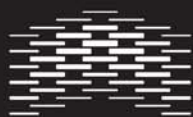


HiOA Rapport

Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere- tilbake ordningen

En Delphi-studie i to runder

Lisebet Skeie Skarpaas, Randi Wågø Aas og John Erik Berg
Rapport 2013 nr 9



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Eksperters erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykmeldte og Raskere-tilbake ordningen

En Delphi-studie i to runder

Lisebet Skeie Skarpaas, Randi Wågø Aas og John Erik Berg

Rapport 2013 nr 9

Høgskolen i Oslo og Akershus
Fakultet for helsefag

© Høgskolen i Oslo og Akershus
© International Research Institute of Stavanger, IRIS
© Forfatterne

Rapport 2013 nr 9

ISSN 1892-9648
ISBN 978-82-93208-43-3

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

HiOA,
Læringscenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>
For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

Det må ikke kopieres fra denne bok i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, Interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale medfører erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Ordnningen *Raskere tilbake* (RT) som egentlig heter *Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte*, kan hevdes å være den største satsningen noensinne i Norge for å redusere sykefraværet. Fra oppstarten i 2007 og til og med 2012 har regjeringen bevilget 4,36 milliarder kroner til ordningen. Regjeringens satsning på kvalifisert rehabiliteringstilbud til sykmeldte er i tråd med en internasjonal utvikling innen dette området.

Dette er den andre delrapporten fra forskningsprosjektet Evalueringen av Raskere-tilbake. Evalueringen ble organisert gjennom PreSenter-samarbeidet, og utføres av International Research Institute of Stavanger (IRIS), i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) og Universitet i Stavanger (UiS), på oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Sluttrapporten fra pågående evaluering vil bli publisert tidlig høst 2013. Den første evalueringen av ordningen ble gjennomført av Samfunns- og Næringslivsforskning (SNF) i perioden 2008-2010.

Denne rapporten beskriver hvilke *erfaringer og oppfatninger* ulike typer eksperter og aktører har på oppfølging av sykmeldte, etter fem år med ordningen Raskere tilbake. Rapporten har fokus på erkjente *problemstillinger og endringsforslag*, ikke på hva som fungerer godt i dagens ordning.

Mange fortjener en takk. Jeg vil først rette en stor takk til 32 aktører som deltok på ekspertkonferansen 12. april 2012, og de 609 aktørene som delte med sin erfaring ved å besvare den påfølgende spørreundersøkelsen høsten 2012. Institutt for ergoterapeut- og ortopediingeniørutdanningene ved Fakultet for helsefag, HIOA fortjener også en takk for at vi fikk bruke deres lokaler under konferansen. En varm takk går også til stipendiat Lisebet Skeie Skarpaas, HIOA for masse pågangsmot og givende samarbeid gjennom hele studien, professor John Erik Berg, HIOA for betydningsfulle innspill på publikasjoner fra studien, masterstudentene Eirinn Hopland og Lise Aasen Haveraen, UiS, for god bistand til gjennomføring under konferansen, førsteamanuensis Ellen Ramvi, UiS for innspill til publikasjoner fra studien og Ståle Opedal, IRIS for konstruktive og viktige innspill som kvalitetssikrer. Sist, men ikke minst vil vi takke vår oppdragsgiver og referansegruppen for evalueringen for godt og krevende samarbeid, og mange innspill. Tusen takk til dere alle - studien ville ikke vært mulig uten dere!

Informantene i denne studien representerer *til sammen mer enn 5400 år med erfaring* i arbeidet med sykmeldte. De representerer alle typer roller i fagfeltet. En bedre innsikt i erfaringsbasert kunnskap kan bli kritisk for å få vite hvor «skoen trykker» innen dette viktige, men svært komplekse fagområdet. Vi håper derfor at rapporten kan komme til nytte som et kunnskapsgrunnlag for videre politikk og praksis på området.

17.06.2013

Randi Wågø Aas, PhD
Prosjektleder

Forskningsprosjektet Evalueringen av Raskere tilbake (RT)

Prosjektperiode: 2010-2013

Oppdragsgiver: Arbeidsdepartementet (AD)

Prosjektet utføres av: IRIS, i samarbeid med og Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitet i Stavanger (PreSender)

Prosjektleder: Randi Wågø Aas

Kvalitetssikrer: Ståle Opedal

Prosjektdeltagere: John Strupstad (D-1¹), Astrid Solberg (D-I), Lisebet Skeie Skarpaas (D2-3), Eirinn Hopland (D-2), Lise Aasen Haveraaen (D-2), John Erik Berg (D-2), Ellen Ramvi (D-2) og Randi W. Aas (D1-3).

Tjenestestudien

Tjenestestudien er en intervjubasert spørreundersøkelse overfor faglig og/eller administrativt ansvarlig for 120 raskere-tilbake tilbud. Formålet var å beskrive RT- tilbudene, det vil si hva som er det typiske RT- tilbudet, den typiske RT- mottakeren og det typiske RT- opplegget rundt hver mottaker. Datainnsamling ble gjennomført i mai 2011. Rapporten ble offentliggjort 7.12.2011 (IRIS-rapport 2011/125). Noen resultater blir presentert i sluttrapporten.

Aktørstudien

Aktørstudien er en Delphi-studie der ulike aktører med ulike roller i forhold til RT-ordningen har deltatt. Formålet med studien var å identifisere de viktigste problemstillingene og endringsbehovene i dagens behandlings- og rehabiliteringstilbud til sykmeldte i Norge. Studien ble organisert med to runder. *Runde I* besto av en kvalitativ ekspertkonferanse som ble etterfulgt av *runde II* som var designet som en kvantitativ spørreundersøkelse. Runde II bygde direkte på resultatene fra runde I. Ekspertkonferansen ble arrangert 12.04.2012 med 32 deltagere. Spørreundersøkelsen ble gjennomført høsten 2012. Resultatene fra runde I ble overlevert AD i juli 2012, og runde II 15. januar 2013 (HIOA-rapport 2013 nr 9, dvs. denne rapporten).

Individstudien

Individstudien er en multisenter kohortstudie, der ca. 50 ulike RT-tilbud finansiert fra Nav og/eller helseforetak deltok. Til sammen har cirka 900 RT- mottakere og deres behandler/tilbyder/ koordinator/team gitt informasjon om det raskere-tilbake tilbudet den enkelte har fått. Informasjon om den enkeltes sykefraværssituasjon fra registerdata fra FD-trygd ble koblet til spørreskjemadataene. Formålet var å avdekke hvilke kjennetegn ved tilbudene som kan forklare en raskere tilbakeføring til arbeidslivet. Datainnsamlingen foregikk fra 1.2. til 31.12.2012. Foreløpige resultater blir publisert i sluttrapporten fra prosjektet.

Innovasjonskartleggingen

Innovasjonskartleggingen ble gjennomført i januar 2013. Den omhandlet en kartlegging overfor alle som koordinerer RT-ordningen i Nav og helseforetak. De ble bedt om og gi konkrete eksempler på tjenesteinnovasjon som har skjedd overfor gruppen sykmeldte, inkludert beskrivelser og begrunnelser. Resultatene ble overlevert AD 3.4.13 og inngår i evalueringens sluttrapport.

1 Delprosjekt I

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
SAMMENDRAG	6
1 BAKGRUNN	17
2 MÅL	19
3 MATERIALE OG METODE	19
3.1 DESIGN	19
3.2 RUNDE I: KVALITATIV EKSPERTKONFERANSE.....	19
3.3 RUNDE II: KVANTITATIV SPØRREUNDERSØKELSE	21
4 RESULTATER	24
4.1 RESULTATER FRA RUNDE I: KVALITATIV STUDIE	24
4.1.1 <i>Oversikt over resultatene</i>	24
4.1.2 <i>Overordnet organisering</i>	26
4.1.3 <i>Om mottakere av tilbudet</i>	29
4.1.4 <i>Tilbudenes varighet</i>	31
4.1.5 <i>Samhandling og koordinering mellom aktørene</i>	32
4.1.6 <i>Henvisning til tilbudet</i>	33
4.1.7 <i>Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte</i>	34
4.1.8 <i>Tilbudets kompetanse</i>	36
4.2 RESULTATER FRA RUNDE II: KVANTITATIV STUDIE	39
4.2.1 <i>Oversikt over resultatene</i>	39
4.2.2 <i>Overordnet organisering</i>	44
4.2.3 <i>Om mottakere av tilbudet</i>	51
4.2.4 <i>Tilbudenes varighet</i>	56
4.2.5 <i>Samhandling og koordinering mellom aktørene</i>	57
4.2.6 <i>Henvisning til tilbudet</i>	60
4.2.7 <i>Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte</i>	62
4.2.8 <i>Tilbudets kompetanse</i>	66
5 DISKUSJON	72
5.1 TEMATISK DISKUSJON	72
5.2 METODISK DISKUSJON	79
REFERANSER	81
VEDLEGG	84
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER PROBLEMSTILLINGER OG ENDRINGSFORSLAG FRA RUNDE I- EKSPERTKONFERANSEN	84
VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMAET SOM BLE BRUKT I RUNDE 2	87
VEDLEGG 3: OVERSIKT OVER RESULTATER.....	99

Sammendrag

Bakgrunn

De siste tiårene har en rekke tiltak blitt iverksatt for å bidra til å tilbakeføre sykmeldte og derved redusere sykepengeutbetalingene. Ett av de viktigste tiltakene kan hevdes å være *Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte*, også kalt *Raskere tilbake*. Denne ordningen ble innført i 2007, og regjeringen har bevilget 4,36 milliarder kroner til ordningen så langt. Arbeidsdepartementet utlyste i 2010 en evaluering av ordningen. Vårt evalueringssopplegg inkluderte tre delstudier *Tjenestestudien*, *Aktørstudien* og *Individstudien*, samt en kartlegging av mulig *tjenesteinnovasjon*. Denne rapporten inneholder resultatene fra *Aktørstudien*. I alt har i overkant av 200 raskere-tilbake tilbud til en hver tid vært finansiert gjennom denne ordningen. Åtte tiltakstyper kan defineres som Raskere-tilbake tilbud (se tabell under).

De åtte raskere-tilbake tilbudene, 2007-2012

	Tilbudstype	Definisjon
Tilbud finansiert av helseforetak	Medisinsk og kirurgisk behandling*	Sykehus/private sykehus/klinikker. Ortopedisk/nevrologisk behandling, evt. radiografi. Alle har et kirurgisk tilbud.
	Rehabilitering i sykehus – somatikk*	Rehabiliteringstilbud i sykehus. Oftest polikliniske tilbud. I hovedsak ved rygg, nakke- og skuldersmerter. Sjeldnere ved ervervede hjerneskader, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring. Fokus på individuell mestring.
	Behandling og rehabilitering – psykiatri*	Sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsikiatriske sentra. Psykiske problemer og/eller rusavhengighet. Behandling / tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Oftest tilbud til personer med angst og depresjon.
	ARR i opptreningsinstitusjoner*	Private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet gis ofte til langtidssykmeldte med muskel- og skjelettplager, med sammensatt problematikk. Tverrfaglig opplegg, ofte døgnbasert. Opptrening+kognitiv tilnærming, dialog med Nav/arbeidsplass.
Tilbud finansiert av NAV	Oppfølging	Private tiltaksarrangører. Ved behov for mer formidlings- og oppfølgingsbistand enn Nav kan tilby. Finne egnede arbeidsoppgaver / arbeidsplass som ikke er prøvd, tilrettelegging av arbeidssituasjon / veiledning.
	Avklaring	Private tiltaksarrangører. Ved behov for mer avklaringsbistand enn Nav kan tilby. Vurdere om jobben kan utføres hvis arbeidssituasjonen og arbeidsoppgaver blir tilpasset, samt fokus på kompetanse/muligheter. Maks 12 uker.
	Arbeidsrettet rehabilitering	Private tiltaksarrangører. Dag/døgntilbud. Arbeidsforberedende trening/utprøving, kontakt med arbeidslivet, opptrening, opplæring, motivasjon, sosial mestring, livsstilsveiledning. Maks 12 uker.
	Behandling, lettere psykiske /sammensatte lidelser	Private tiltaksarrangører. Behandling av helsepersonell. Ved lettere psykiske eller sammensatte lidelser med arbeidsforhold å gå tilbake til, enten som arbeidstaker/næringsdrivene. Maks 18 uker + for friskmeldte inntil 18 uker til.

* Disse tilbudsbeskrivelsene ble identifisert i Tjenestestudien i denne evalueringen (Aas, Solberg og Strupstad, 2011).

Søken etter beste praksis innen tilbud til sykmeldte står høyt på agendaen internasjonalt. Skreddersydde og koordinerte programmer som integrerer kliniske og arbeidsrettede tiltak godt, og som trykker den langtidssykmeldte har vist god effekt på tilbakeføring. Derimot har studier som har som formål å holde folk friske vært vanskelig å finne slike effekter av. En forklaring kan være at det er en liten gruppe sykmeldte som står for det aller meste av sykefraværet. For eksempel viste en studie fra Norge at kun 10 prosent av de sykmeldte sto for 82 prosent av sykefraværet. Det er derfor nødvendig å finne måter å redusere denne gruppens sykefravær på. Denne evalueringens første delstudie, Tjenestestudien avdekket at nettopp langtidssykmeldte over 8 uker er hovedmålgruppen for Raskere-tilbake tilbudene. Cirka 7 av 10 av deres brukere har vært sykmeldt så lenge. Disse tilbudene har derved hatt fokus på gruppen som står for brorparten av fraværstidene.

Den første evalueringen som ble utført av NSF viste at ventetiden til medisinsk behandling/kirurgi er forkortet, slik at sykmeldte får raskere tilgang. Imidlertid er det ikke kjent hvilke problemstillinger og endringer aktørene nå mener er viktige å ta tak i for å forbedre tilbudet. Det er derved av interesse å sette fokus på hvilke erfaringer aktørene har gjort seg etter fem år med en slik ordning, spesielt med tanke på hva som nå kan gjøres for ytterligere å strømlinjeutforme og videreutvikle tilbudet.

Mål

Målet med denne studien har vært:

- å identifisere blant en gruppe eksperter hvilke *problemstillinger* og *endringsbehov* som erfares i tilbudet til sykmeldte generelt og spesielt med tanke på tilbud finansiert gjennom ordningen Raskere tilbake (Runde I).
- å undersøke i hvilken grad det er konsensus/enighet om disse *problemstillingene* og *endringsforslagene* blant en større gruppe aktører på oppfølging av sykmeldte (Runde II).

Metode

Studien ble designet som en delphi-studie, med to runder, et gruppeintervju først og så en spørreundersøkelse. Formålet med denne forskningsmetoden er å identifisere eksperters kunnskap om et tema, for deretter, i neste fase å vurdere i hvilken grad det eksisterer konsensus om det som kommer frem. Designet innebærer metode-triangulering, først gjennom en kvalitativ og så en kvantitativ runde.

Runde I: Det ble gjennomført et eksplorerende induktivt gruppeintervju. Det ble ledet av en moderator som sikret at deltagerne ikke ble styrt i noen retning i forhold til hva en snakket om. I alt 32 eksperter på sykefraværsoppfølging var til stede. De hadde ulike roller, enten som deltagere, observatører eller forskere. *Deltagerne* representerte brukerorganisasjoner (n=2), arbeidsgivere fra privat og offentlig sektor (n=2), henvisere fra Nav-kontor (n=1) og fastlegetjenesten (n=1), raskere-tilbake tilbud med finansiering fra enten Nav, helseforetak eller begge (n=4), Navs Arbeidslivssenter (n=1), koordinatører/ prosjektledere for Raskere-tilbake ordningen (Nav n=2, helseforetak n=4) og bedriftshelsetjenestepersonell (n=1). *Observatørene* var representanter fra

departement² og direktorat (n=7) og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner (n=3). Fire *forskere* var til stede.

Deltagerne representerte følgende profesjonsgrupper: Medisin/helsefag (n=8), sosialfag (n=2), pedagogikk (n=2), samfunnsfag (n=3), administrative fag (n=2) og for en var profesjonen ukjent (n=1). Deltagerne hadde i gjennomsnitt 4,2 års erfaring (min.-maks 2-5 år, SD 1,1 år) med Raskere- tilbake ordningen, det vil si at de aller fleste hadde deltatt siden ordningen ble innført. I gjennomsnitt hadde de 11,4 års erfaring med å jobbe med sykmeldte (min.-maks.1-37 år, SD 12 år).

Intervjuet var todelt. Først ble alle bedt om å skrive ned de tre viktigste endringsbehovene de erfarte i tilbudet til sykmeldte på gule lapper, ut fra erfaringer med dagens opplegg. Flere hadde med innspill fra hele miljøet de representerte. Deretter ble det gjennomført et gruppeintervju som ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett til tekst. For å identifisere hva problemstillingene og endringsbehovene omhandlet, ble begge former for tekstlig materiale analysert ved hjelp av en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse. Denne analysen ble gjennomført av to forskere.

Runde II: Det ble det laget et *spørreskjema* som var direkte bygd på resultatene fra runde I. Problemstillingene og endringsforslagene fra gruppeintervjuet ble altså omformulert til 93 entydige påstander (se vedlegg 2). Respondentene ble spurt om i hvilken grad de var enige/uenige i påstandene. Hvis de var både enig og uenig eller hverken enig eller uenig, skulle de svare nøytral. Hvis de ikke hadde nok kunnskap, skulle de svare «vet ikke». Basert på vanlige mål ble det tolket som konsensus når 70 prosent eller mer var enige/uenige i påstanden. Rekrutteringen av informanter foregikk via «snøball-sampling», der aktørene ble oppfordret til å spre undersøkelsen i sitt nettverk.

I alt 609 personer besvarte undersøkelsen. De som svarte hadde 8,6 års erfaring innen dette området (min-maks 0-40 år, SD 7,7 år). Respondentene var derved bærere av til sammen 5237 års relevant erfaring. De tre største gruppene som svarte var/hadde vært tilknyttet et Raskere-tilbake tilbud, dvs. at de hadde jobbet eller jobbet i et tilbud (n=212), arbeidsgiverrepresentanter (n=185) eller arbeidstakerrepresentanter (n=84). Av profesjonsbakgrunn var helseprofesjonene størst (n=265), deretter kom cirka to like store grupper; de med administrativ / ledelse / økonomisk bakgrunn (n=135) og de med pedagogisk eller sosial-/samfunnsfaglig bakgrunn (n=134). Det ble videre i analysen laget ulike undergrupper for å vite hvordan hver enkelt gruppe svarte, blant annet ut fra profesjoners og rolle. I tillegg ble også litt større grupper analysert separat, som «Nav-folk» (n=210) og «helseforetaksfolk» (n=155), og de «tilknyttet raskere-tilbud tilbud» (n=212) versus «alle andre» (n=397). Konsensus blant de ulike aktørene ble undersøkt gjennom deskriptive statistiske analyser i SPSS v. 20.0, av samlet gruppe respondenter og undergruppene.

Etikk: Studien var ikke fremleggingspliktig for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Det ble gitt skriftlig informasjon om hensikten med studien i invitasjonsbrevet til deltagerne. En positiv respons på invitasjonen ble sett som et samtykke til å delta. Det ble gitt muntlig informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp

2 Representantene fra Arbeidsdepartementet, dvs. oppdragsgiver forholdt seg passivt som observatør for å unngå sammenblanding av roller. De deltok derved heller ikke i spørreundersøkelsen i runde II.

på bånd. Resultater for grupper under 5 deltagere ble fjernet for å unngå identifisering av hva den enkelte svarte.

Resultater

Det ble identifisert 218 meningsbærende enheter i runde I som omhandlet ulike problemstillinger og endringsforslag; 84 fra de gule lappene og 134 fra intervjuet. Informantens innspill handlet om syv tema, der det mest omtalte er presentert øverst;

Tema I	Overordnet organisering av ordningen Raskere-tilbake (N=74, 42/58 ³)
Tema II	Mottakerne av tilbudet (N=39, 23/77)
Tema III	Tilbudets kompetanse (N=31, 42/58)
Tema IV	Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte (N=28, 43/57)
Tema V	Samhandling og koordinering (N=24, 50/50)
Tema VI	Tilbudenes varighet (N=12, 42/58)
Tema VII	Henvisning til tilbudet (N=10, 20/80)

Ut fra disse 218 meningsenhetene ble det i runde II undersøkt grad av enighet/konsensus blant aktørene for 93 ulike påstander. Samlet sett blant alle som svarte var det konsensus for 28 av de 93 påstandene. Tolv av disse handlet om hvilke tilbudstyper som bør fortsette (tema I- overordnet organisering), og hvilke målgrupper som bør få dette tilbudet (Tema II- mottakere av tilbudene). Disse resultatene er presentert under hvert enkelt tema. De resterende 16 påstandene det var konsensus om gis det en oversikt over her.

#. Påstand (% enig / % uenig)

- Raskere-tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent (90% enig/2% uenig)
 - Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene (90/3)
 - Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav (85/5)
 - Raskere-tilbake tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring (82/5)
 - Jeg har erfart at raskere-tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet (80/9)
 - De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater (80/11)
 - At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene (77/11)
 - Det bør stilles krav til at raskere-tilbake tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for en enkelte sykmeldte (77/12)
 - Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i raskere-tilbake ordningen (76/7)
 - Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere-tilbake tilbud (76/5)
 - Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser (76/13)
 - Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidssykefravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud (73/8)
-

3 Antallet meningsenheter innen dette temaet var 74. Det ble indentifisert 31 meningsenheter om dette temaet i de gule lappene = 42 prosent, og 43 i det nedskrevne intervjuet = 58 prosent. Totalt var det 84 meningsenheter fra gule lapper=39% og 134 fra intervjuet=61%.

-
- Raskere-tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten og ikke prosjekter som i dag (73/21)
 - Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene (71/6)
 - Raskere-tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt (71/18)
 - Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud (71/20)
-

Det var innen temaområdet *tilbudenes kompetanse* at det var konsensus for størst andel av påstandene, der i alt 8 påstander oppnådde konsensus. Innen temaene *henvisning til tilbudet* og *tilbudenes fokus og tilnæringsmåte* var det ingen av påstandene som oppnådde konsensus, når alle informantene ble analysert under ett.

Under vil vi gjennomgå resultatene fra hvert enkelt av de syv temaene:

Tema I - Overordnet organisering: Det temaet som ble aller mest fokusert på i gruppeintervjuet var den overordnede organiseringen av tilbudet til sykmeldte. Alle resultatene finnes under tema 4, i vedlegg 3 av denne rapporten.

Det ble hevdet i gruppeintervjuet at Raskere-tilbake ordningen er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. Dette var det imidlertid ikke konsensus om i spørreundersøkelsen. En overvekt av de som svarte var tvert imot uenige i at denne ordningen mangler tydelige mål. Det var noen som mente at det må utvikles tydeligere krav til de som mottar penger for å drive tilbud, og dette ble bekreftet gjennom konsensus i samlet respondentgruppe i spørreundersøkelsen. Det ble sagt at det finnes overlapping mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetakene og Nav. Selv om det var en stor andel som var enige i dette, var det bare koordinatorene i Nav som oppnådde konsensus. Hele 83 prosent av de som koordinerer Raskere-tilbake tilbudet i Nav opplever overlapping. Videre ble Navs behandlingstilbud beskrevet som problematisk. En av konsekvensene som ble nevnt var at det er en fare for at sykmeldte blir overbehandlet. Dette var det heller ikke konsensus for i spørreundersøkelsen. Blant psykologene og sosionomene ble det imidlertid oppnådd konsensus om at de var *uenige i* at det finnes en fare for overbehandling.

Forslag til endringer i runde I handlet blant annet om Raskere-tilbake ordningens fremtid. Det kom frem forslag om at ordningen burde fortsette da den har generert mye positivt, men også meninger om at ordningen ikke hadde noen betydning for sykefraværshnivået. I spørreundersøkelsen var det bred konsensus for at ordningen må fortsette. Videre kom det frem synspunkter om at det burde utvikles en raskere-tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to. Dette ble det tilnærmet samlet konsensus for (68% enig/21% uenig). En rekke undergrupper oppnådde konsensus for en felles ordning. Noen mente at raskere-tilbake tilbudene i Nav bør fases ut, og kun videreføres i helseforetakene, da som ordinære tilbud. I spørreundersøkelsen fordelte svarene seg jevnt på «enig», «nøytral» og «uenig», og ingen undergrupper oppnådde konsensus for eller imot dette.

De åtte raskere-tilbake tilbudene som finnes i dag (se s. 6) ble det også votert over. Alle helseforetakenes tilbud oppnådde konsensus i samlet gruppe for at det bør fortsette, samt at tilbudet Arbeidsrettet rehabilitering i Nav også oppnådde konsensus. De andre tilbudene gjennom Nav oppnådde ikke konsensus når alle respondenter svarte samlet sett. Bildet var imidlertid mer nyansert i flere undergrupper.

Det ble sagt at antallet tiltak og tilbud bør reduseres, og at tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. Det ble ikke konsensus for reduksjon av tilbud i

spørreundersøkelsen, men nesten konsensus samlet sett (68% enig/18% uenig) for at tilbudene bør bli mer like i hele landet (strømlinjeutforming). Mange undergrupper oppnådde imidlertid konsensus for dette.

Lokaliseringen av tilbudene ble også tatt opp, og det ble ytret at mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og Nav. Et stort flertall var enig i dette uten at det ble oppnådd konsensus samlet sett (64% enig, 18% uenig). Mange undergrupper oppnådde konsensus for dette; henvisere til tilbud i Nav og helseforetak, koordinatorene fra Nav, bedriftshelsepersonell, og profesjonene fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, pedagoger og sosionomer. Arbeidsgiverne var også stort sett enige i dette (68% enig/20% uenig). Flere av de som driver tilbud, spesielt for Nav, men også de som driver medisinsk og kirurgisk behandling for helseforetakene oppnådde konsensus for en mer lokal forankring av tilbudene.

Det kom også frem forslag om en enkel lavterskel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, gjennom å etablere kommunale/ interkommunale Raskere-tilbake sentra. Det ble ikke samlet konsensus for dette forslaget.

Tema II - Mottakerne av tilbudet: Et hyppig tema i runde I handlet om mottakerne av tilbudene. Alle resultatene finnes under tema 5, i vedlegg 3 av denne rapporten.

Det ble hevdet at mottakerne av Raskere tilbake har vært for lenge sykmeldt når de henvises, men det ble ikke samlet konsensus om dette i spørreundersøkelsen selv om 65 prosent var enige blant alle som svarte, og kun 20 prosent var uenige.

Det kom videre frem synspunkter i gruppeintervjuet om at det skapes et feil fokus i tilbudene til sykmeldte når reell grunn for sykefraværet ikke beskrives, samt at dette bidrar til oftere bruk av psykiske diagnoser. Eksemplene som ble gitt på *reelle grunner* til sykefravær var arbeidskonflikter, mediepress, mistriivsel, samt livskriser knyttet til sorg, skilsmisse, økte omsorgsoppgaver etc. Det ble sagt at legen bør kunne sykmelde for reell årsak. Disse to påstandene ble det bred enighet om i spørreundersøkelsen, inkludert blant legene. Kun hver 10. informant var uenig i dette. Den alternative løsningen, der arbeidsplassen overtar mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver vant imidlertid ikke særlig tilslutning (49% var enige, 31% uenige).

Det ble hevdet at sykmeldte må prioriteres og at dette må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften, men dette oppnådde konsensus kun i enkelte undergrupper. Samlet sett var 61 prosent enige i dette. For gruppen med kreftsykdom ble det foreslått at Raskere-tilbake ordningen må utvides til å gjelde også de som er på arbeidsavklaringspenger. Dette oppnådde ikke konsensus i samlet gruppe i spørreundersøkelsen, men en rekke undergrupper og særlig arbeidsplassaktørene var enige i dette.

Det var ulike meninger om hvem som bør prioriteres fremover, men det var stor enighet om hvem som bør være hovedmålgruppene for et slikt tilbud. Det ble oppnådd konsensus i samlet gruppe for at tilbudet fremover må fokuseres på de med *muskel- og skjelettplager* og *lettere psykiske lidelser*. I gruppeintervjuet ble det videre sagt at de som bør få tilbudet er de som er identifisert som risikogrupper for utstøting i forskningslitteraturen, det vil si de med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status. Dette ble ikke støttet i spørreundersøkelsen, hvor det var 44 prosent som var *uenige* i forslaget og 23 prosent som var enige.

I spørreundersøkelsen ble det også undersøkt hvilke målgrupper som bør få Raskere-tilbake tilbud i fremtiden mht. fraværstatus. Det var konsensus samlet sett for at de som

står i fare for å bli sykmeldt, sykmeldte fra 4-8 uker og langtidssykmeldte fra 8 uker til 12 måneder bør få tilbudet. For sykmeldte fra 0-4 uker var det ikke konsensus for at de burde omfattes av denne ordningen, men konsensus i noen undergrupper. For personer på uføretrygd var det konsensus blant enkelte undergrupper for at de uføre *ikke bør bli omfattet* av dette tilbudet.

Tema III - Tilbudenes kompetanse: Det tredje hyppigst nevnte temaet fra runde I handlet om kompetanse. Alle resultatene finnes under tema 7, i vedlegg 3 av denne rapporten.

Det kom frem synspunkter om at Raskere-tilbake ordningen er for lite kjent blant en rekke sentrale aktører. I spørreundersøkelsen oppnådde dette konsensus samlet og i alle undergrupper, bortsett fra blant legene som var mer uenige enn enige i dette. Det ble videre hevdet at det er relasjonen en utvikler mellom tilbyder og sykmeldt som er viktigst, ikke profesjonsbakgrunnen. Dette ble ikke støttet i spørreundersøkelsen.

Innen dette temaet kom det frem mange ulike endringsforslag i gruppeintervjuet som det var konsensus om (se oversikt i begynnelsen av resultatkapittelet).

Noen i gruppeintervjuet mente at fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt, og at dette ikke er et tilbud som spesialisthelsetjenesten bør drive med. Dette var nesten halvparten i spørreundersøkelsen *uenige* i, og psykologene oppnådde konsensus om at de var uenige i påstanden. Et forslag handlet om tilgangen til forskning, og at tilbudene trenger kunnskap om hva studier har vist om effekt på tilbakeføring. Noen mente at forskningsbasert kunnskap om hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uførhet bør brukes mer aktivt når tilbudene skal strømlinjeutformes fremover. Begge disse forslagene fikk bred støtte og oppnådde samlet konsensus i spørreundersøkelsen. I den kvalitative studien kom det frem uenighet om Raskere-tilbake har effekt på sykefraværet. Videre hadde 80 prosent av informantene opplevd i praksis at tilbudet har hatt effekt. Det ble også nevnt at en savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene, men i runde to var det bare fysioterapeutene, tilbudet «ARR i opptreningsinstitusjon», koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav og tilbudene «Oppfølging» og «Avklaring» i Nav som oppnådde konsensus for dette.

Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte: Et tema som mange var opptatt av i runde I handlet om tilbudenes fokus og tilnæringsmåte. Alle resultatene finnes under tema 1, i vedlegg 3 av denne rapporten.

En i gruppeintervjuet sa det slik: «Så det har vært fryktelig positivt, og det er litt synd hvis vi nå skal ta ned alt sammen fordi sykefraværet ikke har latt seg påvirke i veldig stor grad, for jeg tror det er håp om at det kan komme hvis man får enda mer tid til å skjønne det med hva sykefravær faktisk handler om. Og med en gang man begynner å stille spørsmål om det, og får tak i hva det er, så ser man og mye videre på sykefraværproblematikken enn til dette symptomet. For det har vært altfor lenge sånn at vi har så høyt fokus på symptomet, at folk til slutt blir jo det symptomet og ikke noe annet. Og det er veldig trist». Det ble altså sagt at tilbudet til sykmeldte i dag er for preget av diagnose- og symptomteknisk, symptombehandling og medikalisering. I spørreundersøkelsen var det ikke konsensus verken for eller mot noen av disse påstandene samlet sett. Enkelte undergrupper; psykologene, de som driver raskere-tilbake tilbud både i Nav og i RHF, samt hos koordinatorene for Raskere-tilbake i helseforetakene, oppnådde konsensus om at de var *uenige* i dette.

Andre var opptatt av at tilbudet i dag er for lite rettet mot å være på jobb på tross av helseplager, at tilbudet er for fragmentert, lite helhetlig og samtidig, og for lite brukerrettet, individrettet og skreddersydd. Det ble heller ikke samlet konsensus i

spørreundersøkelsen for noen av disse påstandene, men enkelte grupper oppnådde konsensus for at de var enten enige eller uenige. Endringsforslaget om at det kreves et skifte i hvordan tilbudet til sykmeldte skal være utformet ble diskutert. Det ble sagt at dette nye paradigmet krever at vi jobber ut fra «diagnosen» sykmeldt: «... jeg har prøvd å friskmelde folk i 30 år og det er utgangspunktet mitt. Fordi jeg tenker at når vi jobber med sykefravær, for det er egentlig det vi gjør i Raskere- tilbake ordningen, så er det det som er diagnosen, det er ikke sykdommen. Så det å kalle det behandling, det blir for meg feil.» I spørreundersøkelsen var det kun arbeidsgiverne og arbeidstakerne som oppnådde konsensus om at det var behov for et paradigme-skifte innen dette fagområdet.

Tema IV: Koordinering og samhandling: Et tema som flere tok opp i runde I var koordinering og samhandling. Dette gjaldt også i den skriftlige delen av gruppeintervjuet. Alle resultatene finnes under tema 6, i vedlegg 3 av denne rapporten. Det ble hevdet at samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav ofte er basert på tilfeldigheter og bekjentskap, og at det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt et tiltak fra Nav. I spørreundersøkelsen av studien ble det ikke konsensus for denne påstanden. Det ble formidlet at Raskere-tilbake ordningen har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger, og at det dermed er viktig at ordningen ikke legges ned. I spørreundersøkelsen oppnådde ikke denne påstanden konsensus. Det ble også nevnt at det er problematisk at en instans gjør arbeidsevnevurderingene, og en annen forvaltningsgruppe i Nav skal følge det opp. Dette gjør at en ikke kan nyttiggjøre seg kunnskap fullt ut som er ervervet gjennom kartleggingen. I spørreundersøkelsen ble det oppnådd tilnærmet konsensus for dette (66 % var enige).

Forslag om at det bør stilles krav til at alle aktører skal samhandle med arbeidsplassen, inkludert bedriftshelsetjenesten når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte ble tatt opp. Disse forslagene oppnådde konsensus hos alle i samlet gruppe, og i en rekke undergrupper. Særlig gjaldt dette arbeidsplassaktørene i spørreundersøkelsen, der over 80 prosent var enige i påstanden. Krav til samhandling med arbeidsplassen fikk også konsensus i samlet gruppe av respondenter. Andre forslag handlet om at det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav, og dette ble det bred konsensus for i spørreundersøkelsen. Videre forslag kom om at det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte, som har kompetanse på tvers av tradisjonelle medisinske spesialiteter, men dette oppnådde kun konsensus i enkelte undergrupper i spørreundersøkelsen. Det ble også foreslått at hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator, som syr sammen tilbudet mellom arbeidsplassen, helsetjenesten og Nav. I spørreundersøkelsen fikk dette særlig konsensus i undergruppene tilknyttet arbeidsplassen, men ikke i samlet gruppe respondenter.

Tema VI: Varigheten av tilbud: Et tema i runde I handlet om varigheten på avtaler om å drive raskere-tilbake tilbud. Alle resultatene finnes under tema 2, i vedlegg 3 av denne rapporten. Det forslaget som vant tilslutning var at de beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud, og at dette må skje ut fra dokumenterte resultater. Det var bred enighet blant aktørene om dette.

De andre forslagene til hva som skal bestemme varigheten og hvor lenge den skal være oppnådde ikke konsensus, for eksempel at tilbudene bør følge IA-avtalens varighet. I gruppeintervjuet ble det hevdet at igangsatte tilbud må vare lengre enn i dag og minst 3 år. I spørreundersøkelsen fordelte svarene seg likt mellom enig, nøytral og uenig til denne påstanden. I spørreundersøkelsen oppnådde ingen av de foreslåtte faste varighetene heller konsensus, men både forslagene med kortest (1-2 år) og lengst

varighet (5-6 og 7-8 år) fikk konsensus hos henvisere og koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav om at de var *uenige* i dette.

Tema VII: Henvisning til tilbudene: Et tema som først og fremst kom frem i det muntlige intervjuet i runde I handlet om henvisning til tilbudene. Alle resultatene finnes under tema 3, i vedlegg 3 av denne rapporten.

Det ble hevdet at fastlegen mangler kunnskap om Raskere-tilbake tilbudet, og at det er svært vanskelig og nå frem med informasjon. Det ble oppnådd tilnærmet konsensus om dette i samlet gruppe, og spesielt var arbeidsplassaktørene, koordinatorene i Nav og bedriftshelsepersonell enige i dette. Det ble også sagt at prosjektorganiseringen i Raskere-tilbake ordningen reduserer tiltroen og motivasjonen hos fastlegen, fordi tilbudene forventes å forsvinne raskt igjen. I spørreundersøkelsen ble det ikke samlet konsensus for dette, men noen av undergruppene oppnådde konsensus om at de var enige i dette. Videre ble det hevdet at fastlegene kvier seg for å bruke Raskere-tilbake ordningen da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften som ikke tillater en prioritering av sykmeldte. Dette ble det ikke konsensus for og svarene fordelte seg cirka likt på svaralternativene «enig», «nøytral» og «uenig» i samlet respondentgruppe. Det ble fremmet forslag om at fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen, men dette oppnådde ikke samlet konsensus i respondentgruppen i spørreundersøkelsen.

Andre tema som kom frem i gruppeintervjuet handlet om Nav som henviser. Det ble sagt at det ikke er hensiktsmessig, og at det mangler kvalitetssikring, når Nav henviser til spesialister og generer undersøkelser og behandling, en oppgave fastlegen normalt ivaretar. I spørreundersøkelsen var det ikke konsensus for dette, men om lag halvparten av respondentene var enige.

Metodiske svakheter

Delphi-metoden er egnet til å generere mange problemstillinger som en i senere runder kan votere over. Det hadde vært ønskelig å ha flere gruppeintervjuer og flere runder med spørreundersøkelser. Flere slike konferanser med andre deltagere ville kunne generere nye problemstillinger og endringsforslag. Dette forhindrer imidlertid ikke at de temaene som kom opp oppleves relevante for noen i dette fagfeltet, og det er kun disse vi har resultater om. Samtidig ville det med flere påstander blitt mer utfordrende å gjennomføre spørreundersøkelsen, da spørreskjemaet allerede var stort nok. Dette gruppeintervjuet genererte også flere problemstillinger og endringsforslag enn vi forventet på forhånd. Ved å kunne gjennomføre flere runder med spørreskjemaer ville vi kunne gått videre og be respondentene votere over hvilke av endringsforslagene og problemstillingene de mente var *viktigst* å gjøre noe med nå. Resultatene kan derved bli lettere å konkludere ut fra. Rapporten bør derved leses med det for øyet at dette ikke nødvendigvis er en utfyllende liste med problemstillinger og endringsforslag innen dette fagfeltet. Men, i spørreundersøkelsen spurte vi 609 aktører om de savnet vesentlige problemstillinger og endringsforslag. Noen svarte på dette, men det var stort sett de samme temaene som gikk igjen. De økonomiske rammene i dette prosjektet tillot ikke flere konferanser og flere spørreskjemaer. De andre svakhetene ved studien er mer generelle svakheter som vi finner i de fleste forskningsstudier som baserer seg på subjektiv rapportering. Det handler om i hvilken grad svarene som informantene gir er gyldige, hvilke forutsetninger de har for å svare, og hva som er motivene deres for å svare slik de gjør. For eksempel har aktørene som har deltatt i denne studien en rekke ulike roller og motiver som omhandler deres egeninteresser i dette feltet. Slike egeninteresser kan være makt, penger, stillingstrygghet, profesjonsinteresser etc. I selve

spørreskjemaet påpekte vi at hvis de ikke hadde kunnskap om et tema skulle de svare «vet ikke». Vi har også forsøkt å tilrettelegge analysene slik at det skal være mulig for leseren å gjøre sine egne vurderinger, ved å presentere mest mulig av resultatene i ulike undergrupper.

Konklusjon

Målet med studien var å identifisere problemstillinger og endringsforslag i tilbudet til sykmeldte generelt og spesielt med tanke på Raskere-tilbake ordningen. Det ble derved ikke spurt om hva som fungerer godt innenfor dette feltet. Denne studien viser at aktørene har *mange* synspunkter om dette fagområdet og spesielt om den *overordnede organiseringen* av tilbudet, men også at aktørene har mange *ulike* synspunkter om fagområdet. Det eksisterer en klar oppfatning blant aktørene om at satsningen på tilbud til sykmeldte har bidratt positivt og bør videreføres. Men, en satsning fra to ulike etater, velferdsetaten og helseetaten krever modeller for tettere samarbeid og samhandling mellom disse.

Raskere-tilbake tilbudene bør bli permanente, få tydeligere krav rettet mot seg, være dokumentert effektive og må samhandle mer med arbeidsplassen. Kompetanse om et inkluderende arbeidsliv må spres, tilbudene må gjøres mer kjent, kunnskap fra forskning bør gjøres mer tilgjengelig, brukerkompetanse bør vektlegges mer og det må skje mer utveksling av kunnskap mellom tilbudene.

Studien avdekket også manglende konsensus om betydningen av en lokal koordinator. Dette kan synes å være motstridene til internasjonal forskning og praksisutvikling på området, der nettopp en koordinator som syr sammen tilbudet mellom arbeidsplass, Nav og helsetjenesten er noe av det mest veldokumenterte kjennetegnet ved et effektivt rehabiliteringstilbud til sykmeldte.

Resultatene rundt tilbudene fokus og tilnæringsmåte spriker i denne studien. Det er helt klart at dette feltet har gjennomgått et betydelig paradigme-skifte internasjonalt. Dette bør det jobbes videre med da det er usikkert i hvilken grad det rådende paradigmet for tilbud til sykmeldte er implementert i Norge. I tillegg avdekket denne studien at misvisende sykmeldingsdiagnoser skaper lett feil fokus i tilbudene. Om løsningen er at legene bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle arbeidskonflikter, sorg, skilsmisse etc. for psykiske lidelser bør debatteres nærmere. Dette bør ses i lys av utviklingsprosjektene som pågår i Norge, der arbeidsgiver stadig får mer ansvar for sykmeldinger og oppfølging, med utvidet bruk av egenmelding.

Satsningen på tilbud til sykmeldte har i de fem årene det har eksistert generert mange ulike tilbud og et stort engasjement om hva som er det beste tilbudet til sykmeldte. Gruppen sykmeldte vil ikke forsvinne selv om ordningen skulle forsvinne. Det synes derfor nå viktig å bygge videre på det som fungerer godt i dagens tilbud. Denne studiens hovedfunn viser at de største utfordringene fremover er å finne modeller for samhandling mellom de tre hovedaktørene arbeidsplassen, Nav og helsetjenesten, styrke kravene til tilbudene, samt utvikle og iverksette strategier for bruken av kunnskap innen fagområdet.

1 BAKGRUNN

Det siste tiåret har en rekke ulike tiltak blitt implementert for å bidra til å tilbakeføre sykmeldte raskere til arbeidslivet [1, 2]. Ett av disse tiltakene ble kalt Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, og er også kjent under betegnelsen Raskere-tilbake ordningen.

Raskere-tilbake ordningen ble iverksatt som en oppfølger til Stoltenbergs sykefraværsutvalg høsten 2006, der partnerne i Avtalen for et inkluderende arbeidsliv (IA) definerte tiltak som skulle redusere sykefraværet i Norge. To hovedsatsninger i Raskere tilbake hadde to ulike mål; å redusere ventetiden for behandling innen de regionale helseforetakene, samt å bidra til en raskere tilbakeføring for sykmeldte arbeidstakere. Dette skulle gi mer arbeidsrettet rehabiliteringstilbud, samt redusere varigheten av sykmeldinger og derved sykepengeutbetalingene. Cirka to tredjedeler av den økonomiske rammen er blitt overført til spesialisthelsetjenesten, og en tredjedel til Nav. Bevilgningen siden oppstarten av programmet i 2007 og til og med 2012 har totalt vært på 4,360 milliarder kroner. Ordningen har bidratt til at det er igangsatt et stort spekter av prosjekter og tilbud.

Ordningen er organisert ulikt om den foregår gjennom spesialisthelsetjenesten eller Nav. I Nav gis fire ulike typer tiltak; Avklaring, Oppfølging, Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) (dag/døgn) og behandling av lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser. En kartlegging av 120 raskere-tilbake tilbud identifiserte at *helseforetakenes* raskere-tilbake tilbud består av fire ulike typer tiltak; medisinsk behandling og kirurgi, rehabilitering i sykehus – somatikk, behandling og rehabilitering – psykiatri og ARR i opptreningsinstitusjon [3]. I løpet av det første året av ordningen inngikk Nav kontrakter med 62 private tjenesteaktører, og noen av disse tiltaksleverandørene har også inngått avtaler med spesialisthelsetjenesten. I *spesialisthelsetjenesten* er midlene organisert gjennom Raskere-tilbake kontor som koordinerer ordningen. I løpet av de 16 første månedene ble hele 160 ulike raskere tilbake prosjekt organisert [4]. Videre ble det inngått avtaler med rundt 30 rehabiliteringsinstitusjoner.

Raskere-tilbake ordningens første fase ble evaluert av Samfunns- og næringslivsforskning gjennom en intervjubasert studie om implementeringsprosessen (n=64 tilretteleggere (henvisere), meklere og utførere i Nav og spesialisthelsetjenesten) [5], en brukerundersøkelse om erfaringer med tilbudet (n=53 mottakere av Raskere tilbake) [6] samt en registerbasert evaluering av effekten på tilbakeføring og kost-nytte av tilbudet som ble gjennomført i 2008 opp mot matchede kontrollgrupper utenfor tiltaket [4]. Evalueringene som fant sted i 2008 viste at ordningen ble raskere implementert og tatt i bruk i helseforetakene enn i Nav, fordi Nav i større grad opplevde dette som nye tiltak det krevdes annen kompetanse for å drive. Både *implementeringsstudien* og *brukerundersøkelsen* [5, 6] viste at kunnskapsspredningen og informasjonsformidlingen ikke hadde vært rask og treffsikker nok. Både Nav-systemet og fastlegene så ut til ikke å være godt nok informert. Brukerne hadde gjort seg positive erfaringer med ordningen, selv om det varierte om de opplevde ordningen som medvirkende til å komme tilbake i arbeid [6]. Evalueringen viste i tillegg at tilbudet synes å være for dårlig koordinert [5]. Det er underveis iverksatt ulike tiltak på bakgrunn av evalueringer og erfaringer med sikte på å forbedre ordningen. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i 2008 vedtok Stortinget å styrke en rekke tiltak for å gjøre ordningen mer kjent og sikre en bedre oppfølging, blant annet etablering av fylkesvise prosjektkoordinatører i Nav og forsøk med metodeutvikling innen arbeidsrettet rehabilitering for en utvidet målgruppe.

Effektstudien [4] ga kun konklusjoner for kirurgi og medisinsk behandling i helseforetakene. Det ble avdekket tiltakseffekter for kirurgisk og medisinsk behandling samlet, med 4,3 dager kortere sykepengeperioder sammenlignet med de som mottok slik behandling gjennom det ordinære behandlingstilbudet ved sykehusene. Effekten var spesielt sterk for kirurgiske tilbud. For de som mottok kirurgisk tilbud var sykefraværet gjennomsnittlig redusert med 14 dager sammenlignet med den matchede kontrollgruppen. Effektens drivkraft var redusert ventetid (18 dager samlet sett for kirurgi og medisinsk behandling), og derved ikke behandlingen i seg selv. Evalueringen inneholdt på grunn av metodiske og empiriske begrensninger ikke effektanalyser av tilbudene innen psykiatri, arbeidsrettet rehabilitering og heller ikke Navs raskere-tilbake tilbud. Kost-nytte analysen viste at reduksjonen i sykefravær var for liten til å gi en signifikant samfunnsøkonomisk gevinst (her synes ventelisteeffekten ikke å være tatt med).

En av delstudiene i den pågående evalueringen av Raskere-tilbake ordningen, viste at det på en rekke områder er betydelig variasjon mellom enkelttilbud, mellom tilbudstypene og ut fra hvor tilbudene er geografisk plassert. Det som synes å være mest likt mellom tilbudene i Nav og helseforetakene, er at begge har en overvekt av helseprofesjonskompetanse i tilbudene. Tilbudene praktiserer brukermedvirkning, skreddersøm og definerer felles mål for opplegget. Å opprette en fast koordinator som syr tilbudene sammen, å samhandle med eksterne aktører, å gjennomføre arbeidsplassvurderinger og følge opp etter endt tilbud synes å være mangelfullt utviklet i mange tilbud [3].

Også enkelttilbud som er finansiert gjennom Raskere tilbake er evaluert, blant annet prosjektet *Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade* som ble startet opp som et nytt dagtilbud ved Sykehuset Innlandet i 2008. Evalueringen (2010-2011) viste at en stadig økende gruppe pasienter fikk tilbudet kortere tid etter sykdom/skade. De hadde derved ikke vært sykmeldt så lenge ved tilbudsstart. Dette syntes å påvirke tilbakeføringshastigheten i positiv retning [7]. Pasientene som fikk raskere-tilbake tilbudet hadde ofte komplekse problemstillinger og høy grad av komorbiditet (ulike helseproblemer som opptrer sammen). Evalueringen viste videre at de som mottok tilbudet opplevde moderate positive endringer i livskvalitet i løpet av tilbudet [8].

Det er mange ulike aktører involvert i Raskere-tilbake ordningen; arbeidsgivere, sykmeldte, fastleger, tilbudenes aktører, koordinatorene og prosjektledere for ordningen, politiske aktører som styrer rammene, bedriftshelsepersonell med flere. Området er komplekst med mange arenaer og aktører, og er derved krevende og få oversikt over [9]. Noen av aktørene har erfaring med og interesse i organiseringen av tilbudet på systemnivå, mens andre aktører er involvert i oppfølging av den enkelte sykmeldte på individnivå. For å oppnå målet for Raskere-tilbake ordningen som er å redusere sykefraværet og dermed utbetaling av sykepenger, er det nødvendig å undersøke mer i detalj de ulike aktørenes erfaringer etter disse fem første årene med denne ordningen. Dette kan være viktig slik at fremtidens organisering av oppfølging av sykmeldte fungerer på en slik måte at hver person får den hjelpen de trenger til rett tid, på rett sted og med riktig kompetanse. Dette var bakgrunnen for at denne studien ble gjennomført.

2 MÅL

Målet med denne studien har vært:

- å identifisere hvilke *problemstillinger* og *endringsbehov* som erfares blant en gruppe eksperter i tilbudet til sykmeldte generelt og spesielt med tanke på tilbud finansiert gjennom ordningen Raskere tilbake (Runde I-Kvalitativ studie i form av et gruppeintervju).
- å undersøke i hvilken grad det er konsensus/enighet om disse *problemstillingene* og *endringsforslagene* blant en større gruppe aktører og eksperter på oppfølging av sykmeldte (Runde II-Kvantitativ studie i form av en spørreundersøkelse).

3 MATERIALE OG METODE

3.1 Design

For å studere problemstillinger og endringsbehov i dagens oppfølging av sykmeldte ble det valgt å benytte Delphi-metodikk [10]. Denne metoden har historie tilbake til 1950-tallet [11, 12], og er særlig benyttet for å sette mål, utvikle politikk eller å forestille seg et framtidsscenario [13]. Hensikten er å generere erfaringsbasert kunnskap blant eksperter, samt få konsensus om problemstillinger gjennom å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode i en prosess med flere runder [11]. I noen delphistudier starter en induktivt og åpent i første runde, og vurderer i neste runde i hvilken grad det er konsensus om det som kommer frem. I denne studien valgte vi å starte åpent, ettersom det er begrenset forskningsbasert kunnskap som bygger på erfaringer om denne ordningen. Runde I besto av en gruppeintervju [10] og var gjennomført i tråd med fokusgruppemetodikk [14]. Runde II var designet som en tverrsnittstudie, der et web-basert spørreskjema ble brukt. Her vil de to rundenes materiale og metode bli beskrevet hver for seg.

3.2 Runde I: Gruppeintervju

Informanter: I alt deltok 32 eksperter på Raskere tilbake og sykefraværsoppfølging i konferansen, der noen hadde rolle som deltagere, noen som observatører og noen som forskere. Alle kunne bidra til å beskrive problemstillinger eller endringsbehov knyttet til behandling og rehabilitering av sykmeldte. For å få frem flest mulige synspunkter ble det søkt å få deltagere fra alle relevante typer aktører [14]. Det ble med andre ord valgt en heterogen utvalgsstrategi. Deltagere ble valgt ut fra en rekke ulike roller som ivaretas overfor sykmeldte, som for eksempel arbeidsgiver, Nav-henviser eller fastlege [10]. Det ble vektlagt at deltagerne hadde betydelig erfaring knyttet til oppfølging av sykmeldte eller organisering av tilbud til denne gruppen [13]. I tillegg ble det invitert observatører fra departementer og direktorater, samt regjeringens oppfølgingsgruppe for IA-avtalen. De som var fra oppdragsgiveren Arbeidsdepartementet var helt passive som observatører. Antall deltagere ble strategisk valgt ut fra et ønske om at alle roller skulle dekkes med minst en representant [14]. Prinsipper for utvalgsstrategien var også å ha en geografisk spredning og inkludere både store og små raskere-tilbake tilbud.

Følgende roller var representert: brukerorganisasjonsrepresentanter (n=2), arbeidsgivere fra privat og offentlig sektor (n=2), henvisere fra både Nav-kontor (n=1) og

fastlegetjenesten (n=1), tilbudsytere med finansiering fra enten Nav eller helseforetak eller begge deler (n=4), Navs Arbeidslivssenter (n=1), koordinatore/prosjektledere for Raskere- tilbake ordningen (Nav: n=2, helsetjenesten: n=4), bedriftshelsetjeneste-personell (n=1), departement og direktorat (n=7)⁴, arbeidsgiver- / arbeidstakerorganisasjoner (n=3) og forskere (n=4).

Det ble fylt ut et kartleggings skjema om hver enkelt av de som hadde en *deltakerrolle* i fokusgruppeintervjuet (n=18). Dette viste at de i gjennomsnitt hadde 4,2 års erfaring (min.-maks 2-5 år, SD 1,1 år) med Raskere-tilbake ordningen, det vil si at de aller fleste hadde deltatt siden ordningen ble innført. I gjennomsnitt hadde de 11,4 års erfaring med å jobbe med sykmeldte (min.-maks.1-37 år, SD 12 år). De representerte følgende profesjonsgrupper: medisin/helsefag (n=8), sosialfag (n=2), pedagogikk (n=2), samfunnsfag (n=3), administrative fag (n=2) og for en var profesjonen ukjent (n=1).

Observatørene (n=10) var ulike rådgivere (n=7), fagansvarlig (n=1) og avdelingsdirektører (n=2). *Forskerne* (n=4) besto av masterstudenter (n=2), en PhD-student (n=1) og en forsker/PhD (n=1), alle med bakgrunn innen medisin/helsefag (ergoterapi, fysioterapi og organisasjonspsykologi).

Datainnsamling: Datainnsamlingen ble organisert som et fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuer er egnet for å få frem ulike synspunkter basert på erfaringer [15] og er uvurderlig når man har til hensikt å forbedre tjenestene innen et område [14]. Ekspertkonferansen ble ledet av en av forskerne, som hadde rollen som moderatør [15]. En moderators rolle er å presentere temaet som skal diskuteres, verifisere utsagn, å tilrettelegge for ordvekslingen, samt å sørge for en atmosfære som fremmer at ulike synspunkter kan komme frem [15]. Data ble samlet inn på to måter: gjennom skriftlig tekst og gjennom intervju. Først ble alle aktørene bedt om å skrive ned tre forslag til endringsbehov i dagens oppfølging av sykmeldte på gule lapper. Dette ble gjort for å sikre at alle deltagerne ble hørt, for å få med oppfatninger som ikke var farget av diskusjonen under ekspertkonferansen og for å fremme at et bredest mulig meningsmangfold kom frem [16]. De markerte sin rolle i konferansen på lappene med en bokstav; deltaker (D), observatør (O) eller forsker (F). Dette gjorde det mulig å holde styr på hvem som bidro med hvilken informasjon, uten at den enkelte ble indentifisert.

Etter at de gule lappene ble samlet inn startet intervjuet. Alle som ønsket å si noe tegnet seg på en talerliste. Det ble praktisert en begrenset mulighet for å kommentere innspillene, for å sikre at flest mulig skulle få mulighet til å komme til orde [16]. Observatørene fikk mulighet til å komme med sine innspill og spørsmål før pause, og på slutten av intervjuet. Konferansen ble i sin helhet tatt opp på bånd ved hjelp av en digital båndopptaker og transkribert til tekst ordrett [15] av en forskningsassistent. I alt deltok 15 ulike informanter med innspill og synspunkter i intervjuet (12 deltagere og 3 observatører). Selve intervjuet varte 2 timer, med en pause på 20 minutt mellom øktene.

Analyse: Målet med analysen av de kvalitative dataene var å identifisere problemstillinger og endringsbehov i behandling og rehabilitering av sykmeldte. I tillegg til disse resultatenes egenverdi, skal de også brukes til å voteres over av alle interesserte aktører i runde II av Delphi-prosessen [13]. Vi benyttet innholdsanalyse

⁴ De som deltok fra oppdragsgiver Arbeidsdepartementet var helt passive som observatører, da de ikke ønsket å påvirke resultatene

[17] der vi slo sammen teksten fra de gule lappene og teksten fra det transkriberte intervjuet til et felles analysedokument.

Først ble teksten delt inn i meningsbærende enheter og gitt en kode ut fra hva teksten handlet om [18]. To forskere gjennomførte denne analysen for å øke reliabiliteten i kodingen. Et system ble utviklet som ga en kronologisk rekkefølge på innleggene i intervjuet. Dette var viktig for å sikre muligheter til å gå tilbake til den opprinnelige teksten (re-kontekstualisere). Det ble holdt styr på om kilden til utsagnet var fra den skriftlige eller muntlige delen av konferansen, samt hvilken rolle den som kom med utsagnet hadde (deltager, observatør eller forsker) og om utsagnet kom fra personer i helsetjenesten eller fra Nav. Foreløpige tematiske hovedkategorier ble identifisert, og alt materialet ble re-sortert ut fra hva det handlet om. Det ble også holdt oversikt over antallet meningsenheter innen hver hovedkategori, for å kunne gi et visst bilde av hvilke tema som dominerte. De meningsbærende enhetene ble etter dette innholdsmessig kondensert til en kort oppsummering av hva de omhandlet [18]. Det ble også laget en definisjon av hver hovedkategori basert på en ytterligere kondensering. Det ble så definert problemstillinger og endringsforslag ut fra sub-kategoriene, i form av utsagn eller statements. Det ble til slutt valgt ut relevante sitater som beskrev det som kom frem mest mulig presist ved hjelp av informantenes utsagn.

Etikk: I den skriftlige invitasjonen til konferansen ble det opplyst hva som var formålet med konferansen, at den ville bli tatt opp på bånd, at det var frivillig å delta og at konferansen ville inngå som en første fase av en Delphi-prosess. Påmelding til konferansen ble regnet som informert samtykke [15]. I tillegg informerte moderator muntlig om opptak på lydbånd, at data ville bli anonymt behandlet i fremstillingen av resultatene, og hva resultatene skulle brukes til før selve konferansen startet. Ettersom tema for intervjuet handler om tjenester og ikke individer, er de ikke ansett som fortrolige og personsensitive data. Å bidra med sine erfaringer i denne settingen skulle ikke få noen negative konsekvenser for informantene [15].

3.3 Runde II: Kvantitativ spørreundersøkelse

Informanter: I alt deltok 609 aktører i Raskere tilbake og sykefraværsoppfølging i spørreundersøkelsen. På samme måte som i Runde I ønsket vi et mest mulig heterogent utvalg av informanter.

Informantene fylte ut informasjon om sin rolle i forhold til oppfølging av sykmeldte, sin profesjon og antall års erfaring i dette feltet. De hadde i gjennomsnitt 8,6 års erfaring innen området (min.-maks. 0-40 år, SD 7,7 år). I spørreskjemaet fylte de ut antall år, og denne kontinuerlige variabelen ble i analysen gjort om til tre erfaringsgrupper; kort erfaring 0-4 år (n=219), mellomlang erfaring 5-9 år (n=178) og lang erfaring 10 år eller mer (n=213).

Tabell 1 viser alle informantenes profesjonsbakgrunn. Helseprofesjonene bidro med 265 respondenter, det vil si 44 prosent.

Tabell 1: Informantenes profesjonsbakgrunn

Profesjonsbakgrunn	Antall	Prosent
Administrasjon/ledelse/økonomi	135	22.2
Ergoterapeut	35	5.7
Fysioterapeut	67	11.0
Lege	56	9.2
Pedagog	33	5.4
Psykolog	41	6.7
Sosionom	25	4.1
Sykepleier	100	16.4
Samfunnsviter	35	5.7
Vernepleier*	7	1.1
Uoppgitt	48	7.9
Andre profesjoner	27	4.4
Total	609	100

Note: *refereres ikke til som en av undergruppene i presentasjon av resultater pga. få respondenter

Informantene ble også spurt om hvilken rolle(r) de hadde i forhold til Raskere-tilbake ordningen og oppfølging av sykmeldte (se tabell 2). De to største gruppene var personer som er eller har vært tilknyttet et raskere-tilbake tilbud, samt arbeidsgiverrepresentanter. Disse to gruppene utgjør alene til sammen nesten 2/3 av informantene.

Tabell 2: Fordeling av informantenes ulike rolle(r)

Rolle	Nav-folk	Helseforetaks-folk	Antall	Prosent ⁺
Henviser til helseforetakstilbud (sykmelder)			53	8.7
Henviser til Nav-tilbud	x		76	12.5
Tilknyttet et Raskere-tilbake tilbud nå/tidligere	x	x	212	34.8
Koordinator for Raskere-tilbake i Nav	x		12	2.0
Koordinator for Raskere-tilbake i helseforetak		x	33	5.4
Arbeidsgiver representanter*			185	30.4
Arbeidstaker representanter**			84	13.8
Tilknyttet Bedriftshelsetjeneste			76	12.5
Undervisere/forskere			39	6.4
Fra direktorat/departement/tilsyn			10	1.6
Fra Nav Arbeidslivssentrene og Nav forøvrig	x		25	4.1
Behandlere utenfor ordningen			17	2.8
Andre roller			8	1.3

Noter: ⁺Vil summeres til mer enn 100% ettersom en kunne ha flere roller. + Undergrupper (Nav-folk, Helseforetaks-folk, der disse rollene ble slått sammen.)*Leder, HR-/HMS-ansatt, eller fra en arbeidsgiverorganisasjon. **Sykmeldt, tillitsvalgt, verneombud, eller fra en arbeidstakerorganisasjon. RHF= helseforetak.

I enkelte analyser ble informantene delt inn i større grupper, ut fra rolle. De som var tilknyttet et raskere-tilbake tilbud ble en gruppe, og resten utgjorde «de andre». Dette ble gjort fordi det var viktig å se om de som har en slik tilknytning til ordningen svarer annerledes enn resten. Det ble også laget noen større undergrupper av de som har en tilhørighet til Nav versus de som har en tilhørighet til helseforetakene, Nav-folk versus helseforetaks-folk (se tabellen over).

Tabell 3 viser fordelingen av informantene ut fra hvilke raskere-tilbake tilbud de er eller har vært tilknyttet. Den minste gruppen var de som driver med medisinsk og kirurgisk behandling i helseforetakene.

Tabell 3: Fordeling mellom de 212 som er/har vært tilknyttet et raskere-tilbake tilbud

Type tilbud fra Nav eller helseforetak	Antall	Prosent
Oppfølging	28	15.0
Avklaring (Nav)	38	20.0
Arbeidsrettet rehabilitering (dag/døgn)	59	31.6
Behandling lettere psykiske- og sammensatte lidelser	62	33.2
Totalt Nav	187	100.0
Medisinsk og kirurgisk behandling	15	10.0
Rehabilitering i sykehus- somatikk	58	38.9
Behandling og rehabilitering- psykiatri	24	16.0
Arbeidsrettet rehabilitering I opptreningsinstitusjon	52	34.9
Totalt helseforetak	149	100.0

Note: Antallet summer opp til mer enn 100 prosent (n=212) ettersom flere driver tilbud for både Nav og helseforetakene.

Datainnsamling: Det ble sendt en invitasjon per epost om å delta til arbeidsgiverorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner, henvisere til raskere tilbake tilbud fra Nav og helsetjenesten, tilbydere av raskere-tilbake tilbud i Nav og i helseforetakene, koordinatorene for raskere tilbake i regionale helseforetak og Nav, arbeidsgivere, tillitsvalgte, verneombud, brukerorganisasjoner, arbeidslivssentrene, bedriftshelsetjenesten og forskere og undervisere. I tillegg ble nøkkelpersoner innen feltet kontaktet. Alle som fikk invitasjonsbrevet ble oppfordret til å spre undersøkelsen videre i sitt nettverk gjennom snøball-rekruttering [19]. I tillegg ble ulike arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner oppfordret til å publisere undersøkelsen som en nyhetssak på nettsidene sine.

Spørreskjemaet (se vedlegg 2) var utformet på bakgrunn av problemstillingene og endringsforslagene som kom frem i Runde I av Delphi-undersøkelsen. Respondentene skulle ta stilling til i hvilken grad de var *helt uenig*, *uenig*, *nøytral*, *enig* eller *helt enig* i hver påstand. I tillegg var det mulig å svare *vet ikke* dersom respondenten ikke hadde en mening om eller erfaring med utsagnet. Dette ble også spesielt understreket i informasjonen som ble gitt, der det også ble sagt at en ikke skulle bruke *nøytral* hvis en ikke viste noe om det som det ble spurt om. Videre var det mulig å komme med kommentarer i et eget felt på hver side av spørreskjemaet, samt komme med innspill til endringsbehov og problemstillinger helt til slutt.

Spørreundersøkelsen var åpen for deltagelse i tre uker før resultatene vi nå har analysert ble hentet ut. Den vil være åpen i ytterligere noen uker, men disse resultatene vil ikke bli presentert her. Det ble etter en uke gjennomført en utsendelse av en purre-mail. Dette ble også gjennomført fordi det oppstod problemer med serveren som betjente skjemaet på det tidspunktet undersøkelsen først ble spredd.

Analyse: Målet med analysen av de kvantitative dataene var å undersøke om det var konsensus blant ulike aktører i forhold til problemstillinger og endringsbehov i behandling og rehabilitering av sykmeldte som kom frem i runde I [13]. Metodisk er det vanlig å bruke minimum 70 prosent som mål på tilstrekkelig oppnådd enighet/konsensus i datamaterialet [20], og det benytter vi også som grenseverdi for konsensus i denne studien. Statistikkprogrammet SPSS Statistics 20.0 ble brukt for å

gjøre disse deskriptive analysene. Analyser ble foretatt for samlet respondentgruppe og for en rekke undergrupper; de ulike profesjonene, de ulike rollene i forhold til sykmeldte, de ulike tiltakene innen raskere-tilbake, samt for grupper av disse. Store undergrupper er de som er eller har vært tilknyttet et raskere-tilbake tilbud som er analysert i forhold til alle dem som ikke er eller har vært tilknyttet et tilbud. Videre samlet vi Nav-folk (de som var tilknyttet et raskere-tilbake tilbud i Nav nå eller før, de som er koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav, henviser til Raskere-tilbake i Nav), og helseforetaks-folk (de som var tilknyttet et raskere-tilbake tilbud i helseforetakene nå eller før, de som er koordinatorene for raskere-tilbake i helseforetakene) i to ulike grupper for å gjøre undergruppeanalyser.

Etikk: I den skriftlige invitasjonen til spørreundersøkelsen ble det opplyst hva som var formålet med undersøkelsen, at det var frivillig å delta og at undersøkelsen gjaldt andre fase av en Delphi-prosess. Videre ble det informert at data ville bli anonymt behandlet, og forklart hva resultatene skulle brukes til. Å fylle ut spørreskjemaet ble regnet som informert samtykke [15]. Undersøkelsen er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjenestes Personvernombudet for forskning.

4 RESULTATER

4.1 Resultater fra runde I: Kvalitativ studie

4.1.1 Oversikt over resultatene

I alt ble det identifisert 218 meningsbærende enheter, der 134 (61%) ble identifisert ved å analysere gruppeintervjuet og 84 (39%) kom fra de gule lappene. Disse ble sortert inn i syv ulike temaområder. Temaområdene ble dannet på bakgrunn av koding av hva hver enkelt meningsenhet handlet om. Tabell 4 viser fordelingen av meningsenhetene innen de syv ulike temaområdene, og om de ble indentifisert i de gule lappene eller i intervjuet. Spesielt ble temaene *henvisning til tilbudene* og *mottakere av tilbudet* mer omtalt i intervjuet enn i de gule lappene. Motsatt var temaet *samhandling og koordinering* oftere nevnt på de gule lappene, sammenlignet med intervjuet.

Tabell 4 Oversikt over hvilke temaer som deltagerne på konferansen tok opp (antall meningsbærende enheter og prosent)

Temaer	Gule lapper		Intervju		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Overordnet organisering	31	42	43	58	74	34
Tilbudenes varighet	5	42	7	58	12	6
Samhandling og koordinering	12	50	12	50	24	11
Henvisning til tilbudet	2	20	8	80	10	5
Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte	12	43	16	57	28	13
Om mottakerne av tilbudet	9	23	30	77	39	18
Tilbudets kompetanse	13	42	18	58	31	14
Totalt	84	39	134	61	218	100

Disse 218 meningsenhetene omhandlet til sammen en rekke problemstillinger og endringsforslag. Disse oppsummeres i tabell 5, og vil bli nærmere beskrevet i dette resultatkapitlet. Det er viktig å understreke at en problemstilling eller et endringsforslag

i denne runden kunne være uttrykk for kun en eller to deltageres mening, og ikke hele gruppens⁵.

Tabell 5 Oversikt over temaene som kom frem i konferansen

Temaer (n=23/34*)	Informantenes beskrivelser av problemstillinger og endringsbehov
Overordnet organisering (n=4/8)	Raskere-tilbake ordningen er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet. Organisering av tilbudene som prosjekter er problematisk, spesielt for de ansatte. Tydeligere krav må stilles til de som skal motta penger for å drive tilbud. Det finnes overlapping mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetak og Nav. Navs behandlingstilbud er problematisk, med fare for at sykmeldte blir overbehandlet. Raskere-tilbake ordningens bør fortsette og ikke legges ned, - den har generert mye positivt. Hva med en Raskere-tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to? RT-tilbudene i Nav bør fases ut, og videreføres i helseforetakene, som ordinære tilbud. Antallet tiltak og tilbud burde reduseres, - tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet. Raskere tilbake bør legges ned. Tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og Nav. Hva med en enkel lavterskel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, gjennom å etablere kommunale / interkommunale Raskere-tilbake sentra.
Tilbudenes avtalevarighet (n=2/7)	Gjøre effektive tilbud permanente. Utvide varigheten til minimum 2-3 år. Samkjøre med IA-avtalens varighet.
Samhandling og koordinering (n=0/3)	Tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav, mellom fagspesialiteter på sykehus, sterkere samarbeid med aktører på arbeidsplassen. Gi hver sykmeldt en lokal koordinator.
Om mottakerne av tilbudet (n=4/4)	Problem at ikke reell årsak til sykefraværet oppgis (som arbeidskonflikt, omsorgsbyrde, skilsmisse), og at de har vært for lenge sykmeldt når de får tilbudet. Sykmeldte må prioriteres gjennom forskrift. Uenighet om flere diagnoser eller mer egenmelding. Flere ulike forslag til hvem som bør få tilbudet fremover kom frem, da spesielt de med uspesifikke muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser, samt kreftsyke.
Henvvisning til tilbudet (n=5/1)	Legen mangler motivasjon og tiltro til tilbud som kommer og går, og opplever det vanskelig å prioritere sykmeldte foran i køen da det innebærer brudd på prioriteringsforskriften. Når Nav henviser til undersøkelser og behandling er det problematisk, de tar derved rollen som allmennlege.
Tilbudenes fokus/tilnæringsmåte (n=4/1)	Det kreves et paradigmeskifte i tilbudene til sykmeldte. Mer helhetsperspektiv, skreddersøm, arbeidsplassfokus, samtidighet i tiltak og muliggjøre å kunne jobbe på tross av helseplager. Det kreves mindre fokus på diagnoser, symptombehandling, medikalisering og at det kun er individet som skal endres.
Tilbudets kompetanse (n=4/10)	Behov for mer relasjonell kompetanse, mer kunnskap om effekt, kostnytte, inkluderende arbeidsliv, og om selve Raskere-tilbake ordningen. Mer utveksling av kompetanse mellom tilbud og leverandører, og bedre tilgang til forskningsbasert kompetanse om risikogrupper for utstøting, og hva som virker. Lokal kompetanse bør brukes mer overfor de med lettere psykiske plager.

Noter: RT= Raskere tilbake. BHT= bedriftshelsetjeneste. Antallet problemstillinger som kom frem i analysen var 23 og antallet endringsbehov var totalt 34, når alle temaene ble summert.

5 I hvilken grad det er konsensus om disse problemstillingene og endringsforslagene er presentert i neste fase av denne konsensusstudien.

4.1.2 Overordnet organisering

Det temaet som dominerte både de gule lappene og intervjuene var den overordnede organiseringen av ordningen Raskere tilbake.

Problemstillinger

- *Raskere-tilbake ordningen er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet.*

Deltagere fra både Nav og helseforetak formidlet at de opplevde en utydelig ordning som er for tilfeldig og vid, med liten grad av langsiktighet, stabilitet og systematikk. Et eksempel som ble gitt var at det per i dag er for lite systematikk rundt hvem som får hva når. Det ble hevdet at det positive med Raskere-tilbake ordningen i enkeltsaker og situasjoner blir vanskelig å formidle videre på grunn av dette. En av informantene fra Nav uttrykte det slik: *«Og jeg tenker på når det er så spredt [...], så er det noe som har gjort det nesten umulig å gi informasjon om tilbudet [Raskere tilbake], det er uforutsigbarheten som var nevnt tidligere fordi at det varierer, og man prøver å henvende seg, og hvis man ikke er så heldig å treffe ildsjeler som er flinke og kan dette her, så smuldrer det opp»*. En av observatørene formidlet at tanken med Raskere-tilbake ordningen var å isolere disse midlene, slik at de ikke forsvant i den ordinære driften i helseforetakene. En annen observatør hevdet at det finnes et behov for en bedre styring av Raskere-tilbake ordningen fremover.

- *Organisering av tilbudene som prosjekter er problematisk, spesielt for de ansatte.*

I helseforetakene er raskere- tilbake tilbudene organisert som prosjekter. I intervjuet var flere deltagere fra helseforetakene opptatt av at prosjektorganiseringen skaper uforutsigbarhet og redusert kvalitet. Å drive med prosjektarbeid år etter år ble opplevd som problematisk, og da spesielt for de ansatte. En informant uttrykte det slik: *«Et år er altfor kort for oss som driver dette tilbudet. Vi får tildelingsbrev en gang mellom februar og juni, kanskje, og da har vi allerede levd uten penger ganske lenge. Og det er en belastning for ansatte, og etter hvert så har de krav på fast tilsetting også, man kan ikke jobbe i et prosjekt år etter år med korte ansettelser.»*

- *Det finnes betydelig overlapping mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetak og Nav, og Navs behandlingstilbud er problematisk.*

Det ble hevdet at det oppleves problematisk at det finnes en overlapping mellom tilbud i Nav og i helseforetakene. Spesielt ble Navs behandlingstilbud opplevd som problematisk, men det var ikke helt entydige oppfatninger om hvem som bør drive med et slikt tilbud. Det ble sagt at overlappingen i seg selv var problemet, men også at Navs behandlingstilbud var et problem i seg selv, og at Nav ikke bør drive med dette. En av informantene fra helsetjenesten uttrykte det slik: *«I dag er det slik at man kan bli henvist til samme behandling fra to ulike instanser, fra fastlege til spesialisthelsetjeneste, og fra Nav til spesialisthelsetjeneste, - lignende tilbud som Nav da har på anbud som jeg mener har varierende grad av kvalitetssikring, og det bør man slutte med. Det bør man rydde opp i. Konkret da så må man unngå at Nav og spesialisthelsetjenesten yter parallelle tilbud innenfor Raskere-tilbake ordningen»*. Et eksempel som ble gitt om konsekvenser av slik overlapping var at pasienter med helt likt behandlingstilbud, betaler ulike egenandeler fordi en får tilbudet gjennom Nav mens den andre får tilbudet gjennom helseforetakene.

Det ble hevdet at det er behov for å tydeliggjøre og rydde opp i overlappende og parallelle tilbud mellom Nav og helseforetakene, samt tydeliggjøre forskjellene mellom tilbudene. En foreslo at Nav heller bør videreføre tilbudet når personen er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten: *«Jeg har i mange år hatt tett oppfølging med Nav, der vi har hatt et samarbeid og vært veldig enige om at det tilbudet som finnes i Nav, det burde kanskje bare ha vært i spesialisthelsetjenesten. –[...] Der [for gruppen med muskel- og skjelettplager] har vi den behandlingen som vi snakker om i spesialisthelsetjenesten, også trenger pasienten videre oppfølging via Nav.»* En annen foreslo at Nav burde drive kun med forebyggende tilbud. Det ble hevdet at det også finnes overlappende tilbud innad i Nav. Eksempelet som ble gitt på dette var overlapping mellom tilbudene «avklaring», «arbeidsrettet rehabilitering» og «oppfølging». Det ble diskutert at det må ryddes i tilbudene, tydeliggjøre forskjeller og likheter og at de må samkjøres i forhold til målgruppe, regelverk og rammer.

- *Sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet.*

En sak som var relatert til overlappingen mellom ulike tilbud, men også manglende kommunikasjon mellom helseforetak og Nav, var erfaringer fra at sykmeldte blir overbehandlet. En deltager fra spesialisthelsetjenesten nevnte at det fantes mange eksempler på at Nav begynner på nytt med behandling etter at behandlingen i spesialisthelsetjenesten er slutt: *«..en del tilbud er nok litt overflødige, og da kan man ta med en konkret tilbakemelding som vi har fått i fra våre behandlere [...]. De sier at blant annet som en konsekvens [...] så blir pasientene overbehandlet. De mener fra sitt ståsted er de ferdigbehandlet hos de [i spesialisthelsetjenesten], men så har de da inntrykk av at de bare går videre med nye tiltak i Nav og andre aktører. Så det er fare for overbehandling.»* Det ble nevnt at dette oppleves belastende for pasientene. Det ble også hevdet at en annen årsak til at overbehandling skjer, er at de som driver tilbudene lever av dem, der innlåsing i tiltakssystemer kan bli en konsekvens.

Endringsforslag

- *Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.*

Et stort tema i intervjuet handlet om det positive som Raskere-tilbake ordningen har bidratt med, som helhet, for den enkelte mottaker, og også for de som har utviklet og gitt tilbud. For det første ble det hevdet at Raskere-tilbake ordningen har bidratt med en fornyet måte å tenke på i spesialisthelsetjenesten, med mindre individ- og symptomfokus. Dette ble snakket om som et paradigmeskifte, og at å endre helsetjenesten tar tid. Videre ble det sagt at helsetjenesten gjennom Raskere- tilbake ordningen har fått mer fokus på pasientenes arbeidsdeltagelse. En uttrykte det slik: *«Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten, i løpet av det sjette året, har gitt spesialisthelsetjenesten noe, tror jeg. Og da tenker jeg litt videre enn bare arbeidsrehabilitering, jeg tenker at det er veldig mange behandlingstilbud i helsetjenesten eller i raskere tilbake, men vi har fått inn et fokus på arbeidslivssituasjonen også, det med å samarbeide med andre [...] og det er spennende organiseringer på tvers, og at pasientene i mindre grad trenger å vandre rundt i systemet, men får en avklaring der alene. Det er jo det med rask avklaring som er kjempeviktig.»*

Det ble uttrykt at Raskere- tilbake ordningen må fortsette fordi det er utviklet mange gode tilbud som hjelper veldig mange. Det ble også sagt at Raskere- tilbake ordningen har skapt masse engasjement, entusiasme og nytenkning. Noe av nytenkningen var knyttet til å se pasienters helseproblemer mer helhetlig, på tvers av tradisjonelle

medisinske fagskiller, og at dette kan danne en ny modell for fremtidens helsetjeneste: «Hva som har vært vårt utbytte av å være med i dette testlaboratoriet, det er at Raskere tilbake har bidratt til at det har blitt flere samordnede tjenester på tvers av faglige, den tradisjonelle inndelingen i sykehus, jeg tror det er en riktig vei å gå.» De var bekymret for at Raskere- tilbake ordningen kunne bli lagt ned, og at denne effekten derved ble tapt. Det ble hevdet at på sikt vil nettopp dette kunne bidra til en effekt på sykefraværet.

- *Det utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.*

Det kom frem forslag om at det i stedet burde utvikles et tydeligere og mer forpliktende samarbeid mellom Nav og spesialisthelsetjenesten, og både deltagere og observatører fremmet et forslag om å utvikle en felles Raskere-tilbake ordning mellom Nav og spesialisthelsetjenesten, med enhetlige felles prosedyrer. Det ble også sagt at kravspesifikasjonene og tilbudene må utvikles i et samarbeid mellom Nav og helsetjenesten. Virkningen av dette kunne bidra til et nærmere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Nav, noe som i dag ble omtalt som en stor utfordring.

- *Tilbudene i Nav fases ut, og Raskere-tilbake ordningen videreføres kun i helsetjenesten, som ordinære tilbud.*

Et av de konkrete forslagene som kom frem var at tilbudene i Nav bør overlates til enten primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten: «Når det gjelder Raskere- tilbake tilbudene i Nav så skal jeg være så direkte at jeg sier de bør fases ut, og de tilbudene som kun er helserelaterte i Nav bør fases ut og overlates til de som har helsetjeneste som fag, og det kan være både i primær og spesialisthelsetjenesten.»

- *Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.*

Fra helseforetakene ble det ytret meninger om at det per i dag er for diffust hva som forventes av de som får penger til å drive tilbud. En informant sa: «Også savner vi litt mer tydelig bestilling til oss som mottar pengene, det er litt diffust. Eneste kravet er at de skal komme fort inn og er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt, men det å være sykmeldt er komplekse årsaker og det må settes inn tiltak i forhold til det. Kanskje skal det være en bestilling fra de som driver Raskere tilbake. Krav til samhandling for eksempel mellom Nav, primærlege, bedriftshelsetjeneste, arbeidsplass, -litt tydeligere forventninger.» Kravspesifikasjonene må altså ta hensyn til at det ofte er komplekse årsaker til sykefravær, og at det derved er behov for differensierte tiltak.

- *Antallet tiltak og tilbud reduseres, og tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet.*

Et annet konkret forslag fra flere deltagere, både i intervjuet og nedskrevet på gule lapper, var at antallet tiltak, men også antallet tilbud som finnes bør vurderes redusert. Det ble også hevdet at tilbudene i helsetjenesten burde bli smalere, der det ble foreslått å strømlinjeforme tilbudene til å gjelde kun de med lettere psykiske lidelser, tverrfaglige rehabiliteringstilbud til sykmeldte med muskel- og skjelettplager, samt poliklinikker for tilbakeføring av kreftpasienter. Det ble understreket at dette burde bli permanente tilbud, og ikke prosjektorganiserte tilbud som i dagens ordning.

- *Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og Nav.*

Et tema som opptok deltagerne var at tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt. Det var imidlertid ulike beskrivelser og vektlegging av hvilke lokale aktører det var snakk om; som kommunehelsetjenesten, arbeidsplassen og Nav-kontorene. En tydelig ytring i

intervjuet var at Raskere-tilbake ordningen må føres nærmere arbeidsplassen, og at tilbud må utvikles der i større grad. Det ble også formidlet at mange leger mener at de med lettere angst og depresjon bør ivaretas primært i førstelinjetjenesten.

- *Lag en enkel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, gjennom kommunale/interkommunale Raskere-tilbake sentra*

Et helt konkret forslag fra en av forskerne var å opprette kommunale eller interkommunale Raskere-tilbake sentra, som er spesialister på oppfølging av sykmeldte og som bidrar til at hver enkelt sykmeldt får en koordinator som sørger for kontinuitet og riktig nivå på tilbudene, arbeidsplassforankring samt at ikke personene blir overbehandlet. Disse sentraene bør ha både helsekompetanse og Nav-kompetanse.

- *Raskere- tilbake ordningen legges ned.*

Meninger om at Raskere-tilbake ordningen som system er bortkastet og at det ikke har en innflytelse på sykefraværet kom også frem. Dette mente en gjaldt både behandlings- og rehabiliteringstilbudene. En av observatørene var opptatt av at vi må ta en felles diskusjon om Raskere-tilbake ordningen skal fortsette, og hva som eventuelt skal fortsette: «For vi er nødt til å se på effekter [...]. Vi kan ikke fortsette å late som at det er bedre enn det er. Vi må i så fall lage noe som vi tror har effekt og se på systemene, vi kan ikke si opp et ekstrasystem for å kompensere det som ikke fungerer i dag.»

4.1.3 Om mottakere av tilbudet

Et tema som sto sentralt i diskusjonene var problemstillinger vedrørende hvem som er eller bør være mottakere av raskere-tilbake tilbudene, samt hvilke kjennetegn disse har.

Problemstillinger

- *At ikke reell grunn for sykefraværet beskrives skaper feil fokus i tilbudene.*

Et av de største enkelttemaene i intervjuet var knyttet til problemstillinger rundt hva som egentlig er årsak til sykefraværet, og hva konsekvensene av misvisende diagnose kan ha for tilbudene. En sa: «Vi utvikler feil tilbud, fordi vi kaller det psykiske plager, men så er det egentlig arbeidskonflikt, skilsmisse, kriminalitet, mediekjør, underslag det egentlig handler om. Det skjer fordi vi blir tvunget til å lyge om sykmeldingsårsak». Det ble sagt at sykmelder opplever dette vanskelig, og begrepet «hvitvasking» blir brukt blant leger om det å sykmelde noen som egentlig ikke er syke. Det ble hevdet at dette problemet fører til feildiagnostisering og feil tiltak, og at folk derved går for lenge sykmeldt fordi en ikke retter tiltakene mot den reelle årsaken til sykefraværet. En av observatørene kommenterte dette og sa: «... vi kan ikke fortsette sånn som det ble påpekt, med litt sånn falske briller, de fleste leger som skriver sykemeldinger som er uriktige... at vi kanskje syr opp et enormt tilbud på lettere psykiske lidelser som egentlig er blåst opp fordi at det ligger masse annet inni disse diagnosene». Videre ble det hevdet at det er svært få av de sykmeldte som er alvorlig syke.

- *Mottakerne av Raskere tilbake har vært for lenge sykmeldt når de henvises.*

Et annet poeng som ble nevnt var at de som får tilbudet har vært for lenge sykmeldt når de blir henvist. Dette ble nevnt generelt for tilbudene, og spesielt for Nav-tiltaket Avklaring. Det ble hevdet at å gi tilbud tidligere vil øke nytten. En deltager var opptatt av at tidlig intervensjon kanskje ikke er så viktig som hva tilbudet faktisk inneholder: «Og når ikke disse tre aktørene [helsevesenet, Nav og arbeidslivet] kan samarbeide da går tiden, og det er morsomt med tiden for vi vet at det er veldig signifikant sammenheng med utstøting i arbeidslivet og tiden som går, men vi vet ikke hvorfor. Vi

vet bare at det er en sammenheng. Vi vet også at det er stor sammenheng mellom fattigdom og uhelse, men vi sier ikke til dem; bare gi dem penger så kommer helsa av seg selv, og sånn er det med tiden og. Det er ikke sikkert at det er tidspunktet vi setter ting inn på som er riktig, men det er innholdet. Kanskje gjør vi ting helt feil fordi vi ikke har denne relasjonelle forståelsen av arbeidshelse.»

Endringsforslag

- *Sykmeldte må prioriteres og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.*

Det ble hevdet at det skaper et stort problem for helsepersonell at Raskere-tilbake ordningen egentlig er en politisk prioritering av sykmeldte, mens dette egentlig er forbudt. Det ble sagt at sykmeldte bør prioriteres, og at dette må formaliseres i prioriteringsforskriften, først i forskrift, så gjennom politikk. Begrunnelsen som ble gitt for dette var kostnadene ved sykefraværet, og at nå er det motsatt vei. Det ble sagt at det i det minste bør være en prioriteringsdebatt, og at arbeidshelse må inn i forskriften.

- *Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle alt lettere psykiske lidelser.*

Et forslag gikk ut på at reell årsak til sykefraværet bør oppgis ved sykmelding. Dette reiser problemstillinger om en skal kompensere økonomisk for annet fravær enn av helseårsaker, mente en annen. Det ble hevdet at dette skjer uansett slik det er i dag, og at personer sykmeldes for økt omsorgsbyrde overfor syke familiemedlemmer, skilsmisse, sorg, arbeidskonflikt, mistriivsel, mediepress, kriminalitet etc., selv om de i utgangspunktet ikke er syke selv.

- *Arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver.*

Et alternativt forslag til å utvide antall sykmeldingsdiagnoser var at arbeidsplassen må overta mer av «sykmeldingsansvaret», slik at normale tilstander som arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg, omfattende omsorgsansvar kan tas opp på arbeidsplassen, uten at det blir sykeliggjort. Dette kan skje i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver. Det ble påpekt at det ikke må legges mer under sykdomsparaplyen. Videre kom det frem synspunkter på at det allerede er et problem at en springer til legen med problemer som kan løses på arbeidsplassen. En påpekte at det siste vi ønsker er å gjøre skilsmisser og arbeidskonflikter til sykdom.

- *Raskere- tilbake ordningen må også utvides til å gjelde de som er på arbeidsavklaringspenger.*

Et helt konkret forslag var å utvide Raskere-tilbake ordningen til også å gjelde de som er på arbeidsavklaringspenger. Dette gjaldt spesielt gruppen med kreftsykdom. Begrunnelsen var knyttet til behandlingsslengde (ofte over 1 år), og det ble sagt at dette ville være en god investering for samfunnet når det gjelder denne gruppen som ofte er svært lenge sykmeldt.

- *De det må fokuseres på fremover er de enkle forløpene som trenger å forkorte ventetiden til medisinsk utredning og behandling/kirurgi.*

Det ble sagt at det var lettest å lage Raskere-tilbake ordningen kun for de enkle sykdomsforløpene, som for eksempel prolaps, der behovet er å få en snarvei inn til spesialisthelsetjenesten; «*En som har prolaps i dag som faller ut av arbeidslivet, han får i Oslo tre måneders ventetid til vurdering av kirurg etter han har gått tre måneder sykemeldt, da har det gått et halvt år. Så vet vi det at muligheten for å komme tilbake i arbeid reduseres etter tre måneders sykemelding, så må han vente tre måneder før han*

blir operert for sin prolaps. Da har det gått ni måneder. Hvis Raskere tilbake skal ha en funksjon så må vi lære oss å se på disse enkle sykdomshendelsesforløpene sånn at vi kan lære å ta snarveier inn, som er enkle å investere i.» En av observatørene beskrev at dette var mye av ideen med denne ordningen fra starten av; å utnytte ledig kapasitet i helsetjenesten som faktisk finnes.

- *Tilbudet fremover må fokusere på de med uspesifikke helseplager, de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser*

Det ble uttrykt at hovedproblemet for sykmeldte ikke er mangel på medikamentell behandling og operasjoner, og at feltet domineres av uspesifikke helseplager som absolutt ikke trenger mer av dette. Det ble konkret foreslått å gi tilbudet kun til de med muskel- og skjelettplager, ortopedi og psykiatri. En ønsket å strømlinjeforme tilbudet til tre grupper: (1) lettere psykiske lidelser, (2) tverrfaglig rehabilitering av muskel- og skjelettplager, og (3) poliklinikker for kreftpasienter. Det var uklart om dette tilbudet i spesialisthelsetjenesten burde kun omhandle utredning og avklaring, og ikke tiltak. Nav ble foreslått å ha en oppfølgingsrolle etter raskere- tilbake tilbudene i helsetjenesten.

- *De som bør få tilbudet er de som er identifisert som risikogrupper i forskningslitteraturen.*

Det ble hevdet at kun de langtidssykemeldte som står for det aller meste av sykefraværet burde prioriteres. Disse kan identifiseres tidlig ut fra konkrete kjennetegn beskrevet i forskningslitteraturen. Gruppen med lav utdanning og lav sosioøkonomisk status som trenger sammensatte tilbud for å komme tilbake i arbeid ble spesielt nevnt som viktig å identifisere tidlig.

4.1.4 Tilbudenes varighet

Hvor lenge tilbudene bør vare som et minimum, ble hyppig nevnt og diskutert. I alt ble to endringsforslag om dette temaet reist.

Endringsforslag

- *Igangsatte tilbud må vare lengre i dag og minst 2-3 år.*

Et stort tema var knyttet til hvor lenge tilbudene burde vare. Flere av deltagerne hadde valgt å nevne dette som ett av sine tre skriftlige punkter. En av deltagerne uttrykte at: *«tidshorisonten på 1 år er for kort.»* Det ble foreslått ulike minimumsvarigheter, fra 2 år til at tilbudene burde vare over 3 år. Også antallet plasser burde være forutsigbart, ble det sagt. Det ble sagt at det burde gis en garanti vedrørende varigheten. Men det ble også hevdet at mange tilbud har vart lenge, faktisk helt siden Raskere-tilbake ordningen startet, det vil si over 5 år. Begrunnelser for dette endringsforslaget var knyttet til at kort varighet skaper usikkerhet, og manglende forutsigbarhet og kontinuitet. Det ble også sagt at det trengs tid for å forbedre helsetjenesten. Det ble nevnt eksempler: *«Når det kommer forslag eller tilbud om nye behandlingslinjer så må de ha en garanti på minste varighet og den må ikke være under to år, den bør helst være lenger.»*

- *De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud (ut fra dokumenterte resultater).*

Et tema som ble tatt opp var at det fremover bør stilles mer krav. Videreføring av tilbud må skje ut fra hvilke resultater en har oppnådd de siste tre årene, ble det foreslått. Gode tilbud kan da få tre nye år, eller aller helst bli permanente tilbud. Argumentet som ble

brukt var at det trengs langsiktighet og tydelighet når det gjelder hvem det skal utvikles tilbud for.

- *Tilbudene bør følge IA- avtalens varighet.*

Et helt konkret forslag som allerede er gjennomført i helseforetakene omhandlet at tilbudene varer like lenge som IA-avtalens varighet. Et par informanter mente at dette var fornuftig, og at det også bør gjelde for en eventuell ny IA-periode.

4.1.5 Samhandling og koordinering mellom aktørene

Et tema som gikk igjen i intervjuene og på de gule lapper omhandlet samhandlingsutfordringene innen dette området.

Problemstillinger

- *Samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.*

En av deltagerne påpekte at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og Nav om den enkelte pasient skjer tilfeldig: «Så samtidighet til tiltak foregår i dag ut fra litt for mye tilfeldigheter, det er laget dialogmøter og struktur på sykefraværarbeid i primærhelsetjenesten, som til dels fungerer. Når de kommer opp på spesialisthelsetjenestenivå, der jeg jobber, så er det egentlig basert mye på bekjenskaper og kunnskaper om Nav og systemene, at du får tak i dem. Sånn bør det ikke være.»

- *Raskere- tilbake ordningen har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger, så det er viktig at dette ikke reverseres.*

Noen fra helsetjenesten nevnte at Raskere-tilbake ordningen har bidratt til mer samordning mellom tjenester, på teamnivå, mellom tradisjonelle behandlingstilbud, og mellom helsetjenesten og Nav. Det ble hevdet at dette har gitt viktige forbilder overfor andre tjenestesteder, og bidratt til forbedring av helsetjenestene.

- *Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt et tiltak fra Nav.*

En påpekte at samarbeidets mål må være samtidighet i tiltak, og at løsninger på sykefravær krever dialog, men opplevde stadig eksempler på at det tar lengre og lengre tid å få iverksatt tiltak: «Før, da jeg begynte å jobbe for 30 år siden... så sa jeg at du jeg har Per her nå, han har så vondt i... han har slik... og nå er han der at nå kunne han tenke seg å prøve, nå er han klar for å prøve, skal vi la han få sjansen til å prøve der?- ja det er greit. Så begynte han der dagen etter. Så kom attføringsmeldingen i 1994, da ble vi helt rystet for det tok to måneder før folk fikk i gang et tiltak etter at de hadde vært hos oss. Og nå tar det jammen et år, enkelte ganger. Og det er jo forferdelig ille i forhold til intensjonen med å få ned sykefraværet. Så der er det et eller annet sånt grep som ikke fungerer, med samhandlingen eller samtidigheten vil jeg heller kalle det... Men når du får dialogen rundt den enkelte på plass da får du til løsninger.»

- *Det er problematisk at en instans gjør arbeidsevnevurdering, og en annen forvaltningsgruppe skal følge det opp.*

Det ble sagt at det skaper problemer at det skjer brudd i prosesser i det enkelte tiltaksforløpet i Nav. Det som spesifikt ble nevnt var et brudd mellom kartlegging og tiltaksprosessen, ettersom innsikten som arbeidsevnevurderingen gir, vil være viktig å ha med seg og implementere i tiltaksfasen.

Endringsforslag

- *Det bør stilles krav til at alle aktører skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (inkludert bedriftshelsetjenesten).*

Et konkret forslag var knyttet til samhandling mellom tjenesteytere i helsetjenesten og Nav opp mot arbeidsplassen og bedriftshelsetjenesten. Dette temaet kom opp både i den muntlige delen, og på de gule lappene. Mer samhandling opp mot arbeidsplass var et generelt endringsforslag. Men også spesifikke tiltak, for eksempel at Nav-tiltaket Avklaring burde bli ytt i et tett samarbeid med arbeidsgiver og sykmeldt. Også informanter fra bedriftshelsetjenesten og arbeidsplassen var opptatt av å bedre dette samarbeidet. De var også opptatt av at fastlegen må samarbeide tettere med bedriftshelsetjenestepersonell om henvisning og oppfølging av pasienter som mottar raskere- tilbake tilbud. Det ble spesielt nevnt at samarbeid er viktigst for gruppen med sammensatte problemer, og at slikt samarbeid øker arbeidsplasstillhørigheten hos den sykmeldte.

- *Det må utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.*

Både deltagere, observatører og forskere var opptatt av at det er behov for overordnede og tydeligere samarbeidsmodeller mellom helsetjenesten og Nav. Det ble nevnt at dette burde gjelde både samarbeid om å utvikle tilbud, og å tilby disse.

- *Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.*

Det kom frem forslag om at det blir utviklet poliklinikker som har som rolle å utrede og avklare de sykmeldte, og da spesielt de med muskel- og skjelettplager. En mente at det var viktig at disse burde ha samordnet sin spesialistkompetanse fra ulike spesialiteter i sykehusene. Disse må ha kompetanse på tvers av tradisjonelle spesialiteter. Det ble nevnt at dette er viktig for å ivareta helhetsperspektivet og unngå medikalisering. Videre ble det nevnt at disse burde organiseres på sykehus, men det kom også forslag om slike poliklinikker uten at det kom frem bestemt forslag til plassering av disse.

- *Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator.*

På lappene kom det frem endringsforslag som omhandlet koordinering generelt, og spesielt ble dette med en koordinator for hver sykmeldt tatt opp. En hevdet at mangel på koordinator gjør det lettere å forbli uføretrygdet. At koordinator ikke bør være på hvert enkelt tilbud, men koordinere mellom tilbudene og hovedarenaene; arbeidsplassen, Nav og helsetjenesten ble spesielt vektlagt. En hevdet at ingen må eie denne. Det ble sagt at disse bør ha høy kompetanse og at det kanskje må finnes en takst for denne virksomheten. Koordinatoren skal drive prosessen fremover, sy tilbudene sammen, fokusere på hindringene for å komme tilbake i jobb, samt følge opp.

4.1.6 Henvisning til tilbudet

Under dette temaet ble det først og fremst påpekt problemer med legen som henviser til raskere- tilbake tilbudene, men det kom også frem problemstillinger vedrørende Nav som henviser.

Problemstillinger

- *Nav-tiltaket avklaring brukes for lite.*

En av informantene var opptatt av at tiltaket Avklaring brukes for lite.

- *Fastlegen mangler kunnskap om raskere-tilbake tilbudet.*

Det ble hevdet at fastlegen mangler kunnskap om raskere-tilbake tilbudet. Det ble også fremholdt at dette spesielt gjelder tilbudet til personer med psykiske lidelser, og at den enkelte derved får ansvar for selv å finne frem i tilbudsjungelen. Det ble hevdet at det er vanskelig for fastlegene å ha oversikt, så lenge de har så få pasienter med hver av de problemstillinger som tilbudene retter seg mot: «Sykmeldere, i motsetning til dere som sitter og har disse pasientene som store grupper, vi som er sykmeldere har én i året vi av dem dere ser mange av. En vanlig fastlege har tusen pasienter i porteføljen sin, og én av dem har den ortopediske lidelsen som nå sykehuset plutselig vil prioritere, og han kommer ikke før i november, og da er kassa tom. Det er et problem.»

- *Prosjektorganiseringen av Raskere tilbake i helseforetakene reduserer tiltroen og motivasjonen hos fastlegen, fordi de forventes å forsvinne raskt igjen.*

En annen problemstilling var knyttet til fastlegens manglende tiltro til at tilbud er stabile og varige, og at det derved ikke er noe vits i å sette seg inn i nye tilbud. Fastlegen har også en mengde annen informasjon som de må sette seg inn i, som nye behandlingsmetoder. Informanter fra spesialisthelsetjenesten hevdet at prosjektorganiseringen har vanskeliggjort informasjonen fra sykehusene til fastlegene, og at det å nå frem til fastlegene har tatt minst to år, og at dette har vært opplevd som slitsomt for de som driver raskere-tilbake tilbud.

- *Fastlegene kvier seg for å bruke Raskere- tilbake ordningen da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater en prioritering av sykmeldte.*

Et annet problem som også gjaldt fastlegens henvisningspraksis var knyttet til at fastleger vegrer seg for å henvise til raskere-tilbake tilbud, da det oppleves som en prioritering av sykmeldte og en sniking i køen. Det ble fremholdt at fastlegene ønsker å være rettferdige overfor alle sine pasienter.

- *Det er ikke hensiktsmessig når Nav henviser til spesialister og generer undersøkelser og behandling.*

En problemstilling som gjaldt Nav som henviser ble reist, og den praksisen som har utviklet seg ved at Nav henviser til undersøkelser og behandling hos leger og psykologer. Det ble hevdet av en av informantene at konsekvensen av dette var at Nav derved tar rollen som fastlege, at det da ofte går veldig galt. Det ble sagt at et slikt system mangler kvalitetssikring.

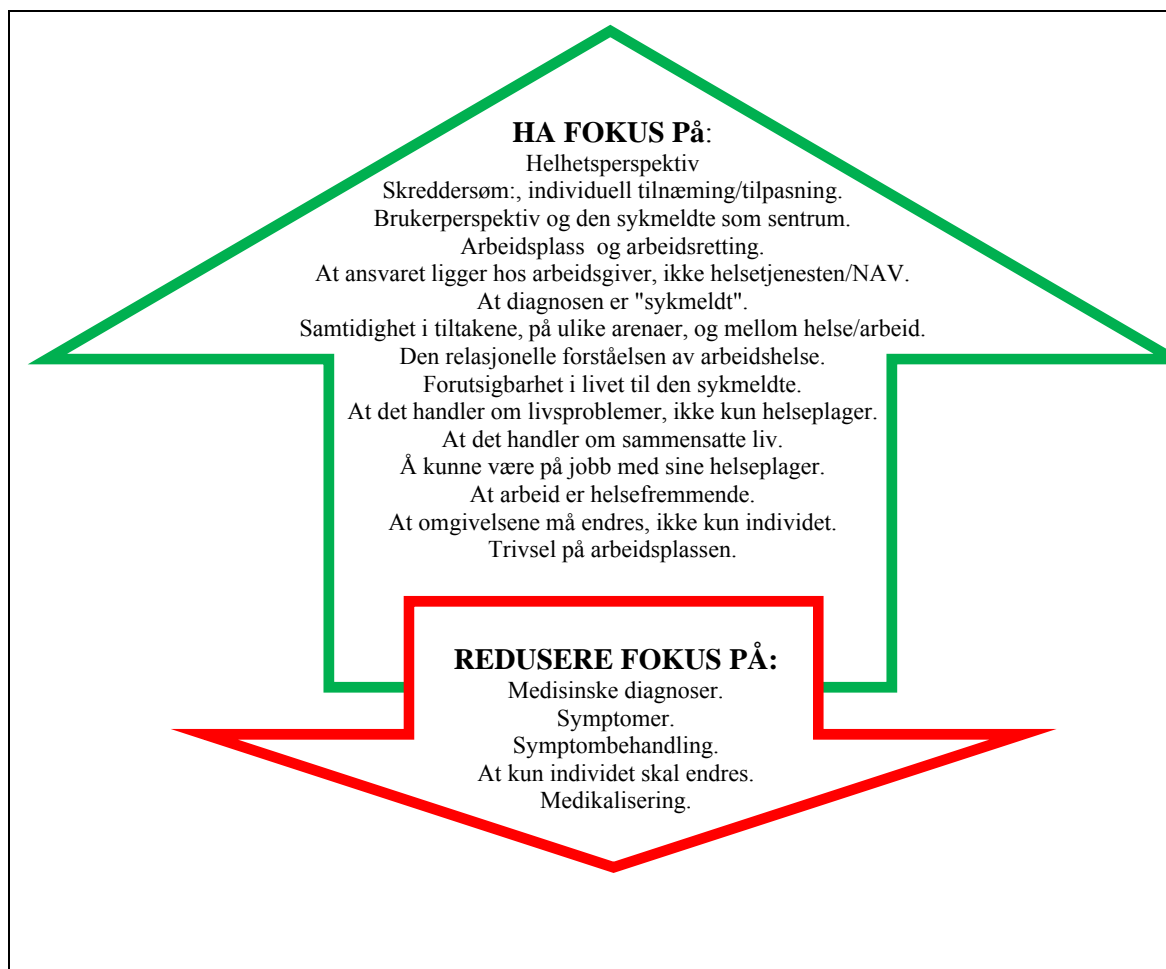
Endringsforslag

- *Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.*

Et konkret forslag som ble reist var knyttet til at fastlegen oftere bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen til raskere-tilbake tilbud. Det ble sagt at der dette fungerer, kan en diskutere hvilken form for tilbud som kan være gunstig for den enkelte. Det ble også påpekt at fastlegen bør sikre at alt som kan gjøres lokalt bør være gjort, før en henviser og ber om hjelp hos spesialisthelsetjenesten.

4.1.7 Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte

Hva skal behandling og rehabiliteringstilbud til sykmeldte fokusere på? Dette var et tema som i betydelig grad ble vektlagt i intervjuet. Figuren under viser hva aktørene mente at et godt tilbud til sykmeldte burde og ikke burde fokusere på. Det kom implisitt frem en oppfatning av at tilbudet i dag ikke er innrettet slik det bør være, og at dette kreves et paradigmeskifte i hvordan alle aktører, men spesielt helsetjenesten forholder seg til sykmeldte.



Figur 1 Hva tilbudet til sykmeldte bør fokusere på fremover

Problemstillinger

- *Tilbudet til sykmeldte er i dag er for preget av diagnose og symptomtekning, symptombehandling og medikalisering*

Informantene var opptatt av denne problemstillingen. Det ble tatt til orde for at symptommelindring ikke er det samme som å komme tilbake til jobb, og at fokus på behandling lett kan føre til feil tilnærming til problemene som de fleste sykmeldte har. En uttrykte dette slik: «Så var det det med samtidighet, men det krever både at helsepersonell i mindre grad er symptomrettet og behandlingsrettet på symptomer, og mer opptatt av deltagelse på tross av. Så må vi slutte å snakke om sammensatte lidelser, kanskje heller snakke om sammensatte liv, for det har vi alle sammen. Og alt det vi har i livet vårt det er ikke barrierer for å komme i arbeid, så der er det sånn paradigmeskifte som må skje i helsevesenet.» Det ble hevdet at hvis fokuset er symptombehandling, bidrar det lett til medikalisering av sykmeldte. Videre ble det også uttrykt at dette er i ferd med å endres, men at en ikke er i mål: «Så det har skjedd en stor påvirkning i helsetjenesten på det å ta med arbeidslivsdeltagelse som et tema. Så det har vært fryktelig positivt, og det er litt synd hvis vi nå skal ta ned alt sammen fordi sykefravær ikke har latt seg påvirke i veldig stor grad, for jeg tror det er håp om at det kan komme hvis man får enda mer tid til å skjønne det med hva sykefravær faktisk handler om. Og med en gang man begynner å stille spørsmål om det, og får tak i hva det er, så ser man og mye videre på sykefraværproblematikken enn til dette symptomet. For det har vært

altfor lenge sånn at vi har så høyt fokus på symptomet at folk til slutt blir jo det symptomet og ikke noe annet. Og det er veldig trist.»

- *Tilbudet i dag er for lite rettet mot å være på jobb på tross av helseplager.*

Arbeidsplassen som hovedarena for sykefraværarbeid ble framholdt, og at mye handler om å finne løsninger der slik at en kan være på jobb med sine helseplager. En av informantene fra Nav uttrykte det slik: «... *det er et paradigmeskifte, ansvaret for oppfølging av sykemeldte ligger hos arbeidsgiver... Der man trives går man på jobb med det som er friskt, der man ikke trives så blir man hjemme med det som er sykt. Det er vel det som er det vesentlige*». En annen foreslo humørfyllt at det sies at en bør bytte lege hvis han/hun erklærer deg 100 prosent frisk. Det ble videre påpekt at arbeid er helsefremmende.

- *Tilbudet i dag er for fragmenterte, og lite helhetlige og samtidige*

Et annet tema var knyttet til at det må jobbes mot en samtidighet i tiltakskjeden slik at tilbudet blir mer helhetlig. Det ble sagt at det hjelper lite hvis helsetjenesten overser at den sykmeldte er urolig for hva han eller hun skal leve av fremover. Da må Nav på banen, slik at den sykmeldte kan klare å konsentrere seg om tilbakeføringsprosessen. Tilbud rettet mot helsetilstanden må også gå parallelt og samtidig med tilbud på arbeidsplassen. Samtidighet i tiltakskjeden skaper forutsigbarhet i livet til pasienten.

- *Tilbudene i dag er for lite brukerrettede, individrettede og skreddersydde*

Det ble hevdet at det i dette feltet ikke egner seg med én oppskrift til alle sykmeldte. Tilbudet må ha et tydelig brukerperspektiv, som gjør det mulig å skreddersy et reelt individrettet tilbud der pasienten er et soleklart sentrum, og hvor de som jobber med Raskere tilbake er tilgjengelig for pasienten i prosessen.

Endringsforslag

- *Det kreves et skifte i hvordan tilbudet til sykmeldte skal være utformet.*

På basis av de ulike problemstillingene nevnt over ble det hevdet at vi trenger et paradigmeskifte i hvordan tilbudet til sykmeldte bør være utformet. Det ble sagt at en må være tålmodig, fordi slike endringer tar tid. Eksempelet som ble brukt var endringen i behandling av ryggplager, der det har skjedd et omfattende skifte i hvordan en forstår slike plager blant helsepersonell og folk flest. Det ble sagt at dette nye paradigmet krever at vi jobber ut fra «diagnosen» sykmeldt: «... *jeg har prøvd å friskmelde folk i 30 år og det er utgangspunktet mitt. Fordi jeg tenker at når vi jobber med sykefravær, for det er egentlig det vi gjør i Raskere- tilbake ordningen, så er det det som er diagnosen, det er ikke sykdommen. Så det å kalle det behandling, det blir for meg feil.*»

4.1.8 Tilbudets kompetanse

En rekke ulike temaer kom frem på de gule lappene, men også under selve intervjuet, som berørte hvilken kompetanse tilbudene kan og bør ha. Noen var også opptatt av hvilken plass forskningsbasert kunnskap bør ha i tilbudene.

Problemstillinger

- *Det er relasjonen en utvikler som er viktigst.*

En av brukerrepresentantene uttrykte at vi må ha fokus på relasjoner som skapes mellom behandler/tilbyder og mottaker, det er det som er viktig, hevdet hun, ikke hvilken profesjonsbakgrunn og fagkompetanse vedkommende har. Det ble videre sagt at

vi må fokusere på bygging av relasjoner innen dette feltet, og at det må skje i alle ledd fra bestiller til veileder. Det ble hevdet at vi mangler den relasjonelle forståelsen av arbeidshelse.

- *Det er uenighet om Raskere tilbake har effekt på sykefraværet.*

At vi ikke har entydig forskningsbasert kunnskap om raskere- tilbake tilbudene har effekt ble også debattert. Det ble hevdet at det kommer tydelig frem i enkelttilbud at noen tilbud har effekt, men også skepsis til dette ble hevdet. Det ble sagt at vi har store tilbud som hjelper veldig mange, og at slike tilbud kun reduserer ventelistene til helsetjenesten. Videre ble det hevdet at det kun er arbeidsmarkedet og den generelle økonomiske situasjonen som har betydning for sykefraværet, ikke helsetilstanden og behandlingstilbudet.

- *Kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene savnes.*

Et annet tema som handlet om kompetanse, var at det må gjøres kostnads-effektivitetsmålinger på tilbudene. En hevdet at dette har vært etterlyst siden 2008.

- *Raskere- tilbake ordningen er for lite kjent.*

Svært mange var opptatt av at det finnes for lite kunnskap om raskere- tilbake tilbudene hos Nav, brukerorganisasjonene, hos personer med psykiske problemer, fastlegene, hos bedriftshelsetjenesten, arbeidsgiverne og hos Nav Arbeidslivssentra. Hvis bedriftshelsetjenesten og Nav Arbeidslivssentra får mer kunnskap kan de hjelpe arbeidsgiverne i å ta i bruk dette tilbudet.

Endringsforslag

- *Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene.*

Et kompetansebehov som ble uttrykt var at det som Nav Arbeidslivssentra har jobbet med å implementere på arbeidsplassene siden 2001, nå også må spres hos fagfolk. Arbeidsgivere i store og mellomstore bedrifter har kunnskap om inkluderende arbeidslivs fundament. En mente at nå er det fagfolkens tur til «å bli omvendt».

- *Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har må involveres mer i Raskere- tilbake ordningen.*

Det kom innspill som omhandlet at det i dag er en manglende bruk og involvering av bedriftshelsetjenesten i etterkant av raskere- tilbake tilbudene, og at dette bør forbedres. Et mye diskutert tema som handlet om kompetanse, var derved knyttet til bedriftshelsetjenestens bidrag inn i Raskere- tilbake ordningen, spesielt vurderinger før og etter at den ansatte har fått et raskere- tilbake tilbud. En sa at: «... men vi savner da å få tilbake informasjon sånn at vi kan følge opp den personen i ettertid [av RT-tilbud]. Og kanskje få vite hva de har jobbet med, ved langvarige tilbud kan det være holdningsskapende arbeid. Hvordan kan vi følge opp det som gjør at personen endrer både adferd og holdninger i forhold til det å være syk eller plagene sine (...)... så vi mister de på en måte hvis vi ikke vi selv tar tak i det da, og da skulle jeg ønske at det var stilt mer krav til at bedriftshelsetjenesten skal involveres, for det tror jeg vil styrke kvaliteten». Det ble sagt at dette krever en tydeliggjøring av rolle og kompetanse for bedriftshelsetjenesten. En mente at bedriftshelsetjenesten burde bruke mer tid fremover på sykefravær, heller enn å gå vernerunder. Dette kan arbeidsgiver gjøre selv, ble det sagt. Dette krever konkretisering i forskrift om bedriftshelsetjenesten. Det kom også

frem synspunkter på at bedriftshelsetjenesten heller bør fortsette å jobbe forebyggende og forhindre sykefravær.

- *Alle sykmeldte bør være ferdig tverrfaglig utredet i løpet av fire uker.*

En av forskerne foreslo at det bør stilles krav til at alle sykmeldte er ferdig utredet av fastlege og legespesialister innen fire uker etter at en blir sykmeldt.

- *Brukerkompetanse må oftere tas med i planlegging og styring av tilbudene.*

Et annet tema var i større grad å involvere brukerkompetanse i planlegging, utvikling og styring av tilbudene. Dette var det noen som allerede hadde erfaring med.

- *Det er behov for å drive med mer utveksling av kompetanse og kunnskap mellom tiltakene og leverandørene.*

Det ble sagt at det i dag skjer for lite kunnskapsoverføring mellom tiltakene, og at det bør lages arena for kompetanseutveksling mellom leverandører.

- *Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.*

Det ble fremmet ønske om å få et økt fokus på effektstudier og forskningsbasert vurdering av tilbudene. Det ble hevdet at det er mye i helsetjenesten som ikke virker, og ikke er økonomisk lønnsomt. Et eksempel som ble brukt av en av informantene var: «*Vi har fortsatt takster for fysioterapi på tiltak som vi vet ikke hjelper. Og det er ganske alvorlig*». En annen sa at vi må se på effekten av ulike raskere-tilbake tilbud før de videreføres.

- *Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.*

Å bygge opp tilbud i spesialisthelsetjenesten til de med lettere psykiske lidelser var omdiskutert blant fastleger. Det ble sagt at: «*Angst og depresjon, det bør behandles av fastlegen eller i kommunen. Det er ingen sak å skolere fastleger til å håndtere dette. [...] Legeforeningen har skolert noen hundre fastleger gjennom ganske omfattende opplæring til å håndtere dette*».

- *Raskere- tilbake ordningen må gjøres mer kjent blant ulike grupper.*

Det ble ytret ønske om at Raskere-tilbake ordningen må gjøres mer kjent blant en rekke ulike grupper som Nav, brukerorganisasjonene, hos personer med psykiske problemer, fastlegene, hos bedriftshelsetjenesten, arbeidsgiverne og hos Nav Arbeidslivssentra.

- *Tilbudene har behov for evidens om hva studier har vist at er effektivt på tilbakeføring.*

Det ble også uttrykt at mange tilbud ikke har tilgang til eller kunnskap om hva forskning viser er effektive tilbud til ulike grupper sykmeldte. Det ble videre hevdet at slik kunnskap vil påvirke tilbudenes utforming, og innsikten den enkelte fagperson får i møte med den sykmeldte.

- *Forskningsbasert kunnskap om hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt.*

Mye forskning er gjort for å identifisere hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uføretrygd. En av informantene var opptatt av at denne kunnskapen må tas i bruk for å identifisere hvem som trenger hvilke tiltak. Spesielt er det viktig å identifisere de som

trenger sammensatte tiltak ble det sagt. Disse må få et tilbud, og de er så langt stemoderlig behandlet i Norge ble det hevdet.

4.2 Resultater fra runde II: Kvantitativ studie

Først vil det gis en oversikt over hovedresultatene fra den kvantitative runden. Deretter vil det bli gitt en mer detaljert presentasjon av påstandene, sorter innenfor hvert enkelt av de syv temaområdene som ble identifisert i den kvalitative runden. I og med at denne runden omhandlet påstander som kom frem i ekspertkonferansen, ble også informantene spurt om det var andre problemstillinger og endringsforslag som de savnet i spørreskjemaet. Det var nesten ingen nye problemstillinger som kom frem.

4.2.1 Oversikt over resultatene

Til sammen ble 93 påstander testet i undersøkelsen. Blant *alle som svarte* var det konsensus om at en var enige i 28 av påstandene, mens det i samlet gruppe ikke ble oppnådd konsensus for at en var uenig i noen av påstandene. Derved var det ikke konsensus hverken for eller mot hele 70 prosent av påstandene.

Tabell 6 Oversikt over antall påstander og andelen det var konsensus om

#	Tema	Antall testede påstander		Konsensus blant alle		Konsensus blant grupper		Ikke konsensus	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Overordnet organisering	25	100	8	32	21	84	4	16
2	Om mottakerne av tilbudet	24	100	9	37	19	79	5	21
3	Om tilbudenes varighet	6	100	1	17	4	67	2	33
4	Samhandling og koordinering mellom aktørene	9	100	2	22	7	78	2	22
5	Henvvisning til tilbudet	6	100	0	0	4	67	2	33
6	Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte	10	100	0	0	10	100	0	0
7	Tilbudenes kompetanse	13	100	8	62	12	92	1	8
	<i>Totalt</i>	<i>93</i>	<i>100</i>	<i>28</i>	<i>30</i>	<i>77</i>	<i>83</i>	<i>16</i>	<i>17</i>

Note: N= antall

Tabell 7 viser oversikt over problemstillingene i spørreundersøkelsen som oppnådde konsensus når hele gruppen av respondenter ble analysert samlet, og for utvalgte undergrupper. Samlet sett for alle som svarte var det kun konsensus for to ulike problemstillinger (markert grønt). Tabellen viser også at det var ingen av påstandene som oppnådde samlet konsensus om at en var uenige for hele gruppen respondenter. Imidlertid var det konsensus om uenighet i fire av påstandene blant de som var tilknyttet et raskere-tilbake tilbud. Og når vi ser videre på undergrupper ser vi at det er særlig respondenter som er tilknyttet de regionale helseforetakene som oppnår konsensus om at de er uenige i påstander som er kritiske til tilbudenes fokus og tilnæringsmåte (markert rødt).

Tabell 7 Oversikt over alle problemstillinger som oppnådde konsensus

Problemstillinger	Alle respondenter (N=609)		Tilknyttet RT-tilbud (N=212)		Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)		Nav-folk (N=210)		Helseforetaksfolk (N=155)	
	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	9	80	1	94	15	69	6	87	2	92
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	11	77	18	67	8	83	14	75	14	69
Det er problematisk at en instans i Nav gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i Nav skal følge det opp.	11	66	10	57	11	71	15	51	9	61
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	50	38	74	20	35	49	62	28	74	17
Tilbudene er for lite brukerrettede.	50	30	70	15	39	40	62	16	70	12
Tilbudene er for lite individrettede.	58	27	77	14	47	35	71	15	76	11
Tilbudene er for preget av medikalisering.	55	18	71	10	45	24	67	8	69	10

Noter: *=prosent som er helt uenig/uenig, enig/svært enig. Grønt felt enighet $\geq 70\%$, rødt felt uenighet $\geq 70\%$. Prosentene som ikke er gjengitt svarte nøytral. De som ikke hadde erfaring eller kompetanse til å besvare spørsmålene ble bedt om å svare «vet ikke». Disse ble fjernet fra analysen. RT=Raskere tilbake.

Det ble undersøkt hvordan respondentene stilte seg til om de åtte ulike tilbudstypene innen helseforetakene og Nav skulle fortsette innen Raskere-tilbake ordningen. Tabell 8 viser oversikt over tilbudstyper som respondentene mener bør fortsette innen Raskere-tilbake ordningen. Vi ser at for alle respondentene samlet sett er det helseforetakenes tilbud samt «Arbeidsrettet rehabilitering» gjennom Nav som det oppnås konsensus om at bør fortsette. Det er gruppen av respondenter som er tilknyttet helseforetakene som har laveste andel enige i at tilbudstyper innen Nav bør fortsette.

Tabell 8 Oversikt over tilbudstyper som bør fortsette

Tilbudstyper som bør fortsette innen Raskere tilbake	Alle respondenter (N=609)		Tilknyttet RT ⁺ -tilbud (N=212)		Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)		Nav-folk (N=210)		Helseforetaksfolk (N=155)	
	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*
Behandling og rehabilitering – psykiatri (RHF) bør få fortsette innenfor denne ordningen	8	78	5	80	10	77	8	76	3	87
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF) bør få fortsette innenfor denne ordningen	7	77	5	71	8	79	8	72	6	77
Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF) bør få fortsette innenfor denne ordningen	8	76	7	75	9	77	9	74	7	79
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF) bør få fortsette innenfor denne ordningen	7	75	4	76	9	75	9	69	4	82
Arbeidsrettet rehabilitering (Nav) bør få fortsette innenfor denne ordningen	12	70	11	68	12	72	10	77	12	63
Oppfølging (Nav) bør få fortsette innenfor denne ordningen	14	66	12	59	14	70	13	68	13	54
Avklaring (Nav) bør få fortsette innenfor denne ordningen	14	66	13	59	14	70	12	71	15	53
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (Nav) bør få fortsette innenfor denne ordningen	23	60	19	64	26	57	20	72	20	61

Noter: *=prosent som er helt uenig/uenig, enig/svært enig. Grønt felt enighet $\geq 70\%$, rødt felt uenighet $\geq 70\%$. Prosentene som ikke er gjengitt svarte nøytral. De som ikke hadde erfaring eller kompetanse til å besvare spørsmålene ble bedt om å svare «vet ikke». Disse ble fjernet fra analysen. RT=Raskere tilbake.

I spørreundersøkelsen skulle respondentene også ta stilling til hvilke målgrupper som bør få et tilbud innen Raskere-tilbake, både når det gjelder fraværstatus og når det gjelder diagnosegrupper. Av de atten påstandene knyttet til målgruppe var det sju som oppnådde konsensus om at man er enige i en samlet respondentgruppe. Det var med andre ord 61 prosent av påstandene som ikke oppnådde konsensus verken for eller imot samlet sett. Tabell 9 viser en oversikt over påstandene som oppnådde konsensus blant alle respondenter samt utvalgte undergrupper.

Tabell 9 Oversikt over målgrupper som bør få et tilbud innen Raskere tilbake

Målgrupper som bør få et tilbud innen Raskere tilbake	Alle respondenter (N=609)		Tilknyttet RT-tilbud (N=212)		Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)		Nav-folk (N=210)		Helseforetaksfolk (N=155)	
	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*
Langtidssykemeldte (fra 8 uker - 6 mnd.) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	6	90	3	96	7	87	6	91	2	96
Sykmeldte med lettere psykiske lidelser (angst/depresjon) bør få et tilbud innen Raskere- tilbake ordningen	5	88	3	93	6	85	5	89	2	93
Sykmeldte med sykdommer i muskel/skjelett/bindevev bør få et tilbud innen Raskere- tilbake ordningen	5	87	4	90	6	86	6	85	4	89
Sykmeldte med uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak) bør få et tilbud innen Raskere- tilbake ordningen	8	82	5	86	10	79	8	82	5	84
Langtidssykemeldte (fra 6 mnd.- 1 år) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	9	82	8	84	9	81	9	82	9	83
De som står i fare for å bli sykmeldt bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	13	78	6	88	17	71	11	79	6	88
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	15	76	10	86	18	71	10	83	9	86
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	24	65	17	72	28	61	20	71	15	74

Noter: *=prosent som er helt uenig/uenig, enig/svært enig. Grønt felt enighet $\geq 70\%$, rødt felt uenighet $\geq 70\%$. Prosentene som ikke er gjengitt svarte nøytral. De som ikke hadde erfaring eller kompetanse til å besvare spørsmålene ble bedt om å svare «vet ikke». Disse ble fjernet fra analysen. Forkortelser: RT=Raskere tilbake.

Blant de 34 endringsforslagene, var det 14 som oppnådde konsensus i en samlet respondentgruppe om at en var enig (se tabell 10). Det var 59 prosent av endringsforslagene der en ikke oppnådde konsensus verken for eller imot i samlet respondentgruppe. I en rekke av disse oppnådde en likevel konsensus i undergrupper. Vi ser at det kun er ett endringsforslag som oppnår konsensus om uenighet i tabellen. Det er de som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud samt de som er tilknyttet helseforetakene som er mest uenig i at Raskere-tilbake ordningen bør legges ned.

Tabell 10 Oversikt over alle endringsforslag som oppnådde konsensus

Endringsforslag	Alle respondenter (N=609)		Tilknyttet RT-tilbud (N=212)		Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)		Nav-folk (N=210)		Helseforetaksfolk (N=155)	
	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*	Uenig*	Enig*
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	3	90	2	90	3	91	4	89	4	87
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	2	90	2	94	2	88	1	91	2	92
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.	5	85	4	84	5	86	4	85	2	85
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva som er effektivt for tilbakeføring.	5	82	6	85	4	81	5	83	7	86
De beste tilbudene bør gjøres permanente ut fra dokumenterte resultater.	11	80	12	81	11	79	15	75	8	87
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	12	77	17	68	9	82	16	74	13	68
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	13	76	13	77	13	76	11	79	14	75
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere- tilbake ordningen.	7	76	10	69	4	81	7	72	7	71
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	5	76	5	78	5	74	7	69	3	76
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	20	73	20	77	20	71	18	73	13	83
Forskningsbasert kunnskap om risiko-grupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	8	73	9	76	8	71	8	73	7	78
Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	17	72	13	80	19	70	12	81	11	78
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	20	71	17	70	21	71	14	75	15	72
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	4	71	2	72	6	70	5	66	2	70
Det bør utvikles en RT-ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	21	69	17	71	24	67	18	66	12	76
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	18	68	15	65	20	70	13	71	13	70
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	13	68	18	59	10	73	16	63	14	62
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	13	66	17	55	11	72	17	56	16	58
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	59	15	74	7	51	19	62	14	71	9

Noter: *=prosent som er helt uenig/uenig, enig/svært enig. Grønt felt enighet $\geq 70\%$, rødt felt uenighet $\geq 70\%$. Prosentene som ikke er gjengitt svarte nøytral. De som ikke hadde erfaring eller kompetanse til å besvare spørsmålene ble bedt om å svare «vet ikke». Disse ble fjernet fra analysen. RT=Raskere tilbake.

I de påfølgende kapitler vil resultatene fra hvert enkelt temaområde presenteres. Det vil bli gitt en oversikt over påstandene som ble testet i den kvalitative runden der en oppnådde konsensus, både hos alle respondenter samlet sett og i de ulike undergruppene. Tilbudstypene og grupper med mindre enn 10 svar er ikke tatt med.

4.2.2 Overordnet organisering

4.2.2.1 Oversikt over resultatene

I alt 21 påstander oppnådde konsensus innen temaområdet «overordnet organisering». For åtte av disse var det konsensus når alle svarte, samlet sett. Det var i alt 25 påstander innen temaområdet som ble testet, og 16 prosent av disse oppnådde verken konsensus for eller imot. Tabell 11 viser oversikt over påstandene som oppnådde konsensus hos alle respondenter.

Tabell 11 «Overordnet organisering» -påstander med konsensus* hos alle som svarte

%	Påstander
78	Tilbudet Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF) bør få fortsette innenfor RT-ordningen
77	Tilbudet Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF) bør få fortsette innenfor RT-ordningen
76	Tilbudet Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF) bør få fortsette innenfor RT-ordningen
75	Tilbudet Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF) bør få fortsette innenfor RT-ordningen
73	Raskere-tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.
72	Raskere-tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.
71	Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.
70	Tilbudet Arbeidsrettet rehabilitering (Nav) bør få fortsette innenfor RT-ordningen

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand. RT=Raskere tilbake

4.2.2.2 Er Raskere- tilbake ordningen målrettet, stabil og strukturert?

Tabell 12 viser oversikt over påstander som omhandlet Raskere-tilbake ordningens målrettethet, stabilitet og struktur og som oppnådde konsensus i ulike undergrupper. Ingen av disse påstandene oppnådde konsensus i samlet respondentgruppe.

Tabell 12 Påstander med konsensus* som omhandler målrettethet, stabilitet og struktur

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.		Koordinatorer RT i RHF, Psykologene
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	BHT, Undervisere/forskere, Samfunnsvitere.	
RT-ordningen er ustrukturert.	BHT, Sosionomene, Samfunnsvitere	Psykologene
At RT-tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Helseprofesjonene.	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand. RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten.

En rekke påstander omhandlet hvordan Raskere-tilbake ordningen fungerer per i dag. Den første påstanden lød; «*Raskere-tilbake ordningen mangler tydelige mål*». Det var en overvekt av informantene som var uenige i dette, men det var ikke konsensus for dette, samlet sett. For noen enkeltgrupper var det imidlertid konsensus om at en var *uenige* i dette. Dette gjald psykologene (83%) og Raskere-tilbake koordinatorene i helseforetakene (75%). Blant tilbudene oppnådde de som representerte tilbudene «Behandling lettere psykiske/sammensatte lidelser» (78%), «Rehabilitering i sykehus – somatikk» (70%) og «ARR i opptreningsinstitusjon» (70%) også konsensus⁶. De som var tilknyttet raskere-tilbake tilbud var mer uenige i dette (66%) enn de andre gruppene, samlet sett (40%). Arbeidsplassaktørene var mest *enige* i denne påstanden; bedriftshelsepersonell (52%), arbeidstakerne (47%) og arbeidsgiverne (45%).

Selv om cirka halvparten var enige i påstandene «*Raskere-tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet*» og at «*Raskere-tilbake ordningen er ustrukturert*» var det ikke konsensus for disse i noen av de store grupperingene. For mindre grupper var det konsensus for den første påstanden blant bedriftshelsepersonell (77%), undervisere/forskere (74%) og samfunnsvitere (74%). For den andre påstanden var det konsensus for at en var enig blant samfunnsvitere (75%), bedriftshelsepersonell (70%) og sosionomer (70%). De som var tilknyttet raskere-tilbake tilbud var noe mindre enige i påstandene enn resten av de som svarte. Helseforetaksfolk var også mindre enige enn Nav-folk. De som var mest uenige i påstandene var psykologene, der det var konsensus for at en var *uenig* i at Raskere-tilbake ordningen er ustrukturert (70%).

Den neste påstanden handlet om tilbudenes organisering i helseforetakene: «*At raskere-tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte*». Hver tredje var enig i denne påstanden. Det var derved ikke konsensus for dette samlet sett. Det var imidlertid konsensus blant en rekke grupper som helseprofesjonene, bedriftshelsepersonell, ergoterapeuter, fysioterapeuter, vernepleiere, undervisere/forskere, de som jobber innen raskere-tilbake tilbudene i helseforetakene, samt tilbudene «Arbeidsrettet rehabilitering» i Nav. Få var uenige i denne påstanden, samlet gjaldt dette kun 15 prosent av alle. Årsaken til at det ikke ble konsensus for enighet om denne påstanden var derfor at mange svarte «nøytral».

4.2.2.3 Erfares det problemer med overlapping og overbehandling?

Tre påstander handlet om utfordringer knyttet til mulig overlapping mellom tilbud i Nav og helseforetakene. Ingen av disse oppnådde konsensus i samlet respondentgruppe, men to av dem oppnådde konsensus i enkelte undergrupper. Tabell 13 viser oversikt over påstandene som oppnådde konsensus.

⁶ Tilbudstyper med oppnådd konsensus er beskrevet kun i teksten og ikke i tabellene (Se vedlegg 3 for detaljer)

Tabell 13 Påstander med konsensus* som omhandler overlapping og overbehandling

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og Nav.	Koordinatorer RT i Nav	
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.		Psykologene, Sosionomene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake

Påstanden «*Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og Nav*» var cirka halvparten enig i og en fjerdedel uenig i. Blant Raskere-tilbake koordinatorene i Nav og helseforetak, departement/ direktorat, samt blant henviserene til helseforetakenes tilbud var det imidlertid en betydelig større andel som var enig i at det finnes overlappende tilbud.

Påstanden «*Det at Nav også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk*» var det svært ulike oppfatninger om, men ingen grupper oppnådde konsensus for å være hverken enig eller uenig i denne påstanden. De som driver raskere-tilbake tilbud i Nav var betydelig mer uenig i dette enn de som driver tilbud for helseforetakene, selv om det også for sistnevnte gruppe var flere som var uenige (42%) enn enige (27%). Blant alle de som svarte som ikke driver tilbud var 44 prosent enige i påstanden, og 34 prosent uenige.

Den siste påstanden «*Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet*» var et flertall uenige i, samlet sett (60%). Det var konsensus for at en var uenig om dette i enkelte mindre grupper som blant psykologer (76%) og sosionomer (89%). Undervisere/forskere, de med lang erfaring, arbeidsgiverrepresentanter, pedagoger og fysioterapeuter var mindre uenige i denne påstanden enn de andre.

4.2.2.4 Bør Raskere-tilbake ordningen videreføres?

Deltagerne ble bedt om å gi deres synspunkter på om Raskere tilbake ordningen bør avvikes eller videreføres. Tabell 14 viser påstandene og hvilke undergrupper som oppnådde konsensus i disse spørsmålene.

Tabell 14 Påstander med konsensus* som omhandler videreføring av Raskere-tilbake

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, BHT, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Alle erfaringsgruppene.	
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.		Tilknyttet RT-tilbud, Helseforetaks-folk, Psykologene, Sosionomene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige. RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

De tok først stilling til påstanden «*Raskere-tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt*». Blant alle var 72 prosent enige/helt enige i dette. Det ble oppnådd konsensus både blant de som jobber i raskere-tilbake tilbudene (80%), men også blant de andre informantgruppene samlet sett (70%). Det var noe mer enighet om dette blant de som var tilknyttet Nav som leverandører eller ansatt (81%), enn de fra helseforetakene (78%). Kun 3 av 10 informanter fra raskere-tilbake tilbudene hadde imidlertid valgt å besvare dette spørsmålet. De mest enige i denne påstanden var Nav-folk (81%), der spesielt henvisere fra Nav (84%) var enige. Ellers var det høy grad av enighet blant fysioterapeutene (85%) og bedriftshelsepersonell (77%).

Påstanden «*Raskere-tilbake ordningen bør legges ned*» var det mange flere som besvarte, enn påstanden over. Her svarte 59 prosent at de var uenige i påstanden, mens 15 prosent var enige. Det var derved ikke konsensus samlet sett, bortsett fra for enkelte undergrupper. Blant de som var tilknyttet et raskere-tilbake tilbud var 74 prosent uenig i påstanden, og aktører fra Nav-tilbudene og helseforetakstilbudene hadde cirka samme andel. Blant de andre gruppene samlet, var 51 prosent uenige og 19 prosent enige i påstanden. Blant profesjonsgruppene var det kun blant sosionomene (75%) og psykologene (81%) at det var *konsensus* for at en var *uenig* i påstanden, men i alle de andre profesjonsgruppene var flertallet uenige i at ordningen bør legges ned.

4.2.2.5 *Hvordan bør Raskere-tilbake ordningen utvikles videre?*

Noen påstander omhandlet fremtiden for Raskere-tilbake ordningen, og det ble oppnådd konsensus i alt fem av disse påstandene, hvorav to i hele gruppen av respondenter. Tabell 15 viser oppnådd konsensus om at en var *enige i påstandene*. Ingen av disse påstandene om utviklingen av ordningen videre oppnådde konsensus om at en var *uenige*.

Tabell 15 Påstander med konsensus* som omhandler utviklingen av ordningen videre

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Det bør utvikles en Raskere-tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	Tilknyttet RT-tilbud, Helseforetaks-folk, Henviser Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene
Raskere- tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped./samfunnsfag, Alle erfaringsgruppene
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i RHF, Koordinatorer RT i Nav, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped./samfunnsfag, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Raskere- tilbake tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, BHT, Ergoterapeutene, Legene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og Nav.	Henvisere RHF, Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Pedagogene, Sosionomene, Lang erfaring ≥ 10 år.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige. RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten.

Den første påstanden aktørene skulle ta stilling til var «*Det bør utvikles en Raskere-tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to*». I alt var 69 prosent enige i denne påstanden mens 21 prosent var uenige. Helseforetaksfolk (76%) var noe mer enige i dette enn Nav-folk (66%). De som var mest enige i dette var fysioterapeutene (87%), de fra helseforetakstilbudene (78%), bedriftshelsepersonell (76%), helseprofesjonene (74%), arbeidsgiverne (72%) og henviserne i Nav (72%). De som var mest uenige i dette var arbeidstakerne og samfunnsviterne, der cirka 40 prosent var uenige i påstanden.

Et annet alternativ som ble foreslått i ekspertkonferansen var at «*Tilbudene i Nav bør fases ut, og Raskere-tilbake ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten*». Her fordelte en tredjedel seg på svarene «enig», «uenig» og «nøytral». Det var derved tydelig at det ikke var konsensus hverken for eller mot dette forslaget. Mest enig var de som driver helseforetakstilbud, henvisere til helseforetakstilbudet, samt leger og psykologer der ca. 50 prosent var enige. De mest uenige var samfunnsviterne (46%), sosionomene (44%) og Nav-tilbudene (42%). Et interessant resultat var at hele 40 prosent av henviserne til Nav-tilbud var enige i påstanden.

En annen påstand var «*Raskere-tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag*». Det var konsensus blant de som svarte samlet sett, og blant nesten alle grupper, inkludert de som jobber i Nav-tilbudene (76%) om at en var enig i påstanden. Spesielt var alle helseforetakstilbudene (86%), pedagogene

(85%) og helseprofesjonene samlet sett (79%) enige i dette. Ett unntak var de med koordineringsoppgaver for Raskere-tilbake ordningen i helseforetakene, der bare 55 prosent var enige.

Påstanden «*Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud*» handlet om krav til fremtidens tilbud. Det var konsensus for at en var enig i denne påstanden (71%). Det var også konsensus i de fleste undergruppene, inkludert de som er tilknyttet tilbudene (70%). Spesielt var bedriftshelsepersonell enige i dette (76%), samt de som driver med arbeidsrettet rehabilitering samlet sett (74%), men her ser vi et skille mellom ARR for Nav (78%) og ARR i helseforetakene (67%). Blant helseprofesjonene mente 80 prosent dette, mens for sosial-/pedagogikk-/samfunnsfaggruppene var 61 prosent enige.

«*Antallet som driver raskere-tilbake tilbud bør reduseres*» var det ikke konsensus for hverken enighet eller uenighet om dette, der 41 prosent var enig og 35 prosent var uenig samlet sett. Av de som var mest enige var pedagoger (52%), de innen undervisning/forskning dette feltet (48%), de som driver arbeidsrettet rehabilitering både for Nav og for helseforetak (50%), Nav-folk (48%), de med erfaring over 10 år (45%) og leger (46%). De som var mest uenige var psykologene (56% var uenig).

Påstanden «*Raskere-tilbake tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet)*» var det nesten konsensus for at en var enig i (69%), samlet sett. Det var konsensus i en rekke undergrupper. Helseprofesjonene var generelt betydelig mer enig i dette (73%), enn de fra sosial/pedagogiske/samfunnsvitenskapelige fag (55%). Spesielt var leger (85%) og bedriftshelsepersonell (78%) positive til forslaget.

To endringsforslag omhandlet mer desentralisering av tilbudene; «*Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og Nav*» og «*Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/interkommunale Raskere-tilbake sentra*». Selv om det var en overvekt (64% og 52%) av informanter som var enige, var det ikke konsensus for de samlet sett. Det var imidlertid konsensus blant gruppene som driver «*Medisinsk og kirurgisk behandling*», leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger, sosionomer og bedriftshelsepersonell. De med lengst erfaring var mest positive til disse forslagene.

4.2.2.6 Hvilke Raskere-tilbake tilbud bør fortsette?

Respondentene i spørreundersøkelsen skulle ta stilling til hvilke tilbud innen Raskere-tilbake ordningen de mente burde få fortsette. Samlet for alle respondenter var det konsensus om at man er enige om at alle helseforetakenes tilbud burde fortsette, mens for Nav sine tilbud var det kun tilbudet «*Arbeidsrettet rehabilitering*» som oppnådde konsensus. Tabell 16 viser oversikt over påstandene og hvilke grupper hvor det ble oppnådd konsensus om at en var enige i at tilbudene bør fortsette.

Tabell 16 Påstander med konsensus* som omhandler tilbud som bør fortsette

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Tilbudet Oppfølging (Nav) bør få fortsette innenfor RT-ordningen	Ikke tilknyttet RT-tilbud, Henviser Nav, Arbeidsgiverne, BHT, Pedagoger, Sosionomer, Adm./led./økonomifag, Sosial/ped/samfunnsfag
Tilbudet Avklaring (Nav) bør få fortsette innenfor RT-ordningen	Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Henvisere RHF, Henvisere Nav, Arbeidsgiverne, BHT, Pedagoger, Sosionomer, Adm./led./økonomifag, Sosial/ped/samfunnsfag
Tilbudet Arbeidsrettet rehabilitering (Nav) bør få fortsette innenfor Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Henvisere RHF, Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Sosial/ped/ samfunnsfag, Mellomlang erfaring 5-9 år og Lang erfaring ≥ 10 år.
Tilbudet Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (Nav) bør få fortsette innenfor Raskere- tilbake ordningen	Nav-folk, Henvisere RHF, Henvisere Nav
Tilbudet Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF) bør få fortsette innenfor Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Tilbudet Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF) bør få fortsette innenfor Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Tilbudet Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF) bør få fortsette innenfor Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Tilbudet Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF) bør få fortsette innenfor RT-ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Leder/HR/HMS, arb.giv.org., Arbeidstakerne, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Sosionomene, Helseprofesjonene, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

For Nav sine tilbud «Avklaring» og «Oppfølging» var det konsensus blant respondentene som ikke var tilknyttet Raskere-tilbake tilbud om at de bør fortsette. Blant Nav-folk er det nesten konsensus om at man er enige (68%) om tilbudet «Oppfølging», og videre er det konsensus om de tre andre Nav tilbudene; «Avklaring» (71%), «Arbeidsrettet rehabilitering» (77%) og «Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser» (72%). Videre oppnår ikke helseforetakenes tilbud «Rehabilitering i sykehus – somatikk» konsensus blant Nav-folk, men tilnærmet med 69

prosent. I alle undergruppeanalyser er det en tendens til enighet om at samtlige eksisterende tilbud både innen helseforetakene og innen Nav bør fortsette, mens det er de som var tilknyttet tilbudene selv som oppnår høyest konsensus om at man er enige om dette. De som er tilknyttet helseforetakenes tilbud er de som er mest skeptiske til Nav sine tilbud, og på den måten skiller disse svarene seg mest ut. Eksempelvis oppnår tilbudene «*Oppfølging*» 44 prosent enighet, og «*Avklaring*» 39 prosent enighet blant de respondentene som er tilknyttet «*Rehabilitering i sykehus – somatikk*».

4.2.3 Om mottakere av tilbudet

4.2.3.1 Oversikt over resultatene

I alt var det 19 av 24 påstander som oppnådde konsensus innen temaet som omhandlet mottakerne av Raskere-tilbake. Det var med andre ord kun 21 prosent av påstandene hvor det verken ble konsensus for eller imot i noen av undergruppene. Tabell 17 viser oversikt over de ni påstandene som oppnådde konsensus i respondentgruppen samlet sett. Det var ingen av påstandene som oppnådde konsensus om enighet i samlet gruppe, som samtidig hadde en undergruppe hvor det var konsensus om at man var uenige.

Tabell 17 «*Mottakerne av tilbudet*» - påstander med konsensus hos alle respondenter

%	Påstander
90	Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen
88	Sykmeldte med Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon) bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen
87	Sykmeldte med sykdommer i muskel/skjelett/bindevev bør få et tilbud gjennom RT-ordningen
82	Langtidssykmeldte (fra 6 mnd.- 1 år) bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen
82	Sykmeldte med uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen
78	De som står i fare for å bli sykmeldt
77	At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.
76	Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen
76	Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.

Noter: RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak

Vi skal videre under temaet om mottakerne av raskere-tilbake tilbudet gå inn på hva de som svarte på denne undersøkelsen mener om påstander som omhandler sykemeldingspraksis, hvilke tilbud som bør fortsette og hvem som skal få Raskere-tilbake i fremtiden.

4.2.3.2 Fungerer dagens sykemeldingspraksis?

Det var i alt seks påstander som omhandlet ulike aspekt ved sykemeldingspraksis som ble testet i denne spørreundersøkelsen. Fire av disse oppnådde konsensus, hvorav to for samlet gruppe respondenter. Tabell 18 viser oversikt over påstandene som oppnådde konsensus og for hvilke undergrupper dette gjaldt.

Tabell 18 Påstander med konsensus* som omhandler sykemeldingspraksis

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Sykepleierne, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Lang erfaring ≥ 10 år.
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	Leder/HR/HMS, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	Alle respondenter, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, henviser RHF, Henviser Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

For påstandene «*Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser*» og «*At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene*» var konsensus for blant alle samlet, men også i nesten alle grupperinger.

At «*Arbeidsplassen bør overta mer av sykemeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver*» var det imidlertid mer ulike meninger om, der 49 prosent var enige og 31 prosent uenige. For ingen grupper ble det oppnådd konsensus hverken mot eller for forslaget. De som var mest enige til dette var henviserne til helseforetakene (68%) som jo også er sykmeldere, samt fysioterapeutene (65% enig). Minst enige var koordinatorene for Raskere tilbake i helseforetakene (37%) og psykologene (23% enig). Blant arbeidsgiverne selv var det like mange som var enige og uenige (ca. 43%).

For påstanden «*Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises*» var 65 enige og 20 prosent uenige i dette blant alle som svarte, men det var store forskjeller mellom gruppene. Det var flere grupper det var konsensus blant om at de var enige i dette. Dette gjaldt de fra arbeidsgiverrepresentantene, bedriftshelsetjenesten, de som driver arbeidsrettet rehabilitering for helseforetakene, koordinatorene i Nav og forskere/undervisere. Det var konsensus blant en rekke av profesjonsgruppene også: samfunnsviterne, vernepleierne, ergoterapeutene, sykepleierne og de med økonomisk/administrativ/ledelsesbakgrunn. De som var mest uenige i dette var psykologene (47% uenig), legene (35% uenig) og henviserne til helseforetakene (39% uenig).

4.2.3.3 Hvem skal få Raskere-tilbake tilbud fremover?

Respondentene skulle videre ta stilling til hvilke grupper som bør få et tilbud fremover, både med henhold til fraværstatus og meg henhold til sykdomsbilde. Tabell 19 viser oversikt over påstander knyttet til fraværstatus, og alle sju gruppene det ble spurt om i undersøkelsen oppnådde konsensus for enighet eller uenighet i flere undergrupper.

Tabell 19 Påstander med konsensus* om fraværsgupper som bør få et tilbud

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Personer på uføretrygd bør få et tilbud gjennom RT-ordningen		Koordinatorer RT i Nav, Legene
Personer på arbeidsavklaringspenger bør få et tilbud gjennom RT-ordningen	Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Ergoterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Langtids-sykemeldte (fra 6 mnd.- 1 år) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/ samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Langtids-sykemeldte (fra 8 uker - 6 mnd.) bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne., BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/ samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Sykemeldte fra 4-8 ukers sykefravær bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm/ led/ økonomi, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/ samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år og Mellomlang erfaring 5-9 år.	
Sykemeldte fra 0-4 ukers sykefravær bør få et tilbud gjennom RT-ordningen	Tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Undervisere/forskere, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Sosial/ped/samfunnsfag, Andre profesjoner	
De som står i fare for å bli sykemeldt bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år og Mellomlang erfaring 5-9 år og Lang erfaring ≥ 10 år.	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Først ble det spurt om to grupper som per i dag ikke får dette tilbudet. Bare 30 prosent mente at de på *uføretrygd* bør få dette tilbudet. Imidlertid mente hele 69 prosent at de på *arbeidsavklaringspenger* bør få tilbudet. Kun 19 prosent var uenige. De fra økonomi/administrasjon/ledelsesfag, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere, bedriftshelse-personell, arbeidsgivere, arbeidstakere, departement/direktorat, de som jobber med «*Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon*» og alle Navs tilbud oppnådde konsensus for at de mente disse bør omfattes av Raskere-tilbake ordningen fremover. De som driver med «*Behandling og rehabilitering – psykiatri*» i helseforetakene var mest uenige i dette (35%).

Det ble også spurt om hvilke grupper av sykmeldte som bør få dette tilbudet: «*Langtidssykmeldte (fra 6 mnd.- 1 år)*», «*Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)*», «*Sykmeldte (fra 4-8 ukers sykefravær)*» og/eller «*Sykmeldte (fra 0-4 ukers sykefravær)*». Det var konsensus blant alle som svarte at det er de som er sykmeldt fra 4 uker - 1 år som dette tilbudet bør være for. Sterkest konsensus var det for gruppen som er sykmeldt fra 8 uker- 6 måneder, der 90 prosent var enige og 6 prosent uenige. For gruppen med 0-4 ukers sykmelding ga svarene et mer uklart bilde. Der svarte 65 prosent enig, mens hver fjerde var uenig i dette. Arbeidstakerne, arbeidsgiverne, bedriftshelsetjenesten, henviserne til både Nav og helseforetak hadde alle over 30 prosent «*uenig*»-svar.

Helseforetakenes raskere-tilbake tilbud er også for *de som står i fare for å bli sykmeldt*. Det ble derfor spurt om denne gruppen bør omfattes av fremtidens Raskere-tilbake ordning. Det var konsensus for at disse bør omfattes av ordningen, der 78 prosent svarte at de var enige og 13 prosent var uenige i dette.

Videre skulle respondentene ta stilling til hvilke diagnosegrupper som bør få tilbudet. Tabell 20 viser oversikt over påstandene som oppnådde konsensus samlet for alle respondenter og for ulike undergrupper. Det er kun en av påstandene som oppnår konsensus om uenighet i at denne gruppen pasienter skal få et tilbud gjennom Raskere-tilbake.

Tabell 20 Påstander med konsensus* som omhandler diagnosegrupper som bør få tilbud

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Sykmeldte med Sykdommer i muskel/skjelett/ bindevev bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm/ led/ økonomi, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Sykmeldte med Uspesifikke plager i muskel/skjelett/ bindevev (uten patologisk årsak) bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, helseforetaks-folk, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm/ led/ økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/ samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Sykmeldte med Tyngre psykiske lidelser bør få et tilbud gjennom RT-ordningen		Koordinatorer RT i RHF, Psykologene
Sykmeldte med Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon) bør få et tilbud gjennom Raskere-tilbake ordningen	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Underviser/ forsker, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.	
Sykmeldte med Sykdommer i nervesystemet bør få et tilbud gjennom RT-ordningen	Sykepleierne	
Sykmeldte med Sykdommer i sirkulasjonssystemet bør få et tilbud gjennom RT-ordningen	Sykepleierne	
Sykmeldte med Samsykdommer/ flere sykdommer som opptrer sammen bør få et tilbud gjennom RT-ordningen	Koordinatorer RT i Nav, Undervisere/forskere, Sykepleierne,	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Samlet sett var det konsensus for å gi dette tilbudet til tre av diagnosegruppene; *de med sykdommer i muskel/skjelett/bindevev*, *uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)* og *lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)*. For alle disse var mer en 80 prosent enige. *De med tyngre psykiske lidelser* var det flest som var uenig i at dette tilbudet skulle være for (42 % uenig). For alle andre diagnosegrupper var det flere som var enige enn uenige i at de skulle få dette tilbudet. Det var liten forskjell mellom

Nav-folk og helseforetaksfolk, og mellom de som driver raskere-tilbake tilbud versus de andre om dette spørsmålet. Det var cirka like mange som var enige og uenige i at *alle burde få tilbudet, uansett diagnose*. For påstanden «*De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet*» var det ikke konsensus blant noen grupper, og samlet sett var 23 prosent enige og 44 prosent uenige i dette forslaget.

4.2.4 Tilbudenes varighet

4.2.4.1 Oversikt over resultatene

Informantene skulle ta stilling til varighet på avtaler med leverandører og prosjekter fremover. Det var i alt seks påstander som omhandlet varighet av tilbudene, men kun en av disse oppnådde konsensus i samlet gruppe respondenter. Av påstandene var det 33 prosent som verken oppnådde konsensus for eller imot i noen av gruppene.

4.2.4.2 Hvilken varighet bør Raskere-tilbake tilbudene ha?

Fire av påstandene om varighet oppnådde konsensus i noen av undergruppene, og dette er vist i tabell 21. Det var bare en av påstandene som oppnådde konsensus om enighet.

Tabell 21 Oversikt over oppnådd konsensus* om tilbudenes varighet

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.		Koordinatorer RT i Nav, Fysioterapeutene
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.		Koordinatorer RT i Nav
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.		Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaksfolk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgivere, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring <5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.	

*Noter: Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Respondentene fikk fire tidsbegrensede alternativer som de ble bedt om å se på i sammenheng: «*Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år*», «*Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år*», «*Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år*» og «*Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år*». Mellom fire og fem av ti var uenige i disse forslagene. Det var derved ikke konsensus for noen av disse forslagene. Noen var svært uenige i de forslagene som innebær lengst varighet på avtaler. Dette gjaldt spesielt henvisere og koordinatorer i Nav, der det var konsensus for at en var uenig i så lang varighet på avtaler.

Det var heller ikke konsensus for forslaget om at «*Igangsatte tilbud bør følge IA-avtalens varighet*». Her var cirka en tredjedel uenig, en tredjedel nøytral og en tredjedel enig. Arbeidsgiverrepresentanter, fysioterapeuter og sykepleiere var mest enig i denne

påstanden. Henvisere til både helseforetak og Nav, koordinatorene fra Nav, samfunnsvitere, sosionomer og leger var mest *uenige* i dette (ca. halvparten var uenig).

Forslaget «*De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater*» var det stor oppslutning om. Åtti prosent var enige i denne påstanden, der helseforetaksfolk var noe mer enige (87%) enn Nav-folk (75%). De enkeltgrupper med sterkest grad av konsensus var koordinatorene i helseforetakene (94%), henvisere til helseforetakenes tilbud (90%), undervisere/forskere innen feltet (87%), de med utdanning innenfor administrasjon/ledelse/økonomifag (86%), bedriftshelsepersonell (84%), helseprofesjonene (82%) og arbeidsgiverrepresentantene (80%).

4.2.5 Samhandling og koordinering mellom aktørene

4.2.5.1 Oversikt over resultatene

Under temaområdet samhandling og koordinering ble det reist ni påstander om samarbeid mellom ulike aktører om oppfølging av sykmeldte og Raskere-tilbake ordningens koordinering. Kun to av påstandene oppnådde konsensus i samlet respondentgruppe, og disse er vist i tabell 22. Det var ingen påstander som oppnådde konsensus om *uenighet* i dette temaområdet.

Tabell 22 Oversikt over oppnådd konsensus* om samhandling og koordinering

%	Påstander	Grupper med konsensus om enighet
77	Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	Alle respondenter, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
85	Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Underviser/ forsker, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ ped/ samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

4.2.5.2 Hvordan fungerer samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav?

Tabell 23 viser oversikt over påstandene som oppnådde konsensus i enkelte av undergruppene når det gjelder hvordan samhandling og koordinering fungerer per i dag.

Tabell 23 Påstander med konsensus* som omhandler samhandling i dag

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra Nav.	Arbeidstakere
Det er problematisk at en instans i Nav gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i Nav skal følge det opp.	Ikke tilknyttet RT-tilbud, Henviser RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Helseprofesjonene.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Den første påstanden respondentene skulle ta stilling til var om «*Samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap*». Det ble ikke samlet konsensus i gruppen for dette, men en tendens mot enighet (54%). Den eneste gruppen som oppnådde konsensus om denne påstanden var departement/direktorat (71%). Aktører fra bedriftshelsetjenesten var også mer enige i påstanden enn gruppen totalt sett (65%), det samme var fysioterapeutene (64%) og samfunnsviterne (65%). De som hadde lavest skår på enighet var psykologene (24%), hvor hele 48 prosent svarte nøytral på dette spørsmålet.

Den neste påstanden «*Raskere-tilbake ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger*» oppnådde ikke samlet konsensus i respondentgruppen (48% var enige). I undergruppeanalyser kommer det frem at departement/direktorat er enige i påstanden og oppnår konsensus med 80 prosent. Også enkelte av raskere-tilbake tilbudene er enige i denne påstanden, det gjelder «*Rehabilitering i sykehus – somatikk*» (71%), og Navs tilbud «*Avklaring*» (74%) og «*Arbeidsrettet rehabilitering*» (74%). Navs tilbud «*Oppfølging*» og den samlede gruppen av Navs raskere-tilbake tilbud oppnår nesten konsensus med 68 prosent enighet.

Påstanden «*Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra Nav*» oppnådde heller ikke samlet konsensus, men en tendens mot enighet (52%). Arbeidstakerne oppnår derimot konsensus om at de er enige i påstanden med 70 prosent. Ergoterapeutene er den profesjonsgruppen som er mest enig i påstanden (67%), og ikke overraskende er koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav de som er minst enige i dette, hvor hele 55 prosent er uenige i påstanden. For aktører tilknyttet Nav samlet sett svarer omtrent 1/3 på hvert av de tre svaralternativene uenig, nøytral og enig – men noen flere er enige enn uenige (39% enige).

Videre skulle respondentene ta stilling til om «*Det er problematisk at en instans i Nav gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i Nav skal følge det opp*». Dette oppnådde ikke konsensus i samlet gruppe, men opp i mot (66% enige). Gruppen med alle de som ikke er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud oppnådde konsensus med 71 prosent enighet. Også de som er tilknyttet Navs tilbud «*Oppfølging*» og «*Avklaring*» kom opp mot konsensus av enighet til påstanden (66-68%). Arbeidsplassaktørene med arbeidsgiver- (77%) og arbeidstakerrepresentanter (77%) og bedriftshelsetjenesten (75%) oppnår også konsensus om enighet her. Det samme gjør helseprofesjonene med

samlet konsensus (75%), der undergruppeanalyse viser at dette gjelder ergoterapeuter (86%), fysioterapeuter (80%) og sykepleiere (80%). Videre er aktørene som henviser til helseforetakenes raskere-tilbake tilbud enige i påstanden (70%), og alle erfaringsgruppene tendenserer mot enighet.

4.2.5.3 Bør Raskere-tilbake tilbudene samhandle med arbeidsplassaktørene?

Alle de fem påstandene som omhandler hvordan samhandling og koordinering bør foregå i fremtiden oppnår konsensus i noen av undergruppene, men det er varierende hvor mange grupper som er enige. Tabell 24 viser oversikt over påstandene og hvilke grupper som mener hva.

Tabell 24 Påstander med konsensus* som omhandler samhandling i fremtiden

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	Alle respondenter, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Henvisere Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	Ikke tilknyttet RT-tilbud, Henviser Nav, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Lang erfaring ≥ 10 år.
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/ forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥ 10 år.
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	Fysioterapeutene, Sosionomene
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, Nav og helsetjenesten sammen.	Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Påstanden «Det bør stilles krav til at raskere-tilbake tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte» oppnådde konsensus i den samlede gruppen av respondenter med 77% enighet. I de aller fleste analyser av undergrupper oppnådde også påstanden konsensus eller tett opptil konsensus, men enkelte grupper skiller seg ut som mindre enige. Det gjelder psykologene hvor hele 47 prosent er uenige i denne påstanden. To andre grupper skiller seg også ut med en lavere grad av enighet, og det er koordinatorene for Raskere-tilbake i helseforetakene (48% er enige) og helseforetakenes raskere-tilbake tilbud «Behandling og rehabilitering – psykiatri» (47% enige).

Den neste påstanden «*Det bør stilles krav til at raskere-tilbake tilbudene skal samhandle med bedriftshelsetjenesten når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes)*» oppnådde ikke samlet konsensus, men var tett opptil med 68 prosent enighet. For respondenter som ikke er tilknyttet raskere-tilbake tilbud ble konsensus oppnådd her med 73 prosent, og videre blir konsensus oppnådd for de tilknyttet «*Arbeidsrettet rehabilitering i helseforetakene*» (71%), og for de som er tilknyttet Nav sine tilbud «*Oppfølging*» (90%), «*Avklaring*» (75%) og «*Arbeidsrettet rehabilitering*» (77%). Både arbeidsplassaktørene og helseprofesjonene samlet oppnådde konsensus. Aktørene fra Nav er generelt mer positive til krav om samarbeid med bedriftshelsetjenesten enn det aktører fra helseforetakene er.

Det er stor enighet i hele gruppen respondenter om at «*Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav*», hvor hele 85 prosent av samlet respondentgruppe er enige. I undergruppeanalyser er det noen få grupper som ikke oppnår konsensus, og det er legene (68% enige) og psykologene (58% enige), og helseforetakenes raskere tilbake-tilbud «*Medisinsk og kirurgisk behandling*» (67% enige).

De to siste påstandene; «*Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte*» og «*Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, Nav og helsetjenesten sammen*», oppnår ikke samlet konsensus. Enkelte undergrupper oppnår konsensus om enighet. For den første av disse påstandene gjelder dette de som er tilknyttet tilbudet «*Rehabilitering i sykehus – somatikk*» (75%), tilbudet «*Oppfølging*» (Nav)(79%), fysioterapeutene (70%) og sosionomene (71%). For den andre påstanden om opprettelse av lokal koordinator fikk gruppene tilknyttet tilbudet «*Oppfølging*» (85%) og «*Avklaring*» (81%), alle arbeidsplassaktørene og undervisere/forskere konsensus enighet. Av helseprofesjonene oppnådde ergoterapeutene og sykepleierne konsensus, og videre sosionomene enighet med hele 84 prosent.

4.2.6 Henvisning til tilbudet

4.2.6.1 Oversikt over resultatene

Respondentene skulle ta stilling til påstander knyttet både til fastlegene som henvisere og Nav som henviser i spørreundersøkelsen. Det var ingen påstander som oppnådde konsensus i samlet respondentgruppe, men fire påstander oppnådde konsensus i noen av undergruppene. Det var i alt 33 prosent av påstandene det verken ble konsensus for eller imot.

4.2.6.2 Hvordan fungerer det når fastlegen henviser til Raskere-tilbake tilbudene?

Det var fire påstander som handlet om fastlegen som henviser, og tabell 25 viser de tre påstandene som oppnådde konsensus og i hvilke undergrupper dette gjaldt.

Tabell 25 Påstander med konsensus* som omhandler fastlegen som henviser

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere-tilbake tilbudet.	Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Mellomlang erfaring 5-9år.
Prosjektorganiseringen i RHF kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi RT-tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	Koordinatorer RT i Nav, Undervisere/forskere, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Mellomlang erfaring 5-9 år.
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	Ikke tilknyttet RT-tilbud, Arbeidsgiverne, Arbeidstakere, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene, Helseprofesjonene, Andre profesjoner

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Den første påstanden omhandlet fastlegens kunnskap: «*Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere-tilbake tilbudet*». Det var 66 prosent som var enige i dette, og 18 prosent var uenig. De som var tilknyttet raskere-tilbake tilbud var noe mindre enige i dette enn resten av de som svarte. Blant noen grupper var det imidlertid konsensus for at en var enig i denne påstanden. Dette gjaldt de med økonomisk/administrativ/ledelsesutdanning, koordinatorene i Nav, arbeidsgiverne, bedriftshelsepersonell, undervisere/forskere, departement/direktorat, «*Arbeidsrettet rehabilitering*» i både Nav og helseforetak, sosionomer, ergoterapeuter og sykepleiere. De som var mest uenige i dette var tilbudstypen «*Behandling og rehabilitering – psykiatri*» (60% uenig), psykologene (47% uenig), legene (41%) og arbeidstakerne (30%). Blant henviserne til helseforetakene, altså de selv, var hver tredje uenig i dette (35%).

Den neste var påstanden «*Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere-tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen*». Blant alle som svarte var det 64 prosent som var enig i dette, mens 10 prosent var uenig. Spesielt var undervisere/forskere (86%), de som driver «*Arbeidsrettet rehabiliteringstilbud i opptreningsinstitusjonene*» (81%), sykepleierne (78%), sosionomene (77%), koordinatorene i Nav (73%), fysioterapeutene (71%), henvisere til helseforetakene (70%) og helseprofesjonene samlet sett (70%) enige i dette. Elleve prosent av henviserne selv var uenige i dette.

Den neste påstanden om fastlegen lød: «*Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke Raskere- tilbake ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte*». Her fordelte alle de som svarte seg i cirka tre like store grupper, de som var uenige, de nøytrale og de som var enige. Spesielt var psykologer, leger og de fra departement/direktorat uenige i dette (fra 46-60%). Kun syv prosent av psykologene var enige, mens blant legene var det 29 prosent som var enig. Det kom også et konkret forslag i ekspertkonferansen knyttet til dette, som lød «*Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften*». Det var ikke konsensus samlet sett om dette (61% enig/15% uenig), men det var konsensus blant gruppene arbeidsgiverne, ergoterapeutene og fysioterapeutene.

Den siste påstanden som handlet om fastlegen som henviser, var at «*Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen*». Dette var det 66 prosent som var enige i, mens 13 prosent var uenige. Det var stor forskjell mellom de som er tilknyttet raskere-tilbake tilbud og de andre her, og for den sistnevnte gruppen

var det konsensus for dette forslaget (73% enig/10% uenig). Bedriftshelsetjenestefolk var de aller mest enige (87%), men det var også konsensus for dette blant en rekke andre aktører, som arbeidstakerne, arbeidsgiverne, underviserne/forskerne og helseprofesjonene. Tjueni prosent av legene var *ueneige* i dette, og 24 prosent av koordinatorene i helseforetakene.

4.2.6.3 *Hvordan fungerer det når Nav henviser til Raskere-tilbake tilbudene?*

Tabell 26 viser den ene påstanden som oppnådde konsensus, av de to påstandene i undersøkelsen som omhandlet Nav som henviser til raskere-tilbake tilbud.

Tabell 26 Påstand med konsensus som omhandler Nav som henviser*

<i>Påstand</i>	<i>Grupper med konsensus om enighet</i>
Nav-tiltaket avklaring brukes for lite.	Sosionomene

Note: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand

Påstanden om Nav som henviser «*Det er ikke hensiktsmessig at Nav henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling*» var halvparten av respondentene enige i og 30 prosent var uenige. Det var ikke forskjell mellom de som er eller har vært tilknyttet raskere-tilbake tilbud og resten av de som svarte på undersøkelsen. Nav-folk var mindre enige i dette (43%) enn helseforetaksfolk (57%). Departement/direktorat, de som driver «*Arbeidsrettede rehabiliteringstilbud i helseforetakene*», arbeidstakerne og bedriftshelsetjenesten var mest enige i dette. De som driver tilbud for Nav var mest uenige i dette.

En annen påstand gjaldt bruken av ett spesifikt av de fire raskere-tilbake tilbudene i Nav: «*Nav-tiltaket avklaring brukes for lite*». Femtisju prosent var enige i dette, og 14 prosent var uenig. Det var konsensus om at en var enig i denne påstanden blant de som driver «*Oppfølging*» og «*Avklaring*» for Nav, og blant sosionomer.

4.2.7 **Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte**

4.2.7.1 *Oversikt over resultatene*

Det kom frem en rekke problemstillinger på ekspertkonferansen som omhandlet raskere-tilbake tilbudenes fokus og tilnæringsmåte. Respondentene ble i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til ti påstander utformet på bakgrunn av dette. Det var ingen av påstandene som oppnådde konsensus verken for eller imot blant alle respondentene samlet sett. Imidlertid oppnådde alle disse konsensus for eller imot i en eller flere undergrupper. Det ble konsensus om at en var uenige i en rekke av disse påstandene, særlig gjaldt dette de som er tilknyttet raskere-tilbake tilbud.

4.2.7.2 Har tilbudene for stort sykdomsfokus?

Tabell 27 viser oversikt over de fire påstandene som oppnådde konsensus om uenighet i enkelte av undergruppene.

Tabell 27 Påstander med konsensus* som omhandler tilbudenes sykdomsfokus

Påstander	Grupper med konsensus om uenighet
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomtenkning.	Psykologene
Tilbudene er for preget av symptombehandling.	Koordinatorer for RT i RHF, Psykologene
Tilbudene er for preget av medikalisering.	Tilknyttet RT-tilbud, Koordinatorer for RT i RHF, Psykologene
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	Tilknyttet RT-tilbud, helseforetaksfolk, Psykologene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak

Den første påstanden i dette temaområdet lød at «Tilbudene er for preget av diagnose og symptomtenkning» og oppnådde samlet sett en ganske jevn spredning på svarene mellom uenig, nøytral og enig (41% uenige). Den eneste gruppen respondenter hvor denne påstanden oppnådde konsensus var hos psykologene, hvor 73% av respondentene var uenige i at dette var tilfelle. Det er en sterkere tendens til uenighet i påstanden blant de som er eller har vært tilknyttet Raskere-tilbake ordningen på en eller annen måte, enn hos aktører som står utenfor ordningen. Hos svargruppene med lengst erfaring (≥ 10 år) er det en svak tendens til enighet i påstanden (48%). Den neste påstanden «Tilbudene er for preget av symptombehandling» oppnådde kun konsensus om uenighet hos psykologene (73%) og i gruppen av koordinatorer for Raskere-tilbake i helseforetakene (73%). Også her var det en sterkere tendens til uenighet i påstanden blant dem som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud enn blant de resterende respondentene.

De to neste påstandene lød «Tilbudene er for preget av medikalisering» og «Tilbudene har for lite fokus på deltagelse på tross av helseplager». Samlet sett oppnådde ingen av disse konsensus, selv om det er en tendens til uenighet i påstanden hos alle respondenter (55 og 50%). Hos enkelte grupper slår disse påstandene ut i konsensus om uenighet; hos de som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud (71 og 74%), og mer spesifikt i denne gruppen er det særlig «Behandling og rehabilitering psykiatri» (RHF)(71 og 75%) og «Behandling lettere psykiske og sammensatte lidelser» (Nav)(84 og 72%) som oppnår samlet konsensus om uenighet, men også i den samlede gruppen av raskere-tilbake tilbud innen Nav er det uenighet om begge påstandene (76 og 71%). Videre er profesjonsgruppen psykologer uenige i påstandene (77 og 72%). Noen grupper oppnår konsensus om en av disse påstandene. For «Tilbudene er for preget av medikalisering» gjelder dette gruppene «Medisinsk og kirurgisk behandling» (77%), departement og direktorat (75%) og koordinatorer for Raskere-tilbake i helseforetak (81%). For den andre påstanden «Tilbudene har for lite fokus på deltagelse på tross av helseplager» gjelder dette gruppene som er tilknyttet «Rehabilitering i sykehus somatikk» (82%), «ARR i opptreningsinstitusjon» (72%) og samlet for alle raskere-tilbake tilbud innen helseforetakene (76%), samt for helseforetaksfolk (74%). Hos enkelte grupper ser vi en tendens til enighet i denne siste påstanden, selv om den ikke oppnådde konsensus i noen av gruppene. Dette gjelder andre profesjoner (57%), samfunnsvitere (57%) og hos de som er tilknyttet administrasjon/ledelse/økonomi (46%), samt hos arbeidsplassaktørene bedriftshelsepersonell (53%), arbeidsgiverne (56%) og hos arbeidstakerne (53%).

4.2.7.3 Har tilbudene et helhetlig perspektiv?

Det var to påstander som omhandlet tilbudenes helhetsperspektiv, og i tabell 28 vises disse, samt gruppen av respondenter som var enige i påstanden.

Tabell 28 Påstander med konsensus* som omhandler tilbudenes helhetsfokus

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	Samfunnsvitere
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	Samfunnsvitere

*Noter: Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige i en påstand

Halvparten (49%) av alle respondenter var enige i påstanden «*Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige*». Men i undergruppeanalyser var det også en tendens til *uenighet* i påstanden, og da særlig i de gruppene som er eller har vært tilknyttet raskere-tilbake tilbudene. Samlet i gruppen av raskere-tilbake tilbud innen helseforetakene er det ikke konsensus om *uenighet* i påstanden, men en sterk tendens (60%). I gruppen som tilbyr «*Rehabilitering i sykehus – somatikk*» er det konsensus om *uenighet* i påstanden (71%). Gruppen av samfunnsvitere oppnår derimot konsensus om *enighet* i denne påstanden (79%), det samme gjør bedriftshelsetjenestepersonell (72%). Også andre arbeidsplassaktører tendenserer mot *enighet* her. Påstanden «*Tilbudene ytes i for liten grad samtidig*» er halvparten av respondentene enige i, men det er kun i gruppen av samfunnsvitere at påstanden oppnår konsensus (76%). I andre undergrupper veksler *enighet* og *uenighet* i påstanden og meningene er ofte jevnt fordelt fra enig til *uenig*. Vi kan se en noe større tendens til *enighet* blant de som ikke er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud (56%).

4.2.7.4 Er tilbudene bruker- og individorienterte nok?

De to påstandene innenfor temaområdet om fokus og tilnæringsmåte som omhandlet bruker- og individorienteringen til tilbudene vises i tabell 29 sammen med hvilke grupper som oppnådde konsensus.

Tabell 29 Påstander med konsensus* som omhandler bruker- og individfokus

Påstander	Grupper med konsensus om uenighet
Tilbudene er for lite brukerrettede.	Tilknyttet RT-tilbud, Helseforetaks-folk, Koordinatorer for RT i RHF, Psykologene
Tilbudene er for lite individrettede.	Tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Koordinatorer for RT i Nav, Koordinatorer for RT i RHF, Psykologene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak

Påstand om at «*Tilbudene er for lite brukerrettede*» oppnår ikke konsensus samlet sett, men halvparten av alle respondenter er *uenige* i påstanden. Noen undergrupper oppnår konsensus om at de er *uenige* i denne påstanden, dette gjelder samlet for de som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud (70%). Videre i gruppen av respondenter som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud i helseforetakene er det konsensus om *uenighet* i påstanden (71%), og det er da særlig tilbudene «*Rehabilitering i sykehus – somatikk*» (78%) og «*Behandling og rehabilitering – psykiatri*» (75%) som er sterkt *uenige* her og oppnår konsensus. Helseforetaksfolk er også samlet *uenige* (70%). Videre er det

konsensus også for Navs raskere-tilbake tilbud samlet sett (70%), mens i analyse av enkelttilbud er det kun «Behandling av lettere psykiske og sammensatte lidelser» som oppnår konsensus (75%). Videre er enkelte andre grupper også uenige i denne påstanden, de som oppnår konsensus er psykologene (80%), departement og direktorat (89%) og koordinatorene for Raskere-tilbake i helseforetakene (73%). De som er mest enige i denne påstanden er arbeidsplassaktørene på både arbeidstaker- og arbeidsgiversiden.

Den neste påstanden lød «Tilbudene er for lite individrettede», og denne oppnådde i samlet respondentgruppen en tendens til uenighet (58%), men fikk i en rekke undergrupper full konsensus om uenighet. Gruppen av respondenter tilknyttet et raskere-tilbake tilbud var uenige i påstanden (77%), også Nav-folk (71%) og helseforetaksfolk (76%) var uenige. Når vi gjør undergruppeanalyser ser vi at uenigheten i denne påstanden gjelder samlet for alle raskere-tilbake tilbud innen helseforetakene (75%) men også for hver av de fire ulike tilbudsgruppene «Medisinsk og kirurgisk behandling» (71%), «Rehabilitering i sykehus – somatikk» (75%), «Behandling og rehabilitering – psykiatri» (79%) og «Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon» (74%). Samlet sett er også de som er tilknyttet Raskere-tilbake innen Nav uenige i påstanden (78%), men av enkelttilbudene er det kun «Behandling lettere psykiske og sammensatte lidelser» som oppnår konsensus (84%). Videre er enkelte andre grupper også uenige i denne påstanden, stort sett tilsvarende for den forrige påstanden om grad av brukerfokus. De som oppnår konsensus er psykologene (85%), departement og direktorat (89%) og koordinatorene for Raskere-tilbake både i helseforetakene (79%) og i Nav (75%). Gruppen av arbeidsplassaktører, og da særlig gruppen som representerer arbeidstakerne tendenserer derimot til å være enige i påstanden om at det er for lite individrettede tilbud (53%).

4.2.7.5 Bør det skje et skifte i fokus i tilbudet til sykmeldte?

De to siste påstandene i temaområdet om fokus og tilnæringsmåte i tilbudene omhandler om det i fremtiden bør skje et skifte i fokus. Konsensus ble oppnådd i enkelte undergrupper, og dette fremgår av tabell 30.

Tabell 30 Påstander med konsensus* som omhandler behov for skifte i fokus

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.		Psykologene
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne.	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand

Påstandene lød «Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov» og «Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudet til sykmeldte bør være fremover». Ingen av disse påstandene oppnådde samlet konsensus i hele respondentgruppen. For den første påstanden ser vi en tilnærmet jevn fordeling mellom svaralternativene enig, nøytral og uenig, mens det for den andre er en tendens til enighet (57%) samlet sett. I undergruppeanalyser er det likevel mer klare tendenser. De som er eller har vært tilknyttet et raskere-tilbake tilbud er i større grad uenige (63%) i at tilbudene er for lite skreddersydde, mens de som ikke er tilknyttet Raskere-tilbake i

større grad er enige (65%) i påstanden om at det er behov for et paradigmeskifte. Psykologene er uenige i begge disse påstandene, men det er kun den første om skreddersøm som oppnår konsensus (76%). Videre oppnår også gruppen av respondenter fra Departement og direktorat konsensus i spørsmålet om skreddersøm, hvor de er uenige (87%). Arbeidsplassaktørene inkludert bedriftshelsetjenesten og i tillegg undervisere og forskere er enige i den siste påstanden om at det kreves et paradigmeskifte, mens det er kun arbeidsgiverne (72%) og arbeidstakerne (74%) som oppnår konsensus om at de er enige i påstanden.

4.2.8 Tilbudets kompetanse

4.2.8.1 Oversikt over resultatene

For temaet og påstandene knyttet til raskere-tilbake tilbudenes kompetanse er det gjennomgående høy grad av konsensus i hele gruppen av respondenter. Flere påstander oppnår samlet konsensus, og konsensus i de fleste undergruppeanalyser. Det er bare en av de tretten påstandene i dette temaområdet som ikke oppnår konsensus i noen av gruppene. Tabell 31 viser oversikt over de åtte påstandene som oppnådde konsensus hos alle respondenter samlet.

Tabell 31 «Tilbudets kompetanse» - påstander med konsensus* hos alle respondenter

%	Påstander
90	Raskere-tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.
90	Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.
82	RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.
80	Jeg har erfart at raskere-tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.
76	Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere-tilbake ordningen.
76	Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere-tilbake tilbud.
73	Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.
71	Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når $\geq 70\%$ var enige/uenige i en påstand

4.2.8.2 Har det relasjonelle mest betydning, og har tilbudene effekt?

Respondentene ble bedt om å ta stilling til to påstander om relasjon og effekt i tilbudene, oversikt over grupper som oppnår konsensus vises i tabell 32.

Tabell 32 Påstander med konsensus* som omhandler relasjon og effekt i tilbudene

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	Sosionomene	Psykologene
Jeg har erfart at Raskere tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, BHT, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Den første påstanden «*Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har*» oppnår ikke konsensus samlet hos respondentene, og heller ingen sterk tendens til enighet eller uenighet (46% er enige). Men enkelte grupper skiller seg ut her; sosionomene er enige i denne påstanden (70%) og det er også de som gir Navs raskere-tilbake tilbud «*Oppfølging*» (70%). Videre er det kun psykologene som oppnår konsensus om at de er *uenige* i denne påstanden (73%).

Neste påstand «*Jeg har erfart at raskere tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet*» oppnår samlet sterk konsensus om enighet (80%). Enigheten er sterkere blant de som er tilknyttet et raskere-tilbake tilbud (94%) enn de som ikke er det (69%). Psykologene og departement/direktorat oppnår full konsensus om enighet her (100%), mens enkelte grupper er enige i stor grad, men likevel ikke sterkt nok til å oppnå konsensus. Dette gjelder arbeidsgiverne (69%), arbeidstakerne (67%) og undervisere/forskere (58%).

4.2.8.3 Hvor viktig er dokumentert effekt?

Tabell 33 viser den ene påstanden innenfor temaet om dokumentert effekt som oppnådde konsensus i enkelte undergrupper.

Tabell 33 Påstand med konsensus* som omhandler dokumentasjon av effekt

Påstand	Grupper med konsensus om enighet
Jeg savner kostnads-effektivitetsmålinger av tilbudene.	Koordinatorer RT i Nav, Fysioterapeutene

Noter: *Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake

Påstanden «*Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene*» oppnår ikke samlet konsensus, men en tendens blant alle respondenter til enighet (61%). I

undergruppeanalyser ser vi konsensus om enighet blant gruppen tilknyttet «Arbeidsrehabilitering i opptreningsinstitusjon» (71%), Navs raskere-tilbake tilbud «Oppfølging» (76%) og «Avklaring» (75%), fysioterapeutene (71%) og koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav (75%). Gruppene som er minst enige er samfunnsvitere (41%) og de som er tilknyttet «Behandling og rehabilitering psykiatri» (47%). Videre er pedagogene, de med kort erfaring (0-4år), de med sosial/samfunns- og pedagogisk erfaring samlet, de med uoppgitt profesjon, legene, psykologene, koordinatorene for Raskere-tilbake i helseforetakene, henvisere til tilbud i helseforetakene og Nav, samt arbeidstakerne undergrupper med svakere enighet (alle 50-56%).

Den neste påstanden lød «*Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette*». Påstanden oppnådde ikke samlet konsensus, men halvparten er enige (49%). Det var heller ingen undergrupper hvor påstanden oppnådde konsensus, verken for enighet eller uenighet. I fire undergrupper var enigheten over 60 prosent, og det gjaldt ergoterapeutene (68%), undervisere/forskere (61%), departement/direktorat (62%) og i Navs raskere-tilbake tilbud «*Avklaring*» (62%). Gruppen som var sterkest *uenig* i denne påstanden var koordinatorene for Raskere-tilbake i helseforetakene (54%).

4.2.8.4 *Hvilken betydning har forskning og spredning av kompetanse?*

Forskningens betydning for utvikling av tilbudene og spredning av kompetanse i tilbudene ble undersøkt i spørreundersøkelsen. Tabell 34 viser oversikt over de fem påstandene som oppnådde konsensus, og for hvilke undergrupper dette gjelder.

Tabell 34 Påstander med konsensus* som omhandler forskningens betydning og kompetansespredning

Påstander	Grupper med konsensus om enighet
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Underviser/ forsker, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Legene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm/led/ økonomi, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Arbeidsgiverne, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere- tilbake ordningen.	Alle respondenter, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Sykepleierne, Adm./led./økonomifag

Noter: Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT=Bedriftshelsetjeneste

De fire påstandene «Raskere-tilbake tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring», «Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud», «Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene» og «Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere-tilbake ordningen» oppnådde alle samlet konsensus hos alle respondentene, og i de fleste undergruppeanalyser. Den eneste av disse påstandene som oppnår under 60 prosent enighet i en av gruppene er påstanden om at bedriftshelsetjenestens kompetanse må inkluderes i større grad, og det er psykologene (55%) som skiller seg ut her. I de resterende undergruppene hvor det ikke blir konsensus oppnår disse påstandene likevel over 60 prosent enighet.

Påstanden «Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker» oppnådde ikke samlet konsensus, men en sterk tendens til enighet i samlet respondentgruppe (64%). I undergruppeanalyser kommer det frem at det er konsensus om enighet i denne påstanden hos sykepleierne (71%), hos gruppen administrasjon/ledelse/økonomi (79%), hos Navs raskere-tilbake tilbud «Oppfølging»

(74%) og «Avklaring» (77%), koordinatorene for Raskere-tilbake i Nav (83%) og til sist hos arbeidsgiverne (77%). Bare hos henvisere til Raskere-tilbake i helseforetakene var det flere som var uenige enn enige i denne påstanden (43% uenige), men svarene var ganske jevnt fordelt (40% enige).

4.2.8.5 Bør brukerkompetansen vektlegges i større grad?

«Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene» lød den neste påstanden respondentene skulle ta stilling til. Denne påstanden oppnådde samlet konsensus om enighet blant alle (71%). Tabell 35 viser oversikt over alle undergrupper som oppnådde konsensus om denne påstanden.

Tabell 35 Påstand med konsensus* som omhandler brukerkompetansens vektlegging

Påstand	Grupper med konsensus om enighet
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, helseforetaks-folk, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsvitene, Adm/led/ økonomi, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år og Lang erfaring ≥10 år.

*Noter: Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak

Konsensus ble oppnådd for de som er eller har vært tilknyttet et raskere-tilbake tilbud (72%), for alle som ikke er tilknyttet Raskere-tilbake (70%) og for de som er tilknyttet helseforetakene (70%). Av profesjonsgruppene er det ikke samlet konsensus blant helseprofesjonene (66% enighet), men når vi deler opp i undergrupper ser vi at ergoterapeutene (75%), fysioterapeutene (72%) og sykepleierne (74%) oppnår konsensus om enighet i påstanden, mens hos legene (39%) og psykologene (47%) er det større usikkerhet om enighet i denne påstanden. Gruppen av andre profesjoner oppnår heller ikke konsensus her. De som har sosial/pedagogisk og samfunnsvitenskapelig bakgrunn er samlet enige og oppnår konsensus (70%), det samme gjør undergruppene her med pedagoger (83%), sosionomer (90%), samfunnsvitere (71%) og videre de med administrativ/ledelse og økonomisk bakgrunn (80%). Av de ulike tilbudstypene oppnår respondenter tilknyttet alle Navs raskere-tilbake tilbud konsensus, både samlet (73%) og hver for seg. For respondenter tilknyttet helseforetakenes raskere-tilbake tilbud er det samlet konsensus (71%), men i undergruppeanalyser gjelder konsensus bare for «Rehabilitering i sykehus – somatikk» (71%) og for «Arbeidsrehabilitering i opptreningsinstitusjon» (74%). Videre oppnår arbeidsplassaktørene arbeidsgivere (76%) og arbeidstakere (84%) høy grad av konsensus om enighet i at brukernes kompetanse må brukes bedre.

4.2.8.6 Er det behov for at tilbudene lærer av hverandre?

Neste påstand «Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere-tilbake tilbud» oppnår samlet konsensus om enighet i respondentgruppen (76%). Tabell 36 viser oversikt over alle undergruppene hvor påstanden oppnådde konsensus.

Tabell 36 Påstand med konsensus* om tilbudenes behov for utveksling av kunnskap

Påstand	Grupper med konsensus om enighet
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere- tilbake tilbud.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Helseforetaks-folk, Koordinatorer RT i Nav, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Undervisere/forskere, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.

Noter: *Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

De aller fleste analyser av undergrupper oppnår også konsensus her, men det er enkelte grupper som skiller seg ut. Av profesjonsgruppene oppnår ikke psykologer (63%) og leger (58%) konsensus om enighet her. Det samme gjelder når vi ser på gruppen av henvisere til ordningen, for henvisere til helseforetakenes tilbud (65%) og til Navs tilbud (65%). Henvisere til ordningen vil også i stor grad være legene – så disse gruppene er i stor grad overlappende. Koordinatorere for Raskere-tilbake i helseforetakene oppnår heller ikke konsensus her (65% enighet), og ikke pedagogene (64%).

4.2.8.7 Kan fastlegen behandle depresjon – og er Raskere-tilbake kjent nok?

De to siste påstandene i spørreundersøkelsen ber respondentene ta stilling til om de mener fastlegene kan behandle angst og depresjon, og om Raskere-tilbake trenger å gjøres bedre kjent. Begge påstandene oppnår konsensus, den første i en enkeltgruppe og den andre bredt i alle undergruppene. Tabell 37 viser en oversikt over dette.

Tabell 37 Påstander med konsensus* som omhandler fastlegen som behandler og kjennskap til Raskere-tilbake ordningen generelt sett

Påstander	Grupper med konsensus om enighet	Grupper med konsensus om uenighet
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.		Psykologene
Raskere-tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	Alle respondenter, Tilknyttet RT-tilbud, Ikke tilknyttet RT-tilbud, Nav-folk, Helseforetaks-folk, Henvisere Nav, Henvisere RHF, Koordinatorer RT i Nav, Koordinatorer RT i RHF, Arbeidsgiverne, Arbeidstakerne, BHT, Underviser/ forsker, Ergoterapeutene, Fysioterapeutene, Sykepleierne, Psykologene, Pedagogene, Sosionomene, Samfunnsviterne, Adm./led./økonomifag, Helseprofesjonene, Sosial/ped/samfunnsfag, Kort erfaring, < 5 år, Mellomlang erfaring 5-9 år, Lang erfaring ≥10 år.	

Noter: *Konsensus ble oppnådd når ≥70% var enige/uenige i en påstand, RT= Raskere tilbake, RHF= Regionale helseforetak, BHT= Bedriftshelsetjenesten

Påstanden «Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt» oppnådde ikke konsensus om verken enighet eller uenighet samlet blant respondentene (47% er uenige). Den eneste undergruppen som oppnådde konsensus om denne påstanden var psykologene som var uenige (81%). Blant legene selv var det tendens til enighet om påstanden (62%). Størst grad av uenighet i påstanden var det blant de andre helseprofesjonene. Den siste påstanden i temaområdet om tilbudenes

kompetanse lød «*Raskere-tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent*». Denne oppnådde samlet høy konsensus med 90 prosent enighet. I alle undergruppeanalyser oppnår påstanden konsensus om enighet, bortsett fra i gruppen av leger hvor 65 prosent er enige i dette.

5 DISKUSJON

5.1 Tematisk diskusjon

5.1.1 Hovedformål og hovedfunn

Denne studien er en av tre delstudier i evalueringen av Raskere-tilbake ordningen. En evaluering kan defineres som en grundig retrospektiv kartlegging av intervensjoner i offentlig sektor, deres organisering, innhold, implementeringen og utfall, der intensjonen er at evalueringen skal ha betydning for fremtidig praksisutvikling [21]. Raskere-tilbake ordningen kan hevdes å være en slik intervensjon, og evalueringens formål er å bidra til et best mulig kunnskapsgrunnlag for både praksisutvikling og politikktutforming. Utgangspunktet for denne delstudien var å sette et overordnet blick på et svært krevende praksisfelt rettet mot gruppen sykmeldte. Det spesifikke målet var å identifisere problemstillinger og endringsbehov i behandling og rehabilitering av sykmeldte generelt, og spesielt med utgangspunkt i ordningen Raskere-tilbake. Denne delstudien ønsket å bygge på den erfaringsbaserte kunnskapen som aktørene har ervervet seg gjennom fem år med Raskere-tilbake ordningen.

Studien har bidratt til følgende hovedfunn: (1) Aktørene har *mange* synspunkter om dette fagområdet og spesielt om den *overordnede organiseringen* av tilbudet, (2) aktørene har *mange ulike* synspunkter om fagområdet, (3) det eksisterer en klar oppfatning blant aktørene om at ordningen har bidratt positivt og bør videreføres, (4) en ordning fra to ulike etater, velferdsetaten og helseetaten krever modeller for tettere samarbeid og samhandling mellom disse, (5) tilbudene bør bli permanente, få tydeligere krav, være dokumenterte og må samhandle mer med arbeidsplassen, (6) kompetanse om et inkluderende arbeidsliv må spres, Raskere-tilbake ordningen må gjøres mer kjent, kunnskap fra forskning bør gjøres mer tilgjengelig, brukerkompetanse bør vektlegges mer og det må skje mer utveksling av kunnskap mellom tilbudene, (7) manglende konsensus om betydningen av en koordinator kan synes og ikke være i tråd med internasjonal forskning og praksisutvikling på området, og (8) resultatene rundt tilbudene fokus og tilnæringsmåte spriker, og (9) misvisende sykmeldingsdiagnoser skaper lett feil fokus i tilbudene så legene bør sykmelde for reell årsak.

5.1.2 Aktørene har mange synspunkter om dette fagområdet, og spesielt den overordnede organiseringen av tilbudet

I runde I ble det identifisert et stort antall problemstillinger. Hele 23 problemstillinger og 34 endringsbehov innen syv ulike tema ble nevnt av deltagerne i ekspertkonferansen. Disse ble omarbeidet til 93 spesifikke entydige påstander som det skulle være mulig å ta stilling til for et større utvalg aktører i en spørreundersøkelse. Dette er et betydelig antall gitt at vi hadde ressurser til kun å gjennomføre én ekspertkonferanse i denne evalueringen, med en varighet på 100 minutter. Det store antallet kan indikere at dette

er et praksisfelt med *mange oppfatninger* om hvor veien videre bør gå. Dette gjelder også de som ikke har egeninteresser i at tilbudet opprettholdes.

At det er så mange som mener mye om den *overordnede organiseringen* av tilbudet, den som partene i arbeidslivet og myndighetene beslutter, kan ses som positivt. Dette ble det temaet som informantene valgte å vektlegge mest både på de gule lappene og i intervjuet. Så mye som hvert tredje innspill handlet om dette. Om dette resultatet også kan indikere at dette er et felt med spesielt mange utfordringer når det gjelder overordnet organisering, og at valgmulighetene for veien videre er uvanlig mange er vanskelig å kunne si noe sikkert om. Imidlertid er dette en oppfatning som kan støttes i litteraturen. Feltet beskrives ofte som et spesielt komplekst felt som ofte er krevende å ha oversikt over [2, 22, 23]. En annen tolkning til dette funnet kan være at det er lettere å peke på utfordringer som skjer på nasjonalt nivå, heller enn å ta inn over seg de utfordringer man opplever lokalt/i egen praksis. Det kan også være naturlig at det skapes mye oppmerksomhet om overordnede beslutninger ettersom ordningen enda ikke er permanent implementert.

5.1.3 Aktørene har mange *ulike synspunkter* om dette fagområdet

Blant alle som svarte var det konsensus (≥ 70 % oppslutning) om at en var *enige* i 30 prosent av påstandene. Med andre ord var det syv av ti påstander som ble testet som det ikke var konsensus om blant alle aktørene samlet sett. Imidlertid var det hele 83 prosent av påstandene som oppnådde konsensus blant en eller flere undergrupper, oftest ved at de var enige og noen ganger ved at de var uenige i påstandene. Dette indikerer at det blant aktørene eksisterer svært mange *ulike synspunkter* om oppfølging av sykmeldte generelt og ordningen Raskere tilbake spesielt.

Når en reform kontekstualiseres, skjer en fortolkningsprosess blant aktørene [24]. En forklaring kan derved være at feltet er ungt, og at det derved ikke er utviklet felles tradisjoner, samlet kumulativ kunnskap og et samstemt faglig paradigme for hvordan problemer forstås og løses (paradigme= mønster, grunnsyn, forbilde). Dette gjør feltet spesielt krevende. Det kan også hevdes at innføring av Raskere-tilbake ordningen også kan ses på som en implementering av en reform i en nettverkstilkende situasjon [25]. I slike komplekse situasjoner som sprenger organisasjonsgrensene, kan en med fordel bruke sentrale aktører i evalueringen for å søke å kunne gi et mest mulig helhetlig bilde. I denne studien ser vi en vekslende mellom erfaringer og meninger som knytter seg nettopp til både individuelle opplevelser med konkrete eksempler, og meninger som er bygget på en mer helhetlig oppfatning av oppfølgingen av sykmeldte i dag. Gruppediskusjoner kan ha den rollen at man kommer frem til en felles forståelse av et fenomen. Men det kan også argumenteres for at det i komplekse situasjoner bør være rom for at sentrale aktører ikke skal komme frem til en felles forståelse eller konsensus. Selv om en i slike situasjoner ville hevde at et helhetlig og samstemt svar var å foretrekke i forhold til å definere videre politikk på området, vil et mer integrert og dekkende bilde av situasjonen være vel så nyttig [25].

En annen forklaring til at det eksisterer så mange ulike synspunkter kan være at feltet er svært komplisert og vanskelig å få oversikt over når det gjelder de eksisterende tiltakene og virkemidlene. Mange aktører formidler at de mangler oversikt over helheten, og ser kanskje kun egne og tilstøtende tiltak. Bare tiltakene som er utviklet gjennom Nav for gruppen sykmeldte er svært tallrik, og bare de såkalte IA-tiltakene innebærer 49 ulike tiltak/virkemidler [22]. Også innenfor ordningen er tilbudene spredte, fra kirurgisk og medisinsk behandling til avklaring/oppfølging.

Det kan også hevdes at dette feltet har vært preget av at stadig nye tiltak og tilbud utvikles og iverksettes. Dette krever ofte mye ressurser, og hoved-oppmerksomheten kan da i perioder lett bli rettet mot tiltaksimplementering og å skulle skape et marked for stadig nye tiltak. Hvis tiltakene er mer fleksible, men også bestandige kan hoved-oppmerksomheten gå til å klargjøre den enkelte sykmeldtes unike behov, og skreddersy en tiltakspakke for hva som trengs for akkurat denne sykmeldtes tilbakeføringsprosess. Rehabiliteringsfeltet har tradisjonelt hatt fokus på å støtte den individuelle tilbakeføringsprosessen [2]. Derved er ofte tiltakene ikke helt gitt på forhånd, men prosessen er derimot velregulert med ansvarsgrupper, team, individuell plan, tilstrekkelig kompetanse, etc. Virkemiddelstyring versus prosessstyring vil kunne skape ulike problemstillinger og derved stor variabilitet i hva en opplever som utfordrende i praksis.

Raskere-tilbake ordningen innebærer også både kurativ behandling og rehabilitering. Dette innebærer to helt ulike tradisjoner og tilnæringsmåter, med ulike mål for virksomhetene (kur versus livsmestring). Likedan involveres alle mulige problemstillinger, arbeidstaker- og både psykiatri og somatikk. Dette kan også være en forklaring til ulikheter i oppfatninger og meninger blant aktørene.

5.1.4 Det eksisterer en oppfatning om at Raskere-tilbake ordningen har bidratt positivt og bør videreføres

Et sentralt tema i ekspertkonferansen var at Raskere-tilbake ordningen har bidratt til nytenkning i spesialisthelsetjenesten både i forhold til samhandling og tilbudsfokus, og medført et økt fokus på pasientens arbeidssituasjon. Påstanden «*Raskere tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned da den har generert mye positivt*» vant tilslutning blant 71 prosent av de som svarte, og oppnådde derved konsensus. Det var også konsensus blant de som ikke var tilknyttet Raskere-tilbake tilbud. Atten prosent var uenige i dette. Disse effektene av Raskere-tilbake er ikke tidligere avdekket, og kan ha stor betydning for tjenestene videre.

Spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt ofte hatt mest fokus på individuelle forklaringer til uhelse og sykdom, og spesielt de som finnes i personens kroppsstrukturer og kroppsfunksjoner [26]. Ved å skulle forholde seg til og forstå pasienters sykefravær, kommer personens deltagelses- og miljødimensjoner sterkt i fokus, og kroppslige forhold kan synes underordnet en mengde andre kontekstuelle og omgivelsesrelaterte forhold [2, 26]. Dette er i tråd med en utvikling villet av Verdens helseorganisasjon, ved at de innførte ICF [27] i alle sine medlemsland som den rådende modellen for å forstå helse og funksjon. ICF utvidet nettopp helse med funksjons-, deltagelses- og miljødimensjoner. Denne vektleggingen skjedde også i Norge gjennom Sandmanutvalget i 2000 [28]. Fokus på funksjon i stede for diagnose har blitt spredt i Nav og på arbeidsplassene siden IA-avtalen ble innført.

Tradisjonelt har helsetjenestene vært mest opptatt av pasientens hjemme- og fritidsarena, og mindre pasientens arbeidsarena. Dette har for eksempel vært vist i kommunehelsetjenesten [29]. For personer i arbeidsfør alder er ofte arbeidsarenaen den viktigste arenaen for å kunne fungere selvstendig i samfunnet. Hvis Raskere-tilbake ordningen har bidratt til at arbeidsarenaen blir adressert oftere i spesialisthelsetjenesten, kan dette ha betydelige ringvirkninger, også for flere enn Raskere-tilbake mottakerne.

En bedret samhandling internt i spesialisthelsetjenesten var også nevnt i ekspertkonferansen som en effekt av Raskere-tilbake ordningen. Mange grupper sykmeldte er kjennetegnet av høy grad av komorbiditet (har flere ulike helseproblemer

som opptrer samtidig) [30]. De har også ofte behov for en rask diagnostisering, da mange har uspesifikke plager og trenger å bli forsikret av spesialister med høy kompetanse om at plagene ikke er farlige og at det er ikke er ok å gjenoppta normal aktivitet [31, 32]. Dette kan for noen sykmeldte kreve mer enn en spesialist, og mange går en kanossagang fra spesialist til spesialist, noe som ofte tar lang tid. Ved at en oppnår at disse spesialister samordner sitt tilbud, kan avklaringen skje mye tidligere og mer effektivt enn det ofte gjør i dag.

5.1.5 En ordning fra to ulike etater krever modeller for tettere samarbeid og samhandling

Et annet funn fra denne studien handler om problemstillinger som oppstår fordi Raskere-tilbake ordningen organiseres fra politikk til tjenestenivå fra to selvstendige etater som skal løse ett og samme problem hos de samme individene, - å få den sykmeldte tilbake i jobb. Argumentet for todelingen har ofte vært at Nav ivaretar arbeidsfokuset og helsetjenesten helsefokuset. Første delrapport i denne evalueringen viser imidlertid at Nav sine raskere-tilbake tilbud er dominert av helsefolk, selv om Nav-tilbudene har noen færre leger og noen flere arbeidsinstruktører og attføringskonsulenter [33].

Hele 85 prosent av informantene i denne undersøkelsen var enige i påstanden «*Det bør utvikles modeller for et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav*». Dette var derved ett av de endringsforslagene som oppnådde mest oppslutning. Bare fem prosent var ikke enige i dette. Å få et tett samspill mellom det å løse helseproblemet og det å løse fraværproblemet har også vært sentralt i det nåværende paradigmat som praktiseres innen dette feltet internasjonalt [2, 26, 31]. En samordning av tilbudet kan skje enten ved å utvikle mer samhandling, slå sammen ordningene til ett felles tilbud, eller plassere tilbudet enten i helsetjenesten eller i Nav. Påstanden «*Det bør utvikles en Raskere-tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to*» oppnådde nesten konsensus i samlet gruppe. Imidlertid var en rekke av undergruppene oftere enige i dette. I tillegg til at en rekke grupper helsepersonell og Henvisere til Nav var enige i dette, ble det også oppnådd konsensus blant arbeidsgiverne. Det er også verdt og merke seg at de som driver raskere-tilbake tilbudene også oppnådde konsensus om at de var enige i dette, selv om dette kan bety mindre oppdrag og færre utlyste tilbudsmuligheter for dem. Påstanden «*Tilbudene i Nav bør fases ut og ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten*» vant ikke oppslutning i denne undersøkelsen, hverken blant alle som svarte samlet sett, eller noen av undergruppene. Derved kan vi argumentere for at løsningen fremover ligger i mer samhandling mellom velferdstjenestene og helsetjenestene, enten som en felles ordning eller gjennom en samarbeids/samhandlingsmodell.

5.1.6 Tilbudene bør bli permanente, få tydeligere krav, være dokumenterte og må samhandle mer med arbeidsplassen.

Fem av de fjorten endringsforslagene som det var konsensus om handlet om hvordan tilbudene bør være utformet fremover. «*De beste tilbudene bør gjøres permanente ut fra dokumenterte resultater*», «*Det bør utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud*» og «*RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten og ikke prosjekter som i dag*» oppnådde konsensus blant alle som svarte. Med andre ord impliserer disse resultatene at etter fem års utprøving og prosjektaktivitet kan ordningen avløses av mer stabile, langsiktige og tydelige rammer.

Et tema handlet om hvor lenge ulike raskere tilbake-tilbud får avtale om å drive sine tilbud, der flere var opptatt av at avtaleperiodene var for korte. Nå viser vår forrige studie blant 120 tilbud at blant 2/3 av tilbudene vi undersøkte hadde gitt raskere-tilbake tilbud siden ordningen startet i 2007. Resten av tilbudene stort sett ble etablert i 2009 [34]. Også prosjektorganiseringen av Raskere-tilbake tilbudene i helseforetakene kan ha vært viktig i en tidlig fase, for å skape oppblomstring av nye tilbud.

Vår første studie overfor 120 tilbud, viste at tilbudene er svært ulike i forhold til innhold, organisering og samhandling [33]. Å rendyrke tilbud basert på forskningsresultater kan være viktig fremover. Dette vil kunne gjøre tilbudene mer like, og derved lettere å vurdere kvaliteten og effekten av. Det har også vist seg å være effektivt for å unngå langtidsfravær [35]. Kravet om dokumentasjon av resultater vil kreve at det avsettes mer forskning til effektstudier innen dette området.

Ett av de kravene som ble tydeliggjort som spesielt viktig var gjennom to av påstandene som oppnådde konsensus: «*Det bør stiles krav til at RT-tilbudene skal samhandle mer med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.*» og «*Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere-tilbake ordningen.*». Hovedansvaret for sykefraværet er siden 2001 blitt flyttet fra helsetjenesten til arbeidsgiver, med arbeidsgiver og arbeidstaker som hovedaktørene. Tilsvarende endringer har skjedd for flere tiår siden i mange andre land, der for eksempel Australia og Canada tidlig innførte arbeidsplassen som hovedarena for sykefraværarbeid. Skiftet i tilnærming fra «train-then-place» til «place-then-train» har vektlagt tidlig «placement» på arbeidsplassen, der trening og tiltak bør foregå i størst mulig grad, og derved ikke i klinikk [36]. Dette skiftet i tenkning kom i psykiatrisk rehabilitering allerede på 80-tallet og har preget forskningsfronten innen rehabilitering av sykmeldte med muskel- og skjelettplager siden 90-tallet internasjonalt.

Raskere-tilbake ordningen er i dag en aktivitet som i varierende grad skjer i kontakt med arbeidsplassen [3]. Denne studien viste at alle typer raskere tilbake-tilbud organisert av helseforetakene i svært liten grad samhandlet med de lokale miljøene, med unntak av en del ARR-tilbud i opptreningsinstitusjoner. For å sikre god oppfølging av den sykemeldte er det viktig med et godt samarbeide mellom alle tre hovedaktørene; Nav, arbeidsplassen og helsetjenesten [2]. En kunnskapsoppsummering om effekten av tiltak for sykemeldte med helseplager [7] viste at det var særlig tre elementer som var sentrale for at arbeidsrelaterte tiltak overfor sykmeldte skulle være effektive. Det var (1) tidlig kontakt mellom arbeidsplass og den sykemeldte, (2) tidlig tverrfaglig kartlegging og koordinert plan for tilbakeføring og (3) god struktur for kommunikasjon mellom involverte parter gjennom organisering av en tilbakeføringskoordinator. Samarbeidet mellom aktørene har vist å være svært betydningsfullt for hvor raskt den sykmeldte kommer tilbake i arbeid [37-40]. Ett forhold som spesielt har vist seg å bety mye for tilbakeføringshastigheten er også at helsekompetanse blir spredt til arbeidsplassen, gjennom kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplassens aktører [41].

5.1.7 Kompetanse om inkluderende arbeidsliv må gjøres mer kjent, kunnskap fra forskning og brukere bør bli mer tilgjengelig og brukes mer, og det må skje mer utveksling av kunnskap mellom tilbudene.

De to påstandene som flest var enige i var disse: «*Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene*» og «*Raskere-tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.*» Begge disse var det 90 prosent som var enige i, samlet sett og nesten ingen som var uenige i. Den siste påstandens innhold ble også dokumentert i forrige evaluering av Raskere-tilbake, der det ble

avdekket at manglende kjennskap til ordningen var utbredt [5]. Gjennom Navs Arbeidslivssentra og rådgiverne for IA-virksomhetene har det skjedd et betydelig kompetanseløft i arbeidslivet. Dette har også arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene deltatt aktivt i. Ideologien fra Sandman-utvalgets innstilling i 2000 dannet et grunnlag for å tenke annerledes om sykefravær enn vi hadde gjort tidligere i Norge. Spesielt viktig har det vært å formidle at målet med IA-arbeidet er å kunne muliggjøre og jobbe på tross av helseplager, og at å kurere helseplagene ikke er eneste veien å gå for å oppnå arbeidsdeltagelse. Fokus på «rest-arbeidsevne/ressurser», tilrettelegging og arbeids- og funksjonsevne i stede for medisinsk diagnose har vært viktig [2]. Vår studie gir nå et klart resultat som tilsier at den opplæringen som har skjedd i arbeidslivet, nå også må skje i fagmiljøene i helsetjenesten, inkludert blant underleverandørene til Nav. En metode for å oppnå dette kan være å skape flere arenaer for utveksling mellom tilbudene, slik denne påstanden omhandler «*Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud*». Hele 76 prosent av de som svarte var enige i denne påstanden, og kun 5 prosent var uenige i dette. Det er flere måter slik utveksling kan skje på. For de som driver med Arbeidsrettet rehabilitering fyller kompetansesenteret ved Attføringssenteret i Rauland AIR en viktig funksjon (se www.arbeidsooghelse.no). Det kan også være at det er mulig at dette resultatet uttrykker et behov for utveksling som ikke tilbys i dag gjennom kompetansesenterets aktiviteter. Det kan være noe kompetansesenteret på Rauland vil være interesserte i å videreutvikle.

En annen påstand som vant stor oppslutning var «*RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva som er effektivt for tilbakeføring*». Det jobbes nå med kunnskapsportaler i miljøet rundt «Dalaneprojektet» som skal presentere effekter av tiltak. Dette skjer i et samarbeid mellom LO, NHO v. Industri og energi, KS, kommuner, private bedrifter, Arbeidstilsynet, Nav Arbeidslivssenter, HIOA, IRIS og Universitetet i Stavanger. Der vil det bli mulig å se hva forskningen viser om effekt for en rekke ulike intervensjoner, hvor stor denne effekten er og hvor mye en kan stole på resultatene. En utfordring er at det er vanskelig å skaffe midler til å omsette forskningsresultater slik at de blir tilgjengelige for praksisfeltet. «*Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud*» var også en påstand som det var konsensus om. Ikke alle trenger omfattende rehabilitering, og for flere grupper kan en kort enkel intervensjon være like effektiv som et omfattende tverrfaglig rehabiliteringsprogram [42-44].

«*Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene*» var en annen påstand som oppnådde konsensus. Dette kan sikres ved at det innbakes i kravene til både utvikling av kravspesifikasjonene men også ved stille krav om at brukerkompetanse kreves i både utvikling og styring av det enkelte tilbud.

5.1.8 Manglende konsensus om betydningen av en koordinator kan synes og ikke være i tråd med internasjonal forskning og praksisutvikling på området

En av påstandene som ikke oppnådde konsensus samlet sett og i ingen av de store gruppene var «*Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, Nav og helsetjenesten sammen*». Dette er en av de mest veldokumenterte kjennetegnene ved et effektivt tilbud til sykmeldte [41, 45, 46]. Det er påfallende i vår studie at kun forskere/undervisere, arbeidsgiverne, arbeidstakerne og bedriftshelsetjenesten oppnår konsensus for dette, samt profesjonsgruppene ergoterapeuter, sykepleiere og sosionomer. Særlig sterk er denne enigheten blant

forskere/undervisere og sosionomer. En forklaring til dette funnet kan være at hver enkelt aktør ikke ser tydelig gevinsten av å bli sterkere koordinert mot de andre etatene. En annen forklaring kan være ordet «lokal» i påstanden. Mange av de som har svart fra de mer spesialiserte tjenestene kan kanskje oppleve at det er utfordrende å skulle ha en lokal koordinator. De har ofte sin egen private koordinator, og det kan oppleves å dekke det behovet de selv har. I praksis fører dette til at den sykmeldte har mange ulike koordinatorene, som koordinerer hver sine tilbud. Dette kan forklare at arbeidsplassaktørene ser dette annerledes, da deres tilbud ofte ikke koordineres. At forskere avviker her tydelig fra hele gruppen samlet sett kan forklares gjennom at de kjenner forskningslitteraturen bedre.

5.1.9 Resultatene rundt tilbudenes fokus og tilnæringsmåter spriker

Innen internasjonal forskning og praksisutviklingen på dette området har det skjedd en betydelig endring i tilbudenes fokus og tilnæringsmåte. For eksempel er fokus spesielt for sykemeldte med uspesifikke plager dreid bort fra symptomer og diagnoser, og mer over mot arbeidsevne, ressurser og mestring [47-50]. Det har vært spesielt viktig innen dette området å motvirke sykeliggjøring av normale symptomer, noe som kan skje hvis symptomene (eks. smertene) blir satt for mye i fokus [32, 47, 51]. Noen av disse forholdene ble det spurt om her. Dette var det eneste temaområdet uten konsensus når alle svarene ble vurdert sammen, men samtidig oppnådde alle ti påstandene konsensus i enkelte undergrupper, noen for og flere mot. Derved ble dette temaområdet også det med flest påstander som det var konsensus om at en var uenige i.

Her var det store forskjeller mellom de som var tilknyttet tilbud og de andre som svarte. Det var kun arbeidsgiverne og arbeidstakerne som oppnådde konsensus om at dette feltet trenger et paradigmeskifte. Det at aktørene selv er til dels uenige i at tilbudene trenger endring i fokus kan tolkes som at de allerede opplever å ha et slikt fokus, eller at de mener at et symptom og diagnosefokus er et relevant fokus for de tjenestene de driver med. Det er også verdt å nevne at psykologene skiller seg ut her, ved at de oppnår konsensus om at de er uenige i syv av ti påstander, mens ingen av de andre kliniske profesjonene oppnår konsensus hverken for eller mot en eneste av disse. Samfunnsviterne oppnår konsensus for at tilbudene er for lite samtidige og at tilbudene er fragmenterte og for lite helhetlige. Dette siste er også bedriftshelsepersonell enige i. Så lenge vi ikke har kunnskap i Norge per i dag hvordan det står til med fokus og tilnæringsmåter i tilbudene, vil det være behov for å undersøke dette videre i nye studier samt også ved evt. å etablere mer sentral rapportering om dette.

5.1.10 Utfordringer med uklare sykmeldingsdiagnoser skaper lett feil fokus i tilbudet og legene bør kunne sykmelde for reell årsak.

De to påstander som omhandlet klarhet rundt hva som egentlig er sykmeldingsdiagnosen oppnådde begge konsenser: «*Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.*» og «*At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.*». Alternativet ville være at en utvidet egenmeldingen og hadde et opplegg for tettere oppfølging av den sykmeldte på arbeidsplassen. Påstanden «*Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver*» vant ikke nok oppslutning til å oppnå konsensus, selv om flere var positive enn negative til dette. En slik ordning stiller store krav til arbeidsgivers kompetanse og kultur. Det utføres nå et prosjekt der en slik modell utforskes, selv om det ikke er fulgt av rigorøs

intervensjonsforskning som kan vurdere om dette er effektivt for tilbakeføringshastigheten.

5.2 Metodisk diskusjon

Å gjennomføre en studie der en bruker en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ tilnærming gir mange fordeler. For eksempel, i runde I kunne vi la informantene sette agendaen selv uten forhåndsdefinerte temaer. I runde II kunne vi bruke resultatene fra ekspertene i runde I til å utvikle spørreskjemaet, heller enn at forskerne laget disse. Dette kalles metodetrianglering, og er en fremgangsmåte som brukes innen forskning når temaer er lite utforsket på forhånd og en trenger både å utforske og å verifisere i en og samme studie. Dette har vært en metodisk styrke i denne studien.

Ved å velge deltagere med ulik erfaringsbakgrunn i forhold til oppfølging av sykemeldte økte vi sannsynligheten for å kaste lys over tematikken fra en rekke ulike synsvinkler [18]. Både runde I og II hadde en svært bred representasjon av de aktører som finnes i dette feltet, i antall roller. Ett fokusgruppeintervju gir også ofte et rikt materiale som sikrer variabilitet og overføringsverdi. God tidsbruk og bredde i informantsammensetningen skulle sikre dette i vår studie [16]. Imidlertid er det en begrensning av vi kun hadde plass til stort sett en fra hver rolle i runde I, f.eks. kun en fra Nav Arbeidslivssenter, kun en Nav-henviser, kun en fastlege etc. Flere fra hver rolle kunne påvirket i form av at flere tema ville kommet opp, og likedan at det ikke ble plass til noen av de temaene som kom opp. Imidlertid gjør det ikke de temaene som kom opp og som denne rapporten omhandler mindre relevante. Å få med flere tema påvirker ikke de temaene denne rapporten omhandler.

For å sikre at alle kunne komme til orde med sine forslag til endringsbehov [16], samt for å samle inn erfaringer som var uhildet av gruppediskusjonen, brukte vi gule lapper før intervjuet tok til. Dette valget ble spesielt viktig da det viste seg i analysen av gruppeintervjuet at deltagerne fra helsetjenesten var mer aktive enn deltagerne fra Nav i den muntlige intervjusituasjonen. Det kan være ulike årsaker til dette. Selv om vi hadde tilstrebet et likt antall, var det noen flere fra helsetjenesten som takket ja til å delta. Noen fra helsetjenesten tegnet seg tidlig på talelisten, noe som kan ha gjort det vanskeligere å hevde sine meninger, dersom de var motstridende. Det kan også være ulikheter i kultur og kommunikasjonsformer mellom Nav-miljøer og helsetjenestemiljøer.

Resultatene viser at både de gule lappene og intervjudataene har stor bredde i beskrevne endringsbehov, men vi så også at temaene *henvisning til tilbudene* og *mottakere av tilbudet* var mer omtalt i den muntlige delen av konferansen og at temaet *samhandling og koordinering* oftere ble nevnt på de gule lappene. Det er gitt en oversikt over hvor problemstillingene og endringsbehovene ble identifisert, nettopp for å tydeliggjøre den eventuelle forskjellen i disse to datakildene. Derved kan leseren selv vurdere hva som er kilden for de ulike temaene.

For å øke relevansen til denne studien søkte vi å få informanter fra alle typer relevante aktører med [52]. Vi ønsket også et geografisk mangfold og aktører fra både store og små tjenestetilbud. Utvalget var lite i runde I, og vi kan dermed ikke si at meningene som kommer frem i runde I var dekkende for alle som har erfaring med Raskere tilbake. Det lyktes ikke å få tak i sykmeldte til å delta i konferansen. For å kompensere for dette fikk vi med to brukerorganisasjoner som representerte grupper som mottar raskere-tilbake tilbud. Aktørene kan både inneha et individuelt perspektiv ut fra sin egen

opplevelse, og man kan forvente at de kan ta et helhetlig perspektiv på ordningen [25]. I runde II derimot var det mange flere informanter med. Vi valgte å distribuere de som en snøball, ved en såkalt «snowball sampling». Dette kan i enkelte tilfeller gi store forskjeller i hvor mange som deltar fra de ulike gruppene en ønsker å rekruttere fra. I denne studien var imidlertid spredningen overraskende god mellom gruppene. Dette er en styrke med studien, og gir en høyere validitet i resultatene, både når alle svarer og også for de ulike undergruppene. Om de som svarte er representative for alle som jobber med sykmeldte er vanskelig å si noe sikkert om. Er det de som er mest positive til ordningen Raskere tilbake som har syns det er viktig å svare på denne undersøkelsen? Eller er det de mest negative som har syns det er viktig å få si sin mening? Vi har ingen indikasjoner på at dette materialet er skjevt i en eller annen retning. Det vi imidlertid kan si er at spredningen i oppfatninger blant de som svarte er stor på de aller fleste spørsmål. Dette kan bety at de som valgte å delta representerer et mangfold av synspunkter.

Forskerne hadde tatt valg på forhånd, både i form av strategi for utvalg av informanter, og gjennom å tilrettelegge for diskusjon under konferansen [15]. Det er alltid en fare for at forskernes egne meninger kan prege slike valg [52], selv om dette ikke er intendert. Under konferansen var forskerne lite framtreddende i form av uttalelser, og moderator hadde en spørrende eller verifiserende rolle for å få klarhet i informantenes synspunkter, men uten å forsøke å styre selve innspillenes innhold og retning. Moderator sine utsagn ble heller ikke brukt i analysen, når resultatene skulle identifiseres. Videre har analyseprosessen vært induktiv for å kunne utforske informantenes ulike perspektiv uten å styres av forhåndsdefinerte kategorier [16]. Vi var også to forskere som jobbet med koding av data for å sørge for reliabilitet i kodings- og analyseprosessen [18].

I denne studien var målet å få tak i problemstillinger og endringsforslag i dagens oppfølging av sykmeldte, fra aktører i feltet. Forskerne kunne i stedet valgt å fokusere på hva som fungerer bra i ordningen slik den er nå. Et annet fokus i spørsmålene ville gitt et annet fokus i datamaterialet [15]. Ut fra at dette er utforskning av praksis som skal føre til forbedringer av tjenestetilbudet, ble det mest hensiktsmessig å få tak i utfordringer med dagens praksis. På tross av dette fokuset på problemstillinger og endringsbehov kom det frem en rekke positive erfaringer med hva aktører mener at Raskere-tilbake ordningen har ført til.

Resultatene fra studien vil kunne få konsekvenser for hvordan oppfølgingen av sykemeldte i Norge utvikler seg i framtiden. Det var derfor viktig at det ble tilstrebet åpenhet om forskningsprosessen og at det er gitt tydelig informasjon om informantene, slik at den som leser kan selv vurdere resultatenes gyldighet og troverdighet [52]. Å bidra med egne erfaringer i denne settingen skulle heller ikke få noen negative konsekvenser for informantene [15]. Samtidig kan det være utfordrende problemstillinger knyttet til at det var både policymakere til stede, samt de som fordeler ressurser. Tjenesteytere er avhengig av hvordan ressursene fordeles, enten som levebrød og/eller i forhold til å ønske det beste for pasientene sine [52]. Derved var det viktig at presentasjon av resultatene ble anonymisert, ved at vi ikke knyttet sitater til beskrivelser av hvilken rolle hver enkelt ivaretok.

Referanser

1. Lindoe, P., Å. Bakke, and R.W. Aas, *Avtalen for et inkluderende arbeidsliv. Virkemidler fra nasjonalt nivå til ledernivå i oppfølgingen av sykmeldte*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 2006. **8**(2): p. 68-89.
2. Aas, R., *Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. 2009, Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Aas, R.W., A. Solberg, and J. Strupstad, *Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*, 2011, IRIS.
4. Holmås, T.H. and E. Kjerstad, *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3*, 2010, Samfunns- og næringslivsforskning AS.: Bergen.
5. Drangslund, K.A.K. and E. Kjerstad, *Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1*, 2008, Samfunns- og Næringslivsforskning AS Bergen.
6. Kjerstad, E. and B. Ravneberg, *Fornøyd med 'raskere tilbake'? Resultater fra en brukerundersøkelse*, 2008, Samfunns- og Næringslivsforskning AS (SNF): bergen.
7. Ellingsen, K.L., et al., *Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade*, in 2010/1862010, IRIS: IRIS.
8. Farstad, L. and K.L. Ellingsen, *Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade: Pasientgrunnlag, innhold og nytteverdi 2008-2011*, in 2011/2382011, IRIS: IRIS.
9. Solvang, P.K. and Å. Slettebø, *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. 2012, Oslo: Gyldendal akademisk. 333 s. : fig.
10. Vernon, W., *The Delphi technique: A review*. International Journal of Therapy & Rehabilitation, 2009. **16**(2): p. 69-76.
11. Ludwig, B., *Predicting the Future: Have you considered using the Delphi Methodology?* Journal of Extension 1997. **35**(5): p. 1-4.
12. Helmer, O. and N. Rescher, *ON THE EPISTEMOLOGY OF THE INEXACT SCIENCES*. Management Science, 1959. **6**(1): p. 25-52.
13. Hsu, C.C. and B.A. Sandford, *The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus*. Practical Assessment, Research and Evaluation, 2007. **12**(10): p. 1-8.
14. Kitzinger, J., *Introducing focus groups*. BMJ: British Medical Journal (International Edition), 1995. **311**(7000): p. 299-302.
15. Kvale, S., et al., *Det kvalitative forskningsintervju*. 2009, Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
16. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 2003, Oslo: Universitetsforlaget. 240 s.
17. Hsieh, H. and S.E. Shannon, *Three approaches to qualitative content analysis*. Qualitative Health Research, 2005. **15**(9): p. 1277-1288.
18. Graneheim, U.H. and B. Lundman, *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse Education Today, 2004. **24**(2): p. 105-112.
19. Ringdal, K., *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2012, Bergen: Fagbokforl.
20. Kazdin, A.E., *Artifact, bias, and complexity of assessment: the ABCs of reliability*. Journal Of Applied Behavior Analysis, 1977. **10**(1): p. 141-150.

21. Vedung, E., *Four Waves of Evaluation Diffusion*. Quatre vagues de diffusion de l'évaluation., 2010. **16**(3): p. 263-277.
22. Ose, S.O., *Evaluering av IA-avtalen*, 2009.
23. Aas, R.W., *Arbeidsrettet rehabilitering. Komplekse situasjoner med mange arenaer og aktører.*, in *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samaordning av tjenester.*, P.K. Solvang and Å. Slettebø, Editors. 2012, Gyldendal Akademisk: Oslo.
24. Røvik, K.A., *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. 2007, Oslo: Universitetsforl. 398 s.
25. Hertting, N. and E. Vedung, *Purposes and criteria in network governance evaluation: How far does standard evaluation vocabulary takes us?* Evaluation, 2012. **18**(1): p. 27-46.
26. Pransky, G., P. Loisel, and J. Anema, *Work Disability Prevention Research: Current and Future Prospects*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2011. **21**(3): p. 287-292.
27. WHO, *International classification of functioning, disability and health*. 2001, Geneva: World Health Organization. III, 299 s. : ill.
28. Arbeidsdepartementet, *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*, in *NOU 2000:27*, Arbeidsdepartementet, Editor 2000, Regjeringen.
29. Aas, R.W. and M. Grotle, *Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2007. **14**(3): p. 150-159.
30. Nordin, M., et al., *Association of comorbidity and outcome in episodes of nonspecific low back pain in occupational populations*. Journal of Occupational & Environmental Medicine, 2002. **44**(7): p. 677-684.
31. Loisel, P., et al., *Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain*. Disease Management & Health Outcomes, 2001. **9**(7): p. 351-360.
32. Hush, J.M. and M.K. Nicholas, *Cognitive behavioral treatment for low back pain*. Journal of Clinical Outcomes Management, 2011. **18**(2): p. 85-95.
33. Aas, R., A. Solberg, and J. Strupstad, *Raskere tilbake. Organiserer, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte*, 2011, IRIS.
34. Aas, R.W., *Workplace-based sick leave prevention and return to work. Exploratory studies*, in *Division of Clinical Neuroscience, Division of Insurance Medicine* 2011, Karolinska Institutet: Stockholm.
35. Pomaki, G., et al., *Workplace-Based Work Disability Prevention Interventions for Workers with Common Mental Health Conditions: A Review of the Literature*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2012. **22**(2): p. 182-195.
36. Corrigan, P.W. and S.G. McCracken, *Place First, Then Train: An Alternative to the Medical Model of Psychiatric Rehabilitation*. Social Work, 2005. **50**(1): p. 31-39.
37. Aarø, L.E., et al., *Psykiske og somatiske plager blant ungdom*. Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 2001. **121**: p. 2923-7.
38. Gard, G. and S. Soderberg, *How can a work rehabilitation process be improved? a qualitative study from the perspective of social insurance officers*. Disability and Rehabilitation, 2004. **26**(5): p. 299-305.

39. Karrholm, J., et al., *Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation*. Disability and Rehabilitation, 2006. **28**(7): p. 457-467.
40. Tjulin, A., E.E. Stiwne, and K. Ekberg, *Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2009. **19**(4): p. 409-418.
41. Franche, R., et al., *Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005. **15**(4): p. 607-631.
42. Jensen, C., et al., *One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention*. Spine, 2011. **36**(15): p. 1180-1189.
43. Stapelfeldt, C.M., et al., *Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention*. BMC Musculoskeletal Disorders, 2011. **12**: p. 112-112.
44. Aas, R.W. and L.S. Skarpaas, *The impact of a brief vs. multidisciplinary intervention on return to work remains unclear for employees sick-listed with low back pain*. Australian Occupational Therapy Journal, 2012. **59**(3): p. 249-250.
45. Loisel, P., et al., *A population-based, randomized clinical trial on back pain management*. Spine, 1997. **22**(24): p. 2911-2918.
46. Schandelmaier, S., et al., *Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials*. PLoS ONE, 2012. **7**(11): p. e49760-e49760.
47. Giessen, R.N., C.M. Speksnijder, and P.J.M. Helders, *The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review*. Disability & Rehabilitation, 2012. **34**(13): p. 1070-1076.
48. Rolli Salathé, C., et al., *Resources for preventing sickness absence due to low back pain*. Occupational Medicine (Oxford, England), 2012. **62**(4): p. 273-280.
49. Viikari-Juntura, E., et al., *Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial*. Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health, 2012. **38**(2): p. 134-143.
50. Laisné, F., C. Lecomte, and M. Corbière, *Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished) **. Disability And Rehabilitation, 2012. **34**(22): p. 1912-1941.
51. Krismer, M. and M. van Tulder, *Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific)*. Best Practice & Research. Clinical Rheumatology, 2007. **21**(1): p. 77-91.
52. Stige, B., K. Malterud, and T. Midtgarden, *Toward an agenda for evaluation of qualitative research*. Qualitative Health Research, 2009. **19**(10): p. 1504-1516.

6 Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over problemstillinger og endringsforslag fra runde I- Ekspertkonferansen

Overordnet organisering

Problemstillinger

- Raskere- tilbake ordningen er ustabil og ustrukturert, og mangler tydelig mål og kontinuitet.
- Organisering av tilbudene som prosjekter er problematisk, spesielt for de ansatte.
- Det finnes betydelig overlapping mellom tilbudene, med parallelle tilbud i helseforetak og Nav, og Navs behandlingstilbud er problematisk.
- Sykmeldte står i fare for å bli overbehandlet.

Endringsforslag

- Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.
- Det utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for Nav og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.
- Tilbudene i Nav fases ut, og Raskere- tilbake ordningen videreføres kun i helsetjenesten, som ordinære tilbud.
- Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.
- Antallet tiltak og tilbud reduseres, og tilbudene i helsetjenesten bør bli smalere og mer strømlinjeformet.
- Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplass og Nav.
- Lag en enkel førstelinjeløsning for alle sykmeldte, gjennom kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra
- Raskere- tilbake ordningen legges ned.

Om mottakere av tilbudet

Problemstillinger

- At ikke reell grunn for sykefraværet beskrives skaper feil fokus i tilbudene.
- Mottakerne av Raskere tilbake har vært for lenge sykmeldt når de henvises.

Endringsforslag

- Sykmeldte må prioriteres og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.
- Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle alt lettere psykiske lidelser.
- Arbeidsplassen må overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging av arbeidsgiver.
- Raskere- tilbake ordningen må også utvides til å gjelde kreftsyke som er på arbeidsavklaringspenger.
- De det må fokuseres på fremover er de enkle forløpene som trenger å forkorte ventetiden til medisinsk utredning og behandling/kirurgi.
- Tilbudet fremover må fokusere på de med uspesifikke helseplager, de med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser.

- De som bør få tilbudet er de som er identifisert som risikogrupper i forskningslitteraturen.

Tilbudenes varighet

Endringsforslag

- Igangsatte tilbud må vare lengre i dag og minst 2-3 år.
- De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud (ut fra dokumenterte resultater).
- Tilbudene bør følge IA- avtalens varighet.

Samhandling og koordinering mellom aktørene

Problemstillinger

- Samhandlingen mellom helsetjenesten og Nav er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.
- Raskere- tilbake ordningen har gitt mer samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger, så det er viktig at dette ikke reverseres.
- Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt et tiltak fra Nav.
- Det er problematisk at en instans gjør arbeidsevnevurdering, og en annen forvaltningsgruppe skal følge det opp.

Endringsforslag

- Det bør stilles krav til at alle aktører skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (inkludert bedriftshelsetjenesten).
- Det må utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og Nav.
- Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.
- Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator.

Henvisning til tilbudet

Problemstillinger

- Nav-tiltaket avklaring brukes for lite.
- Fastlegen mangler kunnskap om RT-tilbudet.
- Prosjektorganiseringen av Raskere tilbake i helseforetakene reduserer tiltroen og motivasjonen hos fastlegen, fordi de forventes å forsvinne raskt igjen.
- Fastlegene kvier seg for å bruke Raskere- tilbake ordningen da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater en prioritering av sykmeldte.
- Det er ikke hensiktsmessig når Nav henviser til spesialister og generer undersøkelser og behandling.

Endringsforslag

- Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.

Tilbudenes fokus og tilnæringsmåte

Problemstillinger

- Tilbudet til sykmeldte er i dag er for preget av diagnose og symptomteknisk, symptombehandling og medikalisering
- Tilbudet i dag er for lite rettet mot å være på jobb på tross av helseplager.

- Tilbudet i dag er for fragmenterte, og lite helhetlige og samtidige.
- Tilbudene i dag er for lite brukerrorettede, individrettede og skreddersydde.

Endringsforslag

- Det kreves et skifte i hvordan tilbudet til sykmeldte skal være utformet.

Tilbudets kompetanse

Problemstillinger

- Det er relasjonen en utvikler som er viktigst, ikke profesjonen.
- Det er uenighet om Raskere tilbake har effekt på sykefraværet.
- Kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene savnes.
- Raskere- tilbake ordningen er for lite kjent.

Endringsforslag

- Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres blant fagfolk, ikke bare på arbeidsplassene.
- Kompetansen som bedriftshelsetjenesten har må involveres mer i Raskere- tilbake ordningen.
- Alle sykmeldte bør være ferdig tverrfaglig utredet i løpet av fire uker.
- Brukerkompetanse må oftere tas med i planlegging og styring av tilbudene.
- Det er behov for å drive med mer utveksling av kompetanse og kunnskap mellom tiltakene og leverandørene.
- Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.
- Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.
- Raskere- tilbake ordningen må gjøres mer kjent blant ulike grupper.
- Tilbudene har behov for evidens om hva studier har vist at er effektivt på tilbakeføring.
- Forskningsbasert kunnskap om hvem som er risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt.

Vedlegg 2: Spørreskjemaet som ble brukt i runde 2

NB-NO	QUESTION
<p>LITT INFORMASJON FØR DU GÅR I GANG: Du anbefales å bruke fullskjermvisning mens du besvarer undersøkelsen, da dette gjør det lettere å se alle spørsmålene uten å skrolle.</p> <p>EKSEMPEL PÅ UTFYLLING OG BRUK AV DATAENE: Påstand: "Raskere- tilbake ordningen bør legges ned." Svaralternativer er Helt uenig-Uenig-Nøytral-Enig-Helt enig-Vet ikke. Du svarer helt uenig. Hvis 90% eller flere (\geq) av alle som deltar i studien svarer det samme som deg, vil det være "sterk konsensus (enighet)" om dette ($\geq 70\%$ = svak konsensus, $\geq 95\%$ = full konsensus).</p> <p>OM UTFYLLINGEN: Ettersom undersøkelsen går ut til personer i ulike roller, vil få kunne ha grunnlag til å besvare alle påstandene. Når dette er tilfelle for deg, skal du bruke alternativet «vet ikke». Alternativet «nøytral» skal ikke brukes til det. Det skal du kun bruke når du er både uenig og enig, og/eller er hverken uenig eller enig.</p> <p>OM SKJEMAET: Påstandene du tar stilling til er formulert enten som en problemstilling eller som et endringsforslag. Dette kan virke problemfokuserende, men er kun formulert slik fordi problemer er lettere å identifisere og ta stilling til.</p>	
ROLLE2	<p>Din profesjonsbakgrunn:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ergoterapeut<input type="radio"/> Fysioterapeut<input type="radio"/> Lege<input type="radio"/> Pedagog<input type="radio"/> Psykolog<input type="radio"/> Sosionom<input type="radio"/> Sykepleier<input type="radio"/> Samfunnsviter<input type="radio"/> Vernepleier<input type="radio"/> Adm./ledelse/økonomi<input type="radio"/> Annet, spesifiser her :
Q1151471	<p>Dine roller i relasjon til sykmeldtes tilbud og ordningen Raskere tilbake (kryss av for ALLE rollene du har)?</p> <p>Min(e) tidligere eller nåværende rolle(r):</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Henviser pasienter til raskere- tilbake tilbud, finansiert av helseforetakene<input type="checkbox"/> Henviser brukere til raskere- tilbake tilbud, finansiert av NAV<input type="checkbox"/> Tilknyttet et raskere- tilbake tilbud<input type="checkbox"/> Koordinator for Raskere- tilbake ordningen i NAV<input type="checkbox"/> Koordinator for Raskere- tilbake ordningen i helseforetakene<input type="checkbox"/> Leder, HR/HMS-ansatt, fra arbeidsgiver org.<input type="checkbox"/> Sykmeldt, tillitsvalgt, verneombud, fra arbeidstaker.org.<input type="checkbox"/> Tilknyttet en bedriftshelsetjeneste<input type="checkbox"/> Underviser/forsker om dette

- Jobber med temaet i departement/direktorat/tilsyn
- Alle andre roller (spesifiser her) :

Quest26

Hvilke former for Raskere- tilbake driver dere for helseforetaket (RHF) og/eller for NAV (ett eller flere svar):

- Oppfølging (NAV)
- Avklaring (NAV)
- Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)
- Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)
- Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)
- Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)
- Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)
- Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF)

År

Hvor mange år har du hatt erfaring med tilbud til sykmeldte? Har du hatt flere roller, oppgir du antall år tilsammen (gjelder ikke kun RT-ordningen)

(0 - 99)

Prac#1

TEMA 1/7: Om Raskere- tilbake tilbudenes fokus og tilnæringsmåte

EForus

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende generelle påstander om Raskere-tilbake tilbudene, sett under ett:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomtenkning.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er for preget av symptombehandling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er for preget av medikalisering.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er for lite brukerrettede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er for lite individrettede.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus						

for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover. ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Quest29

Eventuelle kommentarer:

Page#2

TEMA 2/7: Om Raskere- tilbake tilbudenes varighet (i hht. kontrakter/avtaler med NAV/helseforetak)

PEVARIGHET

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander (de fire første omhandler avtaler/kontrakter med tidsbegrensning og bør vurderes i sammenheng):

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest30

Eventuelle kommentarer:

Page#3

TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet

PHENVISNING

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere-tilbake tilbudet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere- tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke Raskere- tilbake ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest31

Eventuelle kommentarer:

Page#4

TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet

ORGANISERING

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At Raskere- tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest32

Eventuelle kommentarer:

Page#5

Quest22

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det bør utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbudene i NAV bør fases ut, og Raskere- tilbake ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest33

Eventuelle kommentarer:

Page#6

ORGANISERING.3

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
------------	-------	---------	------	-----------	----------

Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUEST34

Eventuelle kommentarer:

PAGE#15

TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet

PEMOTTAREV2

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som						

- diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.
- De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.

Quest35

Eventuelle kommentarer:

Page#17

Quest46

Jeg mener at følgende av dagens Raskere- tilbake tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Oppfølging (NAV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avklaring (NAV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehabilitering i sykehus-somatikk (RHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest36

Eventuelle kommentarer:

Page#7

PEMOTTAKERESIES

Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen (se over alle før du svarer)(neste spørsmål omhandler diagnose):

Helt uenig Uenig Nøytral Enig Helt enig Vet ikke

Personer på uføretrygd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer på arbeidsavklaringspenger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd.- 1 år)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De som står i fare for å bli sykmeldt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest37

Eventuelle kommentarer:

Page#14

Quest44

Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen.

De som har:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyngre psykiske lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svulster/kreft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykdommer i nervesystemet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykdommer i åndedrettsystemet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeksjonssykdommer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quest45

Eventuelle kommentarer:

TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering

PSAMHANDLING

Ta stilling til i hvilken grad du er enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Samhandlingen mellom helsejtenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUEST38

Eventuelle kommentarer:

ESAMHANDLING

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med bedriftshelsetjenesten når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NAV.

Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.

Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.

QUEST39

Eventuelle kommentarer:

PAGE#10

TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse

PKOMPETANSE

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har erfart at Raskere tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUEST40

Eventuelle kommentarer:

PAGE#11

QUEST28

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUEST#1

Eventuelle kommentarer:

PAGE#12

EKOMPETANSE

TIL SLUTT: I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	Vet ikke
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere- tilbake ordningen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere- tilbake tilbud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUEST#2

Eventuelle kommentarer:

ÅNDRE

Er det andre problemstillinger/endringsforslag enn de som er nevnt i denne undersøkelsen, som er viktig med tanke på fremtidens tilbud til sykmeldte i Norge?

Vedlegg 3: Oversikt over resultater

Påstander	Alle respondenter (N=609)			Tilknyttet RT-tilbud (N=212)			Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)			NAV-folk (N=210)			RHF-folk (N=155)		
	Uengig*	Engig*	% av N	Uengig*	Engig*	% av N	Uengig*	Engig*	% av N	Uengig*	Engig*	% av N	Uengig*	Engig*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte															
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomentekning.	41	35	89	57	20	96	32	44	86	50	26	93	55	21	97
Tilbudene er for preget av symptombehandling	46	32	88	60	21	95	37	39	84	56	22	90	60	23	96
Tilbudene er for preget av medikalisering	55	18	83	71	10	92	45	24	78	67	8	88	69	10	94
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	50	38	91	74	20	96	35	49	88	62	28	94	74	17	97
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	37	49	90	57	30	96	26	60	87	47	41	94	61	27	95
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	27	50	81	36	39	84	22	56	80	32	45	82	39	34	88
Tilbudene er for lite brukerrettede.	50	30	91	70	15	97	39	40	87	62	16	95	70	12	97
Tilbudene er for lite individrettede.	58	27	91	77	14	97	47	35	88	71	15	95	76	11	97
Tilbudene er i for liten grad skreddersydd til den sykmeldtes spesielle behov.	44	39	93	63	20	97	33	50	91	55	25	97	63	16	97
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	21	57	89	33	42	91	15	65	88	31	43	91	32	44	92
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet															
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	48	32	79	60	23	82	42	37	77	60	25	82	63	18	84
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	43	32	77	43	34	82	43	31	75	42	40	81	47	32	86
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	51	21	76	44	29	82	55	16	74	50	29	81	45	30	85
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	55	17	76	46	27	79	60	12	74	56	22	79	45	32	83
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	34	34	75	33	25	71	35	38	77	36	28	75	34	32	80
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	11	80	83	12	81	86	11	79	81	15	75	87	8	87	91
TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet															
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere- tilbake tilbudet.	18	66	82	21	61	87	17	69	80	22	64	88	22	60	92
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere- tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	10	64	73	10	66	79	11	63	69	11	64	79	11	67	85
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke Raskere- tilbake ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	31	34	64	36	24	64	28	40	64	36	25	64	36	29	74
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	13	66	81	17	55	82	11	72	80	17	56	83	16	58	86
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	30	49	74	30	49	72	31	49	75	35	43	79	25	57	76
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	14	57	62	11	48	54	15	61	66	15	53	69	13	40	53
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet															
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	50	35	78	66	23	86	40	43	75	63	25	85	67	21	91
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	28	55	77	38	46	84	22	61	74	29	56	85	44	41	89
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	34	49	76	45	37	81	27	56	73	37	47	79	49	32	86
At RT-tilbudene er organisert som prosjekter (i RHF), er nok problematisk for de ansatte.	15	64	69	20	65	75	12	63	65	13	59	67	22	66	86
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	25	49	66	33	42	74	20	53	62	28	48	78	31	44	79
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	39	36	71	49	22	75	34	43	68	50	28	78	42	32	80
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	60	27	77	63	25	79	58	28	76	59	25	83	63	25	84
Raskere- tilbake ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	18	71	48	13	79	30	19	70	77	12	81	45	11	78	30
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	59	15	80	74	7	85	51	19	75	62	14	85	71	9	90
Det bør utvikles en RT-ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	21	68	58	17	71	62	24	67	56	18	66	59	12	76	68
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	34	38	75	34	42	78	34	36	73	39	34	81	25	47	81
Raskere- tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	21	73	44	20	78	40	21	70	46	18	73	48	13	83	33
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	20	71	57	17	70	64	22	71	54	14	75	62	15	72	66
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	35	41	78	35	41	81	36	40	77	29	48	83	27	43	85
Raskere- tilbake tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	18	68	65	15	65	74	20	70	60	13	71	73	13	70	75
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	18	64	68	15	60	78	20	67	63	18	65	76	10	58	83
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra.	32	52	72	28	52	77	34	52	70	31	54	78	27	52	83
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet															
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	20	65	75	28	60	85	15	68	69	22	62	82	25	60	88
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	15	61	73	17	55	79	14	65	70	20	55	78	16	56	84
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	31	49	76	28	43	80	32	52	74	25	55	83	21	47	84
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	13	76	77	13	77	82	13	76	75	11	79	85	14	75	85
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	11	77	74	18	67	78	8	83	72	14	75	81	14	69	82
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	44	23	76	47	17	82	43	26	73	47	19	81	45	16	86

Påstander	Alle respondenter (N=609)			Tilknyttet RT-tilbud (N=212)			Ikke tilknyttet RT-tilbud (N=397)			NAV-folk (N=210)			RHF-folk (N=155)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens RT-tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:															
Oppfølging (NAV)	14	66	69	12	59	68	14	70	70	13	68	79	13	54	71
Avklaring (NAV)	14	66	67	13	59	65	14	70	69	12	71	76	15	53	70
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	12	70	71	11	68	72	12	72	70	10	77	80	12	63	75
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	23	60	72	19	64	74	26	57	70	20	72	81	20	61	77
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	7	77	69	5	71	69	8	79	68	8	72	74	6	77	78
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	7	75	68	4	76	70	9	75	67	9	69	73	4	82	81
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	8	78	68	5	80	72	10	77	67	8	76	74	3	87	81
Arbeidsrettet rehabilitering i oppføringsinstitusjon (RHF)	8	76	69	7	75	72	9	77	67	9	74	74	7	79	81
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen:															
Personer på uføretrygd	50	30	75	58	25	79	46	33	73	60	23	80	61	21	83
Personer på arbeidsavklaringspenger	18	69	76	21	69	79	17	69	75	24	64	81	19	68	83
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd. - 1 år)	9	82	77	8	84	81	9	81	75	9	82	83	9	83	85
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	6	90	78	3	96	82	3	96	76	6	91	83	2	96	86
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	15	76	78	10	86	82	18	71	76	10	83	83	9	86	86
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	24	65	78	17	72	82	28	61	76	20	71	83	15	74	86
De som står i fare for å bli sykmeldt	13	78	78	6	88	82	17	71	76	11	79	83	6	88	87
Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen. De som har:															
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	5	87	73	4	90	77	6	86	71	6	85	79	4	89	84
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	8	82	73	5	86	77	5	86	71	8	82	78	5	84	84
Tyngre psykiske lidelser	42	36	71	49	25	75	49	25	69	47	28	80	48	25	76
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	5	88	75	3	93	81	6	85	72	5	89	82	2	93	84
Svulster/kreft	30	45	71	23	48	74	34	44	69	28	45	77	30	42	79
Sykdommer i nervesystemet	18	57	70	13	56	74	20	57	67	20	53	74	14	60	80
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	17	59	69	15	56	73	18	61	67	19	55	73	16	57	80
Sykdommer i åndrettsystemet	17	56	69	15	53	73	19	58	67	20	53	75	17	50	79
Infeksjonssykdommer	31	41	68	31	36	71	31	44	67	37	33	73	33	34	77
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	15	65	70	13	66	73	16	64	68	17	65	76	16	64	79
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	36	41	72	35	39	73	36	42	71	36	34	76	38	35	79
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering															
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekvemhet.	24	54	65	28	47	72	21	59	61	27	52	73	28	47	76
RT-ordningen har gitt bedre samordnede tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	28	48	63	16	60	69	36	41	59	25	57	68	16	61	75
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	23	52	64	24	50	67	22	53	63	33	39	72	24	48	69
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	11	66	68	10	57	70	11	71	66	15	51	74	9	61	73
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	12	77	74	17	68	79	9	82	71	16	74	79	13	68	84
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	13	68	73	18	59	78	10	73	71	16	63	79	14	62	83
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	5	85	72	4	84	79	5	86	68	4	85	78	2	85	84
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	21	58	68	22	55	72	21	60	66	26	53	73	16	62	80
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	18	63	72	19	57	77	17	66	69	25	54	79	19	56	81
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse															
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	37	46	73	37	51	80	38	43	69	40	43	80	38	50	83
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	9	80	69	1	94	81	15	69	62	6	87	82	2	92	83
Jeg savner kostnadseffektivitetstiltak av tilbudene.	13	61	67	12	63	72	13	60	64	14	60	74	13	64	77
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	29	49	72	28	52	78	31	47	68	26	50	79	35	46	83
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	5	82	71	6	85	79	4	81	66	5	83	79	7	86	83
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidssykfravær og uføret må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	8	73	71	9	76	78	8	71	67	8	73	80	7	78	81
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	3	90	73	2	90	77	3	91	70	4	89	80	4	87	83
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere- tilbake ordningen.	7	76	70	10	69	76	4	81	67	7	72	77	7	71	80
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	18	64	70	16	61	73	19	65	68	21	58	77	13	62	81
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	6	71	69	2	72	74	6	70	66	5	66	75	2	70	81
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr raskere- tilbake tilbud.	5	76	65	5	78	74	5	74	61	7	69	71	3	76	79
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	47	29	63	51	19	68	44	36	60	54	24	72	40	24	70
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	2	90	73	2	94	78	2	88	70	1	91	80	2	92	84

Påstander	Henviser RHF (N=53)			Henviser NAV (N=76)			Koord. RT NAV (N=12)			Koord. RT RHF (N=33)		
	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte												
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomtenkning.	45	33	92	39	34	93	45	9	92	64	15	100
Tilbudene er for preget av symptombehandling.	55	31	92	42	31	88	46	18	92	73	18	100
Tilbudene er for preget av medikalisering.	61	18	92	58	9	84	54	0	92	81	6	97
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	48	34	94	49	36	92	55	27	92	69	12	97
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	33	55	96	33	54	92	33	50	100	66	25	97
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	25	57	92	22	55	84	33	42	100	53	23	91
Tilbudene er for lite brukerrettede.	52	29	98	49	25	96	67	8	100	73	6	100
Tilbudene er for lite individrettede.	66	20	94	61	22	95	75	0	100	79	6	100
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.	36	43	100	37	37	99	67	0	100	63	9	97
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	25	46	91	26	46	91	25	50	100	41	41	97
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet												
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	63	30	87	57	32	85	83	17	100	65	21	88
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	42	38	85	44	42	84	50	42	100	59	28	88
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	48	30	87	62	23	85	75	17	100	55	28	88
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	56	24	85	72	17	84	75	17	100	53	30	91
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	46	28	81	48	31	85	58	33	100	35	39	94
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	6	90	92	19	72	91	33	50	100	0	94	94
TEMA 3/7: Om henvisning til RT-tilbudet												
Det synes som fastlegen mangler kunnskap om RT-tilbudet.	35	50	91	27	63	89	8	92	100	19	56	97
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi RT-tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	11	70	89	9	66	88	9	73	92	17	69	88
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	49	31	85	34	27	74	20	30	83	46	39	85
Fastlegen bør samarbeide med BHT i henvisningsprosessen.	33	50	91	19	66	84	18	64	92	24	42	94
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	27	56	85	35	52	85	25	58	100	22	56	82
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	11	54	70	25	51	75	27	55	92	26	26	58
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av RT-tilbudet												
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	49	41	92	53	31	84	50	33	100	75	19	97
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	27	67	91	24	62	87	17	67	100	47	44	97
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	30	55	89	27	59	83	18	64	92	56	34	97
At RT-tilbudene er organisert som prosjekter (i RHF), er nok problematisk for de ansatte.	15	64	74	8	50	66	0	67	75	23	63	91
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	19	62	79	27	53	78	8	83	100	25	57	85
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	33	49	81	41	41	78	25	67	100	28	59	88
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	57	25	89	61	20	84	54	27	92	67	23	91
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	14	71	53	12	84	57	0	87	67	10	70	30
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	52	14	83	55	18	82	50	33	100	67	17	91
Det bør utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	16	66	60	13	72	60	0	78	75	26	59	82
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	28	51	81	34	40	82	50	25	100	25	37	73
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	7	82	53	10	80	53	0	83	50	27	55	33
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	10	82	74	11	63	60	0	100	67	4	74	70
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	27	34	83	17	49	85	8	58	100	23	48	94
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	17	69	68	9	78	71	11	78	75	4	88	79
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	14	79	79	12	74	75	14	86	58	6	59	97
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale RT-sentra.	29	61	77	27	58	78	40	60	83	31	47	97
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet												
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	39	34	83	29	51	78	0	92	100	19	61	94
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	44	44	77	25	58	79	17	50	100	20	57	91
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	21	68	83	17	64	84	17	67	100	26	37	82
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	13	80	85	8	84	85	17	83	100	7	79	85
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	9	76	85	3	83	84	0	91	100	19	59	82
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	44	22	85	48	21	80	42	33	100	52	14	88

Påstander	Henviser RHF (N=53)			Henviser NAV (N=76)			Koord. RT NAV (N=12)			Koord. RT RHF (N=33)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens RT-tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:												
Oppfølging (NAV)	17	67	79	12	75	84	33	67	100	18	61	85
Avklaring (NAV)	17	70	75	13	74	80	33	67	100	21	57	85
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	16	73	83	11	76	83	25	75	100	18	64	85
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	25	70	83	21	73	83	58	33	100	39	46	85
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	9	79	81	8	78	78	17	75	100	7	89	85
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	9	80	83	10	75	78	25	67	100	7	82	82
Behandling og rehabilitering- p psykiatri (RHF)	9	81	81	10	76	76	8	83	100	4	85	79
Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF)	13	80	85	10	80	78	25	58	100	12	69	79
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom RT-ordningen:												
Personer på uføretrygd	61	25	83	61	28	80	75	8	100	69	14	88
Personer på arbeidsavklaringspenger	26	59	87	27	62	83	42	50	100	21	65	88
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd. - 1 år)	15	76	87	11	83	84	25	58	100	10	72	88
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	9	89	87	8	91	84	8	83	100	3	93	91
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	17	74	87	17	72	84	0	92	100	3	87	91
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	30	59	87	30	62	84	8	83	100	7	83	91
De som står i fare for å bli sykmeldt	17	74	87	20	67	84	17	67	100	3	93	91
Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom RT-ordningen. De som har:												
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	11	78	87	13	78	84	0	92	100	7	82	85
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	13	76	85	17	67	83	0	92	100	11	75	85
Tyngre psykiske lidelser	42	40	85	40	41	83	67	8	100	72	12	76
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	9	80	87	8	81	84	0	92	100	4	89	85
Svulster/kreft	37	39	87	34	39	84	50	25	100	52	24	76
Sykdommer i nervesystemet	26	54	87	26	53	82	25	58	100	19	59	82
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	28	52	87	21	58	82	33	50	100	22	52	82
Sykdommer i åndedrettsystemet	26	50	87	23	53	82	33	50	100	26	44	82
Infeksjonssykdommer	44	36	85	39	37	82	50	25	100	33	33	82
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	28	59	87	22	66	84	8	75	100	22	52	82
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	38	31	85	38	34	84	33	25	100	44	19	82
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering												
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfældigheter og bekjentskap.	20	59	74	25	60	75	17	58	100	28	52	76
RT-ordningen har gitt bedre samordnede tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	47	40	72	38	47	70	33	58	100	25	61	85
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	13	56	74	31	41	76	55	27	100	27	46	67
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	0	70	81	15	49	78	25	58	100	18	55	67
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	13	69	85	8	77	80	9	91	100	24	48	88
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	16	64	83	6	71	82	9	73	92	21	45	88
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	12	72	81	5	83	79	0	100	92	0	79	88
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	37	51	81	33	52	76	36	46	92	15	63	82
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	27	57	83	32	57	79	20	50	83	25	54	85
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse												
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	54	29	83	51	31	80	42	50	100	48	33	82
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidsplassen.	9	76	87	13	71	83	0	82	92	4	89	82
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	17	56	77	17	53	75	8	75	100	21	54	85
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	14	57	83	23	49	80	25	58	100	54	36	85
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	4	84	85	3	83	79	0	83	100	14	75	85
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidssykfravær og uføretid må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	11	66	83	10	68	79	0	67	100	12	61	79
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	9	75	83	8	82	83	0	100	100	4	82	85
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i RT-ordningen.	7	72	81	3	83	79	8	75	100	0	67	82
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	43	40	79	29	47	82	8	83	100	14	69	88
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	12	47	75	9	53	75	9	73	92	7	61	85
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	10	65	75	11	65	72	0	82	92	7	65	88
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	29	57	79	41	45	76	40	40	83	48	17	70
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	2	76	85	2	84	84	0	83	100	3	83	88

Påstander	Arbeidsgiver-representanter (N=185)			Arbeidstaker-representanter (N=84)			BHT (N=76)			Underviser/forsker (N=39)		
	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte												
Tilbudene er for preget av diagnose og symptontenkning.	24	49	83	28	49	86	31	49	93	33	47	92
Tilbudene er for preget av symptombehandling.	30	43	78	32	46	88	34	41	92	36	44	92
Tilbudene er for preget av medikalisering.	39	24	71	37	32	84	47	24	87	39	39	92
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helsep lager.	30	56	88	37	53	87	34	53	93	46	49	90
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	20	63	85	21	64	87	13	72	91	26	66	90
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	19	61	77	17	64	82	11	60	83	26	59	87
Tilbudene er for lite brukerrettede.	32	43	84	33	57	89	36	43	92	39	44	92
Tilbudene er for lite individrettede.	40	40	85	36	53	88	51	37	93	49	43	90
Tilbudene er i for liten grad skreddersydd til den sykmeldtes spesielle behov.	28	54	89	24	66	94	28	61	97	34	57	90
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	11	72	85	12	74	90	11	65	93	17	66	90
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet												
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	42	41	71	31	43	74	45	34	76	58	19	79
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	48	30	69	32	25	70	43	33	76	41	31	82
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	61	12	68	46	17	70	55	16	76	40	23	77
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	65	13	68	49	17	70	60	12	75	40	27	77
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	27	43	72	33	40	71	45	34	76	29	32	72
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	11	80	77	9	79	80	10	84	80	6	87	79
TEMA 3/7: Om henvisning til RT-tilbudet												
Det synes som fastlegen mangler kunnskap om RT-tilbudet.	10	77	73	30	57	82	11	73	82	20	70	77
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi RT-tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	7	62	64	16	57	73	12	69	67	4	86	72
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	23	39	56	27	46	65	28	37	60	25	50	61
Fastlegen bør samarbeide med BHT i henvisningsprosessen.	10	73	77	15	76	81	10	87	83	7	73	77
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	38	42	67	27	61	80	28	60	76	13	57	77
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	11	68	62	21	60	63	10	69	68	17	46	61
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av RT-tilbudet												
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	36	45	68	34	47	76	33	52	76	55	39	79
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	18	62	68	25	51	73	14	77	75	26	74	79
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	19	65	66	29	48	75	18	70	74	29	57	72
At Raskere- tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	12	66	63	13	67	71	6	85	63	14	76	74
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	22	48	55	29	50	57	23	54	63	23	53	77
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	39	33	63	30	48	67	34	44	78	31	45	74
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbeholdt.	49	38	69	58	25	80	60	27	79	40	50	77
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	22	65	53	33	56	55	13	77	62	28	61	46
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	53	19	72	60	12	77	52	15	80	59	28	74
Det bør utvikles en RT-ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	19	72	44	40	56	65	19	76	54	27	59	56
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	31	42	69	38	37	71	34	39	74	28	41	74
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	21	72	44	26	69	42	13	79	50	16	74	49
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	27	68	48	27	60	54	21	76	55	20	75	51
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	41	38	70	39	29	79	32	37	82	39	48	69
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	22	69	51	26	62	69	10	78	53	28	59	74
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	20	68	55	30	54	67	13	70	62	25	62	61
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/interkommunale RT-sentra.	33	54	64	39	42	68	28	56	71	30	59	69
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet												
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	9	77	64	18	60	71	13	67	79	4	71	72
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	11	70	66	12	66	70	21	63	75	11	64	72
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	44	43	68	35	46	77	32	57	82	27	57	77
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	9	81	69	22	73	75	13	77	82	21	65	74
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	5	87	66	15	80	71	7	86	75	7	77	77
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	43	25	68	48	27	75	43	28	80	38	34	74

Påstander	Arbeidsgiver-representanter (N=185)			Arbeidstaker-representanter (N=84)			BHT (N=76)			Underviser/forsker (N=39)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens RT-tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:												
Oppfølging (NAV)	12	71	66	24	61	70	18	71	74	29	50	61
Avklaring (NAV)	12	71	64	25	59	70	18	70	74	29	54	61
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	6	78	66	19	65	69	16	68	75	29	67	61
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	18	64	64	35	52	71	28	56	75	39	61	59
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	8	78	62	8	78	71	7	86	76	20	64	64
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	6	74	59	5	78	70	9	81	75	15	74	69
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	8	75	59	9	79	69	7	86	74	20	80	64
Arbeidsrettet rehabilitering i oppføringsinstitusjon (RHF)	5	81	60	9	84	69	5	86	74	30	63	69
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom RT-ordningen:												
Personer på uføretrygd	43	35	69	38	41	73	43	38	79	52	32	64
Personer på arbeidsavklaringspenger	13	72	71	17	70	75	20	72	79	27	58	67
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd. - 1 år)	8	81	70	8	84	75	10	75	79	18	63	69
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	5	87	71	9	86	75	7	87	79	15	78	69
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	20	68	72	30	60	75	17	72	79	19	77	67
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	31	58	71	40	45	74	27	60	79	23	77	67
De som står i fare for å bli sykmeldt	17	72	71	23	69	74	17	70	79	15	81	69
Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom RT-ordningen. De som har:												
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	5	89	64	10	79	74	10	83	79	11	85	67
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	11	82	64	13	74	74	13	73	79	15	81	67
Tynge psykiske lidelser	34	45	63	38	44	73	38	41	76	39	42	67
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	7	86	66	10	77	73	8	87	79	11	89	69
Svulster/kreft	28	51	63	25	51	70	29	53	76	31	58	67
Sykdommer i nervesystemet	17	58	60	16	53	69	20	63	78	20	64	64
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	13	65	60	12	62	69	19	69	78	21	67	61
Sykdommer i åndrettsystemet	13	64	60	15	60	71	17	64	78	17	67	61
Infeksjonssykdommer	25	52	61	29	41	73	28	48	76	29	42	61
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	16	65	61	16	54	73	17	69	76	12	80	64
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	34	48	65	28	55	71	35	47	79	32	48	64
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering												
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.	20	55	53	28	54	59	15	65	68	24	56	64
RT-ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	38	38	53	23	50	57	38	30	66	46	27	56
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	21	62	59	10	70	59	16	58	75	17	52	59
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	7	77	59	16	77	68	2	75	74	8	65	67
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	7	86	64	12	83	70	5	85	78	11	75	72
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	9	75	64	12	71	70	3	85	78	15	70	69
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	4	84	62	12	79	67	5	84	74	7	86	72
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	16	68	58	30	57	63	24	53	72	16	64	64
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	13	70	63	16	70	68	21	70	75	11	82	69
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse												
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	30	51	62	33	47	71	36	46	78	46	43	72
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	16	69	55	18	67	61	11	72	71	21	58	61
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	10	65	58	22	50	59	11	63	68	12	69	67
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	33	46	60	47	36	69	26	53	75	25	61	72
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	5	78	57	9	81	68	5	80	72	7	75	72
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uføret må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	7	74	62	15	66	63	7	69	72	0	93	72
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	2	91	64	5	90	68	6	85	71	4	89	72
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i RT-ordningen.	4	77	62	13	76	64	2	93	72	7	85	69
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	12	77	63	19	57	63	29	54	68	19	54	67
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	3	76	60	5	84	67	6	57	64	11	61	67
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	3	76	57	6	84	58	4	75	62	7	74	69
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	52	28	53	47	43	58	38	42	66	27	31	67
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	2	93	64	6	84	58	2	85	72	8	77	67

Påstander	Ergoterapeut (N=35)			Fysioterapeut (N=67)			Lege (N=56)			Sykepleier (N=100)		
	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte												
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomtenkning	41	41	91	53	29	98	46	28	96	40	46	92
Tilbudene er for preget av symptombehandling	41	37	91	62	16	94	49	36	98	40	40	91
Tilbudene er for preget av medikalisering	47	27	86	68	8	88	66	18	98	52	24	83
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helseplager.	47	50	97	68	24	92	54	30	96	51	40	87
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	30	67	94	50	36	95	29	60	98	37	47	92
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig	7	67	86	35	37	76	22	53	91	27	46	82
Tilbudene er for lite brukerrettede.	47	30	86	68	18	92	45	31	98	49	32	91
Tilbudene er for lite individrettede.	61	29	89	66	20	97	67	16	98	55	30	92
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.	19	62	91	52	31	97	43	32	100	45	39	92
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	9	66	66	24	52	92	25	43	95	17	66	87
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet												
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	56	20	71	74	11	81	54	30	89	37	32	75
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	33	25	69	45	36	84	48	36	89	44	23	73
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	46	25	69	41	24	81	50	27	93	45	27	73
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	50	8	69	50	28	81	55	27	87	49	12	72
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	32	26	54	33	47	73	49	24	87	21	45	75
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	0	88	74	7	86	88	6	87	95	15	78	82
TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet												
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere- tilbake tilbudet.	11	75	80	20	66	88	41	43	91	16	70	81
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi RT-tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	17	65	66	10	71	88	10	57	91	9	78	69
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	26	42	54	37	29	61	46	29	93	28	42	64
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	11	74	77	13	72	90	29	56	93	3	80	78
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling	30	56	77	25	55	76	25	58	93	25	58	73
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	9	62	60	21	47	57	8	49	66	17	63	59
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet												
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	32	40	71	55	35	90	51	39	91	51	37	75
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	24	52	71	27	53	88	25	63	87	29	57	77
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	24	44	71	32	47	85	29	58	86	37	52	73
At Raskere- tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	8	79	69	13	76	79	12	67	71	18	63	68
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	35	39	66	27	45	76	23	56	77	23	51	61
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	26	52	66	43	26	79	31	49	87	42	35	66
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	56	33	77	52	41	81	55	23	91	69	23	75
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	25	63	46	9	85	49	14	72	64	19	70	47
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	59	22	77	58	12	90	49	21	84	53	16	77
Det bør utvikles en RT-ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	25	70	57	8	87	57	16	71	68	23	69	52
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	28	32	71	27	39	84	20	53	80	33	44	73
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	15	77	37	15	81	40	10	79	52	19	76	42
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	18	76	49	5	88	64	14	84	77	20	67	46
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	24	40	71	34	38	87	22	45	82	40	39	77
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	10	74	54	17	66	79	10	85	73	18	68	57
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	22	70	66	9	78	81	7	70	79	21	57	63
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/interkommunale Raskere- tilbake sentra.	18	50	63	26	60	79	31	49	87	31	52	67
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet												
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	4	76	71	25	61	91	35	39	87	16	78	69
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	4	83	66	6	76	81	45	35	87	7	67	70
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	21	46	80	19	65	85	20	52	89	27	54	69
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	4	88	74	15	72	90	25	71	86	6	82	72
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	11	85	77	14	75	88	10	75	86	7	85	71
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	21	39	80	30	29	84	46	24	89	51	19	73

Påstander	Ergoterapeut (N=35)			Fysioterapeut (N=67)			Lege (N=56)			Sykepleier (N=100)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens Raskere- tilbake tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:												
Oppfølging (NAV)	11	61	74	11	50	66	13	62	80	19	65	62
Avklaring (NAV)	12	64	71	12	51	64	17	59	75	18	63	62
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	8	63	69	10	74	73	18	59	79	14	71	62
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	26	48	66	16	68	76	29	58	80	28	57	62
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	4	77	74	10	82	75	13	71	80	3	87	62
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	0	81	74	4	89	81	9	76	80	6	83	62
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	4	76	71	2	94	81	9	74	82	9	85	62
Arbeidsrettet rehabilitering i oppføringsinstitusjon (RHF)	8	76	71	4	89	81	11	73	80	4	86	62
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen:												
Personer på uføretrygd	41	33	77	67	18	85	74	17	82	42	37	72
Personer på arbeidsavklaringspenger	11	81	74	16	67	85	35	48	82	19	73	72
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd.- 1 år)	8	77	74	10	88	88	17	67	86	10	85	72
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	4	92	74	7	93	91	6	88	86	9	88	72
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	4	88	74	16	81	89	12	75	86	15	74	72
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	19	62	74	22	69	89	29	56	86	22	69	72
De som står i fare for å bli sykmeldt	8	88	74	12	83	91	17	69	86	11	82	72
Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen. De som har:												
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	4	77	74	3	91	89	12	73	86	6	94	71
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	8	69	74	2	90	89	19	62	84	6	86	71
Tyngre psykiske lidelser	31	27	74	39	29	78	41	35	82	43	45	69
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	4	85	74	0	95	89	6	79	86	6	91	71
Svulster/kreft	12	52	71	26	49	88	37	28	82	35	52	68
Sykdommer i nervesystemet	8	63	71	18	68	88	22	52	82	14	71	69
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	9	61	66	18	63	88	22	53	80	12	77	69
Sykdommer i åndedrettssystemet	9	56	66	18	60	85	22	49	80	15	68	69
Infeksjonssykdommer	22	43	66	38	34	81	48	20	79	31	52	67
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	8	63	67	15	61	83	20	65	82	12	78	69
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	28	48	71	36	36	81	45	25	84	30	53	70
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering												
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfældigheter og bekjentskap.	38	57	60	19	64	79	14	57	79	25	48	60
Raskere- tilbake ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	41	29	49	28	57	81	43	33	75	26	48	61
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	19	67	60	33	48	72	23	43	79	17	61	59
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	5	86	63	2	80	81	5	56	77	6	80	66
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	4	88	71	12	74	87	12	65	86	10	83	69
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	4	77	74	9	71	87	10	67	86	12	75	69
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	4	96	69	0	98	84	6	68	84	0	93	68
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	22	61	66	15	70	81	30	44	82	20	56	64
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	19	70	77	20	55	84	26	52	82	15	73	66
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse												
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	31	46	74	37	46	85	65	23	86	33	49	67
Jeg har erfart at Raskere tilbake tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeidet.	17	70	66	4	89	84	13	71	80	8	82	60
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	14	68	63	6	71	76	9	56	82	13	68	62
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	20	68	71	32	55	84	17	51	84	41	39	64
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	0	88	74	2	97	88	6	79	84	3	87	62
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	0	91	74	0	86	85	6	68	84	8	73	63
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	0	96	71	3	95	85	13	64	84	0	95	66
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i Raskere- tilbake ordningen.	4	87	66	6	81	79	11	67	82	2	86	63
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	8	52	71	14	68	85	47	34	84	11	71	62
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	0	75	69	4	72	81	11	39	79	3	74	62
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	4	74	66	2	91	82	9	58	77	3	86	57
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	50	22	51	53	20	76	13	62	84	46	32	57
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	0	92	69	0	98	85	7	65	87	1	94	67

Påstander	Psykolog (N=41)			Pedagog (N=33)			Sosionom (N=26)			Samfunnsvit er (N=35)			Adm/led/ økonomi (N=135)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte															
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomentkning	73	12	100	43	21	85	36	36	96	29	39	87	32	40	82
Tilbudene er for preget av symptombehandling	73	15	100	39	21	85	44	36	96	37	40	86	41	36	79
Tilbudene er for preget av medikalisering	77	5	98	59	7	82	52	36	96	52	26	77	47	19	74
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helsep lager.	72	10	95	57	33	91	58	35	35	33	57	86	38	46	90
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	62	17	98	48	35	88	46	54	100	10	79	83	34	53	87
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig	41	22	78	37	50	91	28	60	96	4	76	71	31	50	80
Tilbudene er for lite brukerrettede.	80	10	100	57	17	91	58	15	100	28	52	83	43	36	87
Tilbudene er for lite individrettede.	85	5	100	60	20	91	64	16	96	38	48	83	48	33	87
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.	76	12	100	43	37	91	48	36	96	29	58	89	40	43	91
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	56	21	95	15	62	79	40	60	96	14	69	83	18	63	89
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet															
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	53	29	83	41	41	82	39	57	88	42	29	69	49	35	78
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	50	28	78	65	23	79	35	43	88	24	44	71	50	28	76
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	49	24	80	65	15	79	45	23	85	50	17	69	63	14	74
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	42	32	76	61	11	79	46	18	85	63	8	69	68	16	76
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	31	23	63	33	33	73	52	5	81	44	16	71	33	40	78
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	9	85	85	15	74	82	23	68	85	24	56	71	7	86	81
TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet															
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere- tilbake tilbudet.	47	33	88	15	62	79	10	75	77	4	67	77	10	77	81
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere- tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	19	47	78	4	58	73	14	77	85	19	48	60	9	65	67
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	54	7	68	32	36	67	18	53	65	21	26	54	21	43	59
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	27	32	83	4	73	79	8	75	92	27	50	74	9	68	77
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	26	44	66	17	52	70	57	33	81	40	40	71	35	41	70
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	6	39	44	8	54	73	11	72	69	12	60	71	10	68	65
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet															
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	83	11	85	46	29	73	57	33	81	36	52	71	43	41	78
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	58	27	80	22	65	70	30	65	77	13	74	66	27	57	78
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	70	18	80	23	41	67	30	70	77	8	75	69	30	54	78
At Raskere- tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	43	43	68	0	62	64	11	67	60	9	55	63	14	60	68
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	38	41	71	32	42	58	40	45	77	10	65	57	15	49	62
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	61	19	76	25	30	61	60	25	77	33	42	69	30	45	68
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	76	6	83	43	43	64	89	6	69	61	25	80	51	34	75
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	22	56	22	13	80	45	0	75	31	32	64	63	16	72	47
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	81	3	78	59	19	82	75	5	77	54	18	80	60	15	80
Det bør utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	28	47	78	31	63	48	19	56	61	41	50	63	19	72	50
Tilbudene i NAV bør fases ut, og Raskere- tilbake ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	32	50	68	30	26	82	44	28	69	46	25	69	41	34	76
Raskere- tilbake tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag	19	62	39	15	85	61	8	83	46	35	53	49	25	72	42
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	22	59	78	17	78	54	7	57	54	36	54	63	23	70	53
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	56	32	83	30	52	82	44	33	69	36	32	80	36	45	77
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	23	45	76	25	62	73	10	58	73	33	58	69	19	77	58
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	30	45	80	17	75	73	10	70	77	37	53	54	18	66	63
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra.	34	56	78	33	62	73	40	50	77	38	38	74	37	44	69
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet															
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	47	38	83	12	65	63	26	63	73	14	81	60	11	73	71
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	32	36	77	6	53	63	15	60	77	9	59	63	12	69	73
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	40	23	75	21	63	70	47	47	73	28	60	71	44	39	76
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	15	71	85	0	75	74	5	95	77	28	52	71	12	80	76
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	33	50	75	5	84	70	11	89	69	17	65	66	6	82	75
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	55	12	82	55	25	74	65	20	77	64	8	71	47	20	74

Påstander	Psykolog (N=41)			Pedagog (N=33)			Sosionom (N=26)			Samfunnsvitner (N=35)			Adm/led/økonomi (N=135)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens Raskere- tilbake tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:															
Oppfølging (NAV)	17	52	57	17	78	67	0	94	69	18	64	63	12	70	76
Avklaring (NAV)	14	57	52	23	71	63	0	94	69	19	67	60	11	72	75
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	12	75	60	16	68	70	11	89	69	14	71	60	7	74	75
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	23	67	75	26	58	70	22	67	69	22	65	66	20	61	73
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	0	65	50	11	61	67	13	67	58	18	68	63	5	76	68
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	0	60	50	11	61	67	13	67	58	18	64	63	9	72	65
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	19	57	52	11	78	67	7	80	58	14	68	63	10	73	65
Arbeidsrettet rehabilitering i oppføringsinstitusjon (RHF)	5	58	47	17	61	67	6	76	65	23	64	63	9	69	67
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen:															
Personer på uføretrygd	50	23	75	52	29	78	37	32	73	52	36	71	44	32	73
Personer på arbeidsavklaringspenger	23	61	77	38	52	78	5	84	73	32	56	71	11	76	76
Langtidssykmeldte (fra 6 mnd. - 1 år)	6	84	80	10	76	78	0	89	73	12	80	71	5	82	76
Langtidssykmeldte (fra 8 uker - 6 mnd.)	3	91	80	5	86	78	0	100	73	4	92	71	2	92	77
Sykmeldte fra 4-8 ukers sykefravær	13	84	80	10	76	78	10	89	73	12	84	71	18	71	78
Sykmeldte fra 0-4 ukers sykefravær	15	79	82	14	71	78	11	84	73	24	72	71	29	58	77
De som står i fare for å bli sykmeldt	9	88	80	5	85	74	16	74	73	21	71	67	12	74	77
Jeg mener sykmeldte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen. De som har:															
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	9	78	57	5	68	70	5	90	73	4	91	66	3	92	73
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	9	83	57	11	68	70	10	79	73	4	91	66	9	86	73
Tyngre psykiske lidelser	72	21	72	55	20	74	50	28	69	48	35	66	36	37	67
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	6	94	80	10	70	74	5	90	73	4	91	66	5	87	73
Svulster/kreft	23	59	55	26	37	70	30	40	77	36	36	63	32	41	68
Sykdommer i nervesystemet	18	50	55	28	33	67	11	44	67	20	55	57	19	52	67
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	24	48	52	17	44	67	11	44	69	17	56	51	14	58	67
Sykdommer i åndrettssystemet	23	50	55	17	50	67	11	47	73	25	55	57	14	57	67
Infeksjonssykdommer	23	36	55	26	42	70	33	33	69	33	48	60	25	45	67
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	23	50	55	17	56	67	16	68	73	14	57	60	17	61	69
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	18	36	55	32	47	70	50	39	69	54	33	69	40	38	72
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering															
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.	28	24	61	23	45	67	25	62	61	25	65	57	23	59	64
RT-ordningen har gitt bedre samordnede tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	27	36	54	10	55	61	38	56	61	29	53	49	27	51	65
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	22	43	56	10	50	61	29	59	65	35	40	57	24	51	67
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	0	52	51	9	56	70	33	50	69	24	48	60	14	62	64
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte.	47	37	73	8	88	73	15	75	77	9	86	63	7	86	72
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmeldte (der BHT finnes).	48	31	71	4	78	70	10	65	77	14	59	63	10	72	70
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	29	58	76	0	91	70	0	90	77	0	90	57	1	87	69
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmeldte.	32	42	76	20	55	61	18	71	65	17	61	51	18	61	65
Hver enkelt sykmeldt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	33	42	80	9	59	67	11	84	73	29	57	60	13	66	70
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse															
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	73	18	80	25	58	73	15	70	77	55	36	63	23	59	68
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmeldte tilbakeføres til arbeid.	0	100	78	8	76	76	10	90	77	16	63	54	11	76	64
Jeg savner kostnadseffektivitetstiltak av tilbudene.	19	50	63	9	55	67	16	68	73	23	41	63	12	62	67
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	22	56	78	20	48	76	42	37	73	25	46	69	31	50	65
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	13	70	73	4	75	73	0	89	73	0	92	69	6	79	63
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidssykfravær og uforhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	23	60	73	4	71	73	0	74	73	13	78	66	9	74	67
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	3	77	73	0	92	73	0	95	73	0	100	66	1	96	68
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i RT-ordningen.	16	55	76	4	83	70	10	75	77	5	76	60	3	77	67
Alle sykmeldte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	24	60	61	9	52	73	17	50	69	29	48	60	12	79	68
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	13	47	73	0	83	70	0	90	77	5	71	60	2	80	68
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	20	63	73	0	64	67	12	88	65	6	78	51	1	78	65
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	81	9	78	39	28	54	41	29	65	45	41	63	56	19	53
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	3	90	76	0	96	73	5	95	73	0	87	69	2	94	70

Påstander	Oppfølging (N=28)			Avklaring (N=38)			ARR (N=59)			Behandling lett. psyk/ sammensatte lid. (N=62)			Alle NAV-tilbud (N=116)		
	Uenig*	Eng.*	% av N	Uenig*	Eng.*	% av N	Uenig*	Eng.*	% av N	Uenig*	Eng.*	% av N	Uenig*	Eng.*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte															
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomentekning.	46	31	93	47	33	95	55	25	95	61	19	95	59	18	95
Tilbudene er for preget av symptombehandling.	52	24	89	50	26	89	64	18	93	69	17	95	65	18	94
Tilbudene er for preget av medikalisering.	67	12	86	58	18	87	68	11	90	84	5	90	76	7	91
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helsep lager.	52	44	96	61	34	100	67	26	97	72	21	93	71	23	96
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	41	41	96	39	45	100	53	33	97	57	21	98	57	29	97
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig.	32	48	89	26	56	89	31	45	83	42	28	81	38	39	82
Tilbudene er for lite brukerrettede.	44	30	96	53	26	100	68	9	97	75	3	97	70	11	97
Tilbudene er for lite individrettede.	59	33	96	68	22	97	75	12	97	84	8	98	78	13	97
Tilbudene er i for liten grad skreddersydde til den sykmeldtes spesielle behov.	52	33	96	50	26	100	65	14	98	69	15	98	65	18	98
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	24	60	89	23	66	92	36	40	93	45	30	90	39	37	90
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet															
Igangsatte tilbud bør være 1-2 år.	41	32	79	44	34	84	63	23	86	55	26	85	59	23	82
Igangsatte tilbud bør være 3-4 år.	27	27	79	31	41	84	37	39	86	42	35	84	39	36	81
Igangsatte tilbud bør være 5-6 år.	50	14	79	47	25	84	41	37	86	42	26	85	39	33	82
Igangsatte tilbud bør være 7-8 år.	50	9	79	48	13	82	45	26	86	45	29	82	42	26	79
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	24	38	75	25	29	74	26	30	73	32	29	71	25	26	69
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	13	83	86	15	71	90	15	77	88	15	78	87	13	79	85
TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet															
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere- tilbake tilbudet.	20	56	89	12	66	84	8	79	90	33	53	89	23	61	86
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere- tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	5	53	68	4	65	68	7	68	75	16	51	82	14	59	76
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	33	13	54	26	35	60	26	23	58	50	10	61	39	19	59
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	8	75	86	10	64	82	8	65	88	22	43	82	15	52	83
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling.	50	25	71	55	24	76	47	34	80	40	31	77	39	35	75
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	14	71	75	7	76	76	12	56	69	9	40	56	10	51	61
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet															
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	52	30	82	43	40	81	62	23	88	78	16	89	71	20	85
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	29	57	75	21	65	78	23	57	86	47	35	84	35	47	82
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	29	52	75	22	52	73	28	47	80	58	27	79	44	38	78
At Raskere- tilbake tilbudene er organisert som prosjekter (i helseforetakene), er nok problematisk for de ansatte.	12	59	61	8	67	65	2	78	69	32	52	72	18	65	69
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	39	44	64	42	38	70	31	42	76	52	33	79	37	37	75
Det at NAV også har et behandlingstilbud oppleves som problematisk.	65	20	71	68	14	76	55	16	83	65	8	85	60	15	78
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	55	35	71	59	33	73	55	31	83	65	25	84	63	24	80
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	17	58	43	8	77	35	9	82	37	6	89	29	11	81	32
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	61	17	82	68	6	84	67	12	88	75	7	88	73	8	85
Det bør utvikles en RT-ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	36	57	50	17	78	49	15	76	56	19	54	60	20	61	56
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	39	35	82	48	29	84	42	30	85	35	40	77	42	36	79
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	43	57	50	28	67	49	23	77	51	15	81	42	19	76	46
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	12	75	57	5	71	57	8	78	63	19	69	67	15	68	63
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	37	46	86	30	47	81	26	51	80	44	43	87	37	44	80
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	12	59	61	8	71	65	6	75	80	14	64	81	13	68	76
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	20	80	71	11	81	70	10	74	85	23	53	82	18	61	78
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra.	14	76	75	12	68	68	25	56	81	23	61	82	28	53	76
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet															
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	17	70	82	9	85	87	8	77	90	41	48	87	26	62	84
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	5	67	75	13	64	82	11	67	78	25	42	84	20	52	78
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	23	50	79	31	56	84	21	62	88	33	49	82	31	49	81
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	0	95	75	0	97	79	8	88	88	14	71	90	9	81	84
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	18	73	79	16	74	82	17	77	88	24	64	81	22	68	79
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	33	24	75	35	29	82	45	16	83	51	15	85	51	16	81

Påstander	Oppfølging (N=28)			Avklaring (N=38)			ARR (N=59)			Behandling lettere psyk/ sammensatte lid. (N=62)			Alle NAV (N=116)		
	Uenig*	Eng* % av N		Uenig*	Eng* % av N		Uenig*	Eng* % av N		Uenig*	Eng* % av N		Uenig*	Eng* % av N	
Jeg mener at følgende av dagens Raskere- tilbake tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:															
Oppfølging (NAV)	9	87	82	3	91	84	9	70	78	9	68	76	10	68	76
Avklaring (NAV)	14	86	79	6	91	84	7	73	76	9	67	69	10	69	71
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	4	91	79	9	84	84	8	86	83	11	74	76	9	79	77
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	24	71	75	17	73	79	17	74	78	13	81	85	16	75	78
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	6	76	61	4	68	74	12	60	68	2	68	71	6	66	68
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	6	88	57	7	70	71	13	59	66	0	71	66	7	66	65
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	6	88	57	7	70	71	7	73	69	5	79	69	6	76	68
Arbeidsrettet rehabilitering i oppføringsinstitusjon (RHF)	6	82	61	11	68	74	11	77	75	5	71	68	7	72	69
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen:															
Personer på uføretrygd	41	36	79	56	22	84	59	24	78	57	23	82	56	26	78
Personer på arbeidsklaringspenger	14	77	79	19	72	84	19	72	80	22	71	82	20	71	79
Langtidssykmedte (fra 6 mnd.- 1 år)	4	95	79	6	94	84	2	90	81	4	89	85	3	88	81
Langtidssykmedte (fra 8 uker - 6 mnd.)	4	91	79	3	94	84	4	94	83	4	94	87	3	96	82
Sykmedte fra 4-8 ukers sykefravær	9	77	79	6	88	84	10	83	81	9	87	85	7	88	81
Sykmedte fra 0-4 ukers sykefravær	23	68	79	22	69	84	28	60	80	15	78	87	18	72	81
De som står i fare for å bli sykmedte	5	86	75	3	88	84	6	88	83	6	91	87	4	90	81
Jeg mener sykmedte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen. De som har:															
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	0	100	75	0	94	84	2	96	83	2	87	76	2	90	75
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	0	100	75	3	91	84	2	94	83	4	91	74	5	89	74
Tyngre psykiske lidelser	52	33	75	48	23	82	46	25	81	65	23	84	55	22	79
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	4	95	79	0	91	84	0	98	83	4	96	87	3	94	82
Svulster/kreft	35	35	71	33	33	79	21	57	80	26	48	74	21	51	73
Sykdommer i nervesystemet	16	47	68	20	47	79	13	59	78	20	49	73	14	53	72
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	11	56	64	17	55	76	11	63	78	21	49	69	15	56	71
Sykdommer i åndedrettssystemet	11	63	68	17	57	79	11	62	80	20	49	73	14	57	72
Infeksjonssykdommer	47	35	61	43	36	74	38	31	76	41	29	71	33	35	71
Samsykdommer/flere sykdommer som opptrer sammen	10	75	71	7	77	82	6	79	81	22	65	74	14	68	73
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	40	35	71	30	40	79	34	38	80	36	31	73	34	37	71
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering															
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfældigheter og bekjentskap.	39	44	64	33	41	71	29	44	76	27	44	77	33	43	71
RT-ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	11	68	68	7	74	71	9	74	73	12	62	68	14	68	66
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	20	60	71	27	50	79	35	46	78	25	41	71	31	46	70
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	5	68	68	10	66	76	20	54	78	4	56	73	15	51	71
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmedte.	0	90	71	6	87	82	4	92	83	32	53	85	22	68	78
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med bedriftshelsetjenesten når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmedte (der BHT finnes).	0	90	71	0	75	84	8	77	81	31	51	82	22	55	77
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	0	90	71	0	87	84	0	87	81	9	77	85	6	81	78
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmedte.	14	79	50	28	48	66	17	49	69	27	49	82	24	48	71
Hver enkelt sykmedte bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	10	85	71	10	81	82	17	66	80	24	51	89	23	56	79
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse															
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	10	70	71	22	66	84	22	63	83	44	43	87	33	55	80
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmedte tilbakeføres til arbeidet.	0	86	75	0	94	84	2	92	83	0	94	89	1	95	82
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	0	76	61	7	75	74	9	68	75	16	63	79	13	61	72
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	28	56	64	28	62	76	36	47	76	22	56	87	27	54	77
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	0	95	67	0	90	82	4	92	81	9	77	85	8	82	78
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidssykmedte og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	5	80	71	3	84	84	4	84	83	13	76	85	10	76	79
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	0	95	71	0	97	82	2	92	80	0	92	84	1	92	77
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i RT-ordningen.	0	85	71	0	77	82	6	74	78	10	67	82	9	67	76
Alle sykmedte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	10	74	67	10	77	79	13	65	78	12	67	77	17	63	72
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	0	80	71	3	87	79	0	78	76	4	70	81	3	73	73
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	0	83	64	4	89	74	0	81	73	10	76	81	7	75	73
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	35	18	61	41	18	71	46	22	69	68	11	85	63	11	71
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	5	90	71	3	94	82	2	96	78	0	96	84	1	97	77

Påstander	Medisinsk og kirurgisk behandling (N=15)			Rehab. i sykehus, somatikk (N=58)			Behandling og rehab., psykiatri (N=24)			ARR i opptr. institusjon (N=52)			Alle RHF-tilbud (N=126)		
	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N	Uenig*	Enig*	% av N
TEMA 1/7: Fokus og tilnæringsmåte															
Tilbudene er for preget av diagnose og symptomentekning	62	15	87	53	14	100	62	21	100	45	33	94	52	22	96
Tilbudene er for preget av symptombehandling	54	23	87	59	19	100	67	29	100	56	27	92	58	24	95
Tilbudene er for preget av medikalisering	77	8	87	63	9	98	71	12	100	67	12	92	66	12	94
Tilbudene har for lite fokus på å oppnå deltagelse på tross av helsep lager.	64	14	93	82	14	98	75	17	100	72	23	98	76	18	98
Tilbudene er for fragmenterte og lite helhetlige.	46	46	87	71	22	95	54	29	100	55	33	94	60	30	94
Tilbudene ytes i for liten grad samtidig	43	43	93	43	32	91	33	39	100	24	48	88	36	37	87
Tilbudene er for lite brukerttede.	50	29	93	78	9	100	75	17	100	63	14	94	71	13	97
Tilbudene er for lite individrettede.	71	14	93	75	9	98	79	21	100	74	16	96	75	13	97
Tilbudene er i for liten grad skreddersydd til den sykmeldtes spesielle behov.	50	14	93	63	16	98	62	21	100	57	22	94	63	18	96
Det kreves et (paradigme)skifte i fokus for hvordan tilbudene til sykmeldte bør være fremover.	23	31	87	25	47	91	29	46	100	26	46	88	29	45	91
TEMA 2/7: Om tilbudenes varighet															
Igangsatte tilbud bør vare 1-2 år.	36	55	73	68	16	86	58	21	79	63	14	83	63	19	83
Igangsatte tilbud bør vare 3-4 år.	64	18	73	42	33	90	42	32	79	40	37	83	45	33	85
Igangsatte tilbud bør vare 5-6 år.	50	42	80	53	18	88	32	26	79	32	43	85	43	31	84
Igangsatte tilbud bør vare 7-8 år.	60	30	67	48	28	86	29	41	71	39	33	83	43	32	81
Igangsatte tilbud bør følge IA- avtalens varighet.	40	40	67	37	37	79	11	56	75	27	27	77	33	31	76
De beste tilbudene bør gjøres om til permanente tilbud ut fra dokumenterte resultater.	8	85	87	4	91	95	10	85	83	16	82	86	10	85	89
TEMA 3/7: Om henvisning til Raskere- tilbake tilbudet															
Det synes som om fastlegen mangler kunnskap om Raskere- tilbake tilbudet.	21	50	93	24	56	95	60	25	83	9	74	88	22	61	90
Prosjektorganiseringen i helseforetakene kan redusere tiltroen og motivasjonen til fastlegen, fordi raskere- tilbake tilbudene forventes å forsvinne fort igjen.	17	33	80	11	56	93	17	67	75	7	81	81	10	68	84
Det er nok vanskelig for fastlegene å bruke RT-ordningen, da den innebærer et brudd på prioriteringsforskriften, som ikke tillater prioritering av sykmeldte.	31	31	87	26	24	72	44	12	67	35	32	65	33	27	71
Fastlegen bør samarbeide med bedriftshelsetjenesten i henvisningsprosessen.	25	58	80	20	59	88	16	53	79	9	72	83	17	60	84
Det er ikke hensiktsmessig at NAV henviser til legespesialister og generer undersøkelser og behandling	36	55	73	19	56	74	29	53	71	26	67	75	24	61	74
NAV-tiltaket avklaring brukes for lite.	30	60	67	17	35	50	8	38	54	8	48	48	12	42	52
TEMA 4/7: Om overordnet organisering av Raskere- tilbake tilbudet															
Raskere- tilbake ordningen mangler tydelige mål.	46	31	87	70	16	98	63	11	79	70	25	85	65	22	89
Raskere- tilbake ordningen er ustabil og mangler kontinuitet.	42	42	80	43	31	93	44	44	75	33	56	83	40	43	86
Raskere- tilbake ordningen er ustrukturert.	42	50	80	44	29	90	67	27	62	36	43	81	45	33	83
At RT-tilbudene er organisert som prosjekter (i RHF), er nok problematisk for de ansatte.	27	73	73	11	75	91	33	50	75	17	71	81	20	70	84
Det synes som om det er overlappende tilbud mellom spesialisthelsetjenesten og NAV.	44	11	60	29	47	84	50	37	67	34	39	79	32	42	77
Det at NAV også har et behandlingstilbud opp leves som problematisk.	45	0	73	45	17	81	50	28	75	43	36	81	42	27	77
Sykmeldte står i dag i fare for å bli overbehandlet.	58	17	80	54	34	86	78	17	75	52	32	85	60	28	82
RT-ordningen må fortsette og ikke legges ned, da den har generert mye positivt.	14	86	47	10	85	34	0	83	25	18	73	21	14	78	29
Raskere- tilbake ordningen bør legges ned.	83	0	80	71	5	97	74	16	79	78	2	86	74	6	88
Det bør utvikles en Raskere- tilbake ordning felles for NAV og helsetjenesten, med fokus på samarbeidet mellom de to.	20	80	67	11	80	76	7	64	58	8	81	50	10	78	64
Tilbudene i NAV bør fases ut, og RT-ordningen bør videreføres kun i helsetjenesten.	18	54	73	22	54	95	12	59	71	30	45	77	25	50	81
RT-tilbudene bør bli ordinære tilbud i helsetjenesten, ikke prosjekter som i dag.	40	60	33	9	90	36	0	100	33	14	86	27	14	86	33
Det må utvikles tydeligere krav til de som skal motta penger for å drive tilbud.	20	80	67	19	74	72	13	80	62	22	67	52	18	73	64
Antallet som driver raskere- tilbake tilbud bør reduseres.	33	25	80	29	40	95	26	42	79	27	52	77	29	43	83
RT-tilbudene bør bli mer strømlinjeformet (mer like over hele landet).	25	75	53	17	67	83	18	53	71	11	77	67	15	67	75
Mer av tilbudet til sykmeldte må ivaretas lokalt; av primærhelsetjenesten, arbeidsplassen og NAV.	0	91	73	6	66	86	0	53	71	21	49	83	11	58	81
Det bør utformes en lokal løsning for alle sykmeldte, organisert som kommunale/ interkommunale Raskere- tilbake sentra.	10	80	67	19	62	90	23	59	71	36	39	85	26	51	81
TEMA 5/7: Om de som mottar Raskere- tilbake tilbudet															
Mottakerne har vært for lenge sykmeldt når de henvises.	39	46	87	27	55	97	47	42	79	14	70	83	26	60	88
Sykmeldte bør prioriteres i helsetjenesten og det må formaliseres gjennom prioriteringsforskriften.	17	42	80	11	58	90	41	29	71	7	56	79	14	57	82
Arbeidsplassen bør overta mer av sykmeldingsansvaret i form av utvidet egenmelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver.	17	33	80	19	46	90	32	47	79	21	44	83	22	47	83
Legen bør kunne sykmelde for reell årsak og ikke kalle f.eks. arbeidskonflikter, skilsmisse, sorg og mediepress for lettere psykiske lidelser.	8	67	80	19	70	91	21	63	79	10	85	79	16	74	84
At ikke reell grunn for sykefraværet oppgis som diagnose ved sykmelding skaper lett feil fokus i tilbudene.	0	70	67	12	65	88	21	68	79	13	77	75	13	71	81
De med lavt utdanningsnivå og lav sosioøkonomisk status (risikogrupper for uførhet) bør prioriteres til dette tilbudet.	67	17	80	40	13	95	56	17	75	46	21	83	44	18	86

Påstander	Medisinsk og kirurgisk behandling (N=15)			Rehab. i sykehus, somatikk (N=58)			Behandling og rehab., psykiatri (N=24)			ARR i opptr. institusjon (N=52)			Alle RHF-tilbud (N=126)		
	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N	Uenig*	Eng*	% av N
Jeg mener at følgende av dagens Raskere- tilbake tilbud bør få fortsette innenfor denne ordningen:															
Oppfølging (NAV)	20	60	67	10	44	71	7	60	62	9	59	65	12	49	67
Avklaring (NAV)	10	60	67	15	39	67	7	64	58	12	59	65	15	48	66
Arbeidsrettet rehabilitering (NAV)	10	60	67	11	52	76	14	57	58	16	63	73	12	60	73
Behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser (NAV)	20	50	67	13	67	79	20	67	62	23	54	75	18	61	75
Medisinsk og kirurgisk behandling (RHF)	8	83	80	4	74	86	0	71	58	8	70	71	6	73	75
Rehabilitering i sykehus- somatikk (RHF)	0	92	80	0	89	95	0	87	62	8	71	73	3	82	79
Behandling og rehabilitering- psykiatri (RHF)	0	83	80	2	89	91	6	89	75	3	87	73	3	86	81
Arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjon (RHF)	0	91	73	7	72	91	7	60	62	2	93	81	6	80	81
Jeg mener følgende bør få et tilbud gjennom RT-ordningen:															
Personer på uføretrygd	69	15	87	59	22	84	65	29	71	56	23	83	61	22	81
Personer på arbeidsavklaringspenger	25	67	80	18	64	86	35	53	71	17	76	79	20	68	81
Langtidssykmedte (fra 6 mnd.- 1 år)	23	69	87	11	79	90	35	65	71	2	95	83	11	83	83
Langtidssykmedte (fra 8 uker - 6 mnd.)	8	92	87	0	98	91	6	88	71	2	98	83	3	95	84
Sykmedte fra 4-8 ukers sykefravær	8	77	87	7	87	91	12	82	71	12	84	83	11	85	84
Sykmedte fra 0-4 ukers sykefravær	23	62	87	13	72	91	18	82	71	19	67	83	17	71	84
De som står i fare for å bli sykmedt	23	69	87	6	91	93	12	82	71	7	84	83	7	87	85
Jeg mener sykmedte innenfor følgende diagnosegrupper bør få et tilbud gjennom Raskere- tilbake ordningen. De som har:															
Sykdommer i muskel/skjelett/bindevev	15	85	87	2	94	90	12	71	71	0	95	81	5	89	82
Uspesifikke plager i muskel/skjelett/bindevev (uten patologisk årsak)	15	69	87	2	88	90	12	76	71	0	95	81	5	85	82
Tyngre psykiske lidelser	60	20	67	39	33	79	50	37	67	40	26	73	43	28	75
Lettere psykiske lidelser (angst/depresjon)	17	83	80	0	94	91	6	94	71	0	98	81	3	93	82
Svulster/kreft	54	23	87	18	51	88	31	44	67	17	52	77	24	47	79
Sykdommer i nervesystemet	23	54	87	12	62	86	27	47	62	2	70	77	12	59	79
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	42	42	80	10	62	86	27	47	62	5	67	77	14	57	79
Sykdommer i åndrettssystemet	42	42	80	10	57	85	27	47	62	5	60	77	14	51	78
Infeksjonssykdommer	55	27	73	28	37	79	33	40	62	28	41	75	30	35	75
Samsykdommer/ flere sykdommer som opptrer sammen	27	64	73	16	61	84	21	57	58	5	85	77	15	65	77
Alle bør få tilbudet, uansett diagnose	67	17	80	32	36	81	37	44	67	27	50	77	35	40	78
TEMA 6/7: Om samhandling og koordinering															
Samhandlingen mellom helsetjenesten og NAV er ofte basert på tilfeldigheter og bekjentskap.	18	36	73	24	48	79	44	37	67	19	53	83	27	47	77
RT-ordningen har gitt bedre samordnende tjenester på tvers av tradisjonelle inndelinger.	27	36	73	9	71	78	0	61	54	16	57	71	13	60	72
Det oppleves at det stadig tar lengre tid å få iverksatt tiltak fra NAV.	9	55	73	20	49	78	36	57	58	22	58	69	23	51	70
Det er problematisk at en instans i NAV gjør arbeidsevnevurderingen, og en annen instans i NAV skal følge det opp.	9	64	73	2	68	81	0	54	54	10	63	79	7	63	74
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med arbeidsplassen når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmedte.	0	67	80	14	65	88	29	47	71	0	86	81	10	72	82
Det bør stilles krav til at RT-tilbudene skal samhandle med BHT når tiltakene iverksettes for den enkelte sykmedte (der BHT finnes).	0	61	87	16	58	86	29	53	71	2	71	79	12	64	81
Det bør utvikles modeller for tettere samarbeid mellom helsetjenesten og NAV.	0	67	80	0	90	90	18	71	71	0	91	83	3	86	82
Det bør utvikles poliklinikker som utreder sykmedte.	9	64	73	10	75	83	18	65	71	19	54	79	16	63	79
Hver enkelt sykmedt bør få en lokal koordinator som syr tilbudet mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten sammen.	10	50	67	18	61	88	29	47	71	17	54	79	17	56	79
TEMA 7/7: Raskere- tilbake tilbudenes kompetanse															
Det er relasjonen en utvikler mellom pasient/bruker og behandler som er viktigst, ikke hvilken profesjon behandler har.	55	36	73	34	51	91	47	47	71	33	60	83	36	53	82
Jeg har erfart at RT-tilbud har hatt effekt på hvor fort den sykmedte tilbakeføres til arbeidet.	9	82	73	2	94	90	0	94	71	0	93	83	2	94	82
Jeg savner kostnadseffektivitetsmålinger av tilbudene.	0	67	80	13	67	79	13	47	62	11	71	73	11	67	74
Kun tilbud som er dokumentert effektive gjennom forskning bør få fortsette.	15	54	87	26	54	86	41	41	71	26	43	81	30	48	81
RT-tilbudene trenger bedre tilgang til forskningsbasert kunnskap om hva er effektivt for tilbakeføring.	8	77	87	10	88	88	6	77	71	0	95	79	6	87	82
Forskningsbasert kunnskap om risikogrupper for langtidsfravær og uførhet må brukes mer aktivt for å bestemme hvem som trenger hvilket tilbud.	9	73	73	10	73	88	12	71	71	2	90	79	7	80	79
Kompetansen om inkluderende arbeidsliv må nå spres til helsepersonell, ikke bare på arbeidsplassene.	0	92	80	2	92	88	12	75	67	2	91	83	4	88	81
Bedriftshelsetjenestens kompetanse bør inkluderes mer i RT-ordningen.	0	83	80	8	68	86	19	56	67	5	77	77	9	71	79
Alle sykmedte bør være ferdig medisinsk utredet i løpet av fire uker.	17	67	80	14	61	84	13	60	62	9	55	81	12	60	79
Brukerkompetanse bør oftere vektlegges i planlegging og styring av tilbudene.	0	50	80	0	71	84	7	67	62	0	74	81	1	71	79
Det er behov for å ha mer utveksling mellom de som tilbyr RT-tilbud.	0	82	73	0	84	84	12	69	67	0	77	77	2	79	76
Fastlegen har kompetanse til å behandle lettere angst og depresjon effektivt.	0	44	60	37	23	74	40	40	62	47	24	65	38	27	68
Raskere- tilbake ordningen må generelt sett gjøres mer kjent.	0	85	87	0	98	90	0	94	67	5	95	81	2	94	82

- **Høgskolen i Oslo og Akershus**
- *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences*

Rapport 2013/9
ISBN 978-82-93280-43-3
ISSN 1892-9648



9 788293 208433