



Forord

Dette masterprosjektet i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø-og biovitenskapelige universitet (NMBU) er skrevet som en vitenskapelig artikkel, ”*Coordination and provision of coordinator in return to work interventions: The Rapid Return to Work study in Norway*”, av Anniken Berg med veiledere som medforfattere, og en tilhørende kappe. Kappen blir først presentert, der det gis utdypende forklaringer og perspektiver. I kappen vil også det folkehelsevitenskapelige perspektivet forsøkes ivaretas. Undervegs i kappen vil det blir henvist til artikkelen. Kappen følger retningslinjer for masteroppgaver ved NMBU. Deretter blir selve artikkelen presentert. Den er skrevet på engelsk med tanke på publisering i Journal of Occupational Rehabilitation. Artikkelen følger retningslinjer i forhold til innsending av manus til det aktuelle tidsskriftet, men av praktiske årsaker benyttes NMBUs henvisningssystem, Harvard, samt lik font og fontstørrelse som kappen. Videre anbefaler tidsskriftet ikke mer enn 5 tabeller. Denne studien har 6. Dette vil endres før innsending av manus til tidsskriftet eller det kan løses ved å bemerke hvorfor til tidsskriftet. Denne studien er i samarbeid med prosjektgruppen som står bak evalueringen av Raskere tilbake-ordningen i Norge, og datamaterialet er fra Tjenestestudien. Leder av prosjektet er Randi Wågø Aas. Takk for at jeg har fått benytte meg av deres datamateriale. I den forbindelse vil jeg klargjøre at jeg gjennom kappen og artikkelen benytter fagbegrep som er definert og benyttet i prosjektet jeg er tilknyttet. Begrepene i artikkelen er oversatt til engelsk, i kappen vil de norske begrep benyttes.

Takk til mine to veiledere Lisebet Skeie Skarpaas og Ruth Kjærsti Raanaas – takk for tilbakemeldinger, hjelp og støtte i en tung innspurt. Uten dere, ingen masteroppgave. Takk til mine foreldre for god hjelp i denne prosessen, og venner som har stilt opp med middager og språkvask. Den aller største takken går til familien min – Jørgen og Vilmer - tusen takk, ord blir fattige når jeg skal beskrive hvor god støtte dere har vært i denne prosessen. Nå skal det bli godt å bruke tid på dere og det nye familiemedlemmet, som er rett rundt hjørnet.

Hamar, mai 2015

Anniken Berg

Sammendrag

Bakgrunn: Studier viser at mangel på koordinering, samhandling og samarbeid mellom sykmeldt, arbeidsgiver og andre aktører i helse- og velferdstjenester kan komplisere og forlenge tilbakeføringen til arbeid hos sykmeldte. En tilbakeføringskoordinator kan ha en positiv effekt på dette. Raskere tilbake-ordningens type tilbud er finansiert av Regionale Helseforetak (RHF) og/eller NAV. Det er få retningslinjer når det kommer til hva tilbudene skal inkludere, og ordningen har blitt kritisert for å ikke ta arbeidsplassdimensjonen i sykefraværarbeidet innover seg, samt at de mangler et definert rammeverk for hvordan de samhandler, samarbeider og koordinerer. Målsetningen med denne studien er å undersøke hvilke faktorer som predikerer koordinering, samhandling og fast koordinator i Raskere tilbake-ordningen i Norge.

Design: Tverrsnittstudie som er intervjubasert av faglig og/eller administrativ ansvarlig av 120 Raskere tilbake-tilbud som en del av den nasjonale evalueringen av Raskere tilbake-ordningen.

Resultat: De oftest rapporterte verktøyene for koordinering var tverrfaglig team, og å utvikle planer for hver Raskere tilbake-mottaker. En fast koordinator blir oppnevnt i nesten halvparten av tilfellene i hele utvalget. Videre rapporteres det ulikt innen de ulike tilbudene når det kommer til samarbeid med arbeidsplass. Det er signifikante assosiasjoner mellom å ha et Raskere tilbake-tilbud finansiert av NAV og en fast koordinator (OR=2,2, 95% CI=1,06-4,63), samt i tilbud som har begge finansieringer (NAV og RHF) (OR= 4,3, 95% CI= 1,45-12,57). Videre var assosiasjon mellom muskel- og skjelettplager og fast koordinator signifikant (OR = 3.8, 95% CI=1.37 to 10.40).

Konklusjon: Funnene i denne studien viser at det er forskjell i å oppnevne fast koordinator mellom de ulike finansieringstypene i Raskere tilbake-ordningen, samt en forskjell hva gjelder fast koordinator når det kommer til diagnosegrupper. Gjennom de deskriptive data kan det tyde på at det er forskjeller mellom de ulike tilbudene når det kommer til koordinering og samhandling i forhold til veldokumenterte koordineringsverktøy innen tilbakeføringsarbeidet.

Abstract

Background: Earlier studies have found that lack of cooperation and coordination between the worker, employer and other stakeholders from health- and social insurance can complicate and prolong return to work (RTW). A Return To Work coordinator can on the other hand have a positive effect on RTW. The Rapid Return to Work program in Norway, financed by the Regional Health Authorities (RHA) and/or the Norwegian Labour and Welfare administration (NAV) are providing the programs. There are few guidelines for what the programs should include and they have been criticized for not having paid enough attention to the workplace aspect and lacks a defined framework for cooperation and coordination. The aim of this study is to investigate what factors predicts coordination, cooperation and providing a permanent coordinator in the Rapid Return To Work program. The aim of this study is to investigate what factors predicts coordination cooperation and providing a permanent coordinator in the Rapid Return To Work program.

Design: Interview based cross-sectional study with professional and/or administrative responsible person in Rapid Return To Work programs (n=120). Descriptive analyses were conducted to investigate coordination and cooperation. Differences in provision of permanent coordinator in the type of finance and among the diagnose groups were investigated with bivariate tables/cross tabulation.

Result: The most frequent reported instrument of coordination is a multidisciplinary team and making a plan for each Rapid RTW receiver. Cooperation with the workplace differs in type of finance and type of programs. There was a significant association between having a program financed by the Norwegian Labour and Welfare administration (NAV), and a permanent coordinator (OR=2,2, 95% CI=1,06-4,63). Having a program financed by both RHA and NAV, and a permanent coordinator was significant (OR= 4,3, 95% CI= 1,45-12,57). The association between musculoskeletal conditions and having a permanent coordinator was significant (OR = 3.8, 95% CI=1.37 to 10.40).

Conclusion: Findings in this study indicate differences in providing a permanent coordinator between types of finance and in between diagnose groups in the Rapid RTW program. The reporting from the Rapid RTW programs indicates there are differences in the type of programs and type of finance in cooperation and coordination when it comes to well-documented RTW coordination instruments.

Innhold

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
INNHold	1
VEDLEGG	2
OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER	2
FIGUR OG TABELLOVERSIKT I KAPPEN.....	2
TABLES IN THE ARTICLE.....	2
1.0 INTRODUKSJON OG OPPGAVENS OPPBYGNING	3
1.1 HELSE OG FOLKEHELSEARBEID	3
1.2 ARBEID SOM HELSEFREMMEDE FAKTOR.....	4
1.3 SYKEFRAVÆRET I NORGE	5
1.4 SYKEFRAVÆRSARBEID	6
1.5 RASKERE TILBAKE	7
1.6 TILBAKEFØRING AV SYKMELDTE TIL ARBEID.....	10
1.7 KOORDINERING OG SAMHANDLING.....	12
1.8 KOORDINERING I TILBAKEFØRINGSARBEIDET	13
1.8.1 <i>Fast koordinator</i>	14
1.9 STUDIENS FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	16
2.0 METODE	17
2.1 MATERIALE	17
2.2 INSTRUMENTER.....	17
3.0 RESULTAT	19
3.1 DESKRIPTIVE DATA.....	19
3.2 KOORDINERING OG FAST KOORDINATOR.....	19
3.3 FAST KOORDINATOR OG DIAGNOSEGRUPPE	20
4.0 ETIKK	21
5.0 DISKUSJON	22
5.1 DISKUSJON AV RESULTATER.....	22
5.2 KOORDINERING	23
5.2.1 <i>Samarbeid med arbeidsgiver</i>	25
5.3 TYPE FINANSIERING OG FAST KOORDINATOR	26
5.4 OVERORDNET OM KOORDINERING OG SAMHANDLING	30
5.6 METODISKE BETRAKTNINGER	32
5.6.1 <i>Reliabilitet</i>	32
5.6.2 <i>Validitet</i>	33
5.6.3 <i>Statistisk validitet</i>	35
5.7 GENERALISERBARHET.....	36
6.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	38

7.0 REFERANSER	40
-----------------------------	-----------

ARTICLE: COORDINATION AND PROVISION OF COORDINATOR IN RETURN TO WORK INTERVENTIONS: THE RAPID RETURN TO WORK STUDY IN NORWAY.....	46
--	-----------

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema: Evaluering av Raskere tilbake

Appendix 1: Definitions over the Rapid RTW-programs

Appendix 2: Tables used in the article

Oversikt over tabeller og figurer

Figur og tabelloversikt i kappen

- Figur 1: Legemeldt sykefraværstilfeller etter diagnose, 4. kvartal 2013 og 4. kvartal 2014 s. 5
- Tabell 1: Definisjoner av de ulike Raskere Tilbake tilbudene s. 9

Tables in the article

- Table 1 Frequencies and percentage of type of programs, types of coordinator and diagnoses within each finance, page 65.
- Table 2 Frequencies and percentages of cooperation and coordination tools within the different Rapid RTW program, page 66.
- Table 3 Type of meetings in the standard procedure for the Rapid RTW revivers and type of *stakeholders that are participating*, page 67
- Table 4 Provision of permanent coordinator within *NAV financed* programs, page 67
- Table 5 Provision of permanent coordinator within finance *from both RHF and NAV*, page 68.
- Table 6 Provision of permanent coordinator within diagnose groups, page 68.

1.0 Introduksjon og oppgavens oppbygning

Dette mastergradsprosjektet er en del av en større evalueringsstudie av Raskere tilbake-ordningen i Norge, og har fokus på koordinering og samhandling i de ulike tilbudene ordningen tilbyr. Raskere tilbake-ordningen er et tilbud til sykmeldte eller personer som står i fare for å bli sykmeldt. Formålet med ordningen er å føre personer raskere tilbake til arbeidslivet, for å redusere sykefraværet og kostandene man har i forbindelse med det. Å være i arbeid er vist å være positivt for helsen, mens å stå utenfor arbeidslivet er forbundet med en dårligere helse. En koordinert innsats med samarbeid mellom aktører, samt en fast koordinator, er vist å ha en god effekt for at sykmeldte arbeidstakere skal tilbakeføres i jobb. Norge har et høyt sykefravær, og i sykefraværarbeidet her i landet har arbeidsgiver blitt en av hovedaktørene i oppfølgingen av sykmeldte arbeidstakere. Studier viser at arbeidsplassdimensjonen i tilbakeføringen er sentral. Raskere tilbake-ordningen har tidligere blitt kritisert for manglende koordinering og samhandling og for å mangle en arbeidsplassdimensjon. På bakgrunn av dette er har denne studien som målsetning å undersøke hvilke faktorer som predikerer koordinering, samhandling og fast koordinator i Raskere tilbake-tilbudene.

Dette mastergradsprosjektet presenteres i to deler – en kappe og artikkelen ”*Coordination and provision of coordinator in return to work interventions: The Rapid Return to Work study in Norway*”. Først presenteres kappen med utdypende teoretisk perspektiv og empiri for studiens relevans for folkehelsearbeidet og sykefraværarbeidet i Norge. Teori og empiri innen tilbakeføringsarbeid, koordinering og samhandling blir også gjort rede for. Deretter presenteres studiens formål og forskningsspørsmål. Metode og resultat vil være korte oppsummeringer av metode- og resultatkapitlet i artikkelen, hvorpå det følger en utvidet diskusjon av studiens resultat, samt metodiske betraktninger.

Artikkelen er et selvstendig produkt, mens kappen er en utvidelse av artikkelen og inneholder henvisninger til metode, resultater og tabeller som er presentert i artikkelen.

1.1 Helse og folkehelsearbeid

Tradisjonelt er helse definert ut fra et patogenetisk perspektiv hvor man definerer helse som fravær av sykdom (Naidoo & Wills 2009). Dette perspektivet har blitt

kritisert som for snevert og reduksjonistisk (Naidoo & Wills 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) har utvidet begrepet med følgende definisjon: ”*En tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte*” (WHO 1948). En forutsetning for bedring av folks helse er fred, husly, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosiale rettigheter og likhet (WHO 1986).

De senere årene hatt det vært mer fokus på helse som en positiv ressurs, og i Ottawa Charteret (1986) ble det fremholdt å styrke aktiviteter og faktorer som er positive for helsen. Innen et helsefremmende perspektiv kan helse bli sett på som en ressurs for dagliglivet, der sosiale og personlige ressurser vektlegges like mye som fysiske. Det går ut på å fjerne eller redusere faktorer som fører til sykdom og styrke aktiviteter som er positive for helsen (NOU 1998:18 1998).

Dagens folkehelselov i Norge fra 2012 er i samsvar med dette hvor formålet er å ”*bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse*” (Folkehelseloven 2012).

1.2 Arbeid som helsefremmende faktor

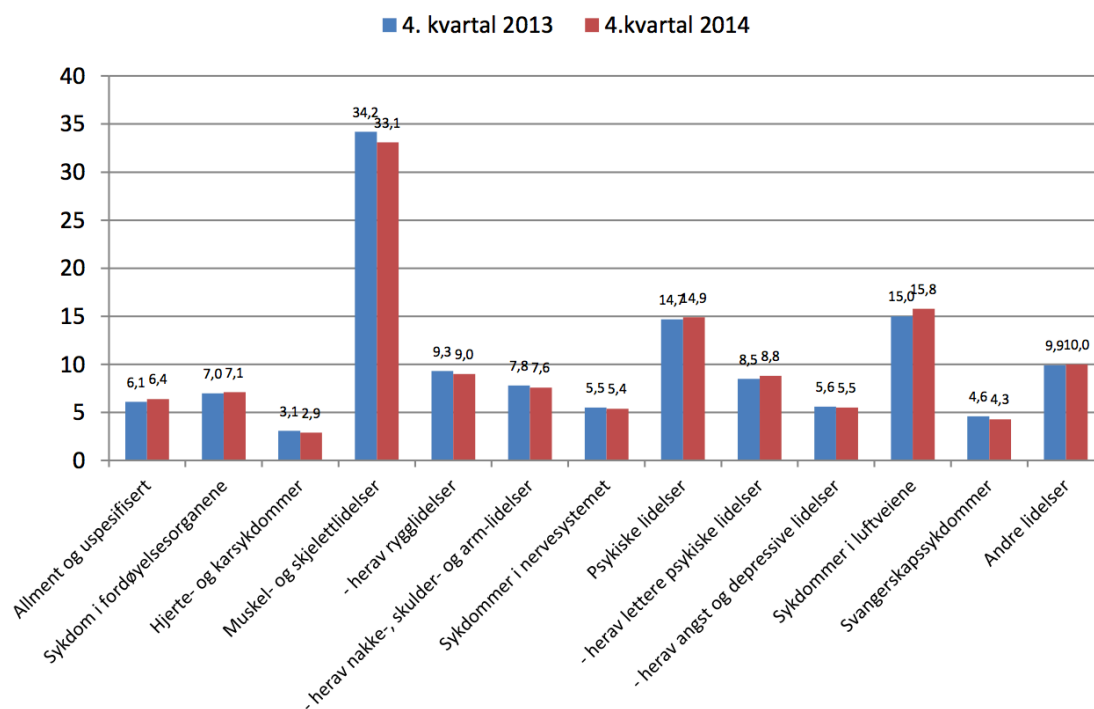
I Dahlgren og Whiteheads modell for sosiale helsedeterminanter er mange faktorer fremhevet å bidra til styrket helse, hvor deltagelse i arbeid er en av disse. Arbeid er en viktig sosial determinant for helse (Dahlgren & Whitehead 2006). Arbeidet bestemmer inntektsnivå, det påvirker selvfølelsen og selvtilliten (Naidoo & Wills 2009). Betalt arbeid er positivt for helsen, og det å være utenfor arbeid kan ha en sammenheng med dårligere fysisk og mental helse og velvære (Waddell & Burton 2006). Dårlig helse kan hindre enkelte å være i arbeid og ha negativ effekt på arbeidskapasiteten.

Man kan også bli utsatt for helserisiko i jobben, når det gjelder både det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet (Naidoo & Wills 2009). Det er likevel generell oppfatning av at hvis arbeidsmiljøet er tilfredsstillende, er det å være arbeid generelt bra for fysisk og mental helse og velvære, og for de fleste er helsefremmende. Arbeid kan være terapeutisk og helbredende og forhindre de negative helseeffekter arbeidsløshet kan ha (Waddell & Burton 2006).

Å være i arbeid gir inntekt, som er en forutsetning for helse. Arbeid kan i seg selv være helsefremmende i form av bedre selvtillit og på grunn av et sosialt nettverk av venner og kollegaer, altså være en kilde til identitet og personlig vekst (FHI 2014 ; Naidoo & Wills 2009). Fravær av arbeid har stor virkning på individnivå gjennom redusert helse og ved å forsterke sosial ulikhet i helse gjennom isolasjon, sosial eksklusjon og fattigdom (Waddell et al. 2008). Tap av arbeid kan gi dårligere psykisk helse, mens retur til arbeidslivet kan påvirke den psykiske helse i positiv retning (FHI 2014 ; Gathergood 2013; van der Noordt et al. 2014). På bakgrunn av dette har denne studien et perspektiv på arbeid som helsefremmende.

1.3 Sykefraværet i Norge

Det totale sesongjusterte sykefraværet i Norge er nå på 6,4%. Majoriteten av sykmeldte i Norge har muskel- og skjelettplager (33,1%), psykiske lidelser (14,9%), samt sykdommer i luftveiene (15,8%). I registret legemeldt sykefravær har det vært en liten økning sammenlignet med 4. kvartal 2013. Diagnosegruppene som øker mest er fraværsandelen som skyldes psykiske lidelser, som øker med 3,7 %, og allment og uspesifisert øker med 8 % (NAV 2015).



Figur 1: Legemeldt sykefraværstilfeller etter diagnose, 4. kvartal 2013 og 4. kvartal 2014. Kilde: (NAV 2015).

Årsakene til sykefravær er ofte sammensatte og komplekse. Faktorer som arbeidsmiljø, alder, sosioøkonomiske forskjeller og type arbeidsplass kan påvirke sykdom og sykefravær. Samfunnsmessige forhold som konjunkturer i arbeidsmarkedet spiller også inn (FHI 2014).

Tidligere studier har funnet en assosiasjon mellom psykiske lidelser og sykefravær, men det er uklart hva som kommer først - sykefraværet eller de psykiske plagene (FHI 2015). I en norsk studie har man vist at vanlige psykiske lidelser øker risikoen for langvarig fravær (over 90 dager) og gjentatte episoder med sykefravær (Knudsen et al. 2013). Muskel- og skjelettplager er vanlige plager i befolkningen, også blant dem som ikke er sykmeldte eller får trygd (FHI 2014 ; Ihlebæk et al. 2010). Lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager er ofte sammensatte og uspesifikke i karakter og kan karakteriseres som subjektive helseplager (Maeland et al. 2012). Slike plager kan beskrives som plager uten objektive funn eller sterkere plager enn de objektive funnene skulle tilsi (Ihlebaek et al. 2007).

Dagens diagnosesystem er basert på ICD 10 (WHO 2015), og en hoveddiagnose i dagens system vil kun vise en liten del av disse pasientenes sykdomsbelastning, og i det store perspektivet kan det være vanskelig å gjøre noe for disse pasienten når diagnosesystemet ikke tar høyde for den faktiske sykdomsbyrden, både når det kommer til det fysiske og psykiske (Maeland et al. 2012).

1.4 Sykefraværarbeid

Tilbakeføring i arbeidslivet kan være komplekst og krever ofte å overvinne utfordringer, mestring av helseproblemer, reetablering av arbeidsevne, samt å finne alternativt arbeid hvis den forrige jobben ikke fungerer lengre (Schandelmaier et al. 2012; Young et al. 2005).

Nasjonale velferdsordninger bidrar til å sikre inntekt for dem som blir sykmeldt, arbeidsuføre, arbeidsledige eller faller utenfor arbeidslivet (Folketrygdloven 1997; St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009). I det tradisjonelle sykefraværarbeidet i Norge er det NAV, sammen med arbeidstaker, arbeidsgiver og sykmelder som er hovedaktørene i sykefraværarbeidet. Helsetjenesten opererer som en biaktør i det tradisjonelle sykefraværarbeidet (Aas 2009). Hovedarenaen er arbeidsplassen, og de fleste offentlige dokumenter siden Sandmans-utvalgets innstilling understreker dette (NOU 2000 : 27 2000; Aas 2009).

Arbeidsgiver har ansvaret for sykefraværsoppfølging og skal sørge for kontinuerlig oppfølging av sykmeldte ved hjelp av ulike tiltak. Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeidet. Planen skal sikre at dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kommer raskt i gang, og bidra til å identifisere hva som kan hindre arbeidstager å bli sykmeldt igjen (Arbeidstilsynet 2015).

Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble iverksatt fra 2001 med tre mål; å redusere sykefraværet med 20 % i forhold til 2. kvartal 2001, å inkludere flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne og å øke den reelle pensjonsalderen. IA-avtalene er i tråd med den nordiske velferdsmodellen bygget på et trepartssamarbeid mellom partene i arbeidslivet: arbeidsgiver, arbeidstaker og staten (Aas 2009).

Det overordnede målet for IA-samarbeidet er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. 26 % av virksomhetene i Norge er IA-virksomheter, og av disse er det mange store virksomheter og virksomheter i offentlig sektor. Omkring 60 % av alle arbeidstakere i Norge jobber i en IA bedrift. Ny avtale er signert fram til 2018, og IA-avtalen bygger på samarbeid og tillitt mellom myndigheter, arbeidsgivere og arbeidstakere (Arbeids- og sosialdepartementet 2015)

1.5 Raskere tilbake

Raskere tilbake ble startet i 2007 som en oppfølging av Stoltenbergs sykefraværsutvalgs innstilling høsten 2006, i forbindelse med nye tiltak som kunne iverksettes for å redusere sykefraværet. Raskere tilbake fungerer som et supplement i sykefraværarbeidet (Aas 2012). Partene i avtalen for et inkluderende arbeidsliv (IA) fikk i oppgave å definere tiltak som skulle redusere sykefraværet i Norge og tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte ble iverksatt, senere kalt Raskere tilbake (Skarpaas et al. 2013).

Formålet med Raskere tilbake er å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet etter sykdom og dermed redusere sykefraværet og kostnadene i forbindelse med sykefravær (Arbeids- og sosialdepartementet 2014). Ordningen har også som formål å stimulere spesialisthelsetjenesten til å etablere nye

tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere med lettere og/eller sammensatte lidelser (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) 2011).

Både spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene) og NAV leverer og finansierer Raskere tilbake-tilbud ved hjelp av statlige økonomiske overføringer. De økonomiske er fra 2007-2014 på 5,5 milliarder kroner (Haveraaen et al. 2015). En rekke nye behandlings- og rehabiliteringstilbud har startet i kjølvannet av dette, både i det offentlige og det private. Tilbudene får finansiering gjennom anbudsprosesser (Skarpaas et al. 2013; Aas 2009).

Det finnes Raskere tilbake-tilbud i alle fylker, men innholdet varierer noe (NAV 2014). I regionale helseforetak gis det tilbud innen medisinsk og kirurgisk behandling, rehabilitering i sykehus (somatikk), arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i opptreningsinstitusjoner, samt behandling og rehabilitering innen psykiatri. Det er fastlege, kiropraktor eller manuellterapeut som henviser til Raskere tilbake (NAV 2014). Når det kommer til medisinsk og kirurgisk behandling kan mottakere av tilbudet få raskere behandling enn om de stod i vanlig helsekø, og ved hvert helseforetak skal det være en raskere tilbake-koordinator som skal bistå i å finne det rette tilbudet (Helsedirektoratet 2012). Vi vet imidlertid lite om hvordan disse koordinatorene samhandler og syr sammen tilbud til mottakerne (Aas et al. 2011).

I de NAV-finansierte tilbudet kan sykmeldte få raskere avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering (ARR), og det er det lokale NAV-kontoret som vurderer om et arbeidsrettet tiltak kan gis (NAV 2014). Forutsetningen for å få et tilbud gjennom NAV er at arbeidsgiver har utarbeidet lovpålagt oppfølgingsplan og dokumentert at det er gjennomført bedriftsinterne tiltak som ikke har ført frem, eller at bedriftsinterne tiltak har vært vurdert, men ikke er mulig å gjennomføre (NAV 2014). Under følger tabell med definisjoner av de ulike Raskere tilbake-tilbudene, fordelt på type finansiering. Disse tilbudsbeskrivelsene ble indentifisert i Tjenestestudien i evalueringsprosjektet denne studien er en del av.

Tabell 1 Definisjoner av Raskere tilbake-tilbudene fordelt på finansiering.

	Type tilbud	Definisjon
Tilbud finansiert av regionale helseforetak	<i>Medisinsk og kirurgisk behandling</i>	”Offentlige sykehus, unntaksvis private sykehus/klinikker. I hovedsak ortopedisk behandling, men noen få tilbud som driver med nevrologisk eller radiografisk utredning og/eller behandling. Alle har et kirurgisk tilbud”
	<i>Rehabilitering i sykehus - somatikk</i>	”Ulike former for rehabiliteringstilbud i sykehus. Stort sett polikliniske tilbud. Stor overvekt av tilbud til pasienter med rygg, nakke og skuldersmerter. Unntaksvis tilbud til pasienter med ervervede hjerneskader, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Typiske komponenter er diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring med fokus på individuell mestring. Unntaksvis kontakt mot arbeidsplass og NAV. Noen få er såkalte lærings- og mestringssentra.”
	<i>Behandling og rehabilitering - psykiatri</i>	”Alle former for tilbud til pasienter med psykiske problemer og/eller rusavhengighet, både ren behandling men også tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Offentlige sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsykiatriske sentre. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom, og høy grad av komorbiditet er som oftest ekskludert fra disse tilbudene. Derved er dette oftest tilbud til personer med angst og depresjon”.
	<i>Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) i opptreningsinstitusjoner</i>	”Private rehabiliteringsinstitusjoner (ble tidligere ofte kalt rekonvalesent- og/eller opptreningssentra). Tilbudet gis ofte til langtidssykemeldte med muskel- og skjelettplager, som har sammensatt problematikk. Tverrfaglig opplegg, ofte døgnbasert. Typiske tiltakskomponenter er opptrening og kognitiv tilnærming, der mange også har tilbud rettet mot NAV og arbeidsplass”.
Tilbud finansiert av NAV	<i>Oppfølging</i>	”Oppfølging er et Raskere tilbake-tilbud til mennesker som har behov for mer omfattende formidlings- og oppfølgingsbistand enn det NAV kan tilby. Tilbudet er ment og tilpasses individuelle behov ut fra muligheter på arbeidsmarkedet. Oppfølging inneholder blant annet: Å finne egnede arbeidsoppgaver eller egnet arbeidsplass utover det som allerede er prøvd, tilrettelegging av arbeid og arbeidssituasjon og veiledning for øvrig. NAV har avtale med private veiledere. Det er NAV som sammen med den enkelte vurderer om de har behov for tiltaket”.
	<i>Avklaring</i>	”Avklaring er et tilbud til mennesker som har behov for mer omfattende avklaringsbistand enn det NAV kan tilby. Tiltaket er ment tilpasset individuelle behov. I tilbudet kan det være aktuelt å klarlegge/vurdere om jobben kan utføres hvis arbeidssituasjonen og arbeidsoppgaver blir tilpasset, hva slags bistand eller tilrettelegging som skal til for å kunne mestre deltakelse i arbeidslivet og kompetanse og muligheter. Avklaring skjer på ordinær arbeidsplass med bistand fra en tiltaksarrangør. Det er NAV som sammen med den enkelte vurderer om en har behov for tiltaket”.
	<i>Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)</i>	”Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til å styrke den enkeltes arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterte og sosiale problemer som kan være til hinder for deltakelse i arbeidslivet. Arbeidsrettet rehabilitering kan inneholde arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstilveiledning eller en kombinasjon av disse elementene. Med utgangspunkt i en behovs- eller arbeidsevnevurdering skal varigheten tilpasses deltakerens individuelle behov. Maks varighet er 12 uker”.
	<i>Behandling</i>	”Medisinsk behandling for personer med lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser. Ytes av private tiltaksarrangører”.

Kilde: Tjenestestudien s. 9 (Aas et al. 2011)

I evalueringen av Raskere tilbake-ordningen viser det seg at 62,7 % av respondentene (fastleger) opplever koordinering av ulike rehabiliteringsløp mellom NAV og spesialisthelsetjenesten som en utfordring (Kjerstad & Holmås 2009). I samme evalueringsprosjekt ble det beskrevet at ”en forutsetning for at ‘Raskere tilbake’ skal bli en suksess, er at de ulike aktørene koordinerer sin innsats, dvs. viser vilje og evne til samhandling” (Drangslund & Kjerstad 2008). Etter deres oppfatning er måten ordningen koordinerer og samhandler mellom ulike aktører uten et samlet perspektiv både på tjeneste- og individnivå. Økt grad av koordinering bør være sentralt i det videre implementeringsarbeidet (Drangslund & Kjerstad 2008). Det er også ulik praksis om koordinator benyttes, og det er heller ikke tatt i bruk noen modell for koordinering (Drangslund & Kjerstad 2008; Aas et al. 2011).

Samhandlingsreformen (2009) adresser denne problematikken, hvor det pekes på at mottakers behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, og tjenestene som tilbys i helse, omsorg og velferdsfeltet er fragmenterte. Videre beskrives det at dimensjonen helse – arbeid er svært viktig både for å forebygge og motvirke strømmen inn i helsesystemet for så å komme raskere ut og tilbake til arbeid siden brukere av helsevesenet er i yrkesaktiv alder (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009). En god samhandling mellom arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og helse- og omsorgstjenestene på rehabiliteringsområdet skal være med på å sikre dette (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009).

Samarbeid, samhandling og koordinering av tjenester mellom aktører og mottakere er sett på som et viktig element for en vellykket tilbakeføring til jobb hos sykmeldt (Aas 2009). Videre er det vist at manglende samarbeid og samhandling mellom mottakere, arbeidsgiver, tjenestetilbydere og andre aktuelle aktører kan komplisere og være en barriere for tilbakeføringen (OECD 2010; Schandelmaier et al. 2012; Young et al. 2005)

1.6 Tilbakeføring av sykmeldte til arbeid

Return to work (RTW) er det etablerte internasjonale begrepet som omhandler tilbakeføring av sykmeldte til arbeid. I norsk sammenheng benyttes ofte begrepet arbeidsrettet rehabilitering (Aas 2009). Selv om Return to work er etablert begrep, mangler det en klar definisjon. Feltet er beskrevet som fragmentert, og det teoretiske

rammeverket for hvordan man styrer det kliniske arbeidet er mangelfullt (Schultz et al. 2007).

Det er forskjeller i måten forskerne forstår og operasjonalisere begrepet Return to work; i litteraturen benyttes det både som en prosess og som selve målet (effektmål/outcome) (Schultz et al. 2007; Young et al. 2005). I norsk sammenheng er arbeidsrettet rehabilitering (ARR) og Raskere tilbake-tilbudene eksempler på tilbakeføringsprogram, hvor målet er tilbakeføring i arbeid (Aas 2009). I denne kappen til masterprosjektet kommer begrepet tilbakeføring/tilbakeføring i jobb til å benyttes om Return to work (RTW). Den største delen av forskningen har blitt gjort innen *occupational disability* (Schultz et al. 2007), men også innen flere grener innen ergoterapi- og rehabiliteringsfeltet (Aas 2009). Videre benyttes work rehabilitation som innebærer både *occupational rehabilitation* og *vocational rehabilitation* for henholdsvis dem med og uten et arbeidsforhold (Aas 2009). OECD (2010) benytter vocational rehabilitation for å beskrive den sosiale rehabiliteringen som utføres av sosialforsikringsssystemene, som for eksempel NAV.

Friesen, Yassi og Cooper (2001) beskriver tre nivåer i tilbakeføringsarbeidet; Individnivået hvor sykdom, diagnoser, holdninger, jobbkrav og kontroll utspiller seg. Videre er det mesonivået hvor arbeidsplassen, helse- og velferdstjenester, og behandlere kommer inn. Deretter makronivået hvor det strukturelle og styringssystemet kommer inn. Altså føringer som blir lagt av myndighetene i form av lover, stortingsmeldinger, reformer og avtaler, som er beskrevet tidligere i introduksjonen. Denne studien befinner seg i mesonivået.

Flere modeller inne tilbakeføringsarbeidet tilstreber koordinering og integrert kompetanse/tverrfaglighet i sitt tilbakeføringsarbeid. For eksempel retter *disability management* søkelyset mot arbeidsplassen for å oppnå god arbeidsdeltagelse og optimal tilbakeføring for personer med helseplager og målet er å sørge for at tilbudene blir bedre koordinert og mer helhetlig (Westmorland & Buys 2004; Aas 2009). Viktig i mange av modellene i tilbakeføring er at aktører kan kommunisere det samme til den som skal tilbakeføres i arbeid. Spesielt er det betydningsfullt når helseproblemene er uspesifikke, som ved muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager (Loisel et al. 2005; Aas et al. 2011). Schultz et al. (2007) har beskrevet ulike modeller for tilbakeføring i jobb som har påvirkning på synet for diagnose og behandling i tilbakeføring hos pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Modellene

delers mange av de samme temaene og faktorene, men synet på blant annet sykdom, funksjon og forskning er ulikt.

Innen biopsykologisk modell, er funksjon og tilbakeføring forklart med en kompleks samspill mellom en rekke faktorer, inkludert smerte, fysisk og psykisk svekkelse og funksjon og sosial funksjonshemming. Denne modellen forklarer tilbakeføring og funksjon gjennom å forstå både det individuelle og systemet, og hvordan det påvirker hverandre (Schultz et al. 2007). Arbeidet med tilbakeføring kan man plassere i det moderne rehabiliteringsfeltet, som i Norge omhandler både helse og omsorgstjenester, velferdstjenester og rehabiliteringstjenester (Aas 2009).

Denne studien har ikke valgt noen spesiell modell å tolke resultatene ut i fra, men på bakgrunn av det som er gjort rede for ovenfor, har et perspektiv på tilbakeføring i arbeid som en integrert og sammensatt prosess av flere nivåer hvor en koordinert innsats må til for å møte kompleksiteten i tilbakeføringsprosessen.

1.7 Koordinering og samhandling

Koordinering av tjenester er en viktig faktor for å fremme tilbakeføring til jobb, og som tidligere beskrevet har Raskere tilbake blitt kritisert for manglende samhandling og koordinering. I dette kapitlet vil derfor koordinering og samhandling presenteres generelt med fokus på hva som kan fremme og hemme samarbeid og koordinering. Deretter vil koordinering innen tilbakeføringsarbeidet gjøres rede for.

I følge Bukve og Kvåle (2014) kan man forstå samhandling helt generelt som samarbeid der det ikke er én aktør som har fullstendig kontroll over en prosess eller utføring av en oppgave. I en samhandlingsprosess er det mange utfordringer som skal håndteres, og for at aktørene skal kunne utføre en oppgave gjennom samhandling, må de finne frem til et felles mål, utvikle felles forståelse av situasjonen, ha tillitt til hverandre, utveksle nødvendig informasjon, erfaringer og kunnskap (Bukve & Kvåle 2014).

Ulike fenomener har blitt forsøkt lagt inn under begrepet samhandling og det har i de senere årene fått en plass både i praksisfeltet, i forvaltningen og blant forskere. Fenomenene som kan fanges opp av samhandlingsbegrepet blir diskutert og forstått fra en rekke ulike teoretiske perspektiver, på ulike nivå og perspektiver i ulike organisasjoner. Klassisk organisasjonsteori, institusjonell teori, systemteori og teori

om offentlig styring har alle bidrag som er relevante for samhandlingsbegrepet (Bukve & Kvåle 2014).

Det finnes ulike modeller og former for samhandling, alt fra enkle former som ikke krever strukturelle endringer til mer komplekse former som krever en endring av retningslinjer og organisatoriske grenser (Axelsson & Bihari Axelsson 2011).

En enkel form for samhandling innebærer regelmessige møter mellom de samarbeidende organisasjoner for kontakter, informasjonsutbytte og felles planlegging av aktiviteter på tvers av organisasjonene/nivåene (Axelsson & Bihari Axelsson 2011; Jakobsson et al. 2002). En mer kompleks form for samhandling at de berørte organisasjoner inngår formelle bestemmelser om kliniske og andre retningslinjer av aktiviteter, som strekker seg over de organisatoriske grensene. Det gir en formell ramme som innebærer en samordning av samarbeidet mellom organisasjonene (Axelsson & Bihari Axelsson 2011; Campbell et al. 1998). Man kan også danne samarbeidsgrupper eller egne representanter eller *case managers* som har som oppgave å løse pasienter eller brukere mellom de berørte organisasjoner og fremme samarbeid og koordinering omkring felles pasient- eller brukergrupper (Axelsson & Bihari Axelsson 2011; Mitchell & Shortell 2000).

Samhandling er en kompleks prosess som innebærer samarbeid og koordinering. Det finnes både strukturelle og kulturelle barrierer for samhandling. Strukturelle hinder vil si lover, regler og forskrifter, utforming av finansieringssystem med ulike budsjetter og ansvarsområder, administrative grenser mellom ulike organisasjoner, myndigheter og nivå. Ulike informasjonssystem, databaser og journaler er eksempler på strukturelle hinder (Axelsson & Bihari Axelsson 2011).

Kulturelle hinder kan beskrives som ulikheter mellom profesjoner og organisasjonskulturer, for eksempel ulik språkbruk, ulike holdninger og verdier som kan komplisere kommunikasjon og samarbeid. Ulik utdanningsbakgrunn som kan forårsake kulturforskjeller mellom de samarbeidende organisasjonene. Kulturelle hinder henger delvis sammen med strukturelle hinder, for regelsystemet ofte leder til ulike måter å se på pasientene eller klientene (Axelsson & Bihari Axelsson 2011).

1.8 Koordinering i tilbakeføringsarbeidet

Et kjennetegn for tilbakeføringsarbeid er at det er en kompleks og sammensatt prosess der flere arenaer, aktører og tiltak er involvert. Det er gjort flere studier for å

identifisere hva som er sentralt for å oppnå en rask tilbakeføring (Shaw et al. 2008; Aas 2009). OECD (2010) beskriver at flere folk med sykdom eller skade kan arbeide hvis de får rett støtte til rett tid gjennom bedre tverrsektorielt samarbeid og systematisk tilpasset engasjement. Manglende samarbeid mellom aktører i tilbakeføringsarbeidet (pasienter, arbeidsgivere, aktører i helsetjenesten og forsikringsbransjen/betaler) kan komplisere tilbakeføring (OECD 2010; Schandelmaier et al. 2012; Young et al. 2005).

I Schandelmaier et als (2012) meta-analyse over tilbakeføringskoordinering, viser forskerne til moderate bevis for at tilbakeføringskoordinering resulterer i en liten, men sannsynligvis viktig faktor for sannsynligheten for at sykmeldte tilbakeføres i jobb. I samme studie er koordinering i tilbakeføring assosiert med forbedring i funksjon og smerter.

Hovedaktivitetene (verktøyene) for samhandlingen og koordinering av tilbakeføringsarbeidet kan involvere arbeidsplassvurdering, planlegging av overgangsperioden man står utenfor arbeid, og legge til rette for kommunikasjon og enighet blant aktørene (Shaw et al. 2008). Møtevirksomhet og ulike typer planer er en del av koordineringen i tilbakeføringsarbeidet – både individuelle planer og sammen med arbeidsgiver (Schandelmaier et al. (2012). Dette er også en del av sykefraværsarbeidet i Norge, for eksempel oppfølgingsplan for sykmeldte arbeidstagere (NAV 2014). Tverrfaglig samarbeid og tverrfaglig innsats er også en måte å samarbeide på i tilbakeføring og rehabiliteringsfeltet (Loisel et al. 2005; Aas 2009).

I denne studien er mye av empirien fra internasjonal forskning (Canada, Amerika, Australia, Nederland) innen tilbakeføringsfeltet, hvor arbeidsplassen og forsikringsselskapene har en mer fremtreden og annerledes rolle som betaler/ytter av helse- og velferdstjenester, enn i det norske helse- og velferdssystemet og sykefraværsarbeid. Flere av de internasjonale modellene har vokst frem som forebygging av arbeidsuførhet og sykefravær av arbeidsplass og forsikringsselskaper.

1.8.1 Fast koordinator

Koordinering og samhandlingsutfordringer i tilbakeføringsarbeidet på bakgrunn av det som er skissert i foregående kapitler har det internasjonalt ledet til at tilbakeføringsintervensjoner ofte inneholder en tilbakeføringskoordinator (Shaw et al. 2008). Begrepsbruken for en fast koordinator av tilbakeføringstjenester mangfoldig;

koordinator, case manager, Return To Work coordinator, fast koordinator, personlig koordinator, koordinator, permanent coordinator. I dette kapitlet vil hovedtrekkene av disse bli beskrevet og heretter brukes begrepet *fast koordinator* om denne rollen (eng. *permanent coordinator*).

En fast koordinator er veldokumentert som en viktig faktor i et effektivt tilbud til sykmeldte som skal tilbakeføres til arbeid (Franché, R.-L. et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012). Schandelmaier et al. (2012) beskriver koordineringsverktøy i tilbakeføringsprosessen som å ha en tilbakeføringsplan/case management plan, indentifisering av barrierer for tilbakeføring, diskuterer tilbakeføringsplan med de ulike aktørene, gjør arbeidsplassvurderinger (*worksites visit*), deltar på møter, fysisk og psykisk vurdering av mottaker av tjenesten og koordinerer planen som er laget. Shaw et al. (2008) beskriver de viktigste oppgavene for en fast koordinator som følger: Arbeidsplassvurdering, intervju, sosial problemløsning, samarbeid med arbeidsplass, kunnskap om lovmessige forhold og kunnskap om medisinske tilstander.

Man kan forstå en slik koordinator som en personlig og fast koordinator som har som oppgave å være tjenestemottakers los på tvers av tilbud, mellom aktører og behandlere, organisasjoner og nivå, mens det tas hensyn til mottakers individuelle faktorer. I Norge er det ikke utbredt å benytte en fast koordinator, og det mest konkrete eksemplet man har på en personlig og fast koordinator i Norge er å få utnevnt koordinator i forbindelse med individuell plan (IP). Gjennom IP har man forsøkt å lage et verktøy for samhandling og koordinering av tjenester mellom mottaker og ulike aktører i helsetjenesten (Kjellefjord 2013). Retten til IP og koordinator for mottaker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester er hjemlet gjennom § 2-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Plikten til å gjennomføre dette i er beskrevet i flere lovverk i helsetjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011; Psykisk helsevernloven 2001; Spesialisthelsetjenesteloven 2001). Det skal sikre at mottaker får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. IP forutsetter samarbeid, samhandling og koordinering, og er tenkt å styrke samhandlingen mellom aktører som leverer tjenester og mottaker, videre innad eller på tvers av tjenester, forvaltningsnivåer og profesjoner. For hver IP skal det oppnevnes koordinator og det skal avklares hvem som skal koordinere planarbeidet (Kjellefjord 2013). Parallelt med retten til individuell plan, er også et lovfestede krav om koordinerende enhet i kommuner og helseforetak, et verktøy for å få til god

rehabilitering på systemnivå (Helse- og omsorgstjenestloven 2011; St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009).

1.9 Studiens formål og forskningsspørsmål

Forskning viser at god koordinering av tjenester er en viktig faktor for tilbakeføring helt eller delvis i arbeid. Videre ser man at hvis man har en fast koordinator som syr sammen tilbudet, er det større sjans for en vellykket tilbakeføring i arbeid (Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008). Raskere tilbake – tilbudene har blitt kritisert for manglende koordinering og samhandling, og på bakgrunn av det som er beskrevet, er målsetningen med denne studien å undersøke hvilke faktorer som predikerer koordinering, samhandling og fast koordinator i Raskere tilbake-tilbudene i Norge.

Basert på dette har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke verktøy* for koordinering benytter man seg av i Raskere tilbake-tilbudene i henhold til hvordan de er finansiert og type tilbud?
2. Er det forskjeller mellom type finansiering av Raskere tilbake-tilbudet og hvorvidt det oppnevnes fast koordinator?
3. Er det en forskjeller innen diagnosegruppene i Raskere tilbake-tilbudet og hvorvidt det oppnevnes fast koordinator?

Med verktøy* menes faktorer som har noe med samhandling, samarbeid og koordinering mellom aktørene i en slik prosess å gjøre: fast koordinator, koordinering, planer, samarbeidsmøter og rapporter med arbeidsplass, tverrfaglige team, arbeidsplassvurdering, møter og aktører i standardprosedyre. På grunn av at tilbakeføring i arbeid er målet med tilbakeføringsintervensjoner, er det lagt mest vekt på samarbeid med arbeidsplass.

2.0 METODE

Metoden til studien er beskrevet i artikkelen (Berg et al. 2015) og i dette kapitlet vil det kun bli gitt et kort sammendrag av metode med noen spesifikasjoner.

2.1 Materiale

Data som er benyttet i studien ble samlet inn som en del av den nasjonale evalueringen av Raskere tilbake, som er en evaluering i flere delstudier. Oppdragsgiver var Arbeidsdepartementet, og prosjektet ble utført av International Research Institute (IRIS), PreSenter og Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Eier av datamateriale i dag er prosjektleder Randi Wågø Aas.

Deltakerne er tjenestetilbydere av Raskere tilbake, både fra NAV og RHF, totalt 120 tilbud (n=120). Utvalget er hele tjenestenivået innen Raskere tilbake-tilbudene i tidspunktet ved datainnsamlingen (n=225). Studien er designet som en retrospektiv tverrsnittsundersøkelse med et utvalg bestående 120 Raskere tilbake-tilbud. Data ble samlet inn ved at en representant fra hvert av tilbudene ble intervjuet over telefon av forskere ved hjelp av spørreskjema og et strukturert telefonintervju. For videre opplysninger om materialet og datainnsamling henvises det til artikkel, hvor det er detaljert beskrevet.

2.2 Instrumenter

For å måle hvordan de ulike Raskere Tilbake tilbudene koordinerer og samhandler ble følgende instrument benyttet; spørreskjemaet ”Evaluering av Raskere tilbake” (vedlegg 1). Spørreskjemaet er designet slik at man skal få vite mest mulig om de ulike Raskere Tilbake-tilbudene på tjenestenivå.

Variablene i denne studien er operasjonalisert ut i hvilke verktøy for koordinering, samarbeid og fast koordinator ble identifisert ved hjelp av teori og empiri beskrevet i introduksjonen. Videre ble variabler innen diagnosegrupper og sykefraværslengde tatt med for å kunne beskrive Raskere tilbake – mottakere. Hvordan alle variablene er operasjonalisert er nøye beskrevet under kapitlet *Measurements* i artikkelen.

Som beskrevet ovenfor besto utvalget av 120 (n=120) Raskere tilbake-tilbud. 21 av tilbudene (n=21) hadde finansiering både fra NAV og RHF og antallet (n) i

analysene som er delt inn etter finansiering ha et høyere antall (opp til $n=141$). I analysene som presenterer forskjeller mellom ulike typer tilbud (fire RHF finansierte og fire NAV finansierte) vil antallet være høyere (opp til $n=171$), da noen tilbud omfatter flere av de ulike typene tilbud. Statistiske analyser er presentert i artikkelen.

3.0 Resultat

Denne studiens hovedresultater er beskrevet i artikkelen (Berg et al. 2015) og derfor vil det være henvisninger til tabeller artikkelen i dette kapitlet.

3.1 Deskriptive data

De ulike type tilbud innen Raskere tilbake er fordelt som følger (n=171); *Medisinsk og kirurgisk behandling* (n=16); *Rehabilitering i sykehus – somatikk* (n=28); *Behandling og rehabilitering – psykiatri* (n=14); *Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjoner* (n=23); *Oppfølging* (n=16); *Avklaring* (n=17); *Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* (n=50); *Behandling* (n=7).

Se table 1 som følger artikkel, som viser en fordeling av de ulike type tilbud fordelt på finansiering. Denne tabellen viser også en fordeling av diagnosegrupper, som presenteres nedenfor, samt hvem som koordinerer tilbudene for Raskere tilbake-mottaker.

De tre vanligste diagnosegruppene innen Raskere tilbake er *muskel-og skjelettplager* 73 % (n=88); *psykiske lidelser* 63 % (n= 70) og *uspesifikke plager/lidelser* 43% (n=48).

Raskere tilbake-tilbudene (n=120) rapporterte at majoriteten av Raskere tilbake-mottakerne *er og har vært sykmeldt i 8-52 uker* (mean 61,9; SD 31). Innen NAV finansierte tilbud (n=64) *er og har vært sykmeldt i 8-52 uker* (mean 76,8, SD 23,1). *RHF finansierte tilbud* (n=77) *er og har vært sykmeldt i 8-52 uker* (mean 52,9; SD 31,7). *Både RHF and NAV finansiert* (n=21) rapporters det om at Raskere tilbake mottakerne *er og har vært sykmeldt i 8-52 uker* (76,9; SD 22,6). (Gjennomsnittverdier over hvordan Raskere tilbake-tilbudene rapporterer fordelingen av sykmeldingsstatus ved oppstart av tilbudet, fordelt over fem kategorier hvor feltene utgjør til sammen 100%)

3.2 Koordinering og fast koordinator

Den vanligste planen å bidra med i hele utvalget (n=120) er *behandlingsplan* 35 % (n=41) and *tiltaksplan* 35 % (n=42).

De oftest rapporterte verktøyene for koordinering i de ulike type tilbud (n=171) var *tverrfaglig team* 58% (n=100), og å utvikle *planer* 85% (n=171) for hver Raskere tilbake-mottaker.

Den oftest rapporterte formen for samarbeid med arbeidsplassen er *møter med Raskere tilbake-mottakerens arbeidsgiver* 56% (n=97) og *over telefon* 57% (n=99) totalt i de ulike type tilbud (n=171). *Arbeidsplassvurdering* blir gjort i halvparten av tilfellene 41% (n=70)

Se table 2 som følger artikkel for en fordeling av de ulike verktøyene for koordinering og samarbeid fordelt på de ulike typer tilbud innen Raskere tilbake – ordningen.

Table 3 i artikkelen representerer type møter i standardprosedyren for Raskere tilbake-mottakere og type aktører som deltar (n=119). *Arbeidsgiver/arbeidsplass* deltar på innkomstmøte i kun 3% av tilfellene (n=4).

En *fast koordinator* blir oppnevnt i 49% (n=58) hele utvalget (n=120). Innen de ulike finansieringene i Raskere tilbake oppnevner 38% (n= 21) *fast koordinator* i tilbud finansiert av *RHF* 49 % (n=21) i *NAV* og 76% (n=16) i tilbud som har finansiering fra både *RHF* og *NAV*. Det var signifikant assosiasjon å ha et *NAV* finansiert tilbud og *fast koordinator* (OR=2,2, 95% CI=1,06-4,63) og tilbud som har finansiering av *både NAV og RHF* (OR= 4,3, 95% CI= 1,45-12,57). Det var ingen signifikant assosiasjon mellom å ha et tilbud finansiert av *RHF* og *fast koordinator* (p=0,99). Se table 4 og 5 som følger artikkel

3.3 Fast koordinator og diagnosegruppe

Det var signifikant assosiasjon mellom *muskel-og skjelettplager* og *fast koordinator* (OR=3,8, 95% CI=1,37-10,40). Det var ingen signifikante assosiasjoner mellom *psykiske lidelser* og *fast koordinator* (p= 0,071), eller *uspesifikke plager/lidelser* og *fast koordinator* (p= 0,190). Se table 6 som følger artikkel.

4.0 Etikk

Denne studien baserer seg på data samlet inn på tjenestenivå i forbindelse med Evalueringen av Raskere tilbake. Det ble ikke samlet inn personopplysninger i forbindelse med denne studien, og den er derfor vurdert til å ikke være meldepliktig til Regionale Ethiske Komiteer (REK) eller Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Raskere tilbake-tilbudene ble anonymisert og gitt et ID-nummer i datafilene, og koblingen med tilbudsnavn/navn på informant var kun tilgjengelig for de som intervjuet informantene og ledet datainnsamlingen (Aas et al. 2011). Siden denne studien tar utgangspunkt i det allerede innsamlede datamaterialet, var det ikke nødvendig å søke tillatelser og godkjenninger på nytt. Tilgangen til datamaterialet er gitt av Raskere tilbake-evalueringen.

5.0 Diskusjon

Dette kapitlet er en utdypning av diskusjonen i artikkelen (Berg et al. 2015). Det henvises til tabeller i artikkel i løpet av diskusjonen. Først blir resultatene fra studien diskutert opp mot tidligere forskning og teori på tema med fokus på det som er beskrevet i introduksjonen i denne kappen. Deretter følger en diskusjon av den metodiske tilnærmingen i denne studien.

5.1 Diskusjon av resultater

Målsetningen med denne studien er å undersøke hvilke faktorer som predikerer koordinering, samhandling og fast koordinator i Raskere tilbake-ordningen i Norge, og om det er noen forskjeller i å oppnevne fast koordinator med tanke på hvordan Raskere tilbake er finansiert. Videre om det er forskjeller i å ha fast koordinator i de vanligste diagnosegruppen i Raskere tilbake.

For å kunne svare på denne problemstilling har vi sett på hvilke verktøy for koordinering og samarbeid man benytter seg av i de ulike Raskere tilbake-tilbudene i henhold til hvordan de er finansiert (NAV eller RHF eller både RHF og NAV) og type tilbud, som er definert i tabell 2 i denne kappen. På grunn av det store begrepsuniverset i denne studien og i fagfeltet generelt er de ulike tilbudene og finansieringene i Raskere tilbake-ordningen skrevet med kursiv for å understreke at dette er variabler denne studien, og for ikke å forveksle når spesialisthelsetjenesten og NAV diskuteres opp mot funnene. Dette gjelder også variabler når det kommer til verktøyene for koordinering og samarbeid, som er på engelsk i tabellene, slik at det forhåpentligvis blir klarere for leseren at det er variabler fra funnene og tabellene i studien som diskuteres. Tilbudene *Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* og *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon* er ofte finansiert av *både RHF og NAV* (se table 1). På grunn av kompleksiteten rundt finansieringsordningene, vil diskusjonen i hovedsak rette seg mot *NAV-finansierte* tilbud og *RHF-finansierte* tilbud som to hovedgrupper, med unntak i kapittel 5.3.

Når det kommer til den internasjonale forskningen som er benyttet i denne studien angående koordinering i tilbakeføringsarbeidet og koordinatorene i intervensjoner, har arbeidsplassen og forsikringsselskapene en mer fremtreden og annerledes rolle som betaler/ytter av helse- og velferdstjenester, enn i det norske helse- og velferdssystemet. Ofte er intervensjonene på arbeidsplassen.

5.2 Koordinering

I denne studiens deskriptive resultater er oppnevning av *tverrfaglige team*, og utvikling av *planer* den vanligste formen for koordinering (Table 2 i artikkel). Koordinering kan inkludere en vurdering som leder til en individuelt sammensatt plan, utført av en koordinator eller et team som koordinerer tilbudet til den sykmeldte blant involverte aktører (Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008). Utvikling av *planer* rapporteres ofte i alle tilbudene, men sjelden i *medisinsk og kirurgisk behandling*. Ved utvikling av planer kan man legge til rette for en mer koordinert tilbakeføring, og gjennom planen kan man identifisere lettere hva som kan hemme eller fremme en tilbakeføring i jobb, men denne planen må ledes og iverksettes for at den skal ha noen hensikt. Dette er oppgaver og kompetanse en koordinator kan bidra med (Gardner et al. 2010; Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008).

Tverrfaglige team er vanligst i *arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* og *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon*, mens det er sjelden i *medisinsk og kirurgisk behandling* innen RHF-finansierte tilbud. Arbeidsrettet rehabilitering har tradisjon for å arbeide i tverrfaglige team (Aas 2009). Deltagere i tverrfaglig skreddersydd og koordinert rehabilitering viser en reduksjon i sykefravær, større sjanse for å gå tilbake i jobb og bedre utfall fra rehabilitering (Bültmann et al. 2009; Jakobsson et al. 2005; Kärholm et al. 2006). Bültman et al (2009) beskriver at med tverrfaglig koordinert innsats med fokus på prosess med plan kan være effektivt, og at kommunikasjon mellom den sykmeldte, tverrfaglig team, arbeidsplass og sentrale aktører vektlegges i rehabilitering av sykmeldte. En svakhet med resultatene i vår studie er at vi ikke vet hvordan de tverrfaglige teamene koordinerer og samarbeider med andre aktører. Sett i sammenheng med de andre verktøyene for koordinering i samme tabell (table 2 i artikkel), er det i de samme tilbudene som oftest har tverrfaglig team, det rapporteres oftest om fast koordinator, planer og diverse samarbeid med arbeidsplass. Dette kan henge sammen med at tilbudene er mer arbeidsrettet enn øvrige tilbud i studien. At rehabiliteringstjenester som *arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* og *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon*, har tverrfaglige team er kjent (Aas 2009). Imidlertid kan det være et problem at når tilbudet er slutt, og det tverrfaglige teamet opphører, er mottakeren fremdeles i behov for en koordinert innsats for å tilbakeføres til arbeid.

Innen *medisinsk og kirurgisk behandling* rapporteres det i mindre grad om utvikling av *tverrfaglig team, planer og fast koordinator*. Raskere tilbake-mottakere blir henvist for medisinsk behandling eller kirurgi av en skade eller diagnose, og kan få operasjon forttere gjennom et Raskere tilbake-tilbud, enn om de stod i vanlig helsekø (Helsedirektoratet 2012). Dette er en fordel, med tanke på at lengden på sykefraværet kan bli kortere i påvente av behandling, mens på en annen side vet vi lite om disse Raskere tilbake-mottakerne etter utskrivelse og ferdig behandling i forhold til oppfølging og tilbakeføring til arbeid. En Effektevaluering av Raskere tilbake-tilbudet i spesialisthelsetjenesten viser at Raskere tilbake har redusert ventetider for medisinske og kirurgiske behandlinger, og en reduksjon i sykefraværet for kirurgiske pasienter, men ikke medisinske (FHI 2013; Aakvik et al. 2012).

Sett i sammenheng med diagnosegruppen som er oftest rapportert i vår studie, muskel-og skjelettplager, har denne gruppen behov for et koordinert tilbud, for å få en mest mulig effektiv tilbakeføring til jobb (Briand et al. 2008). Imidlertid er det rapportert om lite koordinering innen *medisinsk og kirurgisk behandling* i vår studie. Det er ofte fastlegen som henviser Raskere tilbake-mottakere til *RHF-finansierte* tilbud. Fastlegene er beskrevet som hovedperson når det kommer til koordinering av tjenester til sine pasienter (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009). Det er påpekt at fastlegene ikke har kapasitet til dette (Bukve & Kvåle 2014; Melby & Tjora 2013). I vår studie er det rapportert om at *fastlegene* i liten grad er inne i møtevirksomheten i standardprosedyren for Raskere tilbake-mottakere (table 3). I samme tabell rapporteres det om at *bedriftshelsetjenesten* i liten grad er inne som aktør i møtevirksomheten. Det er et ønske fra både aktører i Rasker tilbake-ordningen og bedriftshelsetjenesten selv å bli mer involvert i sykefraværsarbeidet (Skarpaas et al. 2013). Dette kunne være en måte å avlaste både arbeidsgiver og fastlege i oppfølgingen av sykmeldte.

For *Rehabilitering i sykehus – somatikk* innen *RHF-finansiering* rapporteres det om mer koordinering og samarbeid enn øvrige *RHF-finansierte* tilbud, som er et forventet funn i og med at de arbeider innen en rehabiliteringstradisjon, mens på en annen side samarbeider de i liten grad med arbeidsgiver (table 2). Dette blir diskutert i neste kapittel. Tilbudet bidrar også til å lage *individuell plan (IP)*. Å bidra med individuell plan betyr at programmet tilbyr mer enn forventet av et Raskere tilbake-tilbud. Det kan tyde på at noen av tilbudene har mottakerne med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Kjellevoid 2013). Vi har ingen funn på hvem som eventuelt

koordinerer denne planen. Innen de ulike Raskere tilbake-tilbudene er det flere av programmene som bidrar med å lage individuelle planer, noe som kan bety at Raskere tilbake yter mer enn det som er lovpålagt, siden de ikke har den funksjonen. Imidlertid er det små enheter, så det er ikke vanlig i et Rasker tilbake-tilbud å bidra til utvikling av en individuell plan.

5.2.1 Samarbeid med arbeidsgiver

I denne studien rapporteres det ulikt i de forskjellige tilbudene i forhold til hvordan de samarbeider med arbeidsgiver/arbeidsplass (table 2 i artikkel). *NAV-finansierte* tilbud, sammen med *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon* og *arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* har hyppigere kontakt med arbeidsplassen enn i de øvrige *RHF-finansierte* tilbud. Samtidig ser man i en analyse (table 3 i artikkel) på hele utvalget hvor *arbeidsplass/arbeidsgiver* i liten grad deltar i møtevirksomheten i tilbudene. Samarbeid med arbeidsplassen er sentral innen tilbakeføringskoordinering, og arbeidsplassdimensjonen kan være en viktig komponent for et godt utfall av programmet (Franche, R.-L. et al. 2005). I samme studie var det også sterke bevis for at varigheten av sykemeldingen ble signifikant redusert tidlig kontakt mellom tjenestetilbyder og arbeidsplass.

Etter innføringen av IA-avtalen er mye av ansvaret for sykefraværsoppfølgingen gitt til leder på arbeidsplassen og arbeidsplassen skal være en av hovedarenaene for tilbakeføring til arbeid - både når det gjelder forebygging av sykefravær, fremme helsen til arbeidstakere og tilrettelegge for helt eller delvis sykmeldte/uføre (Arbeids- og sosialdepartementet 2013; IA-avtalen 2014; Aas 2009). Et av forslagene til deltagerne i "aktørstudien" av Raskere tilbake-ordningen, er at det bør stilles krav til at alle aktører i sykefraværarbeidet skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (Skarpaas et al. 2013).

Hovedvekten av samarbeidet med arbeidsgiver foregår over *telefon* og *møter* (*NAV* og både *RHF* og *NAV*), mens innen *RHF-finansierte* tilbud er det oftest over *telefon* samarbeidet skjer. I nesten halvparten av *medisinsk og kirurgisk behandling* rapporteres det *uaktuelt med samarbeid med arbeidsgiver*. Dette til tross for at samarbeid med arbeidsgiver/arbeidsplass fremholdt som en viktig faktor i

sykefraværarbeid (Arbeidstilsynet 2015; Franche, R.-L. et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012).

Det samme mønsteret som skissert ovenfor når det gjelder hvilke Raskere tilbake-tilbud som samarbeider med arbeidsplass, gjenspeiles i om det gjøres arbeidsplassvurdering. *Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsintuisjon og Arbeidsrettet rehabilitering NAV*, samt de fleste av de *NAV-finansierte* tilbudene, mens det i liten grad gjøres i *RHF-finansierte tilbud*. Å foreta en arbeidsplassvurdering kan gjøre det mulig å indentifisere problemområder og barrierer for tilbakeføring, samt opprettholde forholdet mellom arbeidet og arbeidstaker (Franche, R.-L. et al. 2005; Shaw et al. 2008).

Rehabilitering i sykehus – somatikk gjør i liten grad arbeidsplassvurdering og samarbeider med arbeidsplass. Dette funnet er noe overraskende, siden de operer innen rehabiliteringsfeltet, og hvor viktigheten av arbeidsplassdimensjonen i tilbakeføringsarbeidet bør være kjent.

En arbeidsplassvurdering er beskrevet som en oppgave og kompetanse som en fast koordinator bør ha og gjøre for å fremme et bedre samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, samt kunne bidra direkte i forhold på arbeidsplassen som hemmer eller fremmer en tilbakeføring i jobb (Gardner et al. 2010; Shaw et al. 2008). Videre er kontakten med arbeidsplassen veldokumentert som effektivt innen både koordinering og kjennetegnes med en effektiv intervensjon (Franche, R.-L. et al. 2005; Pransky, Glenn et al. 2010; Pransky et al. 2004; Shaw et al. 2008).

5.3 Type finansiering og fast koordinator

Utfordringer i koordinering og samarbeid har internasjonalt ledet til at tilbakeføringsintervensjoner ofte inkluderer en koordinator (Shaw et al. 2008). I denne studien rapporteres det at *fast koordinator* er oppnevnt i underkant av halvparten av tilfellene innen alle Raskere tilbake-tilbud. Det er signifikant forskjell i å ha fast koordinator i et tilbud *finansiert av NAV*, eller et tilbud med *både RHF og NAV*, enn å ha et Raskere tilbake-tilbud *finansiert av RHF* (table 4 og 5 i artikkel). På grunn av studiens begrensinger kan vi ikke vite noe om årsakssammenhengen til disse forskjellene, og det er ikke kontrollert for andre variabler i analysen.

Tilbudene finansiert av *både RHF og NAV* er i stor grad *arbeidsrettet rehabilitering (NAV)* og *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon* (se table

1 i artikkel). Som tidligere nevnt kan man gå ut i fra at disse tilbudene har god kunnskap om tilbakeføring, og hvilke faktorer som fremmer dette, og at man finner en assosiasjon med fast koordinator i disse tilbudene er ikke overraskende, og et forventet funn. Sannsynligheten for at de har et overordnet perspektiv på at koordinering forbedrer og gir bedre sjanse for tilbakeføring i jobb, er i samsvar med litteraturen innen tilbakeføringsarbeidet (Briand et al. 2008; Franche, R.-L. et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012). På grunn av kompleksiteten når det gjelder finansieringsordningene i Raskere tilbake vil den videre diskusjonen i dette kapitlet fokusere på forskjeller og likheter innen de separate finansieringene henholdsvis *NAV* og *RHF*.

NAV-finansierte tilbud har flere mottakere som har vært sykmeldt lengre enn i *RHF*, som kan kreve en mer organisert innsats. I table 2 (i artikkel) kan man se fordelingen på fast koordinator i hvert tilbud, og i *medisinsk og kirurgisk behandling* blir det rapportert færrest fast koordinator. Det kan være at dette tilbudet ikke ser det som relevant å oppnevne fast koordinator på grunn av behandlingens karakter. Spesialisthelsetjenesten er tradisjonelt sett mer orientert mot å behandle sykdom ut i fra diagnose. Fordelen med å opprette fast koordinator og utføre koordinering slik det er beskrevet i denne studien kan være ukjent for fagpersonale i disse tilbudene, mens på en annen side kan det også være unødvendig. En fast koordinator er beskrevet som den viktigste personen for å oppnå vellykket resultat i tilbakeføringen til jobb og har sammenheng med effektive tilbakeføringsintervensjoner med kortere tidsperspektiv på fraværet og derav lavere kostnader (Franche, R.-L. et al. 2005; Gardner et al. 2010).

En måte en fast koordinator kan møte mottakeren på er et intervju eller møte i forkant av intervensjonen, samt avdekke andre problemer, som kan hindre tilbakeføring i jobb (Gardner et al. 2010; Shaw et al. 2008). I alle Raskere tilbake-tilbudene rapporteres det at 60,5% av innkomstmøtene med en type *koordinator/primær kontakt* (table 3 i artikkel), men det kan se ut som koordinatoren faller fra utover i møtevirksomheten. En svakhet med dette funnet er at det ikke kommer frem hva slags type koordinator dette er, og det er en annen variabel enn *fast koordinator* som er benyttet i de andre analysene.

En lokal koordinator er et ønske og endringsforslag hos aktørene innen Raskere tilbake og koordinatoren skal drive prosessen fremover, sy tilbudene sammen og fokusere på hindringene for å komme tilbake i jobb (Skarpaas et al. 2013).

Imidlertid var det ikke enighet blant aktørene i studien om det var nødvendig med lokal koordinator. Å sy sammen tilbud og drive tilbakeføringsprosessen fremover er et av de mest veldokumenterte kjennetegnene i et effektivt tilbud til sykmeldte (Franche, R. et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012). En fast koordinator oppnevnt i et tilbud kan være en fordel, og kan følge pasienten når det kommer til planer og aktører så lenge han er i tilbudet. Når tilbudet er over, er det imidlertid ingen som følger pasienten lengre, og det er opp til det tradisjonelle helse- og velferdssystemet, antagelig med fastlege, å lose pasienten videre.

I Norge har man rett på en koordinator hvis man har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Retten til en individuell plan og koordinator skal sikre at mottaker får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Kjellevold 2013). Det kommer ikke frem noen steder om denne koordinatoren kan oppnevnes til sykmeldte som skal tilbake i arbeidslivet. I Samhandlingsreformen (2009) er det nevnt at det bør skje en tilpasning av koordineringsoppgaver utover individuell plan og koordinerende enhet i rehabiliteringsområdet, slik at de med langvarige og sammensatte behov innen sosialtjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen får en bedre koordinering . Denne koordinatoren skal kjenne brukerens situasjon og skal kunne koordinere tjenestene ut i fra brukerens behov (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009).

Sandvin og Häglund (2008) fremholder at en personlig koordinator kan være uavhengig av tjenestetilbud og lose brukeren enklere gjennom nivåene i helse- og velferdssektoren slik at kontinuitet sikres og brukerens individuelle behov ivaretas, slik at ikke det den komplekse organiseringen av tjenester blir en barriere for tilbakeføring (Sandvin & Häglund 2008).

5.3 Diagnosegruppe og fast koordinator

Et av formålene med Raskere tilbake ordningen er å stimulere spesialisthelsetjenesten til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere med lettere og/eller sammensatte lidelser (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) 2011).

De tre mest rapporterte diagnosegruppene i denne studien en kompleks gruppe å hjelpe tilbake til arbeidslivet på grunn av at grunnet at sammensatte sykdomsbilde, og det er ingen entydig årsak på hvorfor de står utenfor arbeidslivet (Ihlebaek et al. 2007).

RHF-finansierte tilbud har en hovedvekt av mottakere med *muskel- og skjelettplager*, mens *NAV finansierte* tilbud har en jevn fordeling av mottakere med

psykiske lidelser. En svakhet med rapporteringen er at det er estimat gjort av informantene selv i studiene, imidlertid er disse tre hyppigste rapporterte diagnosegruppene innen Raskere tilbake-ordningen er i samsvar med sykefraværet i Norge forøvrig (NAV 2015).

Det er i denne studien funnet en signifikant forskjell i å ha *fast koordinator* når det kommer til diagnosegruppen *muskel-og skjelettplager*, men ikke *psykiske lidelser* og *uspesifikke plager/lidelser*. En svakhet ved disse funnene er at analysen ikke har kontrollert for andre konfunderende variabler, samt rapportering om diagnosegrupper i de ulike Raskere tilbake-tilbudene er selvrapporterte opplysninger fra informant som uttalte seg på vegne av sitt tilbud.

Flere studier viser at tilbakeføringsprogram med fast koordinator har god effekt for sykmeldte med muskel- og skjelettplager, og mange av studiene i tilbakeføringsfeltet er gjort på intervensjoner hos pasienter med muskel- og skjelettplager (Briand et al. 2008; Schandelmaier et al. 2012). Innen Raskere tilbake-tilbudene er *Behandling og rehabilitering – psykiatri* for mottakere med lettere psykiske lidelser. Dette tilbudet benytter seg liten grad av verktøyene for koordinering og samhandling (table 2), men har ofte en plan. Å koordinere dette tilbudet bedre ville kunne være fordelaktig med tanke på at lettere psykiske lidelser er en viktig faktor når det kommer til debut, varighet og tilbakevendende sykmelding, og forekomsten av psykiske lidelser øker (Knudsen et al. 2013; NAV 2015; OECD 2010; Pomaki et al. 2012; Schandelmaier et al. 2012). Hva som hemmer og fremmer tilbakeføring hos mottakeren når det kommer til individuelle faktorer eller faktorer på arbeidsplassen ville kunne lettere vært fulgt opp av en fast koordinator. Gardner et al. (2010) viser til at en fast koordinator bør ha kunnskap når det kommer til å vurdere ulike sykdomstilstander og hvordan det kan påvirke jobbferdighetene.

Når det gjelder hva de ulike Raskere tilbake-tilbudene tilbyr i henholdsvis NAV og RHF (tabell 1 kappe), kan det tyde på at flere *NAV-finansierte* tilbud er myntet på Raskere tilbake-mottakere med mer uklare og sammensatte lidelser, mens RHF har utviklet mer medisinsk rettet og diagnosebaserte tilbud fra spesialisthelsetjenesten. I denne studien kan vi også se at Raskere tilbake-mottakere i NAV-finansierte tilbud er rapportert med lengre sykefravær enn i RHF finansierte tilbud. Dette er anslag gjort av informanten i studien, så det er knyttet usikkerhet til det resultatet. Diagnosegruppene innen Raskere tilbake-tilbudene kan defineres som subjektive helseplager (Ihlebaek et al. 2007), og vi har ingen god mate å rapportere og

dokumentere hele sykdomsbildet til pasientene på (Maeland et al. 2012). I så måte bør tilbakeføringsintervensjoner ha en helhetlig tilnærming til helseplagene. Et perspektiv som ser sykdom og sykefravær som et resultat av samspillet mellom arbeidstaker / mottaker av tjenester og hovedsystemene (helse og velferdstjenester), hvor mottakeren er i kontakt med de økonomiske tilskuddsordningene, vil være nyttig (Briand et al. 2008; MacEachen et al. 2006; Schultz et al. 2007; Waddell et al. 2003). Å finne faktorer som hemmer eller fremmer tilbakeføring er beskrevet som en viktig oppgave for en fast koordinator (Gardner et al. 2010; Pransky, G. et al. 2010; Shaw et al. 2008).

Sykefraværet er en kostnad for det offentlige, men det foreligger også en risiko for permanent utstøting av arbeidslivet/arbeidsmarkedet med de ulempene det har for individet (FHI 2014 ; Waddell & Burton 2006). Briand et al. (2008) fremholder at tilbakeføringsintervensjoner må adressere multikausaliteten av arbeidsuførhet innfor muskel- og skjelettplager med en koordinert innsats, mindre delte mekanismer for de ulike aktørene og felles prinsipper og verdier bør bli vurdert for å forbedre tilbakeføringspraksis. Å fremme tilbakeføring for disse diagnosegruppene, som er de vanligste årsakene til sykefravær, kan i et folkehelseperspektiv være kilde til arbeidsdeltakelse, som er viktig for å sikre velferd og helse både for den enkelte og samfunnet (FHI 2014). Raskere tilbake-ordningen kan i så måte være en ressurs for å redusere sykefraværet med tanke mottakergrunnet i forhold til diagnosegrupper.

5.4 Overordnet om koordinering og samhandling

I forhold til resultatene i denne studien og det som er diskutert ovenfor kan man gå ut i fra at det er forskjeller i hvordan *RHF-finansierte* og *NAV-finansierte* tilbud koordinerer og samhandler. En strømlinjeordning og klarere organisering av tjenestene ville gjort den mer oversiktlig. Dette underbygges i flere studier og evalueringer av Raskere tilbake-ordningen, hvor en manglende koordinering og samhandling mellom aktører og av tjenester er påpekt (Drangslund & Kjerstad 2008; Kjerstad & Holmås 2009; Skarpaas et al. 2013; Aas et al. 2011). Uklar organisering og mange aktører involvert hemmer samhandling (Axelsson & Bihari Axelsson 2011). Dersom pasienter eller brukere har mange eller uklare lidelser må de ofte søke mange spesialiteter, det gjør det uoversiktlig og stressende for pasienten og det er

ineffektivt og kostbart for samfunnet (Hagen & Johnsen 2013). Klarere organisering av Raskere tilbake-ordningen ville også gjort det lettere for alle aktører i forbindelse med sykefraværarbeidet å navigere i tjenestetilbudene, og Raskere tilbake kan benyttes som en ressurs i sykefraværarbeidet.

Manglende samarbeid kan komplisere tilbakeføring i arbeid, mens koordinering gir en liten økning i antall tilfeller som tilbakeføres i jobb (Schandelmaier et al. 2012). Samme studie hadde imidlertid ingen funn på hvilken type koordineringsprogram som var bedre enn noe annet (Schandelmaier et al. 2012).

Et av problemene som har fått mye oppmerksomhet når det gjelder myndighetenes og ulike aktørers arbeid med å få ned antall langtidssykemeldte i Norge, er den manglende samordningen i tjenesteapparatet (Sandvin 2008). Dette bemerkes også i flere norske offentlige dokumenter. Samhandlingsreformen (2009) blant andre fremhever viktigheten av koordinerte helsetjenester til mottakere av helse- og velferdstjenester for en mer helhetlig tjenester. Samhandlingsreformen beskriver også eksplisitt at samhandlingen mellom NAV og helse- og omsorgssektorene skal sikre dette (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009). Aktørene i Raskere tilbake etterlyser selv overordnede samarbeidsmodeller mellom helsetjenesten og NAV og det ble fremmet forslag om at NAV og spesialisthelsetjenesten bør ha felles ordning (Skarpaas et al. 2013). Manglende samarbeid mellom pasienter, arbeidsgiver/ arbeidsplass, profesjonelle aktører i helse- og velferdstjenesten kan komplisere tilbakeføring til arbeid (OECD 2010; Schandelmaier et al. 2012; Young et al. 2005). Koordinering og samhandling i rehabilitering- og helsetjenester er en kjent utfordring og mange aktører og organisasjoner kan være en barriere for dette (Axelsson & Bihari Axelsson 2011). Bedre samarbeid på tvers av helse- og velfredssektoren er ofte foreslått som en løsning for å redusere lange perioder med sykefravær og i en studie ble det vist at barrierer for samarbeid i tverrfaglig nettverk var avledet av mindre optimale relasjoner mellom aktører samt fra strukturelle begrensninger (Johansen et al. 2011). Imidlertid kan dette være vanskelig og en kompleks form for samhandling som krever endringer i organisasjonsstrukturer, og det er risiko for kulturelle og strukturelle hinder for samhandling og samarbeid (Axelsson & Bihari Axelsson 2011). Ved kulturelle og strukturelle forskjeller mellom organisasjoner kan både regelsystem og kultur lede til ulike måter å se på brukere på (Axelsson & Bihari Axelsson 2011).

Kulturelle forskjeller kan forklare noen av de rapporterte forskjellene i denne

studien mellom *NAV-finansierte* og *RHF-finansierte* tilbud. Årsaken til at *RHF-finansierte tilbud* utfører koordineringsoppgaver i mindre grad kan være at de ikke har samme kunnskap som NAV har når det gjelder sykefraværarbeid, eller at de ikke har kultur for det. Perspektivet på helse kan også være mer preget av et patoogenetisk perspektiv, hvor diagnose og behandlerperspektiver er mer gjeldene. Tradisjonelt sett er det NAV, arbeidsgiver, arbeidstaker og sykmelder som er hovedaktørene i sykefraværarbeidet, mens helsetjenesten er en biaktør som utfører tjenester på vegne av sykmeldt og sykmelder (Aas 2009). En annen forklaring kan være at Raskere tilbake-mottakere allerede er inn under NAV-paraplyen, som aktør i sykefraværarbeidet, selv om de blir henvist til et *RHF-finansierte* tilbud. NAV kan ha tilbud til sine Raskere tilbake-mottakere i flere tilbud samtidig, samt i tilbud innen RHF (Aas et al. 2011). Dette er også tatt opp som et problem når det kommer til Raskere tilbake-ordningen, og er med å komplisere tjenestetilbudet (Skarpaas et al. 2013). Dette har også vært noe av hovedutfordringen i denne studien, hvor det har vært komplisert å analysere data og fremstille det logisk i forhold til finansiering og organisering av tilbud. En forenkling av Raskere tilbake-ordningen ville vært en forbedring (Skarpaas et al. 2013), og barrierene for koordinering og samhandling ville ikke vært så store til fordel for Raskere tilbake-mottakeren.

5.6 Metodiske betraktninger

Validitet og reliabilitet er sentrale begreper når det kommer til kvalitetssikring og evaluering i vitenskapelige studier. Når man skal tolke resultatene i studier, er problemer i den forbindelse viktig å ta med i betraktning (Johannessen et al. 2010; Laake 2007)

5.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan beskrives som pålitelighet til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, hvordan de er samlet inn og bearbeides. I kvantitative undersøkelser sikres reliabilitet ved å gjenta samme undersøkelse eller la flere forskere vurdere dataene (Johannessen et al. 2010; Laake 2007). For å sikre reliable resultater er standardiserte og kvalitetssikrede spørreskjema som er en styrke for pålitelige resultater i vitenskapelige studier. Standardiseringen er spesielt viktig når det kommer til data på individnivå (Johannessen et al. 2010). Imidlertid er materialet til studien på tjenestenivå. Spørreskjema/intervjuguiden ble utviklet for å vite mer om

organisatoriske forhold i ulike Raskere tilbake-tilbud, og denne studien ivaretar nivået spørreskjema er tiltenkt.

En trussel mot reliabiliteten i denne studien er at flere av analysene involverer tallmateriale som hentet fra anslag gjort av informantene på bakgrunn av dennes kjennskap til tilbudet. I denne studien er det variabler som omhandler diagnosegrupper og sykmeldingslengde hos de med arbeidslivstilknytning. Informantene fikk mulighet til å forberede seg til intervjuet og kunne derfor hentet frem intern statistikk til tallmaterialet i studien, imidlertid ble det i de tilfeller ikke gjort. For å styrke troverdigheten til tallmaterialet/data kunne registerdata fra NAV, SSB eller Norsk pasientregister vært hentet inn. Flere studier må til for å verifisere resultatene. Imidlertid er resultatene av analysene hva diagnosegrupper angår i samsvar med majoriteten av sykmeldte nasjonalt forøvrig, hvor hovedvekten likeledes ligger på psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager. Dette er et argument for at informantene har gitt svar som er i samsvar med virkeligheten.

5.6.2 Validitet

Validitet eller gyldighet kan beskrives som hvor godt eller relevant data representerer det fenomenet som skal undersøkes. Det skilles mellom forskjellige former for validitet; Laake (2007) skiller mellom intern validitet og ekstern validitet. Begrepsvaliditet dreier seg om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene (Johannessen et al. 2010).

Forskningsspørsmålene i denne studien er av en slik karakter at det man ønsker å besvare egner seg til en kvantitativ tilnærming. Datamaterialet i denne studien er tilrettelagt slik at fenomenet kan telles opp, mens kvalitative data foreligger vanligvis slik at de ulike kjennetegnene ikke uten videre kan telles i ulike kategorier (Johannessen et al. 2010). Datamaterialet i denne studien er samlet inn ved hjelp av et strukturert telefonintervju med intervjuguide/spørreskjema, og det er designet som en retrospektiv tverrsnittsundersøkelse. Tverrsnittsundersøkelser er egnet til å beskrive tilstanden til et fenomen (Laake 2007). Dataene er fra ett bestemt tidspunkt eller en avgrenset kort periode, og slike undersøkelser gir et øyeblikksbilde av det fenomenet vi undersøker (Johannessen et al. 2010). Fenomener som følges over tid som gjør at man bedre kan kontrollere for systematiske og tilfeldige feil, som kan være en trussel mot validiteten og reliabiliteten (Johannessen et al. 2010). I den grad det er mulig å påvise årsakssammenhenger, er de knyttet til begrepet intern validitet (Laake 2007)

I de fleste tilfeller er dataene i denne studien rent deskriptive, som betyr at de vil si noe om forskjeller og likheter i utvalget. Videre kan man heller ikke ta stilling til om funnene man beskriver er signifikante (Johannessen 2009). Dette er en svakhet i studien, som jeg ser nærmer på senere i diskusjonen.

Som tidligere nevnt er denne studien basert på selvrapporterte data fra informanter som uttaler seg på vegne av et tilbud de representerer. Det kan være risiko for flere feilkilder i forbindelse med dette (Johannessen et al. 2010). Det er en informant fra hvert Raskere tilbake-tilbud i utvalget, og informantene blir bedt om å huske informasjon i retrospekt om organiseringen av sitt program – både på tjenestenivå og noen av spørsmålene er også på gruppe- og individnivå. Det er viktig for den interne validiteten i denne studien at informantene har tilstrekkelig kunnskap om tilbudet de representerer og at de har hatt et tilstrekkelig antall mottakere i sitt tilbud for å kunne gjengi et riktig bilde av virkeligheten. Videre er det også en risiko for informasjonsskjevhet, som oppstår ved at informantene bevisst eller ubevisst oppgir feilaktig informasjon, eller at feilaktig informasjon blir registret (Laake 2007). For å redusere faren informasjonsskjevhet ble spørreskjemaene sendt ut i forkant for at informantene skulle være kjent med spørsmålene og kunne forberede seg. Det er en fordel når det kommer til informantenes evne til å huske riktig. De som intervjuet hadde en grundig standardisert intervjuguide med tilpasningsmuligheter som ble brukt som rettleiding i intervjuene. Dette er fordel på grunn av mangfoldet i utvalget, de kommer fra ulike fagtradisjoner og organisasjoner. Intervjuerne kunne derfor sikre mest mulig lik spørsmålstilling i alle intervjuene, samtidig som det ble tilpasset i forhold til tilbudstypen informanten representerte (Aas et al. 2011). En styrke ved dette er at misforståelser bedre kan unngås og sikre at all spørsmål bli fylt ut. Dataene ble fylt ut elektronisk av intervjuer. Det er alltid en risiko for at feil resultat blir registret.

Informantene er hovedsakelig faglig og/eller administrativt ansvarlig i sine tilbud. Få mottakere i Raskere tilbake-tilbudet og lite kunnskap om brukergruppen kan være en trussel mot validiteten. For de informanter som hadde lite erfaring med målgruppen kan validiteten i svarene være redusert, men dette gjaldt svært få (Aas et al. 2011).

Når det kommer til begrepsvaliditet og operasjonalisering av variabler i analysen, er et viktig metodisk spørsmål om det er samsvar mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og den faktiske operasjonaliseringen i spørreskjema

(Johannessen et al. 2010). Det er i denne studien tatt utgangspunkt i de variablene i datasettet som kan beskrive koordinering, koordinator, samarbeid og samhandling mellom de ulike Raskere tilbake-tilbudene og finansieringskilde med utgangspunkt i relevant teori og empiri i tilbakeføringsarbeidet. I spørreskjema er det spurt eksplisitt om koordinering, koordinator og samarbeid, og begrepsbruken er i stor grad den samme i spørreskjemaet og i denne studien. Dette styrker validiteten i denne studien og den undersøker i stor grad de samme fenomenene som dataene i utgangspunktet ble samlet inn for, slik at variablene ikke er tatt ut av sammenheng. Når det kommer til begrepet fast koordinator/case manager i spørreskjema er ikke det noe etablert begrep eller modell verken i Norge eller i alle tilbud som ble intervjuet. Begrepene kan være mer innarbeidet og forstått hos NAV-finansierte tilbud, som jobber mer faglig med sykefravær enn i RHF-finansierte tilbud og kan være en feilkilde når det kommer til begrepsbruk, og en trussel mot begrepsvaliditeten.

En svakhet i denne studien og generelt i studier innen tilbakeføring (Return to Work), er at det mangler et godt nok teoretisk rammeverk for en konsekvent og målbevisst validering av forskningen. Definisjoner av tilbakeføring i jobb må avklares og være konsekvent operasjonalisert slik at de ikke bare utgjør et sosialt konstruert mål basert på kontekst (Schultz et al. 2007). Videre bør det være standard operasjonelle definisjoner av ulike utfallsvariabler innen tilbakeføring- og sykefraværskforskning, siden dette i dag er uklart i denne type forskning. (Schultz et al. 2007). Denne problematikken har blitt adressert av flere hvor forskning på sykefravær og tilbakeføring (RTW) er at utfallsmålet på tilbakeføring i arbeid varierer i studier, og det er ikke enighet blant forskere hvordan sykefravær og suksessfull tilbakeføring skal analyseres eller måles (Pransky et al. 2005; Øyeflaten et al. 2012). Dette vil kunne være en styrke for reliabiliteten i RTW-studier

5.6.3 Statistisk validitet

Intern validitet trues av den statistiske validiteten og er avhengig at man bruker de riktige effektmål, og tester (Laake 2007).

Forskningsspørsmålet er formulert slik at analysene som er gjort i denne studien i mange tilfeller er deskriptive, og man kan ikke si noe om forskjellene og likhetene i utvalget, fordi man ikke har tatt stilling til om funnene er signifikante. Det er ikke gjort analyser for å sammenligne fordi det er så få i hvert Raskere tilbake-program. Disse funnene sier kun noe om hvordan de fordeler seg og videre analyser

må gjøres for å sammenligne om forskjellene er signifikante. De deskriptive resultatene i denne studien er hovedsakelig gjort ved hjelp av frekvensfordelinger, som vi har valgt å vise frem i tabeller.

Videre har vi vært interessert i om det er noen forskjeller i de ulike tilbudstypene når det kommer til koordinering, operasjonalisert med fast koordinator som avhengig variabel ble krysstabeller benyttet. Krysstabeller, som er den mest hensiktsmessige analysen i denne studien fordi variabelnivået er kategorisk. Sammenhengen i krysstabellen ble utforsket med signifikanttesten khikvadrattest (Johannessen et al. 2010). Khikvadrattesten beregner forskjellen i andeler mellom i fordelingen i krysstabellen og forventet fordeling. (Johannessen et al. 2010). Signifikansnivået i denne studien ble satt til $p < 0,05$, tosidig. For å finne styrken på sammenhengen i de signifikante resultatene ble det beregnet odds ratio (OR) med et 95% konfidensintervall. Konfidensintervallet er en måte å angi feilmarginen av en beregning, og i denne sammenhengen beregner man konfidensintervall rundt andeler (Bjørndal & Hofoss 2004). I denne studien er flere av variablene dikotomiert. Dette ble gjort for å inkludere dem i krysstabeller for å beskrive utvalget. En svakhet ved dikotomisering og reduksjon av målenivå er at det alltid er risiko for et mindre nyansert bilde (Bjørndal & Hofoss 2004).

Flere av variablene benyttet i denne studien har *missing data* (*missing* og *no answer*), som kan påvirke resultatene (Bjørndal & Hofoss 2004). Disse kunne blitt fremstilt i tabellene eller egne tabeller (Pallant 2010). De variablene det gjelder er merket med stjerne i tabellene.

Videre er en svakhet med valg av statistiske analyse i denne studien, at man ikke kan kontrollere for andre konfunderende variabler og at man i stor grad ikke kan si noe om forskjeller og likheter på grunn av hovedsakelig deskriptive analyser. For å kunne si noen om statistiske sammenhenger i denne studien ville en logistisk regresjonsmodell vært aktuelt på grunn av at variablene i stor grad er dikotome (Pallant 2010).

5.7 Generaliserbarhet

Ekstern validitet er knyttet til resultatets generaliserbarhet og hvorvidt resultat i denne studien er gyldig for alle Raskere tilbake-tilbud (Laake 2007).

Utvalget må representere befolkningen som studeres og utvalget må være representativt (Laake 2007). Studiepopulasjonen i denne studien er alle Raskere tilbake-tilbud i Norge, og alle ble invitert til å delta. Utvalget utgjør 57% av eksisterende tilbud, og ifølge Johannesen et al. (2010) bør svarprosenten ligge på mellom 50-60% før det kan regnes som generaliserbart, og på den måten er denne studien representativ. En utfordring når det kommer til om resultatet er generaliserbart er seleksjonsskjevhet i utvalget sier noe om deler av deltakerne faller fra eller blir overrepresentert, og når personer (i denne sammenheng Raskere tilbake-tilbud) avviker fra selve studiepopulasjonen (Johannesen et al. 2010; Laake 2007). Det er i denne studien noe begrenset hva man vet om de som ikke svarte på invitasjonen. Det er ikke avdekket noen fremtredende skjevheter mellom de som deltar og ikke deltar når det kommer til utvalget sammenlignet med alle Raskere tilbake-tilbud som fantes på rekrutteringstidspunktet (Aas et al. 2011). Imidlertid er det vist at det er noen geografiske forskjeller når det gjaldt hvilken type tilbud som fantes, men om det gjelder for alle Raskere tilbake-tilbud vet man ikke. Her ligger det en usikkerhet når det gjelder ekstern validitet (Aas 2011).

En svakhet i denne studien er hvordan tilbudstypene er kategorisert for å klassifisere tilbudstypene i de ulike finansieringene. Noen Raskere tilbake-mottakere får tilbud om flere ulike programmer innen NAVs Raskere tilbake-tilbud. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og det gjør at noen av kategoriene sjelden er en ren kategori fordi flere også gir andre NAV-tilbud. Dette er imidlertid i de minst hyppige kategoriene (behandling i NAV, avklaring og oppfølging. Det gjelder i mindre grad innen *arbeidsrettet rehabilitering opptreninginstitusjon* og *arbeidsrettet rehabilitering (NAV) sine tilbud* (Aas et al. 2011). Dette må tas i betraktning når det kommer til resultatene i denne studien, da de i stor grad handler om å beskrive forskjeller i de ulike tilbudene – både innad og på tvers av finansiering. Dette er gjort rede for i metoddelen i artikkelen (Berg et al. 2015).

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

I denne studien var formålet å undersøke hvilke faktorer som predikerer koordinering, samhandling og fast koordinator i Raskere tilbake-tilbudene i Norge med tanke på hvordan de er finansiert og type tilbud. På grunn av studiens metodiske og statistiske begrensninger er det vanskelig å trekke sikre konklusjoner.

Assosiasjonen som ble funnet mellom Raskere tilbake-tilbud finansiert av NAV og en fast koordinator. Den samme assosiasjonen ble funnet hos tilbud som har begge finansieringskilder, som i stor grad er arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon eller arbeidsrettet rehabilitering (NAV). Det kan tyde på at Raskere tilbake-mottakere i NAV-finansierte, samt begge finansieringskilder, har en bedre koordinert tjeneste enn RHF. En fast koordinator vil kunne bidra med å sy sammen tjenestetilbudet mellom hovedaktørene i sykefraværarbeidet i Norge – mottaker, sykmelder, arbeidsplass, NAV og helsetjenesten – og det forsøkt vist i denne studien at det er et veldokumentert og effektivt tiltak i tilbakeføringsarbeidet. Med tanke på at det rapporteres ulikt når det kommer til hvordan de ulike tilbudene samarbeider med arbeidsgiver/arbeidsplass og gjør arbeidsplassvurderinger, ville en fast koordinator være en ressurs når det kommer til nettopp dette. Arbeidsgiver er i liten grad involvert i møtevirksomheten i Raskere tilbake-tilbudene, mens NAV-finansierte tilbud, sammen med arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon har hyppigere kontakt med arbeidsplassen enn RHF-finansierte tilbud.

Denne studiens hovedfunn antyder at det er forskjeller i hvordan NAV og RHF koordinerer sine tilbud. Vi vet imidlertid ikke årsaken til dette, men en mulighet kan være at det er to ulike etater, med ulik kultur og tradisjon innen helse- og velferd. NAV jobber tradisjonelt med sykefravær, mens RHF antagelig arbeider mer ut fra et diagnose og sykdomsperspektiv, og av den grunn ikke benytter seg av kjente verktøy innen koordinering og samhandling i sykefraværarbeid. Det bør være et forbedringspotensialet i RHF-finansierte tilbud i og med at de tilbyr en tilbakeføringsintervensjon.

Raskere tilbake-tilbudene tilbys fra to ulike organisasjoner, og er komplekst sammensatt med tanke på finansiering og er utfordrende å kategorisere. Av den grunn kan det være vanskelig å sammenligne disse med hverandre. Man kan antyde at Raskere tilbake-ordningen bør utvikle et mer oversiktlig tjenestetilbud. Tatt i betraktning at det ikke er noen retningslinjer hva gjelder å utvikle tilbud innen

ordningen, bør en styrking være å sette krav til samhandling og koordineringstrategier i forhold til arbeidsgiver, verktøyene for koordinering og se på muligheter for hvordan man kan benytte en fast koordinator i tjenestene. Å lage modeller for koordinering og samarbeid på tvers av organisasjoner kan være komplekst, men en mer strømlinjeformet tjeneste vil kunne være fordelaktig med tanke på å navigere i systemet når det kommer til både henviser og mottakere av tjenestene. Samarbeid og samhandling med arbeidsgiver bør være et forbedringspotensialet med tanke på hvor sentral arbeidsplassdimensjonen er i sykefraværarbeidet - både i tilbakeføringsintervensjoner og arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen i Norge.

Den signifikante assosiasjonen som ble funnet mellom muskel- og skjelettplager og fast koordinator kan tyde på at denne diagnosegruppen har et bedre koordinert tilbud enn Raskere tilbake-mottakere med psykiske lidelser og uspesifikke plager/lidelser. Sett i sammenheng med at man ønsker en reduksjon av sykefraværet, og at arbeid er helsefremmende bør en tilbakeføringsintervensjon som Raskere tilbake ta innover seg viktigheten av koordinering og samhandling, samt det sammensatte sykdomsbildet majoriteten av deres mottakere har, og tilby like tjenester til sine mottakere. Et perspektiv som ser sykdom og sykefravær som et resultat av samspillet mellom arbeidstaker, mottaker av tjenester og hovedsystemene kan i et folkehelseperspektiv være en måte Raskere tilbake-tilbudene kan møte det sine mottakere på, som i stor grad går inn under kategorien subjektive helseplager. Det er viktig at aktører kan kommunisere det samme til den som skal tilbakeføres i arbeid. Spesielt er det betydningsfullt når helseproblemene er uspesifikke, som ved muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager (Loisel et al. 2005).

En Raskere tilbake-ordning som koordinerer bedre og mer målrettet med tanke på kompleksiteten i å tilbakeføre sykmeldte til arbeid, kan i et folkehelseperspektiv bidra til en mer helsefremmende tjeneste som i større grad kan bidra til en reduksjon av sykefravær og fremme helse gjennom arbeidsdeltagelse.

7.0 Referanser

- Arbeids- og sosialdepartementet. (2013). Grunnlag for videre IA-samarbeid - Erfaringer og anbefalinger. I: Sekretariatet i Arbeids- og sosialdepartementet (red.). Oslo.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2014). *Raskere tilbake* Arbeids- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/raskere-tilbake.html?regj_oss=1&id=575813 (lest 28.09.2014).
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2015). *Hva er inkluderende arbeidsliv?* <http://www.regjeringen.no>. Tilgjengelig fra: https://http://www.regjeringen.no/nb/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/hva-er-ia/id2344635/ (lest 28.04.2015).
- Arbeidstilsynet. (2015). *Tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere*. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78249/> (lest 20.04.2015).
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2011). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, A., Skarpaas, L. S. & Raanaas, R. K. (2015). *Coordination and provision of coordinator in return to work interventions: The Rapid Return to Work study in Norway* Under bearbeidelse: Article following Masterthesis Upublisert manuskript.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. (2. utg.): 269 s. : ill.
- Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L. & Corbière, M. (2008). How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18 (2): 207-217.
- Bukve, O. & Kvåle, G. r. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget. 214 s.
- Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). 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*, 19 (1): 81-93.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 316 (7125): 133-137.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. *Copenhagen: World Health Organization*.
- Drangslund, K. A. K. & Kjerstad, E. (2008). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester: delrapport 1.
- FHI. (2013). Effekter av tiltak under IA avtalen. Rapport fra forskermøte på oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Oslo: Folkehelseinstituttet.

- FHI. (2014). Arbeid og helse - Folkehelse rapporten 2014.
- FHI. (2015). *Angst og depresjon øker risikoen for sykefravær*. <http://www.fhi.no>. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=100890> (lest 19.04.2015).
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (lest 19.04.15).
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- Franché, R., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. & Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 525-542.
- Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 607-631.
- Friesen, M. N., Yassi, A. & Cooper, J. (2001). Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17 (1): 11-22.
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N. & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability & Rehabilitation*, 32 (1): 72-78.
- Gathergood, J. (2013). An instrumental variable approach to unemployment, psychological health and social norm effects. *Health Economics*, 22 (6): 643-654.
- Hagen, R. & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: Samhandlingsreformen som kasus I: Melby, L. & Tjora, A. H. (red.) *Samhandling for helse*, s. 31-53. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E. & Aas, R. W. (2015). *Do psychosocial job demands, decision control and social support predict return to work after occupational rehabilitation or medical treatment? The rapid-RTW study*. Work (In press). Upublisert manuskript.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lest 19.04.2015).
- Helsedirektoratet. (2012). *Tiltaket Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/samarbeid/tiltaket-raskere-tilbake/i-spesialisthelsetjenesten-/Sider/default.aspx> (lest 28.09.2014).
- IA-avtalen. (2014). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 4.mars 2014 - 31. desember 2018 (IA-avtalen)*. sosialdepartementet, A.-o. Oslo 9s.
- Ihlebaek, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occupational Medicine*, 57 (1): 43-49.
- Ihlebaek, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskelog skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 130 (23): 2365.

- Jakobsson, B., Schüldt Håård, U., Bergroth, A., Selander, J. & Ekholm, J. (2002). Improved cooperation in vocational rehabilitation with systematic rehabilitation group meetings. *Disability & Rehabilitation*, 24 (14): 734-740.
- Jakobsson, B., Bergroth, A., Schüldt, K. & Ekholm, J. (2005). Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work*, 24 (3): 279-290.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17*. 4. utg. utg. Oslo: Abstrakt forl. 188 s.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. utg. Oslo: Abstrakt.
- Johansen, K., Andersen, J. S., Mikkelsen, S. & Lyng, E. (2011). Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *Journal of Interprofessional Care*, 25 (1): 59-65.
- Kjelleveid, A. (2013). Retten til individuell plan og koordinator. (4. utg.): 118 s.
- Kjerstad, E. & Holmås, T. H. (2009). Evaluering av tilskuddsordning for helse-og rehabiliteringstjenester: delrapport 2.
- Knudsen, A., Harvey, S., Mykletun, A. & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (4): 287-297.
- Kärholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schüldt, K. (2006). Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability & Rehabilitation*, 28 (7): 457-467.
- Loisel, P., Falardeau, M., Baril, R., José-Durand, M., Langley, A., Sauvé, S. & Gervais, J. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability & Rehabilitation*, 27 (10): 561-569.
- Laake, P. (2007). Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder. 551 s. : ill.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L. & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*, 32 (4): 257-269.
- Maeland, S., Werner, E. L., Rosendal, M., Jonsdottir, I. H., Magnussen, L. H., Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2012). *Diagnoses of Patients with Severe Subjective Health Complaints in Scandinavia: A Cross Sectional Study*, b. 2012. 9 s.
- Melby, L. & Tjora, A. H. (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk. 339 s. : ill. s.
- Mitchell, S. M. & Shortell, S. M. (2000). The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for. *Milbank Quarterly*, 78 (2): 241.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. 3rd ed. utg. Public health and health promotion practice. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier.

- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Meld. St 16 (2010-2011)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NAV. (2014). *Raskere tilbake*: NAV.no. Tilgjengelig fra: <https://http://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging+og+rapportering/Oppfolging+av+sykmeldte/Nyttig+a+vite/Raskere+tilbake.346103.cms> (lest 28.09.2014).
- NAV. (2015). Utviklingen av sykefraværet, 4.kvartal 2014. Tilgjengelig fra: <https://http://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. helsedepartementet, S.-o. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2000 : 27. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering — Et inkluderende arbeidsliv*. helsedepartementet, S.-o. Oslo.
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers; A Synthesis of Findings Across Oecd Countries*: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS*. 4th ed. utg. Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetslove> (lest 19.04.2015).
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Murray, E., Khushrushahi, N. & Lampinen, T. (2012). Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22 (2): 182-195.
- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S. J. & Loisel, P. (2005). Improving Return to Work Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 453-457.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (1): 41-48.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N. & Désorcy, B. (2010). Development and Validation of Competencies for Return to Work Coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (1): 41-48.
- Pransky, G. S., Shaw, W. S., Franche, R.-L. & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disability & Rehabilitation*, 26 (11): 625-634.
- Pyskisk helsevernloven. (2001). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk+helsevernloven> (lest 19.04.2015).
- Sandvin, J. (2008). *Arbeid, sykdom og moral : om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvin, J. & Häglund, U. (2008). Personlig koordinator - et lokalt forsøk. I: Sandvins, J. (red.) *Arbeid, sykdom og moral : om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb*, s. 123-145. Bergen: Fagbokforlaget

- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, W. E. L., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., Busse, J. W. & Kunz, R. (2012). Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Plos One*, 7 (11): e49760-e49760.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. & Gatchel, R. J. (2007). Models of Return to Work for Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17 (2): 327-352.
- Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). 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*, 18 (1): 2-15.
- Skarpaas, L. S., Aas, R. W. & Berg, J. E. (2013). *Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere-tilbake ordningen: en Delphi-studie i to runder*, b. 2013 nr. 9. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. 112 s. : fig. s.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (lest 19.04.2015).
- St.meld.nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- van der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational And Environmental Medicine*.
- Waddell, G., Burton, A. K. & Main, C. (2003). Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. *A conceptual and scientific review*: 80.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?:* The Stationery Office.
- Waddell, G., Burton, A. K. & Kendall, N. A. (2008). *Vocational rehabilitation—what works, for whom, and when?* (Report for the Vocational Rehabilitation Task Group): TSO.
- Westmorland, M. G. & Buys, N. (2004). A comparison of disability management practices in Australian and Canadian workplaces. *Work*, 23 (1): 31-41.
- WHO. (1948). *WHO definition of Health* World Health Organization Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (lest 17.04.15).
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*: World Health Organization Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- WHO. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision*. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en> (lest 09.04.2015).
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M. & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 557-568.
- Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. & Eriksen, H. R. (2012). Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of

- patients participating in a work-related rehabilitation program. *BMC Public Health*, 12 (1): 748-755.
- Aakvik, A., Holmås, T. H. & Kjerstad, E. (2012). Hospital Capacity, Waiting Times and Sick Leave Duration - An Empirical Analysis of a Norwegian Health Policy Reform Bergen: Department of Economics, University of Bergen.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk. 213 s. : ill. s.
- Aas, R. W. (2011). *Workplace-based sick leave prevention and return to work: exploratory studies*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Aas, R. W., Solberg, A. & Strupstad, J. (2011). Raskere tilbake. *Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*: 213.
- Aas, R. W. (2012). Raskt tilbake etter sykefravær. *Idebanken - for et arbeidsliv som inkluderer 2012*.

Coordination and provision of coordinator in return to work interventions: The Rapid Return to Work study in Norway

Anniken Berg,

Norwegian University Of Life Science

Anniken.berg@icloud.com

Lisebet Skeie Skarpaas

Oslo and Akershus University College of Applied Sciences

Faculty of Health Science

Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics

Ruth Kjærsti Raanaas

Norwegian University Of Life Science

Faculty of Social Science

Department of Landscape Architecture and Spatial Planning (ILP)

Abstract

Introduction: Earlier studies have found that lack of cooperation and coordination between the worker, employer and other stakeholders from health- and social insurance can complicate and prolong return to work (RTW). An RTW coordinator can on the other hand have a positive effect on RTW. The aim of this study is to investigate what factors predicts coordination, cooperation and providing a permanent coordinator in the Rapid RTW program.

Methods: Interview based cross-sectional study with professional and/or administrative responsible person in Rapid RTW programs (n=120). Data was collected in the national evaluation of the Rapid Return to Work program.

Results: The most frequent reported instrument of coordination within the Rapid RTW program is a multidisciplinary team and making a plan for each Rapid RTW receiver. Further, the cooperation with the workplace differs in type of finance and type of programs. The most frequent reported diagnose group in the Rapid RTW program are musculoskeletal conditions. A significant association was found between having a program financed by the Norwegian Labour and Welfare administration (NAV), and providing a permanent coordinator (OR=2,2, 95% CI=1,06-4,63). Having a program financed by both Regional Health Authorities (RHA) and NAV, and a permanent coordinator was significant (OR= 4,3, 95% CI= 1,45-12,57). The association between musculoskeletal conditions and having a permanent coordinator was significant (OR = 3.8, 95% CI=1.37 to 10.40).

Conclusions: Findings in this study indicate differences in providing a permanent coordinator between type of finance and in between diagnose groups in the Rapid RTW program. The reporting from the Rapid RTW programs indicates there are differences in the type of programs and type of finance in cooperation and coordination when it comes to well-documented RTW coordination instruments. However, due to the methodological limitation further studies needs to be conducted to verify the results.

Keywords: Return to work, sick leave, coordination, cooperation

Introduction

Long-term sick leave and not being able to work is associated with reduced quality of life, poorer physical and mental health as well as major costs for society (FHI 2014 ; Waddell & Burton 2006). Both patients and society can therefore benefit from Return to Work programs (RTW) (Waddell & Burton 2006). According to multiple studies and reports, Return to Work coordination is an important facilitator and strategy in preventing injured or disabled workers dropping permanently out of the workforce (Franche et al. 2005; Pransky et al. 2010; Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008). Return to Work coordination involves multiple activities but the predominant are assessing workplace factors, developing plans for the transitional period and facilitating communication and agreement among stakeholders (Shaw et al. 2008).

In Norway the Rapid Return to Work program (Rapid RTW) was established in 2007, and was a major initiative from the government to reduce sickness absence and spur people to return to work (Aas 2009; Aas et al. 2011). The Norwegian health care and social security system is to be understood in the context of the Nordic welfare model (norden.org 2015). The program is organized and financed by the specialist health care system (hospitals), which are divided into four Regional Health Authorities (RHA), and the Norwegian Labour and Welfare administration (NAV), which are two distinctive organizations. From 2007-2014 the Norwegian government budgeted NOK 5.5 billion (\$724 million) for the program (Haveraaen et al. 2015). Through the financial transfers it has spawned a large range of public and private programs (Skarpaas et al. 2013; Aas 2009; Aas et al. 2011). The programs receive financing through the RHA and/or NAV. In general, programs financed via RHA are surgical or medical treatment in clinics, rehabilitation in hospitals (somatic), psychiatric treatment and rehabilitation, occupational training and rehabilitation in institutions. On the other hand, programs financed through NAV are generally follow-up, clarification of ability to work for receivers of long-term sick leave pay and occupational training and rehabilitation in institutions (Haveraaen et al. 2015). (For further definitions and explanations of the different programs, see appendix 1.)

In administrating the program there have been relatively few guidelines for what interventions should include. The programs have been criticized for not having paid enough attention to the workplace aspects of RTW. Moreover, the program has not adopted any model for coordination and lacks even a defined framework for cooperation and coordination (Haveraaen et al. 2015; Aas et al. 2011). This despite

guidelines from the government that services should be coordinated to improve cooperation in health and welfare services (St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009).

Lack of cooperation and coordination between receivers of a program, employers and other stakeholders, as the workplace, can complicate and prolong RTW (Franche et al. 2005; OECD 2010; Schandelmaier et al. 2012; Young et al. 2005). However, there are studies that show having an RTW coordinator has a positive effect on RTW (Caggianelli 2006; Gardner et al. 2010; Hursh & Rosenthal 2005; Schandelmaier et al. 2012). Musculoskeletal conditions, mental disorders and more unspecific, subjective health complaints have become some of the most common causes of sick leave in Norway (Ihlebaek et al. 2007; NAV 2015). It has been shown that RTW programs with an RTW coordinator have a positive impact on people with work disability due to musculoskeletal conditions in particular (Briand et al. 2008; Schandelmaier et al. 2012). There is also evidence that including an RTW coordinator helps shorten the cost of RTW interventions and duration of disability (Franche et al. 2005).

Aim and hypotheses

Based on the lack of knowledge about how the Norwegian Rapid Return to Work-program is organized with regards to coordination and cooperation, the aim of this study is to investigate what factors predicts coordination, cooperation and providing a permanent coordinator in the Rapid RTW program.

To investigate this three research questions was postulated:

- (1) What instruments* for coordination and cooperation is used in the Rapid RTW program based on type of finance and type of programs?
- (2) Are there any differences between type of finance in providing a permanent coordinator?
- (3) Are there any differences in having a permanent coordinator provided in the diagnose groups within the Rapid RTW program?

Instruments* for coordination are in this study defined as aspects that facilitates cooperation and coordination between stakeholders in an RTW process; Permanent coordinator, plans, cooperation, meetings and reports to workplace, multidisciplinary teams, worksite visit, different meetings and stakeholders in the standard procedure.

Methods

Design and participants

This study is a part of an evaluation of the Rapid RTW program that was designed as a cross sectional study with a retrospective perspective. The Rapid RTW programs were identified using records from the Norwegian Health Authorities and Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV). Every Rapid RTW program was contacted by post correspondence where they were invited to participate in the study. For the Rapid RTW programs who participated, it was conducted structured telephone interviews. One professional representative from each Rapid RTW program answered on behalf of the program.

The study population was every Rapid RTW program that existed ultimo 2010, all-together 225 programs (n=225). The project group totally received 161 replies. 38 declined to participate with the following arguments; they did not have a Rapid RTW program (n = 14), they had no capacity to participate (n = 10), they had only a few Rapid RTW receivers (n = 4) or specific reason (n = 10). Another three dropped out in the interview process due to lack of time (Aas et al. 2011).

The informants in the study answered on behalf of the program they were representing. Four of the informants answered on behalf of two or more programs, in total there were 110 unique informants in the sample. In total it was conducted interviews with 120 Rapid RTW programs (n=120). Most of the informants had a professional and/or administrative role in the program; Professional responsible in the program/project they were representing (n=43), administrative officer (n=22), and both professional and administrative responsible (n=36). The remaining (n=19) respondents had other features in the program.

The response rate was 57% (Aas et al. 2011). In the sample 56 Rapid RTW programs (46.7%) received finance from the different Regional Health Authorities in Norway (RHA), 43 (35.8%) from NAV and 21 (17.5%) received finance from both RHF and NAV.

Measurements

The questionnaire used in this study is divided into ten sections and was designed to make the assessment about the Rapid RTW program on an organizational level. The following variables were included in the analyses in order to answer the research questions.

Source of *Finance* was measured with one question about where the Rapid RTW program got the *finance* from with just three alternatives – *RHA*, *NAV*, or both *RHA and NAV* (several choices possible). They were then asked an open question about which type of program they are offering if *financed by NAV*; and which type of program they are offering is *financed by RHA*. In the first report from the evaluation of the Rapid RTW program (Aas et al. 2011) eight different types of programs were classified: *Medical and surgical treatment in clinics*; *Rehabilitation in hospitals (somatic)*; *Psychiatric treatment and rehabilitation*; *Occupational training and rehabilitation in institution*; *Follow-up*; *Clarification of work ability*; *Occupational training and rehabilitation*; and *Treatment*. (For further definitions and descriptions on the different type of programs, see appendix 1).

In order to obtain information about the *Diagnose groups* in the program, several choices were possible in the questionnaire. Only the three most common diagnoses, *Mental disorders*, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (from now on referred to as *Musculoskeletal conditions*) and other or unspecific pain/symptoms (from now on referred to as *Unspecific pain/symptoms*) are included in this study, because they are both the most frequent ailments within the Rapid RTW programs and among people on sick leave in Norway in general (NAV 2015). Furthermore, in a question about the *patients /receivers* (hereby referred to as *receiver*) who are employed, the sample was asked to estimate the status of the sick leave period when attending the program (hereby referred to as *length of sick leave period*). They were given five alternatives: *at risk of taking sick leave*; *sick leave 1-13 days*; *sick leave 2-8 weeks*; *sick leave 8-52 weeks*; and *sick leave > 52 weeks*.

Coordination and cooperation was measured with a question on how often they make a plan for every Rapid RTW receiver, on a scale from 1-10 (with 1 meaning never and 10 being always). The variable was dichotomised to always/often and never/seldom in order to present the result in a cross tabulation. The same procedure was conducted for the question of how often does a *primary contact* tailor and coordinate the program in each case. Frequency of assignment of a *multidisciplinary team* for each Rapid RTW receiver was measured with the same procedure as described above. A question on *worksites visit* was also included and dichotomised. Questions on what type of plan the Rapid RTW program contributes towards are investigated in the study. The questionnaire gave five alternative types of

plans, so several choices were possible: *Treatment plan, Follow-up plan, Individual plan (IP), Plan of action, other and irrelevant.*

Furthermore, the questionnaire asked who coordinates the Rapid RTW program between the receiver and other, external stakeholders. Eight alternatives were given and multiple answers were possible. The response *permanent coordinator/case manager* for Rapid RTW receivers is used as a dependent variable in this study, and is from now on referred to as *permanent coordinator.*

To examine how cooperation is performed in the Rapid RTW program different questions about stakeholders and cooperation activities was included.

A question about how the cooperation between the programs and external stakeholders was included. Only *the Rapid RTW receiver's employer* was included in this study and the variable is operationalized as follows; *Telephone cooperation with the rapid RTW receiver's employer, meetings with the Rapid RTW receiver's employer, written cooperation with the rapid RTW receiver's employer and cooperation with the rapid RTW receiver's employer is irrelevant.*

Moreover, a question about what *types of meetings in the standard procedure concerning the Rapid RTW receiver* and which *stakeholders are participating (Rapid RTW receiver, professional, primary contact/coordinator, employer/workplace, general practitioner (GP), occupational health care (OHC) and irrelevant)* in the different meetings also included (*admission meeting, halfway meeting, concluding meeting, follow-up meeting*). Several choices were possible in the questionnaire.

A question about *what the Rapid RTW program offer to the workplace/leader* is included. The question had five alternatives, and several choices were possible in the questionnaire which only two alternatives (*reports and cooperation meeting*) were included in this study.

Data collection

IRIS collected the data and a representative from each of the programs (n=110) were subjected to structured interviews via telephone by the researchers. The researcher who conducted the interview filled in the answers electronically using the program PASW DimensionNet. The same questionnaire was used in all interviews, but the researcher made adaptations fitting to type of program, and irrelevant questions were omitted. Open questions were entered as text in PASW DimensionNet by the interviewer (Aas et al. 2011). Every Rapid RTW program was invited to participate in

the study with written invitations and the informants were sent the questionnaire prior to the interview. Reminders were made after three weeks. Furthermore, local coordinators in health authorities and NAV, as well as the ministry of Labour and Social affairs, contributed with spoken and written requests to participate.

The classification and definitions of the types of programs for the Regional Health Authorities was quality controlled with the Regional Health Authorities to ensure that every program was included in the study and the classifications. The classification over NAV's programs is based on NAV's regulations. Diagnoses were registered and based on ICD 10 codes on chapter level (WHO 2015). These codes are compatible with the ICPC classifications system that is used in Norway by GPs when providing sick leave for patients. Content analysis was conducted on the qualitative data (Aas et al. 2011).

Ethics

It was not collected personal data in the study, and the study was therefore not applied for approval to Regional Committees for Medical and Health Research Ethics.

Statistical analysis

All analysis of the data was conducted with SPSS Statistics version 22. Mostly univariate statistics (frequency counts) were used to describe the material. Differences in provision of permanent coordinator in the type of finance and among the diagnose groups were investigated with bivariate tables/cross tabulation. The dependent variable in the cross tabulation/bivariate analyses was permanent coordinator. The main independent variables were the *diagnose groups* and the *type of finance* of the programs. There were small units in some of the programs and in order to have large enough groups to make the analysis it was made based on the type of finance in the programs. They were tested if they were statistically dependent of each other with Pearson Chi Square test. Probability values was set at $< 0,05$, 2-tailed. To test the strengths in the associations Odds Ratio was calculated with a 95 % Confidence interval.

As described above the sample consisted of 120 Rapid RTW programs. 21 receive finance from both RHA and NAV; therefore the analyses where programs are divided by the two finances have a higher number (n) (up until n =141). In the analyses presenting differences in types of programs (four RHA financed and four

NAV financed) the number will be even higher (n=171) because some programs includes several of the different type of programs (Aas et al. 2011). The number (n) will always be specified in tables or in the written results.

Results

Descriptive data

The type of programs in The Rapid RTW program are distributed as follows (n=171); *Medical and surgical treatment in clinics* (n=16); *Rehabilitation in hospitals (somatic)* (n=28); *Psychiatric treatment and rehabilitations* (n=14); *Occupational training and rehabilitations in institutions* (n=23); *Follow up* (n=16); *Clarifications of work ability* (n=17); *Occupational training and rehabilitation* (n=50); *Treatment* (n=7). The most frequent diagnose groups within all programs is *Musculoskeletal conditions* 73 % (n=88) and *Mental disorders* 63 % (n= 70) and *Unspecific pain/symptoms* 43% (n=48). Table 1 represents further information about the diagnose groups distributed over finances.

Insert table 1

The majority of the Rapid RTW receivers within all programs (n=120) *had sick leave 8-52 weeks* (mean 61,9; SD 31). Within NAV financed programs (n=64) the majority had receivers on *sick leave for 8-52 weeks* (mean 76,8, SD 23,1). *RHA financed* programs (n=77) also has a majority with Rapid RTW receivers on *sick leave 8-52 weeks* (mean 52,9; SD 31,7). *Both in RHA and NAV financed* (n=21) programs the majority of receivers had *sick leave 8-52 weeks* (76,9; SD 22,6). (Mean values of the total of 100% of the share Rapid RTW receiver's sick leave status when starting a Rapid RTW program.)

Coordination and cooperation

Type of plans the Rapid RTW programs (n=120) are contributing to make most frequently was a *treatment plan* 35 % (n=41) and *plans of action* 35,3% (n=42).

Plans and multidisciplinary teams are most prevalent type of coordination within the whole Rapid RTW program (n=171), and as many as 85% (n=142) are developing plans for their Rapid RTW receiver. *Multidisciplinary teams* 58% (n=100). Further, the most frequently reported cooperation form with the workplace is

meeting with the rapid RTW receiver's employer 56% (n= 97) and *telephone cooperation* with the Rapid RTW receiver's employer 57% (n= 99) within the Rapid RTW program (n=171). *Worksite visits* are conducted in half the cases, 41% (n=70) within the Rapid RTW program. Table 2 shows distribution of coordination and cooperation instrument in the different type of programs in the Rapid RTW program.

Insert table 2

Table 3 represents type of meetings in the standard procedure for the Rapid RTW revivers and type of *stakeholders that are participating* (n=119). *The employer/workplace* are attending admission meetings in only 3% (n=4).

Insert table 3

Permanent coordinator

A *permanent coordinator* was assigned in 49 % (n=58) of the cases in the whole rapid RTW program (n=120), 38% (n=21) in *RHF financed* programs and 49 % (n=21) in *NAV financed* programs, while more often in programs *financed by both RHA and NAV* (see table 1 and 2).

There was a significant association between having a *NAV financed* program and a *permanent coordinator* (χ^2 (1) = 4,562, p=0,003). Based on the odds ratio, the odds of having a *permanent coordinator* were 2,2 times higher if the Rapid RTW receiver had a program financed by *NAV* (95% CI=1,06-4,63). Similar, there was a significant association between having a program financed by *both RHA and NAV*, and a *permanent coordinator* (χ^2 (1) = 7,691, p=0,006). Based on the odds ratio, the odds of having a *permanent coordinator* were 4,3 times higher if the Rapid RTW receiver had a program financed by *both NAV and RHF* (95% CI= 1,45-12,57). There was no significant association between the *RHA financed** programs and having a *permanent coordinator* (p=0,99). (**Both RHA and NAV* (n=16) are included in the analyses due to the coding in the dataset).

Insert table 4 and 5

Permanent coordinator and diagnose groups

There was a significant association between having *musculoskeletal conditions* and having a *permanent coordinator* ($\chi^2 (1) = 7,103, p= 0,008$). Based on the odds ratio, the odds of having a *permanent coordinator* were 3,8 times higher if the Rapid RTW receiver have *musculoskeletal conditions* (95% CI = 1,37- 10,40). There was a not a significant association between having mental disorders and whether or not having a *permanent coordinator* ($p= 0,071$). Furthermore, there was no significant association between having *unspecific pain/symptoms* and whether or not having a *permanent coordinator* ($p= 0,190$).

Insert table 6

Discussion

The aim of this study is to investigate what factors predicts coordination, cooperation and providing a permanent coordinator in the Rapid RTW program. The results in this study suggests that the various financial and different types of programs in the rapid RTW program differs when it comes to providing *plans* and *multidisciplinary teams*, in cooperation with the workplace and in provision of a *permanent coordinator*.

Coordination and cooperation is a facilitator for RTW according to multiple studies (Briand et al. 2008; Franche et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012). In our study, development of *plans* for each rapid RTW receiver and *multidisciplinary teams* are distributed as the most frequent practice for coordination in the whole sample. Developments of plans are frequent in all of the programs, except the *medical and surgical treatment in clinics* (Table 2). This is in line with other RTW interventions, where RTW coordination involves a direct assessment, leading to an individually tailored RTW plan, with the plan often implemented by an RTW coordinator or a team who coordinates services and communication among involved stakeholders (Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008). *Individual plan (IP)* (for coordination of long-term sick patients) and *follow-up plan* (employer's plan for workers on sick leave with suggestions and a plan for RTW) are requirements in Norwegian legislation (Arbeidstilsynet 2015; Kjellevoid 2013). Some of the programs in The Rapid RTW program are contributing to making these plans, and that means they are offering a service more than expected.

Multidisciplinary teams are most frequent in *Rehabilitation in hospitals (somatic)*, *Occupational training and rehabilitations in institutions* and *Occupational training and rehabilitation (NAV)*. These are programs that have a tradition of working with RTW in multidisciplinary teams (Aas 2009), and in that manner these findings are expected. On the other hand, the program *Medical and surgical treatment in clinics* within the *RHA finance* rarely developed a plan or have a *multidisciplinary team*, and the provision of a *permanent coordinator* is limited. Studies show that participants in a multidisciplinary and coordinated team had a better outcome of the rehabilitation, reduction in sick leave and a better chance to RTW (Bültmann et al. 2009; Jakobsson et al. 2005; Kärrholm et al. 2006). On the other hand, a multidisciplinary team can be a challenge if the RTW receiver gets a new team for every intervention or treatment in the RTW process (Aas 2009; Aas et al. 2011).

Furthermore, the same trend in differences between how the various finances coordinate is seen when it comes to cooperation with the workplace (Table 2). *Occupational training and rehabilitations in institutions* and *Occupational training and rehabilitation (NAV)* are the programs that have most contact with the employer/workplace. The same programs have most frequent *worksite visits*, in addition to *Clarifications of work ability*. Work site visits are effective to find facilitators and barriers for RTW on the worksite and it is also described as RTW coordinator activity (Franche et al. 2005; Shaw et al. 2008). All three programs have traditions for focusing on RTW, nevertheless *Clarifications of work ability* more often have *RTW receivers* with additional complex conditions (Appendix 1). Further, the results suggest that *NAV financed* programs have more frequent cooperation with workplace/employers when it comes to what they offer and actual cooperation, compared to *RHA financed* programs (Table 2). For instance, *medical and surgical treatment in clinics* never offer *cooperation meetings* or *reports to the workplace*. However, of meeting activity across the Rapid RTW program (Table 3) shows that *workplace / employers* only to a limited extent are attending meetings. Yet, the employer has been given more responsibility for the supervision of workers on sick leave (Arbeids- og sosialdepartementet 2013; Arbeids- og sosialdepartementet 2014; Aas 2009; Aas 2011).

Better cooperation with the workplace could facilitate that the employer becomes a greater part of the RTW process, and have better chance of adapting the work environment to help the receiver of a program. The effectiveness of work

accommodations can reduce work disability duration is well supported and the workplace aspect can be an important factor for a good outcome of the RTW intervention (Franche et al. 2005; Pransky et al. 2010). It is a challenge for the Rapid RTW program to find models for cooperation with the workplace, NAV and the health care (Skarpaas et al. 2013), and it is suggested that there should be a requirement for the Rapid RTW programs to cooperate with the workplace.

Challenges in coordination and cooperating among stakeholders and services in RTW have internationally led to the fact that RTW interventions often include an RTW coordinator (Shaw et al. 2008). In our study, there was a significant association between having a *NAV financed* program and a *permanent coordinator*, and having a program financed by *both RHA and NAV* and a *permanent coordinator*. On the other hand there was no significant association between the *RHA financed* programs and having a *permanent coordinator*. This is even though an RTW coordinator has a positive effect on coordinating the various services and stakeholders in RTW (Caggianelli 2006; Gardner et al. 2010; Hursh & Rosenthal 2005; Schandelmaier et al. 2012), and is one of the most documented features with effective RTW programs (Franche et al. 2005; Schandelmaier et al. 2012). The reasons for this are difficult to pin down because of the study's methodological and analytical limitations. However, NAV is the welfare and social security provider in Norway and is one of the main stakeholder in the prevention of (prolonged) sick leaves, together with the employee, employer and GP (Aas 2009). Moreover, RHA are specialist health care providers - often based in hospitals - who treat diseases and ailments from a medical perspective. Thus, the perspective on sick leave and RTW probably differs.

The overall findings of coordination and cooperation in this study are consistent with other studies on the rapid RTW programs. They indicate that programs need a better coordination and cooperation between the finances (*NAV and RHF*), the other stakeholders and within the programs (Drangslund & Kjerstad 2008; Kjerstad & Holmås 2009; Skarpaas et al. 2013; Aas et al. 2011). One might suggest that *RHA financed* programs coordinate and cooperate less than *NAV financed* programs in relation to RTW in this study, particularly when it comes to permanent coordinator. After treatment the rapid RTW receiver is probably under coordination by his/her GP (table 1), according the Norwegian health care system. GPs have an overall responsibility for coordinating their patients, but rarely have the capacity, and patients can end up getting lost in the system (Bukve & Kvåle 2014; Melby & Tjora

2013; St.meld.nr.47 (2008-2009) 2009). The Rapid RTW programs are organized and financed by two different organizational structures, and it is demanding to exchange information and cooperate between different organizations (Axelsson & Bihari Axelsson 2011). Adopting a model for cooperation and coordination (Andersson et al. 2011; Pransky et al. 2004) would probably be an improvement for the Rapid RTW program in order to facilitate RTW for the receivers in all the finances.

Most of the rapid RTW receivers have been on sick leave for 8-52 weeks and majority of the Rapid RTW receivers have *musculoskeletal conditions*, *mental disorders* or *unspecific pain/symptoms*. This reflects the most common causes of sick leave in Norway (NAV 2015). An early effort, and contact with the healthcare and employer is a facilitator for RTW workers with musculoskeletal disorders (Franche et al. 2005). Further, our study suggests that there was a significant association having *musculoskeletal conditions* and a *permanent coordinator*. On the other hand, there was not a significant association between having *mental disorders* or having *unspecific pain/symptoms* and having a *permanent coordinator*. Common mental disorders are an important factor when it comes to debut, duration and recurrent sick leave (Knudsen et al. 2013; OECD 2010; Pomaki et al. 2012; Schandelmaier et al. 2012). In Norway sick leave related to mental disorders increased with 3,7% from 2013 to 2014 (NAV 2015).

The results in this study indicate that the receivers with *musculoskeletal conditions* get more coordination than Rapid RTW receivers with *mental disorders* and *unspecific pain/symptoms* within the Rapid RTW program. RTW programs with a permanent coordinator have a good effect on patients with musculoskeletal conditions and many of the studies in RTW interventions on patients with musculoskeletal conditions (Briand et al. 2008; Schandelmaier et al. 2012). In this study, the program *Psychiatric treatment and rehabilitations within RHF finance* rarely have permanent coordinator, but often a plan, which is a well documented instrument for coordination and cooperation (Schandelmaier et al. 2012; Shaw et al. 2008). Good results in RTW coordination in musculoskeletal disorders are shown, but it lacks studies on interventions with patients with mental health problems (Martin et al. 2013).

Briand (2008) argues that RTW interventions must address the multicausality in musculoskeletal conditions a coordinated effort, common principles and values among various stakeholders and organizations. Long-term disability is not seen only as a result of function and diagnose, but rather as a result of the interaction between

the worker and the central systems: health care, NAV (the financial organizations) and the workplace. Cooperation and contact between the various stakeholders and the intervention to promote joint actions are key factors in RTW (Briand et al. 2008).

Limitations of the study

Most of the result in this study is descriptive data and the statistical validity has limitations. The only significant tested analyses are cross tabulations analysis of permanent coordinator. There were small units in some programs, and in order to have large enough groups to make the analysis it was instead based on the type of finance of the programs. Further analysis must be conducted to compare the differences suggested in this study. However, this approach is useful as an exploratory method to provide relative comparisons across questions. Moreover, the study is based on self-reported data from one representative from each program and there is a risk information bias. In addition, programs with few RTW receivers can be a threat to the validity in the answers because of little knowledge and experience by the informant about the program they were representing. Estimates on *sick leave* and *diagnose groups* are estimated by the informant, and this may also be a threat to the validity. Register data could have been used to verify the numbers in this study. Some of the variables have missing data, which can influence the results.

In conclusions, the findings in this study indicates differences in providing a permanent coordinator between type of finance and in between diagnose groups in the Rapid RTW program. The reporting from the Rapid RTW programs indicates there are differences in the type of programs and type of finance in cooperation and coordination when it comes to well-documented RTW coordination instruments. However, due to the methodological limitation further studies needs to be conducted to verify the results.

Acknowledgements

This study is part of a larger evaluation study The Rapid Return to Work study in Norway.

References

- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A. & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review. *International Journal Of Integrated Care*, 11: e137-e137.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2013). Grunnlag for videre IA-samarbeid - Erfaringer og anbefalinger. In Sekretariatet i Arbeids- og sosialdepartementet (ed.). Oslo.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2014). *Raskere tilbake* Arbeids- og sosialdepartementet. Available at: http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/raskere-tilbake.html?regj_oss=1&id=575813 (accessed: 28.09.2014).
- Arbeidstilsynet. (2015). *Tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere*. Available at: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78249/> (accessed: 20.04.2015).
- Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2011). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L. & Corbière, M. (2008). How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18 (2): 207-217.
- Bukve, O. & Kvåle, G. r. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget. 214 pp.
- Bültmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T. & Kilsgaard, J. (2009). 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*, 19 (1): 81-93.
- Caggianelli, P. (2006). News from Certification of Disability Management specialists Commission. New skills, expertise needed for disability managers as part of workplace teams. *Care Management*, 12 (4): 15-15.
- Drangslund, K. A. K. & Kjerstad, E. (2008). Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester: delrapport 1.
- FHI. (2014). *Arbeid og helse - Folkehelse rapporten 2014*.
- Franché, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 607-631.
- Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N. & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability & Rehabilitation*, 32 (1): 72-78.
- Haveraaen, L. A., Skarpaas, L. S., Berg, J. E. & Aas, R. W. (2015). *Do psychosocial job demands, decision control and social support predict return to work after occupational rehabilitation or medical treatment? The rapid-RTW study*. Work (In press). Unpublished manuscript.

- Hursh, N. & Rosenthal, D. (2005). Dynamic changes in the field of disability management: responding to employer needs with broader responsibilities. *Care Management*, 11 (6): 16.
- Ihlebaek, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2007). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occupational Medicine*, 57 (1): 43-49.
- Jakobsson, B., Bergroth, A., Schüldt, K. & Ekholm, J. (2005). Do systematic multiprofessional rehabilitation group meetings improve efficiency in vocational rehabilitation? *Work*, 24 (3): 279-290.
- Kjellefold, A. (2013). Retten til individuell plan og koordinator. (4. utg.): 118 s.
- Kjerstad, E. & Holmås, T. H. (2009). Evaluering av tilskuddsordning for helse-og rehabiliteringstjenester: delrapport 2.
- Kärrholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schüldt, K. (2006). Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability & Rehabilitation*, 28 (7): 457-467.
- Martin, M., Nielsen, M., Madsen, I., Petersen, S., Lange, T. & Rugulies, R. (2013). Effectiveness of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Sickness Absence Beneficiaries with Mental Health Problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23 (4): 621-630.
- Melby, L. & Tjora, A. H. (2013). *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal akademisk. 339 s. : ill. pp.
- NAV. (2015). Utviklingen av sykefraværet, 4.kvartal 2014. Available at: <https://http://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>.
- norden.org. (2015). *Den nordiske velferdsmodellen*. In Nordisk råd og nordisk ministerråds sekretariat (ed.). Available at: <http://www.norden.org/no/om-samarbeidet-1/samarbeidsomraader/den-nordiske-velferdsmodellen/om-den-nordiske-velferdsmodellen> (accessed: 11.05.2015).
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers; A Synthesis of Findings Across Oecd Countries*: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20 (1): 41-48.
- Pransky, G. S., Shaw, W. S., Franche, R.-L. & Clarke, A. (2004). Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disability & Rehabilitation*, 26 (11): 625-634.
- Schandelmaier, S., Ebrahim, S., Burkhardt, S. C. A., de Boer, W. E. L., Zumbrunn, T., Guyatt, G. H., Busse, J. W. & Kunz, R. (2012). Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Plos One*, 7 (11): e49760-e49760.
- Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G. & Loisel, P. (2008). 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*, 18 (1): 2-15.

- Skarpaas, L. S., Aas, R. W. & Berg, J. E. (2013). *Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere-tilbake ordningen: en Delphi-studie i to runder*, vol. 2013 nr. 9. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. 112 s. : fig. pp.
- St.meld.nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Det konglige helse- og omsorgsdepartement. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?:* The Stationery Office.
- WHO. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems. 10th Revision*. Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en> (accessed: 09.04.2015).
- Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M. & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 15 (4): 557-568.
- Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk. 213 s. : ill. pp.
- Aas, R. W. (2011). *Workplace-based sick leave prevention and return to work: exploratory studies*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Aas, R. W., Solberg, A. & Strupstad, J. (2011). *Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*: 213.

Appendix 1 Definitions of the different rapid RTW programs

	Type of program	Definition
Programs financed by RHF	<i>Medical and surgical treatment in clinics</i>	Public hospitals, in exceptional cases private hospitals / clinics. Essentially orthopedic treatment, but a few programs are offering neurological or radiographic examination and / or treatment. Everyone has an offer of surgical treatment.
	<i>Rehabilitation in hospitals (somatic)</i>	Various forms of rehabilitation services in hospitals, mainly policlinic. Majority of patients with back, neck and shoulder pain. Exceptionally programs to patients with acquired brain injuries, stress, rheumatic diseases and cancer. Typical components are diagnostics function assessment, physical training, patient education and programs that work with individual coping. A few programs have contact with the workplace and NAV. Some of the programs are learning and coping centers.
	<i>Psychiatric treatment and rehabilitation</i>	All forms of offers to patients with mental health problems and / or addictions. Includes offers that involve both treatment and multidisciplinary rehabilitation program in public hospital wards, clinics and psychiatric centers. Patients with severe mental illness and a high degree of comorbidity are often excluded from these offers. Thus, this is usually offered to people with anxiety and depression
	<i>Occupational training and rehabilitation in institutions</i>	Private rehabilitation institutions (formerly called recovery- and / or rehabilitation centers). The programs are often offered to long-term sick with complex musculoskeletal problems. Multidisciplinary programs, often requiring the receiver to stay for several days or weeks. Typical components are rehabilitation and a cognitive approach. Several of the institutions have programs directed towards NAV and workplace.
Programs financed by NAV	<i>Follow up</i>	Follow up is an RT offer to people who need more comprehensive communication and follow-up assistance than NAV is able to. The offer intends to adapt to the individuals needs based on occupational capacity. Follow up includes: To find suitable work or a suitable workplace beyond previous attempts, organization of work and work situation and guidance in general. NAV has an agreement with private supervisors. In cooperation with the receiver NAV consider whether they require this type of program
	<i>Clarification of work ability</i>	Clarification is offered to people who need more comprehensive clarification than NAV can offer. The program is intended to adjust individual needs. In the offer, it may be appropriate to clarify / assess whether work can be performed if the work situation and tasks are customized, what kind of assistance or facilitation is needed to master workforce participation and expertise and opportunities. Clarification occurs on ordinary workplace with the assistance of a program supervisor. In cooperation with the RTW receiver. NAV considers whether they require this type of program or not.
	<i>Occupational training and rehabilitation in institutions</i>	Work-oriented rehabilitation will help to strengthen the individual employability and contribute to overcome health and social problems which could be an obstacle to participation in working life. Work-oriented rehabilitation may include work preparatory training, work experience, contact with working life, general rehabilitation, function-enhancing training, training, motivation, training in social skills, lifestyle counseling, or a combination of these elements. Based on an assessment of needs or work ability, the duration is customized according to the participant's individual needs. Maximum duration is 12 weeks.
	<i>Treatment</i>	Medical treatment for people with mild mental and / or complex disorders. Provided by private initiatives organizers

Table 1 Frequencies and percentage of type of programs, types of coordinator and diagnoses within each finance

	<i>Finance</i>			Total n (%)
	<i>RHA</i>	<i>NAV</i>	<i>Both RHA and NAV</i>	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Type of programs (n=171)				
<i>Medical and surgical treatment in clinics</i>	16 (100)	0	0	16 (100)
<i>Rehabilitation in hospitals (somatic)</i>	26 (93)	0	2 (7)	28 (100)
<i>Psychiatric treatment and rehabilitations</i>	12 (85)	0	2 (14)	14 (100)
<i>Occupational training and rehabilitations in institutions</i>	6 (26)	0	17 (74)	23 (100)
<i>Follow up</i>	0	14 (88)	2 (13)	16 (100)
<i>Clarifications of work ability</i>	0	17 (100)	0	17 (100)
<i>Occupational training and rehabilitation (NAV)</i>	0	31 (62)	19 (38)	50 (100)
<i>Treatment</i>	0	5 (71)	2 (29)	7 (100)
<i>Total each finance</i>	50 (29)	67 (39)	54 (32)	171 (100)
Type of coordinator (n=119)*				
<i>Permanent coordinator</i>	21(36)	21 (36)	16 (27)	58 (100)
<i>Random professional from the program</i>	6 (30)	10 (50)	4 (20)	20 (100)
<i>The Rapid RTW patient himself</i>	4 (67)	1 (17)	1 (17)	6 (100)
<i>Workplace/employer</i>	0	0	1(100)	1 (100)
<i>NAV</i>	1 (8)	10 (83)	1 (8)	12 (100)
<i>GP</i>	9 (92)	0	2 (17)	11 (100)
<i>Others</i>	7(64)	1(9)	3 (27)	11 (100)
<i>No need of coordination</i>	15(75)	4(20)	1(5)	20 (100)
The three most common diagnose groups in the Rapid RTW program (n=112)*				
<i>Musculoskeletal conditions</i>	37 (42)	35 (40)	16 (18)	88 (100)
<i>Mental disorders</i>	20 (29)	37 (53)	13 (19)	70 (100)
<i>Unspecific pain/symptoms</i>	16 (33)	25 (52)	7 (15)	48 (100)

*all units in the variable could not be assessed due to missing values

Table 2 Frequencies and percentages of cooperation and coordination tools within the different Rapid RTW program

	Permanent coordinator	Plan	Follow up-plan	IP	Multidisciplinary teams	Telephone cooperation with the rapid RTW receivers employer	Meetings with the Rapid RTW receivers employer	Written cooperation with the rapid RTW receivers employer	Cooperation with the rapid RTW receiver employers irrelevant	Offers cooperation meetings with workplace	Offers reports to workplace	Worksite visit
	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)	*n (%)
<i>Medical and surgical treatment in clinics (n=16)</i>	3 (19)	4 (25)	0	0	2 (13)	4 (25)	0	1 (6)	7 (44)	0	0	0
<i>Rehabilitation in hospitals (somatic) (n=28)</i>	12 (43)	20 (71)	2 (7)	7 (25)	18 (64)	10 (35)	4 (14)	0	8 (29)	7 (25)	4 (14)	5 (18)
<i>Psychiatric treatment and rehabilitations (n=14)</i>	5 (36)	13 (93)	1 (7)	2 (14)	5 (36)	4 (29)	2 (14)	0	4 (29)	3 (21)	1 (7)	1 (7)
<i>Occupational training and rehabilitations in institutions (n=23)</i>	18 (78)	22 (96)	6 (26)	6 (26)	22 (96)	18 (78)	17 (74)	2 (9)	0	20 (87)	18 (78)	10 (43)
<i>Follow up (n=16)</i>	3 (19)	13 (81)	3 (19)	4 (25)	7 (44)	8 (50)	11(69)	1 (6)	1 (6)	12 (75)	7 (44)	8 (50)
<i>Clarifications of work ability (n=17)</i>	5 (29)	16 (94)	3 (18)	2 (12)	4 (24)	10 (59)	15 (88)	4 (24)	1 (6)	12 (71)	8 (47)	12 (71)
<i>Occupational training and rehabilitation (n=50)</i>	34 (68)	48 (96)	8 (16)	10 (20)	39 (78)	39 (78)	41 (82)	4 (8)	1 (2)	31 (62)	27 (54)	34 (68)
<i>Treatment (n=7)</i>	2 (29)	6 (86)	2 (29)	0	3 (43)	4 (57)	6 (86)	1 (14)	0	3 (60)	1 (14)	0
Total in the Rapid RTW program (n=171)	82 (48)	142 (83)	25(15)	31(18)	100 (58)	97 (57)	96 (56)	13 (8)	22 (13)	98 (57)	66 (39)	70 (41)

The percentage in this table do not add up till 100 % because the various programs cross several alternatives in in the questionnaire *all units in the variable could not be assessed due to

Table 3 Type of meetings in the standard procedure for the Rapid RTW revivers and type of *stakeholders that are participating* (n=119)*

	<i>Rapid RTW receiver</i>	<i>Professionals</i>	<i>Employer/workplace</i>	<i>General Practitioner (GP)</i>	<i>Primary contact</i>	<i>Occupational health care (OHC)</i>	<i>NAV</i>	<i>Irrelevant</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Admission meeting</i>	84 (71)	45 (38)	4 (3)	0	72 (61)	0	17 (14)	14 (12)
<i>Halfway meeting</i>	69 (58)	37 (31)	29 (24)	28 (24)	57 (48)	4 (3)	19 (16)	24 (20)
<i>Concluding meeting</i>	79 (66)	36 (30)	18 (15)	14 (12)	67 (56)	0	26 (22)	17 (14)
<i>Follow-up meeting</i>	2 (21)	14 (12)	5 (4)	5 (4)	19 (16)	3 (3)	5 (4)	44 (37)

The percentages in this table do not add up till 100 % because the various programs cross several alternatives in in the questionnaire *all units in the variables could not be assessed due to missing values

Table 4 Provision of permanent coordinator within *NAV financed* programs (n=119)*

		<i>Finance</i>		<i>Total (%)</i>	
		<i>NAV</i>			
		No	Yes		
<i>Permanent coordinator</i>	No	n (%)	34 (62)	27 (42)	61 (51)
	Yes	n (%)	21 (38)	37 (58)	58 (49)
<i>Total</i>	n (%)	55 (100)	64 (100)	119 (100)	

Note: Both finances are included (n=16) in this cross tabulation due to the coding in the dataset * *all units in the variable could not be assessed due to missing values

Table 5 Provision of permanent coordinator within finance *from both RHF and NAV* (n=119)*

		<i>Finance</i>			
		<i>both RHF and NAV</i>			Total
			No	Yes	
<i>Permanent coordinator</i>	No	n (%)	56 (57)	5 (24)	61 (51)
	Yes	n (%)	42 (43)	16 (76)	58 (49)
Total		n (%)	98 (100)	21 (100)	119 (100)

*all units in the variable could not be assessed due to missing values

Table 6 Provision of permanent coordinator within diagnose groups (n=112)*

		<i>Diagnose group</i>			
		<i>Musculoskeletal conditions</i>			Total
			No	Yes	
Permanent coordinator	No	n (%)	18 (75)	39 (44)	57 (51)
	Yes	n (%)	6 (25)	49 (56)	55 (49)
Total		n (%)	24 (100)	88 (100)	112 (100)

*all units in the variable could not be assessed due to missing values

Evaluering av Raskere tilbake

Spørreskjemaet omhandler deres Raskere tilbake (RT)-tilbud, og består av følgende 10 deler:

- Del 1: Om den som fyller ut skjemaet
- Del 2: Om tilbudets overordnede organisering og lokalisering
- Del 3: Om henviser/bestiller
- Del 4: Om tilbudets pasientgrunnlag
- Del 5: Om tilbudets varighet
- Del 6: Om planlegging og koordinering
- Del 7: Om tilbudets kompetanse
- Del 8: Om tilbudets innhold (utredning og tiltak)
- Del 9: Om brukerdeltakelse i RT-tilbudet
- Del 10: Om oppfølging og rapportering



Del 1: Om den som fyller ut skjemaet

Ved RT-tilbudet er jeg:

- Faglig ansvarlig
- Administrativt ansvarlig
- Annet

Jeg har følgende tittel ved RT-tilbudet:

Del 2: Om tilbudets overordnede organisering og lokalisering

Hvor får RT-tilbudet sin finansiering fra?

- Helseforetak
- Nav
- Fra både helseforetak og Nav

Dersom dere er Nav-finansiert, hvilken type tilbud har dere?

Dersom dere er helseforetak-finansiert, hvilken type tilbud har dere?

Når ble tilbudet etablert?

Måned (eks 08) År (eks 2009)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Hadde dere RT-tilbud i:

- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

Hvor mange innbyggere bor i kommunen tilbudet ligger i?

I hvilket fylke ligger tilbudet?

På de neste spørsmålene ber vi deg angi din overordnede tilfredshet når det gjelder organisering, samhandling og ansvarsfordeling innad i og ovenfor helseforetak/ Nav.

	Utilfreds 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Svært tilfreds	Uak tuelt
Hvor tilfreds er du med											
Organiseringen av RT-tilbudet innenfor helseforetak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av RT-tilbudet fra Nav sin side?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiseringen av RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandlingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du kommentarer til organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen innen helseforetak/ Nav, og dem i mellom?

I hvor stor grad oppleves det at tilbudene i helseforetak og Nav er innholdsmessig overlappende?

	I liten grad 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 I stor grad	Vet ikke
Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke RT-tilbud gjelder dette?

Del 3: Opplysninger om henviser

Hvem henviser til deres RT-tilbud? Anslå cirka prosentandel for de respektive årene. Hver linje (1 år) summeres til 100 prosent.

	RT-mottaker selv	Arbeidsgiver	Nav	Fastlege	Bedriftshelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten	Andre
2007	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2008	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2009	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2010	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2011	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Spesifiser "andre" henvisere dersom aktuelt:

I hvilken grad oppleves henviser å ha tilstrekkelig kunnskap om tilbudet de henviser til?

	I liten grad										I stor grad	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Uaktuelt
Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

I hvilken grad er informasjonen dere mottar om RT-pasienten/RT-mottakeren fra henviser tilstrekkelig?

	I liten grad										I stor grad	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		Uaktuelt
Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Anslå prosentvis fordeling for hvor deres RT-mottakere kommer fra. Feltene utgjør til sammen 100 prosent.

RT-mottaker kommer fra:

	Kommunen RT-tilbudet ligger i	En annen kommune, men fylket RT-tilbudet ligger i	Et annet fylke, men i helseregionen RT-tilbudet tilhører	En annen helseregion enn det RT-tilbudet tilhører
Prosentandel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Hvor mange ble henvist til deres RT-tilbud i:

	Antall RT-mottakere
2007	<input type="text"/>
2008	<input type="text"/>
2009	<input type="text"/>
2010	<input type="text"/>
2011	<input type="text"/>

Hvor mange mottok RT-tilbud hos dere i:

	Antall RT-mottakere			
2007	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2008	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2009	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2010	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2011	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Hvilken arbeidslivstilknytning har RT-mottakerne ved deres tilbud? Anslå cirka prosentandel for de respektive årene. Hver linje (1 år) summeres til 100 prosent.

	RT-mottakere med arbeidslivstilknytning			RT-mottakere uten arbeidslivstilknytning		
2007	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2008	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2009	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2010	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2011	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Blant de som har en arbeidslivstilknytning: Hvordan er RT-mottakernes sykmeldingsstatus ved oppstart av tilbudet? Anslå prosentvis andel. Feltene utgjør til sammen 100 prosent.

	Står i fare for å bli sykmeldt	Er og har vært sykmeldt 1-13 dager	Er og har vært sykmeldt 2 - 8 uker	Er og har vært sykmeldt 8 uker - 1 år	Er og har vært sykmeldt mer enn 1 år
Andel RT-mottakere som.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Eventuelle kommentarer:

Hvor ofte har de henviste RT-mottakerne fått tilbud hos dere før?

	Svært sjelden	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har de henviste RT-mottakerne hos dere har vært ved andre RT-tilbud før?

	Svært sjelden	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Vet ikke
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke primærdiagnoser har RT-mottakerne ved deres RT-tilbud? (Flere kryss mulig)

	Primærdiagnose
Infeksjonssykdommer	<input type="checkbox"/>
Svulster	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i blod og bloddannende organer	<input type="checkbox"/>
Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser	<input type="checkbox"/>
Psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i nervesystemet	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i øre og ørebensknute	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i åndedrettssystemet	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i fordøyelsessystemet	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i hud og underhud	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	<input type="checkbox"/>
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	<input type="checkbox"/>
Skader	<input type="checkbox"/>
Annet eller uspesifikke plager/lidelser	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Hva er inklusjonskriteriene for et RT-tilbud hos dere?

Hvilke kriterier ekskluderer en RT-mottaker fra å kunne få et RT-tilbud hos dere?

Anslå hvor stor prosentandel av de henviste RT-mottakerne som blir avvist fra RT-tilbudet på grunn av eksklusjonskriteriene

--	--	--

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
- Intern statistikk

Hvor ofte er det a RT-mottakeren er medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud?

	Aldri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Alltid	Uaktuelt
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte vil du si at RT-mottakerne er motiverte for å tilbakeføres til det **arbeidet de er sykmeldte fra**?

	Aldri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Alltid	Uaktuelt
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte vil du si at RT-mottakerne er motiverte for å tilbakeføres til **nytt arbeid**?

	Aldri	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Alltid	Uaktuelt
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Av alle RT-mottakere, hvor stor prosentandel er motivert til å tilbakeføres til arbeidet de er sykmeldt fra?

--	--	--

Beskriv motivasjonsutfordringene dere erfarer blant RT-mottakerne:

Del 5: Om tilbudets varighet og omfang

Er lengden/varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?

- Fleksibel (individuelt tilpasset)
 Fast (lik for alle)
 Kombinert

Beskriv omtrentlig varigheten på RT-tilbudet her (i timer/dager måneder/uker):

Dersom varigheten er fast, hvor lenge (i dager) varer RT-tilbudet hos dere for den enkelte RT-mottaker?

	Antall dager
Min.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Max.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Evt. gjennomsnitt	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller det likt for alle?

- Fleksibel (individuelt tilpasset)
 Fast (lik for alle)
 Kombinert

Beskriv ca tidsbruken per RT-mottaker (i timer per uke):

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Hva bestemmer tidsbruken per RT-pasient?

Del 6: Om tilbudets planlegging og koordinering

Hvilke standardiserte metoder/verktøy/prosedyrer/retningslinjer er i bruk ved utredning/kartlegging?

Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker?

	Aldri 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alltid 10	Uaktuelt
Hyppighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken type plan bidrar dere i utarbeidelsen av?

- Oppfølgingsplan (lovpålagt, arbeidsgiver)
- Individuell plan (IP)
- Behandlingsplan
- Tiltaksplan
- Annet
- Uaktuelt

Hvem koordinerer RT-tilbudet mellom dere og eksterne aktører (fastlege, Nav, arbeidsplass, BHT og andre tilbud)? (Et eller flere kryss er mulig)

- Fast koordinator (case-manager) for RT-pasienter/RT-mottakere
- Vilkårilige fagpersoner fra eget RT-tilbud
- RT-mottakeren selv
- RT-mottakerens arbeidsgiver
- Nav
- Fastlege
- Andre
- Koordinering trengs ikke

Hvor ofte blir det oppnevnt en koordinator/primærkontakt (case-manager) som har som oppgave og sy sammen tilbudet og koordinere fagpersonene i den enkelte sak?

	Aldri 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alltid 10	Uaktuelt
Hyppighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer til koordinator/koordinering:?

Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og følgende aktører?

	Per telefon	I Møte	Skriftlig	Uaktuelt
RT-mottakerens arbeidsgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedriftshelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre i spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke møter inngår i standardprosedyren for deres RT-mottakere, og hvem deltar i disse? (Flere kryss er mulig)

	Koordinator/ primærkontakt	RT-mottaker	Behand- ler(e)	BHT	Fast legen	RT-mottakers arbeidsgiver	Nav	Uaktuelt
Innkomstmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midtveismøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avslutnings/utskrivelsesmøte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølging etter avsluttet tilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom andre deltar i møtene, hvem er dette?

Eventuelle kommentarer til møter?

Blir det etablert et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker?

	Aldri 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alltid 10	Uaktuelt
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har fagpersonene i RT-tilbudet definert et felles mål for RT-mottakeren?

	Aldri	Svært sjelden	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Alltid	Uaktuelt
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 7: Om tilbudets kompetanse

Hvilken kompetanse er tilgjengelig for RT-mottakerne hos dere? (Flere kryss mulig)

- Allmennlege
- Arbeidsmedisiner
- Arbeidsinstruktør
- Attføringskonsulent
- Ergoterapeut
- Ernæringsfysiolog/kostholdsveileder
- Legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering
- Idrettspedagog
- Fysioterapeut
- Kardiolog
- Kiropraktor
- Kirurg
- Nevrolog
- Ortoped
- Psykiater
- Psykolog
- Revmatolog
- Sosionom
- Sykepleier
- Andre

Hvilken stillingsstørrelse har de ulike fagpersonene?

Prosent

Allmennlege				
Arbeidsmedisiner				
Arbeidsinstruktør				
Attføringskonsulent				
Ergoterapeut				
Ernæringsfysiolog/kostholdsveileder				
Legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering				
Idrettspedagog				
Fysioterapeut				
Kardiolog				
Kiropraktor				
Kirurg				
Nevrolog				
Ortoped				
Psykiater				
Psykolog				
Revmatolog				
Sosionom				
Sykepleier				
Andre				

Hvilket tiltak gir de ulike fagpersonene?

Hvordan deler fagpersonene kunnskap med hverandre?

Hvor ofte har dere kontakt med forskningsmiljøer?

	Aldri	Svært sjelden	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	Kontinuerlig
Hypighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har det blitt gjort studier om eller evalueringer av deres RT-tilbud?

Ja Hvis ja, hvem har utført studien?

Studie er i planleggingsfasen

Nei

I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap?

	I liten grad									I høy grad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv tilgangen og bruken av denne:

I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir?

	I liten grad										I høy grad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv hvilken forskning dere bygger tilbudet på:

Del 8: Om tilbudets innhold

Hvilke forhold utredes som oftest ved starten av RT-tilbudet?

Utredes RT-mottakerens motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet?

	Aldri									Alltid	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uaktuelt
Hyppighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan skjer dette?

Gjøres det arbeidsplassvurdering for RT-mottakeren?

	Aldri									Alltid	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	Uaktuelt
Hyppighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan skjer dette?

Hvilke komponenter består RT-tilbudet deres av?

Bygger deres tiltaksmodell eller tilnæringsmåte på andre modeller eller metoder? Hvis ja, hvilke?

Hvilke standardiserte metoder/verktøy/prosedyrer/retningslinjer er i bruk ved iverksetting av tiltakene (behandling/rehabilitering)?

Del 9: Om RT-mottakerens deltakelse i RT-tilbudet

Deltar RT-mottakeren:

	Aldri									Alltid	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uaktuelt
I møter som omhandler tilbudet/behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det settes mål for tilbudet/behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når det utarbeides tiltaksplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På arbeidsplassbesøk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Del 10: Om oppfølging og rapportering

Tilbyr dere noe av det følgende til RT-mottakerens arbeidsgiver/nærmeste leder?

- Kurs/opplæring
- Rapporter
- Samarbeidsmøter
- Annet
- Uaktuelt

Måles resultat av tilbudet for den enkelte RT-mottaker?

Hva måles i tilfellet?

Hvordan måles det i tilfellet?

Etter endt RT-tilbud, hvordan og på hvilke tidspunkter foregår som oftest oppfølgingen av RT-mottakeren? (Flere kryss er mulig)

	1-3 måneder	4-6 måneder	7-12 måneder	Over 12 måneder	Uaktuelt
Telefonsamtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsplassbesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialogmøte i virksomheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølgingsmøte i RT-tilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppfølgingsmøte med Nav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelle kommentarer til oppfølging?

Nå har du vært gjennom alle spørsmålene i undersøkelsen, takk for ditt bidrag!



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no