

Vedlegg 2 – Utfordringer og grupperapporter

Her følger oversikt over alle utfordringsgruppene på Åpen Arena -2014. Det gis oversikt over gruppenavn, deltakere og beskrivelse av utfordring. Gruppenes utfordring blir etterfulgt av rapport over gruppas arbeid på årets arena.

Gruppe 1

Deltakere

Søren Brage (Arbeids og velferdsdirektoratet)

Björg Inger Flatland (Rehabiliteringssenteret AiR)

Sissel Heier Husstøyl (NAV Telemark)

Thomas Johansen (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering)

Ása Dóra Kónradsdóttir (VIRK)

Borghild Midttun (Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS)

Hilde Rinden (NAV Telemark)

Sven Conradi (Sunnaas Sykehus)

Gruppe 2

Overganger - en felles faglig forankring i språk og metode i arbeid med rehabilitering

Deltakere

Hege Norøym (Fønix)

Malin Finsrud (Beitostølen Helsesportsenter)

Monica Øren (NAV Arbeidslivssenter)

Tove Aksnes (Arken Verdal kommune)

Randi Molde (Arken Verdal kommune)

Tove Linnea Brandvik (Uloba)

Tomas Lund (AiR)

Beskrivelse av problemet

Etterlyser felles faglige kriterier/begrep i arbeid med overganger i yrkesretta rehabiliteringsforløp.

Resultat fra gruppas arbeid

Vi har kommet frem til en ny arbeidsprosess, hvor vi har enkelte konkrete forslag til tiltak og muligheter. Vi har bl. a. blitt mer bevisst at Arbeidsfeltet og Helsefeltet ikke bruker samme språk, bl.a. at NAV har ingen definisjon på helse og at man snakker om "rehabilitering" i NAV som et av tiltakene. Vi opplevde også at flere på Åpen Arena har samme utfordringer.

Konkretisering av resultatet

- ☐ Ta kontakt med lederen av Stortingets sosialkomite v/fylkesturne i N.Trøndelag.
- ☐ Arbeide for en felles mal for yrkesrelaterte rehabiliteringsplan.
- ☐ Utforske når vi bruker IP og når vi bruker NAVs aktivitetsplan
- ☐ Ta kontakt med hjelpemiddelsentralen i S.Trøndelag for å få en oversikt over deres prosjekt vedrørende overganger.
- ☐ Å ta opp ICF på et frokostmøte. Gruppe for felles rehabiliteringsplan
- ☐ Ta kontakt med: Robert Eriksson, NAV Farve, NAV Arbeidslivssenteret, NAV Tiltaksavdeling, lokale politikere, kommunale fagorganisasjoner
- ☐ Dette arbeidet skaper verdi for deltakerne i NAV, helsevesenet i Verdal kommune, NAV Verdal, samfunnsøkonomi

Vi ser at konkrete muligheter kan være økt overføring av informasjon og kunnskap, økt tverrfaglig/-sektorielt, utvikle felles forståelse og språk, økt bevissthet om å stille krav, økt

innsikt gjennom rapport om Jobbstrategien (feb. 2014), videreutvikling og bruk av Tilretteleggingsgarantien (NAV), jobbe for flere koordinatore i NAV.

De hindringen vi ser er manglende tid, struktur, system og plassering av ansvar.

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt)

- ☐ Øke hjelp hos kommunens kommunikasjonsrådgiver for å lage en kommunikasjonsplan.
- ☐ Mer struktur på samhandling med NAV

Kommentarer fra gruppa

Verdal kommune har ansatt to jobbtillretteleggere i faste stillinger, som jobber med å bistå i overganger, oppfølging, knekke koder i samhandling med Nav, veiledning, breddekompetanse på tilrettelegging. Deltar i prosjektet "Rætt på".

Gruppe 3

Samhandling mellom NAV og Helse for å få flere (unge) med nedsatt funksjonsevne i arbeid

Deltakere

Kristina Andersson (Idrettens Helsesenter)

Heidi Arset (Idrettens Helsesenter)

Arnfinn Bjørshol (NAV Arbeidslivssenter Akershus)

Jostein Fredriksen (NAV Arbeidslivssenter Akershus)

Silje Joteig (NAV Arbeidslivssenter Akershus)

Tone Killingmo (Helsedirektoratet)

Tommy Rovelstad (Telenor Open Mind)

Vibeke C. Hammer (Ansvarlig Helse)

Beskriv problemet

Manglende samhandling mellom nav og helse opp mot arbeidslivet. Mangler den røde tråden i oppfølgingen fra de ulike enhetene, for å få de med nedsatt funksjonsevne ut i arbeid.

Mål

Ønsker å finne mulighet for å jobbe sammen og samtidig, slik at individ og arbeidsgiver får en helhetlig og koordinert oppfølging/bistand.

Resultat (fra gruppas arbeid)

- ☐ Etablere et prøveprosjekt med en helseaktør, NAV-veileder, Arbeidslivssenter, Arbeidsgiver og en lokal koordinerende enhet hvor man jobber sammen for å hjelpe personer med nedsatt funksjonsevne (fysisk og psykisk helse) inn i arbeidslivet
- ☐ Forståelse av alle virkemidlene som de ulike enhetene har å spille på
- ☐ Bruke individuell plan (og Tilretteleggingsgaranti) som et verktøy for å sikre koordinerte tjenester
- ☐ Fokus på samlet bistand med person og dens arbeidsgiver i sentrum. Ser fordel av en jobbcoach ansatt i bedrift for å drive oppfølgingen i bedrift. I små bedrifter vil en ekstern jobbcoach fra NAV være mer hensiktsmessig.

Se forøvrig plakat med modell for samhandling.

Konkretisering av resultatet

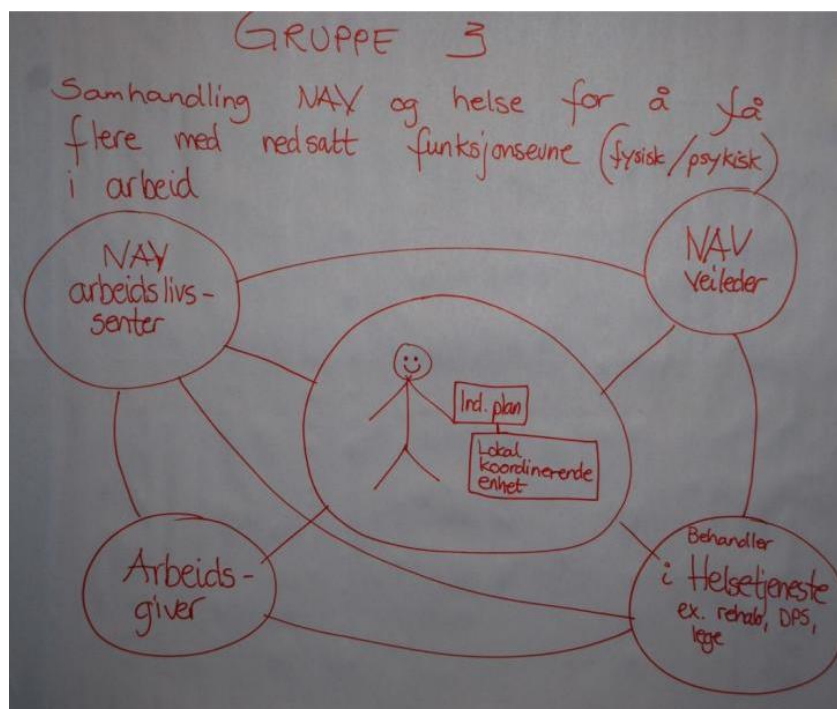
- ☐ Type resultat: Er det en ny arbeidsprosess, et produkt, en tjeneste, en løsning, et innspill, annet? Spesifiser: Innspill til ny arbeidsprosjekt/prøveprosjekt

- Hva er det innovative? Mer tilpasning til individet, og samtidigheten i bistanden/oppfølging. Mer fleksibilitet ift rollene vi er i, og erkjenne at vi må jobbe samtidig med andre enheter for å lykkes med vårt mål. Legge bort grenseoppgangene mellom roller/oppgaver, og være fleksible utifra hva som er behovet til individ/arbeidsgiver. Bedre resultater med de ressursene vi har i dag.
- Hva har gruppa identifisert av muligheter/hinder? Muligheter: kjennskap til tiltakene/virkemidlene og de verktøyene de ulike enhetene har. Hinder: økonomi/ressurser. Tid til å være fleksibel og drive god oppfølging over tid. Mulig risiko er at ikke alle aktørene vil være med.
- Hvilke interessenter bør involveres? Behandler innen helse, NAV-kontor, arbeidsgivere, Arbeidslivssenter, koordinerende enhet. Rehabiliteringsinstitusjon og hjelpemiddelsentralen kan også involveres der det er hensiktsmessig.
- For hvem skaper resultatet verdi? Alle involverte, spesielt for den det gjelder og arbeidsgiver.

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt):

- Deltakerne holder kontakten og oppdaterer hverandre på fremdrift.
- NAV Arbeidslivssenter Akershus tar alle innspill med seg tilbake og vil igangsette et prosjekt i tråd med dette arbeidet i nær fremtid
- Idrettens Helsesenter tar NAV Arbeidslivssenter Oslo og NAV Arbeidslivssenter Akershus for videre samarbeid

Kommentarer fra gruppa:



Gruppe 4

Hva skal til for å skape system/rammer som integrerer både arbeid og helse i arbeidsrettet rehabilitering?

Deltakere

Monica Eftedal (NK ARR)

Håvard Haakonsen (NAV)

Håkon Lund (Helsedirektoratet)

Ingeborg Nordlund (Oppfølgingsenheten Frisk)

Jan Erik Brenna (Oppfølgingsenheten Frisk)

Ann Kristin E. Lund (Oppfølgingsenheten Frisk)

Andre Holen (Oppfølgingsenheten Frisk)

Beskrivelse av problemet

Arbeidsrettet rehabilitering leveres i dag på vegne av NAV og RHF'ene. Fokuset og innholdet i tjenesten avhenger i stor grad av hvordan tjenestene er definert fra bestiller/oppdragsgiver (NAV og Helse Dir.). Tradisjonelt etterspør oppdragsgiverne det samme som de alltid har gjort; NAV etterspør arbeid og arbeidskompetanse og RHF'ene etterspør helsekompetanse.

Gruppen valgte å se på konkrete faktorer som integrerer helse- og arbeidsaksen i arbeidsrettet rehabilitering.

Resultat (fra gruppas arbeid)

- ☐ Det bør etableres et felles mål for arbeidsrettet rehabilitering (NAV og Helse Dir.)
- ☐ Tydelig definiering av kvalitetsindikatorer og effektmål
- ☐ Etablere et sekretariat under NAV AV.dir og Helse dir for samordning av tjenesten

Konkretisering av resultatet

- ☐ Samordning av tjenesten må gjøres på systemnivå - NAV/Helse Dir.
- ☐ Muligheter; det bør være vide nok rammer i krav.spes. til at den som gjennomfører tjenesten selv integrerer arbeid og helse tilpasset pasientens/brukers behov.
- ☐ I større grad tenke "sømløshet" i leveransen, dvs. gjennom god kartlegging av individuelle behov.

Gruppe 5

***Å få alle aktørene til å jobbe samtidig
(slik at det ikke blir "huller" når stafettpinnen overleveres)***

Deltakere

Caroline Torskog (Sykehuset Telemark)

Line Fornebo (Sykehuset Telemark)

Kjetil Flaatten (Sykehuset Telemark)

Gro E. Aasland (Sykehuset Telemark)

Henning Weider (Frisk Bris, Bamble kommune)

Vegard Høgli (Skien kommune)

Hege Holmern (Sykehuset Telemark/Grenlandskommunene)

Turid Bolstad (NAV Arbeidslivssenter Telemark)

Astrid Kvaal (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering)

Beskriv problemet

Grappa, som er sammensatt på initiativ fra Arbeidsrettet poliklinikk ved Sykehuset Telemark, hadde denne utfordringen som utgangspunkt: *Hvordan skape linking mellom spesialisthelsetjenesten og de lokale aktørene?* Bakgrunnen var Arbeidsrettet poliklinikks erfaringer med at det ofte er utfordrende å finne lokale/kommunale tilbud som kan overta "stafettpinnen" etter at 3 måneders oppfølging ved poliklinikken er avsluttet.

Utfordringen ble omformet til dette ønskede resultatet: *At alle aktørene jobber samtidig (slik at det ikke blir "huller" når stafettpinnen overleveres)*

Resultat (fra gruppas arbeid)

I løpet av prosessen endret fokuset seg fra å etterlyse hvem som kan overta en stafettpinne til å bli mer opptatt av hvordan å styrke Arbeidsrettet poliklinikks egen koordinerende funksjon. Bevisstheten om å bidra til styrke individet (aktørfokus) og unngå å opprettholde et "hjelpesyndrom" ble også et viktig tema.

Konkretisering av resultatet

- ☐ Type resultat: Er det en ny arbeidsprosess, et produkt, en tjeneste, en løsning, et innspill, annet? Spesifiser:
- ☐ Hva er det innovative?
- ☐ Hva har gruppa identifisert av muligheter/hinder?
- ☐ Hvilke interessenter bør involveres?
- ☐ For hvem skaper resultatet verdi?

Bli mer kreative i valg av samarbeidspartnere, f.eks frisklivssentralene, samhandlingskoordinatorer, IA-rådgivere. Viktigheten av å utrede både sykdomsstatus og den enkeltes ressurser. Etterspørre pasientenes opplevelse av tilbudet. Behovet for å utvikle felles metodisk grunnlag internt ved poliklinikken, der også de samtidige rollene som ekspert og veileder også klargjøres.

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt)

- Arbeidsrettet poliklinikk tar initiativ til at gruppa møtest igjen om et par uker for å oppsummere resultatene og diskutere nye muligheter for samhandling.
- Arbeidsrettet poliklinikk inviteres til møte med "Arbeidsgruppe for samhandling" 3.2. (kontaktperson Hege Holmern)
- Samhandlingskoordinatoren i Grenlandskommunene gir Arbeidsrettet poliklinikk en samlet oversikt over frisklivssentraler og koordinerende enheter i hele Telemark.
- Arbeidsrettet poliklinikk etablerer/gjenoppretter intern møtestruktur og klargjør team- og fagroller.
- Jevnlig internundervisning innføres i samarbeid med andre poliklinikker ved STHF, der både interne og eksterne har innlegg.
- Mulighet for veiledning fra Arbeidslivssenteret undersøkes.

Kommentarer fra gruppa

Trust your good wine. You can always be better – that's training for years.

Å skynde seg langsomt



Gruppe 15

Funksjons-/arbeidsevnevurdering erstatter diagnose ved sykmelding: aktører, konsekvenser og gjennomføring

Deltakere

Hans Magnus Solli, (SiV)

Liv Haugli (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering)

Irene Øyeflaten (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering)

Kjersti Widding (Sørlandets Rehabiliteringssenter)

May Cecilie Lossius (Helsedirektoratet)

Agnieszka Gregajtys-Dworak (Vikersund Kurbad)

Jan Haug, fysioterapeut (Oppfølgingsenheten Frisk)

Britta Rasmussen (Hokksund Rehabiliteringssenter)

Problembeskrivelse

Kart og terreng stemmer ikke overens: diagnoser sier lite om arbeidsevne, diagnoser sykdomsforklarer livsproblemer og den funksjonsnedsettelse som kreves i folketrygdloven § 8-4 lar seg ikke påvise medisinskfaglig i en stor andel av sykmeldinger. Problemet oppleves av arbeidsgivere, i helsetjenesten, av enkeltpasienter og har stor betydning i samfunnet.

Funksjons-/arbeidsevnevurdering gir et riktigere/mer reelt/helhetlig og dynamisk utgangspunkt for individuell behandling, tiltak og samfunnsnytte.

Resultat

Resultatet av gruppearbeidet framstilles i to figurer, se disse. De forklares slik:

Første figur:

Se [Figur 1, hovedbilde](#)

Se [Figur 1, delbilde](#)

Dette er en systemmodell for et paradigmeskrifte som beskriver interaksjoner mellom tre sentrale aktører etter at funksjons-/arbeidsevnevurdering har erstattet diagnose ved sykmelding:

- a) person i sin kontekst,
- b) arbeidsgiver m/nærmeste leder og ev. bedriftshelsetjeneste (BHT) og
- c) fastlegen (ev. manuell terapeut, kiropraktor, ev. også psykolog).

De overordnede verdier i denne interaksjonen er: ressurser, evner og kompetanse.

Figuren viser at den sentrale interaksjonen (heltrukket linje) er mellom personen som ansatt og arbeidsgiver. Den ansatte og arbeidsgiveren søker i sin samhandling først og fremst å

realisere den ansattes ressurser, evner og kompetanse. Ev. problemer i arbeidet tar den ansatte opp selv med sin leder (ev. med former for støtte/kontakt med ev BHT) for å finne løsninger. Behov for permisjon f. eks. ved alvorlige utfordringer/belastninger av sosial art tas opp med arbeidsgiver – og det er kultur for slik permisjon.

Ved akutt sykdom/skade er det en ordning for selv å melde seg som ut av stand til å arbeide – utover nåværende regler for egenmelding.

Det finnes arenaer for tidlig avklaring/utvikling av arbeidsevne i alle kommuner. Først og fremst henvender personene seg selv dit, men han/hun kan også henvises fra arbeidsgiver eller fastlege. Personens egen vurdering av funksjons- og arbeidsevne er sentral og viktig.

Figuren viser hva som ellers er viktig i disse enhetene (se nedad til høyre):

- ☐ Veiledningskompetanse
- ☐ Mestringsfremmende kommunikasjon
- ☐ Salutogenetisk orientering
- ☐ Kvalitetskrav/felles nasjonale standarder

Personen kontakter fastlegen dersom han/hun over tid opplever problemer med å kunne arbeide og antar at disse er/kan være av medisinsk slag (stiplet linje). Etter en vurdering kan legen ev. erklære til arbeidsgiver/NAV at personen må fritas fra arbeidsplikten, helt eller delvis, en viss tid. Erklæringen sier noe om at det foreligger betydelige begrensninger av funksjons-/arbeidsevne.

Andre figur:

Se [Figur 2 hovedbilde](#)

Se [Figur 2 delbilde](#)

Denne viser noen konsekvenser av at funksjons-/arbeidsevnevurdering erstatter diagnose ved sykmelding. Dette er illustrert ved noen skritt som det er nødvendige å ta for å komme over en vesentlig hindring – for så å komme fram til at funksjons-/arbeidsevnevurdering erstatter diagnose ved sykmelding. Alle skrittene må ha politisk forankring.

Men først: Det foregår allerede mye som danner grunnlag for den endring som vi foreslår – for eksempel IA-avtalen, samhandlingsreformen, forsøk med utvidet egenmelding, erfaringer vedr ICF, veileder for sykmelder, interesse for helsefremmende arbeid og salutogenese – også i helsetjenesten. Denne listen kan forlenges.

Skrittene er:

- 1) Utvikling og etablering av et klart og enklest mulig tverrfaglig og felles faglig språk/terminologi/begreper for funksjons- og arbeidsevnevurdering. Tilstanden nå er at hver faggruppe/fagperson har sin egen terminologi.
- 2) Utvikling av språk og forståelse for betydningen av ressurser, evner og kompetanse også i samfunnet og samtidskulturen. Endrede holdninger har betydning både ut i offentligheten og i arbeidslivet.

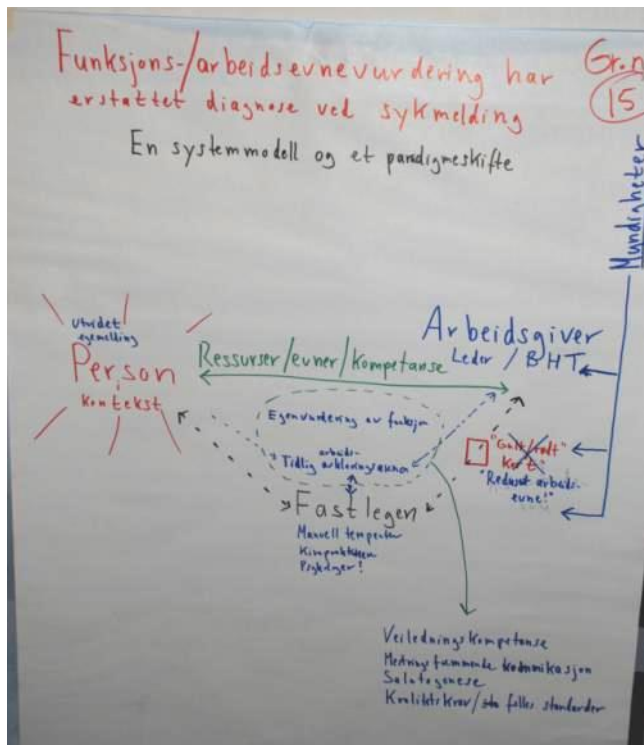
3) Kompetanseutvikling og utdanning i forbindelse med den omlegging som her er på tale, særlig av leger/helsepersonell.

4) Endring av lovverk, bl.a. folketrygdloven § 8.4.

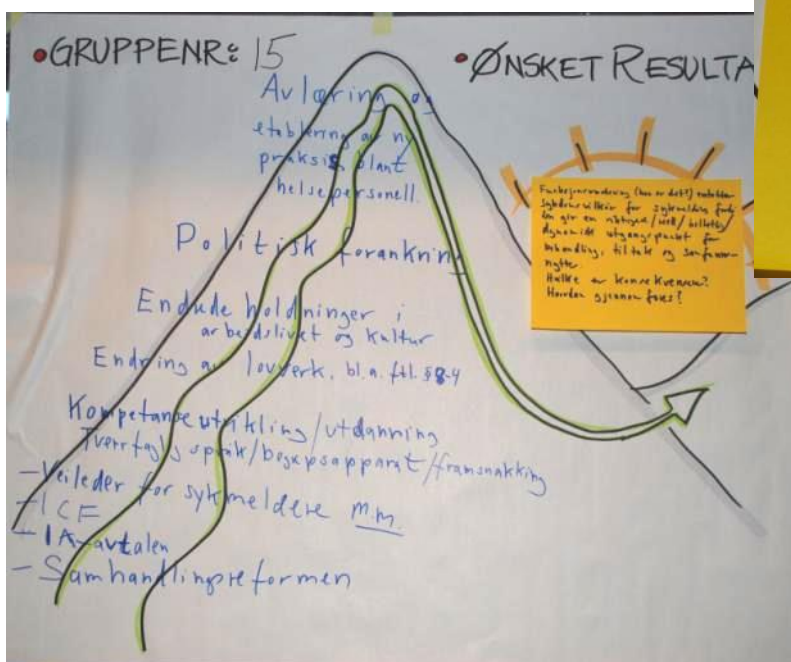
5) Vi antar at den største hindringen er avlæring av tidligere praksis, og etablering av ny praksis blant leger/helsepersonell.

Hva bør gjøres videre

Den ønskede omlegging krever større koordinerte endringer på flere hold. Den er blitt diskutert i mange år, og vi foreslår at spørsmålet nå utredes videre på sentralt hold.



Funksjonsvurdering (hva er det?) erstatter sykdomsvilkår for sykmelding fordi den gir en riktig/riktig/helhetlig/dynamisk utgangspunkt for behandling, tiltak og samfunnsnytte.
Hvilke er konkrete kvenner?
Hvordan gjennomføres?



Gruppe 16

Hvordan bidra til at tidlig oppfølging blir mer effektivt i forhold til å få arb.takere som over på AAP, og videre på uførepensjon

Deltakere

Hege Larsen Vuyk (Helsepersonell)

Anita Dyblinge (Helsepersonell)

Marit Hjelmesæth (Helsepersonell)

Elin Stoermann-Næss (Kreftforeningen)

Elisabeth Hasselknippe (Helsepersonell)

Chatrine Hollekim Lekven (Jobbkonsulent)

Kate Bredesen (Helsepersonell)

Kjerstin Fjeldstad (NAV)

Beskriv problemet

Det er for mange som er langtidssykemeldt som går over på AAP, og videre på uførepensjon.

Resultat (fra gruppas arbeid)

Flytte dialogmøte fra uke 7 til uke 3, aktuelle og relevante parter skal være med på møte:

arbeidsgiver, fastlege, sykemeldte, nav, eventuelt BHT/HMS. Bakgrunn for forslaget er følgende:

Bakgrunn for forslaget er å komme tidligere inn, se resurssene, mulighetene, tilrettelegging, ulike tiltak både i helseforetakene og nav. Bevistgjøre alle parter om sitt ansvar. Etter en 8 uker skal den sykemeldte til en sekundær vurdering hos en offentlig oppnevnt lege

Konkretisering av resultatet

- ☐ Type resultat: Det en ny arbeidsprosess
- ☐ Nye løsninger på et område som er samfunnsøkonomisk kostbar. Arbeidstaker skal ha en nøytral primærkontakt, kan feks kjøpe en veileder
- ☐ Vi har identifisert muligheter, tidlig intervensjon, korte sykemeldinger, hindre at så mange personer blir avhengig av ytelser fra NAV. Når fastlegen sykemelder en person så skal de også levere ut en informasjon som omhandler plikter og muligheter for den sykemeldte. En folder som heter, «Dette bør du være forberedt på»
- ☐ Hindrer vi har identifisert, lovendring i tidslinjen for arbeidsrettet sykefraværsoppfølging, økonomi til å kjøpe en nøytral veileder, lovendring ifht sekundær vurdering, fastlegens arbeidsmengde øker,

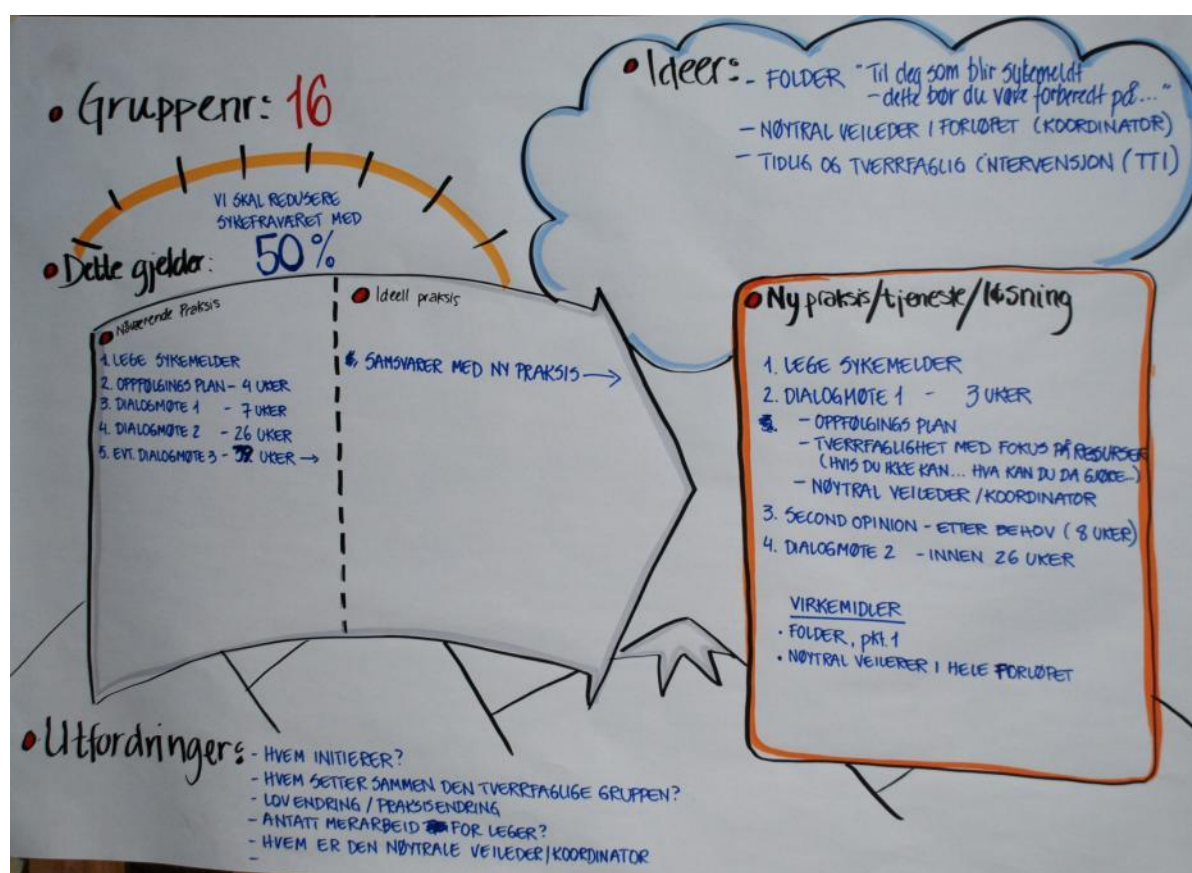
- Regjering, Storting, departement, Arbeids- og velferdsetaten, legeforening, LO, NHO, andre fagforeninger,
- Landes økonomi, arbeidsplassene, medarbeidere, og «it is not what your country can do for you, but what you can do for your country» sitat: J.F.K

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt)

Presentasjon for gruppen som arbeider med ny IA avtale, (som kommer i mars 2014) departement, komiteer, direktorat.

Kommentarer fra gruppa

Gruppen har snakket mye om forebyggende arbeid, og at det er der man bør sette inn resurser. Vårt forslag er i forhold til når en perspn er sykemeldt



Gruppe 17

Manglende tilrettelegging til nedsatt funksjonsevne er én sannsynlig kilde til det store frafallet i videregående skole, yrkesfaglig retning

Deltakere

Beskrivelse av problemet

Ca. 50% av elever i videregående skole velger yrkesrettet alternativ. Det vil si at ca. 30.000,- elever velger dette hvert år. Gjeldende statistikk viser at nesten 40% av elever ved yrkesrettet linje faller fra. Frafall i lærlingløpet er ekstra kritisk etter som alternativene for disse elevene er få. Nedsatt funksjonsevne, enten synlig eller skjult, er sannsynligvis en betydelig forklaring på hvorfor mange elever får problemer. Lese- og skriveproblemer er hyppig, men generelt manglende tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne er sannsynligvis en markert årsaksfaktor.

Det er mange myndighetsaktører i denne overgangsutfordringen. Skole, fylkeskommune, helse, NAV, arbeidsgiver er noen av disse.

Resultat (fra gruppas arbeid)

Idé

- ☐ Gjøre skolene i stand til å tilrettelegge for elevene
- ☐ Heve kunnskapsnivået om metode, verktøy, etc.
- ☐ Utnytte NAVs potensial bedre til rådgivning både i hjelpemidler, tilrettelegging og arbeidsplassrelatert tilpasning

Barrierer

- ☐ Implementering
- ☐ Utrulling
- ☐ Prioritering hos viktige samarbeidspartnere
- ☐ Få med aktørene

Drivere

- ☐ Effektiv samhandling mellom sentrale aktører (PPT fylke, PPT kommune, rådgivningstjenesten, fylkeskommunen, VGS, OT, bruker- og interesseorganisasjonene, NAV-aktører.

Veien videre

- ☐ Prosjektering
- ☐ Økonomi

1 Arbeidspakker

2 Bemanning

3 Tid

4 Rapportering

5 Gjennomføring

Effekt

- Flere elever med nedsatt funksjonsevne gjennomfører yrkesrettet VGS.

Konkretisering av resultatet

Resultattype: Sektorovergripende prosjekt

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt):

Initiativtaker utarbeider prosjektforslag og involverer samhandlende aktører ut fra problemstillingens natur.

Kommentarer fra gruppa:



Gruppe 18

Hvilke standardiserte verktøy for vurdering av funksjon i et ICF-perspektiv, bør aktører i arbeidet med sykmeldte ta i bruk?

Deltakere

Tore Norendal Braathen (NK ARR)

Tamara Pettersson (Revmatismesykehuset)

Monika Brandvoll (Hokksund Rehabiliteringssenter)

Kari H. Vik (Vikersund Kurbad)

Anne Mette Andreassen (Hokksund Rehabiliteringssenter)

Birthe Dahle (Hokksund Rehabiliteringssenter)

Inger Marlen Otten Opptreningscenteret i Finnmark)

Johanne Kymre (Hysnes Helsefort)

Beskrivelse av problemet

ICF er implimentert i ulike grad, og ved hjelp av ulike redskap. Psykisk og sosiale funksjoner vektlegges i liten grad sammenliknet med somatisk, sett opp mot hvor stor grad det kan ha betydning for arbeidsdeltakelse.

Valg av redskap kan i stor grad være interessestyrt på hvert enkelt arbeidsplass avhengig av faggrupper.

Resultat (fra gruppas arbeid)

Visjon: Anvende informative redskaper for funksjonsmål i tråd med ICFs helhetlige modell. Dette som et felles språk for ulike rehabiliteringsinstitusjoner i samhandling med andre aktører.

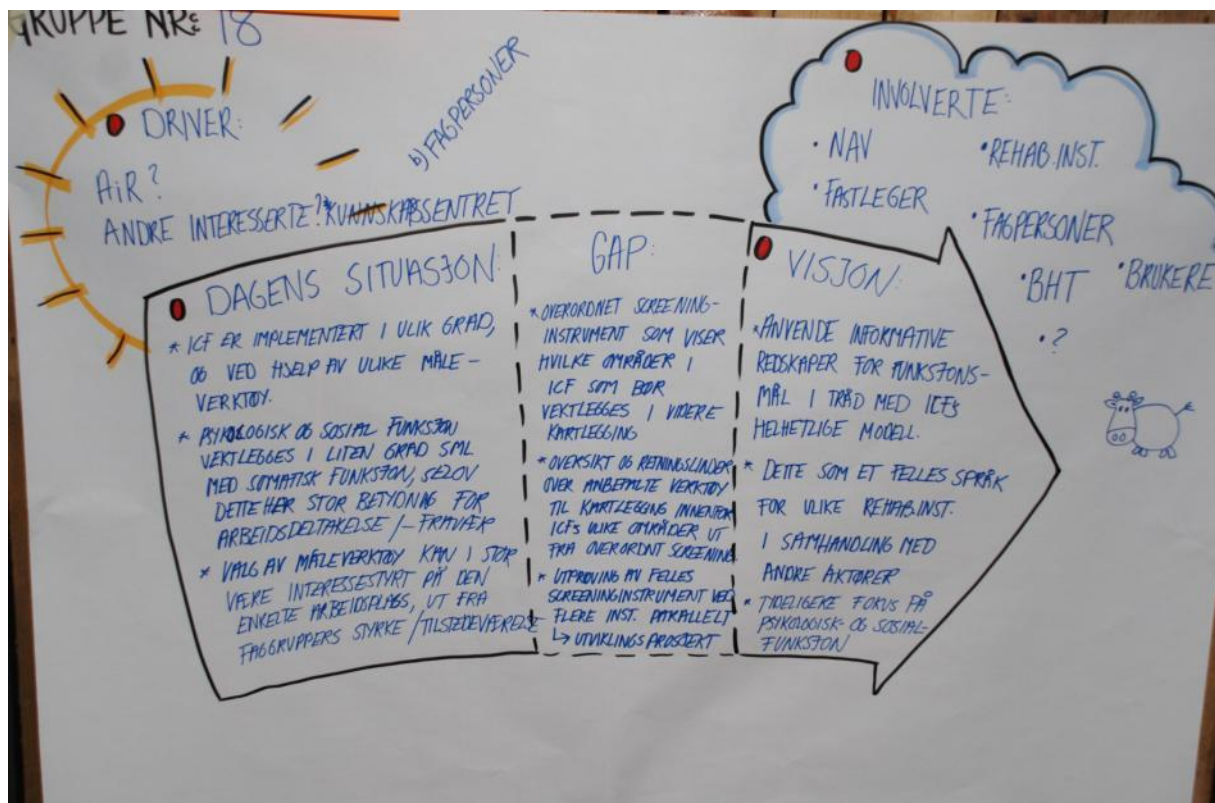
Konkretisering av resultatet

GAP:

- ☐ Overordnet screening-instrument som viser hvilke områder i ICF som bør vektlegges i videre kartlegging.
- ☐ Oversikt og retningslinjer over anbefalte verktøy til kartlegging innenfor ICFs ulike områder ut fra overordnet screening.
- ☐ Utprøving av felles screeningsinstrument ed flere instutisjoner parallellt --> utviklingsprosjekt.

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt):

Kommentarer fra gruppa:



Gruppe 19

Deltakere

Lillian Jørgensen (Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad AS)

Linda Helen Nyrud (Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS)

Martin Skagseth (Hysnes Helsefort, St. Olavs Hospital)

Merethe Nordbø (Vikersund Kurbad)

Gro Karsten Skarholt (Rehabiliteringssenteret AiR)

Sven Erik Valle Printz (Sørlandets Rehabiliteringssenter)

Siri Kjelberg (Godthaab Helse og Rehabilitering)

Siv Stuedal (LHL Helse, avd. Røros rehabiliteringssenter)

Roland Mandal (SINTEF Helse og arbeid)

Beskrivelse av problemstilling

Hva bør en tverrfaglige epikrise/rapport med arbeid som mål, inneholde slik at den er et nyttig verktøy for bruker/pasient, arbeidsgiver, helseaktører, fastlege og Nav?

Bakteppe / problemforståelse

- ☐ Ulike epikriser/rapporter (maler) brukes på tvers av de arbeidsrettede rehabiliteringsinstituttene. Ulik utforming av epikriser / sluttrapporter også betinget av hvem som er oppdragsgiver – de kravene som NAV og helsetjenesten stiller til leveransen (arbeidsrettet rehabilitering) varierer.
- ☐ Fravær av en tydelig standardisering i dag, eksisterende maler er for vage/uklare
- ☐ Det er ressurskrevende i seg selv å forholde seg til ulike maler, varierende kvalitet.
- ☐ Ulike maler for epikriser/sluttrapporter gjør det krevende å skape en lik praksis når det gjelder utarbeidelse av rapporter (Eks; hva er praksis rundt arbeidsevnevurdering?)
- ☐ Fokuset er ofte for bredt (for lite på arbeid) – en standardisering av epikrise/sluttrapport vil kunne gjøre noe med dette.

Nytt produkt – en felles mal for epikrise / sluttrapport

- ☐ Forslag til en epikrisemal.
- ☐ AV-dir: opptatt av at dette handler om arbeid (tilbakeføring/overgang) – tiltaket/tilbudet heter *arbeidsrettet* rehabilitering.
- ☐ H-dir; opptatt av at det er ulik begrepsbruk på tvers av helseforetakene, når det gjelder deres begrepsbruk rundt rapportene (Helse Nord – sluttrapport, ikke epikrise).

Hensikt med endring – hvorfor en felles epikrise?

- Alle involverte aktører skal jobbe for et felles mål - (tilbakeføring til) arbeid. Et felles dokument vil kunne bidra til en mer felles forståelse og bedre forankring av det som gjøres i enkeltsaker. Med unntak av arbeidsgiver bør dette dokumentet kunne sendes til alle involverte aktører etter endt opphold (NAV, lege, evt andre).
- Ved å etablere en felles mal vil man kunne "løsrive" seg noe fra hvem bestiller er (om det er helse eller NAV), og heller tenke helhetlig rundt brukeren (brukerperspektiv). Brukerne skal være i fokus, og de skal få en best mulig arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i løpet av fire uker – det bør være førende for gjennomføringen (og ikke om det er NAV eller spesialisthelsetjenesten som er bestilleren). Jf samfunnsoppdraget – en best mulig avklaring og utprøving av deltakerne med tanke på tilbakeføring / overgang til jobb.
- En felles mal for å skape felles forståelse på tvers av aktører – felles problemforståelse, økt trygghet for hva som skal gjøres underveis, lettere å samarbeide på tvers av aktører etterpå (lege, NAV)
- Epikrise/sluttrapport – skal fungerer som et kommunikasjonsverktøy som skal bedre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Sikre at relevant informasjon når alle relevante aktører.
- Felles mal, med klare temaer/overskrifter og operasjonalisering/konkretisering av hva som skal rapporteres i det enkelte punkt. Videre vil en slik mal, med tydelige headinger (som er operasjonalisert), også kunne gi en støtte i selve gjennomføringen av den arbeidsrettede rehabiliteringen (hva som skal gjøres underveis osv).
- En god epikrisemal sikrer god gjennomføring og gjør det enklere å dokumentere i etterkant, og legger til rette for en mer enhetlig praksis.
- Men; en felles mal for epikrise/sluttrapport er ikke et hovedmål i seg selv – målet er at en slik standardisering skal bidra til å realisere de punktene som vi har gjennomgått til nå; mer enhetlig praksis rundt omkring (rapportering), bedre kvalitet gjennom standardisering, mer effektiv arbeidshverdag (færre maler å forholde seg til), bedre samarbeid i etterkant når det utarbeides ett felles dokument (alle må forholde seg til dette) osv osv.
- Kanskje vil en slik forenkling og standardisering også – på sikt – kunne bidra til å øke bestillernes kunnskap om hva arbeidsrettet rehabilitering er for noe, fordi det rapporteres på samme måte (og på en grundig og god måte). God rapportering kan bidra til økt kunnskap, bedre bestillinger og derigjennom også en mer "riktig" innsøking av brukere / deltakere (dvs at de personene som søkes inn er de som presumptivt vil ha det største utbyttet av å delta på arbeidsrettet rehabilitering – når målet er tilbakeføring/overgang til arbeid). Igjen tilbake til samfunnsøkonomien i det hele J

****Lars Bakken (avdir) og May Cecilie Lossius (Hdir) bekreftet at de skulle ta saken videre, og jobbe videre med mulighetene for en felles mal. Nedsette arbeidsgruppe.**

• Gruppenr: 19

• Dette gjelder: **EPIKRIS**

• Ideell praksis

- ulike epikriser/rapporter
- ingen tydelig standardisering
- ressursskrevende
- ulike praksis rundt arbeids- og rehabilitering
- Er det for stort fokus på helsetilstand for arbeid?

• Ideell praksis

- lik mal som sikrer lite praksis
- en god epikrise mal som kvalitetssikrer epikrise samt gjennomføres av arbeidstilt rehabilitering
- epikrise skal beskrive god samarbeid mellom aktuelle aktører
- epikrise sikrer d ICF-perspektiv med dialog som mal
- epikrise gir et tydelig svar på bestillingen

• Ideer

- AN-DIR og H-DIR skal settes med arbeidsgrupper for å se på muligheten for en felles epikrise mal (en felles mal for dokumentasjonskrav).

• Ny praksis/tjeneste/løsning

Viktige punkter til en epikrise:

- helhetlig tilnærming (ICF)
- synliggjøre tverrfaglighet
- tydelige mål og tiltak → vedtatt
- Ressurser og hindringer knyttet til deltakernes mål og tiltak
- Det settes krav til tydelige beskrivelser/henvisninger
- Synliggjøre samarbeid mellom ulike aktører i forkant, under og etter tiltak
- Beskriver observasjoner og funksjonsnivå/arbeidsområde(?)
- rehabiliterings tiltakene kommer fram og effekten av disse.

• utfordringer:

- ulike oppdragsgivere (ulike praksis)
- ulike helsetilstand (ulike praksis)

Gruppe 20

Helsetjenester og NAV-tiltak med arbeid som mål trenger et felles og mer nyansert verktøy for måling av kvalitet og resultat

Deltakere

Kristina Abijanac (NAV tiltak Akershus)

Finn Berset (CatoSenteret)

Stina Imler (Namdal Rehabilitering)

Øystein Kojedal (Røros Rehabilitering)

Karoline Midtskog (iFokus AS)

Marie Refseth (NAV tiltak Akershus)

Ragnhild Røen (Namdal Rehabilitering)

Claes Gøran Sellæg (Namdal Rehabilitering)

Beskrivelse av problemet

Det kan virke for lite nyansert å bare ha et hovedparameter som kun måler tilbakeføring til jobb. I dag måler vi ikke de bevegelsene som sier om man er nærmere tilbakeføring i arbeid. Leverandørene opplever utfordringer med at de ikke får vist de resultatene de skaper.

Resultat og konkretisering av resultater

- ☐ Vi ønsker en nyansering av rapporteringsverktøy. Enkle og målbare felles kvalitetsindikatorer for leverandører må synliggjøres innenfor struktur, prosess og effekt.
- ☐ Som en tilleggs indikator så har vi diskutert muligheten for å bruke en skala som reddines for return to work eller lignende verktøy for å kunne måle deltakerens utvikling/endring før og etter tiltak.
- ☐ Vi mener at det er viktig å se på langtidseffekten av tiltakene og ønsker derfor at det skal være en måling av selvpoplevd livskvalitet både fysisk og psykisk før og etter tiltak. Dette kan ses i sammenheng med reddines for return to work. Det er viktig at ettermålingen ikke kun gjøres rett etter tiltakslutt, men også på senere tidspunkt for å se om effekten er langvarig.
- ☐ Det vil være viktig med videre forskning innenfor gjeldende tema. Indikatorene man velger må være bevist at fungerer for måling av om deltaker er nærmere jobb og kvalitet av tiltak.
- ☐ Alle leverandører av like tjenester, for eksempel arbeidsrettet rehabilitering må bruke samme kvalitetsindikatorer for å kunne sammenligne/synliggjøre resultater og lære av hverandre.

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt)

Utfordringen, innføring og oppfølgingen må løftes på et høyere nivå med myndighet til å bestemme og implementere nye felles kvalitetsindikatorer. Utfordringen er at vi har to forskjellige direktorat (arbeid og helse), kanskje utfordringen løses best i et felles sekretariat.

Kommentarer fra gruppa

Godt jobba gruppe :)

Gruppe 24

Deltakere

Dag Øystein Skarpaas Andersen (CatoSenteret)

Lars Bakken (Arbeids- og velferdsdirektoratet)

Kari Edvardsen (NAV Østfold)

Alf Jul Jakobsen (Rehabiliteringssenteret AiR)

Chris Jensen (NK ARR)

Kjetil Henrik Kristiansen (iFokus AS)

Ragnhild Lindberg (NAV Tiltak Oslo)

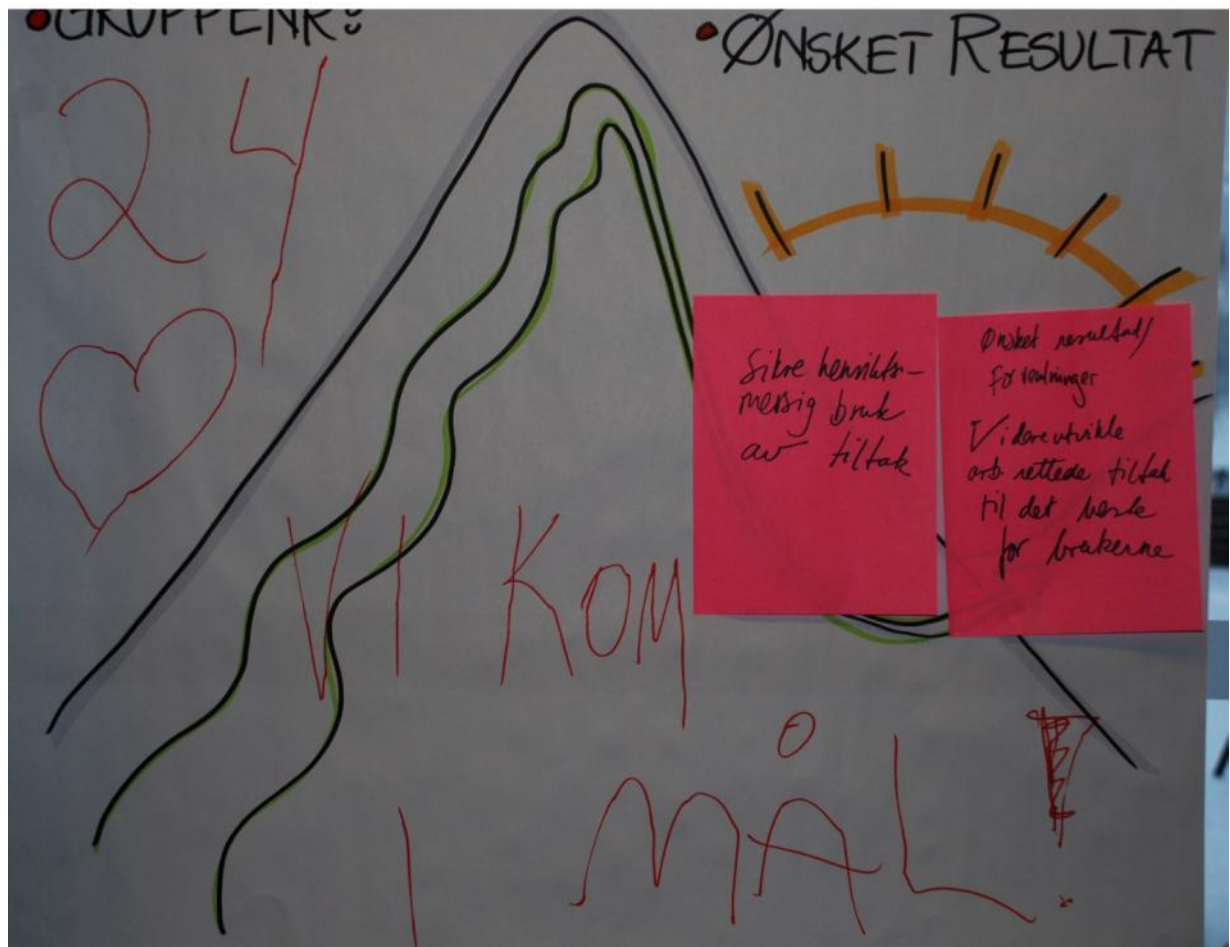
Hanne Tenggren (St. Olavs Hospital, Hysnes Helsefort)

Anette Sundgaard Davidsen ((Sørlandets Rehabiliteringssenter)

Beskrivelse av problemet

- ☐ Konkretisering av resultatet
- ☐ Type resultat: Er det en ny arbeidsprosess, et produkt, en tjeneste, en løsning, et innspill, annet? Spesifiser:
- ☐ Hva er det innovative?
- ☐ Hva har gruppa identifisert av muligheter/hinder?
- ☐ Hvilke interessenter bør involveres?
- ☐ For hvem skaper resultatet verdi?

Kommentarer fra gruppa



Gruppe 25

Deltakere

Eli Alperstein (St. Olavs Hospital, Hysnes Helsefort)

Anders Bergkvist Valnesfjord Helseportssenter)

Nils H. Edholm (NAV Arbeidslivssenter Troms)

Elisabeth Hveem (Steffensrud Rehabiliteringssenter AS)

Franz Hintringer (UNN HF Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk avd.)

Morten Høyen (Tromsdalen Legesenter)

Ester K. Indergård (Smednes Trivselsgård as)

Steinar Ivan Narve Lakså (UNN HF Raskere tilbake Ortopedi HAS)

Kommentarer

Noen oppsummerende tanker fra en nidel av deltakere i gruppe 25

Skrevet av [Steinar Ivan Na...](#) 3 dager siden



Ref emne i kommentaren min her. Vi var ni deltakere i gruppa, og det hadde vært flott om så mange som mulig av de øvrige supplerer meg - og gjerne sier seg helt uenig i slik jeg oppsummerer for den del. Jeg vil prøve å plukke litt fra hver enkelt gruppeøkt (med unntak av økt nr 5, her overlater jeg til alle de andre å komme med tanker og innspill). De korte setningene her er først og fremst sitater fra alle våre gule / grønne og rosa lapper i økt 1:

Men først: Scenarioet om Hilde inngår som et eksempel i det nylig oppstartede utviklingsprosjektet "Fra raskere tilbake til raskt tilbake" i miljøet rundt oppfølging av sykmeldte i Tromsø. Prosjektbeskrivelsen ble derfor også en del av inspirasjonsmaterialet - i tillegg til søkelyset vi hadde på Hilde gjennom alle gruppeøkter.

Gruppeøkt 1 om forventninger og felles mål: **Forventninger** om å bli kjent med alle de andre gruppedeltakerne, utvikle nettverk og oppdage nye samarbeidspartnere. Flere ønsket seg ganske enkelt størst mulig nytteverdi og utvikling av nettverk. Spørsmål mange så fram til drøfting av var slike som: Er det behov for kompetanse i oppfølgingsarbeidet av sykmeldte? I så fall - hvilke aktører har særlig behov for det? Tar noen ansvar for helhet i et pasientforløp? Forventning om søkelys på arbeidsdimensjonen, biopsykosocial tilnærming i møte med den enkelte, samt fortsatt nedbygging av skille mellom psyke og soma ble nevnt. Innspill fra den enkelte til **felles mål**: Vi ønsket å konsentrere oss om kunnskapsbasert innovasjon (valid og reliabel), og minst mulig på kunnskapsbasert praksis. Det er noe annet. Mål om å både gi og få kunnskapspåfyll. Hele tida ha respekt for andres

erfaringer, og håp om både å bli utfordret og å utfordre andre. Videreutvikling - og utvikling av nye - ideer og strategier for ARR. Vi så fram til annerledes innfallsvinkler, utfordringer, nye ideer og gjerne friske, provoserende innspill. Flere ville gjerne høre "nytt" om prosjektet Raskere tilbake (RT). Andre stikkord var kreativitet, åpenhet, ærlighet, humor, varme og fremadrettet tenkning. Det var også et mål i gruppa å jobbe fram en tydeligere NAV-rolle i ARR. Aktiv tilstedeværelse, takhøyde, kompetanse, inkludering, løsningsfokus, deling av egne tanker, samt evne og lyst til å stille spørsmål ble også nevnt.

I **Gruppeøkt 2** arbeidet vi med å beskrive **hvorfor det gikk som det gikk med Hilde** som slet med invalidiserende smerter i en skulder.

Slik scenarioet er bygd opp kan det virke som om fastlegens kunnskap om prosjektet RT kunne vært bedre. Det framkom uenighet om beksrivelsen faktisk er reell. Vi lot problemstillingen ligge der. Men det ble stilt spørsmål om hvorvidt fastlegen er for "alene" i pasientbehandlingen. Det finnes få - om noen - etablerte møteplasser mellom fastlege og øvrig behandlerapparat, inklusive oppfølgere av sykmeldte. Kanskje er **tid** en mangelvare generelt i oppfølging, her eksemplifisert med Hilde. Samhandlingen generelt tror vi også kan bli bedre. Her tenker vi på tilknytningspunktene mellom fastlege, NAV og spesialisthelsetjenesten - for eksempel.

Ventetiden er svært forskjellig mellom delprosjektene i RT på landsbasis, det framkom ventetider på fra bare to uker og opp til fem måneder. Det er grunn til å se på hva dette kan skyldes. Kan fastlegers henvisningsvolum ha noe med dette å gjøre? Er noen fastleger redde for å ta feil, og av den grunn henviser videre?

Det ble også stilt spørsmål ved **Hildes egen** deltakelse i tilfriskningsprosessen. Fraskrev hun seg ansvar? Må ikke en pasient (Hilde) også ta eget ansvar for å nå målet? Vi hentet likevel også opp andre aspekt i Hildes historie - biter som ikke kommer fram i scenariet: Ble det snakket for lite i dybden om hvordan hun faktisk har det på arbeidsplassen sin? Hvilket forhold hadde hun til sjefen sin, kolleger - og arbeidsoppgavene i seg selv? Ble det noensinne snakket om tilpasninger og tilrettelegginger som del av en tilbakevending til arbeidsplassen?

Og hva kunne dypest sett årsakene til at hun ikke kom tilbake i jobb være? Kunne det være mer enn skuldersmertene? Hvorfor ble ikke hennes antydninger om at "det kunne være noe annet" ikke fulgt opp? Burde noen ha åpnet opp for samtale med henne om hun hadde noe i sin bagasje som også hørte med i et behandlingsforløp? Slet hun med skyld og skam fordi hun var langtidssykemeldt? Og ble det noensinne et tema hvordan hun hadde det i familien? En familie kan ofte være den egentlig rammede behandleren.

Hildes erfaringer ble heller ikke bedre ved at det er en mur mellom behandling i spesialisthelsetjeneste. I en situasjon hvor man ligger nede, og i alle fall ikke føler det lett å ta nye og konkrete initiativ. Hilde burde fått hjelp til en smidig overgang fra behandlingen for hennes skuldersmerter og over i den hjelp NAV i en slik situasjon kan yte.

I **Gruppeøkt 3** handlet det om å utforske muligheter. Vi laget vår **drømmescenario** for Hilde. Vi tok utgangspunkt i å ivareta Hilde som et helt menneske. Vi ville få fram hva som ligger bak - og i - Hildes smerter. Det hadde sikkert vært nyttig med dialog mellom henvisningssted

(spesialisthelsetjeneste) og henviser (fastlegen). Fastlege har en bred kjennskap, gjerne gjennom et helt livsløp, og som kan deles. I dag er kommunikasjonen bestående at det kommer en skriftlig henvisning - som responderes skriftlig.

Oppfølgingen fra Hildes arbeidsgiver står det ingenting om i scenariet. Han bør trekkes inn i arbeidet for å hjelpe Hilde så snart som mulig - også fra spesialisthelsetjenestens side. Her ble det også generelt poengtert at det er en svakhet ved oppfølgingssystemet for sykmeldte at spesialisthelsetjenesten ikke har en formalisert rolle. Det ble snakk om at målgruppen for RT bør utvides (her er jeg usikker på hva vi mente - min komm).

Vi burde dyktiggjort Hilde (empowerment) til å bli den viktigste aktøren i sitt eget liv. Det handler om å få fram det friske, vel så mye som å fokusere bare på det "syke". Pasienten er alltid ekspert i sitt eget liv, både når det gjelder det "friske" og det "syke". Da Hilde begynte å antyde at det kanskje var noe mer i hennes liv enn skuldersmerter burde dette blitt fanget opp umiddelbart. Dette er et eksempel på hvordan skrankene mellom psyke og soma burde vært bygd ned - til nytte for Hilde.

Tid som begrep og som reell faktor må det settes et større søkelys på. Hilde skal aldri "falle ut" - slik hun faktisk gjorde. Vi burde ha bestrebet oss på å la Hilde få et kortest mulig behandlingsforløp - men likevel et forløp som var langt nok i forhold til Hildes behov. Her skyter vår fastlege i gruppa inn: "Slapp av, det kan aldri gå for fort i et behandlingsforløp".

Vwentelister burde reduseres til et absolutt minimum. En grundig gjennomgang av alle systemiske aspekt ville med god sansynlighet kunne gi positiv effekt her.

Kunnskapen hos fastlegen (og manuellterapeuter og kiropraktorer, som også har henvisningsrett) om RT burde i alle fall "etteses". Kanskje er det noe å hente her og.

Gruppeøkt 4 handlet om søken etter årsaker til Hildes problemer, og om kunnskapsdating. Det er **for mange profesjoner** involvert i oppfølgingen av sykmeldte. I alle fall er dette et faktum så lenge disse jobber isolert og uten nødvendig dialog med hverandre. Skottene er vanntette mellom NAV og helse. Internt i NAV er også skottene og murene vel fungerende. Det er ikke bra.

I dag er delingen av journalinformasjon de ulike instanser imellom et stort problem. Dette er strengt tatt ikke et problem. Det er pasient som eier informasjonen om seg selv, og ved å undertegne en samtykkeerklæring kan for eksempel NAV og spesialisthelsetjenesten inngå i effektive dialoger til pasients beste. Det ble imidlertid pekt på at pasienten ikke alltid er interessert i å undertegne en slik erklæring. Brutalt sagt: Da bør pasient informeres konkret og godt om konsekvensene av dette. Det er pasients valg til syvende og sist.

En årsak til Hildes problemer kan være at hun har et problematisk forhold til NAV. Det kan skyldes egne erfaringer, men like mye historier hun har fått seg fortalt eller etter hva media har presentert for henne. Det bør gjerne bli et tema for spesialisthelsetjenesten å informere overordnet om både hva hun kan vente seg i et første møte med NAV - og hvordan det er hensiktsmessig for henne å forberede seg til et første møte. Kanskje kan det her også være

grunn til å prøve ut å ha en NAV-konsulent tilstede i poliklinikken noen timer - opp til en dag ukentlig, slik at Hilde kunne fått sitt første møte med NAV her.

Tilslutt; To gode formulering som framkom i økta: "Vi skaper for lite nytt fordi vi er mest opptatt av å forbedre det eksisterende". Og: "Det går raskere når pasient og behandler er fremoverlente - mot hverandre".

Skrevet av [Eli Alperstein](#) 3 dager siden



Hei Steinar,

Takk for sist til deg og resten av gruppa, og for et intenst og spennende samarbeid.

når jeg leser oppsummeringen din virker det på meg som at dine inntrykk fra det vi jobbet med i gruppa har fått modne hos deg over helga, og synes at du på en ryddig måte har fått med de viktige temaene som kom opp. Du fyller grundig ut rundt diskusjonene vi hadde og gir kjøtt på beinet i forhold til det kortfattede bildet vi laget i malen på torsdag. Jeg tror Nils tok bilde av "Gap-modellen" vår, ellers tror jeg at vi sammen kan fylle ut de viktigste punktene der for å få til en oversiktlig rapport.

Dette er kanskje "selvfølgelig", men disse tankene dukket opp så tydelig når jeg leste oppsummeringen din: Jeg refererte jo hele tiden til å forebygge "stafett"-effekten ved å tenke helhetlig og fokusere på samhandling, men er samtidig veldig bevisst på at for å få dette til er det viktig for den enkelte fagperson å ha ro på seg til å gjøre sin jobb ordentlig og å se på to aspekter: 1) Kan problemet / smerten / skaden "fikses"? I tilfelle hvordan og av hvem, og hvordan kan dette gjøres raskest mulig? 2) Hvis det ikke kan "fikses" her og nå, er jeg som fagperson villig til å akseptere dette og stå sammen med pasienten i prosessen med å finne ut hvordan vedkommende likevel kan gå videre med livet sitt med utgangspunkt i hans eller hennes egne ressurser? Hvis jeg ikke er riktig person til dette, hvem kan da involveres innenfor det systemet jeg hører til, og det nettverket pasienten har tilgjengelig?

Jeg mener at vi også kan stå i fare for å trække feil ved å anta at "alt er psykisk" og haste inn i en misforstått helhet, forbi symptomer som er nødvendig å utrede og behandle, like feil som ved å innta en holdning som sier at bare "smertefritt" er godt nok som kvalitetsindikator.

Skrevet av [Steinar Ivan Na...](#) 3 dager siden



Gruppeøkt 6 - en idedugnad. Vi tok utgangspunkt i hvor det kjørte seg fast for Hilde. Målet for enhver pasient som blir behandlet i prosjektet RT er rask retur til arbeidsplassen. Søkelyset er like mye på dette som på den medisinske intervensjonen. Mulighetene for slik retur - og hva som ble gjort slik sett - er ikke beskrevet i casen. Vi definerer derfor at det var her behandlingen sviktet.

Kompetansebygging og -bevissthet hos det kliniske personalet Hilde møtte kunne kanskje vært bedre. Både etterutdanning og ulike typer hospitering kan være relevant for å gi et mer helhetlig pasientforløp. I dag er det mer snakk om et stafettløp fra etappe til etappe i stedet for et sammenhengende løp.

Kanskje er det også grunn til å vurdere nærmere om den enkelte pasient - i dette tilfellet Hilde - får den nødvendige tida, både i den enkelte konsultasjon og i behandlingen totalt sett, slik at det blir tid nok til å snakke om "egentlige" utfordringer.

Pasientfokuset må aldri gis et svakere søkelys enn ulike interne forhold i klinikken. Bevissthet om smerte vs symptom vs konsekvens er viktig.

Samhandlingen mellom de ulike aktørene i sykefraværarbeidet kan aldri bli overdrevet. Kunnskap på tvers og det at en pluss en i en slik setting ofte blir tre skal vi ikke glemme.

Selv om det framkom uenighet i gruppen om fastlegers (og manuellterapeuter og kiropraktorer) kunnskap om RT, bør vi i alle vurdere om det kan være noe å hente i mer systematisk informasjon (helst kurs) til disse om RT. Fastleger er ofte deltakere i egne nettverk for økt kompetanse (for eksempel i form av regionale samarbeidsfora). Disse kan med fordel kontaktes.

Med utgangspunkt i det Hilde antydte om "noe annet", det bør prøves ut at en psykolog er en del av klinikken for eksempel i en 20 % stilling. Vi tror at det kan være lettere for en pasient å møte en psykolog dersom dette skjer som en del av øvrig poliklinisk virksomhet.

Poliklinikerne som behandlet Hilde burde selv tatt initiativ til å trekke inn hennes arbeidsgiver på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Hilde forsvant bare ut av sitt behandlingsopplegg. Dette var klart uheldig for henne. Hun ville hatt nytte av at klinikken fulgte henne opp for eksempel etter tre, seks og 12 måneder. Slik kunne vi gitt henne tenke- og bevisstgjøringstid med definerte milepæler,

Samlet sett: Det bør utvikles et enda bedre samarbeid mellom de gode hjelperne: NAV, BHT, og senter for jobbmestring (et underbruk i NAV Arbeidslivssenter) Og kanskje kan det arbeidet som gjøres i AFEM (Ansvar for egen mestring som en av gruppemedlemmene arbeidet innfor) hentes inn og brukes i de gode hjelpernes arbeid. ytterligere godt.

Tilbakeblikk, fritt arbeid og kunnskapsdeling var stikkordene for **Gruppeøkt 7**. Her skal det bare handle om tilbakeblikkene og hva gruppedeltakerne synes de har fått ut av dette, og jeg tar det i stikkords form:

Lært mye nytt, nyttige dager

Direkte nytteverdi for AFEM-senteret (Ansvar for egen mestring)

Jeg har blitt utfordret til å tenke "ut av boksen" og se ting fra andres perspektiv

Vi har brukt ett eksempel til å se på det store bildet

Casen om Hilde gjorde at vi ble mer konkret enn vi ellers ville vært, samtidig som det var artig å få delta i forarbeidet til et prosjektarbeid i Tromsø

Nettverket mitt er blitt utvidet

Jeg har hatt nytte og glede av å møte mennesker med annen kompetanse enn min

Jeg har tatt del i positivt, konstruktivt og kreativt samarbeid

Vi har oppnådd felles mål som jeg kan jobbe videre med

Jeg har fått nye samarbeidspartnere

Fått et større nettverk å spille på i mitt arbeid - ink. konkret avtale

Jeg er fornøyd fordi jeg har deltatt aktivt i gruppen og i diskusjoner

Jeg har vært tilstede for andre og stilt meg åpen for andres innspill

Alt dette mens undertegnede aldri fikk noe svar på dette håpefulle innspillet:

"Hvorfor i Herrens navn har dere i det hele tatt satt i gang med dette prosjektet?" (før nevnt utviklingsprosjekt i Tromsø)

I **Gruppeøkt 8** sammenfattet vi alt arbeidet vårt på en presentasjonsposter. Noen stikkord fra innholdet kommer her, forsøksvis systematisert på en "før", en "under" og en "etterfase", alltid med Hilde i fokus:

Før:

Hildes møte med helsevesenet mm er et stafettløp og ikke en helhetlig og smidig opplevelse. Hun kan godt defineres som en kasteball.

Hilde opplever lang ventetid før hun får time i RT

Slik Hilde og hennes opplevelser framstilles i casen er det et klart skille mellom psyke og soma. Ingen ser at hun kanskje har en sammensatt problematikk, selv når hun selv bringer dette på bane.

Hun ber om hjelp i forkant av et møte med NAV. Hun avvises på dette, det er ikke RT-klinikkens bord

Under:

Utvikle kunnskap om tilgjengelige ressurser

Lage individuelle systemer for avtalt oppfølging av ferdigbehandlede pasienter, inklusive å klargjøre hva det er vi vil måle / skaffe kunnskap om

Tydeliggjøre og videreutvikle arbeidsfokuset i klinisk hverdag

Utvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, NAV og fastlege

Bygge gode relasjoner og kommunikasjonsstrukturer mellom alle som er involvert i arbeidet både på system- og individnivå med oppfølging av sykmeldte

Det er utviklet et omforent sett av RTW-indikatorer (Return to work / retur til arbeid)

Bevisstgjøring om at det finnes et nettverk av gode hjelpere

Etter:

Vi har utviklet et helhetlig blikk på Hilde som en hel person

Hilde opplever en behandlingssituasjon der samhandlingen mellom aktuelle aktører er enkel og åpen

Hilde er alltid i sentrum

Det stilles krav til Hilde om å være aktiv deltaker i egen prosess

Annet:

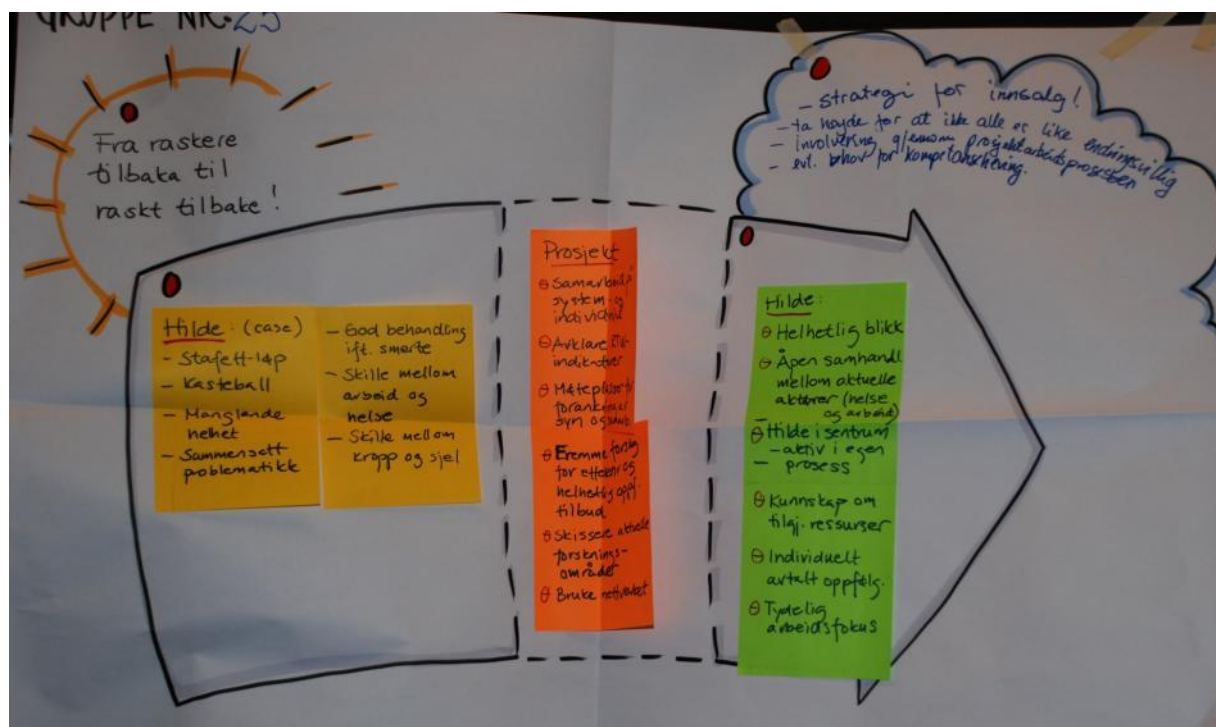
Vi må i "under"-fasen ta høyde for at ikke alle er like endringsvillige

Spørsmålet om hvem som skal involveres i prosjektarbeidsprosessen (Tromsø-prosjektet) er viktig. Skal noen flere enn de som sitter i gruppa trekkes inn undervegs?

Er kompetanseheving for gruppedeltakerne nødvendig / hensiktsmessig?

Innsalg av gruppens forslag er viktig. Hvordan forhindre at arbeidet umiddelbart blir lagt i nærmeste skuff?

Gruppa oppfordrer oss i Tromsø til å gjøre et grunnlagsarbeid med sikte på søknad om forskningsmidler under FARVE, søknadsfrist 15. november 2014.



Gruppe 26

Ledelse, kultur og holdning. Hvordan få bukt med krenkende overlast?

Deltakere

Ingunn Brattlid (Arbeidslivssenteret i Vestfold, NAV)

Ola Veia Gustavsen (Rehabiliteringssenteret AiR)

Sivert Follesø (SSHF Rus og avhengighetsbehandling)

Tonje Lyshaugen (Oppfølgingsenheten Frisk)

Siren Dale Narum (FRAM Helserehab)

Beskrivelse av problemet

Dårlig ledelse koster samfunnet sykt mye. Ser vi bak problematikken i lys av IA avtalen, mener vi at ny IA avtale bør peke på et bedre og klarere lederansvar for IA virksomheter. Det er en sammenheng mellom dårlig ledelse som skurer og går for lenge og høyt sykefravær.

Dette er et problem som det er lite åpenhet om. Årsaken er stor risiko for en enkelt medarbeider å si ifra. Risiko for utstøtelse på arbeid, risiko for å miste sykepengerettigheter, risiko for legen vedrørende juridiske konsekvenser og arbeidsgivere som ikke er innovative / villige til å ta risikoen med å gå inn og endre sin kultur. BHT som er mer lojal mot å ivareta arbeidsgivers interesser. og at systemet og roller er uklare når det gjelder ansvar, legenes taushetsplikt, NAV mm.

Resultat (fra gruppas arbeid)

Innspill til politikere og myndigheter ved evaluering av IA avtalen.

Vi har forslag til konkrete tiltak i IA avtalen som kan bidra til å redusere sykefravær

Forhindre utstøting

Åpne for innovasjon og nyskapning på arbeidsplassen

Økt trivsel for de ansatte.

Dette krever endringer på både systemet, samarbeid mellom ulike aktører og konkrete tiltak i den nye IA avtalen.

Konkretisering av resultatet

Den biomedisinske modellen som i dag ligger til grunn for legens sykemedingspraksis og NAVs velferdstiltak og ytelser må også omfattes til å gjelde både biopsykososial modell og en personsentrert helse og sykdomsmodell. det betyr at relasjonene og kulturelle forhold også kan innebære sykdom/ helse.

Ny IA avtale skal ikke bare stille krav om mål og handlingsplaner, men også stille krav om at ledelse skal ha en etisk mellommenneskelige forankring

Ny rolle til BHT fra dialogmøte til å sikre at arbeidsgiver følger opp arbeidsmiljøloven om å være en nøytral part mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Alternativt kan arbeidstaker kreve at en nøytral part hentes inn eksternt.

Arbeidstilsynet må strammes opp tilsyn til å gjelde psykososiale forhold.

Arbeidsmiljøloven må sikre kontradiksjon som prinsipp for BHTs arbeid i bedriftene.

Avklare roller og samarbeid for å sikre trygghet for arbeidstaker til å være åpen om ledelse og kulturelle utfordringer på arbeidsplassen, uten å risikere å miste inntekt, arbeid og negative sanksjoner og arbeidskarriere. NAV blir et virkemiddel for å stille krav til arbeidsgiver om prosess, Utvidet egemeldingsplikt for arbeidstaker og trygghet for å varsle arbeidsplassen om

Type resultat

Er det en ny arbeidsprosess, et produkt, en tjeneste, en løsning, et innspill, annet?

Spesifiser:

Hva er det innovative?

At sykemeldingsårsaker deles mellom individ og arbeidsplass

Hva har gruppa identifisert av muligheter/hinder?

Dagens biomedisinske modell og sykemeldingspraksis, hvor enkeltindividet blir bærer av et dårlig arbeidsmiljø.

Hvilke interessenter bør involveres?

Politikere, parter og beslutningstakere av ny IA avtale

For hvem skaper resultatet verdi?

1. Samfunnet i form av redusert langtidssykefravær og mindre uførhet
2. Større åpenhet i bedriftene om utfordringer som er til hinder for innovasjon og videre utvikling

Videre arbeid med utfordringen (neste skritt)

Utarbeide en kronikk til media, BTB med forslagene

Send kronikken til alle forhandlingspartene ved IA.

Kommentarer fra gruppa

Har jobbet med et komplekst tema som krever tiltak og samarbeid mellom mange samfunnsaktører. Vi har ansett det som viktig å bidra til større åpenhet om et komplekst tema. Gruppa som helhet står bak.