Rapport

Utprøvning og evaluering av samhandling med pasientens arbeidsgiver og NAV som en del av arbeidsrettet rehabilitering

---

Prosjektet er ledet fra Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS (RKHR)

Prosjektet er støttet av Helsedirektoratet

Involverte parter fra RKHR:
Linda Nyrud, Attføringskonsulent RKHR
Linda D. Meier, Kvalitetsleiar, RKHR
Inger Johanne Osland, Direktør, RKHR
Eirik Fismen, Overlege, Spes. fysikalsk medisin og rehabilitering, RKHR
Borghild S. Midttun, Samhandlingskoordinator, RKHR

Prosjektleder:
Anette S. B. Wolff, Forskingsleiar, PhD, Haugland internasjonale FoU-senter AS

Kapittel 1: Bakgrunn, mål og prosjektplan
Kapittel 2: Refleksjoner rundt prosjektutførelse
Kapittel 3: Evaluering
A Pasientperspektiv
B Arbeidsgiver perspektiv
Kapittel 4: Formidling av resultat
Kapittel 5: Konklusjon

KAPITTEL 1:
Bakgrunn, mål og prosjektplan

1. BAKGRUNN

1.1 Rehabilitering, definisjon

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (1, 2). Definisjonen er utdypende beskrevet (3) som en **individuell** prosess hvor brukeren har **ansvaret** og hvor ulike aktører er inne i tidsavgrensede perioder. Prosessen for brukeren er **kontinuerlig** og aktørene må derfor tenke **samhandling** mellom de tidsavgrensede perioder. En ser rehabilitering som **medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering/attføring**. Det vil si at en kan ikke ha syn for bare sitt eget felt, og rehabilitering kan innbefatte sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten, og en må da bidra til samhandling tverrfaglig og **tverrsektorielt.** Rehabilitering foregår på flere nivå i helse- og omsorgstjenestene og overfor ulike pasientgrupper. I dette prosjektet er det tale om døgnbasert tverrfaglig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Ideologisk grunnlag

Rehabiliteringsdefinisjonen materialiseres i vår kliniske hverdag ut fra flere vitenskapsteoretiske, psykologiske, filosofiske og terapeutiske tradisjoner. Humanistisk menneskesyn og psykologi (4, 5) jfr. Carl Rogers (1902-1987). Pasientsentrering (6, 7) og Empowerment (8). Endringsfokusert rådgivning (9). Helsepedagogikk og helsefremmende tenkning (10). Salutogenese og Sense of Coherence (11, 12) v. Aaron Antonovsky, (1923-1994). Atferdsterapeutisk tradisjonen inkl. kognitive atferdsterapien v. Aaron Beck (13, 14). Norsk fysikalsk medisin og rehabilitering (15-17). Og en kunne fortsette. Det en ønsker å innramme med sånne referanser, er at rehabiliteringsprosesser fokuserer på deltakelse i livet og ikke bare på en medisinsk tilstand. Sykdomsbegrepet i en dualistisk biomedisinsk forståelse erstattes av begreper som funksjon (tilstand, aktivitet og sosial- og arbeidsmessig deltakelse).

1.3 Arbeidsretta rehabilitering (ARR)

Arbeidsretta rehabilitering (ARR) er rehabiliteringsprosesser med deltakelse i arbeidslivet som overordnet mål, altså fortsatt i tråd med ovenstående definisjon, men med økt fokus på arbeid. Bakgrunnen for fokus på arbeidsdimensjon spesielt, er at det er helsefremmende å jobbe (18). Tilbudet inneholder tverrfaglig kartlegging, tilpasset fysisk aktivitet og kognitive adferdsrettede endringsprosesser gjennom veiledning enkeltvis og i grupper. Det blir lagt til rette for at brukeren starter egne lærings- og treningsprosesser som fremmer bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter, og som bidrar til å få tilbake eller beholde arbeidsevna og deltakelse i arbeidslivet. Et ARR-opphold skal ende med funksjonsvurdering og en konkret handlingsplan mot deltakelse i arbeidslivet som skal forankres lokalt (19).

1.4 Rehabilitering ved RKHR

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter driver med tverrfaglig rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten, etter avtale med Helse Vest om spesialiserte rehabiliteringstjenester og arbeidsrettet rehabilitering: 70 plasser, inkl. 5 dagplasser. Søknad kommer fra fastlege til Regional vurderingseining for rehabilitering i Helse Vest, som anbefaler om pasienten får tilbud fra RKHR. Søknad kan også komme direkte fra annen spesialisthelsetjenesteenhet. Ventetid er mellom 3 veker og 4 måneder.

En har ovenfor skissert ideologisk grunnlag ut fra ulike allment aksepterte definisjoner av rehabilitering og vitenskapsteoretisk ståsted. Intervensjonen består av tilpassa fysisk aktivitet, undervisning, individuelle samtaler med tverrfaglig behandlergruppe og samtalegrupper. Alle blir møtt av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, evt. lege i spesialisering, og har i tillegg samtaler med relevant fagpersonell som sjukepleier, attføringskonsulent, fysioterapeut eller idrettspedagog. Det er mulighet for samtale med klinisk ernæringsfysiolog og ergoterapeut.

Aktivitetene er lagt opp som gruppetrening i gymsal, trening i stort basseng, trening i varmt basseng, dans/aktivitet til musikk, kroppsbevissthetstrening, avspenning, styrketrening, kondisjonstrening, turer og naturopplevelser, kajakk/kanopadling, fjellklatring, sosiale utflukter, kulturelle aktiviteter og handverksaktiviteter. Det er høy grad av individuell oppfølging fra pasientansvarlig fagperson, noe som kan være personlig veiledning i trening eller individuelle samtaler eks. en kognitiv terapeutisk intervensjon. Kognitiv terapi blir brukt eks. til avlæring av kinesiofobe bevegelsesmønstre, modifisering av høyt bekymringsnivå, korttids intervensjon ovenfor enkle fobier og andre angsttilstander og depresjon. Ved behov blir det også lagt til rette for utprøving av arbeidsrelaterte aktiviteter.

Det foregår undervisning ved lege, idrettspedagog, ergoterapeut, attføringskonsulent, klinisk ernæringsfysiolog eller fysioterapeut innenfor kognitiv terapi, forståelses- og mestringsmodeller for smerte/ plager, endringsteorier og endringsprosesser, trygd, kosthold og treningslære. Legen er overordna ansvarlig og styrende for prosessen inkl. alle aktiviteter. Forskjellene på et poliklinisk tilbud (vanligvis på et sykehus) fremfor et døgntilbud, som på RKHR, er 1) mulighet for å fokusere på seg selv og relevante problemstillinger i større grad, enn om en var hjemme og reiste av og til på poliklinikken, 2) økt intensitet i ulike prosesser (fysisk aktivitet, kognitiv terapi etc.) enn om en var hjemme og 3) muligheten for løpende å observere pasientens atferd, i som uten for aktivitet, og komme med hensiktsmessige innspill.

1.5 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (20) ønsker å sikre 'bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker' (21). Samhandlingsreformen kan ses som et kontinuum fra ovenstående rehabiliteringsdefinisjoner og utdypning.

1.6 Fokus på økt Samhandling ved RKHR ved fire samhandlingsprosjekt

<u>Delprosjekt 1, 2008-2010</u>

Vi utførte i 2008-2010 en forstudie (delprosjekt 1) på dette samhandlingsprosjektet der målsettinga var å utvikle en modell for samhandling i en rehabiliteringsprosess med institusjonsbasert rehabilitering. Finansiering for dette forprosjektet vart gitt fra Helsedirektoratet. Konklusjonen var at det er rom for å bedre samhandlinga både internt, i den enkelte kommune og mellom kommunehelsetjenesten og spesialistinstitusjon. Det ble laga en skisse til modell, der en legger til rette for bedre kontakt og kommunikasjon mellom aktørene både før, under og etter oppholdet.

Det er behov for å skape nye og bedre samhandlingsmønstre mellom de ulike aktørene for å sikre mer sømløse rehabiliteringsløp for den enkelte pasient, og det må etableres møteplasser. RKHR er blitt bevisst forbedringspotensialer, bl.a. innsøking, ventetider, informasjon, kontakt med aktørene i kommunene og informasjonsflyt. RKHR har blitt mer bevisst på viktigheten av lokal forankring, da dette nivået ofte er det viktigste for brukeren sin suksess i sin rehabilitering. Alle involverte aktører fikk økt kunnskap om hverandre sin kompetanse. Etter konklusjoner og erfaringer fra delprosjekt 1, laget man følgende modell for økt dialog og samhandling:

- Det skal være mulig for fastlegen å kontakte lege på RKHR direkte gjennom fast service telefon for å diskutere rett behandling til rett tidspunkt.
- Det skal vere mulig for fastlegen å bruke møtested i kommunen i sammenheng med ambulant funksjon eller klinikk. Alternativt via undervisning der personale fra senteret bidrar til kompetanseheving.
- I slutten av rehabiliteringsoppholdet blir det innkalt til møte på institusjonen, alternativt videokonferansemøte, der fastlegen og andre relevante aktører stiller sammen med personale fra RKHR og pasient.

Delprosjekt 2, 2011-2012 (Samhandlingsprosjekt 2)
En rehabiliteringsprosess er samhandlingsmessig kontekstuell betinget, og det er erfaringsmessig sprikende håndtering av pasientgruppen. Dette gjelder både aktør-pasient relasjonen, og innholdet av aktørens veiledning av pasienten i sine valg av strategier, delmål og overordnet målsetting. Det er ønskelig med fokus på pasienten sin selvstendighet, ansvar og valg. Det er ønskelig med mest mulig hensiktsmessig veiledning av pasientene i sine valg på ulike tidspunkt i rehabiliteringsprosessen. Og det er ønskelig med mest mulig konsensus mellom aktører for at pasienten blir støtta i sitt eget prosjekt på beste måte.

Ut fra resultat av delprosjekt 1 ble det prøvd ut felles utskrivningssamtale med videokonferanse som samhandlingsarena; tverrfaglig, tverrsektorielt og tverretatlig samarbeid. Målet var økt samhandling for å oppnå kontinuitet og konsensus i veiledning og rehabiliteringsforløp for pasienten, pasienten i fokus og fremme ressursfokus. Dette prosjektet er utført og evaluert. Konklusjonen er at aktørene tror på at utvidet samhandlingsdimensjon i form av felles utskrivningssamtale vil ha effekt på pasienten sin måloppnåelse, og at økt samhandling i denne formen nådde målet om enighet rundt pasienten sin plan. RKHR har innført felles utskrivningssamtale som praksis i klinikken. Samhandlingen har så langt vært avgrenset til NAV og primærhelsesektoren.

Delprosjekt 3, 2012-2013 (Samhandlingsprosjekt 3)
Prosjektet er utprøvning av hele modellen som skissert ovenfor, med samhandling før, under og etter rehabilitering. Her er bl.a. fokus på hvordan det fungerer i praksis å være i dialog etter strukturert mønster, og hvordan det fungerer med bruk av videokonferanse og telefonmøter. Delprosjekt 3 er blitt utført parallelt med dette prosjektet og vil bli evaluert med en kvalitativ forskningstilnærming.

Delprosjekt 4 (dette prosjektet; Samhandlingsprosjekt 4)
Dette er samhandlingsprosjekt 4. Prosjektet er i tråd med både samhandlingsprosjekt 2 og 3 og en utvidelse av samhandlingsfeltet. Ovennevnte kvalitetsmål for forløp innen arbeidsrettet rehabilitering (19) skisserer god kvalitet for døgnbaserte institusjoner som tilbyr arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Med utgangspunkt i dette dokumentet, har RKHR sett på hvordan vi i dag arbeider med disse pasientene, og hvor vi ser vi kan utvikle oss og bli bedre.

2. HVA ER UTFORDRINGEN GJELDENDE ARR OG KONTAKT MED ARBEIDSGIVER

En av utfordringene vi har i dag er å få til dialog med den enkelte pasient sin arbeidsgiver og NAV. Det er ulike grunner for dette: Delvis ønsker ikke alltid pasient at vi tar kontakt med arbeidsgiver; delvis skyldes det manglende kapasitet fra RKHR sin side, da det ofte er tidkrevende å få til samhandling med arbeidsgiver, samt å følge dette opp; og delvis grunnet at en ikke har hatt egne rapporter som går mot arbeidsgiver/ NAV.

En utfordring ved vår sparsomme kontakt med arbeidsgiver, er at vi som behandlere ikke er godt nok sikret i forhold til kartleggingsarbeidet vi gjør (kartlegge muligheter på arbeidsplass, utfordringer på arbeidsplassen, arbeidsgiver sin vilje, mulighet og evne til å tilrettelegge, samarbeidet mellom

arbeidsgiver og ansatt/pasient m.m.). Videre vil manglende kommunikasjon ofte gi utfordringer for pasientene ved hjemkomst og ved formidling av plan for arbeidsdeltakelse etter endt rehabiliteringsopphold. I dag vil alt ansvar og informasjon videre ligge på pasienten samt på hva fastlegen formidler videre. I samhandlingsprosjekt 2 og 3 involverer en NAV på et felles møte med fastlege og andre fra primær helsesektoren. Vi ønsker altså å utvikle vår praksis til i høyere grad å inkludere arbeidsgiveren for å sikre at vi jobber hensiktsmessig med arbeidsdimensjonen og at pasienten også der skal oppleve støtte.

Vi hadde skissert følgende løsninger på dette:

1. Sikre god kartlegging av arbeidsdimensjon før oppholdet. Herunder å innhente pasientens oppfølgingsplan for å bedre sikre informasjonen man trenger i forhold til arbeidsplassen, samt informasjon om hvem (på arbeidsplass/ evt. NAV) som kan bistå oppfølginga under og etter oppholdet.
2. Konkretisering av arbeidet med oppfølging for å sikre at de forslagene til tiltak / handlingsplan som blir utarbeidd faktisk bidrar til at pasienten kan komme tilbake i arbeid, og at planen som er utarbeidd blir realisert. Herunder utarbeide en egen sluttrapport til NAV og arbeidsgiver.
3. Ved behov kunne inneha koordinatorfunksjon, eller vere tilgjengelig for telefonkontakt en periode etter avsluttet opphold.

3. MÅL MED PROSJEKTET

I rehabiliteringsprosessen settes opp overordnet målsetting og delmål, herunder i forhold til arbeidsdeltagelse. Pasienten sin overbevisning (hvordan en tenker rundt sin egen situasjon m.m.) og strategier for å nå målsettingen, er avgjørende for rehabiliteringsprosessen. For å støtte opp under pasienten sitt prosjekt prøver en å få fastlege og andre med på lag i en samhandlingsform fra samhandlingsprosjekt 2 og 3.

Mål i dette prosjektet er «Hvordan støtte opp under pasienten sitt prosjekt og få arbeidsgiver med på lag, så pasienten opplever også der å bli støttet?»

Pasienter som var aktuelle for deltakelse i prosjektet var alle pasienter henvist gjennom «Raskere tilbake»-ordningen i perioden 01. august – 30. november 2013. Totalt har 28 pasienter vært inkludert.

4. ENDRINGER I PROSJEKTET I FORHOLD TIL OPPSATT PLAN

Prosjektet ble utført etter oppsett plan.

5. EVALUERING AV PROSJEKT

En har evaluert prosjektet med spørreskjemaer for pasient og arbeidsgiver. Se kapittel 3.

6. ETISKE PERSPEKTIV

Alle inkluderte pasienter og arbeidsgivere har avgitt samtykkeerklæring.
Melding til Datatilsynet: meldingsnummer: 62265

KAPITTEL 2:
Refleksjoner rundt prosjektutførelse

2.1 Plan for arbeid med arbeidsrettet rehabilitering ved RKHR

En stor del av pasienter ved RKHR har et arbeidsforhold, og for veldig mange vil retur til arbeidslivet være et uttalt mål. Dette gjelder både pasienter som er henvist til «Raskere tilbake»-opphold, men også øvrige pasientgrupper. I dette prosjektet ville RKHR sette fokus på å etablere rutiner for hvordan en bør jobbe og samhandle med arbeidsgiver for pasienter der retur til arbeid er et direkte eller indirekte mål.

Samhandlingskoordinator ved RKHR startet prosessen med å finne ut hva og hvordan en jobber med dette på RKHR ved prosjektstart, hvem som jobber med det og hvordan pasientene ble fulgt. En tok videre kontakt med andre rehabiliteringssentre i Norge for å høre hvordan deres rutiner var. Utfra dette ble det laget en mal på hvordan RKHR jobber med "Raskere tilbake"- pasienter og ARR, og hvordan en kan intensivere arbeidet opp mot å sikre 'bærekraftig, helhetlig og **sammenhengende** tjenestetilbud av god kvalitet med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker' som beskrevet i samhandlingsreformen.

2.2 Utarbeidet arbeidsplan for ARR:

1. Pasient velges ut i inntaksmøtet med lege og sykepleier - samt at attføringskonsulent/ samhandlingskoordinator gjør seg noen refleksjoner. Samhandlingskoordinator informeres etter inntaksmøtet om hvem som er valgt ut. Alle som er søkt inn på «Raskere tilbake» vil bli tatt ut.
2. Samhandlingskoordinator eller attføringskonsulent deltar på tverrfaglig legetime/ankomst.
3. Samtale med pasient med fokus på arbeidsdimensjonen, informasjon om prosjektet, og spørsmål om deltakelse og felles samtale med arbeidsgiver. Verktøy: Man bruker en vurderingsskala på egen forventning i forhold til tilbake til arbeid, eventuell oppfølgingsplan og kartlegging etter mal fra WRI/ Worker Role Interview.
4. Samtykke innhentes. Eventuelt krysser kandidaten aktivt for at de selv ikke ønsker å være med i samtale med arbeidsgiver, men ønsker at vi er i dialog med arbeidsgiver.
5. Skjema legges i journalmappe på sykepleierkontoret.
6. Samhandlingskoordinator skriver rapport fra møtet.
7. Attføringskonsulent henter rapport og legger dette inn i journal.
8. Spørreskjema deles ut til pasient dagen før utreise, eventuelt i siste møtet med attføringskonsulent.
9. Spørreskjema sendes arbeidsgiver pr. e-post umiddelbart etter samtale.
10. Sluttnotat skrives av attføringskonsulent og følger med i epikrise.

2.3 Refleksjoner og tanker gjennom prosessen

En opplevde i prosessen flere utfordringer. En fant også noen moment det er essensielt å fokusere på i arbeid med ARR:

- Det er mange som ikke har et arbeidsforhold som var aktuelle kandidater for egne samtaler med fokus på arbeid – de forholder seg til NAV. En ble usikker på om en i prosjektet skulle se på NAV som arbeidsgiver på lik linje med arbeidsforhold. I dette prosjektet inkluderte vi kun de som var i et arbeidsforhold, eller sto i fare for å falle ut av et arbeid. Hovedsakelig «Raskere tilbake» gruppen. Tverrfaglig team fikk et større fokus på arbeidsdimensjon gjennom prosjektet. De fanget opp flere som ikke i utgangspunktet hadde arbeid som mål, men som i løpet av opphold med tett oppfølging og ressursfokus så et potensiale og fikk forventninger om kanskje de kunne ha noe å tilby arbeidslivet og arbeidslivet dem.

-Utvelgelse av kandidater: Den arbeidsprosessen som vi først la opp til, det vil si å velge ut pasientene før de kom til senteret, fungerte ikke så godt og var ikke hensiktsmessig. Det er mangelfull informasjon i inntakspapir, og endringer skjer helt fram til ankomst. Dette ble løst ved at RKHR på inntaksmøte (ansvarlig lege og ledende sykepleier) tok ut «Raskere tilbake» pasientene og vurderte andre aktuelle pasienter til prosjektet. Samhandlingskoordinator ble informert og deltok på tverrfaglig legetime og gruppemøter.

-I starten av prosjektet var utgangspunktet at pasienten ikke var til stede ved samtale med arbeidsgiver. Vi endret dette raskt og hadde som utgangspunkt at pasienten burde være tilstede med tanke på deltaking i egen prosess, men kunne avstå. I de tilfeller der pasient avsto fra å delta i samtale, og vi ikke så det som svært hensiktsmessig å være i dialog med arbeidsgiver, gikk de ut av prosjektet. Der vi tverrfaglig vurderte denne dialogen som viktig, valgte vi å ta samtalen uten pasient til stede.

–RKHR opplevde at det var nyttig å ha pasienten med i telefonsamtale med arbeidsgiver, både på bakgrunn av deltakelse og med tanke på nytteverdi av telefonmøtet.

-Essensielt at relevant informasjon fra journal angående arbeidssituasjon blir fanget opp ved ankomst og at man har fokus på dette i tverrfaglige samlinger. Dette er også viktig for booking av timer og eventuelle samtaler med arbeidsgiver og NAV, og øvrig koordinering av alle aktører.

2.4 Konklusjoner arbeidsprosess

-Det er viktig at det tverrfaglige blir bevart i prosessen. Derfor ingen kontakt eller videre arbeid med arbeidsdimensjon før etter legetime/gruppemøtet. Det tverrfaglige skal være forankret før videre dialog med pasient om "veien videre".

-Det er viktig med samhandling også internt. Samhandlingskoordinator og attføringskonsulent jobbet svært godt sammen. Det er nyttig å være to for å rekke over to samtaler med pasient og kontakt med øvrige aktører. Attføringskonsulent har hatt dialog med NAV og samhandlingskoordinator og pasient med arbeidsgiver.

Et ARR-opphold skal ende med funksjonsvurdering og en konkret handlingsplan mot deltaking i arbeidslivet som skal forankres lokalt Det er derfor viktig at vi har et så riktig bilde som mulig for å sikre at vi jobber hensiktsmessig med fokus på muligheter og ressurser i forhold til hver enkelt pasient og deres arbeidsforhold/arbeidsliv. I samtale med arbeidsgiver har vi fokus på muligheter i dagens situasjon, veien videre for å opprettholde/bedre arbeidsevne hos nåværende arbeidsgiver, eventuelt utprøving i annet arbeid. Dette gir oss bedre kartlegging og en mer realistisk lokal forankring som bidrar til å trygge pasient/arbeidstaker og gi dem støtte også fra arbeidsgiver i deres rehabiliteringsprosess.

- Det er hensiktsmessig for pasienter som har en oppfølgingsplan med arbeidsgiver/ lege (del C av sykemeldingsblankett) at den foreligger ved opphold. Denne er viktig ved ankomst for å komme raskt i gang med videre arbeid med utgangspunkt i det som allerede er tenkt lokalt på arbeidsplass og forankret hos lege/NAV, og i videre dialog med arbeidsgiver og pasient.

I prosjektperioden erfarte vi at i de tilfeller denne forelå, ble utgangspunktet for videre dialog mer effektivt.

-En bør vurdere om arbeidsdeltakelse bør være et eget felt i epikrisen.

-Det er viktig å komme tidlig i gang med aktivt fokus, og kartlegging av ressurser og forventinger til arbeidslivet. Det er videre viktig å trygge pasienten i prosessen og belyse muligheter sammen, for å nå målet om en handlingsplan. Dette krever for mange pasienter tid til refleksjon og samtale og understreker viktigheten av å komme raskt i gang for å få gode prosesser. Dette er også viktig for en god tverrfaglig forankring internt ved RKHR.

KAPITTEL 3:
Evaluering

A Pasientperspektiv

28 pasienter ble inkludert i studien. Disse signerte samtykkeskjema for at det var greit at RKHR tok utvidet kontakt med arbeidsgiver. De signerte videre på om de ville være med på samtalene selv, eller om de ville at RKHR skulle ta kontakt med arbeidsgiver uten pasienten tilstede. Av disse var det 25 som svarte på spørreskjema i etterkant. Dette medfører en svarprosent på 89 % (25 av 28).

Følgende spørsmål ble gitt til pasientene i studien:

1. Har du tro på direkte kontakt mellom RKHR og arbeidsgiver i en Arbeidsrettet rehabiliterings-prosess sammenlignet med vanlig oppfølging fra arbeidsgiver?
2. Opplever du at direkte kontakt mellom RKHR og arbeidsgiver øker din mulighet for måloppnåelse sammenlignet med vanlig oppfølging?
3. I så tilfelle; øker dette sjansen for at du lettere vil kunne samhandle videre med NAV, fastlege og arbeidsgiver etter rehabiliteringsopphold?
4. Hvor stor betydning har dialog mellom helsetjenester og arbeidsplass for om tilbakeføring til arbeid skal lykkes?
5. Føler du deg bekvem med at RKHR har direkte dialog med arbeidsgiver?
6. Er arbeidsgiver en viktig samarbeidspart for din måloppnåelse?
7. Opplever du at lege har fokus på tilrettelegging og dine ressurser?

Pasientene ble bedt om å tall-gi svaret fra 1 til 5, der 1 er «ikke i det hele tatt», 3 er «kanskje» og 5 er «veldig/mye å si/i høy grad».

Tabell 1: Svar fra pasienter på spørsmål vedrørende en utvidet kontakt med arbeidsgiver fra RKHR sin side sammenlignet med nåværende praksis

Pas nr	Spm 1	Spm 2	Spm 3	Spm 4	Spm 5	Spm 6	Spm 7
1	5	4	4	4	5	5	4
2	5	5	5	5	5	5	5
3	4	4	4	5	5	4	3
4	3	3	3	3	3	4	3
5	5	4	4	5	5	4	4
6	5	5	5	5	5	5	4
7	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5	3
10	5	5	5	5	1	5	5
11	5	4	3	4	5	3	3
12	4	4	4	5	5	4	4
13	5	5	4	5	5	5	4

14	4	4	3	3	5	4	4
15	4	2	2	4	5	4	2
16	5	5	4	5	5	1	4
17	4	5	5	4	1	5	5
18	5	5	5	5	5	5	5
19	5	5	5	4	5	4	3
20	5	5	5	5	5	5	3
21	4	4	4	4	3	4	3.5
22	4	4	4	5	3	4	3
23	4	3	3	3	4	4	4
24	5	5	5	5	5	5	5
25	5	5	5	5	5	4	1
Snitt	4.6	4.4	4.1	4.4	4.2	4.1	3.7
Range	3 til 5	2 til 5	2 til 5	3 til 5	1 til 5	1 til 5	1 til 5
Median	5	5	4	5	5	4	4

Vi konkluderer med at pasientene var veldig førnøyde med denne utvidede samhandlingsdimensjonen med arbeidsgiver. Svar på spørsmål 7 om pasienten mener at lege har fokus på ressurser og tilrettelegging viser at lege kan bli bedre på denne dimensjonen. Utfra spørsmålstillingen i dette spørsmålet er det litt usikkert om en her mener fastlege eller lege på rehabiliteringssenteret. Det er derfor mulig at pasientene har svart litt ulikt på dette utifra ulik tolkning.

Pasientene er veldig fokusert på sin rehabiliteringsprosess når de er på institusjonell behandling. Dette reflekterer sannsynligvis den høye svarprosenten fra denne gruppen.

B Arbeidsgiver perspektiv

28 arbeidsgivere til 28 pasienter ble rekruttert i studien. Disse signerte samtykkeskjema for inkludering. Av disse var det 18 som svarte på spørreskjema i etterkant. Dette medfører en svarprosent på 64 % (18 av 28).

Følgende spørsmål ble gitt til arbeidsgiver:

1. Opplever du at direkte kontakt mellom RKHR og deg som arbeidsgiver gir et bedre utgangspunkt for arbeidet med handlingsplan i forhold til vanlig oppfølging?
2. Opplever du at direkte kontakt mellom RKHR og deg som arbeidsgiver øker din forståelse for arbeidet med handlingsplan i forhold til vanlig oppfølging?
3. I så fall; øker dette sjansen for at du lettere vil kunne støtte og tilrettelegge på en bedre måte for den sykemeldte?
4. Hvor stor betydning har dialog mellom helsetjenester og arbeidsplass for om tilbakeføring til arbeid skal lykkes?
5. Ser du i dag på NAV og fastlege som samarbeidsparter i arbeid med oppfølging av den sykemeldte?
6. Opplevde du at samtalen med RKHR gav mulighet for reell dialog?
7. Opplevde du møtet som en mulighet for kunnskapsutveksling?

8. Har samtalen med rehabiliteringssenteret påvirket ditt ressursfokus i forhold til arbeidstaker?
9. Opplever du at du får god info fra lege, via sjukemeldingsblankett om hvilke arbeidsoppgaver arbeidstaker faktisk kan utføre?

Pasientene ble bedt om å tall-gi svaret fra 1 til 5, der 1 er «ikke i det hele tatt», 3 er «kanskje» og 5 er «veldig/mye å si/i høy grad».

Tabell 1: Svar fra arbeidsgivere til pasienter ved RKHR på spørsmål vedrørende en utvidet kontakt med arbeidsgiver fra RKHR si side

Arb.gj.nr	Spm 1	Spm 2	Spm 3	Spm 4	Spm 5	Spm 6	Spm 7	Spm 8	Spm 9
1	4	3	4	4	3	4	4	3	
2	5	5	4	5	3	4	4	5	3
3	4	4	3	5	4	5	5	3	2
4	5	4	3	5	3	4	4	3	1
5	3	3	2	3	2	3	2	2	1
6	5	5	5	5	4	5	5	1	4
7	5	5	4	5	3	4	4	2	2
8	4	4	5	5	1	1	5	3	1
9	5	4	4	4	3	5	4	3	2
10	5	5	3	5	5	5	5	3	1
11	5	5	3	5	3	5		1	1
12	3	3	3	4	2	5	4	4	1
13	5	5	4	5	2	4	4	4	1
14	4	3	3	4	3	4	4	2	1
15	5	5	4	5	5	5	5	4	1
16	5	4	4	4	2	4	4	4	2
17	3	3	3	4	4	4	5	4	2
18	4	3	4	4	5	5	4	2	2
Snitt	**4.4**	**4.1**	**3.6**	**4.5**	**3.2**	**4.2**	**4.2**	**2.9**	**1.6**
Range	**3 til 5**	**3 til 5**	**2 til 5**	**3 til 5**	**1 til 5**	**1 til 5**	**2 til 5**	**1 til 5**	**1 til 4**
Median	**5**	**4**	**4**	**5**	**3**	**4**	**4**	**3**	**1**

Arbeidsgivere ser stort sett ut til å sette pris på og ha nytte av samhandling med andre aktører i rehabiliteringsprosessen til sine respektive arbeidstakere (spm 1-7). Videre så ser arbeidsgivere ut til å variere litt i om de syns at denne økede samhandlingen fører til et økt ressursfokus i forhold til arbeidsgiver (spm 8). En annen konklusjon vi drar fra undersøkelsen er at samhandling mellom fastlege og arbeidsgiver har forbedringspotensialer (spm 5 og 9).

Svarprosenten til arbeidsgivere var en del mindre enn for pasienter/arbeidstakere (64 % vs 89 %). Dette kan reflektere tidspress for arbeidsgiver eller muligens at de ikke syns dette er så viktig. Vi mener likevel at svarene fra arbeidsgivere som vi har fått inn er et representativt mål på hvordan denne utvidete samhandlingen har fungert.

KAPITTEL 4:
Formidling av resultat

Posterpresentasjon:

- 05.-07. august 2013
Konferanse, Møteplassen, Folkets Gave.
Tema konferanse: «Samhandlingsreformen/rehabilitering – samhandle ja, men hvordan?»

- 05.-06. november 2013
Tema Seminar: «Helsesport og tilpassa fysisk aktivitet i rehabilitering og habilitering»

Muntlige foredrag:

- 05.-07. august 2013
Konferanse, Møteplassen, Folkets Gave.
Her vant Samhandlingskoordinator Borghild Midttun pris for beste presentasjon.
Tema konferanse: «Samhandlingsreformen/rehabilitering – samhandle ja, men hvordan?»

- 04. november 2013, Internundervisning Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter
Tema presentasjon: «Samhandlingsprosjekta 2008 -2013 og veien videre».

- 25.-26. november 2013
Erfaringskonferanse for private rehabiliteringsinstitusjoner, Helsedirektoratet og KS

-Presentasjon på Open Arena, Arbeidsretta rehabilitering, Oslo; januar 2014
Tema presentasjon: «Etablering og evaluering av nye samhandlingsarenaer mellom ein privat rehabiliteringsinstitusjon, primærhelsetenesta, NAV og arbeidsgjevar».

-Presentasjon for Rehabiliteringssenteret AiR (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering); februar 2014

Hjemmesider til RKHR og HIFUS:
www.rkhr.no
www.hifus.no

KAPITTEL 5:
Konklusjon

I prosjektet i tok vi sikte på å utvikle prosedyrer for dialog med arbeidsgiver som ble innarbeidet i vår kliniske praksis. Heretter har vi i en prosjektperiode på ½ år gjennomført samhandlingen og evaluert tiltaket i denne rapporten. Basert på evalueringen vil en implementere og videreutvikle samhandling med arbeidsgiver som et verktøy i vår praksis.

Ut fra vår undersøkelse, basert på 28 pasienter hvor vi var i dialog med arbeidsgiver, er det mye som tyder på at pasientene har nytte av denne utvida samhandlinga og at det har betydning for måloppnåelse og for videre dialog lokalt.

Arbeidsgiver ser ut til å ha nytte av samhandling med andre aktører i rehabiliteringsprosessen til sine respektive arbeidstakere. Arbeidsgiver gir uttrykk for at dialog mellom helsetjeneste og arbeidsplass har stor betydning for om tilbakeføring til arbeid skal lykkes. Samhandling mellom arbeidsgiver og fastlege har forbedringspotensialer.

Internt på rehabiliteringssenteret er det essensielt for samhandlingsprosessen at forankring av tverrfaglighet og god kartlegging av arbeidsdimensjonen skjer tidlig i rehabiliteringsforløpet. Dette er viktig med tanke på å jobbe hensiktsmessig opp mot pasientens ressurser og plan fra starten av opphold, og for koordinering av samhandling med aktører utenfor institusjon. I dette prosjektet er denne aktøren arbeidsgiver.

Ut fra resultat av spørreskjema og vår prosess er det mye som tyder på at samhandling med arbeidsgiver trygger pasient og til dels også arbeidsgiver i videre samhandling lokalt. Forbedringspotensiale/ utfordring ligger i å velge rett pasient til denne utvidede samhandlingsdimensjonen. Der dialog med arbeidsgiver går godt og det er utarbeidet en god plan mellom arbeidstaker og arbeidsgiver videre, vil utvidet samhandling ikke være hensiktsmessig bruk av ressurser.

Informasjon og kartlegging i forkant av rehabiliteringsopphold med tanke på arbeidsdimensjonen og da spesielt med tanke på handlingsplan (del C av sykemeldingsblankett) mellom arbeidsgiver og den sykemeldte har et forbedringspotensiale. Denne blir i for liten grad brukt aktivt og hensiktsmessig.

Referanser

1. Sosialdepartementet N. Forskrift om habilitering og rehabilitering. 2001.
2. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, (2011).
3. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, (2008).
4. Rogers CR. Carl Rogers on personal power. London: Constable; 1978. xiii, 305 s. p.
5. Rogers CR. A way of being. Boston: Houghton Mifflin; 1980. X,395 s. p.
6. Malterud K, Hunskår S. Chronic myofascial pain : a patient-centered approach. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002. XVIII, 186 s. p.
7. Stewart M. Patient-centered medicine : transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003. XIV, 360 s. p.
8. Askheim OP, Starrin B. Empowerment : i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007. 221 s., fig. p.
9. Tom Barth TB, Peter Prescott. Endringsfokusert rådgivning: Gyldendal akademisk; 2001.
10. Egon H. Vifladt LH. Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring; 2004.
11. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. XIV, 255 s. p.
12. Antonovsky A, Lev A. Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000. 231 s. p.
13. Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders : science and practice. New York: Guilford Press; 2010. XI, 628 s., ill. p.
14. Beck JS. Cognitive therapy : basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995. XIV, 338 s., ill. p.
15. Wekre LL, Vardeberg K, Skogan AH, Hagen MI. Lærebok i rehabilitering : når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforl.; 2004. 29 cm, 258 s., ill. p.
16. Juel NG. Norsk fysikalsk medisin. Bergen: Fagbokforl.; 2007. 29 cm, 303 s., ill. p.
17. Bjørklund UH. Er du halt, kan du ride : fysikalsk medisin og rehabilitering - et fag tar form. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2008. 31 cm, 179 s., ill. p.
18. Gordon Waddell, A. Kim Burton, Department for Work and Pensions GB. Is work good for your health and wellbeing2006.
19. Rehabilitering FfArisvNKiA. Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. 2011.
20. St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, (2009).
21. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, (2011).