

Hvilken rolle har ergoterapeuten?

Raskere tilbake ved revmatismesykehuset Lillehammer

Det er av stor samfunnsøkonomisk interesse at utgiftene til sykelønn og uføretrygd går ned. Videre er det en allmenn oppfatning i vårt samfunn at deltagelse i arbeidslivet er et gode for den enkelte, blant annet for å motvirke ensomhet og styrke egenverd. I rehabilitering av personer med langvarige sykdommer understrekes betydningen av å fokusere på å bedre mestring samt tilrettelegge for at personer skal kunne delta i samfunnet, eksempelvis i arbeidslivet.

AV ELISABETH HASSELKNIPPE OG AUD RØNNINGEN

Innledning

På begynnelsen av 1990-tallet ble det inngått et samarbeid mellom arbeidsliv og myndigheter for å redusere sykefravær i Norge. Dette arbeidet ble videreført på 2000-tallet gjennom blant annet omfattende samorganisering av helse-, arbeids- og sosialetater i et felles organ, NAV, og det ble inngått et forpliktende samarbeid mellom NAV og arbeidsgivere gjennom avtale om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). I forlengelse av IA-avtalen besluttet Sykemeldingsutvalget høsten 2006 å støtte utvikling av tiltak rettet mot personer som mottar sykepenger, eller som står i fare for å bli sykmeldt av helsemessige årsaker (Raskere tilbake). Gjennom Raskere tilbake skal det gis mulighet for raskere spesialistbehandling. I denne forbindelse fikk de regionale helseforetakene i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å iverksette og gjennomføre avtaleordningen for helse og

rehabilitering. De pasientene det skulle satses på, var blant annet «pasienter med kronisk sammensatte tilstander hvor det ofte mangler objektive funn som forklarer tilstanden.»

Revmatismesykehuset Lillehammer søkte om og fikk innvilget midler til å starte tilbud finansiert gjennom Raskere tilbake-ordningen. Dette førte til at det i mars 2008 ble etablert et poliklinisk tilbud og i tillegg et tilbud om opphold ved sykehusets Lærings- og mestringsavdeling. Ved Revmatismesykehuset Lillehammer er det tradisjonelt et bredt tverrfaglig miljø. Det var derfor enighet om at teamet som skulle arbeide med Raskere tilbake, også skulle være bredt tverrfaglig sammensatt. I Raskere tilbake-poliklinikken ble det lagt vekt på at det tverrfaglige teamet skulle bestå av erfarne fagpersoner for å få en rask avklaring av problematikken innen aktuelle områder. Det tverrfaglige teamet består av revmatolog, sykepleier,

fysioterapeut, ergoterapeut, psykoterapeut, sosionom og kostveileder. Målgruppen for tilbudene er personer med inflammatorisk revmatisk sykdom, degenerative revmatiske sykdommer og sammensatte muskel-/skjelettplager.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive innholdet i Raskere tilbake-tilbudene ved Revmatismesykehuset Lillehammer generelt, og innholdet i ergoterapeutens arbeid spesielt.

Revmatikere og arbeidsliv

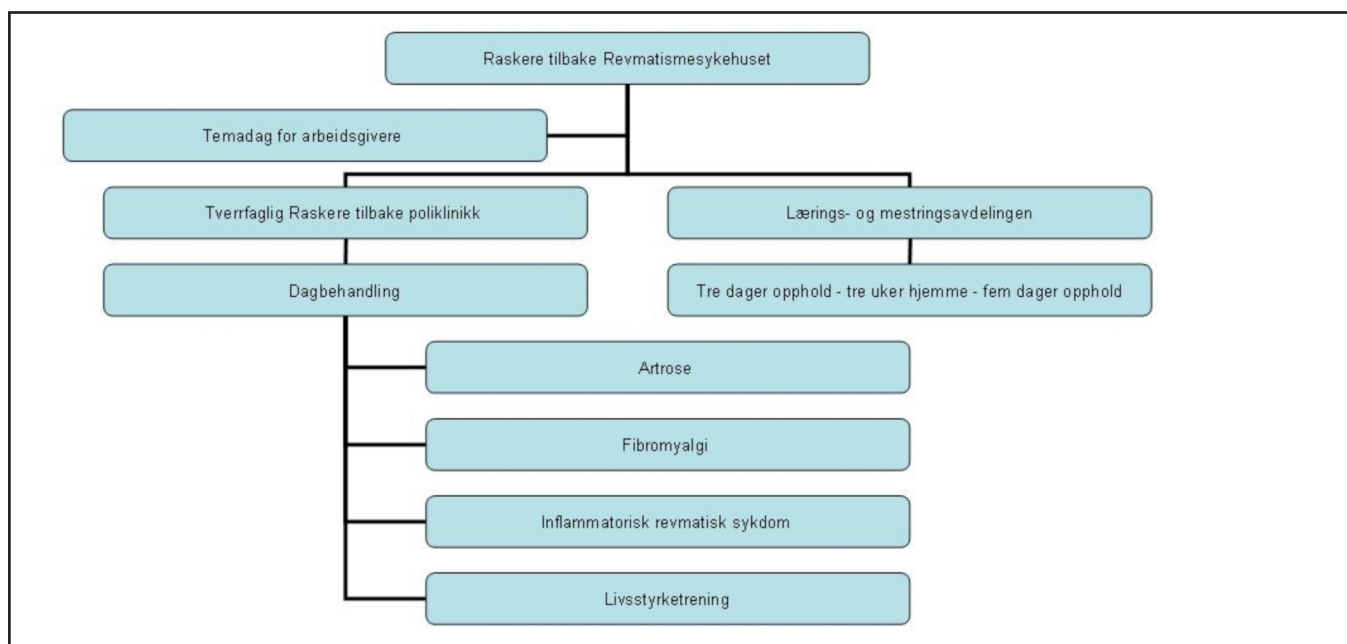
Revmatiske sykdommer/lidelser er preget av langvarige smerter i muskler og ledd, og smerter i muskel/skjelett er en av de hyppigste årsakene til sykmelding og uføretrygd. Forekomst av inflammatoriske leddsykdommer og artrose i den yrkesaktive befolkningen er cirka 5 - 10 prosent (revmatoid artritt cirka 0,5 prosent, Mb. Bekhterev cirka 0,2 prosent, psoriasis artritt cirka 0,2 prosent og artrose cirka 5 - 10 prosent). Inflammatoriske revmatiske leddsykdommer er kjent for å føre med seg en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet, og dette skjer ofte så tidlig som de første par årene etter at diagnosen blir stilt (1). Dette er et paradoks, da funksjonstap på det tidspunktet ikke nødvendigvis tilsier at pasientene ikke skulle kunne være i arbeid. Nedsatt arbeidsevne kan muligens relateres til høy forekomst av sammensatte problemstillinger som



Elisabeth Hasselknippe er ansatt ved Revmatismesykehuset Lillehammer som spesialergoterapeut. Hun har videreutdanning i arbeidsdeltakelse og veiledning. E-post: elisabeth.hasselknippe@revmatismesykehuset.no



Aud Rønningen er ergoterapeutspecialist innen somatisk helse og har videreutdanning i Livsstyrketrening og i Arbeidsdeltakelse. Hun er ansatt som fagleder for ergoterapeutene og koordinator for Raskere tilbake på Revmatismesykehuset.



Figur 1: Kart over Raskere tilbake tilbudene ved Revmatismesykehuset, Lillehammer

angst og depresjon, som igjen kan relateres til nedsatt funksjons- og mestringsevne (2). I de siste årene er det imidlertid blitt tatt i bruk nye og mer effektive medisiner for inflammatoriske revmatiske sykdommer. Dette vil høyst sannsynlig bety at mange pasienter vil oppleve færre fysiske funksjonsbegrensninger i årene som kommer, og de vil trolig kunne stå i arbeid over lengre tid. Dette vil bety at man innen revmatologi må ha fokus på arbeidssituasjonen for flere pasienter enn det som er tilfellet i dag (3). Studier viser også at dersom mestringsevne bedres, kan det i seg selv bidra til et bedre forløp (4).

Artrose (ofte kalt slitasjegikt) er en degenerativ sykdom som fører til forandringer i leddbrusken, slik at de som rammes, blant annet kan miste noe av støtdempingen og smidigheten i ledd. Artrose er blant de vanligste årsaker til alvorlige smerter og invaliditet, og mer enn halvparten av den voksne befolkning viser tegn til sykdommen (5). Plagene opptrer oftest i hånd, kne og hofte. Symptomer og tegn på artrose varierer fra ledd til ledd, men domineres av smerter, hevelse og tap av bevegelighet og kraft, samt høy grad av tretthet (fatigue) (6). Tiltakene ved symptomatisk artrose inkluderer informasjon, trening, vektreduksjon, hjelpemidler og analgetica, og involverer mange faggrupper (7).

Langvarige muskel/skjelettplager (fibromyalgi) rammer tre til fem prosent av befolkningen. Av de som rammes, er nitti prosent kvinner (8). Fibromyalgi kjennetegnes ved smerter i muskler, senefester og ledd, samt tretthet, muskelsvakheter, søvnforstyrrelser og problemer med konsentrasjon og hukommelse. En studie viser at cirka 25 - 50 prosent blir arbeidsuføre (9). En svensk undersøkelse viser at fibromyalgi i forhold til andre revmatiske sykdommer er forbundet med de høyeste samfunnsøkonomiske kostnadene når prisen for helsetjenester og trygdeytelser er inkludert (10). Det er gjennom studier og retningslinjer fra EULAR (European League Against Rheumatism) anbefalt at behandlingen av denne pasientgruppen bør være en kombinasjon av medikamentell behandling og tverrfaglig tilnærming (11 - 13).

Raskere tilbake-tilbudet ved Revmatismesykehuset Lillehammer ble utviklet for å møte ulike behov pasienter med inflammatoriske revmatiske sykdommer, artrose og sammensatte muskel/skjelettplager kan stå overfor i forhold til å kunne delta i arbeidslivet. Noen av tilbudene er diagnosebasert, andre er på tvers av diagnoser.

Beskrivelse av Raskere tilbake-tilbudene ved revmatismesykehuset

Raskere tilbake-tilbudene retter seg

mot personer med ulike former for langvarige muskel-/skjelettplager som står i fare for å bli sykmeldt eller er sykmeldte. Plagene kan være av ukjent årsak (for eksempel ved fibromyalgi), degenerative forandringer i ledd (artrose) eller betennelse i ledd og omliggende strukturer (leddgikt, Bekhterev eller andre inflammatoriske revmatiske sykdommer). Målet for tilbudet er at den enkelte pasient, ut fra sine forutsetninger og behov, fortsatt skal kunne være yrkesaktiv. I dette ligger en forståelse av at det kan være viktig blant annet å finne en stillingsprosent som ligger innenfor den rammen den enkelte kan klare.

Raskere tilbake-tilbudene er grunnet på en idé om at pasientene på ulike måter må utfordres til å se etter nye muligheter for å kunne «ta grep», slik at de blir i stand til å fungere i arbeidslivet. Pasientene blir stimulert til selv å gjøre en aktiv innsats for å mestre sin livs- og arbeidssituasjon (empowerment). Gjennom en årrekke har vi ved Revmatismesykehuset Lillehammer erfart at undervisning, prosesslæring og erfaringsutveksling i gruppe, er hensiktsmessig for den enkelte pasient og for den totale ressursbruken. På bakgrunn av disse erfaringene ble Raskere tilbake-tilbudene utviklet til å inneholde en kombinasjon av individuelle konsultasjoner og gruppetilbud. Opplegget er basert på tett tverrfaglig samarbeid

hvor de ulike faggruppene vurderinger og innsats ligger til grunn for hva som gjøres. De enkelte teammedlemmene har hovedansvar for hvert sitt felt. Innen noen områder kan intervensjonene tangere hverandre, og det har vært mange diskusjoner i teamet om hvordan dette kan løses i praksis. Alle yrkesgruppene er bevisste på å ha hovedfokus på den enkelte pasients ressurser og muligheter. De fleste som er henvist til Raskere tilbake-poliklinikken er modne for endring i livet sitt for fortsatt å kunne delta i arbeidslivet. Endringsprosesser kan ofte ta tid, og i denne prosessen er det viktig både for behandler og pasient å ha et realistisk forhold til tidsperspektivet. Kunnskap om endringshjulet er også vesentlig (14). Tilbudene er organisert innen henholdsvis poliklinikk og innleggelse i lærings- og mestringsavdeling.

1. Tverrfaglig poliklinikk

Raskere tilbake-poliklinikken er «inngangsporten» til Raskere tilbake-tilbudene. Her blir det utført medisinsk utredning, diagnostisering, samt tverrfaglige funksjonsvurderinger for å finne ut hva som skal til for at den enkelte skal kunne fungere i arbeidslivet. Denne totale vurderingen ligger til grunn for hvilke behandlingstiltak som skal iverksettes, enten individuelt eller i gruppe. De individuelle tiltakene består av konsultasjoner med fagpersoner i teamet. Pasientens problemområder avgjør hvilke fagpersoner som er aktuelle. Det varierer hvor mange konsultasjoner den enkelte har behov for. Gruppebehandling beskrives under punkt 2 og 3.

2. Poliklinisk rehabiliteringsprogram, dagtilbud

De polikliniske rehabiliteringsprogrammene bygger på ideen om ha et bredt tilbud, slik at pasientene kan finne opplegg som passer i ulike faser av sykdomsforløpet, og som fører til minst mulig arbeidsfravær. Dagtilbudene er et opplegg for faste grupper som møtes en dag i uken eller annenhver uke, over en viss tidsperiode. Hvilke temaer det er mest fokus på, varierer noe i de forskjellige diagnosegruppene. Tre av dagtilbudene er lagt opp for henholdsvis inflammato-

risk revmatisk sykdom, artrose og fibromyalgi. Det fjerde dagtilbudet, Livsstyrketreningskurs, er diagnoseuavhengig.

3. Lærings- og mestringsopphold, døgntilbud

Ideen bak dette tilbudet er å igangsette en prosess som veksler mellom innleggelse og å prøve seg hjemme. Programmet er gruppebasert. To veiledere følger en fast gruppe gjennom en prosess med fokus på det den enkelte trenger for å fungere som yrkesaktiv. Pasientene innlegges tre dager hvor fokuset er den enkeltes utfordringer. De fortsetter en påbegynt prosess med oppgaver i tre uker hjemme før de kommer til ny innleggelse i fem dager. Det vektlegges at den enkelte skal få tro på egne evner gjennom veiledning, faktaundervisning og erfaringsdeling, og det gjennomføres individuelle samtaler med forskjellige fagpersoner. En NAV-representant inngår som bidragsyter i undervisningen. Seks måneder etter siste innleggelse møtes pasientene og de to veilederne til en avsluttende samling en dag.

4. Temadag for arbeidsgivere

Mens sykefravær tidligere ble sett på som en privatsak som skulle løses ved samarbeid mellom arbeidstaker og helsevesenet, er det nå arbeidsplassen som er hovedarenaen for sykefravær-arbeidet. På grunn av denne endringen har mange av pasientene på Revmatismesykehuset Lillehammer uttrykt et ønske og et behov for at deres nærmeste leder kunne lære om hvordan det er å leve med muskel-/skjelettplager. Dette ønsket vi å gjøre noe med, og derfor ble det naturlig at vi innen Raskere tilbake-tilbudet kunne møte dette behovet. På temadagen, hvor pasientene ikke er tilstede, deltar representanter fra arbeidsplasser, brukerrepresentant, forskjellige helseprofesjoner fra Revmatismesykehuset Lillehammer og representanter fra NAV. Temaer som tas opp på denne dagen er lovverk, rettigheter og muligheter, informasjon om hvordan muskel-/skjelettplager kan påvirke arbeidsevnen, samt eventuell tilpassing av arbeidsplassen. Det legges opp til faglige innlegg både fra ansatte i

Raskere tilbake-teamet, fra brukerrepresentant og fra NAV. Det avsettes god tid til erfaringsdeling og diskusjon.

Ergoterapeutens arbeid i Raskere tilbake

Målet med ergoterapi innen arbeidshelse er at mennesker skal kunne delta i arbeid, oppleve sosialt verdsette roller gjennom deltagelse i arbeid og samfunn, samt oppleve trygghet og mestring i meningsfulle aktiviteter i egen hverdag. Målet er å stimulere til at mennesker er i stand til å ta vare på sin egen helse, og å forebygge ulykker, belastningslidelser, stress, passivitet, isolasjon og nye aktivitetstap (15). I en Raskere tilbake-poliklinikk er det arbeidsdeltagelse som skal ha hovedfokus, men det ligger i sakens natur at pasienter som kommer til Revmatismesykehuset Lillehammer, også skal ha fokus på helsemessige forhold som kan forårsake sykefravær.

Kartlegginger

Når pasienten kommer til konsultasjon hos ergoterapeut første gang, har ergoterapeuten innhentet opplysninger om pasienten, enten via henvisningen fra fastlegen, via intern journal eller fra en av de andre i teamet som tidligere har hatt pasienten til konsultasjon. Med disse opplysningene som et bakteppe starter ergoterapeuten med å kartlegge pasientens utfordringer i dagliglivet ved bruk av det pasientspesifikke instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM utføres som et semistrukturert intervju som tar utgangspunkt i aktivitetsområdene personlig stell, mobilitet, fungere i samfunnet, lønnet/ulønnet arbeid, lek/skole/utdanning, rolige fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Pasientene blir gjennom intervjuet bedt om å beskrive, prioritere og vurdere aktivitets- og deltagelsesproblemer som de ønsker å få endret på. Intervjuet avsluttes med en numerisk skåring der pasienten vurderer betydningen av de aktivitetene hun/han har beskrevet i løpet av intervjuet, og deretter skårer utførelse og tilfredshet med utførelse av opptil fem prioriterte aktiviteter på en ti-gradert skala (16;17). For kvinner synes samspillet

mellom jobb og hjemmesituasjonen og totalbyrden av dette å kunne være hovedårsak til sykefravær (18). Selv om det er arbeid som er hovedmålet i Raskere tilbake-tiltakene, er det dermed også betydningsfullt å få en oversikt over hva pasienten bruker tid og energi på gjennom hele døgnet.

For å kartlegge arbeidssituasjonen mer spesifikt, brukes deler av henholdsvis Worker Role Interview (WRI) (19) og Work Environment Impact Scale (WEIS) (20). WRI kartlegger ulike psykososiale og miljømessige faktorer som påvirker tilbakegang til arbeid etter sykdom eller skade. Personens egen oppfatning av seg selv som arbeider vurderes, dessuten tidligere arbeidssituasjon, nåværende arbeidssituasjon, nåværende livssituasjon og hvordan personen ser på framtidens arbeidssituasjon. WEIS er et semistrukturert intervju som kartlegger hvordan personer opplever sitt arbeidsmiljø. Det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet vurderes. Det er personens subjektive opplevelse av arbeidsmiljøet som er i fokus.

Tiltak

Aktiviteter i dagliglivet

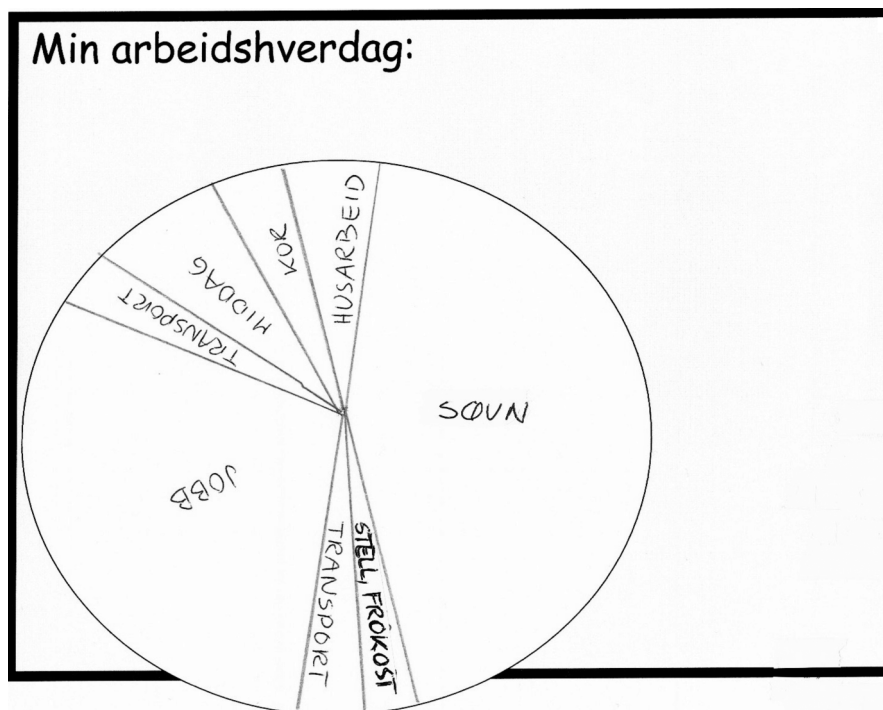
Mange av pasientene sliter med å utføre aktiviteter også på hjemmebane, slik som for eksempel renhold og matlaging. Kvinner er overrepresentert innen muskel/skjelettplager, og til tross for dagens likestilling, henger fremdeles gamle kjønnsroller i, med kvinner som hovedansvarlige for innendørs husarbeid.

Ofta kan det være nødvendig å kompensere for nedsatt funksjon, for eksempel med hjelpemidler, alternative arbeidsmetoder eller å fordele oppgavene utover dagen.

Pasientene veiledes i hvordan aktivitet kan brukes bevisst for å oppnå smerteavledning og energipåfyll (Aktivitetsregulering). Ved mer omfattende aktivitetsproblemer som berører hjemmelivet, henvises disse til kommunal ergoterapeut for oppfølging.

Aktivitetsregulering

Økt tretthet er en svært vanlig følge av inflammatorisk revmatisk sykdom, artrose og muskel-/skjelettplager. Mange av pasientene i Raskere tilbake-poliklinikken har problemer



Figur 2: Eksempel på utfylt aktivitetssirkel.

med å utføre daglige aktiviteter nettopp på grunn av økt tretthet. Pasientene gir uttrykk for at utilstrekkelighet i daglige gjøremål, og dermed endring av roller, påvirker selvfølelse og identitet. Det meste av energien blir brukt på jobb, og i mange tilfeller fører dette til en passiv fritid, hvor de kun utfører helt nødvendige gjøremål i tillegg til å hvile.

Ergoterapeuten legger til rette for at pasienten kan bli bevisst hvilke prioriteringer hun/han gjør i sin hverdag, og om vedkommende ser noen muligheter for endring. Ved å prioritere bort noen aktiviteter, kan man få muligheten til å prioritere noe annet. Dette utføres konkret ved at pasienten får i oppgave å skrive opp alle døgnet gjøremål i en aktivitetssirkel. Deretter blir pasienten bedt om å tenke igjennom og skrive opp i en ny aktivitetssirkel, hvilke praktiske endringer i prioriteringer av daglige gjøremål som er mulig. I gjennomføringen av denne oppgaven, blir pasienten også bedt om å tenke igjennom hvor mye tid som brukes på «bør», «må», «påfyll» og «hvileaktiviteter». Det kan for enkelte være aktuelt å gjøre denne oppgaven kun i forhold til arbeidsdagen (21;22).

Håndfunksjon

Redusert håndfunksjon er en aktuell problemstilling for mange av pasientene. Disse får instruksjon i håndøvelser for å øke kraft og bevegelighet, og det blir gitt veiledning i ergonomiske arbeidsmetoder. I tillegg informeres det om og prøves ut hensiktsmessige hjelpemidler og ortoser. I de tilfellene pasienten fyller kriteriene for å søke om enten hjelpemidler eller ortoser, blir det utført. Enkelte av pasientene har Raynaud-fenomener, og da kan det søkes om varmhjelpemidler.

Ergonomi og tilrettelegging

Med ergonomi menes samspillet mellom arbeidsmiljøet, teknologien og mennesket.

Gjennom kartlegging av arbeidssituasjonen kan det bli avdekket vanskelige psykososiale arbeidsforhold eller dårlige forhold innen fysisk arbeidsmiljø. Situasjonen kan diskuteres, og pasienten kan bli utfordret på hvordan hun/han ser at et slikt problem kan løses. Når det gjelder det fysiske arbeidsmiljøet, diskuteres de enkelte arbeidsprosesser, og det gis råd om hensiktsmessige arbeidsstillinger. Ergoterapeuten har forskjellig tilretteleggingsutstyr til dataarbeidsplass, høyderegulerbare arbeidsbord, avlastende ståmatter, arbeidsstoler,



Figur 3: Arbeidsmiljøskjelen

ståstoler, renholdsutstyr og forskjellige grep til å montere på forskjellige typer arbeidsredskap, som pasientene kan prøve ut i løpet av konsultasjonen.

Utadrettet virksomhet

I noen tilfeller der pasienten har hatt et ønske om og behov for bistand til arbeidsplassvurdering, og hvor bedriften ikke har hatt avtale med Bedriftshelsetjenesten, har ergoterapeuten reist ut og utført vurderingen. Dette har vært utført i overensstemmelse med arbeidsgiver. Det har sjelden blitt søkt om støtte til hjelpemidler på arbeidsplassen, da dette i utgangs-

punktet er arbeidsgivers ansvar, og med IA-bedrifters mulighet til å søke tilretteleggingstilskudd, ordnes dette ofte på arbeidsplassen. Ved behov, og hvis pasienten ønsker det, får hun/han med en skriftlig uttalelse skrevet av ergoterapeuten i samråd med pasienten, hvor det blir skissert forslag til hjelpemidler eller eventuelle andre tiltak på arbeidsstedet. Slike andre tiltak kan være tilpassing og tilrettelegging av arbeidsoppgaver, jobbrotasjon, endret arbeidstid eller arbeidsplassvurdering av Bedriftshelsetjenesten eller NAV.

Hver faggruppe skriver en kort vurdering i et felles notat, tverrfaglig

epikrise, som blir sendt til fastlegen med kopi til pasienten. Denne epikrisen kan pasienten bruke overfor arbeidsgiver, Bedriftshelsetjenesten, NAV eller andre instanser som kan ha nytte av å lese informasjonen.

Ved behov for oppfølging i hjemmesituasjonen, henvises pasienten, som tidligere nevnt, til kommunal ergoterapeut.

Undervisning i grupper

Ergoterapeuten har faste undervisningsbolker i gruppeprogrammene for artrose, fibromyalgi og inflammatorisk revmatisk sykdom, samt på lærings- og mestringsoppholdene.

Temaene er «Mine prioriteringer i hverdagen» (aktivitetsregulering) og «Tilrettelegging på arbeidsplassen». Undervisningen er basert på faktaundervisning, oppgaver, praktisk utprøving, dialog med underviser og erfaringsdeling.

Effekten av Raskere tilbake-tilbudene

Revmatismesykehuset Lillehammer har gjennomført en evaluering på et utvalg av pasientene som har fått utført tiltak innen Raskere tilbake. Evalueringen ble gjort ved første konsultasjon og seks måneder etter avsluttet behandling. Når det gjelder hovedmålet å bringe personer med forskjellige helseplager raskt tilbake i arbeid, er resultatet sammensatt. Antall sykmeldte er blitt redusert etter gjennomførte tiltak. Antall i fullt arbeid har imidlertid ikke økt tilsvarende. Tallene viser at mange er tilbake i arbeid, enten i gradert sykmelding eller i kombinasjon med ytelse fra NAV. Selv om de fortsatt tar i mot ytelse, er det samlet sett en reduksjon i ytelsene (23). Arbeidet med Raskere tilbake og resultatet av evalueringen har ført til at arbeidsdeltagelse har fått større fokus i pasientbehandlingen også i ordinær virksomhet ved sykehuset vårt.

Ergoterapeuten har hatt en konkret tilnærming til problematikken ved å ta fatt i aktiviteter i dagliglivet, aktivitetsregulering og ergonomi. I denne tilnærmingen ligger kunnskap om aktivitet både er et middel og en mulighet for å fremme helse.

Vår erfaring er at det er betydningsfullt at helsevesenet har fokus på aktivitet og deltagelse i arbeid. Utfordringen for oss framover blir å få til gode samarbeidsrutiner mellom de forskjellige etatene som arbeider for å redusere sykefravær. □

Referanser

1. Nordmark B, Blomqvist P, Andersson B, Hagerstrom M, Nordh-Grate K, Ronnqvist R, et al. A two-year follow-up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support. *Scand J Rheumatol* 2006 Jan;35(1):7-14.
2. Katz PP, Yelin EH. Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some

- activities matter more than others? *Arthritis Rheum* 2001 May;44(5):194-202.
3. Zirkzee EJ, Sneep AC, de Buck PD, Allaart CF, Peeters AJ, Ronday HK, et al. Sick leave and work disability in patients with early arthritis. *Clin Rheumatol* 2008 Jan;27(1):11-19.
 4. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two-year longitudinal observational study. *Rheumatology (Oxford)* 2001 Apr;40(4):387-92.
 5. Grotle M, Hagen KB, Natvig B et al. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. *J Rheumatol* 2008; 35: 677-84.
 6. Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol* 1996 Aug;23(8):1407-17.
 7. Flugsrud GB, Nordsletten L, Reinholt FP, Risberg MA, Rydevik K, Uhlig T. Artrose. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130:2136-40.
 8. Anderberg U, Horwitz EB. Fibromyalgi. Årsaker og behandling. Cappelen Damm, 2008.
 9. Liedberg GM, Henriksson CM. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: an interview study. *Arthritis Rheum* 2002 Jun 15;47(3):266-74
 10. Jonsson J, Husberg M. Samhallsøkonomiske kostnader før reumatologiske sykdomar. Linköping University Center for Medical Technology Assessment (CMT).
 11. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician* 2007 Jul 15;76(2):247-54 Rapport;1999.p.5.
 12. Carville SF, rendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskilla D, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2007 Sep 17.
 13. Rooks D S. Fibromyalgia treatment update. *Rheumatology* 2007; 19:111-117
 14. Prochaska, JO; Norcross, JC; DiClemente, CC. Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: W. Morrow; 1994.
 15. Norsk Ergoterapeut Forbund. Funksjonsbeskrivelse ergoterapi og arbeidshelse. 2008.
 16. Law M, Baptiste S; Carswell A et al. Canadian Occupational Performance Measure (Manual) CAOT Publications ACE, 3ed.2005.
 17. Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2005 Aug;32(8): 1503-9.
 18. Batt-Rawden KB, Liv Johanne Solheim LJ. Sosiale årsaker til sykefravær. En kvalitativ studie av sykmeldte med psykiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser i Norge, ØT rapport 03/2011 .

19. Ellingham B, Jakobsen K. Worker Role Interview. Brukermanual. Norsk versjon. HiO rapport 2003 nr 37.
20. Ellingham B, Jakobsen K. Work Environment Impact Scale Brukermanual. Norsk versjon. HiO rapport 2003 nr 38.
21. Carson D.,Gaya A., Milantoni C. Energy conservation: Achieving a balance of work. Rest and play. COTA, Toronto, Canada, 2002.
22. Kolsrud, M. Energien som forsvant. En kvalitativ undersøkelse om endringer i aktivitetsmønstre ved post- poliosyndromet. Statens Lærerhøgskole i formning, Oslo, 1992.
- 23 Skarbø Å. Kunsten å være yrkesaktiv revmatiker. Sluttrapporter 2010. www.nav.no/farve