



Innspill til Helsedirektoratet og
Arbeids- og velferdsdirektoratet
fra utfordringsgruppene på
Arbeid og helse – Åpen arena 2015



Innledning

Den 14. januar 2015 åpnet den årlige Arbeid og helse – åpen arena. 145 deltakere fordelt på 17 utfordringsgrupper, jobbet de neste to dagene på tvers av sektorer, profesjoner og utfra ulike ståsteder. Arenaen fikk en svært god start med at de to direktørene for Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, Bjørn Guldvog og Joakim Lystad sendte oss sin videohilsen, med en oppfordring om å dele våre resultater med dem i etterkant. Dette dokumentet er Kompetansesenterets bearbeiding av rapportene og innspill til direktoratene innen arbeid og helse.

Dokumentet bygger på rapportene som alle utfordringsgruppene på arenaen har utarbeidet. For å tydeliggjøre innspillene er de trukket ut av rapportene og sammenstilt. Både type utfordring, eierskap til utfordringen og type innspill varierer og vi har derfor kategorisert de. Alle innspillene har henvisning til hvilken grupperapport det er hentet fra, slik at man lett kan gå til hovedrapporten og gå dypere inn i hva gruppene har jobbet med.

Vi håper innspillene vekker direktoratenes interesse og blir arbeidet videre med hvor det er relevant. Målet er å bidra til enda bedre tjenester i skjæringsfeltet mellom arbeid og helse i tiden som kommer.

Blant mange innspill fra arenaen vil Kompetansesenteret løfte frem:

- Forskning innen rehabilitering til arbeid må forankres og eies av både helsesektoren og NAV (Innspill 1, ref gruppe 1 E)
- Det bør utvikles et kartleggings/prioriteringsverktøy for sykemelder for å identifisere pasienter med risiko for langvarig sykemelding (Innspill 2, ref. gruppe 4F)
- Det bør lages et overordnet direktiv for samhandling mellom aktørene innen arbeid og helse (Innspill 2, ref gruppe 4G)
- Det bør lages et elektronisk system der alle brukere har en mappe som følger pasientforløpet og som alle involverte aktører har tilgang til (Innspill 2, ref gruppe 4G)
- Arbeid som mål bør inn i alle diagnosespesifikke rehabiliteringsprogram (Innspill 3, ref gruppe 4 E)
- En del tiltaksmidler i NAV som går til å få ungdom inn i NAV-tiltak (som praksisplass med individstøtte) bør overføres utdanning i fylkeskommunene (Innspill 5, ref gruppe 1D)
- Behov for helhetlig oppfølging av innvandrere og flyktninger med helseutfordringer (Innspill 5, gruppe 1 C)
- Opplæring for brukerrepresentanter tenkes nå for alle i brukerutvalget og ikke bare for brukerrepresentanter (Innspill 4 ref, gruppe 2A).

Innspill 1: De to direktoratenes egen initierte utfordring

Tre grupper jobbet med samme utfordring, men har kommet med hver sine innspill, herunder referert som 1E-1, 1E-2 og 1E-3. Felles utfordring for alle tre gruppene var: «**Hvordan kan prosjekter på arbeid- og helse feltet innrettes for å legge til rette for forskning og evaluering av effekt av intervensjoner/tiltak?**»

Ref: 1E-1:

- Etabler en tenketak med representanter fra myndighetene fra både arbeid og helse, forskere på helse og forskere på arbeidsliv samt brukere/arbeidstaker/partene i arbeidslivet.
- Etabler en rutine i de to direktoratene, for at nasjonale prosjekter skal følges av forskning
- Utlyse på Doffin med forskningskontrakt (i motsetning til konsulentkontrakten som brukes i dag)
- Vi anbefaler at det settes av en fast andel av prosjektbudsjett (f.eks 10%) til forskning

Ref 1E-2

1. Det bør opprettes en bredt sammensatt ressursgruppe bestående av forskere (med kompetanse på forskningsdesign) og de som jobber med de aktuelle problemstillingene (klinikere, NAV-ansatte, arbeidslivsrepresentanter) som møtes jevnlig, og gir direktoratene råd ifht at:
2. Nye tiltak bør evalueres med strenge metoder, som gir dekkende svar.
3. Det bør etableres nytt arbeid og helse forskningsprogram hos forskningsrådet, i og med at det forrige har utløpt.
4. Evaluering bør være forskningsbasert.
5. Det bør gjennomføres kunnskapsoppsummeringer innen arbeid og helse feltet, med jevnlig oppdateringer.
6. Forskning innen rehabilitering til arbeid må forankres og eies av både helse-sektoren og NAV.
7. Kritisk at det tilrettelegges for god samhandling mellom disse aktørene.
8. Det bør oppfordres til økt samarbeid mellom forskningsmiljøene
9. Det foreslås å lages en forløpsbeskrivelse for hele sykeforløpet til den sykmeldte som inkluderer fasene før, under og etter

Ref: 1E-3

1. Innspill om tematikken til samhandlingsgruppe på DIR-nivå/Nasjonal gruppe
2. Veiledning/retninger for FARVE-midler bør oppgraderes/justeres til å inkl. krav/føringer om forskning
3. Samarbeid på direktoratnivå (arbeid & helse) – bør utarbeides en form for «kokebok» på overordnet nivå
4. Vi må arbeide videre på både top (strategisk) og down (operasjonelt) nivå
5. Vitenskapelig arbeid- og helsekonferanse m/fag, praksis, brukere og forskning, men også med mulighet for speed dating, etc. for å møtes tverrfaglig og knytte forskningsrelevante kontakter.
6. Ekspertgruppe/faglig råd Helse & Arbeid
7. Lage søkekonferansen ut fra «bestilling» på DOFFIN

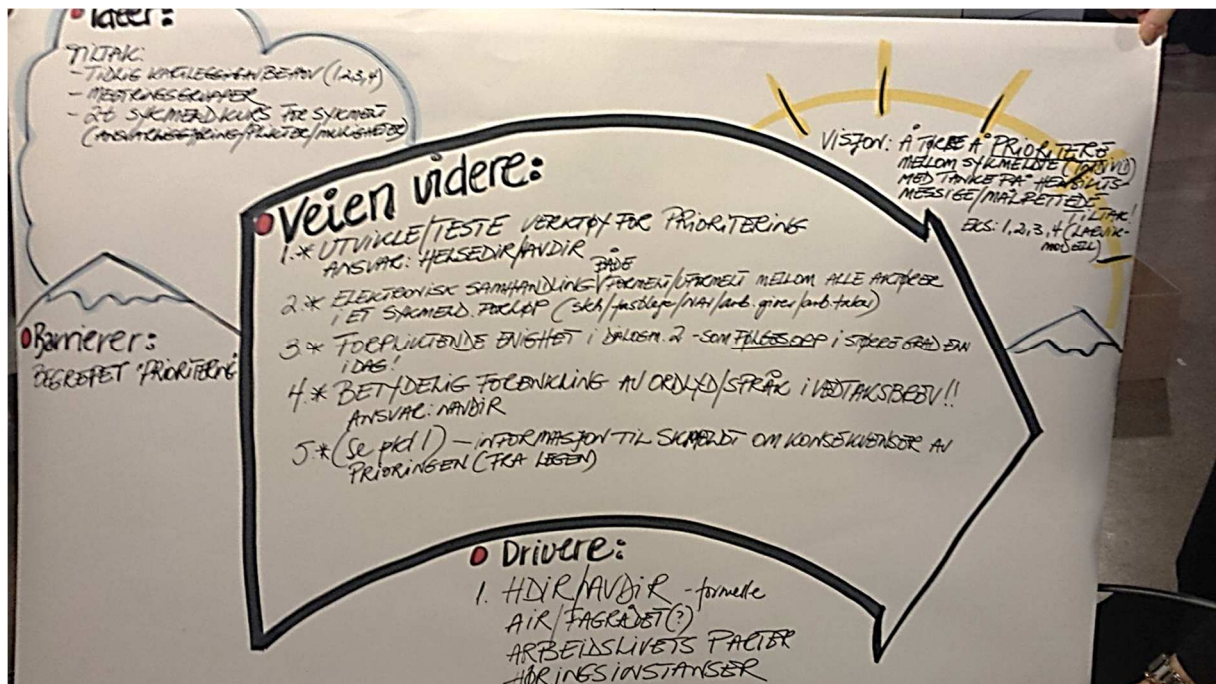
Innspill 2: Innovative, helhetlige forslag

Ref: 4F «Hvordan bidra til at tidlig oppfølging blir mer effektivt i forhold til å få arbeidstakere som er i risiko for langvarig fravær og uføretrygd tilbake i arbeid?» (Gruppe 16 fra Åpen arena 2014)

Gruppas hovedforslag for å redusere risikoen for langvarig sykefravær er at sykemelder prioriterer mellom sykemeldte på individnivå med tanke på hensiktsmessige og målrettede tiltak, (For eksempel etter Larviksmodellen (1-4). I tillegg til kartlegging og prioritering kan aktuelle kortsiktige tiltak være diagnose-uspesifikke mestringsgrupper og korte sykemeldingskurs (f eks 2 timer) i regi av NAV eller NAVs samarbeidspartnere. Kursene bør ha fokus på ansvarliggjøring, plikter og muligheter.

For å få dette til:

1. Det utvikles et kartleggings/prioriteringsverktøy for sykemelder for å identifisere pasienter med risiko for langvarig sykemelding. Aktuelle interessenter/drivere i prosessen kan være Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som formelt ansvarlige for å utvikle prioriteringsverktøyet. Denne prosessen kan/bør også gjøres i samarbeid med f eks AiR/Fagrådet, partene i arbeidslivet og ulike høringsinstanser.
2. Elektronisk kommunikasjon mellom alle aktører i et sykemeldingsforløp.
3. Vedtaksbrevene fra NAV bør språkmessig betydelig forenkles sammenlignet med slik de fremstår i dag.
4. Den forpliktende enigheten som etterfølger Dialogmøte II følges opp i langt større grad enn hva som er tilfelle i dag.



Innspill i etterkant av fokuscafé, "Enkel behovsvurdering som begrep i stedet for prioritering?"

Ref: 4G «Overganger - en felles faglig forankring i språk og metode mellom tiltak med arbeid som mål» (Gruppe 2 fra Åpen arena 2014)

Gruppas forslag er: Det lages et overordnet direktiv for samhandling mellom aktørene innen arbeids og helse, og et elektronisk system der alle brukere har en elektronisk mappe som følger pasientforløpet, og alle involverte aktører har tilgang til systemet.

- Lage elektronisk mappe/ pasientforløp som følger personen gjennom hele prosessen, fra starten av sykmeldingsstart til person er tilbakeført til arbeid/ avklaring for videre løp er på plass.
- Mappen ligger i et system som både personen, NAV, fastlege, rehabiliteringsinstitusjon, arbeidsgiver og evt andre behandlere har tilgang til, med ulike lese/ skrivetilganger, slik at personvern blir ivaretatt. Eks fastlege har tilgang til epikrise, mens arbeidsgiver får tilgang til forslag om behov for tilrettelegging og tilbakeføring.
- De ulike aktørene bundet av frister for oppfølging; "neste steg". Vi ser for oss at når en person har vært sykmeldt i 4 uker, skal hjelpeapparat (NAV, arbeidsgiver, personen selv, fastlege og evt andre behandlere) kobles på. Koordinator for samarbeidet er NAV (veileder på lokalkontor) sammen med personen. NAV skal fungere som en døråpner med et helhetlig perspektiv og oversikt over mulige tiltak og forløp videre, med arbeid i fokus.
- Hensikten er samhandling der personens mappe og felles elektronisk system danner en rød tråd i pasientforløpet, og at informasjon ikke går tapt på veien. Det elektroniske systemet skal være et verktøy for samhandling mellom de ulike aktørene, og skal bidra til bedre informasjonsflyt.

Det bør drøftes hvordan få på plass et overordnet direktiv for samhandling mellom aktører innen arbeid og helse, med åpning for belønning/ sanksjoner når frister for oppfølging ikke overholdes.

Det bør vurderes om avtalene om arbeidsrettet rehabilitering med helseforetakene og avtalene om arbeidsrettet rehabilitering med NAV skal anskaffes sammen som en og samme avtale, med samme mål og krav.



Innspill 3: AiR – Nasjonalt kompetansesenter løfter utfordring rundt arbeid som mål i all rehabilitering

Tre grupper jobbet med samme utfordring, 4E-1, 4E-2 og 4E-3. Felles utfordring for alle tre gruppene var: «**Hvordan implementerer man «arbeid som mål» i diagnosespesifikke rehabiliteringsprogrammer?**»

Der er økt fokus på arbeid som mål i diagnosespesifikke rehabiliteringsprogrammer og Nasjonalt kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering (NK-ARR) ser et behov for generelle anbefalinger til hvordan man kan løse dette i praksis. NK-ARR tok initiativ til å løse utfordringen og samler i etterkant konklusjonene fra de 3 grupper i et dokument hvor de vesentligste forslag handler om.

Anbefalinger til politikere, myndigheter og forvaltninger

Rutiner for å sikre samhandling:

- Krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- Etablere tverrfaglige medisinske team (kommune, samlokalisert som en lokal poliklinisk funksjon (Førde-modell))

Øke kompetansen på «arbeid som mål»:

- Grunn- og etterutdanning av helsepersonell, herunder forebygge profesjonskamper. Utnytte samarbeid mellom helseforetak og høyskoler/universitet og andre kompetansetjenester.

Økt fokus på aktivitet før rehabiliteringsopphold for å unngå passivisering i sykemeldingsperioden:

- Gjennom tettere kontakt med NAV, økt bruk av lavterskeltilbud som frisklivssentraler, Raskere tilbake, iBedrift, Aktiv på dagtid, Oppfølgingsenheten Frisk, med mer.

Utfordre RHF'ene til å utvikle rapporteringssystem for hvordan fokuset blir ivaretatt på rehabiliteringsinstitusjonene.

Øke bevilgninger til langvarige tiltak (eks. tidsubestemt lønnstilskudd (TULT)) for personer med nedsatt arbeidsevne. Kompensasjon og støtte til arbeidsgiver. Det er for få som får muligheten og gleden av dette tiltaket.

Innspill til veileder for diagnosespesifikk rehabilitering med arbeid som mål

Fokus på arbeid

- Informasjon før ankomst bør inneholde informasjon om arbeidsdimensjonen i rehabilitering.
- Temaet «arbeidsdeltakelse» må bli tydelig på et tidlig tidspunkt under rehabiliteringen, slik at arbeidsvurderinger blir en naturlig del av tilfriskningsprosessen (kartlegging/enkle spørsmål om arbeid)
- Arbeidsdeltakelse tenkes inn i andre rehabiliteringsaktiviteter, Det kan formuleres funksjonsmål i forhold til arbeid.
- Igangsette tjenesteutviklings aktiviteter som sikrer fokus på arbeidsdeltakelse for pasientene, med ledelsesforankring.
- Bevisstgjøre på verdien av arbeid som mestringsverktøy, mestringsarena og middel til bedret helse både for ansatte og pasienter.

Kartlegging av arbeidsevne, barrierer/muligheter for arbeidsdeltakelse

Hvis det brukes registrerings skjema/ spørreskjema som pasienten skal fylle ut ved ankomst, bør det fokuseres på ressurser og arbeid, så som:

- Arbeidssted, jobb, utdanning, sykemeldingshistorikk
- Personlige ressurser i forhold til arbeidskrav og evt. arbeidsplassens muligheter for tilrettelegging
- Ønsker om fremtidig arbeidsdeltakelse

Forslag til tiltak under rehabilitering

- Undervisning
- Samtaler
- Refleksjonsgrupper
- Kontakt med arbeidsgiver/NAV/brukerorganisasjoner (?)/hjelpemiddelsentral (møter/telefon).
- Tiltaksbank til arbeidsgiver
- Skaffe kontakter på arbeidsmarkedet
- Arbeid er nevnt i prosedyrer/maler for konsultasjoner, epikriser, beskrivelsen av tilbudet internt og eksternt.
- Motivere pasient til å kontakte arbeidsgiver.
- Oppfølgingsplanen ved utskriving skal inkludere arbeidsgiver eller NAV.
- Etablere læringsnettverk mellom forvaltning (NAV) og helsepersonell

Kompetansekrav

- Personale kan hospitere/ lære av hverandre, spesielt fra de som jobber med arbeidsrettet rehabilitering.
- Sikre tverrfaglighet ved nye ansettelser, og etterutdanning/ temamøter.
- Ansette faggrupper med kompetanse på arbeid og aktivitet. Bedre balanse mellom medisinsk og humanistisk fagkompetanse.

Innspill 4: Brukermedvirkning

Ref: 2A «Brukermedvirkning - Opplæringsopplegget for brukerrepresentanter»

1. Vi erfarte at arbeidsformene på Åpen Arena 2015, kanskje kan videreføres også i vårt opplæringsopplegg. Grappa erfarte arbeidsformene som svært gode.
2. Vi lukket noen av problemstillingene som f. eks. hva som skal være effekt både for brukere og NAV. Deriblant definerte vi målgruppen til å være alle deltagerne i brukerutvalg, slik at vi inkluderer både NAV leder og brukerrepresentantene.
3. Nettverksbygging. Både vår egen og andres parallelle miniworkshops ga innspill og kontakter som er nyttige for vårt arbeid. Vi knyttet også andre nyttige kontakter underveis, både når det gjelder bakgrunn og innhold i vår oppgave, og arbeidsformer for grappa vår og i fremtidig opplæringsopplegg.



To grupper jobbet med samme utfordring og gruppene har kommet med et felles innspill, herunder referert som 2B 1 og 2. Felles utfordring for gruppene var:

«Brukeren som likeverdig part i arbeidet med å få mennesker med nedsatt funksjonsevne, tilbake i jobb. Hvordan gjør vi det?» (Ref: 2B – 1 og 2)

- Arena for samhandling mellom alle aktører. Åpen arena er et godt eksempel på relevante møteplasser som det bør benyttes mer av og bør aktivt invitere med arbeidsgivere. Dette for å sikre at alle aktører som er relevante i prosessen samhandler når de skal løse problemer i skjæringsfeltet arbeid og helse.
- Gruppen videreføres neste arena med arbeidsgiversiden representert for ønsker at alle aktører deltar i utformingen av aktuelle tiltak.
- Dette er en utfordring som involverer mange ulike aktører på ulike nivå. Vi sender derfor anbefalinger til noen av de ulike aktørene som vi mener er relevante aktører for å løse problemstillingen.

Innspill 5: Utfordringer rettet mot spesifikke målgrupper

Ref: 1C «Helhetlig oppfølging av innvandrere og Flyktninger med helseutfordringer.

Hvordan sikre likeverdige og helhetlige tjenester i samarbeid mellom Helsetjenesten, NAV og Arbeid.»

Det er behov for å strukturere «brukerprosessene» og oppfølgingen av disse. Målsetting for alle prosesser/brukere bør i utgangspunktet være å se på innvandrere som en mulig ressurs og med mål om selvforsørgelse gjennom arbeid, alternativt samfunnsdeltakelse.

4 flaskehalsar i arbeidet med integrasjon av innvandrere;

1. Norsk kunnskaper,
2. Kartlegging/grunnleggende kunnskaper om brukernes egentlige utfordringer; Tidlig kartlegging med utgangspunkt i et mål om selvforsørgelse/arbeid om ikke særskilte forhold tilsier noe annet.
3. Kunnskap om innvandrerhelse; Sikre førstelinjen i helsesektoren og velferdsetaten god kunnskap og forutsetninger for å kartlegge innvandrerhelse.
4. Samhandling; Gjennomgang/oversikt over tiltak overfor brukergruppene. Nettverksarbeidet bør videreutvikles og være en naturlig del av utviklingsarbeidet.

Gruppen stiller seg til disposisjon for et oppfølgingsmøte.

Ref: 1D «Økt yrkesdeltagelse – fra skole til arbeid - Implementering av regionale planer»

Innspill til rammebetingelser:

En del tiltaksmidler i NAV som går til å få ungdom inn i NAV-tiltak (som praksisplass med individstøtte) bør overføres utdanning i fylkeskommunene. Da unngår vi at ungdom må skrive sluttmelding i skole for å få et "annerledes" læringsavklaringstilbud. All ungdom får i stedet et tilbud i et ordinært system. Nå kjører vi minibusser med ungdom til NAV for etterpå å rive oss i håret for at noen ungdom NAVer"

Gruppen går videre med å samskape en felles (regional?) konferanse som tar utgangspunkt i arenaens arbeid og har som mål å skape en «win-win» for både utdanning, system, arbeids- og næringsliv og individet. Konferansen skal også bidra til å "levendegjøre" felles innhold i to regionale planer.

Ref: 4H «Hvordan inkludere arbeid som mål i tjenester for personer med lettere/moderate psykiske lidelser/rus?»

Fragmenterte tjenester og lite samordna tjenester. Arbeidsperspektivet er lite innarbeidet i de ulike tjenestene.

- Arbeidsperspektiv inn i alle etater og organisasjoner
- Felles utdanning og kurs i arbeidsrettet behandling
- Arbeidsfokus i ordinære utdanninger
- Forslag til Databaser:
 - Få all forskning samlet i en database.
 - Database for tiltak og prosjekter
 - Database for metodikk, tiltak og prosjekter.

Innspill 6: Pågående tverrinstitusjonelle forskningsstudier

Ref 4A

Som en del av effekt og prosess evaluering av ARR-program i spesialisthelsetjenesten, så er involverte klinikkene i gang med utvikling av programteori (dvs beskrivelse av sammenheng innhold og ønsket resultat). I dette arbeidet har det kommet fram at de to klinikkene prioriterer noe ulikt når det gjelder innhold. Grappa ønsker derfor å se nærmere på hvorfor vi prioriterer som vi gjør og hva som er nødvendige og tilstrekkelige betingelser for å oppnå de resultatene vi ønsker. Begge klinikkene tok innovasjonsbegrep nytt, nyttig, nyttiggjort med tilbake i i sitt utviklingsarbeid

Ref 4B

Kommentar fra gruppa var at «Lukket utfordringsgruppe fungerte veldig bra der vi på forhånd hadde kunnskap og erfaring om et prosjekt som allerede er i gang. Fasiliteringen av gruppa var veldig bra! God atmosfære/energi i gruppa bidro sannsynligvis til innovasjon og kreativ tenkning.»

