

Eksperters synspunkter på tilbudet til sykmeldte i Norge. Første runde av en delphi-studie

Av Lisebet Skeie Skarpaas, John Erik Berg, Ellen Ramvi, Lise Haveraaen og Randi Wågø Aas

*Lisebet Skeie Skarpaas er ph.d.-stipendiat i Helsevitenskap ved Høgskolen i Oslo og Akershus og tilknyttet Presenter, Stavanger.
E-post: Lisebet.Skeie.Skarpaas@hioa.no*

John Erik Berg er professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ellen Ramvi er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger.

Lise Haveraaen har master i psykologi og forsker i Presenter, Stavanger.

Randi Wågø Aas er førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger og Høgskolen i Oslo og Akershus og tilknyttet Presenter, Stavanger.

Manuset ble første gang mottatt 23.6.16 og ble godkjent 27.1.17.

EXPERTS' OPINIONS ON RETURN TO WORK SERVICES FOR PERSONS ON SICK LEAVE IN NORWAY. FIRST ROUND OF A DELPHI STUDY

Abstract

Background: Return-to-work (RTW) programmes have undergone large changes in recent years. The aim of this study was to identify problems and needed changes in RTW programmes for sick-listed employees in Norway.

Material and methods: The study was designed as a Delphi study, where 32 experts on RTW interventions participated in a group interview, with both written and oral data collection. The data was analysed by qualitative and quantitative content analysis.

Results: 218 identified meaning units were condensed into 23 unique problems and 34 suggested changes. Every third unit involved the overall organization of RTW programmes. The experts expressed an experienced overlap between interventions offered by the public welfare service (NAV) and by the health services, and suggested that the services should be better coordinated. Furthermore, they argued that there is an insufficient focus on the employees' workplace, that it takes too long before sick-listed employees are referred to a RTW service, and that the employees are often misdiagnosed, pathologized, and medicalized. Additionally, they experienced that access to research is lacking, and that there is a need for more available documentation on the effectiveness of RTW interventions.

Conclusion: According to experts in this study, interventions offered to sick-listed employees have core issues that should be addressed. The overall organization of the programmes seems to be the greatest concern.

Key-words: Rapid RTW Delphi study, Sick leave, Occupational Rehabilitation, Work Disability Prevention and Integration, Return to work, RTW programmes

Bakgrunn

Både i Norge og internasjonalt brukes det mye ressurser for å sikre en rask og varig tilbakeføring av sykmeldte til arbeidslivet (1-4). En av årsakene til dette er at langtidssykmelding kan utgjøre en risiko for utstøting fra arbeidslivet på permanent basis (4-7). Å miste muligheten for arbeidsdeltakelse kan føre til aktivitetsdeprivasjon, som kan ha negativ innvirkning på livskvalitet og helse (8, 9). I Norge er andelen sykmeldte dobbel så høy som gjennomsnittet i OECD-landene (4). De vanligste diagnosene knyttet til sykefravær er muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser, som utgjør henholdsvis omtrent 40 og 20 prosent av totalt antall sykefraværsdager (10-12).

En rekke studier og oppsummeringer har avdekket hva tilbakeføringsprogrammer må omhandle for å kunne gi den ønskede effekt (3-27). En slik tiltakskomponent er rettet mot tilrettelegging på og aktiv involvering av arbeidsplassen (3, 13-17). Videre ser tverrfaglig team (13, 14, 18, 19), skreddersøm (19, 20), koordinering (19, 21-23), samt at helsekompetanse overføres til arbeidsplassen (14, 24) ut til å ha en positiv betydning for tilbakeføring. Nyere studier har også vist at enkelte grupper sykmeldte har like god eller bedre effekt av såkalte «Brief Interventions» med fokus på normalisering av bevegelser og at plagene ikke er farlige, enn av tiltakstunge tverrfaglige tilbakeføringsprogram (25-27).

Imidlertid er det utfordrende å skulle implementere slike ofte komplekse tiltaksprogrammer for sykmeldte i nye kontekster, som i andre land enn der studien er gjort (28-30). En utfordring kan være at slike tiltaksprogrammer innebærer bidrag fra svært ulike aktørgrupper; fra arbeidsplassen, helsetjenesten og fra NAV (31, 32). Utfordringer kan også handle om at de involverte aktørene har ulike perspektiver og mål (24, 33, 34), eller for eksempel at intervensjonen ikke ble gjennomført slik den var planlagt på grunn av for dårlig tilpassing til lokal kontekst (29).

I Norge er det iverksatt en rekke nye tiltak, gjort endringer i sykmeldingspraksis og opprettet arbeidslivssentre, som har ført til at behandling og rehabilitering av sykmeldte skjer på andre måter i dag enn for ti år siden (35-37). Tiltak rettet mot å redusere sykefravær finnes både innenfor NAV, på ulike nivå i helsetjenesten og på arbeidsplassen. Avtalen om Inkluderende arbeidsliv fra 2001 markerte et skifte der arbeidsplassen ble hovedarenaen for oppfølging av sykmeldte (36, 38). Også innen ar-

beidsrettet rehabilitering er det skjedd et fokusskifte fra behandling og trening i skjermede enheter før ordinært arbeid, til tidlig plassering i ordinært arbeidsliv med trening og tilrettelegging på arbeidsplassen (23, 39, 40), det som omtales som «fra Train-then-Place til Place-then-Train» (39). Dette skiftet kom først innen psykisk rehabilitering. Dette preger nå fagfeltet internasjonalt uavhengig av diagnose. Samtidig har man innen rehabiliteringsfeltet gått fra en biomedisinsk forståelse og tilnærming til sykdom, til et biopsykososialt perspektiv og mer systemisk tenkning (41-43). Samspillet mellom de ulike arenaene er avgjørende for utfallet i en tilbakeføringsprosess, og man har fokus på involvering av arbeidsplassen og forebygging av langtidsfravær og uførhet (44). Også innen aktivitetsvitenskap ser vi en slik utvidet forståelse av rehabilitering, der muligheten for arbeidsdeltakelse etter sykdom eller skade avgjøres både av individuelle forutsetninger og valg, og av omgivelsesmessige forhold på arbeidsplassen, samt som utslag av føringer og strukturer i samfunnet forøvrig (45, 46).

Den største satsningen rettet mot sykmeldte i Norge kan hevdes å være Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, som også er kjent som Raskere tilbake. Programmet ble iverksatt i 2007 og har to ulike mål: å redusere ventetiden for behandling, og å bidra til en raskere tilbakeføring av sykmeldte. Helseforetakene og NAV organiserer tilbudene som ytes i programmet, og bevilgningen har årlig vært på rundt 700 millioner kroner (47). Pasientgruppene som dominerer i tilbudene er personer som har vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år, som har muskel- og skjelettplager eller lettere psykiske lidelser (48). Studier har vist stor oppslutning om programmet Raskere tilbake blant pasientene (49), at programmet ble raskere implementert i helseforetakene enn i NAV (50), at helseforetakene er mer fornøyde med administreringen av programmet enn NAV (48), og at det er betydelige variasjoner mellom de enkelte tilbudene, tilbudstypene og tilbudenes geografiske plassering innen programmet (48). Videre viser studier at informasjon til NAV og fastlegene om programmet ikke var god nok (48, 50), og at fastlegene brukte programmet lite (49). En studie viste at det å opprette en fast koordinator som syr tilbudene sammen, samt å samhandle med eksterne aktører som arbeidsplassen, var mangelfullt utviklet i mange Raskere tilbake-tilbud (48). På tross av at noen studier har sett på tilbudet til sykmeldte fra aktørperspektiv (30, 32, 33, 51), har vi

Meningsbærende enhet (direkte fra transkribert tekst)	Kondensert meningsbærende enhet	Problemstilling	Endringsforslag	Tema
«Samtidighet til tiltak foregår i dag ut fra litt for mye tilfeldigheter, det er laget dialogmøter og struktur på sykefraværarbeid [...], som til dels fungerer. Når de kommer opp på spesialisthelsetjenestenivå, der jeg jobber, så er det egentlig basert mye på bekjensker og kunnskaper om NAV og systemene, at du får tak i dem. Sånn bør det ikke være.»	Samarbeid mellom ulike instanser rundt sykemeldte foregår ut fra tilfeldigheter, strukturen rundt fungerer bare delvis. I spesialisthelsetjenesten er det basert på bekjensker og kunnskap om NAV, og det bør ikke være slik.	Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjensker.	(ikke relevant her)	Koordinering og samhandling

Tabell 1: Eksempel på analyseprosess fra transkribert intervju til tema hentet fra Tema V: Koordinering og samhandling.

fortsatt for liten innsikt i hvilke konkrete utfordringer ulike aktører opplever i et slikt kompetansekrevede aktørtungt tiltaksfelt (30, 32). Målet med denne studien var derfor å identifisere problemstillinger og endringsbehov i dagens behandling og rehabilitering av sykmeldte, med særlig fokus på tilbakeføringsprogrammet Raskere tilbake, blant et utvalg av eksperter på oppfølging av sykmeldte. Hensikten med studien var å sikre åpenhet om utfordringene, slik at tilbudet til sykmeldte kan videreutvikles og forbedres.

Materiale og metode

Studien ble designet som en delphi-studie (52), hvor eksperter på oppfølging av sykmeldte (n=32) deltok i et eksplorerende induktivt gruppeintervju som ble avholdt i april 2012. Formålet med denne forskningstilnærmingen er å identifisere eksperters oppfatninger, basert på deres kunnskap og erfaringer om et tema. I neste fase vurderes det i hvilken grad det eksisterer konsensus blant aktører om det som kommer fram (52). Denne artikkelen beskriver resultatene fra det kvalitative materialet i runde 1.

Utvalg

I delphi-studier er eksperter definert som informerte individer eller spesialister som har kunnskap om et spesifikt felt (52). Spesialister refererer til formell kunnskap, mens informerte individer refererer til uformell kunnskap innen feltet. Kunnskap inkluderer i denne sammenhengen erfaringskunnskap. I denne studien er ekspertene individer som har erfaring

med å følge opp sykmeldte direkte, som har ansvar for å organisere eller forske innen sykefraværsoppfølging, eller som har erfaring med sykmeldte gjennom en brukerorganisasjon. En strategisk utvalgsstrategi ble benyttet, der målet var å få et heterogent utvalg som dekket eksperter på sykefraværarbeid best mulig (32). Utvalgsriteriene var at de ulike rollene i sykefraværarbeid skulle dekkes (53), og at det skulle være en geografisk spredning med representanter fra ulike steder i Norge, samt inkludere både store og små Raskere tilbake-tilbud (48) for å dekke størst mulig bredde av erfaringer. Utvalget ble rekruttert ved mailkontakt. Ekspertene kom fra brukerorganisasjoner (n=2), arbeidsgivere fra privat og offentlig sektor (n=2), henvisere fra NAV-kontor (n=1) og fastlegetjenesten (n=1), tilbudsyttere fra NAV og helseforetak (n=4), NAVs Arbeidslivssenter (n=1), koordinatører/prosjektledere for Raskere tilbake-ordningen (NAV: n=2, helsetjenesten: n=4), bedriftshelsetjenestepersonell (n=1), departement og direktorat (n=7), arbeidsgiver-/arbeidstakerorganisasjoner (n=3) og forskere (n=4).

Datainnsamling

De 32 ekspertene var delt inn i tre grupper, ut fra roller de ble tildelt under intervjuet. *Observatører* (n=10), som bestod av representanter fra myndighetsorganer, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, og *forskere* (n=4) kunne stille spørsmål og bidra med kommentarer. *Deltakerne* (n=18) deltok aktivt med sine erfaringer og meninger. Deltakerne hadde i gjennomsnitt 11,4 års erfaring med å jobbe

	Skriftlig	Intervju	Totalt
Hovedtemaer	N	N	N
Nasjonal organisering	31	43	74
Mottakerne	9	30	39
Kompetanse	13	18	31
Programmenes fokus og tilnæringsmåte	12	16	28
Koordinering og samhandling	12	12	24
Varighet av program	5	7	12
Henvising til tilbud	2	8	10
Totalt	84	134	218

Tabell 2: Oversikt over temaer som informantene på gruppeintervjuet tok opp (antall meningsenheter).

Note: Antall (n) refererer her til meningsbærende enheter som ble identifisert i skriftlige data og fra det transkriberte intervjuet.

med sykmeldte (min.-maks. 1–37 år, SD 12 år), og representerte følgende profesjonsgrupper: medisin/helsefag (n=8), sosialfag (n=2), pedagogikk (n=2), samfunnsfag (n=3), administrative fag (n=2) og for én var profesjonen ukjent (n=1).

Datainnsamlingen var todelt og foregikk i akademia. Først ble alle som var til stede bedt om å skrive ned de tre viktigste endringsbehovene ved dagens praksis overfor sykmeldte. Denne teksten ble så samlet inn. Deretter ble det gjennomført et gruppeintervju som ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Intervjuet ble innledet slik: «Vi er interessert i erfaringer dere har gjort dere med oppfølging av sykmeldte og Raskere tilbake-ordningen. Spørsmålet er: Gir vi riktig tiltak med riktig kompetanse til riktige personer til riktig tid?». Gruppeintervjuet ble ledet av en forsker som modererte diskusjonen og stilte oppfølgings spørsmål for å verifisere utsagnene som kom fram.

Analyse

For å identifisere problemstillingene og endringsbehovene ble begge former for tekstlig materiale analysert ved hjelp av en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse (52). Først ble teksten delt inn i meningsbærende enheter og gitt en kode ut fra hva teksten handlet om (54). To forskere (LSS og RWAA) gjennomførte analysen for å øke reliabiliteten i kodingen. Foreløpige tematiske hovedkategorier ble identifisert, og materialet ble re-sortert ut fra hva det handlet om. Det ble holdt oversikt over antallet meningsenheter innen hver hovedkategori

for å kunne gi et visst bilde av hvilke temaer som dominerte. De meningsbærende enhetene ble deretter innholdsmessig kondensert til en kort oppsummering av hva de omhandlet (54).

Hver hovedkategori fikk en definisjon basert på en ytterligere kondensering. Problemstillinger og endringsforslag ble definert ut fra sub-kategoriene i form av sitater og utsagn. Relevante sitater som beskrev det som kom fram mest mulig presist, ble til slutt valgt ut fra intervjuteksten.

Etikk

Studien var ikke fremleggingspliktig for REK. Ved muntlig kontakt med NSD vurderte de studien til å ikke være meldepliktig, ettersom vi ikke skulle registrere personopplysninger (55). I den skriftlige invitasjonen til intervjuet ble det opplyst hva som var formålet med intervjuet, at den ville bli tatt opp på bånd, at det var frivillig å delta, og at intervjuet ville inngå som en første fase av en delphi-prosess. Påmelding til intervjuet ble regnet som informert samtykke (56). I tillegg ble det muntlig informert om at data ville bli anonymt behandlet, og hva resultatene skulle brukes til. Ettersom temaet for intervjuet var tjenester, og ikke individer, er de ikke ansett som fortrolige og personsensitive data. Å bidra med erfaringene sine i denne settingen skulle ikke få noen negative konsekvenser for informantene (56).

Resultater

I alt ble 218 meningsbærende enheter identifisert, 84 fra det skriftlige materialet og 134 fra gruppeinter-

vjuet. Disse omhandlet syv hovedtemaer (se tabell 1) som bestod av 23 utfordringer og 34 endringsbehov. Appendiks gir en oversikt over alle resultatene.

TEMA I: NASJONAL ORGANISERING

Informantene nevnte oftest nasjonal organisering av tilbudet til sykmeldte. Det ble formidlet et ønske om å utvikle tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbakeføringstilbud. Videre kom det fram at forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet burde brukes mer aktivt når tilbudene skal strømlinjeformes fremover, og kostnadseffektivitetsmålinger av programmene savnes. Det ble hevdet at man kan bli henvist til samme tilbud fra både fastlege og NAV til spesialisthelsetjeneste, noe som ble oppfattet som problematisk av blant annet en tilbudsleverandør i Raskere tilbake: «*Konkret da så må man unngå at NAV og spesialisthelsetjenesten yter parallelle tilbud*». En av konsekvensene som ble nevnt, var at det oppstår en fare for at sykmeldte blir overbehandlet. Det ble hevdet spesifikt for Raskere tilbake-programmet at det er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. Videre kom det fram meninger om at tilbakeføringsprogrammer som Raskere tilbake burde være felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to. Det kom også fram at organisering av tilbakeføringsprogrammer som prosjekter, slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten, er problematisk, spesielt for de ansatte, som opplever en usikker arbeidshverdag.

Når det gjaldt Raskeretilbake-programmet og dets organisering, kom det synspunktet fram at programmet ikke har hatt noen betydning for sykefraværslivnivået og burde avvikles. Et annet forslag var imidlertid at tilbakeføringsprogrammet Raskere tilbake burde fortsette og ikke legges ned, da det har generert mye positivt. Informantene mente at antallet tiltak og program til sykmeldte generelt burde reduseres, og at tilbudene fra helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. Videre kom det fram at tilbudet til sykmeldte oftere må ivaretas lokalt – av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og NAV. Det kom også forslag om å opprette en enkel lavterskel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, ved å etablere kommunale eller interkommunale sentra.

TEMA II: MOTTAKERNE

Det var ulike meninger om hvilke pasienter som

burde prioriteres i tilbakeføringstilbud fremover. Flere pekte på de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, mens andre ville prioritere kreftsyke, ortopediske pasienter, risikogrupper for utstøting (lav sosioøkonomisk status) og de som trenger sammensatte rehabiliteringsprogram. Det ble hevdet at pasientene har vært for lenge sykmeldt før de henvises til behandling og rehabilitering. Selve sykmeldingsårsaken og behandlingen pasientene får, ble også trukket fram. En lege sa: «*Vi utvikler feil program, fordi vi kaller det psykiske plager, men så er det arbeidskonflikt, skilsmisse, kriminalitet, mediekjør eller underslag det egentlig handler om. Det skjer fordi vi blir tvunget til å lyve om sykmeldingsårsak*». Videre kom det fram at arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver. Det ble hevdet at sykmeldte må prioriteres, noe som må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.

TEMA III: KOMPETANSE

Det ble foreslått at kompetanse om inkluderende arbeidsliv må spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene. Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har, må involveres mer i tilbakeføringsprogram for sykmeldte. At relasjonen som utvikles mellom tilbyder og sykmeldt, er viktigere enn profesjonsbakgrunnen til tilbyder, kom også fram, og videre at brukerkompetanse oftere må tas med i planlegging og styring av programmene. Et konkret forslag var at alle sykmeldte burde vært ferdig utredet av fastlegen og spesialister i løpet av fire uker, da det i dag tar altfor lang tid. Et forslag handlet om tilgangen til forskning, og at tilbudene trenger kunnskap om hva studier har vist om effekt av ulike tiltak på tilbakeføring. En behandler sa: «*...jeg er veldig opptatt av at vi forsøker...å implementere den forskningen vi allerede har. Det gjør vi til en viss grad, men absolutt ikke nok*».

TEMA IV: PROGRAMMENES FOKUS OG TILNÆRMINGSMÅTE

Det kom fram at tilbudet til sykmeldte i dag er for preget av diagnosetenkning, symptombehandling og medikalisering. En behandler sa: «*Fordi jeg tenker at når vi jobber med sykefravær, ... så er det det som er diagnosen, det er ikke sykdommen, så det å kalle det behandling, det blir for meg feil. Det er kanskje en bit av det...men det er sjelden det eneste,*

for løsningen på et sykefravær må alltid finnes på en arbeidsplass eller i et tiltak som NAV iverksetter». Videre ble det hevdet at tilbudene er for lite rettet mot det å kunne være på jobb på tross av helseplager. Tilbudet til sykmeldte ble ellers beskrevet som for fragmentert, lite helhetlig og samtidig, og for lite brukerrettet, individrettet og skreddersydd. En fra NAV Arbeidslivssenter beskrev hva som må til: «... det er et paradigmeskifte, ansvaret for oppfølging av sykmeldte ligger hos arbeidsgiver... Der man trives, går man på jobb med det som er friskt, der man ikke trives, så blir man hjemme med det som er sykt. Det er vel det som er det vesentlige». Det ble sagt at det kreves et skifte i hvordan tilbudene til sykmeldte skal være utformet, og at dette nye fokuset krever at det jobbes ut fra «diagnosen sykmeldt».

TEMA V: KOORDINERING OG SAMHANDLING

Det ble hevdet at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV. En som hadde jobbet med sykmeldte i en årrekke, sa at det som er viktigst, er at flere tiltak skjer samtidig: «Samtidighet til tiltak foregår i dag ut fra litt for mye tilfeldigheter, det er laget dialogmøter og struktur på sykefraværarbeid [...], som til dels fungerer. Når de kommer opp på spesialisthelsetjenestenivå, der jeg jobber, så er det egentlig basert mye på bekjentskaper og kunnskaper om NAV og systemene, at du får tak i dem. Sånn bør det ikke være.» Andre forslag handlet om at det burde utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV, og utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte som har kompetanse på tvers av tradisjonelle medisinske spesialiteter. Videre kom det forslag om at hver enkelt sykmeldt burde få en lokal koordinator som syr sammen tilbudet mellom arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV. Det ble også sagt at Raskere-tilbake programmet har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger i sykehusene, samt økt fokus på arbeidssituasjonen, og at det dermed blir viktig at programmet ikke legges ned. Meninger om at det burde bli stilt krav til at alle aktører skal samhandle med arbeidsplassen når tiltak iverksettes for den enkelte sykmeldte, kom også fram.

TEMA VI: VARIGHETEN AV PROGRAMMER TIL SYKMELDTE

Det ble problematisert at tilbudene er organisert som prosjekter, og sagt at dette er en utfordring både for behandlere og henvisere. En henviser

hevdet: «Når det kommer forslag eller tilbud om nye behandlingslinjer så må de ha en garanti på minste varighet og den må ikke være under to år, den bør helst være lenger.» Det ble også fremmet forslag om at de beste programmene til sykmeldte burde gjøres om til permanente tilbud, og at dette må skje ut fra dokumenterte resultater.

TEMA VII: HENVISNING TIL TILBUD

Som nevnt ble det uttrykt at fastlegene mangler kunnskap om tilbud til sykmeldte, og at det er vanskelig for tilbud innenfor Raskere tilbake-programmet å nå fram med informasjon. Dette informasjonsproblemet kunne derved også få konsekvenser for henvisningen til tilbudene. Prosjektorganiseringen av tilbud reduserte tiltroen og motivasjonen fastlegen har til å henvise, fordi tilbudene forventes å forsvinne raskt igjen. På den andre siden ble det hevdet at fastlegene kvier seg for å bruke Raskere-tilbake programmet, da det innebærer et brudd på prioriteringsforskriften. Når NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling, mangler det kvalitetssikring, noe som kan føre til feil- eller overbehandling, og dette er ifølge informantene ikke en hensiktsmessig framgangsmåte. Et endringsforslag var at fastlegen burde samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å avdekke utfordringer og endringsforslag ved dagens behandling og rehabilitering av sykmeldte, slik eksperter på tilbud til sykmeldte erfarer det. I alt ble 23 unike utfordringer og 34 endringsbehov avdekket. Hovedfunnene fra denne studien som diskuteres videre er: [1] pasientene har vært for lenge sykmeldt når de henvises til tilbudene, og opplever å bli feildiagnostisert, sykeliggjort og medikalisert, [2] det er overlapping mellom tilbud til sykmeldte fra NAV og helsetjenesten, så tilbudene må samkjøres bedre og strømlinjeformes, [3] forhold på arbeidsplassen har for lite fokus i tilbudet til sykmeldte, og [4] tilbudene trenger både mer tilgang til forskning for å gjøres forskningsbaserte, og tydeligere dokumentasjonskrav for å vise at tiltakene er effektive.

Denne studien viser at flere aktører mener pasientene har vært for lenge sykmeldt før de blir henvist til et tilbakeføringsprogram. Tidligere studier har vist at økt varighet av sykefravær reduserer

sannsynligheten for å komme tilbake i jobb (3, 5-7). Å henvises tidlig og få rask tilgang til et tilbakeføringsstilbud vil derfor kunne være viktig for å hindre langtidsfravær (44) samt redusere risiko for aktivitetsdeprivasjon (8, 9). For at dette skal skje, må henvisere både ha kunnskap om hvilke pasienter som er aktuelle for tilbakeføringsprogram, og kjennskap til tilbudet som finnes. I denne studien kom det også fram synspunkter på at pasientene i et ukjent omfang blir feildiagnostisert, sykeliggjort og medikalisert. Feildiagnostiseringen handlet om at fastlegen gjennom organiseringen av sykkelønnsordningen settes i en situasjon hvor han må gi diagnose på feil grunnlag for at pasienten skal ha krav på sykepenger, noe som opplevdes som problematisk. Dette er en problemstilling som også tidligere er avdekket og omtalt (57, 58). Behandlerne og tilbudene kan derved søke å løse et psykisk problem som ikke er der, mens det reelle problemet (for eksempel en arbeidskonflikt), kan forbli uløst.

Denne studien viser videre at det finnes en oppfatning om at sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet, og at tilbud overlapper hverandre. Overlapping mellom spesialisthelsetjenestens og NAVs tilbud til sykmeldte er også tidligere avdekket (48). Våre informanter formidler faren ved at NAV også genererer spesialistundersøkelser parallelt med fastlegens henvisninger. For gruppen med uspesifikke muskel- og skjelettplager anbefales det i internasjonal forskning en normalisering og ufarliggjøring av plagene for å redusere sykdomsfrykt, gjennom tiltak der spesialister med høy kompetanse forsikrer dem om at plagene ikke er farlige, og at det er bra å gjenoppta normal aktivitet (3, 26, 27). I et slikt perspektiv vil overlapping av tilbud og overbehandling kunne føre til økt fravær framfor tilbakeføring, da eksempelvis behandlingen i seg selv holder pasienten utenfor arbeidslivet. Særlig vil dette gjelde dersom arbeid ikke ses på som en del av behandlingen, som er vanlig i en biomedisinsk tilnærming (44). Tar man derimot utgangspunkt i et biopsykososialt og systemisk perspektiv (44), vil arbeid ses som en del av behandlingen. Aktivitet som en del av behandling og bedringsprosesser er sentralt i ergoterapi (9), og sammen med fokuset på omgivelser, kan et aktivitetsperspektiv utfylle tradisjonell arbeidsrehabilitering (46). Kompetanse om hvilke tiltak som har vist effekt for hvilke pasienter, og hvilken helhet tilbakeføringen inngår i, er derfor essensielt. Denne kompetansen må både være tilgjengelig og benyttes i tilbakeføringsprogram, samt i henvisning til

disse. Arbeid er en viktig livsarena, og de fleste, med eller uten et helseproblem, vil ønske å arbeide hvis mulig (8).

Å forebygge uførhet krever at arbeidsplassen involveres i rehabiliteringen (16, 31, 42), og ekspertene i denne studien mener at det er for lite samarbeid med arbeidsplassen i dag. I et aktivitetsvitenskapelig perspektiv vil vi også løfte at arbeidsrehabilitering må inkludere fokus på både arbeidstaker, (arbeids-) miljø og selve arbeidet (59). I denne studien kommer det fram at en slik involvering av arbeidsplassen burde være et krav fra den nasjonale organiseringen til de som skal drive tilbud (41, 44). Videre har samarbeid mellom aktørene innen helse, NAV og arbeidsplassen vist seg å ha betydning for hvor raskt sykmeldte kommer tilbake i arbeid (21, 22, 30). Denne studien viser at samhandlingsutfordringene på tvers av sektorer og nivåer i hjelpeapparatet innen dette feltet erfarer som betydelige, noe som også tidligere er avdekket (18, 24, 60). En bedret samhandling innen spesialisthelsetjenesten mellom ulike spesialiteter ble nevnt som et resultat av implementeringen av Raskere tilbake-programmet. Likevel er det fortsatt utfordringer knyttet til samhandling på tvers og mellom ulike aktører.

Et annet forhold som i tidligere forskning har vist seg å bety mye for tilbakeføringshastigheten, er at helsekompetanse blir overført til arbeidsplassen (13, 14), noe som i dag synes å skje i varierende grad (48). Videre må helsetjenesten også sette seg inn i og ta hensyn til krav på arbeidsplassen ved behandling og rehabilitering av sykmeldte (61). Shaw og Polatajko (2002) påpeker også at både miljømessige forhold og aktivitetsperspektiver er for lite vektlagt i tilbakeføringsprosesser (59). I denne studien opplevde man nettopp at implementering av tiltaksprogrammet Raskere tilbake hadde ført til nytenkning i spesialisthelsetjenesten, og medført et økt fokus på pasientens arbeidssituasjon. Programmer som aktivt involverer arbeidsplassen som en del av et integrert tiltaksprogram, viser god effekt på tilbakeføring (3, 13, 19).

Det ble i intervjuet hevdet at det er behov for et skifte i tilbudenes fokus, slik at man tilrettelegger for deltakelse i arbeidslivet på tross av helseplager. Dette er et syn som støttes i litteraturen som beskriver den internasjonale utviklingen innen dette området (23, 31, 44), og som vi finner igjen innen aktivitetsvitenskapelig tenkning (8, 9). Imidlertid kan det i denne studien synes som dette skiftet ikke er fullstendig implementert i helsetjenesten. En

tidligere studie (30) avdekket at tiltaksprogram for tilbakeføring i dag er fundamentert i et biopsykososialt og økologisk perspektiv, mens helsearbeidere fortsatt tenker biomedisinsk. Med andre ord: Tiltakene fokuserer fortsatt på behandling før arbeid, framfor aktiv deltakelse i arbeid som en del av veien mot bedring. Disse ulike perspektivene kan hindre vellykket implementering av tilbakeføringsprogram (30), da målene til sentrale aktører til en viss grad kan være konkurrerende eller motstridende (24, 32-34, 60). Dette må adresseres. For å fremme mulighet for deltakelse i arbeidslivet må det skapes en kontekst der arbeidstakere med helseproblemer får muligheter til å ha kontroll og ta egne valg, noe som innebærer at miljømessige faktorer også inkluderes (8, 46). I tillegg må de som driver tilbudene ha kompetanse om hva som er effektive tiltakskomponenter, og spisse tilbudene i forhold til mottakerne slik at de i større grad blir smalere og mer strømlinjeformet, slik denne studien viser at det er behov for. Fokuset på et inkluderende arbeidsliv, som vi har sett hos arbeidsplassaktører, foreslås i denne studien også å bli systematisk implementert i helsetjenesten.

Metodediskusjon

Denne studien har noen svakheter. Ideelt sett hadde vi ønsket å gjøre flere gruppeintervjuer, med færre og mer homogene deltakergrupper, slik det ofte anbefales for gruppeintervju (56). Dette var ikke mulig innen prosjektets rammer. For å øke relevansen rekrutterte vi derfor et heterogent utvalg med informanter bestående av ulike aktører og fra ulike tjenestetilbud, med geografisk spredning (62). Til tross for denne svakheten har vi i ettertid kunne se at dataene fra intervjuet ble et rikt materiale med svært mange meningsbærende enheter.

Selv om vi tilstrebet en jevn fordeling av ulike aktører, var det flere fra helsetjenesten enn fra NAV som takket ja til å delta, og dette kan ha påvirket hvilke meninger som kom fram under gruppeintervjuet. Både ved at representantene var flere og til sammen fikk mer taletid, og i form av ulike eller motstridende meninger som det kunne være vanskelig å hevde i en slik setting. Denne utfordringen ble forsøkt imøtegått gjennom også å ha en skriftlig datainnsamling før gruppeintervjuet (se Tabell 2 for oversikt over resultater fra de ulike datakildene), samt regulering av taletid under selve intervjuet.

Videre ønsket vi å rekruttere sykmeldte for å sikre at meningene til brukerne av tilbud til sykmeldte

kom fram, men mislyktes i dette forsøket. Dette er en svakhet ved studien. Representanter fra brukerorganisasjoner ble derfor invitert og deltok i studien.

Selv om å bidra med egne erfaringer i denne settingen ikke skulle få noen negative konsekvenser for informantene (56), er tjenesteytere avhengige av hvordan ressursene fordeles, enten som levebrød og/eller i forhold til å ønske det beste for pasientene (62). Det var viktig at presentasjonen av resultatene ble anonymisert ved at vi ikke knyttet sitater til beskrivelser av hvilken rolle hver enkelt ivaretok, siden det var få som representerte hver rolle. I runde II, som var en kvantitativ spørreundersøkelse med mange respondenter, var det derimot viktig å få fram hvor utbredte oppfatningene som kommer fram i første runde av delphi-studien, er i ulike grupper med ulike roller knyttet til oppfølging av sykmeldte.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Denne studien har først og fremst hatt som formål å generere hypoteser om hvilke problemstillinger og endringsbehov som erfares blant eksperter på oppfølging av sykmeldte. En rekke temaer ble tatt opp av informantene, og det er et behov for å forske videre på disse for å se i hvilken grad de uttrykker sentrale, utbredte og anerkjente problemstillinger, eller kun er uttrykk for enkeltstående oppfatninger om oppfølging av sykmeldte. Temaene kan også tjene en funksjon for å skape en åpen og kritisk debatt i praksis og politikk om oppfølging av sykmeldte. Dette er sentralt i samfunnet generelt, men også fra et aktivitets- og deltakelsesperspektiv innen ergoterapi. Det erfares et stort behov for en slik åpen debatt. Dette er spesielt påtrengende etter noen års utvikling av et bredere spekter av tilbud til sykmeldte enn hva vi tidligere har hatt i Norge.

Litteratur

1. Aust B, Helverskov T, Nielsen MB, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K, et al. The Danish national return-to-work program – aims, content, and design of the process and effect evaluation. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38(2):120-33.
2. Kregel J. Work Incentives Planning and Assistance Program: Current program results document the program's ability to improve employment outcomes, reduce dependence on benefits, and generate cost savings for SSA. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2012;36(1):3-12.
3. Lambeek LC, Van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce

- disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ: British Medical Journal (Overseas & Retired Doctors Edition)*. 2010;340(7749):750-.
4. OECD. *Sickness, disability and work: breaking the barriers: a synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD; 2010. Report No.: 978-92-64-08884-9.
 5. Brage S, Kann IC, Thune O. Er det slik at få individer står for det meste av sykefraværet? *Arbeid og velferd*. 2013(3):49-55.
 6. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*. 2008;18(3):224-31.
 7. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL, Uthman O, Main CJ, Glozier N, et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*. 2014;71(6):448-56.
 8. Jakobsen K. If Work Doesn't Work: How to Enable Occupational Justice. *Journal of Occupational Science*. 2004;11(3):125-34.
 9. Yerxa EJ. Health and the human spirit for occupation. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*. 1998;52(6):412-8.
 10. Aamlund A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(3):147-55.
 11. OECD. *Sick on the job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD; 2012.
 12. NAV. *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014*. Arbeid og Velferdsdirektoratet; 2014.
 13. Franche R, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
 14. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis F. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(4):462-77.
 15. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*. 2010;32(8):607-21.
 16. Higgins A, O'Halloran P, Porter S. Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(3):322-32.
 17. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD006955.
 18. Ektor-Andersen J, Ingvarsson E, Kullendorff M, Orbaek P. High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. *Journal Of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(1):1-8.
 19. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(1):81-93.
 20. Pomaki G, Franche R-L, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen T. Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(2):182-95.
 21. Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(1):2-15.
 22. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, de Boer WEL, Zumbrunn T, Guyatt GH, et al. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e49760-e.
 23. Nastasia I, Coutu M-F, Tcaciuc R. Topics and trends in research on non-clinical interventions aimed at preventing prolonged work disability in workers compensated for work-related musculoskeletal disorders (WRMSDs): a systematic, comprehensive literature review. *Disability And Rehabilitation*. 2014;36(22):1841-56.
 24. Franche R, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):525-42.
 25. Aas RW, Skarpaas LS. The impact of a brief vs. multidisciplinary intervention on return to work remains unclear for employees sick-listed with low back pain. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2012;59(3):249-50.
 26. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. *The Spine Journal: Official Journal Of The North American Spine Society*. 2008;8(6):948-58.
 27. Guzman J, Hayden J, Furlan AD, Cassidy JD, Loisel P, Flannery J, et al. Key Factors in Back Disability Prevention: A Consensus Panel on Their Impact and Modifiability. *Spine*. 2007;32(7):807-15.
 28. Fassier J-B, Durand M-J, Caillard J-F, Roquelaure Y, Loisel P. Results of a feasibility study: barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*. 2015.
 29. Martin M, Nielsen M, Petersen S, Jakobsen L, Rugulies R. Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012;22(3):427-36.
 30. Tjulian A, Stiwnne EE, Ekberg K. Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work

- Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(4):409-18.
31. Aas RW. Workplace-based sick leave prevention and return to work. Exploratory studies [Ph.D. Thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
 32. Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Aenema JR, van Poppel MN. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):543-56.
 33. Maiwald K, Rijk A, Guzman J, Schonstein E, Yassi A. Evaluation of a Workplace Disability Prevention Intervention in Canada: Examining Differing Perceptions of Stakeholders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(2):179-89.
 34. Martin MHT, Moefelt L, Nielsen MBD, Rugulies R. Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43(4):423-31.
 35. Lindoe P, Bakke Å, Aas RW. Avtalen for et inkluderende arbeidsliv. Virkemidler fra nasjonalt nivå til ledernivå i oppfølgingen av sykmeldte. *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 2006;8(2):68-89.
 36. Aas R. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
 37. Haugli L, Hagen EM, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL, et al. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge - hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*. 2010(4):2-8.
 38. Drøpping J. Inkluderende arbeidsliv - inkluderende arbeidsgivere? Arbeidsnotat fra FAFOs forprosjekt "Inkluderende arbeidsliv - ny rolle for arbeidsgivere". FAFO: FAFO; 2004.
 39. Corrigan PW, McCracken SG. Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation. *Social Work*. 2005;50(1):31-9.
 40. Rubin SE, Roessler RT. Guidelines for successful vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Literature*. 1978;39(3):70-4.
 41. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):507-24.
 42. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, et al. Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management & Health Outcomes*. 2001;9(7):351-60.
 43. WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001. III, 299 s. : ill. p.
 44. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders [corrected] [published erratum appears in J OCCUP REHABIL Dec 17(4):782]. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(2):327-52.
 45. Svajger A, Winding K. Perceptions of possibilities of returning to work with chronic musculoskeletal disorders. *Work*. 2009;33(2):443-54.
 46. Jakobsen K. Handlingsrom for arbeidsdeltagelse In: Bendixen Hea, editor. *Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv*. København: FADL's Forlag 2005.
 47. Finansdepartementet DK. Prop. 1 S (2014–2015) Statsbudsjettet. In: Finansdepartementet, editor. *Statsbudsjettet.no: Regjeringen*; 2014.
 48. Aas R, Solberg A, Strupstad J. Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte. IRIS; 2011. Report No.: 978-82-490-0741-7.
 49. Kjerstad E, Ravneberg B. Fornøyd med `raskere tilbake`? Resultater fra en brukerundersøkelse. bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS (SNF); 2008. Report No.: 19/08.
 50. Drangslund KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1. Bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS 2008. Report No.: 18/08.
 51. Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. A Matter of Trust? A Study of Coordination of Swedish Stakeholders in Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20(3):299-310.
 52. Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. IX, 198 s. p.
 53. Aas RW. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
 54. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
 55. Somby A, Segadal K. Personvern hensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i *Ergoterapeuten*. *Ergoterapeuten*. 2014;2014(2).
 56. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM, Rygge J. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s. p.
 57. Kalstad LM. Legepresident: Ja til sorgmelding Vårt Land 15.09.2011 [Available from: <http://www.vl.no/samfunn/legepresident-ja-til-sorgmelding/>].
 58. Bjørner T. Det vanskelige sykmeldingsarbeidet. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133(1):6.
 59. Shaw L, Polatajko H. An Application of the Occupation Competence Model to Organizing Factors Associated with Return to Work. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2002;69(3):158-67.
 60. Nilsing E, Söderberg E, Berterö C, Öberg B. Primary Healthcare Professionals' Experiences of the Sick Leave Process: A Focus Group Study in Sweden. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2013;23(3):450-61.
 61. Holmgren K, Ivanoff SD. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study [corrected] [published erratum appears in J OCCUP REHABIL 2007 Jun;17(2):353]. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007;17(1):93-106.
 62. Stige B, Malterud K, Midtgarden T. Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2009;19(10):1504-16.

Nasjonal organisering	Mottakerne	Kompetanse	Programmernes for...
<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>	<i>Problemstillinger</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Organisering av tilbudene som prosjekter er problematisk, spesielt for de ansatte. * Det finnes betydelig overlapping mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetak og NAV, og NAVs behandlingstilbud er problematisk. * Sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet. * Raskere tilbake-programmet er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. 	<ul style="list-style-type: none"> * At ikke reell grunn for sykefraværet beskrives, skaper feil fokus i tilbudene. * Pasientene har vært for lenge sykmeldt når de henvises til et tilbud. 	<ul style="list-style-type: none"> * Det er relasjonen en utvikler, som er viktigst i tilbudene, ikke profesjonen som utfører tiltak. * Det er uenighet om hvorvidt Raskere tilbake-programmet har effekt på sykefraværet. * Kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene savnes. * Raskere tilbake-programmet er for lite kjent. 	<ul style="list-style-type: none"> * Tilbudet til sykmeldte av diagnose og symptombehandling og medikamentell behandling * Tilbudet i dag er for lite jobbet på tross av helseforbedring * Tilbudet i dag er for lite effektivt og samtidig. * Tilbudene i dag er for lite vidrettede og skreddersydd
<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>	<i>Endringsforslag</i>
<ul style="list-style-type: none"> * Antallet tiltak og tilbud bør reduseres, og tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. * Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og NAV. * Lag en enkel førstelinjeløsning for alle sykmeldte gjennom kommunale/interkommunale Raskere tilbake-sentra. * Raskere tilbake-programmet må fortsette og ikke legges ned, da det har generert mye positivt. * Det utvikles et Raskere tilbake-program felles for NAV og helsetjenesten med fokus på samarbeidet mellom de to. * Tilbudene i NAV bør fases ut, og Raskere tilbake-programmet videreføres kun i helsetjenesten som ordinære tilbud. * Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud. * Raskere tilbake 	<ul style="list-style-type: none"> * Sykmeldte må prioriteres, og dette må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften. * Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter for "lettere psykiske lidelser". * Arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver. * Raskere tilbake-programmet må utvides til også å gjelde kreftsyke som er på arbeidsavklaringspenger. * Det må fokuseres på de med de enkle forløpene, som trenger å forkorte ventetiden til medisinsk utredning og behandling/kirurgi. * Tilbudene må fokusere på de med uspesifikke helseplager, de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. * De som bør få tilbud, er de som er identifisert som risikogrupper i forskningslitteraturen. 	<ul style="list-style-type: none"> * Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene. * Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har, må involveres mer i Raskere tilbake-programmet. * Alle sykmeldte bør være ferdig tverrfaglig utredet i løpet av fire uker. * Brukerkompetanse må oftere tas med i planlegging og styring av tilbudene. * Det er behov for å drive med mer utveksling av kompetanse og kunnskap mellom tiltakene og leverandørene. * Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning, bør få fortsette. * Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt, og bør derfor gjøre dette. * Raskere tilbake-programmet må gjøres mer kjent blant ulike grupper. * Tilbudene har behov for evidens om hva studier har vist er effektivt for tilbakeføring. * Forskningsbasert kunnskap om hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt. 	<ul style="list-style-type: none"> * Det kreves et skifte i tenkning om sykmeldte skal være utvalgt

Appendix: Resultater tematisk ordnet med problemstillinger og endringsforslag

Fokus og tilnæringsmåte	Koordinering og samhandling	Varighet av program	Henvisning til tilbud
<p>de er i dag er for preget ptomtekning, symptombe- lisering. or lite rettet mot å være på seplager. or fragmentert og lite helhet- for lite brukerrettede, indi- dersydde.</p>	<p><i>Problemstillinger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Samhandlingen mellom helsetje- nesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap. * Raskere tilbake-programmet har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelin- ger, så det er viktig at dette ikke reverseres. * Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt et tiltak fra NAV. * Det er problematisk at en instans gjør arbeidsevnevurdering, og en annen forvaltningsgruppe skal følge det opp. 		<p><i>Problemstillinger</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * NAV-tiltaket avklaring bru- kes for lite. * Fastlegen mangler kunnskap om tilbud til sykmeldte. * Prosjektorganiseringen av tilbud i helseforetakene redu- serer tiltroen og motivasjonen hos fastlegen, fordi de forven- tes å forsvinne raskt igjen. * Fastlegene kvier seg for å bruke Raskere tilbake-tilbude- ne, da det innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater en priorite- ring av sykmeldte. * Det er ikke hensiktsmessig når NAV henviser til spesialis- ter og generer undersøkelser og behandling.
	<p><i>Endringsforslag</i></p>	<p><i>Endringsforslag</i></p>	<p><i>Endringsforslag</i></p>
<p>er i hvordan tilbudet til syk- formet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Det bør stilles krav til at alle ak- tører skal samhandle med arbeids- plassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (inkludert bedriftshelsetjenesten). * Det må utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetje- nesten og NAV. * Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte. * Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator. 	<ul style="list-style-type: none"> * Igangsatte tilbud må vare lengre enn i dag, og minst 2-3 år. * De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud (ut fra dokumenterte resultater). * Tilbudene bør følge IA- avtalens varighet. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.