

# **Prioritering av arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten**

## **Rapport fra interregional arbeidsgruppe**

Dato: September 2020

## Innholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Sammendrag.....  | 3  |
| 1. Innledning .....  | 4  |
| 1.1    Bakgrunn for arbeidet .....   | 4  |
| 1.2    Mandat og organisering av arbeidet .....  | 5  |
| 1.2.1    Arbeidsgruppens sammensetning og organisering: .....  | 5  |
| 2.    Arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering .....                                    | 6  |
| 2.1    Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten .....   | 6  |
| 2.2    Rettslig grunnlag for rettighetsvurderinger .....   | 7  |
| 2.3    Dilemmaer ved prioritering til arbeidsrettet behandling.....  | 7  |
| 2.3.1    Helsefremmende arbeidsdeltakelse .....  | 7  |
| 2.3.2    Arbeidsrettet behandling må gis til rett tid.....   | 8  |
| 3.    Prioritering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for pasienter som henvises til arbeidsrettet behandling ..... | 9  |
| 3.1    Prioriteringer innen psykisk helsevern .....  | 9  |
| 3.1.1    Målgruppe for arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern.....   | 9  |
| 3.1.2    Når er det ikke indikasjon for arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern .....   | 10 |
| 3.1.3    Prioriteringsutfordringer i psykisk helsevern .....   | 11 |
| 3.2    Prioriteringer innen fysikalsk medisin og rehabilitering.....   | 12 |
| 3.2.1    Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering .....   | 12 |
| 3.2.2    Målgruppe for arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin og rehabilitering ...  | 12 |
| 3.2.3    Når er det ikke indikasjon for arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin og rehabilitering .....                       | 13 |
| 3.2.4    Prioriteringsutfordringer innen fysikalsk medisin og rehabilitering .....   | 14 |
| 4.    Arbeidsgruppens anbefalinger .....   | 15 |
| 4.1    Anbefaling om prinsipper for rettighetsvurdering til helse og arbeid-tilbud.....  | 15 |
| 4.2    Prioriteringsforskriften og dagens prioriteringsveilederne.....   | 16 |
| 4.3    Forslag til andre tiltak som understøtter faglig gode prioriteringer.....   | 16 |

## Sammendrag

Etter omleggingen av Raskere tilbake i 2018, ble arbeidsrettet behandling videreført i spesialisthelsetjenestens ordinære tilbud, jf. oppdragsdokument 2018. Etter overgangen fra prosjekt til drift, skal pasienter som henvises til arbeidsrettet behandling rettighetsvurderes i tråd med fagområdenes prioriteringsveiledere. En interregional arbeidsgruppe fikk mandat til å foreslå prinsipper for prioritering av pasienter henvist til arbeidsrettete tilbud i spesialisthelsetjenesten, samt kartlegge de største prioriteringsutfordringene for fagområdene.

Målgruppen for arbeidsrettet behandling bør være personer med vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser, som gir et funksjonsfall og påvirker evnen til å stå i arbeid eller utdanning. Pasientgruppen har ofte et blandet symptom-bilde og individuelle tilleggsfaktorer. Pasientgruppen har ofte behov for samtidig hjelp fra NAV og helse for å oppnå en varig positiv endring i sin livssituasjon, og arbeidsgruppen anbefaler at arbeidsrettet behandling bør ytes i tett samarbeid med hjelpetiltak fra NAV.

Tilbudet bør gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning/rehabilitering enn det fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan tilby.

Et viktig budskap fra arbeidsgruppen er at tidligere innsats som hovedregel vil gi bedre behandlingsresultat til en lavere ressursinnsats for pasientene i målgruppen.

Dagens prioriteringsveiledere legges til grunn for vurdering av henvisning, og for ytre rammer for behandlingsfrist. Individuelle forhold som funksjonsfall på flere arena (jobb, skole, sosialt, privat) bør i denne sammenheng tillegges særlig vekt. Personer som inkluderes må ha en målsetting om å opprettholde eller gjenoppta tilknytning til arbeid eller utdanning. Egenmotivasjon og arbeidsnærhet har stor betydning for nytteverdien av arbeidsrettet rehabilitering.

Aldersgrensen anbefales vurdert skjønnsmessig, med utgangspunkt fra 18 år og opp til pensjonsalder. Der det er hensiktsmessig, kan ungdom fra 16 år gis et tilbud, for eksempel lærlinger i videregående skole.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratets nye nasjonale faglige retningslinjer/veileder om arbeid og helse bør tydeliggjøre hvilken plass den arbeidsrettede behandlingen skal ha i spesialisthelsetjenesten, og at samarbeid med NAV er en viktig premisse for å lykkes. Arbeidsgruppa anbefaler at helseforetak og private institusjoner som leverer arbeidsrettet behandling inngår lokale samarbeidsavtaler med NAV.

Arbeidsgruppen mener det arbeidsrettede perspektivet bør inngå som en naturlig del av spesialisthelsetjenesten der det er hensiktsmessig. Det kan gjøres tydeligere ved en generell presisering av dagens prioriteringsforskrift for å klargjøre hvordan vilkåret «nytte» kan inkludere helse- og livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid eller utdanning. Per i dag er dette nevnt i en generell innledning til veilederne, under avsnittet «[Vilkåret om ressursbruk og forventet nytte](#)».

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for arbeidet

De regionale helseforetakene utarbeidet i 2017 en felles rapport, med anbefalinger om pasienttilbud som burde videreføres og/eller etableres innen spesialisthelsetjenestens ordinære tilbud etter omleggingen av Raskere tilbake-ordningen. Anbefalingene ble nedfelt i rapporten: *Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten*, som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet samme år. De regionale helseforetakene anbefalte å videreføre tverrfaglige, arbeidsrettede avklaringspoliklinikker for muskelskjelettlidelser, og arbeidsrettet behandling for personer med alminnelige psykiske lidelser som angst og depresjon.

I tråd med oppdragsdokumentet for 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet, ble arbeidsrettede behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering opprettet eller videreført, enten som del av helseforetakenes ordinære pasienttilbud, eller også gjennom kjøp av tjenester fra private institusjoner. Disse tilbudene omtales ofte som «helse- og arbeid».

Etter omleggingen av Raskere tilbake i 2018, skal henvisninger til arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten rettighetsvurderes og prioriteres i henhold til prioriteringsforskriften med tilhørende veiledere. De regionale helseforetakene (RHF) har imidlertid fått tilbakemeldinger fra flere helseforetak og private institusjoner, om uklarheter i forståelsen av prioriteringsveilederne for pasienter med behov for arbeidsrettet behandling. Av denne grunn ble det iverksatt et arbeid for å tydeliggjøre kriterier som skal ligge til grunn for vurdering av henvisninger til arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet sin felles rapport «Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet» (april 2019), anbefaler at prioriteringsveilederne gjennomgås på nytt for å klargjøre hvordan arbeidsrettet behandling skal forstås i rettighetsvurderingen.<sup>1</sup> Arbeidet er per i dag ikke iverksatt, og det er ikke kjent om det foreligger konkrete planer om en gjennomgang. Helsedirektoratet har i sitt oppdrag for 2020 fra Helse – og omsorgsdepartementet blitt bedt om å: *Utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet.*

Etter mandat fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene, gitt 26.8.19, ble det iversatt en interregional gjennomgang av prioriteringskriterier. Deltakerne ble oppnevnt i løpet av september/oktober og gruppa hadde sitt første møte 25.10.19. Arbeidets mål er en felles rapport med anbefalinger som skal bidra til likere vurdering

---

<sup>1</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseområdet/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf/\\_attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseområdet/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf/_attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf)

av henvisninger mellom helseforetak, regioner og private institusjoner, og derigjennom bidra til et mer likeverdig tilbud.

## **1.2 Mandat og organisering av arbeidet**

Følgende mandat ble vedtatt av det interregionale fagdirektørmøte 26. august 2019:

1. Kartlegge prioriteringsutfordringer innen psykisk helse og muskel/skjelettområdet, basert på fagmiljøenes erfaringer etter omleggingen av Raskere tilbake. Kartleggingen skal både omfatte polikliniske tilbud og døgntilbud, inkl. arbeidsrettet behandling ved rehabiliteringsinstitusjoner.
2. På grunnlag av utfordringene foreslå:
  - a. Tiltak som understøtter faglig god praksis, og ikke forutsetter endringer i aktuelle prioriteringsveiledere
  - b. Vurdere tiltak som gir Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet faglige premisser til å vurdere endringer og tydeliggjøring av arbeid og helse-området i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften.
  - c. Vurdere behovet for en veileder for arbeid og helse, og dennes innhold.
  - d. Andre tiltak som understøtter faglig gode prioriteringer, blant annet tiltak innenfor samhandlingen med primærhelsetjenesten og NAV.

Arbeidsgruppens oppdrag er å levere en rapport med anbefalinger til felles interregionale prinsipper for prioritering av henvisninger til arbeidsrettet utredning og behandling. Prinsippene skal bidra til å harmonisere vurderinger av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, basert på faglig konsensus.

### **1.2.1 Arbeidsgruppens sammensetning og organisering:**

Hver helseregion har oppnevnt tre medlemmer til arbeidsgruppen, én representant fra psykisk helsevern, én fra fysikalsk medisin og rehabilitering og én fra regional vurderingsenhet for rehabilitering. På grunn av størrelsen stiller Helse Sør-Øst med to representanter fra de to førstnevnte fagområdene. Videre deltok leder for Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, samt representanter fra de regionale helseforetakene. De regionale brukerutvalgene oppnevnte to brukerrepresentanter. Helsedirektoratet er orientert om arbeidet.

Ettersom de to fagområdene psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering har separate prioriteringsveiledere, er arbeidet delvis gjennomført i to faggrupper, og delvis samlet. Det ble utpekt ledere for hver av fagarbeidsgruppene. Representantene fra RHF-ene har fungert som styringsgruppe og sekretariat.

## 2. Arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering

### 2.1 Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten

Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å fremme deltakelse i arbeid og utdanning. Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2020 slår fast at:

*Arbeid og arbeidsdeltakelse er helsefremmende. RHF skal i samarbeid med NAV, sørge for samtidige helse- og arbeidsrettede tjenester eller andre virksomme tiltak som for eksempel samarbeid med arbeidsplassen/utdanning for personer som trenger det for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole, jf. Regjeringens inkluderingsdugnad.*

I pakkeforløpene innen psykisk helse og rus skal den enkeltes forhold til arbeid eller utdanning inngå i kartlegging og behandling. Det skal lages en plan for å fortsette i skole/arbeid eller vende tilbake til skole/arbeid.<sup>2</sup>

Arbeidsgruppen forstår arbeidsrettet behandling som utredning, behandling og rehabilitering, med følgende sentrale kjennetegn:

- Et tydelig arbeidsfokus i tjenestetilbudet med samtidig utredning, behandling og arbeidsrettet bistand, dvs. både helse og arbeid som mål. Arbeidsdeltakelse er viktig for bedre helse og livskvalitet/mestring.
- Med arbeid forstås også skole og utdanning.
- Samarbeid med NAV, fastlege, arbeidsgiver og andre om samtidige tiltak.
- En tverrfaglig tilnærming og organisering.
- Hjelp tidlig i sykdomsforløpet – kort ventetid.
- At pasienten er aktiv part i egen behandling.
- At pasienter med samtidig somatisk og psykisk sykdom kan få tverrfaglig og samtidig utredning og behandling.

Definisjonen er basert på forståelsen som ble lagt til grunn i den interregionale RHF-rapporten om anbefalinger for omleggingen av Raskere tilbake.<sup>3</sup>

Arbeidsgruppen bruker begrepene arbeidsrettet behandling, arbeidsrettede tjenester, arbeidsrettede tilbud og helse og arbeid-tilbud synonymt. For psykiske lidelser som angst- og depresjonslidelser brukes begrepene alminnelige/vanlige psykiske lidelser. Dette fordi arbeidsgruppen mener det er misvisende å bruke begrepet lettere psykiske lidelser om psykiske lidelser som gir betydelige helseplager, funksjonsfall, og behov for behandling.

Arbeidsrettet behandling har et utvidet fokus på tilbakeføring til jobb/studier. Den nye IA-avtalen for perioden 2019-2022 omfatter hele arbeidslivet, og innebærer en satsing

---

<sup>2</sup><https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

<sup>3</sup> Rapport fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten*

fra Regjeringen og partene i arbeidslivet på både kunnskapsformidling på arbeidsplassen, rask tilgang til individrettet tverrfaglig utredning, og avklaring som skal fremme arbeidsdeltakelse. Målgruppen er den store gruppen arbeidstakere som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet grunnet muskel-skjelettplager og/eller psykiske lidelser.<sup>4</sup> Avtalens to hovedmål er å redusere sykefraværet i samfunnet og å redusere frafall fra arbeidslivet.

## 2.2 Rettslig grunnlag for rettighetsvurderinger

Pasientens rett til helsehjelp er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd.<sup>5</sup> For at en pasient skal ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten må følgende to vilkår være oppfylt: Pasienten må ha forventet nytte av tiltaket, og det må være et rimelig forhold mellom forventet nytte og ressursbruk.

[Prioriteringsforskriften § 2a](#), angir kriterier for prioritering. Forventet nytte er basert på en faglig vurdering av hjelpens forbedring av pasientens tilstand (livslengde og/eller livskvalitet), og/eller hindre forverring sammenlignet med hjelp fra kommunalt nivå. Det skal gi økt sannsynlighet for:

- a) overlevelse eller redusert funksjonstap
- b) fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- c) reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag

Ressursvurderingen inkluderer ikke verdien av pasientens arbeid eller yrkesaktivitet som sådan. Derimot kan nyttevurderingen inkludere livskvalitetsaspekter ved å komme i arbeid og studier. Det er imidlertid ikke entydig hvordan dette skal forstås i praksis, og denne utydigheten ligger til grunn for arbeidet.

## 2.3 Dilemmaer ved prioritering til arbeidsrettet behandling

### 2.3.1 Helsefremmende arbeidsdeltakelse

Arbeidsrettet behandling har som formål å bidra til økt arbeidsevne, og hjelpe flere tilbake i arbeid, sammenlignet med vanlige behandlingstiltak.<sup>6</sup> Samtidig skal den enkeltes økonomiske bidrag ved å være i jobb ikke tillegges vekt i rettighetsvurderingen.

St. meld. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering* slår fast at:

---

<sup>4</sup> [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192022/id2623741/)  
<https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2017/11/Veileder-i-ARR-nov-2017-17112017.pdf>

*Et likeverdig helsetilbud til alle pasienter er grunnleggende. Da kan ikke den enkeltes arbeidsevne eller økonomiske bidrag være avgjørende for om man får eller nektes hjelp.<sup>7</sup>*

I innledningen til prioriteringsveilederne, under avsnittet om «[Vilkåret om ressursbruk og forventet nytte](#)» går det fram at:

*Yrkesaktivitet i seg selv er ikke et vurderingskriterium. Det betyr at en i kostnadsvurderingene ikke skal inkludere verdien av det arbeidet som vil utføres ved at pasienten kommer tilbake i jobb. En skal heller ikke inkludere eventuelle besparelser i trygdeutbetalinger. Derimot kan en i nyttevurderingen inkludere eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid.*

En felles rapport fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet fra april 2019, trekker skille mellom arbeidsevne (produktivitet) og arbeidsdeltakelse. Arbeidsdeltakelse forstås som:

*..en komponent som er viktig for livskvaliteten sammen med opplevelse av god helse, deltakelse i samfunnsliv og sosialt samvær. Direktoratene understreker videre at: ...slike hensyn bør inkluderes når nytte av behandling skal vurderes.<sup>8</sup>*

Arbeidsdeltakelse vil for de fleste gi både økt livskvalitet og bedre helse, og bør derfor inkluderes når nytte av behandling vurderes (ibid s.11).

Rehabilitering skal øke personens evne til å fungere fysisk, psykisk og sosialt, jf. veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.<sup>9</sup> I følge Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering, er arbeidsevne et sentral begrep for arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Arbeidsevnen bestemmes av både egne ressurser og arbeidets krav, og kan bedres ved å styrke deltakerens helse, kompetanse osv. og/eller ved å endre på kravene i jobben.<sup>10</sup> Personens tilknytning til arbeid eller studier og arbeidsevne (funksjon) har derfor betydning for nytten av et arbeidsrettet tilbud, selv om personens arbeidsforhold ikke har betydning for å få rett til helsehjelp.

### **2.3.2 Arbeidsrettet behandling må gis til rett tid**

Arbeidsgruppen mener det er viktig at rettighetsvurderingen gir pasienten tilgang til helsetjenester i den fasen av forløpet hvor behandlingsintervensjonene er mest virksomme. Det skyldes at tidspunktet for behandlingens oppstart har vesentlig betydning for behandlingsresultatet.<sup>11</sup> Personer med kortere sykefraværsløp eller delvis

<sup>7</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1>

<sup>8</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseomradet/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf/\\_attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/tilstand-og-utfordringer-pa-arbeid-helseomradet/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf/_attachment/inline/cd5288e1-b92c-4756-b225-319c8f11c4b8:abd1e25e6df74d9bead6b5905ca59ef7b041c9f3/Tilstand%20og%20utfordringer%20p%C3%A5%20arbeid%20-%20helseomr%C3%A5det.pdf)

<sup>9</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/malgrupper-og-virkeomrade-for-veilederen/malgrupper-for-rehabilitering>

<sup>10</sup> <https://arbeidoghelse.no/>

<sup>11</sup> [http://uni.no/media/manual\\_upload/176\\_N28-02-Gjesdal.pdf](http://uni.no/media/manual_upload/176_N28-02-Gjesdal.pdf)



sykemelding/uførhet har bedre behandlingseffekt (og dermed nytte) med lavere ressursinnsats. Lang tid fra henvisning til behandling, fører ofte til funksjonsfall og forverring av personens tilstand. Langvarig sykemelding er en sterk prediktor for varig uførhet og arbeidsgruppens erfaring er sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid og eventuelt skole er bedre for personer med to til fire måneders sykemelding. Andelen som kommer seg tilbake i jobb, synker jo senere i forløpet behandlingen settes inn. Det er derfor viktig at henvisning til spesialisthelsetjenesten sendes på riktig tidspunkt, slik at pasienten får et tilbud i det tidsrommet nytteverdien vanligvis er størst. Tidligere henvisning kan både gi raskere avklaring og en samlet lavere ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten, enn flere frittstående undersøkelser ved forskjellige fagspesifikke poliklinikker. Prioriteringsveilederne legger ikke godt nok til rette for dette, noe som belyses nærmere i kapitlene 3.1 og 3.2.

### **3. Prioritering av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for pasienter som henvises til arbeidsrettet behandling**

#### **3.1 Prioriteringer innen psykisk helsevern**

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern dekker alle psykiske lidelser fra alminnelige psykiske lidelser som angst og depresjon, til alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser og bipolar lidelse. Individuelle vurderingskriterier, som funksjonsfall skal tas hensyn til ved vurdering av henvisning. Funksjonsfall vurderes opp mot arbeid, skole, omsorg for barn, graviditet og komorbiditet.

##### **3.1.1 Målgruppe for arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern**

Den største målgruppen for arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern, er personer med alminnelige psykiske lidelser som angst- og depresjonslidelser. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern ligger til grunn for inklusjon og frist for første kontakt med pasient. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern baserer seg både på pasientens diagnose, sykdommens alvorlighet, og individuelle vurderingskriteria. Eksempel på individuelle vurderingskriteria er blant annet funksjonsfall på flere arena, eks. jobb, skole, sosialt, privat. Aspekter som typisk inngår i totalvurderingen er at personen ikke klarer å møte på jobb, har hyppig bruk av egenmelding, betydelige vansker med å gjennomføre arbeidsdagen med forventet kvalitet, og/eller vansker med å levere forventet eller vanlig resultat, redusert og/eller manglende konsentrasjon, avventende sykemelding, sykemelding og dennes lengde, søvnforstyrrelser over tid og tilbaketrekking fra aktiviteter som forsterker vansker i personens liv. Pasientens eget ønske, motivasjon og potensial for bedret arbeidsevne kan inngå som del av vurderingen. Arbeidsgruppen mener sykemelding eller fare for sykemelding (inkl. hyppig bruk av egenmelding) bør legges vekt på i rettighetsvurderingen. Dette bør omfatte også personer som eks. har fått oppsigelse, og som trenger hjelp til arbeidsnærver og generell funksjonsevne i det daglige, samt personer som er studenter.

Videre omfatter individuelle vurderingskriterier blant annet tidligere depressive episoder og tilbakefall. Omsorgsoppgaver for barn og graviditet kan bidra til rett til helsehjelp ved en depresjon som ellers ikke vil gi rett. Personer med nylig traumeopplevelse, avgrenset fra komplekse traumelidelser kan ha nytte av tilbudet.

Aldersgrensen anbefales vurdert skjønnsmessig, med utgangspunkt fra 18 år og opp til pensjonsalder. Der det er hensiktsmessig, kan ungdom fra 16 år gis et tilbud, for eksempel lærlinger i videregående skole.

En stor gruppe pasienter har alminnelige psykiske lidelser som angst og depresjon, samtidig med muskel-skjelett-plager. Flere helseforetak tilbyr samtidig behandling av psykiske og somatiske lidelser med gode resultater. Det er enighet i arbeidsgruppen at NAV har en viktig funksjon. Det er i tråd med tidligere anbefalinger fra RHF-ene, samt oppdragsdokumentene fra HOD.

### **3.1.2 Når er det ikke indikasjon for arbeidsrettet behandling i psykisk helsevern**

Personer med enkelte tilstander har redusert sannsynlighet for å kunne ha nytte av arbeidsrettet behandling. Det gjelder blant annet følgende primærtilstand: Ruslidelser, alvorlig eller forhøyet selvmordsrisiko, selvskading, komplekse traumelidelser, alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlig personlighetspatologi psykoseutvikling/psykose, autismspekter lidelser og andre utviklingsforstyrrelser samt psykisk utviklingshemming.

Tilsvarende vil lidelser som krever høyt spesialisert tilnærming og/eller tredjelinjeintervensjon ha redusert sannsynlighet til å nyttiggjøre seg tilbud. Det kan gjelde lidelser som alvorlig depresjon, alvorlig angst og bipolar lidelse.

Arbeidsgruppens erfaringer er at personer som har stått utenfor arbeidslivet i flere år / i lengre tid, ofte vil ha behov for et lengre og mer sammensatt tilbud. I Helse Nord har for eksempel institusjonen RIBO gitt tilbud om slik behandling.<sup>12</sup>

Utredning/avklaring av uførhet som grunnlag for ytelser fra NAV faller utenfor kjerneoppgavene. Tilsvarende gjelder utredning for forsikringsselskap.

---

<sup>12</sup> <https://ribo.no/>

### 3.1.3 Prioriteringsutfordringer i psykisk helsevern

Arbeidsgruppen oppsummerer de største prioriteringsutfordringene for arbeidsrettet behandling innen psykisk helsevern slik:

1. Det er stor forskjell på hvordan det arbeidsrettede tilbudet er organisert i helseforetakene og mellom helseregionene. Noen har egne tverrfaglige avklaringspoliklinikker, andre tilbyr arbeidsrettet behandling som del av en allmenpsykiatrisk avdeling. Det gir forskjeller i henvisningsstrøm og rutiner for vurdering av henvisninger. Ulik vurdering av samme henvisning er en kjent problemstilling som også omfatter vurderinger av arbeidsrettet behandling.
2. Hvor stor vekt kan legges på individuelle vurderingskriterier som funksjonsfall/sykemelding. Er fare for å falle ut av skole/arbeid tilstrekkelig for å fastslå risiko for prognosetap? Hvordan skal delvis sykemelding forstås? Viser det vilje og/eller evne til å stå i arbeid/utdanning til tross for plager? Hvordan skal den enkeltes motivasjon for behandling og å stå i jobb/skole vektlegges? Motivasjon kan være del av den enkeltes barriere knyttet til lidelsen. Arbeidsgruppen har erfaring med at personer på gradert uførhet ofte er motiverte for å stå i jobb/utdanning.
3. Mangelfulle henvisninger fører til dårligere grunnlag for prioriteringsvurderingen. Det er tidsmessig utfordrende å be fastlegen om utfyllende informasjon innen fristen av 10 dager. Informasjon til fastlegene om henvisningenes innhold er viktig, og også orientering om innretning av tilbudene. Informasjon bør fortrinnsvis gis i praksisnytt og i samarbeidsmøter med gjensidig informasjonsutveksling.
4. Tidlig innsats gir generelt bedre behandlingsresultat. Lang tid fra henvisning til behandling fører ofte til funksjonsfall og forverring av personens tilstand. Samtidig angir prioriteringsveilederen for psykisk helsevern en maksimal ventetid på 12 uker for moderat angst, og 8 uker for moderat depresjon. Ved stort press på tjenesten vil ofte pasientgruppen skyves mot maksimalgrensen, til tross for at pasientene vil ha bedre behandlingsutbytte ved kortere ventetid.
5. Økt mengde henvisninger til psykisk helsevern har ført til høy avslagsprosent. Mange får ikke innvilget rett til helsehjelp. Samtidig er det stort fokus på å redusere avslag og ventetid. Det utfordrer den samlede prioriteringen av pasienter inn til psykisk helsevern. Personer som tilbys arbeidsrettet behandling vil som hovedregel ha bedre uttelling basert på nytte-kriteriet, og vurderingen av behandlingseffekt opp mot kostnadsnivå. Kommunene har i beskjeden grad et tilbud til denne gruppen og lang ventetid eller avslag på henvisning vil derfor kunne forverre helsetilstanden.

## 3.2 Prioriteringer innen fysikalsk medisin og rehabilitering

### 3.2.1 Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering

Arbeidsgruppen har avgrenset arbeidet til å omfatte tilstander som dekkes av prioriteringsveilederen innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Denne slår innledningsvis fast at:

*Ved prioritering av pasienter er det ikke bare diagnose som vektlegges. Det må i tillegg vurderes hvorvidt pasienten har, eller står i fare for å få, nedsatt funksjonsevne.<sup>13</sup>*

Mange pasienter vil kunne få tilstrekkelig utredning og behandling i primærhelsetjenesten. Tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten tildeles ved behov for utredning, behandling og veiledning som kommunale helse- og omsorgstjenester ikke kan tilby.

### 3.2.2 Målgruppe for arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin og rehabilitering

Målgruppen for arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin og rehabilitering, er personer med muskel- og skjelettplager, der plagene gir redusert funksjonsevne eller fare for funksjonsfall. For å bli prioritert til arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin, må muskel- og skjelettplager være hovedårsak til funksjonsnedsettelsen, eller faren for funksjonsnedsettelse.

Når varigheten av sykefraværet overstiger 8 uker, øker risikoen for et langvarig forløp og arbeidsuførhet. Forskning viser at det optimale terapeutiske vinduet er mellom 2 til 4 måneder etter at personen opplever funksjonsfall og blir sykemeldt. Andelen som kommer seg tilbake i jobb synker jo senere i forløpet behandlingen settes inn. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at arbeidsrettet tiltak starter tidligere enn tidsfristene i veilederen som er på 3 eller 6 måneder.

Arbeidsgruppen skiller mellom tilbud som gis ved fysikalskmedisinske poliklinikker, og tilbud gitt ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Mens pasienter som henvises til poliklinisk behandling/vurdering vanligvis har behov for tidlig utredning, avklaring og oppfølging, er det for døgnbehandling naturlig at pasientens forløp kan ha vart lenger.

Til arbeidsrettet behandling i fysikalskmedisinske poliklinikker prioriteres pasienter i arbeidsfør alder som har muskel- og skjelettplager, og med behov for rask avklaring av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Det skal legges avgjørende vekt på tap av arbeidsfunksjon og behandlingens nytte/effekt ved vurdering av rett til helsehjelp og fastsettelse av frist. Spesielt må ventetiden være kort for avklaring og utredningstiltak.

---

<sup>13</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/fagspesifikk-innledning-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering>

Til arbeidsrettet behandling i private rehabiliteringsinstitusjoner prioriteres pasienter i arbeidsfør alder med muskel- og skjelettplager hvor utredning og avklaring foreligger, men der enkeltstående rehabiliteringstiltak i mindre grad vil føre til mer arbeidsdeltakelse. Med enkeltstående tiltak menes for eksempel egentrening, veiledet trening, kortvarige mestringsrettede kurs, eks. hos fysioterapeut eller kiropraktor, og oppfølging hos fastlege eller spesialist.

I henhold til prioriteringsveileder skal individuelle hensyn tas ved vurdering om rettighet. Eksempel på individuelle vurderingskriterier er blant annet funksjonsfall på flere arena, som jobb, skole, sosialt, privat. Aspekter som typisk inngår i totalvurderingen er at personen ikke klarer å møte på jobb angivelig grunnet smertetilstanden, har hyppig bruk av egenmelding, betydelige vansker med å gjennomføre arbeidsdagen med forventet kvalitet, avventende sykemelding, sykemelding og dennes lengde, og tilbaketrekking fra aktiviteter som forsterker vansker i personens liv.

Andre forhold som personens egenmotivasjon og arbeidsnærhet, har stor betydning for nytteverdien av arbeidsrettet rehabilitering.<sup>14</sup> Arbeidsnærhet forstås som hvorvidt pasienten har et arbeidsforhold eller ikke, tilrettelegging på arbeidsstedet/skole som sannsynliggjør mulighet for å fortsette i arbeid/skole til tross for helseplager, om det foreligger plan for tilbakeføring til arbeid/skole der hvor pasienten har falt helt eller delvis ut, og muligheter for arbeid/skole der hvor det ikke foreligger et arbeidsforhold/utdanningsløp. Samarbeid med NAV og arbeidsgiver anses viktig.

Alder kan også tas inn som et individuelt hensyn.<sup>15</sup> I spesialisthelsetjenesten følger den nedre aldersgrense som hovedregel nivådelingen mellom voksne og barn, men pasienter under 18 år gis tilbud basert på klinisk skjønn der det er hensiktsmessig. Et eksempel på dette er personer i videregående skole som er lærlinger.

En stor gruppe pasienter har samtidige psykiske lidelser og muskel/skjelett-plager. Arbeidsgruppen mener det optimale er å gi samtidig hjelp til denne gruppen.

### **3.2.3 Når er det ikke indikasjon for arbeidsrettet behandling i fysikalsk medisin og rehabilitering**

Arbeidsgruppen mener at personer som har stått lenge utenfor arbeidslivet, i liten grad vil ha nytte av tilbud innen arbeidsrettet behandling. De vil likevel kunne oppnå bedre livskvalitet av behandling/rehabilitering, selv om det ikke er tilbakeføring til arbeid/utdanning som er behandlingens primære mål.

Utredninger for forsikringssselskap, utredninger av uførhet for NAV og sakkyndighetsvurderinger skal ikke dekkes av det arbeidsrettede tilbudet.

---

<sup>14</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14034948010290020701?icid=int.sj-abstract.similar-articles.3> ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16012545>

<sup>15</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525845>

### **3.2.4 Prioriteringsutfordringer innen fysikalsk medisin og rehabilitering**

I arbeidsgruppen for arbeidsrettet behandling innen fysikalsk medisin og rehabilitering ble følgende framhevet som de største prioriteringsutfordringene:

1. Det er stor forskjell på hvordan det arbeidsrettede tilbudet er organisert i helseforetakene og mellom helseregionene. Noen har egne tverrfaglige avklaringspoliklinikker, andre tilbyr arbeidsrettet behandling som del av en allmenfysikalsk avdeling. Det kan gi forskjell i henvisningsstrøm og rutiner for vurdering av henvisninger.
2. Det gir best behandlingsresultat dersom behandlingen iverksettes på riktig tidspunkt. For de fleste arbeidsrettede polikliniske tilbud er det optimale tidspunktet 2-4 måneder etter at personen opplever funksjonsfall og blir sykemeldt. Henvisning må derfor sendes på riktig tidspunkt slik at pasienten får tilbud i det tidsrommet nytteverdien vanligvis er størst. Arten og kompleksiteten av helseutfordringer og funksjonsfall avgjør hva som er egnet rehabilitering på et gitt tidspunkt. Prioriteringsveilederen fastsetter en tidsfrist på 3-6 måneder.
3. Hvordan skal risikoen for å falle ut av jobb vektlegges i den individuelle vurderingen av behandlingsfrist? Her bør dialogen med primærhelsetjenesten bli bedre for å sikre kartleggingen av risikopasientene og tidlig nok henvisning etter 2-4 måneder.
4. Individuelle faktorer som personens motivasjon virker inn på behandlingsresultat. Arbeidsgruppen erfarer at lav tro på bedring av helsen og bedring av arbeidsevnen bidrar til et dårlig resultat hva angår arbeidsrettete tiltak. Vurdering av motivasjon og arbeidsnærhet bør derfor legges til grunn når det gjelder prioritering av tiltak. Hvor stor vekt som kan tillegges slike forhold er ikke entydig.

## 4. Arbeidsgruppens anbefalinger

### 4.1 Anbefaling om prinsipper for rettighetsvurdering til helse og arbeid-tilbud

Målgruppen for arbeidsrettet behandling er personer med vanlige muskel- og skjelettplager og/eller alminnelige psykiske lidelser, som påvirker deres funksjonsnivå og evne til å stå i arbeid eller utdanning. Det omfatter mennesker med:

- vanlige muskel- og skjelettplager som opplever funksjonsfall i forhold jobb/skole
- alminnelige psykiske lidelser som angst og depresjon, med individuelle tilleggsfaktorer som kan gi funksjonsfall i forhold til jobb/skole
- et blandet symptombilde med både vanlige muskel- og skjelettplager og alminnelige psykiske lidelser som kan gi funksjonsfall i forhold til jobb/skole
- målsetting om å opprettholde eller gjenoppta arbeid eller utdanning

Tilbudet bør gis til de som har behov for rask, tverrfaglig og grundigere utredning/rehabilitering og behandling, enn det fastlege og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan tilby.

Prioriteringsveiledere ligger til grunn for vurdering til rett til behandling i spesialisthelsetjenesten og ytre rammer for behandlingsfrist. Individuelle forhold som funksjonsfall på flere arena (jobb, skole, sosialt, privat), bør i denne sammenheng tillegges særlig vekt. Viktige aspekter er om personen:

- ikke klarer å møte på jobb
- har hyppig bruk av egenmelding
- har betydelige vansker med å gjennomføre arbeidsdagen med forventet kvalitet
- har vansker med å levere forventet/vanlig resultat
- har avventende sykemelding
- har gjentatte sykemeldinger med lang varighet

Personer som vurderes med rett til arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten, må ha en målsetting om å opprettholde eller gjenoppta tilknytning til arbeid eller utdanning. Egenmotivasjon og arbeidsnærhet har stor betydning for nytteverdien.

Arbeidsnærhet definerer arbeidsgruppen som en vurdering av om:

- pasienten har et arbeidsforhold eller ikke
- tilrettelegging på arbeidssted/skole sannsynliggjør at pasienten kan fortsette i arbeid/skole til tross for helseplager
- det foreligger plan for tilbakeføring til arbeid/skole dersom pasienten har falt helt eller delvis ut
- det er muligheter for arbeid/skole der hvor det ikke foreligger et arbeidsforhold eller utdanningsløp
- det foreligger samarbeid med NAV og arbeidsgiver

Aldersgrensen anbefales vurdert skjønnsmessig, med utgangspunkt fra 18 år og opp til pensjonsalder. Der det er hensiktsmessig, kan ungdom fra 16 år gis et tilbud, eks. for lærlinger i videregående skole.

Anbefalingene er generelle og ikke til hinder for å utøve klinisk skjønn.

## 4.2 Prioriteringsforskriften og dagens prioriteringsveilederne

Arbeidsgruppen har vurdert forslag til endringer og tydeliggjøring av arbeid og helseområdet i prioriteringsveilederne og prioriteringsforskriften.

Arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten er videreført i helseforetakenes ordinære drift som en del av sørge-for-ansvaret. Arbeidsgruppen mener derfor at det arbeidsrettede perspektivet bør inngå som en naturlig del av behandling i spesialisthelsetjenesten der dette er hensiktsmessig. En generell presisering av dagens prioriteringsforskrift, vil klargjøre hvordan vilkåret «nytte» kan inkludere helse- og livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid eller utdanning. Per i dag er dette nevnt i en generell innledning til veilederne, under avsnittet «[Vilkåret om ressursbruk og forventet nytte](#)».

En generell presisering vil både være til hjelp i prioriteringsarbeidet, og i tråd med politiske føringer fra Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (2019, 2020) og Nasjonal helse- og sykehusplan, jf. IA-avtalen. Et arbeidsrettet fokus bør være en allmenn rettighet for pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten når det er hensiktsmessig.

Årets oppdragsbrev (2020) til Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, gir i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer/veileder om arbeid og helse. Det er naturlig at de nye nasjonale retningslinjene om arbeid og helse tydeliggjør hvilken plass den arbeidsrettede behandlingen skal ha i spesialisthelsetjenesten, og tydeliggjør at et viktig premiss er spesialisthelsetjenestens samarbeid med NAV og eventuelt arbeidsplass. Det er i tråd med føringene fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023).

## 4.3 Forslag til andre tiltak som understøtter faglig gode prioriteringer

Arbeidsgruppen foreslår følgende andre tiltak for å understøtte faglig gode prioriteringer:

### 1. Tettere samarbeid mellom fagområdene i spesialisthelsetjenesten:

Det er behov for et tettere samarbeid i spesialisthelsetjenesten mellom de to fagområdene fysikalsk medisin og rehabilitering, og psykisk helsevern. Svært mange i målgruppene for arbeidsrettede tilbud har samtidige fysikalsk medisinske og psykiske



problemer. Det bør gis samtidig hjelp fra psykisk helsevern og somatikk til denne gruppen.

## **2. Nært samarbeid med NAV:**

Arbeidsgruppen understreker at samarbeid med NAV og eventuelt arbeidsplass, er viktig for å lykkes. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og NAV er formalisert med regionale samarbeidsavtaler i alle helseregioner. Tilsvarende bør lokale avtaler inngås.

## **3. Tidligere henvisning fra fastlegene**

Henvisning bør sendes i tidlig fase da tidlig innsats gir bedre behandlingseffekt. Det bør derfor legges opp til bedre dialog med fastlegene for å bidra til at henvisning sendes på riktig tidspunkt. Tidligere henvisning kan gi pasientene et tilbud i det tidsrommet nytteverdien av et arbeidsrettet tilbud vanligvis er størst. Fastlegene bør ha tilgang til god informasjon om arbeidsrettede tilbud, slik at fastlegen og pasienten sammen kan ta stilling til om et arbeidsfokuset tilbud vil være hensiktsmessig. Avveiningen bør komme frem i henvisning slik at inntaksteamet kan ta dette med som en del av den individuelle vurderingen. Informasjon til fastlegene om nødvendig innhold i henvisningene er viktig, og bør fortrinnsvis gis i praksisnytt og i samarbeidsmøter med gjensidig informasjonsutveksling.

## **4. Utvidet samarbeid med kommunene**

Kommunene har etter hvert flere tilbud til målgruppen, som frisklivssentraler, fysioterapeuter, rask psykisk helsehjelp og kommunale psykisk helse og rus-tilbud. Arbeidsrettet behandling er et område som på sikt egner seg for samarbeid mellom omsorgsnivåene. Utbyggede kommunale tilbud kan gi tidligere hjelp og bidra til bedre sammenhengende pasientforløp for store pasientgrupper. Rask psykisk helsehjelp har personer med angst-, depresjons- og/eller søvnplager som målgruppe. Det overlapper delvis målgruppen for arbeidsrettet behandling i spesialisthelsetjenesten. På sikt kan en samordning mellom tilbudene lede til at flere får et tilbud og at omsorgsnivåene blir komplementære til hverandre. I frisklivssentraler gis det ofte kurs i å mestere belastninger, bedring av søvn og annet. Det er verdifulle tilbud som spesialisthelsetjenesten bør kjenne til og vise til når de skal tilby adekvat hjelp.