

Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for om pasientene kommer tilbake i jobb eller ikke?

Sammendrag

Bakgrunn:

I Norge utgjør personer med smerter i muskel- og skjelettapparatet en stor andel av antallet sykemeldte og uføretrygdede. De som arbeider med fysisk krevende arbeid og som opplever lite støtte fra nærmeste leder, er i en risikosone for langtidssykemelding. Forskning viser at tilrettelegging og tiltak på arbeidsplassen samt leder har en positiv innvirkning på den sykemeldtes arbeidslivsdeltagelse. For å oppnå et best mulig resultat anbefales det i forskningslitteraturen å benytte en tverrfaglig modell for tilbakeføring. Den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen skal være koordinert og skreddersydd. Denne artikkelen presenterer en pågående studie der man ønsker å utvikle en modell innenfor ICF for å evaluere en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen.

Metode/design:

I denne studien mottar deltagere med langvarige plager i muskel- og skjelettapparatet tverrfaglig rehabilitering ved Hernes Institutt (HI) som ble utvidet med systematisk oppfølging ute på arbeidsplassen etter avsluttet opphold ved HI. Det ble gjennomført arbeidsplassbesøk mens pasienten var på HI, samt tre måneder og seks måneder etter avsluttet opphold. Studien er lagt opp som en langsgående evalueringsstudie med seks målepunkter; ved oppstart av rehabilitering, planlegging av ordinært arbeidsplassbesøk, ordinært arbeidsplassbesøk, tre måneder etter avsluttet rehabilitering, seks måneder etter avsluttet rehabilitering og ett år etter avsluttet rehabilitering. I studien benyttes spørreskjema, og det gjennomføres samtaler med deltagerne og deres arbeidsgivere.

Diskusjon:

Forskning viser at intervensjon på arbeidsplassen er med på å redusere sykefraværet, og at oppfølging på arbeidsplassen i form av tilrettelagt aktivitet og tiltak på arbeidsplassen øker muligheten for å komme tilbake i jobb. Pasientene har en relativt lang sykefraværsperiode før ankomst til HI, i gjennomsnitt 77,6 uker. Det bør derfor settes i gang tiltak for å hjelpe denne gruppen tilbake i jobb og for å lykkes med å øke pasientenes arbeidsevne. Med dette prosjektet håper man å kunne oppnå at pasientene i økende grad kommer tilbake i jobb eller øker sin arbeidslivsdeltagelse.

AV KRISTIN HAUGEN, JOHN H. STRUPSTAD, OLE JO KRISTOFFERSEN, HILDE NITTEBERG TEIGE OG CAMILLA IHLEBÆK



Hernes Institutt (HI) er en spesialinstitusjon innen arbeidsrettet rehabilitering. Institusjonen har cirka 30 årsverk, og behandler cirka 270 pasienter per år. Et opphold varer i gjennomsnitt cirka seks uker. HI hjelper mennesker med langvarige plager i muskel-/skjelettapparatet som er eller står i fare for å bli sykemeldt. Målet er at mennesker i økende grad kommer tilbake i jobb eller øker sin arbeidslivsdeltakelse på tross av sine helseplager. Behandlingstilbudet går ut på å øke menneskers forutsetninger for å være i arbeid og å hjelpe pasienten, arbeidsgiver, NAV og andre aktuelle samarbeidspartnere med tilrettelegging for arbeidslivsdeltakelse. Se hjemmesiden for mer informasjon: www.hernesinstitutt.no

Bakgrunn

Arbeidslivsdeltakelse i Norge

Regjeringen har en visjon om at Norge skal være verdens mest inkluderende samfunn. Alle skal, uavhengig av økonomi og sosial bakgrunn, ha like muligheter og plikter til å delta i samfunnet og arbeidslivet (1). Denne visjonen ble konkretisert blant annet i

Nasjonal Helseplan 2007 - 2010 (2) som kom i statsbudsjettet 2006 - 2007. Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001 (3) beskriver at mennesker med behov for rehabiliteringstjenester skal ha dette nærmest mulig den enkeltes vante miljø (3).

Muskel- og skjelettplager i Norge

I Norge vil 75 - 80 prosent av befolk-



Kristin Haugen er ergoterapeut ved Hernes Institutt. E-post: kristin@hernesinstitutt.no



John H. Strupstad, forskningsleder Hernes Institutt.



Ole Jo Kristoffersen, utviklingsleder Hernes Institutt.



Hilde Nitteberg Teige er overlege ved Hernes Institutt.



Camilla Ihlebæk er professor ved Helse UMB. Forskergruppe for Natur, helse og livskvalitet, IHA, UMB og forskningsleder II ved Uni helse, Bergen.

ningen ha opplevd smerter i muskel- og skjelettapparatet i en eller annen form siste måned (4), og 51 prosent av befolkningen rapporterer muskel- og skjelettplager med varighet i tre måneder eller mer siste år (5). Muskel-/skjelettlidelser er en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføretelser (6). Muskel- og skjelettplager utgjorde 40,2 prosent av det legeomeldte sykefraværet i fjerde kvartal 2010, og 28 milliarder kroner ble i 2002 benyttet til sykepenger, attføring og uførepensjon for denne gruppen sykmeldte (7, 8). Ufaglærte og ansatte med lav utdanning har høyest sykefravær, og kvinner har nesten dobbelt så høy risiko for langtidsfravær som menn. Fysisk krevende arbeid, skiftarbeid og å oppleve lite støtte fra nærmeste leder er forhold ved arbeidssituasjonen som øker risikoen for langtidsfravær (9).

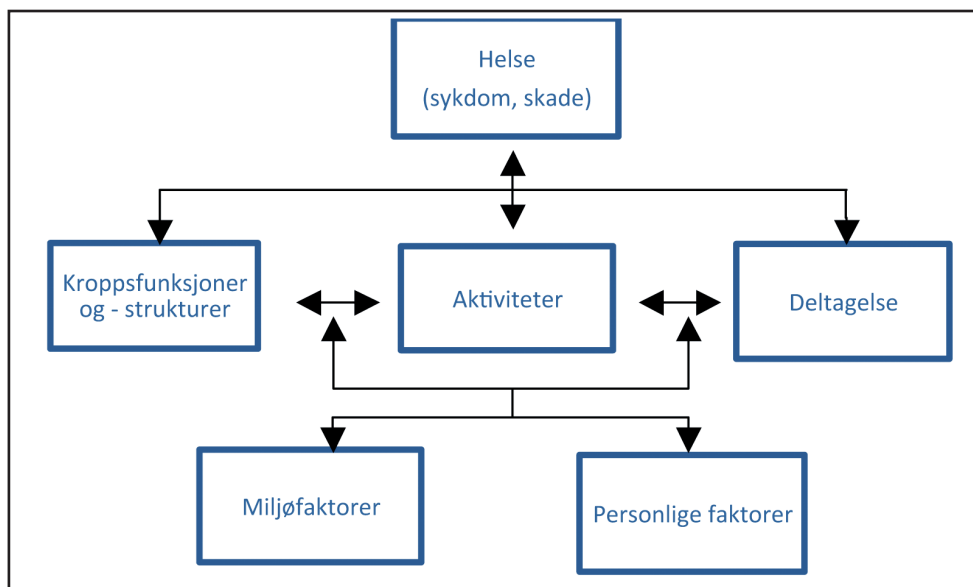
Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) har som mål å rehabilitere den sykmeldte tilbake til eller øke deltakelse i arbeidslivet. For å nå dette styrkes den enkeltes arbeidsevne og evne til å mestre sine helsemessige utfordringer (10). Arbeidslivsdeltakelse er en av de viktigste bærebjeltene i menneskers liv, og arbeid er en arena for mestring og bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter, som i seg selv fremmer arbeidsevnen (1,10).

Kompetansesenterets fagråd i arbeidsrettet rehabilitering beskriver ARR som en tidsavgrenset, planlagt prosess med klare mål og virkemidler. Flere aktører (NAV, helsevesenet, arbeidsgiver) samarbeider om å legge til rette for at pasienten får den støtten det er behov for, for å oppnå best mulig funksjon, mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet (10). ARR er en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrettede tiltak (10). I Norge var det i 2010 38 rehabiliteringsinstitusjoner som hadde ARR-avtale med NAV eller med et regionalt helseforetak (10).

Tverrfaglig rehabilitering

Karjalainen et al. beskriver et tverrfaglig rehabiliteringsprogram som følger; Grundig utredning, kognitiv intervensjon, aktiv trening eller råd om



Figur 1 ICF: Gjensidig påvirkning mellom de ulike faktorene i ICF.

aktivitet med progresjon i programmet, kontakt med trygde- og/eller arbeidskontor og /eller arbeidsplassen. Dette resulterer oftere i friskmelding enn annen behandling for pasienter som fortsatt er sykmeldte etter åtte uker (11). Med mål om å bekjempe forekomsten av sykepenger og trygd ved kroniske ryggsmertor i Canada ble Sherbrooke-modellen utviklet i 1990-årene (12). Dette er en tverrfaglig modell som inkluderer både klinisk og ergonomisk tilnærming. Denne forskningen beskriver nytten av å jobbe i et tverrfaglig team og starte opp med tiltak rettet mot arbeidsplassen så tidlig som mulig. Rehabiliteringsprosessen skal skje i tett kontakt med arbeidsplassen, være systematisk og målrettet, inneholde progresjon, og det skal være skreddersøm (12). I kjølvannet av Sherbrooke-modellen ble det i 2009 gjennomført en studie i Danmark (13) hvor de så på effekten av en koordinert og skreddersydd arbeidsrettet rehabiliteringsprosess (coordinated and tailored work rehabilitation, CTWR). I denne studien beskrives et samarbeid mellom den sykmeldte, arbeidsplassen og helsevesenet. Studien viste at arbeidstakere som var sykmeldt fra fire til tolv uker, og som mottok CTWR, hadde færre sykefraværstimer enn kontrollgruppa, som mottok konvensjonell behandling (13). Med utgangspunkt i Sherbrooke-modellen ble det i 2007 gjennomført et RCT og en økonomisk evaluering for pasi-

enter med kroniske korsryggplager (14). Forskningen viste at flere yrkesrelaterte tiltak i primærhelsetjenesten rettet mot RTW viste en signifikant reduksjon av sykefraværet for ansatte med LBP (14).

Tilrettelegging på arbeidsplassen

Tilrettelagt aktivitet øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid (15). Sannsynligheten for tilbakevenning til arbeid reduseres i økende grad med sykefraværets lengde (15). For å forebygge arbeidsrelatert sykdom vil tiltak på arbeidsplassen kunne forebygge sykefravær (15). Tiltak på arbeidsplassen kan forebygge eller redusere sykefraværet når det er en ubalanse mellom individets ressurser og krav i jobb (16). Seks RCT-studier beskrevet i en oversikt fra Cochrane viste at det er moderat vitenskapelig dokumentasjon for at intervensjon på arbeidsplassen kan redusere sykefravær ved muskel- og skjelettplager, sammenliknet med vanlig oppfølging (17). Egen tro på bedring og arbeidsførhet er en sterk prediktor for tilbakeføring til arbeid. Det å få støtte i troen på vende tilbake i jobb har betydning for om man lykkes eller ikke (18,19).

International Classification and Function, Disability and Health

International Classification og Function, Disability and Health (ICF) (figur 1) var i 2001 en ny modell for helse og sykdom utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon

(WHO). ICF er et klassifiseringssystem og begrepsapparat som beskriver helse og helserelaterte tilstander. Menneskets funksjonsevne beskrives i dimensjonene kroppsfunksjon og struktur, aktivitet og deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer. Dimensjonen «personlige faktorer» er en del av modellen, men ikke en del av selve klassifikasjonen (20). ICF kan være et samlende begrepsapparat for ulike fagprofesjoner, samt ligge til grunn for tverrfaglig samarbeid (21). I rehabilitering og praktisk arbeid kan ICF være med på å gi en felles forståelse av helheten i virksomheten og fungere som en huskeliste for fagpersoner eller team (22). ICFs modell tydeliggjør faktorer man bør forholde seg til gjennom rehabiliteringen og hvordan disse faktorene påvirker hverandre gjensidig (22). ICF som begrepsapparat er et egnet verktøy i arbeidsrettet rehabilitering som tar for seg ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser (23). ICF legger til rette for kartlegging og intervensjon i alle dimensjonene (23) (Figur 1).

Målet med studien

Målet med studien er å evaluere hvordan en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen påvirker arbeidslivsdeltakelse. Begrepsapparatet i ICF benyttes i studien for å kartlegge den medisinske og den sosiale forståelsen av pasientens helsesituasjon og konsekvensen av denne. I den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen på HI kartlegges og intervensjon det i stor grad i alle ICFs dimensjoner, mens arbeidsplassbesøkene har fokus på dimensjonen omgivelser/miljø med mål om å øke arbeidslivsdeltakelse.

Metode og Design

Studiens design

I denne studien mottar deltakere med langvarige plager i muskel- og skjelettapparatet tverrfaglig rehabilitering ved HI og oppfølging ute på arbeidsplassen. Studien er en langsgående evalueringstudie med seks målepunkter: Målepunkt én ved oppstart rehabilitering, målepunkt to ved planlegging av ordinært arbeidsplassbesøk, målepunkt tre ved ordinært

arbeidsplassbesøk, målepunkt fire tre måneder etter avsluttet rehabilitering, målepunkt fem seks måneder etter avsluttet rehabilitering og målepunkt seks ett år etter avsluttet rehabilitering.

Det blir benyttet spørreskjema ved alle målepunkter. Ved målepunkt én til fire blir det benyttet spørreskjema og en representativ panelundersøkelse hvor hele utvalget blir målt på de samme tidspunktene med spørreskjema. Målepunkt seks er en retrospektiv undersøkelse (24).

Deltakelsen i studien påvirker ikke det ordinære behandlingstilbudet pasientene får; studien følger Helsinkideklarasjonen om forskningsetikk, og alle personopplysninger blir anonymisert og behandlet konfidensielt. Alle prosjektmedarbeidere har taushetsplikt. Det ble gitt tilrådning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst A (REK Sør-Øst A).

Deltagere

Pasientene ved HI er i yrkesaktiv alder (18 og 67 år) og kommer fra hele landet. Circa 61 prosent er menn, og cirka 39 prosent er kvinner, og de har lav formell utdanning (25). HIs målgruppe er personer med fysisk krevende yrker som skogbruk, jordbruk, mekanikere, elektrikere, snekkere, renholdere, helse og omsorgsarbeidere, lagerarbeidere, sjåførere, butikkarbeidere, barnehageansatte, ansatte i skolefritidsordning og andre serviceyrker. Pasientene har langvarige spesifikke og uspesifikke plager i muskel- og skjelettapparatet, ofte med tilleggs-lidelser som «lettere psykiske plager». Deltakerne i studien har et arbeidsforhold. I 2010 mottok i alt 228 pasienter behandling ved HI, hvorav 199 var sykmeldte ved ankomst. I gjennomsnitt hadde pasientene som ankom HI en sykmeldingslengde på 77,6 uker (26).

Datamaterialet i dette prosjektet er innhentet fra HI. Totalt ble cirka 286 pasienter invitert til å delta i studien. 102 pasienter ble forespurrt, og 49 deltakere takket ja.

Inkluderingsprosess

Alle pasienter som ankom HI for be-

handling fra og med 11. mars 2009 til og med 20. oktober 2010 med et arbeidsforhold, er inkludert i studien. Det ble gjennomført et informasjonsmøte på HI i første uke av oppholdet, hvor potensielle deltakere mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet. Pasienter som fylte inntakskriteriene og som ønsket å delta, mottok informert samtykke. Etter at informert samtykke var underskrevet, mottok deltakerne det første spørreskjemaet.

Intervensjon

Hernes Institutt (HI) er en spesialinstitusjon innen arbeidsrettet rehabilitering. Pasientene er personer som er langtidssykmeldte med kroniske muskel- og skjelettplager og med yrkesfering fra fysisk krevende yrker, med eller uten et arbeidsforhold. Behandlingsopplegget har fokus på fysisk aktivitet, mestring og arbeidstrening i en kognitiv adferdsterapeutisk kontekst. Et tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, atferdskonsulent, arbeidsinstruktør og idrettspedagog følger opp den enkelte pasient.

Behandlingstilbudet på HI karakteriseres som en tverrfaglig, arbeidsrettet, systematisk, progressiv og målrettet tilnærming med skreddersøm basert på en kognitiv adferdsrettet tilnæringsmodell der egeninnsats på tross av smerter står sentralt. Behandlingsstrukturen er basert på teorimodellen *Theory of change* (27) og *Readiness for return to work* (28). Den praktiske arbeidsrammen på institusjonen beskriver en innsats mot den sykmeldte, mot den sykmeldtes arbeidsplass, mot NAV og mot barrierer i omgivelsene. Strategiene er en samtidig innsats mot pasient og omgivelser og en progressiv innsats tilbake til arbeidslivet i tråd med Sherbrooke-modellens *Funksjonelle rehabiliterings-terapi* og *Terapeutisk tilbakeføring til arbeid* (29,11)

Utvidet oppfølging på arbeidsplassen

Ergoterapeut fra HI og arbeidsgiver diskuterer hvem som bør delta på møtet fra eksterne samarbeidspartnere (bedriftshelsetjeneste, IA-kontakt, Landbrukets HMS-tjeneste og lig-

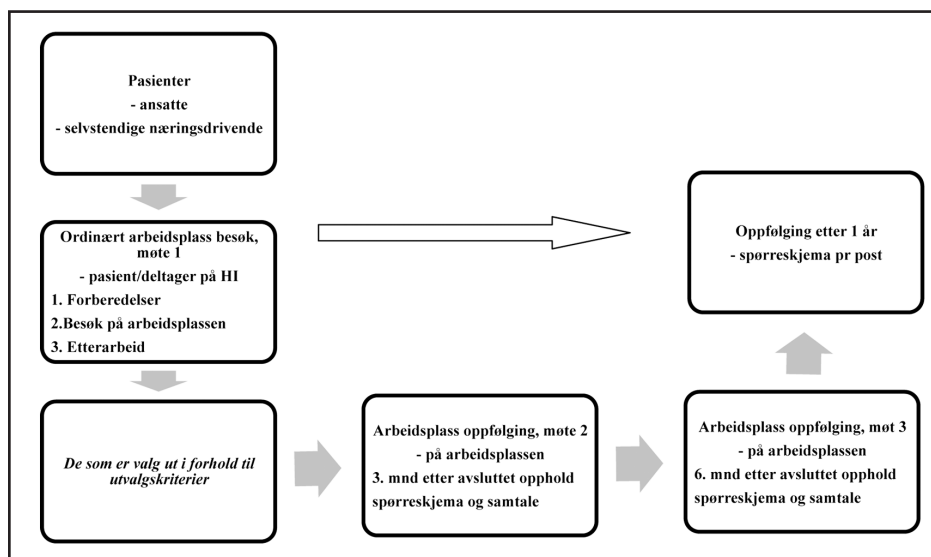
nenne), og interne samarbeidspartnere (bedriftens HMS-ansvarlige, verneombud, avdelingsleder og lignende). Hvem som deltar fra HI (arbeidsinstruktør, fysioterapeut og/eller attføringskonsulent), blir avgjort internt. Ergoterapeut har ansvar for å skriftliggjøre tiltak, ansvarsfordeling og konklusjon i form av en rapport etter hvert arbeidsplassbesøk. Deltakerne i studien deltar i det ordinære rehabiliteringstilbudet ved HI, hvor alle pasienter får tilbud om et arbeidsplassbesøk (ordinært arbeidsplassbesøk). Deltakerne i denne studien får i tillegg et utvidet tilbud. Her får de oppfølging tre måneder (arbeidsplassoppfølging, møte 2) og seks måneder (arbeidsplassoppfølging, møte 3) etter avsluttet opphold. Disse blir gjennomført ute på arbeidsplassen, og deltakerne deltar på alle tre arbeidsplassbesøkene (figur 2).

Datainnsamling

Deltakerne i denne studien fyller ut et eget spørreskjema som er satt sammen for dette prosjektet, og med hensyn på å fange opp flere av dimensjonene som inngår i ICF-modellen. Worker Role Interview (WRI), Work Environment Impact Scale (WEIS), «Fear Avoidance Beliefs Questionnaire» (FABQ), ARR-registrering, krav/kontroll, tro på egen bedring, hvordan man ser på egen arbeidssituasjon, EVA-ergonomi med spørsmålene om helse, trivsel og funksjon er måleinstrumenter som ble benyttet i prosjektet. HI har selv utviklet spørsmål for å supplere disse instrumentene. Et eget skjema ble benyttet for deltakeren og et annet for arbeidsgiver ved arbeidsplassoppfølgningene

Som grunnlag for forberedelse for arbeidsplassbesøk blir *Worker Role Interview (WRI)* og *Work Environment Impact Scale (WEIS)* benyttet.

Frykt for smerter blir målt med «*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*» (30). Fear-avoidance beliefs (FAB) beskriver teorien om frykt og unngåelsesadferd. Smerte beskrives som et tegn på skade eller sykdom, hvor all aktivitet som kan forårsake smerte bør unngås. Hos personer med kroniske smertetilstander fører FAB til nedsatt funksjon (31). FABQ er utarbeidet for å måle frykt for smerter



Figur 2 : Design: Viser hva som skjer fra pasientene kommer til HI, avslutter oppholdet og ett år etterpå.

og unngåelsesadferd ved fysisk aktivitet og arbeid. Det er først og fremst utarbeidet for mennesker med ryggsmertor. Norsk versjon består av to deler hvor den første handler om fysisk aktivitet (fem påstander) og andre del tar for seg jobb (elleve påstander) (18).

ARR-registreringen er utarbeidet på bakgrunn av erfaringer fra de ulike ARR-institusjonene i Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (AIR). Dette gir informasjon om demografiske data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger (yrke, sykemeldingslengde med mer).

Krav/kontroll blir målt ved hjelp av Karasek og Theorells spørreskjema (32). Tro på egen bedring blir målt for å finne ut i hvor stor grad arbeidsgiveren, deltakeren selv, familie, arbeidskollegaer, arbeidsleder og behandlende lege har tro på at han/hun kommer tilbake i jobb.

EVA-Ergonomi v2. Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering. Eva-Ergonomi står for Evaluering av Arbeidets Ergonomiske forhold. Dette er et verktøy som er delt inn i tre ulike deler, og som er utviklet for å avdekke utfordringer og risikofaktorer for dataarbeidsplasser. Dette kan være et instrument som benyttes som støtte under arbeidsplassvurderinger (33). I studien ble det valgt ut to variabler fra del én: helse, trivsel og funksjon. Del én inneholder spørsmål angående jobbtrivsel og generelt om arbeidsfor-

hold som er relevante å benytte ved yrker med tungt fysisk arbeid. Det ble innhentet tillatelse fra Randi Wågø Aas om å benytte variabler fra EVA-Ergonomi V2 i dette prosjektet.

Hvordan ser du på din egen arbeidssituasjon, et spørsmål som er tatt ut fra et spørreskjema og arbeidsmateriale godkjent av Vesterbotten Läns Landsting. Dette spørreskjemaet deles ut til de som sykmeldes eller står i fare for å bli sykmeldt. Spørreskjemaet er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av Annie Hansen Falkdal (PhD, prosessleder Sjukskrivningsprosess og Rehabiliteringsgarantin), Curt Edlund (PhD, socialforsikringsforsker), Marine Stuesson (arbeidsterapeut-doktorand) og Sonya Hörnqwist Bylund (PhD arbeidsmiljøforsker). Dette spørsmålet er blitt benyttet i «Sjukskrivnas ressurser och hinder för återgång i arbete, viktiga faktorer för tidlig bedömning» og beskrives som individets egen tro (Belief), pasientens tro på sin egen evne til å kunne jobbe igjen (hel-/deltid, i nåværende eller annen jobb) (19). Det ble gitt tillatelse av Annie Hansen Falkdal til å benytte dette spørsmålet i vårt prosjekt. HI oversatte spørsmålet til norsk, og i tillegg ble det utviklet en variant hvor spørsmålene ble tilpasset for å måle arbeidsgivers syn på arbeidssituasjonen for sin ansatte.

Kartlegging etter ett år er utviklet ved HI. Dette skjemaet ble benyttet til å måle arbeidslivsdeltagelsen tolv

måneder etter avsluttet opphold for alle pasienter ved HI. Pasienten/deltakeren fikk spørsmål om forhold i og på jobb, ansettelsesforhold og stillingsstørrelse, friskmeldt/ikke friskmeldt, ventetid etter avsluttet opphold på HI og spørsmål om oppholdet ved HI.

Utfallsmål

«Tilbake i jobb» (return to work) er et overordnet mål med ARR. I studien blir *Kartlegging etter ett år* benyttet for å registrere om deltakeren er i samme arbeidsforhold, i samme arbeidsforhold med nye arbeidsoppgaver, i nytt arbeid hos ny arbeidsgiver eller arbeidsledig. Stillingsstørrelse blir registrert i prosent for dem som har eller er i arbeid. Det registreres om pasienten er fullt friskmeldt eller ikke. Dersom pasienten ikke er friskmeldt, blir det registrert om han/hun er under medisinsk behandling, under omskolering, delvis eller gradert friskmeldt, på gradert trygd eller helt ufør. Ovennevnte måleverktøy vil bli benyttet for å belyse spørsmålene:

1. Endres tro på egen bedring og tro på videre deltakelse i arbeidslivet, jobbtrivsel, kontroll over arbeidssituasjon og belastning, følelsen av å bli verdsatt, og smerterelatert frykt i løpet av oppfølgingen?
2. Kommer de som viser en positiv endring på disse variablene, i større grad tilbake i arbeid enn de som ikke viser endring?
3. Hva oppleves av deltaker å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse?
4. Hvordan evaluerer deltaker den forsterkede oppfølgingen?
5. Hva oppleves av arbeidsgiver å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltakelse?
6. Hvordan evaluerer arbeidsgiver den forsterkede oppfølgingen?

Diskusjon

Hensikten med denne studien er å evaluere om oppfølging og arbeidsplassbesøk for pasienter ved HI har betydning for om pasientene kommer tilbake i jobb eller ikke, samt en utprøving av hvordan man i praksis kan lage en skreddersøm opp mot samhandling og samtidighet mellom arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV.

ICF ligger til grunn for tverrfaglig samarbeid, benyttes for å sikre en helhetlig forståelse av våre pasienter (individ) og deres situasjon (omgivelsene), og er et nyttig vurderingsverktøy og prosessverktøy innenfor arbeidsrettet rehabilitering (23). Denne helhetlige forståelsen er svært nyttig i arbeidet inn mot pasientens arbeidsplass og i samarbeid med NAV og oss som representanter for helsevesenet for å lykkes med å få pasienten tilbake i jobb.

Pasientene har en relativt lang sykefraværperiode før ankomst til HI. Hunskaar et al. (15) hevder at sannsynligheten for å vende tilbake i arbeid reduseres i økende grad med lengden på sykefraværet. Skyldes dette tiden, eller skyldes dette noe annet? Kan det skyldes at helsevesenet har et symptomfokus samt tiltak rettet mot personer, i stedet for å ha fokus på funksjon, deltakelse og tiltak rettet mot omgivelsene? Eller kan det være at det skjer noe med oss behandlere fordi vi vet at sannsynligheten for ikke å komme tilbake i arbeid er stor, derfor blir heller ikke disse pasientene prioritert? Kan det være at tiden har tatt motet fra pasienten, men er motet tatt fra pasienten til evig tid, eller kan vi behandlere bidra med å løfte fram motet igjen? Det kan også være at pasienten trenger tid og å ha fokus på personlige faktorer før han/hun er i et parat stadium for å komme ut i jobb igjen. Uansett viser dette viktigheten av å sette i gang tiltak for å hjelpe denne gruppen tilbake i jobb, og for å lykkes med å øke pasientenes arbeidsevne.

Tiltakene rettes mot arbeidsplassen. Tidligere undersøkelser har vist at tilrettelagt aktivitet og tiltak på arbeidsplassen øker sannsynligheten for å vende tilbake i arbeid (15,16). I tillegg vil en samhandling mellom arbeidsplassen, helsetjenesten og NAV styrke muligheten for en friskmelding (11). HI vil sikre at rehabiliteringsprosessen skjer i tett kontakt med omgivelsene pasienten er i. Losiel et al. (12) anbefaler at denne rehabiliteringsprosessen skal være i tett kontakt med arbeidsplassen, systematisk, målrettet, skal inneholde progresjon, og at det er en skreddersøm. Under pasientenes opphold på HI fungerer HI som en koordinator i

samhandlingsprosessen mellom arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten (HI). Tidligere undersøkelser (1,11,15, 16) og erfaringer på HI støtter oppunder at tilbud om oppfølging og arbeidsplassbesøk vil ha betydning for resultatene i en ARR-prosess.

Styrker og svakheter ved studien

En styrke i studien er at det benyttes både spørreskjema og samtale med deltakerne og deres arbeidsgiver. Spørreskjemaene gir en kvantitativ strategi basert på tall, mens samtalene har en kvalitativ strategi som er basert på tekstdata. En svakhet ved denne studien er at det ikke er et randomisert kontrollert forsøk. Dette gjør at det ikke blir mulig å si noe om effekten av tiltaket. Prosjektet vil likevel gi verdifull informasjon i prosessen med å utvikle og implementere et nytt tiltak.

Mulige utfall av studien

Moderat vitenskapelig dokumentasjon viser at intervensjon på arbeidsplassen er med på å redusere sykefraværet ved muskel- og skjelettplager (17). Det er også blitt vist at oppfølging på arbeidsplassen i form av tilrettelagt aktivitet og tiltak på arbeidsplassen øker muligheten for å komme tilbake i jobb (14,15). Med en reduksjon i sykefraværet og økt mulighet for å vende tilbake i jobb forventes det at pasientene i økende grad kommer tilbake i jobb eller øker sin arbeidslivsdeltakelse.

Organisering av prosjektet

Prosjektleder er Camilla Ihlebæk, professor ved Helse UMB.

Forskergruppe for Natur, helse og livskvalitet, IHA, UMB og forskningsleder II ved Uni helse, Bergen.

Referansegruppen består av Monica Lillefjell, PhD-leider for Beste Praksis-avdelingen ved Senter for Helsefremmende Forskning HiST/NTNU, Maths Johansson, direktør ved Hernes Institutt, og Ole Jo Kristoffersen, utviklingsleder ved Hernes Institutt. Faglig ansvarlig er Hilde Nitteberg Teige, overlege ved Hernes Institutt.

Prosjektgruppa består av Ole Jo Kristoffersen, utviklingsleder ved Hernes Institutt, og Kristin Haugen,

ergoterapeut ved Hernes Institutt.

Konkurrerende interesser

Kristin Haugen og Camilla Ihlebæk har vært involverte i utviklingen av studiens design. Camilla Ihlebæk er ansvarlig for studien, og John S. Strupstad er ansatt på HI og deltar i arbeidet med sluttrapport og artikkel-skriving. Alle forfattere har lest og korrigert utkastet og godkjent det endelige manuskriptet.

Forfatters konkurrerende interesser

Kristin Haugen er ansatt ved HI og har vært ansvarlig for gjennomføringen av studien. Det bør vurderes om en ansatt i bedrift eller institusjon ivaretar objektiviteten godt nok når et prosjekt omhandler egen arbeidsplass.

Opphavsrett

Finansieringen av prosjektet er et samarbeid med midler fra Helse- og sosialdirektoratet, gjennom «Prosjektmidler til omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner – kap. 726 post 71» og Hernes Institutt. □

Referanser

1. St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og Helsedepartementet. Publiseringssdato 11.12.1998
2. Nasjonal Helseplan (2007 - 2010) Særtrykk av St. prp nr. 1 (2006-2007) kapittel 6
3. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). Hjemmesiden til Lovdata. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.htm>. Publisert 28.06.2001. Besøksdato 12.11.2008
4. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. 2010. Forekomst av muskelskjelettlidelser i Norge. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 130(23): 2365-8.
5. Holth HS, Werpen HK, Zwart JA et al. Physical inactivity is associated with chronic musculoskeletal complaints 11 years later: results from the Nord-Trøndelag Health Study. BMC Musculoskeletal Disord 2008; 9: 159
6. Brage S, Ihlebæk C, Natvig B, Bruusgaard D. 2010. Muskel- og skjelettlidelser som årsak til sykefravær og uføreytelser. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 130(23): 2369-70.
7. Ihlebæk C, Lærum E. Plager flest – koster mest, muskel- og skjelettlidelser i Norge. Rapport nr 1/2004. Oslo: Nasjonal Ryggnettverk – Formidlingsenheten, 2004.
8. Sørfjord L. (2008) Høyest sykefravær blant lavt utdannede. Hjemmesiden til statens arbeidsmiljøinstitutt www.satmi.no, <http://www.stami.no/?nid=35684&lcid=1044>. Publisert 19.11.2008. Besøksdato 2.12.2008
9. Forskrift om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging for sykmeldte arbeidstakere(2007). Hjemmesiden til Lovdata www.lovdata.no. http://www.lovdata.no/cgiwift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20070328_0360.html. Publisert 30.03.2007. Besøksdato 12.11.2008
10. Haugli L, Hagen E.M, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL. et al. Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge i dag- hvor står vi og hvor går vi? Utposten 2010(4)
11. Karjalainen KA., Malmivaara A, van Tulder MW, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes BW.(2003/2008) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2008 (Status in this issue Edited). This version first published online: 22 April 2003 in Issue 2, 2003. Re-published online with edits: 8 October 2008 in Issue 4, 2008. Last assessed as up-to-date: 30 January 2003
12. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. Occup Environ Med 1994 sept; 51(9):597-602
13. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and Tailored work rehabilitation: a randomized controlled trail with economic evaluation undertaken with eorkers on sick leave due to musculoskeletal disorder. J Occup Reahabil 2009 Mar; 19(1):81-93
14. Lambeek LC, Anema JR, van Royen BJ, Buisj PC, van Tulder MW, van Mechelen W Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: design of randomized controlled trail and cost-effectiveness study. BMC Public health. 2007 Sep 20;7:254
15. Hunskaar S, Fosse A, Hetlevik I, Hjortdahl P, Holtedal K, Sandvik H. *Allmenntidning*. 2002 Oslo: Gyldendal Akademiske,
16. Brusgaard D, Claussen B Ulike typer sykefravær. Tidsskr Nor legeforening 2010; 130; 1834-6
17. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC et al. Workplace interventions for preventing work disability. Cochrane Database Syst Rev 2009; nr 2: CD==&)% . Doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub2
18. Grotle M, Vollestad NK, Veierod MB, Brox JI fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. Pain 2004;112(3):343-52
19. Falkdal HA. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete: Viktiga faktorer för tidig bedömning. 2005 Uppsala, Sverige: Universitstryckeriet, trykkeri
20. Dahl T.H., Haugbølle J., Thanning G. Kapittel 7: Innsatsområder og klassifikasjoner. Borg T., Runge U. og Tjørnov J. "Basisbok i ergoterapi aktivitet og delta-gelse i hverdagslivet". 2003, Munksgaard Danmark, København
21. Ven J, Alsad T, Hofstad T. Utprøving og formidling av ICF – den internasjonale klassifikasjonen for funksjon, funksjonshemming og helse. KITH Informasjonsteknologi for Helse og Velferd. 2004. <http://www.kith.no/icf/>.
22. Vik K, Wekre LL, Vardeberg K og Skogan AH. Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes, 2004 Bergen: Fagbokforlaget.
23. Fagrådet for AIR-Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. 2011. http://http://air.no/?a_id=899
24. Ringdal K. Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode 2009, Oslo: Fagbokforlaget
25. Strupstad JH, Ihlebæk CM, Espenes GA. Uspesifikke kroniske smertetilstander satt i en biopsykososial sammenheng og Forskjeller mellom Hernes Institutt og Attføringscenteret i Rauland, to institusjoner innen arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Utvikling av subjektiv helse, egenopplevd funksjon og frykt for smerter like før, like etter og 3 måneder etter behandling. En kvantitativ studie. 2010, Trondheim: NTNU
26. Hernes Institutt. Årsrapport. Hernes Institutt; 2011 (cited 2011) Available from: <http://www.hernesinstitutt.no/>.
27. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psycholl 1992 Sep; 47(9):1102-14
28. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, work place and insurance factors. J Occup Rehabil 2002 Dec; 12(4):233-56
29. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Sussia S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trail on back pain management. Spine (Phila Pa 1976) 1997 Dec 15; 22(24): 2911-8
30. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D Main CJ. A fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain 1993 feb; 52(2): 157-68
31. Geisser, ME. et al. Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain. J Occup Rehabil, 2003. 13(4): p. 256-76
32. Karasek R, Theorell T. 1990 Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
33. Aas R.W. EVA- Ergonomi v2:Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering. International Research Institute of stavanger, IRIS. 2007.