

Arbeidsdepartementet

Postmottak@ad.dep.no

Deres ref:  
12/1291

Vår ref:  
SvK

Arkiv:

Sted/dato:  
Rauland 4.juli 2012

## Høring av NOU 2012:6 Arbeidsrettede tiltak

Uttalen omtaler i hovedsak problemstillinger som er belyst i kap 14.5.2. *Koordinering mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsemyndighetene*, med fokus på rett nivå av tilbud og behov innen rehabilitering med arbeid som mål / arbeidsrettet rehabilitering. Vi har også en liten kommentar knyttet til kapittel 15 – *Kvalitet i arbeidsrettede tiltak*.

Utover dette slutter vi oss til modellen i høringsnotatet der arbeidsrettede tiltak innrettes slik at ordinært arbeidsliv blir hovedarena i attføringsarbeidet. Tiltak utover dette, inklusive arbeidsrettet rehabilitering, bør først nyttes når inkludering og oppfølging i ordinært arbeidsliv ikke fører til ønsket resultat.

Denne høringsuttalelsen er utformet i samarbeid med Valnesfjord Helseportssenter.

### Forslag til presiseringer

1. Tre nivåer i en tydeliggjøring av pasientgrupper og behov 1) Lokal arbeidsrettet rehabilitering 2) Tverrfaglig funksjonsvurdering og dagrehabilitering i spesialisthelsetjenesten og 3) Kompleks arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
2. Forløp: Arbeidsrettet rehabilitering settes inn som tiltak på ulike tidspunkt av sykefraværperioden avhengig av sykdom og forløp, i henhold til de tre behovsnivåene i pkt 1.
3. Kunnskapsgrunnlaget for rett bruker, til rett tid, med rett intervensjon gis prioritert

## Definisjoner og begreper

Arbeidsrettet rehabilitering retter seg spesielt mot deltakelsesperspektivet i forhold til arbeid. Når hovedmålet er deltakelse i arbeidslivet må funksjonsforbedring i forhold til arbeid gjennomsyre hele rehabiliteringsprosessen. Medisinsk rehabilitering, kartlegging og forbedring av arbeidsevne og prosesser rettet mot tilbakeføring til arbeidslivet, med arbeidsplassen som hovedarena for tilbakeføring, skjer samtidig i rehabiliteringen. Fagrådet for arbeidsrettet rehabilitering definerer arbeidsrettet rehabilitering slik:

“Tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjon – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet.”

Målgruppen for arbeidsrettet rehabilitering er mennesker i yrkesaktiv alder som på grunn av sykdom eller nedsatt funksjonsevne er i ferd med å falle ut av, eller ikke har klart å komme inn i arbeidslivet, og som har en realistisk mulighet for å kunne delta helt eller delvis i arbeidslivet. Spesialisert arbeidsrettet rehabilitering skiller seg fra andre rehabiliteringstiltak ved en sterk helsefaglig innsats kombinert et gjennomgående fokus på arbeidsdeltagelse.

## Overordnet målsetting for rehabilitering, og dilemmaer

I NOU 2012:6 legges det vekt på at arbeid i seg selv er viktig for folkehelsen. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) beskriver at rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe folk til å mestre de problemer som hindrer aktivitet og deltakelse, og om å tenke nytt om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. Strategien peker på at det er behov for flere arbeidsrettede tiltak og tjenester, mer effektiv tilrettelegging og oppfølging, og mer aktivt og samordnet arbeid fra myndighetenes side. Gode relasjoner til arbeidsgiverne vil også være sentralt her. Stortingsmelding nr 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering peker på at utfordringen når deltakelse i arbeidslivet er mål for rehabiliteringsprosessen, er å få en tidlig tverrfaglig og tverretattlig oversikt over hvilke forutsetninger som må oppfylles for å nå målet. Meldingen viser også til at rehabiliteringsopphold og funksjonsvurderinger som kan defineres som spesialisthelsetjeneste til personer som er sykmeldt eller uføretrygdet eller som står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet, kan være et viktig grunnlag for å avklare enkeltpersoners arbeidsevne og jobbmuligheter.

---

## **Pasientgrupper og behov**

### **Arbeidsrettet rehabilitering**

Tilbudene innen arbeidsrettet rehabilitering bør inngå i en helhetlig behandlingsskjede hvor vektlegging av laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) står sentralt. Det vil være behov for arbeidsrettet rehabilitering satt inn i ulike nivå i behandlingsskjeden. Den største gruppen personer ute av arbeidslivet kan og bør løses på lokalt nivå, mens grupper med mer sammensatte behov trenger innsats fra spesialisthelsetjenesten. Det vil være de lokale aktørers evne til å løse deltagelsesproblemet i forhold til arbeid som styrer hvilke tiltak i spesialisthelsetjenesten det er behov for.

### **Lokal arbeidsrettet rehabilitering**

Utgangspunktet ved sykemelding er at pasienten sammen med lokale aktører (arbeidsgiver, primærhelsetjenesten, bedriftshelsetjeneste, Nav og Navs tiltaksapparat med flere) forsøker å finne muligheter for arbeidsdeltagelse. I mange tilfeller kan hele arbeidsrettede rehabiliteringsprosesser gjennomføres lokalt uten involvering av spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgiver, og ofte sammen med tilknyttet bedriftshelsetjeneste, gjennomfører viktige tilrettelegginger og/eller omplasseringer (tradisjonelt kalt bedriftsintern attføring) for sykemeldte. Nav er, sammen med fastlegen, en helt sentral aktør for å initiere og koordinere rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål bl.a. gjennom tiltakene i Forskrift om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging. Nav sine virkemidler skiller seg vesentlig fra tilbud innen helsetjenesten på nivå 2 og 3, særlig gjennom at helsefaglig kompetanse ikke på samme måte er en integrert del av tilbudet. Tradisjonelt ligger utfordringen på dette nivået i mangel på samarbeid mellom helsetjenesten og arbeidslivet med arbeidsgiver og Nav som sentrale aktører – både innenfor nivå 1 og mellom nivåene.

### **Tverrfaglig funksjonsvurdering og dagrehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

I de tilfeller der det er behov for tiltak ut over hva det lokale hjelpeapparatet kan gi, kan blant annet tverrfaglige poliklinikker i spesialisthelsetjenesten gjennom tilbud om tverrfaglige funksjonsvurderinger/ funksjonsavklaringer og intervensjonspoliklinikker/ dagrehabilitering, bidra til å avklare og forbedre arbeidsevne og jobbmuligheter. Tilbud på nivå 2 har konsentrert seg om å bygge ut vurderings- / avklaringsenheter. Intervensjonspoliklinikker/dagrehabilitering er i mindre grad satset på. På dette nivået ser det ut til å være behov for kunnskap om arbeidslivsdimensjonen, i tillegg til kompetansen for å vurdere og forbedre funksjon. Spesialisthelsetjenesten vil kunne trygge de lokale

---

aktørene sitt arbeid med å inkludere sykemeldte og personer med nedsatt arbeidsevne gjennom felles avklaringsmøter. Det er viktig at slike tiltak kommer inn i tidlig fase av sykemeldingen.

### **Kompleks arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

Institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering er spesialisert medisinskfaglig rehabilitering, samtidig med prosesser rettet mot tilbakeføring til arbeidslivet. Dette er tilbud til pasienter med sammensatte plager der målet om arbeidsdeltagelse ikke er nådd gjennom lokale aktørers arbeid eller tverrfaglige funksjonsvurderinger/dagrehabilitering. Døgnopphold kan være aktuelt der man vurderer at en miljøforandring er av vesentlig betydning for den enkeltes rehabilitering og/eller der pasienten har mer kompliserte og tyngre helseplager, der rehabiliteringen ofte tar tid og gjerne innebærer tiltak på alle tre nivå.

Personer med behov for komplekse arbeidsrettede rehabiliteringstiltak tenderer til å ha mer komplekse behov, enten på grunn skadens/sykdommens omfang og karakter, funksjonsnedsettelse, sykmeldingslengde, hjemmesituasjon, arbeidssituasjon eller andre årsaker (CARF 2007).

I forkant av institusjonsbasert arbeidsrettet rehabilitering skal forsøkte tiltak for å komme tilbake til arbeid (både helse- og arbeidsmessige) være godt dokumentert. Kompleks rehabilitering er interdisiplinær, individuelt tilpasset og rettet mot et spesifikt mål (CARF 2007). Kompleks tilnærming i arbeidsrettede rehabiliteringsprogram vil kreve tverrfaglig kompetanse relatert til medisinske, psykologiske, adferdsmessige, fysiske, funksjonsmessige og yrkes-/arbeidsmessige komponenter for arbeidsførhet og tilbakeføring til yrkesaktivitet (CARF 2007). Langvarig sykefravær som deltagelsesproblem handler for denne gruppen om sammensatte forhold som krever vurdering og tiltak rettet mot alle dimensjonene i ICF-modellen samtidig. Komorbiditet vanskeliggjør tilbakegang til yrkesaktivitet etter sykefravær og øker risikoen for å bli uføretrygdet. En sammensatt årsakssammenheng til langvarig sykefravær og uførhet krever en kompleks tilnærming i form av en biopsykososial tverrfaglig intervensjon, samtidig med arbeidsrettede tiltak i dialog med arbeidsgiver og Nav. Erfaringer fra leverandører av dagtilbud innen arbeidsrettet rehabilitering finansiert av Nav er at mange brukere har problemer som krever medisinskfaglig kompetanse.

### **Kapasitetsbehov**

Stortingsmelding nr 9 stadfester at behovet for rehabiliterende tiltak for brukere med sammensatte og uklare lidelser er stort. Kapasitetsbehov innen arbeidsrettet rehabilitering kan blant annet vurderes med hensyn til statistikk over personer i yrkesaktiv alder som er i utkanten av arbeidslivet. Om lag 700 000 personer i yrkesaktiv alder i Norge er til enhver tid borte fra arbeidslivet og mottar

---

livsoppholdsytelser fra det offentlige på grunn av problemer knyttet til sykdom, arbeidsledighet eller sosiale forhold.

Behovet for arbeidsrettet rehabilitering kan belyses ved å vurdere antall som faller ut av arbeidsmarkedet. Å estimere kapasitetsbehovet for arbeidsrettede rehabiliteringstilbud på ulike nivå på bakgrunn av statistikk fra Nav er vanskelig. Vi tror imidlertid at arbeidsrettet rehabilitering bør bli vurdert som tiltak på ulike tidspunkt av sykefraværsperioden avhengig av sykdom og forløp. Lokal arbeidsrettet rehabilitering kan være aktuelt for enkelte som forebygging av langvarig fravær og tidlig i sykefraværsperioden, mens arbeidsrettet rehabilitering på høyere nivå i behandlingsskjeden bør vurderes noe lenger ut i sykefraværsperioden, senest mellom 12 og 26 ukers sykefravær. Behovet for kompleks arbeidsrettet rehabilitering øker trolig med økende lengde på sykefraværet, og etter hvert som lokale helsemessige og arbeidsmessige tiltak er forsøkt uten at det resulterer i arbeidsdeltagelse.

Kunnskapsgrunnlaget for å kunne fastslå behovet for rehabilitering er mangelfullt, og behovet her for et grundig arbeid gjennom systematisk kartlegging og forskning. Kunnskapen omkring effekt av rehabiliteringstiltak med arbeid som mål er avgjørende for å kunne prioritere riktig. AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering har et ansvar for å bidra til å bygge slik kunnskap.

### **Koordinering, arbeidsrettet rehabilitering og signal fra Stortinget**

I sin innstilling om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform belyste en samlet helse- og omsorgskomite dette. Slik vi ser det har komiteen sine merknader relevans for denne høringen og vi tillater oss derfor å referere noen sentrale elementer:

*Komiteen ser behovet for å styrke arbeidslivdimensjonen i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Utfordringen knyttet til samhandling mellom helsetjenesten og Nav må gjennomgås. Det er behov for å legge mer vekt på å koordinere tjenester mellom arbeidsplass, spesialisert helsevesen og kommunehelsetjenesten. I denne sammenheng kan arbeidsrettet rehabilitering ivareta behovet til de større brukergruppene.*

*Komiteen viser til at komiteen understreket i Innst. 11 S (2009–2010) «... at gode og tilpassede rehabiliteringstilbud kan gi raskere tilbakeføring til arbeidslivet og dermed redusert sykefravær». Komiteen pekte videre på «... at rehabiliteringsfeltet skal tilby både spesialisert og generell pasientrehabilitering, og at man må ha tilbud både i spesielle rehabiliterings/habiliteringsinstitusjoner, ved sykehusene og i kommunehelsetjenesten».*

---

*Komiteen mener arbeidsrettet rehabilitering som tverrfaglig spesialisert fagområde synes å ha særlig gode forutsetninger for å understøtte helhetlige behandlingsforløp for pasienter med sammensatte tilstander.*

*Komiteen ber regjeringen sørge for at det utvikles kapasitet og kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering, og komme tilbake til Stortinget med tiltak for å sikre bedre samhandling mellom helsetjenesten og Nav og dermed helhetlig oppfølging av pasienter med sikte på tilbakeføring til arbeid.*

ref: Innst. 212 S (2009–2010) - avgitt 20.04.2010

## **Kapittel 15 – Kvalitet i arbeidsrettede tiltak**

I en analyse av Arbeids- og velferdsetatens kvalitetsarbeid ved arbeidsrettede tiltak finner forskningsinstituttet AFI at kvalitetsarbeidet og kvalitetskontrollen knyttet til bestilling, oppfølging og resultat av tjenestene ikke er nok til å sikre god kvalitet på tiltaksleverandørenes tjenester.

Under gjennomgangen av Arbeids- og velferdsetatens kvalitetsarbeid ved arbeidsrettede tiltak pekes det på at kvalitetsregimet ved arbeidsrettede tiltak for personer med nedsatt arbeidsevne

i hovedsak bygger på sikring av kvalitet i forkant av tiltaket. Å støtte seg for mye til kvalitetssikring i forkant via godkjenning og legge for lite vekt på kvalitet i senere ledd kan gi for stort fokus

på systemet, og for lite fokus på innhold i og gjennomføring av tiltakene. Kvalitetsarbeidet bør inkludere hele tjenesteytingsprosessen og omhandler kvalitet i flere faser, underveis (prosesskvalitet)

og kvaliteten på sluttresultatet.

### **Til slutt**

Utvalget understreker at det utvilsomt er behov for arenaer der en kan jobbe integrert med helse- og arbeidslivdimensjonen, og dermed unngå sekvensielle og /eller parallelle løp.

Utvalget peker videre på behovet for å utvikle kvalitetstjenester over tid på dette området og ser behov for en grundigere gjennomgang av samordnings- og samarbeidsutfordringer i skjæringspunktet mellom arbeid og helse og tjenester og tiltak.

Rehabiliteringssenteret AiR slutter seg til denne vurderingen og at en slik gjennomgang bør skje etter evalueringen av Raskere tilbake-ordningen og ved starten på iverksetting av Samhandlingsreformen.

---

for Rehabiliteringssenteret AiR as

Svein Kostveit  
direktør

