

Randi Wågø Aas,
Astrid Solberg og John Strupstad

Raskere tilbake.

Organisering, kompetanse, mottakere og
forløp i 120 tilbud til sykmeldte

Rapport IRIS - 2011/125



PRESENTER



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Randi Wågø Aas, Astrid Solberg
og John Strupstad

Raskere tilbake.

Organisering, kompetanse,
mottakere og forløp i
120 tilbud til sykmeldte

Rapport IRIS - 2011/125

Prosjektnummer: 7211008
Prosjektets tittel: Evaluering av Raskere tilbake
Oppdragsgiver(e): Arbeidsdepartementet
ISBN: 978-82-490-0741-7
Gradering: Åpen

Stavanger 07.12.2011

Randi W. Aas
Prosjektleder

for Ståle Opedal
Kvalitetssikrer

Gottfried Heinzerling
Forskningsdirektør

Forord

Dette er første rapport i den andre nasjonale evalueringen av Raskere tilbake- ordningen. Evalueringen utføres av forskningssenteret PreSender ved IRIS og Høyskolen i Oslo og Akershus, på oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Den første evalueringen ble gjennomført av SNF i perioden 2008-2010 [1-3]. Ordningen *Raskere tilbake* 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 2011 har regjeringen bevilget 3,571 milliarder kroner til ordningen. Regjeringens satsning på kvalifisert rehabiliteringstilbud til sykmeldte står støtt i en internasjonal utvikling.

To forhold har formet vår metodiske evalueringsstrategi: (1) Raskere tilbakeordningen har i større grad enn enkelte andre lands mer detaljerte Return to Work programmer for sykmeldte vært utviklet som en ”bottom-up” strategi, der en har spilt på fagmiljøenes kompetanse og kreativitet i å utvikle tjenester for sykmeldte. Dette har skapt en oppblomstring av mange nye tilbud. (2) Den forrige evalueringen fra SNF hevdet at: ”... *Raskere tilbake er samlet sett trolig ikke en suksess i samfunnsøkonomisk forstand fordi reduksjonen i sykefravær er for liten. Ordningen er imidlertid meget kompleks og består av mange ulike typer tilbud. Dette ... tilsier at en må være åpen for at deler av ordningen kan ha samfunnsøkonomiske gunstige effekter.*” [1]. Mangfoldet i tilbud kan nettopp bidra til at en i en samlet vurdering opplever at effekten av gode tilbud blir ”slått i hjel” av mindre effektive tilbud. Det erfares nå derfor et behov for å kartlegge Raskere tilbake tilbudene mer i detalj; hvordan tjenestene er utformet, hvilke kjennetegn mottakerne har og hva som er opplegget eller forløpet rundt hver enkelt mottaker. Denne rapporten har et slikt fokus, og er rent deskriptiv. Denne studien vil også være et viktig utgangspunkt for neste delprosjekt i evalueringen som skal se på hvordan tilbudene må være innrettet for at de faktisk skal bidra til en raskere tilbakeføring til arbeidslivet.

Vi vil først rette en stor takk til våre informanter fra Raskere tilbake- tilbudene. Referansegruppen for evalueringen som består av deltagere fra Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Finansdepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet fortjener også en takk for viktige innspill. Vi vil også takke prosjektlederne og fylkeskoordinatorene for RT-ordningen både i helseforetakene og i NAV for deres bidrag. Spesielt vil vi takke Roger Lorås i Arbeidsdepartementet, Lars Bakken i Arbeids- og velferdsdirektoratet, Marit Kamøy i Helsedirektoratet og Tone Enget Westbye i RHF Sør-Øst for velvillig og betydningsfull bistand.

Jeg håper at rapporten kan bli til nytte for videre politikk- og praksisutvikling innen dette viktige fagområdet.

Randi Wågø Aas
Prosjektleder/forskningsjef

Innhold

FORKORTELSER	5
RASKERE TILBAKE TILBUDENE	9
RAPPORTENS HOVEDRESULTATER	10
SAMMENDRAG	12
1 BAKGRUNN	23
1.1 TILBAKEFØRING AV SYKMELDTE.....	23
1.2 OM ORDNINGEN RASKERE TILBAKE	24
2 MÅL MED STUDIEN	28
3 METODE	29
3.1 DESIGN.....	29
3.2 TILBUD OG INFORMANTER	29
3.3 DATAINNSAMLING.....	35
3.4 ANALYSE	35
3.5 ETIKK	35
4 RESULTATER	36
4.1 DEL I: OM RT-TILBUDET	36
4.1.1 Når ble RT-tilbudene etablert?	36
4.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få RT-tilbud	36
4.1.3 Tilfredshet med organiseringen av Raskere tilbake- programmet.....	41
4.1.4 Kompetanse i tilbudet.....	45
4.1.5 Henviseerne	54
4.1.6 Primærdiagnoser	56
4.1.7 Opplevelse av overlapping mellom tilbudene.....	59
4.2 DEL II: OM RT-MOTTAKERNE	60
4.2.1 Geografisk avstand til tilbudet	60
4.2.2 Arbeidslivstilknytning.....	63
4.2.3 Sykmeldingsstatus.....	65
4.2.4 Ferdig medisinsk utredet?	71
4.2.5 Motivasjon	72
4.2.6 Har RT-mottakerne fått RT-tilbud før?.....	78
4.3 DEL III: OM OPPLEGGET RUNDT HVER ENKELT RT-MOTTAKER	81
4.3.1 Varighet.....	81
4.3.2 Tidsbruk per RT-mottaker	83
4.3.3 Utarbeidelse av plan for den enkelte RT-mottaker.....	84
4.3.4 Koordinator/primærkontakt for Raskere tilbake- mottakerne	86
4.3.5 Tverrfaglig team	88
4.3.6 Felles definert mål	90
4.3.7 Samarbeid eksternt.....	91
4.3.8 Foretas arbeidsplassvurdering?	99
4.3.9 Måles resultatet av tilbudet for den enkelte?.....	100
4.3.10 Oppfølging etter endt tilbud.....	101
4.3.11 Brukerdeltakelse i RT-tilbudet	102
5 DISKUSJON	105
5.1 METODISKE BEGRENSNINGER	105
5.2 TEMATISK DISKUSJON	107
5.2.1 Det typiske RT-tilbudet	107
5.2.2 Den typiske RT-mottakeren	111
5.2.3 Det typiske RT-opplegget rundt hver mottaker	114
REFERANSER	120
VEDLEGG	126

Forkortelser

Følgende forkortelser er brukt i denne rapporten:

AD	Arbeidsdepartementet
ARR	Forkortelse for Arbeidsrettet rehabilitering. I denne rapporten omtales to ulike typer ARR-tilbud som er hjemlet i ulikt regelverk, beskrevet ulikt og finansiert av NAV eller helseforetak. Begge former for ARR- tilbud består av dag- og døgntilbud. ARR finansiert av helseforetakene er tilbudt av opptreningsinstitusjoner, mens ARR-tilbud fra NAV leveres av arbeidsmarkedsbedrifter og andre private aktører. Det er noe overlapp mellom disse tilbudene, dvs. at enkelte opptreningsinstitusjoner også driver ARR med midler fra NAV.
AVdir.	Arbeids- og velferdsdirektoratet.
Finansdep.	Finansdepartementet.
Hdir.	Helsedirektoratet.
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet.
Max	Det svaret som var det høyeste av alle svarene.
Min	Det svaret som var det laveste blant alle svarene.
Midt-Norge	Alle RT-tilbud, finansiert av helseforetak og/eller NAV som er lokalisert i Midt-Norge.
N	Uttrykker hvor mange, for eksempel antallet som har svart (fra engelsk: Number).
NAV	Dekker Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV er ingen forkortelse).
Nord-Norge	Alle RT-tilbud, finansiert av helseforetak og/eller NAV som er lokalisert i Nord-Norge.
RHF	Regionale helseforetak. Finnes i fire helseregioner, Nord-Norge, Midt-Norge, Vest-Norge og Sør-Øst-Norge. Omhandler tjenester som vanligvis omtales som spesialisthelsetjenester.
RT	Raskere tilbake.
RT-mottaker	Pasienter, brukere, klienter, arbeidstakere som mottar tjenester gjennom programmet Raskere tilbake.
RT-tilbud	Tilbud som er finansiert gjennom ordningen Raskere tilbake. Blir ofte kalt RT-prosjekter, tilbudsarrangører eller leverandører.
SD	Standard avvik (fra engelsk: Standard Deviation), sier noe om spredningen i svarene fra informantene. Et høyt SD viser at informantene svarer spredt eller ulikt, mens et lavt SD indikerer større enighet.
Sør-Øst-Norge	Alle RT-tilbud, finansiert av helseforetak og/eller NAV som er lokalisert i Sør-Øst-Norge.
Vest-Norge	Alle RT-tilbud, finansiert av helseforetak og/eller NAV som er lokalisert i Vest-Norge.

Om prosjektet Evaluering av raskere tilbake

Prosjektperiode: 2010-2012

Oppdragsgiver: Arbeidsdepartementet

Prosjektet utføres av: Forskningscenteret PreSenter, IRIS og HIOA.

Prosjektleder: Randi Wågø Aas

Kvalitetssikrer: Ståle Opedal

Referansegruppe¹: Roger Lorås- AD, Øystein Haram- AD, Odd Wålengen- AD, Arne Kolstad- AD, Elisabet Røhme Sivertsen- AD, Lars Bakken- AVdir., Gro Askeland- AVdir., Gunnar Nils Follesø – HOD, Ingunn Aalvik- HOD, Marit Kamøy- Hdir (til 30.09.2011), Bente Moe-Hdir. (fra 1.10.2011), Truls Grøteig, Hdir, Stig Økland, Finansdep og Njål Stensland, Finansdep.

Metodisk opplegg og gjennomføring: Prosjektet består av tre delstudier:

Tjenestestudien

Hva: En intervjubasert spørreundersøkelse overfor faglig og/eller administrativt ansvarlig for 120 RT-tilbud. Formålet med delstudien er 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. *Når:* Datainnsamling gjennomført i mai 2011. *Rapportering:* Rapporten er offentlig fra 7.12.2011.

Individstudien

Hva: En multisenter kohortestudie der pasienter/brukere og deres behandler/koordinator/team gir informasjon om det raskere tilbake tilbudet den enkelte har fått. Formålet er å avdekke hva som kan påvirke tilbakeføring til arbeidslivet. Ulike typer RT-tilbud finansiert fra NAV og/eller helseforetak deltar i studien. Det samles i tillegg inn informasjon om den enkeltes sykefraværssituasjon, for å se om de er kommet tilbake i jobb. *Når:* Datainnsamlingen skjer primo 2012. *Rapportering:* Resultatene blir overlevert til oppdragsgiver 31.07.2012.

Aktørstudien

Hva: En konsensuskonferanse med representanter fra ulike aktører som har en eller annen rolle i forhold til Raskere tilbake- ordningen, som for eksempel arbeidsgiver, bestiller/henviser, prosjektleder/ koordinator for Raskere tilbake, fastlege, bedriftshelsetjenesten etc. Formålet med konferansen er å identifisere de viktigste endringsbehovene for en videre strømlinjeutforming av RT-ordningen. Et spesielt anliggende i denne delstudien er den overordnede organiseringen av ordningen i NAV og RHF'ene. *Når:* Konsensuskonferansen arrangeres våren/forsommeren 2012. *Rapportering:* Resultatene fra konferansen blir overlevert oppdragsgiver 31.07.2012.

1 AD=Arbeidsdepartementet, Avdir=Arbeids- og velferdsdirektoratet, HOD=Helse- og omsorgsdepartementet, Hdir.=Helsedirektoratet og Finansdir.=Finansdirektoratet.

Raskere tilbake tilbudene

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

Rapportens hovedresultater

Om det typiske RT-tilbudet:

- **Oppstart:** Det typiske RT-tilbudet i 2011 har eksistert siden ordningens oppstartsfase i 2007/2008.
- **Inklusjon/eksklusjon:** Det typiske RT-tilbudet i helseforetakene oppga at de ekskluderte færre enn en av tjue henvisninger, mens for NAV-tilbudene var det en av fem som i følge informantene ble avvist.
- **Tilfredshet med ordningen:** Det typiske helseforetaksfinansierte tilbudet var litt over middels tilfreds med organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen i RT-ordningen, mens det typiske NAV finansierte tilbudet var noe mindre tilfreds. Det var store geografiske forskjeller. For helseforetakenes tilbud var tilfredsheten spesielt lav i Midt-Norge, mens for NAV tilbudene var tilfredsheten spesielt lav i Nord-Norge.
- **Kompetanse:** Det typiske RT-tilbudet oppga at de hadde flere profesjoner tilgjengelig for RT-mottakerne, men forskjellene var store, både mellom hvert enkelt tilbudene, mellom tilbudstypene, og geografisk. Det typiske helseforetakstilbudet hadde nesten alltid en eller annen type legespesialist og fysioterapeut tilgjengelig, mens halvparten hadde også sykepleier, sosionom, psykolog og ergoterapeut. Det typiske NAV-tilbudet hadde i over to tredjedeler av tilbudene fysioterapeut, sykepleier, atferdskonsulent og ergoterapeut tilgjengelig i tilbudene. Flere helseprofesjoner ble rapportert hyppigere i NAV-tilbudene enn i helseforetakenes tilbud.
- **Kontakt med forskningsmiljøer:** Det typiske RT-tilbudet hadde kontakt med forskningsmiljøer av og til. De geografiske forskjellene var betydelige. I følge informantene forekom dette hyppigst i Sør-Øst- og Midt-Norge. Cirka halvparten oppga at det hadde blitt gjort studier om deres tilbud. Imidlertid var denne andelen nesten tre ganger så stor i Midt-Norge som i Vest-Norge. Hvert femte tilbud oppga at de planla en slik studie. Forskningsbasert kunnskap ble oppgitt å brukes sjeldnest i Vest- og Nord-Norge og hyppigst i Midt-Norge for å utforme og begrunne tilbudet.
- **Diagnoser:** Nærmere åtte av ti ga tilbud til personer med muskel- og skjellettplager, mens seks av ti oppga at de hadde mottakere med psykiske lidelser som primærdiagnose.

Om den typiske RT-mottakeren:

- **Bosted:** I følge informantene var den typiske RT-mottakeren fra den samme kommunen eller fylket tilbudet er lokalisert i. En av ti var fra andre fylker, men samme region. De tilbudene som kom fra Nord-Norge og var finansiert av NAV, hadde oftere RT-mottakere fra kommunen enn resten av landet.
- **Arbeidslivstilknytning:** Den typiske RT-mottakeren oppgis å ha vært sykmeldt i mellom åtte uker og ett år når han/hun ble henvist til RT-tilbudet (syv av ti). Forskjellen er stor mellom de som får NAV-tilbud (ni av ti) og de som får helseforetaksfinansierte tilbud (mindre enn seks av ti). Imidlertid varierte dette også betydelig innen helseforetakenes tilbud, der åtte av ti av de som mottar *ARR i oppføringsinstitusjonene* har vært så lenge sykmeldt, mens blant de som mottar *behandling og rehabilitering – psykiatri* er det kun to av ti som har vært så lenge sykmeldt. Blant de som mottar *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis andelen å være fire av ti. To av ti RT-mottakere fra helseforetakene oppgis å ikke være sykmeldte når de blir henvist.
- **Medisinsk utredet:** I følge informantene er den typiske RT-mottakeren medisinsk utredet ved henvisning i cirka to tredjedel av tilfellene. Det skjer i følge informantene oftest i NAV-tilbudene i Nord-Norge og i helseforetakstilbudene i Sør-Øst.
- **Motivasjon:** Syv av ti RT-mottakere oppgis å være motivert for tilbakeføring til arbeid, der andelen oppgis å være noe større i helseforetakenes - enn i NAV sine tilbud. Den er rapportert å være høyest i Sør-Øst sine helseforetakstilbud, og lavest i NAV sine tilbud i Vest. Ser vi på type tilbud oppgis den å være lavest i NAV-tilbudet *avklaring* (fem av ti) og høyest i helseforetakstilbudet *behandling og rehabilitering- psykiatri* (åtte av ti).

Om det typiske opplegget rundt hver RT-mottaker:

- **Fast/fleksibelt opplegg:** I det typiske RT-tilbudet ble opplegget rundt hver mottaker oppgitt som fleksibelt, det vil si individuelt tilpasset i forhold til hvor lenge det varer og hvor mye tid som brukes per RT-mottaker.
- **Plan:** I det typiske RT-tilbudet ble det utarbeidet en plan for tilbudet. Dette ble rapportert i ni av ti tilbud, og oftest i NAV tilbudene. *ARR* i NAV og *ARR i opptreningsinstitusjon* utarbeidet i følge informantene nærmest alltid en plan.
- **Koordinator:** I det typiske RT-tilbudet hadde halvparten en fast koordinator for den enkelte RT-mottaker, for å samkjøre tilbudet mellom seg og eksterne aktører. Denne andelen ble oppgitt å være betydelig høyere i NAV enn i helseforetakene, der mer enn åtte av ti oppga svaret ”alltid”. Det var store geografisk forskjeller og mellom de ulike tilbudene. Mens det i Vest-Norge ble oppgitt å skje ”alltid” i fem av ti tilbud, var denne andelen i Midt-Norge åtte av ti. *ARR i opptreningsinstitusjoner* oppga dette oftest, mens de tre tilbudstypene *medisinsk og kirurgisk behandling, behandling og rehabilitering- psykiatri* og *rehabilitering i sykehus- somatikk* svarte i gjennomsnitt henholdsvis ”svært sjeldent”, ”sjeldent” og ”av og til” på dette spørsmålet.
- **Tverrfaglig team:** Cirka fem av ti tilbud oppga at det alltid ble opprettet et tverrfaglig team rundt den enkelte RT-mottaker, mens to av ti oppga at dette aldri skjedde. Det var ikke forskjell mellom helseforetakene og NAV samlet sett. I helseforetakenes tilbud i Midt-Norge ble det oppgitt å skje i ni av ti tilbud, mens i Vest-Norge ble det oppgitt å skje i fem av ti tilbud. For *ARR i opptreningsinstitusjon* oppga informantene at det ble opprettet et slikt team så å si alltid, mens tilbudene *avklaring og behandling og rehabilitering- psykiatri* oppga dette i fire av ti tilbud.
- **Felles mål:** Det typiske RT-tilbudet oppga at det ble definert et felles mål for den enkelte RT-mottaker. Informantene fra ni av ti tilbud svarte ”alltid”, ”svært ofte” eller ”ofte” på dette spørsmålet. Dette ble oppgitt å skje litt oftere i NAVs tilbud og i Midt-Norge sammenlignet med helseforetakenes tilbud og tilbudene i Vest-Norge.
- **Samarbeid:** Det typiske RT-tilbudet oppga at de samarbeider med eksterne aktører gjennom telefon og til dels møter. Cirka syv av ti tilbud bruker telefonen for å samhandle med fastlegen, NAV og arbeidsgiver. Møter skjer like ofte med NAV og arbeidsgiver, men sjeldnere med fastlegen. Generelt oppgir tilbudene i Midt-Norge en betydelig høyere grad av samhandling både per telefon og i møter med alle samarbeidsaktører. Blant de ulike tilbudene er det *ARR* i NAV som oppgir at de samhandler hyppigst både med arbeidsgiver, NAV, BHT, spesialisthelsetjenesten og fastlegen, etterfulgt av *ARR i opptreningsinstitusjon*. Helseforetakenes andre tre tilbudstyper oppga at de nesten aldri samhandler verken per telefon, møter eller skriftlig med RT-mottakerens arbeidsgiver, BHT eller NAV. I de faste møtene oppga de at fastlege, arbeidsgiver og NAV var sjeldent tilstede.
- **Arbeidsplassvurdering:** I de typiske RT-tilbudet gjøres det en arbeidsplassvurdering i halvparten av tilfellene. En like stor andel (cirka hvert fjerde tilbud) sier de henholdsvis ”aldri” eller ”alltid” gjør slike vurderinger. Det er store forskjeller mellom NAVs tilbud, der to av tre gjør slike vurderinger, og helseforetakenes tilbud, der en av tre gjør slike vurderinger. Det er betydelige geografiske forskjeller, der helseforetakstilbudene i Vest-Norge svarer at de gjør dette nesten aldri, mens i disse tilbudene i Midt-Norge svarer halvparten av tilbudene at de gjør det nesten alltid. I tilbudene *Behandling og rehabilitering – psykiatri* skjer det nesten aldri i følge informantene, og i *Rehabilitering i sykehus- somatikk* oppgis det at det skjer i kun i ett av tre tilbud.
- **Resultatevaluering:** Det typiske RT-tilbudet svarer ja på om de måler resultatet av RT-tilbudet for den enkelte (syv av ti). Dette oppgis å skje oftest i NAV tilbudene og i Sør-Øst Norge (nesten åtte av ti), og sjeldnest i Vest-Norge (tre av ti). Mellom tilbudstypene er det også store forskjeller, der det for tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis sjeldnest (hver fjerde svarer ja), mens det er 95 prosent som svarer ja av de som representerer *ARR i opptreningsinstitusjon*. Også *ARR* i NAV har en høy andel som svarer ja på dette spørsmålet (åtte av ti).
- **Oppfølging:** I det typiske RT-tilbudet oppgis det at det skjer lite oppfølging etter endt tilbud.
- **Brukermedvikning:** I det typiske RT-tilbudet oppgis RT-mottakeren å være med i møter som omhandler tilbudet. Den laveste skåren oppgis i helseforetakstilbudene i Sør-Øst (mindre enn åtte av ti) og høyest i NAV-tilbudene i Vest (ti av ti). Når det settes mål for tilbudet og når det utarbeides tiltaksplan så oppgis RT-mottakeren å være med så godt som alltid.

Sammendrag

Bakgrunn: Politikere og myndigheter har det siste tiåret vist et økende engasjement i å sikre gode og virkningsfulle tiltak til sykmeldte [4, 5]. Dette er synliggjort gjennom en rekke offentlige dokumenter som Sandmanutvalgets innstilling om et inkluderende arbeidsliv [6], Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), sykefraværsutvalgets anbefalinger [7] og programmet Raskere tilbake [7, 8]. Engasjementet har vist seg i tiltak på ulike arenaer, i helsetjenesten, i NAV, og på arbeidsplassen [9].

Ordningen Raskere tilbake (RT) ble iverksatt som en oppfølger av Stoltenbergs sykefraværutvalg høsten 2006, der IA-partene definerte tiltak som skulle redusere sykefraværet i Norge. Ett av disse tiltakene ble kalt *Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester*, og ble også kjent under betegnelsen *Raskere tilbake*. To hovedsatsninger i Raskere tilbake har to ulike mål; å redusere ventetiden for behandling innen de regionale helseforetakene, samt å bidra til en raskere tilbakeføring for sykmeldte arbeidstakere. Ordningen skulle gi mer arbeidsrettet rehabiliteringstilbud, samt redusere varigheten av sykmeldinger og derved sykepengeutbetalingene. Bevilgningen siden oppstarten av programmet i 2007 og til og med 2011 har totalt vært på 3,57 milliarder kroner, hvorav cirka 1,16 milliarder har blitt overført til NAV og 2,4 milliarder til helseforetakene.

Den første evalueringen av Raskere tilbake viste at ordningen ble raskere implementert og tatt i bruk i helseforetakene enn i NAV, fordi Raskere tilbake opplevdes som nye tiltak som krevde en annen kompetanse enn det NAV hadde tilgjengelig [2]. Studien viste videre at kunnskapsspredningen opplevdes som lite effektiv, og at informasjonsformidlingen om ordningen ikke var treffsikker nok. Blant annet synes NAV og fastlegene ikke å være godt nok informert. Et annet funn fra denne studien var at tilbudet synes å være for dårlig koordinert [2]. RT- mottakerne hadde gjort seg positive erfaringer med Raskere tilbake, i form av økt mestringsevne og vilje til å takle hverdagen. Fastlegene syntes ikke å være godt nok orientert om, eller aktive i bruken av ordningen. NAV syntes også å ha vært lite aktiv i å informere om RT-tilbudet arbeidsrettet rehabilitering [3]. Studien som skulle vurdere effekten av RT-tilbudet brukte data fra 2008 opp mot matchede kontrollgrupper utenfor tiltaket [1]. På grunn av empiriske og metodiske problemer innehold ikke evalueringen effektanalyser av tilbudene innen psykiatri, arbeidsrettet rehabilitering og NAVs RT-tilbud. 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 kirurgiske tilbud var sykefraværet gjennomsnittlig redusert med 14 dager sammenlignet med den matchede kontrollgruppen. Imidlertid var effektens drivkraft redusert ventetid (18 dager samlet sett for kirurgi og medisinsk behandling), og ikke behandlingen per se. 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. Blant annet ble det store mangfoldet i tilbud oppgitt som en begrunnelse for at en ikke kunne konkludere entydig om RT-ordningens samfunnsmessige betydning.

Mål: Formålet med denne delstudien var derfor å utvikle ny kunnskap om organiseringen, kompetansen, mottakerne, forløpene og opplegget i RT-tilbudene, da dette kan bidra til et

kunnskapsgrunnlag for tilbudenes aktører, samt gi et grunnlag for diskusjoner om endringsbehov og en strømlinjeforming av Raskere tilbake ordningen.

Metode: Studien ble designet som en tverrsnittstudie med et retrospektivt perspektiv. Den ble gjennomført ved hjelp av strukturerte telefonintervjuer med faglig- og/eller administrativ leder for RT-tilbudene, som svarte på vegne av de 120 RT-tilbudene som deltok i studien. På grunn av uklarhet om antallet operative RT-tilbud, var svarprosenten ikke mulig å oppgi helt eksakt. Den var cirka 57 prosent, og besto av 56 RT-tilbud finansiert kun av helseforetak, 43 kun av NAV og 21 tilbud finansiert av både NAV og helseforetak. Disse hadde til sammen siden 2007 gitt tilbud til cirka 65.000 RT-mottakere. RT-tilbudene ble delt i åtte forskjellige typer tilbud. Fire NAV-tilbud ble kategorisert ut fra regelverket for arbeidsrettede tiltak, og omhandlet *avklaring* (n=17), *oppfølging* (n=16), *arbeidsrettet rehabilitering (ARR)* (n=50) og *behandling for lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser* (n=7). For helseforetakenes del ble fire kategorier tilbud definert ut fra en analyse vi gjorde av materialet i denne studien. Tilbudene som ble identifisert var *medisinsk behandling og kirurgi* (n=16), *rehabilitering i sykehus- somatikk* (n=28), *behandling og rehabilitering- psykiatri* (n=14), og *ARR i opptreningsinstitusjon* (n=23). Noen hadde mer enn en type tilbud. Alle fylkene var representert, og de ble delt i regioner både for NAV og helseforetakenes tilbud for å avdekke geografiske forskjeller. Halvparten av tilbudene var fra Sør-Øst. Deskriptive analyser ble gjort i programmet PASW Statistics version 18.0, og de kvalitative var innholdsanalyser [10, 11].

Resultater og diskusjon

Om RT-tilbudet: Det typiske RT-tilbudet **har eksistert** siden ordningens oppstartsfase (2007 til 2008). Dette gjelder to tredjedel av tilbudene som deltok i denne studien. Resten ble i hovedsak etablert i 2009. Dette kan tyde på at de som har opprettet, endret eller utvidet virksomheten til å gjelde tilbud til sykmeldte etter at RT-ordningen kom, også har valgt å videreføre dette tilbudet.

Det typiske RT-tilbudet i helseforetakene oppga at de ekskluderte færre enn en av tjue henvisninger, mens for NAV-tilbudene var det oppgitt at en av fem ble avvist. Informantene nevnte i alt 47 inklusjons- og 33 eksklusjonskriterier som de brukte. De oftest nevnte **inklusionskriteriene** hadde med arbeidslivstilknytning, potensialet og motivasjonen for tilbakeføring og type problemstilling å gjøre. De mest hyppige **eksklusjonskriteriene** handlet om alvorlig psykisk lidelse, rusmisbruk, grad av nytte av tilbudet og arbeidslivstilknytning. Noen av kriteriene stammer fra kravspesifikasjonene fra NAV og helseforetak, andre synes å være utviklet i det enkelte tilbudet.

Det typiske helseforetaksfinansierte tilbudet var noe over middels tilfreds med **organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen** i RT-ordningen, mens det typiske NAV finansierte tilbudet var mindre tilfreds. En kan undre om det finnes forskjeller i tilfredshet mellom tilbud som var fremskaffet gjennom anbud versus de som ikke var det, og om dette kunne være en forklaring på forskjeller i tilfredshet mellom helseforetak og NAV. Ser vi på resultatene, så var det kun tilbudet *medisinsk behandling og kirurgi* av tilbudene uten anbudsordning som er tilfredse over gjennomsnittet. *Rehabilitering i sykehus- somatikk* var ikke mer tilfredse enn *ARR i opptreningsinstitusjon*, selv om sistnevnte tilbud er anskaffet gjennom anbud. Ser vi også på *ARR* i NAV versus *ARR i opptreningsinstitusjon* i helseforetakene, så er *ARR i helseforetakene* mer tilfredse, selv om begge disse yter tjenester

ut fra anbud. Dette tyder ikke på at det er en forskjell i tilfredshet mellom RT-tilbud anskaffet gjennom anbud versus de som ikke er det i dette materialet.

En forklaring som ofte ble gitt av informantene for manglende tilfredshet i NAV, var at den økonomiske rammen i NAV var uforutsigbar. Flere uttrykket også at NAV var vanskelig å få kontakt med og samhandle med. En hovedutfordring for NAV, var at Raskere tilbake innebar helt nye tilbud som måtte anskaffes. I helseforetakene var imidlertid type tilbud og kompetansemiljøer mer etablerte. For de nye tilbudene måtte NAV bygge opp kompetanse, utforme konkurransegrunnlag, gjennomføre anbudsprosesser og inngå avtaler med leverandører. Disse prosessene tok tid og NAV klarte ikke å utnytte budsjettammen de to første årene. I 2008 til 2009 økte aktiviteten i NAV-tilbudene gradvis og etter hvert så mye at de måtte stramme inn. Disse svingningene i aktiviteten, som i stor grad skyldtes utfordringer til en ordning i en etableringsfase, skapte en viss uforutsigbarhet for RT-tilbudene. De tildelte økonomiske rammene til NAV har derimot hele tiden vært relativt stabile. Tiltaksarrangørers kapasitet ble ikke utnyttet. Etter 2009 har anbud og avtaler blitt mer tilpasset gjennomføringen, men misnøye med den første fasen kan antagelig være med på å forklare fortsatt lav tilfredshet overfor NAV i denne studien.

Det var store geografiske forskjeller i tilfredshet med *organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen* av RT-ordningen. For helseforetakenes tilbud var tilfredsheten spesielt lav i Midt-Norge. En mulig forklaring til dette kunne være knyttet til sammensetningen av tilbudene som deltok fra Midt-Norge. Denne regionen hadde for eksempel ingen tilbud av typen *medisinsk behandling og kirurgi*, og disse var de mest tilfredse av alle gruppene. En analyse som kontrollerte for denne skjevheten avdekket fortsatt den samme forskjellen mellom tilbud i Midt-Norge og tilbud i resten av landet. For NAV tilbudene var tilfredsheten spesielt lav i Nord-Norge.

Det typiske RT-tilbudet hadde flere **profesjoner tilgjengelig** for RT-mottakerne, og nærmere 30 ulike profesjoner ble til sammen beskrevet av informantene. Imidlertid var forskjellene store, både mellom de enkelte tilbudene, og mellom tilbudstypene. Det ble også avdekket geografiske forskjeller. Det typiske tilbudet i helseforetakene hadde nesten alltid en eller annen type legespesialist og fysioterapeut tilgjengelig, mens halvparten hadde også sykepleier, sosionom, psykolog og ergoterapeut. Det typiske NAV-tilbudet hadde i over to tredjedeler av tilbudene fysioterapeut, sykepleier, atferdskonsulent og ergoterapeut tilgjengelig i tilbudene. *Behandlingstilbudene*, både de somatiske og psykiatriske tilbudene ble oppgitt å ha det laveste antallet profesjoner, mens *ARR-tilbudene* både i NAV og helseforetakene oppga det høyeste antallet. Vi vet imidlertid ikke hvor integrert denne kompetansen er, og om den fremstår som flerfaglig eller tverrfaglig. Integrering av kompetanse er avdekket som et viktig kjennetegn ved effektive tilbakeføringsprogram som Individual Placement Support, Supported Employment og Sherbrooke-modellen [12-15]. Integrert kompetanse medfører at hele teamet kan kommunisere det samme til den sykmeldte, arbeidsgiver og resten av aktørene rundt den sykmeldte. Dette er spesielt betydningsfylt når helseproblemene er uspesifikke, som ved muskel- og skjellettplager og lettere psykiske plager. Det var også store forskjeller mellom tilbudstypene når det gjaldt hvilken profesjonssammensetninger tilbudene oppga. En kan lure på om det er tilfeldig med så stor variasjon mellom tilbudstypene.

Noen helseprofesjoner ble rapportert hyppigere i NAV-tilbudene enn i helseforetakstilbudene (som sykepleiere, ergoterapeuter og ernæringsfysiologer), eller like hyppig (fysioterapeuter). En tradisjonell antagelse om hvorfor ordningen Raskere tilbake er bygd opp parallelt både i NAV og i helseforetakene er at helseforetakene har kompetanse på helse og NAV på arbeid. Å fremme organisatoriske skiller mellom arbeidskompetanse og helsekompetanse kan synes uhensiktsmessig. Å være i stand til å forstå hvordan helsen påvirker arbeidsdeltagelsen, og hvordan arbeidsdeltagelsen påvirker den sykmeldtes helse er essensielt i et felt der helseproblemet bør ses i sammenheng med fraværproblemet [16].

Det typiske RT-tilbudet har **kontakt med forskningsmiljøer** av og til. De geografiske forskjellene er imidlertid betydelige, der dette i følge informantene forekommer sjeldnest i Vest-Norge og Nord-Norge og hyppigst i Sør-Øst og Midt-Norge. Cirka halvparten oppga at det hadde blitt gjort studier om deres tilbud. Imidlertid var denne andelen nesten tre ganger så stor i Midt-Norge som i Vest-Norge. Hvert femte tilbud planlegger en slik studie. Det er *ARR i opptreningsinstitusjon* i helseforetakene og *ARR* i NAV som oftest oppgir at det er **gjort eller planlagt en studie**, og sjeldnest oppgis dette i *medisinsk* og *kirurgisk behandling* og i NAV-tilbudene *avklaring* og *oppfølging*, der kun hver tredje tilbud oppgir dette. I hvilken grad tilbudene oppgir å ha **tilgang til forskningsbasert kunnskap** varierer også geografisk, der Nord-Norge og Vest-Norge oppgir lavest tilgang. Det oppgis at **forskningsbasert kunnskap** brukes sjeldnest i Vest-Norge og Nord-Norge og hyppigst i Midt-Norge **for å utforme og begrunne tilbudet**. De store forskjellene mellom tilbudstypene kan ikke lett forklares. At *oppfølging* og *avklaring* skårer gjennomgående lavt, og *ARR i opptreningsinstitusjon* og *ARR* i NAV skårer betydelig høyere kan kanskje forklares ut fra ulike tradisjoner i de ulike miljøene. For eksempel finnes det definerte kvalitetsmål for *ARR* og arenaer der forskning har en sentral plass (se arbeidoghelse.no).

Det typiske RT-tilbudet opplever at **henviseren** har en middels grad av tilstrekkelig kunnskap om tilbudet en henviser til. Tilbudene innen psykiatri fra både helseforetak og NAV skårer høyest. Likedan får spørsmålet om informasjonen om RT-mottaker er tilstrekkelig i henvisningen også en middels skår. Der er RT-tilbudene *oppfølging* og *avklaring* i NAV spesielt misfornøyde. En kan tenke seg at konsekvensene av dette kan være at en kan henviser til et uegnet tilbud, eller at tilbudet mangler vesentlig kunnskap om RT-mottakeren. Utfordringer med henviseres kompetanse kom også frem i forrige evaluering av Raskere tilbake [17, 18]. Disse resultatene kan derved tyde på at problemene ikke er helt løst selv om ordningen nå har eksistert i fire år. Dette kan muligens ha noe med kompleksiteten i ordningen å gjøre, noe som er tydelige funn fra denne studien.

Nærmere åtte av ti tilbud har mottakere med muskel- og skjellettplager og seks av ti har mottakere med psykiske lidelser som **primærdiagnoser**. Dette gjenspeiler også de hyppigst brukte diagnosene ved sykemelding. Disse resultatene kan mulig også indikere at det typiske RT-tilbudet har mottakere med komorbiditet, i form av en kombinasjon mellom muskel- og skjellettplager og psykiske lidelser. Dette gjelder spesielt for tilbudene *ARR i opptreningsinstitusjon*, og NAV-tilbudene *oppfølging*, *avklaring* og *ARR*. Unntaket er *behandling og rehabilitering- psykiatri* og *medisinsk og kirurgisk behandling* der RT-mottakerne nesten utelukkende har enten psykiske lidelser eller muskel- og skjellettplager som primærdiagnose. Dette er altså behandlingstilbudene i RT-ordningen. Hvis en ser dette resultatet i sammenheng med hvor lenge RT-mottakerne har vært sykmeldt når de kommer til tilbudet, er det de samme tilbudene som har mer avgrensede diagnoser som også oftere gir

tilbud før åtte ukers sykmelding. Komorbiditet er en kjent problemstilling ved mange av de uspesifikke plagene som vi ser ofte som sykmeldingsdiagnose, som for eksempel muskel- og skjellettplager [19, 20].

Informantene opplevde en middels grad av **innholdsmessig overlapping** mellom tilbudene, noe en bør ta tak i av kostnadmessige grunner ved en videre strømlinjeforming av RT-ordningen.

Den typiske RT-mottakeren: I følge informantene er den typiske RT-mottakeren fra den samme kommunen eller fylket **tilbudet er lokalisert i**. En av ti er fra andre fylker, men samme region. Den typiske RT-mottaker kommer nesten aldri fra andre regioner. De tilbudene som kommer fra region Nord-Norge og er finansiert av NAV er oftere fra kommunen enn resten av landet, der cirka ni av ti oppgis å komme fra samme kommune som tilbudet. Når så mange får tilbud innenfor egne kommunegrenser kan en undre seg om ikke noe av tilbudet burde vært et førstelinjeansvar og ikke plassert i spesialisthelsetjenesten og blant private spesialiserte aktører. Dette temaet går rett inn i temaer for Samhandlingsreformen, og bør diskuteres videre.

Den typiske RT-mottakeren oppgis å ha vært **sykmeldt** i mellom åtte uker og ett år når han/hun blir henvist til RT-tilbudet. Cirka syv av ti oppgis å tilhøre denne gruppen. Her er forskjellen stor mellom de som får NAV-tilbud (ni av ti) og de som får helseforetaksfinansierte tilbud (mindre enn seks av ti). Imidlertid varierer dette også betydelig i helseforetakenes tilbud, der åtte av ti av de som mottar *ARR i opptreningsinstitusjonene* har vært så lenge sykmeldt, mens blant de som mottar *behandling og rehabilitering – psykiatri* er det kun to av ti som har vært så lenge sykmeldt. Blant de som mottar *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis andelen å være fire av ti. To av ti RT-mottakere fra helseforetakene oppgis å ikke være sykmeldte. En kan stille seg undrende til at RT-tilbudene i så stor grad møter den sykmeldte så sent i forløpet. Tidlig intervensjon har vist å ha stor betydning for varigheten av sykmelding [21]. Det synes også å være en utbredt oppfatning blant de ulike aktørene som jobber med sykmeldte på arbeidsplassen, i NAV og i helsetjenesten at det er viktig å komme i gang tidlig [22], ettersom situasjonen lettere blir fastlåst og vanskelig å endre. Samtidig kan enkelte sykmeldte med omfattende og sammensatte problemstillinger ha behov for mer tid til å få oversikt over og bearbeide egen situasjon.

Forskjellen mellom NAV og helsetjenestens tilbud i forhold til når en møter den sykmeldte kan ha ulike forklaringer. Det ene forklaringen kan handle om at helseforetakene driver med mer behandling enn NAV. Timingen på RT-tilbudene vil også naturlig være styrt av hva som har skjedd forut for at RT-tilbudet ble igangsatt. Det kan være at kravspesifikasjonene i NAV er tydeligere på at andre tilbud allerede skal være ivarettatt før RT-tilbudene iverksettes. Likevel kan det oppleves som viktig å diskutere om tilbud som *avklaring* og *oppfølging* overfor gruppen sykmeldte bør komme så sent som resultatene her viser, det vil si at 95 prosent av de som mottar tilbudene har vært sykmeldt fra åtte uker til ett år. Eller en kan gå mer overordnet til verks, og definere "hva trengs når", og så sette tydeligere tidspunkt for når ulike RT-tilbud skal vurderes og eventuelt iverksettes. Det nasjonale opplegget for oppfølging av sykmeldte har tidsfestede opplegg fra 1-3 dager etter sykmelding, via 4, 7, 9 og 26 uker, og opp til 12 måneder. Kan RT-tilbudene innordnes i dette opplegget som nå handler mest om arbeidsplassaktørene, sykmelder og NAVs saksbehandler? Argumenter for dette er at RT-

tilbudet kan oppleves fragmentert når det leveres som en og en tjeneste, samt at tiltakene lett blir på siden av det nasjonale oppfølgingsystemet.

I følge informantene er den typiske RT-mottakeren **medisinsk utredet** ved henvisning i cirka to tredjedel av tilfellene. Det skjer i følge informantene oftest i NAV-tilbudene i Nord-Norge og i helseforetakstilbudene i Sør-Øst. Å gjennomføre en rask medisinsk utredning tidlig i forløpet er understreket som spesielt viktig for sykmeldte [23-26]. Dette er begrunnet i at de hyppigste helseproblemene en ser ved sykmelding er uspesifikke. En trenger derfor kompetent tidlig utredning for å luke ut om det kan være en patologisk forklaring til for eksempel smertene. For ryggsmertter tilsier det samlede kunnskapsgrunnlaget at det er så sjeldent som i en av ti tilfeller at det foreligger en spesifikk underliggende årsak til smertene [27]. Hva som bør gjøres videre i sykefraværsforløpet er svært styrende for denne medisinske utredningen. Hvis det ikke er spesifikke funn, bør den sykmeldte i undersøkelsen raskt forsikres om at plagene ikke er farlige og at det er trygt å være i aktivitet [28, 29], et tiltak som ofte går under navnene Brief Intervention [27, 30, 31] eller Re-assurance [29]. Dette danner også grunnlaget for å kunne fokusere mer på fraværsproblemet enn helseproblemet i den neste fasen av rehabiliteringsprosessen [32-34].

Syv av ti RT-mottakere oppgis å være **motivert for tilbakeføring** til arbeid, der andelen oppgis å være noe større i helseforetakenes - enn i NAV sine tilbud. Den er rapportert å være høyest i Sør-Øst sine helseforetakstilbud, og lavest i NAV sine tilbud i Vest. Ser vi på type tilbud oppgis motivasjonen å være lavest i NAV-tilbudet *avklaring* (fem av ti) og høyest i helseforetakstilbudet *behandling og rehabilitering- psykiatri* (åtte av ti). Motivasjon for tilbakeføring er et viktig, men også utfordrende tema i tilbudet til sykmeldte. Disse resultatene viser at i følge informantene, så er det om lag en tredjedel som kan ha motivasjonsutfordringer. Kan dette ha noe å gjøre med at de sykmeldte først får dette tilbudet når de har vært sykmeldt svært lenge?

Den typiske RT-mottakeren er ikke **gjenganger i RT-tilbudene**. Hun/han oppgis å nesten aldri ha mottatt det samme RT-tilbudet før, og sjeldent å ha mottatt andre RT-tilbud. Dette kan synes som et overraskende funn, gitt det store antallet som mottar RT-tilbud totalt sett. Videre studier bør imidlertid replisere dette resultatet før konklusjoner trekkes.

Det typiske RT-opplegget rundt hver mottaker: I det typiske RT-tilbudet oppgis opplegget rundt hver mottaker å være fleksibelt, det vil si **individuell tilpasset** i forhold til hvor lenge det varer og hvor mye tid som brukes per RT-mottaker. Noen få tilbud har faste tidsrammer, og skreddersøm som er vurdert som et viktig kjennetegn ved effektiv arbeidsrettet rehabilitering av sykmeldte [25], kan for noen av disse tilbudene være utfordrende.

I det typiske RT-tilbudet blir det også utarbeidet en **plan for tilbudet**. Dette skjer i ni av ti tilbud, og oftest i NAV tilbudene. *ARR* i NAV og *ARR i opptreningsinstitusjon* utarbeider nærmest alltid en plan. De store forskjellene kan være begrunnet i kravspesifikasjonenes innhold, og at behandlingstilbudene ikke opplever behovet for å utarbeide en plan. Disse resultatene gir heller ikke informasjon om det utvikles mange parallelle planer eller om hver enkelt sykmeldt har kun en felles plan for sin tilbakeføringsprosess, eventuelt om ulike planer koordineres opp mot hverandre. Studier viser at en felles plan mellom arbeidsplass, helsetjenesten og NAV kan ha stor betydning for tilbakeføringshastigheten [26, 35].

I det typiske RT-tilbudet har halvparten en **fast koordinator** for å samkjøre tilbudet mellom seg og eksterne aktører. Denne andelen ble oppgitt å være betydelig høyere i NAV, der mer enn åtte av ti oppga svaret ”alltid”, sammenlignet med helseforetakenes tilbud, der det var fem av ti som svarte ”alltid”. Det var store forskjeller geografisk og mellom de ulike tilbudene. Mens det i Vest-Norge ble oppgitt å skje ”alltid” i fem av ti tilbud, var andelen i Midt-Norge åtte av ti. *ARR i opptreningsinstitusjoner* oppga dette oftest, mens de tre tilbudstypene *medisinsk og kirurgisk behandling, behandling og rehabilitering- psykiatri og rehabilitering i sykehus- somatikk* svarte i gjennomsnitt henholdsvis ”svært sjeldent”, ”sjeldent” og ”av og til” på dette spørsmålet. Flere kunnskapsoppsummeringer har vist at en fast koordinator i tilbakeføringsprosessen av sykmeldte er viktig for effekten av arbeidsrettet rehabilitering [26, 36]. Organisasjonen Disability Management som både driver med praksisutvikling, utdanning og forskning innen oppfølging av sykmeldte, har utviklet en egen internasjonal utdanning av de såkalte ”Return to Work Coordinators”[37]. Forskingen har over mange år vært opptatt av hvilken kompetanse disse tilbakeføringskoordinatorene bør ha for å fylle denne viktige funksjonen [38]. Modeller for koordinering innen arbeidsrettet rehabilitering er kanskje det vi i Norge minst har utviklet innen dette feltet. Spesielt kan dette synes å gjelde koordinering mellom helsetjenesten, NAV og arbeidsplassen. Case Management og Disability Management tilbyr anerkjente metoder for koordinering av enkeltsaker innen rehabiliteringsfeltet [39, 40].

Cirka fem av ti tilbud oppga at det alltid ble opprettet et **tverrfaglig team** rundt den enkelte RT-mottaker, mens to av ti oppga at dette aldri skjedde. Det var ikke forskjell mellom helseforetakene og NAV samlet sett. I helseforetakenes tilbud i Midt-Norge ble det oppgitt å skje i ni av ti tilbud, mens i Vest-Norge ble det oppgitt å skje i fem av ti tilbud. For *ARR i opptreningsinstitusjon* oppga informantene at det ble opprettet et slikt team så å si alltid, mens det for tilbudene *avklaring og behandling og rehabilitering- psykiatri* skjedde i litt mer enn fire av ti tilbud. Behovet for å effektivere et tverrfaglig team kan synes å være varierende. I de rent behandelende tilbudene kan dette oppleves unødvendig. Når den enkelte sykmeldte får effektivert ett og ett enkelttilbud i sin tilbakeføringsprosess utfordres også den tradisjonelle teammodellen, som brukes mye innen alle former for rehabilitering [32].

Hadde imidlertid det vært ett enkelt arbeidsrettet rehabiliteringstilbud med ett kontinuerlig team for hver enkelt sykmeldt, der relevante interne og eksterne tiltak ble effektivert etter hvert som det var behov, ville teamet kunne fungere mer hensiktsmessig. Det aller viktigste ville være at dette ene teamet kunne integrerte en felles forståelse og kompetanse mellom NAV, arbeidsplassen og helsetjenesten. Et eksempel på dette er hentet fra et tverrfaglig team som jobbet ut fra den kjente og effektive Sherbrooke-modellen [23] i Canada. Forskere videofilmet møtene til teamet i 18 måneder [41]. I alt ble 338 møter avholdt. Teamet diskuterte beslutninger knyttet til arbeidsrettet rehabilitering av 22 sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjellettplager. Forskerne fant 10 underliggende verdier som rehabiliteringsteamets beslutninger var støttet av: (1) Teamets overensstemmelse og troverdighet, (2) samarbeidet med aktørene på arbeidsplassen, helsetjenesten og i NAV, (3) arbeidstakerens interne motivasjon, (3) arbeidstakerens tilslutning til programmet, (4) arbeidstakerens reaktivering, (5) et samkjørt og enkelt budskap fra teamet til arbeidstakeren, (6) forsikring om at helseplagene ikke var farlige og ikke hindrende for kapasiteten og fremtiden til både

arbeidstaker, team og andre aktører, (7) at tiltakene skulle graderes og tilpasses prosessen, (8) at smerter burde ses som multi-faktorielle, og arbeidstakeren måtte lære å håndtere disse og ikke se seg selv som et offer, (9) at arbeid er terapi i seg selv, og til sist (10) at tilbudet måtte knyttes til arbeidsplassen. Denne "filosofien" gjennomsyret hele tiltakskjeden, siden det var ett team som fulgte hele tilbakeføringsprosessen av den sykmeldte.

Det typiske RT-tilbudet oppgir at det defineres **et felles mål** for den enkelte RT-mottaker. Informantene fra ni av ti tilbud svarer "alltid", "svært ofte" eller "ofte" på dette spørsmålet. Dette oppgis å skje litt oftere i NAVs tilbud og i Midt-Norge sammenlignet med helseforetakenes tilbud og tilbudene i Vest-Norge.

Det typiske RT-tilbudet formidler at de **samarbeider med eksterne aktører** gjennom telefon og til dels møter. Cirka syv av ti tilbud sier de bruker telefonen for å samhandle med fastlegen, NAV og arbeidsgiver. Informantene oppgir at møter skjer like ofte med NAV og arbeidsgiver, men sjeldnere med fastlegen. Skriftlig samarbeid skjer svært sjeldent med arbeidsgiver og BHT, men mer enn i halvparten av tilbudene med fastlegen. Generelt oppgir tilbudene i Midt-Norge en betydelig høyere grad av samhandling både per telefon og i møter med alle samarbeidsaktører. Blant de ulike tilbudene er det *ARR* i NAV som oppgir at de samhandler hyppigst både med arbeidsgiver, NAV, BHT, spesialisthelsetjenesten og fastlegen, etterfulgt av *ARR* i *opptreningsinstitusjon*. Helseforetakenes andre tre tilbudstyper samhandler nesten aldri verken per telefon, møter eller skriftlig med RT-mottakerens arbeidsgiver, BHT eller NAV. I de faste møtene som avholdes rundt tilbudene, oppgis fastlege, arbeidsgiver og NAV å være sjeldent tilstede.

Modellen rundt Raskere tilbakeordningen der mange ulike tilbud ytes av enda flere aktører kan synes krevende når det gjelder samarbeid og samhandling. For eksempel kan den samme sykmeldte ha tilbudene *avklaring, oppfølging, medisinsk og kirurgisk behandling* og *ARR* i *opptreningsinstitusjon*. Disse kan da være levert av fire ulike instanser, med mange forskjellige aktører involvert. En forenkling av tilbudene som ytes vil kunne, sammen med en ytterligere standardisering av rapportering mellom aktørene redusere omfanget av samarbeid og samhandlingsutfordringer i tilbakeføringsprosessen. Å koordinere samarbeid/samhandling i Raskere tilbake- tilbudene opp mot det nasjonale systemet for oppfølging av sykmeldte vil også kunne bidra til å strømlinjeforme samhandlingen mer. I dette nasjonale systemet omhandler endringene fra 1. juli 2011 nye grep for å bedre samhandlingen i tilbakeføringsprosessen. Ett eksempel er at arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til sykmelder (lege) innen 4 uker etter sykmeldingens start.

I de typiske RT-tilbudet gjøres det en **arbeidsplassvurdering** i halvparten av tilfellene. En like stor andel (cirka hvert fjerde tilbud) sier de henholdsvis "aldri" eller "alltid" gjør slike vurderinger. Det er store forskjeller mellom NAVs tilbud, der to av tre gjør slike vurderinger, og helseforetakenes tilbud, der en av tre gjør slike vurderinger. Det er betydelige geografiske forskjeller, der helseforetakstilbudene i Vest-Norge svarer at de gjør dette nesten aldri, mens i disse tilbudene i Midt-Norge svarer halvparten av tilbudene at de gjør det nesten alltid. For NAVs tilbud svarer over halvparten i Sør-Øst at de gjør arbeidsplassvurderinger mens det oppgis at det gjøres nesten alltid i Nord-Norge. I tilbudene *Behandling og rehabilitering* –

psykiatri skjer det nesten aldri i følge informantene, og i *Rehabilitering i sykehus- somatikk* oppgis det at det skjer i kun en av tre tilbud.

Arbeidsplassvurdering (eng. worksite visit) innebærer vanligvis funksjonsvurdering, aktivitetsanalyse, kompetanseoverføring til arbeidsplass med påfølgende tilrettelegging, og er en del av et effektivt rehabiliteringstilbud til sykmeldte [23, 29, 42-45]. Det er spesielt sterke evidens fra forskning for at tilrettelegging på arbeidsplassen og kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplassen har stor betydning for tilbakeføringshastigheten [43]. At rehabiliteringstilbud har kontakt mot reell kontekst, det vil her si arbeidsplassen, har vært kommunisert gjennom paradigmeskiftet i rehabiliteringsfeltet siden 1980-tallet [34, 46]. Da gikk fagområdet mer over fra "train-than-place" til "place-than-train" [47], altså at terapi og tiltak skulle tidlig forankres og skje ute i det miljøet der personen levde, arbeidet og bodde (place(ment)), og at opptrening og tiltak i klinikk ikke nødvendigvis var overførbare til andre arenaer, som for eksempel arbeidsplassen. Individual Placement Support, Arbeid med bistand, Disability Management og Work Disability Prevention-programmer er alle effektive tiltaksmodeller for sykmeldte og uføre som bygger på dette paradigmet.

Det typiske RT-tilbudet svarer ja på om de **måler resultatet av RT-tilbudet** for den enkelte. Det er nesten syv av ti som oppgir dette. Dette oppgis å skje oftest i NAV tilbudene og i Sør-Øst Norge (nesten åtte av ti), og sjeldnest i Vest-Norge (tre av ti). Mellom tilbudstypene er det også store forskjeller, der det for tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis sjeldnest (hver fjerde svarer ja), mens det er 95 prosent som svarer ja av de som representerer *ARR i opptreningsinstitusjon*. Også *ARR* i NAV har en høy andel som svarer ja på dette spørsmålet (åtte av ti). Det er vanskelig å forklare disse store forskjellene. Antagelig er de et uttrykk for at det ikke er utbredte standarder eller praksis for om, hva og når resultatevaluering skal skje.

I det typiske RT-tilbudet skjer det lite **oppfølging etter endt tilbud**. Dette er derved et område som det kan synes at det finnes et stort potensial til forbedring i. Der det skjer foregår det hyppigst per telefon etter 1-3 måneder etter endt tilbud (26 prosent av tilbudene) og sjeldnest gjennom møter i virksomheten, med NAV og ved hjelp av arbeidsplassbesøk (fra 1-12 prosent av tilbudene). Her kan det være et behov for å tenke mer standardisering, og også samkjøre et slik oppfølgingsopplegg opp mot det nasjonale opplegget for oppfølging av sykmeldte.

I det typiske RT-tilbudet oppgis RT-mottakeren å delta *møter* som omhandler tilbudet. Det rapporteres at dette skjer i ni av ti tilbud, og litt hyppigere i NAV enn i helseforetakenes tilbud. Den laveste skåren oppgis i helseforetakstilbudene i Sør-Øst (mindre enn åtte av ti) og høyest i NAV-tilbudene i Vest (ti av ti). Når det settes *mål for tilbudet* og *når det utarbeides tiltaksplan* så oppgis RT-mottakeren å være med så godt som alltid. **Brukermedvikning** har vært sterkt i fokus i mange år, og kravspesifikasjonene er også tydelige på å ivareta dette. Dette er derfor et oppløftende resultat.

Metodiske begrensninger: I likhet med all forskning har også denne studien noen metodiske begrensninger. Vi valgte å intervjuer fortrinnsvis faglig- eller administrativt ansvarlig ved hvert av RT-tilbudene. Ideelt sett ville det vært gunstig med flere informanttyper. Vi kunne også få svar på noen av våre spørsmål ved hjelp av statistikk fra

NAV og Norsk Pasientregister. Flere informanter og datakilder ville imidlertid ha krevd mer ressurser enn vi hadde tilgjengelig. Intervjuguiden ble sendt til informantene i forkant av intervjuene. Derved fikk informanten anledning til å innhente informasjonen en eventuelt selv ikke hadde under intervjuet. På noen få av spørsmålene ble informantene bedt om å bruke intern statistikk for å angi for eksempel bosted, sykefraværslengde og arbeidslivstilknytning blant RT-mottakerne. Stort sett valgte flertallet ikke denne muligheten, men ga i stede egne estimater. Dette kan være en svakhet ved enkelte variabler i datamaterialet, og disse resultatene bør derved verifiseres i nye studier. Når det gjelder mulighetene til å generaliserbare resultatene til alle RT-tilbud i Norge, altså hvorvidt utvalget kan representere hele populasjonen, vil antallet informanter i utvalget ha innvirkning, samt om de som deltar er sammenlignbare med de som ikke deltar, altså om det finnes en skjevseleksjon. Ut fra vår erfaring utgjør utvalget cirka seksti prosent av alle eksisterende tilbud, og vi har i egne analyser ikke avdekket noen fremtredende skjevheter mellom de som deltar og de som ikke deltar. Imidlertid finnes det her en usikkerhet, da det er noen begrensninger i hvor mye vi vet om de som ikke svarte på invitasjonen. Selvrapporterte resultater vil alltid være bygd på den enkelte informants erfaringer, kunnskap og oppfatninger. Det vi får svar på i denne studien er altså hva informantene mener eller vet. I noen få av de spørsmålene som stilles i denne undersøkelsen kan annen kunnskap, for eksempel statistikk fra NAV, regelverk eller kravspesifikasjonene fra NAV eller helseforetakene avdekke at informantens oppfatninger ikke er korrekte. Likevel kan slik kunnskap være viktig. For eksempel kan dette belyse relasjonene mellom oppdragsgivere og leverandører, og bidra til mer innsikt som for eksempel kan brukes for eksempel i dialogen i anbudsprosesser. I denne type studier kan besvarelsene til informantene også være farget av *sosial ønskverdighet* [48], det vil si at en svarer slik en tror det er forventet eller ønsket av en. Spesielt kan dette være et problem når oppdragsgiver for forskningen også er den som finansierer informantenes virksomhet. Det ble fokusert på å inneha en nøytral intervjuerrolle for å unngå dette, der informasjon om at RT-tilbudet ikke under noen omstendighet ville kunne bli identifisert ble presisert muntlig og skriftlig flere ganger.

Konklusjon: Raskere tilbake tilbudene har i stor grad vært stabile siden oppstarten, og gir tilbud til personer med muskel- og skjellettplager og/eller psykiske plager, som ikke bor langt unna tilbudet og som har vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år. I lys av Samhandlingsreformen kan en ut fra RT-mottakers bosted undre over hvorfor tilbudene i så stort omfang ytes av spesialisthelsetjenesten. Det oppleves å være overlapping mellom tilbudene. Studien avdekker på en rekke områder en betydelig variasjon mellom enkelttilbud, mellom tilbudstypene og ut fra hvor tilbudene er geografisk plassert. Så store forskjeller som er avdekket her er vanskelig å forklare, og kan derved være tilfeldige. Helseforetakenes tilbud er mer fornøyd med administreringen av Raskere tilbakeordningen enn NAVs tilbud. 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.

Nøkkelord: *Sykefravær, arbeidsrettet rehabilitering, behandling, kirurgi, muskel- og skjellettplager, psykiske plager, tilbakeføring.*

1 Bakgrunn

1.1 Tilbakeføring av sykmeldte

Politikere og myndigheter har det siste tiåret vist et økende engasjement i å sikre gode og virkningsfulle tiltak til sykmeldte [4, 5]. Dette er synliggjort gjennom en rekke offentlige dokumenter som Sandmanutvalgets innstilling om et inkluderende arbeidsliv [6], Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), sykefraværutvalgets anbefalinger [7] og programmet Raskere tilbake [7, 8]. Engasjementet har vist seg i tiltak på ulike arenaer, i helsetjenesten, i NAV, og på arbeidsplassen [9].

I alt har 49 ulike NAV-virkemidler blitt utviklet og satt i system gjennom IA-avtalen [49]. I tillegg kommer andre arbeidsrettede tiltak som NAV iverksetter. Arbeidsplassene iverksetter også et spekter av ulike tiltak for å redusere sykefraværet [9, 34]. En studie viste at 12 innsatskommuner for sykefravær i Kvalitetskommuneprogrammet iverksatte og planla en rekke ulike tiltak for å redusere sykefraværet [34, 50, 51]. *Organisatoriske sykefraværstiltak* dominerte. Disse var rettet mot virksomhetens strukturer, prosesser og kultur. De handlet blant annet om å drive utstrakt opplæring av for eksempel ledere, å utvikle prosedyrer og rutiner, for eksempel i forhold til oppfølging av sykmeldte, å utvikle samarbeidsmodeller internt og eksternt, og å utvikle en nærværskultur. Kommunene beskrev få av det som ble kalt *Personrettede tiltak*, de som var rettet mot enkeltansatte eller grupper av ansatte. Kommunene var tydelig i behov av å bli tilført kompetanse for å tilby mer for hver enkelt sykmeldt [34, 50]. I en annen studie ble tiltaket tilrettelegging på arbeidsplassen kartlagt, og resultatene viste at tiltaket innebar et stort spekter av ulike type tiltak [34]. Det synes derved å være et behov for å differensiere hvilke former for tilrettelegging som iverksettes. Tar vi også med helsetjenestens personrettede behandlings- og rehabiliteringstiltak finnes det også der et konglomerat av tiltak og tilbud. Midt i dette bildet finnes Raskere tilbake (RT) -programmet. Programmet som egentlig heter *Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte*, har som mål å bidra til redusert sykefravær ved at personer som mottar sykepengen blir raskere tilbakeført til arbeidslivet. Ordningen skal stimulere spesialisthelsetjenesten til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere og legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan tilby avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering samt behandlingstilbud for personer med lettere og/eller sammensatte lidelser.

Tilbakeføring av sykmeldte innebærer en kompleks prosess der ofte mange arenaer, aktører og tiltak er involvert [9]. Det har vært gjort en rekke studier for å identifisere hva som er sentrale momenter for å oppnå en rask tilbakeføring. Per i dag har vi ikke et entydig kunnskapsgrunnlag om hva som virker eller ikke virker, ettersom studier viser forskjellige resultater og har til dels lav kvalitet [34]. Imidlertid har flere studier vist at tilrettelegging på arbeidsplassen, tidlig kontakt mellom helsetjenesten og arbeidsplassen, tidlig kontakt mellom arbeidsgiver og sykmeldt, arbeidsplassbesøk og tilstedeværelse av en tilbakeføringskoordinator, er sentrale elementer i et effektivt tilbud til sykmeldte med muskel- og skjelettplager [52]. I en kunnskapsoppsummering av nordisk litteratur utført for Arbeids- og velferdsdirektoratet ble følgende elementer identifisert som sentrale; 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 der en utvalgt koordinator syr tilbudet sammen [53]. For øvrig ble faglig ekspertise i tilbakeføringsprosessen

sett på som sentralt i flere studier [ibid]. Bültmann et al. [54] fremhever at tiltak må settes inn på ulike nivå, både mot den sykmeldte selv, og mot ulike forhold på arbeidsplassen. Sentralt i deres intervensjon som viste god effekt var systematisk tverrfaglig vurdering av funksjonsevne, og identifisering av barrierer for å komme tilbake i arbeid. I samarbeidet mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og NAV, fant Karrholm et al. [55] at struktur, konsistens, felles plattform, løsningsorientering og utarbeidelse av en rehabiliteringsplan var sentrale momenter for å lykkes. Tjulin og kollegaer [56] evaluerte et program for tilbakeføring av sykemeldte (ReKom), og påpekte at tidlig kontakt med arbeidsgiver, tydelig fordeling av ansvar, og en fast koordinator var viktige forhold for å sikre en rask tilbakeføring.

1.2 Om ordningen Raskere tilbake

Ordningen Raskere tilbake ble iverksatt som en oppfølger av Stoltenbergs sykefraværsutvalg høsten 2006, der IA-partene definerte tiltak som skulle redusere sykefraværet i Norge. Ett av disse tiltakene ble kalt *Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester*, som også er kjent under betegnelsen *Raskere tilbake*. To hovedsatsninger i Raskere tilbake har to ulike mål; å redusere ventetiden for behandling innen de regionale helseforetakene, samt å bidra til en raskere tilbakeføring for sykmeldte arbeidstakere. Dette skal igjen gi mer arbeidsrettet rehabiliteringstilbud, samt redusere varigheten av sykmeldinger og derved sykepenge-utbetalingene. 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 2011 har totalt vært på 3,57 milliarder kroner, hvorav cirka 1,16 milliarder har blitt overført til NAV og 2,4 milliarder til helseforetakene. For 2011 er bevilgningen på 726,33 millioner kroner, hvorav 227,7 mill. til NAV og 498,6 millioner til helseforetakene. Resultatet har blitt at det er igangsatt et stort spekter av prosjekter og tilbud. Til nå har litt over 70.000 personer mottatt Raskere tilbake i Helse Sør-Øst, og for perioden fra 1.1.2009 til september 2011 har cirka 20.000 mottatt Raskere tilbake i NAV.

RT-ordningen har sett under ett vært relativt åpen med tanke på at innholdet og kompetansen i tilbudene har vært definert forholdsvis vidt, selv om dette varierer noe. Man har ikke hatt detaljerte retningslinjer for metodisk tilnærming i tilbudene, men har gitt føringer som har åpnet for at leverandørene kan tilby RT-tilbud som de selv vurderer er hensiktsmessige og effektive. En har altså ønsket å profitere på kompetansen hos leverandørene og fagmiljøene. Denne modellen kan sies å være annerledes enn den man ser i en del andre land, hvor kravene til tilbakeføringsprogrammer i større grad har vært mer definerte på nasjonalt nivå, fundamentert i en evidensbasert tradisjon der forskningsfronten blir styrende for hvordan tilbudet designes. Tilbudet blir derved mer likt og standardisert.

I *helseforetakene* er pengene organisert gjennom regionale RT-prosjektledere som i hovedsak organiserer og koordinerer de såkalte RT-prosjektene, samt de private opptreningsinstitusjonene. Målgruppen for helseforetakenes RT-tilbud er både de som står i fare for å bli sykmeldte, samt de som allerede er sykmeldt. For helseforetakets egne tjenester sendes det inn søknader om å starte RT-prosjekter. I løpet av de første 16 månedene av ordningen ble i alt 160 ulike RT-prosjekter startet opp [1]. I tillegg er det inngått avtaler med rundt 40 rehabiliteringsinstitusjoner. Tabell 1 gir en oversikt over RT-tilbudene i helseforetakene.

Tabell 1. Typer RT-tilbud i spesialisthelsetjenesten, finansiert av helseforetakene.

Tilbudstype	Definisjon
Medisinsk og kirurgisk behandling	Offentlige sykehus, unntaksvis private sykehus/klinikker. I hovedsak ortopedisk behandling, men noen få tilbud som driver med nevrologisk eller radiografisk utredning og/eller behandling. Alle har et kirurgisk tilbud.
Rehabilitering i sykehus - somatikk	Ulike former for rehabiliteringstilbud i sykehus. Stort sett polikliniske tilbud. Stor overvekt av tilbud til pasienter med rygg, nakke og skuldersmerter. Unntaksvis tilbud til pasienter med ervervede hjerneskader, stress, revmatiske sykdommer og kreft. Typiske komponenter er diagnostisering, funksjonsvurdering, fysisk trening, pasientundervisning og opplæring med fokus på individuell mestring. Unntaksvis kontakt mot arbeidsplass og NAV. Noen få er såkalte lærings- og mestringssentra.
Behandling og rehabilitering - psykiatri	Alle former for tilbud til pasienter med psykiske problemer og/eller rusavhengighet, både ren behandling men også tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Offentlige sykehusavdelinger, klinikker og distriktpsikiatriske sentra. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom, og høy grad av komorbiditet er som oftest ekskludert fra disse tilbudene. Derved er dette oftest tilbud til personer med angst og depresjon.
ARR i opptreningsinstitusjoner	Private rehabiliteringsinstitusjoner (ble tidligere ofte kalt rekonvalesent- og/eller opptreningssentra). Tilbudet gis ofte til langtidssykmeldte med muskel- og skjelettplager, som har sammensatt problematikk. Tverrfaglig opplegg, ofte døgnbasert. Typiske tiltakskomponenter er opptrening og kognitiv tilnærming, der mange også har tilbud rettet mot NAV og arbeidsplass.

Note: Kategoriene er basert på analyser av datamaterialet fra denne studien, og kvalitetssikret av helseforetakene

NAVs RT-tilbud anskaffes via anbud, og er hjemlet i Forskrift om arbeidsrettede tiltak m.v., iverksatt 01. januar 2009. I NAV er ordningen organisert annerledes enn i spesialisthelsetjenesten, i tråd med NAVs bestiller- og vedtaksmodell. En annen forskjell er at NAVs tilbud kun er til personer som er sykmeldte, ikke de som står i fare for å bli sykmeldt. Før en tilbyr disse RT-tilbudene skal arbeidsgiver ha dokumentert at bedriftsinterne tiltak ikke har ført frem, eller at slike har vært vurdert men ikke mulig å gjennomføre, jmfør Forskrift om arbeidsrettede tiltak m.v., kapittel 1 og Arbeidsmiljøloven §§ 4-2 og 4-6. Det første året av ordningen inngikk NAV 86 kontrakter med 62 private tjenesteleverandører. Disse ble hovedsaklig organisert som A, B og C-leverandører, som ble effektuert i denne rekkefølgen. Disse avtalene er avsluttet og det er gjennomført nye anbudskonkurranser i 2009 og påfølgende år. I disse anbudsprosessene skal kvalitet versus pris vektas med 60/40 prosent.

Som vist i tabell 2 er det fire typer RT-tilbud som er organisert gjennom NAV; avklaring, oppfølging, arbeidsrettet rehabilitering (dag/døgn), og behandlingstilbudet for personer med lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser. Tilbudet arbeidsrettet rehabilitering kan sammenlignes med rehabiliteringstilbudet i opptreningsinstitusjon som er finansiert av helseforetakene, selv om innholdet i tiltaket avviker en del, blant annet med hensyn til arbeidslivsperspektivet. Det er også viktig å presisere at tilbudet tross samme navn er hjemlet i ulikt regelverk. Behandlingstilbudet er i hovedsak to ulike behandlingstiltak for personer med lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser.

Tabell 2. Type RT-tilbud finansiert av NAV.

Tilbudstype	Definisjon
Oppfølging	Oppfølging er et RT-tilbud til mennesker som har behov for mer omfattende formidlings- og oppfølgingsbistand enn det NAV kan tilby. Tilbudet er ment og tilpasses individuelle behov ut fra muligheter på arbeidsmarkedet. Oppfølging inneholder blant annet: Å finne egnede arbeidsoppgaver eller egnet arbeidsplass utover det som allerede er prøvd, tilrettelegging av arbeid og arbeidssituasjon og veiledning for øvrig. NAV har avtale med private veiledere. Det er NAV som sammen med den enkelte vurderer om de har behov for tiltaket.
Avklaring	Avklaring er et tilbud til mennesker som har behov for mer omfattende avklaringsbistand enn det NAV kan tilby. Tiltaket er ment tilpasset individuelle behov. I tilbudet kan det være aktuelt å klarlegge/vurdere om jobben kan utføres hvis arbeidssituasjonen og arbeidsoppgaver blir tilpasset, hva slags bistand eller tilrettelegging som skal til for å kunne mestre deltakelse i arbeidslivet og kompetanse og muligheter. Avklaring skjer på ordinær arbeidsplass med bistand fra en tiltaksarrangør. Det er NAV som sammen med den enkelte vurderer om en har behov for tiltaket.
Arbeidsrettet rehabilitering	Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til å styrke den enkeltes arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterte og sosiale problemer som kan være til hinder for deltakelse i arbeidslivet. Arbeidsrettet rehabilitering kan inneholde arbeidsforberedende trening, arbeidsutprøving, kontakt med arbeidslivet, generell opptrening, funksjonsfremmende trening, opplæring, motivasjon, trening i sosial mestring, livsstilsveiledning eller en kombinasjon av disse elementene. Med utgangspunkt i en behovs- eller arbeidsevnevurdering skal varigheten tilpasses deltakerens individuelle behov. Maks varighet er 12 uker.
Behandling	Medisinsk behandling for personer med lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser. Ytes av private tiltaksarrangører.

Note: Kategoriene er de som brukes av NAV. Se forskrift for arbeidsrettede tiltak.

NAV tilbyr for eksempel behandlingstjenester for personer med lettere og sammensatte psykiske lidelser og nasjonale døgnbaserte tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering. Der synes overlappet å være spesielt stort mot spesialisthelsetjenesten. Noen tiltaksleverandører har inngått RT-avtaler med både NAV og helseforetakene.

Den første evalueringen av Raskere tilbake ble gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF). Evalueringen var tredelt: En intervjubasert studie om implementeringsprosessen [2], en brukerundersøkelse om erfaringer med tilbudet [3], og en registerbasert evaluering [1] av effekten på tilbakeføring og kost-nytte analyse av tilbudet. Del tre ble gjennomført på data fra 2008 opp mot matchede kontrollgrupper utenfor tiltaket[1].

Implementeringsrapporten [2] viste at ordningen ble raskere implementert og tatt i bruk i helseforetakene enn i NAV, fordi Raskere tilbake opplevdes som nye tiltak som krevde en annen kompetanse enn det NAV hadde tilgjengelig. Studien viste videre at kunnskapsspredningen opplevdes som lite effektiv, og at informasjonsformidlingen om ordningen ikke var treffsikker nok. Blant annet synes NAV og fastlegene ikke å være godt nok informert. Et annet funn fra denne studien var at tilbudet synes å være for dårlig koordinert[2].

Brukerundersøkelsen [3] viste at mottakerne hadde gjort seg positive erfaringer med Raskere tilbake, i form av økt mestringsevne og vilje til å takle hverdagen. Fastlegene syntes ikke å være godt nok orientert om, eller aktive i bruken av ordningen. NAV syntes også å ha vært lite aktiv i å informere om RT-tilbudet arbeidsrettet rehabilitering.

Effektstudien [1] 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 RT-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).

2 Mål med studien

RT-ordningen kan hevdes å være det mest omfattende tiltaket som er iverksatt for å redusere sykefraværet i Norge. Internasjonal forskning på tilbakeføring av sykmeldte har avdekket en rekke tiltakskomponenter som slike tilbud bør inneholde for å gi effekt. RT-tilbudenes innhold defineres med varierende detaljeringsgrad gjennom kravspesifikasjonene fra NAV og helseforetakene som private tilbydere besvarer, eller gjennom mer åpne søknader fra helseforetakenes egne enheter om å drive et RT-tilbud. Den forrige evalueringen av Raskere tilbake kunne ikke konkludere med at tilbudet i 2008 hadde hatt en gunstig samfunnsøkonomisk gevinst [1]. En av grunnene til at det er problematisk er at det har vært begrensede muligheter til å spesifisere *hvilke* tilbudskomponenter som til sammen gir den raskeste tilbakeføringseffekten. Dette skjer dels fordi innholdet, organiseringen, kompetansen og forløpene i ordningen, til nå ikke har vært kjent eller beskrevet samlet sett. Dette impliserer at det finnes et behov for å kartlegge tilbudene som gis, for i neste omgang å kunne vurdere hvilke tiltakskomponenter som må være tilstede i tilbudene for at de skal kunne gi effekt. Raskere tilbake- ordningen involverer en rekke offentlige og private aktører. Å få mer kunnskap og bedre oversikt over Raskere tilbake- ordningen i sin helhet kan også være viktig for disse. Mer kunnskap vil også kunne muliggjøre en sterkere strømlinjeforming av ordningen, der ressursene brukes enda mer målrettet. *Målet* med denne studien har derfor vært å utvikle ny kunnskap om RT-tilbudene.

3 Metode

3.1 Design

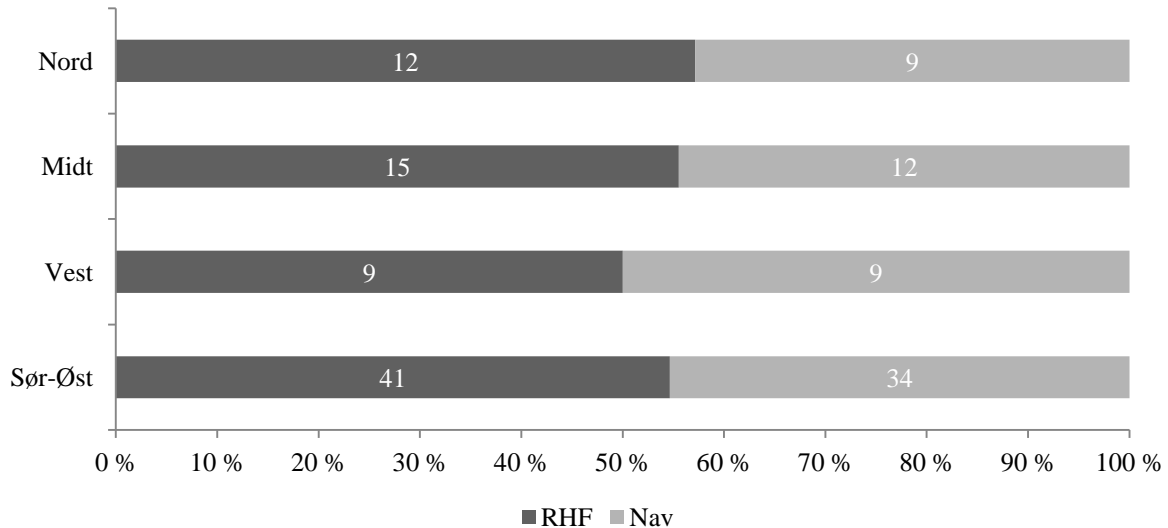
Denne studien ble designet som en tverrsnittstudie med et retrospektivt perspektiv. Den ble gjennomført ved hjelp av strukturerte telefonintervjuer med faglig- og/eller administrativ leder, som svarte på vegne av de 120 RT-tilbudene som deltok i studien.

3.2 Tilbud og informanter

Alle RT-tilbudene som fantes ultimo 2010 ble identifisert ved hjelp av oversikter fra helseforetakene og NAV. Til sammen inneholdt disse 225 RT-prosjekter eller RT-tilbud. Alle disse ble kontaktet per brev, der de ble invitert til å delta i studien. Purringer ble foretatt etter tre uker. Senere bidro også lokale koordinatorene i helseforetakene og NAV, samt Arbeids- og velferdsdirektoratet med muntlige og skriftlige anmodninger om å delta. Til sammen fikk vi 161 svar. I alt svarte 38 nei til å delta med følgende begrunnelser; de hadde ikke RT-tilbud (n=14), de hadde ikke kapasitet (n=10), de hadde få RT-mottakere (n=4) eller de oppga ingen spesiell grunn (n=10). Ytterligere tre droppet ut i intervjuprosessen på grunn mangel på tid. Det ble derved utført intervjuer med 120 RT-tilbud. Hvis en trekker fra de som svarte at de ikke hadde RT-tilbud fra de 225 potensielle tilbudene, ga dette en svarprosent på 57. Imidlertid kan vår erfaring etter kontakt med en del tilbud indikere at antallet som ikke har et aktivt tilbud kan være noe høyere, noe som i tilfelle vil øke vår svarprosent.

De som deltok i telefonintervjuene var fortrinnsvis faglig ansvarlig (n=43), administrativt ansvarlig (n=22), eller både faglig og administrativt ansvarlig (n=36). De resterende 19 informantene oppga andre funksjoner ved RT-tilbudet, de hyppigst nevnte var koordinator, (n=11), prosjektleder (n=4), prosjektkoordinator (n=2) og avdelingsleder (n=2). De svarte på vegne av sitt RT-tilbud. Fire av informantene svarte på vegne av to eller flere RT-tilbud, slik at det var totalt 110 unike informanter. Av de 120 RT-tilbudene var 56 tilbud finansiert kun av helseforetakene, 43 kun av NAV og 21 var finansiert fra både NAV og helseforetakene.

Figur 1 viser at tre av fire regioner hadde en større andel av tilbud finansiert fra helseforetak, mens Vest-Norge hadde like stor andel av hver type. Halvparten av tilbudene var fra det geografiske området Sør-Øst-Norge, mens de resterende fordelte seg nokså jevnt på de andre regionene, men med noe færre tilbud fra Vest-Norge.



Figur 1. Fordeling av helseforetaks- og NAV-finansierte RT-tilbud blant de tilbud som deltok i studien ut fra hvor de er lokalisert (antall og prosent). RHF= regionale helseforetak.

Tabell 3 viser en oversikt over tilbudene som informantene svarte på vegne av, sortert på region, fylke og hvor tilbudene får sin finansiering fra.

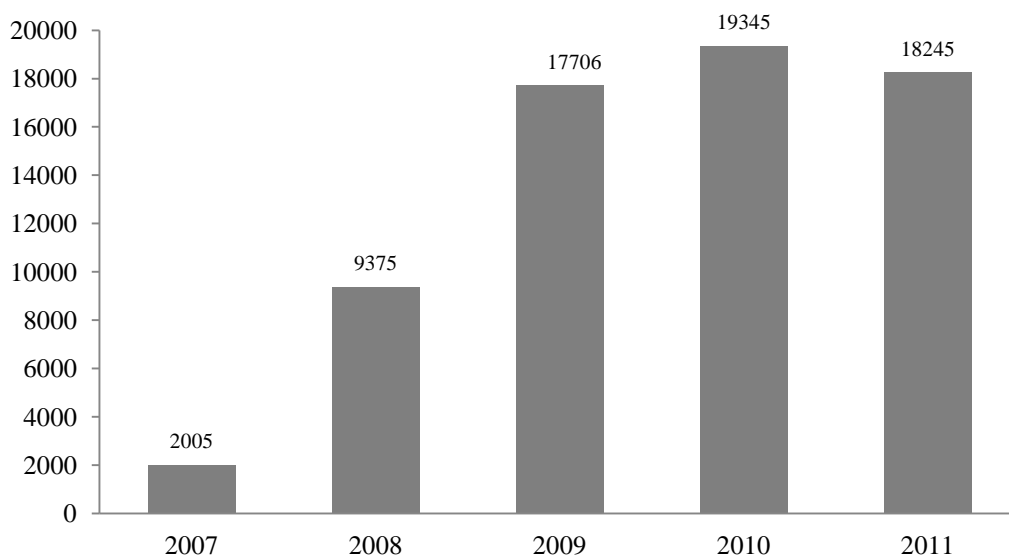
Tabell 3. Oversikt over RT-tilbudene som deltok i studien, sortert på region, fylke og hvor tilbudet får sin finansiering fra.

Region		Totalt	Finansiert av	
			RHF	NAV
Sør-Øst-Norge	Akershus	9	4	6
	Buskerud	6	6	3
	Hedmark	7	7	4
	Oppland	9	8	6
	Oslo	13	11	2
	Telemark	5	3	3
	Vest- Agder	2	0	2
	Aust-Agder	3	2	2
	Vestfold	2	0	2
	Østfold	4	1	4
Vest-Norge	Rogaland	7	5	2
	Hordaland	6	2	4
	Sogn og fjordane	4	2	3
Midt-Norge	Møre og Romsdal	8	6	2
	Nord- Trøndelag	3	0	3
	Sør-Trøndelag	11	6	7
Nord-Norge	Nordland	5	4	2
	Troms	11	9	3
	Finnmark	5	1	4
Totalt		120	77	64

Note: 21 av virksomhetene hadde både tilbud finansiert av NAV og av helseforetak, og derfor summeres antallet RHF og NAV tilbud til 141.

Hvor mange RT-mottakere de enkelte tilbudene i utvalget oppga at de hadde per år varierte betydelig mellom tilbudene. I 2007 varierte det fra 1 mottaker til 360 mottakere, i 2008 fra 6

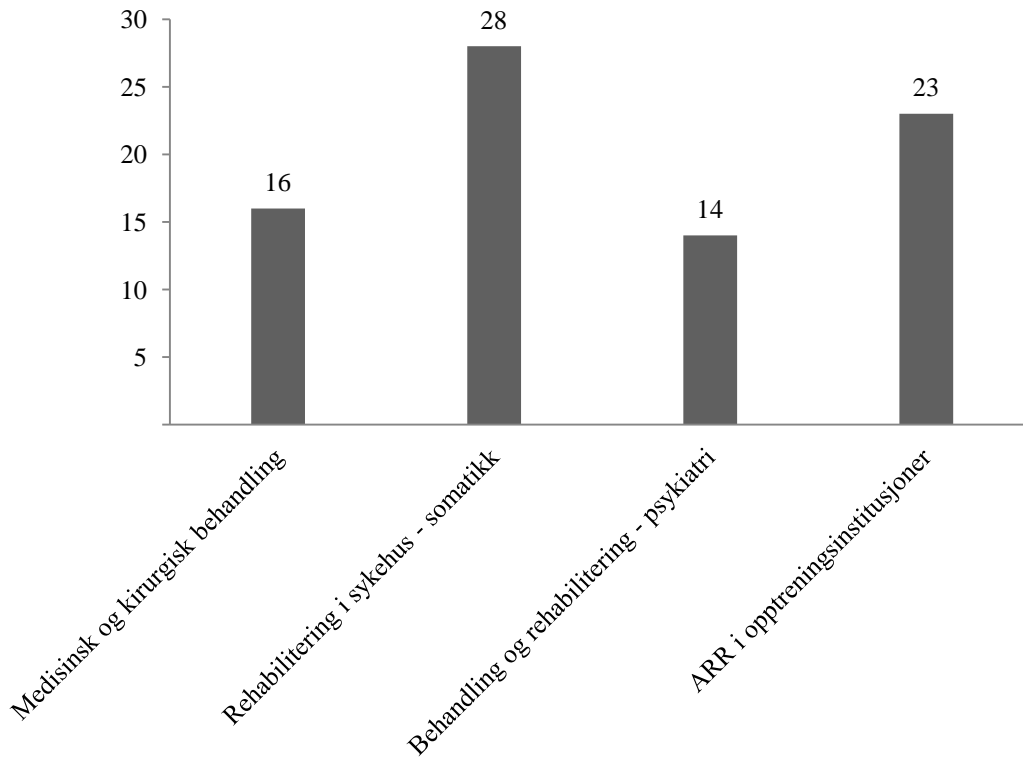
til 900, i 2009 fra 1 til 1950, i 2010 fra 5 til 1774 og i 2011 fra 1 til 2825. Figur 2 viser at informantene oppga at til sammen over 65.000 RT-mottakere fikk et tilbud av disse 120 tilbudene fra 2007 til 2011. Raskere tilbake- ordningen ble opprettet høsten 2007, så antallet for det året baserer seg på månedene september til desember. For 2011 gjelder antallet RT-tilbud frem til da datainnsamlingen ble foretatt, altså til og med mai måned. Det må her tas i betraktning at 46 prosent av informantene ga svar basert på egne estimater, mens 54 prosent svarte på bakgrunn av intern statistikk. Det er også viktig å presisere at det kan være vanskelig for informantene å skille mellom om det er budsjettsposten for Raskere tilbake i NAVs budsjett som faktisk er brukt for disse mottakerne. Hensikten med å presentere disse tallene er knyttet til at det har betydning om informantene i denne studien har erfaring med et større antall RT-mottakere², da dette kan påvirke gyldigheten i svarene som gis.



Figur 2. Utvalgets RT-tilbud totalt i årene 2007 (høst) – 2011 (mai). Antall RT-tilbud som oppga RT-mottakere var for 2007: N=39, 2008: N=70, 2009: N=98, 2010: N=105, 2011: N=91.

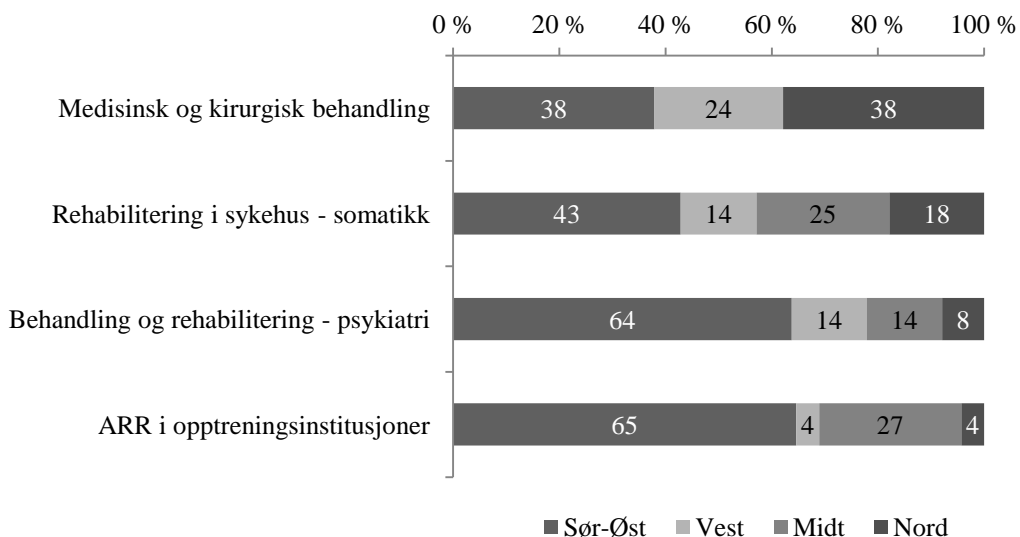
Som det ble redegjort for i bakgrunnskapittelet (kap.1.2) er RT-tilbudene kategorisert i fire typer helseforetakstilbud og i fire typer NAV-tilbud. Figur 3 viser fordelingen av tilbudstyper finansiert av helseforetakene. I denne studien er det altså flest tilbud av typen *rehabilitering i sykehus - somatikk*. Dette trenger ikke nødvendigvis å bety at det er flest RT-mottakere i disse, da denne studien er på tjenestenivå. Fire tilbud hadde to typer tilbud; både *medisinsk og kirurgisk behandling* og *rehabilitering i sykehus – somatikk*.

² Det presiseres her at de eksakte tallene for RT-mottakere må innhentes fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. Tallene her er kun interessant i en metodisk sammenheng for å vite mer om informantene i denne konkrete studien



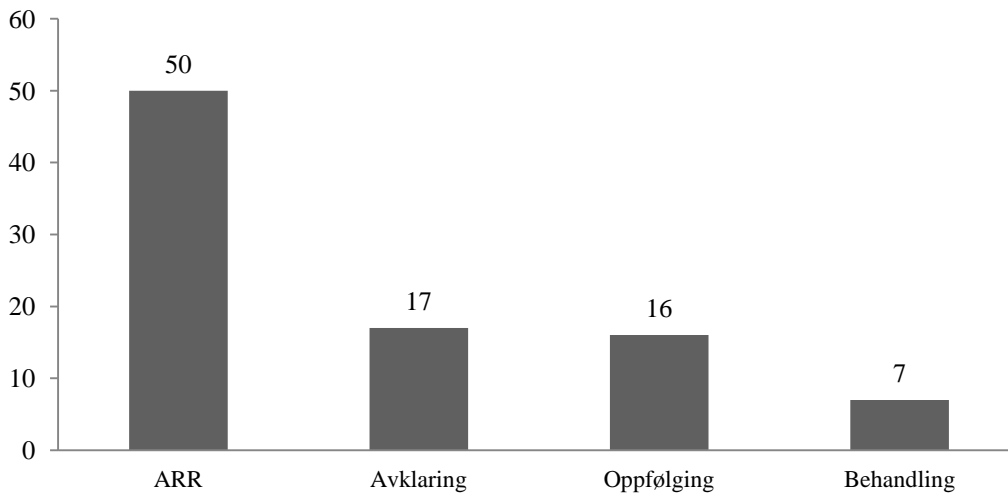
Figur 3. Type tilbud innenfor Raskere tilbake finansiert av helseforetakene som deltar i denne studien (antall) (n=81). ARR= Arbeidsrettet rehabilitering.

Hvor de ulike tilbudstypene fra helseforetakene som deltar i studien er geografisk lokalisert fremstilles i figur 4. Den viser at det er noe ulik sammensetning av tilbud i de fire geografiske områdene (se mer om dette i tabell 5).



Figur 4. I hvilken region er de ulike typene tilbud fra helseforetakene som deltar i studien lokalisert (prosent)?

Figur 5 viser antallet ulike typer NAV-finansiert RT-tilbud som deltar i denne studien. Man ser at flest tilbud er av typen *ARR*, noe som ikke trenger bety at de nødvendigvis har flere RT-mottakere. For nærmere beskrivelse av disse tilbudstypene, se kapittel 1.2.



Figur 5. Type tilbud som deltar i studien innenfor Raskere tilbake finansiert av NAV (antall). N=90

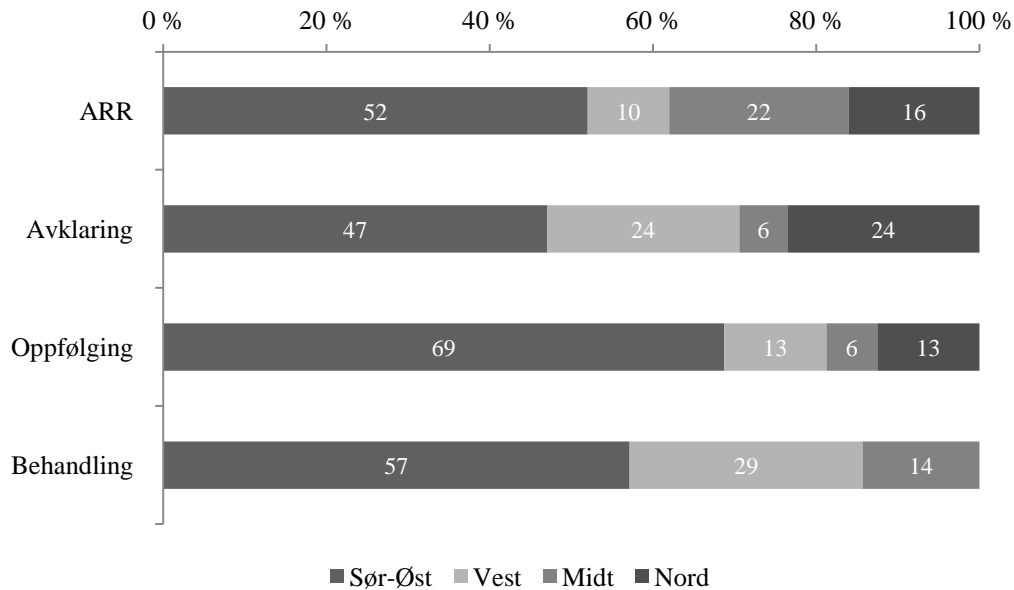
Flere av RT-tilbudene finansiert av NAV var leverandør for mer enn en tiltakstype. Tabell 4 viser en oversikt over kombinasjonene av tiltakstyper. Man ser at det var flest som hadde bare *ARR* som tilbud. Tiltakskombinasjonen *oppfølging*, *avklaring* og *ARR* forekom i 8 tilbud.

Tabell 4. Oversikt over kombinasjonene av tiltakstyper som de NAV-finansierte RT-tilbudene hadde avtale om å levere

Kombinasjon	N	Oppfølging	Avklaring	ARR	Behandling
I	36			x	
II	8	x	x	x	
III	6		x		
IV	3	x		x	
V	3				x
VI	2	x			x
VII	2	x			
VIII	1	x	x		
IV	1		x	x	x
X	1		x	x	
XI	1			x	x

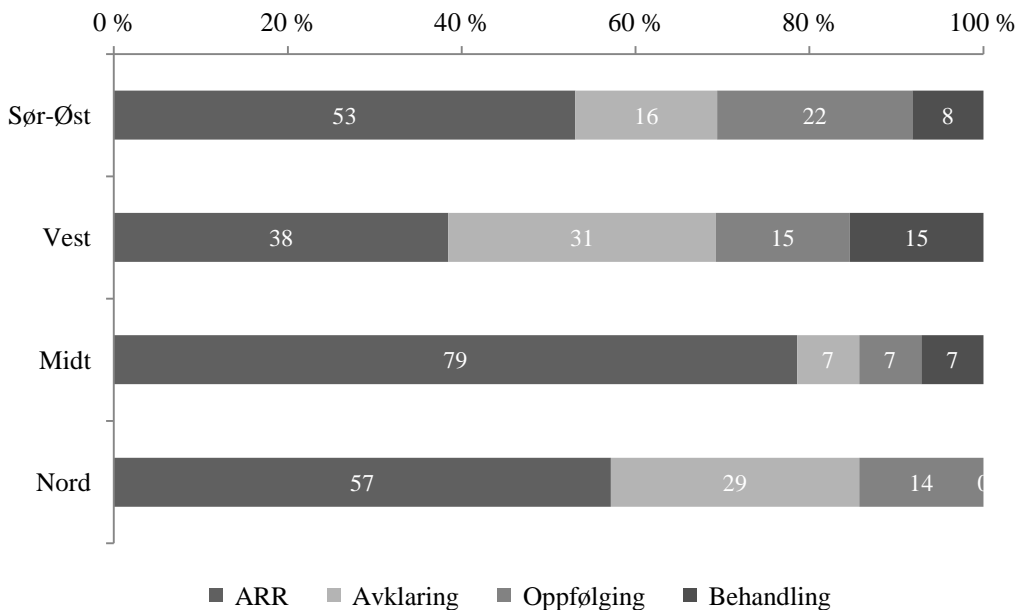
Note: N= antall tilbud. ARR= arbeidsrettet rehabilitering. Behandlingstilbudet er til gruppen med lettere psykiske og/eller sammensatte problemer

Figur 6 viser hvor de ulike RT-tilbud finansiert av NAV og som deltar i denne studien er geografisk lokalisert.



Figur 6. Hvor er de ulike tilbudstypene som deltar i studien lokalisert (prosent)?

Ser man på hver region for seg, viser figur 7 sammensetningen av ulike typer NAV-tilbud. Blant de som deltar i denne studien er arbeidsrettet rehabilitering spesielt høyfrekvent i Midt-Norge og sjeldent i Vest-Norge, mens tilbudet avklaring er hyppigst i Vest- og Nord-Norge.



Figur 7. Lokalisering av Raskere tilbake- tilbud finansiert av NAV og som deltok i denne studien (prosent). ARR= Arbeidsrettet rehabilitering.

De ulike regionene er som nevnt ikke likt sammensatt i denne studien når det gjelder hvilke typer tilbud de representerer. Tabell 5 viser hvordan de avviker. Der kan en se at de største avvikene er i Nord-Norge, som har 26 prosentpoeng differanse fra gjennomsnittet for hele landet når det gjelder tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* og Midt-Norge som har 23 prosentpoeng differanse fra gjennomsnittet av tilbudstypen ARR i NAV.

Tabell 5. Oversikt over differanser mellom regionene i type tilbud som deltar i denne studien

Type tilbud	Sør-Øst			Vest			Midt			Nord			Totalt	
	Antall	%	Diff.	Antall	%	Diff.	Antall	%	Diff.	Antall	%	Diff.	Antall	%
Medisinsk og kirurgisk behandling	6	14	-6	4	36	16	0	0	-20	6	46	26	16	20
Rehabilitering i sykehus - somatikk	12	29	-6	4	36	1	7	47	12	5	38	3	28	35
Behandling og rehabilitering - psykiatri	9	21	4	2	18	1	2	13	-4	1	8	-9	14	17
ARR i opptreningsinstitusjoner	15	36	8	1	9	-19	6	40	12	1	8	-20	23	28
Totalt helseforetaksfinansierte tilbud	42	100	0	11	100	0	15	100	0	13	100	0	81	100
Oppfølging	11	22	4	2	15	-3	1	7	-11	2	14	-4	16	18
Avklaring	8	16	-3	4	31	12	1	7	-12	4	29	10	17	19
ARR	26	53	-3	5	38	-18	11	79	23	8	57	1	50	56
Behandling	4	8	0	2	15	7	1	7	-1	0	0	-8	7	8
Totalt NAV tilbud	49	100	0	13	100	0	14	100	0	14	100	0	90	100
Totalt alle tilbudene	91			24			29			27			171	

Note: Diff. viser differanse i prosentpoeng fra gjennomsnittet av totalen for hver tilbudstype. De største differansene (>15 prosentpoeng) er uthevet med bold skrifttype. For eksempel har Nord 26 prosentpoeng høyere andel medisinsk og kirurgisk behandling, sammenlignet med gjennomsnittet for hele landet.

3.3 Datainnsamling

Fire forskere foretok intervjuene. Alle intervjuene ble utført i løpet av en tre ukers periode i mai 2011. Spørreskjemaet var laget i programmet PASW DimensionNet, og kunne derved fylles ut elektronisk av forskeren under intervjuet. Faglig eller administrativt ansvarlig for de aktuelle RT-tilbudene ble intervjuet. Spørreskjemaet (se vedlegg 1) ble sendt til informantene tre dager før intervjuet, og informantene ble oppfordret til å forberede seg og hente inn informasjon og bringe med statistikk til intervjuet. Den samme intervjuguiden ble benyttet i både intervjuene med NAV-tilbudene og helseforetakenes tilbud, men ble tilpasset i intervjuet, ved at irrelevante spørsmål ble hoppet over. Åpne spørsmål ble skrevet inn som tekst i PASW DimensionNet av intervjueren. Hvert intervju tok 30-60 minutter.

3.4 Analyse

Intervjuene ga både kvalitative og kvantitative data. For de kvantitative dataene ble det i all hovedsak foretatt deskriptive statistiske analyser i programmet PASW Statistics 18.0. Standard avvik (SD) ble brukt som mål på spredning i svarene. To typer sub-gruppeanalyser ble gjennomført. Dataene ble inndelt geografisk i regioner ut fra hvor tilbudene lå. I tillegg ble det utviklet kategorier for til sammen åtte typer tilbud, fire finansiert fra helseforetakene og fire finansiert fra NAV. For de helseforetaksfinansierte tilbudene ble inndelingene bygd på dataene fra denne studien og deretter sjekket ut med helseforetakene for å ivareta eventuelt tilbud som ikke deltar i denne studien. NAV sine kategorier bygger på NAV sitt regelverk. Disse åtte tilbudstypene er beskrevet i tabell 1 og 2 i kapittel 1.2. Det ble gjennomført innholdsanalyser [10, 11] på de kvalitative dataene. Diagnoser ble registrert ved hjelp av ICD-10 koder på kapittelnivå [57]. Disse er kompatible med klassifikasjonssystemet ICPC som benyttes av allmennpraktiserende leger ved sykmelding.

3.5 Etikk

Det ble ikke samlet inn personopplysninger i studien, og studien ble dermed ikke vurdert som meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest-

Norge). RT-tilbudene ble anonymisert og gitt et Id-nummer i datafilene. Koblingen mellom Id-nummer og tilbudsnavn / navn på informant var kun tilgjengelig for de som intervjuet informantene og ledet datainnsamlingen. På resultater fra subgrupper med kun fem svar eller færre ble disse fjernet fra materialet for å unngå identifisering av enkelttilbud.

4 Resultater

Hovedresultatene er beskrevet i dette kapittelet. En oversikt over alle resultatene finnes i vedlegg 2. Alle resultater om spredning i dataene og hvor mange som svarte på hvert spørsmål er også å finne der. Som beskrevet i metod delen besto utvalget av 120 RT-tilbud. Da 21 tilbud hadde finansiering både fra NAV og helseforetakene vil antallet (n) i analysene som er delt inn etter finansiering ha et høyere antall (opp til n=141). I analysene som presenterer forskjeller mellom *ulike typer tilbud* (fire helseforetaksfinansierte- og fire NAV-finansierte) vil antallet være høyere (opp til n=171), da noen tilbud omfatter flere av de ulike typene.

4.1 Del 1: Om RT-tilbudet

4.1.1 Når ble RT-tilbudene etablert?

Tabell 6 viser at litt under halvparten av tilbudene ble etablert ved oppstarten av Raskere tilbake-ordningen i 2007. I 2010 og 2011 (til og med mai) ble kun et fåtall av tilbudene etablert (under 8 %).

Tabell 6. Når ble RT-tilbudene etablert?

År	Antall tilbud	Andel tilbud (%)
2007	58	48,3
2008	21	17,5
2009	32	26,7
2010	7	5,8
2011	2	1,7
Totalt	120	100

4.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for å få RT-tilbud

Informantene ble spurt om hvilke kriterier som ekskluderer og inkluderer pasienter med henvisninger fra å få et tilbud hos dem. I Raskere tilbake- programmet er det spesifisert at tilbudet er for sykmeldte (herunder langtidssykmeldte) som mottar sykepengene. Alle graderinger av sykmeldingsprosenten inngår i ordningen. Videre omfattes arbeidstakere som alternativt ville ha blitt sykmeldte om de ikke ble omfattet av ordningen og de som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. Det er kun helseforetakenes tilbud som inkluderer de som står i fare for å bli sykmeldt som målgruppe. Mange av RT-tilbudene har i tillegg egne kriterier for hvem de gir et tilbud til. Tabell 7 gir en oversikt over hvilke inklusjonskriterier som ble nevnt av informantene, sortert etter hvilken type tilbud de gir.

Man ser at det å ha arbeidslivstilknytning var det hyppigst nevnte kriteriet. Det å ha nytte av tilbudet, og et potensial for tilbakeføring ble også nevnte ofte, og blant alle tilbudstypene. Inklusjonskriteriene kan deles inn i kategoriene *sykmeldingssituasjonen*, og *demografiske, geografiske og personlige forhold*, *nytte behov*, *motivasjon* og *potensial* og *diagnose og problemstillinger*.

Tabell 7. Oversikt over inklusjonskriteriene (antall) brukt i RT-tilbudene

		Totalt	Medisinsk og kirurgisk behandling	Rehabilitering i sykehus - somatikk	Behandling og rehabilitering - psykiatri	ARR i opprettingsinstitusjoner	Oppfølging	Avklaring	ARR	Behandling
	En person <i>kan få</i> et RT-tilbud dersom vedkommende:									
Om sykmeldingssituasjonen, og demografiske, geografiske og personlige forhold	Har arbeidslivstilknytning	42	4	9	7	7	3	2	6	4
	Er eller står i fare for å være sykmeldt	31	9	9	3	6	1		3	
	Er sykmeldt	19		2			5	5	5	2
	Har vært sykmeldt mindre enn et år	12	2	6	1	2				1
	Har vært gjennom dialogmøte 2	10							10	
	Har rett på sykepenger	8			2			1	4	1
	Er i arbeidsfør alder	4		2		1			1	
	Kommer fra kommunen som tilbudet ligger i	3					1	1	1	
	Er innsøkt av NAV	3					1	1	1	
	Har vært sykmeldt under 3 mnd	2			1					1
	Er ung. (Unge prioriteres)	2						1	1	
	Har enighet fra arbeidsgiver om deltakelse i tilbudet	2					1	1		
	Har vært sykmeldt under 6 måneder	1				1				
	Har vært sykmeldt under 7 måneder	1							1	
Er henvist til nevrologisk vurdering	1	1								
Om nytte behov, motivasjon og potensial	Har potensial til tilbakeføring/nytte av tilbud	27	2	3	3	8			9	2
	Er motivert for tilbakeføring	15		7	1	4	1		2	
	Er tilstrekkelig utredet	8		2		3	1	1	1	
	Er selvhjulpen	4		2		1	1			
	Kan gå i 20 minutter	2		1			1			
	Har problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet	2						1	1	
	Kan gå uten hjelpemidler	1		1						
	Har sårbarhet for langvarig sykmelding	1				1				
	Har ikke for stort behandlingsbehov	1			1					
Har ikke hatt problemene i mange år	1			1						

Note: tabellen fortsetter på neste side.

Tabell 7. Fortsettelse: Oversikt over inklusjonskriteriene (antall) brukt i RT-tilbudene

		<i>Totalt</i>	Medisinsk og kirurgisk behandling	Rehabilitering i sykehus - somatikk	Behandling og rehabilitering - psykiatri	ARR i opptreningsinstitusjoner	Oppfølging	Avklaring	ARR	Behandling
	En person kan få et RT-tilbud dersom vedkommende:									
Om diagnose / problemstillinger	Har muskel - og skjelettplager	13	2	10		1				
	Har sammensatte helseplager	10							10	
	Har angst og/eller depresjon	5			4					1
	Har en BMI > 35	4		2			1		1	
	Er pårørende til rusavhengig person	4			1		1		1	1
	Har nedsatt arbeidsevne	4		2		1			1	
	Har behov utover det primærhelsetjenesten kan tilby	4		2		1			1	
	Har skulderproblemer (eller arm/hånd)	3	1	2						
	Har lettere psykiske lidelser	3			3					
	Har begrenset behandlingserfaring	3			2					1
	Har hjerneskade/sykdom	2		2						
	Har inflammatorisk sykdom	2	1	1						
	Har kne- og hofte-problematikk	2	2							
	Har sammensatt lidelse	2		1	1					
	Har generell overvekt	1							1	
	Er utbrent	1							1	
	Har en BMI > 40 og ikke tilleggssykdommer	1		1						
	Har behov for poliklinisk ortopedi	1	1							
	Er i en livskrise	1			1					
	Har ikke malignitet	1		1						
Har ikke inflammatorisk sykdom	1		1							
Har fobisk angst	1				1					

Tabell 8 viser hva som ble oppgitt av informantene som eksklusjonskriterier.

Tabell 7. Oversikt over eksklusjonskriterier (antall) brukt i RT-tilbudene

		Totalt	Medisinsk og kirurgisk behandling	Rehabilitering i sykehus - somatikk	Behandling og rehabilitering - psykiatri	ARR i opptreningsinstitusjoner	Oppfølging	Avklaring	ARR	Behandling
	En person <i>kan ikke få</i> et RT-tilbud dersom vedkommende:									
Om grad av sykdom	Har alvorlige psykiatriske diagnoser	28		5	6	5	2	1	7	2
	Har en for alvorlig sykdom, omfattende helseproblemer	8			2		2	2	2	
	Har alvorlige tilleggs lidelser	4		1	2	1				
	Behøver komplekse og lange undersøkelser	1	1							
Om diagnose / problemstillinger	Er rusmisbruker/ driver aktiv rusing	23		4	2	4	4	3	6	
	Er ikke selvhjupen	6				3	1		2	
	Har inflamatorisk sykdom	4		4						
	Har reduserte kognitive evner etter skade	2		1		1				
	Har negativ skulderundersøkelse	2		2						
	Har uttalte konsentrasjonsvansker	2				1			1	
	Har generaliserte smertetilstander	1		1						
	Har malignitet	1		1						
	Har kroniske ryggplager	1	1							
	Har progredierende lidelser	1		1						
	Har ikke nakke/skulder/arm som primærproblem	1		1						
Om nytte, behov, motivasjon og potensial	Har ikke nytte av tilbud	21			1	10			9	1
	Er ikke motivert	6		1				1	2	2
	Har ikke arbeidsdeltakelse som mål	5				2			3	
	Har behov for et annet tilbud	4			3			1		
	Har tilstand som indikerer behov for operasjon	1		1						
	Har behov for langvarig behandling	1			1					
	Møter ikke opp	1			1					
Om sykmeldingssituasjonen, demografiske, geografiske og personlige forhold	Har ikke arbeidslivstilknytning/ er ufør	26	4	11	4	1		2	4	
	Er under 18 eller over 65 år	5	2	1		2				
	Bor utenfor helseregionen	4	1	1		1			1	
	Er selvstendig næringsdrivende	3					2	1		
	Er ny deltaker	2					1		1	
	Har høy utdanning	1				1				
	Har språklige barrierer	1		1						
	Har ikke tilstrekkelig informasjon om sykdom/tilstand	1	1							
	Står ikke i fare for sykmelding	1		1						
	Har ikke prøvd lokale tilbud	1				1				
	Har erstatningssak pågående	1		1						

Note: Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er beskrevet mer i kapittel 4.1.2.1 og 4.1.2.2

4.1.2.1 Helseforetaksfinansierte tilbud

Det var en del *kriterier* som gikk igjen blant de helseforetaksfinansierte tilbudene som ble brukt for å ekskludere henviste, som alvorlige psykiatriske sykdommer, alvorlig rusproblematikk eller aktiv rusing. Dersom henvisningen kom fra et annet fylke eller en annen

region, vil dette kunne ekskludere vedkommende fra spesifikke RT-tilbud. Flere informanter hevdet at dersom personen søkte uføreytelse, ville vedkommende ikke få et RT-tilbud.

Eksklusjonskriterier som var mer spesifikke for de enkelte typene tilbud ble også nevnt. Informanter fra tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* beskrev at pasienter med kroniske ryggplager ikke fikk et tilbud. Dersom det ikke forelå tilstrekkelig informasjon om pasienten, ville vedkommende heller ikke få et tilbud. Videre kunne pasienter bli ekskludert dersom helseplagene deres krevde for komplekse og lange undersøkelser, og i tillegg måtte de være arbeidsføre for å få et tilbud. Informanter fra tilbudet *rehabilitering i sykehus - somatikk* nevnte at inflammatoriske leddlidelser og malignitet ikke ga deres RT-tilbud. Åpenbare psykiske lidelser var også forhold som ble nevnt som ekskluderende for et RT-tilbud. Dersom det er indikasjoner for at pasienten burde hatt operasjon, beskrev informanter at dette også kunne ekskludere fra noen av tilbudene. Ved uttalt redusert kognitiv funksjon etter skade, kunne også pasienten ekskluderes fra noen RT-tilbud. Informanter fra tilbudet *behandling og rehabilitering - psykiatri* nevnte at alvorlige psykiske lidelser, psykoselidelser og alvorlig rusmiddellidelser virket ekskluderende. Dersom det ikke var forventet at mottakeren vil være i arbeid ved tilbudets avslutning ville vedkommende heller ikke få et tilbud. Manglende oppmøte kunne også føre til eksklusjon. Informanter fra tilbudene av typen *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjoner* beskrev at kognitiv svikt, konsentrasjonsvansker, ustabile eller alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk kunne føre til eksklusjon. Dessuten nevnte flere informanter at arbeidsdeltakelse måtte være et mål. Også uttalte konsentrasjonsvansker og manglende selvhjulpenhet i dagliglivet ble nevnt som eksklusjonskriterier.

I tillegg ble ikke personer inkludert dersom de hadde andre behandlingsbehov. I gjennomsnitt ble ifølge informantene 7,1 prosent (SD=7,7) av alle henvisningene avvist som følge av eksklusjonskriteriene. I alt var det 82 prosent av tilbudene som svarte basert på et estimat, mens 18 prosent brukte intern statistikk som grunnlag for å angi dette.

4.1.2.2 NAV-finansierte tilbud

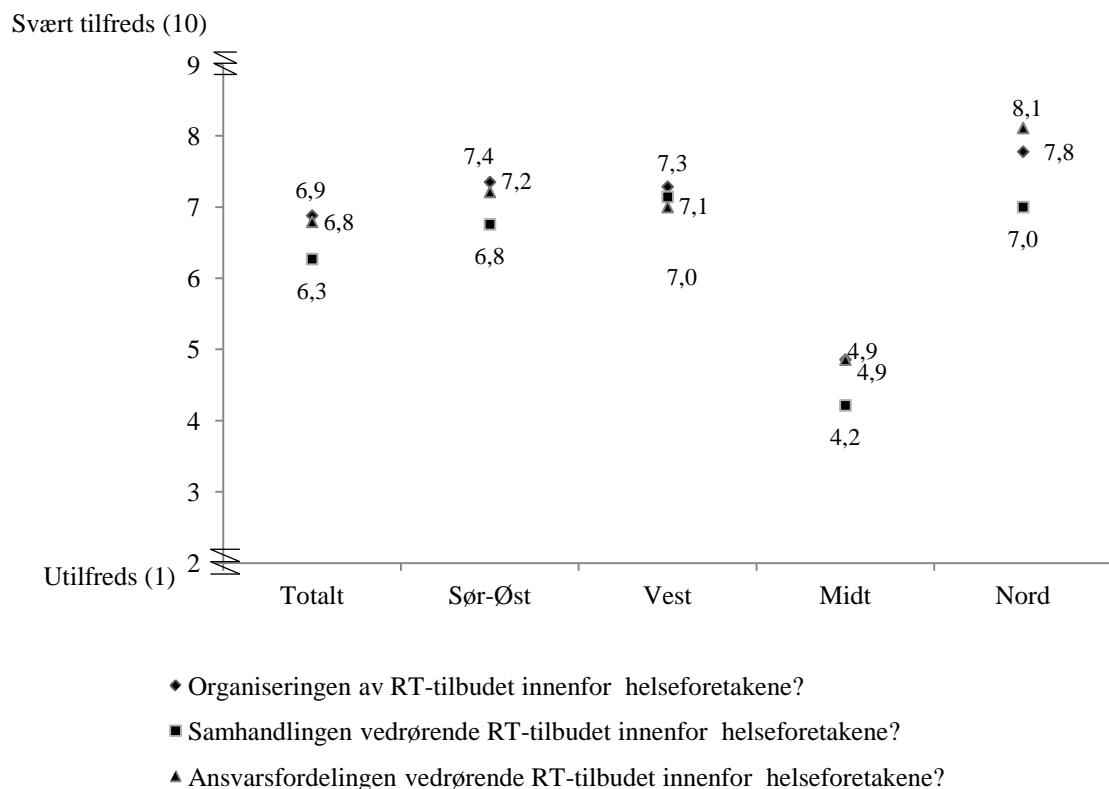
I de NAV-finansierte tilbudene ble disse *kriteriene* for ikke å få tilbud nevnt uavhengig av tilbudstype: Aktiv rusing, svært svekket helse, omfattende helseplager, tung psykiatri og manglende motivasjon. Dette gjaldt altså ikke alle som svarte. Spesifikt for *avklaringsstilbudene* ble det nevnt at dersom personer har andre behov enn det som kunne tilbys, ble det ikke gitt RT-tilbud. Informantene fra de *arbeidsrettede rehabiliteringstilbudene* beskrev at det å ha nytte av tilbudet, og det å være motivert var viktige forhold som måtte være tilstede for å få et tilbud. Det å ha nytte av tilbudet ble også beskrevet som nødvendig av informanter fra *behandlingstilbudene*. I gjennomsnitt ble i følge informantene 19,4 prosent (SD=23,1, n=45) av alle henvisningene avvist som følge av eksklusjonskriteriene. I alt var det 83 prosent av tilbudene som svarte basert på et estimat, mens 17 prosent brukte intern statistikk som grunnlag for å angi dette.

4.1.3 Tilfredshet med organiseringen av Raskere tilbake- programmet

Informantene ble spurt om i hvilken grad de var fornøyd med organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetakene, fra NAV sin side, og mellom helseforetak og NAV. Her presenteres resultatene separat i disse tre kategoriene. De ble bedt om å rangere tilfredsheten på en skala fra 1 (i liten grad) - 10 (i høy grad), samt å komme med eventuelle utfyllende kommentarer.

4.1.3.1 Tilfredshet innenfor helseforetak

Figur 8 viser informantenes opplevelse av tilfredsheten med organisering, samhandling og ansvarsfordeling vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak fordelt på region. Totalt var tilfredsheten over middels på alle områdene. Høyest tilfredshet var det med organiseringen, der tilfredsheten var godt over middels. Tilbudene lokalisert til Midt-Norge var gjennomgående mindre tilfreds enn de andre tilbudene. Videre ser man at i alle regionene, unntatt Vest-Norge var det en lavere tilfredshet med samhandlingen enn det var med organiseringen og ansvarsfordelingen.



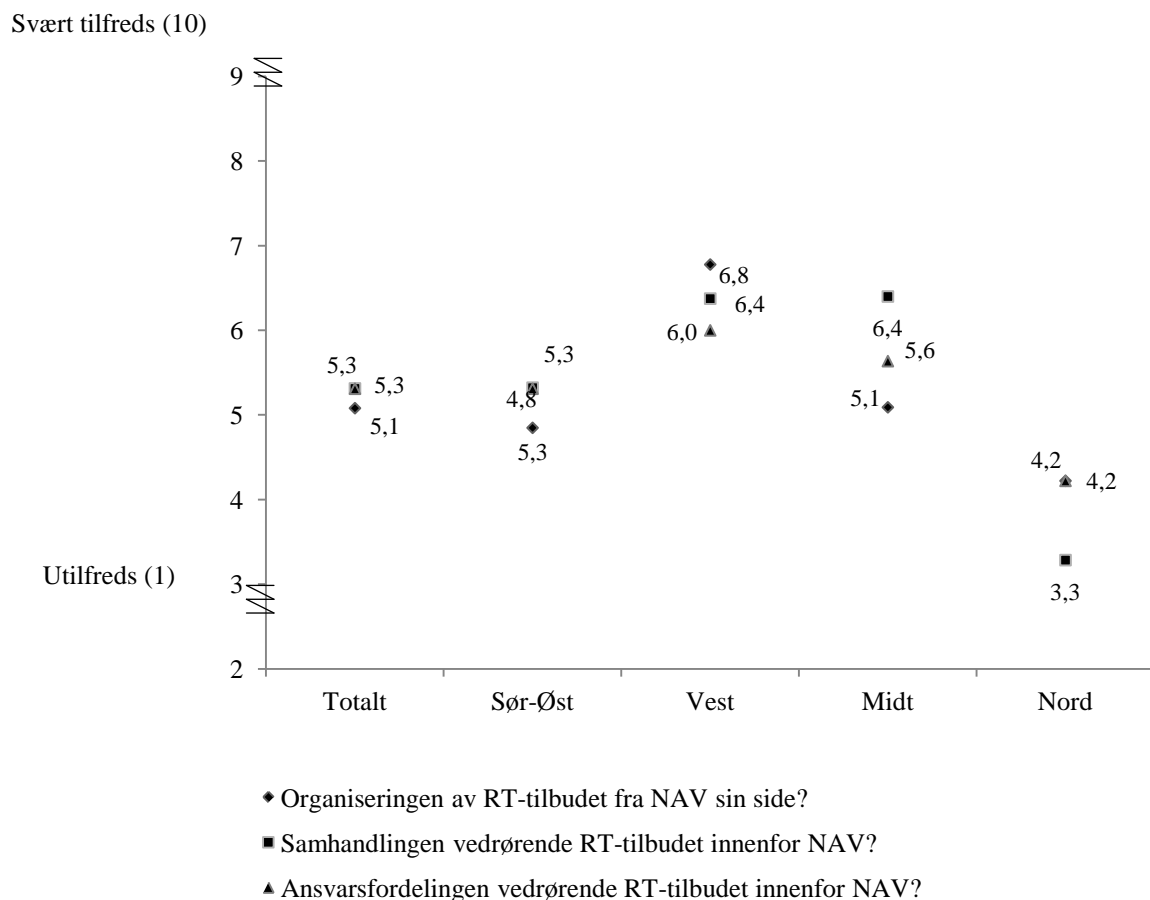
Figur 8. Hvor tilfreds er du med organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak (gjennomsnitt)?

Informantene kunne også komme med kommentarer. En kommentar som gikk igjen var at organisering av koordineringen er viktig. En informant beskrev at "koordineringsenheten som har kommet har gjort ting bedre for henvisningsprosessen. Den har gitt bedre informasjon ut

til henviserne (fastlegene)". Det ble påpekt av en informant at samhandlingen mellom helseforetaket og de ulike prosjektene opplevdes utilstrekkelig, det burde i følge informanten "vært mye mer og flere ferdige maler og standarder for rapportering og dokumentering - som et standardevalueringstøytøy for eksempel". I tillegg ble det nevnt av flere informanter at samhandlingen bør bli bedre innad i helseforetakene. En informant uttrykte for eksempel at "det er et forbedringspotensial internt i helseforetaket når det gjelder samordning." At det burde være bedre kommunikasjon og informasjon til fastlegene om RT-tilbudene ble også beskrevet; "det er for lite konkret avklaring om hva prosjektene inneholder. Fastleger og pasientene vet ikke hvilke av disse prosjektene som er aktuelle".

4.1.3.2 Tilfredshet innenfor NAV

Som figur 9 viser, var informantene middels tilfreds, og rangerte samlet sett tilfredsheten med organiseringen noe lavere enn tilfredsheten med samhandling og ansvarsfordeling. Imidlertid var det variasjon i tilfredsheten etter hvilken region tilbudene var lokalisert i. Tilbudene lokalisert i Vest-Norge var mest tilfredse. Tilbudene lokalisert i Nord-Norge rapporterte den laveste tilfredsheten. Variasjonen var imidlertid mindre mellom regionene når det gjaldt tilfredsheten med ansvarsfordelingen.



Figur 9. Hvor tilfreds er du med organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet fra NAV sin side (gjennomsnitt)?

Informantene mente at rollene innad i NAV var uklare, at Raskere tilbake- leverandøren hadde liten kontakt med NAV, og at NAV opplevdes som utilgjengelig. En informant beskrev for eksempel at *”NAV er lite offensive, og vanskelige å få tak i”*, en annen at *”det er vanskelig å samarbeide med NAV.”* Noen samarbeidsproblemer med NAV ble beskrevet av flere; *”vi synes det er vanskelig å samarbeide med NAV, de er dårlig organisert”*. En informant beskrev at; *”jeg har søkt samhandling i dette tilbudet med NAV, men ingen respons.”* Flere informanter trakk frem at det var store variasjoner innenfor NAV, på lokalt nivå, og fra saksbehandler til saksbehandler. En informant beskrev at *”samhandling med NAV varierer fra å være bra til å være verre.”* I tillegg ble det trukket frem at informantene var mer tilfredse med NAV- kontorene og saksbehandlere enn med selve systemet og organisasjonen.

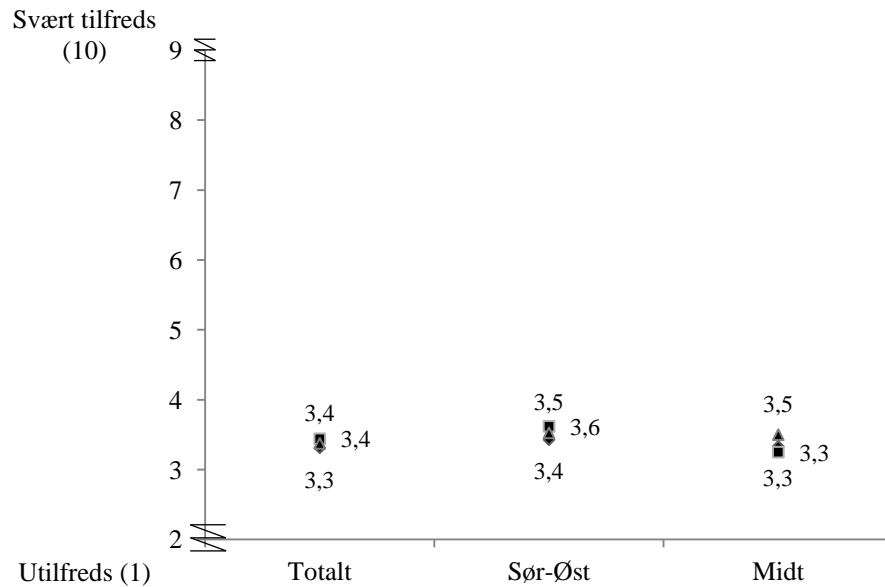
Organiseringen av RT-tilbudet fra NAV sin side ble beskrevet som lite tilfredsstillende av flere informanter. Blant annet ble følgende nevnt om økonomistyringen; *”En kan stille spørsmålstegn til økonomistyringen, da penger er brukt opp midt i et prosjektår”*. Videre ble det betegnet som utfordrende for RT-tilbudene at rammevilkårene for Raskere tilbake og tildelingsvilkårene så hyppig blir endret; *”Rammene for avtalen endrer seg ofte, at organiseringen i RT-tilbudet blir vanskelig med tanke på bemanning”*. En annen informant beskrev samme problematikk slik; *”Tilbudet er veldig redusert i forhold til hva det skulle være. Forutsetninger og muligheter for å henvide har endret seg hele tiden. Plutselig pengestopp, starter opp igjen, stopp igjen.”* Flere beskrev ulemper ved stadige endringer i tildelingen; *”det legges ned tiltak, og opprettes nye.”*

Et annet forbedringspotensial som ble trukket frem av flere var henvisningsrutinene. Flere opplevde at de fikk finansiering til et tilbud som ikke ble brukt. En informant fortalte at NAV selv ønsket å utføre den samme tjenesten som de hadde avtale om å levere, noe som ga færre henvisninger; *”NAV ønsker selv å utføre et av tiltakene (oppfølging) [...], og henviser dermed ikke til oss”*. I tillegg ble det nevnt som problematisk at tilbudet ikke var kjent nok i NAV-kontorene; *”NAV fylke har kjøpt en tjeneste som ikke er kommunisert ut til lokalkontorene”*. En annen informant beskriver situasjonen som håpløs fordi; *”NAV har gått konkurs og derved avsluttet tilbudene og derfor skapt uklarhet om hvilke tilbud som eksisterer”*. At tildelingen av Raskere tilbake- midler til tilbudene ikke var kvalitetssikret nok ble også beskrevet. En mente at NAV tildeler mer etter pris enn kvalitet, og at dette opplevdes negativt. En annen informant opplevde at; *”vi har lav tilfredshet med NAV fordi det legges for få faglige hensyn til grunn for tildelingen, det økonomiske går foran.”* Motsatt beskrev en annen informant at det har vært en forbedring i organiseringen hos NAV; *”organiseringen hos NAV er bra nå, men har vært veldig dårlig før”*. En annen trakk frem at det var positivt at en fikk faglig frihet fra NAV til å utforme tilbudet slik de ville, informanten beskrev at de opplevde en *”stor faglig frihet basert på tillit.”*

4.1.3.3 Tilfredshet mellom helseforetakene og NAV

Figur 10 viser at informantene var lite tilfreds med organisering av, samhandling og ansvarsfordeling vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og NAV. Det var imidlertid mange som lot være å svare på dette spørsmålet da de ikke fant det relevant for dem. Vest-Norge og Nord-Norge er tatt ut på grunn av lavt antall informanter (n≤5).

Man ser en nokså liten variasjon i tilfredsheten mellom Sør-Øst-Norge og Midt-Norge. Hele skalaen fra 1 til 10 ble brukt av informantene fra Sør-Øst-Norge på alle tre spørsmålene (SD=2,5), mens i Midt-Norge var det kun den nederste delen av skalaen som ble brukt (SD=1,2).



- ◆ Organiseringen av RT-tilbudet mellom helseforetakene og Nav?
- Samhandlingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetakene og Nav?
- ▲ Ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetakene og Nav?

Figur 10. Hvor tilfreds er du med organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen av RT-tilbudet mellom helseforetak og NAV (gjennomsnitt)?

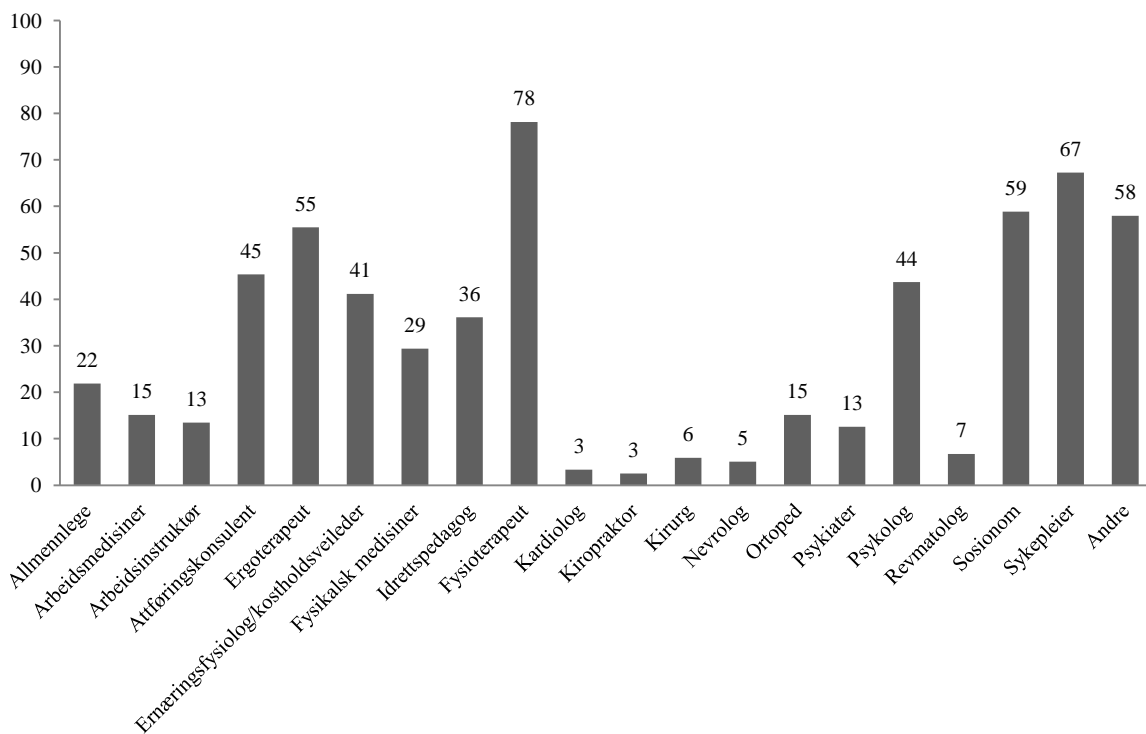
Informantenes kommentarer handlet om hvorfor de mente at tilfredsheten ikke var høy; ”vi opplever ingen samhandling mellom disse aktørene”, ”det burde vært koordinering mellom helseforetak og NAV”, ”det er lite kontakt og samhandling mellom NAV og helseforetak”, og ”det er dårlig samhandling”. En informant beskrev også at; ”organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen mellom helseforetak og NAV er fraværende. NAV er utilgjengelige, dette er bedre i helseforetaket”. Konkret blir det nevnt at det ikke var klarhet i de ulike tilbudene som fantes; ”det var vanskelig for kommunene å finne ut hvor de skulle henvende seg i starten, om det var til NAV eller helseforetaket”. Videre ble det beskrevet at det er et ønske om en mer helhetlig løsning av Raskere tilbake- programmet, på tvers av helseforetak og NAV; ”vi ønsker en bedre organisering, bedre begrepsbruk, det er ikke samsvar når det gjelder helse og arbeidsevne. NAV er opptatt av arbeidsevne, og helseforetaket er mer opptatt av helhet. Ansvarsfordelingen er uklar og vanskelig”. En annen informant beskrev dette slik; ”todelingen har ført til større fragmentering av raskere tilbake tjenester, dette fører til mindre helhetlig tilbud”. Det kom også frem at det på tilbuds nivå kunne bli problematisk når noen av RT-mottakerne er henvist gjennom helseforetaket, mens andre er det gjennom NAV, ettersom rammeavtalene gir ulike vilkår for disse Raskere tilbake- mottakerne; ”det lager unødig støy

mellom deltakere at de som henvises gjennom NAV ikke betaler egenandel, mens de som henvises gjennom helseforetak gjør det. Rapportkravene tilbake til oppdragsgiver tilsier at det burde vært store forskjeller i hvem som henvises gjennom hvilke systemer - erfaringen vår er at det er de samme menneskene i begge systemene.”

4.1.4 Kompetanse i tilbudet

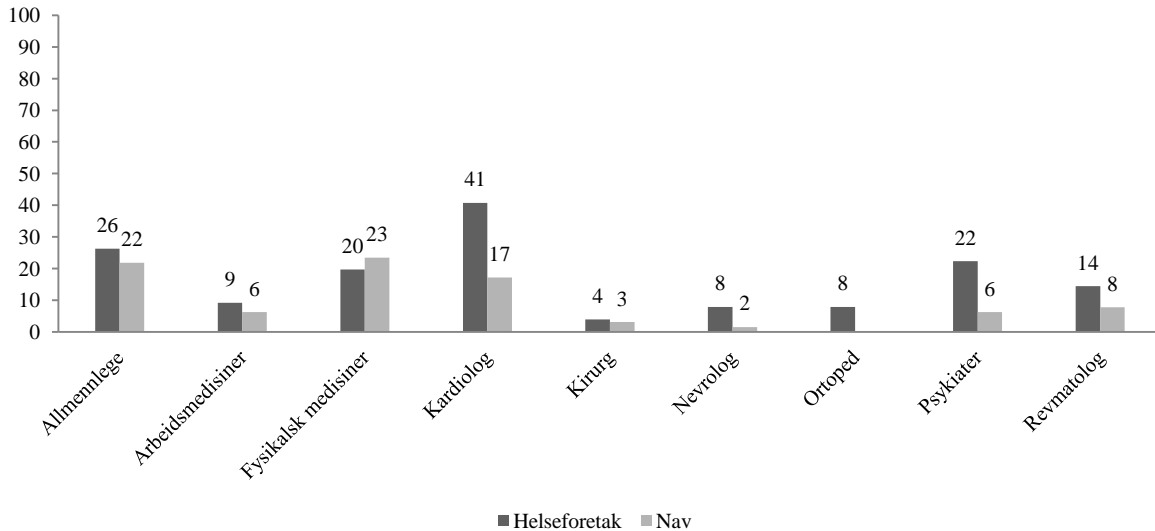
4.1.4.1 Tilgjengelig kompetanse i tilbudet

Informantene svarte på hvilke fagprofesjoner som var tilgjengelig i RT-tilbudet (se figur 11). Fysioterapeuter, sykepleiere, sosionomer og ergoterapeuter var alle tilgjengelig i mer enn halvparten av tilbudene. Gruppen *andre* besto blant annet av coach, veiledere og pedagoger.



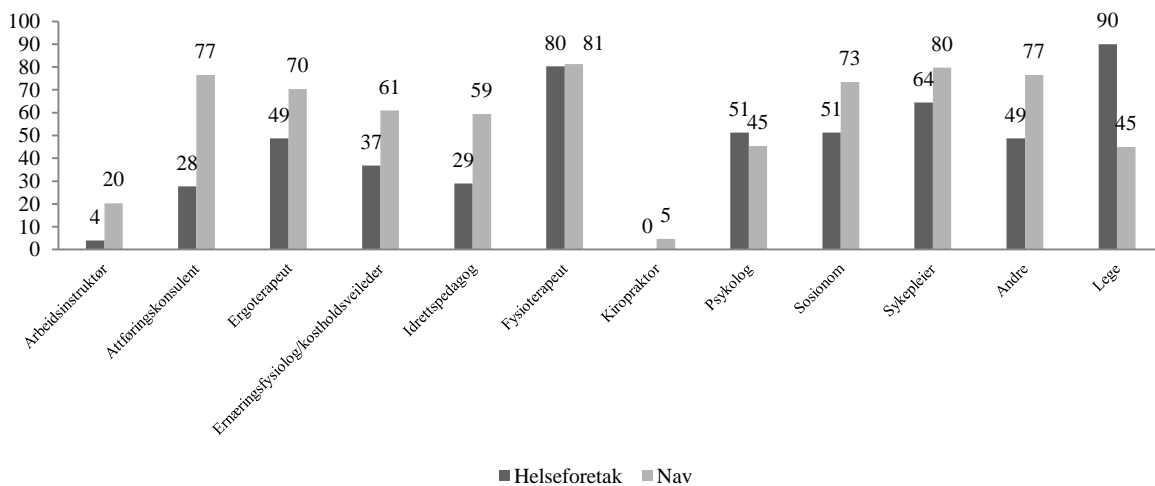
Figur 11. Hvilken kompetanse er tilgjengelig for RT-mottakerne i deres RT-tilbud (prosent)?

Som det kommer frem av figur 12 var ulike typer leger tilgjengelig. Av disse var legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering hyppigst til stede. Den samlede tilgangen til legekompetanse var størst i RT-tilbudene med finansiering fra helseforetak.



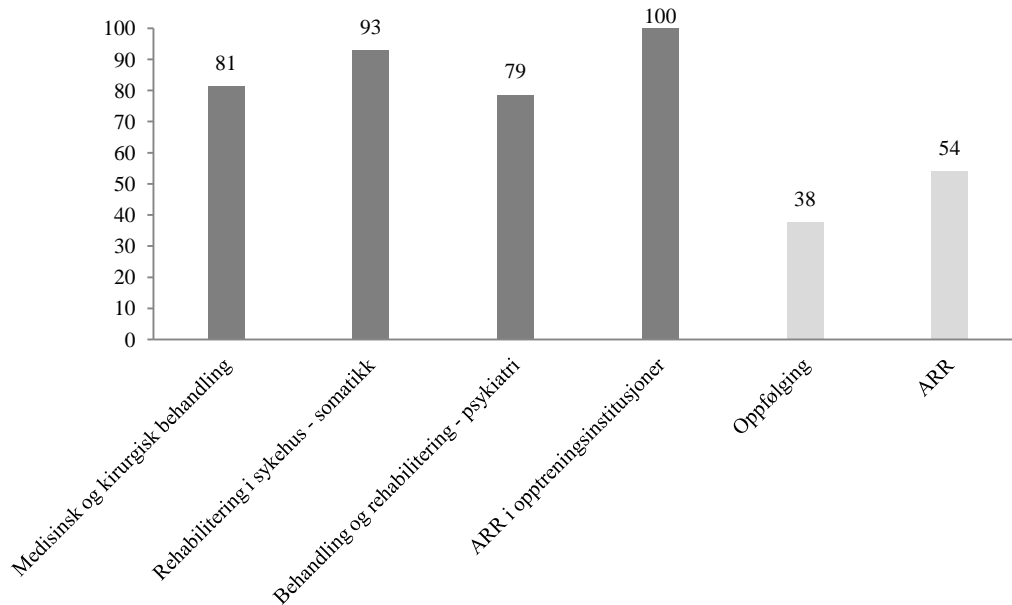
Figur 12. Tilgangen til legekompetanse i tilbudene etter finansiering (prosent). Fysikalsk medisinere er spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Det motsatte kan sies om tilgangen til arbeidsinstruktører, attføringskonsulenter og sosionomer der tilgangen var størst hos RT-tilbud med finansiering fra NAV (se figur 13). Enkelte helseprofesjoner, som sykepleiere, ernæringsfysiologer og ergoterapeuter var også hyppigere representert i NAV sitt tilbud enn i helseforetakenes tilbud. Kun fysioterapeuter var like ofte representert.



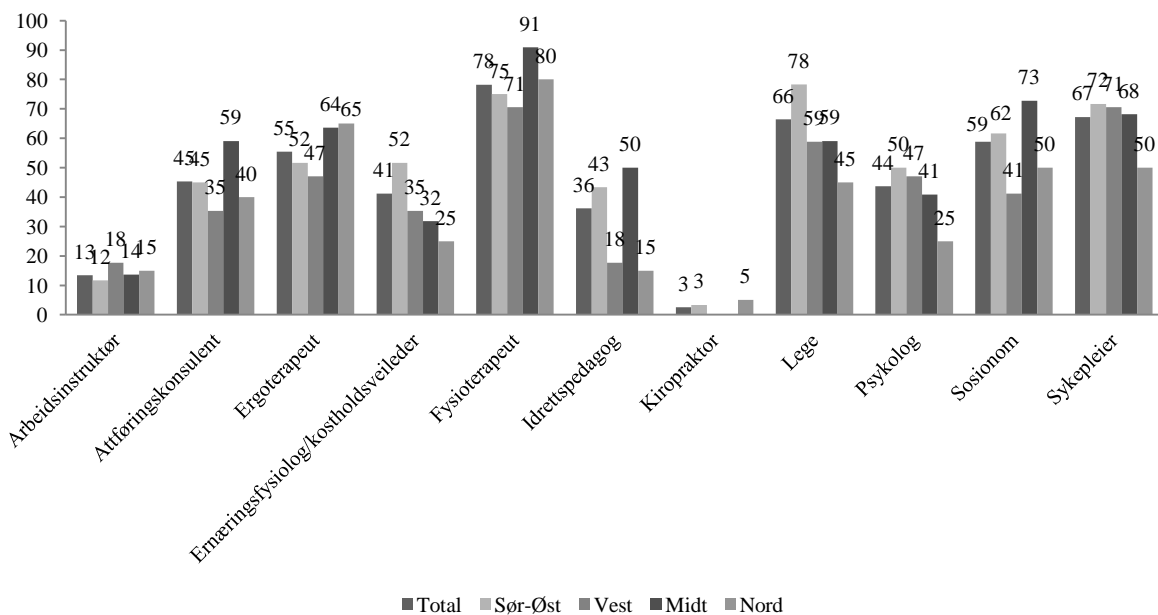
Figur 13. Tilgangen til kompetanse i tilbudene etter finansiering (prosent).

Figur 14 viser at informantene beskrev lavest andel tilbud med legekompetanse innen NAV-tilbudet oppfølging. Avklaring og behandling mangler her da de hadde for få svar (n<5).



Figur 14. Andel tilbud som har legekompentanse tilgjengelig (prosent). ARR= Arbeidsrettet rehabilitering. Helseforetaksfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

Figur 15 viser hvilke fagpersoner ifølge informantene som var tilgjengelig i RT-tilbudene, fordelt på geografisk beliggenhet i regioner. Det var stor variasjon mellom regionene i kompetanseprofil for de fleste profesjonene. Informantene beskrev at tilgangen til idrettspedagoger var størst i RT-tilbudene lokalisert i Sør-Øst-Norge og lavest i Nord-Norge. Tilgangen til ernæringsfysiologer/ kostholdsveiledere var også ifølge informantene størst i RT-tilbudene lokalisert i Sør-Øst-Norge og lavest i Midt-Norge.



Figur 15. Hvilken kompetanse er tilgjengelig for RT-mottakerne hos dere (prosent). Etter region.

Tabell 9 viser hvilke fagpersoner som var tilgjengelig i RT-tilbudene, fordelt på type RT-tilbud. Fagpersonene er sortert etter hvilke som flest RT-tilbud samlet sett hadde tilgang på. Som tabellen viser, oppga de aller fleste å ha tilgang på fysioterapeuter. Imidlertid var det store forskjeller mellom de ulike tilbudstypene om denne kompetansen var til stede eller ikke.

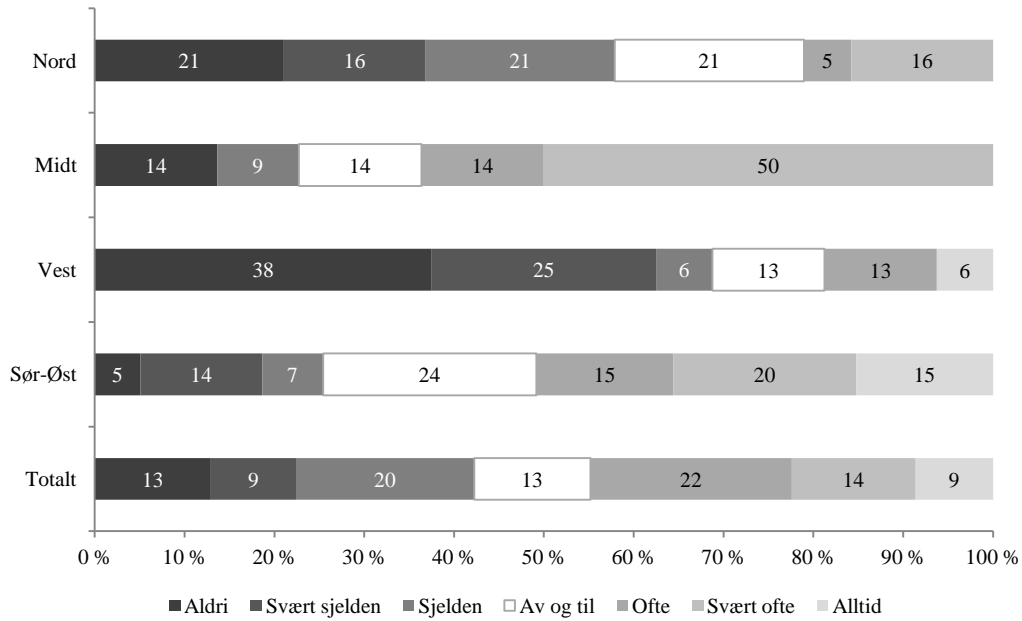
Tabell 9. Hvilken kompetanse er tilgjengelig for RT-mottakerne hos dere (prosent)?

	Helseforetak				NAV				Totalt
	Medisinsk og kirurgisk behandling	Rehabilitering i sykehus - somatikk	Behandling og rehabilitering - psykiatri	ARR i opptreningsinstitusjoner	Oppløsing	Avklaring	ARR	Behandling	
<i>Profesjoner</i>									
Fysioterapeut	75	96	29	96	63	71	92	57	78
Sykepleier	63	54	57	87		71	90	43	67
Sosionom	13	54	43	74	69	82	78	43	59
Ergoterapeut	31	50	7	87	50	71	82	29	55
Attføringskonsulent		7	7	78	63	88	86	29	45
Psykolog	6	46	93	57	31	29	48	86	44
Ern.fysiolog/kostholdsveileder	6	36	14	70	56	71	68	43	41
Idrettspedagog		11	14	74	38	41	70	43	36
Fysikalsk medisiner	25	75		39	13		20	29	29
Allmennlege		21	29	43	25	12	24	43	22
Arbeidsmedisiner		4	7	57	13	6	28	29	15
Ortoped	56	25		17			8	14	15
Arbeidsinstruktør				13	31	59	18	14	13
Psykiater	6	11	57	0	13	6	8	14	13
Revmatolog	13	11		13	6		6	14	7
Kirurg	25	7		4			2	14	6
Nevrolog	19	14							5
Kardiolog	6	7		4			4	14	3
Kiropraktor							6	14	3

Note: Fysikalsk medisiner= Legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Tomme felt betyr 0.

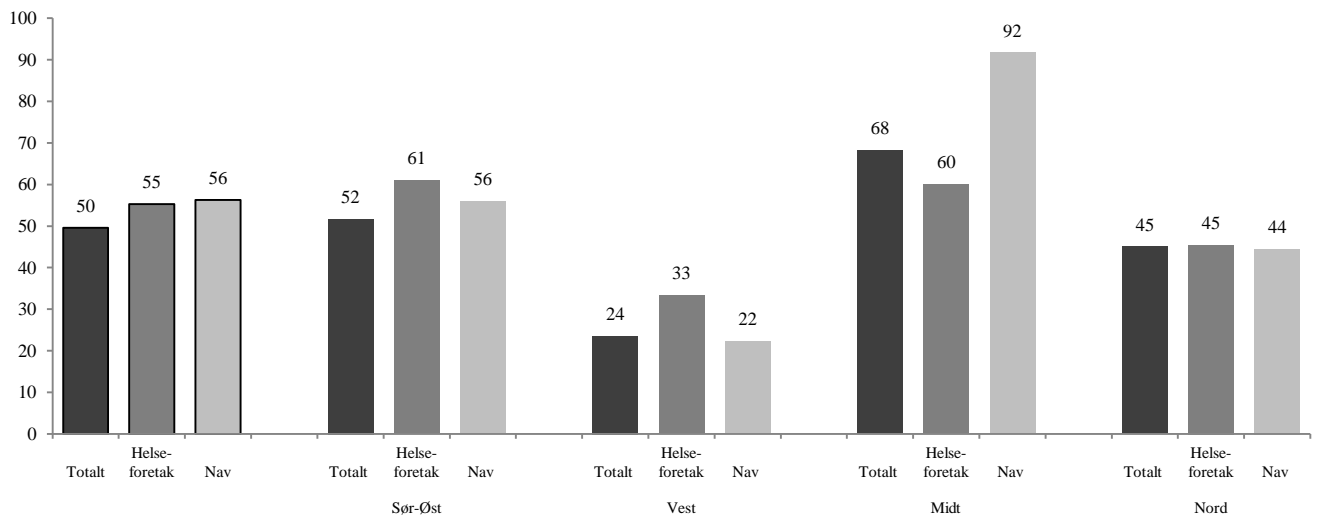
4.1.4.2 Kontakt med forskningsmiljøer og tilgang på forskning

Som det kommer frem av figur 16 var det svært varierende i hvor stor grad RT-tilbudene hadde kontakt med forskningsmiljøer. Informantene fra Vest-Norge og Nord-Norge oppga at de hadde sjeldnest kontakt med forskningsmiljøer.



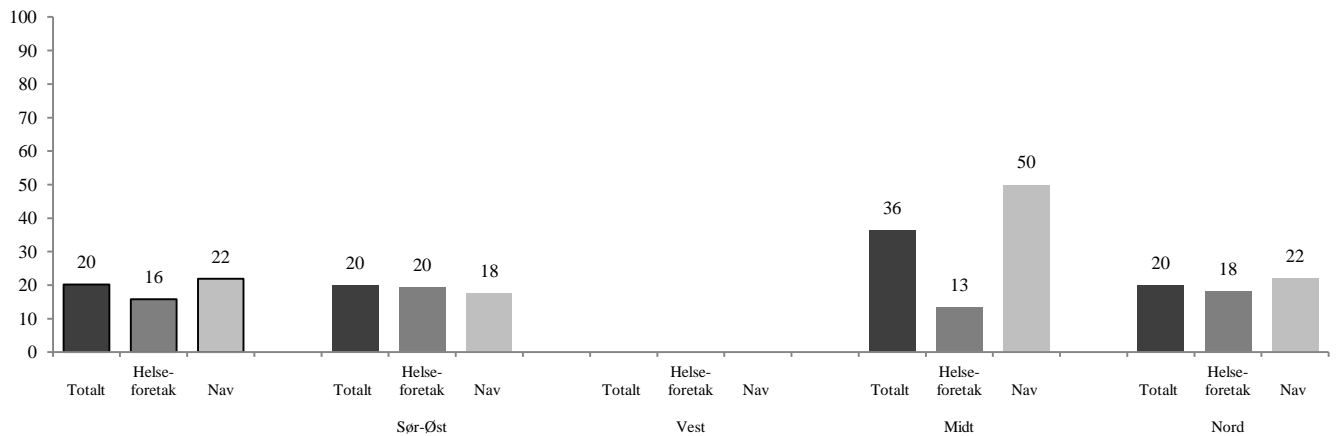
Figur 16. Hvor ofte har dere kontakt med forskningsmiljøer (prosent)?

Informantene ble spurt om det hadde blitt utført studier eller evalueringer av RT-tilbudet deres, og figur 17 viser at halvparten svarte at RT-tilbudet deres hadde blitt evaluert. Det hadde ifølge informantene blitt foretatt flest evalueringer i Midt-Norge, og færrest i Vest-Norge.



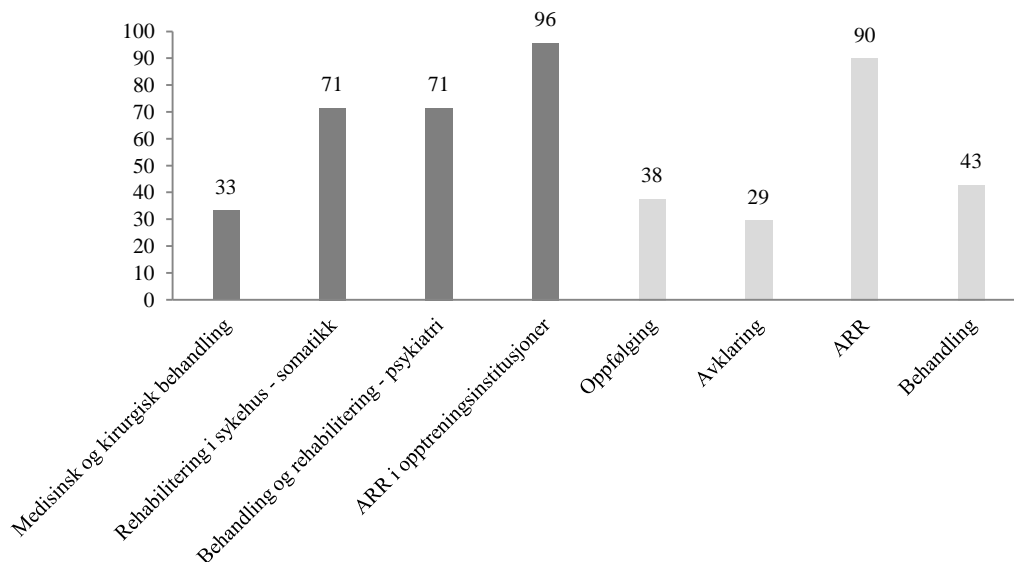
Figur 17. Har det blitt gjort studier/ evalueringer av deres RT-tilbud (antall)?

I tillegg ser man i figur 18 at informantene beskrev at 20 prosent planlegger en evaluering eller studie. I alle regionene er det over 20 prosent av tilbudene som planlegger en evaluering eller studie, bortsett fra i Vest-Norge.



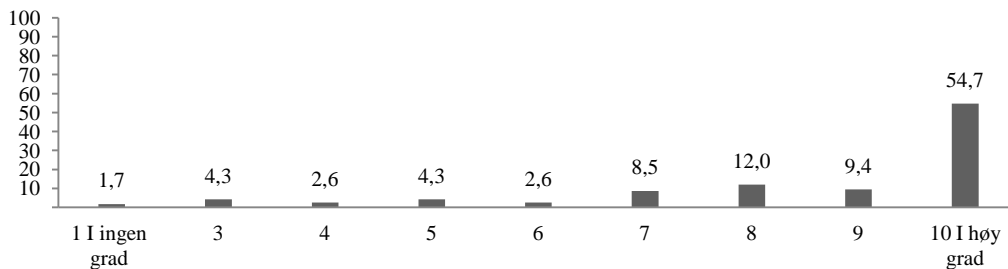
Figur 18. Planlegger dere studier/ evalueringer av deres RT-tilbud (prosent)?

Figur 19 viser hva informantene svarte på spørsmålet om det var blitt gjort studier eller evalueringer av RT-tilbudet, fordelt på type RT-tilbud. Som det kommer frem av figuren oppga minst 90 prosent av tilbudene innen *ARR i opptreningsinstitusjon* (helseforetaksfinansiert) og *arbeidsrettet rehabilitering* (NAV-finansiert) at de hadde gjort en evaluering / studie av sitt RT-tilbud, eller var i en planleggingsfase for dette.



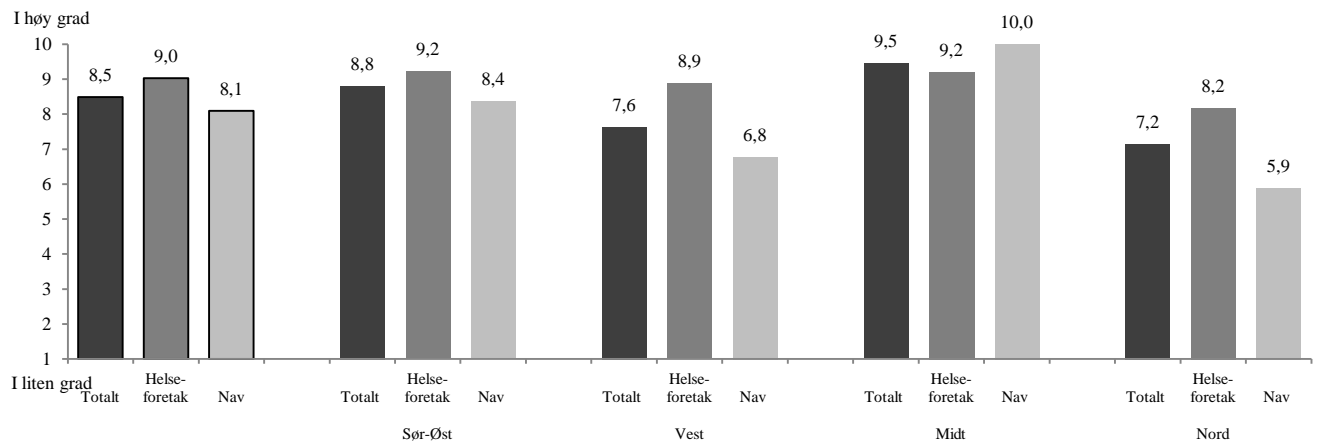
Figur 19. Har det blitt gjort studier/ evalueringer av deres RT-tilbud, eller planlegger dere en studie (prosent)? RT= raskere tilbake. Helseforetaksfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

Figur 20 viser opplevelse av grad av tilgang til forskningsbasert kunnskap. Som det kommer frem av figuren oppga nær 55 prosent av informantene høy grad av tilgang til forskningsbasert kunnskap i RT-tilbudet.



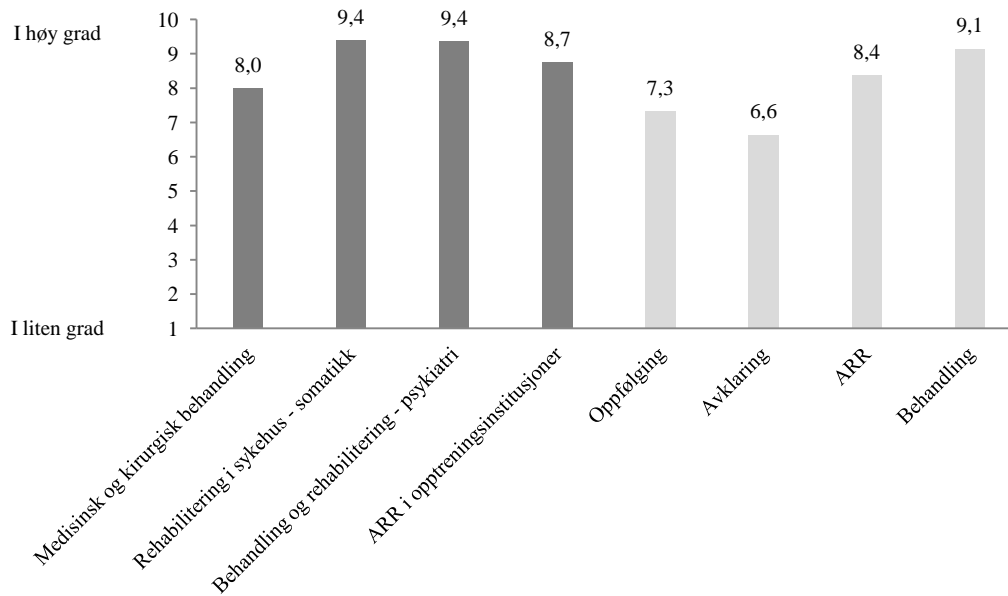
Figur 20. I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap (prosent)?

Figur 21 viser grad av tilgang til forskningsbasert kunnskap, fordelt på lokalisering i regioner og finansieringskilde. RT-tilbudene lokalisert i Midt-Norge beskrev den største tilgangen til forskningsbasert kunnskap, etterfulgt av RT-tilbudene lokalisert i Sør-Øst-Norge. RT-tilbud lokalisert i Vest-Norge og Nord-Norge hadde en lavere gjennomsnittsskåre. Helseforetakfinansierte RT-tilbudet oppga at de hadde noe høyere tilgang enn de NAV-finansierte tilbudene oppga å ha.



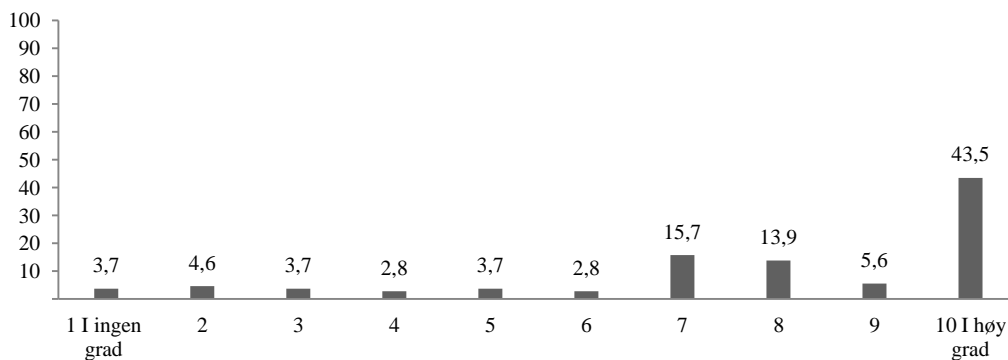
Figur 21. I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap (gjennomsnitt)?

Figur 22 viser grad av tilgang til forskningsbasert kunnskap, fordelt på type RT-tilbud. Som figuren viser, var det ifølge informantene generelt sett høy grad av tilgang til forskningsbasert kunnskap i svært mange av typene av RT-tilbud. Av de som skiller seg ut, med mindre grad av denne tilgangen, var *avklaring* og *oppfølging*.



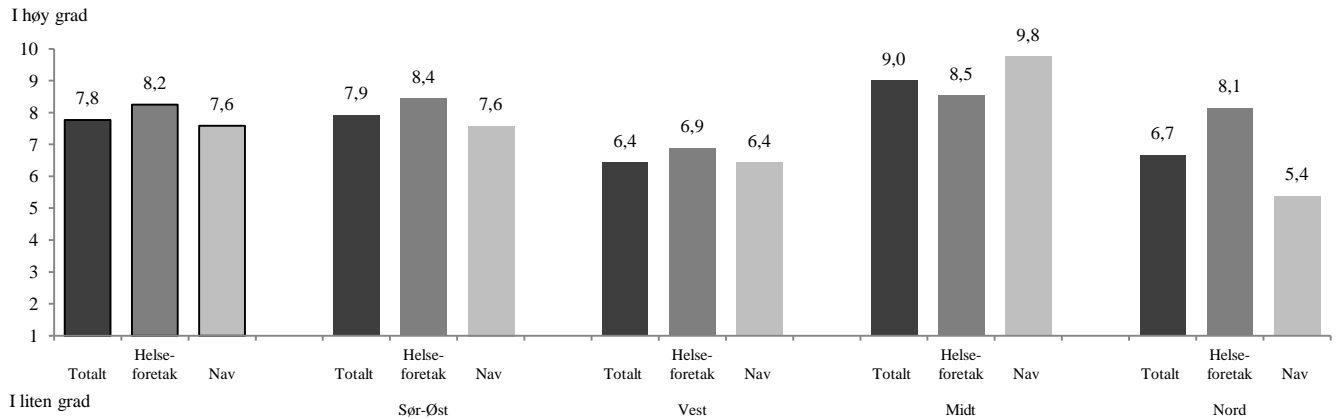
Figur 22. I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap (gjennomsnitt)? Helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

Figur 23 viser at cirka 44 prosent av RT-tilbudene oppga en høy grad i bruken av forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet.



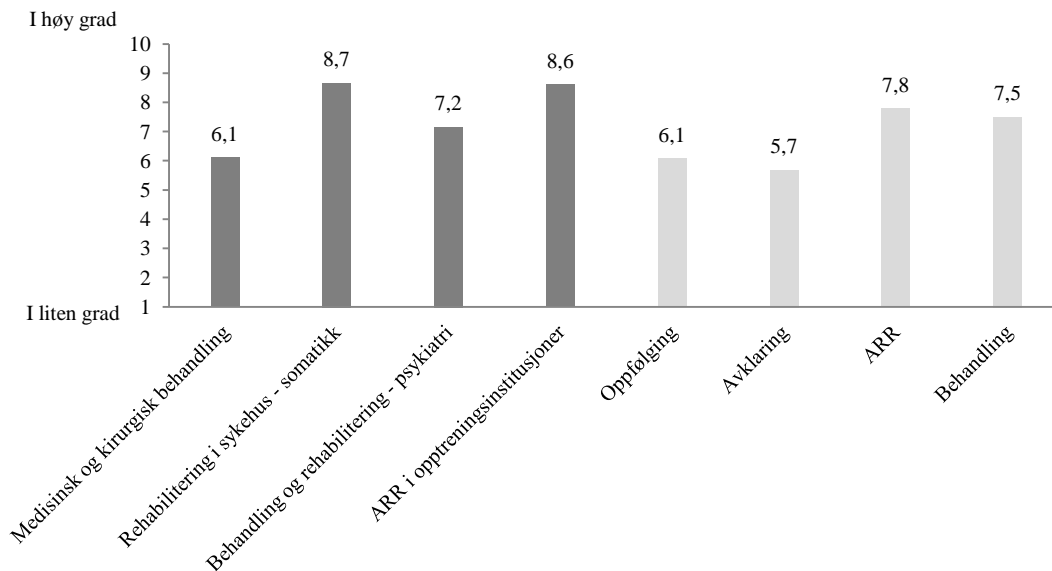
Figur 23. I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir (prosent)?

Figur 24 viser i hvor stor grad forskningsbasert kunnskap ble brukt for å utforme og begrunne RT-tilbudet, fordelt på finansieringskilde, og helseregion i følge informantene. Man ser at forskning er oppgitt noe mer brukt som grunnlag for tilbudene i Midt-Norge enn i Vest-Norge og Nord-Norge, samt i helseforetakene fremfor i de NAV-finansierte RT-tilbudene.



Figur 24. I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir (gjennomsnitt)?

Figur 25 viser i hvor stor grad forskningsbasert kunnskap i følge informantene ble brukt for å utforme og begrunne RT-tilbudet, fordelt på type tilbud. Figuren viser at informanter fra tilbud av typen *rehabilitering i sykehus - somatikk* og *ARR i opptreningsinstitusjoner* beskrev i stor grad å bruke forskning som grunnlag for tilbudet. I tillegg ser man at det ifølge informantene er sjeldnere at tilbud av typen *medisinsk og kirurgisk behandling, oppfølging og avklaring* oppga at forskning var brukt for å utforme og begrunne RT-tilbudet. NAV-tilbudene oppga dette sjeldnere enn helseforetakenes tilbud.



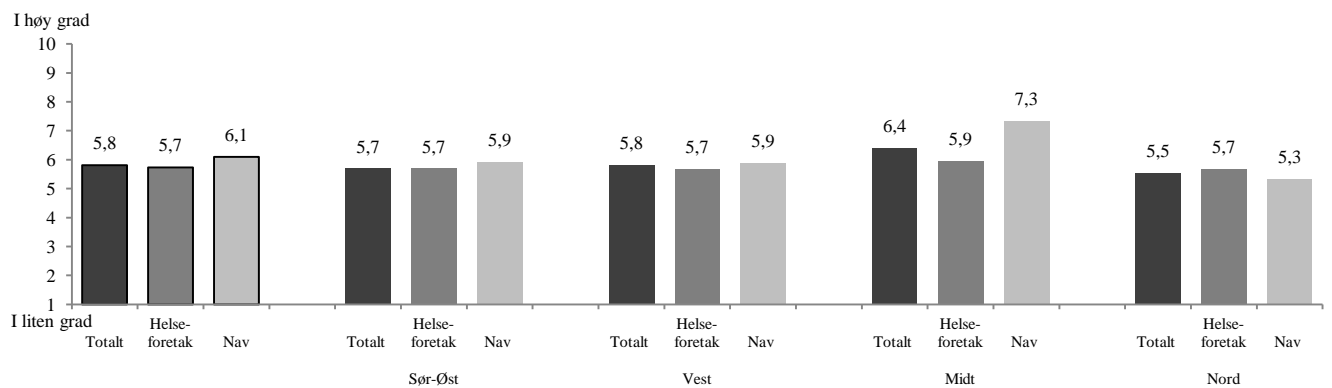
Figur 25. I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir (gjennomsnitt)? Helseforetakfinansierte søyler i mørkegrått og NAV-finansierte i lysegrått.

4.1.5 Henviserne

Informantene ble spurt om de opplevde at henviser hadde nok kunnskap og om henviser ga nok informasjon om RT-tilbudet og RT-mottakeren.

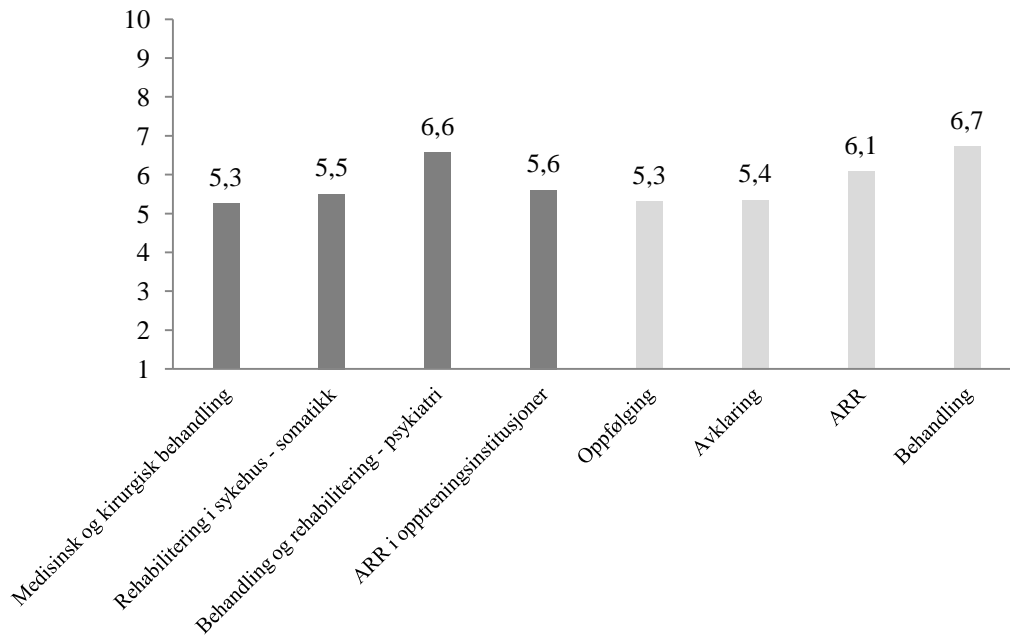
4.1.5.1 Har henviseren tilstrekkelig kunnskap?

Informantene svarte som figur 26 viser, at de samlet sett opplevde at henviseren har middels grad av tilstrekkelig kunnskap om tilbudet. Ser man på gjennomsnittskårene etter region, viser figuren at NAV-tilbudene lokalisert i Midt-Norge i høyere grad opplever at henviseren har tilstrekkelig med kunnskap. Variasjonen ellers er relativt liten.



Figur 26. I hvilken grad opplever du at henviser har tilstrekkelig kunnskap om RT-tilbudet de henviser til (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

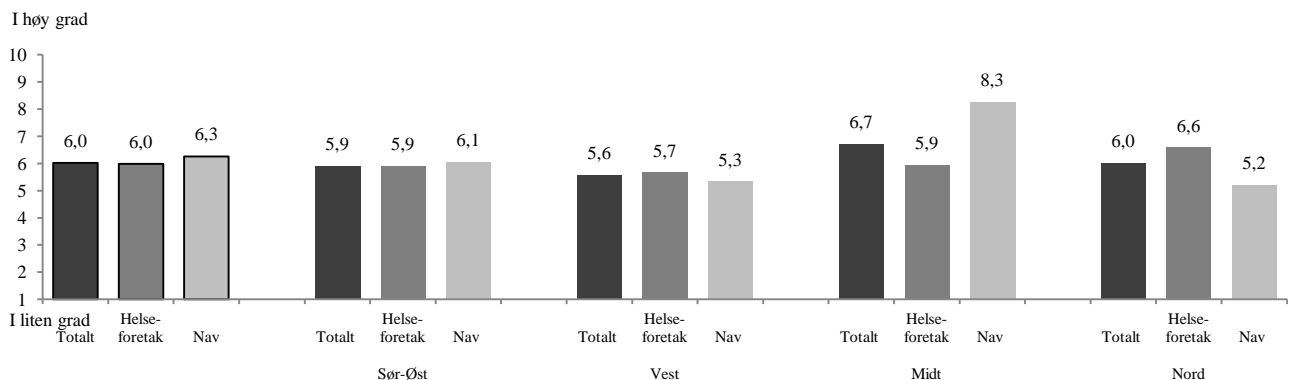
Figur 27 viser hva informantene svarte om henvisers kunnskap fordelt på type tilbud. Man ser av figuren at informanter fra NAV-tilbudet *behandling* og helseforetaktilbudet *behandling rehabilitering i sykehus – psykiatri* opplevde i høyest grad at henviser har tilstrekkelig kunnskap om tilbudet.



Figur 27. I hvilken grad opplever du at henviser har tilstrekkelig kunnskap om RT-tilbudet de henviser til (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetaksfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte tilbud i lysegrått.

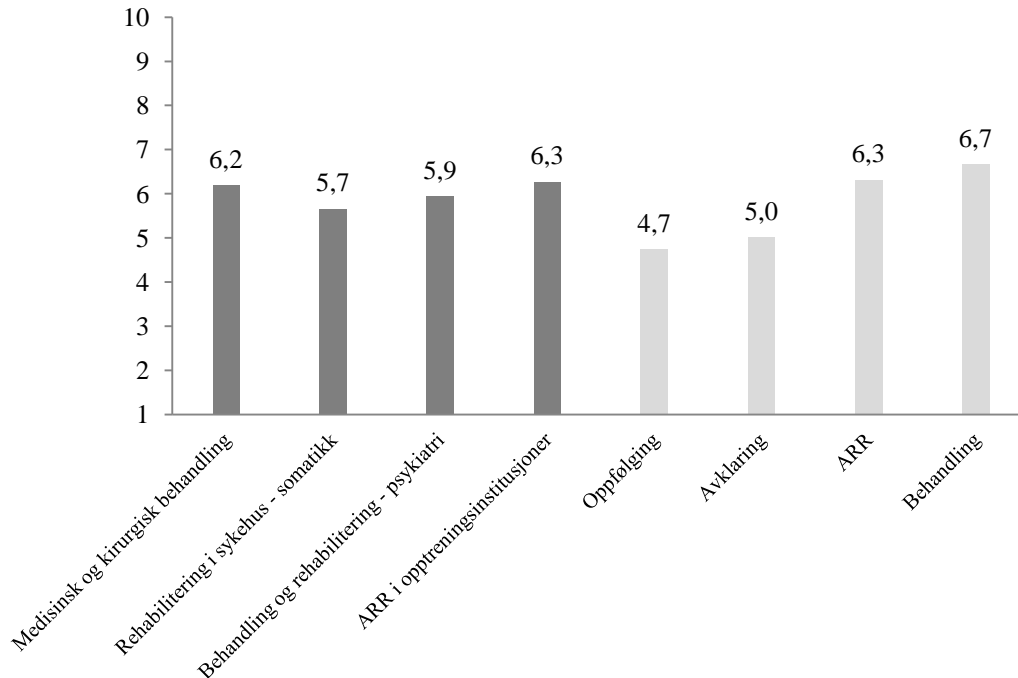
4.1.5.2 Gir henviser nok informasjon?

Når det gjelder informasjon fra henviser, viser figur 28 hva informantene svarte. Samlet sett ga de uttrykk for at informasjonen var litt over middels tilstrekkelig. Figuren viser også at informantene fra NAV-tilbud i Midt-Norge var de som i høyest grad opplevde at informasjonen fra henviser var tilstrekkelig. Om tilbudene fikk sin finansiering fra helseforetak eller NAV ser man hadde mindre å si for hvorvidt informantene opplevde at informasjonen fra henviser var tilstrekkelig.



Figur 28. I hvilken grad opplever dere at informasjonen om RT-mottakerne fra henviser er tilstrekkelig (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

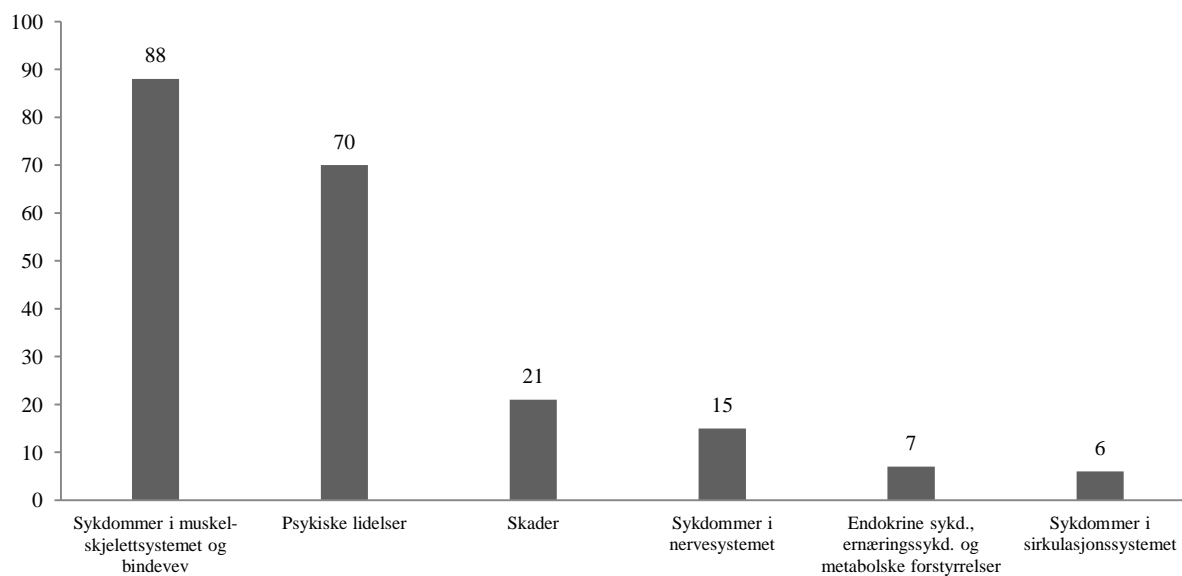
Figur 29 viser hva informantene svarte fordelt på type tilbud. Man ser at i det er nokså stor variasjon i hva informantene fra de NAV-finansierte tilbudene svarte. Størst forskjell er det mellom tilbudstypene *oppfølging* og *behandling*.



Figur 29. I hvilken grad opplever dere at informasjonen om RT-mottakerne fra henviser er tilstrekkelig (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetaksfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte tilbud i lysegrått.

4.1.6 Primærdiagnoser

Informantene ble bedt om å nevne en eller flere av de diagnosegruppene som RT-mottakerne deres hadde som primærdiagnoser. Diagnosekapitlene i ICD-10 klassifikasjonen [57] ble brukt som utgangspunkt for svaralternativene. ICD-10 er kompatibelt med klassifikasjonen ICPC som brukes av fastlegene ved sykmelding. Figur 30 viser hvor mange informanter som svarte at RT-mottakerne deres hadde de respektive primærdiagnosene. Som man ser svarte aller flest at RT-mottakerne hadde sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev. Nest flest informanter oppga psykiske lidelser som primærdiagnose. Det gjennomsnittlige RT-tilbudet hadde 2,5 diagnoser som de vanlige primærdiagnosene blant sine RT-mottakere.



Figur 30. Hvilke primærdiagnoser har RT-mottakerne ved tilbudet deres (antall)? Flere svar var mulig.

Tabell 10 viser diagnosegruppene som informantene oppga var de vanligste primærdiagnosene i deres RT-tilbud, totalt og fordelt på region. Tabellen viser noen forskjeller mellom regionene, men disse forskjellene er ikke store.

Tabell 10. Hvilke primærdiagnoser har RT-mottakerne ved tilbudet deres (antall og prosent)?

Primærdiagnose	Totalt		Sør-Øst		Vest		Midt		Nord	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	88	78,6	40	72,73	14	82,4	18	90,0	16	80,0
Psykiske lidelser	70	62,5	34	61,8	11	64,7	16	80,0	9	45,0
Annet eller uspesifikke plager/lidelser	48	42,9	27	49,1	6	35,3	11	55,0	4	20,0
Skader	21	18,8	9	16,4	6	35,3	2	10,0	4	20,0
Sykdommer i nervesystemet	15	13,4	7	12,7	3	17,6	2	10,0	3	15,0
Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	7	6,3	4	7,3	2	11,8			1	5,0
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	6	5,4	3	5,5	1	5,9	1	5,0	1	5,0
Sykdommer i øre og ørebensknute	5	4,5	2	3,6	3	17,6				
Sykdommer i fordøyelsessystemet	5	4,5	1	1,8	2	11,8	1	5,0	1	5,0
Svulster	3	2,7	3	5,5						
Sykdommer i åndedrettssystemet	3	2,7	1	1,8	1	5,9	1	5,0		
Infeksjonssykdommer	2	1,8	2	3,6		,0				
Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	2	1,8	1	1,8	1	5,9				
Sykdommer i hud og underhud	1	,9			1	5,9				
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	1	,9							1	5,0
Sykdommer i blod og bloddannende organer										

Note: Resultatene her refererer til antall og prosent av tilbudene som oppga diagnosegruppen som primærdiagnose for sine RT-mottakere. Tomme felt betyr 0.

Tabell 11 fremstiller primærdiagnosene fordelt på type tilbud. Det kommer frem at i tre av de fire helseforetaksfinansierte - samt i tre av de fire NAV-finansierte tilbudstypene, er det sykdommer i muskel, skjelett og bindevev som oftest var oppgitt som RT-mottakernes primærdiagnose. Psykiske lidelser oppgis ofte som primærdiagnose i alle de NAV-finansierte tilbudstypene, og kun i ett av de helseforetaksfinansierte tilbudstypene.

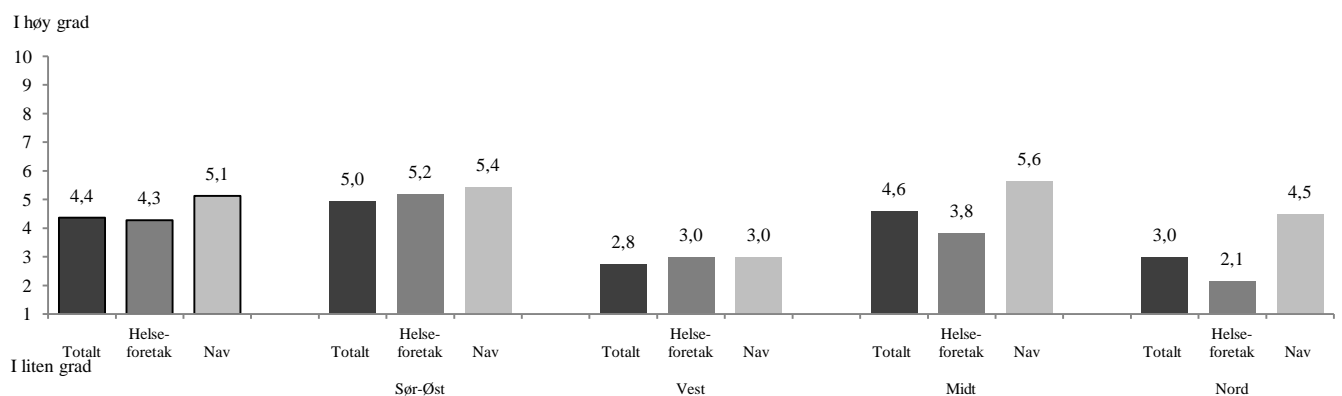
Tabell 11. Hvilke primærdiagnoser har mottakerne av deres RT-tilbud (prosent)?

		n	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	Psykiske lidelser	Annet eller uspesifikke plager/lidelser	Skader	Sykdommer i nervesystemet
Helseforetak	Medisinsk og kirurgisk behandling	16	93,8	6,3	18,8	12,5	25,0
	Rehabilitering i sykehus - somatikk	28	78,6	25,0	39,3	21,4	21,4
	Behandling og rehabilitering - psykiatri	14	7,1	85,7	35,7		7,1
	ARR i opptreningsinstitusjoner	23	82,6	60,9	26,1	13,0	8,7
NAV	Oppfølging	16	56,3	68,8	56,3	18,8	12,5
	Avklaring	17	82,4	82,4	17,6	29,4	17,6
	ARR	50	86,0	76,0	52,0	16,0	12,0
	Behandling	7	28,6	85,7	57,1	14,3	28,6

Note: Tabellen skal forstås slik at 82,63 prosent av de 23 tilbudene ARR i opptreningsinstitusjoner oppgir sykdommer i muskel og skjelett som primærdiagnose. Tomme felt betyr 0. Kun de totalt fem hyppigst nevnte diagnosegruppene er tatt med.

4.1.7 Opplevelse av overlapping mellom tilbudene

Informantene ble spurt om i hvilken grad på en skala fra 1 (i liten grad) til 10 (i høy grad) de opplevde at deres tilbud overlappet med andre RT-tilbud. Figur 31 viser gjennomsnittskåren samlet sett, fordelt på hvilken region tilbudene tilhører, samt finansieringskilde. Samlet sett opplevde informantene middels grad av overlapping med andre tilbud. Ser man på grad av opplevd overlapping etter region, ser man at det er nokså stor variasjon mellom regionene. Tilbudene lokalisert i Vest-Norge opplever i liten grad overlapping, mens tilbudene i Sør-Øst-Norge opplever en høyere grad av overlappende tilbud. Videre ser en at tilbudene som er finansiert av NAV i større grad opplever overlapping enn de tilbud som er finansiert av helseforetakene gjør.



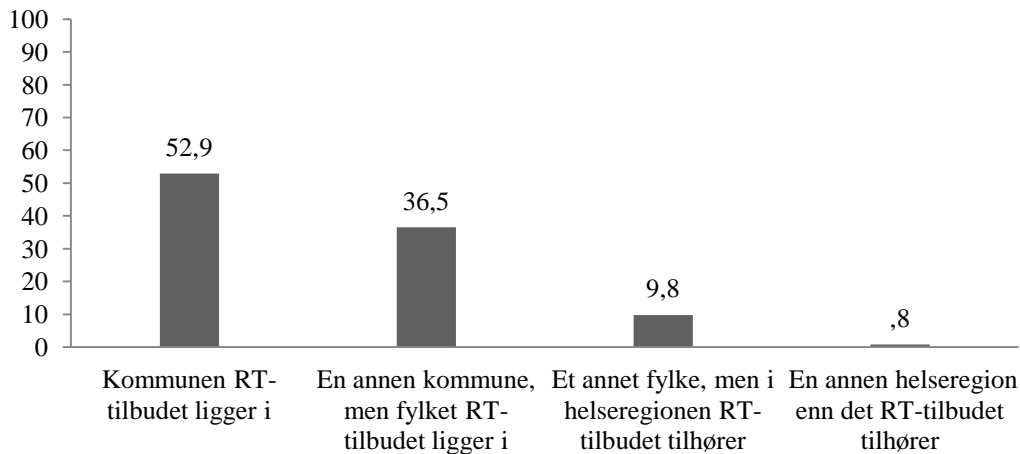
Figur 31. I hvilken grad opplever du at RT-tilbudet deres er innholdsmessig overlappende med andre RT-tilbud (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

4.2 Del II: Om RT-mottakerne

Informantene ble spurt hva som kjennetegner RT-mottakerne ved tilbudet deres. I dette kapittelet vil disse resultatene bli presentert.

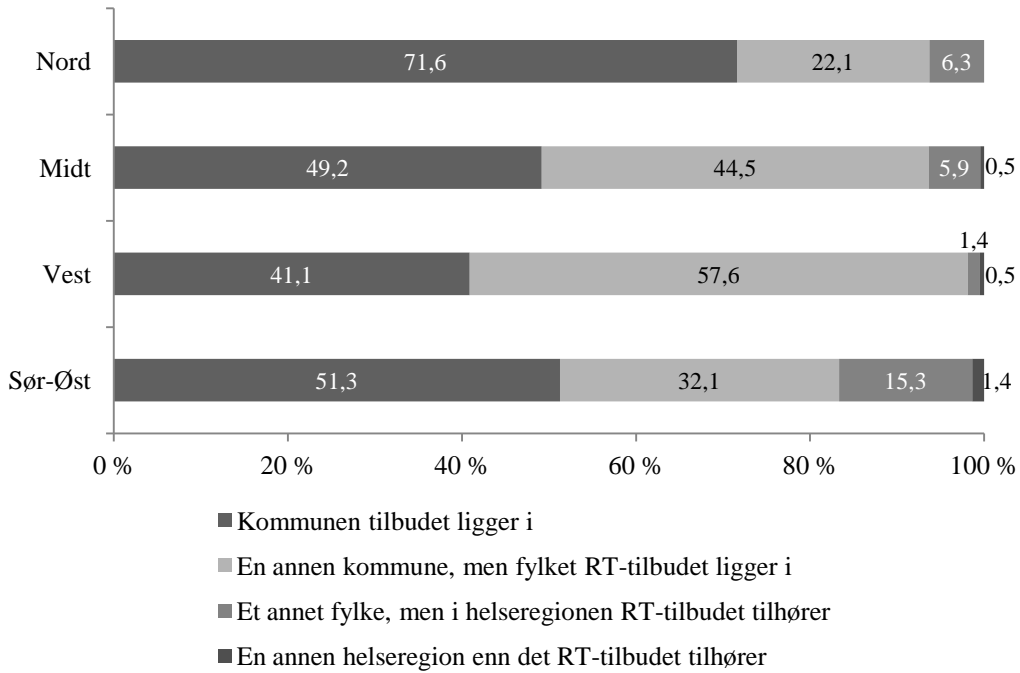
4.2.1 Geografisk avstand til tilbudet

Figur 32 viser hvor RT-mottakerne kom fra i forhold til hvor tilbudet var lokalisert. Cirka 76 prosent av informantene ga svar basert på egne estimater, mens 24 prosent svarte på bakgrunn av intern statistikk. Ni av ti kom fra enten kommunen eller fylket tilbudet lå i.



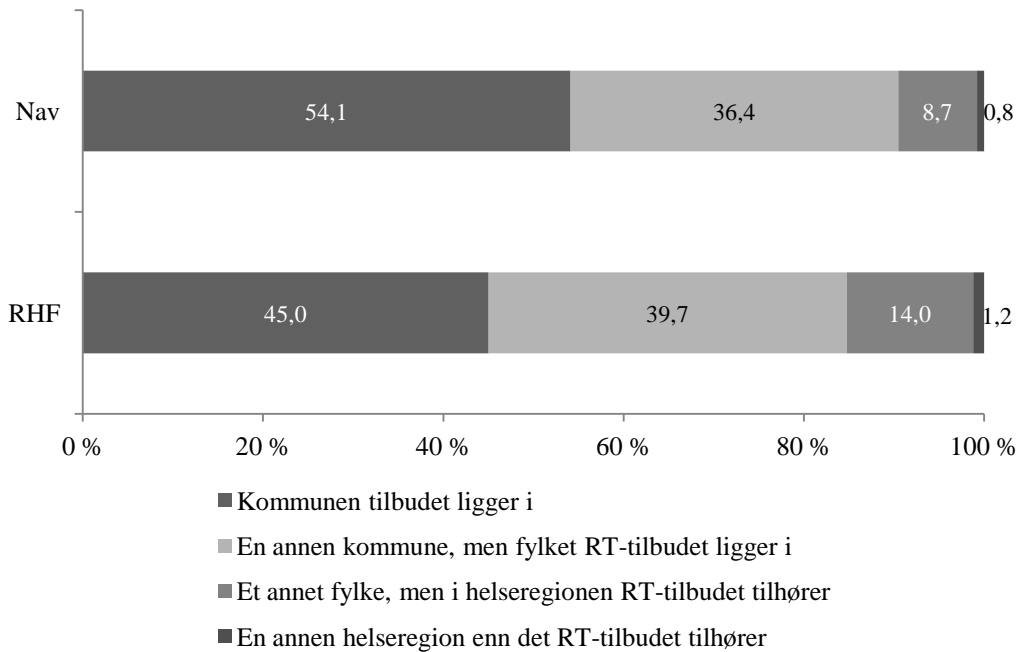
Figur 32. Hvor stor andel av RT-mottakerne kommer fra... (gjennomsnitt i prosent)?

Figur 33 viser at det var variasjon i hvor RT-mottakerne kom fra etter hvilken region tilbudet var lokalisert i. For eksempel ser en at det er langt større andel RT-mottakere som bor i samme kommune som tilbudet i Nord-Norge enn i Vest-Norge. Man ser at for Vest-Norge kom en større andel fra en annen kommune, men samme fylke som tilbudet befinner seg i. Sør-Øst-Norge skiller seg ut ved i følge informantene, å ha en større andel RT-mottakere fra et annet fylke, men samme region som tilbudet ligger i. Variasjonen mellom tilbudene innad i regionene er også relativt stor.



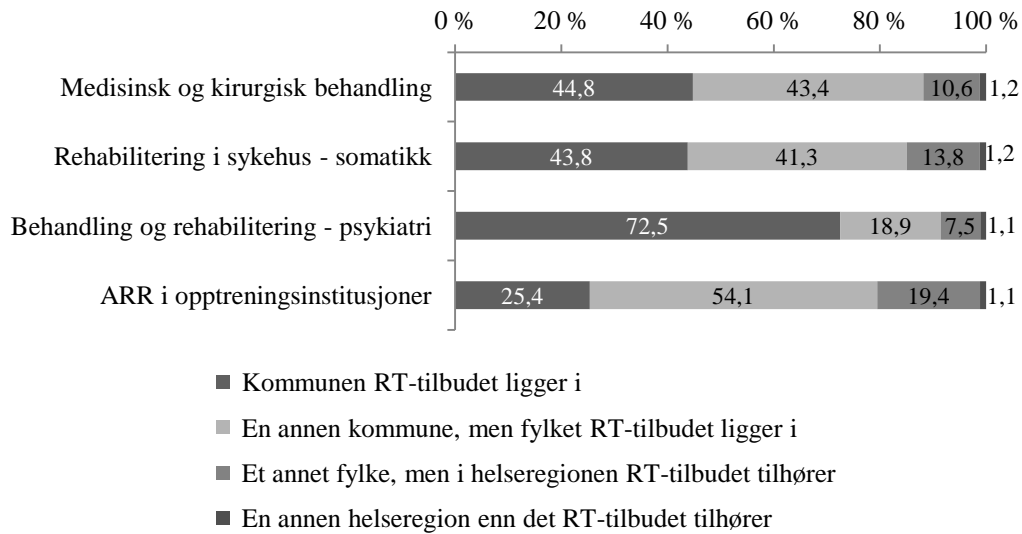
Figur 33. Hvor stor andel av RT-mottakerne kommer fra... (gjennomsnitt i prosent). Etter region.

Figur 34 viser at det i følge informantene var små forskjeller i Raskere tilbake- mottakernes bosted etter hvor RT-tilbudet fikk sin finansiering fra.



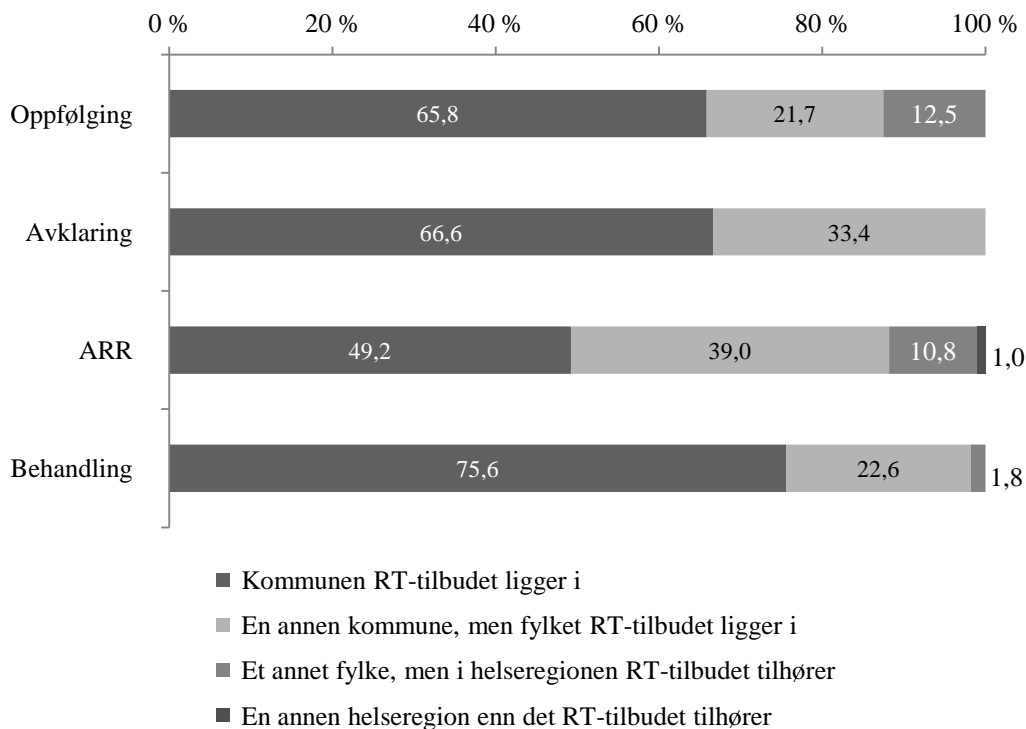
Figur 34. Hvor stor andel av RT-mottakerne kommer fra... (gjennomsnitt i prosent). Etter finansieringskilde.

Når det gjelder de ulike typene RT-tilbud som helseforetakene finansierer, viser figur 35 at informantene beskrev store variasjoner mellom tilbudene i hvor RT-mottakerne kom fra.



Figur 35. Hvor stor andel av RT-mottakerne kommer fra... (gjennomsnitt i prosent) Kun tilbud finansiert av helseforetak. ARR= Arbeidsrettet rehabilitering.

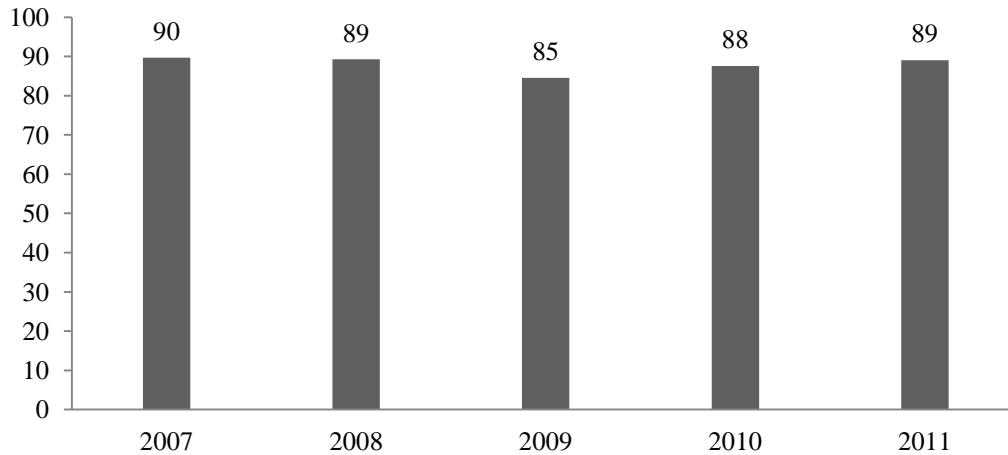
Når det gjelder de NAV-finansierte RT-tilbudene, viser figur 36 at det også her er store forskjeller mellom de ulike tilbudene, ifølge informantenes svar.



Figur 36. Hvor stor andel av RT-mottakerne kommer fra...(gjennomsnitt i prosent). Kun NAV finansiert tilbud. ARR= Arbeidsrettet rehabilitering.

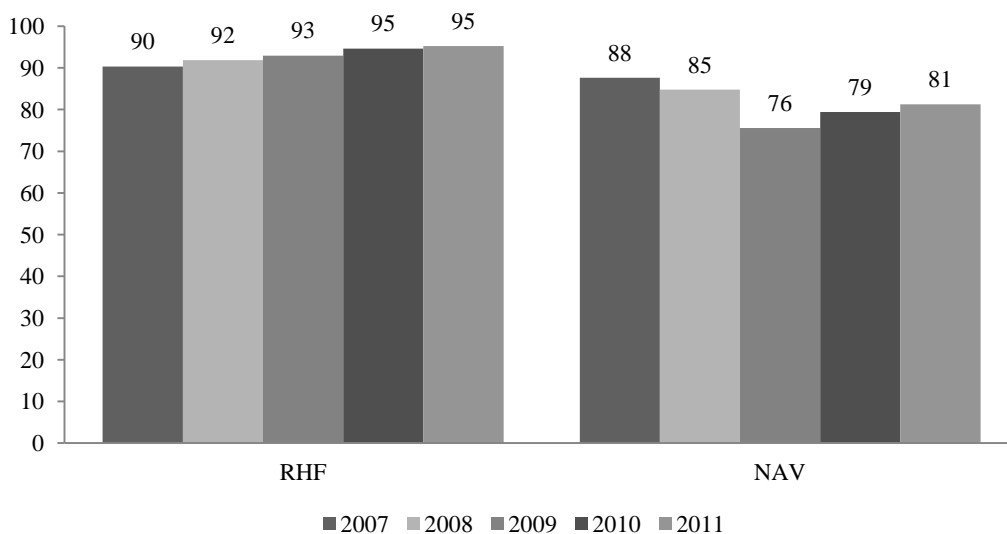
4.2.2 Arbeidslivstilknytning

Figur 37 viser hvor stor andel av RT-mottakerne som ifølge informantene hadde en arbeidslivstilknytning for årene 2007 til 2011. Cirka 54 prosent av informantene ga svar basert på egne estimater, mens 46 prosent svarte på bakgrunn av intern statistikk. Man ser at andelen RT-mottakerne med en arbeidslivstilknytning i følge informantene i gjennomsnitt har ligget på cirka 90 prosent alle årene. Imidlertid viser spredningstallene at variasjonen mellom tilbudene er store (se vedlegg 2). Spesielt er det stor variasjon i hvordan tilbudene i Vest-Norge svarer.



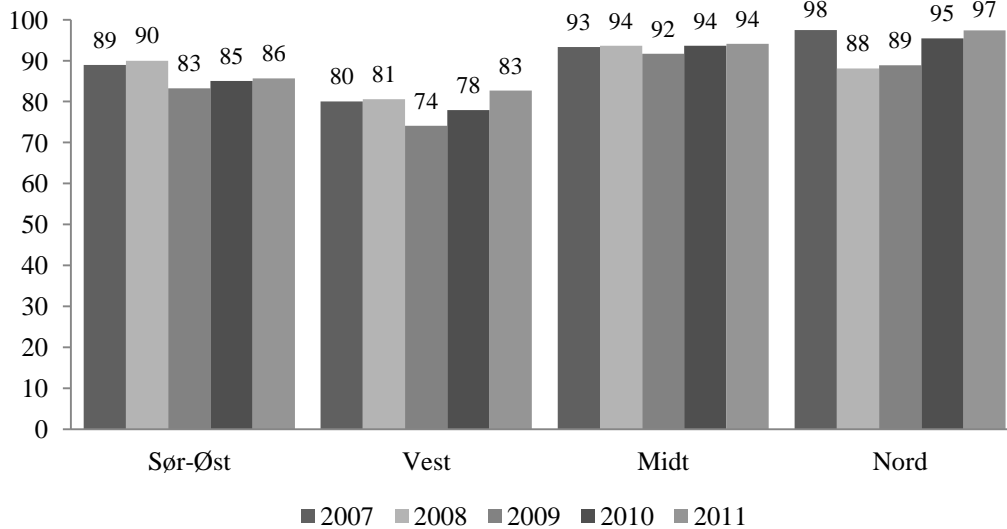
Figur 37. Anslå hvor mange prosent av RT-mottakerne som hadde en arbeidslivstilknytning for hvert av årene (Gjennomsnitt i prosent)? 2007 (høst) til 2011 (mai).

Figur 38 viser arbeidslivstilknytning etter hvor tilbudet får sin finansiering fra. Man ser at tilbudene med helseforetakfinansiering har rapportert en noe høyere andel RT-mottakerne med arbeidslivstilknytning enn det de NAV-finansierte tilbudene har.



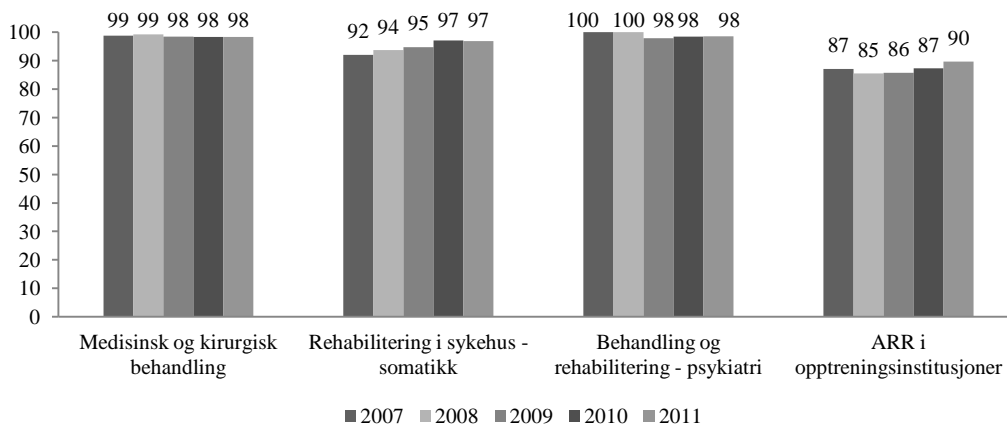
Figur 38. Anslå hvor mange prosent av RT-mottakerne som hadde en arbeidslivstilknytning for hvert av årene (Gjennomsnitt i prosent)? Etter finansieringskilde. 2007 (høst) til 2011 (mai).

Fordelt på region ser man relativt store forskjeller. Tilbudene lokalisert i Midt-Norge og Nord-Norge oppgir en høyere andel RT-mottakerne med arbeidslivstilknytning enn det tilbudene lokalisert i Vest-Norge gjør, ifølge informantene (se figur 39).



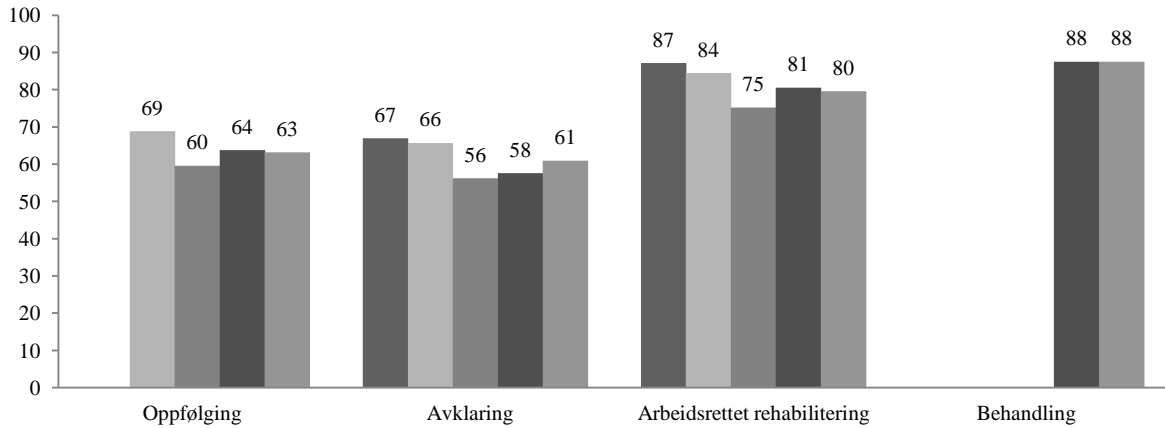
Figur 39. Anslå hvor mange prosent av RT-mottakerne som hadde en arbeidslivstilknytning for hvert av årene (Gjennomsnitt i prosent)? Etter region. 2007 (høst) til 2011 (mai).

Figur 40 viser andelene med arbeidslivstilknytning fordelt etter type tilbud finansiert av helseforetakene. Som figuren viser var det tilbudet *arbeidsrettet rehabilitering i opptreningsinstitusjoner* som oppga lavest andel RT-mottakerne med arbeidslivstilknytning men forskjellene er små.



Figur 40. Anslå hvor mange prosent av RT-mottakerne som hadde en arbeidslivstilknytning for hvert av årene (Gjennomsnitt i prosent)? Etter type tilbud i helseforetak. 2007 (høst) til 2011 (mai).

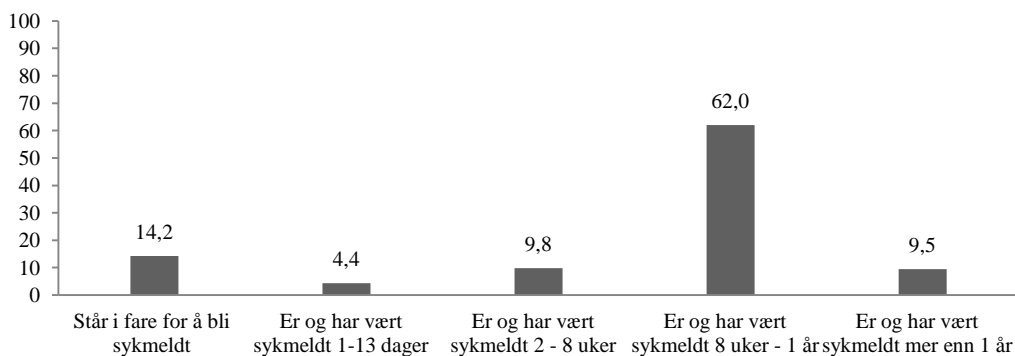
I de NAV-finansierte RT-tilbudene ser man at informantene fra tilbud av typen *oppfølging* og *avklaring* beskrev lavere andeler RT-mottakere med arbeidslivstilknytning alle årene. Andelen RT-mottakere med arbeidslivstilknytning i tre av typene tilbud oppgis å ha sunket litt fra Raskere tilbake- ordningen begynte i 2007 og til mai 2011 (se figur 41).



Figur 41. Anslå hvor mange prosent av RT-mottakerne som hadde en arbeidslivstilknytning for hvert av årene (Gjennomsnitt i prosent)? Etter type tilbud i NAV. 2007 (høst) til 2011 (mai).

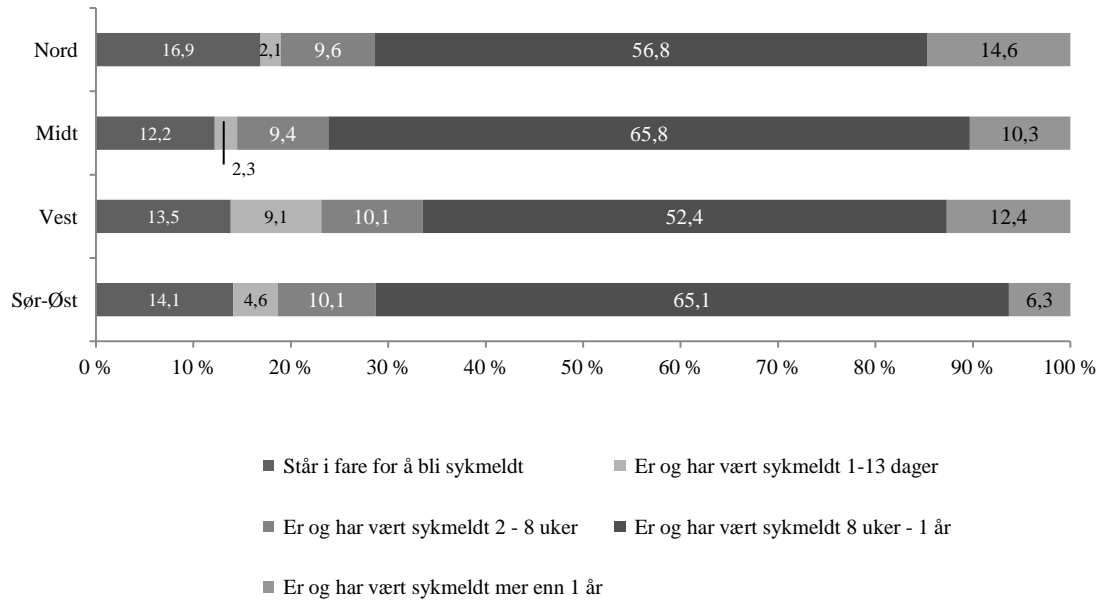
4.2.3 Sykmeldingsstatus

For RT-mottakerne med arbeidslivstilknytning ble informantene bedt om å oppgi sykmeldingsstatus ved oppstart av tilbudet. Cirka 73 prosent av informantene ga svar basert på egne estimater, mens 27 prosent svarte på bakgrunn av intern statistikk. Figur 42 viser at i følge informantene hadde godt over halvparten vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år. Kun 14 prosent sto i fare for å bli sykmeldt. Sykmeldte i 1 til 8 uker var sjeldne mottakere av disse RT-tilbudene.



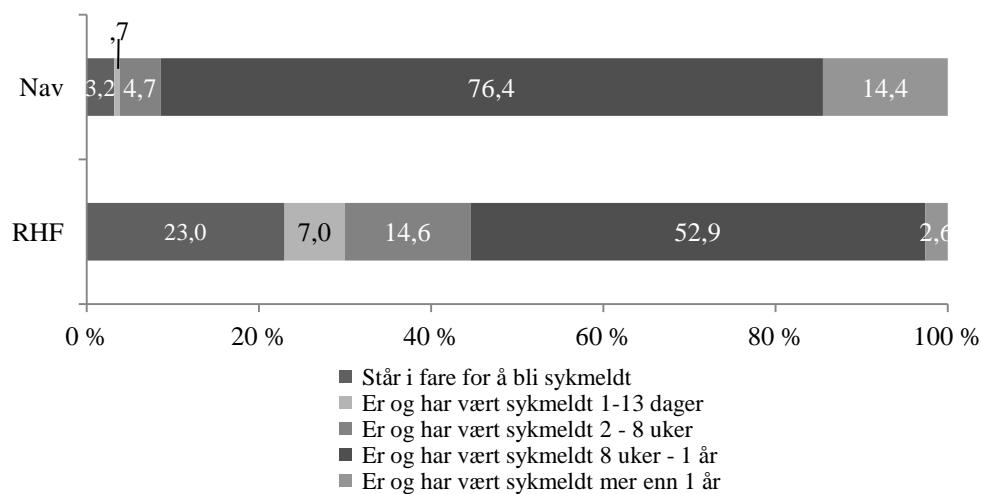
Figur 42. Anslå hvor lenge RT-mottakerne med arbeidslivstilknytning hadde vært sykmeldt ved oppstart av tilbudet (gjennomsnitt i prosent).

Figur 43 viser forskjellene i sykmeldingsstatus etter region. Som man ser er ikke variasjonene veldig store, men andelene innenfor den største gruppen (sykmeldt åtte uker til ett år) er noe høyere for tilbud lokalisert til Midt-Norge og Sør-Øst-Norge. I Vest-Norge kommer cirka hver tredje til dette tilbudet tidlig, versus bare hver femte, i Midt-Norge. Sør-Øst-Norge har den laveste andelen av de som har vært sykmeldt over ett år. Høye spredningstall indikerer imidlertid stor variasjon tilbudene i mellom, i samme region. Særlig gjelder dette andelene som står i fare for å bli sykmeldt, og andelen som har vært sykmeldt i åtte uker til ett år (se vedlegg 2).



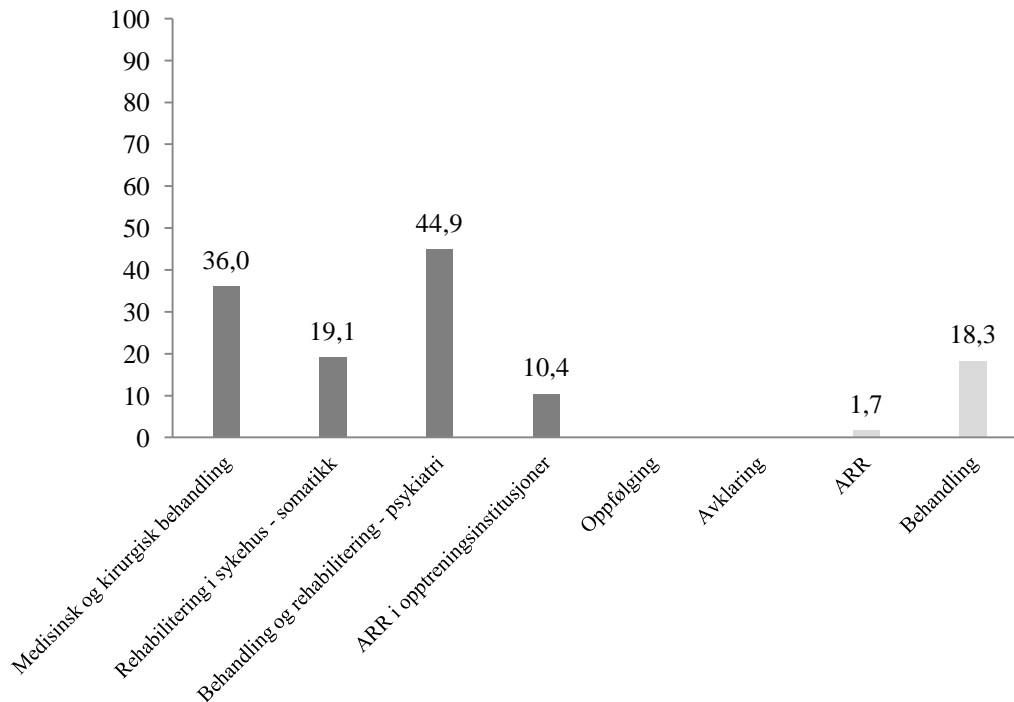
Figur 43. Anslå hvor lenge RT-mottakerne hadde vært sykmeldt ved oppstart av tilbudet (gjennomsnitt i prosent). Etter region.

Ser man på sykmeldingsstatus etter hvilken finansiering tilbudet har, finner man at andelen RT-mottakerne som har vært sykmeldt mer enn åtte uker er høyest i de NAV-finansierte tilbudene (se figur 44). Man kan også se en stor forskjell i andelen som står i fare for å bli sykmeldt, 3,2 versus 23 prosent. Her er det viktig å presisere at NAV ikke gir RT-tilbud til denne målgruppen. De NAV-finansierte tilbudene har også en svært liten andel mottakere som har vært sykmeldt i kun 1-13 dager. Nesten halvparten av RT-mottakerne til helseforetakenes RT-tilbud kommer til tilbudet før 8 uker, og hver fjerde av deres mottakere står ifølge informantene i fare for å bli sykmeldt.



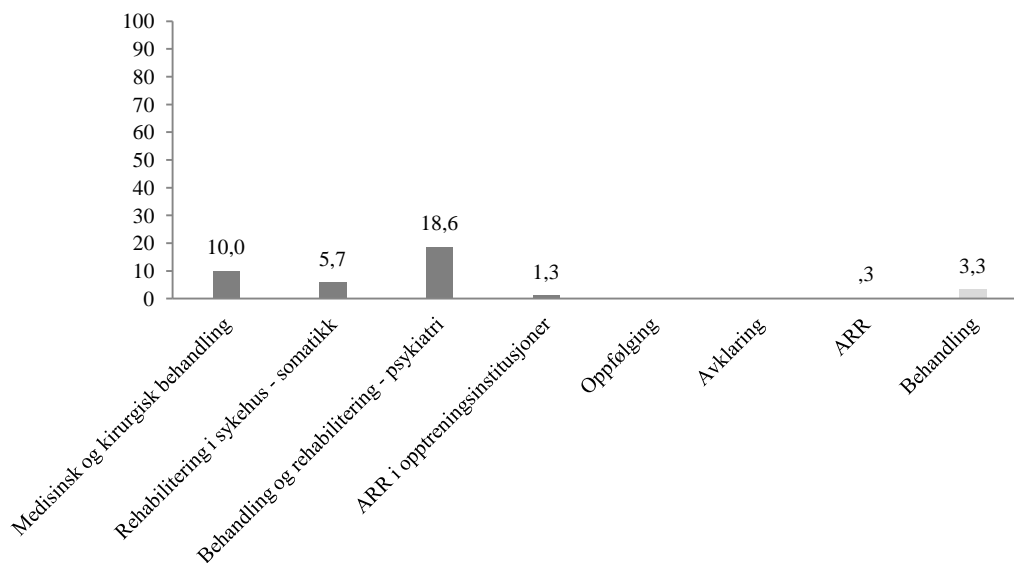
Figur 44. Anslå hvor lenge RT-mottakerne hadde vært sykmeldt ved oppstart av tilbudet (gjennomsnitt i prosent). Etter finansieringskilde.

Figur 45 viser hvordan andelen med sykmeldingsstatusen ”står i fare for å bli sykmeldt” som oppgis varierer mellom tilbudstypene. Blant de helseforetakfinansierte tilbudstypene varierer gjennomsnittsandelen i følge informantene fra 10,4 prosent i tilbudstypen *arbeidsrettet rehabilitering i oppfølgingsinstitusjoner*, til 44,9 prosent i tilbudet *behandling og rehabilitering - psykiatri*.



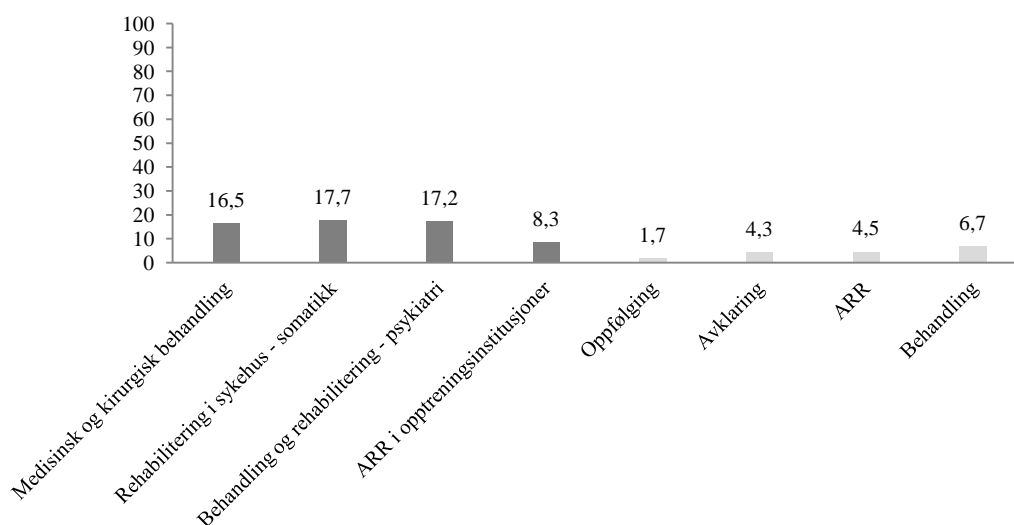
Figur 45. Andelen som tilhører gruppen ”står i fare for å bli sykmeldt” ved oppstart av tilbudet (prosent). Helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått. ARR= arbeidsrettet rehabilitering.

Når det gjelder andelen som har vært sykmeldt 1-13 dager, viser figur 46 at de er svært lave. Informanter fra tilbudet av typen *behandling og rehabilitering - psykiatri* beskrev den høyeste andelen, med 18,6 prosent.



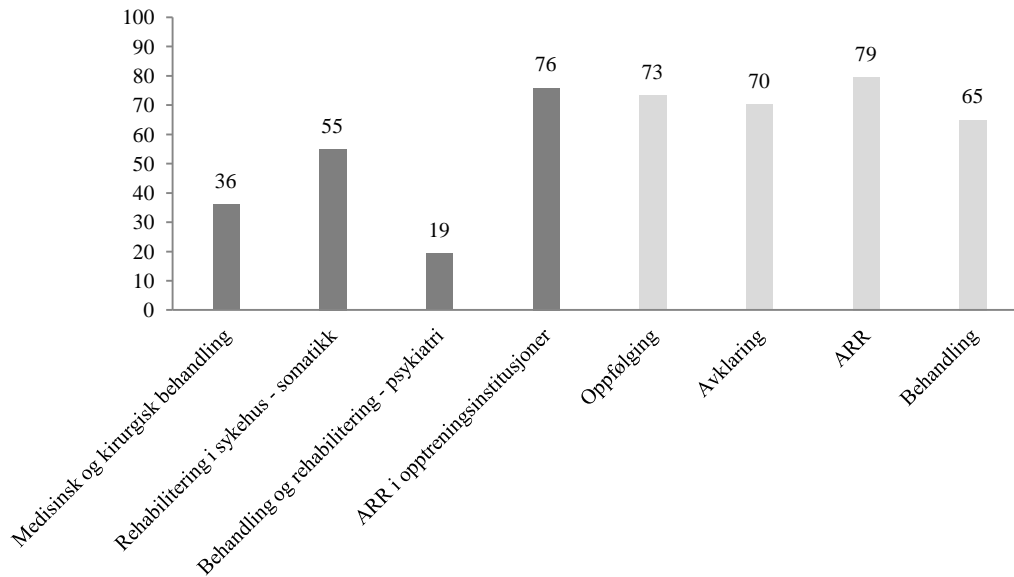
Figur 46. Andelen som tilhører gruppen "er og har vært sykmeldt i 1-13 dager ved oppstart av tilbudet" (prosent)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått. ARR= arbeidsrettet rehabilitering.

Figur 47 viser andeler som har vært sykmeldt 2-8 uker ved oppstart av tilbudet. Informantene fra de NAV-finansierte tilbudene beskrev at de hadde svært få RT-mottakere med denne sykmeldingslengden ved oppstart av tilbudet.



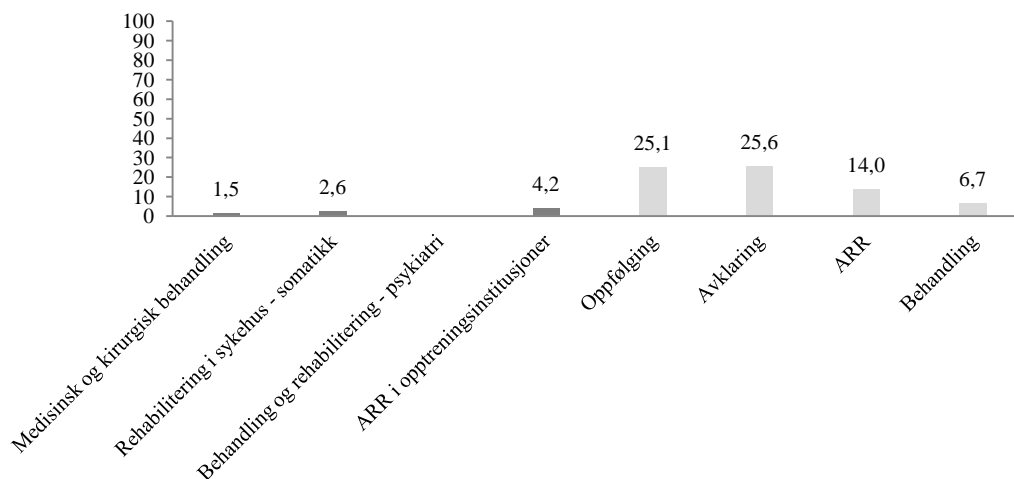
Figur 47. Andelen som tilhører gruppen ”er og har vært sykmeldt i 2-8 uker ved oppstart av tilbudet” (prosent)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått. ARR= arbeidsrettet rehabilitering.

Når det gjelder sykmeldingsstatusen ”sykmeldt i 8 uker til 1 år” viser figur 48 variasjonen etter de ulike tilbudstypene. Samlet sett oppgis andelen RT-mottakere med denne statusen å være høy i de fleste typene tilbud, og generelt høyere i de NAV-finansierte tilbudstypene sammenlignet med de helseforetakfinansierte tilbudstypene. Man ser også en større variasjon blant de helseforetakfinansierte tilbudstypene. Sammenligner man de tre typene somatiske rehabiliteringstilbud, ser man at andelen RT-mottakere med denne sykmeldingsstatusen varierer, og at rehabiliteringstilbudet i sykehusene skiller seg fra de andre to arbeidsrettede rehabiliteringstilbudene (ARR). Man kan i tillegg sammenligne NAVs tilbud *behandling* med helseforetakenes *behandling og rehabilitering - psykiatri*, ettersom størsteparten av RT-mottakerne i NAVs behandlingstilbud har psykiske lidelser som primærdiagnose. I NAVs behandlingstilbud oppgis 65 prosent av RT-mottakerne å tilhøre denne gruppen, mens det i helseforetakstilbudet kun var 19 prosent.



Figur 48. Andelen som tilhører gruppen ”er og har vært sykmeldt i 8-52 uker ved oppstart av tilbudet” (prosent)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått. ARR= arbeidsrettet rehabilitering

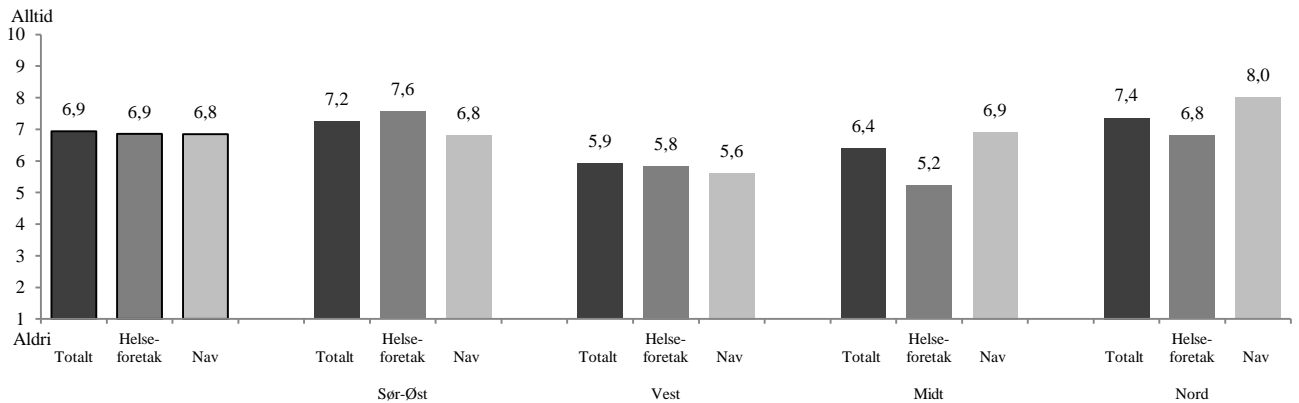
Figur 49 viser de ulike tilbudstypene, og hvor store andeler RT-mottakere som har vært sykmeldt i over ett år. Man faller utenfor målgruppen til Raskere tilbake dersom en har vært sykmeldt over ett år. Man får da tilsvarende tilbud på en annen budsjettpost. Men, man kan få et RT-tilbud mens man er sykmeldt og går over ett år (for eksempel hvis man er oppmeldt til RT-tiltaket ved 51 uker for eksempel). Som det fremkommer av figuren er det RT-tilbudene finansiert av NAV som har de største andelene RT-mottakerne med denne statusen. I tilbudene av typene *avklaring* og *oppfølging* oppgis hver fjerde mottaker å ha denne statusen.



Figur 49. Andelen som tilhører gruppen ”er og har vært sykmeldt mer enn 52 uker ved oppstart av tilbudet” (prosent)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått. ARR= arbeidsrettet rehabilitering

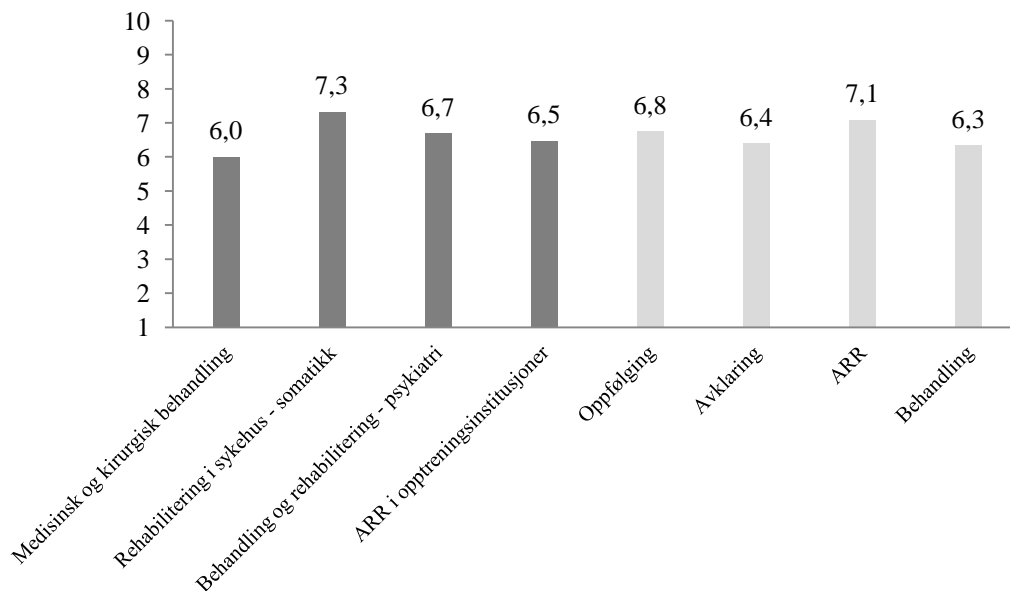
4.2.4 Ferdig medisinsk utredet?

Et spørsmål i undersøkelsen handlet om hvorvidt informantene opplevde at RT-mottakerne var ferdig medisinsk utredet da de ble henvist til RT-tilbudet. De svarte på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid). Figur 50 viser hva de svarte, fordelt på region og finansieringskilde.



Figur 50. Hvor ofte er RT-mottakerne medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

Figur 51 viser at det i følge informantenes svar ikke var store variasjoner etter type tilbud.

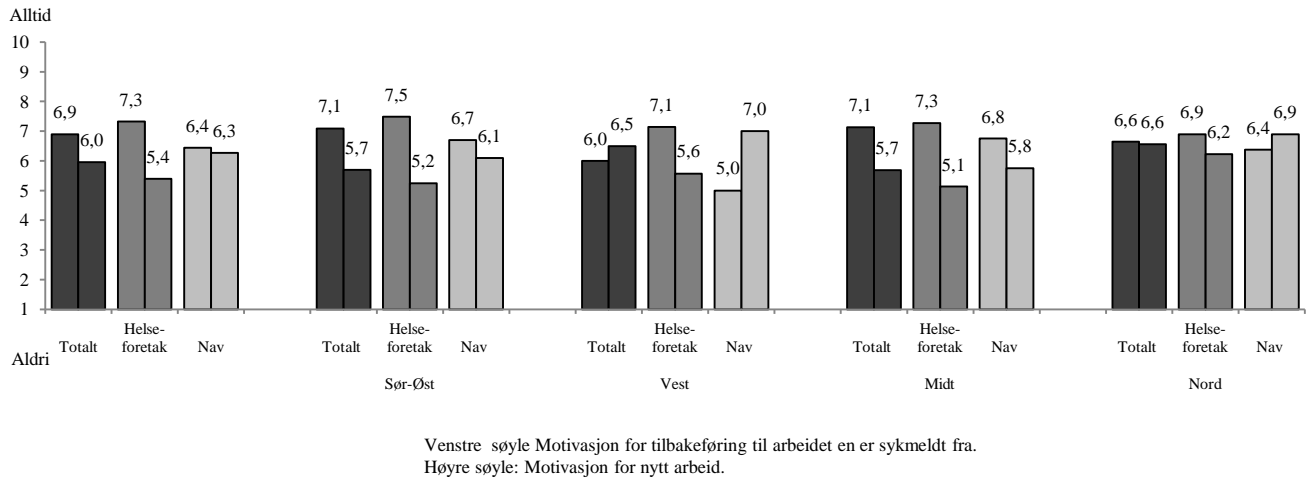


Figur 51. Hvor ofte er RT-mottakerne medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud (gjennomsnitt)? Type tilbud, helseforetaksfinansierte i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

4.2.5 Motivasjon

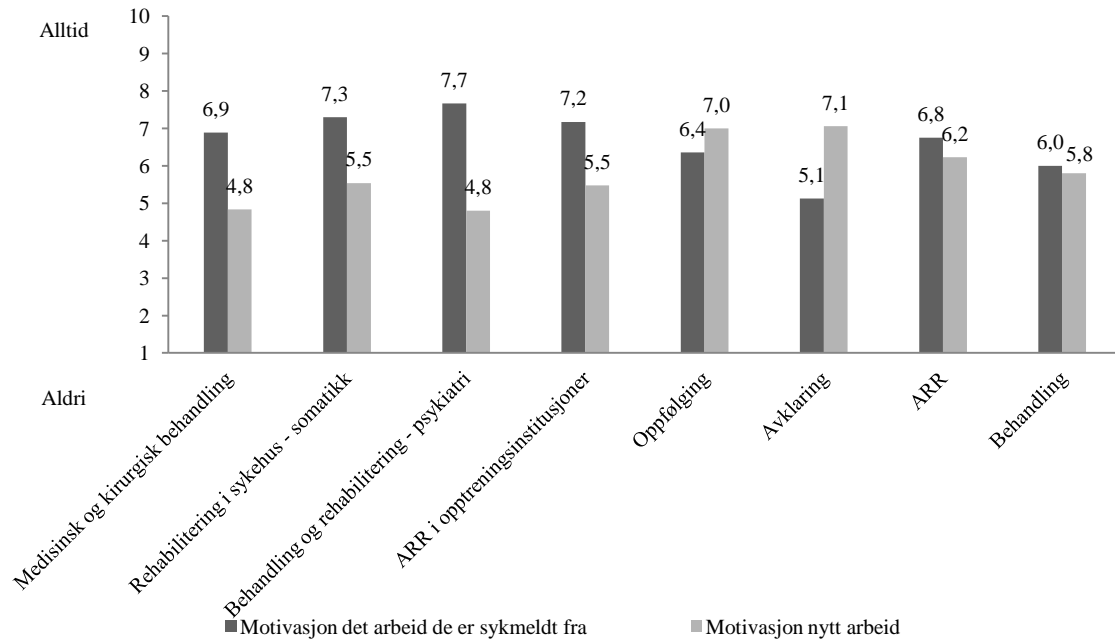
4.2.5.1 Motivasjon for tilbakeføring

Figur 52 fremstiller hvor ofte informantene mente at RT-mottakerne er motiverte for tilbakeføring til det arbeidet de var sykmeldt fra, eller til nytt arbeid. Resultatene viser at motivasjon ofte er en relevant problemstilling blant mange RT-mottakere i tilbudene.



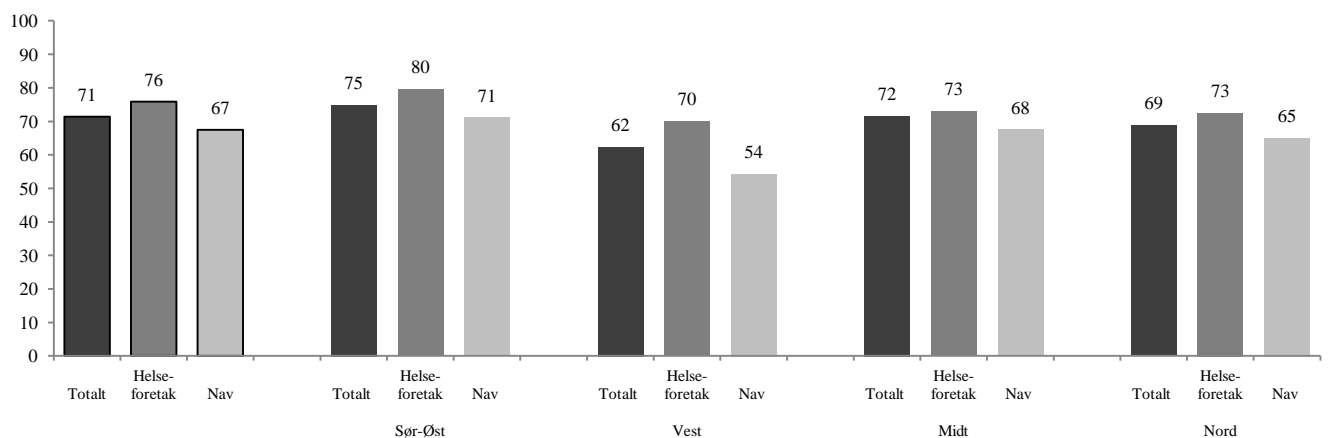
Figur 52. Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra, eller til nytt arbeid (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

Figur 53 viser forskjellene i motivasjon etter type RT-tilbud innenfor helseforetakene og NAV. Man ser at i følge informantene i alle helseforetaksfinansierte tilbud er mottakerne oftere motiverte for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldte fra, enn til nytt arbeid. I NAV-tilbudene *oppfølging* og *avklaring* derimot, er mottakerne oftere motiverte for tilbakeføring til nytt arbeid. Informantene fra tilbudene av typen *behandling og rehabilitering - psykiatri* var de som oppga at mottakerne oftest er motiverte for tilbakeføring til samme arbeid, men sjeldnest for nytt arbeid.



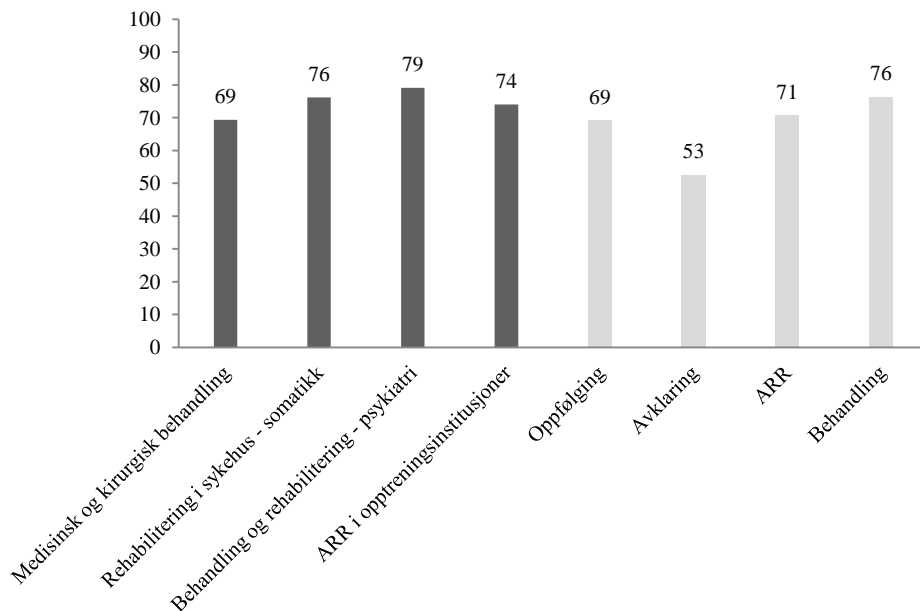
Figur 53. Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra/nytt arbeid (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, de fire søylene til venstre er helseforetaksfinansierte tilbud, mens de fire til høyre er NAV-finansierte tilbud.

Informantene ble i tillegg til graden av motivasjon også spurt om hvor stor *andel* av RT-mottakerne de opplever er motiverte for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra. Figur 54 viser hva de svarte. Man kan se at gjennomsnittlig er det 71,4 prosent av RT-mottakerne som oppleves å være motiverte. Fordelt på region var det informantene fra tilbud lokalisert i Sør-Øst-Norge som oppga høyest andel. Tilbudene i Vest-Norge oppga en litt lavere andel motiverte RT-mottakerne. Tilbud finansiert av helseforetakene hadde også en noe høyere andel enn de NAV-finansierte tilbudene. Spredningstallene viser store forskjeller tilbudene i mellom. Minimums- og maksimumsverdiene viser at i noen grupper varierte svarene fra 5 til 100 prosent motiverte mottakere.



Figur 54. Anslå hvor mange prosent av deres RT-mottakerne som er motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra (gjennomsnitt, prosent).

Figur 55 viser hvor mange prosent av mottakerne som informantene anslo var motiverte, etter type tilbud. Man ser forskjeller i den rapporterte motivasjonen, og at NAV-tilbudet *avklaring* i følge informantene har den laveste andelen motiverte mottakere, mens helseforetakstilbudene *rehabilitering i sykehus - somatikk* og *behandling og rehabilitering – psykiatri* har de høyeste andelen motiverte mottakere.



Figur 55. Anslå hvor mange prosent av deres RT-mottakerne som er motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra (gjennomsnitt). Helseforetaksfinansierte tilbud er i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

4.2.5.2 Motivasjonsutfordringer

Informantene ble bedt om å beskrive hvilke utfordringer de opplevde med Raskere tilbake-mottakernes motivasjon. Informantene fortalte om ulike utfordringer og forhold som i følge dem påvirket motivasjonen til Raskere tilbake- mottakerne. De forholdene som oftest ble nevnt uavhengig av type tilbud eller finansiering er fremstilt i tabell 12, og kan deles inn i forhold ved RT-mottakerne, forhold ved RT-mottakernes arbeidsplass, og forhold ved velferdssystemet. Forholdene var i følge informantene noe som kunne virke inn på motivasjonen både positivt og negativt.

Tabell 12. Forhold som i følge informantene påvirker motivasjonen til Raskere tilbake- mottakerne.

<i>Forhold ved RT-mottakerne</i>	Sykdomslengde, alder, utdanningsnivå, familiære forhold, psykososiale forhold, og språklige og kulturelle barrierer.
<i>Forhold ved RT-mottakernes arbeidsplass</i>	Konflikt på arbeidsplass, trivsel/mistrivsel på arbeidsplass, dialogen med arbeidsgiver, tilretteleggingsmuligheter, belastningsnivå på jobben, arbeidets art og størrelse på bedrift.
<i>Forhold ved velferdssystemet</i>	Sykelønnsnivået, fraværlengde, kommunikasjonen med NAV-systemet, tidspunkt for igangsettelse av tiltak og økonomi.

Det som gikk oftest igjen blant informantene uavhengig av type tilbud og finansieringskilde, var at fraværlengde, sykdomslengde og tidspunkt for igangsettelse av tiltak var i stor grad medvirkende til Raskere tilbake- mottakernes reduserte motivasjon. Mange informanter beskrev at jo lengre en hadde vært sykmeldt, jo lavere var motivasjonen for tilbakeføring til jobb. Blant annet ble det uttalt; *”lang sykemeldingslengde predikerer lav motivasjon”*, og *”de har vært sykmeldt alt for lenge, prosessen har gått så langt at motivasjonen synker”*. Det ble poengtert at RT-mottakerne ofte blir henvist for sent til tilbudet og at de har *”mer motivasjon jo tidligere de kommer inn i tiltaket”*. Et annet aspekt som en informant nevnte, var at *”motivasjonen avhenger av hvor mange tiltak de allerede har prøvd før de starter opp”*.

At motivasjonen kan bli påvirket av kontakten med NAV ble også nevnt. Flere av informantene fortalte om erfaringer med RT-mottakerne som på grunn av negative opplevelser og utfordringer med NAV hadde mistet motivasjonen. En informant beskrev at *”ulike utfordringer i møte med NAV kan skape en barriere”*, en annen uttalte at *”mange pasienter har problemer med NAV som gir lav motivasjon”*. Videre var det psykososiale arbeidsmiljøet noe som mange informanter tok opp som en viktig påvirkningsfaktor for motivasjonen for tilbakeføring. Det ble nevnt at trivsel på jobben har sammenheng med hvor motivert en er for tilbakeføring. Negative forhold som konflikter på arbeidsplassen påvirker trivselen. En fortalte at *”noen opplever mistrivsel i jobb og konflikter i arbeidssituasjonen, de orker ikke tanken på jobben”*. Andre forhold ved arbeidsplassen som informantene mente hadde innvirkning på Raskere tilbake- mottakernes motivasjon var bedriftens størrelse med tanke på muligheter for tilrettelegginger og omplasseringer, og hvorvidt RT-mottakerne mente arbeidsbelastninger var årsaken til sykmeldingen. En informant beskrev det slik: *”De som er overbevist om at det er belastninger på jobb som er årsakene er mindre motivert”*. Noen motivasjonsutfordringer fremkom å være knyttet til spesifikke typer RT-tilbud. Disse vil gjennomgås i de kommende avsnittene.

4.2.5.2.1 Motivasjonsutfordringer i helseforetakenes tilbud

Informantene fra tilbudene *medisinsk og kirurgisk behandling* nevnte mistrivsel på arbeidsplass og sykdomslengde som viktige forhold for motivasjonen til sine mottakere. Flere av informantene fra tilbudene av typen *rehabilitering i sykehus - somatikk* nevnte også sykemeldingslengde, og arbeidsgiverkonflikt som innflytelsesrike forhold for motivasjonen. Jobbkraav som ikke er forenelig med helsesituasjon ble også nevnt som viktige for motivasjonen, en informant beskrev; *”yrkets krav til fysisk funksjonsevne, samt jobbtfredshet*

er forhold som er viktige for motivasjonen". Videre ble det sagt at dersom belastninger på jobb ble oppfattet som årsakene til sykemelding, kunne dette virke demotiverende. Det ble også nevnt av flere at problemer og "utfordringer i møte med NAV" kan skape en barriere. Dårlig fysisk helse og lavt selvbilde ble også nevnt. Det ble også uttalt at *"ofte skorter det ikke på motivasjonen, men på tilretteleggingsmulighetene på arbeidsplassen"*. Blant tilbudene av typen *behandling og rehabilitering - psykiatri* ble det uttalt at symptomenes art i seg selv kan være et viktig forhold som påvirker motivasjonen; *"depresjon og angst gjør at mennesker gir opp, skaper en håpløshet"*. Utbrenthet ble også nevnt som en årsak til lav motivasjon. Også informantene fra tilbud av typen *ARR i opptreningsinstitusjon* nevnte at dårlig fysisk form ofte henger sammen med motivasjonen. Og at dette, sammen med dårlig selvbilde, og liten tro på egen mestring er tett knyttet til hvor motiverte RT-mottakerne er for tilbakeføring. Flere nevnte at en passiv livsstil og utfordringene med å endre livsstil var noe som virket inn på motivasjonen til RT-mottakerne. Det ble også nevnt at helseproblemene i seg selv kan være en direkte barriere som vanskeliggjør arbeidet, og forringer motivasjonen. En informant beskrev at smerter og utrygghet er et problem, *"en vet ikke hvor mye en kan bruke kroppen, dette gir motivasjonsutfordringer"*. Tilleggsdiagnoser ble også nevnt som innflytelsesforhold for motivasjonen, en informant sa for eksempel at; *"smerter og tilretteleggingsvansker minker motivasjon, samt mangel på energi"*. Det ble beskrevet at når smerteproblematikken er av en slik art at plagene til dels er usynlige, vanskeliggjøres situasjonen, og motivasjonen kan minke. En informant beskrev at når RT-mottakerne er i *"sykdomsmodus"* passiviserer en, og det går utover motivasjonen.

4.2.5.2.2 Motivasjonsutfordringer i NAV-tilbudene

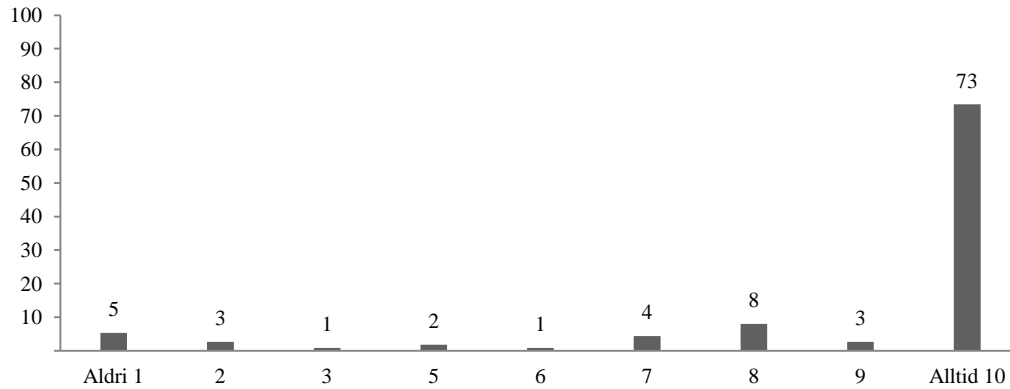
Flere informanter fra tilbudstypen *oppfølging* beskrev at sammensatte problemstillinger forstyrrer motivasjonen for RT-mottakerne. Også her ble det nevnt at motivasjonen er: *"ofte lidelsestilknyttet, for eksempel ved depresjon, hvor lav motivasjon er en del av symptombildet"*. En annen utfordring med tanke på motivasjonen som ble nevnt, var at RT-mottakerne av og til ikke er inneforstått med at de må være fleksible når det gjelder å løse situasjonen; *"noen vil bare gjøre det de har gjort før, andre vil absolutt gjøre noe annet"*.

Flere informanter fra tilbudstypen *avklaring* beskrev at mestring har innvirkning på Raskere tilbake- mottakernes motivasjon; *"det handler ofte om mestring. Opplevd dårlig mestring over lang tid"*. En annen informant beskrev det slik; *"det er vanskelig å få dem til å se at de har muligheten for å komme tilbake. Mye angst for at de ikke mestrer nye oppgaver"*. Videre ble det beskrevet at det kan være at det *"ikke er diagnosen, men selve fraværet som er kritisk for motivasjonen. Desto flere nye saksbehandlere i NAV, jo mindre motivasjon, jo lengre fravær desto mindre motivasjon"*.

Blant informantene fra tilbudene av typen *arbeidsrettet rehabilitering* ble også mestring, dårlig fysisk form, dårlig selvbilde, og liten tro på egne ferdigheter nevnt som viktige grunner til lav motivasjon blant Raskere tilbake- mottakerne. I tillegg ble det beskrevet at RT-mottakerne ofte har til felles at *"sykdomsbildet er misforstått. De innser ikke at de har en restarbeidsevne. Når denne øker, øker motivasjonen"*.

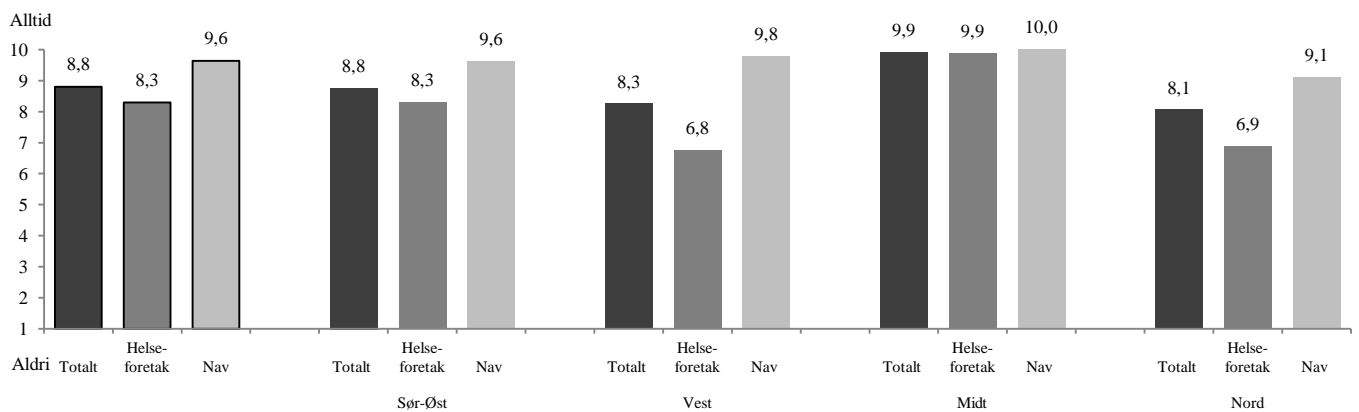
4.2.5.3 Utreddes motivasjon for tilbakeføring?

Figur 56 viser i hvor stor grad Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet ble utredet av RT-tilbudet, ut fra informantenes rapportering. Informantene svarte på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid). Som det kommer frem av figuren ble det oppgitt at Raskere tilbake- mottakers motivasjon alltid utredes i 73 prosent av RT-tilbudene, mens dette aldri skjedd i fem prosent av RT-tilbudene. Gjennomsnitt var 8,81 (SD=2,53).



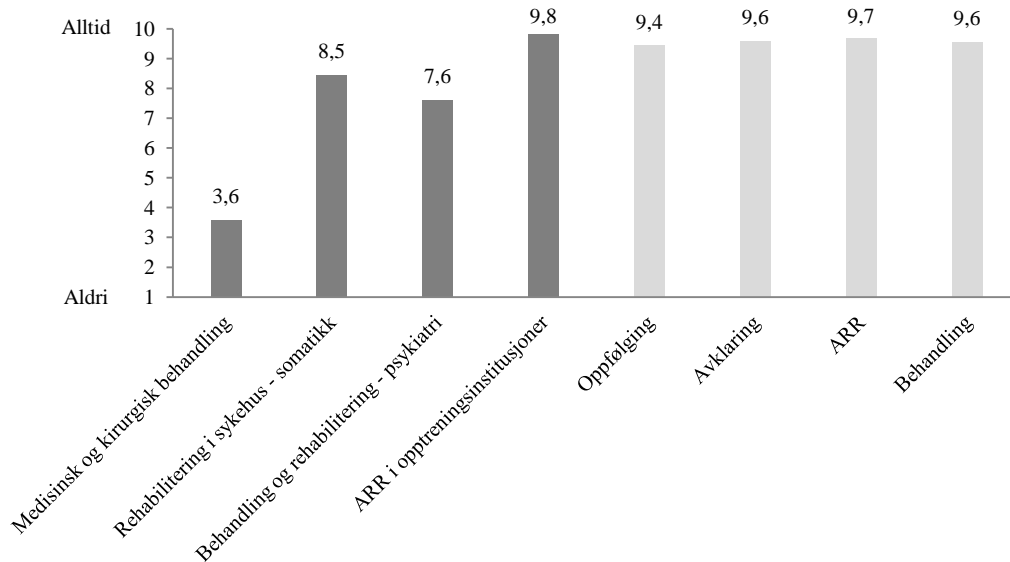
Figur 56. Utreddes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet (prosent)?

Figur 57 viser i hvor stor grad Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet ble utredet, fordelt på finansieringskilde. Informantene svarte på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid). Det var betydelig større forskjeller mellom helseforetakstilbudene i hvordan de svarte, sammenlignet med NAV-tilbudene (se vedlegg 2). RT-tilbudene med lokalisering i Midt-Norge hadde den klart høyeste gjennomsnittsskåren sammenlignet med tilbud i Sør-Øst-Norge, Vest-Norge og Nord-Norge, ifølge informantene. Dette var større spredning blant de som svarte i disse tre regionene (se vedlegg 2).



Figur 57. Utreddes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet (gjennomsnitt)?

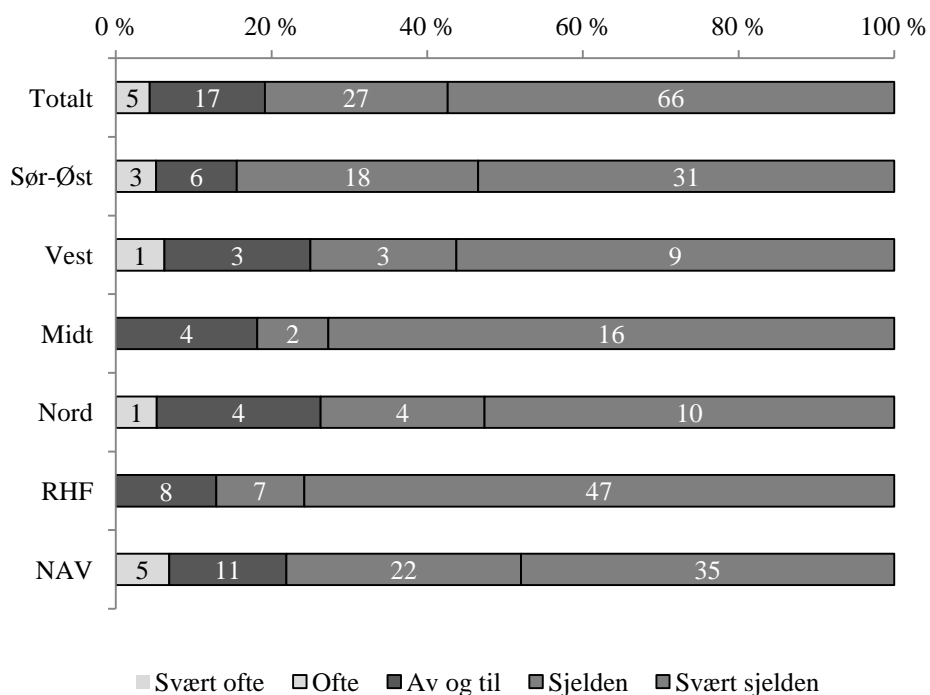
Figur 58 viser i hvor stor grad Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet ble utredet, fordelt på type RT-tilbud. Som figuren viser har alle tilbudstypene utenom to en gjennomsnittsskåre på over åtte, noe som vil si at den sykmeldtes motivasjon for tilbakeføring i arbeid utredes svært ofte i RT-tilbudene. Tilbudet av typen *medisinsk og kirurgisk behandling* skilte seg ut ved at utredning av motivasjon for tilbakeføring skjer sjeldent.



Figur 58. Utredes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

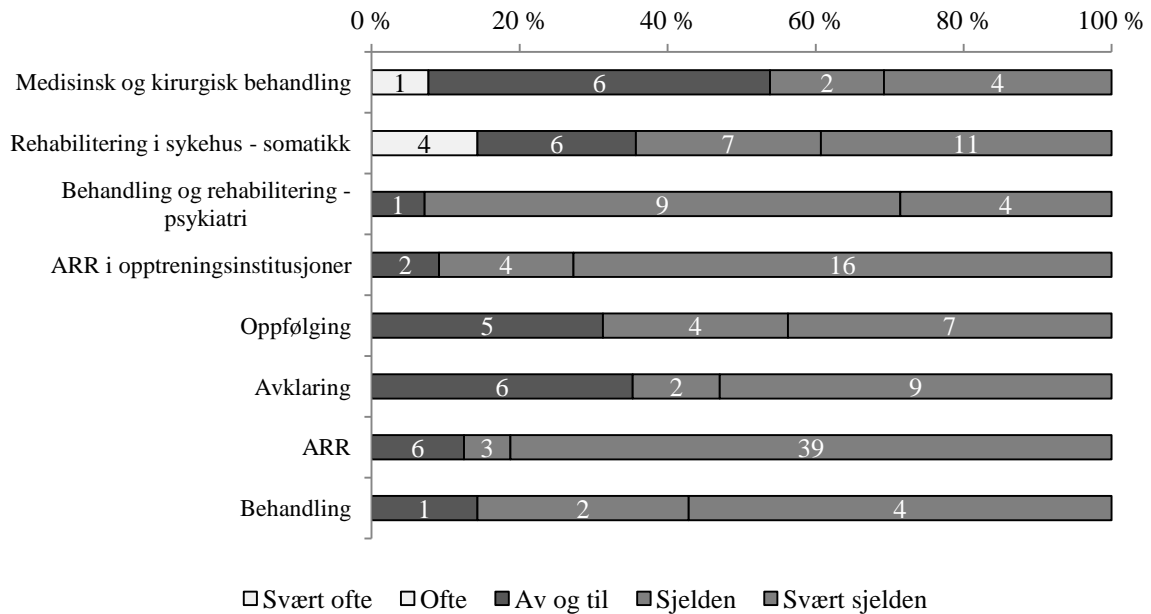
4.2.6 Har RT-mottakerne fått RT-tilbud før?

Informantene ble spurt om de mente at RT-mottakerne hadde mottatt tilbudet ved en tidligere anledning. Figur 59 viser hva de i gjennomsnitt svarte, samlet sett, og etter region og finansieringskilde. Som det fremkommer av figuren var det sjelden at de opplevde at RT-mottakerne hadde fått tilbudet ved en tidligere anledning. Figuren viser at forskjellene ikke var store.



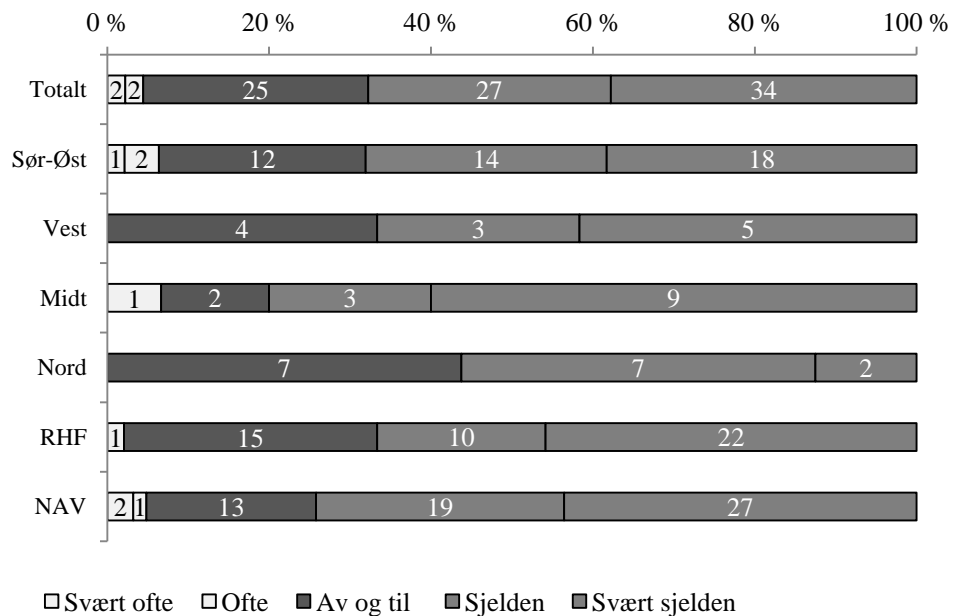
Figur 59. Hvor ofte har RT-mottakerne fått tilbudet deres ved en tidligere anledning (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

Figur 60 viser forskjellene mellom tilbudstypene. Man ser at dette skjer oftere i helseforetakstilbud av typene *medisinsk og kirurgisk behandling og rehabilitering i sykehus – somatikk*. I tilbudene *ARR i opptreningsinstitusjoner* (helseforetaksfinansiert), og *ARR* (NAV-finansiert), skjer det ifølge informantene svært sjelden.



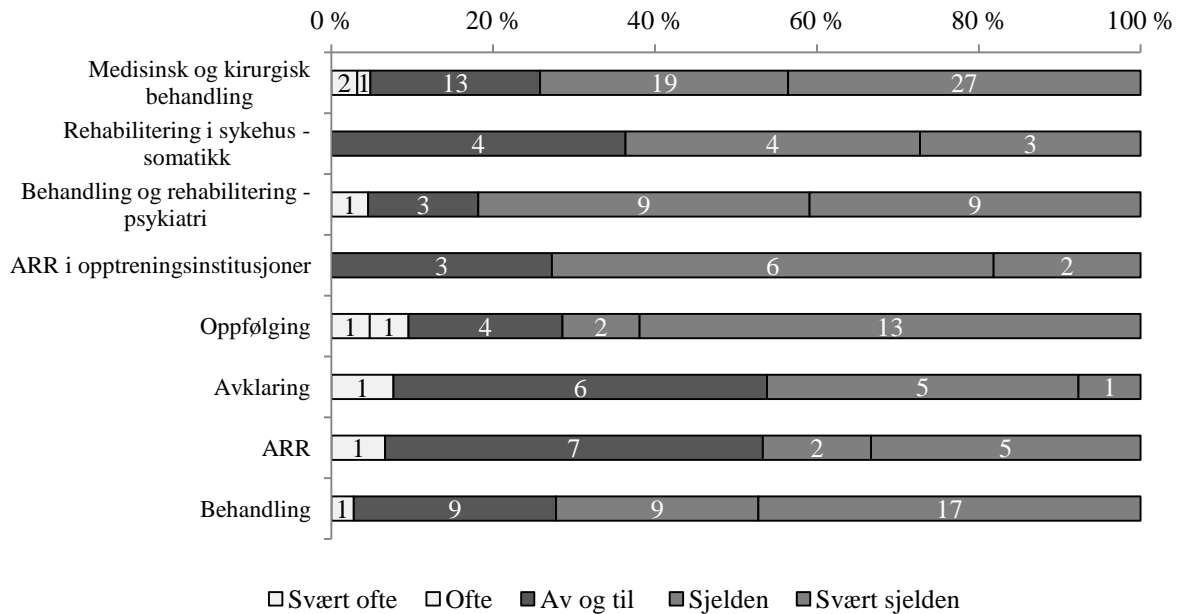
Figur 60. Hvor ofte har RT-mottakerne fått tilbudet deres ved en tidligere anledning (gjennomsnitt)? Etter type tilbud de fire øverste er helseforetaksfinansierte, de fire nederste er NAV-finansierte.

Informantene beskrev også hvor ofte de opplevde at RT-mottakerne hadde fått et annet RT-tilbud før. Figur 61 viser at de sjeldent, men litt oftere opplevde dette.



Figur 61. Hvor ofte har mottakerne fått et annet RT-tilbud ved en tidligere anledning (gjennomsnitt)? Etter region og finansieringskilde.

Figur 62 viser at RT-mottakerne ved de NAV-finansierte tilbudene *avklaring* og *ARR* oftest har fått et annet RT-tilbud før.

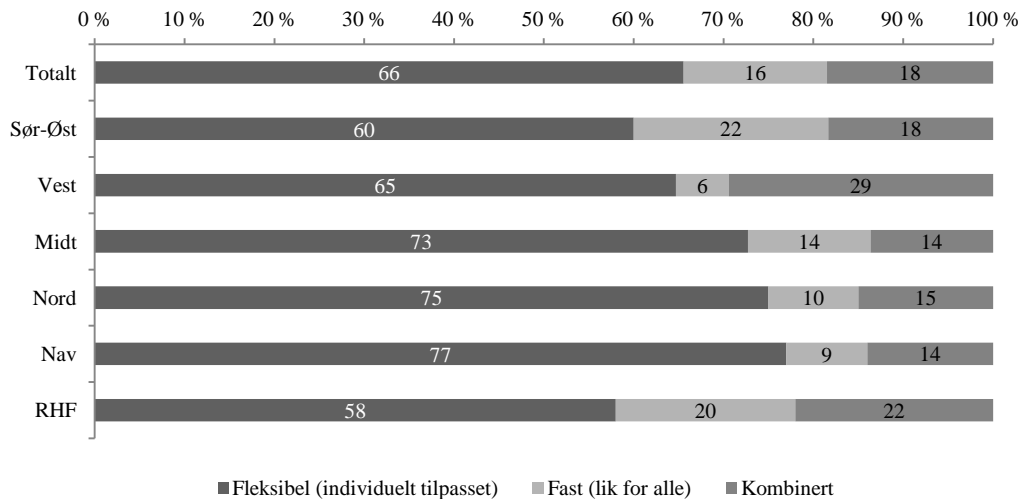


Figur 62. Hvor ofte har RT-mottakerne fått et annet RT-tilbudet ved en tidligere anledning (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, de fire øverste er helseforetaksfinansierte, de fire nederste er NAV-finansierte.

4.3 Del III: Om opplegget rundt hver enkelt RT-mottaker

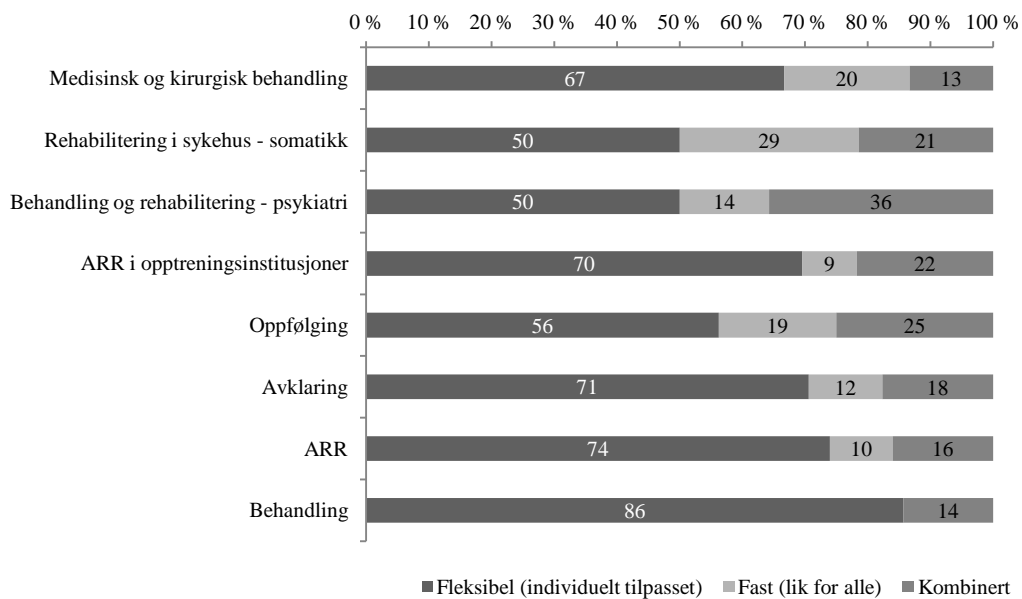
4.3.1 Varighet

Når det gjaldt lengden på RT-tilbudene til hver enkelt mottaker, var de fleste tilbudene fleksible med individuelt tilpasset varighet (se figur 63). Det var noe ulik fordeling i type lengde / varighet av RT-tilbudene fordelt på RT-tilbudenes geografiske plassering. I følge NAVs krav skal RT-tiltakene alltid tilpasses 100 prosent.



Figur 63. Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle (prosent)? Etter region og finansiering.

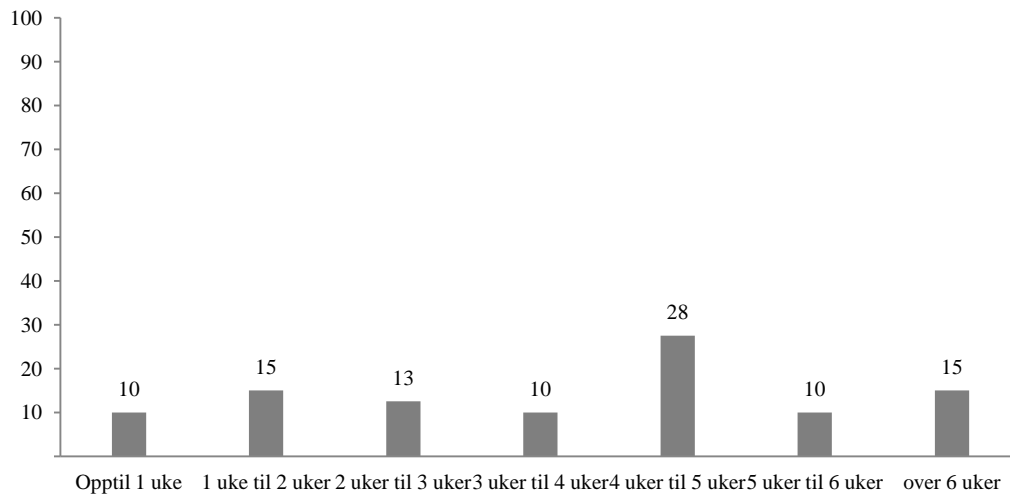
Figur 64 viser lengden / varigheten på RT-tilbudene fordelt på type tilbud. Figuren viser at det i følge informantene er til dels store variasjoner mellom tilbudstypene.



Figur 64. Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle (prosent)? ARR= Arbeidsrettet rehabilitering. Etter type tilbud, de fire øverste tilbudene er helseforetaksfinansierte, mens de fire nederste er NAV-finansierte.

RT-tilbudene varierte i lengde, her vist i gjennomsnittlig lengde (figur 65). Mange RT-tilbud mente dette spørsmålet var vanskelig, og besvarte derved ikke spørsmålet. Spørsmålet var antagelig lettest å besvare av de som hadde fast varighet på sitt tilbud. Fire til fem uker ble hyppigst nevnt av informantene som gjennomsnittlig lengde på et fast RT-tilbud. Ti prosent

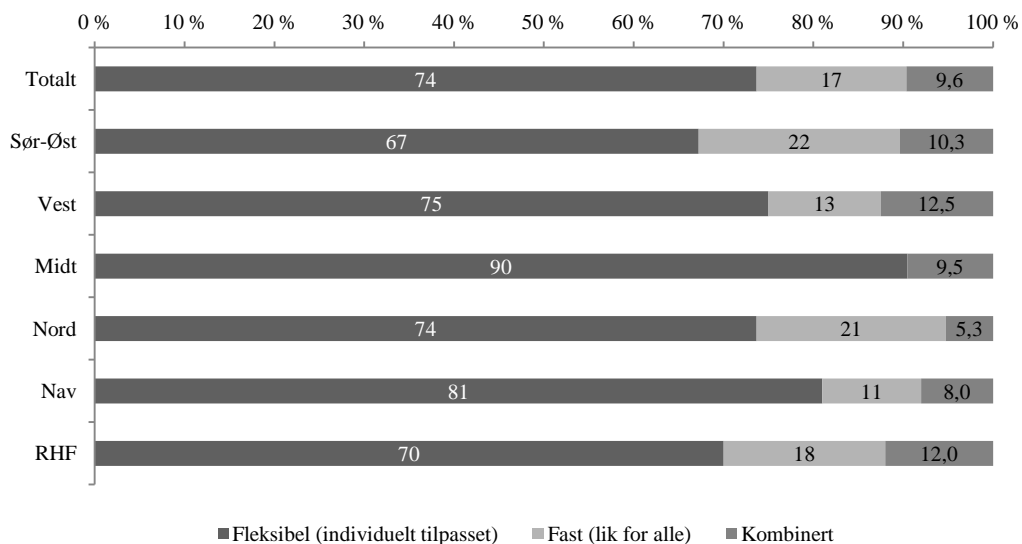
hadde RT-tilbud på gjennomsnittlig opptil en uke, mens 15 prosent hadde et RT-tilbud som varte gjennomsnittlig mer enn seks uker.



Figur 65. Dersom varigheten er fast, hvor lenge varer RT-tilbudet hos dere for den enkelte RT-mottaker (prosent)?

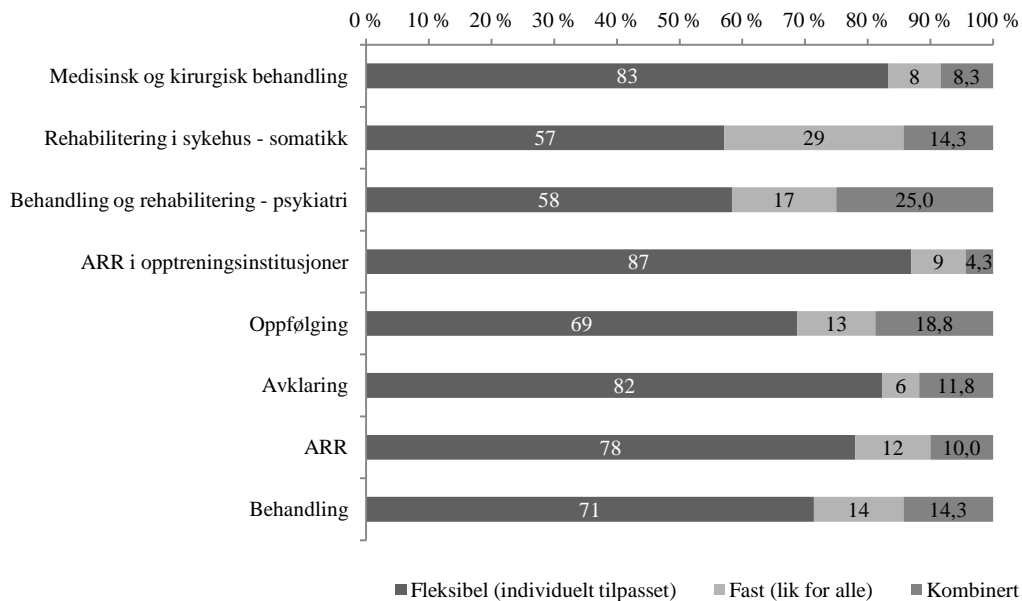
4.3.2 Tidsbruk per RT-mottaker

Tidsbruken per Raskere tilbake- mottaker var fleksibel (individuell tilpasset) i 73,7 prosent av RT-tilbudene (figur 66). Langt færre var lik for alle, mens bare 10 prosent var fast men med rom for individuelle tilpasninger. Tilbud i Midt-Norge oppga den høyeste andelen fleksibel individuelt tilpasset tidsbruk.



Figur 66. Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle (prosent)? Etter region og finansiering.

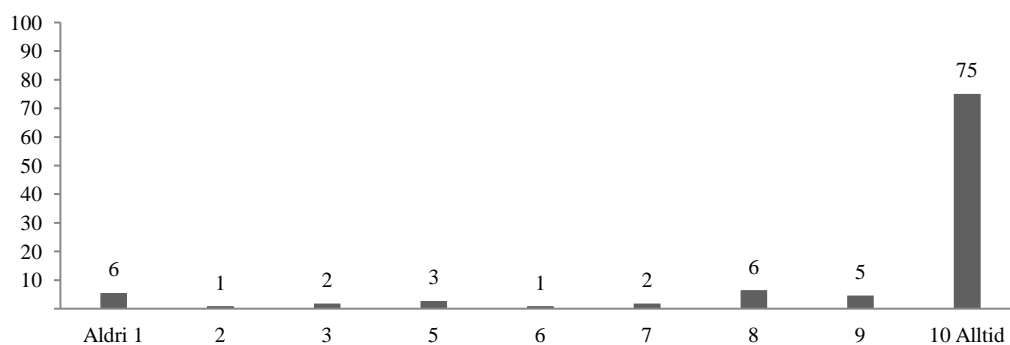
Figur 67 viser hvordan informantene svarte om tidsbruken var fleksibelt tilpasset for hver RT-mottaker fordelt på type RT-tilbud, eller fast. Som figuren viser var det noe forskjell i hvor fleksibel tidsbruken ved tilbudene var.



Figur 67. Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle (prosent)? Etter type tilbud, de fire øverste tilbudene er helseforetaksfinansierte, mens de fire nederste er NAV-finansierte.

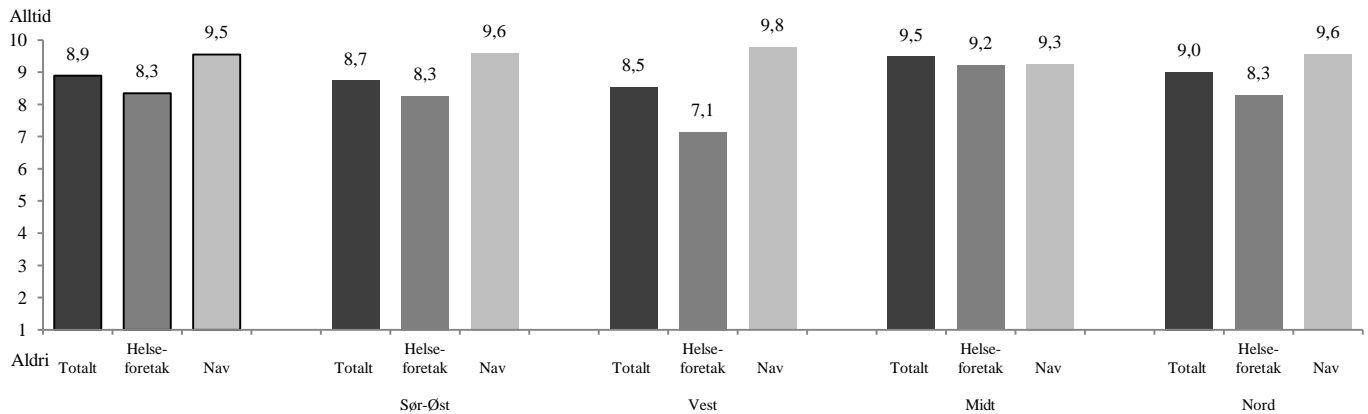
4.3.3 Utarbeidelse av plan for den enkelte RT-mottakerne

Figur 68 viser hvor ofte det ble utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker. Informantene ble bedt om å svare på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid). I følge NAVs krav skal det alltid utarbeides en plan. Resultatene viser at RT-tilbudene oppga at de i stor grad utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker. Gjennomsnittsskåre var 8,9.



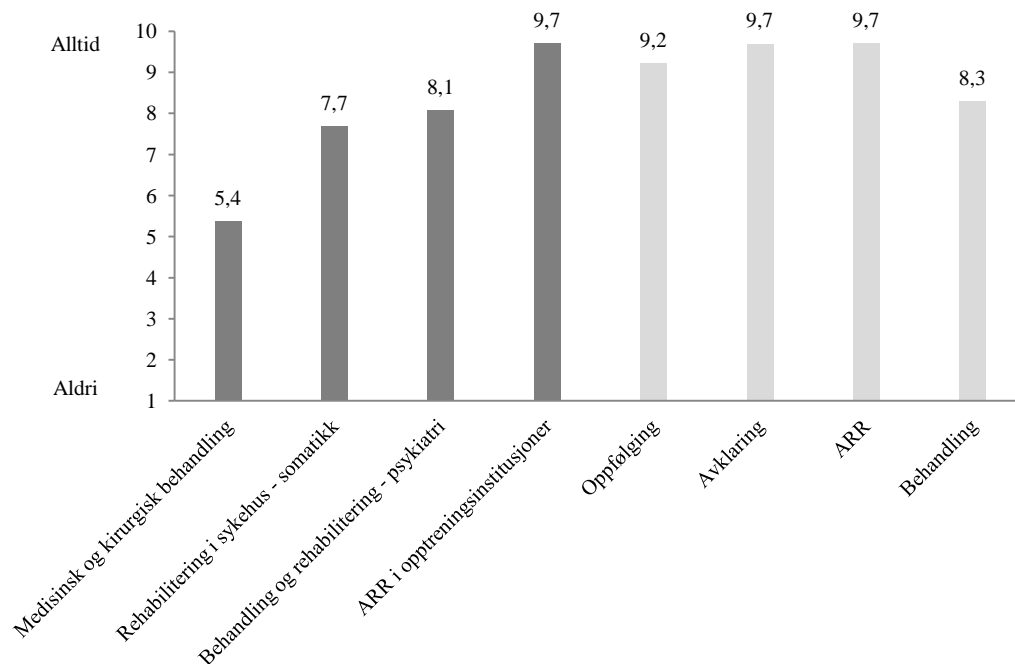
Figur 68. Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker (prosent)?

Figur 69 viser at informantene fra RT-tilbudene med NAV-finansiering oppga at det oftest ble utarbeidet plan for den enkelte RT-mottaker.



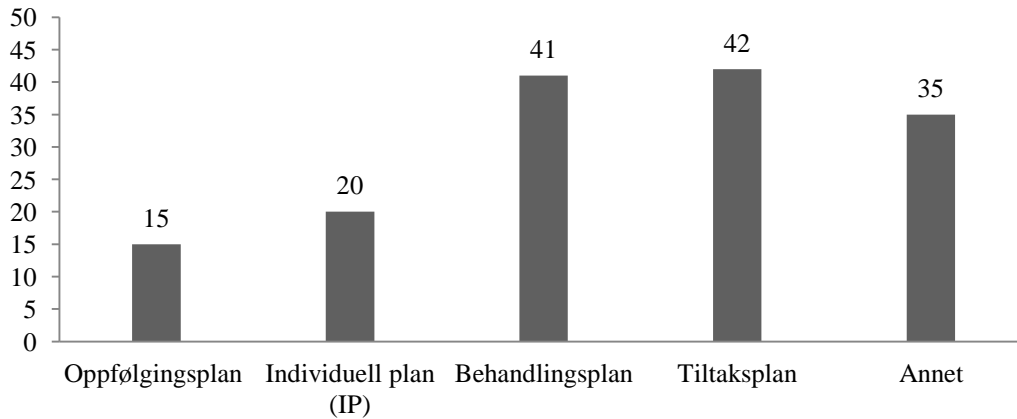
Figur 69. Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

Som figur 70 viser, ble det i de fleste typene tilbud i stor grad utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker.



Figur 70. Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

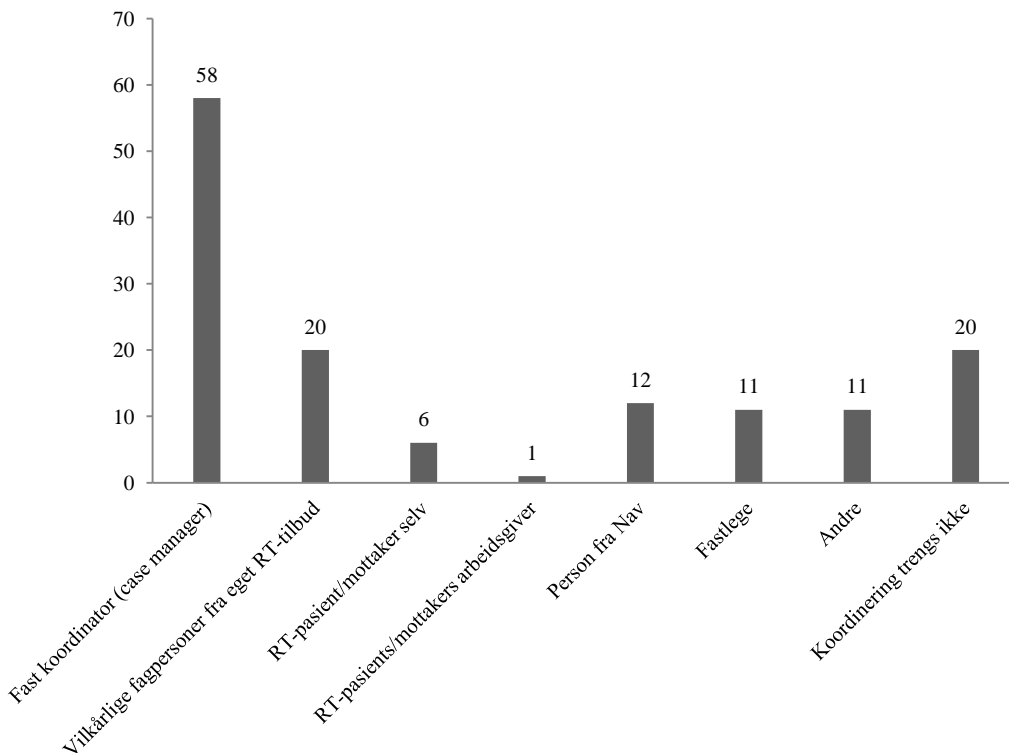
Figur 71 viser hvilken type plan som ble utarbeidet for RT-mottakere. Informantene kunne her velge mellom typene oppfølgingsplan, individuell plan, tiltaksplan, behandlingsplan og/eller annen type plan. Som det kommer frem av figuren svarte informantene at de utarbeidet tiltaksplan og behandlingsplan oftest. "Annet" var også et alternativ, der de skulle presisere hvilken plan de da tenkte på. Her ble i stor grad handlingsplan nevnt (n=18).



Figur 71. Hvilken type plan blir utarbeidet for den enkelte RT-mottaker (antall)? Informantene kunne svare mer enn et alternativ.

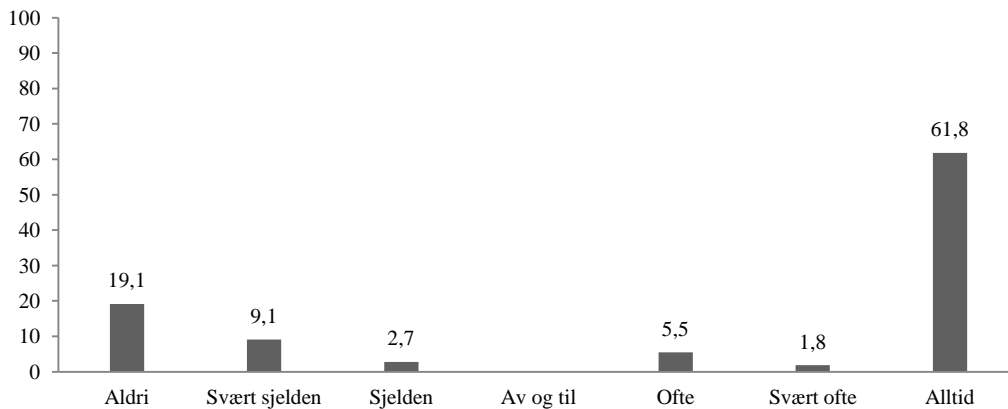
4.3.4 Koordinator/primærkontakt for Raskere tilbake- mottakerne

Som figur 72 viser, oppga informantene at cirka halvparten av RT-tilbudene oppnevnte en fast koordinator som koordinerte RT-tilbudet mellom seg og eksterne aktører. Det ble også svart at det i 20 RT-tilbud ikke trengtes koordinering.



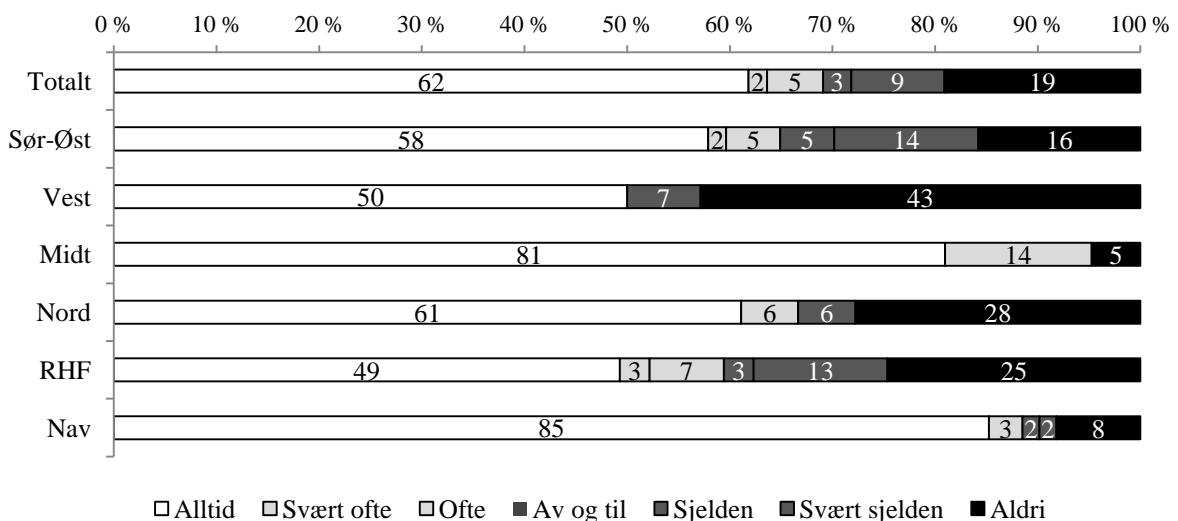
Figur 72. Hvem koordinerer RT-tilbudet mellom dere og eksterne aktører som fastlege, NAV, arbeidsplass, bedriftshelsetjeneste, og andre (antall)?

I figur 73 vises *hvor ofte* det ble oppnevnt en koordinator i den enkelte sak. Informantene svarte på en skala fra aldri til alltid. En koordinator ble alltid oppnevnt i 61,8 prosent av RT-tilbudene, mens det i en tredjedel av tilbudene aldri, svært sjelden eller sjelden ble gjort.



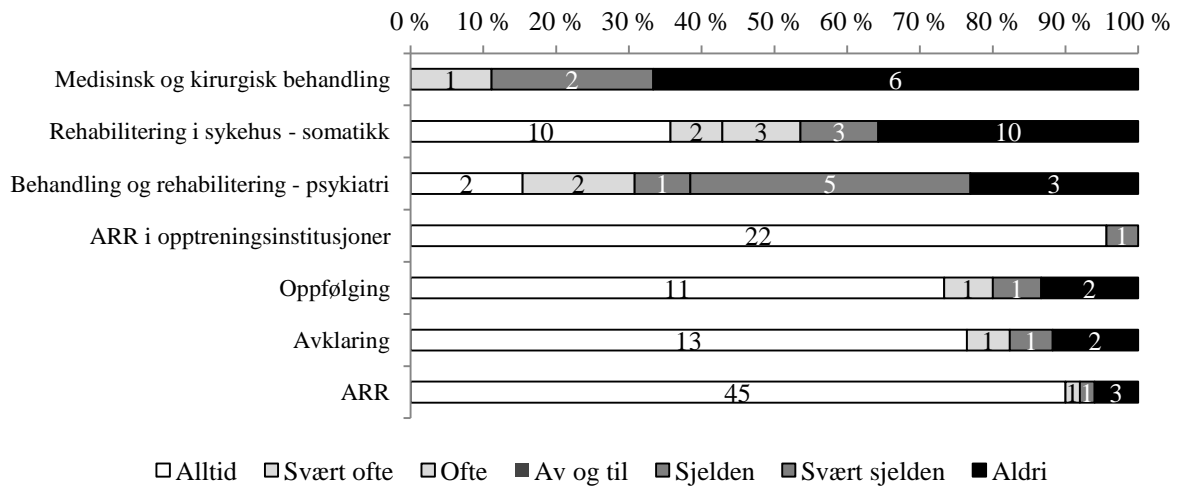
Figur 73. *Hvor ofte blir det oppnevnt en koordinator/ primærkontakt (case manager) som har som oppgave å sy sammen tilbudet og koordinere fagpersonene i den enkelte sak (prosent)?*

I figur 74 vises hvor ofte det ble oppnevnt en koordinator/ primærkontakt (case manager), fordelt på finansieringskilde og helseregion. Man ser at et høyt antall tilbud med finansiering fra NAV svarte at de alltid eller svært ofte oppnevnte en koordinator til denne funksjonen. For RT-tilbudene beliggende i Midt-Norge ble det oftest oppnevnt koordinator, blant de som var finansiert av helseforetakene. Ifølge informantene fra Vest-Norge ble det *aldri* oppnevnt koordinator i en så stor andel som 43 prosent av RT-tilbudene.



Figur 74. *Hvor ofte blir det oppnevnt en koordinator/ primærkontakt (case manager) som har som oppgave å sy sammen tilbudet og koordinere fagpersonene i den enkelte sak (prosent)? Etter region og finansiering. RHF = Helseforetak.*

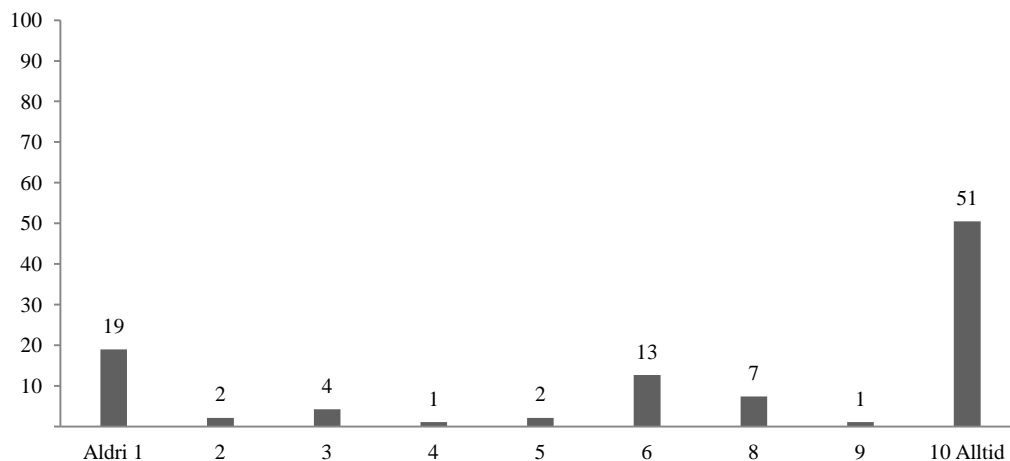
I figur 75 vises hvor ofte det ble oppnevnt en koordinator, fordelt på type RT-tilbud. Informantene svarte på en skala fra aldri til alltid. Det var store forskjeller mellom tilbudene.



Figur 75. Hvor ofte blir det oppnevnt en koordinator/ primærkontakt (case manager) som har som oppgave å sy sammen tilbudet og koordinere fagpersonene i den enkelte sak (prosent)? Etter type tilbud, de fire øverste er helseforetaksfinansierte, de tre nederste er NAV-finansierte.

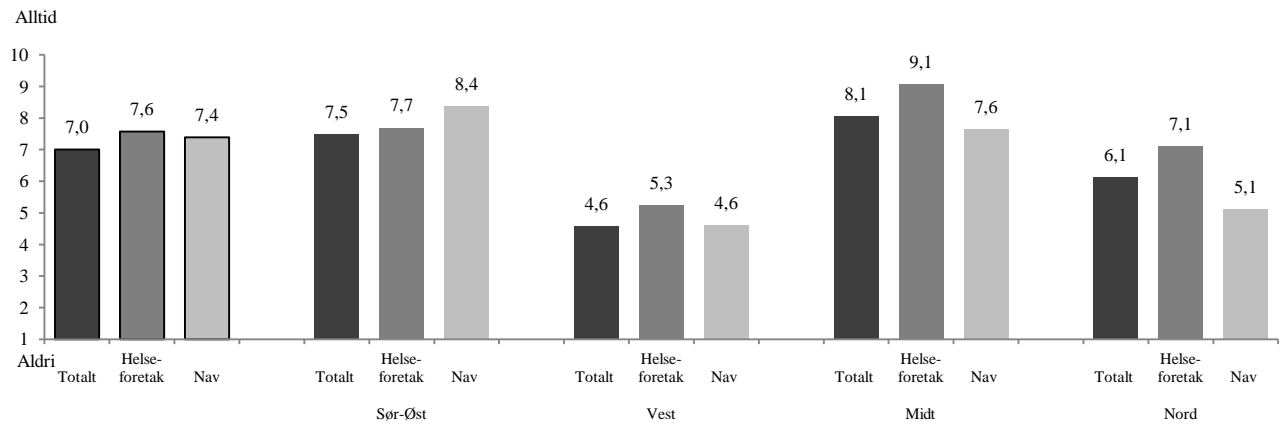
4.3.5 Tverrfaglig team

Figur 76 viser hvor ofte det ble rapportert at det ble opprettet et tverrfaglig team rundt den enkelte RT-mottaker. Informantene rapporterte at det ble alltid opprettet et tverrfaglig team i 51 prosent av RT-tilbudene, mens dette aldri skjedde i 19 prosent av RT-tilbudene. Gjennomsnittsskåre var 7,0 (SD=3,62).



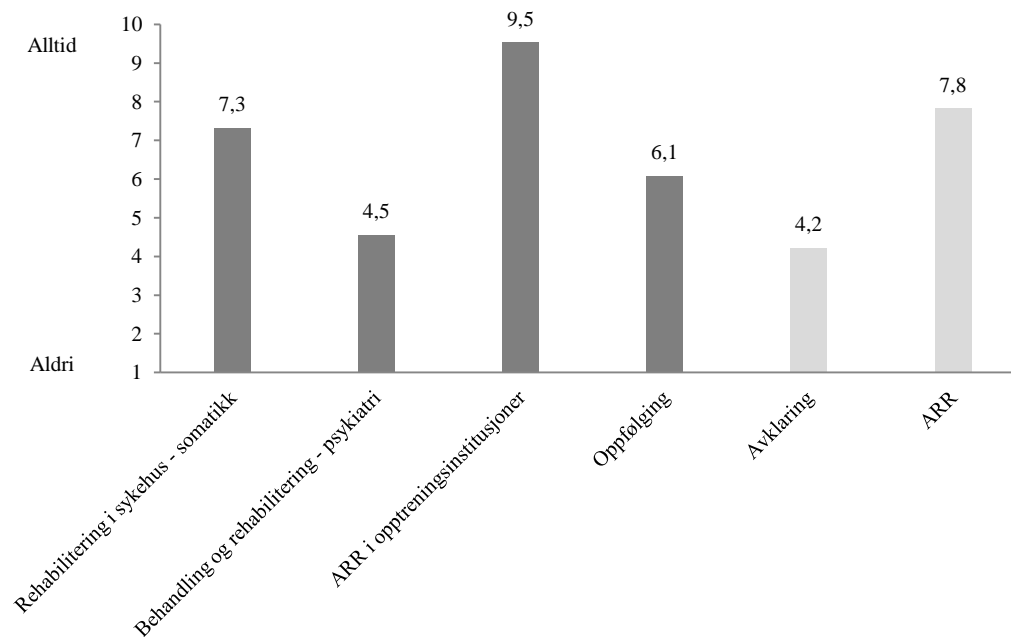
Figur 76. I hvilken grad det blir opprettet et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker (prosent)?

Figur 77 viser at det var en liten forskjell i hvor ofte det ble opprettet et tverrfaglig team rundt den enkelte RT-mottaker etter finansieringskilde. Når det gjelder geografisk lokalisering, hadde tilbudene i helseregionen Vest-Norge en lavere gjennomsnittskåre enn de andre.



Figur 77. I hvilken grad det blir opprettet et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

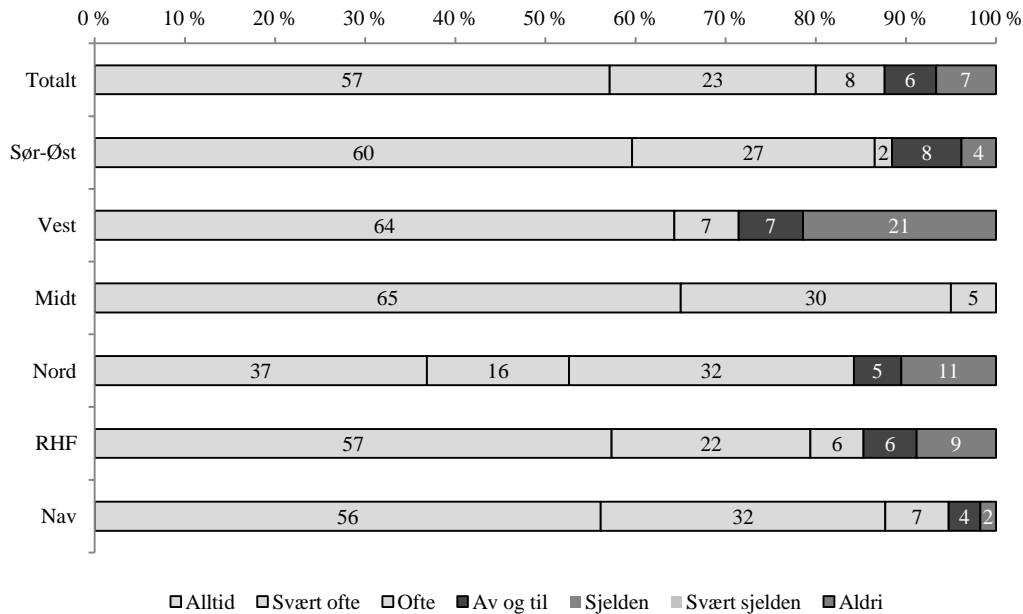
Figur 78 viser at det var store variasjoner i hvor ofte det ble opprettet et tverrfaglig team fordelt på type RT-tilbud.



Figur 78. I hvor stor grad det blir opprettet tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

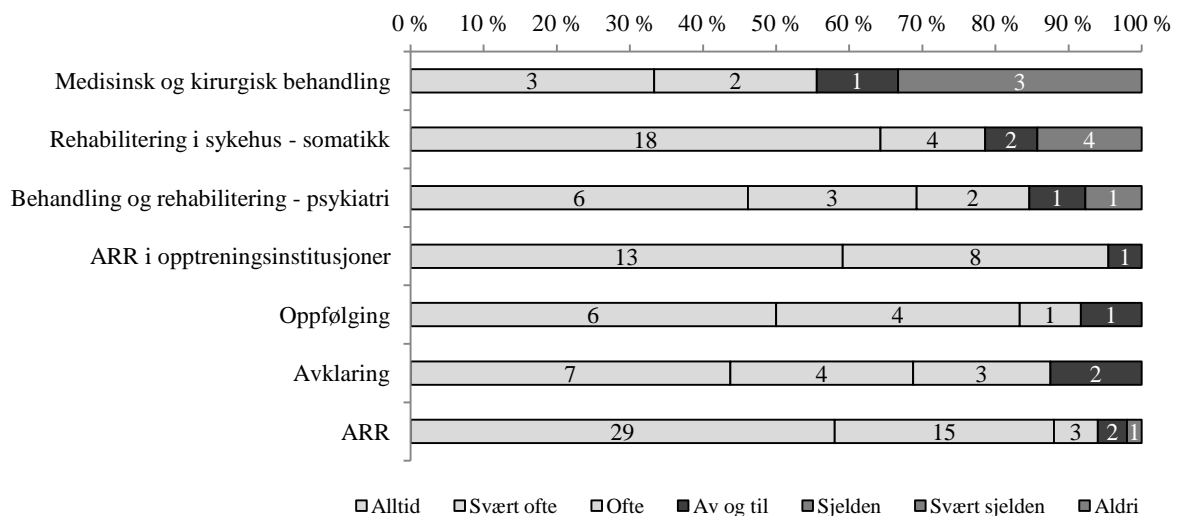
4.3.6 Felles definert mål

Figur 79 viser hvor ofte det ble oppgitt at fagpersonene i RT-tilbudet hadde definert et felles mål for den enkelte RT-mottaker. I henhold til informantenes rapportering ser man at 80 prosent alltid, svært ofte eller ofte hadde definert et felles mål for RT-mottakeren. Figuren viser for øvrig at tilbudene i Vest- og Nord-Norge rapporterer en lavere frekvens av felles mål enn de andre tilbudene.



Figur 79. Hvor ofte har fagpersonene i RT-tilbudet definert et felles mål for RT-mottakeren (prosent)? Etter region og finansiering. RHF = Helseforetak.

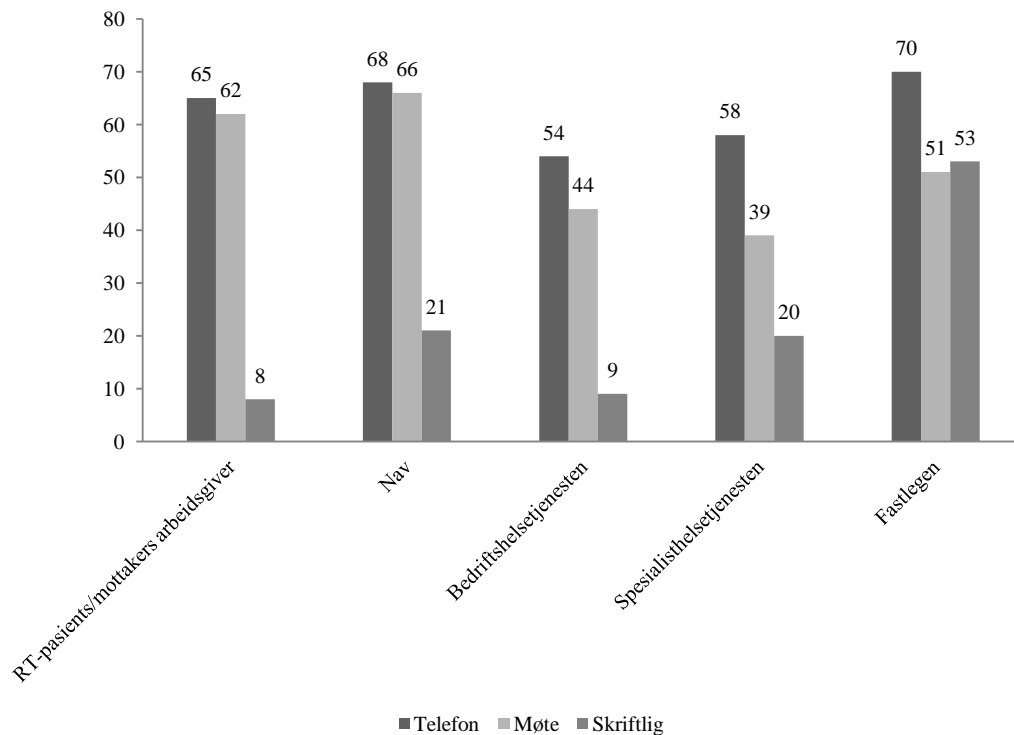
Figur 80 viser at det var ganske store forskjeller i hvor ofte det ble rapportert at fagpersonene i RT-tilbudet hadde definert et felles mål for den enkelte RT-mottaker, fordelt på type RT-tilbud.



Figur 80. Hvor ofte har fagpersonene i RT-tilbudet definert et felles mål for RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter type tilbud. De fire øverste er helseforetaksfinansierte, de tre nederste er NAV-finansierte.

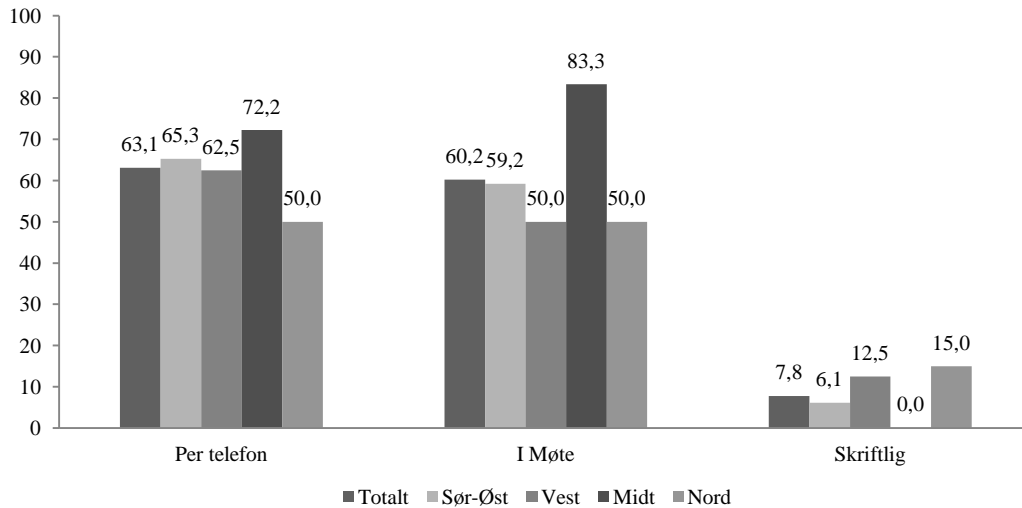
4.3.7 Samarbeid eksternt

Figur 81 viser informantenes opplevelser og erfaring med hvordan samarbeidet mellom RT-tilbudet og RT-mottakers arbeidsgiver, NAV, bedriftshelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fastlegen skjedde i den enkelte sak. Telefonisk kontakt ble nevnt som samarbeidsform med alle aktørene i over halvparten av RT-tilbudene. Møtepunkter ble også ofte rapportert brukt som samarbeidsform, mens skriftlig kontakt var vanligst med fastlegen, og mest sjeldent med arbeidsgiver og bedriftshelsetjenesten.



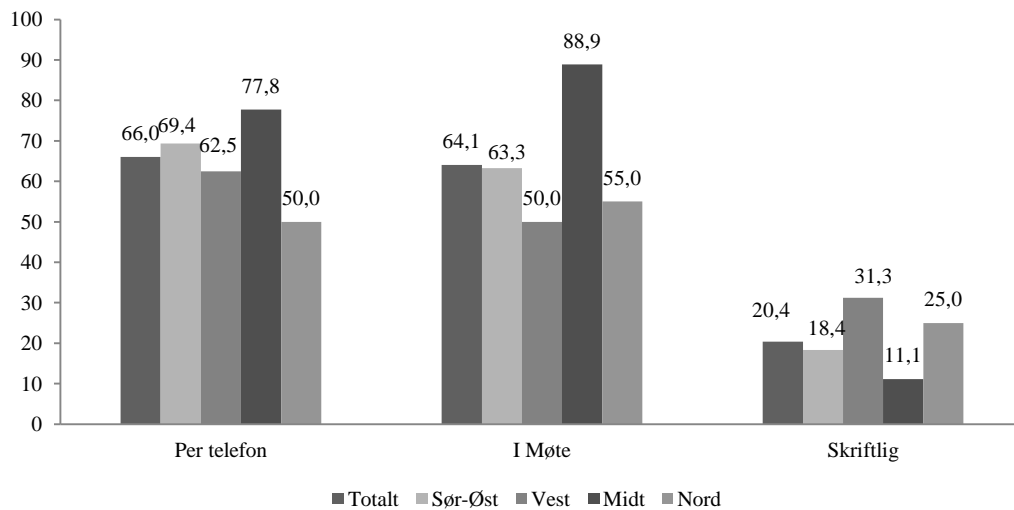
Figur 81. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og følgende aktører (antall)?

Figur 82 viser hvordan informantene oppga at samarbeidet mellom RT-tilbudet og koordinator for den sykmeldte skjedde. Den viser at en høyere andel RT-tilbud i Midt-Norge oppga at de hadde møter og telefonisk kontakt med koordinator for RT-mottakeren.



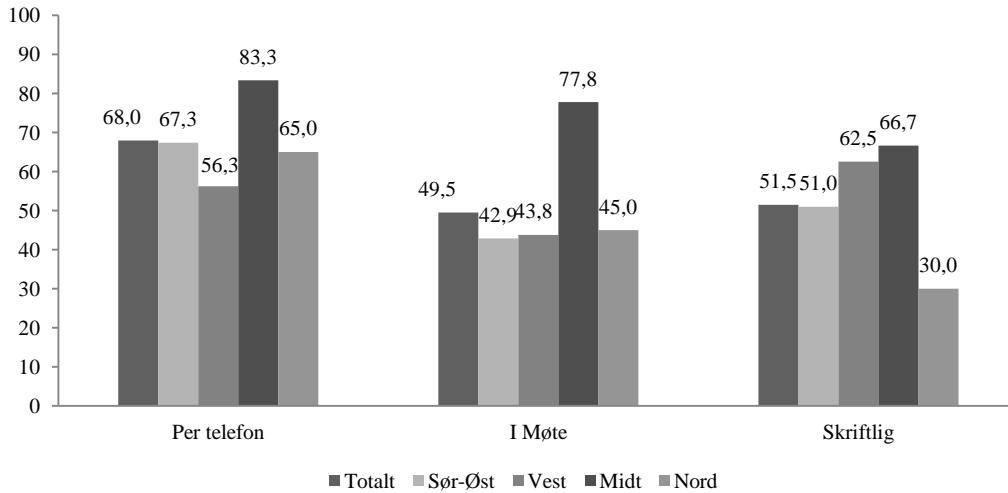
Figur 82. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og *koordinator* (prosent)? Etter region.

Figur 83 viser hvordan samarbeidet med NAV i følge informantene foregikk. Dette viser en høyere andel tilbud i Midt-Norge som rapporterer samarbeid i form av telefon og møter.



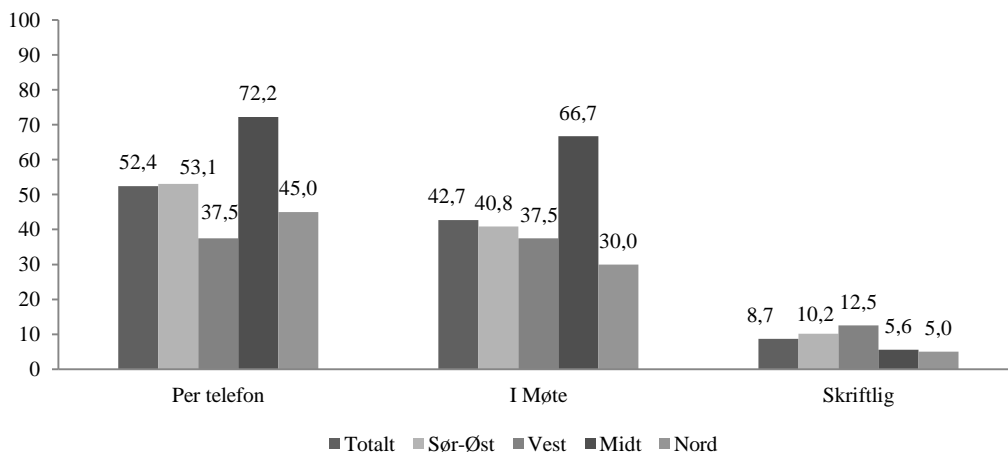
Figur 83. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og NAV (prosent)? Etter region.

Figur 84 viser hvordan samarbeidet overfor fastlegen oppgis å foregå. Her skjer det mye oftere skriftlig samarbeid. Også her rapporteres de høyeste andelen av informantene i Midt-Norge.



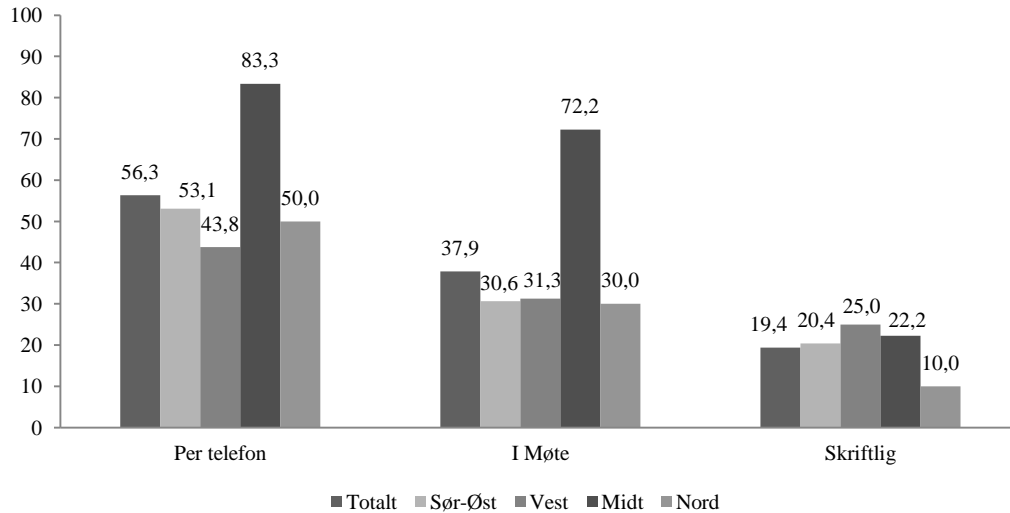
Figur 84. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og *fastlegen* (prosent)? Etter region.

Samarbeidet med bedriftshelsetjenesten (se figur 85) skjer sjeldent i form av skriftlig samarbeid, i følge informantene. Her er det også en tydelig tendens til at informantene fra tilbud i Midt-Norge oppgir en høyere andel samarbeid per telefon og møter.



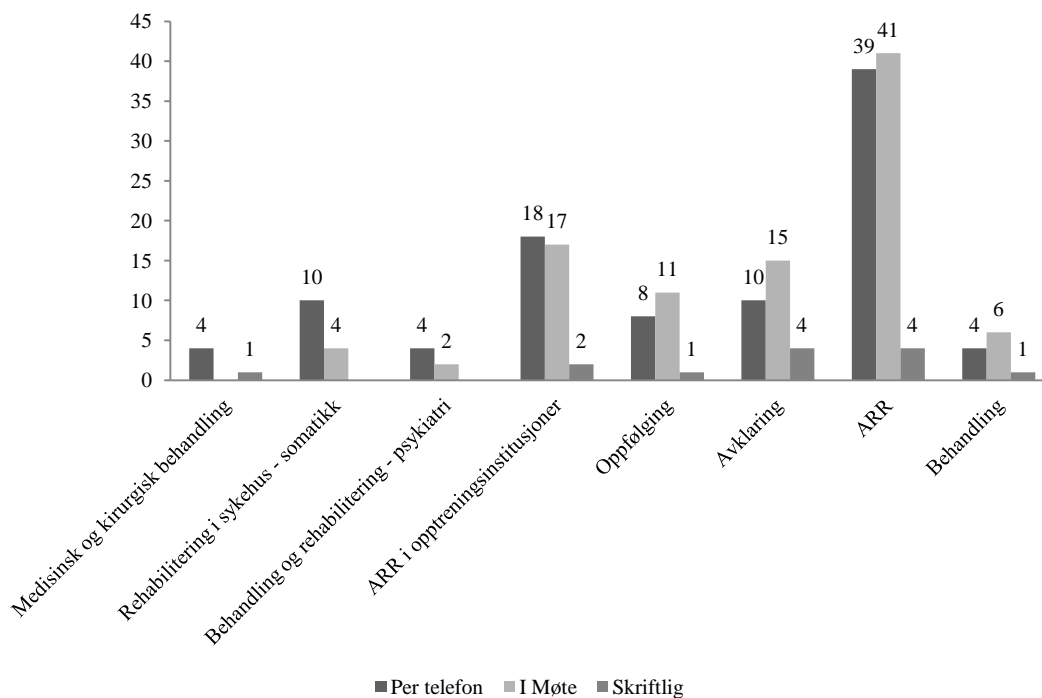
Figur 85. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og *bedriftshelsetjenesten* (prosent)? Etter region.

Figur 86 viser hvordan informantene oppgir at samarbeidet skjer mellom RT-tilbudet og spesialisthelsetjenesten. Her oppgis det at det sjelden skjer møter. Også her rapporteres de høyeste andelen av informantene i Midt-Norge.



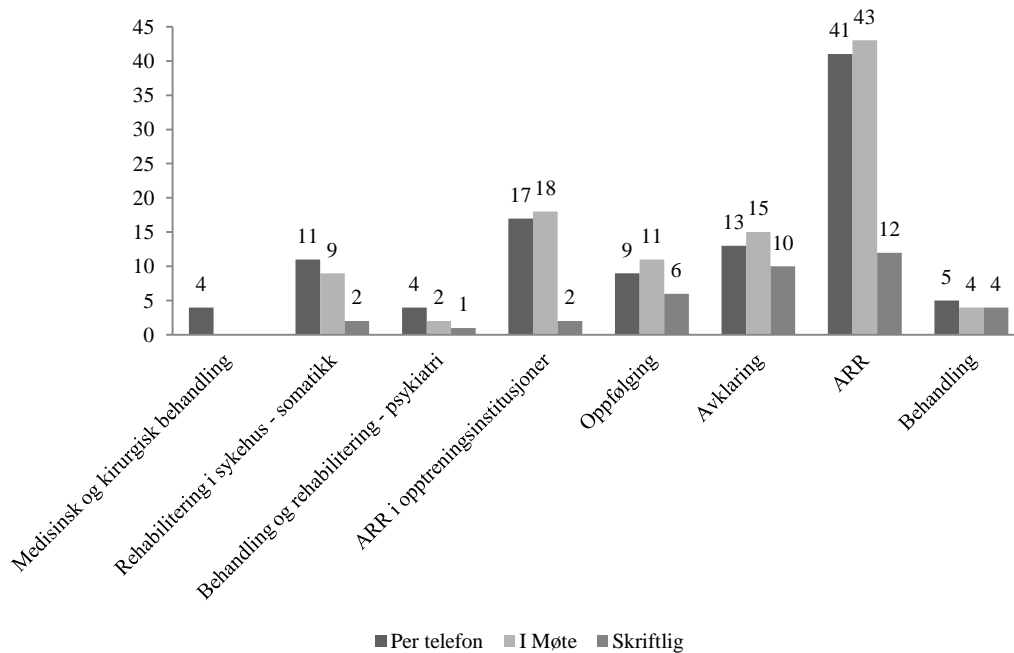
Figur 86. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og **spesialisthelsetjenesten** (prosent)? Etter region.

Figur 87 viser samarbeidsformene som ble oppgitt å brukes av RT-tilbudet overfor RT-mottakers arbeidsgiver, etter type tilbud. Den viser at stort sett er telefonkontakt mest brukt i helseforetakenes tilbud, mens det oppgis at det brukes noe oftere møter i NAVs tilbud. Skriftlig kontakt er sjeldent brukt overfor arbeidsgiver.



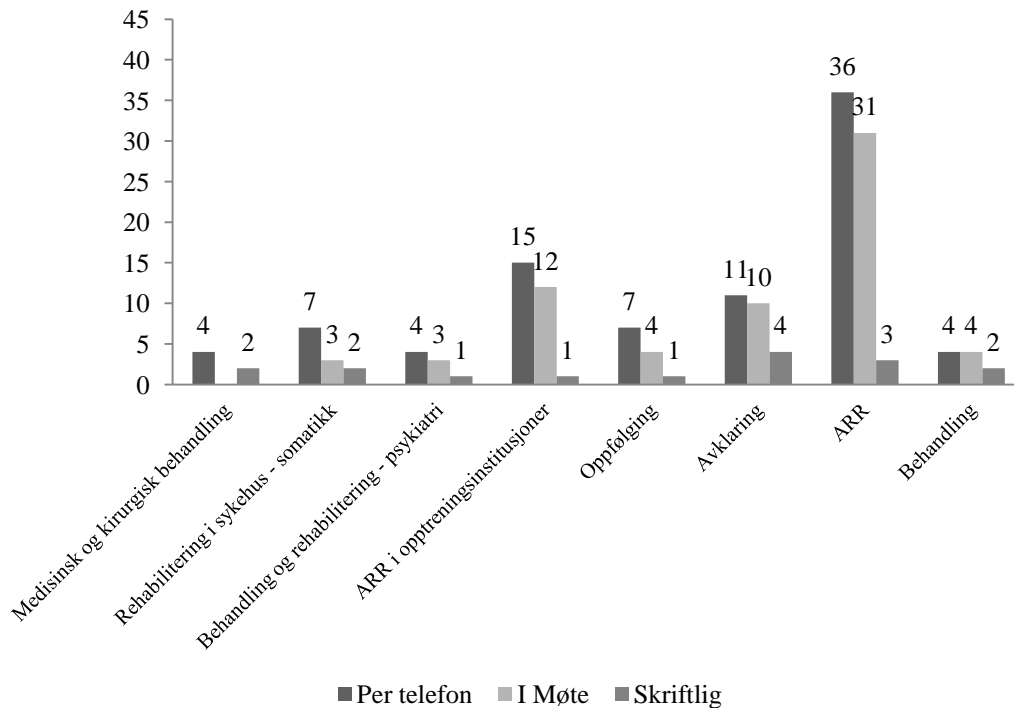
Figur 87. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og RT-mottakers **arbeidsgiver** (antall)? Etter type tilbud, de fire tilbudene til venstre er helseforetakfinansierte, mens de fire til høyre er NAV-finansierte.

Figur 88 viser samarbeidsformene som oppgis å brukes av RT-tilbudet overfor NAV. Den viser at skriftlig samarbeid med NAV nesten utelukkende oppgis av NAV-tilbudene, selv om andelene også her er lave. NAV-tilbudet ARR skiller seg ut her.



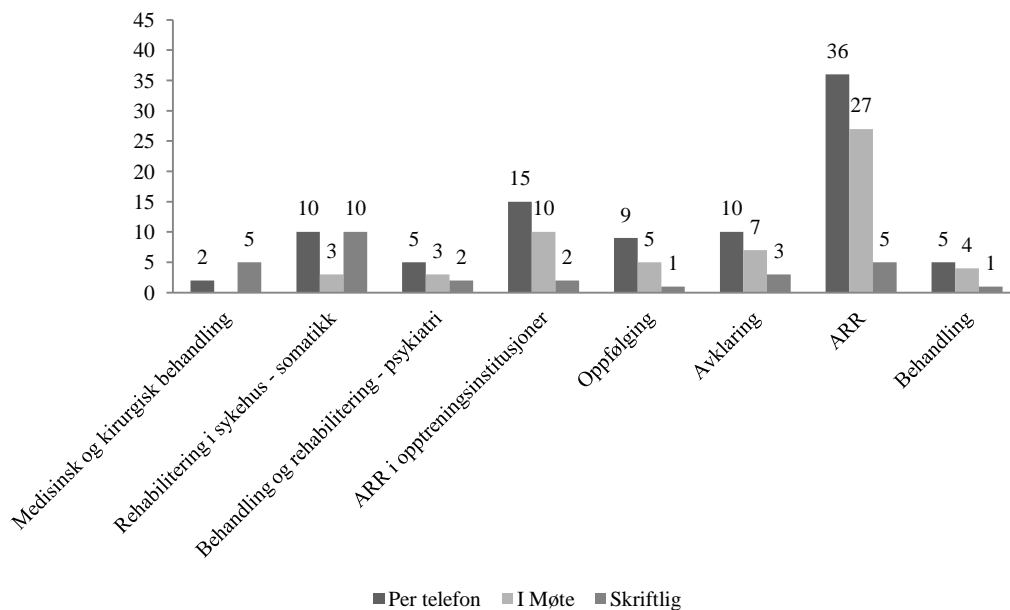
Figur 88. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og NAV (antall)? Etter type tilbud, de fire tilbudene til venstre er helseforetakfinansierte, mens de fire til høyre er NAV-finansierte.

Figur 89 viser samarbeidsformene som oppgis å brukes overfor bedriftshelsetjenesten. Den viser store forskjeller mellom de ulike tilbudstypene i hvordan samarbeidsformene oppgis å være.



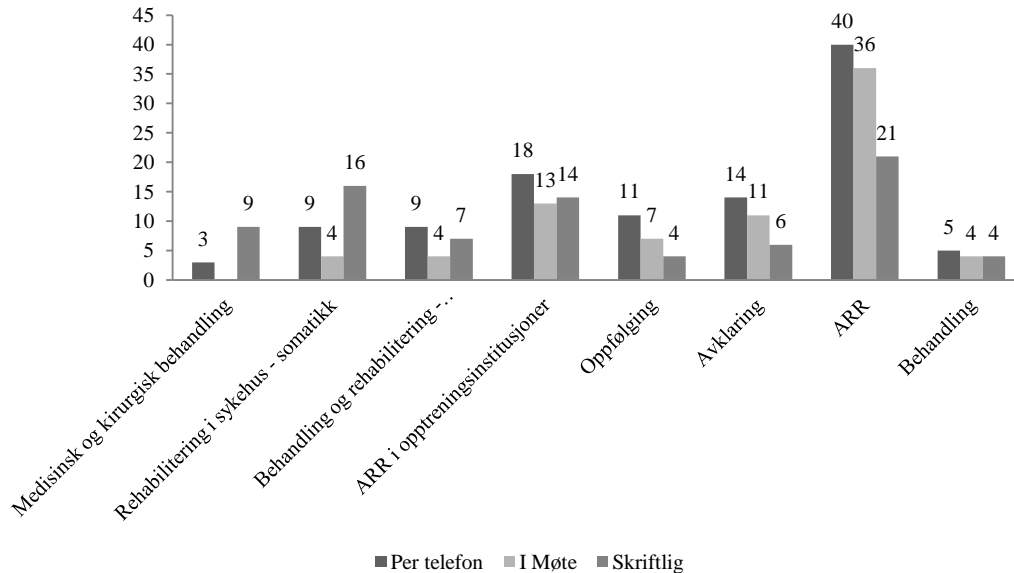
Figur 89. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og **bedriftshelsetjenesten** (antall)? Etter type tilbud, de fire tilbudene til venstre er helseforetakfinansierte, mens de fire til høyre er NAV-finansierte.

Figur 90 viser samarbeidsformene som oppgis å brukes overfor spesialisthelsetjenesten. Den viser at det brukes mye telefonkontakt overfor spesialisthelsetjenesten, men også at NAV-tilbudene, samt ARR i oppreningsinstitusjon også oppgir at de bruker møter hyppig.



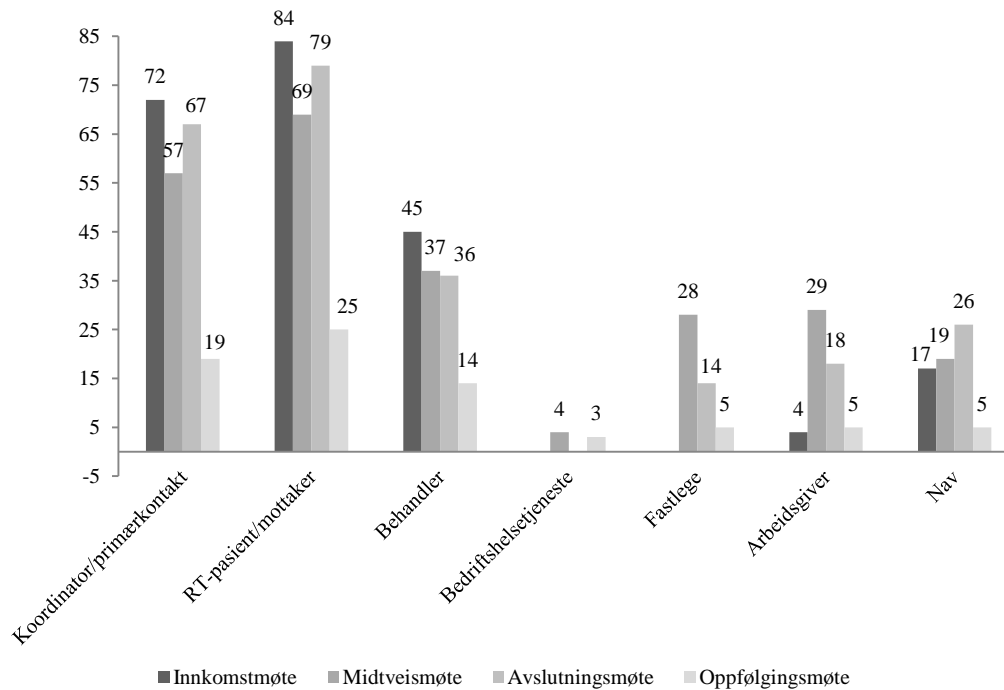
Figur 90. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og **spesialisthelsetjenesten** (antall)? Etter type tilbud, de fire tilbudene til venstre er helseforetakfinansierte, mens de fire til høyre er NAV-finansierte.

Figur 91 viser samarbeidsformene som oppgis brukt overfor fastlegen. Den viser at mens dette varierer mye blant RT-tilbudene finansiert av helseforetakene, er samarbeidsprofilen hos NAV-tiltakene ganske like.



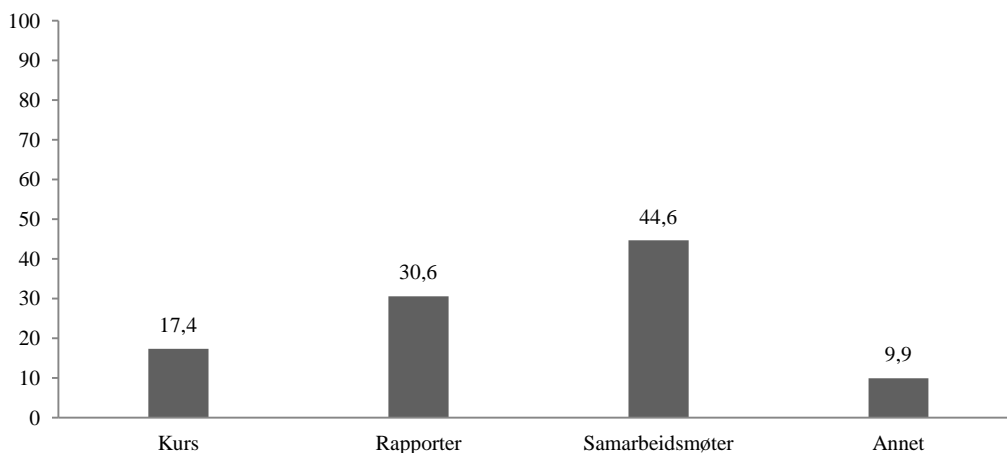
Figur 91. Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og **fastlegen** (antall)? Etter type tilbud, de fire tilbudene til venstre er helseforetakfinansierte, mens de fire til høyre er NAV-finansierte.

Figur 92 viser hvilke møter som var del av standardprosedyren for RT-tilbudene og hvilke aktører som inngikk i disse, jf. informantenes rapportering. Informantene svarte på hvem som tok del i denne møtevirksomheten, blant alternativene fastlege, NAV, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, behandler, RT-mottaker og koordinator / primærkontakt. Informantene svarte videre på hvilke møter de ulike aktørene deltok i blant alternativene innkomstmøte, midtveismøte, avslutningsmøte og/ eller oppfølgingsmøte. Som det kommer frem av figur 86 var koordinator/ primærkontakt og RT-mottaker de som informantene rapporterte at møtte hyppigst.



Figur 92. Hvilke møter inngår i standardprosedyren for deres RT-mottakere, og hvem deltar i disse (antall)?

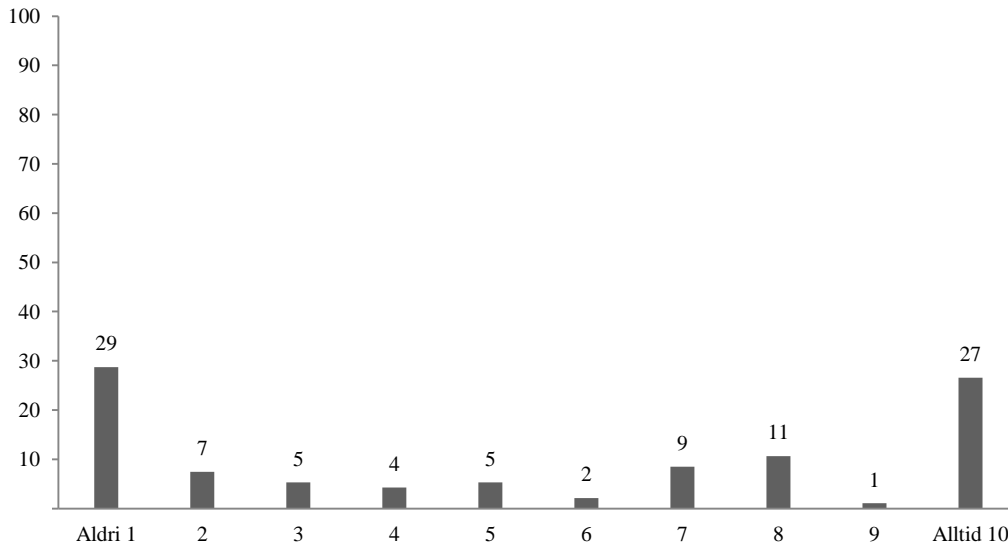
Figur 93 viser hva informantene formidlet at RT-mottakers nærmeste leder ble tilbudt, som kurs, rapporter, samarbeidsmøter eller annet. Som det kommer frem av figuren oppga nesten halvparten av tilbudene at de inviterte til samarbeidsmøter, mens 30,6 prosent RT-tilbud sendte rapporter. Cirka 17 prosent RT-tilbud inviterte til kurs/opplæringstiltak overfor RT-mottakers nærmeste leder.



Figur 93. Tilbyr dere noe av det følgende til RT-mottakers nærmeste leder (prosent)?

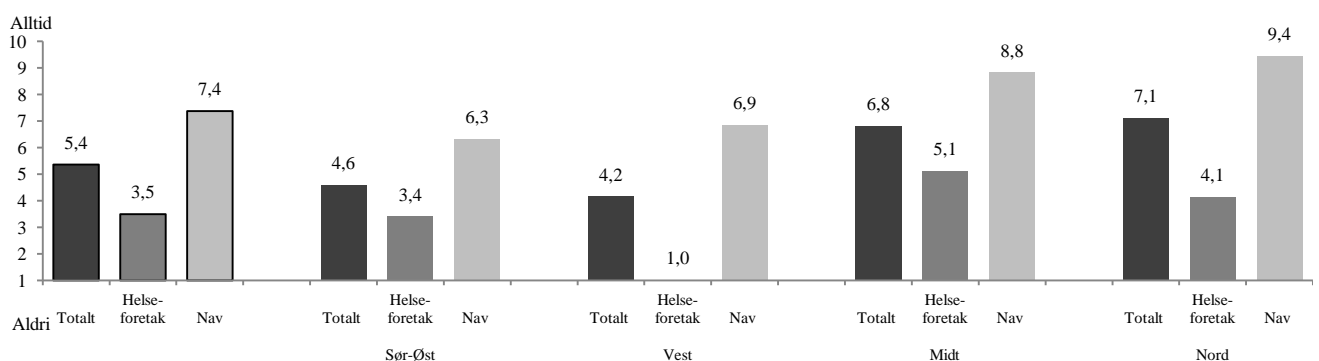
4.3.8 Foretas arbeidsplassvurdering?

Figur 94 viser hvor ofte i henhold til informantene en arbeidsplassvurdering ble utført. Informantene svarte på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid). Som det kommer frem av figuren var det ulik praksis i om dette ble gjort eller ikke. Tjueni prosent oppga her at dette aldri ble gjort. Gjennomsnittsscoren var 5,36 (SD=3,70).



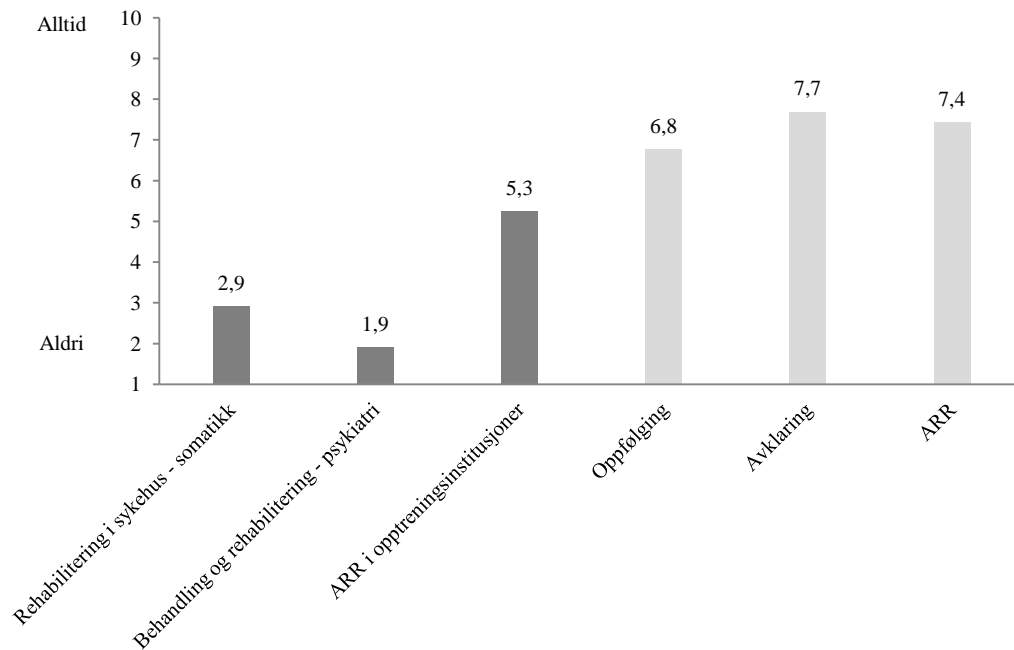
Figur 94. Gjøres det arbeidsplassvurdering overfor RT-mottakerne (prosent)?

Figur 95 viser hvor ofte en arbeidsplassvurdering i regi av RT-tilbudet ble utført, fordelt på finansieringskilde og helseregion. RT-tilbudene med NAV-finansiering hadde en klart høyest gjennomsnittsskåre. RT-tilbudene med lokalisering i Midt-Norge utførte oftest en arbeidsplassvurdering av de som var finansiert av helseforetakene. Nav-tilbudene i Nord gjorde praktisk talt alltid en arbeidsplassvurdering.



Figur 95. I hvilken grad gjøres arbeidsplassvurdering for den enkelte RT-mottaker (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

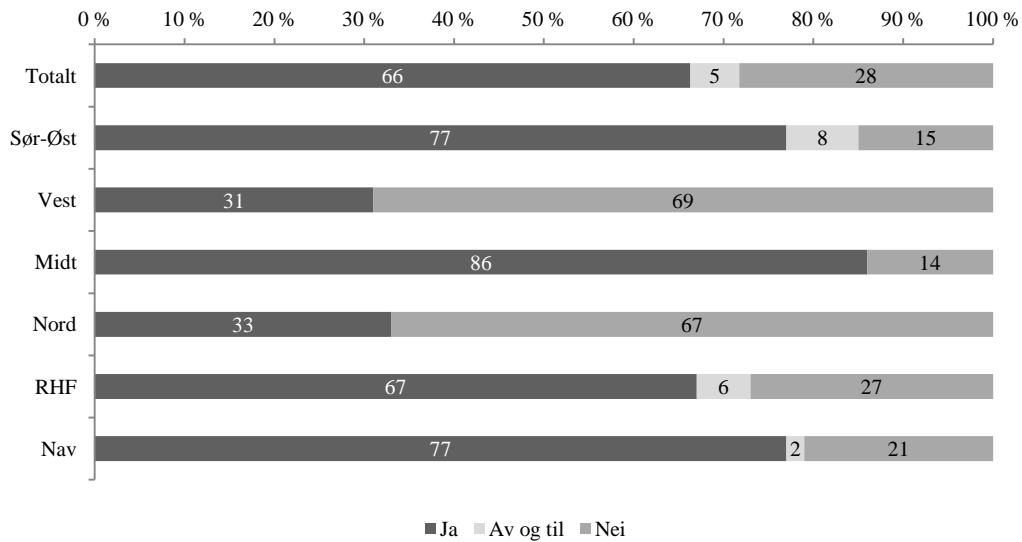
Figur 96 viser hvor ofte en arbeidsplassvurdering i regi av RT-tilbudet ble utført, fordelt på type RT-tilbud. Som figuren viser var det var store forskjeller mellom tilbudene.



Figur 96. I hvilken grad blir det gjort arbeidsplassvurdering ved den enkelte RT-mottakers arbeidsplass (gjennomsnitt)? Etter type tilbud, helseforetakfinansierte tilbud i mørkegrått, NAV-finansierte i lysegrått.

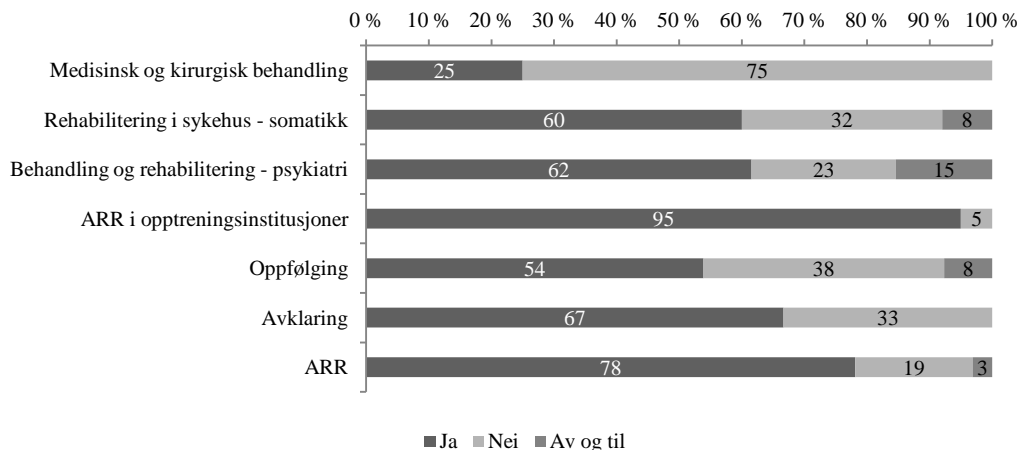
4.3.9 Måles resultatet av tilbudet for den enkelte?

Figur 97 viser om resultatet for hver enkelt RT-mottaker ble målt i RT-tilbudene. Informantene svarte ja, nei eller av og til. Som det kommer frem av figuren ble resultat av RT-tilbudet målt enten alltid eller av og til, i 71 prosent av RT-tilbudene. Syttisyv prosent av de NAV-finansierte RT-tilbudene oppga at dette ble gjort, mot 67 prosent av de helseforetaksfinansierte RT-tilbudene. Figuren viser også at RT-tilbudene lokalisert i Sør-Øst-Norge og Midt-Norge skilte seg ut, der henholdsvis 77 og 86 prosent av RT-tilbudene alltid målte resultatet for den enkelte RT-mottaker. For RT-tilbud i Vest-Norge og Nord-Norge var denne andelen betydelig lavere.



Figur 97. Måler dere resultat av RT-tilbudet for den enkelte (prosent)? Etter region og finansiering.

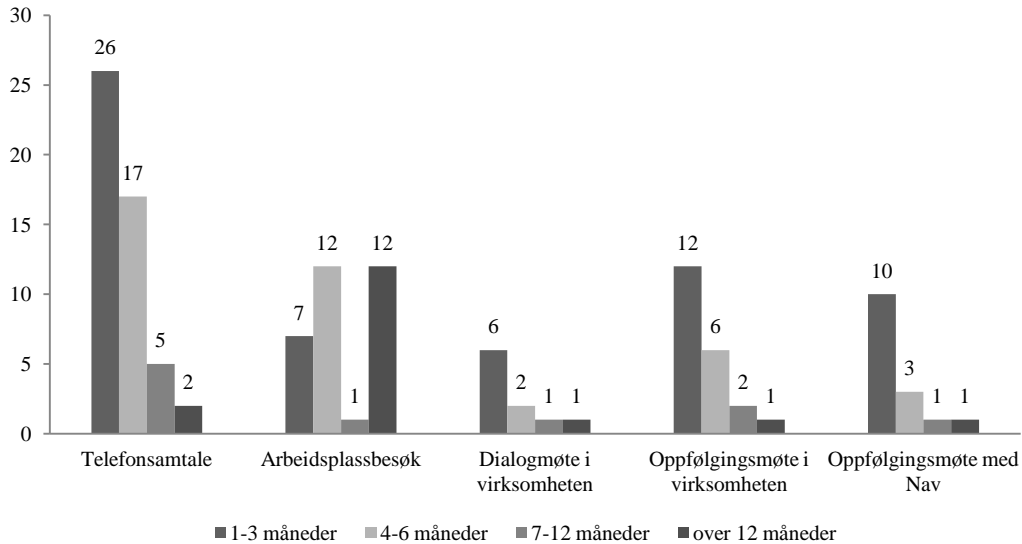
Figur 98 viser om resultatet for hver enkelt RT-mottaker ble målt, fordelt på type RT-tilbud. Som figuren viser var det store forskjeller mellom de ulike RT-tilbudene.



Figur 98. Måler dere resultat av RT-tilbudet for den enkelte (prosent)? Etter type tilbud, de fire øverste tilbudene er helseforetaksfinansierte, mens de tre nederste er NAV-finansierte.

4.3.10 Oppfølging etter endt tilbud

Figur 99 viser hvordan og når oppfølgingen av RT-mottaker i følge informantene foregikk. Oppfølging etter endt tilbud, uavhengig av metode, skjedde hos et begrenset antall RT-tilbud. Det mest hyppige alternativet, telefonsamtale skjedde i kun 26 av de 109 tilbudene. Som det kommer frem av figuren foregikk oppfølgingen av RT-mottaker i flest tilbud per telefon 1-3 måneder etter avsluttet behandling og 4-6 måneder etter avsluttet behandling. Hos noen få tilbud ble arbeidsplassbesøk gjort både etter 4-6 måneder og etter 12 måneder. Få deltok på møter i virksomheten og med NAV.



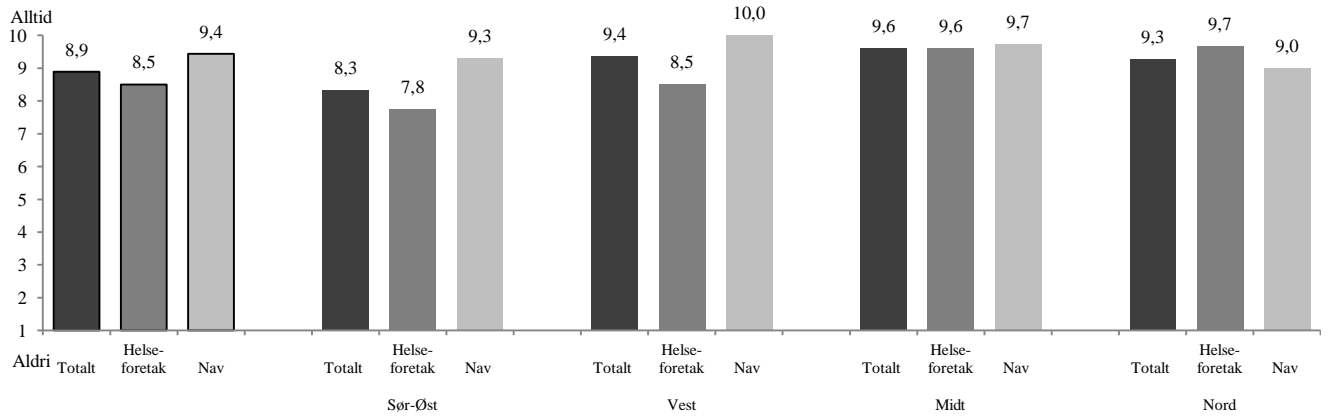
Figur 99. Etter endt RT-tilbud, hvordan og på hvilke tidspunkter foregår som oftest oppfølgingen av RT-mottakeren (antall)? Det var mulig å svare ja på flere alternativer.

4.3.11 Brukerdeltakelse i RT-tilbudet

Informantene ble spurt om i hvilken grad RT-mottakeren medvirker i eget tilbud. De skulle svare på deltakelse på ulike områder, og rangere RT-mottakerens hyppighet i deltakelse på en skala fra 1 (aldri) til 10 (alltid).

4.3.11.1 I møter som omhandler tilbudet

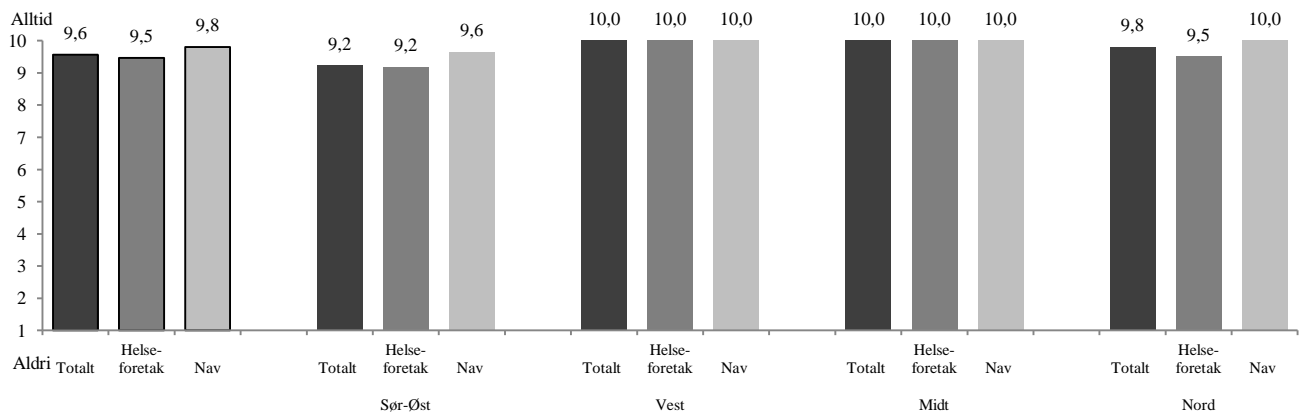
Figur 100 viser hvor ofte informantene oppga at RT-mottakerne deltar på møter som omhandler tilbudet en får. Som det fremkommer av figuren deltar RT-mottakerne svært ofte på møter som omhandler tilbudet. Imidlertid ser man mindre variasjoner etter finansieringskilde og etter hvilken region tilbudet er lokalisert i.



Figur 100 Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i møter som omhandler tilbudet (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

4.3.11.2 Når det settes mål for tilbudet

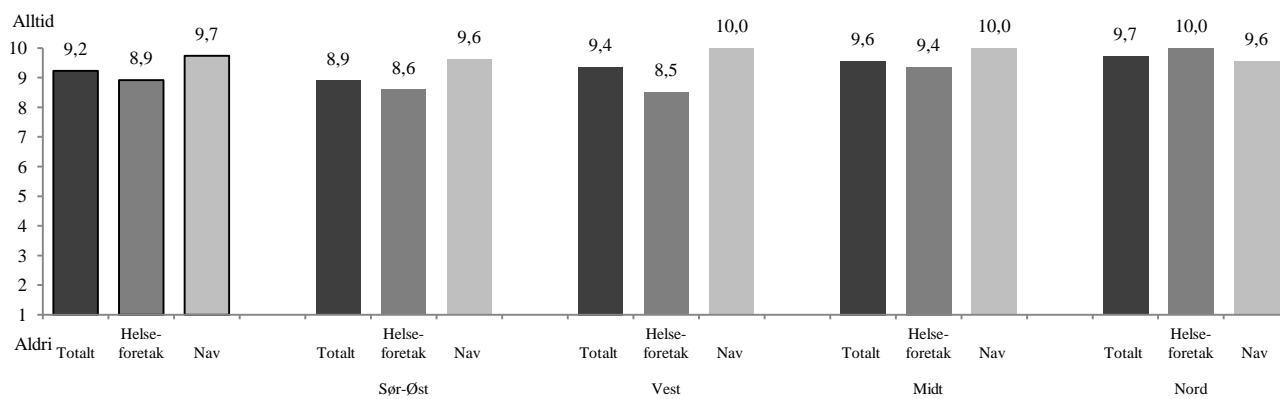
Figur 101 viser hvor ofte informantene mente RT-mottakerne deltok når det ble satt mål for den enkeltes tilbud eller behandling. Som man kan se, deltar RT-mottakerne svært ofte i dette. Informantene fra tilbud lokalisert i Vest-Norge og Midt-Norge oppga at RT-mottakerne alltid deltar i målsettingen for tilbudet/behandlingen. Om tilbudene var finansiert av NAV eller helseforetak synes ikke å ha noen betydning for deltakelsen.



Figur 101. Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i målsetting for egen behandling/tilbud (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

4.3.11.3 Utarbeidelse av tiltaksplan

Hvor ofte informantene mente at RT-mottakerne deltok i utarbeidelsen av egen tiltaksplan, kommer frem i figur 102. Samlet sett er deltakelsen her også høy, men variasjonene mellom regionene var noe større enn på de to foregående spørsmålene om deltakelse. RT-mottakerne deltok i følge informantene svært ofte uansett hvilken region tilbudet var lokalisert i, men oftest i tilbud i Nord-Norge og Midt-Norge.



Figur 102. Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar ved utarbeidelse av egen tiltaksplan (gjennomsnitt)? Etter region og finansiering.

5 Diskusjon

Formålet med denne studien var å utvikle ny kunnskap om raskere tilbake –tilbudene. Dette kan bidra til et sterkere kunnskapsgrunnlag for tilbudenes aktører. Samtidig vil det også kunne gi et grunnlag for diskusjoner om endringsbehov og en strømlinjeforming av ordningen.

Her vil det typiske RT-tilbudet, den typiske RT-mottakeren og det typiske RT-opplegget rundt hver mottaker bli skissert slik det er beskrevet av informantene. Ulike forklaringer til disse resultatene vil så diskuteres. Aller først vil vi gi en kort beskrivelse av studiens metodiske begrensninger, da den er et viktig bakteppe for hvordan resultatene kan tolkes og forstås.

5.1 Metodiske begrensninger

I likhet med all forskning har også denne studien noen metodiske begrensninger. Disse forholdene kan påvirke påliteligheten og gyldigheten i resultatene, og hvorvidt resultatene kan generaliseres til alle RT-tilbud.

I denne studien var formålet knyttet til å få mer kunnskap om RT-tilbudene. Vi valgte å intervjuer fortrinnsvis faglig- eller administrativt ansvarlig ved hvert av RT-tilbudene da vi regnet med at disse hadde mye kunnskap om, og god oversikt over tilbudene. Disse er imidlertid ikke de eneste som har kunnskap om disse tilbudene, og ideelt sett ville det vært gunstig med flere informanter og informanttyper. Både aktører i departementene, direktoratene, lokale kontaktpersoner og koordinatorene for ordningen, henvisere, andre som jobber i RT-tilbudene og ikke minst RT-mottakerne ville kunne tilføre kunnskap om tilbudene. Vi kunne også få svar på noen av våre spørsmål ved hjelp av statistikk fra NAV og Norsk Pasientregister. Selv om dette er statistikk, er også noe av denne informasjonen selvrapporert og kan derved inneholde unøyaktigheter. Flere informanter og datakilder ville imidlertid ha krevd mer ressurser enn vi hadde tilgjengelig.

Spørsmålene i intervjuene ble altså besvart av kun en informant for hvert tilbud. En blir da spesielt sårbar knyttet til om vedkommende har tilstrekkelig kunnskap. Vi sjekket ut at informantene representerte tilbud som reelt sett hadde hatt RT-mottakere, noe som var avgjørende for validiteten. Det var store forskjeller tilbudene imellom hvor mange RT-mottakere de hadde gitt et tilbud til. For de informanter som eventuelt hadde lite erfaring med denne målgruppen kan validiteten i svarene være noe redusert. Dette gjaldt imidlertid svært få informanter, og til sammen hadde disse 120 tilbudene gitt RT-tiltak til mer enn 65.000 RT-mottakere siden 2007. De skulle derved samlet sett ha relevant kompetanse. Et annet tiltak vi gjennomførte for å sikre nødvendig kompetanse hos informantene, var at intervjuguiden ble sendt til de i forkant av intervjuene. Derved fikk informanten anledning til å innhente informasjonen en eventuelt selv ikke hadde under intervjuet. På noen få av spørsmålene ble informantene bedt om å bruke intern statistikk for å angi for eksempel bosted, sykefraværslengde og arbeidslivstilknytning blant RT-mottakerne. Stort sett valgte flertallet ikke denne muligheten, og ga i stede egne estimater. Dette kan være en svakhet ved enkelte variabler i datamaterialet, og disse resultatene bør derved verifiseres i nye studier.

Informantene besvarte også noen få spørsmål på gruppenivå, om fenomener som utspiller seg på individnivå. For eksempel beskrev informantene andelen Raskere tilbake- mottakere blant deres pasienter/brukere som de opplevde var motivert for tilbakeføring. Det å måle disse

fenomenene på individnivå, og overfor primærkildene (de sykmeldte selv) ville kunne gi et høyere presisjonsnivå. Dette vil bli gjort i neste delstudie i denne evalueringen.

Et annet moment som kan ha påvirket datamaterialet er såkalte "re-call bias", informantenes evne til å huske korrekt. Igjen kan informantenes forberedelsestid med intervjuguiden ha redusert faren for dette.

Valget om å utføre telefonintervjuer i stedet for å sende ut spørreskjema ble tatt på bakgrunn av det store mangfoldet i utvalget. Det var derved knyttet en utfordring til at spørsmålene ikke passet for alle, noe som kunne føre til at mange droppet ut underveis i besvarelsen. Intervjuerne hadde en grundig, standardisert intervjuguide med tilpasningsmuligheter, som ble brukt som en rettleiding i intervjuene. Dette økte sjansen for at spørsmålsstillingen var mest mulig lik i alle intervjuene, samtidig som at de var tilpasset tilbudstypen informanten representerte.

Når det gjelder mulighetene til å generaliserbare resultatene til alle RT-tilbud i Norge, altså hvorvidt utvalget kan representere hele populasjonen, vil antallet informanter i utvalget ha innvirkning, samt om de som deltar er sammenlignbare med de som ikke deltar, altså om det finnes en skjevseleksjon. Ut fra vår erfaring utgjør utvalget cirka seksti prosent av alle eksisterende tilbud, og vi har ikke avdekket noen fremtredende skjevheter mellom de som deltar og de som ikke deltar. Imidlertid finnes det her en usikkerhet, da det er begrenset hvor mye vi vet om de som ikke svarte på invitasjonen. Imidlertid vet vi noe (se tabell 13). Som tabellen viser var det noen men ikke veldig store forskjeller mellom NAV og helseforetaks-finansierte tilbud og også mellom de geografiske regionene i vårt utvalg sammenlignet med alle RT-tilbudene som fantes ved rekrutteringstidspunktet. Dette skulle tilsi at de som svarte kan ses som et tilfeldig utvalg uten systematiske seleksjonssjevheter, og derved være representative for populasjonen, dvs. alle RT-tilbud i Norge. Det var store forskjeller regionene imellom når det gjaldt hvilke type tilbud som fantes. Om dette også gjelder for alle RT-tilbudene vet vi imidlertid ikke, da vi ikke har kunnskap om hvilke typer tilbud de som ikke svarte yter overfor sykmeldte. Her ligger det derved en usikkerhet knyttet til generaliserbarhet.

Tabell 13. Er studien representativ? Forskjeller mellom de RT-tilbud som deltok og de RT-tilbud som ikke deltok i undersøkelsen

		totalt		deltagere		deltar ikke	
		n	%	n	%	n	%
Totalt	RHF	136	49,3	77	54,6	59	43,7
	Nav	140	50,7	64	45,4	76	56,3
	Totalt antall tilbud	276		141		135	
	Antall med finansiering av både RHF og NAV	51	22,7	21	17,5	30	28,6
	Sum	225		120		105	100
RHF	Sør-Øst	76	55,9	41	53,2	35	59,3
	Vest	24	17,6	9	11,7	15	25,4
	Midt	18	13,2	15	19,5	3	5,1
	Nord	18	13,2	12	15,6	6	10,2
	Sum	136	100	77	100	59	100
NAV	Sør-Øst	73	52,1	34	53,1	39	51,3
	Vest	17	12,1	9	14,1	8	10,5
	Midt	33	23,6	12	18,8	21	27,6
	Nord	17	12,1	9	14,1	8	10,5
	Sum	140	100	64	100	76	100

De åtte kategoriene som benyttes i denne studien for å differensiere tilbudstypene fra hverandre er ikke gjensidig ekskluderende. Dette bidrar til at noen av kategoriene (som *behandling lettere psykiske og/eller sammensatte lidelser* i NAV) sjeldent er en ren kategori fordi flere også yter andre NAV-tilbud, som *avklaring* og *oppfølging*. Dette gjelder i mindre grad de hyppigste kategoriene, som ARR i NAV og sjeldent helseforetakenes fire tilbudstyper. Dette er det gjort grundig rede for i metodedelen, slik at disse kombinasjonene er kjent for leseren.

Selvrapporterte resultater vil alltid være bygd på den enkelte informants erfaringer, kunnskap og oppfatninger. Det vi får svar på i denne studien er altså hva informantene mener eller vet. I noen få av de spørsmålene som stilles i denne undersøkelsen kan annen kunnskap, for eksempel statistikk fra NAV, regelverk eller kravspesifikasjonene fra NAV eller helseforetakene avdekke at informantens oppfatninger ikke er korrekte. Likevel kan slik kunnskap være viktig. For eksempel kan dette belyse relasjonene mellom oppdragsgivere og leverandører, og bidra til mer innsikt som kan brukes i kommunikasjonen i anbudsprosessen. I denne type studier kan besvarelsene til informantene også være farget av *sosial ønskevridighet* [48], det vil si at en svarer slik en tror det er forventet eller ønsket av en. Spesielt kan dette være et problem når oppdragsgiver for forskningen også er den som finansierer informantens virksomhet. Det ble fokusert på å inneha en nøytral intervjuerrolle for å unngå dette, der informasjonen om at RT-tilbudet ikke under noen omstendighet ville kunne bli identifisert ble presisert muntlig og skriftlig flere ganger.

5.2 Tematisk diskusjon

5.2.1 Det typiske RT-tilbudet

Om RT-tilbudets oppstart: Det typiske RT-tilbudet har eksistert siden ordningens oppstartsfasen (2007 til 2008). Dette gjelder to tredjedel av tilbudene som deltok i denne studien. Resten ble i hovedsak etablert i 2009. Dette kan tyde på at de som har opprettet, endret eller utvidet virksomheten til å gjelde tilbud til sykmeldte etter at RT-ordningen kom, også har valgt å videreføre dette tilbudet. I et komplekst felt med mange aktører og arenaer [32], der det er krevende å bygge opp tilstrekkelig kompetanse kan dette være en styrke for den fremtidige kvaliteten på tilbudene, forutsatt at denne form for stabilitet forsetter.

Om RT-tilbudets inklusjons- og eksklusjonskriterier: Det typiske RT-tilbudet i helseforetakene ekskluderte færre enn en av tjue henvisninger, mens for NAV-tilbudene var det en av fem som ble avvist. Informantene oppga i alt 47 inklusjonskriterier og 33 eksklusjonskriterier som var i bruk. De oftest nevnte inklusjonskriteriene hadde med arbeidslivstilknytning, potensialet og motivasjonen for tilbakeføring og type problemstilling å gjøre. De mest hyppige eksklusjonskriteriene handlet om alvorlig psykisk lidelse, rusmisbruk, at den henviste ikke ville ha nytte av tilbudet og at vedkommende ikke hadde arbeidslivstilknytning. Noen av kriteriene stammer fra kravspesifikasjonene fra NAV og helseforetak, andre synes å være utviklet i det enkelte tilbudet. Det er naturlig at behovet for ulike eksklusjonskriterier kan variere ut fra tilbudets kompetanse og innretning. Imidlertid kan det være en fare hvis enkelte grupper av sykmeldte ikke inkluderes i noen tilbud innen sitt geografiske område. En kan også lettere få over-/underkapasitet for ulike målgrupper, samt at ordningen og det enkelte tilbudet kan bli uoversiktlig for henviser. Nå synes det for eksempel det å være en overvekt av

tilbud til de med muskel- og skjellettplager. Et så stort mangfold i kriterier kan også indikere et behov for å gjennomgå og strømlinjeforme kriteriene på tvers av de åtte ulike RT-tilbud som finnes i dag. Dette ville kunne gi en bedre oversikt samt trygghet for at ulike grupper ivaretas, ikke minst på tvers av NAVs og helseforetakenes tilbud.

Om tilfredshet innenfor ordningen: Det typiske helseforetaksfinansierte tilbudet var litt over middels tilfreds med *organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen* i RT-ordningen, mens det typiske NAV finansierte tilbudet var middels tilfreds. Det ble altså avdekket en forskjell i tilfredshet mellom disse to finansieringskildene. Slike funn reiser noen spørsmål. For eksempel, kan selve anbudsordningen som er mer utbredt i NAV enn i helseforetakene være en årsak til forskjeller i tilfredshet mellom helseforetakstilbud og NAV-tilbud? Ser vi på resultatene fra de ulike typene tilbud, så er det kun tilbudet *medisinsk behandling og kirurgi* av tilbudene uten anbudsordning som er tilfreds over gjennomsnittet. *Rehabilitering i sykehus- somatikk* er ikke mer tilfreds enn *ARR i opptreningsinstitusjon*, selv om det sistnevnte tilbudet også er omfattet av anbudsrunder. Ser vi også på *ARR* i NAV versus *ARR* i *opptreningsinstitusjon* i helseforetakene, så er *ARR* i helseforetakene mer tilfreds selv om begge yter tjenester ut fra anbud. Dette kan reise spørsmål om selve anbudsordningene i NAV og helseforetakene praktiseres forskjellig, eller om det er andre forhold i NAV som skaper en større misnøye. En forklaring som ofte ble gitt av informantene var at den økonomiske rammen i NAV var uforutsigbar. Flere uttrykket at NAV var vanskelig å samhandle med og få kontakt med. Selv om forskjellene ikke var store, skåret NAV-tilbudene lavest på organisering, mens helseforetakstilbudene skåret lavest på samhandling. Disse funnene trenger imidlertid å undersøkes nærmere.

Det var store geografiske forskjeller i tilfredshet med *organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen* av RT-ordningen. For helseforetakenes tilbud var tilfredsheten spesielt lav i Midt-Norge. En forklaring til dette kunne være knyttet til sammensetningen av tilbudene som deltok fra Midt-Norge. Denne regionen hadde for eksempel ingen tilbud av typen *medisinsk behandling og kirurgi*, og disse var de mest tilfreds av alle gruppene. En analyse som kontrollerte for denne skjevheten avdekket fortsatt den samme forskjellen mellom tilbud i Midt-Norge og tilbud i resten av landet. For NAV tilbudene var tilfredsheten spesielt lav i Nord-Norge.

Når det gjaldt spørsmål om tilfredshet med *organiseringen, samhandlingen og ansvarsfordelingen mellom NAV og helseforetakene* var de som svarte aller mest utilfredse. Det var imidlertid få som hadde erfaring med begge ordningene, og som derved svarte på dette spørsmålet. På tross av dette identifiseres forholdet mellom NAV og helseforetakene som et meget viktig tiltaksområde for videre forbedring og strømlinjeforming av RT-ordningen. Spesielt kan det være interessant å gjennomgå rasjonale for oppbygging av to parallelle RT-ordninger i lys av behovet for oversikt, forenkling og forutsigbarhet.

Om kompetanse i tilbudet: Det typiske RT-tilbudet hadde flere profesjoner tilgjengelig for RT-mottakerne, og nærmere 30 ulike profesjoner ble til sammen beskrevet av informantene. Imidlertid var forskjellene store, både mellom de enkelte tilbudene, og mellom tilbudstypene. Det ble også avdekket geografiske forskjeller.

Det typiske helseforetakstilbudet hadde nesten alltid en eller annen type legespesialist og fysioterapeut tilgjengelig, mens halvparten hadde også sykepleier, sosionom, psykolog og ergoterapeut. Det typiske NAV-tilbudet hadde i over to tredjedeler av tilbudene fysioterapeut,

sykepleier, atferdskonsulent og ergoterapeut tilgjengelig i tilbudet. Det store mangfoldet av ulike profesjoner kan være et overraskende funn. Imidlertid vil det å ha tilgang på en profesjonskompetanse i et tilbud, ikke nødvendigvis bety at hver enkelt av RT-mottakerne får et bredt faglig tilbud og tilgang på all denne kompetansen. Det er også viktig å påpeke at behovet for tverrfaglighet kan være ulikt mellom tilbudstypene, og at mange profesjoner nødvendigvis ikke trenger være det som bidrar til en tiltakseffekt. For eksempel viste en ny studie fra Danmark at en enkel og billig intervensjon (den såkalte Brief Intervention) med få profesjoner involvert var like effektiv overfor personer med lave korsryggsmerter som et mer omfattende tverrfaglig rehabiliteringsprogram i sykehus [31]. Begge disse intervensjonene har tidligere vist å være effektive for denne målgruppen. LEON-prinsippet bør guide videreutviklingen av RT-ordningen, slik at en ikke "skyter spurv med kanoner" også når det gjelder antall profesjoner og omfanget av tilbudet. Dette vil kunne kreve at en vurderer om tilbudenes metodikk og derved kompetansebehov beskrives mer eksakt enn hva som i dag er tilfelle i kravspesifikasjonene.

Behandlingstilbudene, både de somatiske og psykiatriske tilbudene ble oppgitt å ha det laveste antall profesjoner, mens ARR-tilbudene både i NAV og helseforetakene oppga det høyeste antallet. Vi vet imidlertid ikke hvor integrert denne kompetansen er, og om den fremstår som flerfaglig eller tverrfaglig. Integrering av kompetanse er avdekket som et viktig kjennetegn ved effektive tilbakeføringsprogrammer som Individual Placement Support, Supported Employment og Sherbrooke-modellen [12-15]. Integrert kompetanse medfører at hele teamet kan kommunisere det samme til den sykmeldte, arbeidsgiver og resten av apparatet rundt den sykmeldte. Dette er spesielt betydningsfylt ved uspesifikke helseproblemer som vi ser hyppig ved sykefravær, som muskel- og skjellettplager og lettere psykiske plager.

Den geografiske forskjellen i type kompetanse kan til en viss grad forklares ut fra at regionene har ulike tilbudsprofiler. Ellers kan også ulike tilganger på kompetanse være en annen plausibel forklaringsfaktor.

Det var også store forskjeller mellom tilbudstypene når det gjaldt hvilken profesjons-sammensetning tilbudene oppga. For eksempel fantes det ingen tilbud med sykepleiere i typen *oppfølging*, mens syv av ti *avklaringsstilbud* oppga at de hadde denne profesjonen tilgjengelig. Dette og mange andre eksempler kan være vanskelig å forstå, og en kan lure på om det rett og slett er tilfeldig med så stor variasjon? Kravspesifikasjonene fra NAV sier noe om kompetanse i tilbudene, men denne er oftest ikke profesjonsspesifikk. Nasjonale Return-to-Work programmer i Australia har linket navngitt profesjon til hver enkelt detaljert beskrevet komponent i tilbakeføringsprogrammene, for å sikre relevant kompetanse. Det finnes både argumenter for og imot om en skal knytte kompetansekrav til profesjon. På veien mot et mer tydelig forskningsmessig kunnskapsgrunnlag kan det imidlertid bli et større behov for både å beskrive profesjonsspesifikke -, personspesifikke - og tematiske kompetansekrav i alle disse tjenestene.

Noen helseprofesjoner ble rapportert hyppigere i NAV-tilbudene enn i helseforetakstilbudene (som sykepleiere, ergoterapeuter og ernæringsfysiologer), eller like hyppig (fysioterapeuter). En tradisjonell antagelse om hvorfor ordningen Raskere tilbake er bygd opp parallelt både i NAV og i helseforetakene er at helseforetakene har kompetanse på helse og NAV på arbeid. Med et slikt utgangspunkt kan dette synes som et overraskende funn. De to profesjonene som var mest tradisjonelt rapportert var atferdskonsulentene som ble oppgitt i 77 av NAVs

tilbud og 28 prosent av helseforetakenes tilbud, og legenes som ble oppgitt i 90 prosent av helseforetakenes tilbud og i 45 prosent av NAV sine tilbud. Å fremme organisatoriske skiller mellom arbeidskompetanse og helsekompetanse kan synes uhensiktsmessig. Å være i stand til å forstå hvordan helsen påvirker arbeidsdeltagelsen, og hvordan arbeidsdeltagelsen påvirker den sykmeldtes helse er essensielt i et felt der helseproblemet bør ses i sammenheng med fraværproblemet [16]. Integrering av kompetanse er som tidligere nevnt vurdert som essensielt i internasjonal forskning om tilbakeføringsprogrammer for sykmeldte [41].

Om tilknytning og tilgang til forskning: Det typiske RT-tilbudet har kontakt med forskningsmiljøer av og til. De geografiske forskjellene er imidlertid betydelige, der dette i følge informantene forekommer sjeldnest i Vest-Norge og Nord-Norge og hyppigst i Sør-Øst og Midt-Norge. Cirka halvparten oppga at det hadde blitt gjort studier om deres tilbud. Imidlertid var denne andelen nesten tre ganger så stor i Midt-Norge som i Vest-Norge. Hvert femte tilbud planlegger en slik studie. En tilsvarende geografiske forskjell ser vi også blant de som planlegger en studie. Det er *ARR i opptreningsinstitusjon* i helseforetakene og *ARR* i NAV som oftest oppgir at det er gjort eller planlagt en studie, og sjeldnest oppgis dette i *medisinsk og kirurgisk behandling* og i NAV-tilbudene *avklaring* og *oppfølging*, der kun hver tredje tilbud oppgir dette.

I hvilken grad tilbudene oppgir å ha tilgang til forskningsbasert kunnskap varierer også geografisk, der Nord-Norge og Vest-Norge oppgir lavest tilgang. Helseforetakstilbudene oppgir noe høyere tilgang enn NAV tilbudene, der det er spesielt *oppfølging* og *avklaringstilbudene* som oppgir middels grad av tilgjengelighet til forskningslitteratur. Manglende tilgang til universitetsbibliotekene som en ofte har ved sykehusene kan kanskje bidra til å forklare noe av denne forskjellen?

Det oppgis at forskningsbasert kunnskap brukes sjeldnest i Vest-Norge og Nord-Norge og hyppigst i Midt-Norge for å utforme og begrunne tilbudet. Også her er det sjeldnest oppgitt i tilbudene *medisinsk og kirurgisk behandling* og i NAV-tilbudene *avklaring* og *oppfølging*. Noe av disse geografiske forskjellene kan forklares ved at tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* er overrepresentert i Nord-Norge og Vest-Norge. De store forskjellene mellom tilbudstypene kan imidlertid ikke lett forklares. At *oppfølging* og *avklaring* skårer gjennomgående lavt, og *ARR i opptreningsinstitusjon* og *ARR* i NAV skårer betydelig høyere kan kanskje forklares ut fra ulike tradisjoner i de ulike miljøene. For eksempel finnes det kvalitetsmål for *ARR* utviklet av Fagrådet ved kompetansesenteret for *ARR* ved Attføringscenteret i Rauland (se www.arbeidoghelse.no) og tradisjonelt tette koblinger mellom klinikk og forskning innen disse områdene. Dette kan også ses i resultatene fra de andre klinikkbaserte tilbudene. Hvorfor *medisinsk og kirurgisk behandling* skårer så vidt lavt her er vanskelig å forklare. En mulig forklaring kan være at disse tilbudene ofte er mer prosedyrestyrte, der forskningen appliseres på en annen måte og på en annen arena.

Om henviseren: Det typiske RT-tilbudet opplever at henviseren har en middels grad av tilstrekkelig kunnskap om tilbudet en henviser til. Tilbudene innen psykiatri fra både helseforetak og NAV skårer høyest. Likedan får spørsmålet om informasjonen om RT-mottaker er tilstrekkelig i henvisningen også en middels skår. Der er tilbudene *oppfølging* og *avklaring* i NAV spesielt misfornøyde. En kan tenke seg at konsekvensene av dette vil være at en kan henvise til et uegnet tilbud, eller at tilbudet mangler vesentlig kunnskap om RT-mottakeren. utfordringer med henviseres kompetanse kom også frem i forrige evaluering av

Raskere tilbake [17, 18]. Disse resultatene kan derved type på at problemene ikke er helt løst selv om ordningen nå har eksistert i fire år. Dette kan muligens ha noe med kompleksiteten og variasjonsbredden i tilbudene i ordningen å gjøre, noe som er tydelige funn fra denne studien. Samtidig er Raskere tilbake kun ett av mange tilbud henviser skal ha kunnskap om.

Primærdiagnoser: Nærmere åtte av ti tilbud har mottakere med muskel- og skjellettplager og seks av ti har mottakere med psykiske lidelser som primærdiagnoser. Dette gjenspeiler også de hyppigst brukte diagnosene ved sykemelding og uføretrygding (se nav.no), selv om andelen her er høyere.

Disse resultatene viser også at det typiske RT-tilbudet har mottakere med komorbiditet, oftest som en kombinasjon mellom muskel- og skjellettplager og psykiske lidelser. Dette gjelder spesielt for tilbudene *ARR i opptreningsinstitusjon*, og NAV-tilbudene *oppfølging, avklaring* og *ARR*. Unntaket er *behandling og rehabilitering- psykiatri* og *medisinsk og kirurgisk behandling* der RT-mottakerne nesten utelukkende har enten psykiske lidelser eller muskel- og skjellettplager. Dette er altså behandlingstilbudene i RT-ordningen. Disse resultatene kan eventuelt også begrunnes i en mulig forskjell mellom hvordan behandlingstilbudene versus de andre rapporterer primærdiagnoser. Hvis tilbudet skal behandle nakkesmerter med en ren somatisk tilnærming (eks. medikamentell eller kirurgisk behandling), vil det kanskje ikke være så naturlig å rapportere psykiske plager selv om nakkesmerter også kan være forårsaket av psykososiale risikofaktorer [58]? Dette er imidlertid ikke mulig å verifisere i disse dataene. Disse forskjellene kan også være forårsaket av at noen tilbud kommer tidligere inn i sykefraværsforløpet, mens andre tilbud kommer inn i senere stadier. Det er naturlig at det da oftere ses følgetilstander til de initiale plagene, eller at kompleksiteten i plagene gir en lengre sykefraværsvarighet. Hvis en ser dette resultatet i sammenheng med hvor lenge RT-mottakerne har vært sykmeldt når de kommer til tilbudet, er det de samme tilbudene som har mer avgrensede diagnoser som også oftere gir tilbud før åtte ukers sykemelding. Komorbiditet er en kjent problemstilling ved mange av de uspesifikke plagene, som for eksempel muskel- og skjellettplager, og kan forsterke utviklingen av nye plager, men også medføre en høyere grad av sykefravær og arbeidsuførhet [19, 20].

Opplevelse av overlapping mellom tilbudene: Informantene opplevde cirka en middels grad av innholdsmessig overlapping mellom tilbudene. I Vest-Norge opplevdes dette i betydelig mindre grad enn i Sør-Øst Norge og blant NAV-tilbudene i Midt-Norge. Vest-Norge er spesielt underrepresentert på *ARR-tilbud* både fra helseforetakene og NAV, og overrepresentert på *medisinsk og kirurgisk behandling*. Kanskje kan dette forklare at de opplever mindre overlapping enn Sør-Øst? Uansett avdekker denne studien at overlapping er et problemområdet som en kan ta tak i ved en videre strømlinjeforming av RT-ordningen.

5.2.2 Den typiske RT-mottakeren

Om RT-mottakerens bosted: I følge informantene er den typiske RT-mottakeren fra den samme kommunen eller fylket tilbudet er lokalisert i. Fem av ti er fra kommunen og nesten fire av ti er fra samme fylke. En av ti er fra andre fylker, men samme region. Den typiske RT-mottaker kommer nesten aldri fra andre regioner. De tilbudene som kommer fra region Nord-Norge og er finansiert av NAV er oftere fra kommunen enn resten av landet, der cirka ni av ti oppgis å komme fra samme kommune som tilbudet. En kan undre om dette kan ha med geografiske avstander å gjøre? Det er mottakere til tilbudene *behandling og rehabilitering-*

psykiatri i helseforetakene og *behandling for lettere psykiske og sammensatte lidelser* i NAV som er hyppigere fra kommunene tilbudet ligger i. Mottakerne til *ARR i opptreningsinstitusjon* har en motsatt profil, der fem av ti oppgis å komme fra samme fylke og to av ti fra samme region. En forklaring til disse forskjellene i hvor RT-mottakerne kommer fra ligger for noe av tjenestenes del i at kravspesifikasjonene for det enkelte tilbudet har ulikt innhold når det gjelder hvilket nedslagsfelt oppdragsgiver bestiller tjenester. Imidlertid kan en stille spørsmål ved i hvilken grad dette også kan bidra til at tilbudet til den enkelte sykmeldte blir ulikt og avhengig av bosted. Ser en ut over dagens organisering av Raskere tilbake kan en også vurdere om dette kan forenkles og gjøres mer likt landet over. Samtidig, når så mange får tilbud innenfor egne kommunegrenser kan en også undre seg om ikke noe av helsetjenesten tilbud burde vært et førstelinjeansvar og ikke plassert i spesialisthelsetjenesten. Dette temaet går rett inn i diskusjonene knyttet til Samhandlingsreformen, og bør diskuteres videre i fortsettelsen av denne evalueringen.

Om RT-mottakerens arbeidslivstilknytning: Den typiske RT-mottaker har i følge informantene arbeidslivstilknytning. Ni av ti RT-mottakere oppgis å ha en slik tilknytning. Den laveste arbeidslivstilknytningsraten blant RT-mottakerne er oppgitt i NAV og i region Vest der kun åtte av ti oppgis å ha en slik tilknytning. Spesielt i NAV tilbudene *oppfølging* og *avklaring* oppgis andelen å være lav, der kun seks av ti oppgis å ha en arbeidslivstilknytning. Dette resultatet stemmer ikke med kravene som stilles til mottakere i RT-ordningen, der alle skal ha en arbeidslivstilknytning. En mulig forklaring kan være at de som leverer tjenester til NAV har mange ulike typer tjenester, som dekkes i ulike budsjettkapitler i NAVs system. Hver leverandør kan derved sitte med ulike kontrakter på leveranser av tjenester til NAV. Disse kan omfatte ulike målgrupper, og ulike tilbudstyper. Dette kan det være krevende å holde oversikt over, både rent kontraktsmessig, men også ikke minst i den daglige praksisen som kanskje uansett er preget av skreddersøm og de samme menneskene.

Om RT-mottakerens sykemeldingsvarighet: Den typiske RT-mottakeren oppgis å ha vært sykmeldt mellom åtte uker og ett år når han/hun blir henvist til RT-tilbudet. Cirka syv av ti oppgis å tilhøre denne gruppen. Her er imidlertid forskjellen stor mellom de som får NAV-tilbud (ni av ti) og de som får helseforetaksfinansierte tilbud (mindre enn seks av ti). Imidlertid varierer dette også betydelig i helseforetakenes tilbud, der åtte av ti av de som mottar *ARR i opptreningsinstitusjonene* har vært så lenge sykmeldt, mens blant de som mottar *behandling og rehabilitering – psykiatri* er det kun to av ti som har vært så lenge sykmeldt. Blant de som mottar *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis andelen å være fire av ti. To av ti RT-mottakere fra helseforetakene oppgis å ikke være sykmeldte. Det er RT-mottakere fra region Vest som oftest ikke er sykmeldte når de blir henvist til tilbudet, antagelig på grunn av den høye andelen av tilbudene *medisinsk behandling og kirurgi*.

En kan stilles seg undrende til at RT-tilbudene i så stor grad møter den sykmeldte så sent i forløpet. Tidlig intervensjon har vist å ha stor betydning for varigheten av sykmelding [21]. Det synes også å være en utbredt oppfatning blant de ulike aktørene som jobber med sykemeldte fra arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten at det er viktig å komme i gang tidlig [22]. Samtidig kan enkelte sykmeldte med omfattende og sammensatte problemstillinger ha behov for å få mer tid til å få oversikt over egen situasjon og derved bli mer mottakelig for endringsprosesser. Imidlertid er det kjent fra mange enkeltteksempler at det går lengre tid før

en får tilgang til RT-tilbudet enn den sykmeldte selv ønsker. Dette har vi imidlertid enda ikke undersøkt gjennom forskning.

Forskjellen mellom NAV og helsetjenestens tilbud i forhold til når en møter den sykmeldte kan ha ulike forklaringer. Det ene forklaringen kan handle om at helseforetakene driver med mer behandling enn NAV. Timingen på RT-tilbudene vil også naturlig være styrt av hva som har skjedd forut for at RT-tilbudet ble igangsatt. Det å få igangsatt et slikt tilbud før 8 uker kan være vanskelig og ofte ikke helt riktig i NAV fordi arbeidsgiver må ha gjennomført sine plikter i hht tiltaksforskriften først (§ 1-8. *Forutsetninger for tildeling av arbeidsrettede tiltak for arbeidstakere*). Tildeling av tiltak kan ikke skje uten at arbeidsgivers tilretteleggingsplikt etter arbeidsmiljøloven § 4-2 er oppfylt. For arbeidstakere med nedsatt arbeidsevne kan tildeling av arbeidsrettede tiltak tidligst skje når NAV har innhentet oppfølgingsplan etter arbeidsmiljøloven § 4-6 tredje ledd, og det er dokumentert at arbeidsgiver har gjennomført bedriftsinterne tiltak som ikke har ført frem eller at bedriftsinterne tiltak har vært vurdert, men ikke er mulig å gjennomføre (jf. Arbeidsmiljøloven § 4-6, første ledd). Likevel kan det oppleves som viktig å diskutere om et tilbud som *avklaring* og *oppfølging* overfor gruppen sykmeldte bør komme så sent som resultatene her viser, det vil si at 95 prosent av de som mottar tilbudene har vært sykmeldt i fra åtte uker til ett år. Eller en kan gå mer overordnet til verks, og tenke hva trengs når, og så sette tydeligere tidspunkt for når ulike RT-tilbud skal vurderes og eventuelt iverksettes. Det kan også være viktig å plassere RT-ordningen tydeligere inn i det nasjonale opplegget for oppfølging av sykmeldte, som har opplegg fra 1-3 dager, via 4, 7, 9 og 26 uker, og opp til 12 måneder. Kan RT-tilbudene fra NAV og helseforetakene innordnes i dette opplegget som nå handler mest om arbeidsplassaktørene, sykmelder og NAVs saksbehandler? Argumenter for dette er at RT-tilbudet kan oppleves fragmentert når det leveres som en og en tjeneste, og at timingen for det enkelte tiltaket ikke er definert, slik det er i det nasjonale oppfølgingsystemet.

Om RT-mottakeren er medisinsk utredet ved henvisning: I følge informantene er den typiske RT-mottakeren medisinsk utredet ved henvisning i cirka to tredjedel av tilfellene. Det er ikke forskjeller mellom NAV og helseforetakenes tilbud totalt sett i forhold til dette, men det skjer i følge informantene oftest i NAV-tilbudene i Nord-Norge og i helseforetakstilbudene i Sør-Øst, og sjeldnest i NAV-tilbud i Vest og i helseforetakenes tilbud i Midt. Noe av disse forskjellene kan tilskrives ulikhet i tilbudssammensetning mellom regionene. Imidlertid vil de fleste forskjellene her ikke være mulig å knytte til denne forklaringsmodellen. Å gjennomføre en rask medisinsk utredning tidlig i forløpet er understreket som spesielt viktig for sykmeldte [23-26]. Dette er begrunnet i at de hyppigste helseproblemene en ser ved sykmelding er uspesifikke helseplager. En trenger derfor kompetent tidlig utredning for å luke ut om det kan være en patologisk forklaring til for eksempel smertene. For ryggsmarter tilsier det samlede kunnskapsgrunnlaget at det er så sjelden som i en av ti tilfeller at det foreligger en spesifikk underliggende årsak til smertene [27]. Hva som bør gjøres videre i sykefraværsforløpet er svært styrende for denne medisinske utredningen. Hvis det ikke er spesifikke funn, bør den sykmeldte raskt forsikres om at plagene ikke er farlige og at det er trygt å være i aktivitet [28, 29], et tiltak som ofte går under navnene Brief Intervention [27, 30, 31] eller Re-assurance [29]. Dette danner også grunnlaget for å kunne fokusere mer på fraværsproblemet enn helseproblemet i den neste fasen av rehabiliteringsprosessen [32-34]. Erfaringer fra tidligere studier vi har gjort på langtidssykmeldte viser at den medisinske utredningen pågår over svært

lang tid, og gjentas ofte. Arbeidsplassen opplever da å bli stilt på vent, og handlingsmulighetene reduseres [34].

Om RT-mottakerens motivasjon: Syv av ti RT-mottakere oppgis å være motivert for tilbakeføring til arbeid, der andelen oppgis å være noe større i helseforetakenes - enn i NAV sine tilbud. Den er rapportert å være høyest i Sør-Øst sine helseforetakstilbud, og lavest i NAV sine tilbud i Vest. Ser vi på type tilbud oppgis den å være lavest i NAV-tilbudet *avklaring* (fem av ti) og høyest i helseforetakstilbudet *behandling og rehabilitering- psykiatri* (åtte av ti). Ser vi derimot på om motivasjonen utredes, rapporterer tilbudene fra NAV at den nesten alltid utredes, mens andelen er litt lavere for helseforetakenes tilbud. Dette handler først og fremst at dette gjøres sjeldent i tilbudene *medisinsk behandling og kirurgi* og også noe sjeldnere innen *behandling og rehabilitering- psykiatri*. Motivasjon for tilbakeføring er et viktig men også utfordrende tema i tilbudet til sykmeldte. Disse resultatene viser at i følge informantene så er det om lag en tredjedel som kan ha motivasjonsutfordringer. Kan det ha noe å gjøre med at de sykmeldte først får dette tilbudet når de har vært sykmeldt svært lenge? Det er et stort behov for å forske mer på hvilke metoder vi bruker eller kan bruke for å øke motivasjonen for arbeidsdeltagelse, og så prøve disse ut i tilbudene.

Om RT-mottakeren er gjenganger i RT-tilbudene: Den typiske RT-mottakeren er ikke gjenganger i RT-tilbudene. Hun/han oppgis å nesten aldri å ha mottatt det samme RT-tilbudet før, og sjeldent å ha mottatt andre RT-tilbud. Dette er imidlertid oppgitt å være litt mer hyppig i region Nord-Norge enn i resten av Norge. Dette kan synes som et overraskende funn, gitt det store antallet som mottar RT-tilbud totalt sett. Videre studier bør imidlertid replisere dette resultatet før konklusjoner om dette trekkes.

5.2.3 Det typiske RT-opplegget rundt hver mottaker

Varigheten på tilbudet: I det typiske RT-tilbudet oppgis opplegget rundt hver mottaker å være fleksibelt i forhold til hvor lenge det varer. Nesten syv av ti tilbud oppgir dette. Det er store forskjeller mellom tilbudene i helseforetakene versus tilbudene i NAV. I helseforetakene oppgis det å være mer vanlig med en fast varighet på tilbudene, mens for NAV oppgis dette sjeldent. Det er også geografiske forskjeller her. Sør-Øst har mer enn tre ganger oftere fast varighet enn Vest-Norge, og dobbelt så ofte som Nord-Norge. Tilbudstypene *rehabilitering i sykehus- somatikk* og *behandling og rehabilitering – psykiatri* er de som sjeldnest har fleksibel varighet på tilbudet, mens *behandling ved lettere psykiske og sammensatte lidelser* i NAV nesten alltid oppgir å ha fleksibel varighet, noe som er i tråd med kravspesifikasjonen. Noe av de andre forskjellene kan forklares i sammensetningen av tilbudene innad i regionene. Likevel kan det synes vanskelig å forklare forskjellene fullt ut, spesielt forskjellene mellom de ulike tilbudstypene. Årsaken til bruken av faste tidsrammer kan ha ulike begrunnelser som organisering av tilbudet, bemanning, gruppetilhørighet med de som har tilbud samtidig etc. Kombinasjonen mellom fast varighet og skreddersøm kan være en utfordring i dette feltet.

Tidsbrukt per mottaker: I det typiske RT-tilbudet er tidsbruken på hver RT-mottaker fleksibel, dvs. individuelt tilpasset. Dette oppgis i mer enn syv av ti tilbud. Det er store geografiske forskjeller. I Midt-Norge er det ni av ti tilbud som har fleksibel tidsbruk, mens i Sør-Øst er det mellom seks og syv av ti tilbud som har dette. Det er tilbudstypen *rehabilitering i sykehus – somatikk* som oftest oppgir en fast tidsbruk per RT-mottaker. I NAV har tilbudet *oppfølging*

oftere en fast tidsbruk i tilbudet, enn tilbudet *avklaring*. *Avklaring, medisinsk og kirurgisk behandling* og *ARR i opptreningsinstitusjon* oppgis å ha aller sjeldnest en fast tidsbruk per mottaker. Det kan synes vanskelig å forklare disse store forskjellene, da bortsett fra *medisinsk og kirurgisk behandling* der en kanskje lettere kan se at fast varighet er mulig og gunstig. En diskusjon om bruken av fast tidsbruk per mottaker vil kunne utfordre måten en organiserer tjenestene på. Begrunnelsen for å benytte en fast tidsbruk kan synes vanskelig i et felt med så stor grad av individuell og kontekstuell variasjon. Skreddersøm er vurdert som et viktig kjennetegn ved effektiv arbeidsrettet rehabilitering av sykmeldte [25].

Utarbeidelse av plan: I det typiske RT-tilbudet blir det utarbeidet en plan for tilbudet. Dette skjer i ni av ti tilbud, og oftest i NAV tilbudene. Imidlertid er det store forskjeller geografisk og mellom tilbudstypene. Denne forskjellen ses aller best i Vest-Norge, der kun syv av ti tilbud i helseforetakene og alle tilbudene i NAV utarbeider en plan. Av NAV-tilbudene er det *behandling - lettere psykiske og sammensatte plager* som oppgir den laveste andelen, der cirka åtte av ti oppgir at de utvikler en plan. I helseforetakene er andelen lavest i *medisinsk og kirurgisk behandling* der cirka halvparten har en plan, i *rehabilitering i sykehus- somatikk og behandling og rehabilitering- psykiatri* der cirka åtte av ti får en plan. *ARR i NAV* og *ARR i opptreningsinstitusjon* utarbeider nærmest alltid en plan. Disse forskjellene kan være begrunnet i kravspesifikasjonenes innhold, og at behandlingstilbudene ikke opplever behovet for å utarbeide en plan. Disse resultatene gir heller ikke informasjon om det utvikles mange parallelle planer eller om hver enkelt sykmeldt har kun en felles plan for sin tilbakeføringsprosess. Studier viser at en felles plan mellom arbeidsplass, helsetjenesten og NAV kan ha stor betydning for tilbakeføringshastigheten [26, 35].

Oppnevnelse av fast koordinator: I det typiske RT-tilbudet har halvparten en fast koordinator for å samkjøre tilbudet mellom seg og eksterne aktører. Cirka seks av ti tilbud oppga at de hadde dette. Denne andelen var betydelig høyere i NAV, der mer enn åtte av ti oppga svaret "alltid", sammenlignet med helseforetakenes tilbud, der det var fem av ti som svarte "alltid". Cirka tre av ti oppga at dette skjedde sjeldent, svært sjeldent eller aldri. Det var store forskjeller geografisk og mellom de ulike tilbudene. Mens det i Vest-Norge ble oppgitt å skje "alltid" i fem av ti tilbud, var andelen i Midt-Norge åtte av ti. *ARR i opptreningsinstitusjoner* oppga dette oftest, mens de tre tilbudstypene *medisinsk og kirurgisk behandling, behandling og rehabilitering- psykiatri* og *rehabilitering i sykehus- somatikk* svarte i gjennomsnitt henholdsvis "svært sjeldent", "sjeldent" og "av og til" på dette spørsmålet. Flere kunnskapsoppssummeringer har vist at en fast koordinator i tilbakeføringsprosessen av sykmeldte er viktig for effekten av arbeidsrettet rehabilitering [26, 36]. Organisasjonen Disability Management som både driver med praksisutvikling, utdanning og forskning innen oppfølging av sykmeldte, har utviklet en egen internasjonal utdanning av de såkalte "Return to Work Coordinators"[37]. Forskingen har over mange år vært opptatt av hvilken kompetanse disse tilbakeføringskoordinatorene bør ha for å fylle denne viktige funksjonen [38]. Modeller for koordinering innen arbeidsrettet rehabilitering er kanskje det vi i Norge så langt har minst utviklet innen dette feltet. Spesielt kan dette synes å gjelde koordinering mellom helsetjenesten, NAV og arbeidsplassen.

Tverrfaglig team: Cirka fem av ti tilbud oppga at det alltid ble opprettet et tverrfaglig team rundt den enkelte RT-mottaker, mens to av ti oppga at dette aldri skjedde. Det var ikke forskjell mellom helseforetakene og NAV samlet sett. Det var store geografiske forskjeller, der det i Midt-Norge ble oppgitt å skje oftest, mens det i Vest-Norge ble oppgitt å skje mest sjeldent. I helseforetakenes tilbud i Midt-Norge ble det oppgitt å skje i ni av ti tilbud, mens i Vest-Norge ble det oppgitt å skje i fem av ti tilbud. For ARR i opptreningsinstitusjon ble det opprettet et slikt team så å si alltid, mens det for tilbudene *avklaring og behandling og rehabilitering- psykiatri* oppga de at det skjedde i litt mer enn fire av ti tilbud.

Behovet for å effektivere et tverrfaglig team kan synes å være varierende. I de rent behandelende tilbudene kan dette oppleves unødvendig. Når den enkelte sykemeldte får effektivert ett og ett enkelttilbud i sin tilbakeføringsprosess utfordres også den tradisjonelle teammodellen, som brukes mye innen alle former for rehabilitering [32]. Å skulle etablere stadig nye tverrfaglige team rundt den sykemeldte kan bli for omfattende. Hadde imidlertid det vært ett enkelt arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for hver enkelt sykemeldt, der relevante tiltak ble effektivert etter hvert som det var behov, ville teamet kunne fungere mer hensiktsmessig. Det aller viktigste ville være at dette ene teamet kunne integrerte en felles forståelse og kompetanse mellom NAV, arbeidsplassen og helsetjenesten. Et eksempel på dette er hentet fra et tverrfaglig team som jobbet ut fra den kjente og effektive Sherbrooke-modellen [23] i Canada. Forskere videofilmte møtene til teamet i 18 måneder [41]. I alt ble 338 møter avholdt. Teamet diskuterte beslutninger knyttet til arbeidsrettet rehabilitering av 22 sykemeldte med uspesifikke muskel- og skjellettplager. Forskerne analyserte videomaterialet for å finne ut hvilke verdier som styrte de omforente beslutningene de tok vedrørende tilbakeføringen. De fant 10 underliggende verdier rehabiliteringsteamets beslutninger var støttet av: (1) Teamets overensstemmelse og troverdighet, (2) samarbeidet med aktørene på arbeidsplassen, helsetjenesten og i NAV, (3) arbeidstakerens interne motivasjon, (3) arbeidstakerens tilslutning til programmet, (4) arbeidstakerens reaktivering, (5) et samkjørt og enkelt budskap fra teamet til arbeidstakeren, (6) forsikring om at helseplagene ikke var farlige og ikke hindrende for kapasiteten og fremtiden til både arbeidstaker, team og andre aktører, (7) at tiltakene skulle graderes og tilpasses prosessen, (8) at smerter bør ses som multi-faktorielle, og arbeidstakeren må lære å håndtere disse og ikke se seg selv som et offer, (9) arbeid er terapi i seg selv, og til sist (10) at tilbudet må knyttes til arbeidsplassen. Denne "rehabiliteringsfilosofien" gjennomsyret hele tiltakskjeden, siden det var ett team som fulgte hele tilbakeføringsprosessen av den sykemeldte.

Felles definert mål: Det typiske RT-tilbudet oppgir at det defineres et felles mål for den enkelte RT-mottaker. Informantene fra ni av ti tilbud svarer "alltid", "svært ofte" eller "ofte" på dette spørsmålet. Dette oppgis å skje litt oftere i NAVs tilbud og i Midt-Norge sammenlignet med helseforetakenes tilbud og tilbudene i Vest-Norge. Dette oppgis sjeldnest i tilbudet *Medisinsk og kirurgisk behandling*, der de svarer "av og til". For de andre tilbudene er det små forskjeller. De andre svarer i gjennomsnitt "svært ofte" på dette spørsmålet. Dette synes positivt. Imidlertid har ikke denne studien kartlagt mer i detalj hva dette egentlig innebærer. For eksempel: Betyr det at hvert enkelt tilbud har definert et mål for akkurat sitt tilbud eller er målene også på tvers av tilbudene, hvordan har måldefineringsprosessen vært, i hvilken grad eies målet også av RT-mottakeren, og hvordan koordineres det enkelte tilbudets mål opp mot aktørenes på arbeidsplassen? Involvering av arbeidsplassens aktører er her

kritisk [12, 36, 42]. Dette trenger vi å vite mer om, og det vil bli fulgt opp videre i denne evalueringen av Raskere tilbake ordningen.

Samarbeidmetoder eksternt: Det typiske RT-tilbudet samarbeider med eksterne aktører gjennom telefon og til dels møter. Cirka syv av ti tilbud bruker telefonen for å samhandle med fastlegen, NAV og arbeidsgiver. Møter skjer like ofte med NAV og arbeidsgiver, men sjeldnere med fastlegen. Skriftlig samarbeid skjer svært sjeldent med arbeidsgiver og BHT, men mer enn i halvparten av tilbudene med fastlegen. Generelt oppgir tilbudene i Midt-Norge en betydelig høyere grad av samhandling både per telefon og i møter med alle samarbeidsaktører. Blant de ulike tilbudene er det *ARR* i NAV som oppgir at de samhandler hyppigst både med arbeidsgiver, NAV, BHT, spesialisthelsetjenesten og fastlegen, etterfulgt av *ARR* i *opptreningsinstitusjon*. Helseforetakenes andre tre tilbudstyper samhandler nesten aldri verken per telefon, møter eller skriftlig med RT-mottakerens arbeidsgiver, BHT eller NAV. I de faste møtene som avholdes rundt tilbudene, oppgis fastlege, arbeidsgiver og NAV å være sjeldent tilstede. Modellen rundt Raskere tilbakeordningen der mange ulike tilbud ytes av enda flere aktører kan synes krevende når det gjelder samarbeid og samhandling. For eksempel kan den samme sykmeldte ha tilbudene *avklaring*, *oppfølging*, *medisinsk og kirurgisk behandling* og *ARR* i *opptreningsinstitusjon*. Disse kan da være levert av fire ulike instanser, med mange aktører involvert. En forenkling av tilbudene som ytes vil kunne, sammen med en ytterligere standardisering av rapportering mellom aktørene redusere omfanget av samarbeid og samhandlingsutfordringer i tilbakeføringsprosessen. Å koordinere samarbeid/samhandling i Raskere tilbake- tilbudene opp mot det nasjonale systemet for oppfølging av sykmeldte vil også kunne bidra til å strømlinjeforme tilbudet enda mer. I dette nasjonale systemet omhandler endringene fra 1. juli 2011 nye grep for å bedre samhandlingen i tilbakeføringsprosessen. Et eksempel er at arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til sykmelder (lege) innen 4 uker.

Foretas arbeidsplassvurdering: I de typiske RT-tilbudet oppgir informantene at det gjøres en arbeidsplassvurdering i halvparten av tilfellene. En like stor andel (cirka hvert fjerde tilbud) sier de ”aldri” eller ”alltid” gjør slike vurderinger. Det er store forskjeller mellom NAVs tilbud, der to av tre gjør slike vurderinger, og helseforetakenes tilbud, der en av tre gjør slike vurderinger. Det er betydelige geografiske forskjeller, der helseforetakstilbudene i Vest-Norge svarer at de gjør dette nesten aldri, mens i disse tilbudene i Midt-Norge svarer halvparten av tilbudene at de gjør det nesten alltid. For NAVs tilbud svarer over halvparten i Sør-Øst at de gjør arbeidsplassvurderinger mens det oppgis at det gjøres nesten alltid i Nord-Norge.

Behandling og rehabilitering – psykiatri har den laveste skår av alle tilbudstypene der det sies å nesten aldri skje, etterfulgt av *Rehabilitering i sykehus- somatikk* der de oppgir at det skjer i nesten en av tre tilbud (her er de to medisinske behandlingstilbudene ikke med på grunn av lavt antall svar). Imidlertid kan arbeidsplass tiltak innebære ulike typer opplegg, og en kan stille et spørsmålstegn ved om alle informantene la det samme i termen ”arbeidsplassvurdering”, når de ble stilt dette spørsmålet. I tillegg kan en del også tolke arbeidsplassvurdering som det eksplisitte tiltaket i NAV “Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut”. Dette krever studier som inkluderer resultater om hva

arbeidsplassvurderingen faktisk har omhandlet og inneholdt av tiltak. Dette vil bli ivarettatt i neste delstudie i denne evalueringen.

Arbeidsplassvurdering (eng. worksite visit) er en veldokumentert del av effektive rehabiliteringstilbud til sykmeldte [23, 29, 42-45]. Det er spesielt sterke evidens for at tilrettelegging på arbeidsplassen og at kontakten mellom helsepersonell og arbeidsplassen har stor betydning for tilbakeføringshastigheten [43]. At rehabiliteringstilbud har kontakt mot reell kontekst, det vil her si arbeidsplassen, har vært kommunisert gjennom paradigmeskiftet i rehabiliteringsfeltet siden 1980 tallet [34, 46]. Da gikk en fra å praktisere ”train-than-place” til å utføre ”place-than-train” [47], altså at terapi og tiltak skulle tidlig forankres og skje ute i det miljøet som personen levde og bodde, og at opptrening og tiltak i klinikk ikke nødvendigvis var overførbare til for eksempel arbeidsplassen. Individual Placement Support, Arbeid med bistand, Disability Management og Work Disability Prevention-programmer er alle ulike tiltaksmodeller for sykmeldte og utføre som bygger på dette paradigmet.

Måles resultatet av tilbudet for den enkelte: Det typiske RT-tilbudet svarer ja på om de måler resultatet av RT-tilbudet for den enkelte. Det er nesten syv av ti som oppgir dette. Dette oppgis å skje oftest i NAV tilbudene og i Sør-Øst Norge (nesten åtte av ti), og sjeldnest i Vest-Norge (tre av ti). Mellom tilbudstypene er det også store forskjeller, der det for tilbudet *medisinsk og kirurgisk behandling* oppgis sjeldnest (hver fjerde svarer ja), mens det er 95 prosent som svarer ja av de som representerer *ARR i opptreningsinstitusjon*. Også *ARR* i NAV har en høy andel som svarer ja på dette spørsmålet (åtte av ti). Det er vanskelig å forklare disse store forskjellene. Antagelig er de et uttrykk for at det ikke er utbredte standarder eller praksis for om, hva og når resultatevaluering skal skje. Resultatevaluering er nært knyttet til mål for det enkelte tilbudet, og mål for RT-mottakerens tilbakeføringsprosess. I denne ordningen er to mål uttalte, tilbakeføring til tidligere eller nytt arbeid (hvis mulig og hensiktsmessig), og dernest også for en del av tilbudene er målet bedret helse. Bedret helse skal så medføre raskere tilbakeføring til arbeid, selv om dette nødvendigvis ikke alltid er tilfelle. En tydeligere strømlinjeforming av målsettingsprosessene og resultatevalueringen kan være hensiktsmessig for at noen av tilbudene også kan bli mer fokusert på fraværsproblemet, ikke bare helseproblemet. Selv om helseproblemet ikke kan løses, kan fraværsproblemet mange ganger løses [16]. Dette er i tråd med ideologien om et inkluderende arbeidsliv [59].

Oppfølging etter endt tilbud: I det typiske RT-tilbudet skjer det lite oppfølging etter endt tilbud. Dette er derved et område som det finnes et stort potensial til å forbedre. Der det skjer foregår det hyppigst per telefon etter 1-3 måneder etter endt tilbud (26 prosent av tilbudene) og sjeldnest gjennom møter i virksomheten, møter med NAV og ved hjelp av arbeidsplassbesøk (fra 1-12 prosent av tilbudene). Det er ofte utfordrende å få langtidseffekter av tidsbegrensede opplegg, da de fort kan bli ”events” som tross intensitet under opplegget fort kan tape sin betydning. God oppfølging kan antagelig redusere dette noe. Oppfølging er også et kritisk tiltak for at tilbudene skal bli mer helhetlige. Her kan det være et behov for å tenke mer standardisering, og også samkjøre et slik oppfølgingsopplegg opp mot det nasjonale opplegget for oppfølging av sykmeldte.

Brukerdeltagelse: I det typiske RT-tilbudet oppgis RT-mottakeren å være med *møter* som omhandler tilbudet. Det rapporteres at dette skjer i ni av ti tilbud, og litt hyppigere i NAV enn i helseforetakenes tilbud. Den laveste skåren oppgis i helseforetakstilbudene i Sør-Øst (mindre enn åtte av ti) og høyest i NAV-tilbudene i Vest (ti av ti). Når det settes *mål for tilbudet* og *når det utarbeides tiltaksplan* så oppgis RT-mottakeren å være med så godt som alltid. Brukermedvikning har vært sterkt i fokus i mange år, og kravspesifikasjonene er også tydelige på å ivareta dette. Dette er derfor et oppløftende resultat.

Referanser

- [1] Holmås TH, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 3. Bergen: Samfunns- og næringsforskning AS. 2008.
- [2] Drangslund KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1. Bergen: Samfunns- og næringsforskning AS. 2008.
- [3] Kjerstad E, Holmås TH. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 2. Bergen: Samfunns- og næringsforskning AS. 2009.
- [4] Aas RW. Raskt tilbake etter sykefravær. Oslo: Idébanken - inkluderende arbeidsliv; 2009a.
- [5] Lindøe P, Bakke Å, Aas RW. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Virkemidler fra nasjonalt nivå til ledernivå i oppfølging av langtidssykemeldte. Tidsskrift for Arbejdsliv. 2006;8:68-82.
- [6] Arbeidsdepartementet. Sykefravær og uførepensjonering, et inkluderende arbeidsliv. 2000.
- [7] Stortinget. Innstilling fra arbeids- og sosialkomiteen om lov om endring i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven 2006-2007.
- [8] Regjeringen. Pressemelding. Skal få folk raskere tilbake i arbeid. 2007.
- [9] Aas RW. Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal; 2009.
- [10] Duriau VJ, Reger RK, Pfarrer MD. A Content Analysis of the Content Analysis Literature in Organization Studies: Research Themes, Data Sources, and Methodological Refinements. Organizational Research Methods. 2007;10(1):5-34.
- [11] Giannantonio CM. Review of Content analysis: An introduction to its methodology (2nd ed.). Organizational Research Methods. 2010;13(2):392-4.
- [12] Loisel P, Falardeau M, Baril R, José-Durand M, Langley A, Sauvé S, Gervais J. The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. Disability And Rehabilitation. 2005;27(10):561-9.

- [13] Li-Tsang CW, Li EJ, Lam CS, Hui KY, Chan CC. The effect of a job replacement and support program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (RCT) study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008;18(3):299-306.
- [14] Handler J, Doel K, Henry A, Lucca A. Implementing supported employment services in a real-world setting. *Psychiatric Services*. 2003;54(7):960-2.
- [15] Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004;27(4):345-59.
- [16] Aas RW. Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.
- [17] Kjerstad E, Holmås TH. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 2: Samfunns- og næringslivsforskning AS.2009. Report No.: 24/09.
- [18] Drangslund KAK, Kjerstad E. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. Delrapport 1. Bergen: Samfunns- og Næringslivsforskning AS 2008. Report No.: 18/08.
- [19] Nordin M, Hiebert R, Pietrek M, Alexander M, Crance M, Lewis S. Association of Comorbidity and Outcome in Episodes of Nonspecific Low Back Pain in Occupational Populations. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2002;44(7):677-84.
- [20] Hestbaek L, Lboeuf-Yde C, Kyvik KO. Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2006;7(29).
- [21] Frank JW, Brooker AS, DeMaio SE, Kerr MS, Maetzel A, Shannon HS, et al. Disability resulting from occupational low back pain. Part II: What do we know about secondary prevention? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine*. 1996;21(24):2918-29.
- [22] Aas RW, Solberg A, Strupstad J, Kiær E, Ellingsen KL, Teige H. Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjellettplager: International Research Institute of Stavanger, IRIS.2011. Report No.: 2011/056.
- [23] Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J. A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*. 1997;22(24):2911-8.
- [24] Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, Van Mechelen W. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or

- workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*. 2007;32(3):291-8.
- [25] Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009;19(1):81-93.
- [26] Ellingsen KL, Kiær E, Labriola M, Aas RW. Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær. En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur: International Research Institute of Stavanger, IRIS.2010. Report No.: 2010/049.
- [27] Airaksinen O, Hildebrandt J, Mannion AF, Ursin H, Brox JI, Klaber-Moffett J, Reis S, Zanolli G, Cedraschi C, Kovacs F, Staal JB. European guidelines for the management of chronic non specific low back pain. *European Spine Journal*. 2006;15(2):s192-s300.
- [28] Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vezina N, Baril R, Gagnon D. Disability prevention-New paradigm of the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*. 2001;9(7):351-60.
- [29] Loisel P, Durand P, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *The Clinical Journal of Pain*. 2003;19:105-13.
- [30] van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*. 2006;15(2):s169-s91.
- [31] Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. 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):1180-9.
- [32] Aas R. Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
- [33] Haugli L, Hagen EM, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla G, Aas R. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag - hvor står vi og hvor går vi? *Utposten* 2010. 2010;39(4):2-8.
- [34] Aas RW. Workplace-based sick leave prevention and return to work. Exploratory studies [Ph.D. Thesis]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
- [35] Kärrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schüldt K. 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):457-67
- [36] Franche R-L, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):525-42.
- [37] Shaw W, Hong Q-N, Pransky G, Loisel P. A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *Journal Occup Rehabil*. 2007:2-15.
- [38] Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Nha Hong Q, Loisel P. Researchers perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability & Rehabilitation*. 2010;32(1):72-8.
- [39] Hursh N, Rosenthal D. Dynamic changes in the field of disability management: Responding to employer needs with broader responsibilities. *Case Management*. 2005;11:16-22.
- [40] Caggianelli P. New skills, expertise needed for disability managers as part of workplace teams. *Case Management*. 2006;12:15.
- [41] Loisel P, Falardeau M, Baril R, José-Durand M, Langley A, Sauve S, Gervais J. The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*. 2005;27(10):561-9.
- [42] van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HCW, Franche R-L, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*. 2009(2):CD006955.
- [43] Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
- [44] Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC, Van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational & Environmental Medicine*. 2004;61(4):289-94.
- [45] Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed)*. 2010;341:c6414-c.

- [46] Aas RW, Tuntland H, Holte K, Roe C, Lund T, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(4):Art. No.: CD008160. DOI: 10.1002/14651858.CD008160.pub2.
- [47] Corrigan PW. Place-than-train: An alternative service paradigm for persons with psychiatric disabilities. *Clinical Psychological Science Practice*. 2001;8:334-49.
- [48] Nederhof AJ. Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology*. 1985;15(3):263-80.
- [49] Ose SO, Bjerkan AM, Pettersen I, Hem KG, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo TO, Saksvik PØ. Evaluering av IA-avtalen (2006 - 2009). Trondheim: SINTEF. 2009.
- [50] Aas R, Skaugen B. Sykefraværsarbeid - en tiltakshåndbok: Fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak: International research institute of Stavanger. 2007.
- [51] Aas RW, BH S. Innsatskommuner sykefravær: Problem, mål, tiltak og suksesskriterier: International Research Institute of Stavanger. 2007.
- [52] Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J, and IWH Review team. Workplace-based return to work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):607-31.
- [53] Ellingsen KL, Kiær E, Labriola M, Aas RW. Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær: en kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur. Stavanger: IRIS2010. Report No.: 2010/049.
- [54] Bultmann U, Sherson S, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2009;19(1):81-93.
- [55] Karrholm J, Ekholm K, Jakobsson B, Ekholm J, Bergroth A, Schuldt K. 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):457-67.
- [56] Tjulin A, Stiwnne EE, Ekberg K. Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2009 Dec;19(4):409-18.
- [57] Who. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. ICD-10. Geneva: 1992-94. World Health Organization; 1994.

- [58] Côté PD, van der Velde GD, Cassidy JDD, Carroll LJP, Hogg-Johnson SP, Holm LWD, et al. The Burden and Determinants of Neck Pain in Workers: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(S4):S60-S74.
- [59] Sosial og helsedepartementet. NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv2000.

Vedlegg

Evaluering av Raskere tilbake

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

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



Del 1: Om den som fyller ut skjemaet

Ved RT-tilbudet er jeg:

- Faglig ansvarlig
- Administrativt ansvarlig
- Annet

Jeg har følgende tittel ved RT-tilbudet:

Del 2: Om tilbudets overordnede organisering og lokalisering

Hvor får RT-tilbudet sin finansiering fra?

- Helseforetak
- Nav
- Fra både helseforetak og Nav

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

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

Når ble tilbudet etablert?

Måned (eks 08) År (eks 2009)

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

Hadde dere RT-tilbud i:

- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011

Hvor mange innbyggere bor i kommunen tilbudet ligger i?

I hvilket fylke ligger tilbudet?

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

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

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

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

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

Hvilke RT-tilbud gjelder dette?

Del 3: Opplysninger om henviser

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

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Spesifiser "andre" henvisere dersom aktuelt:

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

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

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

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

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

RT-mottaker kommer fra:

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Hvor mange ble henvist til deres RT-tilbud i:

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

Hvor mange mottok RT-tilbud hos dere i:

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

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

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

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

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Eventuelle kommentarer:

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

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

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

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

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

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

Kommentarer:

Hva er inklusjonskriteriene for et RT-tilbud hos dere?

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

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

--	--	--

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
- Intern statistikk

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

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

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

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

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

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

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

--	--	--

Beskriv motivasjonsutfordringene dere erfarer blant RT-mottakerne:

Del 5: Om tilbudets varighet og omfang

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

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

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

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

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

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

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

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

Tallene er hentet fra:

- Eget estimat/overslag
 Intern statistikk

Hva bestemmer tidsbruken per RT-pasient?

Del 6: Om tilbudets planlegging og koordinering

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

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

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

Hvilken type plan bidrar dere i utarbeidelsen av?

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

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

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

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

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

Eventuelle kommentarer til koordinator/koordinering:?

Hvordan skjer samarbeidet mellom dere og følgende aktører?

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

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

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

Dersom andre deltar i møtene, hvem er dette?

Eventuelle kommentarer til møter?

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

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

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

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

Del 7: Om tilbudets kompetanse

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

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

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

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

Beskriv hvilken forskning dere bygger tilbudet på:

Del 8: Om tilbudets innhold

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

Utredes RT-mottakerens motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet?

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

Hvordan skjer dette?

Gjøres det arbeidsplassvurdering for RT-mottakeren?

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

Hvordan skjer dette?

Hvilke komponenter består RT-tilbudet deres av?

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

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

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

Deltar RT-mottakeren:

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

Del 10: Om oppfølging og rapportering

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

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

Måles resultat av tilbudet for den enkelte RT-mottaker?

Hva måles i tilfellet?

Hvordan måles det i tilfellet?

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

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

Eventuelle kommentarer til oppfølging?

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

Del	Variabel	Skala/informasjon om variabel	Total			Finansiering						Region															
			Gj.snitt	SD	n	Helseforetak			Nav			Sør-Øst			Vest			Midt			Nord						
						Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n				
Antall (n)			120			77			64			60			17			22			21						
I: Om RT-tilbudet	Hvor tilfreds er du med organiseringen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				6,9	2,0	67																			
	Hvor tilfreds er du med samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				6,3	2,4	63																			
	Hvor tilfreds er du med ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				6,8	2,3	63																			
	Hvor tilfreds er du med organiseringen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)							5,1	2,4	62																
	Hvor tilfreds er du med samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)							5,3	2,5	51																
	Hvor tilfreds er du med ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)							5,3	2,4	58																
	Hvor tilfreds er du med organiseringen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)		3,3	2,1	32							3,4	2,4	21	*	*	<5	3,3	1,2	6	*	*	<5			
	Hvor tilfreds er du med samhandlingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)		3,4	2,2	34							3,6	2,6	21	*	*	<5	3,3	1,0	8	*	*	<5			
	Hvor tilfreds er du med ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet mellom helseforetak og Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)		3,4	2,1	32							3,5	2,5	19	3,3	1,0	6	3,5	1,2	8	*	*	<5			
	Andel som har utført studie eller evaluering av tilbudet	Prosent		50	0,5	119	55	0,5	76	56	0,5	64	52	0,5	60	24	0,4	17	68	0,5	22	45	0,5	20			
	Andel som planlegger studie eller evaluering av tilbudet	Prosent		20	0,4	119	16	0,4	76	22	0,4	64	20	0,4	60	0,0	0,0	17	36	0,5	22	20	0,4	20			
	I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)		8,5	2,2	117	9,0	1,6	75	8,1	2,5	63	8,8	1,8	59	7,6	2,6	16	9,5	1,2	22	7,2	3,1	20			
I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)		7,8	2,7	108	8,2	2,3	69	7,6	2,8	60	7,9	2,4	57	6,4	3,2	14	9,0	2,0	22	6,7	3,2	15				
I hvilken grad opplever du at henviser har tilstrekkelig kunnskap om RT-tilbudet de henviser til?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)		5,8	2,0	120	5,7	2,0	77	6,1	2,0	64	5,7	2,1	60	5,8	1,1	17	6,4	2,0	22	5,5	1,9	21				
I hvilken grad opplever dere at informasjonen om RT-mottakerne fra henviser er tilstrekkelig?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)		6,0	2,1	116	6,0	2,0	75	6,3	2,3	62	5,9	2,1	56	5,6	1,6	17	6,7	2,4	22	6,0	2,2	21				
I hvilken grad opplever du at RT-tilbudet deres er innholdsmessig overlappende med andre RT-tilbud?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)		4,4	2,5	77	4,3	2,6	50	5,1	2,4	46	5,0	2,7	41	2,8	1,8	8	4,6	1,9	17	3,0	2,3	11				
II Om RT-mottakerne	RT-mottaker kommer fra kommunen RT-tilbudet ligger i	Prosent	53	32	113	45	30	75	54	34	58	51	34	54	41	31	17	49	25	22	72	26	20				
	RT-mottaker kommer fra en annen kommune, men fylket RT-tilbudet ligger i	Prosent	36	28	113	40	27	75	36	28	58	32	27	54	57	30	17	44	24	22	22	20	20				
	RT-mottaker kommer fra et annet fylke, men i helseregionen RT-tilbudet tilhører	Prosent	9,8	17	113	14	19	75	8,7	19	58	15	22	54	1,4	2,6	17	5,9	8,8	22	6,3	11	20				
	RT-mottaker kommer fra en annen helseregion enn det RT-tilbudet tilhører	Prosent	0,8	3,2	113	1,2	3,9	75	0,8	4,1	58	1,4	4,5	54	0,5	1,3	17	0,5	1,7	22	0,0	0,0	20				
	Arbeidslivstilknytning 2007	Prosent	90	18	46	90	12	46	88	20	32	89	14	20	80	36	8	93	8,3	12	98	4,2	6				
	Arbeidslivstilknytning 2008	Prosent	89	18	68	92	13	68	85	21	41	90	15	31	81	33	9	94	8,4	16	88	19	12				
	Arbeidslivstilknytning 2009	Prosent	85	25	98	93	13	98	76	29	56	83	24	45	74	40	15	92	13	19	89	20	19				
	Arbeidslivstilknytning 2010	Prosent	88	23	106	95	10	106	79	28	57	85	24	50	78	35	16	94	12	21	95	16	19				
	Arbeidslivstilknytning 2011	Prosent	89	23	102	95	10	102	81	28	53	86	24	48	83	35	15	94	12	21	97	7,3	18				
	Sykmeldingslengde: Står i fare for å bli sykmeldt	Prosent	14	20	102	23	21	63	3,2	11	58	14	20	48	14	19	15	12	16	22	17	25	17				
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 1-13 dager	Prosent	4,4	9,9	102	7,0	12	63	0,6	2,1	58	4,6	11	48	9,3	14	15	2,3	5,5	22	2,1	5,4	17				
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 2 - 8 uker	Prosent	9,8	14	102	14	15	63	4,8	7,4	58	9,9	13	48	11	13	15	9,4	15	22	9,6	16	17				
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 8 uker - 1 år	Prosent	62	31	102	53	32	63	77	23	58	65	31	48	52	37	15	66	25	22	57	33	17				
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt mer enn 1 år	Prosent	9,5	18	103	2,6	5,5	63	14	21	59	6,3	11	48	12	27	16	10	13	22	15	25	17				
	Hvor ofte er RT-mottakerne medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		6,9	2,3	106	6,9	2,4	68	6,8	2,0	59	7,2	2,2	54	5,9	2,1	13	6,4	2,4	20	7,4	2,2	19			
	Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		6,9	1,5	108	7,3	1,2	68	6,4	1,5	61	7,1	1,4	55	6,0	2,0	14	7,1	0,9	22	6,6	1,7	17			
	Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til nytt arbeid?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		6,0	2,0	100	5,4	2,1	60	6,3	1,7	60	5,7	2,0	46	6,5	2,2	14	5,7	2,3	22	6,6	1,5	18			
	Anslå hvor mange prosent av deres RT-mottakerne som er motivert for tilbakeføring	Prosent		71	17	100	76	13	62	67	18	59	75	15	47	62	27	13	72	8,9	22	69	20	18			
	Utredes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		8,8	2,5	113	8,3	3,0	70	9,6	1,0	64	8,8	2,6	58	8,3	3,0	16	9,9	0,4	22	8,1	3,1	17			
	III Opplegg rundt hver enkelt RT-mottaker	Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?	Fleksibel (Prosent)	66		119	58		76	77		64	60		60	65		17	73		22	75		20			
Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?		Fast (Prosent)	16		119	20		76	9,0		64	22		60	5,9		17	14		22	10		20				
Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?		Kombinert (Prosent)	18		119	22		76	14		64	18		60	29		17	14		22	15		20				
Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?		Fleksibel (Prosent)	74		114	70		71	81		64	67		58	75		16	90		21	74		19				
Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?		Fast (Prosent)	17		114	18		71	11		64	22		58	13		16	0		21	21		19				
Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?		Kombinert (Prosent)	9,6		114	12		71	8,0		64	10		58	13		16	9,5		21	5,3		19				
Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker?		1 (Aldri) - 10 (Alltid)		8,9	2,5	108	8,3	3,0	67	9,5	1,6	62	8,7	2,5	56	8,5	3,1	15	9,5	2,0	21	9,0	2,2	16			
I hvilken grad det blir opprettet et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker?		1 (Aldri) - 10 (Alltid)		7,0	3,6	95	7,6	3,8	61	7,4	3,1	54	7,5	3,6	48	4,6	3,9	12	8,1	2,5	19	6,1	3,7	16			
I hvilken grad gjøres arbeidsplassvurdering for den enkelte RT-mottaker?		1 (Aldri) - 10 (Alltid)		5,4	3,7	94	3,5	3,2	57	7,4	2,9	56	4,6	3,4	48	4,2	3,9	13	6,8	3,6	17	7,1	3,7	16			
Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i møter som omhandler tilbudet?		1 (Aldri) - 10 (Alltid)		8,9	2,7	97	8,5	3,1	54	9,4	1,7	62	8,3	3,2	48	9,4	2,4	14	9,6	1,3	20	9,3	2,3	15			
Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i målsetting for egen behandling/tilbud?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		9,6	1,8	104	9,5	2,0	62	9,8	1,2	62	9,2	2,4	54	10	0,0	14	10	0,0	21	9,8	0,8	15				
Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar ved utarbeidelse av egen tiltaksplan?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)		9,2	2,3	100	8,9	2,7	58	9,7	1,3	61	8,9	2,7	50	9,4	2,4	14	9,6	2,0	21	9,7	1,0	15				

			Helseregion																							
			Sør-Øst						Vest						Midt						Nord					
			Helseforetak			Nav			Helseforetak			Nav			Helseforetak			Nav			Helseforetak			Nav		
Del	Variabel	Skala/informasjon om variabel	Antall (n)																							
			41			34			9			9			15			12			12			9		
			Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n
I: Om RT-tilbudet	Hvor tilfreds er du med organiseringen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)	7,4	1,8	37				7,3	0,8	7				4,9	2,2	14				7,8	1,7	9			
	Hvor tilfreds er du med samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)	6,8	2,3	33				7,1	1,1	7				4,2	2,3	14				7,0	2,4	9			
	Hvor tilfreds er du med ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor helseforetak?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)	7,2	2,1	33				7,0	1,0	7				4,9	2,7	14				8,1	1,6	9			
	Hvor tilfreds er du med organiseringen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				4,8	2,5	33				6,8	2,6	9				5,1	1,1	11				4,2	2,5	9
	Hvor tilfreds er du med samhandlingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				5,3	2,6	31				6,4	2,0	8				6,4	1,3	5				3,3	2,1	7
	Hvor tilfreds er du med ansvarsfordelingen vedrørende RT-tilbudet innenfor Nav?	1 (Utilfreds) - 10 (Tilfreds)				5,3	2,7	29				6,0	2,5	9				5,6	1,3	11				4,2	2,6	9
	Andel som har utført studie eller evaluering av tilbudet	Prosent	61	0,5	41	56	0,5	34	33	0,5	9	22	0,4	9	60	0,5	15	92	0,3	12	45	0,5	11	44	0,5	9
	Andel som planlegger studie eller evaluering av tilbudet	Prosent	20	0,4	41	18	0,4	34	0,0	0,0	9	0,0	0,0	9	1,3	0,4	15	50	0,5	12	18	0,4	11	22	0,4	9
	I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	9,2	1,3	41	8,4	2,0	33	8,9	1,9	8	6,8	2,9	9	9,2	1,4	15	10	0,0	12	8,2	2,4	11	5,9	3,5	9
	I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	8,4	2,0	39	7,6	2,6	33	6,9	3,8	8	6,4	2,7	7	8,5	2,3	15	9,8	0,9	12	8,1	1,8	7	5,4	3,8	8
	I hvilken grad opplever du at henviser har tilstrekkelig kunnskap om RT-tilbudet de henviser til?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	5,7	2,2	41	5,9	2,2	34	5,7	0,7	9	5,9	1,5	9	5,9	2,1	15	7,3	1,2	12	5,7	1,9	12	5,3	2,0	9
I hvilken grad opplever dere at informasjonen om RT-mottakerne fra henviser er tilstrekkelig?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	5,9	2,1	39	6,1	2,3	32	5,7	1,2	9	5,3	2,0	9	5,9	2,4	15	8,3	1,1	12	6,6	1,9	12	5,2	2,4	9	
I hvilken grad opplever du at RT-tilbudet deres er innholdsmessig overlappende med andre RT-tilbud?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	5,2	2,7	28	5,4	2,8	26	*	*	<5	*	*	<5	3,8	1,9	11	5,6	0,5	11	2,1	1,9	7	*	*	<5	
II Om RT-mottakerne	RT-mottaker kommer fra kommunen RT-tilbudet ligger i	Prosent	46	33	40	43	37	28	32	31	9	47	30	9	41	25	15	59	19	12	57	24	11	89	17	9
	RT-mottaker kommer fra en annen kommune, men fylket RT-tilbudet ligger i	Prosent	33	24	40	39	30	28	65	31	9	52	29	9	49	26	15	38	16	12	31	17	11	11	17	9
	RT-mottaker kommer fra et annet fylke, men i helseregionen RT-tilbudet tilhører	Prosent	19	23	40	16	25	28	2,7	3,0	9	0,7	2,0	9	8,7	9,5	15	3,8	4,8	12	11	13	11	0,0	0,0	9
	RT-mottaker kommer fra en annen helseregion enn det RT-tilbudet tilhører	Prosent	1,9	5,1	40	1,6	5,8	28	0,9	1,7	9	0,1	0,3	9	0,7	2,1	15	0,0	0,0	12	0,0	0,0	11	0,0	0,0	9
	Sykmeldingslengde: Står i fare for å bli sykmeldt	Prosent	21	21	32	3,9	10	29	27	18	8	0,1	0,4	8	18	16	15	6,0	17	12	36	25	8	0,0	0,0	9
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 1-13 dager	Prosent	6,7	13	32	0,9	2,3	29	18	16	8	0,0	0,0	8	3,4	6,4	15	0,8	2,9	12	4,5	7,4	8	0,0	0,0	9
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 2 - 8 uker	Prosent	13	14	32	5,8	8,9	29	19	13	8	2,1	4,0	8	13	16	15	5,0	5,2	12	17	20	8	3,3	7,1	9
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 8 uker - 1 år	Prosent	56	33	32	80	18	29	33	25	8	76	35	8	62	28	15	74	21	12	42	32	8	70	29	9
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt mer enn 1 år	Prosent	2,2	4,2	32	9,1	14	29	3,5	5,6	8	20	34	9	3,8	8,5	15	14	15	12	1,3	2,3	8	27	30	9
	Hvor ofte er RT-mottakerne medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	7,6	2,3	39	6,8	1,8	30	5,8	2,4	6	5,6	2,1	8	5,2	2,0	13	6,9	2,3	12	6,8	2,6	10	8,0	1,7	9
	Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	7,5	1,2	37	6,7	1,3	33	7,1	1,3	7	5,0	1,8	8	7,3	1,0	15	6,8	0,6	12	6,9	1,5	9	6,4	1,8	8
Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til nytt arbeid?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	5,2	2,2	29	6,1	1,7	31	5,6	2,0	7	7,0	2,3	8	5,1	2,6	15	5,8	1,4	12	6,2	1,5	9	6,9	1,5	9	
Anslå hvor mange prosent av deres RT-mottakerne som er motivert for tilbakeføring	Prosent	80	13	31	71	15	31	70	13	7	54	33	7	73	10	15	68	6,2	12	73	19	9	65	22	9	
Utredes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	8,3	3,0	39	9,6	0,9	34	6,8	3,7	8	9,8	0,7	9	9,9	0,5	15	10	0,0	12	6,9	3,9	8	9,1	1,8	9	
	Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	8,3	2,9	39	9,6	1,4	32	7,1	4,3	7	9,8	0,7	9	9,2	2,4	14	9,3	2,6	12	8,3	3,0	7	9,6	1,3	9
	I hvilken grad det blir opprettet et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	7,7	3,8	33	8,4	2,8	30	5,3	4,6	8	*	*	<5	9,1	2,6	12	7,6	2,0	11	7,1	3,9	8	5,1	3,6	8
	I hvilken grad gjøres arbeidsplassvurdering for den enkelte RT-mottaker?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	3,4	3,0	33	6,3	3,1	29	1,0	0,0	7	6,9	3,5	7	5,1	3,6	10	8,8	1,6	11	4,1	3,7	7	9,4	1,1	9
	Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i møter som omhandler tilbudet?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	7,8	3,6	29	9,3	1,7	33	8,5	3,7	6	10	0,0	9	9,6	1,4	13	9,7	0,9	11	9,7	0,8	6	9,0	3,0	9
	Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar i målsetting for egen behandling/tilbud?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	9,2	2,5	36	9,6	1,6	33	10	0,0	6	10	0,0	9	10	0,0	14	10	0,0	11	9,5	1,2	6	10	0,0	9
Hvor ofte er det at RT-mottakeren deltar ved utarbeidelse av egen tiltaksplan?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	8,6	2,9	32	9,6	1,6	32	8,5	3,7	6	10	0,0	9	9,4	2,4	14	10	0,0	11	10	0,0	6	9,6	1,3	9	

			Medisinsk og kirurgisk behandling			Rehabilitering i sykehus - somatikk			Behandling og rehabilitering - psykiatri			ARR i opptreningsinstitusjoner			Oppfølging			Avklaring			ARR			Behandling		
			Antall (n)																							
Del	Variabel	Skala/informasjon om variabel	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n	Gj.snitt	SD	n
I: Om RT-tilbudet	Andel som har utført studie eller evaluering av tilbudet	Prosent	20	0,4	15	46	0,5	28	64	0,5	14	83	0,4	23	25	0,4	16	24	0,4	17	62	0,5	50	43	0,5	7
	Andel som planlegger studie eller evaluering av tilbudet	Prosent	13	0,4	15	25	0,4	28	7,1	0,3	14	13	0,3	23	13	0,3	16	5,9	0,2	17	28	0,5	50	0,0	0,0	7
	I hvilken grad har dere tilgang til forskningsbasert kunnskap?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	8,0	2,3	14	9,4	1,4	28	9,4	1,1	14	8,7	1,6	23	7,3	2,8	16	6,6	2,9	17	8,4	2,4	49	9,1	1,2	7
	I hvilken grad brukes forskningsbasert kunnskap for å utforme og begrunne RT-tilbudet dere gir?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	6,1	3,7	10	8,7	2,5	27	7,2	2,2	13	8,6	1,7	23	6,1	3,5	14	5,7	2,9	16	7,8	3,0	49	7,5	2,3	6
	I hvilken grad opplever du at henviser har tilstrekkelig kunnskap om RT-tilbudet de henviser til?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	5,3	1,7	16	5,5	2,3	28	6,6	1,5	14	5,6	1,9	23	5,3	2,2	16	5,4	1,5	17	6,1	2,1	50	6,7	1,7	7
	I hvilken grad opplever dere at informasjonen om RT-mottakerne fra henviser er tilstrekkelig?	1 (Liten grad) - 10 (Høy grad)	6,2	1,5	16	5,7	2,1	26	5,9	2,0	14	6,3	2,2	23	4,7	2,0	15	5,0	1,3	17	6,3	2,4	49	6,7	2,5	6
II Om RT-mottakerne	RT-mottaker kommer fra kommunen RT-tilbudet ligger i	Prosent	45	30	15	44	30	28	73	18	14	25	25	22	66	41	12	67	37	14	49	34	46	*	*	<5
	RT-mottaker kommer fra en annen kommune, men fylket RT-tilbudet ligger i	Prosent	43	33	15	41	28	28	19	17	14	54	21	22	22	36	12	33	37	14	39	27	46	*	*	<5
	RT-mottaker kommer fra et annet fylke, men i helseregionen RT-tilbudet tilhører	Prosent	11	13	15	14	23	28	7,5	11	14	19	17	22	13	31	12	0,0	0,0	14	11	21	46	*	*	<5
	RT-mottaker kommer fra en annen helseregion enn det RT-tilbudet tilhører	Prosent	1,2	2,1	15	1,2	5,7	28	1,1	2,7	14	1,1	2,4	22	0,0	0,0	12	0,0	0,0	14	1,0	4,6	46	*	*	<5
	Arbeidslivstilknytning 2007	Prosent	*	*	<5	92	16	10	*	*	<5	87	9,1	14	*	*	<5	*	*	<5	87	20	30	*	*	<5
	Arbeidslivstilknytning 2008	Prosent	99	2,0	6	94	14	20	100	0,0	7	85	12	17	69	28	6	66	34	7	84	20	37	*	*	<5
	Arbeidslivstilknytning 2009	Prosent	98	4,4	12	95	14	26	98	6,7	9	86	12	18	60	27	13	56	33	14	75	28	46	*	*	<5
	Arbeidslivstilknytning 2010	Prosent	98	4,3	13	97	9,9	26	98	5,8	12	87	12	19	64	29	12	58	36	16	81	26	44	88	31	6
	Arbeidslivstilknytning 2011	Prosent	98	4,3	13	97	10	24	98	5,5	13	90	12	19	63	31	11	61	32	14	80	29	41	88	31	6
	Sykmeldingslengde: Står i fare for å bli sykmeldt	Prosent	36	24	10	19	15	25	45	12	11	10	15	20	0,0	0,0	12	0,0	0,0	15	1,7	4,3	45	18	29	6
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 1-13 dager	Prosent	10	16	10	5,7	8,7	25	19	15	11	1,3	4,6	20	0,0	0,0	12	0,0	0,0	15	0,3	1,3	45	3,3	5,2	6
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 2 - 8 uker	Prosent	17	17	10	18	18	25	17	17	11	8,3	6,5	20	1,7	3,9	12	4,3	7,3	15	4,5	7,4	45	6,7	8,2	6
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt 8 uker - 1 år	Prosent	36	32	10	55	27	25	19	16	11	76	22	20	73	20	12	70	27	15	79	19	45	65	38	6
	Sykmeldingslengde: Er og har vært sykmeldt mer enn 1 år	Prosent	1,5	4,7	10	2,6	4,4	25	0,0	0,0	11	4,2	7,6	20	25	20	12	26	28	15	14	20	45	6,7	16	6
	Hvor ofte er RT-mottakerne medisinsk utredet når vedkommende blir henvist til deres tilbud?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	6,0	2,9	11	7,3	2,7	25	6,7	2,6	13	6,5	1,9	23	6,8	1,7	12	6,4	1,2	15	7,1	2,0	46	6,3	2,4	6
	Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til det arbeidet de er sykmeldt fra	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	6,9	1,5	9	7,3	1,3	27	7,7	1,3	12	7,2	1,1	23	6,4	1,6	14	5,1	1,7	16	6,8	1,3	48	6,0	1,4	6
	Hvor ofte er RT-mottakerne motivert for tilbakeføring til nytt arbeid?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	4,8	1,5	6	5,5	2,3	24	4,8	2,4	10	5,5	2,1	23	7,0	1,2	13	7,1	1,3	16	6,2	1,8	47	*	*	<5
Anslå hvor mange prosent av deres RT-mottakerne som er motivert for tilbakeføring	Prosent	69	17	8	76	15	25	79	14	11	74	12	21	69	17	12	53	17	14	71	16	47	*	*	<5	
Utredes Raskere tilbake- mottakers motivasjon for tilbakeføring til arbeidslivet	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	3,6	3,4	10	8,5	2,9	28	7,6	3,2	13	9,8	0,7	23	9,4	1,0	16	9,6	0,9	17	9,7	1,0	50	9,6	0,8	7	
III Opplegg rundt hver enkelt RT-mottaker	Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?	Fleksibel (Prosent)	67		15	50		28	50		14	70		23	56		16	71		17	74		50	86		7
	Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?	Fast (Prosent)	20		15	29		28	14		14	8,7		23	19		16	12		17	10		50	0,0		7
	Er lengden/ varigheten på tilbudet ulik for hver enkelt RT-mottaker eller er den lik for alle?	Kombinert (Prosent)	13		15	21		28	36		14	22		23	25		16	18		17	16		50	14		7
	Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?	Fleksibel (Prosent)	83		12	57		28	58		12	87		23	69		16	82		17	78		50	71		7
	Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?	Fast (Prosent)	8,3		12	29		28	17		12	8,7		23	13		16	5,9		17	12		50	14		7
	Er omfanget i tidsbruk på hver RT-mottaker varierende, eller er det likt for alle?	Kombinert (Prosent)	8,3		12	14		28	25		12	4,3		23	19		16	12		17	10		50	14		7
	Hvor ofte blir det utarbeidet en plan for hver enkelt RT-mottaker?	1 (aldri) - 10 (alltid)	5,4	4,5	8	7,7	3,5	25	8,1	2,6	14	9,7	1,5	23	9,2	2,1	14	9,7	1,0	16	9,7	1,2	49	8,3	3,4	7
	I hvilken grad det blir opprettet et tverrfaglig team for den enkelte RT-mottaker?	1 (aldri) - 10 (alltid)	*	*	<5	7,3	4,1	25	4,5	3,9	11	9,5	1,9	23	6,1	3,4	13	4,2	2,9	14	7,8	2,9	46	*	*	<5
I hvilken grad gjøres arbeidsplassvurdering for den enkelte RT-mottaker?	1 (Aldri) - 10 (Alltid)	*	*	<5	2,9	3,1	24	1,9	1,9	11	5,3	3,1	20	6,8	2,9	13	7,7	2,5	16	7,4	2,9	46	*	*	<5	

