



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no

Randi Wågø Aas, Astrid Solberg,  
John Strupstad, Elisabeth Kiær,  
Kjersti Lunde Ellingsen og Hilde Teige

## Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjelettplager

Rapport IRIS - 2011/056

Prosjektnummer: 7211007  
Prosjektets tittel: De gode hjelperne  
Finansieringskilder: NHOs arbeidsmiljøfond, Landsorganisasjonen (LO), Egersund kommune og Sokndal kommune  
ISBN: 978-82-490-0726-4  
Gradering: Åpen

Stavanger, 28.02. 2011

Randi Wågø Aas  
Prosjektleder/forskningssjef

Hilde Teige  
Kvalitetssikrer

Gottfried Heinzerling  
Forskningsdirektør  
Samfunns- og næringsutvikling





## Publikasjoner fra PreSenter

### Bøker

*Raskt tilbake. Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte* (Aas RW, 2009). Gyldendal Akademisk.

*Å få seg en jobb - Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer* (Schafft, A, 2009). Oslo: Kommuneforlaget.

### Rapporter

*En intervjuundersøkelse om tiltak for å redusere sykefraværet i grunnskolen* (Kiær E, Aas RW, Ellingsen KL, Solberg A). IRIS-rapport 2010/183. Tilgjengelig på [iris.no](http://iris.no)

*En spørreundersøkelse om tiltak for å redusere sykefraværet i grunnskolen* (Kiær E, Aas RW, Solberg A, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2010/184. Tilgjengelig på [iris.no](http://iris.no)

*Hva forklarer forskjellene i sykefravær mellom 30 barne- og ungdomsskoler?* (Aas RW, Solberg A, Kiær E, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2010/190. Tilgjengelig på [iris.no](http://iris.no)

*Arbeidsfokus i et gruppetilbud for deltakere med ervervet hjerneskade* (Hellem I, Aas RW). IRIS-rapport 2010/185. Tilgjengelig på [iris.no](http://iris.no)

*Tilbudet Raskere tilbake for personer med ervervet hjerneskade: Pasientgrunnlag, innhold og nytteverdi* (Ellingsen KL, Kiær E, Aas RW, Skoland K, Solberg A). IRIS-rapport 2010/186. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eH9Rq3>.

*Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær: En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur* (Ellingsen KL, Kiær E, Labriola M, Aas RW). IRIS-rapport 2010/049. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/f6m78Q>.

*Hvilke holdninger og handlinger skaper en kultur for nærvær og inkludering. En kvalitativ studie* (Lønningdal I, Aas RW, Kiær E, Mørk G). IRIS-rapport 2010/126. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/gDBRxV>.

*Tilbakeføring til arbeid. Relasjonen mellom leder og sykmeldt* (Solberg A, Aas RW). IRIS-rapport 2010/102. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h7XtTd>.

*IA-forankring i ledelsen: Hva må virksomheter gjøre / ha på plass for å redusere sykefraværet og oppnå et mer inkluderende arbeidsliv (IA)? En kvalitativ studie* (Mørk G, Aas RW, Kiær E, Ellingsen KL, Lønningdal I). IRIS-rapport 2009/157. Tilgjengelig på <http://bit.ly/gUzmFS>.

*Fysio- og ergoterapeuters råd og anbefalinger om tilrettelegging på arbeidsplassen* (Aas RW, Merkus SL, Kiær, E). IRIS-rapport 2009/042. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/frt4jU>.

*Arbeidsdeltagelse etter hjerneskade. Hemmende og fremmende faktorer* (Ellingsen KL, Aas RW). IRIS-rapport 2008/016. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/fNW6MI>.

*Implementering av WHOs ICF innen syv utdanninger: Ergoterapi, fysioterapi, medisin, psykologi, sosionom, sykepleie og vernepleie* (Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL, Lorentzen T). IRIS-rapport 2008/270. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eUKreZ>.

*Internasjonal litteratur om ICF fra 2008* (Ellingsen KL, Aas RW, Hellem I, Lønningdal I). IRIS-rapport 2008/271. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h5zLGP>.

*WHOs ICF. Nasjonal offisiell presentasjon* (Aas RW, Hellem I, Ellingsen KL). IRIS-rapport 2008/256. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/ezpzCA>.

*Innsatskommuner sykefravær: Problem, mål, tiltak og suksesskriterier* (Aas RW, Skaugen BH). IRIS-rapport 2007/094. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/h8ecpW>.

*Sykefraværarbeid - en håndbok. Fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak* (Aas RW, Skaugen BH). IRIS-rapport 2007/143. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/eVsGxF>.

*Skolen som lærested for lærere og ledere. Oppspill til en ny skoleutviklingsstrategi for videregående skoler.* (Kristiansen ST). AFI-rapport 2004. Tilgjengelig på [www.afi-wri.no](http://www.afi-wri.no).

*Evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet - Klinisk fagstige* (Aas RW, Holte KA). IRIS-rapport 2004/041. Tilgjengelig på: <http://bit.ly/ifSroM>.

## **Notater**

*Hva kan vi lære av gode eksempler på sykefraværarbeid?* (Wathne CT). AFI-notat 2009:3. Tilgjengelig på [www.afi-wri.no](http://www.afi-wri.no).

*Kunnskapsstatus tema 1: Sykefravær* (Gamperiene M, Grimsmo A, Enehaug H). AFI-notat 2007:11. Tilgjengelig på [www.afi-wri.no](http://www.afi-wri.no).

*Arbeidsmiljø i skole og barnehage, en bibliografi for perioden 1995 – 2006* (Holte HH, Grimsmo A). AFI-notat 2006:5. Tilgjengelig på [www.afi-wri.no](http://www.afi-wri.no).

*Lærerenes arbeidsmiljø 2000* (Grimsmo A). AFI-notat 2001:7. Tilgjengelig på [www.afi-wri.no](http://www.afi-wri.no).

## **Artikler: Vitenskapelige tidsskrift**

*On long term sick leave due to musculoskeletal diseases and disorders. Experiences of work demands.* (Aas RW, Thingsbø C, Holte KA, Lie K, Lode IA). Work (in press-2011).

*Workplace interventions did not improve health, but reduced sickness absence among workers with musculoskeletal disorders* (Aas RW, Ellingsen KL, Gibson L). Critical Appraised Paper. Australian Occupational Therapy Journal (2010) 57, 6,: 442–443.

*The attribution of work environment in explaining gender differences in sickness absence* (Labriola M, Holte KA, Bang Christensen K, Feveile H, Alexanderson K, Lund T). Journal of Occupational and Environmental Medicine (Accepted, 2010).

*Impact of burnout and psychosocial work characteristics on future long-term sickness absence. Prospective results of the Danish PUMA-study among human service workers*(Borritz M, Christensen KB, Bültmann U, Rugulies R, Lund, T, Andersen I, Villadsen E, Diderichsen F, Kristensen TS). Journal of Occupational and Environmental Medicine, July 2010.

*Sickness absence in Denmark – research, results and reflections* (Lund T, Labriola M). Scandinavian Journal of Work Environment Health, 2009, vol. 7, pp. 5-14.

*Do managers experience more stress than employees? Results from the IPAQ study among Danish managers and their employees* (Skakon J, Kristensen TS, Christensen KB, Lund T, Labriola M). Antatt for trykking (Ref. Work 2009).

*Leadership qualities in the return to work process* (Aas RW, Ellingsen KL, Lindøe P, Möller A). Journal of Occupational Rehabilitation (2008) 18: 335-346.

*Workplace intervention reduced the duration of sick leave in recently injured workers with subacute low-back pain, but graded activity did not* (Aas RW, Kjekken I, Dagfinnrud H).Critical Appraised Paper. Australian Occupational Therapy Journal (2008) 55, 2:143–144.

*Work Participation after Acquired Brain Injury: Experiences of Inhibiting and Facilitating Factors* (Ellingsen KL, Aas R). International Journal of Disability Management Research, Vol. 4, No. 1, 2009: 1-11.

#### **Artikler: Ikke-vitenskapelige tidsskrift**

*Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi?* (Haugli L, Hagen EM, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL, Aas RW) Utposten (2010) 4: 2-8.

*Tilbake i arbeid etter hjerneskade? Arbeidstakere og fagpersoners erfaringer* (Ellingsen KL, Aas RW). Ergoterapeuten 11-2009.



## Forord

Det overordnede målet med prosjektet *De gode hjelpere*, er å utvikle, validere og vurdere effekten av et nytt tidligintervensjonsprogram (case-metoden) for oppfølging av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager. Case-metoden er bygd på internasjonal forskning og erfaringsbasert kunnskap fra aktørene innen feltet i Norge. I dette delprosjektet hadde vi fokus på validering av case-metoden.

Hva er den beste oppfølgingen av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager? Dette spørsmålet stilte vi til en rekke aktører og spesialister innen sykefraværsoppfølging; sykmeldte, ledere, arbeidsgiverorganisasjoner, arbeidstakerorganisasjoner, fastleger, ansatte fra personalavdelinger, NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten samt et tverrfaglig team fra arbeidsrettet rehabilitering. Svarene gis i denne rapporten.

Vi vil først takke våre finansieringskilder, NHOs Arbeidsmiljøfond, Egersund kommune, Sokndal kommune og LO som gjorde prosjektet mulig. Deretter en varm takk til våre 51 informanter, som delte sin erfaringsbaserte kunnskap med oss. Takk også til overlege Hilde Teige, Hernes Institutt som ivaretok rollen som klinisk kvalitetssikrer av rapportens innhold.

Vi håper at rapporten kan bidra til mer kunnskap om hva som skal til for å utvikle effektive tilbakeføringsprogrammer for den store gruppen av sykmeldte som har uspesifikke muskel- og skjelettplager.

Stavanger 28.02.2011

Randi Wågø Aas  
Prosjektleder/ forskningssjef





# Innhold

SAMMENDRAG .....	2
1 BAKGRUNN .....	5
2 MÅL .....	9
3 METODE.....	10
3.1 Design .....	10
3.2 Informanter.....	10
3.3 Datainnsamling .....	11
3.3.1 Induktiv del.....	12
3.3.2 Deduktiv del.....	12
3.4 Analyse.....	12
3.5 Etikk.....	12
4 RESULTATER .....	14
4.1 Induktiv del – Hva er den ideelle oppfølgingen av sykmeldte?.....	14
4.1.1 Hva svarte representantene fra NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet?.....	16
4.1.2 Hva svarte representantene fra arbeidstakerorganisasjonen?.....	18
4.1.3 Hva svarte representantene fra arbeidsgiverorganisasjonen?.....	20
4.1.4 Hva svarte de ansatte i bedriftshelsetjenesten .....	21
4.1.5 Hva svarte det tverrfaglige teamet fra en rehabiliteringsinstitusjon? .....	23
4.1.6 Hva svarte de tilbakeførte sykmeldte?.....	24
4.1.7 Hva svarte arbeidsgiverne? .....	25
4.1.8 Hva svarte fastlegene? .....	27
4.1.9 Beskrivelse av hjelpere, komponenter og timing .....	29
4.1.10 Hvor ofte ble hjelpere, komponentene og timing nevnt?.....	39
4.2 Deduktiv del: Validering av case-metoden .....	47
4.2.1 Om case-metoden generelt.....	47
4.2.2 Om medisinsk kortintervensjon: Modul 1 .....	49
4.2.3 Om arbeidsrettet intervensjon: Modul 2 .....	50
4.2.4 Om medisinsk utredning: Modul 3.....	51
4.2.5 Om terapeutisk tilbakeføringsprogram: Modul 4.....	52
4.2.6 Om koordinering .....	53
5 DISKUSJON .....	57
5.1 Tematisk diskusjon .....	57
5.2 Metodiske begrensninger .....	59
6 REFERANSER .....	60
VEDLEGG .....	66



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Personer med muskel- og skjelettplager stod i tredje kvartal 2010 for 42 prosent av sykefraværet i Norge. Gruppen representerer dermed den mest hyppig brukte diagnosen ved sykmelding. Muskel- og skjelettplager har ofte sammensatte årsaker. Diffuse smerter og komplekse årsakssammenhenger kan gjøre tilbakeføringen spesielt utfordrende. Internasjonal forskning peker på at spesielle kombinasjoner av tiltak og arbeidsrettet rehabiliteringsprogram med sterk forankring og involvering av arbeidsplassen har effekt. Dette finner vi i tilbakeføringsprogrammer som Sherbrookemodellen, PREVICAP og MOC. Disse programmene har utgangspunkt i en biopsykososial tilnærming, og derved dekkes flere av personens problemområder. Arbeidsrettet rehabilitering er kjent for at man setter inn innsats for å forhindre fraværet, og gjør det mulig å leve med smertene. IA-avtalen og programmet *Raskere tilbake* gir gode strukturelle og økonomiske rammer for å tilbakeføre sykmeldte. Det synes nå å være et behov for å definere hva tilbudene må inneholde, hvordan de må være organisert og hvilken kompetanse de må inneha for å gi effekt.

**Mål:** Det overordnede målet for prosjektet *De gode hjelpere* er å utvikle et kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for personer med uspesifikke muskel- og skjelettplager. Målet for denne delstudien var å kartlegge hva ulike aktører med erfaring fra sykefraværarbeid mener er den ideelle oppfølgingen av denne gruppen, og å validere case-metoden, ved å kartlegge ulike aktører og eksperter sine oppfatninger om metoden. Case-metoden består av fire moduler: (1) Medisinsk kortintervensjon som skjer umiddelbart ved sykmelding, (2) Arbeidsrettet intervensjon som skjer etter 2 uker, (3) Medisinsk utredning fra 8 uker og (4) Et terapeutisk tilbakeføringsprogram fra 10 uker.

**Metode:** Det ble gjennomført åtte fokusgruppeintervjuer med 51 ulike eksperter og aktører med erfaring fra sykefraværsoppfølging; arbeidsgivere, tilbakeførte sykmeldte, bedriftshelsetjenestepersonell, fastleger (spesialister i allmennmedisin), rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter, inspektører fra Arbeidstilsynet, aktører fra en arbeidstakerorganisasjon, aktører fra en arbeidsgiverorganisasjon og et tverrfaglig team fra en rehabiliteringsinstitusjon. Fokusgruppene var homogene når det gjaldt hvilken rolle de som deltok hadde i forhold til sykefraværsoppfølging, og hvert intervju besto av 5-8 informanter. Intervjuene var delt i to, en induktiv del (utforskende) og en deduktiv del (validerende). I den induktive delen ble informantene spurt om hva de opplever er den ideelle oppfølgingen av sykmeldte, hvem som må bistå, når og hvordan. I den deduktive delen ble case-metoden presentert og diskutert. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse.

**Resultater om den ideelle oppfølgingen:** De induktive intervjuene ga resultater om hjelpere, komponenter og timing som informantene mente var vesentlige i oppfølgingen.

**Hvem (hjelpere):** Av utsagnene om hjelpere (n=296) handlet flest om fastlegen (n=83), arbeidsgiver (n=76) og BHT (n=59).

De ulike hjelperne kan deles inn i tre kategorier:

- 1. Hjelperne på arbeidsplassen**
- 2. Hjelperne i helsetjenesten**
- 3. Hjelperne i NAV**

Hjelperne på arbeidsplassen ble omtalt mest, etterfulgt av hjelperne i helsetjenesten.

I alle intervjuene ble fastlegen og arbeidsgiver omtalt som de mest sentrale hjelperne. Arbeidsgiver ble ofte nevnt som ansvarlig for oppfølgingen, og fastlegen som bidragsyter på det medisinske området. Det ble også trukket frem at BHT burde brukes i oppfølgingen, ettersom de har kunnskap om arbeidsplassens kjennetegn. Det virket ikke som å være stor uenighet på tvers av intervjuene om hvem som skulle involveres i oppfølgingen. Imidlertid var det noe ulikt hvilke roller de ulike hjelperne ble tilskrevet. Særlig var det uenighet om koordinatrollen. I tillegg ble fastlegens rolle som sykmelder diskutert, i forbindelse med at flere ønsket seg en sykmelder som var tettere knyttet til arbeidsplassen.

*Hva (komponenter):* Av utsagnene om komponenter (n=240) handlet de fleste om samhandling (n=37) utredning (n=36) og oppfølgingskontakt (n=30). Komponentene som ble nevnt som viktige kan deles inn i kategoriene:

- 1. Samarbeid og koordinering** (om det som skjer mellom a) arbeidsgiver og sykmeldt, b) fastlege og sykmeldt, c) arbeidsgiver, sykmeldt og fastlege, og d) mellom hele apparatet som er rundt den sykmeldte med også andre behandlere, NAV, kolleger HR/personal og så videre).
- 2. Intervensjoner** (intervensjoner lokalisert på arbeidsplassen, i helsetjenesten, i regi av NAV og annet, for eksempel på rehabiliteringsinstitusjon).
- 3. Utredning og oppfølging** (om komponentene som bidrar til å kartlegge den sykmeldtes situasjon, både medisinsk, psykososialt og i forbindelse med muligheter på arbeidsplassen).

Kategorien samarbeid og koordinering ble mest omtalt, tett etter utredning og oppfølging. Det varierte hvor mye komponentene innen hver av disse kategoriene ble omtalt innenfor hvert fokusgruppeintervju. Komponentene innen samarbeid og oppfølging ble mest omtalt av arbeidsgiverne og arbeidsgiverorganisasjonen, mens komponentene i kategorien utredning og oppfølging ble mest omtalt av fastlegene. Intervensjonskomponentene ble omtalt nokså jevnt i alle intervjuene.

*Når (timing):* Av utsagnene om timing (n=82) handlet flest om at en tiltakskomponent måtte skje, eller en hjelper måtte inn i bildet tidlig (n=31) eller umiddelbart (n=23). At mye må skje på et tidlig tidspunkt kom frem i alle intervjuene. I de tilfellene hvor komponenter spesifikt ble knyttet til et tidspunkt var det ofte uttrykt i formuleringer som så fort som mulig, umiddelbart, fra dag en, tidlig og første uken. Dette gikk igjen i alle intervjuene, og det kan dermed tyde på at det er en felles oppfatning om at den første fasen i sykmeldingsperioden er kritisk for den videre prosessen og tilbakeføringen av den sykmeldte. Timingkategoriene kan deles inn i 4:

- 1. Tidlig fase** (umiddelbart, tidlig, og <2 uker).
- 2. Midtfase** (2 -8 uker og 8-12 uker)
- 3. Senere fase** (12 – 52 uker)
- 4. Ikke tidfestet** (situasjonsavhengig).

Resultater om case-metoden: De deduktive intervjuene ga tilbakemeldinger og endringsforslag til case-metoden.

*Om case-metoden generelt:* Tilbakemeldingene til case-metoden var generelt positive. Det ble påpekt at en standardisert oppfølging vil være en fordel for de ulike hjelperne, samt at å bruke metoden fleksibelt vil være nødvendig for å sikre skreddersøm i den enkelte sak.

*Om modul 1: Medisinsk kortintervensjon:* Det var ulike meninger om en medisinsk kortintervensjon, noen mente at det var positivt ikke å koble på for mange hjelpere på et tidlig tidspunkt, mens det i andre fokusgruppeintervjuer ble argumentert for en grundig medisinsk utredning allerede i modul 1.

*Om modul 2: Arbeidsrettet intervensjon:* Det ble foreslått at denne modulen burde komme enda tidligere, og at modul 1 og 2 muligens burde bli slått sammen.

*Om modul 3: Medisinsk utredning:* Det ble det foreslått at den medisinske utredningen burde komme tidligere. Det ble også påpekt at utredningen bør skje kontinuerlig og parallelt i hele prosessen.

*Om modul 4: Terapeutisk tilbakeføringsprogram:* Noen mente at denne modulen burde komme tidligere, og kanskje til og med før en sykmelding. Videre ble det nevnt at et slikt program kan virke isolerende og sykelliggjørende. Et dagtilbud kan være mer hensiktsmessig enn et døgntilbud.

*Om koordinering av tilbakeføringsprosessen:* Det var enighet om at denne rollen var viktig, men uenighet om hvem som er den beste til å inneha rollen. Både arbeidsgiver, BHT, NAV og helsepersonell generelt ble foreslått som gode kandidater.

Diskusjon: Aktørene var opptatt av tidlig intervensjon, noe som er dokumentert som effektivt for å sikre en raskere tilbakeføring. Samtidig som at en tidlig intervensjon har vist seg å være effektivt, må den "times" riktig, slik at den sykmeldte er klar for tiltak når de iverksettes. Det var uenighet, og delvis motstand mot ikke å gå tungt inn med medisinsk diagnostisk utredning tidlig. Forskningen argumenterer for å vente med medisinsk utredning for å unngå sykelliggjøring. I tillegg er det å vente med den medisinske utredningen i tråd med LEON-prinsippet som handler om å kostnadseffektivisere intervensjonen ved å "ikke skyte spurv med kanoner". Det ble sett som positivt med en større grad av standardisering av tilbakeføringsprosessen for denne gruppen. Dette støttes av forskningen, som har vist et behov for rolleklarhet og et godt samarbeid mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen, hvor særlig fast struktur, konsistens, felles plattform og løsningsorientering er sentrale momenter. Det var størst uenighet blant aktørene om systemet rundt koordinering av sykefraværssaker, og hvem som skulle koordinere hjelperne i tilbakeføringsprosessen. Norge har per i dag ingen standardisert modell for koordinering av tilbakeføringsprosesser. De varierende oppfatningene om hvem som bør ha koordinatorrollen kan være en konsekvens av dette. Internasjonale studier har vist at det å bruke en koordinator i tilbakeføringsprosessen er effektivt, og de fleste studier har funnet at det er hensiktsmessig at helsepersonell innehar denne rollen, ikke arbeidsgiver. IA-modellen i Norge, med sitt fokus på arbeidsplassen som arena for oppfølging kan være årsak til det i denne studien var en hyppig oppfatning at arbeidsgiver bør ha koordinatorrollen.

# 1 Bakgrunn

Muskel- og skjelettplager er den mest brukte diagnosen ved sykefravær og uføreytelser i Norge (Søren Brage, Ihlebæk, Natvig, & Bruusgaard, 2010). I tredje kvartal 2010 sto denne diagnosegruppen for 42 prosent av totalt tapte dagsverk på grunn av sykmelding (NAV, 2010). Muskel- og skjelettplager er assosiert med høye kostnader for samfunnet, både i form av tapt produktivitet og trygdeytelser (L. Lambeek et al., 2007), og er det ikke-dødelige helseproblemet som koster samfunnet mest (S. Brage & Laerum, 1999). I Norge er dette beløpet estimert til å være 13-15 milliarder kroner årlig (Rikstrygdeverket, 2004). Av den norske befolkningen rapporterer 80 prosent at de har hatt plager i muskel- og skjelettsystemet den siste måneden (Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002). De fleste har det man kan kalle kortvarige plager, med få konsekvenser for funksjonen i dagligliv og arbeid. Likevel er en tendens at stadig flere får langvarige og kroniske helseplager. Cirka 60 prosent av alle kvinner og 40 prosent av alle menn har vært plaget med smerter og stivhet i muskler og ledd i minst 3 måneder sammenhengende i løpet av det siste kalenderåret (Staff, 2009).

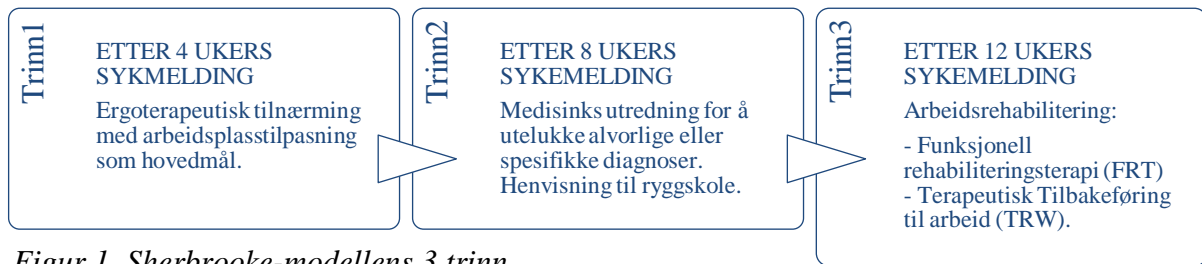
Ettersom man ikke finner sikre biologiske endringer som kan forklare smertene ved de fleste tilfeller av muskel- og skjelettlidelser, karakteriseres disse plagene som uspesifikke, og diagnosene er derved basert på brukernes egne utsagn. Ofte er tilstandene sammensatte med mange individuelle og komplekse årsakssammenhenger (C. Burton, 2003; Richardson & Engel, 2004; Aaron & Buchwald, 2003). Mange med kroniske ryggplager rapporterer også utbredte muskel- og skjelettplager andre steder (Natvig, Bruusgaard, & Eriksen, 2001; M. van Tulder, Koes, & Bombardier, 2002), samt depresjoner (Waddell, 1993). Disse sykdomsbildene ser ut til å gjøre tilbakeføring til arbeidslivet mer komplisert, i tillegg øker de risikoen for uførepensjonering (Tellnes & Bjerkedal, 1989; Von Korff et al., 2005).

Den store utbredelsen av sykmeldinger med muskel- og skjelettplager argumenterer for at det er viktig å sette inn ressurser for å rehabilitere personer med disse plagene. Både enkelttiltak og kombinasjoner av tiltak i såkalte tilbakeføringsprogrammer er vanlige tilnæringsmetoder. Haugli et al. (2010) argumenterer for en innfallsvinkel hvor man først og fremst fokuserer på å endre diagnosen "sykmeldt". Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) har dette som utgangspunkt, og er en tilnærming som vanligvis innebærer en kombinasjon av medisinske intervensjoner, fysisk trening og arbeidsrettede tiltak, der hovedmålet er "tilbake i arbeid" (Haugli, et al., 2010). Tilsvarende blir tiltak for å unngå fravær hovedagendaen for arbeidsplassen, i stede for at aktørene tenker at å kurere helseplagene er eneste løsning på problemet (Randi Wågø Aas, 2009). ARR innebærer en rekke enkelttiltak, blant annet fysisk trening og generell aktivitet (Anderssen & Stromme, 2001; Hayden, van Tulder, Malmivaara, & Koes, 2005; Schaafsma et al., 2010; van Middelkoop et al., 2010), "reassurance" (Loisel et al., 2005; Randi Wågø Aas, 2009) og "brief-intervention" (Hagen, Eriksen, & Ursin, 2000; Koes & van Tulder, 2006). Reassurance og brief intervention innebærer en tidligintervensjon som inneholder diagnostisering, informasjon, trygging om at tilstanden ikke er alvorlig og lett mobilisering/ aktivisering. Videre er arbeidsplassbesøk (Karjalainen et al., 2003; Sandra H. van Oostrom et al., 2009) og involvering av arbeidsgiver en viktig del av ARR (Loisel, Durand, Diallo, Vachon, Charpentier, & Labelle, 2003). Tilrettelegging er også sentralt i ARR, og det argumenteres for deltakende ergonomi hvor målet er å skreddersy og forbedre

den enkeltes arbeidssituasjon og dertil begrense sykefraværet (Loisel et al., 2001). Forskning har vist at deltakende ergonomi gir en nedgang i nye tilfeller av muskel- og skjelettsmertesyndromer (Driessen, Proper, Anema, Bongers, & van der Beek, 2010; Garg & Owen, 1992) og nedgang i sykefravær (Garg & Owen, 1992). Et annet viktig element i ARR er kognitiv terapi. Antakelsen om at smertebetinget funksjonsnedsettelse ikke bare skyldes somatiske forhold, men i stor grad psykologiske og sosiale faktorer, argumenterer for å inkludere kognitiv terapi i rehabiliteringsprosessen (Waddell, 1987). I tillegg har kognitiv terapi vist effekt på mennesker med kroniske korsrygg smerter, både med tanke på bedret funksjonell status (Turner & Jensen, 1993) og redusert smerte (Flor & Birbaumer, 1993; Gatchel & Rollings, 2008; Turner & Jensen, 1993).

Kunnskapsoppsummeringer har funnet evidens for at kontakt mellom helsepersonell og arbeidsplass gir redusert varighet i sykefravær, og moderat evidens for en tidlig kontakt mellom sykmeldt og arbeidsplass, arbeidsplassstilrettelegging og nærvær av en koordinator i tilbakeføringsprogrammet (Franche et al., 2005). Tidlig intervensjon og intervensjoner som involverer kontakt mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og helsepersonell som samhandler om tilrettelegging for den sykmeldte er mer effektive enn andre intervensjoner (C. Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2009). Disse tiltakene har vist god til moderat effekt. Arbeidsplassintervensjoner alene har også vist moderat effekt sammenlignet med "usual care" for å redusere sykefravær (S. H. van Oostrom et al., 2009).

Ettersom det for flere grupper med muskel- og skjelettplager har best effekt å tilby kombinasjoner av tiltak, er det utviklet flere tilbakeføringsprogrammer. Tidlig ute var Loisel et al. (1997) med *Sherbrooke-modellen*, en veldokumentert rehabiliteringsmodell fra Sherbrooke-distriktet i Canada. Sentrale antakelser i Sherbrooke-modellen er å ha en individuell og holistisk metodikk rettet mot enhver bruker, samtidig som den enkelte bruker har i seg ressursene og evnene som behøves for hjelp til selvhjelp (*Client-centered practice*) (Law, Baptiste, & Mills, 1995). I tillegg har modellen fokus på å integrere den beste evidensen med klinisk ekspertise rettet mot brukers verdier og behov (*Evidence-based practice*) (Barlow, 2005), og å jobbe med omgivelsesfaktorer som arbeidsplass, forsikringssystem og helsevesen, i tillegg til biopsykososiale faktorer (*The Disability Paradigm*) (Durand, Loisel, Hong, & Charpentier, 2002). Modellen består av tre trinn. Etter fire ukers sykmelding starter trinn 1. Her er tilpasninger på arbeidsplassen hovedmålet, og et team satt sammen av ergoterapeut, ledelse på arbeidsplass, tillitsvalgt og arbeidstaker er involvert i kartleggingsprosessen. Etter åtte ukers sykmelding settes *trinn 2* i verk, som består av en grundigere medisinsk utredning. *Trinn 3* igangsettes dersom arbeidstakeren etter 12 ukers sykmelding fortsatt ikke er tilbake i arbeid. Her blir rehabilitering i form av funksjonell rehabiliteringsterapi (FRT) gjennomført. FRT består i hovedsak av intensiv kondisjonstrening og arbeidstrening med kognitiv atferdsrettet tilnærming. FRT etterfølges av terapeutisk tilbakeføring til arbeid (TRTW), som vil si progressiv tilbakevending til arbeid, hvor både arbeid og trening er i fokus. Belastningsnivået i arbeidet og treningen økes gradvis. Figur 1 viser trinnene i Sherbrooke-modellen.

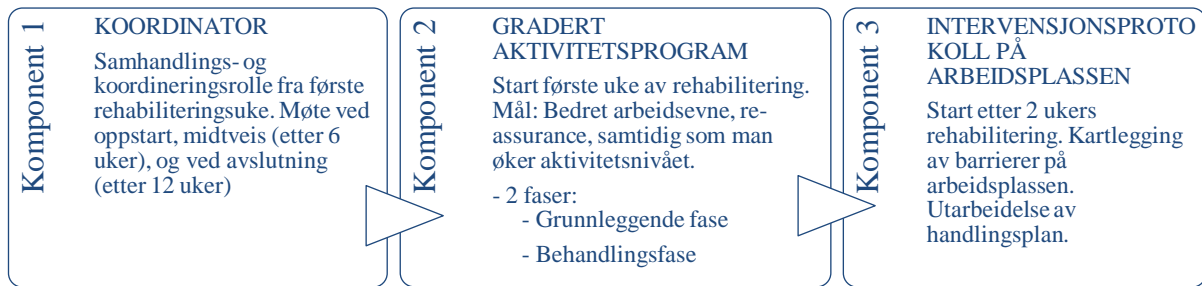


Figur 1. Sherbrooke-modellens 3 trinn

På grunnlag av evalueringer av Sherbrooke-modellen ble et nytt program utviklet, *PREVICAP* (PREvention of work handICAP). Grunnantakelsene fra Sherbrooke-modellen er med videre, men i *PREVICAP* er psykososiale tiltak integrert, og fokuset på samtidig innsats mot bruker og omgivelser introduseres. I tillegg inneholder *PREVICAP* bare to etterfølgende trinn, 1) *arbeidsplassdiagnostisering* (Work Disability Diagnosis, WoDDI) (Durand, et al., 2002), og 2) *terapeutisk tilbakeføring*. Hovedmålet med WoDDI er å identifisere forhold ved arbeidsplassen som kan være funksjonsnedsettende, og å utelukke alvorlige eller spesifikke diagnoser. WoDDI består av et medisinsk spørreskjema, en fysisk undersøkelse av ryggen og et strukturert intervju med pasienten om arbeidshistorie, jobbkrav, livsvaner, familie-, sosiale og finansielle forhold, samt forestillinger om fremtidig arbeid. Vurderingen gjøres av et team satt sammen av arbeidsgiver, behandlende lege, tillitsvalgt, fastlege og ergoterapeut. Terapeutisk tilbakeføring vil si tverrfaglig rehabilitering og progressiv tilbakeføring til arbeid. Sherbrooke-modellen og *PREVICAP* har hatt stor innflytelse på utviklingen av oppfølgere til denne gruppen studier i andre land.

I Nederland ble et *Tverrfaglig poliklinisk program* (Multidisciplinary Outpatient Care Program, MOC) utviklet på bakgrunn av lite støtte for kliniske tilnærminger til tilbakeføring av brukere med muskel- og skjelettlidelser (Anema et al., 2004; Anema et al., 2003; L. C. Lambeek et al., 2007; Lambeek et al., 2010; Steenstra et al., 2006; Steenstra et al., 2010). Dette programmet er en videreføring av Sherbrooke-modellen i Nederland. Programmet består av en intervensjonsprotokoll for arbeidsplassen, samt et gradert aktivitetsprogram (GA). Behandlingen i MOC gis av et tverrfaglig team, bestående av koordinator (case manager), ergoterapeut, fysioterapeut, medisinsk spesialist og arbeidsmedisiner. Koordinatoren har en samhandlingsrolle mellom primær- og poliklinisk behandling, og ansvar for kommunikasjon mellom de ulike behandlerne i teamet. I tillegg til koordinatoren har programmet to sentrale komponenter; et *gradert aktivitetsprogram* (Steenstra, et al., 2006) som har som mål å tilføre bruker en bedret arbeidsevne, med tilbakeføring til jobb som mål. I tillegg utarbeides en *intervensjonsprotokoll for arbeidsplassen*, hvor målet med er å kartlegge barrierer i arbeidstakerens arbeidssituasjon. Figur 2 fremstiller de tre komponentene i programmet.





Figur 2, MOC-programmets 3 trinn

To skandinaviske eksempler på tilbakeføringsprogrammer er danske KIA, og den norske Hernes-modellen. KIA står for koordinert innsats mot arbeidslivet og beskrives som en tverrfaglig, systematisk, progressiv og målrettet prosess og bygger på Sherbrooke-modellen. Screeningene foregår innen en uke etter oppstart, og utføres av et tverrfaglig team bestående av arbeidsmedisiner, kiropraktor, fysioterapeut og psykolog. Etter utredning av de ulike områdene møtes teamet, og pasientens situasjon blir oppsummert og diskutert før teamet utarbeider en dynamisk, skreddersydd og deltakelsesfokusert plan der tilbakeføring til arbeid er målet. Tilbakemeldinger fra sykmeldt, et tverrfaglig team, arbeidsplass og eventuelt andre interessenter (NAV) tas inn til vurdering i prosessen (Bultmann et al., 2009). Behandlingsstrukturen er basert på teorimodellen *Readiness for return to work* (Franche & Krause, 2002) og *Self-efficacy* (Bandura, 1977). KIA-modellen består av opp til 12 ukers skreddersydd arbeidsrettet rehabilitering.

Hernes-modellen har utspring fra Hernes Institutt, en norsk rehabiliteringsinstitusjon som siden 1954 har blitt drevet ut fra visjonen "Arbeid som helse" for langtidssykmeldte med tunge fysiske yrker og langvarige muskel- og skjelettplager. Hernes-modellen karakteriseres som en tverrfaglig, arbeidsrettet, systematisk, progressiv og målrettet tilnærming med skreddersøm basert på en kognitiv atferdsrettet tilnæringsmodell der egeninnsats på tross av smerter står sentralt. Det fokuseres på hvor pasienten er i prosessen, og intervensjonene blir innført på bakgrunn av dette. Rehabiliteringsinnsatsen er rettet mot den sykmeldte med aktiv fysioterapi, intensiv kondisjonstrening og arbeidstrening, og mot den sykmeldtes arbeidsplass med tilrettelegging av barrierer i omgivelsene. Strategien er forskningsbasert tverrfaglig rehabilitering med samtidig innsats mot bruker og omgivelser, og en progressiv innsats ut mot arbeidslivet. Dette er i tråd med Sherbrooke-modellens komponenter Funksjonelle rehabiliteringsterapi og Terapeutisk tilbakeføring til arbeid (Loisel, et al., 1997; Loisel et al., 1994).

I Norge har man med Intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv (IA) (Regjeringen, 2010) utarbeidet retningslinjer for hvordan tilbakeføringen av sykmeldte skal utføres. Videre har regjeringen blant annet med ordningen *Raskere tilbake* formidlet at en rask tilbakeføring av sykmeldte er et viktig satsningsområde. *Raskere tilbake* har medført at statlige midler har blitt fordelt til ulike statlige og private foretak og prosjekter uten at det har blitt stilt spesifikke krav til innhold, kompetanse, koordinering og kvalitet. Med denne strategien kan det se ut som regjeringen har hatt en såkalt "bottom-up"-strategi, der mange og ulike prosjekter blomstrer opp som følge av god tilgang til ressurser. Det er avgjørende for utviklingen av et bedre tilbud i Norge, at det defineres klarere hvilke tilbud som er dokumentert effektive, hvem som skal inneha de ulike rollene i en tilbakeføringsprosess, hvordan tilbudet skal kunne

oppleves helhetlig og koordinert for mottaker samt hvilken kompetanse som arbeidsgiver og arbeidstaker bør suppleres med for å kunne oppnå arbeidsdeltakelse for den ansatte. Slike program må både ha en fastlagt del og en fleksibel del som tar høyde for brukermedvirkning og skreddersøm. Det synes klart at mange aktører som bidrar til arbeidsrettet rehabilitering savner denne kunnskapen og oversikten over feltet, og hva som er dokumentert gode metoder i en tilbakeføringsprosess. Med midlene vi i Norge allerede bruker på dette feltet har vi mulighet til å iverksette gode forskningsbaserte tilbakeføringsprogrammer som vi vet har effekt internasjonalt. Modeller som Sherbrooke, PREVICAP, MOC og KIA har vist seg å ha god effekt på å tilbakeføre sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager. Vi trenger imidlertid å prøve ut erfaringene fra andre land inn i vår norske IA-modell, tilpasset vårt arbeidsliv, det norske velferdssystemet og de norske helseordningene.

## 2 Mål

Det overordnede målet for prosjektet *De gode hjelperne* er å bidra til utvikling av et mer kunnskapsbasert arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for personer med uspesifikke muskel- og skjelettplager, som iverksettes i en tidlig sykmeldingsfase. I dette delprosjektet er målet å:

- (1) Kartlegge hva ulike aktører med erfaring fra sykefraværarbeid mener er viktig i oppfølgingen av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager, med tanke på hvem (hjelpere), når (timing) og hvordan (tiltakskomponenter) tilbudet må være utformet.
- 2) Validere case-metoden, ved å kartlegge ulike aktører og eksperter sine oppfatninger om metoden.

## 3 Metode

### 3.1 Design

Studien ble designet som en kvalitativ undersøkelse hvor fokusgruppeintervjuer ble brukt som datainnsamlingsmetode (Krueger & Casey, 2009). Fokusgruppeintervjuene besto av to deler, en *induktiv* og en *deduktiv* del. Det ble brukt kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse for å analysere dataene (Duriau, Reger, & Pfarrer, 2007).

### 3.2 Informanter

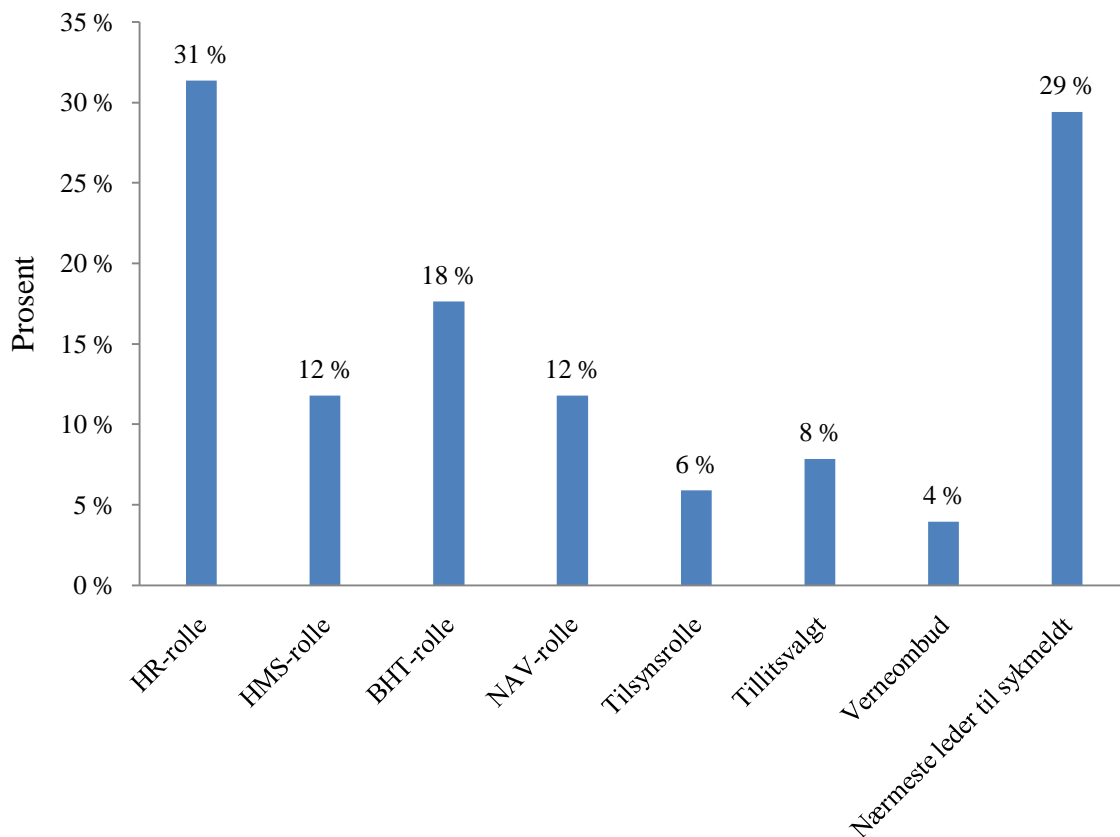
Det ble gjennomført åtte fokusgruppeintervjuer med aktører og eksperter som hadde ulike roller i oppfølgingen av sykmeldte. På hvert av intervjuene deltok 5 - 8 informanter (n=51). Tabell 1 viser antall informanter (*n*) og hvilke profesjoner som var representert i hvert fokusgruppeintervju.

Tabell 1. Oversikt over informantantall (*n*) og profesjoner i hver fokusgruppe

	<b>Fokusgruppe</b>	<b>n</b>	<b>Profesjoner/Yrker</b>
1	Rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet	6	Fysioterapeut, pedagogisk-psykologisk rådgiver, samfunnsviter, sosiolog, ergoterapeut, sykepleier
2	Arbeidstakerorganisasjon	7	Ergoterapeut, statsviter, sykepleier, jurist, organisasjonspsykolog
3	Arbeidsgiverorganisasjon	5	Statsviter, ingeniør, lege
4	Bedriftshelsetjeneste	6	Fysioterapeut, gestaltterapeut, siviløkonom, sykepleier
5	Tverrfaglig team fra en rehabiliteringsinstitusjon	7	Pedagog, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, arbeidsinstruktør
6	Tilbakeførte sykmeldte	6	Ansatte i kommunal og privat sektor
7	Arbeidsgivere	6	Vernepleier, sykepleier, lærer
8	Fastleger	8	Spesialister i allmenntilleggsmedisin
	<b>Totalt</b>	<b>51</b>	

Som det fremkommer av tabellen var noen av fokusgruppene sammensatt av ulike profesjoner. Likevel var gruppene homogene innad når det gjelder rolleutgangspunkt i sykefraværsoppfølgingen (Krueger & Casey, 2009). Informantene var fra 29 – 65 år, og gjennomsnittsalderen var 49,6 (SD: 9,94). Det var relativt lik fordeling av kjønn, med 57 prosent kvinner og 43 prosent menn. 47 prosent av informantene bodde i kommuner på Østlandet og 43 prosent bodde på Vestlandet. Utdanningsnivået i fokusgruppene var generelt høyt; 84 prosent hadde høyskole eller universitetsutdanning, 23 prosent hadde opp til 3 års høyere utdanning, og 61 prosent hadde 4 års høyere utdanning eller lengre. 12 prosent jobbet i statlig sektor, 10 prosent i kommunal sektor, og 78 prosent jobbet i privat sektor/offentlig næringsvirksomhet. Ulike bransjer var representert, helse- og sosialtjenester (43 %), undervisning (2 %), offentlig administrasjon (14 %), bygge- og anleggsvirksomhet (2 %), industri- og bergverksdrift (10 %) og jordbruk/skogbruk/fiske (2 %). Kun 4 prosent hadde ingen erfaring med denne sykefraværsoppfølging, mens gjennomsnittet lå på 12,3 års erfaring (SD: 9,4, min: 0, max: 37). Av informantene hadde 14 prosent vært sykmeldt mer enn 2 uker de siste 2 årene, og alle disse sykmeldingene skyldtes muskel- og skjelettplager. Vi spurte hvilke roller informantene hadde eller hadde hatt i sykefraværsoppfølgingen, og figur 3 viser

hvor stor prosentandel av informantene som hadde de ulike rollene. For eksempel kunne en fastlege også ha rolle som nærmeste leder i sin praksis. Godt over halvparten (60 %) hadde en personaladministrativ (HR)-rolle eller var nærmeste leder til sykmeldte. Det var hovedsakelig i intervjuene med arbeidstakerorganisasjonen og arbeidsgiverne at informantene hadde en HR-rolle. Det var cirka to informanter i hvert intervju som hadde rolle som nærmeste leder til sykmeldte. Roller innenfor BHT, Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og NAV var også representert.



Figur 3. Informanter fordelt på roller (prosent). HR = Human resources, HSE = Health, safety and environment, BHT = Bedriftshelsetjeneste, NAV = Arbeids- og velferdsforvaltningen. Søylene summerer seg til mer enn 100 prosent, da flere av informantene hadde mer enn en av de nevnte rollene.

### 3.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i perioden desember 2010 til januar 2011. De varte i 60 - 120 minutter. Den første halvparten av intervjuet ble brukt til å diskutere et case (induktiv del), mens resten av tiden ble brukt på presentasjon av og innspill på case-metoden (deduktiv del). Tre ulike forskere deltok på intervjuene, to på hvert intervju. En av forskerne deltok på alle intervjuene. På de fleste intervjuene modererte en forsker den induktive delen av intervjuet, mens den andre modererte den deduktive delen. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert til tekst av én forskningsassistent, med unntak av det siste der en annen utførte transkriberingen.

### 3.3.1 Induktiv del

I den induktive delen av fokusgruppeintervjuene ble det presentert et case der muskel- og skjelettplager var årsaken til sykmelding. Caset lød som følger:

*Hansen har akkurat blitt fullt sykmeldt, og har informert sin leder om dette. Han er 41 år og har jobbet som regnskapsfører i nesten tjue år. Han har slitt mye med smerter i nakken, armene og også av og til i ryggen de siste par tre årene, og nå føler han at alle kreftene han har brukes på å takle smertene. Han er redd det er noe alvorlig galt. Han vet ikke hva han bør gjøre.*

Informantene fikk deretter utdelt en tidslinje med uke 1 til uke 16 fra sykmeldingsstart, og aktørmodellen – et kart som viser viktige aktører i sykefraværsoppfølgingen på ulike arenaer (Randi W. Aas, 2009). De ble spurt om hva de mente var den ideelle oppfølgingen av sykmeldte, dersom de ikke trengte å tenke begrensninger. Det ble på denne måten lagt opp til en åpen samtale og diskusjon om oppfølgingen av sykmeldte. Moderator styrte i liten grad samtalen, men stilte oppfølgingsspørsmål for å få avdekket hvilke aktører og tidspunkt det var snakk om. Dette kunne være spørsmål som; ”hvem mener du burde gjøre dette?” og ”når bør dette ideelt sett skje?”. Verifiseringsspørsmål ble også stilt for å sikre at utsagn fra informantene ble forstått riktig.

### 3.3.2 Deduktiv del

Case-metoden er en tidlig intervensjonsmetode bestående av 4 moduler. Modulene er som følger: M1: En medisinsk kortintervensjon, M2: En arbeidsrettet intervensjon, M3: en medisinsk utredning og M4: Et terapeutisk tilbakeføringsprogram. Modulene er nærmere beskrevet i vedlegg 1. Case-metoden ble presentert for fokusgruppene slik den forelå i utviklingsfasen. Både dens moduler og kunnskapsgrunnlag ble presentert ble gjennomgått. Etterpå ble informantene bedt om å komme med innspill og tilbakemeldinger på metoden, samt å diskutere dens innhold. Både metoden i sin helhet og hver enkelt modul ble diskutert.

## 3.4 Analyse

Det ble utført kvalitativ og kvantitativ innholdsanalyse av både de induktive og de deduktive dataene (Duriau, et al., 2007; Giannantonio, 2010). Utsagnene ble strukturert i tre kategorier:

- Hvem (hjelpere): Kategori om hvem som yter oppfølgingsbistanden.
- Hva (komponent): Kategori om hva oppfølgingen består av.
- Når (timing): Kategori om når ulike komponenter og hjelpere bør komme inn i oppfølgingsprosessen.

For den deduktive delen ble utsagnene i tillegg kategorisert etter hvilken modul i case-metoden de handlet om (case-metoden generelt, Modul 1- Modul 4, og koordinering).

## 3.5 Etikk

Tematikken i studien inneholdt ikke sensitive opplysninger, og ble ikke vurdert som meldepliktig av Regional komité for medisinsk og helsefaglig etikk (REK Vest). Informantene fikk informasjon om frivillighet og konfidensialitet i rekrutteringsprosessen og i

forkant av intervjuet. Samtykkeerklæringer ble innhentet. Ved transkriberingen av lydfilene ble anonymisering utført, slik at navn ikke ble knyttet til utsagn på noe tidspunkt.

## **4 Resultater**

Resultatene fra den induktive delen av intervjuene vil bli presentert først, deretter vil resultatene fra den deduktive delen av intervjuene gjennomgås.

### **4.1 Induktiv del – Hva er den ideelle oppfølgingen av sykmeldte?**

Det var forskjellige oppfatninger i de ulike fokusgruppene om hvilke hjelpere som bør involveres, hvilke komponenter i oppfølgingen som er viktige og til hvilke tidspunkter hva bør skje. På noen områder var det mer enighet enn på andre. Resultatene som kom frem i fokusgruppeintervjuene når det gjaldt den ideelle oppfølgingen av sykmeldte, er oppsummert i figur 4.

## Hva mener ulike aktører er den ideelle oppfølgingen av sykmeldte?

### Hvem (hjelper)

Av utsagnene om hjelpere (n=296) handlet flest om fastlegen (n=83), arbeidsgiver (n=76) og BHT (n=59).

De ulike hjelperne kan deles inn i tre kategorier:

1. Hjelpere på arbeidsplassen.
2. Hjelpere i helsetjenesten.
3. Hjelpere i NAV.

Hjelperne på arbeidsplassen ble omtalt mest, etterfulgt av hjelperne i helsetjenesten. I alle intervjuene ble fastlegen og arbeidsgiver omtalt som de mest sentrale hjelperne. Arbeidsgiver ble ofte nevnt som ansvarlig for oppfølgingen, og fastlegen som bidragsyter på det medisinske området. Det ble også trukket frem at BHT burde brukes i oppfølgingen, ettersom de har kunnskap om arbeidsplassens kjennetegn. Det var ikke stor uenighet på tvers av intervjuene om hvem som skulle involveres i oppfølgingen. Imidlertid var det noe ulikt hvilke roller hjelperne ble tilskrevet. Særlig var det uenighet om koordinatorrollen.

### Hva (komponent)

Av utsagnene om komponenter (n=240) handlet de fleste om samhandling (n=37) utredning (n=36) og oppfølgingskontakt (n=30). Komponentene som ble nevnt som viktige kan deles inn i kategoriene:

1. Samarbeid og koordinering (om det som skjer mellom a) arbeidsgiver og sykmeldt, b) fastlege og sykmeldt, c) arbeidsgiver, sykmeldt og fastlege, og d) mellom hele apparatet som er rundt den sykmeldte med også andre behandlere, NAV, kolleger HR/personal osv).
2. Intervensjoner (lokalisert på arbeidsplassen, i helsetjenesten, i regi av NAV osv.)
3. Utredning og oppfølging (om komponentene som bidrar til å kartlegge den sykmeldtes situasjon, både medisinsk, psykososialt og i forbindelse med muligheter på arbeidsplassen).

Komponentene innen samarbeid og oppfølging ble mest omtalt av arbeidsgiverne og arbeidsgiverorganisasjonen, mens komponentene i kategorien utredning og oppfølging ble mest omtalt av fastlegene. Intervensjonskomponentene ble omtalt nokså jevnt i alle intervjuene.

### Når (timing)

Av utsagnene om timing (n=82) var flest knyttet til at en komponent eller en helper måtte inn i bildet tidlig (n=31) eller umiddelbart (n=23). At mye må skje på et tidlig tidspunkt kom frem i alle intervjuene. I de tilfellene hvor at komponenter spesifikt ble knyttet til et tidspunkt var det ofte uttrykt i formuleringer som *så fort som mulig, umiddelbart, fra dag 1, tidlig og første uken*. Dette gikk igjen i alle intervjuene, og det kan dermed tyde på at det er en felles oppfatning om at den første fasen i sykmeldingsperioden er kritisk for den videre prosessen og tilbakeføringen av den sykmeldte. Timingkategoriene kan deles inn i 4:

1. Tidlig fase (umiddelbart, tidlig, og <2 uker).
2. Midtfase (2 -8 uker og 8-12 uker).
3. Senere fase (12 – 52 uker).
4. Ikke tidfestet (situasjonsavhengig).

Figur 4. Oppsummering av resultatene om hva som er den ideelle oppfølging av sykmeldte



I de påfølgende avsnittene vil intervjuene bli gjennomgått hver for seg, og resultatene vil bli presentert etter de tre kategoriene *hvem* (hjelper), *hva* (komponent) og *når* (timing).

#### 4.1.1 Hva svarte representantene fra NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet?

Hovedresultatene fra intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet vises i tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over resultatene i intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlegens rolle som sykmelder er viktig</li> <li>• Nærmeste leders oppgave er oppfølging av den sykmeldte</li> <li>• Fastlegen og den nærmeste lederen må kommunisere og samhandle</li> <li>• Andre behandlere må trekkes inn</li> <li>• Det bør jobbes tverrfaglig</li> <li>• Det bør vurderes om sykmeldingen bør utskrives av noen andre enn fastlegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikasjon og kontakt mellom den sykmeldte og nærmeste leder</li> <li>• Arbeidsplassvurdering må skje raskt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mye bør skje så fort som mulig</li> <li>• Særlig viktig at kontakt med den sykmeldte opprettes så tidlig som mulig</li> </ul>

##### 4.1.1.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

Informantene i fokusgruppen fra NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet omtalte fastlegen, arbeidsgiver, nærmeste leder, helsevesenet og ulike behandlere som de mest sentrale hjelperne for tilbakeføringen av den sykmeldte. Flere i fokusgruppen ga uttrykk for at fastlegen er viktig som sykmelder i første omgang, og i den første utredningen av den sykmeldte. De mente det burde være kontakt mellom fastlegen og arbeidsgiver i denne perioden, slik at avklaringen rundt den sykmeldtes arbeidssituasjon ble så god som mulig. Kommunikasjonen mellom fastlegen og arbeidsgiveren ble karakterisert som en forutsetning: *”Så det at det må være kommunikasjon mellom legen og arbeidsgiver og den ansatte, det er en forutsetning for å få tingene til”*. Arbeidsgiver ble trukket frem som en sentral aktør fra starten av sykmeldingen. En av informantene i fokusgruppen beskrev at *”jeg tenker først og fremst dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Men selvfølgelig andre hjelpere og”*. Videre ble det utdypet at arbeidsgiveren bør ha ansvar for avklaring av arbeidssituasjonen, samt bistå fastlegen med kunnskap om arbeidet, slik at de kan komme frem til en type sykmelding hvor den sykmeldte holdes i aktivitet og på arbeid. I sitatet over ble det også nevnt at andre hjelpere bør trekkes inn. Det ble beskrevet at den nærmeste lederen kan være en viktig støtteperson for den sykmeldte, og at det er sentralt å bygge et tillitsforhold. Dette omtales som en viktig faktor i oppfølgingen av den sykmeldte; *”men det gjelder å ha tillit mellom ansatt og leder, og det går på å ha tid til å se på samtalen som ett av de viktige verktøyene for å spore hva som kan gjøre til å få ballen til å rulle den rette veien”*. Fokusgruppen omtalte ulike behandlere som bør spille en større rolle i oppfølgingsprosessen. Både ergoterapeut, fysioterapeut, kiropraktor og naprapat ble nevnt som sentrale, og fokusgruppen mente at det bør bestemmes hvilke gode hjelpere eller behandlere som er relevante i den individuelle sykmeldingssaken. Det å jobbe tverrfaglig i behandlingen slik at behandlere med ulik kompetanse bistår fastlegen, ble foreslått som en mulig organisering av behandlerne.

#### 4.1.1.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

Hva oppfølgingen bør bestå i var også et viktig tema i intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet. De hyppigst nevnte komponentene i intervjuet handlet om kontakt, møter, samtaler og dialog. Det ble konkret utdypet hvilken type kontakt, møter, samtaler og dialog som ville være naturlig at oppfølgingen inneholdt. Kontakten mellom den nærmeste lederen og den sykmeldte bør være kontinuerlig, og den gode samtalen ble nevnt som et verktøy. Videre ble det fremhevet at det at den sykmeldte er i kontakt med arbeidsplassen er viktig; *”Det viktigste mener jeg, er at du holder kontakt med arbeidsplassen din og gjerne kommer inn og gjør noe”*. I følge fokusgruppen var også kontakten mellom fastlegen og arbeidsgiveren viktig, og de mente at fastlegen burde ta kontakt med arbeidsgiveren. Andre behandlere og BHT burde også trekkes inn i dialogen, og dette burde koordineres av noen andre enn fastlegen.

Videre ble også arbeidsplassvurdering betegnet som sentralt i oppfølgingen. Det var enighet om at en arbeidsplassvurdering bør skje så fort som mulig, og det ble diskutert hvem som var den beste til å foreta en arbeidsplassvurdering; *”hvem som er i stand til å foreta en slik kartlegging? I en ideell verden så skulle det vært sjefen som ser det”*, og *”da spør du egentlig om kartlegging, i utgangspunktet er det jo arbeidsgiver som skal ha den rollen”*.

Selve sykmeldingsprosessen og hvordan den burde foregå, ble også diskutert. Det ble uttalt skepsis til at fastlegen er den riktige til å avgjøre om, og hvilken type sykmelding som er den riktige. Dette fordi fastlegen sitter relativt perifert fra arbeidsplassen. Et eksempel fra et prøveprosjekt hvor kiropraktorer hadde vært sykmeldere ble trukket frem av en av informantene. Hjelpere som behandler den sykmeldte på fast basis kan kanskje ha bedre grunnlag for å sykmelde, ettersom de kan ha bedre kjennskap til arbeidstakeren. Det ble også tatt opp at dersom fastlegen skal sykmelde, bør vedkommende være i dialog med arbeidsgiver eller nærmeste leder for å få innsikt i arbeidssituasjonen. Dette også i forhold til å få et godt grunnlag for å avgjøre hvilken sykmeldingsgrad som bør velges.

#### 4.1.1.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

Tidsforløpet i oppfølgingen av sykmeldte ble også diskutert av gruppen. Det ble mest fokusert på den tidlige perioden av oppfølgingen, noe som kan tyde på at de mente den er kritisk for det videre løpet. Ulike aktiviteter som bør skje *”så raskt som mulig”* og *”umiddelbart”* ble skissert. Eksempelvis bør den første kontakten gjøres tidlig; *”det er viktig å få i gang en samtale raskest mulig”*. Det ble også foreslått at det kunne være greit å vente noen dager med å kontakte den sykmeldte før en tar den første telefonen, men at kontakten bør tas opp raskt; *”samtalen bør være om noen dager, men så fort som mulig”*. En annen aktivitet som i følge informantene bør skje tidlig er arbeidsplassvurderingen. Denne må hurtig på plass for å få den nødvendige tilretteleggingen og å sette i verk andre tiltak; *”Jeg ville hatt arbeidsplassvurdering raskest mulig. Det er naturlig i en slik sak. Man kan ikke sitte på gjerdet”*. Det ble sagt at en for å spare tid bør en begynne å klargjøre arbeidsplassen for tilbakeføring allerede mens utredningen foregår eller den sykmeldte venter på behandling. *”De starter god oppfølging og lager noen mål og med tilrettelegging. Dette kan en gjøre mens en venter på alle disse svarene”*. Informantene i denne gruppen mente også at det er for sent å avholde dialogmøtet etter åtte uker. Dette møtet bør tas tidligere dersom det ikke er gode grunner for å vente.

### 4.1.2 Hva svarte representantene fra arbeidstakerorganisasjonen?

Hovedresultatene fra intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen vises i tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den nærmeste lederens første kontakt med den sykmeldte</li> <li>• Fastlegen bør ha en koordinerende rolle i forhold til utredning og behandling</li> <li>• Arbeidsgiver bør ha en koordinerende rolle i forhold til andre hjelpere</li> <li>• Oppfølger må ikke nødvendigvis være nærmeste leder, men en tillitsperson</li> <li>• Kolleger er støttepersoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsplassvurdering initiert av nærmeste leder er viktig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mye bør skje i en tidlig fase, både utredning og arbeidsplassvurdering</li> <li>• Viktig å få den sykmeldte tilbake på arbeidsplassen, med alternative/tilrettelagte oppgaver</li> </ul>

#### 4.1.2.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

Også i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble fastlegen, arbeidsgiver, og nærmeste leder trukket frem som viktige aktører i oppfølgingsarbeidet. I tillegg ble BHT, fysioterapeuter og kolleger nevnt som gode ressurser. Informantene i denne gruppen mente det var viktig at arbeidsgiver tar kontakt med den sykmeldte, og at den nærmeste lederen er sentral i den første sykmeldingsfasen. Det å vurdere arbeidsplassen og situasjonen rundt den sykmeldte ble omtalt å være en oppgave for nærmeste leder, gjerne i samråd med fastlegen. Her bør det vurderes hvorvidt andre behandlere bør inn i bildet. Deltakerne i denne fokusgruppen mente at fastlegen sitter på kunnskap og kompetanse som gjør vedkommendes rolle viktig når det gjelder utredningen; *det er ganske viktig at fastlegen er i en posisjon til å finne ut av hva som er årsakssammenhengene*". Det ble nevnt at fastlegen bør ha ansvaret for koordineringen og involveringen av andre behandlere og hjelpere. *Fastlegen må ha en rolle slik at de har en oversikt over hjelpetilbudene sånn at de ikke bare sykmelder. De må ha oversikt over ting, og ha en kunnskap om hvor det er relevant å henvise og gjøre det og vise hvordan de kan gjøre det*".

Flere mente at tillit i oppfølgingsprosessen var en viktig faktor, og at hvem som skulle trekkes inn i oppfølgingen er avhengig av dette. En informant sa at det kanskje ikke alltid er mest hensiktsmessig at den nærmeste lederen følger opp fra arbeidsgiverens side, fordi det kunne hende at lederen var en medvirkende årsak til sykmeldingen. Budskapet var at det er viktig at den sykmeldte blir fulgt opp av en de har tillit til, og at det derfor ikke er av betydning om vedkommende er nærmeste leder, verneombud eller fra personalavdelingen: *"Jeg tror det er viktig at det ikke nødvendigvis er nærmeste leder eller en definert person fra personalavdelingen, men det må være en person som den personen har tillit til"*. Tillitsbegrepet ble aktualisert på nytt da gruppen kom inn på kollegenes rolle i oppfølgingen. Det ble sagt at om ikke kollegene har en formalisert rolle i oppfølgingen, kan deres involvering være av stor betydning for den sykmeldte. Dette kan både handle om sosial støtte til den sykmeldte, og en formidling av aksept for den situasjonen den sykmeldte er i: *"Det er viktig at de støtter den sykmeldte. Du kjenner jo gjerne kollegaen din, og vet hvordan de er,*

*og hvorfor de blir sykmeldt*”. For sykmeldte som er delvis tilbake kan kollegers støtte og forståelse være spesielt viktig, ettersom kollegene ofte blir påvirket ved at arbeidsoppgavene må organiseres annerledes. Det ble videre foreslått at arbeidsgiver skal ha ansvar for koordineringen av de ulike hjelperne. Dette fordi arbeidsgiver eller nærmeste leder, både kjenner den sykmeldte og har oversikt over arbeidsplassen og arbeidsoppgavene. Av den grunn vil det være naturlig å ha ansvar for å involvere BHT, behandlere og å initiere kontakt med fastlegen.

#### 4.1.2.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

Også i denne fokusgruppen ble kontakt, møter, samtaler og dialog, samt arbeidsplassvurdering tatt opp som viktige aktiviteter i oppfølgingen av den sykmeldte. Kontakten mellom arbeidsgiveren og den sykmeldte ble i hovedsak trukket frem, men de snakket også om fastlegens og andre behandleres kontakt med den sykmeldte. Arbeidsgiver eller nærmeste leder ble omtalt som en god kandidat for koordineringen av de gode hjelperne, og at vedkommende bør forhøre seg om hvordan behandlingen forløper: *”Da ville jeg som leder snakket med den sykmeldte og spurt om den har fått undersøkt det han skal og tatt kontakt med lege”*. Det ble altså fremhevet at lederen bør ha en sentral rolle i koordineringen og fremdriften. Utsagnet *”som leder så ville jeg sagt – ”gå til legen din og skrik og bær deg”*. *Det hjelper av og til”*, underbygger at informanten mente at lederen burde være en pådriver i prosessen. Samtidig kan utsagnet omhandle en ansvarsfraskrivelse, ettersom lederen i det tilfellet selv ikke ville gjort noe, men plasserte ansvaret over på fastlegen.

Også når det gjaldt arbeidsplassvurderingen mente gruppen at nærmeste leder bør initiere og følge opp denne prosessen: *”I en tidlig fase er det lederen sitt ansvar og lederen som bør gjøre kartleggingen helt til man finner ut av om det har noe med arbeidssituasjonen og gjøre”*. Det ble utdypet at *”lederen har en viktig rolle her i forhold til å kjenne til personen på arbeidsplassen, hva er det faktisk den utfører av arbeidsoppgaver”*, og dermed vil lederen som den personen som i de fleste tilfellene er den som kjenner både den sykmeldte og vedkommendes konkrete arbeidssituasjon best, være viktig i arbeidsplassvurderingen.

#### 4.1.2.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

Noen av informantene mente at kontakten burde skje allerede den første dagen, mens andre mente det kunne være hensiktsmessig ikke *”å presse seg på”* for tidlig, men å kjenne litt på den sykmeldtes ønsker. Tidlig kontakt ble likevel fremhevet som viktig; *”En bør kanskje ikke innkalle vedkommende til et møte den første eller andre dagen, men hvis den sykmeldte har lyst til å komme så er det flott”*.

Informantene i denne fokusgruppen understreket at *mye* må skje i en tidlig fase, både når det gjelder arbeidsplassvurdering, og det å komme tilbake på arbeidsplassen. Det ble beskrevet at utredningen ikke bør drøye; *”I den ideelle verden så burde kanskje det vært noe legen hadde sett på; ok her må vi gjøre noe raskt”*, og *”jeg er opptatt av at man ganske tidlig finner ut av hva som er årsakssammenhengen”*. At den sykmeldte kommer og er til stede på arbeidsplassen og får raskt tilrettelegginger på plass ble også påpekt som viktig; *”Hvis det ikke er en veldig alvorlig ting som krever behandling så ville jeg prøvd å lirke den tilbake på jobb”*.

### 4.1.3 Hva svarte representantene fra arbeidsgiverorganisasjonen?

Hovedresultatene fra intervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen vises i tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over resultatene i intervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BHT er helt sentrale hjelpere, da de har bedre oversikt over arbeidsplassen enn fastlegen</li> <li>• BHT bør involveres i utredning og kartlegging av situasjonen sammen med fastlegen</li> <li>• Den nærmeste lederen er viktig i tilretteleggingen av arbeidsplassen, og bør formidle at den sykmeldte er ønsket tilbake</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakt mellom den sykmeldte og arbeidsplassen viktig, form av møter, samtaler og lignende</li> <li>• Koordinering er viktig, med en egen koordinator for hver sak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak bør settes inn umiddelbart</li> <li>• I første omgang samtaler med BHT og arbeidsgiver</li> </ul>

#### 4.1.3.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

I fokusgruppen fra arbeidsgiverorganisasjonen ble særlig BHT trukket frem som en sentral god hjelper. Også fastlegen og andre eksterne behandlere ble omtalt av informantene, men i mindre omfang enn BHT.

Mange uttalte at BHT i større grad enn fastlegen *"har omsorg og er interessert i deg"*. Ulempen som fastlegen har er i følge fokusgruppen at vedkommende ikke kjenner arbeidsplassen i den grad BHT gjør. Det blir da feil at en ekstern fastlege skal avgjøre fremdriften i den sykmeldtes tilbakeføring, ettersom arbeidssituasjonen og mulighetene på arbeidsplassen er av så stor betydning for den sykmeldte. Følgende sitat synliggjør dette; *"hvor mye kan fastlegen om din arbeidsplass? Hvilken dialog har den med arbeidsgiver? Den har dialog ensidig med den som er syk. Og de har 3 1/2 minutter til å sykmelde"*. Situasjonen ville vært annerledes dersom fastlegen hadde kommet inn i bedriften mente de, og legger ikke skylden på fastlegene selv, men på rammebetingelsene; *"Vi har ikke gitt dem rammevilkårene som gjør fastlegene i stand til å gjøre en god funksjonsvurdering"*. Ifølge fokusgruppen kommer BHT med sin varierte kompetanse inn i bildet her; *"det er snakk om ergoterapeuter og fysioterapeuter som kan se på og snakke med vedkommende, kanskje også psykolog"*. De kan bedre vurdere sykmeldingene og funksjonsvurdere den sykmeldte, ettersom de har bedre kjennskap til arbeidsplassen. Tverrfagligheten vil i følge informantene også være en fordel i arbeidsplassvurderingen og tilretteleggingen i etterkant. En av informantene beskrev hvordan møtet med den sykmeldte kunne innledes; *"her har vi ett tilbud til deg. Jeg har en fysioterapeut, en psykolog, jeg har en ergoterapeut, en manuellterapeut, hva er det du trenger? Er det noe vi kan gjøre for deg?"*. Det å være på tilbudssiden, og formidle hvilke tilbud en faktisk har, ble altså påpekt som viktig.

At BHT spiller hovedrollen i oppfølgingen når sykmeldingen er et faktum ble også drøftet i gruppen; *"første dag du er syk, kontakt BHT! Ikke ring lederen, ikke ring legen"*. Kontakten og oppfølgingen av den nærmeste leder ble likevel ikke sett vekk i fra, men nedtonet, ettersom BHT i større grad sitter med muligheten til å vurdere og å følge opp helsesituasjonen til den sykmeldte. Den nærmeste leders oppgave er i følge fokusgruppen å formidle til den sykmeldte at arbeidsplassen med tilrettelagte arbeidsoppgaver venter på vedkommende; *"hei Hansen, jeg trenger deg. Jeg skal gjøre alt jeg kan for å få deg tilbake"*.

#### 4.1.3.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

Fokusgruppen fra arbeidsgiverorganisasjonen fokuserte også på innholdet i oppfølgingen. Særlig ble kontakten, møter, samtaler, og dialog trukket frem. Videre nevnte flere informanter at utredningen av den sykmeldte var viktig. Kontakten i oppfølgingsperioden burde i følge fokusgruppen skje på initiativ fra nærmeste leder. Det kom også frem i diskusjonen at fastlegen, samt BHT også bør være involvert i kommunikasjonen fra et tidlig tidspunkt. Hensikten med de første møtene er å dele informasjon og avklare situasjonen, mente de; *”man må komme i gang med den praten, for man kan ikke anta mange ting om hvordan hans helse er uten å få noe informasjon om det”*. At flere aktører trekkes inn i kontakten og dialogen rundt den sykmeldte krever i følge gruppen koordinering, og den bør arbeidsgiver i første omgang stå for. Det ble også foreslått at BHT etter hvert kunne overtatt denne oppgaven; *”BHT er en åpenbar kandidat til å koordinere”*. Et annet forslag var at en ekstern person koordinerer: *”Men tenk hvis kommunen kunne ansatt en som kunne ha med koordinering av behandling av ansatte. Passe på at folk kommer dit, og kjøp av tjenester og så videre, og hjelper de ansatte. Han har tjent inn sin årslønn flere ganger”*. Det virket altså som om gruppen var åpen for flere typer koordinatører.

Også utredningsprosessen ble knyttet til den første samtalen med nærmeste leder eller arbeidsgiver: *”Han bør få tid til utredning. Et muntlig tilslag fra arbeidsgiver allerede ved første samtale, at hvis han kan gjøre noe så kan de legge det til rette”*. Videre ble det påpekt at utredning i hovedsak er fastlegens oppgave, men det ble også åpnet for at BHT kan brukes til dette.

#### 4.1.3.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

Fokusgruppen talte for at når en sykmelding skjer slik som for Hansen i caset, bør noe skje umiddelbart. De mente at den sykmeldte bør ringe BHT allerede første sykmeldingsdag. Arbeidsgiver på sin side, bør kalle inn til et møte så snart som mulig. Videre ble det påpekt at situasjonen til den enkelte sykmeldte vil bestemme de riktige tidspunktene for når hva bør gjøres. Også hvilken kompetanse som skal innhentes til hvilket tidspunkt vil i følge fokusgruppen avhenge av fastlegens utredning. Men i det hele ble det argumentert for at tiltak bør iverksettes tidlig; *”På en eller annen måte så må du få så tidlig intervensjon som mulig”*. For å få fremdrift i prosessen ble det beskrevet at utredning er viktig, og involvering av BHT, for å kartlegge tiltaksbehov; *”Hvis Hansen tror at dette kommer til å vare, det hadde jo bygget seg opp over tid, da ville jeg anbefalt et møte med legen og BHT så fort som mulig, for å få kartlagt situasjonen. Så fort som mulig”*. Informantene i intervjuet fokuserte altså mest på tidspunkter i tidlig fase av sykmeldingsperioden, og kan tyde på en oppfatning om at den tidlige intervensjonen er kritisk for videre forløp.

#### 4.1.4 Hva svarte de ansatte i bedriftshelsetjenesten

Hovedresultatene fra intervjuet med de ansatte i bedriftshelsetjenesten vises i tabell 5.

Tabell 5 Oversikt over resultatene i intervjuet med bedriftshelsetjenesten

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• BHT bør være sterkt inne i oppfølgingen</li> <li>• Firkantsamarbeidet mellom fastlege, BHT, arbeidsgiver og sykmeldt er sentralt</li> <li>• Fastlege bør være hovedansvarlig for sykmelding og videre henvisning til spesialister</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlegen er den naturlige koordinator, men har knappe ressurser som kanskje vanskeliggjør denne oppgaven</li> <li>• BHT og arbeidsgiver har dermed bedre forutsetninger for å koordinere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den tidlige fasen av sykmeldingen er viktigst</li> <li>• Intervensjon må skje umiddelbart, da i første omgang avklaringsamtaler, og dernest funksjonsvurdering</li> </ul>

#### 4.1.4.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

I intervjuet med bedriftshelsetjenesten ble det reflektert mye rundt deres egen rolle i oppfølgingen av den sykmeldte. Det ble argumentert sterkt for å bruke BHT mer i oppfølgingsprosessen enn hva mange virksomheter gjør i dag. Det ble sagt at nærmeste leder har oppfølgingsansvaret, men at vedkommende bør bruke ressursene i BHT og de andre gode hjelperne for å få innspill og veiledning i forhold til tilretteleggingen. Det ble også nevnt at BHT godt kan vurdere om andre hjelpere skal trekkes inn i oppfølgingen, eksempelvis NAV. Fokusgruppen omtalte det de kalte firkantsamarbeidet i oppfølgingsprosessen. Et samarbeid mellom fastlegen, arbeidsgiveren eller nærmeste leder, den sykmeldte selv og BHT. Samarbeidet bør i følge fokusgruppen initieres av BHT. Fokusgruppen mente at samarbeidet bør være kontinuerlig i hele oppfølgingsprosessen, fordi tverrfagligheten representerer en ressurs: *”Da vil samarbeidet mellom pasient, leder, bedriftslege og fastlege ofte være nøkkelen til en mye bedre sykefraværsoppfølging enn det enkeltpersoner kan gjøre alene”*. Fastlegen ble beskrevet som hovedansvarlig for sykmeldingen og utredningen av arbeidstakeren, samt den videre henvisningen til spesialister. Likevel ble det påpekt at fastlegen gjennom samarbeidet kan tilegne seg kunnskap om arbeidsplassen og innsikt i arbeidssituasjonen til den sykmeldte, noe som vil være nødvendig for videre oppfølging.

#### 4.1.4.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

Et tema som gikk igjen i diskusjonen i fokusgruppen var hvilke aktører som er hensiktsmessige når det gjelder koordineringen av oppfølgingen. Først ble det foreslått at fastlegen er den naturlige koordinator ettersom vedkommende sitter på sykmeldings- og henvisningsmyndighet. Et argument som ble brukt mot dette forslaget var fastlegens knappe ressurser når det gjelder tid. Det ble sagt at fastlegen har såpass liten tid, at det å skulle koordinere hjelperne i oppfølgingsprosessen kan forsinke fremdriften. Det ble både argumentert for at arbeidsgiver og BHT bør ha en koordinatorrolle. Noen mente BHT har den beste oversikten til å koordinere fordi de både kjenner helsevesen og arbeidsplassen; *”Fastlegen kjenner den enkelte men har ikke helhetlig oversikt over en arbeidssetting så jeg synes det er BHT som bør hovedsakelig være primus motor for denne tjenesten”*.

#### 4.1.4.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

I likhet med flere av de andre fokusgruppene var den tidlige fasen i sykmeldingsperioden i fokus da informantene beskrev tidsperspektiver i oppfølgingen. En umiddelbar intervensjon var i følge informantene avgjørende: *”Man må gjøre noe med en gang. Når sykmeldingen kommer så snakker man jo om det, og inviterer kanskje til samtale og prøver å avklare mest*

*mulig*”. Det ble påpekt at det er viktig at den nærmeste lederen tar kontakt med den sykmeldte fra første dag. BHT burde også trekkes inn fra starten av. Når det gjelder tidspunkt for funksjonsvurdering, ble det nevnt at dette kunne avtales tidlig, men at det kanskje var greit å la den sykmeldte få en uke hjemme før en gjennomfører den. Det at bedriften har gode rutiner for oppfølging ble fremholdt som viktig, fordi det har mye å si for hvor raskt en kommer i gang med arbeidet om å få den sykmeldte tilbake.

#### 4.1.5 Hva svarte det tverrfaglige teamet fra en rehabiliteringsinstitusjon?

Hovedresultatene fra intervjuet med det tverrfaglige teamet fra rehabiliteringsinstitusjonen vises i tabell 6.

Tabell 6. Oversikt over resultatene i intervjuet med et tverrfaglig team fra en rehabiliteringsinstitusjon

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tverrfaglighet i oppfølgingen viktig</li> <li>• Fastlegen bør ha klart et tverrfaglig team som tar over arbeidstakeren ved sykmelding</li> <li>• BHT er en ressurs som bør utnyttes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsplassvurdering bør gjennomføres i samarbeid, av arbeidsgiver og BHT, med ergoterapeut- og fysioterapeutkompetanse</li> <li>• Forsikring om at det ikke er farlig å bevege seg selv om en har smerter</li> <li>• Samkjørt budskap fra alle involverte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensjon må skje å tidlig som mulig</li> <li>• Mye må skje samtidig, en bør ikke vente med å sette i gang flere tiltak samtidig</li> <li>• Går det lengre tid før den sykmeldte kommer tilbake bør rehabiliteringsinstitusjoner vurderes</li> </ul>

##### 4.1.5.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

Fokusgruppen bestående av et tverrfaglig team fra en rehabiliteringsinstitusjon argumenterte på grunnlag av sin erfaring for en sterk tverrfaglighet i oppfølgingen av den sykmeldte. De nevnte at arbeidsgiveren og fastlegen, sammen med helsepersonell med ulike kompetanser, bør følge opp den sykmeldte som team. Arbeidsgiver ble nevnt som en koordinator som bør utføre vurderingen av arbeidsplassen, og ha et ansvar for å vurdere når eventuelle andre aktører bør komme på banen. Det ble beskrevet at fastlegen bør møte den sykmeldte for å utrede situasjonen først, men at det umiddelbart kobles på et tverrfaglig team med en ergoterapeut, fysioterapeut og andre: *”Helt ideelt så skulle den sykmeldte komme til fastlegen sin også stod det et team klart. Med fysioterapeut og ergoterapeut og folk som jobbet med atfføring”*. Alternativt ble det foreslått at fastlegen kan henvise til et tverrfaglig behandlingsteam. Et tett samarbeid med BHT, og utnyttelse av den ressursen de står for, ble også nevnt som viktig i oppfølgingen av den sykmeldte: *”Men hvis vi skulle beskrive noe ideelt så må det være at BHT i utgangspunktet er en fin mulighet til å være på fordi det vil være en kortere vei til hjelp enn til at man skal henvises ut i den store verden”*. Fokusgruppen beskrev også fordelene med at BHT allerede kjenner virksomheten, og dermed har gode forutsetninger for arbeidsplassvurdering og tilrettelegging.

##### 4.1.5.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

De gode hjelperne har mye å bidra med i oppfølgingen av den sykmeldte, mente fokusgruppen. For eksempel vil arbeidsplassvurderingen være noe som arbeidsgiveren i utgangspunktet skal gjøre, men som BHT, med fysioterapi og ergoterapi kan bistå med. I tillegg ble det trukket frem at samhandlingen mellom fastlegen og BHT bør opprettholdes i



prosessen, ved at BHT viderefører de rådene som blir gitt den sykmeldte av fastlegen: *”Nå er det veldig viktig at BHT er samkjørt med fastlegen på å minne pasienten på at det ikke er noe farlig, og oppfordre til den type aktivitet som anbefales. Det ideelle hadde jo vært at fysioterapeuten i BHT hadde sagt at det er ikke farlig å bevege seg”*.

#### 4.1.5.3 Om timingen i oppfølgingen (hvem)

Fokusgruppen fra det tverrfaglige teamet talte også for en tidligst mulig intervensjon. Den første uka bør det være kontakt mellom den sykmeldte og arbeidsgiver: *”Jo lengre tiden går jo lengre vekk blir arbeidsplassen og jo vanskeligere kan det være å begynne igjen”*. Videre fokuserte de på at mye bør skje samtidig, og det bør gå kort tid mellom hver intervensjon, slik at prosessen ikke stopper opp: *”Det må være så kort tid som mulig fra fastlegen til det skjer noe”*. Samtidighet var et ord som ble brukt, tiltakene i oppfølgingen bør skje samtidig så langt det lar seg gjøre, i følge referansegruppa, undersøkelser samtidig med arbeidsplassintervensjon. Når det gjelder den mer langsiktige oppfølgingen ble det sagt at det bør vurderes alternative tiltak innen et år, eksempelvis en rehabiliteringsinstitusjon.

#### 4.1.6 Hva svarte de tilbakeførte sykmeldte?

Hovedresultatene fra intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte vises i tabell 7.

Tabell 7. Oversikt over resultatene i intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode saksbehandlere i NAV kan være gode til å finne løsninger og å motivere til disse</li> <li>• Behandlerne har en viktig rolle, særlig spesialistene, som bør komme på banen tidlig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontakten med den sykmeldte er viktig, arbeidsgiveren må vise at vedkommende bryr seg</li> <li>• Samarbeid mellom hjelperne er viktig</li> <li>• NAV kan ha en sentral rolle for å finne alternative løsninger, for eksempel omskolering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mye bør skje tidlig, men den sykmeldte bør få ro de første 14 dagene, lederen må være forsiktig med å presse denne første tiden</li> <li>• Spesialistene bør komme inn i bildet tidlig</li> </ul>

##### 4.1.6.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

I fokusgruppeintervjuet med dem som tidligere hadde vært sykmeldte på grunn av uspesifikke muskel- og skjelettplager, ble erfaringene fra egen sykmelding brukt til å vurdere hva som er den ideelle oppfølging. NAV var den gode hjelperen som ble hyppigst nevnt i denne fokusgruppen. Flere av de sykmeldte fortalte om gode erfaringer med saksbehandlere som hadde vært løsningsorienterte og funnet den riktige løsningen for dem: *”Da kom NAV inn på banen og foreslo forskjellige ting jeg kunne ta”*. Fastlegen og arbeidsgiveren ble også nevnt, og det ble sagt at det beste er om en får til et samarbeid mellom disse aktørene: *”Jeg mener at NAV og fastlegen kan samarbeide om å få han tilbake. Det er jo til det beste, arbeidsplassen, NAV og fastlegen [...] bør være involverte”*.

Videre nevnte denne fokusgruppen at behandlerne, som de refererte til som spesialistene, spiller en avgjørende rolle i tilbakeføringsprosessen, og da særlig ved at disse må komme tidlig på banen. De sykmeldte nevnte også at behandlere som ergoterapeut, fysioterapeut og fastlegen er involvert i oppfølgingen, men at NAV hadde en hovedrolle. Det virket å være på grunnlag av egne erfaringer at NAVs rolle i oppfølgingen i så stor grad ble trukket frem.

#### 4.1.6.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

Det ble av flere informanter nevnt at de gode hjelperne bør være sentrale når det gjelder å følge opp den sykmeldte med kontakt, samtaler, møter og dialog. For eksempel ble det beskrevet at det kan være viktig at arbeidsgiveren tar kontakt i starten av sykmeldingsperioden; *”etter en uke bør arbeidsgiver spørre om det er noe de kan gjøre for å bedre arbeidssituasjonen. På den måten viser lederen at han bryr seg”*. At det foregår et samarbeid mellom de ulike aktørene ble også fremhevet av flere i denne fokusgruppen. De fortalte selv om erfaringer med hvordan samarbeidet hadde fungert; *”hvis du blir innkalt til et møte når det har gått så lang at du må tilbake i arbeid, i min sak så gjaldt det NAV, HMS og arbeidsgiver, og det fungerte helt utrolig. Det var HMS-avdelingen som tok initiativ”*. Samarbeidet ble også knyttet til tiltakene som fokusgruppen snakket om. Gode erfaringer med å bruke hjelperne i NAV til å vurdere nye tiltak og løsninger ble nevnt: *“Da kom NAV inn på banen og foreslo forskjellige ting jeg kunne ta”*. Spesielt to av informantene i denne fokusgruppa hadde gode NAV-erfaringer og mente at NAV er helt sentral i å finne løsninger på sykmeldingssituasjonen. Særlig gjelder dette litt ut i forløpet: *”NAV. Hvis de har funnet ut at det er muskel- og skjelettplager så bør NAV kobles inn og eventuelt vurdere omskolering, høre om han villig til å ta en utdanning for å gå en annen vei”*.

#### 4.1.6.3 Om timingen i oppfølgingen (hvem)

Når det gjelder tidsaspektet i oppfølgingen, fremhevet fokusgruppen at selv om ting burde skje tidlig, så har det verdi for den sykmeldte å få ro i starten av sykmeldingsperioden. Noen mente at arbeidsgiver ikke bør kontakte den sykmeldte de to første ukene, fordi dette kan oppleves som press. Følgende utsagn beskriver dette: *”det litt greit å få lov til å være syk uten at de skal sitte på trappen din”*, og *”sånn som Hansen som har hatt så mye smerter så lenge så kan du godt få fred i 14 dager. Du har godt av å hvile helt og da får du gjerne slappet av”*. Videre mente fokusgruppen at tidspunktet for arbeidsplassintervensjon bør skje når plagene er så forbedret at de tilrettelagte arbeidsoppgavene ligner de man opprinnelig er ansatt for å gjøre. Det å på et for tidlig tidspunkt bli satt til å gjøre arbeidsoppgaver som overhodet ikke er givende eller meningsfylte, skaper mindreverdighetsfølelse. En av informantene hadde erfart å måtte sortere kulepenner, noe vedkommende hadde opplevd som nedverdiggende.

Som nevnt ble det å få komme til spesialist tidlig holdt frem som viktig av fokusgruppen: *”Spesialistene burde vært mye mye bedre og kommet forttere inn”*. Det ble beskrevet at etter hvert når den sykmeldte ikke blir bedre, må spesialisten utrede grundig; *”Har ikke han blitt bedre innen 1 måned, da mener jeg at han skal til spesialist”*. Informantene hadde ulike erfaringer med ventetid ettersom bedriftene hadde ulike forsikringsordninger, men de var enige om at en tidlig avklaring av plagene er viktig: *”Du sitter hjemme for deg selv og er bekymret. Det må skje raskt, innen to dager, kanskje en dag”*.

#### 4.1.7 Hva svarte arbeidsgiverne?

Hovedresultatene fra intervjuet med arbeidsgiverne vises i tabell 8.

Tabell 8. Oversikt over resultatene i intervjuet med arbeidsgiverne

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange hjelpere er viktige, BHT, arbeidsgiver, fastlege, nærmeste leder, arbeidsgiver og HR-personal</li> <li>• Fastlegen er viktig i den første utredningen</li> <li>• Arbeidsgiver er ansvarlig for oppfølgingen og koordineringen, men fastlegen må også ta initiativ til kontakt</li> <li>• BHT er sentrale hjelpere, de bør yte bistand i arbeidsplassvurdering, funksjonsvurdering og tilrettelegging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlegens kontakt med arbeidsgiver og nærmeste leder er betydningsfull</li> <li>• Fastlegen bør ringe arbeidsgiver idet vedkommende skriver ut sykmeldingen</li> <li>• Tilbakeføringen må skje på arbeidsplassen</li> <li>• Koordineringen må skje fra arbeidsplassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umiddelbar intervensjon er viktig</li> <li>• Den nærmeste lederen må ta kontakt første dagen</li> <li>• Samtidig med fastlegens første utredning, må arbeidsplassvurderingen gjennomføres</li> </ul>

#### 4.1.7.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

Arbeidsgiverne trakk frem fastlegen, BHT, nærmeste leder og arbeidsgiver som de mest sentrale hjelperne i oppfølgingsprosessen av den sykmeldte. Også personalavdelingen og behandlere, ergoterapeut og fysioterapeut ble nevnt. Fastlegen ble beskrevet som viktig i forbindelse med den første utredningen av den sykmeldte og videre henvisning til andre behandlere. I tillegg ble fastlegens kontakt med arbeidsgiver og nærmeste leder beskrevet som betydningsfull. Arbeidsgiverne foreslo at det ville være ideelt om fastlegen tok en telefon til arbeidsgiver idet vedkommende skriver ut sykmeldingen, særlig dersom sykmeldingen er på over 14 dager. I den videre oppfølgingen mente arbeidsgiverne at ansvaret for oppfølgingen i hovedsak ligger på arbeidsgiver, da med enten personal, BHT eller nærmeste leder som koordinator for de gode hjelperne i prosessen. At koordineringen av oppfølgingen og fremdriften i tilbakeføringsprosessen er noe som burde gjøres på arbeidsplassen var det nokså stor enighet om. Likevel ble det som nevnt etterlyst at fastlegen tar mer initiativ til kontakt med arbeidsgiver. Arbeidsgiverne hadde gode erfaringer med oppfølgingssituasjoner hvor dialogen mellom dem, den sykmeldte og fastlegen hadde fungert godt, og hvor BHT var koordinator.

BHT ble av fokusgruppen omtalt som en sentral hjelper. Det å yte bistand til den sykmeldte både i forbindelse med arbeidsplassvurdering, tilrettelegging av arbeidsplassen og tilbud om samtaler om tilbakeføring helsesituasjonen ble nevnt som viktige oppgaver for BHT. I tillegg kan BHT med sin helsefaglige kompetanse bistå nærmeste leder som har det egentlige oppfølgingsansvaret på områder som vedkommende mangler kunnskap om. I tillegg trakk arbeidsgiverne frem at de opplevde det som en fordel at BHT deltar i dialogen med fastlegen og eventuelt andre henvisere, fordi ”de snakker samme språket”. At ergoterapeuter og fysioterapeuter bør være en del av BHT ble beskrevet som fordelaktig med tanke på tilrettelegging og arbeidsplassvurdering.

#### 4.1.7.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

At BHT og aktører på arbeidsplassen i hovedsak ble beskrevet som de gode hjelperne av arbeidsgiverne kan henge sammen med at de også mente at tilbakeføringen av den sykmeldte i størst mulig grad skal skje på arbeidsplassen. Arbeidsplassvurdering og påfølgende

tilrettelegging er en viktig del av oppfølgingen og tilbakeføringen av den sykmeldte. Det ble beskrevet at for den sykmeldte er det viktig å beholde kontakten med arbeidsplassen; ”Uavhengig av det medisinske apparatet som er involvert i saken så må jo i alle fall omgivelsene hans på banen for å holde vedkommende i kontakt med arbeidsplassen”. Gode hjelpere bør fokusere på at vedkommende er i kontakt med, og tilstede på arbeidsplassen parallelt med eventuell utredning eller smertelindrende intervensjoner. Videre hadde arbeidsgiverne hovedfokus på kontakt, samtaler, dialog og møter i oppfølgingsprosessen. Kontakten mellom sykmeldte, nærmeste leder, BHT og fastlege ble omtalt som den mest vesentlige delen av oppfølgingen. Når det gjelder koordineringen av de gode hjelperne mente arbeidsgiverne at denne naturlig nok skulle foregå fra arbeidsplassen, ettersom dette er hovedarena for oppfølging og tilbakeføring. Arbeidsgiverne så utfordringene med at den nærmeste lederen skulle fungere som koordinator, ettersom både tidspress fra andre oppgaver og eventuell manglende medisinsk kompetanse og forståelse kunne bli barrierer for oppfølging og kontakt med helsevesen. I stedet foreslo arbeidsgiverne at HR-personal eller BHT kunne være koordinator. Som nevnt tidligere mente de at BHT sin dialog med helsevesenet var en betydelig styrke ettersom felles fagbakgrunn ofte gir effektive reaksjoner fra helsevesenet og bedre løsningsorientering fra fastlegen.

#### 4.1.7.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

Arbeidsgiverne var nokså klare på når en skulle intervensjonere ovenfor den sykmeldte; ”med den historien som ligger i bunn så tror jeg og det eneste rette er å gå i gang umiddelbart. Leder må gjøre noe første dagen”. Det ble altså vurdert som nødvendig å ta kontakt med den sykmeldte allerede første dag. De sa at dette ikke bør være en plikttelefon, hvor leder gjorde det foreskrevne, og sa ”snakkes om 2-3 uker,” men at en fra første (telefon) samtale avtaler et møte, og starter prosessen med å trekke inn andre hjelpere. Videre ga arbeidsgiverne uttrykk for at det er viktig å sette i gang en arbeidspassvurdering tidlig, parallelt med fastlegens utredning.

#### 4.1.8 Hva svarte fastlegene?

Hovedresultatene fra intervjuet med fastlegene vises i tabell 9. Alle fastlegene var spesialister i allmennmedisin.

Tabell 9. Oversikt over resultatene i intervjuet med fastlegene

Hvem (hjelper)	Hva (komponent)	Når (timing)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsgiver har ansvar for oppfølgingen og relasjonen mellom arbeidsgiver og sykmeldt</li> <li>• Fastlegen har som oppgave å utrede det medisinske, men også å ta i betraktning arbeidssituasjonen, noe som kan være utfordrende</li> <li>• Samarbeid mellom arbeidsgiver og fastlegen vil være viktig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utredning av den sykmeldte handler både om diagnose, jobb- og familiesituasjon, og det vil være viktig å kartlegge den sykmeldtes motivasjon for å jobbe</li> <li>• Dialogmøte har et stort potensial, og en kan finne løsninger i et slikt forum</li> <li>• Noen ganger vil det være nyttig for den sykmeldte å bli tatt ut av arbeidssituasjonen, og ha et "opphold" et sted for å komme tilbake</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor lang tid avklaring og utredning vil ta er situasjonsavhengig, men jo lengre tid som går uten at det for den sykmeldte medfører noe endring, jo vanskeligere blir det å komme tilbake</li> </ul>

#### 4.1.8.1 Om hjelperne i oppfølgingen (hvem)

Fastlegene reflekterte en del rundt sin egen rolle i sykefraværsoppfølgingen. Det ble beskrevet at de som sykmeldere er første introduserte hjelper i tilbakeføringsprosessen. Mye handler om å kartlegge situasjonen idet en sykmelder, og ha ansvar for det medisinske. En informant beskrev oppgaven som *"det vil jo være legen som formidler henvisninger til røntgen og spesialisttjenesten, fysioterapi, altså behandlerdelen av dette"*. Det ble uttrykt av en informant at det er viktig at en prøver å forstå hele situasjonen. Samtidig ble det problematisert at en som spesialist i allmenntilleggsmedisin i utgangspunktet tenker medisinsk og på diagnostiseringen; *"Vår oppgave er jo å finne en diagnose. Det er jo ofte dét vår oppgave går på, ikke sant. Og da finner vi enten vondt i skuldrene eller noe sånt. Vi kan ikke sette diagnosen dysfunksjonell arbeidsplass"*. Dette ble også utdypet av en annen informant, som beskrev at fastlegen muligens ikke er rette hjelper til å kartlegge den jobbmessige delen av situasjonen; *"Altså er jo en ting som vi gjør som leger og ta blodprøver og måle blodtrykk og kjenne på muskulaturen og rekvirere fysioterapeuter og hva det måtte være, men det er jo ofte liksom ett eller annet med jobbsituasjonen også, hvor det er mange andre faktorer og personer som er viktige i forhold til problemstillingen, som vi som leger vanskelig kan inn å gjøre noe med, som kanskje en leder eller noen fra bedriften kunne gjort noe med"*.

Arbeidsgivers ansvar for den sykmeldte ble videre fremhevet, og at mye handler om arbeidsgivers vilje og motivasjon for å få den sykmeldte tilbake. En informant påpekte at relasjonen mellom arbeidsgiveren og den sykmeldte er viktig; *"relasjonen mellom den ansatte og arbeidsgiveren - at det har noe for seg"*. Det ble beskrevet at oppfølgingen i de to første månedene i hovedsak skjer mellom arbeidsgiver og den sykmeldte, og at selv om legen bidrar med den medisinske utredningen så kommer ikke legen mellom de andre: *"at legen ikke går inn mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og sykmelder. Det er et ansvar mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, de første to månedene"*. At fastlegen og arbeidsgiver har et samarbeid ble nevnt som viktig.

#### 4.1.8.2 Om komponentene i oppfølgingen (hva)

I intervjuet ble utredningen av den sykmeldte diskutert. Som nevnt tidligere ble det beskrevet at en som fastlege og sykmelder må foreta en kartlegging av hele situasjonen når arbeidstakeren kommer for å få en sykmelding: *"Først må du jo forstå hva det dreier seg om, og da må du stille en diagnose på det fysiske og det psykiske, det familiære, det arbeidsmessige, det psykologiske og en masse andre ting"*. Dette ble delvis beskrevet som utfordrende, da en kan ha et for sterkt fokus på det medisinske og diagnosene, når problemet ofte er mer sammensatt enn som så; *"det blir en avsporing fordi det blir fokus på noe fysisk, og det er ofte ikke der det ligger"*. Utredningen ble av en annen informant beskrevet som en prosess der ofte pasienten kommer for å få en diagnose eller en forklaring på problemene, og at en da som fastlege må forsøke å forstå situasjonen; *"jeg tenker ofte at det vil være viktig for meg å forstå pasientens forståelse, altså hva personen selv mener er grunnen. Også er det den der typen som sier "ja, men du er doktoren"*. En annen informant påpekte at det i tillegg er viktig å få greie på pasientens motivasjon for arbeidet; *"Jeg synes jeg det er ganske viktig å finne ut hvordan det er med motivasjonen"*. Det blir viktig å finne ut om pasienten faktisk ønsker å komme tilbake; *"Jeg drøfter alltid med pasientene om de egentlig trives med jobben og de har lyst å fortsette i jobben, om de kanskje kunne tenke seg noe annet"*.

Informantene uttrykte et ønske om god kommunikasjon mellom arbeidsplass og fastlege. Informantene var til dels enig i at situasjonen slik den var nå, ikke var tilfredsstillende. Flere beskrev gode erfaringer med å ha dialogmøte med arbeidsplassen, men at dette skjedde for sjelden; *”Jeg synes jo jeg har fantastisk god erfaring med bare å være der i dialogmøte. Når man er der snakker folk pent sammen og de finner ofte løsninger”,* og *”den typen dialog har jeg hatt noen eksempler på tidligere, der arbeidsgiveren har kommet til mitt kontor, arbeidsgiveren, arbeidstakeren og meg. Det har vært utrolig nyttig, kjempenyttig”*. Dialogmøte ble også beskrevet som en mulighet både til å få innblikk i arbeidssituasjonen, og for å få kommunisert om det som fastlegen mener bør gjøres i rollen av å være den sykmeldtes forsvarer. En informant påpekte at det hadde vært skepsis om dialogmøtene da de ble innført, men at de nå ble sett på som en ressurs; *”Da disse dialogmøtene ble innført, så var det en frykt for at vi skulle tilbringe hele dagen i dialogmøter. Og så synes jeg at det er urolig bra, og så ser man at det ligger et utrolig potensial på arbeidsplassen hvis man først får tatt hull på det”*. Det ble også nevnt at en som fastlege ikke ofte nok opplever å bli kalt inn til dialogmøte. Flere fortalte at de selv hadde tatt initiativ til et slikt møte; *”Jeg har kalt meg inn til et dialogmøte”,* og *”det har jeg også gjort flere ganger”*. Videre ble det stilt spørsmålsteget til at kanskje de bedriftene som kaller inn til dialogmøte, er de gode eksemplene, og at dette forklarer de gode erfaringene; *”Det er vel de arbeidsplassene som har gode ledere som vil ha dialogmøter også. Du blir ikke innkalt til dialogmøte på arbeidsplasser som ikke fungerer”*.

Ulike tiltak ble også diskutert. En informant fortalte om en pasient som hadde hatt veldig godt av bare å komme seg bort fra arbeidsplassen en kortere periode. I forlengelsen av dette, ble opphold på rehabiliteringsinstitusjon diskutert. En informant beskrev at tilbud hvor en gjør noe annet kan være bra for noen, *”jeg hadde savnet en viss form for tilbud for noen her. For når de kommer har det toppet seg litt, så du på en måte må vekk fra jobben litt”*. En annen informant la til at dette kan være *”et slags opphold, en gruppebasert aktivitet som kunne få folk litt mer tilbake på sporet”*.

#### 4.1.8.3 Om timingen i oppfølgingen (når)

Hvilket tidspunkt som er passende å vurdere et ”opphold” på ble også diskutert. En av informantene påpekte at det ville være individuelt og situasjonsavhengig, samtidig som en nødvendigvis ikke trengte å vente for lenge med det dersom det ikke var ventelister.

Videre ble det foreslått at en avklaring og utredning kunne ta mellom åtte og 12 uker. Noen i fokusgruppa mente dette var for lenge, men at det vil være nokså situasjonsavhengig hvor lang tid en trenger. Det ble poengtert at selv om avklaring og utredning kan ta tid, og er det viktig at det ikke går for lang tid. Som en informant påpekte er den første perioden kritisk; *”Og så vet jeg, men ikke pasienten, at det er dumt at det blir for lenge”*. Han beskrev her at en periode uten fremdrift ikke er gunstig.

#### 4.1.9 Beskrivelse av hjelpere, komponenter og timing

De induktive intervjuene samlet sett gav et grunnlag for beskrivelser av hjelpernes rolle oppfølgingen, hvilke komponenter som ble regnet som viktige, og hvordan timingen i oppfølgingen bør være. I det følgende vil dette presenteres ved hjelp av tabeller som definerer

hjelperrollene, komponentene og timingen. Merk at det ikke forekom en fullstendig enighet om beskrivelsene i intervjuene, og at beskrivelsene inneholdt nyanser.

#### 4.1.9.1 Hjelper (hvem)

Hjelperne kan deles inn i kategoriene *hjelper på arbeidsplassen*, *i helsetjenesten* og *i NAV*. De to første kategoriene har flest forskjellige typer hjelpere. Hjelperne på arbeidsplassen inkluderer arbeidsgiver, BHT, HR/personal, verneombud, tillitsvalgt, IA-kontakt og kolleger (se tabell 10). Av disse ble arbeidsgivers og BHTs rolle grundigst beskrevet og omtalt i intervjuene. De fleste informantene som omtalte oppfølgingsansvar beskrev at arbeidsgiveren har det formelle ansvaret for oppfølgingen, det er vedkommendes plikt og oppgave. Når en sykmelding foreligger er det arbeidsgiveren som er første hjelper fra arbeidsplassen som skal inn i bilde, og dette skal skje på initiativ fra arbeidsgiveren selv. Det ble påpekt i flere av intervjuene at dersom arbeidsgiveren starter involveringen i den sykmeldtes sak første sykmeldingsdag, er vedkommende allerede sent ute. Dette fordi situasjonen burde ha blitt fanget opp av arbeidsgiver allerede før den ble en sykmeldingssak. Dette handler imidlertid mer om forebygging av sykmelding enn om oppfølging, men peker samtidig på at informantene ga arbeidsgiver et stort ansvar i sykmeldingssaker. Selv om det ble påpekt tydelig fra mange informanter at oppfølgingen er arbeidsgivers ansvar, ble det av noen også sagt at den som følger opp bør være en den sykmeldte regner for å være en tillitsperson, gjerne en kollega, en fra BHT, eller en fra HR/personal. Dette kom særlig frem i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen. Argumentasjonen for dette var muligheten for at sykmeldingen er relatert til arbeids- eller ledelsesfaktorer, eller at den sykmeldte ikke har en god relasjon med sin nærmeste leder. Det vil dermed være mer hensiktsmessig om den som følger opp er en tillitsperson, enn at det prinsipielt er arbeidsgiver.

BHTs rolle ble beskrevet utdypende i mange av intervjuene, og særlig i intervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen og med bedriftshelsetjenesten selv. Argumentasjonen for en sterk involvering av BHT i oppfølgingen var deres kjennskap til arbeidsplassen. Arbeidsgiverorganisasjonen beskrev hvordan BHTs rolle burde være på en måte som erstatter mange av fastlegens oppgaver i sykefraværsoppfølgingen. Det ble blant annet foreslått at BHT bør ha mulighet til å sykmelde de ansatte. Dette ble også til en viss grad tatt opp i intervjuet med arbeidsgiverne, hvor det ble foreslått at fastlegen kan bestemme at det blir en sykmelding, mens arbeidsgiveren i samråd med BHT vurderer type sykmelding og grad på grunnlag av tilpasnings- og tilretteleggingsmulighetene på arbeidsplassen. I tillegg ble rollen til BHT beskrevet som en ressurs for arbeidsgiver. Særlig gjaldt dette i forhold til kontakt med fastlegen og helsevesenet generelt, i tillegg til helsemessige temaer på arbeidsplassen. Informanter blant arbeidsgiverne beskrev at kompetansen til BHT var særlig viktig på arbeidsplasser som ikke befinner seg innen helsesektoren, ettersom arbeidsgiverne selv ofte har begrenset helsemessig kompetanse.

Tabell 10. Oversikt over hjelpere på arbeidsplassen, med beskrivelser.

Hjelperkategori	Beskrivelse	
Hjelpere på arbeidsplassen	Arbeidsgiver	Har en kontinuerlig dialog med den sykmeldte som starter så snart sykmeldingen inntreffer. Arbeidsgiver er viktig i arbeidsplassvurdering og arbeidsplassintervensjon. Arbeidsgivers samarbeid med fastlegen er nødvendig, og vedkommende kan få bistand fra BHT.
	BHT	BHT kan spille en viktig rolle med å hjelpe arbeidsgiver med avklaring og oppfølging. I tillegg kan BHT fungere som et bindeledd mellom arbeidsplass og helsetjenesten. Mulighet for at BHT får myndighet til å sykmelde bør vurderes.
	HR/Personal	HR/personal kan bidra i oppfølgingen, med å finne løsninger/muligheter på arbeidsplassen.
	Verneombud og tillitsvalgt	VO og TV kan være en ressurs i oppfølgingskontakten med den sykmeldte.
	Kolleger	Kolleger kan bidra i oppfølgingsprosessen, både formelt og uformelt.
	IA-kontakt	IA-kontakt kan brukes i kontakten med den sykmeldte.

Hjelperne i helsevesenet ble også mye omtalt i intervjuene (se tabell 11), og særlig fastlegens rolle i oppfølgingen av sykmeldte ble beskrevet. Som tidligere nevnt ble det tatt opp som et problem av informanter både blant arbeidsgiverorganisasjonen, BHT og arbeidsgiverne at fastlegen sykmelder i mange tilfeller uten å ha kjennskap til arbeidsplassen. Informanter i intervjuet med arbeidsgiverne fortalte om situasjoner hvor sykmeldinger var blitt gitt feilaktig eller ufullstendig på grunn av at fastlegen ikke hadde kunnskap om arbeidsplassens tilretteleggingsmuligheter. Manglende kommunikasjon ble nevnt som en ytterligere utfordring. Hjelperbetegnelse *behandlere* og *spesialister* kan delvis bli sett på som to overlappende kategorier, men disse begrepene på hjelpere i helsetjenesten ble noe ulikt brukt. Det ble snakket om spesialistene spesielt i forbindelse med utredning på et tidlig tidspunkt. Informanter fra intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte var blant annet spesielt opptatt av at muligheten for å få utredning av spesialist var viktig. I omtalen av behandlere ble det ofte fokusert kartleggingen av den sykmeldtes situasjon og arbeidsplassens muligheter. Ergo- og fysioterapeutisk kompetanse ble nevnt i de fleste av intervjuene som nødvendig. Kompetansen bør i følge mange av informantene brukes både i forbindelse med arbeidsplassvurdering og behandling. I intervjuet med det tverrfaglige teamet fra en rehabiliteringsinstitusjon ble det foreslått at et team med ergo- og fysioterapeutisk kompetanse burde være tilgjengelig på fastlegekontoret og kobles på den sykmeldte i det vedkommende blir sykmeldt. Også i bedriftshelsetjenesteintervjuet ble ergo- og fysioterapeuters rolle omtalt som sentral i oppfølgingen, og gjerne som en del av et team. I Intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble det diskutert hvor viktig det var å kartlegge alle aspektene ved den sykmeldtes situasjon på et tidlig stadium, og her ble det å involvere en psykolog nevnt som et konkret tiltak.



Tabell 11. Oversikt over hjelpere i helsevesenet, med beskrivelser.

Hjelperkategori	Beskrivelse	
Hjelpere i helsetjenesten	Fastlege	Fastlegens rolle innebærer sykmelding, avklaring og utredning. Videre er samarbeidet med arbeidsgiver sentralt, og kjennskap og nærhet til arbeidsplassen er viktig.
	Behandlere	Behandlerne bør brukes i kartleggingen av situasjonen på et tidlig tidspunkt.
	Spesialister	Spesialister bør tidlig inn i bildet etter henvisning fra lege.
	Ergoterapeut	Ergoterapeutens kompetanse bør brukes både til utredning og arbeidsplassvurdering og tilrettelegging. Kan inngå i tverrfaglig team sammen med ergoterapeut og fastlege.
	Fysioterapeut	Fysioterapeutens kompetanse bør brukes både til utredning og arbeidsplassvurdering og tilrettelegging. Kan inngå i tverrfaglig team sammen med ergoterapeut og fastlege.
	Psykolog	Psykolog bør trekkes inn tidlig for å få kartlagt hele situasjonen

Informantene snakket samlet sett mye om hjelperne på arbeidsplassen og i helsetjenesten, og om samhandlingen mellom disse to typene hjelpere (se tabell 12). De snakket også om NAVs rolle, men da som noe mer uavhengig. Det ble tatt opp at NAV burde ha en sentral rolle i oppfølgingen og delta på dialogmøter, men det forekom ikke like mange diskusjoner relatert til samhandling med NAV, som det gjorde med de to andre hjelperkategoriene. NAVs tilstedeværelse ble etterlyst i blant annet intervjuet med arbeidsgiverne, de ble opplevd som noe perifere. Det ble poengtert at NAV burde bistå med alternative løsninger, som omplasseringer på tvers av arbeidssted. Informanter blant de sykmeldte tok opp at nye løsninger var blitt presentert for dem i møte med NAV, og at disse løsningene hadde bidratt til en vellykket tilbakeføring. I disse situasjonene handlet det om at gode saksbehandlere i NAV hadde motivert dem til omskolering som hadde ført til en ny arbeidsplass.

Tabell 12. Oversikt over hjelpere i helsevesenet, med beskrivelser.

Hjelperkategori	Beskrivelse	
Hjelpere i NAV	NAV	Hjelperne i NAV bør trekkes inn i dialogmøte, og bistå med alternative løsninger som omskolering og evt. annet dersom arbeidsplassen ikke selv klarer å tilrettelegge tilstrekkelig for den sykmeldte. NAV bør i tillegg bistå med informasjon om ordninger og rettigheter.

#### 4.1.9.2 Komponent (hva)

Komponentene som ble nevnt i intervjuene kan deles inn i tre kategorier: *Koordinering og samarbeid, intervensjoner, og utredning og oppfølging*. Komponentene som handlet om koordinering og samarbeid er fremstilt med beskrivelser i tabell 13.

Mange av beskrivelsene om komponentkategorien kommunikasjon handlet om kommunikasjonen mellom fastlege og arbeidsgiver. Blant arbeidsgiverne uttalte informanter at de savnet kontakt med fastlegen. Dette var også noe som framkom i intervjuet med

fastlegene. Flere informanter fortalte om godt samarbeid med arbeidsgivere, men at de av og til opplevde å selv måtte invitere seg inn på dialogmøte. Det ble i de fleste intervjuene påpekt at arbeidsgiver kunne være initiativtaker til kontakten, men at denne burde være mer forventet eller formalisert, slik at fastlegen hadde ressurser til og var innstilt på at det med en sykmelding inngår kontakt med arbeidsplassen. BHT ble nevnt som en aktør som kunne bidra til å få i gang kommunikasjonen mellom arbeidsplass og helsetjenesten.

Koordinatorrollen ble diskutert i de fleste intervjuene, og det var mange meninger om hvem som har de beste forutsetningene for å kle denne rollen. Det var ikke enighet innad i hver enkelt fokusgruppe om hvem som bør koordinere. Både arbeidsgiver, BHT, HR/personal, fastlege og kontaktperson fra NAV ble nevnt som potensielle koordinatore. Det ble av mange argumentert med at den som koordinerer bør ha en tett tilknytning til arbeidsplassen, samtidig som den har kunnskap om og kjennskap til helsetjenesten. Uavhengig av hvem som bør ha rollen, ble det beskrevet at koordinatoren helst bør være en tillitsperson, myndig, og nøytral. Det ble tatt opp at selv om fastlegen allerede gjør oppgaver som til dels har aspekter av koordinering ved seg (sykmelding, henvisning osv.), så mangler de trolig ressurser i form av tid for å kunne inneha en koordinatorrolle.

Det var nokså tydelig i de fleste intervjuene at den første kontakten med den sykmeldte bør tas av arbeidsgiveren, og at arbeidsgiver kontinuerlig følger opp med telefoner og samtaler så lenge den sykmeldte er hjemme, og fortsetter dialogen også når vedkommende er tilbake. Litt mer uenighet var det om tidspunktet for den første kontakten. Informanter blant de tilbakeførte sykmeldte utrykte at de ville ha fred og ro den første uken, og at det dermed ikke var nødvendig for arbeidsgiver å ta kontakt. En informant fortalte om en negativ opplevelse knyttet til det å oppleve press om å komme tilbake, fordi en leder tok kontakt for tidlig og stilte feil spørsmål. Også i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble det tatt opp at den første kontakten var viktig, men at den måtte foretas på riktig tidspunkt slik at den sykmeldte ikke kjente på dette presset. For å få til en kontinuerlig oppfølging av den sykmeldte ble samhandlingen mellom helsetjenesten og arbeidsplass, vektlagt. Det ble blant annet nevnt at samhandling og kommunikasjon var viktig i forbindelse med informasjon til den sykmeldte. Informanter fra fra rehabiliteringsinstitusjonen poengterte hvor viktig det var at den samme informasjonen (for eksempel råd om fysisk aktivitet) kom fra fastlege, behandlere i helsetjenesten, BHT og fra arbeidsgiveren.

Tabell 13. Oversikt over komponentene om koordinering og samarbeid, med beskrivelser.

Komponent-kategori	Beskrivelse	
Koordinering og samarbeid	Kommunikasjon	Kommunikasjonen mellom arbeidsplass- og helsetjenesteaktører fremheves som viktig, særlig mellom fastlege og arbeidsgiver/den som følger opp den sykmeldte. Begge disse aktørene har ansvar for at kommunikasjonen er til stede, men initiativet bør komme fra arbeidsgiver. BHT kan være hjelpere som initierer kontakt mellom arbeidsplass og fastlege.
	Koordinatorrolle	Det vil være nyttig med en koordinatorrolle. Ulike meninger om hvem som bør ha denne rolle, arbeidsgiver, BHT, fastlege, HR/personal er nevnte kandidater. Fastleger har muligens ikke nok ressurser til rollen. BHT har best oversikt over arbeidsplassen, og er dermed et alternativ.
	Oppfølgingskontakt	Kontakten mellom arbeidsgiver og sykmeldt. Det bør være en snarlig kontakt mellom arbeidsgiver og sykmeldt når sykmeldingen inntreffer. Samtidig er det viktig at den sykmeldte ikke opplever et press ved å bli kontaktet tidlig. Samtalen bør omhandle arbeidssituasjonen. Etter hvert bør fastlegens også involveres i oppfølgingskontakten.
	Samhandling	Samarbeid mellom helsetjeneste, arbeidsplass og NAV. Dialogmøtet kan være et forum for slikt samarbeid. BHT kan initiere firkantsamarbeid mellom helsetjeneste/fastlege, arbeidsgiver, NAV og sykmeldt.

Komponenter av kategorien intervensjoner ble også diskutert mye i intervjuene (se tabell 14). Om intervensjonen på arbeidsplassen ble det fremhevet hvor viktig det er at den sykmeldte beholder kontakten med arbeidsplassen. Arbeidsplassintervensjonen ble beskrevet som noe som bør iverksettes raskt. En annen intervensjon som ble nevnt, var en såkalt kortintervensjon, som handler å anbefale aktivitet, unngå tunge smertestillende medikamenter og ha et fokus på å dempe angst for smertene. Denne intervensjonen ble grundigst omtalt og mest argumentert for av det tverrfaglige teamet på rehabiliteringsinstitusjonen. De tilbakeførte sykmeldte talte positivt for å få tilbud om omskolering, og noen av disse informantene hadde også selv positive erfaringer med dette. Også i intervjuet med arbeidsgiverne ble det beskrevet at omplassering kan være nyttig, men at de i noen tilfeller trengte bistand til å få i gang dette, for eksempel fra NAV. Hvorvidt den sykmeldte kan ha godt av et opphold utenfor arbeidsplass og hjem ble tatt opp. Flere beskrev at rehabiliteringsinstitusjoner kanskje burde komme i forkant av en sykmelding. Det også ble påpekt at et slikt institusjonsopphold kunne virke sykeliggjørende, og at dagopphold eller ryggskole uten institusjonspreg kunne ha en bedre virkning. I intervjuet med fastlegen mente man at det å ha et opphold borte fra arbeidsplassen for å innhente seg, kunne være et bra tiltak. I denne sammenhengen ble det ikke nødvendigvis sagt at en institusjon er løsningen, men at det å samle seg annet sted kan være en løsning.

Som nevnt i tidligere avsnitt om fastlegens rolle, var sykmelding et tema i flere av intervjuene. Intervensjonen ble diskutert både i forbindelse med hvordan den bør foretas, og av hvem. Flere informanter i ulike intervju stilte spørsmålstegn til at fastlegen er eneste myndige sykmelder. I intervjuet med arbeidsgiverne ble det blant annet eksemplifisert at et prøveprosjekt har gitt kiropraktorer mulighet til å sykmelde. Likevel var forslaget i dette intervjuet at den som sykmelder bør kjenne virksomheten inngående, og dermed for eksempel

bør være en bedriftslege. Arbeidsgiverne foreslo en kompromissløsning hvor fastlegen vurderer om den ansatte sykmeldes, hvorpå arbeidsgiver eller arbeidsgiver sammen med BHT vurderer type og grad av sykmelding.

Tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver ble beskrevet som intervensjoner som måtte iverksettes med en gang, gjerne samtidig som en avklarer situasjonen. I flere av intervjuene ble arbeidsgiveren fremholdt som sentral i tilretteleggingen. Informanter i arbeidsgiverintervjuet mente arbeidsgiveren må formidle at han/hun bryr seg og ønsker den sykmeldte tilbake i jobb. Det ble også påpekt at annen kompetanse vil være nyttig og nødvendig i tilretteleggingen, og at BHT kan stå for denne type bistand. Det ble trukket frem av både representantene fra NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet og arbeidsgiverne at ergo- og fysioterapeutisk kompetanse bør brukes i denne sammenheng. Denne bistanden i oppfølgingen ble også omtalt som veiledning. Det ble tatt opp av flere informanter hvor viktig det var at arbeidsgiveren som sitter med oppfølgingsansvaret får den veiledningen av BHT og andre eventuelle behandlere om helsemessige aspekter, og av NAV om rettigheter, regler, ordninger og muligheter.

Tabell 14. Oversikt over komponentene om intervensjoner, med beskrivelser.

Komponent-kategori	Beskrivelse
Arbeidsplass-intervensjon	Tiltak hvor fokuset er å få den sykmeldte i større eller mindre grad tilbake på arbeidsplassen. Viktig at den sykmeldte holder kontakten med arbeidsplassen hele tiden, og kommer tilbake og starter med eventuelt alternative arbeidsoppgaver.
Kortintervensjon	Tiltak som innebærer å anbefale aktivitet, unngå smertestillende, og ha fokus på å dempe angst.
Omskolere	Omskolering kan bli tatt opp i møte med NAV,
Inter- vensjoner Rehabiliterings-institusjon	Et opphold borte fra arbeidsplassen kan være bra. Dette kan være en rehabiliteringsinstitusjon, et gruppetilbud, eller annen form for opphold.
Sykmelde	Det bør åpnes for alternativer til at bare fastlegen kan sykmelde. En som kjenner arbeidsplassen kan være bedre egnet til dette, for eksempel BHT. Eventuelt kan fastlegen sykmelde, og så i samråd med arbeidsgiveren vurdere i hvilken grad.
Tilrettelegge	En bør tilrettelegge arbeidsplassen så snart en har mulig. Leder bør initiere dette, men BHT (ergo-/fysioterapeut) bør bistå.
Veilede	Lederen bør få bistand til oppfølgingen; Veiledning fra BHT og informasjon fra NAV om regler og systemer.

Den siste kategorien av intervensjoner handlet om utredning og oppfølging (se tabell 15). Det ble tatt opp av fastlegene, NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet at det er viktig å avklare at det ikke er noe alvorlig, og at dette utelukkes. I tillegg ble det beskrevet at *hele* situasjonen må være et tema i avklaringen, i tillegg til det medisinske må den sykmeldtes motivasjon avklares. I fastlegeintervjuet ble avklaring av den sykmeldtes motivasjon særlig trukket frem, men ble også påpekt av NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet. I sammenheng med avklaring kom informantene over på temaet utredning, og det beskrevet hvor viktig en utredning er for den sykmeldte. Dette handlet både om en medisinsk utredning hvor fastlegen avklarer den medisinske situasjonen, og en utredning av mulige årsaker til plagene. Det ble

beskrevet av NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet at kartleggingen bør være bred og at det er fastlegen som bør gjøre det. Også informanter fra arbeidstakerorganisasjonen foreslo at utredningen må være utvidet. Informanter fra arbeidsgiverorganisasjonen mente at hensikten med utredningen er å utelukke at plagene skyldes noe farlig. Også informanter fra bedriftshelsetjenesten og det tverrfaglige teamet nevnte at dette vil kunne bidra til å redusere angst hos den sykmeldte og å avdramatisere, noe som ble beskrevet som viktig. I intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte fortalte en informant at en blir sittende hjemme engstelig inntil en får svar fra utredningen. Fastlegene tok opp i intervjuet at det på den ene siden er viktig å finne frem til plagenes medisinske bilde med prøver etc., men at det også er viktig å kartlegge motivasjonen og å utrede hva som virkelig er problemet til den sykmeldte. En av informantene blant fastlegene mente det bør drøftes med den sykmeldte om vedkommende ønsker å fortsette i jobben. Det ble problematisert at en ofte fokuserer på det fysiske mens problemet heller er psykososialt. På den annen side beskrev en av fastlegene at en er pliktig til å foreta en grundig medisinsk utredning på tross av at en det som oftest ikke er nødvendig. I noen tilfeller er det faktisk nødvendig, og det å unngå å utrede fullstendig kan i slike tilfeller få konsekvenser. Videre ble det tatt opp i fastlegeintervjuet at lang ventetid kan bidra til at andre viktige komponenter i tilbakeføringsprosessen blir satt på vent, noe som er uheldig. For eksempel ble det nevnt at det å vente med å tilrettelegge ikke er hensiktsmessig.

I intervjuet med arbeidsgiverne ble det foreslått at utredningen sammen med en funksjonsvurdering bør skje i løpet av den første uka. Informanter fra bedriftshelsetjenesten beskrev at deres oppgave er å starte en funksjonsvurdering så snart som mulig, i samråd med fastlegens vurderinger. I intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen fortalte en informant at IA-veilederen om funksjonsvurdering er et nyttig verktøy for ledere. Flere informanter fra rehabiliteringsinstitusjonen argumenterte for at funksjonsvurderingen burde utføres av et tverrfaglig team.

Når det gjelder henvisning ble var det i de fleste intervjuene en formening om at dette var fastlegens oppgave. I intervjuet med arbeidsgiverne ble det imidlertid beskrevet at BHT i noen tilfeller også har en slik myndighet, noe som er en fordel for dem som arbeidsgivere.

For å tilbakeføre den sykmeldte ble arbeidsplassvurdering nevnt som en viktig komponent. Som med tilretteleggingen ble det i flere av intervjuene påpekt at dette er et arbeidsgiveransvar, men at lederen kan og bør søke bistand hos helsefaglige, for eksempel BHT. Informanter fra arbeidsgiverintervjuet beskrev at den gode samtalen med den sykmeldte kan være et godt verktøy og gi et grunnlag for å vurdere arbeidsplassen. Videre ble det påpekt at dette bør skje tidlig. Uttalelsene om oppfølging av den sykmeldte handlet også mye om hvem og når. Oppfølgingen starter første dagen hvor lederen tar den første kontakten. Det ble påpekt av informanter fra NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet og arbeidstakerorganisasjonen hvor viktig det er at arbeidsgiveren og den sykmeldte sammen finner frem til et opplegg som kan fungere for den sykmeldte. I intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble det også påpekt at fastlegen med fordel kan involveres i utformingen av oppfølgingsplanen. En informant fra arbeidsgiverintervjuet beskrev at også andre behandlere spiller en viktig rolle i oppfølgingen, uten at dette betyr at arbeidsgiveren

ikke er med. I følge denne informanten er arbeidsgiverens oppgave å stå for den relasjonelle oppfølgingen.

Tabell 15. Oversikt over komponentene om utredning og oppfølging, med beskrivelser.

Komponent-kategori	Beskrivelse	
Utredning og oppfølging	Avklare	En god avklaring bør skje i dialog mellom sykmeldte og arbeidsgiver. Avklaringen bør kartlegge den sykmeldtes motivasjon for å komme tilbake. Det kan variere hvor lang tid avklaringen tar. Tar avklaringen for lang tid, kan dette bidra til en sykeliggjøring.
	Utrede	Fastlegen har ansvar for den første utredningen, bør gjøre denne grundig og tidlig, og involvere andre behandlere etter behov. Utredning bør være bred, slik at hele situasjonen blir kartlagt, også sykmeldtes motivasjon for tilbakeføring. BHT bør også involveres. Utredningen er viktig for å redusere angst.
	Funksjonsvurdere	En funksjonsvurdering fra en medisinsk kyndig person bør sette rammebetingelsene, og kartlegge de fysiske og psykiske begrensningene. Arbeidsgivere kan ha nytte av IA-veilederen. BHT bør brukes aktivt i denne prosessen.
	Henviser	Fastlegen bør ordne med henvisninger til andre spesialister.
	Vurdere arbeidsplass	Arbeidsplassen bør bli vurdert tidlig, arbeidsgiveren kan gjøre dette. BHT med fysioterapeutisk kompetanse kan og bør kanskje også involveres. Mange og gode samtaler med den sykmeldte er et viktig verktøy i vurderingen.
	Følge opp	Arbeidsgiver- og sykmeldt må sammen finne frem til et opplegg. Ansvar er arbeidsgiverens, men det er viktig at det er en tillitsperson som følger opp. Fastlegen kan også være en ressurs når en skal utforme en oppfølgingsplan. BHT og kolleger kan også involveres i oppfølgingen.

#### 4.1.9.3 Timing (når)

Informantene knyttet i noen tilfeller tidsbegreper til komponentene i oppfølgingen, og tabell 16 viser hvilke som ble nevnt. Timingen kan deles inn i tidlig- midt, senere fase, samt ikke tidsfestet.

Den tidlige fasen (se tabell 16) ble nevnt ofte. Det var tydelig at informantene var enig om at mye må skje *så fort som mulig, umiddelbart, tidlig, fra dag én* og så videre. Særlig ble komponenter knyttet til én til én- kontakt, mellom leder og sykmeldt og mellom fastlege og sykmeldt nevnt her. I flere av intervjuene ble blant annet oppfølgingskontakten, den første samtalen med den sykmeldte nevnt som noe som bør skje i denne fasen. Unntaket her var informanter blant de tilbakeførte sykmeldte, som, som utdypet tidligere uttalte at man den første perioden bør få fred og ro.

Tabell 16. Oversikt over timing, den tidlige fasen, med beskrivelser.

Timingkategori	Beskrivelse	
Tidlig fase	Umiddelbart	Mye må gjøres så snart som mulig. De fleste av komponentene i tilbakeføringsprosessen som ble tidsfestet havnet i kategorien tidlig fase, som av informantene ble beskrevet som fra umiddelbart av, til innen de første to ukene. Dette innebar både komponenter innen intervensjoner, samarbeid, koordinering, utredning og oppfølging. Det som skal gjøres i denne fasen handlet mye om det som skjer mellom sykmeldt og fastlege og sykmeldt og arbeidsgiver.
	Tidlig	
	< 2 uker	

I midtfasen (se tabell 17) virket det som om at informantene generelt var mer opptatt av at samhandlingen utvides. Det ble gjerne snakket om at ergo- og fysioterapeut må tidlig inn for å funksjonsvurdere, men at en i midtfasen er mer opptatt av at det er et større apparat rundt den sykmeldte.

Tabell 17. Oversikt over timing, midtfasen, med beskrivelser.

Timingkategori	Beskrivelse	
Midtfase	2-8 uker	Noe senere ble det beskrevet komponenter som i følge retningslinjer og regler måtte utføres. Fokus på kommunikasjonen mellom leder og arbeidsplass. Når sykmeldingen utvides, må kontakten opptrappes. Nye runder med utredning må gjennomføres.
	8-12 uker	

I den senere fasen (se tabell 18) ble det snakket om at et rehabiliteringsopphold burde vurderes. Samtidig var det mindre fokus på denne fasen enn på den tidlige.

Tabell 18. Oversikt over timing, den senere fasen, med beskrivelser.

Timingkategori	Beskrivelse	
Senere fase	12 uker – 52 uker	Et opphold/rehabiliteringsinstitusjon kan vurderes.

At timingen må være situasjonsavhengig (se tabell 19) ble fremhevet av mange informanter, særlig i intervjuene fra arbeidstakerorganisasjonen, arbeidsgiverorganisasjonen, det tverrfaglige teamet og blant fastlegene. Det ble beskrevet at en hver sak er spesiell og at det ikke kan fastslås hva som er riktig timing for den enkelte på et generelt grunnlag.

Tabell 19. Oversikt over timing, ikke tidsfestet, med beskrivelser.

Timingkategori	Beskrivelse	
Ikke tidsfestet	Situasjonsavhengig	Mange komponenter kan ikke tidsfestes og vil være avhengig av den sykmeldtes situasjon.

#### 4.1.10 Hvor ofte ble hjelperne, komponentene og timing nevnt?

Det vil nå bli gjennomgått hvor ofte de tre kategoriene hvem (hjelper), hva (komponent) og når (timing) ble omtalt i intervjuene samlet sett.

##### 4.1.10.1 Informasjon om hvem (hjelper)

I fokusgruppeintervjuene ble 18 ulike betegnelser for hjelpere omtalt. Noen av disse betegnelse gikk konkret på en hjelper som for eksempel *fastlege* eller *arbeidsgiver*, mens andre betegnelser var mer generelle og beskrev en gruppe av personer, for eksempel *kolleger* eller *behandlere*. Totalt 296 utsagn omtalte en eller flere av i alt 18 ulike beskrivelser av helpere.

Tabell 20 viser hvor mange utsagn som kunne knyttes til hver av disse 18 hjelperne. Det framgår også av tabellen hvilke intervju de ble omtalt i. For eksempel handlet kun et utsagn om *IA-kontakt*, og dette utsagnet kom fra intervju nummer 7 (arbeidsgiverintervjuet). Tabellen synliggjør også at de hjelperne som ble omtalt mest, fastlege og arbeidsgiver, ble omtalt i alle intervjuene. Samtidig ser man en spredning når det gjelder hvor mange utsagn som stammer fra de ulike intervjuene. For eksempel var det i intervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen 17 utsagn om fastlege, mens det i intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte bare var to. Ser man på hvor mange utsagn som samsvarer med informantenes egen rolle, ser man også variasjoner. Informantene fra bedriftshelsetjenesten har eksempelvis det klart høyeste antallet utsagn om sin egen gruppe, BHT (n=23). I alle intervjuene bortsett fra intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte var det BHT, arbeidsgiver og NAV som hadde flest utsagn. Ser man på hjelperne som har få utsagn (kun 1-2) kom disse i hovedsak fra intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet og fra intervjuet med arbeidsgiverne.

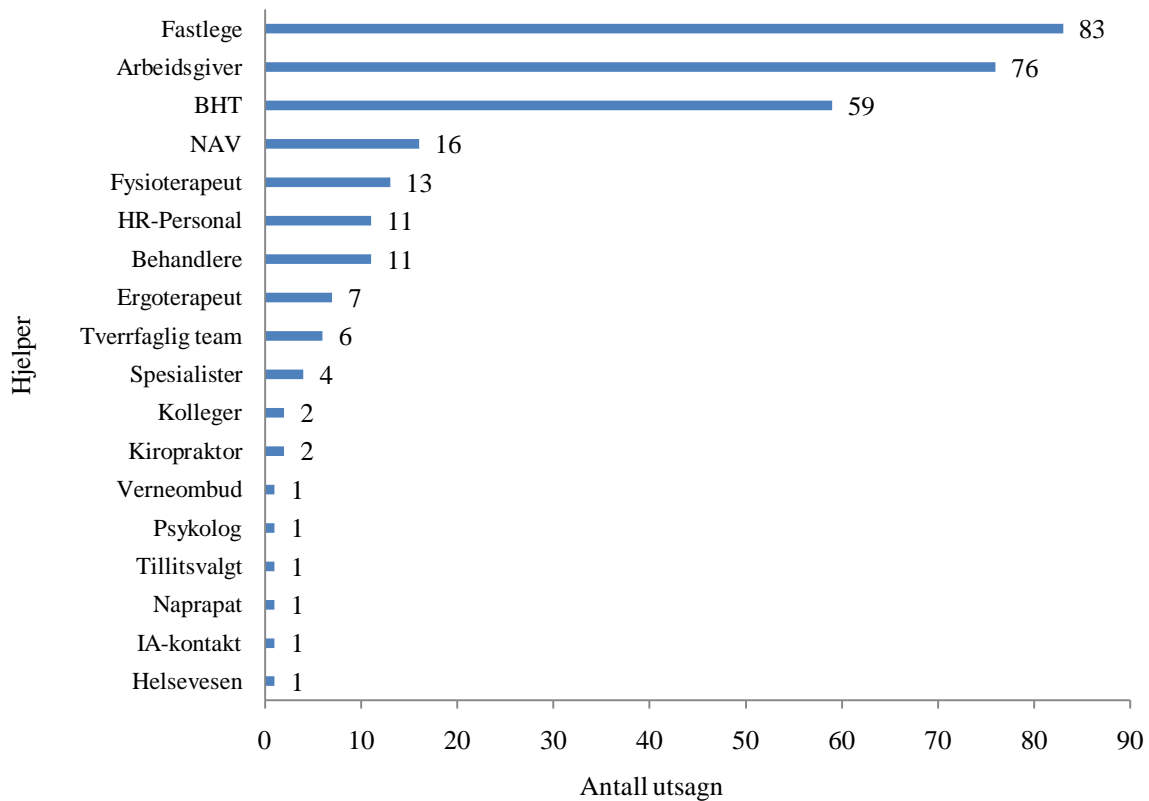


Tabell 20. Utsagn om hver hjelper og fra hvilket fokusgruppeintervju de ble nevnt (antall)

Hjelper	Fokusgruppeintervju*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Helsevesen							1	
IA-kontakt							1	
Naprapat	1							
Tillitsvalgt							1	
Verneombud	1							
Psykolog			1					
Kiropraktor	2							
Kolleger		2						
Spesialister						3		1
Tverrfaglig team	2			1	3			
Ergoterapeut	2		1			1	1	2
Behandlere	4	1	5				1	
Personal/HR	5					3	2	1
Fysioterapeut	2	1	2		3	1	3	1
NAV		1	1	2	1	7	1	3
BHT	3	2	14	23	5	2	10	
Arbeidsgiver	14	18	7	8	4	4	15	6
Fastlege	14	9	17	8	6	2	15	12
<b>Totalt antall utsagn</b>	<b>50</b>	<b>34</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>51</b>	<b>26</b>

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Figur 5 viser hvor mange utsagn som samlet sett handlet om hver av de 18 hjelperne. Fastlege, arbeidsgiver og BHT ble mest omtalt. Disse utgjør til sammen 74 prosent av alle utsagnene.

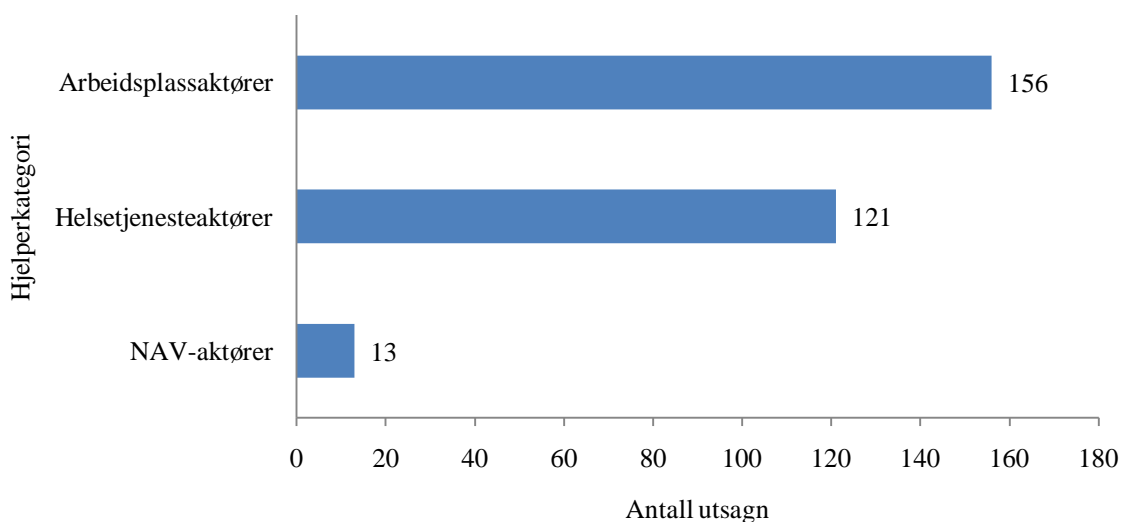


Figur 5. Utsagn om ulike hjelpere (antall ganger nevnt). I betegnelsen 'arbeidsgiver' inngår også utsagn om nærmeste leder

Fordi en del av betegnelse på hjelperne overlapper hverandre (behandlere, spesialister, helsevesen og så videre), kan det være hensiktsmessig å fordele dem i de tre kategoriene;

- NAV-aktører (NAV)
- Helsetjenesteaktører (fastlege, behandlere, spesialister, helsetjenesten, ergoterapeut, fysioterapeut, naprapat, psykolog)
- Arbeidsplassaktører (arbeidsgiver, BHT, HR/personal, tillitsvalgt, verneombud, kolleger, IA-kontakt).

Figur 6 viser de 290 utsagnene fordelt på disse tre kategoriene. Flest utsagn handlet om arbeidsplassaktører. Det at BHT i denne sammenheng er tatt med som arbeidsplassaktør medvirker til dette. Utsagnene om BHT (n=59) kunne ha blitt kategorisert som helsetjenesteaktør også, men fordi det i intervjuene i stor grad ble skilt mellom bedriftsbasert helsetjeneste (BHT) og den øvrige helsetjenesten, er de i denne sammenheng regnet som arbeidsplassaktører. Da ville helsetjenesteaktører dominert med 180 utsagn.



Figur 6. Utsagn om hjelper fordelt på tre kategorier (antall ganger)

#### 4.1.10.2 Informasjon om hva (komponent)

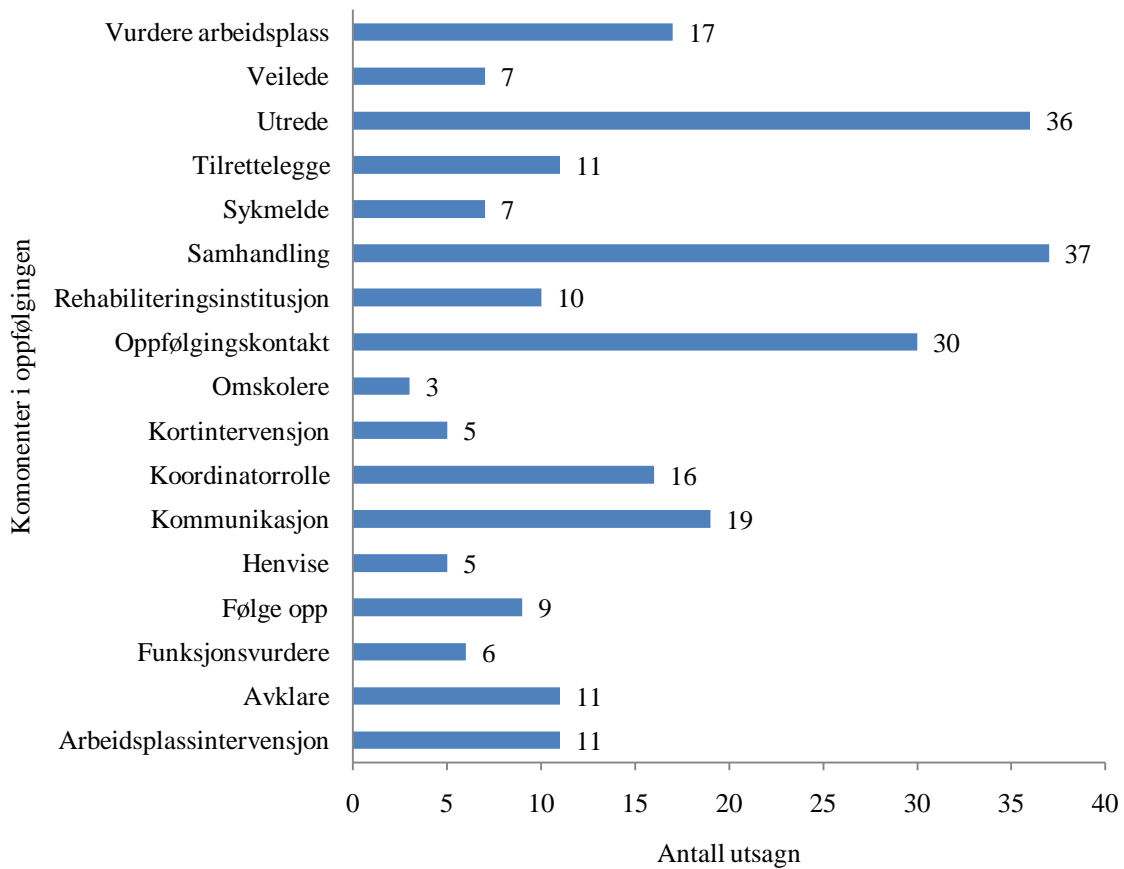
Tabell 21 viser utsagn fra fokusgruppeintervjuene som beskriver 17 ulike komponenter i oppfølgingen. Til sammen 240 utsagn ble tilordnet disse komponentene.

Tabell 21. Utsagn om hver komponent og i hvilket fokusgruppeintervju de ble nevnt (antall)

Komponent	Fokusgruppeintervju*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Vurdere arbeidsplass	6	4			3		4	
Veilede				5	2			
Utrede	4	2	6	3	1	2	4	12
Tilrettelegge	3	1	2	2	1			2
Sykmelde	4		2					1
Samhandling	1		9	2	1	5	9	10
Rehabiliteringsinstitusjon				1	3			6
Oppfølgingskontakt	7	6	3	1	1	7	3	2
Omskolering			3					
Kortintervensjon				1	3	1		
Koordinatorrolle	1	2	3	4			5	
Kommunikasjon	6	2	2	1	1		5	2
Henviser		2				1		2
Følge opp	1	4	1				2	1
Funksjonsvurdere	1	1	1	2	1			
Avklare	3							8
Arbeidsplassintervensjon		2			2	2	3	2
<b>Totalt antall utsagn</b>	<b>37</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>35</b>	<b>48</b>

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5= tverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7= arbeidsgivere, 8= fastleger.

Figur 7 gir et bilde av fordelingen mellom utsagn på de 17 ulike aktivitetene. Man kan se at et flertall av utsagnene var knyttet til utredning, samhandling og oppfølgingskontakt..

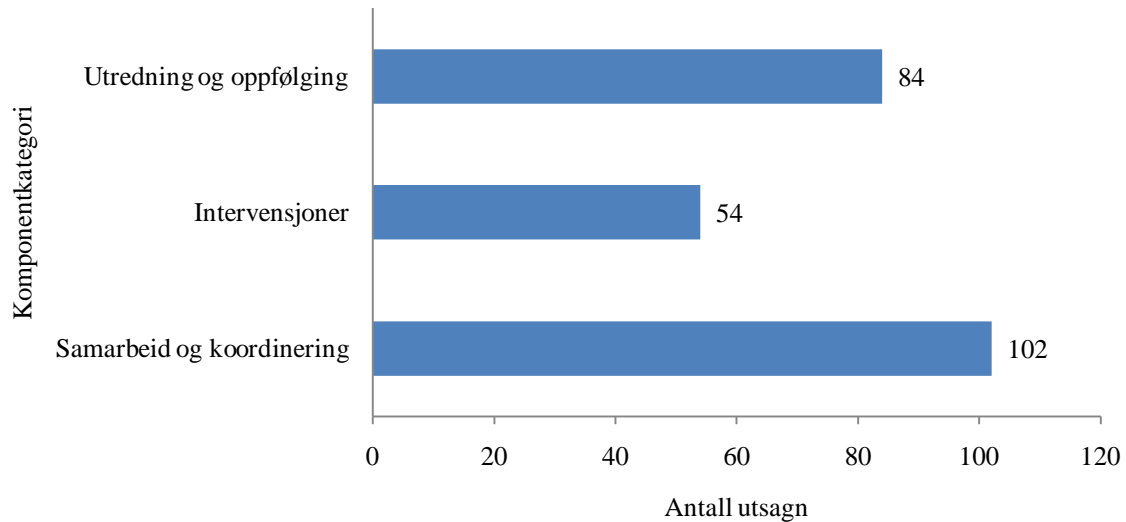


Figur 7. Utsagn nevnt om komponent i oppfølgingen (antall ganger)

Dersom man slår sammen komponentene i de overordnede kategoriene får man fordeling som er fremstilt i figur 8. De tre kategoriene inneholder følgende komponenter:

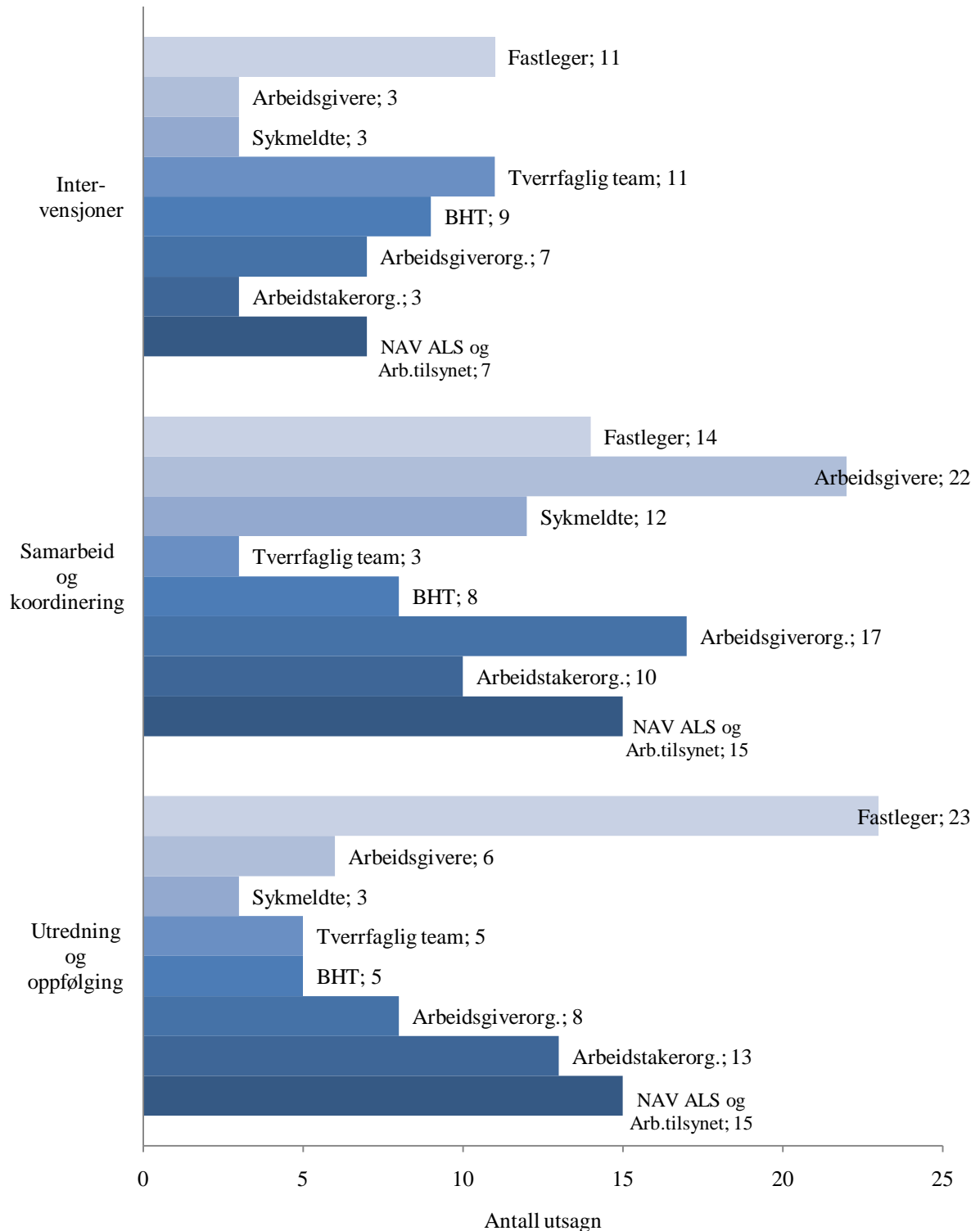
- Utredning og oppfølging (henvise, funksjonsvurdere, følge opp, avklare, vurdere arbeidsplass, utrede)
- Intervensjoner (sykmelde, veilede, tilrettelegge, omskolere, rehabiliteringsinstitusjon, kortintervensjon)
- Koordinering og samarbeid (kommunisere, samhandle, koordinatorrolle, oppfølgingskontakt)

I figur 8 ser man at utredning og oppfølging, sammen med koordinering og samarbeid ble mest omtalt i intervjuene. Selve tiltakene eller intervensjonene ble nevnt sjeldnere.



Figur 8. Utsagn nevnt om komponent fordelt på tre kategorier (antall ganger)

Figur 9 viser hver komponentkategori og hvor mange utsagn om dem som kom fra hvert enkelt intervju. Man kan se at det er varierende hvor mange utsagn hvert fokusgruppeintervju har bidratt med til hver komponentkategori. I kategorien utredning og oppfølging for eksempel, sto fastlegene for langt flere utsagn enn de andre fokusgruppeintervjuene. Noe annet som kommer frem i figuren er at i kategorien samarbeid og koordinering sto arbeidsgiverne og arbeidsgiverorganisasjonen for nesten 40 prosent av utsagnene.



Figur 9. De tre komponentkategoriene og utsagn fordelt på intervju (n)

#### 4.1.10.3 Informasjon om når (timing)

I intervjuene kom det ofte frem meninger om *når* en hjelper burde gjøre noe, og en komponent i oppfølgingen innføres. Tabell 22 viser hvor mange utsagn som handlet om timing. I tillegg til å dele inn i de tidsintervallene som oftest ble omtalt, ble det satt koder for *umiddelbart*, *tidlig* og *situasjonsavhengig*, da disse begrepene ofte ble brukt i diskusjon om

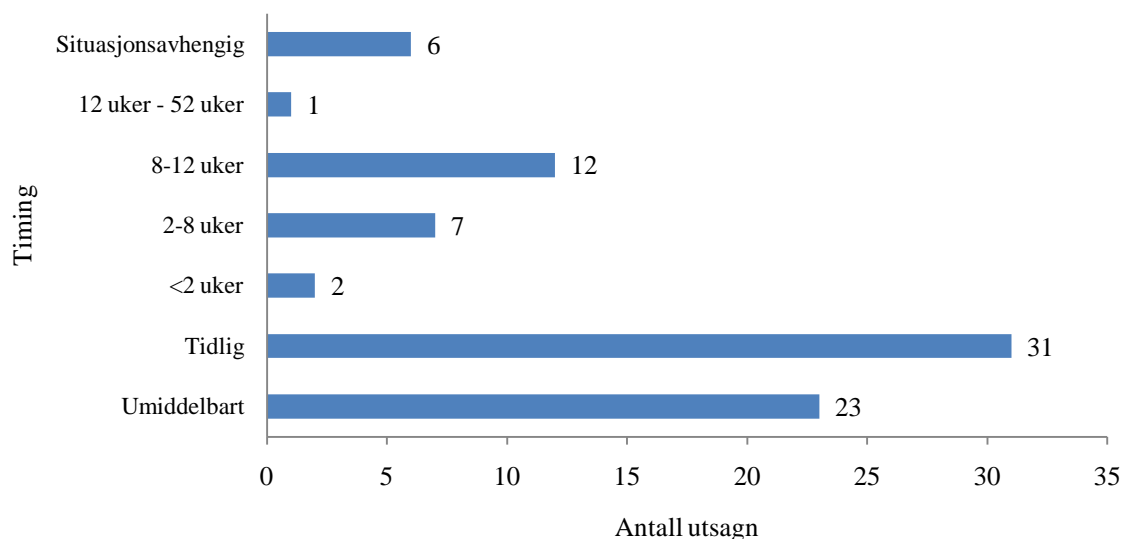
tidspunkter for aktiviteter. Det som innholdsmessig synes å skille *tidlig* fra *umiddelbart* er at i tidlig ligger det at det aktuelle må skje i løpet av den første tiden, men kanskje ikke akkurat idet sykmeldingen utskrives.

Tabell 22. Antall utsagn om de ulike timingene, og i hvilke fokusgruppeintervju de ble nevnt

Timing	Fokusgruppeintervju*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Umiddelbart	3	6	5	3	1		5	
Tidlig	6	4	7	1	3	5	5	
<2 uker						2		
2-8 uker		1					4	2
8-12 uker	1		2		2	5		2
12 uker - 52 uker					1			
Situasjonsavhengig		2	1		1			2
<b>Totalt antall utsagn</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>6</b>

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tvverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Ser man på de mest nevnte tidspunktene/-begrepene samlet sett, er *umiddelbart* og *tidlig* sterkt representert med henholdsvis 23 og 31 utsagn (se figur 10). Slår man disse to tidsbegrepene sammen med <2 uker, ser man at hele 56 av de 82 utsagnene (68 %) som handlet om tid hører til en av disse tre. Det kan altså virke som at den første eller tidlige perioden av sykmeldingen blir regnet som kritisk i flere av fokusgruppeintervjuene.



Figur 10. Antall utsagn om timing nevnt i fokusgruppeintervjuene (n)

## 4.2 Deduktiv del: Validering av case-metoden

I denne delen av intervjuet ble case-metoden (se vedlegg 1) presentert for informantene, hvorpå den ble diskutert, og det kom både konkrete innspill, endringsforslag, og negative/positive tilbakemeldinger om denne metoden generelt, om Modul 1 til modul 4 og om koordinering av tilbakeføringen. I figur 11 gjengis innspillene fra intervjuene oppsummert.

**Case-metoden generelt:** Tilbakemeldingene til case-metoden var generelt positive. Det ble påpekt at en standardisert oppfølging vil være en fordel for de ulike hjelperne, samt at en fleksibilitet i metoden vil være nødvendig for å sikre skreddersøm i den enkelte sak.

**Modul 1: Medisinsk kortintervensjon:** Det var ulike meninger om en medisinsk kortintervensjon, noen mente at det var positivt å ikke koble på for mange hjelpere på et tidlig tidspunkt, mens det i andre fokusgruppeintervjuer ble argumentert for en grundig medisinsk utredning allerede i modul 1.

**Modul 2: Arbeidsrettet intervensjon:** Det ble foreslått at denne modulen burde komme enda tidligere, og at modul 1 og 2 muligens burde bli slått sammen.

**Modul 3: Medisinsk utredning:** Det ble det foreslått at den medisinske utredningen burde komme tidligere. Det ble også påpekt at utredningen bør skje kontinuerlig og parallelt i hele prosessen.

**Modul 4: Terapeutisk tilbakeføringsprogram:** Noen mente at denne modulen burde komme tidligere, og kanskje til og med før en sykmelding. Videre ble det nevnt at et slikt program kan virke isolerende og sykeliggjørende. Et dagtilbud kan være mer hensiktsmessig enn et døgntilbud.

**Koordinering:** Det var enighet om at denne rollen er viktig, men uenighet om hvem som er den beste til å inneha rollen. Både arbeidsgiver, BHT, NAV og helsepersonell generelt ble foreslått som gode kandidater.

Figur 11. Oppsummering av informantenes innspill til case-metoden

Hvert av disse temaene vil nå bli gjennomgått hver for seg.

### 4.2.1 Om case-metoden generelt

*Case-metoden er en tidlig intervensjonsmetode for oppfølging av sykmeldte med muskel- og skjelettplager. Metoden består av 4 moduler; M1: En medisinsk kortintervensjon, M2: En arbeidsrettet intervensjon, M3: en medisinsk utredning og M4: Et terapeutisk tilbakeføringsprogram.*

Tabell 23 viser utsagnene som handlet om case-metoden generelt.



Tabell 23. Oversikt over utsagn om case-metoden generelt, og hvilke fokusgrupper utsagnene kom fra.

Tema	Fokusgruppe*
Gen. Det er en fordel at metoden gir en standard for oppfølging av sykmeldte	4, 8
Gen. Metoden må være fleksibel og situasjonsavhengig	2, 3, 4, 5
Gen. Metoden vil bli vanskelig å implementere på grunn av fastlegenes myndighet, og variasjonen blant fastlegenes praksis	7, 8
Gen. Noen av modulene i metoden bør skje parallelt	3, 5
Gen. Utredning må skje parallelt gjennom alle modulene	3

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tværfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Det kom ulike uttalelser om case-metoden som helhet. Blant annet ble det uttalt av en i fokusgruppen fra NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet at *"metoden ser ideell ut, men er den realistisk?"*. Når arbeidsgivergruppen ble presentert case-metoden, var førsteinntrykket: *"jeg tror at hvis jeg hadde vært sykmeldt og blitt møtt med det programmet, så tror jeg at jeg hadde følt meg godt ivaretatt"*.

Det ble påpekt at det vil være nyttig for de gode hjelperne å ha et rammeverk for oppfølging med en slik struktur som case-metoden har. Ved hjelp av dette vil de kunne vite sine oppgaver, og se sin rolle i systemet. I fokusgruppeintervjuet med bedriftshelsetjenesten ble det for eksempel formulert av en informant at det er positivt *"at man har en standard og en ramme til hvordan og oppfølge den enkelte"*. En annen informant sa: *"jeg har sansen for at det kommer litt sånn skjematisk. Da er det lettere for folk å følge dette, så det i seg selv er tiltalende"*. Det kom frem i flere fokusgrupper at det er en utfordring å organisere de gode hjelperne for å få utnyttet all kompetansen og de ressursene som er til disposisjon, og dette trenger derfor å bli systematisert. Følgende uttalelse beskriver dette: *"En annen ting som er styrken med dette opplegget, hvis man får gehør for den modellen og at den kan bli en standard, da vil alle som er involvert i den sykmeldte ha nok standard til å si at sånn bør det gjøres"*.

Selv om det ble opplevd som viktig å ha en standard eller et skjematisk system for oppfølging, kom det tydelig frem i flere fokusgrupper at hver sykmeldingssak må behandles individuelt. Metoden må derfor være fleksibel og situasjonsavhengig: *"modulene må tas etter behov"*. Det fremkom at det kan være en fordel med en standard for oppfølging slik som case-metoden, men at en må passe seg for ikke å bli opphengt i tidspunktene, men heller foreta en skjønnsmessig vurdering: *"Det er jo kanskje faren med å sette opp et sånt skjema, at fra 10 uker er det sånn, men for noen så passer det etter 2 uker"*.

En annen utfordring i forbindelse med et standardisert oppfølgingsprogram ble også tatt opp. Arbeidsgivergruppen diskuterte vanskelighetene med å iverksette standardopplegg, fordi alle aktørene må være involvert. Særlig ble erfaringer med at fastleger *"kjører sitt eget løp"* nevnt. Flere i fokusgruppa var skeptiske til at metoden er realistisk og gjennomførbar fordi den forutsetter at alle aktørene som er involvert i oppfølgingen av sykmeldte er inneforstått med metoden og gjennomføringen av den.

Samtidighet var et tema som ble tatt opp som endringsforslag til metoden som helhet. Flere mente at modulene må foregå parallelt. Som en informant fra rehabiliteringsklinikken formulerte det: *"Mye må skje samtidig"*. Det ble påpekt som en svakhet ved metoden at den

kan virke noe statisk, noe som hang sammen med et uttalt behov for en fleksibel og situasjonsavhengig metode.

Videre hadde informantene mange oppfatninger om utredningsmodulene i case-metoden. Dette vil også bli omtalt grundigere under avsnittene for modul 1 og modul 3. I fokusgruppene var den medisinske utredningen et gjennomgående tema. Det ble trukket frem at det i noen tilfeller kan være nødvendig med en grundigere medisinsk utredning på et tidligere tidspunkt. Følgende sitat belyser dette: *”Innimellom kan det nok være nok med det som er beskrevet i modul 1, men det må være rom for å koble inn flere tidligere for å forklare årsak og alt det her”*. Igjen handler det om at case-metoden må være fleksibel i hvert enkelt tilfelle.

Flere informanter hadde generelle oppfatninger om at utredning er noe av det mest sentrale i tilbakeføringen av den sykmeldte. Det ble i de fleste intervjuene uttrykket et ønske om en grundig spesialistutredning på et tidlig tidspunkt. Videre ble det problematisert at utredning skulle stå som separate moduler. Dette fordi utredningsprosessen på grunn av ventetid vanskelig lar seg tidsavgrense til for eksempel en to-ukersperiode, slik det er beskrevet i modul 3. En informant sa eksempelvis: *”med tanke på medisinsk utredning, ville de få det etter 8 uker? I dag blir du satt på venteliste etter 8 uker, også kan det ta fra 1 uke til 2 år før du får en utredning”*. Case-metodens forslag til utredningsmoduler ble altså kritisert på grunnlag av ventetider og henvisnings- og behandlingsprosedyrer slik de fungerer i helsevesenet i dag. Særlig i intervjuet med de tilbakeførte sykmeldte kom frustrasjonene rundt utredning frem. Informantene i denne fokusgruppen hadde ulike erfaringer med ventetid og tidspunkt for utredning, ettersom virksomhetene de jobbet for hadde ulike ordninger når det gjaldt helseforsikringer.

#### 4.2.2 Om medisinsk kortintervensjon: Modul 1

*Case-metodens modul 1 er en kortintervensjon de første 2 ukene av sykmeldingen, hvor helsesituasjonen er i fokus. Modulen handler om å trygge den sykmeldte, og å forsikre om smertene er ufarlige. Det oppfordres til aktivitet, og sengeleie frarådes. Fastlege og helsevesenet er involverte hjelpere i modulen.*

Tabell 24 viser utsagnene fra intervjuene som handlet om modul 1.

Tabell 24. Oversikt over utsagn om modul 1, og hvilke fokusgrupper de kom fra

Tema	Fokusgruppe*
M1 Den sykmeldte må få en grundig utredning allerede i modul 1	3, 5
M1 Den sykmeldte må tilbake på arbeidsplassen allerede i modul 1	3, 4
M1 Det er bra at ikke for mye utredning gjøres i modul 1	2, 5
M1 Det er riktig at raskere tilbake-kontorene kan tas i bruk her	5

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5= tverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7= arbeidsgivere, 8= fastleger.

Utredning var et tema som gikk igjen i intervjuene. Det ble sagt at en grundig utredning burde komme allerede i modul 1. Blant annet i fastlegeintervjuet ble det problematisert at en

medisinsk kortintervensjon kunne by på problemer dersom det fører til at alvorlige sykdommer blir oversett. En informant uttalte: *”Men for eksempel den pasienten som hadde en lungekreft med spredning i nakken. Hvis du etter 8 uker hadde sykmeldt han uten å ta en prøve og hadde gått i møte med arbeidsgiver for å tilrettelegge arbeidsplassen, og så etter 8 uker begynner du å klø deg i hodet og finner langtkommen kreft. Da ligger du tynt an med å bli meldt til fylkeslegen”*. I tillegg ble det her som tidligere tatt opp at *”innimellom kan det nok være nok med det som er beskrevet i modul 1, men at det må være rom for å koble inn flere tidligere for å forklare årsak og alt det her”*. Ikke alle hadde innvendinger mot kortintervensjonen, den ble også beskrevet som riktig: *”Det tenker jeg er veldig riktig og nødvendig”*, og *”når vi snakker her om tidligere undersøkelse, så tenker jeg at man ikke skal gjøre så mye tidlig”*. En begrunnelse som ble gitt for at en ikke bør sette i gang en grundig utredning i første fase, var at en bør unngå en sykeliggjøring så tidlig i prosessen. En informant beskrev dette på følgende måte: *”det er viktig ikke å involvere for mange, så det må gjøres en vurdering. Det å ikke sykeliggjøre, det er veldig viktig”*. Disse positive tilbakemeldingene til kortintervensjonen i modul 1 fremkom både i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen og med rehabiliteringsinstitusjonen.

Arbeidsplassiltak var et annet tema som ble tatt opp i diskusjonene om modul 1. Det var oppfatninger om at man burde få dette på plass allerede de første ukene av sykmeldingen. Dette temaet vil bli nærmere beskrevet under avsnittet som omhandler modul 2. I intervjuene med arbeidsgiverorganisasjonen og bedriftshelsetjenesten mente informantene at en allerede i tidsrommet for modul 1, bør involvere arbeidsplassen: *”En som kan komme på jobben burde komme på jobben hver dag hvis han er sykmeldt. Det er der rehabiliteringen skjer”*. Det ble også foreslått at en burde *”flytte masse fra modul 2 inn i modul 1”*. Dette omtales videre i avsnittet om modul 2.

Å bruke *Raskere tilbake*-kontorene i modul 1 ble i intervjuet med bedriftshelsetjenesten omtalt som positivt.

#### 4.2.3 Om arbeidsrettet intervensjon: Modul 2

*Case-metodens modul 2 iverksettes i uke 2-4, og varer inntil inn i åttende sykmeldingsuke. Fokus i modulen er fraværssituasjonen, og sentrale tiltak er arbeidsplassvurdering, funksjonsvurdering og arbeidsevnevurdering. Arbeidsgiver og arbeidstaker er hovedaktører, men ergoterapeut er også involvert.*

Tabell 25 viser utsagnene fra intervjuene som handlet om modul 2.

Tabell 25. Oversikt over utsagn om modul 2, og hvilke fokusgrupper de kom fra.

Tema	Fokusgruppe*
M2 Modul 2 bør slås sammen med modul 1	4
M2 Modul 2 bør komme tidligere	3, 4
M2 Den sykmeldte bør komme til arbeidsplassen og få behandling der, og trene i arbeidstiden	3

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tvverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Det ble tatt opp i flere av intervjuene at den sykmeldte må tilbake på arbeidsplassen så tidlig som mulig, og at modul 2 i så måte burde bli slått sammen med modul 1. Dette er for eksempel uttrykt av denne informanten fra bedriftshelsetjenesten; *”Jeg synes metoden virker utrolig bra på mange områder. Det eneste jeg synes at skulle vært endret er modul 1 og 2 bør slås sammen, slik at man får arbeidsrettet intervensjon inn i første dag”*. Flere i dette fokusgruppeintervjuet var enig i dette, og en annen informant utdypet at *”det å slå 1 og 2 sammen slik at de går parallelt det tror jeg er en forutsetning for at det skal lykkes”*. I fokusgruppeintervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen ble det også tatt opp at en arbeidsplassintervensjon burde skje tidligere; *”Hvis du sier at først etter 8 uker så skal du begynne å komme på arbeidsplassen så er det kjørt”*. Dette var ikke i tråd med case-metoden, der arbeidsplassintervensjonen iverksettes etter 2 uker. I dette intervjuet ble det videre sagt at modulene burde bytte plass; *”Jeg ville byttet modul 1 og 2. Først på arbeid. Det er fokus på arbeid, ikke det medisinske”*. Flere informanter mente at det å være til stede på jobb er viktig, og at arbeidsplassintervensjonen derfor bør igangsettes før åtte uker er gått. Særlig i fokusgruppeintervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen ble det fremhevet at det er arbeidsplassen som er hovedarenaen for tilbakeføring og rehabilitering. Et innspill i intervjuet var at ansatte både burde få tilbud om trening i arbeidstiden, både som forebyggende og rehabiliterende tiltak.

#### 4.2.4 Om medisinsk utredning: Modul 3

*Case-metodens modul 3 starter etter åtte uker og har fokus på årsaker til smertene. Medisinsk utredning skal utelukke sykligighet, og sentrale aktører i denne modulen er spesialister i allmenmedisin og andre i spesialisthelsetjenesten. Den sykmeldte skal trygges videre, og oppmuntres til aktivitet.*

Tabell 26 viser utsagnene fra intervjuene som handlet om modul 3.

Tabell 26. Oversikt over utsagn om modul 3, og hvilke fokusgrupper de kom fra

Tema		Fokusgruppe*
M3	Den medisinske utredningen bør komme tidligere enn i modul 3	2, 5, 6, 8
M3	Utredningen her bør ikke bare være medisinsk, en bør ha som mål å kartlegge alle mulige årsaker til sykdom	4
M3	Denne type utredning bør skje parallelt og fortløpende i hele oppfølgingsprosessen	3

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tværfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

I fire av intervjuene ble det tatt opp at en grundigere medisinsk utredning, som den beskrevet i modul 3, bør komme tidligere. En informant fra rehabiliteringsinstitusjonen uttalte: *”Av og til, hvis fastlegen finner grunnlag for å henvise til MR eller noe tidlig, så kan jo det, istedenfor at man skal vente og se det an, at vi fant noe på røntgen som du likevel kan fungere med. Det var en prolaps, men ingen nerver i klem. Du har en trygghet hvis du undersøker tidlig i noen tilfeller”*. Flere informanter nevnte viktigheten av en god og tidlig avklaring for å få tak i hele årsaksbildet til sykmeldingen. En informant i fastlegeintervjuet påpekte at medisinsk utredning henger sammen med det å kartlegge årsakene til smertene og

sykmeldingsgrunnlaget: *”Det var rart synes jeg, modul 3 etter 8 uker, medisinsk utredning om årsak til smertene. Vi har jo sagt vi vil begynne i andre enden”*. En informant fra gruppen med de tilbakeførte sykmeldte fortalte at en tidlig medisinsk utredning ville vært bedre med tanke på en rask tilbakeføringsprosess: *”Du skulle vært hos skikkelig spesialist etter 14 dager. Det hadde virkelig hjulpet for da kunne de begynt og tilrettelagt på jobben”*.

Som tidligere nevnt ble det problematisert at slik helsetjenesten er organisert i dag, vil det være vanskelig å få til en reell ordening som gir en utredning i det tidsrommet som modul 3 foreslår: *”På modul 3, med tanke på medisinsk utredning ville de få det etter 8 uker? I dag blir du satt på venteliste etter 8 uker også kan det ta fra 1 uke til 2 år før du får en utredning”*. Dette syntes å være noe av grunnlaget for skepsisen til en medisinsk utredning først i modul 3.

Et innspill fra informanter i intervjuet med bedriftshelsetjenesten var at en i modul 3 ikke bare bør ha et medisinsk fokus, ettersom det dreier seg om å finne årsakene til smertene og sykmeldingen. Disse behøver ikke å være knyttet til det man kan finne i en medisinsk utredning: *”Modul 3, når det heter medisinsk fokus med fokus på årsak til smerter, så må også årsak til smerter vurderes på andre måter enn medisinsk”*.

Som nevnt før ble det av enkelte foreslått at en bør jobbe med medisinsk utredning og lete etter årsaker til smertene parallelt i hele prosessen. En informant fra arbeidsgiverorganisasjonen beskrev at: *”Utredning må jo skje parallelt, men kan jo beskrives som en modul, men det må skje hele tiden”*. Dette var også tema i intervjuet med arbeidsgiverne, hvor en informant sa at *”modul 3 og 1 burde være mer i hverandre”*.

#### 4.2.5 Om terapeutisk tilbakeføringsprogram: Modul 4

*Case-metodens modul 4 iverksettes etter 10 uker, og ar fokus på varig tilbakeføring. En bruker en kognitiv tilnærming, hvor mestring av smertene og ufarliggjøring av dem er et mål. Tiltak i modulen er intensiv fysisk trening, ryggskole og mestring av aktivitet, krav og stress. Behandlerne inngår i et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, lege, psykolog, ergoterapeut og andre.*

Tabell 27 viser utsagnene fra intervjuene som handlet om modul 4.

Tabell 27. Oversikt over utsagn om modul 4, og hvilke fokusgrupper de kom fra.

Tema	Fokusgruppe*
M4 Et opphold på rehabiliteringsinstitusjon bør skje tidligere	2, 3, 4, 6, 7
M4 Et opphold på rehabiliteringsinstitusjon bør skje før en blir sykmeldt	2, 3
M4 Et opphold på rehabiliteringsinstitusjon kan virke sykliggjørende	2
M4 Det kan være bedre med dagopphold/dagbasert tilbud enn døgnopphold på et rehabiliteringssenter for å unngå isolering	2

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Det var ulike oppfatninger om opplegget som beskriver et terapeutisk tilbakeføringsprogram i modul 4. Det kom frem i fem av intervjuene at innholdet i denne modulen bør gjøres tidligere, gjerne før en i det hele tatt blir sykmeldt. Dette ble for eksempel uttalt i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen; *”Ideelt sett så skulle den vært på en opptreningsinstitusjon før han ble sykmeldt”*, i intervjuet med arbeidsgiverne; *”Noen ville jo kanskje starte rett i modul 4”*, og i intervjuet med arbeidsgiverorganisasjonen; *”Jeg ville flyttet modul 4 mye lengre frem, gjerne til modul 0”*. Også i intervjuet med bedriftshelsetjenesten ble det foreslått at en rehabiliteringsinstitusjon kunne være aktuelt tidligere: *”Jeg ser ikke noe grunn til å vente 10 uker hvis man har noen grunn til å starte før.”* En annen informant fra det samme intervjuet så for seg at et slikt opphold kunne komme senere, slik case-metoden foreslår; *”Hvis man har gjort alt, og man stagnerer etter 3-6 måneder. Da er det kanskje på sin plass å tenke på innleggelse på rehabiliteringsklinikk”*.

Videre ble det nevnt at et opphold på en rehabiliteringsinstitusjon kan virke sykelligjørende, og at det av den grunn muligens ikke er så heldig. I intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble det sagt at: *”når det gjelder det å legges inn på en klinikk som folk opplever som en bekreftelse på at man er virkelig syk”*. Informantene diskuterte dette, og flere mente at det å tas ut fra arbeidsplass og eventuelt bort fra familien kunne virke isolerende, og ikke ubetinget positivt. En informant beskrev: *”Det er jo noe med det å bli innlagt på en klinikk da. Det kan bli litt sånn sykelligjøring. Det er viktig å definere hva det er. Og på den måten når du blir lagt inn i 2 uker på ett sted”*. Dette temaet kom spesielt opp i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen, og det ble foreslått at et dagtilbud kan fungere bedre for å unngå de negative konsekvensene: *”Det å bli flyttet på er dumt, tror mye mer på sånn dagtrening, behandling og sånn”*.

#### 4.2.6 Om koordinering

*Case-metoden fokuserer på en helhetlig koordinering av de fire modulene. Den presiserer hvilken type koordinering som viktig for hvor av de fire modulene, i M1 opp mot arbeidsrettet intervensjon, i M2 overfor arbeidsplass, nærmeste leder og opp mot NAV og medisinsk intervensjon. I M3 vil koordinering mot teamet i M4 være viktig, mens det i M4 vil være viktig med en helhetlig koordinering av alle deltagere og andre aktører (NAV, helsetjenesten, arbeidsplass).*

Tabell 28 viser utsagnene fra intervjuene som handlet om koordinering.

Tabell 28. Oversikt over utsagn om koordinering, og hvilke fokusgrupper de kom fra

Tema	Fokusgruppe*
Koor. Den som koordinerer bør være en nøytral og myndig person	1,5
Koor. Den som koordinerer bør være en tillitsperson	2
Koor. En koordinator må ikke ta ansvaret fra den sykmeldte selv	2
Koor. Ekstern koordinator kan være problematisk med tanke på eierskap til saken	8
Koor. Fastlegen bør ikke være koordinator	4, 7
Koor. BHT eller helsepersonell bør koordinere	1, 4, 7
Koor. Arbeidsgiver bør koordinere	1, 7, 8
Koor. NAV bør koordinere	2, 8

Note \* 1= NAV Arbeidslivssenter og arbeidstilsynet, 2= arbeidstakerorganisasjonen, 3= arbeidsgiverorganisasjonen, 4= bedriftshelsetjenesten, 5=tvverrfaglig team fra rehabiliteringsinstitusjon, 6= tilbakeførte sykmeldte, 7=arbeidsgivere, 8= fastleger.

Koordinering av hjelperne og modul-aktivitetene er en vesentlig del av case-metoden. Flere informanter påpekte hvor viktig det er med en koordinator i oppfølgingsprosessen: *”Godt dere tenker at det er en koordinator som følger det, for hvis mange har ansvar så er det ingen som har ansvaret”*. En informant fra bedriftshelsetjenesten mente også at koordinatorfunksjonen er en viktig del av case-metoden: *”Ellers er det veldig bra, og den koordinatoren for de gode hjelperne på arbeidsplassen, og få den inn med en gang og se på helheten tror jeg kan være veldig viktig”*.

Videre ble det påpekt at den som skal fungere som koordinator bør ha visse egenskaper. Både i intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet og i intervjuet med rehabiliteringsinstitusjonen ble det påpekt at koordinator bør være en nøytral og myndig person. I det førstnevnte intervjuet sa en informant: *”Jeg tror det med myndighet og nøytral er to viktige faktorer for å lykkes”*. En informant fra rehabiliteringsinstitusjonen forklarte at for å ivareta nøytraliteten bør en koordineringsfunksjon muligens være plassert et annet sted enn på arbeidsplassen: *”Jeg tenker at den koordinatoren bør være litt ekstern, at den ikke er på arbeidsplassen”*. Samtidig mente man at dette kan medføre utfordringer, særlig i modul 2, hvor arbeidsplassen er den helt sentrale arenaen: *”Det er den nøytrale rollen jeg og leter etter. En av betingelsene er jo at den som skal ha denne rollen skal ha en nøytral rolle. Det er alfa omega. Det blir en utfordring i utformingen av modul 2”*. En informant i intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet mente at koordinatorens myndighet var viktig for fremdriften og styringen av oppfølgingen: *”Den koordinatoren må ha myndighet for å kunne holde en rød tråd her sammen med den sykmeldte”*. I det samme intervjuet sa en annen informant at en offentlig instans muligens var sentral for å sikre den myndigheten som er nødvendig: *”Det må være en offentlig fordi det må være en viss myndighet oppi den”*. I fastlegeintervjuet mente man at en koordinator vil kunne påse at prosessen går fremover, og være pådriver for at ting ikke stanser opp; *”En katalysator tenker jeg at det må være, og jeg vet ikke om det er noen yrkesgrupper som kan det hos oss, men det er nok flere som kunne ha lært det”*.

Informantene i de ulike intervjuene diskuterte hvilke aktører som var mest passende til å inneha en koordinatorrolle. I intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen ble det foreslått av en informant at en person den sykmeldte har tillit til, bør ha koordinatorrollen. Samtidig ble det i det samme intervjuet sagt av en informant at en koordinator i tilbakeføringsprosessen ikke må

virke passiviserende på den sykmeldte: *”Koordinator for de gode hjelpere, ja, men det gjør fort koordinatoren til subjektet istedenfor den (den sykmeldte) som faktisk er det”*. I intervjuet ble det uttalt at den sykmeldte selv må være aktiv i prosessen selv om en skal få bistand: *”Det kan godt hende at tidspunktet er der for å få bistand, men la den sykmeldte ha ansvaret for sin egen prosess”*.

Videre ble det foreslått at leder eller fastlege kan fungere som coach, samtidig som de riktige personene fortsatt sitter med ansvaret for deres oppgaver: *”Jeg tenker at den som er den nærmeste utenom den ansatte er leder og fastlege og du kan godt ha en slags coach eller noe, men prosesstøtte eller, men ikke forskyv ansvaret vekk fra der det ligger.”* Både i intervjuet med arbeidsgiverne og med NAV Arbeidslivssenter/Arbeidstilsynet ble det diskutert hvorvidt arbeidsgiver er den riktige personen til å ha en koordineringsrolle. En informant i arbeidsgiverintervjuet beskrev det slik: *”der tenker jeg at det nesten er naturlig at det er arbeidsgiver som på en eller annen måte har en koordinerende rolle, om det er leder eller HR”*. I intervjuet med NAV Arbeidslivssenter/Arbeidstilsynet ble det uttrykt skepsis til at arbeidsgiver har dette ansvaret, ettersom leder kan være en vesentlig årsak til sykmeldingen. En informant sa: *”det er jo både plusser og minuser med å være del av arbeidsmiljøet”*. Noen mente også det er en fordel at koordinatoren er i arbeidsmiljøet fordi det å ha oversikt over arbeidssituasjonen er en viktig ressurs i tilbakeføringsprosessen. I fastlegeintervjuet ble også arbeidsgiver som koordinator diskutert, og her det ble sagt at det er viktig at den som koordinerer har et eierforhold til saken. Dermed kan det være riktig at arbeidsgiver er koordinator, forutsatt at det å få den sykmeldte tilbake er overens med arbeidsgivers ønsker.

Videre ble det beskrevet at det kan virke unaturlig om en ekstern person kommer til arbeidsplassen for å koordinere: *”Det hadde vært vanskelig å se for seg at det skulle komme en ytre person inn på vårt kontor hvis en av våre ansatte var sykmeldt faktisk”*. En annen informant i dette intervjuet foreslo at NAV vil kunne være en naturlig koordinator: *”Eneste stedet jeg nesten kunne tenkt meg i dag var jo NAV, men det er jo og litt vanskelig fordi de har en annen rolle”*. At NAV, og da særlig Arbeidslivssentrene yter økonomiske ressurser i denne sammenhengen, ble også tatt opp i intervjuet med arbeidstakerorganisasjonen: *”En viktig koordinator her er Arbeidslivssenterets kontaktperson inn mot virksomhetene som også skal koordinere i forhold til de øvrige i NAV blant annet og de hjelpemidlene”*.

I andre intervjuer ble det uttalt at det ville være hensiktsmessig at BHT har rollen som koordinator. En informant beskrev at man som helsepersonell kjenner helsevesenet godt, og derfor har fordeler i kommunikasjonen og samhandlingen der: *”Du kommer forttere frem hvis det er en helseperson”*. Dette ble også tatt opp i intervjuet med arbeidsgiverne, hvor en informant uttalte at: *”Jeg tror enten BHT eller en helsefaglig vil være de rette til å gjøre det, og i bedriften vil det være BHT- legen og ikke den enkelte leder”*. I intervjuet med NAV Arbeidslivssenter og Arbeidstilsynet ble BHT som koordinator problematisert, fordi de ikke nødvendigvis representerer den sykmeldtes interesser. Dette ble særlig knyttet til arbeidsplasser som har eksterne, private BHT-leverandører. En informant beskrev det slik: *”Det er bare noe arbeidsplassen må ha, og BHT er sett på som grådige og individuelle aktører. Hvis arbeidsplassen ikke er knyttet opp mot en privat BHT så får du en mye mer nøytral rolle. Jeg tror at det kan være gunstig og ikke knytte den opp mot dem”*.

I intervjuet med BHT ble det påpekt at fastlege ikke vil være en hensiktsmessig koordinator, fordi de ofte har knappe ressurser i form av tid. Også i arbeidsgiverintervjuet uttalte en



informant at det å ha fastlegen som koordinator ikke er ideelt: ”*At fastlegen styrer trådene? Det er det siste jeg kunne tenkt meg*”.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Tematisk diskusjon

Arbeidsplassintervensjoner blir ofte implementert i ulike rehabiliteringsprogrammer uten noen klare identifikasjoner, og uten å identifisere hva som regnes som ”beste praksis” (Loisel, et al., 2005). Vi har i denne studien gått gjennom aktuell litteratur og utført fokusgruppeintervjuer med 8 ulike aktører med bred erfaring innen oppfølgingsarbeid. Målet med denne studien var todelt; (1) å avdekke hva ulike eksperter og aktører med erfaring fra sykefraværarbeid mener er viktig i oppfølgingen av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager, med tanke på hjelpere, tidspunkter og komponenter, og (2) validere case-metoden ved å kartlegge ulike aktører og eksperter sine oppfatninger om metoden.

Følgende funn vil her bli diskutert:

- Aktørene var opptatt av *tidlig intervensjon*.
- Det var uenighet, men delvis motstand mot ikke å gå tungt inn med *medisinsk diagnostisk utredning* tidlig.
- Det ble sett som positivt med en større grad av *standardisering* av tilbakeføringsprosessen for denne gruppen.
- Det var størst uenighet blant aktørene om systemet rundt *koordinering* av sykefraværssaker, og hvem som skulle koordinere hjelperne i tilbakeføringsprosessen.

*Tidlig intervensjon*: I denne studien fant vi at 68 prosent av meningsenhetene som omhandlet timing, var om å iverksette tiltak de to første ukene av en sykmelding. Dette funnet er i tråd med internasjonal forskning, som viser at tidlig intervensjon sikrer en raskere tilbakeføring (Christopher Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2010). Avklaring, trygging og informasjon om at tilstanden ikke er alvorlig (kalt re-assurance eller brief intervention) har vist seg å være effektivt, spesielt i en tidlig intervensjonsfase (Haldorsen, Indahl, & Ursin, 1998; Loisel, et al., 1997). Anema et al. (Anema et al., 2007) definerer ”tidlig” som i løpet av de to første ukene av en sykmelding. Samtidig vet vi fra forskningslitteraturen at jo lenger tid en sykmelding varer, jo høyere blir terskelen for å komme tilbake til jobb, og jo mer kompleks blir tilbakeføringsprosessen (Gatchel, Polatin, & Mayer, 1995). En annen faktor som bør tas med i en vurdering av riktig timing, er når en sykmeldt er mentalt klar for tilbakeføring. Dersom en person ikke er mentalt klar når et tiltak iverksettes, vil trolig nytten av tiltaket være mer begrenset (Randi Wågø Aas, 2009).

*Tidlig medisinsk diagnostisk utredning*: I denne studien var det uenighet om en kan vente til etter fire uker med å iverksette en mer omfattende medisinsk utredning. I to av fokusgruppeintervjuene ble det nevnt at en grundig medisinsk intervensjon bør komme i en tidlig fase. Årsakene til at dette er valgt ved fire uker og ikke fra dag en i case-metoden, er begrunnet gjennom internasjonale effektive programmer, som i frykt for sykeliggjøring nettopp venter med å sette fokus på sykdom som årsak til smerter (Loisel, Durand, Diallo, Vachon, Charpentier, & Labelle, 2003). Målet er å normalisere synet på smerter og redusere smertefrykt. For eksempel har kun en av ti med lave korsryggsmerter funn på at smertene er spesifikke, det vil si at en finner noe galt i kroppen (Airaksinen et al., 2006; A. K. Burton et al., 2004; M van Tulder et al., 2006). I tråd med LEON-prinsippet bør det også være fokus på hva som er laveste effektive nivå på intervensjonene; at en ikke ”skyter spurv med kanoner”.

En tidlig intervensjon skal være billigst mulig, enkel og lett tilgjengelig, men samtidig effektiv med tanke på tilbakeføringen. *Brief intervention* har vist seg å være effektiv (Hagen, et al., 2000). Hva som er for omfattende opp mot hva som er nødvendig, må hele tiden vurderes i forhold til hva som vil kunne gi en vellykket tilbakeføring. Det minst omfattende effektive tilbudet bør velges først (Randi Wågø Aas, 2009).

*Standardisering:* I to av fokusgruppene ble det påpekt som positivt at en ny tilbakeføringsmetode vil kunne fungere som en *standard* for oppfølging av sykmeldte. Et av de forholdene som kan gjøre standardiseringen spesielt viktig, er det store behovet vi ser for å få til et godt samarbeid mellom NAV, arbeidsplassen og helsetjenesten i slike tilbakeføringsprosesser (Randi Wågø Aas, 2009). Rollene kan bli tydeligere gjennom standardisering, og tilbakeføringsaktørene kan oppleve en større oversikt og derved bidra til mer helhet og samtidighet i tilbudet. Samarbeid mellom aktørene er også fokusert i flere nordiske studier (Gard & Soderberg, 2004; Karrholm et al., 2006; Tjulin, Stiwné, & Ekberg, 2009; Aarø et al., 2001). Karrholm og kolleger (2006) testet ut en systematisering av samarbeidet mellom arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste og sosialtjenesten. Studien viste en signifikant effekt, der intervensjonsgruppen som mottok samarbeidsmodellen hadde 5,7 færre sykmeldingsdager per måned i den undersøkte 6 års perioden. Sentrale momenter var fast struktur, konsistens, felles plattform og løsningsorientering, og det ble laget en rehabiliteringsplan. De hadde faste møter med samme deltakerne i teamet (fra ledelsen, sosialtjenesten, lege og den aktuelle sykmeldte). Medisinsk undersøkelse og opplæring av nærmeste leder ble gjennomført tidlig i forløpet. Tjulin og kollegaer (2009) evaluerte et program for tilbakeføring av sykmeldte (ReKom) med fokus på struktur for prosessen på arbeidsplassen, og fremming av samarbeid mellom nøkkelpersoner (sykmeldt, leder, BHT og NAV.) Noen av utfordringene de trakk frem var at ikke alle nøkkelpersonene hadde et biopsykososialt fokus som programmet var basert på. I tillegg ble tidligere kontakt med arbeidsgiver, tydeligere fordeling av ansvar, og en fast koordinator evaluert som forbedringspunkter. De hadde positiv erfaring med faste oppfølgingsmøter (1 gang per måned), arbeidstrening på en hospiteringsenhet og det å ha et forberedende møte på arbeidsplassen med de sykmeldte, arbeidsgivere og kolleger.

*Koordinering:* Resultatene fra denne studien viser med tydelighet at vi i Norge ikke har noen velutprøvd og anerkjent modell for koordinering av slike tilbakeføringsprosesser. Derved varierte det mye i oppfatningene om hvem som burde ha den koordinerende rollen i en ny modell, men også hvilken tilknytning koordinator burde ha til arbeidsplass, og om koordinator burde ha helsefaglig kompetanse eller ikke. Det ble blant annet påpekt at koordinator bør være bedriftshelsetjeneste eller helsepersonell, eller at arbeidsgiver bør inneha koordinatorfunksjonen. Det ble nevnt i to intervju at fastlege ikke burde ha en koordinatorfunksjon og at en ekstern koordinator utenfor arbeidsplassen kunne være problematisk med tanke på eierskap til saken. Å bruke en fast koordinator i en tilbakeføringsprosess er veldokumentert som betydningsfullt for å oppnå effekt av tilbakeføringsprogrammer (Franche, et al., 2005). I de fleste internasjonale studier er det helsepersonell som innehar denne rollen, og ikke arbeidsgiver. At det å ønske å bruke arbeidsgiver i en slik rolle er såvidt utbredt i vår studie, kan ha med IA-modellen å gjøre som går langt ved å definere arbeidsgiver som hovedaktør også i form av tilbudet som ytes. Ofte har disse internasjonale koordinatorene i tillegg til en helsefaglig utdanning og taushetsplikt, den internasjonale videreutdanningen som kvalifiserer til å bli "return-to-work-coordinator". I

Sherbrooke-modellen ble en ergoterapeut brukt som koordinator (Loisel et al., 1997, (Loisel, Durand, Diallo, Vachon, Charpentier, & Labelle, 2003), mens det i den danske KIA-modellen var en sosionom som innehadde koordinatorrollen (Bultmann, et al., 2009).

## **5.2 Metodiske begrensninger**

Fokusgruppeintervjuet ble vurdert som en hensiktsmessig metode for studiens mål (Malterud, 2001), da den samler inn kunnskap om personers meninger, tanker og erfaringer knyttet til temaer (Krueger & Casey, 2009). I denne studien var nettopp erfaringsbasert kunnskap det vi etterspurte. Alle fokusgruppeintervjuene fant sted på informantenes arbeidsplass, med unntak av intervjuene som besto av informanter fra ulike arbeidsplasser. Et av disse intervjuene ble holdt i forskernes lokaler, mens de to andre ble holdt i et kommunalt lokale. For de som hadde intervjuet i sitt daglige miljø kan dette ha bidratt til å skape en trygghet for informantene (Smith, 2008), og gitt riktige rammer for å diskutere temaet ut fra egne referanserammer (Kvale, 2009).

For å sikre validiteten ble alle intervjuene utført etter samme intervjuguide. Formuleringene på oppfølgingsspørsmålene var tilnærmet lik i intervjuene, og de samme tre forskerne gjennomførte alle intervjuene (Krueger & Casey, 2009). Verifiseringsspørsmål ble stilt for å forsikre at informantenes utsagn ble forstått riktig (Krueger & Casey, 2009). Fokusgruppeintervjuer er ikke en metode som en kan generalisere på grunnlag av rent statistisk (Krueger & Casey, 2009). Imidlertid er det fullt mulig å generalisere mer teoretisk, og resultatene synes å kunne være overførbare til det Norske arbeidslivet, men også i en viss utstrekning til sykmeldte i Norden og andre vestlige land. En styrke for validiteten er også at alle intervjuene bortsett fra ett ble transkribert av samme person.

## 6 Referanser

- Airaksinen, O., Hildebrandt, J., Mannion, A. F., Ursin, H., Brox, J. I., Klaber-Moffett, J., et al. (2006). European guidelines for the management of chronic non specific low back pain. *European Spine Journal*, 15(2), s192-s300.
- Anderssen, S. A., & Stromme, S. B. (2001). [Physical activity and health--recommendations]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121(17), 2037-2041.
- Anema, J. R., Cuelenaere, B., van der Beek, A. J., Knol, D. L., de Vet, H. C., & van Mechelen, W. (2004). 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. *Occup Environ Med*, 61(4), 289-294.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, H. C., Knol, D. L., Loisel, P., et al. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32(3), 291-298; discussion 299-300.
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Urlings, I. J., Bongers, P. M., de Vroome, E. M., & van Mechelen, W. (2003). Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: a future challenge? *Am J Ind Med*, 44(3), 273-281.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Barlow, D. H. (2005). What's new about evidence-based assessment? *Psychol Assess*, 17(3), 308-311.
- Brage, S., Ihlebæk, C., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 23.
- Brage, S., & Laerum, E. (1999). [Spinal disorders in Norway--an epidemiological report]. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119(11), 1619-1623.
- Bultmann, U., Sherson, D., Olsen, J., Hansen, C. L., Lund, T., & Kilsgaard, J. (2009). Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*, 19(1), 81-93.
- Burton, A. K., Balaguè, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., et al. (2004). Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain. 15, 136-168.
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract*, 53(488), 231-239.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2009). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil*, 32(8), 607-621.

- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability And Rehabilitation*, 32(8), 607-621.
- Driessen, M. T., Proper, K. I., Anema, J. R., Bongers, P. M., & van der Beek, A. J. (2010). Process evaluation of a participatory ergonomics programme to prevent low back pain and neck pain among workers. *Implement Sci*, 5, 65.
- Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q. N., & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil*, 12(3), 191-204.
- Duriau, V. J., Reger, R. K., & Pfarrer, M. D. (2007). A Content Analysis of the Content Analysis Literature in Organization Studies: Research Themes, Data Sources, and Methodological Refinements. *Organizational Research Methods*, 10(1), 5-34.
- Flor, H., & Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *J Consult Clin Psychol*, 61(4), 653-658.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*, 15(4), 607-631.
- Franche, R. L., & Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil*, 12(4), 233-256.
- Gard, G., & Soderberg, S. (2004). How can a work rehabilitation process be improved? a qualitative study from the perspective of social insurance officers. [Article]. *Disability and Rehabilitation*, 26(5), 299-305.
- Garg, A., & Owen, B. (1992). Reducing back stress to nursing personnel: an ergonomic intervention in a nursing home. *Ergonomics*, 35(11), 1353-1375.
- Gatchel, R. J., Polatin, P. B., & Mayer, T. G. (1995). The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine (Phila Pa 1976)*, 20(24), 2702-2709.
- Gatchel, R. J., & Rollings, K. H. (2008). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *Spine J*, 8(1), 40-44.
- Giannantonio, C. M. (2010). Review of Content analysis: An introduction to its methodology (2nd ed.). *Organizational Research Methods*, 13(2), 392-394.
- Hagen, E. M., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2000). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(15), 1973-1976.
- Haldorsen, E. M. H., Indahl, A., & Ursin, H. (1998). Patients With Low Back Pain Not Returning to Work: A 12-Month Follow-up Study. *Spine*, 23(11), 1202-1207.

- Haugli, L., Hagen, E. M., Teige, H., Andersen, Ø., Kristoffersen, O. J., Valla, G. L., et al. (2010). Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge idag - hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*(4).
- Hayden, J. A., van Tulder, M. W., Malmivaara, A., & Koes, B. W. (2005). Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*(3), CD000335.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health, 30*(1), 20-29.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., et al. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD002193.
- Karrholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A., & Schuldt, K. (2006). Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. *Disability and Rehabilitation, 28*(7), 457-467.
- Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *British Medical Journal, 332*, 1430 - 1434.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lambeek, L., Anema, J., van Royen, B., Buijs, P., Wuisman, P., van Tulder, M., et al. (2007). Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study [ISRCTN28478651]. *BMC Public Health, 7*, 254-254.
- Lambeek, L. C., Anema, J. R., van Royen, B. J., Buijs, P. C., Wuisman, P. I., van Tulder, M. W., et al. (2007). Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study [ISRCTN28478651]. *BMC Public Health, 7*, 254.
- Lambeek, L. C., Bosmans, J. E., Van Royen, B. J., Van Tulder, M. W., Van Mechelen, W., & Anema, J. R. (2010). Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ, 341*, c6414.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Can J Occup Ther, 62*(5), 250-257.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L., et al. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine (Phila Pa 1976), 22*(24), 2911-2918.

- Loisel, P., Durand, M. J., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N., & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. *Clin J Pain, 19*(2), 105-113.
- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., et al. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med, 51*(9), 597-602.
- Loisel, P., Durand, P., Diallo, B., Vachon, B., Charpentier, N., & Labelle, J. (2003). From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *The Clinical Journal of Pain, 19*, 105-113.
- Loisel, P., Falardeau, M., Baril, R., Jose-Durand, M., Langley, A., Sauve, S., et al. (2005). The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Disabil Rehabil, 27*(10), 561-569.
- Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, S., & Abenhaim, L. (2001). Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Appl Ergon, 32*(1), 53-60.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet, 358*(9280), 483-488.
- Natvig, B., Bruusgaard, D., & Eriksen, W. (2001). Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study. *J Rehabil Med, 33*(1), 21-25.
- NAV. (2010). Sykefraværstatistikk. Retrieved from <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Sykefrav%C3%A6rstatistikk>
- Regjeringen. (2010). Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv 2010 - 2013. from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitikk/inkluderende\\_arbeidsliv.html?id=947](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitikk/inkluderende_arbeidsliv.html?id=947)
- Richardson, R. D., & Engel, C. C., Jr. (2004). Evaluation and management of medically unexplained physical symptoms. *Neurologist, 10*(1), 18-30.
- Rikstrykdeverket. (2004). *Trygdestatistisk årbok*. Oslo.
- Schaafsma, F., Schonstein, E., Whelan, K. M., Ulvestad, E., Kenny, D. T., & Verbeek, J. H. (2010). Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*(1), CD001822.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage.
- Staff, P. H. (2009). *Når plager blir sykdom - Kognitiv behandling ved sammensatte lidelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.



- Steenstra, I. A., Anema, J. R., Bongers, P. M., de Vet, H. C., Knol, D. L., & van Mechelen, W. (2006). The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare. *Occup Environ Med*, 63(11), 718-725.
- Steenstra, I. A., Ibrahim, S. A., Franche, R. L., Hogg-Johnson, S., Shaw, W. S., & Pransky, G. S. (2010). Validation of a risk factor-based intervention strategy model using data from the readiness for return to work cohort study. *J Occup Rehabil*, 20(3), 394-405.
- Tellnes, G., & Bjerkedal, T. (1989). Epidemiology of sickness certification--a methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway. *Scand J Soc Med*, 17(3), 245-251.
- Tjulin, A., Stiivne, E. E., & Ekberg, K. (2009). Experience of the Implementation of a Multi-Stakeholder Return-to-Work Programme. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 409-418.
- Turner, J. A., & Jensen, M. P. (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 52(2), 169-177.
- van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Verhagen, A. P., Ostelo, R. W., Koes, B. W., & van Tulder, M. W. (2010). Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 24(2), 193-204.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., et al. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD006955.
- van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Schonstein, E., Loisel, P., et al. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*(2), CD006955.
- van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T., Hutchinson, A., et al. (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(2), s169-s191.
- van Tulder, M., Koes, B., & Bombardier, C. (2002). Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 16(5), 761-775.
- Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D. L., Simon, G., Saunders, K., et al. (2005). Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain*, 113(3), 331-339.
- Waddell, G. (1987). 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 12(7), 632-644.
- Waddell, G. (1993). How patients react to low back pain. *Acta Orthop Scand Suppl*, 251, 21-24.
- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2003). Chronic diffuse musculoskeletal pain, fibromyalgia and co-morbid unexplained clinical conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 17(4), 563-574.

Aarø, L. E., Haugland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O., & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 121, 2923-2927.

Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake - Kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aas, R. W. (2009). *Raskt tilbake: kunnskapsbasert rehabilitering av sykmeldte*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## **Vedlegg**

## Vedlegg 1

### Case-metoden: Kunnskapsbasert oppfølging av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager

#### Hva er Case-metoden?

Casemetoden er en tidlig intervensjonsmetode. Den skal ikke erstatte forebygging eller arbeidsgivers oppfølging. Den skal være en lav-terskel-metode, og det vil være sentralt i metoden at riktig skyts settes in i riktig sak, altså at en bruker ressurser på en hensiktsmessig måte.

#### Mål for case-metoden

Målet for case-metoden er å:

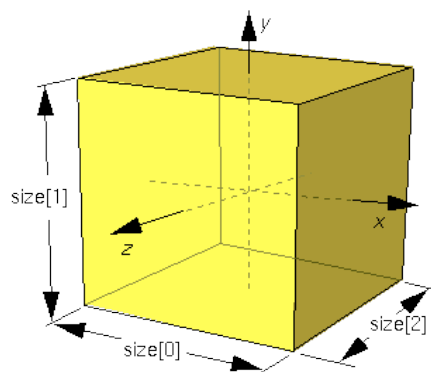
1. Organisere *de gode helperne* bedre
2. Bistå hovedaktørene
  - 2.1. Bistå arbeidsgiver og **leder** i oppfølgingsprosessen med kompetanse og koordinering
  - 2.2. Bistå den **sykmeldte** under trygg taushetsplikt og forskningsbasert kompetanse om kunnskap om muskel- og skjelettplager og om effektive tilbakeføringstiltak.

#### Bakgrunn for case-metoden

Case-metoden skal være en kunnskapsbasert metode, og er utviklet på grunnlag av det forskningen har vist fungerer for målgruppen. Følgende kunnskapsbaserte modeller og tiltak fra praksisfeltet har blitt brukt som grunnlag for case-metoden: Sherbrooke-modellen, aktive tiltak, kognitiv tilnærming, brief intervention, guidelines, participatory ergonomics (redegjort for i bakgrunnsdel i rapporten).

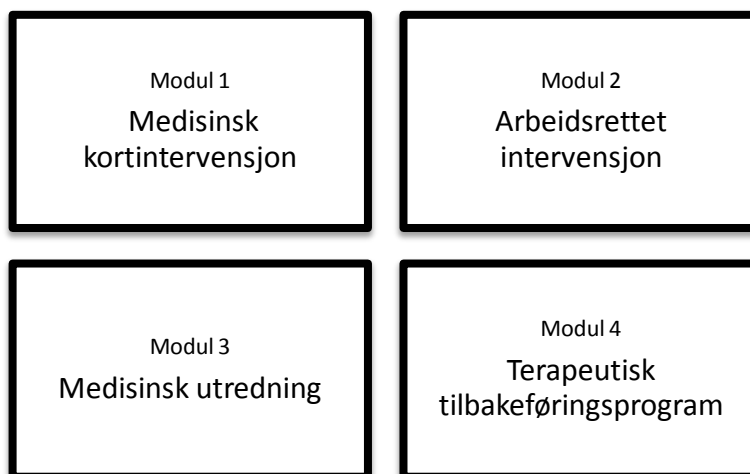
*Figur A. Illustrasjon.*

*Kunnskapsgrunnlaget argumenterer for en metode som innebærer kontinuitet, koordinering, kompetanse, kommunikasjon, samtidighet og skreddersøm.*



## Case-metodens oppbygning

Case-metoden består av fire påfølgende moduler (se figur A).



Figur B. Case-metodens 4 moduler

De fire modulene er utdypet i tabell C (modul 1 og 2) og D (modul 3 og 4)

Tabell C. Detaljert oversikt over modul 1 og 2

	<b>Modul 1</b> <b>Medisinsk kortintervensjon</b>	<b>Modul 2</b> <b>Arbeidsrettet intervensjon</b>
<b>Når bør det skje noe?</b>	Fra dag 1 og inntil 2 ukers sykmelding	Fra 2- 4 ukers sykmelding og frem til 8 ukers sykmelding
<b>Hva bør gjøres (innhold)?</b>	<b>Fokus: Helsesituasjonen.</b> Legeundersøkelse (brief intervention). Trygge den sykmeldte, drive "forsikring" (reassurance), dvs. at det ikke er farlig å være i arbeid og aktivitet, og at smertene er ufarlige. Råd: Være i aktivitet. Fraråde sengeleie. Medisinering ved behov/korte intervaller: Paracetamol, NSAIDs, muskelavslappende	<b>Fokus: Fraværssituasjonen.</b> Arbeidsplassvurdering/ funksjonsvurdering/ arbeids- evnevurdering. Arbeidstaker og arbeidsgiver-involvering! Deltagende ergonomi. Fokus på fysisk, sosialt og holdning- smessig arbeidsmiljø. Aktivitets-analyse. Er de noe i arbeidsmiljøet, i arbeids- oppgavene og på arbeidsplassen som kan endres for å fremme tilbake-føring? Bistå leder generelt og i med oppfølgingsplan. Ukentlig kontakt med sykmeldt.
<b>Hvem bør bistå (god hjelper)?</b>	Fastlege / bedriftslege	Ergoterapeut. Dialog med alle aktører (arbeidsplass, NAV, helsetjenesten) På arbeidsplass
<b>Hvor bør det skje?</b>	I helsetjenesten /Raskere tilbake- kontor	På arbeidsplass
<b>Koordinering av tilbudet</b>	Koordinering opp mot arbeidsrettet intervensjon	Koordinator for "hjelperne" overfor arbeidsplass og nærmeste leder. Koordinering opp mot NAV og medisinsk intervensjon.

Tabell D. Detaljert oversikt over modul 3 og 4

	<b>Modul 3</b> <b>Medisinsk utredning</b>	<b>Modul 4</b> <b>Terapeutisk tilbakeføringsprogram</b>
<b>Når bør det skje noe?</b>	Etter 8 uker	Fra 10 uker
<b>Hva bør gjøres (innhold)?</b>	<b>Fokus: Årsaker til smertene.</b> Medisinsk utredning. Avdekke at det ikke er sykdom. Hvis negative resultater: Alle involverte skal trygge den sykmeldte videre, drive "forsikring" (reassurance), dvs. at det ikke er farlig å være i arbeid og aktivitet, og at smertene er ufarlige. Evt. fortsette medisiner i intervaller. Ved påvist sykdom: Fortsette medisinsk utredning/ behandling	<b>Fokus: Varig tilbakeføring.</b> Kognitiv terapeutisk tilnærming, med fokus på takling/ mestring av smerter, ufarliggjøring (pain fear avoidance). Intensiv fysisk trening. Fokus på krav hjemme og på jobb, og kontroll og prioritering av disse. Opplæringstilbud: Ryggskole, aktivitetsmestring og stressmestring
<b>Hvem bør bistå (god hjelper)?</b>	Fastlege og evt. legespesialister, fysioterapeut og evt. kiropraktor	Tverrfaglig team med fysioterapeut, lege, psykolog, ergoterapeut (koordinator) som jobber opp mot arbeidsplassaktørene, NAV ALS og NAV-kontor involveres, blant annet ved definisjon av tiltakspakken
<b>Hvor bør det skje?</b>	I helsetjenesten / Raskere tilbake-kontor	På klinikk, arbeidsplass
<b>Koordinering av tilbudet</b>	Koordinering opp mot koordinator og team (se modul 4)	Helhetlig koordinering av alle deltagere og andre aktører (NAV, Helsetjenesten, Arbeidsplass)