

# **KVALITETSMÅL FOR FORLØP INNENFOR ARBEIDSRETTET REHABILITERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN**

Utarbeidet av  
Fagrådet for AiR - Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering

April 2011

## Innhold

1. Innledning.....	4
1.1 Mandat .....	4
1.2 Ulike tilbud i helsetjenesten i dag .....	4
1.3 Definisjon av arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten .....	5
1.4 Målgruppe .....	6
2. Medlemmer i fagrådet .....	6
3. Metodisk og teoretisk utgangspunkt .....	7
3.1 Overordnet verdisyn/verdigrunnlag.....	7
3.2 Sykdomsforståelse/funksjonsforståelse.....	7
3.2.1 ICF (International Classification of Function) .....	7
3.3 Relasjonell tenkning og tilnærming.....	8
3.3.1 Arbeidsevne.....	8
3.3.2 Mestring .....	8
3.3.3 Prosessen mot arbeidsdeltakelse.....	8
3.3.4 Modell for endringsprosessen.....	9
4. Kompetansekrav i arbeidsrettet rehabilitering .....	10
4.1 Kompetansekrav i arbeidsrettet rehabilitering uavhengig av fag-/utdanningsnivå .....	10
4.1.1 Kompetanse innen veiledning .....	11
4.2 Kompetanse i tverrfaglig samarbeid.....	11
4.3 Kompetanse om brukeren.....	11
4.4 Hvordan sikre god samhandling og oppfølging .....	11
4.5 Kompetansekrav til fag-/utdanningsnivå .....	12
4.5.1 Medisinsk rehabiliteringskompetanse .....	12
4.5.2 Kompetanse om arbeidsliv og arbeidsmarked .....	12
4.5.3 Frisklivskompetanse .....	13
4.4.4. Ledelsenforankring.....	13
5. Henvisning .....	14
5.1 Henvisningskriterier .....	14

5.2 Om bruk av institusjonsbasert opphold .....	15
6. Tilbud til brukerne .....	15
6.1 Brukermedvirkning .....	15
6.2 Virkemiddel og tiltak .....	15
6.2.1 Koordinering av virkemiddel og tiltak. ....	18
6.3 Oppfølging .....	18
7. Kommunikasjon og rapportering.....	20
7.1 Utforming av tverrfaglig epikrise.....	20
7.2 Utforming av rapport til NAV .....	22
7.2.1 Konkret innhold i forslag til handlingsplan.....	22
7.3 Utforming av rapport til arbeidsgiver.....	23
8. Evaluering .....	24
9. Utvikling av kvalitetsindikatorer for ARR-fagfeltet.....	25
Litteraturliste .....	27

# 1. Innledning

## 1.1 Mandat

Dette dokumentet er utarbeidet av fagrådet for Arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fagrådet er nedsatt av Nasjonalt Kompetansesenter i Arbeidsrettet Rehabilitering. Kompetansesenteret har som oppgave å utvikle og styrke fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Fagrådet har fått i oppgave fra kompetansesenter å utarbeide retningslinjer for kvalitetsmål innen fagområdet.

Fagrådet utarbeidet i 2009 et dokument som beskrev hva fagrådet mente var god kvalitet for døgn – baserte institusjoner som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Dette er en revisjon av nevnte dokument og vil omhandle både dag og døgn opphold og poliklinisk virksomhet og er en utvidelse av målgruppen. Hovedmålgruppen er alle personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet eller som ikke har kommet i arbeid på grunn av sykdom eller funksjonshemning – uavhengig av diagnose.

Fagområdet arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er i stor utvikling og omhandler i dag både dag- og døgntilbud på institusjoner og polikliniske tilbud på sykehus. Når en person er langvarig sykmeldt kan det ofte være vanskelig å komme tilbake eller inn i arbeidslivet uavhengig av hvorvidt sykdommen er helbredet eller av mer kronisk art. Det er fraværet i seg selv som er utfordringen – i tillegg til en eventuell sykdom eller funksjonshemning.

Dette dokumentet har til hensikt å beskrive hva fagrådet mener er god kvalitet innenfor en helhetlig samhandlingskjede i arbeidsrettet rehabilitering gjennom flere nivåer og med ulike tjenesteytere. Gitt variasjon og ulikhetene i tilbudene må nødvendigvis krav til innhold i rehabiliteringstilbudet være forskjellig. I dokumentet vil vi presisere hvilke krav til kvalitet som vil være forskjellig til de ulike tilbudene. Fagrådet er klar over at det er få eller ingen institusjoner som i dag fyller disse kravene, men fagrådet mener at kvalitetsmålene som er beskrevet i dette dokumentet er noe alle institusjoner bør jobbe mot å oppnå.

Vår forståelsesramme er at arbeidsrettet rehabilitering forutsetter godt samarbeid mellom ulike nivåer i helsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.

## 1.2 Ulike tilbud i helsetjenesten i dag

Dette dokumentet omhandler alle institusjoner i spesialisthelsetjenesten som har tilbud om rehabilitering med arbeid som mål. Tilbudene bør inngå i en helhetlig behandlingsskjede hvor laveste effektive omsorgsnivå (LEON – prinsippet) er sentralt. Tilbudene i Norge i dag kan beskrives på tre ulike nivåer:

1. Arbeidsgivers tilrettelegging, bedriftshelsetjeneste, fastlege og andre lokale aktører
2. Polikliniske, tverrfaglige funksjonsvurderinger og dagrehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten
3. Døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering har tilbakeføring til arbeid som formål. Nettopp fordi tiltakene innrettes mot arbeidsplassen, vil det være vesentlig å integrere helsetjenestene i tiltak på og i samarbeid med arbeidsplass, enten i regi av arbeidsgiver (BHT), NAV eller på laveste nivå av helsetjenestene (kommunehelsetjenesten).

Samhandlingsutfordringene dreier seg altså både om intern samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten – der grensen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er under forandring – og der ulike aktører knyttet til arbeidsplassen er naturlige samarbeidspartnere for helsetjenesten. Et ARR -forløp i spesialisthelsetjenesten vil derfor også omhandle samhandling med øvrige helsetjenester og tiltak i regi av private/offentlige aktører utenfor helsevesenet. Dette dokumentet beskriver god kvalitet i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i både 2. og 3 linjetjenesten. Ideelt skal brukere som mottar et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud på et nivå være vurdert i forhold til de andre lavere nivåene. Poliklinikker med tilbud om rehabilitering med arbeid som mål er imidlertid foreløpig ikke godt utbygget i Norge. Oppfølging etter et tilbud og samhandlingen mellom ulike instanser vil være sentralt.

Vårt mål med dette dokumentet er ikke å beskrive kvalitetsmål innen ulike rehabiliteringsfelt. Pasienter med for eksempel nedsatt hørsel eller slag trenger ulik rehabilitering for å øke sin deltakelse i arbeidslivet. Vår hensikt med dette dokumentet er å beskrive fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering og utfordringene vi har i å bistå personer i prosessen tilbake til arbeidsdeltakelse. Ulike spesifikke rehabiliteringsløp blir derfor også omfattet av dette dokumentet i den fasen av rehabiliteringen som omhandler fokus på deltakelse i arbeidslivet fremfor medisinsk behandling.

Vi er oppmerksomme på at det er flere gjentakelser av ulike poeng i dokumentet. Dette er fordi fagrådet ønsker at hvert kapittel skal kunne leses for seg.

### **1.3 Definisjon av arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

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

”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet”. Denne definisjonen er dannet med bakgrunn i definisjonen av rehabilitering gjort i St. melding 21 ”Ansvar og meistring”. Internasjonalt finnes flere definisjoner av dette fagfeltet og i et vidt perspektiv kan arbeidsrettet rehabilitering beskrives som alle mulige tiltak som hjelper personer med et helseproblem å forbli i, komme tilbake til eller beholde arbeid (Waddel m.fl. 2008). En kombinasjon av helserelaterte og arbeidsrelaterte intervensjoner vil som oftest være påkrevd (Waddel m.fl.2008). Personer med behov for komplekse arbeidsrettede rehabiliteringstiltak tenderer til å ha mer komplekse behov, enten på grunn av skadens omfang og karakter, funksjonsnedsettelse, sykemeldingslengde, hjemmesituasjon, arbeidssituasjon eller andre årsaker.

## 1.4 Målgruppe

Personer i yrkesaktiv alder som på grunn av sykdom eller funksjonshemming ikke har kommet inn i, er i ferd med å falle ut av eller har falt helt eller delvis ut av arbeidslivet, og som har en realistisk mulighet for å komme helt eller delvis tilbake i arbeidslivet.

Når en person har vært ute av arbeidslivet over lengre tid, kan det ofte være vanskelig å komme tilbake eller inn i arbeidslivet uavhengig av om sykdommen er helbredet eller av mer kronisk art. Noen ganger er det derfor selve fraværet som er utfordringen mer enn sykdommen/funksjonshemmingen. Mange langtidssykmeldte har diagnoser hvor det ikke er funnet noen objektive tegn på sykdom. Hos mange er det påvist høy grad av komorbiditet (flere plager samtidig), for eksempel blir angst og depresjon ofte rapportert samtidig med ulike somatiske plager. Komorbiditet vanskeliggjør tilbakegang til arbeidslivet og øker risikoen for å bli uføretrygdet. En viktig målgruppe som dette dokumentet omhandler er derfor brukere med slike sammensatte plager og komplekse behov.

## 2. Medlemmer i fagrådet

**Dokumentet er utformet av tidligere og nåværende medlemmer av fagrådet.**

Ole Jo Kristoffersen, prosjektleder, Hernes institutt (2006 -

Øivind Andersen, prosjektleder, Kompetansesenteret, AiR (2009-2011)

Thorgerir Hernes, avd. direktør, NAV (2011-

Stein Atle Lie, forskningsleder, professor, Uni Helse (2010 - )

Eli Molde Hagen, seksjonsoverlege, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, dr.med., Sykehuset Innlandet (2008 -)

Gerd Liv Valla, brukerressurs (2009 - )

Randi W. Aas, forskningssjef, IRIS (2008 - )

Egil Hovland, fysioterapeut, nestleder, Bakke rehabiliteringssenter (2009 - )

Hilde Teige, overlege, Hernes institutt (2006 – 2009)

Liv Haugli, overlege/fagsjef, dr.med., spesialist i arbeidsmedisin, Air, Kompetansesenteret, leder for fagrådet (2006 - )

Jann-Hårek Lillevoll, kvalitetskonsulent, Valnesfjord Helsesportssenter, vararepresentant ( 2009 -)

### 3. Metodisk og teoretisk utgangspunkt

#### 3.1 Overordnet verdisyn/verdigrunnlag

- arbeidslivsdeltakelse er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, selv om man blir rammet av langvarig sykdom eller funksjonstap. Det å være i arbeid er i de langt fleste tilfeller i seg selv helsefremmende
- alle har ressurser, muligheter og ønsker. Det er viktig at rammene rundt oss gir oss muligheter til å utnytte dem slik at vi kan ta ansvar, møte utfordringer, gripe utviklingsmuligheter og selv gjøre en innsats for å nå mål vi setter oss
- ARR skal bidra til å påvirke arbeidsplasser og systemer slik at de i størst mulig grad fremmer et inkluderende arbeidsliv
- ARR har ikke som formål å helbrede sykdom, men skal bidra til arbeidsdeltakelse på tross av helseplager og sykdom

ARR enheten skal legge til rette for at brukerens integritet ivaretas og at vedkommende opplever å være aktør i egen prosess hvor målet er å styrke arbeidsevnen og øke arbeidsdeltakelsen.

#### 3.2 Sykdomsforståelse/funksjonsforståelse

Tilbudet bygger på en biopsykososial og fenomenologisk forståelse av sykdom, det vil si en erkjennelse av at det er både biologiske, psykiske og sosiale faktorer som bidrar til sykdom og funksjonshemming, samt at brukeren må ses i sammenheng med sine opplevelser og erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon. Begrepsapparatet i ICF benyttes for forståelse av funksjonsbegrepet og i metodikken som benyttes overfor brukerne.

##### 3.2.1 ICF (International Classification of Function)

International Classification of Function, ICF, er WHO's internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. ICF bygger på en tankemodell som er dynamisk og viser det komplekse samspillet og sammenhengene mellom en persons helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer.

Som begrepsapparat fanger ICF opp både den medisinske og den sosiale forståelsen av et menneskes helsesituasjon og konsekvensene av denne. Både ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser inngår. Dette gjør at ICF som begrepsapparat er spesielt godt egnet som verktøy i arbeidsrettet rehabilitering, både som vurderingsverktøy og prosessverktøy. Sykefravær er et deltakelsesproblem i en ICF-forståelse. Målet med arbeidsrettet rehabilitering ligger i deltakelsesdimensjonen i ICF og krever en relasjonell tenkning i forholdet mellom individet og omgivelsene. Måloppnåelsen krever vurdering i alle ICF dimensjoner for å avdekke hvilke man bør intervensere i. Der det er intervensjonsbehov i flere dimensjoner bør det intervenseres i alle samtidig.

For å kunne jobbe med arbeidsrettet rehabilitering trenger man både vurderingskompetanse og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjonene i ICF sitt begrepsapparat (helsetilstand, kroppsnær funksjon og struktur, aktivitet, personlige faktorer, omgivelsesfaktorer og deltakelse). Man må ha høyt fokus på hvordan man kan utnytte individets og omgivelsenes ressurser best mulig for å overkomme hindringene for arbeidslivsdeltakelse.

### 3.3 Relasjonell tenkning og tilnærming

Formålet med et ARR tilbud i spesialisthelsetjenesten er deltakelse i arbeidslivet. Det er derfor nødvendig at alle fagpersonene i teamet har funksjonsforbedring i forhold til arbeid som fokus gjennom tiltaket, dvs hva som skal til for at bruker kan komme tilbake til arbeid.

Fordi deltakelsesmålet er arbeidslivet, er det nødvendig med en relasjonell tenkning hos alle i det tverrfaglige teamet som jobber med brukerne (individuelle faktorer i forhold til arbeid, funksjonsforbedring i forhold til arbeid, aktivitet i forhold til arbeid). Hva kan individet utrette i arbeidslivet med sine evner, sin kompetanse og sine forutsetninger? Hva kan være kompenserende tiltak for individet knyttet til arbeidsdeltakelse? Hvordan sikre lokal forankring av prosessen på en arbeidsplass eller en plan for økt deltakelse på en arbeidsplass?

#### 3.3.1 Arbeidsevne

Arbeidsevne beskriver den enkeltes evne til å møte de krav som stilles i utførelsen av et arbeid (Sosial- og helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007). Arbeidsevnen bestemmes bl.a. av faktorer som fysisk og psykisk helse, sosial fungering, kompetanse, verdier, miljøfaktorer (arbeidsoppgaver, arbeidsforhold, arbeidsmarked, regelverk) og sosiale forhold (Illmarinen 1999). En avgjørende faktor er personens syn på egen situasjon og egne mål i en gitt sammenheng.

#### 3.3.2 Mestring

Det faglige innholdet i et ARR program i spesialisthelsetjenesten skal ta utgangspunkt i metoder som styrker deltakernes egne ressurser og muligheter samt fremme jobb- og livsmestring

Mestringsstrategier kan bli definert som flere handlinger eller væremåte som til sammen sier noe om hvordan vi møter ulike situasjoner. Det er uhensiktsmessige og hensiktsmessige mestringsstrategier. Mange med kronisk eller langvarig sykdom har lært noen mestringsstrategier som i begynnelsen kan ha vært hensiktsmessige, men som på sikt kanskje viser seg å være uhensiktsmessige.

Utviklingen av hensiktsmessige mestringsstrategier innebærer igangsetting av en prosess der personen blir i stand til å takle livet ut i fra et realistisk ambisjonsnivå. En slik prosess krever at personen får hjelp til å bevisstgjøre dagligdagse tanker og atferdsmønstre, og får hjelp til å vurdere troverdighet og/eller hensiktsmessigheten av disse tanke og/eller atferdsmønstre og bruke dem systematisk i selvstendig problemløsning. Målet er at personen gjennom veiledning, i et likeverdig samarbeid, i større grad skal bli i stand til selvstendig mestring.

#### 3.3.3 Prosessen mot arbeidsdeltakelse

Formålet med arbeidsrettet rehabilitering er arbeidsdeltakelse. Deltakerne skal lære å mestre arbeidssituasjonen i en tilbakeførings-/arbeidssøkerfase. Hensikten med rehabiliteringen er at deltaker skal kunne beholde det arbeidsforholdet som deltaker har, eller bli i stand til å skaffe arbeid. ARR legger til grunn et helhetlig perspektiv i forståelse av årsaker til individets fravær fra arbeid og hva som kan bidra til å sette den enkelte deltaker i stand til å komme tilbake i arbeid. Det innebærer blant annet involvering av flere aktører i individets omgivelser for å underlette prosessen tilbake i jobb. Tilbakegang til arbeid sees på som en sammensatt menneskelig adferdsendring som involverer gjenvinning av funksjon, motivasjon, adferd og samhandling med flere aktører (Franche & Krause,

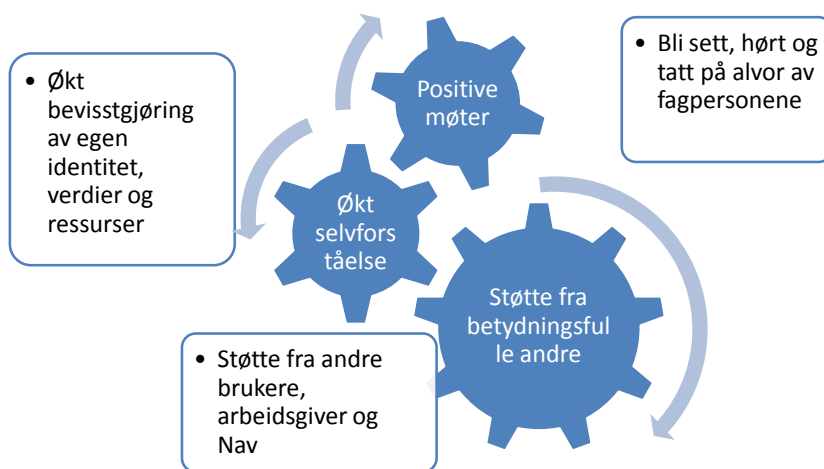


2002; Young et al., 2005a). Det er en dynamisk prosess med flere faser, handlinger og resultat, som er påvirket av en rekke sosiale, psykologiske og økonomiske faktorer (Young et al., 2005b). Modeller som beskriver prosessen mot arbeidsdeltakelse i faser er spesielt interessante i denne sammenheng, blant annet fordi kunnskap om hvilken fase personen er i vil bidra til at valg av mål og tiltak i større grad tilpasses den enkeltes behov.

Ved å velge et systemperspektiv på prosessen mot arbeidsdeltakelse, rettes oppmerksomheten i tillegg til individet selv også mot de ressurser og begrensninger som ligger i individets nære omgivelser som familie og arbeidsplass, samt helse- og velferdssystem, lovgivning og arbeidsmarked med mer. En vellykket tilbakeføring til arbeid vil ofte skje i et samspill med arbeidsplassen, helsetjenesten og NAVs tiltaksapparat.

I prosessen tilbake til arbeid sett fra et brukerperspektiv blir møtene med fagpersonene, økt selvforståelse og støtte fra betydningsfulle andre vektlagt. I møtene med fagpersonene blir det å bli sett, hørt og tatt på alvor vektlagt. Økt selvforståelse innebærer økt bevissthet om egen identitet, verdier og ressurser. Støtte fra betydningsfulle andre innebærer støtte fra familie og venner, andre brukere, arbeidsgiver og NAV (Haugli, Maeland, & Magnussen, 2011).

Fig. 1 Betydningsfulle aspekter ved tilbakeføringsprosessen til arbeid sett fra brukernes perspektiv



### 3.3.4 Modell for endringsprosessen

*”Det du er deg bevisst kan du gjøre noe med. Det du ikke er deg bevisst – gjør noe med deg” (Perls 1969)*

Formålet for arbeidsrettet rehabilitering er økt arbeidsevne og arbeidsdeltakelse. Dette innebærer for mange å gå inn i personlige endringsprosesser. Mye av vår atferd skjer på grunnlag av ubevisste eller automatiske tanke og atferdsmønstre. De fleste av disse tanke og atferdsmønstrene er hensiktsmessige, men noen påvirker oss på en negativ måte. Tanker, følelser og kroppslige

reaksjoner henger sammen og påvirker hverandre. For å gå inn i endringsprosesser er det derfor nødvendig å bli bevisst egne tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd som evt er uhensiktsmessig eller som påvirker oss på en uheldig måte. Veiledernes oppgave i arbeidsrettet rehabilitering er bl.a. å bidra til denne bevisstgjøringen, slik at individet ser egne ressurser og muligheter til aktivitet og arbeidslivsdeltakelse, samt øker sin forståelse for hvordan de kan påvirke egen helse – og arbeidssituasjon. For mange innebærer dette også endringer i fysisk aktivitet og kosthold og/eller andre livsstilsvaner. Videre er det i disse endringsprosessene viktig å orientere brukere om hvilke muligheter og plikter de har i forhold til velferdssystemet, for å sette dem i stand til å foreta reelle valg. Veiledningen, kognitive adferdsrettede tilnærminger, trening i oppmerksomt nærvær, erfaringsbasert læring og undervisning individuelt og i grupper, samt ulike aktivitets- og treningstilbud bidrar til å gi brukere erfaringer som kan støtte opp under disse endringsprosessene.

Tilbudet må legge til rette for kontakt med sentrale aktører på arbeidsplass, i NAV, primærhelsetjenesten og eller andre i brukernes omgivelser som er av betydning for å oppnå arbeidsdeltakelse. Disse kontaktene kan være samtaler, møter og arbeidsplassbesøk. Målet er at man gjennom kommunikasjon skaper økt forståelse for brukernes ressurser og hindringer på vei mot arbeidslivet, og samtidig stimulerer til å se nye muligheter og gode løsninger for den enkelte bruker. Det kan dreie seg om tilpassninger og endringer i den jobben hun eller han allerede har, eller andre løsninger som bidrar til at personen kommer tilbake til jobb.

Tilbudet må inneholde stor grad av motivasjonsarbeid rettet mot brukere og brukernes omgivelser inkludert arbeidsplassen.

## **4. Kompetansekrav i arbeidsrettet rehabilitering**

### **4.1 Kompetansekrav i arbeidsrettet rehabilitering uavhengig av fag-/utdanningsnivå**

Ansatte som jobber med arbeidsrettet rehabilitering arbeider ut fra at brukeren trenger bistand fra flere fagfolk/fagmiljøer samtidig. Dette forutsetter at tilbudet har ansatte med ulike særfaglige helseutdanninger og yrkesbakgrunn og at fagfolkene må se sin rolle som en del av en større prosess, der brukerens måloppnåelse ligger utenfor hver særfaglighets (og avdelingens eller institusjonens) begrensede virkeområde. Det er nødvendig at ledelsen av avdelingen har en faglig forankring i arbeidsrettet rehabilitering.

Ansatte innenfor tilbud i arbeidsrettet rehabilitering skal ha følgende kunnskap og innsikt i sammenhenger mellom arbeid og helse:

- ha kunnskap og kompetanse om de krav og forventninger som stilles til alle deltakere i arbeidslivet, og kompetanse til å kommunisere disse krav og forventninger på en måte som gjør at brukeren kan nyttiggjøre seg disse
- ha kunnskap om de ulike aktørenes ansvar og rollefordeling herunder hvordan brukeren kan nyttiggjøre seg NAVs tiltak og støtteapparat
- ha forståelse for betydningen av brukerens nettverk og evne til samhandling med dette
- ha stor kjennskap til kollegaers arbeidsfelt, slik at den tverrfaglige kompetansen utnyttes og at brukerens behov blir ivaretatt av fagpersoner med til enhver tid rett fagbakgrunn

- ha gode rutiner (og muligheter) for å holde seg faglig oppdatert både internt og eksternt

#### **4.1.1 Kompetanse innen veiledning**

Med veiledning menes en formell, relasjonell og pedagogisk fremgangsmåte rettet mot styrking av brukers mestringskompetanse gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier. Fagpersonen skal ha kompetanse i å møte brukeren der denne er. Fagpersonens rolle er å bidra til økt bevisstgjøring av egen identitet, verdier, vilje og ressurser. Fagpersonene skal ha kompetanse i å legge til rette for prosess- og erfaringslæring og skal kunne ivareta brukermedvirkning i sin fagutøvelse. Det er ønskelig at alle fagpersonene skal ha gått kurs eller videreutdanning innen kommunikasjon og veiledning/ kognitiv tilnærming og helst ha kompetanse til å gjøre dette både individuelt og i grupper.

#### **4.2 Kompetanse i tverrfaglig teamarbeid**

Det tverrfaglige samarbeidet skal være basert på samarbeid med brukeren. Det er det tverrfaglige teamet som er det bærende element i ARR. Kollegaene skal arbeide i daglige tverrfaglige team med arbeid som mål for brukeren. Det skal settes av god tid til tverrfaglig samarbeid.

Det må også være satt av tid til samarbeid med andre fagutøvere i andre avdelinger, etater og arbeidsplassene til brukerne. Kvalitetsbrist i et rehabiliteringsforløp skjer ofte i overgangen mellom de enkelte instanser rundt brukerne, for eksempel mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mellom helsevesen og velferdsetaten, mellom alle disse og arbeidsplasser.

Muligheter for å gjennomføre denne tverrfaglige/tverrsektorielle samhandlingen må sikres på systemnivå i avdelingens ledelse.

#### **4.3 Kompetanse om brukeren**

Faggruppene må ha forståelse, innsikt og respekt for brukernes opplevelse, forståelse og tenkning rundt sin situasjon og sine muligheter. Faggruppene må arbeide ut fra en erkjennelse av at brukeren og fagpersonene har forskjellig kompetanse som utfyller hverandre, og at begge har kompetanse den andre ikke har. Faggruppene må ha kunnskap om at brukernes medvirkning ansvarliggjør dem for eget liv og gir selvspekt, likeverd og bedret mestringssevne. Faggruppene må møte brukerne med en forståelse om at alle kan noe og alle vil noe.

#### **4.4 Hvordan sikre god samhandling og oppfølging**

- alle ansatte i en arbeidsrettet rehabiliteringsavdeling må ha evne til å fastholde fokus på brukerens/pasientens behov.
- hver enkelt faggruppe bør ha sine egne møtefora for å kunne drøfte særfaglige temaer, både med og uten pasient/bruker til stede. De tverrfaglige teamene må ha arenaer for å møtes der faglige temaer diskuteres med eller uten bruker.
- oppfølging i forhold til brukerens omgivelser skal skje med brukerens viten og vilje

#### 4.5 Kompetansekrav til fag-/utdanningsnivå

- medisinsk rehabiliteringskompetanse
- kompetanse om arbeidslivet og velferdssystemet
- frisklivs/ idrettspedagogisk kompetanse (Dette gjelder ikke poliklinikker)

Teamet må være tverrfaglig sammensatt og ha kompetanse på arbeid og helse.

##### 4.5.1 Medisinsk rehabiliteringskompetanse

I arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må man ha:

**Lege med spesialitet** arbeidsmedisin, fysikalskmedisin og rehabilitering, eller annen relevant spesialitet. Det er viktig med tilgang til spesialisert kompetanse på aktuelt helseproblem for å skape trygghet for bruker i prosessen og for å sikre oppdatert kunnskap om helsefaglig vurdering og behandling.

Hvilke andre helsefaglige utdanningsgrupper man trenger, vil være noe avhengig av hva slags type helseproblem/funksjonshemming man jobber med, oftest:

- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sykepleier
- Psykolog
- Nevropsykolog
- Ernæringsfysiolog
- Syn/audiopedagoger,
- Logoped
- Osv.

Siden alle disse helsefaglig utdannede yrkesgruppene skal jobbe med fokus på hva som skal til for å oppnå deltakelse i arbeidslivet, vil tilleggskompetanse og erfaring innen rehabilitering, HMS-arbeid og bedriftshelsetjeneste være relevant. Det viktigste her er at teamet har vurderingskompetanse og tiltakskompetanse rettet mot alle dimensjonene i ICF sitt begrepsapparat og relatert til det funksjonsproblemet de jobber med.

##### 4.5.2 Kompetanse om arbeidsliv og arbeidsmarked

Med kompetanse om arbeidslivet menes at fagteamet må ha kunnskap om bl.a.

- krav og forventninger i arbeidslivet sett opp mot ulike helse/funksjonsutfordringer
- ulike sider ved arbeidsmarkedets funksjonsmåte, herunder utviklingstrekk i det norske arbeidsmarkedet, inkluderings- og ekskluderingsmekanismer, arbeidsgiveres

rekrutteringsadferd, hvordan øke arbeidssøkers ansettelsesmuligheter og påvirke arbeidsgivers rekrutteringspraksis, karriereveiledning

- relevant lovverk
- tiltaks/støtteapparat i NAV og i regi av andre instanser
- nettverksbygging, samhandling med relevante samarbeidspartnere lokalt, regionalt og nasjonalt
- tilrettelegging av arbeidssituasjonen

Det er for tiden ingen relevante høyskole- eller universitetsutdanninger som dekker disse områdene, som derfor primært må dekkes gjennom ervervet realkompetanse ( gjerne med en forutgående pedagogisk eller helse/sosialfaglig høyskoleutdanning (sosionom, ergoterapeut) , eller høyere utdanning innen samfunnsfag), f.eks. yrkeserfaring som veileder i NAV (3-5 år) eller i et arbeidsrettet tiltak (eks. Attføringsbedrift, Arbeid med bistand), og/eller erfaring fra HMS-arbeid, personalledelse mm. i det ordinære arbeidslivet

#### **4.5.3 Frisklivskompetanse**

Med dette menes kompetanse på aktivitet som fremmer helse og arbeidshelse, aktivitet som motvirker sykелighet og hjelpeløshet og setter fokus på deltakelse i det friske liv på tross av helseplager og funksjonshemming om nødvendig.

- idrettspedagogisk høyskoleutdanning
- ulike fagkombinasjoner fra Idrettshøyskolen eller idrettsfagkombinasjoner fra høyskole/universitet
- annen relevant høyskoleutdanning innen for eksempel friluftsliv, helsefremmende arbeid m.m

Det vil være relevant med fordypning i tilpasset opplæring (TO)/fysisk aktivitet og funksjonshemming (FAF) eller fysisk aktivitet og helse. Videreutdanning i rehabilitering eller lang yrkeserfaring med tilpasset aktivitet for ulike brukergrupper vil også være relevant.

#### **4.4.4. Ledelsenforankring**

Det er viktig at ledelsen sikrer organiseringen av virksomheten slik at den underbygger det som særpreger ARR tilbudet

## 5. Henvisning

### 5.1 Henvisningskriterier

Bestillingen fra henvisende instans skal være tydelig m.h.t. hvilket mål oppholdet har og hvilke forventninger bestiller har til oppholdet.

- brukerne skal være i yrkesaktiv alder, som på grunn av sykdom eller funksjonshemming står i fare for å falle ut av eller ikke komme inn i arbeidslivet
- arbeidslivsdeltakelse skal være et hovedtema, og fokus skal være på arbeidsevne og tilbakeføring til arbeidslivet
- tilnærmingen skal være et tiltak utover det som lokalt hjelpeapparat kan gi, og det skal foreligge dokumentasjon på at lokale tiltak har vært prøvd uten ønsket resultat (jfr oppfølgingsplan)

Ideelt sett burde de fleste pasientene først ha en tverrfaglig kartlegging på en ARR-poliklinikk (2. linjetjenesten) der arbeidslivdimensjonen i tillegg til diagnostisk avklaring dras inn i vurderingen av tilbakeføring til arbeidslivet før de henvises til institusjoner med døgn-opphold. Pr. i dag er det få slike tilbud i Norge. Det bør derfor vurderes hvorvidt pasienten vil kunne ha nytte av videre rehabilitering ved poliklinikken eller om pasienten bør henvises til dag/døgnbasert rehabiliteringstilbud (2. og 3 linje) eller lokal oppfølging.

Døgnopphold kan være aktuelt der man vurderer at en miljøforandring er av vesentlig betydning for den enkeltes rehabilitering og/eller der brukeren har mer kompliserte og tyngre helseplager hvor rehabiliteringen tilbake til arbeid tar tid og innebærer tiltak på flere nivåer av helsetjenester. Ved døgnopphold skal det skaffes til veie utvidet informasjon om arbeidsplassen; hva er gjort av tilrettelegging og hva kan evt gjøres.

- Bruker må ha realistiske muligheter til å få tilbake eller beholde arbeidsevnen, helt eller delvis

Viktig informasjon som skal være med i søknad/henvisning er:

- Diagnose/sykdom samt oppdaterte medisinske utredninger. En funksjonsvurdering fra fastlegen og en beskrivelse av muligheter og begrensninger på arbeidsplassen er nødvendige opplysninger når personen som henvises er i et arbeidsforhold
- Oppfølgingsplanen fra arbeidsgiver og deltaker med informasjon om hva som er gjort av tilrettelegging på arbeidsplassen og hva som evt kan gjøres skal foreligge (oppfølgingsplanen)
- Hvis søknaden/henvisningen gjelder døgnbasert opphold skal innsøkers mål med oppholdet beskrives
- Opplysninger om hvem (på arbeidsplass og evt. i NAV) som kan bistå i oppfølgingen under og etter oppholdet bør foreligge i søknaden og hva henvisende instans kan bidra med i oppfølgingen.

## 5.2 Om bruk av institusjonsbasert opphold

Ved bruk av institusjonsbasert opphold skal det opprettes direkte kontakt mellom institusjonen, bruker og arbeidsplass i forkant av vedtak om opphold. Der arbeidsforholdet er opphørt/ ikke eksisterer kobles NAV inn også i denne delen av prosessen.

Etter at brukeren har fått positivt svar på om tiltak tilbys, gjennomføres følgende rutiner:

- praktisk forhåndsinformasjon til bruker, melding til NAV og lege, eventuelt bedriftshelsetjeneste.
- når brukeren har et arbeidsforhold skal institusjonen ha vært i kontakt med arbeidsplassen i forkant av oppholdet
- Ved avslag: skriftlig svar med begrunnelse sendes iht rutiner som gjelder i de ulike helseforetakene, gjerne med forslag til alternative tiltak

## 6. Tilbud til brukerne

### 6.1 Brukermedvirkning

Tilbudet må legge til rette for individuell brukermedvirkning, som skal være systematisk beskrevet og begrunnet. Dette må forankres i ledelsen, slik at den interne organiseringen av arbeids og ansvarsordene oppfordrer til reell brukermedvirkning.

I begynnelsen av oppholdet skal brukeren i samarbeid med det tverrfaglige teamet utarbeide en plan for oppholdet hvor målene er tydeliggjort. Planen skal journalføres. Planen er et prosessdokument og må kunne endres underveis avhengig av brukerens behov.

Rehabiliteringen må være brukerens egen prosess, ikke fagfolkene. Fagfolkene skal bistå brukeren i hans/hennes prosess. Resultatet blir bedre når brukeren med sine ressurser, sin kompetanse og erfaring er med og påvirker en plan mot arbeidslivet. Brukeren skal være noe mer enn en tjenestemottaker. Brukeren må gis ansvar på egne premisser. Brukeren må gjøres i stand til å gjøre egne vurderinger og oppleve respekt for sine valg. Det er viktig å bidra til at brukeren får en økt aktørorientert selvforståelse og unngå tilnærminger som bidrar til å øke brukerens avhengighet gjennom å tilby hjelp de ikke trenger.

At brukernes stemme må være sterk i en rehabiliteringsprosess må balanseres mot samfunnets normer og krav. Mennesker med langvarig sykdom og funksjonshemming trenger å bli stilt krav og forventninger til av sine medmennesker, på lik linje med alle andre.

### 6.2 Virkemiddel og tiltak

#### *Tverrfaglig kartlegging/vurdering*

Dette må være en *kontinuerlig prosess* gjennom hele oppholdet med fokus på arbeidslivsdeltakelse. Innsatsen skal ha sitt utgangspunkt i en ICF-basert kartlegging av brukernes ressurser og hindringer i

forhold til arbeidsdeltakelse. Denne kartleggingen skal følges av en prioritert aktivitetsplan i de relevante dimensjonene i ICF, der mål og progresjon fastsettes sammen med brukerne. Prosessen er både *tverrfaglig og tverrsektoriell*. Aktivitetsplanen skal utarbeides med kunnskap og respekt for at brukerne gjennom sine prosesser befinner seg i ulike stadier, der det er nødvendig å tilpasse aktivitetsplanen etter dette. Særlig er dette viktig der personer har vært sykmeldt lenge. Innsatsen kan betegnes som en progressiv og målrettet prosess, som gjennom forløpet utvikler seg dynamisk, guidet av de tilbakemeldinger som løpende innkommer fra den sykmeldte, arbeidsplassen, NAV og øvrige aktører. Målsettingene kan således endre seg i takt med ny viten og erkjennelse i prosessen. Likevel må den overordnede målsetting være deltakelse i arbeidslivet, gjerne samme arbeidsplass hvis mulig. Institusjonen skal systematisk ha beskrevet hvordan det tverrfaglige/tverrsektorielle arbeidet utføres.

Tilbudet skal legge til rette for prosesser på institusjon eller på lokal arena som har til hensikt å bevisstgjøre og eventuelt bidra til endringer av tanke- og atferdsmønstre hos brukeren som muliggjør deltakelse i arbeidslivet. Aktivitetstilbudet bør ha en helsepedagogisk tilnærming og skal være beskrevet som metode i avdelingen/institusjonen med faglig begrunnelse i forhold til gjeldende kunnskap og nasjonale retningslinjer.

I institusjoner med dag/døgn tilbud skal det tverrfaglige teamet sammen med deltakeren utarbeide mål for oppholdet og dette målet skal journalføres. Teamet og deltaker skal også lage en plan for aktivitet under oppholdet som sannsynliggjør måloppnåelse. Dette arbeidet må ta utgangspunkt i allerede eksisterende planer for deltakeren, som for eksempel oppfølgingsplan fra arbeidsgiver eller aktivitetsplan som er utarbeidet i samarbeid med NAV.

#### *Medisinsk undersøkelse og tilnærming:*

Tilbudet skal inneholde grundig klinisk undersøkelse og vurdering av brukerens helsetilstand i et biopsykososialt perspektiv og med en fenomenologisk grunnlagsforståelse. Med biopsykososialt menes at det er både biologiske, psykiske og sosiale faktorer som bidrar til sykdom og funksjonshemning. Fenomenologisk forståelse innebærer at brukeren ses i sammenheng med sine opplevelser, erfaringer, dagligliv og arbeidssituasjon.

Både problemer og ressurser i alle ICF-dimensjonene skal vurderes. Dette innebærer at man benytter en strukturert klinisk metode, der diagnostiske verktøy, systematisk undersøkelse og diagnostisk avklaring inngår som innledning til- og en forutsetning for etterfølgende intervensjoner og aktivitetstilbud. Den kliniske undersøkelsen bør foregå slik at en får frem brukerens egen forståelse av og erfaringer med sine symptomer/plager (edukativ tilnærming). Det bør fokuseres på det som fungerer og dette må formidles til brukeren for å trygge og redusere engstelse og usikkerhet. Undersøkelsen bør bidra til økt forståelse av hva eventuelle funn betyr for brukeren, spesielt konsekvenser for funksjon, aktiviteter og deltakelse. Det bør være fokus på tiltak som kan bedre tilstanden, både ved å bidra til endring av brukerens egen forståelse av sykdommen og ved andre terapeutiske tiltak. Det er behandlerens oppgave å bidra til økt bevisstgjøring av sammenhenger mellom brukerens tanker, følelser, kroppsreaksjoner og livssituasjon. En viktig del av en slik edukativ undersøkelse er å etterspørre brukerens egen forståelse av mulige årsakssammenhenger til sykdomsutvikling og mulige tiltak som kan bedre forholdene. Tilbudet skal legge til rette for tilstrekkelig tid til denne type medisinsk undersøkelse og intervensjon. Man bør også i samarbeid med resten av rehabiliteringsteamet kunne gjenta eller videreføre dette ved behov da økt bevisstgjøring og forståelse vil innebære prosess- og erfaringslæring. Aktiviteter som kan være aktuelle er:



*Trening av kroppsfunksjoner med den hensikt å trene på:*

- å erfare seg selv kroppslig
- oppmerksom tilstedeværelse – tanker, følelser og kropp
- å normalisere biologiske forandringer og bevegelsesavvik/funksjonsavvik gjennom tilpasset dosering av funksjonelle øvelser og varierte fysiske aktiviteter

Dette for å bedre styrke, utholdenhet, bevegelighet, balanse, avspenning, koordinasjon og bevegelsesmønster spesielt relatert til målet om deltakelse i arbeidslivet og for å bidra til økt oppmerksomhet om sammenhenger mellom tanke, følelser og kroppslige reaksjoner. Dette kan også innebære å trene på ulike arbeidsteknikker eller arbeidsoppgaver. Hensikten er å trygge brukeren i forhold til bevegelse, aktivitet og arbeid og styrke brukerens kjennskap til og tiltro til egne erfaringer og egen evne til å ta valg.

Dersom funksjonsproblemer ikke lar seg overvinne med trening, kan kanskje funksjonstapet mestres gjennom *innlæring av alternative teknikker* (en annen måte å gjøre ting på), spesielt med fokus på å kunne delta i arbeidslivet.

Dersom funksjonshinderet ikke mestres gjennom trening og alternative teknikker, bør man se om *tekniske hjelpemidler* vil kunne fremme deltakelse i arbeidslivet. Da vil det bli aktuelt å trene på bruken av dem.

*Kognitiv trening* som for eksempel språklig trening, hukommelsestrening, planleggingsteknikker og lignendekan være viktig. Også her må det være trening i forhold til arbeidslivsdeltakelse.

*Målsettingsarbeid*

Målsettingsarbeid har til hensikt å bidra til økt bevisstgjøring av egne tanke og atferdsmønstre, egne verdier og mål og bidra til endringsprosesser. Målsettingsarbeid eller veiledning i hvordan nå egne mål vil ofte være mest hensiktsmessig å gjøre i grupper. Viktige læringsprosesser skjer ved å kjenne seg igjen i andre, fellesskap ved å "være i samme båt", deltakerne kan heie på hverandre og støtte og utfordre hverandre. Det er en forutsetning at fagpersonene har den nødvendige kompetanse i å lede veiledning i grupper og kan bidra til at deltakerne får økt tro på egen mestringsevne og egne ressurser.

*Psykososial trening*

Psykososial trening er for eksempel trening på å våge ting man ikke tør, eksponere seg, fungere i gruppe, også dette med fokus på arbeidslivsdeltakelse. I et mer utvidet perspektiv har aktivitetstilbudet betydning for brukernes lærings- og utviklingsprosesser, for eksempel gjennom oppmerksomhetsøvelser i ulike aktiviteter. Aktiviteten blir herved en del av arbeidet med å øke brukerens selvforståelse, forståelse av sine helseplager og sin livssituasjon og opplevelse av mestring. Dette legger til rette for at brukerne kan oppdage hva som skal til for å finne nye løsninger på viktige livsområder inkludert sin arbeidssituasjon. Aktiviteter skal vektlegge å fremme glede og mening for den enkelte, og derigjennom motivere for at de fortsetter med aktivitetene/treningen etter oppholdet.

*Tilrettelegging av aktivitet /arbeidsutprøving*

Aktiviteter og virkemidler i tilbudet skal være tilrettelagt for den enkelte brukers forutsetninger. Arbeidsutprøving kan i noen tilfelle være hensiktsmessig. Det kan være utfordrende for den enkelte institusjon/avd å tilrettelegge for reell arbeidsutprøving. Evaluering av dette har vist at arbeidsutprøvingen kan oppleves som nedverdiggende hvis oppgavene er for enkle (Agderforskning 2009). I hovedsak gjøres reell arbeidsutprøving best i samarbeid med egen arbeidsplass. Det er viktig å tilrettelegge arbeidsutprøvingen slik at sjansen for opplevelse av mestring er stor. All aktivitet skal ha til hensikt å være arbeidsforberedende.

For deltakere som har en arbeidsgiver skal det avholdes møter med arbeidsgiver i start og slutfase av et opphold der oppholdet er døgnbasert og på inntil 4 uker eller mer.

#### *Tilrettelegging av miljø*

En viktig del av et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud er samspillet med aktørene i brukerens omgivelser som kan bidra til arbeidsdeltakelse. Dette retter seg da særlig mot arbeidsplassen og NAV dersom bruker har et arbeidsforhold, eller mot NAV og tiltaksarrangører der det er aktuelt. Denne tilretteleggingen kan foregå ved kartlegging og rådgivning gjennom arbeidsplassbesøk, gjennom møter med brukerens omgivelser eller i telefondialog med brukerens omgivelser. Tilretteleggingen kan handle om å fjerne eller redusere fysiske, organisatoriske eller psykososiale hindringer for at brukeren kan delta i arbeidslivet. Den kan også handle om å bidra til å forebygge at brukeren faller ut av arbeidslivet. Arbeidet i forhold til omgivelsene må skje i nært samarbeid med brukeren selv og brukerens omgivelser. Noen ganger må det vurderes om brukerens pårørende kan trekkes inn i rehabiliteringsprosessen. Den må gjennomføres med varsomhet for å hindre uhensiktsmessige konsekvenser i miljøet rundt brukeren.

#### *Livsstils- og kostholdsveiledning*

Institusjonen/avdelingen må kunne gi livsstils- og kostholdsveiledning. Det er i dag mange og til dels faglig sprikende retninger innen kostholdsveiledning. Det kan være hensiktsmessig at institusjonen redegjør for ulike retninger, styrker og svakheter ved de ulike retningene slik at deltakerne i større grad kan ta et begrunnet valg.

### **6.2.1 Koordinering av virkemiddel og tiltak.**

Alt tverrfaglige arbeid i ARR virksomheten må koordineres slik at alle prosessene som bruker er involvert i integreres i hverandre og tar utgangspunkt i brukers ståsted. ARR virksomheten bør opprette en koordinator for å systematisere og samordne faggruppene arbeidsinnsats, og ha ansvaret for at bruker alltid involveres i prosessene. Denne koordinatoren bør også ivareta kommunikasjonen med arbeidsgiver, NAV og eventuelt andre eksterne aktører. Koordinatoren bør opprette denne kommunikasjonen i god tid før utskrivelse, slik at innspill fra eksterne aktører blir med i vurderingsgrunnlaget til ARR virksomheten.

### **6.3 Oppfølging**

Tilbudet må sikre brukerne gjennomførbare planer for tilbakeføring til arbeid som er *solid forankret* hos arbeidsgiver og/eller NAV. Prosesser mot eksterne aktører skal være beskrevet metodisk i avdelingen/institusjonen og være en integrert del av brukerens rehabiliteringsprosess. Det er ofte gjennom arbeidet med omgivelsene at brukerne gjenvinner den forutsigbarheten og kontrollen over egen situasjon som er så avgjørende viktig for livskvaliteten og arbeidsdeltakelse. Planer for

arbeidsdeltakelse bør ha størst mulig detaljnivå for å sikre trygghet hos brukerne. Det må også legges til rette for oppfølging av planen etter spesialisthelsetjenestens innsats for å sikre at den blir gjennomført og vedlikeholdt. Det må sikres at planen blir fulgt opp i praksis, med egne oppfølgere (koordinatorene) der det er behov for dette.

#### *Konkretisering av arbeidet med oppfølging*

Målet med oppfølgingsarbeidet i ARR enheten er å sikre at de forslag til tiltak som blir utarbeidet faktisk bidrar til at brukeren kan komme tilbake til arbeid, og at planen blir realisert.

Oppfølgingsforløpet skal skriftliggjøres i en handlingsplan. Planen skal:

- følge brukerforløpet
- utarbeides i samarbeid med brukeren
- være tidsbegrenset og starte med utskrivelsen fra ARR enheten. ARR enheten kommer med innspill til en aktivitetsplan, NAV har den juridiske forpliktelsen til å lage planen.
- fungere som en handlingsplan som distribueres til alle samarbeidspartnerne som inngår i forløpet
- være en del av rapport til NAV

ARR avdelingen/institusjon (gjelder dag og døgn opphold) er ansvarlig for:

- å forankre videre oppfølging hos aktuell samarbeidspartner ved hjelp av et forankringsmøte. For personer med et arbeidsforhold vil dette være arbeidsgiver, mens for personer uten arbeidsforhold vil dette hovedsakelig være NAV.
- å oppnevne en tidsbegrenset (innenfor 3 mnd) oppfølger (koordinator)
- å lage en handlingsplan og sende denne ut til alle samarbeidspartnere. Handlingsplanen skal synliggjøre omfang og kontaktpunkt for neste tiltak som støtter opp under målet om å beholde eller skaffe inntektsgivende arbeid. Handlingsplanen utarbeides i samarbeid med deltakeren.
- å gjennomføre oppfølgingsmøte(r) etter behov i løpet av en seks måneders periode etter avsluttet opphold. Tidspunktet og omfang for oppfølgingen skal tilpasses deltakerens behov. For personer med arbeidsforhold skal minimum et av disse møtene være med arbeidsgiver tilstede. Målet med oppfølgingen er å avdekke eventuelle behov for justering av handlingsplanen så tidlig som mulig.

## 7. Kommunikasjon og rapportering

Det utarbeides en epikrise til fastlegen, henvisende lege og eventuelt BHT, samt rapport til NAV og arbeidsgiver for hver bruker. Brukeren er involvert i prosessen og utsending av epikrise og rapport skjer innen én uke etter utskrivelsen.

### 7.1 Utforming av tverrfaglig epikrise

Epikrise er en sammenfatning av journalopplysninger. Det er et dokument til fastlege og/eller samarbeidende helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi videre forsvarlig helsehjelp. Dette er regulert i Forskrift om pasientjournal § 9. Her kan man gå ut fra at nødvendige opplysninger kan deles med fastlege/oppfølgende helsepersonell, med mindre brukeren motsetter seg det.

Nedenstående kriterier for "den gode epikrise" skal institusjonen tilfredsstillende med høy faglig kvalitet.

Epikrisen skal inneholde identifikasjon av rehabiliteringssenteret, av utskrivende brukeransvarlig lege, av fastlege, samt eventuelle andre parter som skal ha kopi av epikrisen. Den skal inneholde tidspunkt for ankomst til opphold, utskrivningsdato og personalia. Epikrisen er et tverrfaglig produkt som legen er ansvarlig for. Innholdet i epikrisen skal gjennomgå med bruker før utskrivning.

Relevante opplysninger om familie og sosiale forhold skal beskrives. Epikrisen skal gi relevant informasjon om brukers utdanning, eventuelle lærevansker, tidligere og nåværende arbeidsforhold der det er relevant. Fysiske og psykiske krav i jobben, trivsel og eventuelle tiltak som er gjort i arbeidssituasjonen bør fremkomme. God informasjon om brukers trygde- og stønadshistorie, eventuelle tiltak gjennom bedriftshelsetjeneste, og NAV-/IA-konsulenter er nødvendig for å begrunne en handlingsplan etter oppholdet.

Epikrisen skal inneholde strukturert informasjon om behandlingsdiagnose, hoved og eventuelle bidiagnoser (ICD10), samt legemidler. Epikrisen skal inneholde opplysninger om aktuell sykehistorie og tidligere sykdommer av betydning for sykdomsutviklingen og nåværende situasjon. Brukers opplysninger om utvikling av tilstanden og opplevelse av tilstanden og opplevde konsekvenser, samt tidligere behandlingsforsøk og effekt av disse, skal beskrives i den grad det er relevant. Brukers aktuelle problemstilling, forventning til- og mål med oppholdet bør fremkomme. Funn og resultater på bakgrunn av inkomstsamtaler, undersøkelser og observasjoner samles i en inkomstsvurdering.

Epikrisen skal beskrive:

- det helsepedagogiske opplegget og aktivitetene bruker har deltatt i
- brukers opplevelser og erfaring og måloppnåelse med oppholdet
- en vurdering av funksjonsevnen, særlig relatert til arbeid. Funksjonsvurderingen knyttes spesielt opp til miljøfaktorene hjemme og på jobb, og mot reelle muligheter for arbeidsdeltagelse
- en handlingsplan mot arbeidslivet som skal begrunnes funksjonelt, utdanningsmessig og være innenfor relevant regelverk (se p 4.2 ang handlingsplan). Det bør spesifiseres hva arbeidsgiver og/eller NAV bør/kan ta ansvar for og hva den enkelte arbeidstaker kan gjøre. Dette må avklares med bruker, og alle impliserte parter under brukers opphold i ARR institusjonen.

Det skal ikke under noen omstendighet forskutteres ytelser fra NAV i epikrisen. Det skal gjøres rede for hvilke krav brukeren evt har fremmet. Planen skal være forankret lokalt hos en ansvarlig person på arbeidsplassen eller i NAV. Der skal det fremkomme hvem som skal følge opp bruker videre og når, og avtalte oppfølgingsmøter beskrives og dateres. Hvis man ikke lykkes i å oppnevne ekstern koordinator før bruker avslutter opphold i ARR institusjonen, beholder ARR institusjonen koordinatoransvaret inntil ny ekstern er oppnevnt. I de tilfeller der den sykemeldte er tilbake i arbeid skal det i rapporten stå noe om eventuelle bistandsbehov som anses som nødvendig for at bruker forblir i arbeid, for eksempel tilrettelegging, behov for oppfølging, hjelpemidler, osv. For sykemeldte som er i delvis arbeid, skal det i rapporten omtales hva som anses som nødvendig for at bruker kan øke sin deltakelse i arbeidslivet. For sykemeldte som ikke kan gå direkte tilbake til arbeid må rapporten inneholde en redegjørelse for eventuell behov for bistand knyttet til til helse og arbeid. Oppfølgingsplan/tiltaksplan for brukeren skal være konkret og forankret lokalt.

For brukere med for lav arbeidsevne til å vende tilbake til et ordinært arbeidsliv skal grunnlaget for denne konklusjonen komme tydelig frem i epikrisen. Det skal i denne sammenheng dokumenteres at konklusjon også bygger på hva bruker har gjennomført av behandlings- og tilretteleggingstiltak i hele sin ARR prosess, også før han/hun kom til ARR enheten. Det skal også dokumenteres hvorfor det er *åpenbart uhensiktsmessig* å sette i verk ytterligere tiltak for å få bruker tilbake i arbeidslivet. For brukere med arbeidsevne som tilsier en reduksjon av arbeidsaktivitet gjelder samme retningslinjer mht dokumentasjon. Vurderinger som konkluderer med at restarbeidsevnen er for lav til å vende tilbake til et arbeidsliv skal gis med stor varsomhet og ydmykhet av den grunn at slike vurderinger har store konsekvenser for den enkelte bruker. Slike vurderinger er også komplekse og krever samarbeid med flere aktører i brukerens lokalmiljø som kjenner brukerens situasjon over flere år.

Punktvis oppsett (oppsummering) av innholdet i epikrise:

Identifikasjon:

- NAV på institusjonen
- personalia
- tidspunkt for ankomst og avreise

Diagnoser:

- behandlingsdiagnose
- hoveddiagnose
- bidiagnoser

Grunnlag for inntaksvurderingen:

- nåværende arbeidssituasjon
- tidligere og aktuell sykehistorie
- familie/ sosialt
- utdanning, eventuelle lærevansker
- yrkesanamnese
- trygde-/stønadshistorie
- tiltak som er gjort angående arbeidslivsdeltakelse
- inntakstfunn og inntaksvurdering

### Intervensjon:

- helsepedagogisk tilnærming
- aktiviteter

### Funksjonsvurdering/ handlingsplan

- subjektive vurderinger (brukerens egne opplevelser av funksjonsevne)
- fagteamets vurderinger (våre funn, vurderinger av funksjon med utgangspunkt i ICF, mestrings)
- handlingsplan (fokus på arbeidslivsdeltagelse, hva, hvem, når, hvor), NAVn på oppfølger og oppfølgers ansvar (se under punkt 4.2)
- epikrise sendt til....
- kopi til.....

## **7.2 Utforming av rapport til NAV**

De institusjonene som har avtale med NAV lager en rapport til NAV etter gitte retningslinjer. Institusjoner som kun har avtale med helseforetak sender en rapport til NAV når de er involvert i handlingsplanen. En rapport til NAV forstås som en erklæring eller attest, og fagpersonen har da rollen som sakkyndig i utformingen av denne. I spesialisthelsetjenesten kreves det et informert samtykke (muntlig like godt som skriftlig) for at opplysninger om bruker kan sendes til NAV. Samtykket skal journalføres. Dette innebærer blant annet at teammedlemmenes rolle både som behandlere og som sakkyndige skal klargjøres før oppholdet.

Epikrisen skal vanligvis ikke sendes til NAV. NAV har utviklet egne retningslinjer for arbeidsevne/ sluttrapport (se nedenfor). Den skal inneholde vurderinger av muligheter for å være i eller komme tilbake til arbeid. NAV trenger noen ganger mer omfattende helseopplysninger og vil da selv innhente disse fra fastlegen.

Rapporten fra ARR enheten skal oversendes NAV innen en uke etter at oppholdet er avsluttet. Innholdet i rapporten skal være kommunisert til NAV saksbehandler av koordinator i ARR enheten før bruker avslutter sitt opphold, for å sikre sømløs overgang mellom oppholdet i ARR institusjonen og den påfølgende ARR prosess. Dette sikrer også at viktige innspill fra NAV kommer med i rapporten. Brukeren skal ha kopi av rapporten. Innholdet i rapporten skal være avklart med den sykemeldte, det skal eventuelt opplyses om punkter der ARR enheten og den sykemeldte ikke er omforent. Det vises til NAV's rapporteringsmal.

### **7.2.1 Konkret innhold i forslag til handlingsplan**

1. Mål med oppfølgingen  
I ARR vil dette være økt deltakelse i arbeidslivet, men delmål for å oppnå dette bør beskrives der det er hensiktsmessig
2. Hvem som deltar i oppfølgingen med beskrivelse av ansvarsområde(r)  
Dette innebærer hvem som er ansvarlig for oppfølgingen i ARR enheten og hvem som er ansvarlig etter oppholdet. ARR enhetens oppfølgingsansvar er tidsbegrenset og bør være oppgitt i handlingsplanen

3. Når samarbeidsinstansene skal kobles inn  
Alle samarbeidspartnere skal være koblet inn i saken før bruker skrives ut
4. Hva oppfølgingsansvaret innebærer  
Alle samarbeidspartnere skal arbeide mot ett felles mål som bli beskrevet i pkt 1, det vil si at valg av tiltak skal begrunnes i hvordan dette vil bidra til at bruker når sitt mål med økt deltakelse i arbeidslivet
5. Hvordan man sikrer at handlingsplanen følges, eventuelle avvik/endringer i planen skal begrunnes  
Det tverrfaglige teamet har ansvaret for at det blir iverksatt tilbakemeldingsrutiner, samt sørger for at de(n) oppfølgingsansvarlige blir informert ved avvik/endringer i planen

### 7.3 Utforming av rapport til arbeidsgiver

Rapport til arbeidsgiver forstås som en erklæring/attest og fagpersonens rolle i utformingen av rapporten er som sakkyndig. Det kreves informert samtykke for å sende slik rapport til arbeidsgiver. Fagrådet mener dette samtykket bør være skriftlig og skal journalføres.

Rapport som sendes arbeidsgiver er basert på konklusjonene i epikrisen og rapporten til NAV og skal inneholde den forankrede handlingsplanen mot arbeidslivet. Teamet skal gjennomgå innholdet i rapporten med bruker før utskrivning. Rapporten til arbeidsgiver skal ikke inneholde informasjon om diagnose eller andre medisinske forhold. I de tilfeller der den sykemeldte er tilbake i arbeid sier rapporten noe om eventuelle bistandsbehov (men uten å forskuttere ytelser og tjenester fra NAV) som anses som nødvendige for at bruker forblir i arbeid, for eksempel tilrettelegging, behov for oppfølging og hjelpemidler. For sykemeldte som er i delvis arbeid, omtales det i rapporten hva som anses som nødvendig for at bruker kan øke sin deltakelse i arbeidslivet. For sykemeldte som ikke kan gå direkte tilbake til arbeid inneholder rapporten en redegjørelse for eventuell behov for bistand knyttet til helse og arbeid. Rapporten spesifiserer de avtaler som er gjort for hva arbeidsgiver tar ansvar for og hva den enkelte arbeidstaker vil gjøre. NAVn og ansvarsområdet til den som følger opp saken skal opplyses. Rapporten skal kvalitetssikres og godkjennes av brukeren før den sendes til arbeidsgiver.

## 8. Evaluering

Målet med evaluering av oppholdet ved en ARR avdeling er først og fremst å måle hvilken effekt oppholdet har hatt på brukernes prosess tilbake til arbeidslivet. Resultatene av evalueringsprosessene skal presenteres i en oversiktlig oppsummering, og brukes i det kontinuerlige arbeidet i ARR enheten med å forbedre og videreutvikle tilbudet og forbedre de ulike elementene av tilbudet.

Evalueringen er basert på brukernes utfylling av et ARR-spørreskjema ved ankomst til institusjonen, fagpersonellens registrering ved avreise og oppfølgings skjemaer som blir sendt til brukerne 3 og 12 måneder etter opphold (eller andre angitte tidspunkt). I tillegg til utfylling av demografiske data og annen relevant bakgrunnsinformasjon angis blant annet arbeids- og stønadssituasjon ved de ulike tidspunktene. Registrering av de samme opplysningene både ved oppstart av opphold, og ved de senere angitte tidspunktene, gir grunnlag for dokumentasjon av endring i arbeids- og stønadssituasjon. Sammen med tilbakemeldinger fra bruker med hensyn på deres oppfatninger av hva som har bidratt til at de har kommet tilbake i jobb, eller hva som har hvert til hinder for dette, gir endringsmålene en indikator på om intervensjonen har hatt en effekt eller ikke, selv om det ikke avdekkes en årsakssammenheng.

### Brukerevaluering

Det utarbeidet et ARR – skjema som brukerne fyller ut ved ankomst og ved oppfølging etter opphold. ARR enheten eller avdelingen anbefales i tillegg å benytte brukertilfredshetsundersøkelsen fra Kunnskapsenteret. Resultatene av brukerevalueringen skal presenteres i en oversiktlig oppsummering, og kan brukes i det kontinuerlige arbeidet i ARR enheten med å forbedre og videreutvikle tilbudet.

### ARR - registrering

Et ARR-tilbud skal legge et grunnlag for systematisk evaluering og utvikling i egen virksomhet gjennom innsamling av basisdata av betydning for målet med tilbudet. Basisdata registreres ved ankomst, og danner sammen med innholdet i handlingsplanen, som lages under oppholdet, grunnlaget for evalueringsprosessene etter avsluttet opphold. Det er i regi av Kompetansesenteret utarbeidet et skjema for registrering av nødvendige basisdata ved innkomst i ARR enheten (ARR skjema).

### Evaluering etter avsluttet opphold.

Det overordnede hovedeffekt målet i ARR avdelinger, uavhengig av målgruppe, er arbeidslivsdeltagelse. Med dette som utgangspunkt bør øvrige effekt mål velges ut for å avdekke mulige suksesskriterier ved måloppnåelse, og eventuelt hvilke årsakssammenhenger som ligger til grunn når måloppnåelse ikke skjer.

Effekt målene vil variere med utgangspunkt i de ulike ARR enhetens målgruppe for det tilbudet de gir og for sammensetning av brukere ved institusjonen. Lengde på sykmelding før opphold, om brukerne har et arbeidsforhold eller ikke og hvor sammensatt problemstillingen til brukerne er, er også



faktorer som kan bidra til utfallet. Således trenger ikke brukernes ARR prosess å være avsluttet på det tidspunkt ARR enheten foretar sin evaluering. Det er derfor viktig å evaluere milepæler i handlingsplanen som ble laget under oppholdet i ARR enheten. Eksempler på slike milepæler er: søknadsprosesser på ytelser og tiltak i NAV, arbeidsutprøving i regi av NAV/ arbeidsgiver, arbeidstrening i kombinasjon med fortsatt medisinsk oppfølging, gjennomføring av opplæring/kurs/ utdanningsopplegg, m.m.

Fordi brukernes utgangspunkt ofte er svært ulike, vil også de ulike ARR enhetenes tilbud være forskjellig. Derfor kan slike evalueringsrunder vise seg å være dårlig til å sammenligne effekten av de ulike ARR enhetenes tilbud.

Det er også behov for å foreta evalueringsrunder 3 og 12 måneder etter avsluttet opphold i en ARR avdeling for å se på endringer som skjer i etterkant av ARR-oppholdet. ARR enhetene bør foreta en vurdering om den ønsker å foreta flere evalueringer i tillegg til disse to.

Evaluering etter avsluttet opphold bør i størst mulig grad basere seg på selvrapportering. Dette gir en god oversikt over brukernes egen beskrivelse av egen arbeidsdeltagelse og opplevelse av samhandling, som er et nødvendig grunnlag for kvalitetssikring og videreutvikling av ARR enhetens tilbud. En slik rapportering kan alternativt gjennomføres over telefon.

## 9. Utvikling av kvalitetsindikatorer for ARR-fagfeltet

Arbidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har behov for dokumentasjon av kvalitet for tjenesten. Vi mangler systematisk informasjon på overordnet nivå om hva slags behandling brukeren har fått, hvilken kvalitet disse tjenestene har og hvilke resultater man oppnår.

Et overordnet mål for kvalitetsmåling må være at resultatene kan brukes til forbedring. For å oppnå god effekt av kvalitetsforbedringsarbeidet trengs et system der resultatene blir evaluert og sammenlignet over tid i den enkelte institusjon, mellom institusjonene, regioner og land. Resultatene må være slik at man kan måle prestasjonene opp mot hverandre, komme frem til hva som særpreger de ulike tilbudene som presterer best og deretter forsøke å lære av de beste.

Det er vanlig å benytte kvalitetsindikatorer innen struktur, prosess og resultat. *Strukturindikatorer* beskriver tjenestens rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelig utstyr, teknologi og fasiliteter. *Prosessindikatorer* beskriver konkrete aktiviteter i brukerforløpet. *Prosessindikatorer* uttrykker om brukeren har mottatt de ytelser som de bør, i følge faglige retningslinjer. *Resultatindikatorer* beskriver hvorvidt brukeren har nådd målet om arbeidsdeltakelse, herunder deltakelse i utdanning. Hvorvidt målet om arbeidsdeltakelse nås er avhengig av ulike instanser utenfor helsetjenesten bl.a arbeidsmarkedet. Det kan derfor være hensiktsmessig å lage indikatorer om endring av arbeidsevnen. Noen ganger kreves det koordinert samhandling mellom ulike instanser for å bidra til at brukere kommer i eller tilbake til arbeid (f. eks mellom helsetjenesten, arbeidsplassen og NAV oa.) Det kan derfor også være nødvendig å lage indikatorer for samhandling. Det må avklares hvor ofte det er behov for denne koordinerte samhandlingen og hvor mange som får det, både i den gruppen hvor det er antatt som nødvendig fra institusjonens side og i den gruppen hvor institusjonen ikke har oppgitt et slikt behov. Det er viktig at utviklingen av et sett med kvalitetsindikatorer ses under ett slik at ikke vektlegging av enkelte indikatorer kan få uheldige virkning på tjensten totalt.

Hensikten med indikatorene er å synliggjøre mulig effekt av intervensjonen som gis, gi styringssignaler i forhold til ønsket innhold i intervensjonen og bidra til økt kunnskap om hva som kan føre til at brukere kommer tilbake til arbeid.

Indikatorene bør utarbeides i samarbeid med RHF`ene, Helsedirektoratet/fagmyndigheter og representanter fra klinisk virksomhet både i 2. og 3. linjen. Datagrunnlaget som indikatorene skal baseres på skal være tilgjengelig gjennom ordinær registrering i NPR/HRRP og ARR-registreringer foretatt på den enkelte institusjon.

Det er helsedirektoratet som har et overordnet ansvar for videreutviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet er ansvarlig for at det finnes tilstrekkelig informasjon for å kunne følge med på og styre helsetjenesten og gi pasienter og brukere relevant informasjon om tjenestekvalitet. Beslutninger om nye indikatorer fattes derfor i Helsedirektoratet.

## Litteraturliste

Franche, R. L. & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J.Occup.Rehabil.*, 12, 233-256.

Haugli, L., Maeland, S., & Magnussen, L. H. (2011). What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation. *J.Occup.Rehabil.*

Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2005a). A developmental conceptualization of return to work. *J.Occup.Rehabil.*, 15, 557-568.

Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & van Poppel, M. N. (2005b). Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *J.Occup.Rehabil.*, 15, 543-556.