialister i Rask psykisk helsehjelp vil dermed kun treffe den delen av sykmeldte som har et RPH-tilbud i sin kommune og som passer inn i målgruppen til RPH.

Det har vært enkelte, men usystematiske forsøk med å etablere samarbeid mellom RPH og NAV i Norge. En kartlegging av disse erfaringene fra 2020, viser at det i de fleste kommuner har vært utfordrende å få til dette på en god måte (72). Noe av årsaken er at målgruppen i RPH i liten grad samsvarer med målgruppen av sykmeldte med lettere til moderate psykiske plager i NAV. Det er i utgangspunktet et fåtall av brukergruppen i RPH som er sykmeldt. RPH er heller ikke et tilbud som alle sykmeldte med lettere til moderate psykiske plager kan nyttiggjøre seg av, fordi tilbudet i stor grad legger opp til at pasientene skal klare å behandle seg selv ved hjelp av enkle teknikker. Mange sykmeldte som følges opp av NAV, har mer sammensatte og større utfordringer som ikke nødvendigvis passer godt til behandlingstilbudet i RPH. Den samme kartleggingen viste at kun én norsk kommune har implementert jobbspesialist i RPH. Denne kommunen har gode erfaringer med dette tilbudet, for de brukere av RPH som også har behov for arbeidsrettet bistand.

Dette tilsier at et slikt tilbud trolig også kan være nyttig i andre kommuner i Norge. Virkningen og omfanget av et slikt tiltak vil avhenge av hvem mottakerne av tiltaket blir. Dersom jobbspesialister implementeres i RPH i dag, uten at målgruppen i RPH utvides, vil tiltaket trolig rette seg mot en liten andel av sykmeldte som følges opp av NAV. Dette er trolig en relativt «enkel» del av gruppen sykmeldte med lettere til moderate psykiske plager.

Det er også mulig å tenke seg at målgruppen i RPH utvides til også å inkludere personer med mer omfattende og sammensatte utfordringer, slik at tilbudet rettes mot en større andel av NAVs brukergruppe. Det vil imidlertid innebære at også behandlingstilbudet i RPH må tilpasses behovene til en slik målgruppe. Trolig vil det gå ut over behandlingstilbudet til den eksisterende målgruppen i RPH, dersom det ikke følges av utvidede ressurser. En slik utvidelse kan derfor også tenkes å etableres mer isolert fra dagens RPH-tilbud.

#### **Det er et behov for mer kunnskap om effektene, særlig over noe lengre tid**

Denne kunnskapsoppsummeringen har vært avgrenset til modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse utenfor Norge. Dette innebærer at vi ikke har en fullstendig oversikt over modeller for tjenestesamhandling i Norge, og dermed begrenset grunnlag for å anbefale hvilke modeller som bør testes ut i Norge, og hvordan. Basert på forskningen vi har gjennomgått kan vi likevel si noe generelt om hva vi mener bør være viktige fokusområder for forskning på modeller for tjenestesamhandling mellom arbeid og helse i Norge.

Generelt er det behov for mer forskning på samhandlingsmodeller som prøves ut, og det bør særlig legges til rette for at det er mulig å estimere effekter og kostnadseffektivitet av disse modellene. Forskning på effekter av samhandlingsmodeller gir informasjon som er nødvendig for å vurdere om en samhandlingsmodell har fungert etter intensjonen, og om modellen har bedre virkninger enn alternativet. Når en samhandlingsmodell skal prøves ut bør det gjennomføres en vurdering av hvordan utprøvingen kan innrettes for at det skal være mulig å måle effekter av intervensjonen. Å gjennomføre utprøvingen som en RCT gir de beste forutsetningene for å kunne si noe om effekter.

Nytteverdien av effektforskningen påvirkes av hva slags type effekter, og over hvor lang tid de måles. I forskning på samhandlingsmodeller mellom arbeid og helse vil både effekter på arbeids- og helsesiden være relevant, så begge deler bør undersøkes. Effekter på arbeidssiden kan handle om hvorvidt en intervensjon bidrar til å korte ned et sykefraværsløp, hvor lenge personen står i arbeid og hva slags deltakelsesprosent personen har. Effekter på helsesiden kan handle om hvordan intervensjonen har påvirket personens fysiske og psykiske helse. Når det gjelder over hvor lang tid effektene måles er det behov for å måle både kortsiktige og langsiktige effekter. De fleste studiene som er gjennomgått i denne kunnskapsoppsummeringen ser kun på kortvarige effekter (opptil 12 måneder). For mange er imidlertid sykefravær et gjentakende problem, og i et samfunnsøkonomisk perspektiv bør også langtidseffektene vektlegges i større grad.

Manglende arbeidsdeltakelse representerer kostnader både for samfunnet og enkeltindivid, men totalregnskapet byr på andre utgifter også, for eksempel relatert til bruk av helsetjenester. Selv om det gjennomføres effektanalyser som viser at en samhandlingsmodell har positive effekter på for eksempel deltakernes arbeidsdeltakelse og helse, kan det være kostnadselementer knyttet til gjennomføring av intervensjonen som også er relevante når det skal vurderes som en intervensjon har vært effektiv. Ved gjennomføring av slike intervensjoner bør det derfor gjennomføres nytte-kostnadsanalyser. Blant studiene i kartleggingen er det gjennomført enkelte nytte-kostnadsanalyser av intervensjonene som undersøkes, men disse blir mangelfulle når de kun baserer seg på korttidseffekter. Gitt volumet og de betydelige samfunnsøkonomiske kostnadene av sykefravær i Norge, bør modeller som implementeres for spesifikke grupper av sykmeldte baseres på vurderinger av både kostnader og forventet nytte for hver enkelt gruppe.

En utfordring med utprøvinger av ulike intervensjoner og samhandlingsmodeller er ofte at intervensjonen implementeres og gjennomføres på ulike måter. Dette gjelder særlig hvis intervensjonen skal gjennomføres av flere enheter med ulik geografisk plassering, eller med ulike ansvarsområder. Hvis det er variasjoner knyttet til hvordan en samhandlingsmodell implementeres og gjennomføres vil også effektene av modellen kunne variere avhengig av dette. Er det store variasjoner mellom de ulike intervensjonene kan det være vanskelig å avgjøre hvordan effektforskjeller henger sammen med ulike kjennetegn på implementeringen og gjennomføringen. Selv om det i praksis vil være vanskelig å unngå at det oppstår forskjeller mellom intervensjoner av samme type, mener vi det er viktig å være bevisst på balansegangen mellom hvilke deler av intervensjonen som bør standardiseres, og hvilke deler som kan variere. For å få til dette må det brukes tid på å definere noen rammer for implementeringsprosessen. For intervensjoner som handler om samhandling mellom arbeid og helse vil det være særlig viktig å definere hvordan det skal samhandles mellom de ulike tjenestene i praksis. Det vil bidra til at intervensjonen gjennomføres på mest mulig lik måte, slik at det er mulig å måle effekter av denne måten å gjøre det på. Samtidig er det viktig at intervensjonen gjennomføres på en måte som er realistisk å implementere i praksis i ettertid, noe som kan innebære at det vil oppstå behov for å ivareta ulike lokale forutsetninger og rammebetingelser. Disse avveiningene er sentrale å hensynta i utarbeidelsen av nye effektanalyser.

For å få bedre kunnskap om hvilke faktorer som fremmer eller hemmer samhandling mellom de ulike tjenestene i en intervensjon vil det i tillegg være nyttig å gjennomføre prosessevalueringer. Gjennomføres prosessevalueringen i kombinasjon med en effektevaluering vil det kunne bidra til å gi mer informasjon om hvilke variasjoner i implementering og gjennomføring som bidrar positivt og negativt til intervensjonens resultater. Gjennomføring av prosessevalueringer vil også bidra til at det identifiseres suksessfaktorer, barrierer og løsninger som vil være nyttig dersom en intervensjon skal implementeres andre steder senere.

## 5. Referanser

1. Holmås TH, Monstad K, Reme SE. Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*. 2021.
2. Reme SE. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2019;33-41.
3. Hart C. *Doing a literature search: a comprehensive guide for the social sciences*: Sage; 2001.
4. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. Oslo 2018 [4. reviderte utg.: [Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>].
5. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012;17(2):220-34.
6. de Weerd BJ, van Dijk MK, van der Linden JN, Roelen CAM, Verbraak MJPM. The effectiveness of a convergence dialogue&nbsp;meeting with the employer in&nbsp;promoting return to work as part of&nbsp;the&nbsp;cognitive-behavioural treatment&nbsp;of&nbsp;common mental disorders:&nbsp;A&nbsp;randomized controlled trial. *Work*. 2016;54:647-55.
7. Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RWB, Schaufeli WB, Wijngaards-de Meij L. Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018;29:31-41.
8. Higgins JP, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JA. Assessing risk of bias in a randomized trial. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2019:205-28.
9. NOU 2021:2. Kompetanse, aktivitet og inntektssikring: Tiltak for økt sysselsetting.: Arbeids- og sosialdepartementet; 2021.
10. Ose SO, Kaspersen SL, Kalseth J. Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. SINTEF Rapport. 2018.
11. Gleinsvik A, Klingenberg S, Mastekaasa A, Berg H. Internasjonal sammenligning av sykefravær. Hovedrapport Proba samfunnsanalyse (05). 2014.
12. Pedersen AW, Grødem AS, Rasmussen MB, Wagner I. Inntektssikring for befolkningen i yrkesaktiv alder – en sammenligning av syv nordeuropeiske land. 2019.
13. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):81-93.
14. Martin MH, Nielsen MB, Madsen IE, Petersen SM, Lange T, Rugulies R. Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems. *J Occup Rehabil*. 2013;23(4):621-30.
15. Martin MH, Nielsen MB, Pedersen J, Rugulies R. Stability of return to work after a coordinated and tailored intervention for sickness absence compensation beneficiaries with mental health problems: results of a two-year follow-up study. *Disabil Rehabil*. 2015;37(22):2107-13.
16. Hoff A, Poulsen RM, Fisker J, Hjorthøj C, Rosenberg N, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. *Occup Environ Med*. 2022;79(2):134-42.
17. Lytsy P, Carlsson L, Anderzén I. Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2017;49(2):170-7.
18. Finnes A, Anderzén I, Pingel R, Dahl J, Molin L, Lytsy P. Comparing the Efficacy of Multidisciplinary Assessment and Treatment, or Acceptance and Commitment Therapy, with Treatment as Usual on Health Outcomes in Women on Long-Term Sick Leave-A Randomised Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4).
19. Petersson H. Utvärdering av samverkan om sjukvårdsförsäkrade i Malmö SAMS-projektet. 2011.
20. Finsam. Möjlighetsmottagningen för somatisering. 2014.
21. Høgelund J, Falgaard Eplov L. Employment effects of a multidisciplinary health assessment for mentally ill persons - A quasi-randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2018;46(3):389-99.
22. Norrefalk JR, Littwold-Pöjlö A, Ryhle L, Jansen GB. Effect on work ability after team evaluation of functioning regarding pain, self-rated disability, and work ability assessment. *J Multidiscip Healthc*. 2010;3:155-9.

23. Johansson P, Lindahl E. Locking-in effects due to early interventions? An evaluation of a multidisciplinary screening programs for avoiding long-term sickness. *Eval Rev.* 2012;36(5):323-45.
24. Norrefalk JR, Ekholm K, Linder J, Borg K, Ekholm J. Evaluation of a multiprofessional rehabilitation programme for persistent musculoskeletal-related pain: economic benefits of return to work. *J Rehabil Med.* 2008;40(1):15-22.
25. Sjöström R, Asplund R, Alricsson M. Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation program with emphasis on musculoskeletal disorders: a 5-year follow-up. *Work.* 2013;45(2):175-82.
26. Bileviciute-Ljungar I, Norrefalk J-R. Beneficial long-term effects of multiprofessional assessment vs. rehabilitation program in patients with musculoskeletal pain. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain.* 2013;14.
27. Volker G, van Vree F, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Köke A, et al. Long-Term Outcomes of Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. *Musculoskeletal Care.* 2017;15(1):59-68.
28. Knapp S, Briest J, Bethge M. Work-related rehabilitation aftercare for patients with musculoskeletal disorders: results of a randomized-controlled multicenter trial. *International Journal of Rehabilitation Research.* 2015;38(3):226-32.
29. von Celsing AS, Kristiansson P, Svärdsudd K, Wallman T. Effects of a vocational rehabilitation programme on return to work among sick-listed primary health care patients: a population-based matched, case-control study. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):59.
30. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Lecomte T, Guay S, Panaccio A. Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. *Disability and Rehabilitation.* 2021:1-13.
31. NHS England. Adult Improving Access to Psychological Therapies programme: NHS England; 2022 [Available from: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>].
32. Hogarth T, Hasluck C, Gambin L, Behle H, Li Y, Lyonette C, editors. Evaluation of employment advisers in the improving access to psychological therapies programme 2013.
33. van Stolk C, Hofman J, Hafner M, Janta B. Psychological wellbeing and work: improving service provision and outcomes. *Rand health quarterly.* 2014;4(1).
34. Lucy Loveless. Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies: Process Evaluation Report England: Work and Health Unit; 2019 [Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/817628/employment-advisers-in-improving-access-to-psychological-therapies-process-evaluation-report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/817628/employment-advisers-in-improving-access-to-psychological-therapies-process-evaluation-report.pdf)].
35. Bryson Purdon. Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies England Work and Health Unit; 2022 [Available from: 978-1-78659-402-0].
36. Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplöv LF. Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occup Environ Med.* 2017;74(10):717-25.
37. Hellström L, Kruse M, Christensen TN, Trap Wolf R, Eplöv LF. Cost-effectiveness analysis of a supported employment intervention for people with mood and anxiety disorders in Denmark – the IPS-MA intervention. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2021;75(5):389-96.
38. Johanson S. An Individual Enabling and Support model for return to work among persons with affective disorders. Evaluation and implementation of a new model. Lund: Lund University; 2018.
39. Porter S, Bejerholm U. The effect of individual enabling and support on empowerment and depression severity in persons with affective disorders: outcome of a randomized control trial. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2018;72(4):259-67.
40. Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, (2019).
41. Berglund E, Friberg E, Engblom M, Andersén Å, Svärd V. Coordination and Perceived Support for Return to Work: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2022;19(7):4040.
42. Holmlund L, Hellman T, Engblom M, Kwak L, Sandman L, Törnkvist L, et al. Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disabil Rehabil.* 2020:1-9.
43. Landstrom S, Norén A-M, Bengtner J, Werr J. Rehabilitation coordination for Return to Work, as extended role for Health Professionals– Results from a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Integrated Care.* 2017;17:464.
44. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ. A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil.* 2011;21(3):313-24.
45. Hamer H, Gandhi R, Wong S, Mahomed NN. Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occupational Medicine.* 2013;63(4):253-9.

46. Durand MJ, Nastasia I, Coutu MF, Bernier M. Practices of Return-to-Work Coordinators Working in Large Organizations. *J Occup Rehabil.* 2017;27(1):137-47.
47. Poulsen OM, Aust B, Bjoerner JB, Rugulies R, Hansen JV, Tverborgvik T, et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(1):47-56.
48. Momsen AH, Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Nielsen MB, Aust B, Rugulies R, et al. Effects of a randomized controlled intervention trial on return to work and health care utilization after long-term sickness absence. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1149.
49. Moll LT, Jensen OK, Schiøttz-Christensen B, Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Nielsen CV, et al. Return to Work in Employees on Sick Leave due to Neck or Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial Comparing Multidisciplinary and Brief Intervention with One-Year Register-Based Follow-Up. *J Occup Rehabil.* 2018;28(2):346-56.
50. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:156.
51. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12:112.
52. Pedersen P, Nielsen CV, Jensen OK, Jensen C, Labriola M. Employment status five years after a randomised controlled trial comparing multidisciplinary and brief intervention in employees on sick leave due to low back pain. *Scand J Public Health.* 2018;46(3):383-8.
53. Andersen MF, Nielsen K, Brinkmann S. How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *J Occup Rehabil.* 2014;24(4):709-24.
54. Jensen AG. A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention. *Work.* 2013;44(2):165-75.
55. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017(3).
56. Björk Brämberg E, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, et al. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA). *BMC Public Health.* 2018;18(1):889.
57. Heijbel B, Josephson M, Vingård E. Implementation of a rehabilitation model for employees on long-term sick leave in the public sector: difficulties, counter-measures, and outcomes. *Work.* 2013;45(3):323-33.
58. Strömbäck M, Fjellman-Wiklund A, Keisu S, Stureson M, Eskilsson T. Restoring confidence in return to work: A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. *PLoS One.* 2020;15(7):e0234897.
59. Therese Eskilsson AFW, Arja Lehti, Sofia Norlund, Klas-Göran Sahlén, Maria Strömbäck, Marine Stureson, Britt-Marie Stålnacke, Maria Wiklund Strukturerad metod för hälso- och sjukvård som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa. 2018.
60. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. *BMC Public Health.* 2010;10(1):301.
61. Sennehed CP, Holmberg S, Axén I, Stigmar K, Forsbrand M, Petersson IF, et al. Early workplace dialogue in physiotherapy practice improved work ability at 1-year follow-up-WorkUp, a randomised controlled trial in primary care. *Pain.* 2018;159(8):1456-64.
62. Forsbrand MH, Turkiewicz A, Petersson IF, Sennehed CP, Stigmar K. Long-term effects on function, health-related quality of life and work ability after structured physiotherapy including a workplace intervention. A secondary analysis of a randomised controlled trial (WorkUp) in primary care for patients with neck and/or back pain. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38(1):92-100.
63. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HCW, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine.* 2010;67(9):596-602.
64. Pomaki G, Franche R-L, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2012;22(2):182-95.



65. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;341:c6414.
66. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340:c1035.
67. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Bültmann U, Faber B. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;10(10):Cd006237.
68. van der Klink. Occupational psycician guideline for treatment of workers with mental health problems. *TBV@ Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. 2007;15:509-17.
69. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC health services research*. 2007;7(1):1-13.
70. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*. 1997;22(24):2911-8.
71. Oslo Economics. Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten. 2018.
72. Oslo Economics. Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene. 2020.

## Vedlegg A    Oversikt over oversettelse av enkelte begreper i litteraturen

**Tabell 5-1: Oversikt over oversettelse av enkelte begreper i litteraturen**

<b>Studie</b>	<b>Ord brukt i studien (engelsk)</b>	<b>Ord vi har oversatt til</b>
13, 14, 15, 65, 66	Occupational physician	Bedriftslege
13, 14 og 15	Occupational physiotherapist	Bedriftsfysioterapeut
32, 33, 34, 35	Employment Advisers	Jobbrådgivere
16	Care manager Employment consultant	Omsorgsleder Arbeidskonsulent
38, 39	Employment specialist	Jobbspesialist
17, 18, 22, 24, 26, 29, 49, 50, 51, 52, 65, 66	Occupational therapist	Ergoterapeut
23	Behaviorist	Atferdsforsker
41	Return to work coordinator	Retur til arbeid-kordinator
42	Coordinators	Sykefraværskordinator
43	Rehabilitation coordinator	Rehabiliteringskordinator
47, 48, 53	RTW coordinator	RTW-kordinator

oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Klingenberggata 7  
0161 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo