www.hernesinstitutt.no

Kristin Haugen, John Henry Strupstad,
Ole Jo Kristoffersen, Hilde Nitteberg Teige, Monica Lillefjell, Camilla Ihlebæk

Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? - En skreddersydd samtidighet i praksis

Prosjektnummer: 2008005638

Prosjekttittel: Evaluering av effekten ved arbeidslivsdeltagelse – En systematisk og utvidet oppfølging

Finansieringskilder: Helsedirektoratet, prosjektmidler til omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner – kap. 726 post 71 og Hernes Institutt.

ISBN:

Gradering:

Hernes, 27.02.2012

Camilla Ihlebæk	John Strupstad	Kristin Haugen
Prosjektleder	Prosjektgruppa	Prosjektgruppa

Publiserte artikler fra Hernes Institutt

Haugen, K., Strupstad, J. H., Kristoffersen, O. J., Teige, H. N., Ihlebæk, C. (2011). *Har oppfølging og arbeidsplassbesøk ved Hernes Institutt betydning for om pasientene kommer tilbake i jobb eller ikke?* Ergoterapeuten (3/2011)

Strupstad, J., Ihlebæk, C., Øyeflaten, I., Espnes, G. A. (2011). *Arbeidsrettet rehabilitering i Norge – En komparativ studie av Hernes Institutt og Rehabiliteringssenteret AIR..* Utposten (3/2011).

Teige, H., Vig, C. (1995). *Belastningslidelser til besvær? – Ikke på Hernes Institutt!* Utposten (7/1995).

Publiserte rapporter fra International Research Institute of Stavanger i samarbeid med Hernes Institutt

Aas, R. W., Solberg, A., Strupstad, J. (2011). *Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte.* Rapport IRIS – 2011/125. Stavanger.

Aas, R. W., Solberg, A., Strupstad, J., Kiær, E., Lunde Ellingsen, K., Teige, H. (2011). *Beste praksis i oppfølgingen av sykmeldte med muskel- og skjelettplager.* Rapport IRIS – 2011/056. Stavanger.

Publisert artikkel fra Nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering, i samarbeid med blant andre Hernes Institutt

Haugli, L., Hagen, E.M., Teige H., Anders Ø., Kristoffersen O.J, Valla G.L., et al. (2010). *Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi?* Utposten (4/2010).

Publisert artikkel fra Ullevaal Universitetssykehus i samarbeid med blant andre Hernes Institutt

Røe, C., Sveen, U., Kristoffersen, O.J., Fossen, B., Hammergren, N., Iversen, V.T., Hannestad, K., Bautz-Holter, E. (2008). *Utprøvning av ICF-kjernesett for korsryggssmerter.* Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:2706-8.

Forord

Det overordnede målet med prosjektet er å evaluere en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassene påvirker arbeidslivsdeltagelsen. Dette er en langsgående evalueringsstudie med seks målepunkter. I dette prosjektet har vi hatt fokus på arbeidsplassbesøk.

Vi vil først takke vår finansieringskilde Helsedirektoratet, gjennom ”Prosjektmidler til omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner - kap. 726 post 71”.

En spesiell takk rettes til Camilla Ihlebæk, professor ved Helse UMB, forskergruppe for Natur, helse og livskvalitet, IHA, UMB og forskningsleder II ved Uni helse, Bergen som har stilt opp som prosjektleder og Monica Lillefjell, PhD, Senter for Helsefremmende Forskning HIST/NTNU som har stilt opp i referansegruppa. Vår kollegaer har gjort en enorm innsats med å ivareta Kristin sine ordinære arbeidsoppgaver i den perioden hun har vært fullt sysselsatt med prosjektet. En spesiell takk rettes til Ole Jo Kristoffersen og Hilde Nitteberg Teige som har kommet med innspill og lest korrektur, og Unni Nordeng og Gry Woldmo som har gjort en kjempe innsats med å registrere data – tusen takk.

Vi håper at denne rapporten kan bidra til mer kunnskap om betydningen av å reise på arbeidsplassbesøk, oppfølging etter avsluttet rehabiliteringsopphold, en samtidighet mellom arbeidsplass, NAV og helsevesenet for at pasientene i økende grad kommer tilbake i jobb eller øker sin arbeidslivsdeltagelse.

Hernes 28.02.2012
Kristin Haugen
John Henry Strupstad

Innholdsfortegnelse

Forord ... 3
Sammendrag ... 6
Forkortelser ... 8
1. Bakgrunn ... 10
1.1 Hernes Institutt ... 13
1.2 Kognitiv atferdsterapi ... 14
1.3 Legetjenesten ... 14
1.4 Fysioterapitjenesten og trening ... 15
1.5 Arbeidstrening ... 16
1.6 Attføringstjeneste ... 16
1.7 Ergoterapitjenesten ... 17
2.0 Mål ... 17
3.0 Metode ... 18
3.1 Studiens design ... 18
3.2 Deltagere ... 20
3.3 Utvalgets størrelse ... 20
3.4 Utvidet oppfølging på arbeidsplassen ... 21
3.5 Datainnsamling ... 22
3.6 Statistiske analyser ... 25
3.7 Etikk ... 25
4. Resultater ... 25
4.1 Demografisk data ... 25
4.1.1 Oppsummering og diskusjon ... 33
4.2 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? ... 34
4.2.1 Oppsummering og diskusjon ... 41
4.3 Hvordan går det med deltagerne etter et år? ... 43
4.3.1 Oppsummering og diskusjon ... 49
4.4 Hva oppleves av deltaker å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse? ... 50
4.4.1 Oppsummering og diskusjon ... 51
4.5 Hvordan evaluerer deltaker den forsterkede oppfølgingen? ... 52

4.5.1 Oppsummering og diskusjon 52
4.6 Hva oppleves av arbeidsgiver å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse? 53
4.6.1 Oppsummering og diskusjon 54
4.7 Hvordan evaluerer arbeidsgiver den forsterkede oppfølgingen? 54
4.7.1 Oppsummering og diskusjon 55
5. Diskusjon 55
5.1 Tematisk diskusjon 55
5.2 Metodiske styrker og begrensninger 56
5.3 Konklusjon 58
6.0 Annet 59
6.1 Forfatters konkurrerende interesser 59
6.2 Opphavsrett 59
7. Tabell- og figurvedlegg (spørreskjema) 59
8. Referanser 60
Vedlegg

Sammendrag

Bakgrunn:

I Norge utgjør mennesker med langvarige smerter i muskel- og skjelettapparatet en stor andel av antallet sykemeldte og uføretrygdede. Mennesker med lav utdannelse, som arbeider i fysisk krevende yrker og som opplever lite støtte fra nærmeste leder er i en risikosone for langtidssykmelding. Jo lenger et menneske er ute av arbeidslivet, jo mindre er sjansen for at han eller hun kommer seg ut i ordinært arbeid. Tilrettelegging og tiltak på arbeidsplassen og en leder som har en positiv innvirkning på den sykemeldtes arbeidslivsdeltagelse virker positivt inn på jobbnærvær. For å oppnå størst mulig grad av tilbakeføring for langtidssykemeldte anbefales det i forskningslitteraturen å benytte tverrfaglig rehabilitering og kontakt med arbeidslivet. Rehabiliteringsprosessen skal være koordinert og skreddersydd. Med dette prosjektet håper vi å kunne oppnå at pasienter ved Hernes Institutt (HI) i økende grad tilbakeføres eller øker sin arbeidslivsdeltagelse på tross av sine langvarige smerter, med rehabilitering ved HI og oppfølging på arbeidsplass som verktøy.

Metode/Design:

I denne studien mottok deltagere med langvarige smerter i muskel- og skjelettapparatet tverrfaglig rehabilitering ved HI og en systematisk oppfølging ute på arbeidsplassen underveis og etter avsluttet opphold ved HI. Det ble gjennomført arbeidsplassbesøk mens pasientene var på HI, samt tre måneder og seks måneder etter avsluttet opphold. Studien ble lagt opp som en langsgående evalueringsstudie med seks målepunkter; ved oppstart rehabilitering, planlegging av arbeidsplassbesøk, arbeidsplassbesøk underveis i rehabiliteringsprosessen, tre måneder etter avsluttet rehabilitering, seks måneder etter avsluttet rehabilitering og ett år etter avsluttet rehabilitering. I studien ble spørreskjema benyttet og det ble gjennomført samtaler med deltagerne og deres arbeidsgivere.

Resultater:

Deltakerne i denne studien viste mange av de samme tendensene som forskningslitteraturen peker på er prediktorer for lang tids sykmelding og uføretrygd. Disse er blant annet lav utdannelse, fysisk krevende yrker, lav grad av kontroll og mestring av eget arbeid og høy grad av frykt for smerter. Studiedeltakerne viste en positiv utvikling, med blant annet signifikant lavere frykt for smerter i arbeid og 44 % var fullt friskmeldt etter ett år.

Diskusjon:

Den utvidede oppfølgingen var ett av flere tiltak deltakerne i denne studien fikk. Tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering ved HI består av flere ulike tiltak, komponenter og fagpersoner i et bredt tverrfaglig miljø. Flere ulike tiltak og mange ulike fagprofesjoner som omkranser studiedeltakerne vanskeliggjør måling av enkeltfaktorer som er utslagsgivende for den, relativt sett, positive utviklingen som deltakerne i denne studien viser.

Forkortelser

Følgende forkortelser er brukt i denne rapporten:

APB Arbeidsplass besøk

ARR Arbeidsrettet rehabiliteringstilbud

CTWR Coordinated and tailored work rehabilitation

CCM Conventional case management

FABQ Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

FRT **F**unksjonell rehabiliteringsterapi

HI Hernes Institutt

ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

LBP Low back pain

Min Laveste verdi angitt

Max Høyeste verdi angitt

NAKS Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering

N Uttrykker hvor mange som har svart (Number)

Nav Ny arbeids- og velferdsforvaltning

NSD Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

REK Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

RCT Randomisert kontrollert studie (Engelsk: Randomized controlled trial)

RTW Return to work

SD Standard avvik (fra engelsk: Standard deviation), sier noe om spredningen i svarene fra informantene. Et høyt SD viser normalt at informantene svarer spredt, mens et lavt SD indikerer større enighet.

WEIS Work Environment Impact Scale

WRI Worker Role Interview

WHO World Health Organization

1. Bakgrunn

Arbeidslivsdeltagelse 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 % av befolkningen ha opplevd smerter i muskel- og skjelettapparatet i en eller annen form siste måned (4), og 51 % av befolkningen rapporterte muskel- og skjelettplager med varighet i tre måneder eller mer siste år (5). Dette er en av de vanligste årsakene til sykefravær og uføreytelser (6). Muskel- og skjelettplager utgjorde 41 % av det legemeldte sykefraværet i 3. kvartal 2011 (7), og 28 milliarder kroner ble i 2002 benyttet til sykepenger, attføring og uførepensjon for denne gruppen sykmeldte (8, 9). 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 arbeidstakere som opplever lite støtte fra nærmeste leder er forhold ved arbeidssituasjonen som øker risikoen for langtidsfravær. (10, 11).

Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) har som mål å rehabilitere den sykemeldte tilbake til eller avklare arbeidsevne eventuelt mangel av sådan. For å nå dette målet styrkes den enkeltes arbeidsevne og evne til å mestre sine helsemessige utfordringer (1, 12). Arbeidslivsdeltakelse er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv, og arbeid er en arena for mestring og bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter, som i seg selv fremmer arbeidsevnen (1, 12). Fagrådet innen 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 (12). ARR er en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrettede tiltak (12). I Norge var det i

2010 38 rehabiliteringsinstitusjoner som hadde ARR-avtale med NAV eller med et regionalt helseforetak (12).

Tverrfaglig rehabilitering

Karjalainen et al. beskriver effektiv tverrfaglighet innen ARR. Dette består av grundig utredning, kognitiv intervensjon, aktiv trening eller råd om 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 sykemeldte etter 8 uker (13). Med mål om å bekjempe forekomsten av sykepenger og trygd ved kroniske ryggplager i Canada ble Sherbrooke -modellen utviklet i 1990-årene (14). Dette er en tverrfaglig modell som inkluderer både en medisinsk og ergonomisk tilnærming. Relatert til Sherbrooke-modellen beskrives 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 (14). I kjølvannet av Sherbrooke-modellen ble det i 2009 gjennomført en studie i Danmark (15) hvor de så på effekten av en koordinert og skreddersydd arbeidsrettet rehabiliteringsprosess (CTWR). I denne studien beskrives et samarbeid mellom den sykmeldte, arbeidsplassen og helsevesenet. Studien viste at arbeidstakere som var sykemeldt mellom 4-12 uker og som mottok CTWR hadde færre sykefraværstimer enn kontrollgruppa som mottok konvensjonell behandling (15). Med utgangspunkt i Sherbrooke-modellen ble det i 2007 gjennomført en RCT-studie og en økonomisk evaluering for pasienter med kronisk korsryggplager i Nederland. Denne forskningen viste at flere yrkesrelaterte tiltak i primærhelsetjenesten rettet mot RTW viste en signifikant reduksjon av sykefraværet for ansatte med korsryggsmerter. (16).

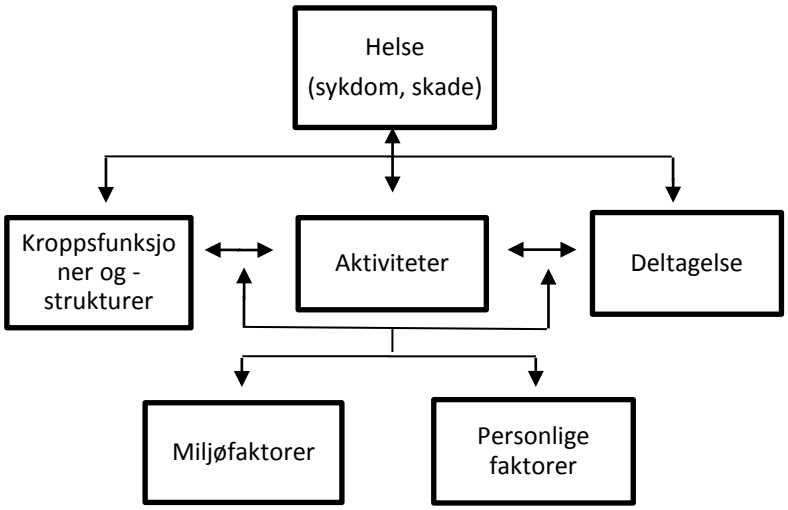
Tilrettelegging på arbeidsplassen

Tilrettelagt aktivitet øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid. Sannsynligheten for tilbakeføring til arbeid reduseres i økende grad med sykefraværets lengde. For å forebygge arbeidsrelatert sykdom vil tiltak på arbeidsplassen kunne forebygge sykefravær. (17). Tiltak på arbeidsplassen kan forebygge eller redusere sykefraværet når det er en ubalanse mellom individets ressurser og krav i jobb (18). Seks RCT -studier beskrevet i en oversikt fra Cochrane Library viste at det er moderat vitenskapelig dokumentasjon for at intervensjon på arbeidsplassen kan redusere sykefravær ved muskel- og skjelettplager, sammenliknet med vanlig oppfølging (19). 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 om man lykkes eller ikke (20, 21).

International Classification of Function, Disability and Health

International Classification of Function, Disability and Health (ICF) (figur 1) er en modell utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 2001, som et klassifiseringssystem og begrepsapparat som beskriver helse og helserelaterte tilstander (22). Modellen viser en gjensidig påvirkning mellom de ulike elementene som har betydning for helse og funksjon. ICF bygger på en biopsykososial forståelse (23) med biologiske, omgivelsesmessige/ kontekstuelle og individrettede perspektiver. ICF beskriver hvordan ulike forhold som helse, kroppsfunksjon og – struktur, aktiviteter, deltagelse, miljøfaktorer og personlige faktorer gjensidig påvirker hverandre, med et mål om å utvikle et felles språk og enhetlig faglig grunnlag som beskriver funksjon og funksjonsnedsettelse. ICF kan være et samlende begrepsapparat for ulike fagprofesjoner, samt ligge til grunn for tverrfaglig samarbeid. (24). 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. ICFs modell tydeliggjør faktorer man bør forholde seg til gjennom rehabiliteringen og hvordan disse faktorene påvirker hverandre gjensidig. (25). Modellen kan benyttes for å vurdere arbeidsevne og kan være med på å tydeliggjøre hvordan arbeidsmiljøet og støtte fra nærmeste leder i personens omgivelser sammen med personlige faktorer som påvirker funksjon eller arbeidsdeltakelse. For eksempel kan ryggplager gi endringer i kroppsfunksjon og struktur som påvirker muligheten til å delta i arbeidslivet. Endring i arbeidsmiljøet og omorganisering i bedriften kan føre til kroppslige plager og redusert funksjon og arbeidsevne. Her vil ICF kunne tydeliggjøre hvordan personlige like gjerne som forhold på arbeidsplassen har betydning når man vurderer arbeidsdeltakelsen. (26). ICF som begrepsapparat er et egnet verktøy i arbeidsrettet rehabilitering som tar for seg ressurser og begrensninger hos individ og omgivelser. ICF legger til rette for kartlegging og intervensjon i alle dimensjonene. (27).



Figur 1. ICF: WHO, International Classification of functioning, Disability and Health (ICF). Gjensidig påvirkning mellom de ulike faktorene i ICF.

1.1 Hernes Institutt

Hernes Institutt (HI) er en spesialinstitusjon innen rehabilitering med utdanning og arbeid som mål/ arbeidsrettet rehabilitering (ARR). Pasientene ved HI er i yrkesaktiv alder (18 og 67 år) og kommer fra hele landet. Ca. 61 % er menn og ca. 39 % kvinner og har lav formell utdanning (28). HI sin målgruppe er personer med fysisk krevende yrker som skogbruk, jordbruk, mekanikere, elektrikere, snekkere, renholdere, helse- og omsorgsarbeidere, lagerarbeidere, sjåfører, butikkarbeidere, barnehageansatte, ansatte i skolefritidsordning og andre serviceyrker. Pasientene har langvarige spesifikke og/ eller uspesifikke smerter i muskel- og skjelettapparatet, ofte med tilleggslidelser som "lettere psykiske plager". Målgruppen for rehabilitering på HI er derfor de ufaglærte og lav utdannede med høyt sykefravær samt arbeidstakere med fysisk krevende arbeid som har økt risiko for langtidsfravær.

Behandlingsopplegget har fokus på fysisk aktivitet, mestring og arbeidstrening i en kognitiv adferds terapeutisk kontekst. Et tverrfaglig team bestående av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, attføringskonsulent, 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 tilnærmingsmodell der egeninnsats og arbeidsdeltakelse på tross av plager står sentralt. ICF begrepsapparat brukes både som kartleggings og prosessverktøy i behandlingstilbudet til den enkelte pasient. Behandlingsstrukturen er basert på teorimodellen *Theory of change (29)* og *Readiness for return to work (30)*. Den praktiske arbeidsrammen på institusjonen beskriver en innsats mot den sykmeldte, mot den sykmeldtes arbeidsplass, NAV og mot barrierer i omgivelsene. Strategiene er en samtidig innsats mot pasient og omgivelser samt en progressiv innsats tilbake til arbeidslivet i tråd med Sherbrooke -modellens *Funksjonelle rehabiliteringsterapi* og *Terapeutisk tilbakeføring til arbeid (13, 31)*

1.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en terapiform hvor det er utviklet tilnærminger for å forstå og behandle psykiske lidelser. Kognisjonen beskriver en regelmessig bearbeiding av informasjon hvor tankene blir gitt spesiell oppmerksomhet. I behandlingen er det fokus på endring og problemløsning i tankene og handlemåten. Det blir tatt utgangspunkt i hva vi tenker, hvordan dette påvirker følelsene og handlingene våre i den aktuelle situasjonen. Kognitiv adferdsrettet terapi kan kombineres med andre terapiformer (32). Pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager opplever ofte psykiske plager som depresjon som en tilleggslidelse (33). Sherbrooke-modellen beskriver en rehabiliteringsprosess som innebærer en ergonomisk vurdering og funksjonell rehabiliteringsterapi hvor blant annet en kognitiv atferdsterapi er en del av rehabiliteringen, sammen med terapeutisk tilbakeføring til arbeid (14).

Kognitiv atferdsterapi ved Hernes Institutt benyttes ved sokratisk dialog (32, 34) som er knyttet til spesifikke situasjoner. Dette gjøres individuelt og i grupper. Det er ønskelig å prøve ut ny forståelse i praktisk handling (atferdstrening) for å gi tips og erfaringer om annen tenkning er gyldig og dermed gir opplevelse av mestring av oppgaver som tidligere virket vanskelige. Det arbeides for å påvirke uhensiktsmessig tenkning om smerte og mulighetene i arbeidslivet. Dette kombineres med adferds forsøk primært i arbeidstreningen, men også i treningsaktiviteter. Målet er at pasienten skal oppleve mestring ved å tenke og handle annerledes.

1.3 Legetjenesten

Brief intervention bygger på en kognitiv metode som en metodisk tilnærming og en klinisk undersøkelse hvor legene har en sentral rolle. Metoden kan benyttes ved subjektive plager i

bevegelsesapparatet. (34). Hovedprinsippene er å blant annet gi en diagnostisk avklaring, gi pasienten en forståelsesmodell av egne ryggplager, trygge pasienten gjennom normal funn, oppmuntre til fysisk aktivitet selv om ryggen er vond og atferdsendring i samarbeid med pasient (35-38).

Legene på Hernes Institutt gjennomfører ved innkomst en klinisk undersøkelse med fokus på å trygge pasientene på at plagene ikke er farlige, Brief intervention. Legene gir en samlet beskrivelse av de forhold som hindrer arbeidsdeltagelse hos pasientene til resten av behandlingspersonalet, dette settes inn i et ICF perspektiv med fokus på hvilke ICF dimensjoner det skal interveneres i. Under oppholdet koordinerer legene arbeidet i klinikken, og veileder pasienten gjennom en til en samtaler inn i en kognitivprosess med fokus på avdramatisering, trygging faktakunnskap og flytting av oppmerksomhet fra begrensninger til muligheter.

1.4 Fysioterapitjenesten og trening

ARR inneholder en mengde ulike tiltak, deriblant trening i ulike former (12). Trening eller øvelser anbefales som tiltak for å forebygge nye ryggepisoder og redusere fremtidig sykefravær (39). En meta-analyse oppsummert fra 61 RCT studier gjennomført i 2005 viser at trening er noe effektivt for å redusere plager og for å bedre funksjon hos voksne med kroniske ryggplager. Ved subakutte ryggplager er det evidens for at et gradert aktivitetsprogram reduserer fraværet. Ved akutte ryggplager er det evidens for at trening er like effektivt som enten ingen behandling eller annen konservativ behandling. (40). Et fysisk treningsprogram som inkluderer kognitiv terapi, styrke- og utholdenhetstrening samt koordinasjon i en veilednings setting, er effektivt med hensyn til å redusere antall sykefraværsdager hos ansatte med kroniske ryggplager (41). Vi kan ut fra dette materialet si at trening alene ikke hjelper i tilbakeføring til arbeid, men er et av flere tiltak som bør vurderes.

Trening på Hernes Institutt er øvelsesbehandling under veiledning av fysioterapeuter og kondisjonsveileder med spesielt fokus på konkrete funksjonelle begrensninger som må bedres for at pasientene skal komme tilbake i tungt fysisk arbeid. Mål med øvelsesaktivitetene er ufarliggjøring av bevegelser og aktiviteter, avlæring av feilfunksjon, normalisering av funksjon og styrke og kondisjon god nok til å takle arbeidslivets krav. Fysioterapeutene og kondisjonsveileder har dialog med hver enkelt og undervisning i kognitiv adferdsterapi, enkel treningslære og anatomi.

1.5 Arbeidstrening

Et ARR tilbud omfatter også arbeidsrettede tiltak (12). I Sherbrooke-modellen gjennomføres en funksjonell rehabiliteringsterapi (FRT) som består hovedsakelig av kondisjonstrening og arbeidstrening med kognitiv adferdsrettet tilnærming (31). Arbeidstreningen bidrar til kartlegging av arbeidstakers generelle funksjon og den videre utviklingen av denne. Arbeidstreningen vil også kunne være med på å bedre arbeidstakerens spesifikke ferdigheter og utholdenhet som er anbefalt i forhold til arbeidsoppgavene arbeidstaker utfører (14).

Arbeidstrening på Hernes Institutt består av arbeidsoppgaver som relateres i forhold til pasientens yrke eller et aktuelt yrke for fremtiden. Pasientene forholder seg til en virkelig arbeidssituasjon med arbeidstøy, oppmøtetidspunkt, verneutstyr og faglige oppgaver, og veiledes av instruktørene som har yrkesfaglig utdannelse og praksis i tillegg til veilederkompetanse. Det er ønskelig å oppnå en reduksjon av smerterelatert frykt, hvor pasientene erfarer at det å utføre arbeid og bevege seg ikke er farlig selv om det kan gi smerter. Som en del av behandlingen er også arbeidstreningen knyttet til kognitiv atferdsterapi hvor pasientene erfarer gjennom å prøve ut ny forståelse i praktisk handling, noe som gir distraksjon fra fokus på plager og begrensninger. Målet er å gi pasientene opplevelse av det å mestre arbeidsoppgaver igjen, ofte på tross av smerter. Arbeidstreningen gir et godt grunnlag for arbeidsplassbesøkene (APB) ved HI. Arbeidstreningen er også en arena for individuell læring av arbeidsteknikk og tilrettelegging av arbeidsoppgaver som kan kompensere for eventuelle funksjonstap, eller atferds utførelse. Dette for å kunne mestre en jobb på tross av problemer.

1.6 Attføringstjeneste

Sherbrooke-modellen (14) har fokus på samtidig innsats mot pasient og omgivelsene. En del av ARR tilbudet innebærer å samarbeide mellom aktørene i pasientens omgivelser som kan bidra til arbeidsdeltagelsen. I denne prosessen er NAV og arbeidsplassen sentrale. Rehabiliteringstilbudet sikrer pasientene gjennomførbare planer for tilbakeføring til arbeid som er forankret hos arbeidsgiver og/eller NAV. I ARR tilbudet er det sentralt å koble NAV inn i prosessen så tidlig som mulig for å kunne utvikle en realistisk og gjennomførbar aktivitetsplan i samarbeid med pasienten. (27).

Attføringstjenesten på Hernes Institutt består av attføringskonsulenter med kunnskap innen og erfaring fra velferdssystemet. De arbeider med karriereveiledning, kartlegging av fagvansker

som lese- og skrivevansker og utførende prosessarbeid med fokus på muligheter i arbeidslivet, i tillegg til økonomisk rådgivning ved behov. Attføringskonsulentene arbeider realitetsorienterende mot velferdssystemet for å bistå pasienten med å gjennomføre realistiske og reelle valg. Attføringskonsulentene legger til rette for kontakt med NAV, arbeidsplass og andre sentrale aktører med innspill om pasientens funksjon, ressurser og sårbarhet. Attføringskonsulentene deltar sammen med pasienter i møter med Nav både under og etter oppholdet på HI der det er hensiktsmessig. De følger også opp kontakten med Nav etter oppholdet når pasienten har behov for dette.

1.7 Ergoterapitjenesten

Med mål om å få til tilpasninger på arbeidsplassen deltar ergoterapeuter i det tverrfaglige teamet (14). Arbeidsplassbesøk og samarbeid med arbeidsgiver er en sentral del av ARR (13, 42). Intervensjon på arbeidsplass kan være med på å redusere sykefraværet ved muskel- og skjelettplager (19).

Ergoterapitjenesten på Hernes Institutt har ansvar for å gjennomføre og koordinere APB. Dette gjøres i samarbeid med det tverrfaglige teamet bestående av lege, arbeidsinstruktør, kondisjonsveileder, fysioterapeut og attføringskonsulent. Ergoterapeut forbereder APB, kontakter pasientens arbeidsgiver og eventuelle samarbeidspartnere, summerer opp APB i en rapport med fokus på tiltak og har ansvar for å følge opp pasienten som får APB etter at de har avsluttet oppholdet på HI.

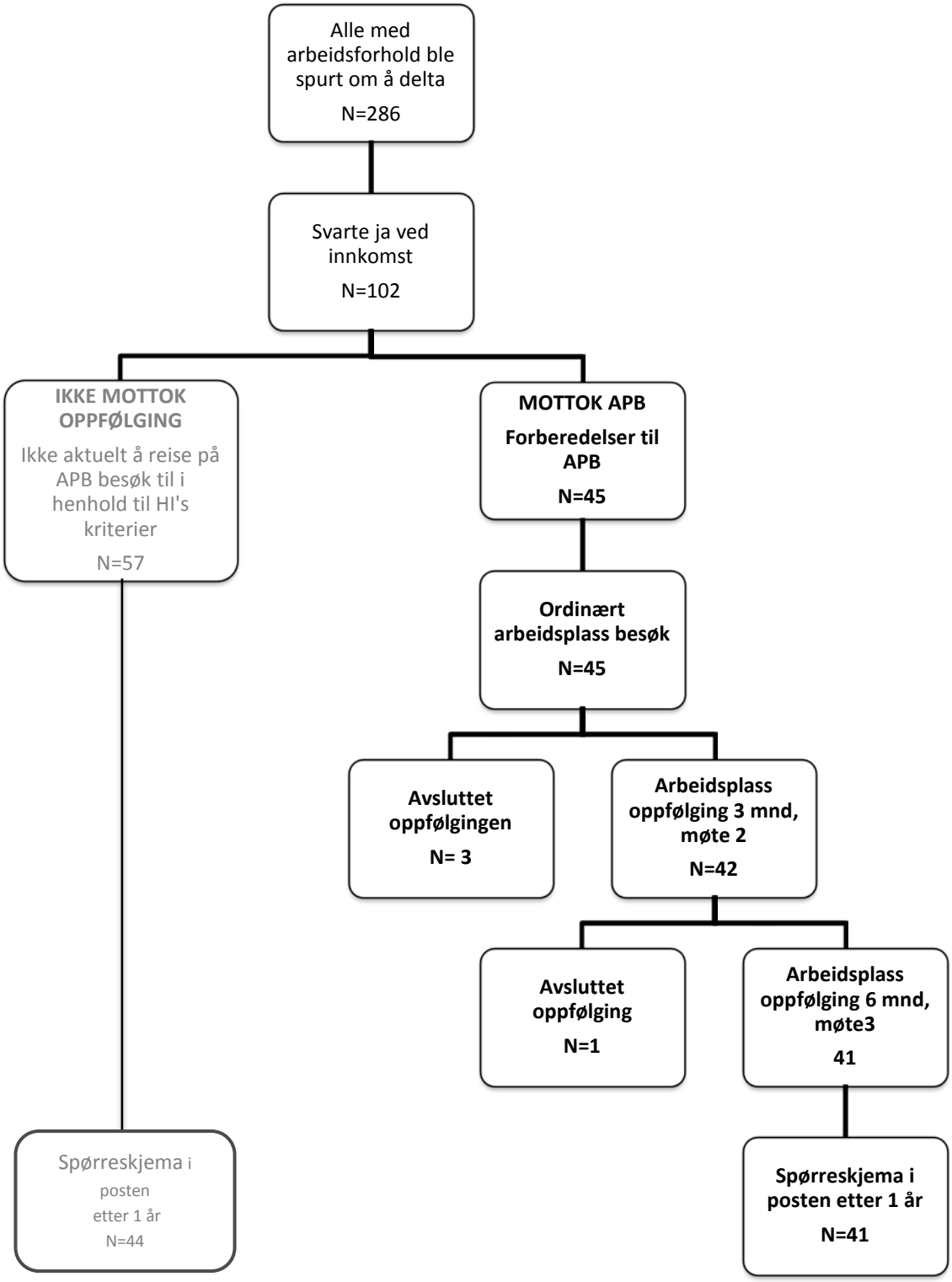
2.0 Mål

Målet med studien var å evaluere hvordan en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen underveis og i etterkant av et rehabiliteringsopphold påvirket arbeidslivsdeltagelse og omkringliggende faktorer. I den arbeidsrettede rehabiliteringsprosessen på Hernes Institutt (HI) kartlegges og interveneres det i alle ICFs dimensjoner, mens arbeidsplassbesøkene har fokus på ICF-dimensjonene omgivelse og miljø, med mål om å øke arbeidslivsdeltagelse.

3.0 Metode

3.1 Studiens design

I denne studien mottok deltagere med langvarige smerter i muskel- og skjelettapparatet tverrfaglig rehabilitering ved Hernes Institutt (HI) og oppfølging ute på arbeidsplassen. Studien var en langsgående evalueringsstudie med seks målepunkter. Utvalget ble målt på de samme tidspunktene ved hjelp av spørreskjemaundersøkelse: Målepunkt 1; ved oppstart rehabilitering, målepunkt 2; ved forberedelser av ordinært arbeidsplass besøk (APB) underveis i oppholdet, målepunkt 3; ved ordinært APB, også underveis i oppholdet, målepunkt 4; tre måneder etter avsluttet rehabilitering, målepunkt 5; seks måneder etter avsluttet rehabilitering og målepunkt 6; ett år etter avsluttet rehabilitering.



Figur 2. Flytskjema: Respondenter og frafall underveis i prosjektet.

Frafall i studien underveis skyldtes i gruppen som ikke mottok oppfølging manglende tilbakemeldinger fra deltagerne etter ett år. I gruppen som mottok APB skjedde frafallet ved de ulike måletidspunktene.

3.2 Deltagere

Deltagerne i studien ble delt inn i to grupper, deltakerne som ikke mottok oppfølging ut fra Hernes Institutts kriterier for å motta dette tiltaket. Den andregruppen var de som mottok APB. Alle deltagerne i studien hadde et arbeidsforhold. Aldersspennet var fra 20 - 63 år, og gjennomsnittsalderen var 45 år (SD≈9.17). I gjennomsnitt hadde deltagerne i studien 12 års utdanning medregnet grunnskole (SD≈0.50). Deltagerne hadde i gjennomsnitt vært 8,4 måneder ute av arbeid de 12 siste månedene før ankomst HI (SD≈3.84).

Grunnen til at det ble delt inn i to grupperinger var at det i mange tilfeller ble vurdert som ikke nødvendig med arbeidsplassoppfølging. Flere av disse deltakerne hadde gode nok oppfølgingsrutiner på arbeidsplass i form av bedriftshelsetjeneste (BHT), Helse-, miljø- og sikkerhetstiltak (HMS) og Human Resources-avdeling (HR). Andre pasienter ordnet seg selv eller ikke ønsket arbeidsplassoppfølging. Det var her konsensus mellom ergoterapeut ved HI og studiedeltaker om at arbeidsforholdet ble best ivaretatt internt på arbeidsplassen. Disse samtykket i og fikk allikevel tilsendt spørreskjema etter 12 måneder. I motsatt fall, for gruppen som mottok APB, ble det vurdert som nødvendig med oppfølging på arbeidsplass. Dette ønsket var gjensidig både fra ergoterapeut ved HI og studiedeltaker. Se neste avsnitt, «utvalgets størrelse», for en nærmere beskrivelse av kriterier for APB.

3.3 Utvalgets størrelse

Datamaterialet i dette prosjektet er i sin helhet innhentet fra HI. Alle pasienter som ankom HI for behandling fra og med 11. mars 2009 til og med 20. oktober 2010 *med* et arbeidsforhold er inkludert i studien. I denne perioden fikk 286 pasienter informasjon og tilbud om å delta i studien. Det ble gjennomført et informasjonsmøte første uke av oppholdet hvor potensielle deltagere mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien. Pasienter som fylte inntakskriteriene og som ønsket å delta mottok informasjonsbrev med samtykkemuligheter. Etter at informert samtykke var undertegnet ble det første spørreskjemaet utdelt. 102 pasienter samtykket i å delta i studien. For 45 pasienter ble det aktuelt å reise på arbeidsplassbesøk. Fire pasienter ble ekskludert ved målingene av ulike grunner. Endelig utvalg med fullstendig datasett for gruppen som mottok APB var dermed 41 pasienter. Disse pasientene ble valgt ut fra HI sine kriterier for å reise på arbeidsplassbesøk:

- behov for bistand til fysisk tilrettelegging/ kompenserende tiltak

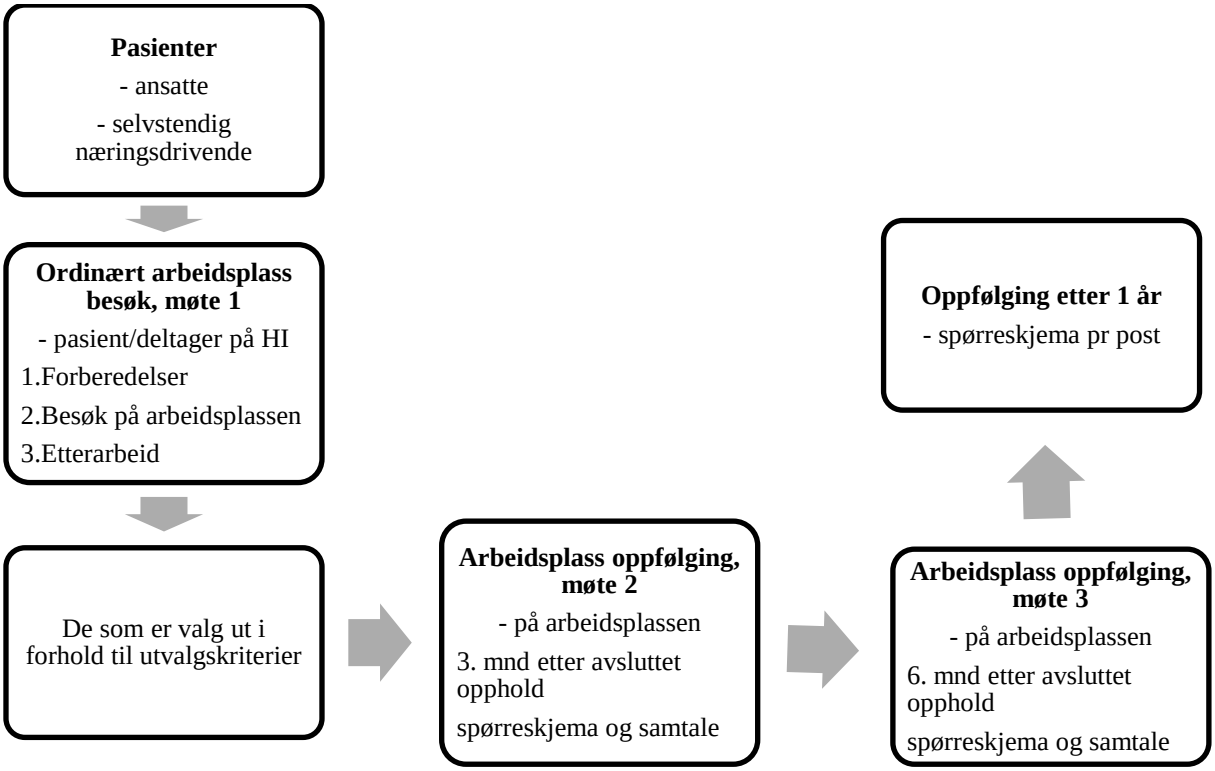
- behov for å åpne for kommunikasjon mellom arbeidstakertaker og ansatt
- behov for støtte deltaker tilbake i jobb i tilfeller der han/ hun har vært svært lenge ute av jobb
- behov for støtte på grunn av utfordringer i fysisk og/ eller psykososialt arbeidsmiljø

eller

- behov for å se og vurdere arbeidsplass for å kunne ta en god faglig beslutning med tanke på tilbakeføringstiltak

3.4 Utvidet oppfølging på arbeidsplassen

Ergoterapeut fra HI var ansvarlig for gjennomføringen av arbeidsplassbesøket. Denne personen opprettet kontakt med arbeidsgiver der det ble diskutert hvem andre som burde delta på møtet fra eksterne samarbeidspartnere. Av samarbeidspartnere var følgende aktører aktuelle: BHT, IA -kontakt, Landbrukets HMS -tjeneste og andre. Av interne aktører fra bedriften var følgende aktuelle: Bedriftens HMS -ansvarlig, verneombud og avdelingsleder. Hvem som deltok fra HI ble avgjort i tverrfaglig team og styrt og koordinert av ergoterapeut. Ergoterapeut hadde her rapporteringsansvaret etter hvert arbeidsplassbesøk. Pasientene i studien deltok selv på alle arbeidsplassbesøkene. Arbeidsplassbesøkene fant sted underveis i rehabiliteringsoppholdet, tre måneder etter utskrivelse og seks måneder etter utskrivelse.



Figur 3. Design; Viser hva som skjedde fra det tidspunkt pasientene ankom HI, til og med ett år etter avsluttet opphold.

3.5 Datainnsamling

Deltakerne i studien fylte ut et spørreskjema som var laget og satt sammen for dette prosjektet spesielt, og med hensyn på å fange opp dimensjonene som inngår i ICF. 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 og EVA -ergonomi med spørsmålene om helse, trivsel og funksjon var 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 arbeidsplassoppfølgingene. Som grunnlag for forberedelse til arbeidsplassbesøk ble *Worker Role Interview (WRI) og Work Environment Impact Scale (WEIS)* benyttet.

Frykt for smerter i fysisk aktivitet og arbeid ble målt med ”Fear Avoidance Beliefs Questionnaire” (FABQ) (43). 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 (44). FABQ er først og fremst utarbeidet for mennesker med ryggsmerter. Norsk versjon består av to deler hvor den første handler om fysisk aktivitet (5 påstander) og andre del tar for seg jobb (11 påstander) (20). Det ble regnet ut to sumskårer for FABQ, en som er relatert til arbeid og en som er relatert til fysisk aktivitet. FABQ er benyttet ved målepunktene ankomst (vedlegg 1), forberedelser (vedlegg 2), ordinært APB (vedlegg 3), oppfølging 3 måneder (vedlegg 4) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 5).

ARR -registreringen er utarbeidet på bakgrunn av erfaringer fra de ulike ARR institusjoner i Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering (NAKS). Dette gir informasjon om demografiske data og arbeids- og utdanningsrelaterte opplysninger (yrke, sykmeldingslengde med mer). ARR-registering er benyttet ved målepunkt ankomst (vedlegg 6).

Krav/ kontroll og sosial støtte ble målt ved hjelp av Karasek og Theorells spørreskjema (45) *Tro på egen bedring* ble målt for å finne ut i hvor stor grad deltakeren og omgivelsene rundt deltakeren hadde på at han/hun ville komme tilbake i jobb. *Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet* ble målt for å finne ut i hvor stor grad deltakerne opplevde å ha et sosialt nettverk, kontakter og omgang samt mottatt støtte. Det ble regnet ut sumskårer for Krav/kontroll og sosial støtte. Belastning er forholdet mellom Krav og kontroll (Krav:kontroll). Krav/kontroll og sosial støtte ble benyttet ved målepunktene forberedelser (vedlegg 2), ordinært APB (vedlegg 3), oppfølging 3 måneder (vedlegg 4) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 5).

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 (46). I studien ble det valgt ut to variabler fra del en: helse, trivsel og funksjon. Del 1 inneholder spørsmål angående jobbtrivsel og generelt om arbeidsforhold som er relevant å benytte ved yrker med tungt fysisk arbeid. Det ble innhentet tillatelse fra Randi Wågø Aas ved PreSenter om å benytte variabler fra EVA- Ergonomi V2 i dette prosjektet. Helse, trivsel og funksjon er benyttet ved målepunktene forberedelser (vedlegg 2), ordinært APB (vedlegg 3), oppfølging 3 måneder (vedlegg 4) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 4).

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 sykemeldes eller står i fare for å bli sykemeldt. Spørreskjemaet er utviklet av en arbeidsgruppe bestående av Annie Hansen Falkdal (PhD, prosessleder Sjukskrivnings process och Rehabiliteringsgarantin), Curt Edlund (PhD, socialförsäkringsforskar), Marine Sturesson (arbeidsterapeut-doktorand) og Sonya Hörnqwist Bylund (PhD arbetsmiljöforskare). Dette spørsmålet er blitt benyttet i ”Sjukskrivnas ressurser och hinder för återgång i arbete, viktige faktorer för tidlig bedömning” og beskrives som individets egen tro (Beliefe), pasientens tro på sin egen evne til å kunne jobbe igjen (hel, deltid, i nåværende eller annen jobb). Det ble gitt tillatelse av Annie Hansen Falkdal til å benytte dette spørsmålet i denne studien. 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 ansatt. «Hvordan ser du på din egen arbeidssituasjon» ble benyttet ved målepunktene ankomst (vedlegg 1), forberedelser (vedlegg 2), ordinært APB (vedlegg 3), oppfølging 3 måneder (vedlegg 4) og oppfølging 6 måneder (vedlegg 5).

Kartlegging etter 1 år er utviklet ved HI. Dette skjemaet ble benyttet til å måle arbeidslivsdeltagelsen 12 måneder etter avsluttet opphold for alle pasienter ved HI. I denne studien vil det si for både gruppe 1 og 2. Pasienten fikk spørsmål om forhold i og på jobb, ansettelsesforhold og stillingsstørrelse, friskmeldt/ ikke friskmeldt, ventetid fra utskrivelse HI til det skjedde noe i saken og spørsmål vedrørende oppholdet ved HI. Kartlegging etter 1 år er siste målepunkt (vedlegg 7).

Innsamling av data skulle gi svar på forskningsspørsmålene:

- 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?
- Hvordan går det med deltagerne etter 1 år?
- Hva oppleves av deltaker å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse?
- Hvordan evaluerer deltaker den forsterkede oppfølgingen?
- Hva oppleves av arbeidsgiver å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse?
- Hvordan evaluerer arbeidsgiver den forsterkede oppfølgingen?

3.6 Statistiske analyser

Ved statistiske analyser ble SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences, versjon 18) benyttet. For å beskrive deltagerne og eventuelle gruppeforskjeller ble independent samples t-test (kontinuerlige variabler) anvendt. For å se på utvikling over tid ble statistiske metoder som tok hensyn til repetitive målinger (t-test) benyttet. $P<0.05$ ble sett på som statistisk signifikant i denne studien. (I de tilfeller hvor arbeidsgruppen så det som hensiktsmessig å beregne signifikansnivå)

3.7 Etikk

Utgangspunktet for dette prosjektet var at det er behov for dokumentasjon innen faget arbeidsrettet rehabilitering med tanke på oppfølging og besøk på arbeidsplassen. De potensielle deltakerne fikk 24 timers betenkningstid for om de ønsket å delta i prosjektet eller ikke. I samtykkeerklæringen ble det informert om at det ikke var forventet noen spesielle ulemper, ubehag eller risiko som kunne oppleves som belastende dersom man deltok i prosjektet. Det ble også informert om at det å delta i prosjektet ville kreve noe ekstra deltagelse i form av samtale og utfylling av spørreskjema i forhold til forberedelse til arbeidsplassbesøk.

Deltagelsen i studien påvirker ikke det ordinære behandlingstilbudet pasientene fikk. Studien fulgte Helsinkideklarasjonen for forskningsetikk, og alle personopplysninger ble anonymisert og behandlet konfidensielt. Alle prosjektmedarbeidere hadde fullstendig 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).

4. Resultater

4.1 Demografisk data

Det var bare de som tilfredsstilte kriteriene for behov for arbeidsplassbesøk (APB) som ble tilbudt dette og som deltok i studien. I dette kapittelet presenteres beskrivende data for deltakerne som fikk APB (deltagere APB). Beskrivende data for gruppen som ikke

tilfredsstilte kriteriene, og som mottok ordinært tilbud på HI (ikke oppfølging) er også tatt med for å beskrive eventuelle forskjeller mellom de to gruppene.

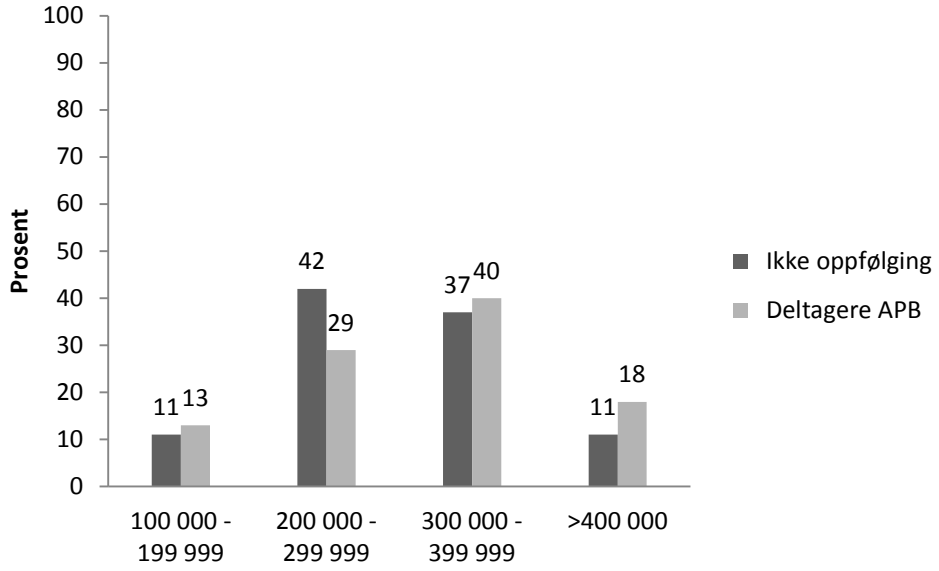
Tabell 1. Demografiske resultater.

	Variabel	*Total, n (%)*	*Ikke oppfølging, n (%)*	*Deltagere APB, n (%)*	*P≈*
Grupper		102 (100)	57 (56)	45 (44)	
Kjønn					0,19
	Kvinner	56 (55)	28 (49)	28 (62)	
	Menn	46 (45)	29 (51)	17 (38)	
Utdanning					0,66
	Grunnskole	27 (27)	15 (26)	12 (27)	
	Videregående skole/ yrkesskole	67 (66)	36 (63)	31 (69)	
	Høgskole/ universitet (1-4år)	7 (7)	5 (9)	2 (4)	
	Høyere universitets grad	1 (1)	1 (2)	0 (0)	
Sektor					0,60
	Privat	52 (51)	29 (51)	23 (51)	
	Offentlig	43 (42)	25 (44)	18 (40)	
	Selvstendignæringsdrivende	6 (6)	3 (5)	3 (7)	
	Annet	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
Yrkeskategorier					0,29
	Håndverk, manuelt arbeid	48 (47)	27 (47)	21 (47)	
	Kontorarbeid og administrasjon	2 (2)	0 (0)	2 (4)	
	Pedagogisk arbeid (skole/barnehage og lignende)	2 (2)	1 (2)	1 (2)	
	Helse og sosial	29 (28)	19 (33)	10 (22)	
	Servicearbeider	21 (20)	10 (18)	11 (24)	

Hos deltagerne som mottok APB var det en liten overvekt av kvinner (62 %). Utdanningsnivået var lavt, og bestod i hovedsak av personer med videregående eller yrkesfaglig utdannelse, med henholdsvis 63 % og 69 % av utvalget for de som ikke mottok oppfølging og deltagere som mottok APB. Nesten halvparten av det totale antallet studiedeltakere (47 %) oppga at de hadde et yrke bestående av håndverk eller manuelt arbeid, mens henholdsvis 33 % og 22 % av de som ikke mottok oppfølging og deltagere som mottok APB oppga at de hadde yrker innen helse- og sosialsektoren. Majoriteten av deltakerne jobbet

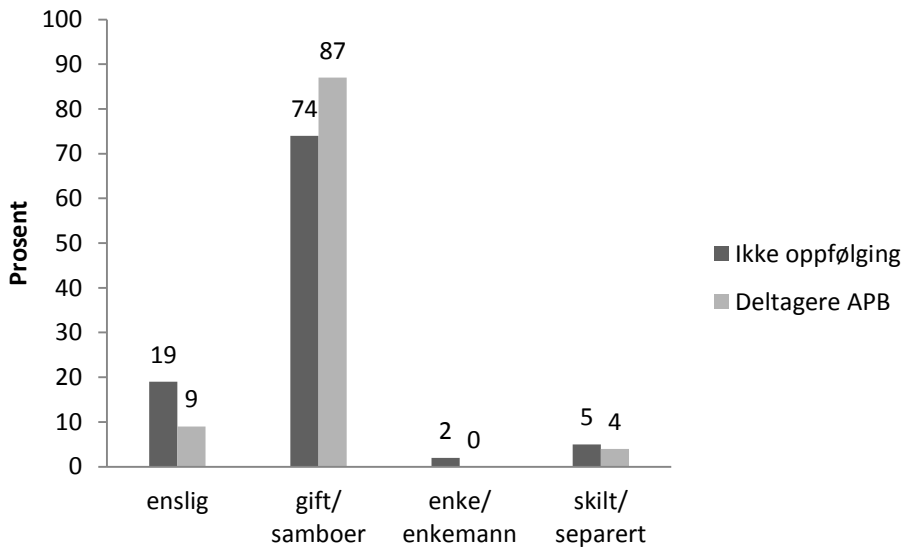
i offentlig sektor. Det var ingen signifikante forskjeller i demografiske faktorer mellom deltakerne på APB og de som mottok ordinært tilbud ved HI.

Figur 4 viser brutto årsinntekt. Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, der 40 % av de deltagere som mottok APB hadde en brutto årsinntekt på mellom 300 000 kroner og 399 999 kroner.



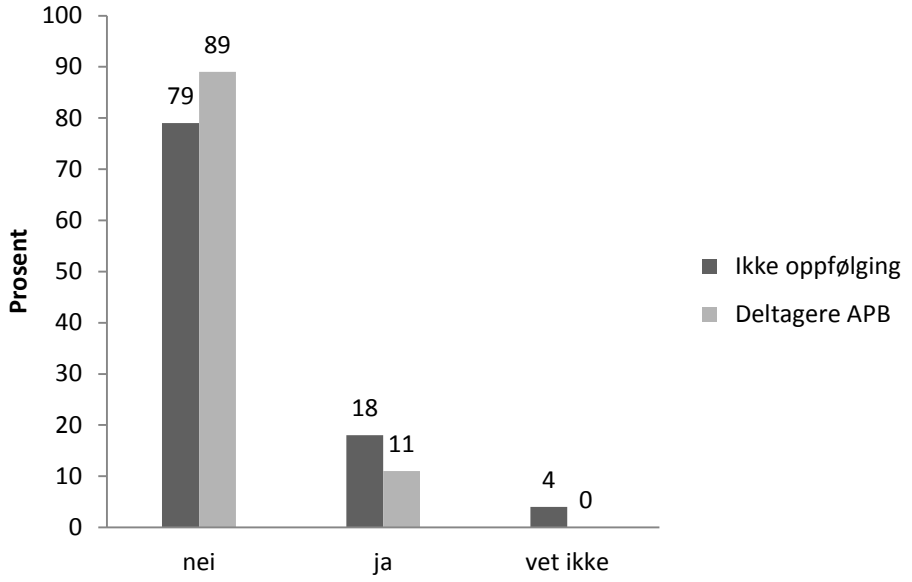
Figur 4. Brutto årsinntekt. Ikke oppfølging n=57. Deltagere APB n= 45. P≈0,49.

Figur 5 viser deltakernes sivilstatus. Resultatene viser at majoriteten av studiedeltakerne var gifte eller samboende. 87 % av deltagere som mottok APB var gifte eller samboere, mot 74 % i gruppen som ikke mottok oppfølging. Andelen enslige var størst i gruppen som ikke mottok oppfølging med 19 %, mot 9 % i gruppen for deltagere som mottok APB.



Figur 5. Sivil status. Ikke oppfølging n= 57. Deltagere APB 2 n= 45. P ≈0,36.

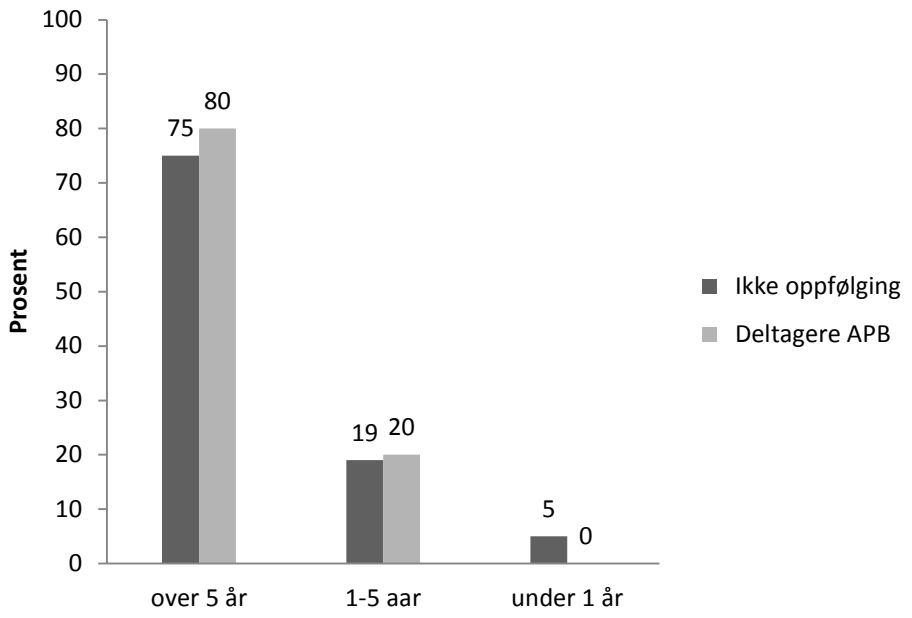
Figur 6 viser graden av lese- og skrivevansker blant studiedeltakerne. Denne var relativt lav, med henholdsvis 18 % og 11 % av deltakerne som ikke mottok oppfølging og de som mottok oppfølging.



Figur 6. Lese- og skrivevansker. Ikke oppfølging n= 57. Deltagere APB n= 45. P ≈0,28

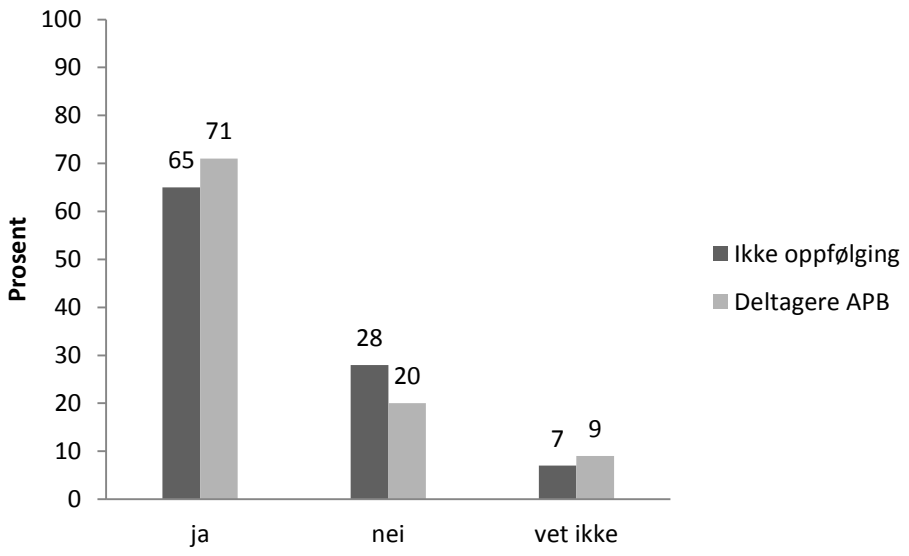
Arbeid

Figur 7 viser hvor lenge studiedeltakerne hadde vært ansatt hos nåværende arbeidsgiver. Som figuren viser hadde en stor andel av deltakerne, henholdsvis 75 % hos gruppen som ikke mottok oppfølging og 80 % hos deltagerne som mottok APB vært ansatt hos sin nåværende arbeidsgiver i fem år eller mer. Svært få hadde vært ansatt hos nåværende arbeidsgiver under 1 år.



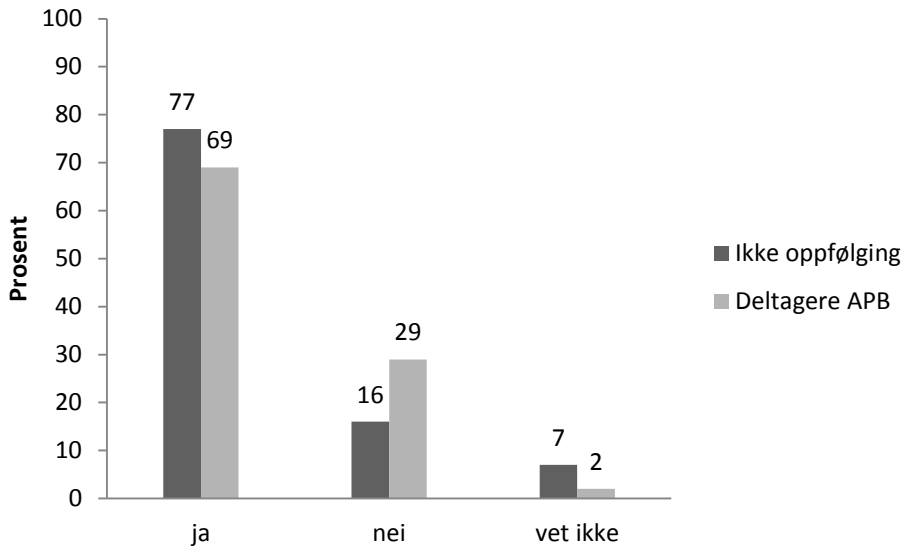
Figur 7. Lengde på ansettelsesforhold. Ikke oppfølging n= 57.Deltagere APB n= 45. P ≈0,30

Figur 8 viser at godt over halvparten av deltakerne visste at deres bedrift var en IA-bedrift. Denne prosenten var høyest blant deltakerne som mottok APB med 71 %, mot 65 % av de som ikke mottok oppfølging.



Figur 8. IA-avtale i bedriften de er ansatt. Ikke oppfølging n= 57. Deltagere APB 2 n =45. P ≈0,63.

Figur 9 viser om deltakerne var ansatt i en bedrift med kjent avtale med en bedriftshelsetjeneste eller en operativ HMS-tjeneste. Figuren viser at 77 % av deltakerne i gruppen som ikke mottok oppfølging visste om at en av disse to tjenestene fantes ved sin bedrift. Prosentandelen for deltagere som mottok APB var 69.



Figur 9. Kjent avtale med en bedriftshelsetjeneste eller en operativ HMS-tjeneste. Ikke oppfølging= 57. Deltagere APB n =45. P ≈0,18

Sykefravær/diagnose

Gjennomsnittlig lengde på et opphold ved HI var i denne studien 54 dager, eller nesten åtte uker, for begge gruppene (total n=101). Fem prosent i gruppen som ikke mottok oppfølging (n=57) og tre prosent i for deltagerne som mottok APB (n=45) hadde en forsikringssak gående angående sin helsetilstand.

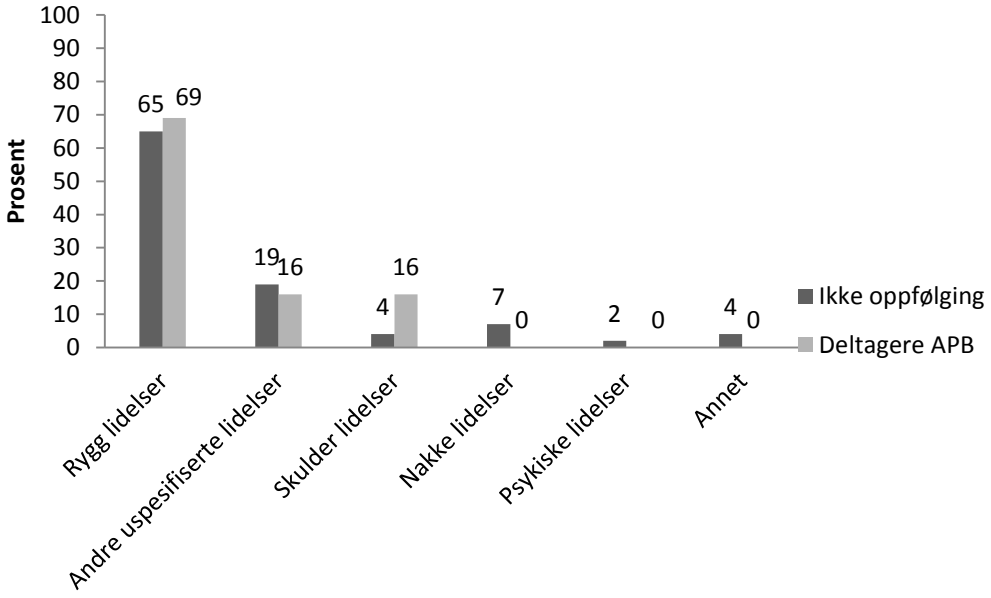
Tabell 2. Deltakernes stønadssituasjon.

	Variabel	*Total, n (%)*	*Ikke oppfølging, n (%)*	*Deltagere APB, n (%)*	*P≈*
I arbeid					0,85
	0 %	72 (71)	41 (72)	31 (69)	
	1-25 %	1 (1)	0 (0)	1 (2)	
	26-50 %	12 (12)	7 (12)	5 (11)	
	51-75 %	2 (2)	1 (2)	1 (2)	
	76-99 %	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	100 %	15 (0)	8 (14)	7 (16)	
I sykmelding					0,45
	0 %	43 (42)	22 (39)	21 (47)	
	1-25 %	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	26-50 %	10 (9)	5 (9)	5 (11)	
	51-75 %	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	76-99 %	1 (0)	0 (0)	1 (2)	
	100 %	48 (47)	30 (53)	18 (40)	
Mottar arbeidsavklaring spenger					0,69
	0 %	72 (71)	41 (72)	31 (69)	
	1-25 %	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
	26-50 %	5 (5)	3 (5)	2 (0)	
	51-75 %	1 (1)	1 (2)	0 (0)	
	76-99 %	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	100 %	23 (23)	11 (19)	12 (27)	

Tabell 2 viser arbeids- og stønadssituasjon totalt og for gruppen som ikke mottok oppfølging og deltagere som mottok APB hver for seg. Tabellen viser at i 47 % av det totale deltakerantallet var 100 % sykmeldt rett før oppstart rehabilitering. I 53 % av tilfellene hos

gruppen som ikke mottok oppfølging var 100 % sykmeldt, mot 40 % der deltagerne mottok APB. Av det totale antallet deltakere var 15 % i 100 % jobb rett før oppstart rehabilitering. Her var fordelingen mellom de som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB henholdsvis 14 % og 16 %. Av det totale antallet deltakere var 23 % på 100 % arbeidsavklaringspenger. Fordelingen mellom de som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB var her henholdsvis 19 % og 27 %. Ingen av deltagerne var arbeidsledig, gikk på skole, benyttet tidsbegrenset lønnstilskudd eller sosial stønad rett før oppholdet ved HI.

Figur 10 viser fordelingen av diagnoser for gruppen som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB ved innsøking til HI. Den vanligste hoveddiagnosen var rygglidelser for begge grupper. Av resterende deltakere som mottok APB var det like mange som hadde andre uspesifiserte lidelser og skulderlidelser, mens ingen hadde nakkelidelser eller psykiske lidelser som hoveddiagnose.



Figur 10. Hoveddiagnose ved innsøking. Deltagere APB n= 45. Ikke oppfølging n= 57. P ≈ 0,67.

4.1.1 Oppsummering og diskusjon

Resultatene viser ingen demografiske forskjeller mellom deltakerne som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB. Den videre diskusjonen vil dermed dreie seg om hele studiepopulasjonen, både gruppen som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB. Det var i denne studiepopulasjonen en liten overvekt av kvinner. Størst andel av deltakerne hadde fullført videregående opplæring som høyeste utdannelse, og nesten halvparten av deltakerne jobbet med manuelle- eller håndverksyrker. Over halvparten ble søkt inn til rehabilitering med en rygglidelse. Godt over halvparten av deltakerne var gifte eller samboere, og over 80 % hadde minimum ett barn. Omtrent halvparten av deltagerne var 100 % sykmeldt før rehabiliteringen, mens den andre halvdelen av deltakerne hadde en gradert sykemelding og kom derfor direkte fra jobb til rehabilitering.

Om lag en fjerdedel mottok her arbeidsavklaringspenger (AAP). Over 70 % av deltakerne hadde vært ansatt hos sin nåværende arbeidsgiver i fem år eller mer. Under 20 % hadde kjente lese- eller skrivevansker. Om lag 70 % visste om at deres bedrift var en IA-bedrift eller hadde tilgang til bedriftshelsetjeneste eller HMS-tjeneste. Gjennomsnittlig brutto årsinntekt var på mellom 300 000 og 399 999 NOK. Under fem prosent hadde en forsikringssak gående. Gjennomsnittlig lengde på oppholdet ved HI var nesten åtte uker.

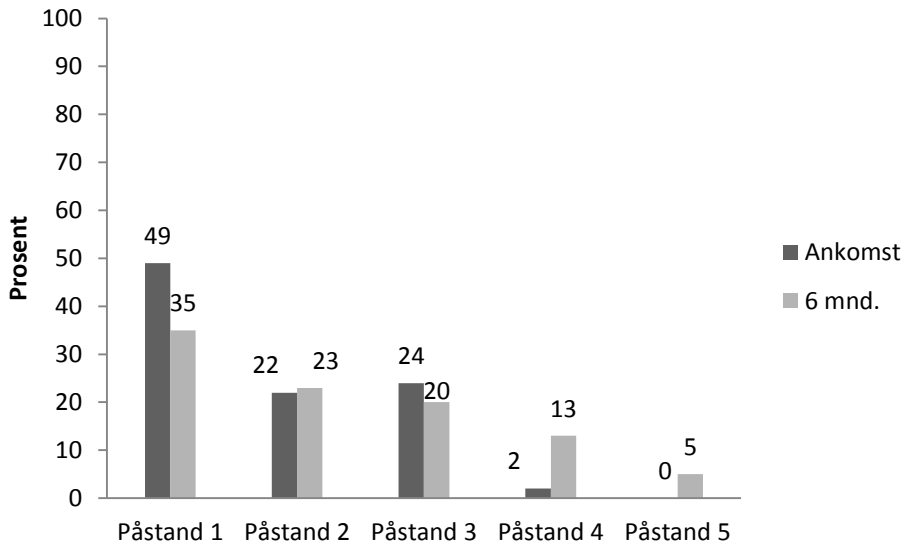
Deltakerne i denne studien viste mange av de samme tendensene som hva som kjennetegner lang tids sykmelding og uføretrygd. Dette gjør en tilbakeføringsprosess komplisert, og med såpass dårlige prognoser var vår hypotese at en utvidet oppfølging på arbeidsplass ville kunne føre til en bedret kommunikasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, noe som vil gjøre en tilbakeføring mer sannsynlig.

Deltakerne har et lavt utdanningsnivå blant studiedeltakerne, kan vi anta at erfaringen med å fylle ut skjemaer ikke er dagligdags arbeid og at dette kan ha påvirket resultatene i noen grad. Vi har også i denne studien avdekket lese- og skrivevansker i liten utstrekning (henholdsvis 18 % og 11 % for de som ikke mottok og de som mottok APB). Erfaringer gjort ved HI tilsier at dette tallet er for lavt og at graden av lese- og skrivevansker dermed kan tenkes å være underrapportert.

Andelen av studiedeltakere som hadde en forsikringssak gående var lav, noe som gjør at vi stort sett kan se bort fra dette som en bias. Andelen som var gift eller samboende var høy, opp mot 80 %. Det å være i stabile familieforhold er en av flere prediktorer for å holde seg i jobb.

4.2 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?

Deltakerne som mottok APB ble spurt om å vurdere en rekke påstander som beskrev hvordan de vurderte fremtiden med hensyn til å komme tilbake til arbeid (figur 11). De ble bedt om å vurdere dette ved ankomst og etter 6 måneder. Ved ankomst svarte omtrent halvparten at de regnet med å komme tilbake eller fortsette i sitt nåværende arbeid, og å kunne arbeide i samme utstrekning som tidligere. Etter 6 måneder var denne andelen sunket til 35 %. Det var bare 2 % som svarte at de ville komme tilbake i arbeid eller fortsette arbeidet, men som ikke trodde de kunne på grunn av sin sykdom ved ankomst, mens det var 13 % som mente dette etter 6 måneder.



Figur11. Hvordan deltaker ser på sin arbeidssituasjon ved ankomst HI og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Ankomst total n=45, 6 måneder total n=40. P≈0,28.

* Påstand 1: Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere

* Påstand 2: Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/fortsette arbeid, men tror ikke jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere

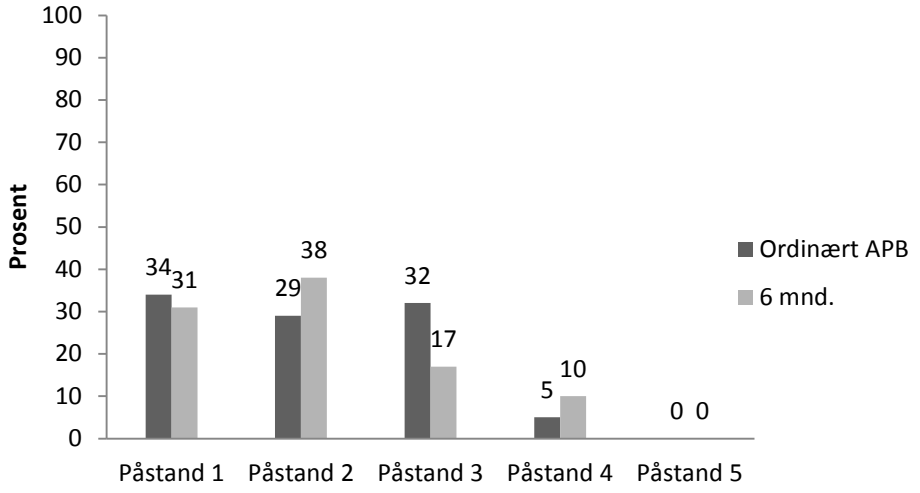
* Påstand 3: Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandring (tilpasning, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

* Påstand 4: Jeg vil komme tilbake i arbeid/fortsette arbeidet, men tror ikke jeg kan på grunn av min sykdom

* Påstand 5: Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

Arbeidsgiverne ble også bedt om å svare på hvordan de vurderte deltakernes muligheter for å komme tilbake til arbeid ved første ordinære APB, mens deltakerne var i rehabilitering ved HI, og deretter etter 6 måneder.

Arbeidsgiverne fikk spørsmål om deres arbeidstaker ønsket å komme tilbake i arbeid eller fortsette å arbeide, men før dette eventuelt kunne skje krevdes det en form for forandring (tilpasning, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass). Her svarte 32 % positivt ved ankomst, mens 17 % svarte positivt ved seks måneder. Dette viser en negativ utvikling for denne påstanden. Arbeidsgiverne fikk også spørsmål om de trodde arbeidstaker kunne komme tilbake i arbeid eller fortsette sitt arbeid, men trodde ikke han/hun kunne arbeide i samme utstrekning som tidligere. For denne påstanden ser vi en positiv utvikling fra ankomst til 6 måneder. For de andre påstandene ser vi en mindre eller ingen utvikling i hva arbeidsgiver svarer fra ankomst til 6 måneder (figur 12). Samlet sett viser figur 12 varierende utvikling i arbeidsgiver syn på sin ansatt om å vende tilbake til i jobb fra ankomst til seks måneders oppfølging.



*Figur 12. Hvordan arbeidsgiver ser på arbeidssituasjon for sin ansatt ved ordinært APB og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Ankomst total n=38, 6 måneder total n=29. P≈*0,46.

*Påstand 1: Jeg regner med at arbeidstaker kommer tilbake/fortsetter sitt nåværende arbeid, og arbeider i samme utstrekning som tidligere

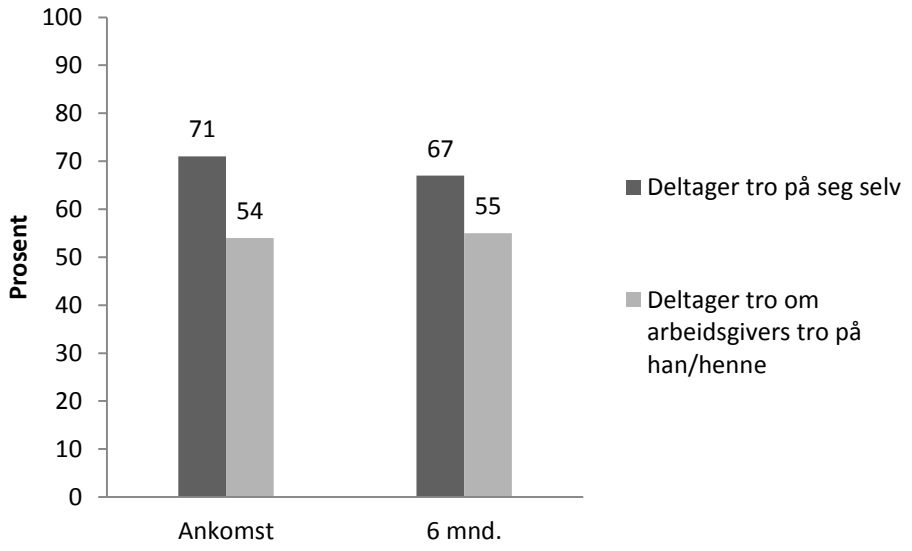
*Påstand 2: Jeg regner at arbeidstaker kan komme tilbake i arbeid/fortsette arbeid, men tror ikke han/hun kan arbeide i samme utstrekning som tidligere

*Påstand 3: Arbeidstaker ønsker å komme tilbake i arbeid/fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandring (tilpasning, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

*Påstand 4: Arbeidstaker vil komme tilbake i arbeid/fortsette arbeidet, men tror ikke han/hun kan på grunn av sin sjukdom

*Påstand 5: Jeg tror ikke arbeidstaker ønsker å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

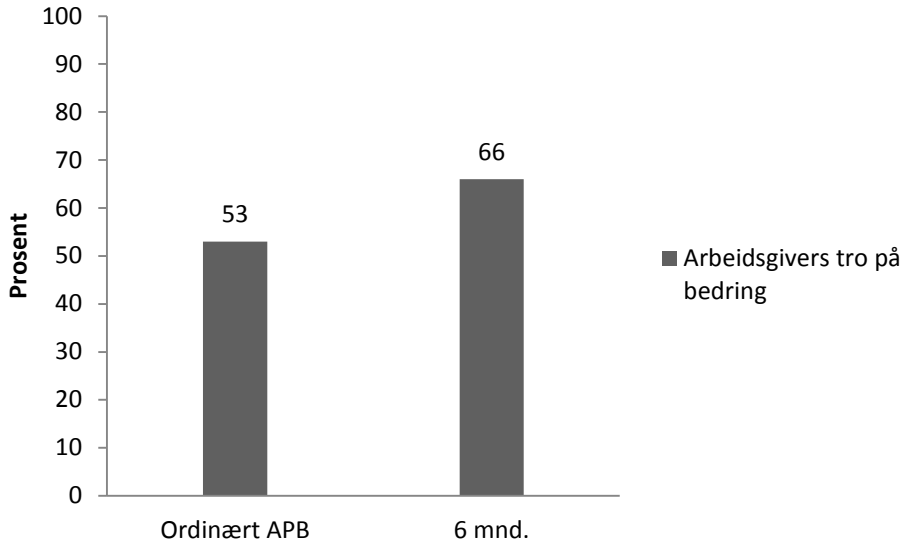
Figur 13 viser både deltakers tro på tilbakeføring i jobb og hva deltakeren tror arbeidsgiver mener om deres tilbakeføring i jobb. Målepunktene brukt var ved ankomst rehabilitering og seks måneder etter avsluttet rehabilitering.
For **deltakerens tro på å vende tilbake i jobb** ser vi en liten nedgang. For **arbeidsgiverens tro på deltakers tilbakeføring i jobb** var det noen forskjeller i skårene fra ankomst til 6 måneders oppfølging. Disse resultatene representerer svært små endringer. Både arbeidsgiver og deltager har en høyere skår, det vil her si at både arbeidsgiver og deltaker «i stor grad» har tro på en tilbakeføring til jobb (figur 13).



Figur 13. Deltakers tro på tilbakeføring i jobb og hva deltakeren tror arbeidsgiver mener om deres tilbakeføring i jobb ved ankomst til HI og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Deltakers tro på tilbakeføring i jobb

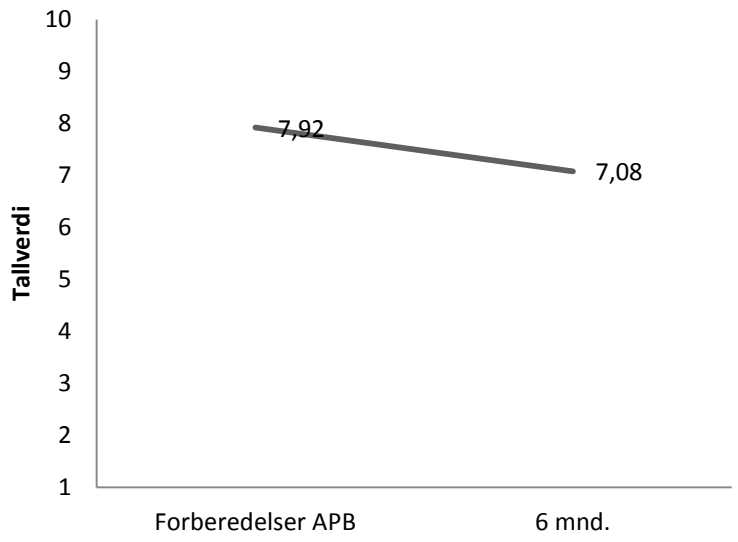
ankomst n= 32, deltakers tro på tilbakeføring i jobb 6 måneder n=26. P ≈0,45. *Hva deltakeres tror arbeidsgiver tror om deres tilbakeføring i jobb ankomst n= 23, 6, hva deltaker tror arbeidsgiver tror om deres tilbakeføring i jobb 6 måneder n= 21.* P ≈1,00.

Figur 14 viser utviklingen av i hvor stor grad arbeidsgiver har tro på at sin ansatt vil komme tilbake i arbeid/fortsette i arbeid.



Figur 14. Arbeidsgivers tro på at sin ansatt kommer tilbake/fortsetter i arbeid ved ordinært APB og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Ordinært APB n=23, 6 måneder n=23. P≈0,80.

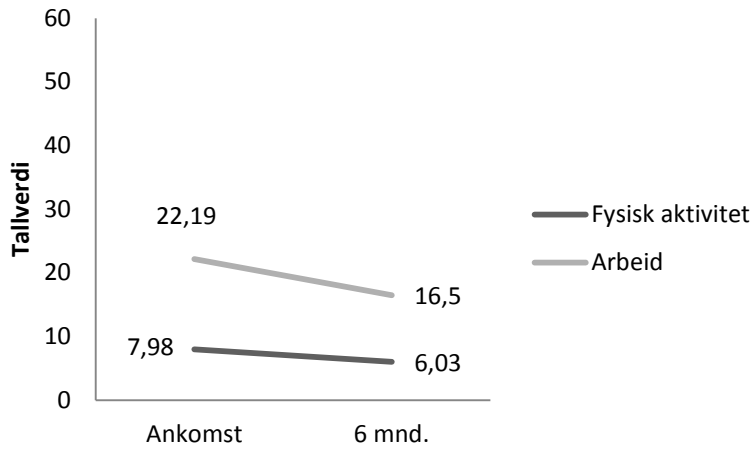
Utviklingen av deltakerens jobbtrivsel er illustrert i figur 15. Skalaen brukt i spørreskjemaet var 1 (dårlig) til 10 (bra). Målepunktene brukt var ved forberedelser til APB underveis i rehabiliteringsprosessen og seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Figuren viser en liten nedgang i jobbtrivsel fra underveis i rehabilitering til 6 måneder etter. Tallverdier over 7, som her, indikerer en relativt god jobbtrivsel.



*Figur 15. Jobbtrivsel ved forberedelser APB og 6 måneders oppfølging. De4ltagere APB. Forberedelser APB n=43, 6 måneder n=38. P≈*0,94

Utviklingen av deltakerens smerterelaterte frykt ved fysisk aktivitet og arbeid er illustrert i figur 16. Deltakerne svarte på en 7-punkts skala der 0 var helt uenig, 3 var usikker mens 6 var helt enig. I disse resultatene ble sumskår brukt. For beskrivelse av sumskår, se metodekapittel. Målepunktene brukt var ved ankomst rehabilitering og seks måneder etter avsluttet rehabilitering.

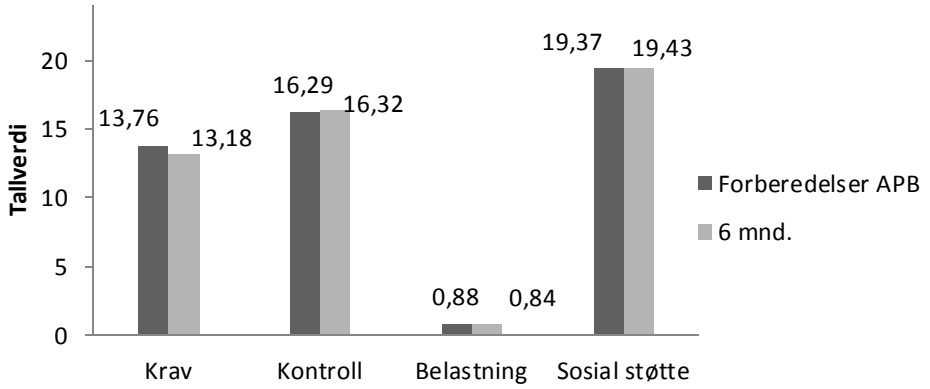
Figuren viser mindre frykt for smerter ved **fysisk aktivitet** ved seks måneder sammenlignet med ved ankomst. Figuren viser betydelig mindre grad av frykt for smerter i **arbeid** ved seks måneder sammenlignet med ved ankomst. For arbeidsvariabelen var det signifikant mindre frykt for smerter etter 6 måneder sammenliknet med ved ankomst ($p<0,05$).



Figur16. Smerterelatert frykt for fysisk aktivitet og arbeid ved ankomst til HI og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Fysisk aktivitet ankomst n=45,fysisk aktivitet 6 måneder n=40. P≈0,09. Arbeid ankomst n=45, arbeider 6 måneder n=39.P≈0,01.

Utviklingen av den ansattes opplevde krav, kontroll, belastning og sosial støtte i sitt arbeidsforhold er illustrert i figur 17. Skalaen brukt i spørreskjemaet var 1 (ja ofte), 2 (ja noen ganger) 3 (nei sjelden) og 4 (nei så godt som aldri). I disse resultatene ble sumskår brukt. For beskrivelse, se metodekapittel. Målepunktene brukt var ved forberedelser til APB underveis i rehabiliteringen og seks måneder etter avsluttet rehabilitering.

Figuren viser en nedgang i gjennomsnitts-skår ved opplevde **krav** fra forberedelser til seks måneder på 0,58. En skåre på 13-tallet ved begge målinger indikerer relativt høy grad av opplevde krav. Vi ser ingen forskjell i gjennomsnitts-skår ved **kontroll** fra forberedelser til seks måneder. En skåre på 16-tallet ved begge målinger indikerer høy grad av opplevd kontroll på jobb. Resultatene viser videre ingen forskjell i gjennomsnitts-skår for **belastning**. En skåre på under 1 ved begge målinger indikerer svært stor grad av opplevd belastning på jobb. For opplevd **sosial støtte** ser vi heller ingen endring. En skåre på 19 indikerer svært liten grad av opplevd sosial støtte ved begge målinger.

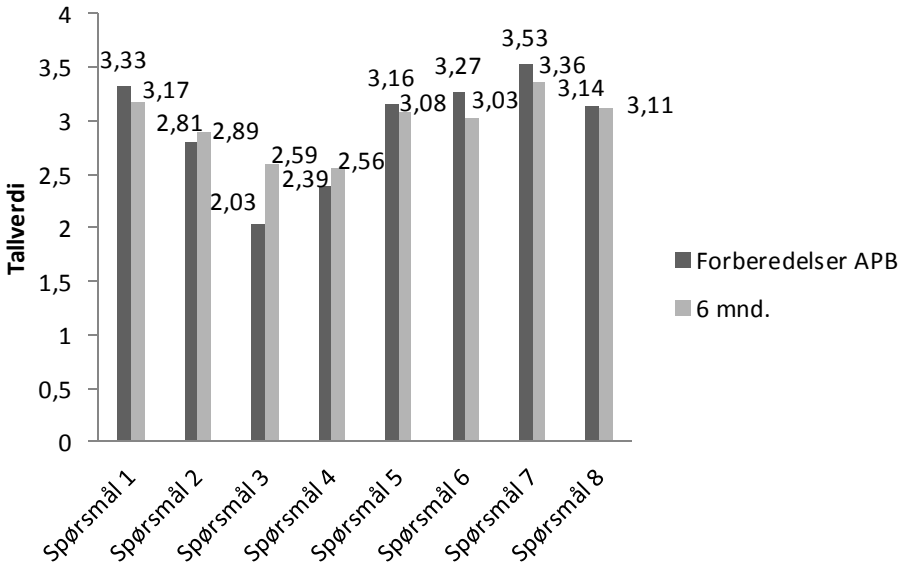


Figur 17. Krav, kontroll, belastning og sosial støtte ansatte ved forberedelser APB og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Kontroll forberedelser n=43, kontroll 6 måneder n=39. kontroll p≈0,95. Belastning forberedelser n=43, belastning 6 måneder n=39. Belastning p≈0,31. Sosial støtte forberedelser n=38, sosial støtte 6 måneder n=33. Sosial støtte p≈0,92. Krav forberedelser n=43, krav 6 måneder n=39. Krav p≈0,14.

Utviklingen av helse, trivsel og funksjon er illustrert i figur 18. Skalaen brukt i spørreskjemaet var 1 (ikke tilfredsstillende), 2 (akseptabelt), 3 (tilfredsstillende) og 4 (svært tilfredsstillende).

Målepunktene brukt var ved forberedelser til APB underveis i rehabiliteringen og seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Resultatene oppsummeres punktvis:

*Spørsmål 1 (*Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de du jobber med?*). Nedgangen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Høye tallverdier (over 3) indikerer tilfredsstillende miljø på arbeidsplassen.
*Spørsmål 2 (*Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?).* Økningen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Tallverdiene (over 2) indikerer en akseptabel variasjon i arbeidsoppgaver.
*Spørsmål 3 (*Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?).* Økningen i gjennomsnitts-skår var liten (0,57). Tallverdiene (over 2) indikerer akseptable muligheter for å bestemme eget arbeidstempo.
*Spørsmål 4 (*Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?).*
Økningen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Tallverdiene (over 2) på indikerer akseptabel grad av tilbakemeldinger på eget arbeid.
*Spørsmål 5 (*Er dine arbeidsoppgaver klart definert?*). Nedgangen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Tallverdiene (over 3) indikerer at arbeidsoppgaver er klart definert på en tilfredsstillende måte.
*Spørsmål 6 (*Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?).* Økningen i gjennomsnitts-skår var meget lav (0,24). Tallverdiene (over 3) indikerer at arbeidet ble opplevd som meningsfylt på en tilfredsstillende måte.
*Spørsmål 7 (*Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?).* Nedgangen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Tallverdiene (over 3) indikerer at arbeidet ble opplevd som viktig for arbeidsstedet på en tilfredsstillende måte.
*Spørsmål 8 (*Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter?).* Nedgangen i gjennomsnitts-skår var ubetydelig. Tallverdiene (over 3) indikerer at deltakerne fikk brukt sine evner og ferdigheter på en tilfredsstillende måte.



Figur18. Helse, trivsel og funksjon ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging.

Spørsmål 1; Ankomst n=36, 6 måneder n=36. P≈0,11.

Spørsmål 2; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,61.

Spørsmål 3; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,00.

Spørsmål 4; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,34.

Spørsmål 5; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,64.

Spørsmål 6; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,12.

Spørsmål 7; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,16.

Spørsmål 8; Ankomst n=37. 6 måneder n=37. P≈0,86

4.2.1 Oppsummering og diskusjon

For studiedeltakers tro på tilbakeføring i jobb var det stort sett ubetydelige forskjeller fra ordinært arbeidsplassbesøk til seks måneders oppfølging. Skårene lå hele veien på fra «i noen grad» til «i stor grad». Da det samme spørsmålet ble stilt arbeidsgiver, så vi også en ubetydelig forskjell i skår Resultatene viser en høy skår for tro på tilbakeføring til arbeid både for ansatte og for arbeidsgiver ved begge målepunkter. Dette gir en indikasjon på at APB kan ha bidratt til en fruktbar dialog sett i forhold til tilbakeføringsprosessen.

Det var noe sprikende resultater for hvordan deltakerne så på sin fremtidige arbeidssituasjon. Utviklingen her var samlet sett svakt negativ uten signifikante forskjeller fra ankomst rehabilitering til seks måneder. For en av påstandene i spørreskjemaet «jeg regner med å komme tilbake til/ fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere», svarte 14 % færre positivt ved seks måneder sammenliknet med ved ankomst.

Arbeidsgiver svarte også på denne påstanden for sin ansatt, her var nedgangen ubetydelig. Tendensen ved for påstand to; «jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere» var tendensen positiv fra ankomst til seks måneder både for arbeidsgiver på vegne av ansatt og for ansatt selv, dog var denne forskjellen minimal.

Deltakernes jobbtrivsel viste en svak (ikke-signifikant) nedgang fra underveis i rehabiliteringsoppholdet til seks måneder etter. På en skala fra 1-10 viste skåren over 7 for begge målepunkter, noe som indikerer en relativt god jobbtrivsel. Studier gjort innen dette temaområdet har vist at et godt forhold til både leder og kolleger påvirker sykefravær (47). Snittskårene her viser at dette ikke er et utbredt problem for deltakerne i denne studien.

Våre resultater kan sees på i sammenheng med Karasek og Theorells jobbstressmodell, som ser på sammenhengen mellom krav og kontroll på arbeidsplassen og hvordan ulike grader av disse faktorene påvirker mentalt stress, psykosomatiske plager og dertil sykefravær (48, 49). Høy grad av krav og liten grad av kontroll i forhold til valg av fremgangsmåter og tilgang til ressurser, såkalte «high strain-jobs» fører til økt risiko for fysiske og mentale plager, mens i «active jobs», det vil si jobber der det er en kombinasjon av høye krav og høy grad av kontroll, uteblir disse plagene. Lave krav kombinert med høy kontroll, såkalte «passive jobs» fører også til mindre grad av plager, selv om arbeidstakerne ofte ser på disse jobbene som lite utviklende. Lav grad av kontroll kombinert med lave krav, såkalte «low strain-jobs», forbindes også med psykisk stress, misnøye og risiko for plager, men i mindre grad enn ved «high strain-jobs» (48, 49). Det er senere funnet at sosial støtte på arbeidsplassen ser ut til å utlikne negative faktorer i denne modellen. Deltakerne i denne studien har relativt lav utdanning og dertil stor grad av manuelle yrker og håndverksyrker. Fra et allment perspektiv kan slike yrker i mange tilfeller bli sett på som «high strain-jobs». Faktorer som for en arbeidstaker kan virke belastende og negative, kan for en annen virke utfordrende og positive. Dette kan settes i sammenheng med selvopplevd mestringsevne (50, 51). Jo høyere grad av selvopplevd mestringsevne som innehas, jo mindre belastende vil en situasjon oppleves, og jo færre kroppslige reaksjoner vil oppleves.

For deltakerne i vår studie bekreftes for så vidt dette synet ved at de er søkt inn til HI med fysiske plager. Det er allikevel interessant å merke seg svarene de gir på spørsmålene om krav og kontroll, svar som i mange tilfeller indikerer det motsatte.

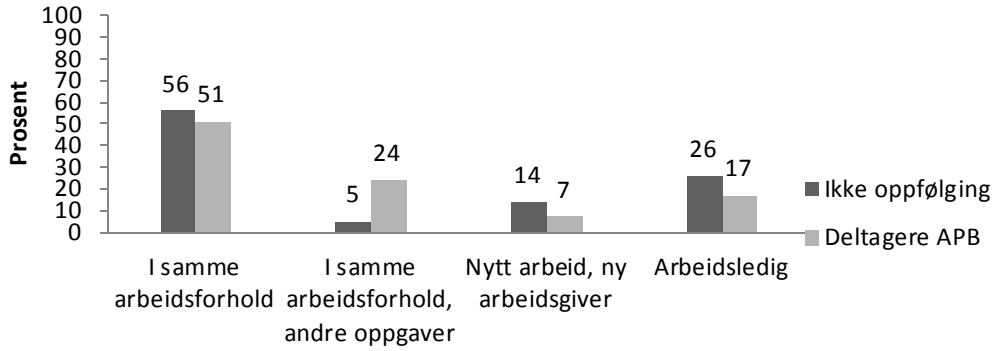
For spørreskjemaet «helse, trivsel og funksjon» fant vi at deltakerne skåret mellom «tilfredsstillende» og «svært tilfredsstillende» på mange av spørsmålene både underveis i rehabiliteringen og etter seks måneder. Dette gjaldt for arbeidsmiljø, de mente at arbeidsoppgavene var klart definert, at arbeidet var meningsfylt, at den jobben de gjorde var viktig for arbeidsstedet samt at de fikk brukt sine evner og ferdigheter. For disse spørsmålene var det ingen forskjeller mellom de to målepunktene. For spørsmål 3; «hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?» økte skåren signifikant fra underveis i rehabiliteringen til seks måneder etter, noe som kan tenkes å relateres til den utvidete arbeidsplassoppfølgingen. Vi kan selvsagt ikke se bort fra at dette også kan skyldes andre tiltak satt i verk uavhengig av intervensjonene i regi HI.

Deltakernes smerterelaterte frykt for både arbeid og fysisk aktivitet gikk signifikant ned fra ankomst til seks måneder. Overmier et al. (52) hevder at en effektiv terapi vil kreve atferds rettede tiltak i selve situasjonen, tiltak som fremprovoserer frykt. Da rehabiliteringsprogrammet ved HI inneholder både fysisk aktivitet samt arbeidstrening, kan vi gå ut fra at deltakerne ble presentert for slike situasjoner underveis i rehabiliteringsprosessen, og at dette gjorde seg utslag i FABQ-skårene fra ankomst til seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Reduksjon i smerterelatert frykt over tid kan videre forstås som et uttrykk for mestring, noe som også er funnet i tidligere studier (53). Det kan videre tenkes at den utvidede oppfølgingen på arbeidsplass var med på å påvirke denne skåren, uten at vi vet dette sikkert. Tidligere studier viser en mindre grad av frykt for smerte ved **fysisk aktivitet**, mens i denne studien rapporterer deltagerne betydelig mindre grad av frykt for smerter i **arbeid**. I tidligere studier har det vært et betydelig fokus på individrettete tiltak, mens i denne studien har det vært fokus på tiltak rettet mot arbeidsdeltagelse og omgivelsene. Dette er et fokus som er godt innarbeidet i tilbudet HI sitt arbeid i arbeidstrening, APB og i det tverrfaglige teamets arbeid. Resultatene kan tyde på at tiltak med fokus på arbeidsdeltagelse og omgivelsene har en positiv innvirkning mot arbeid. Her vil det ikke være mulig å skille ut APB fra ordinært behandlingstilbud ved HI siden deltagerne følger det ordinære tilbudet på HI og i tillegg har fått APB.

4.3 Hvordan går det med deltagerne etter et år?

Figur 19 illustrerer deltakernes ansettelsesforhold og om deltakerne hadde andre arbeidsoppgaver, eventuelt nytt arbeid, ett år etter avsluttet rehabilitering. Som figuren viser

hadde over halvparten av deltagerne i gruppene det samme arbeidsforholdet etter ett år sammenlignet med ved oppstart rehabilitering. For gruppen som mottok APB hadde flere fått andre arbeidsoppgaver hos samme arbeidsgiver (24 %) enn de som ikke mottok oppfølging (5 %), og færre i gruppen som mottok APB hadde byttet jobb (7 %) enn de som ikke fikk oppfølging (14 %).

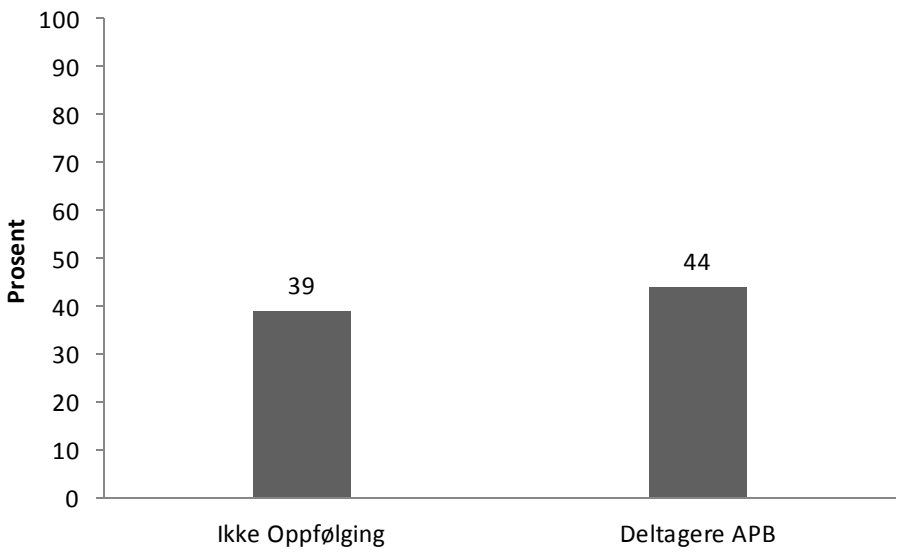


Figur 19. Arbeidsforhold.

Tabell 3 viser type arbeidsforhold ett år etter avsluttet rehabilitering.

	Totalt		Ikke oppfølging		Deltagere APB	
Arbeidsforhold	n	%	n	%	n	%
I samme arbeidsforhold som tidligere	45	54	24	56	21	51
Samme arbeidsforhold, andre oppgaver	12	14	2	5	10	24
Nytt arbeid, ny arbeidsgiver	9	11	6	14	3	7
Arbeidsledig	18	21	11	26	7	17

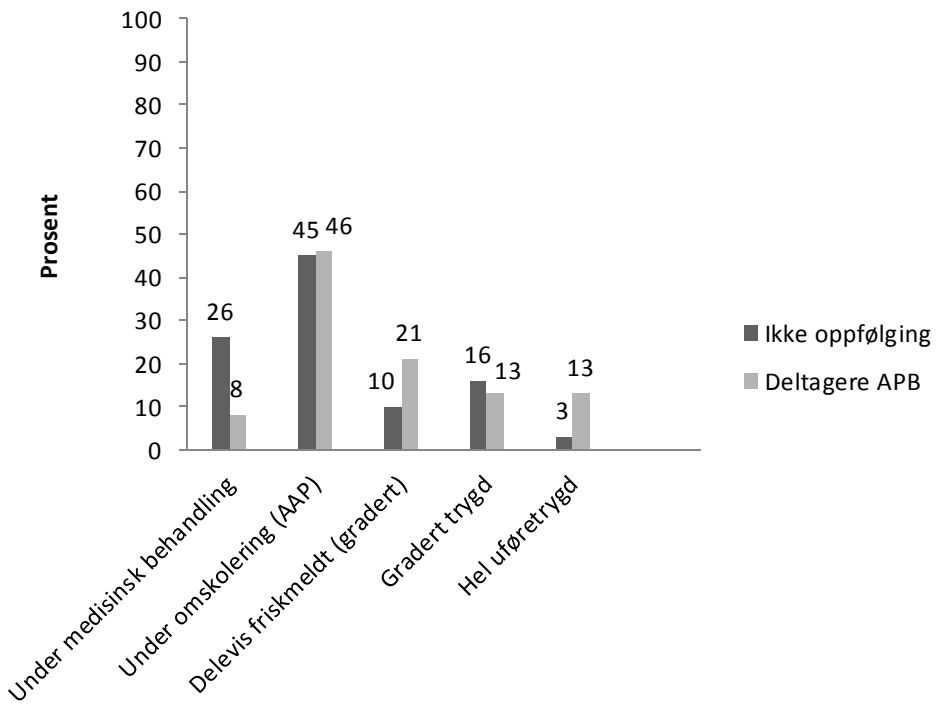
Figur 20 viser prosentvis andel med full friskmelding etter ett år og fordelingen mellom de som ikke mottok oppfølging og deltagerne som mottok APB. Som figuren viser var 39 % i gruppen som ikke mottok oppfølging og 44 % hos deltagerne som mottok APB fullt friskmeldt ved ett års oppfølging.



Figur 20. Fullt friskmeldt. Ikke oppfølging n= 44. Deltagere APB n= 41.

Figur 21 illustrerer hvilket tiltak de studiedeltakerne som ikke var friskmeldt etter ett år stod i. Figuren viser at 26 % i gruppen som ikke mottok oppfølging var under fortsatt medisinsk behandling, mot åtte prosent hos deltagerne som mottok APB.

Hele 45 % til 46 % befant seg på omskoleringstiltak/ arbeidsmarkedstiltak og mottok AAP. Tretten prosent av deltagerne som mottok APB hadde fått innvilget full uførestønad, mot 3 % i gruppen som ikke mottok oppfølging.

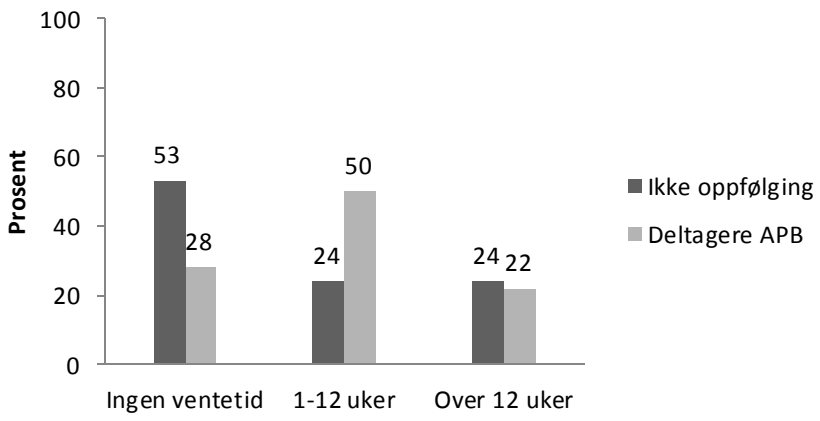


Figur 21. Ikke friskmeldt.

Tabell 4. Hvilket tiltak de som ikke var fullt friskmeldt hadde/ stod i ett år etter avsluttet rehabilitering

	Totalt		Ikke oppfølging		Deltagere APB	
Tiltak	N	%	n	%	n	%
Under medisinsk behandling	10	18	8	26	2	8
Under omskolering (AAP)	25	45	14	45	11	46
Delvis friskmeldt (gradert)	8	15	3	10	5	21
Gradert trygd	8	15	5	16	3	13
Helt uføretrygdet	4	7	1	3	3	13

Figur 22 viser ventetid fra deltakerne var utskrevet fra HI til det skjedde noe mer i deres unike sak i tilbakeføringsprosessen. Figuren viser at deltakerne som mottok APB (28 %) opplevde «ingen ventetid» i langt større grad enn de som ikke mottok APB (53 %). Tjuefire prosent i gruppen som ikke mottok oppfølging opplevde en ventetid på 1-12 uker, mot 50 % av deltagerne som mottok APB. En ventetid på mer enn 12 uker ble rapportert av 22 til 24 % av deltakerne.

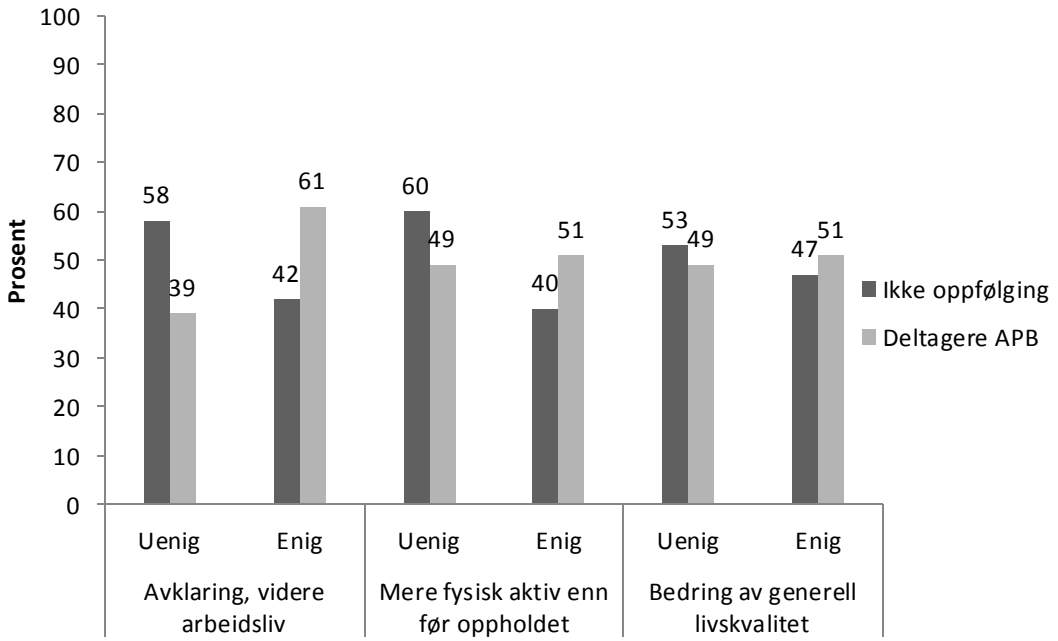


Figur 22. Hvor lenge måtte du vente etter utskrivelse fra HI til det skjedde noe mere i saken?.

Tabell 5. Ventetid til det skjedde noe mer i saken angående tilbakeføring til arbeid

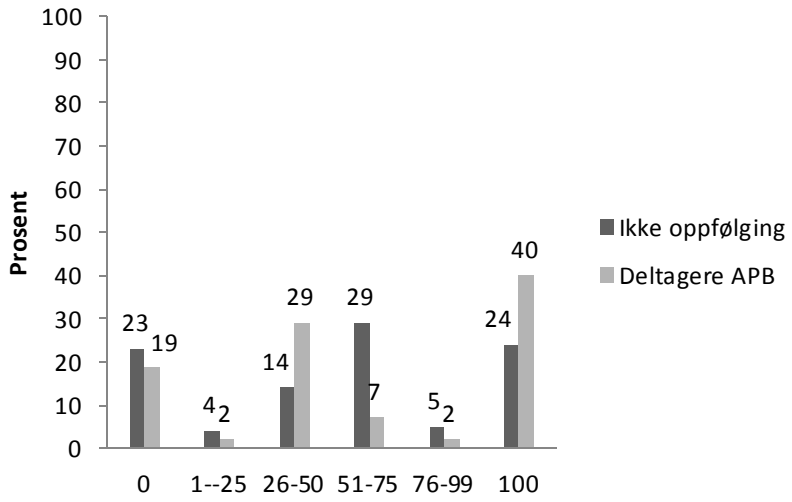
	Totalt		Ikke oppfølging		Deltagere APB	
Ventetid etter avsluttet rehabilitering	n	%	n	%	n	%
Ingen ventetid	30	40	20	53	10	28
1-12 uker	27	36	9	24	18	50
Over 12 uker	17	23	9	9	8	8

Figur 23 viser hvordan deltakerne så på tre ulike påstander ett år etter rehabilitering. For påstand 1; «Oppholdet gav meg en avklaring i forhold til mitt videre arbeidsliv», oppga 42 % i gruppen som ikke mottok oppfølging seg enig, mot 61 % av deltagerne som mottok APB. Påstand 2: «Jeg er mer fysisk aktiv nå enn før oppholdet»: Her rapporterte 40 % i gruppen som ikke mottok oppfølging enighet, mot 51 % av deltagerne som mottok APB. For påstand 3; «Min generelle livskvalitet er bedre nå enn før oppholdet» rapporterte 47 % i gruppen som ikke mottok oppfølging enighet, mot 51 % deltagerne som mottok APB.



Figur 23. Avklaring, videre arbeidsliv. Avklaring i forhold til videre arbeidsliv: Ikke oppfølging n= 19. Deltagere APB 2 n=25. Mere fysisk aktive enn før oppholdet: Ikke oppfølging n= 18. Deltagere APB=21. Bedring av generell livskvalitet: Ikke oppfølging n= 21. Deltagere APB n=21.

Figur 24 viser deltakernes stillingsstørrelse ett år etter avsluttet rehabilitering. I gruppen som ikke mottok oppfølging hadde 24 % en 100 % stilling mot 40 % av deltagerne som mottok APB. Prosentandelen for en 0 % stilling (arbeidsledig): Her ble det rapportert 23 % av de som ikke mottok oppfølging og 19 % av deltagerne som mottok APB. For ulike graderte stillinger var det variasjoner (se figur 24).



Figur 24. Hvor stor stilling har du? Under medisinsk behandling: Ikke oppfølging n= 8. Deltagere APB -n=8. P≈0,00.

Tabell 6. Stillingsbrøk ett år etter avsluttet rehabilitering

	Totalt		Ikke oppfølging		Deltagere APB	
Stillingsbrøk (%)	n	%	n	%	n	%
0	24	24	13	23	11	19
1-25	3	3	2	4	1	2
26-50	20	20	8	14	12	29
51-75	19	19	16	29	3	7
76-99	4	4	3	5	1	2
100	31	31	14	24	17	40

4.3.1 Oppsummering og diskusjon

Flere randomiserte kontrollerte forsøk har blitt gjort for å se på effekten av arbeidsrettede intervensjoner internasjonalt (15, 31). Felles for intervensjonene som her har blitt testet ut er at de blant annet har inneholdt intervensjon i tilknytning til arbeidsplass. Det var derfor relativt stor spenning knyttet til hvor stor andel av deltakere i vår studie som var friskmeldt eller ikke. I tillegg fikk vi kunnskap om deltakerne mente arbeidsplassintervensjonene i regi HI var av betydning for dette utfallet. Resultatene våre viser at 40 % av de deltakerne som fikk en utvidet oppfølging på arbeidsplass var i en 100 % stilling ved ett års oppfølging. Dersom vi tar med de som hadde jobb, men mindre enn 100 %, var prosenten med arbeidsforhold her 80 %. Vi ser også at prosenten med full friskmelding som fikk en utvidet arbeidsplassoppfølging var 44 % etter ett år. De deltagerne som ikke var fullt friskmeldte ar enten gradert friskmeldt, under medisinsk behandling, på arbeidsavklarings penger, gradert trygdet eller blitt helt uføretrygdet. Tidligere studier gjort på døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering på denne pasientgruppen finnes i liten grad, vi kan dermed ikke si noe om 44 % er «gode» tall. Allikevel vet vi noe om at denne pasientgruppen byr på komplekse utfordringer. Deres prognoser for tilbakeføring er relativt dårlige, basert på demografi (54). Med bakgrunn i de demografiske analysene mener vi at 44 % friskmeldt, for denne pasientgruppen, kan sies å være et positivt tall, og en indikasjon på at den utvidete oppfølgingen på arbeidsplass synes å være viktig for at denne gruppen pasienter med komplekse utfordringer skal kunne tilbakeføres til jobb.

I våre resultater ser vi at 17 % av deltagerne som fikk APB var arbeidsledige etter ett år. Dette kan tyde på at det ikke fantes muligheter for tilpasninger på arbeidsplassen, og at den utvidede oppfølgingen på mange måter fungerte som en avklaring. Ved første vurdering kan en tenke at dette er «negative» tall, da ledighetsprosenten steg fra 0 til 17 % fra oppstart rehabilitering til ett år etter. Vi skal imidlertid huske at studiedeltakerne i stor grad hadde tunge manuelle yrker

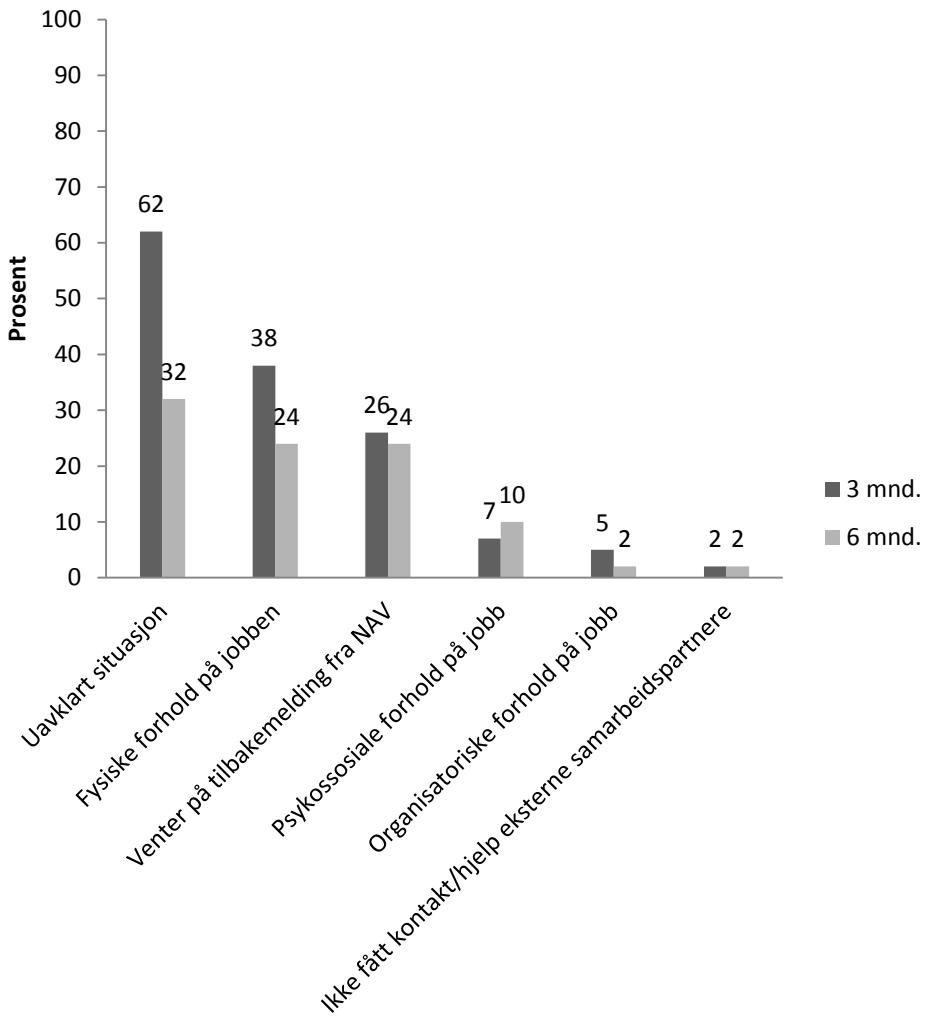
og at man i løpet av oppfølgingsperioden oppnådde en konsensus om at de aktuelle deltakerne, ut fra helsemessige årsaker, burde finne en annen jobb.

Ett år etter er omtrent like mange tilbake i samme arbeidsforhold i begge gruppene. Ulikhetene mellom gruppene finner man i variablene «andre arbeidsoppgaver hos samme arbeidsgiver» og «nytt arbeid, ny arbeidsgiver». Ca. en fjerdedel av de som mottok APB fikk nye arbeidsoppgaver i samme arbeidsforhold. For de som ikke mottok oppfølging var det færre som fikk nye arbeidsoppgaver i samme arbeidsforhold og flere fikk nytt arbeid. Gruppen som mottok APB viser her en positiv utvikling. I våre resultater kan vi ikke med sikkerhet si at forskjellene mellom de som ikke fikk oppfølging og de som fikk APB skyldtes den utvidete oppfølgingen, dette kan også skyldes ulike utgangspunkt for de ulike gruppene. De som ikke fikk oppfølging fylte ikke HIs kriterier for APB, noe den andre gruppen gjorde (for kriterier; se metodekapittel).

4.4 Hva oppleves av deltaker å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse?

Figur 25 viser at 62 % av deltakerne som mottok APB oppga at en uavklart situasjon som den største barrieren for å komme tilbake i arbeid **tre måneder** etter avsluttet rehabilitering ved HI. Figuren viser samtidig at 32 % av deltakerne som mottok APB oppga at en uavklart situasjon var den største barrieren for å komme tilbake i arbeid **seks måneder** etter avsluttet rehabilitering ved HI. En uavklart situasjon kunne forstås som at deltakerne hadde behov for å videreføre de samme tiltakene eller at sette inn nye tiltak for å komme tilbake i arbeid. Dette kunne skyldes at han eller hun ikke var ferdig medisinsk utredet, var i gang med tiltak hos Nav som ikke var avsluttet eller at han eller hun var ute i en ny sykmeldingsperiode.

Videre viser figuren ved seks måneder at 24 % av deltakerne som mottok APB mente at fysiske forhold i jobben var den største barrieren for tilbakeføring, mens 24 % oppga at de ikke hadde fått svar/avklaring fra Nav, og at dette var den viktigste barrieren.



Figur 25. Deltagerens opplevde barrierer ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. 3 måneder n=4, 6 måneder n = 41.

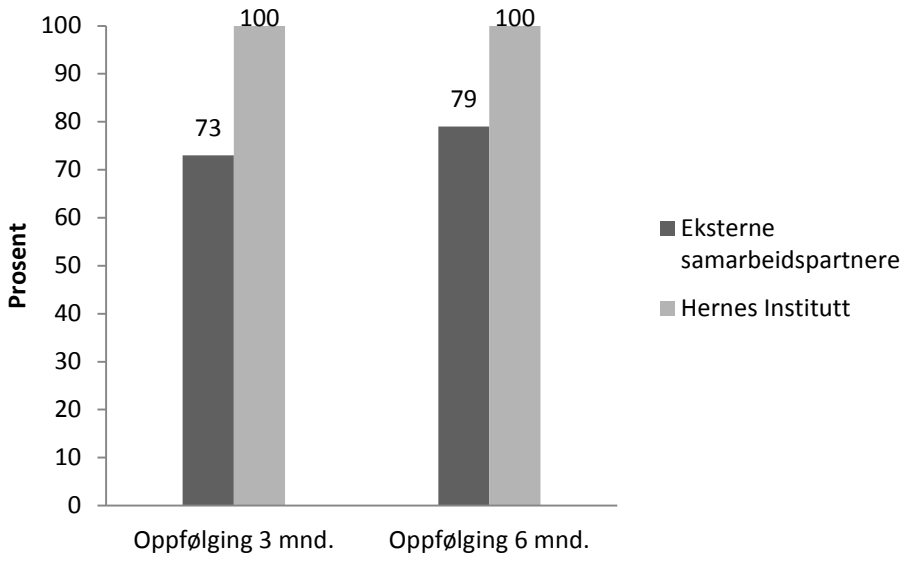
4.4.1 Oppsummering og diskusjon

Når det gjaldt barrierer for tilbakeføring, viste resultatene at «en uavklart situasjon» som viktigste barriere for tilbakeføring nesten ble halver fra tre- til seks måneders oppfølging, fra 62 til 32 %. Dette kan skyldes oppfølgingen gjort av HI, men vi skal selvsagt ikke se bort fra at dette også kan skyldes andre tiltak satt i verk av arbeidsgiver, Nav eller andre årsaker. «Fysiske forhold på jobben» endret seg som viktigste barriere fra 38 til 24 % mellom de to målepunktene. «Venter på tilbakemelding fra Nav» var den viktigste barrieren i 26 % av tilfellene ved tre måneder, og 24 % ved seks måneder. Dette funnet kan være med på å ekskludere Nav som «andre tiltak» som har hatt effekt på det totale bildet.

4.5 Hvordan evaluerer deltaker den forsterkede oppfølgingen?

Figur 26 viser at 100 % av deltakerne som mottok APB oppga at de hadde fått god oppfølging fra HI tre og seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Henholdsvis 73 % og 79 % av deltakerne oppga at de hadde fått god oppfølging fra eksterne samarbeidspartnere tre og seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Av eksterne samarbeidspartnere kan nevnes Nav, fastlege, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste.

.



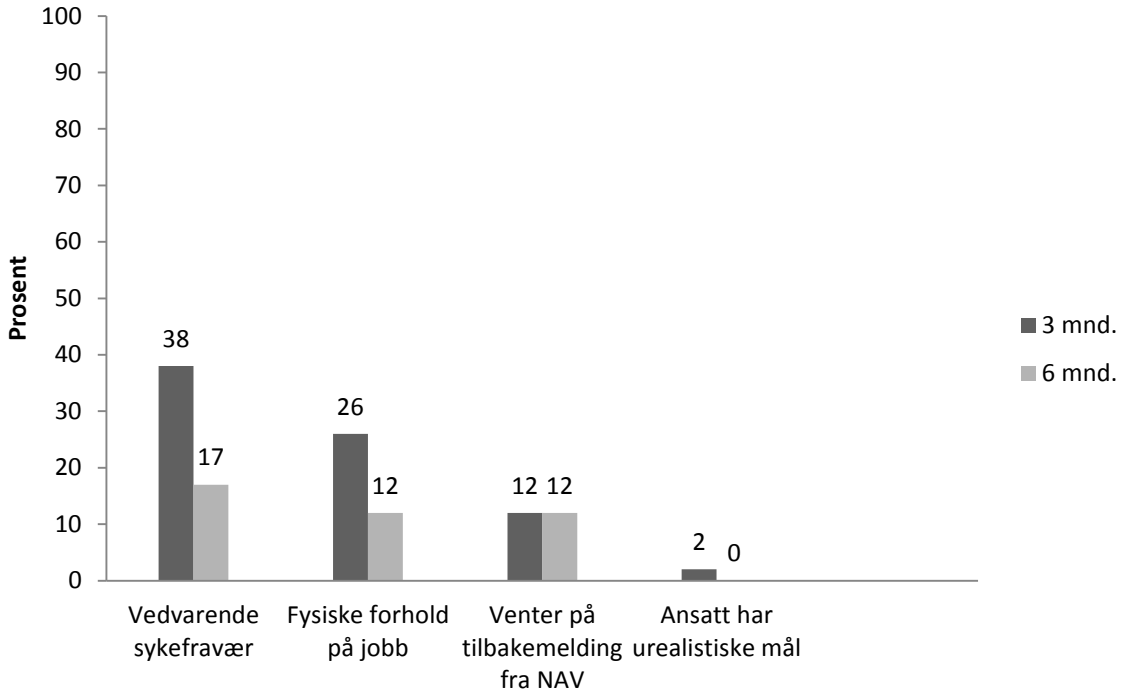
Figur 26. Deltakernes syn på mottatt oppfølging fra eksterne samarbeidspartnere og HI ved 3 måneders og 6 måneders oppfølging. Deltagere APB. Oppfølging 3 måneder samarbeids partnere n=40. Oppfølging 3 måneder HI n=42. Oppfølging 6 måneder samarbeids partnere n=39. Oppfølging63 måneder. HI n=40

4.5.1 Oppsummering og diskusjon

Den utvidete oppfølgingen på arbeidsplassen baserte seg på kommunikasjon og løsningsorientering med og av arbeidsgiver. Det ble i stor grad fokusert på hvilke muligheter som fantes på arbeidsplass, og hva som måtte gjøres av tiltak her for at den sykmeldte skulle komme tilbake. Alle deltakerne (100 %) oppga at de fikk god oppfølging fra HI, både ved tre- og seks måneders oppfølging. Forskningslitteraturen sier noe om det å være i tett kontakt med behandler, og at et slikt forhold kan tenkes å påvirke pasienter til ikke å svare negativt på spørsmål knyttet direkte til behandlingen som gis. I tillegg kan det tenkes at lojaliteten pasient har til behandler påvirker denne settingen.

4.6 Hva oppleves av arbeidsgiver å være de største barrierene i forhold til arbeidsdeltagelse?

Figur 27 viser hva arbeidsgiverne til deltakerne som mottok APB mente var den viktigste barrieren for at den aktuelle ansatte skulle kunne tilbakeføres i arbeid **tre måneder** etter avsluttet rehabilitering. Som figuren viser oppga arbeidsgiver her et vedvarende sykefravær som den viktigste barrieren (38 %), mens fysiske forhold på jobben ble nevnt som den viktigste barrieren hos 26 % av arbeidsgiverne. Figur 30 viser samtidig hva arbeidsgiverne til deltakerne som mottok APB mente var den viktigste barrieren for at den aktuelle ansatte skulle kunne tilbakeføres i arbeid **seks måneder** etter avsluttet rehabilitering. Som figuren illustrerer oppga arbeidsgiver her et vedvarende sykefravær som den viktigste barrieren (17 %), mens fysiske forhold på jobben og det å vente på tilbakemelding fra Nav ble nevnt som de viktigste barrierene hos 12 % av arbeidsgiverne.



Figur 27. Arbeidsgivers opplevde barriere ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging. Arbeidsgivere for deltagere APB. 3 måneder n=42, 6 måneder n=41.

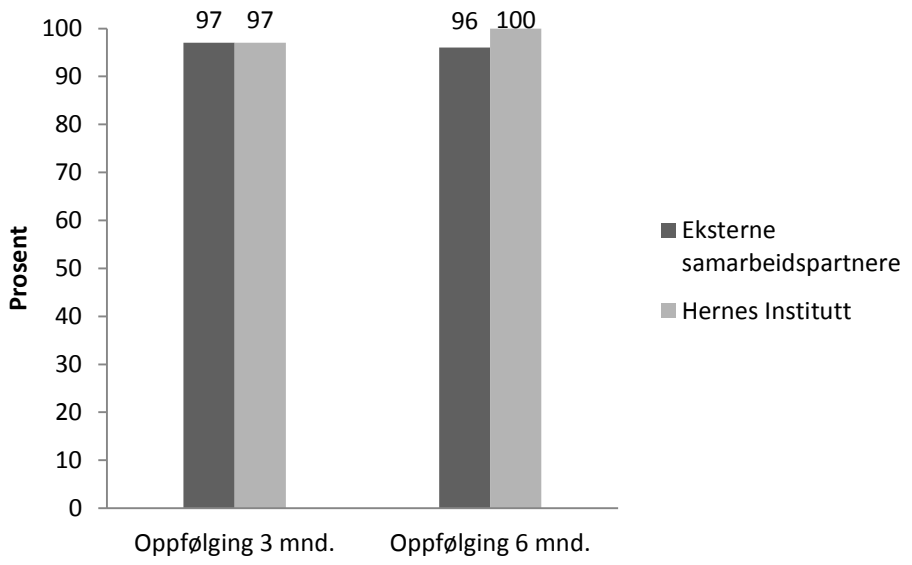
4.6.1 Oppsummering og diskusjon

Arbeidsgiverne oppga i 38 % av tilfellene at et vedvarende sykefravær var den viktigste barrieren for tilbakeføring etter tre måneder. Denne prosenten hadde sunket til 17 % etter seks måneder, noe som indikerer at deltakerne i relativt stor grad hadde kommet tilbake på jobb. Fysiske forhold på jobb ble rapportert av arbeidsgiver å være den viktigste barrieren for tilbakeføring i 26 % av tilfellene ved tre måneder, mot 12 % etter seks måneder.

Barrierer i arbeidslivet kan sees i sammenheng med en biopsykososial sykdomsmodell (55). Denne modellen representerer en holistisk tenkemåte og er basert på systemteori (56). Individuelle variabler som angst, depresjon, suggesjon, ubevisst atferdsendring og kulturell læring er faktorer som påvirker en persons forhold til smerte (57). Dersom vi går ut fra at studiedeltakerne i mer eller mindre grad kom tilbake på arbeidsplassen etter at ulike tiltak ble satt inn, kan dette indikere at de ovennevnte faktorer har blitt påvirket på grunn av disse tiltakene. I denne studien vil i så måte et opphold ved HI i tillegg til den utvidete arbeidsplassoppfølgingen være slike faktorer.

4.7 Hvordan evaluerer arbeidsgiver den forsterkede oppfølgingen?

Figur 28 viser at 97 % av arbeidsgiverne oppga at deres ansatte som mottok APB hadde fått god oppfølging fra HI tre måneder etter avsluttet rehabilitering. Denne prosenten var på 100 etter seks måneder. Henholdsvis 97 % og 96 % av arbeidsgiverne oppga at deres ansatte hadde fått god oppfølging fra eksterne samarbeidspartnere tre måneder og seks måneder etter avsluttet rehabilitering. Av eksterne samarbeidspartnere kan nevnes Nav, fastlege, arbeidsgiver og bedriftshelsetjeneste.



Figur 28: Arbeidsgivernes syn på mottatt oppfølging fra eksterne samarbeidspartnere og HI ved 3 måneder og 6 måneders oppfølging. Arbeidsgivere for deltagere APB. Oppfølging 3 måneder samarbeidspartnere n=30. Oppfølging 3 måneder HI n=31 Oppfølging 6 måneder. samarbeidspartnere n=28. Oppfølging 6 måneder HI n=29.

4.7.1 Oppsummering og diskusjon

For arbeidsgiverne økte denne andelen fra 97 % ved seks måneder til 100 % ved seks måneder. Oppfølgingen fra eksterne samarbeidspartnere ble oppfattet som god for over 70 % av deltakerne både ved tre- og seks måneders oppfølging. For arbeidsgiverne økte denne andelen fra 97 % ved tre måneder til 100 % ved seks måneder. 61 % av deltakerne som fikk utvidet arbeidsplassoppfølging mente at oppholdet ved HI hadde hatt betydning for en avklaring opp mot det videre arbeidslivet. Resultatene her er overbevisende, men må diskuteres på lik linje med pasienters/studiedeltakeres evne til å svare «korrekt» på spørsmål som evaluerer et tiltak. Dette, da også arbeidsgiverne hadde direktekontakt med HI.

5. Diskusjon

5.1 Tematisk diskusjon

Arbeidsplassintervensjoner blir ofte implementert i ulike rehabiliteringsprogrammer uten noen klare identifikasjoner og uten å identifisere hva som, ut fra forskningslitteraturen, regnes som «beste praksis». Vi har i denne studien gått gjennom aktuell litteratur og implementert et

intervensjonsprogram på arbeidsplass i et godt innarbeidet arbeidsrettet rehabiliteringsforløp ved Hernes Institutt (HI).

Arbeidsrettet rehabilitering har eksistert ved HI siden oppstarten i 1954. Det har i mange år blitt gjennomført besøk på pasienters arbeidsplass og møter med arbeidsgivere og Nav uten at dette har blitt evaluert. I denne studien ønsket vi å evaluere dette tiltaket, som har bred støtte i forskningslitteraturen (15, 31). Nytt tiltak i denne studien sammenliknet med tidligere arbeidsplassintervensjoner organisert av HI var utfyllingen av spørreskjemaer, samt at deltakerne fikk en forsterket oppfølging, det vil si flere kontaktpunkter.

Vi finner i forskningslitteraturen sterk evidens for at tilrettelegging på arbeidsplassen og at kontakten mellom helsepersonell og arbeidsplassen er av stor betydning for tilbakeføringshastigheten (17-21). Målet med denne studien var å evaluere hvordan en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen underveis og i etterkant av et rehabiliteringsopphold ved HI påvirket arbeidslivsdeltagelse og omkringliggende faktorer. Vi fant flere forhold som kan være med på å underbygge viktigheten av å ha tett kontakt og oppfølging av pasienter og deres arbeidsgivere.

Allikevel kan vi ikke si noe om tiltaket var effektivt eller ei i mangel på kontrollgruppe(r). Forfatterne av denne studien ønsker med dette å belyse viktigheten av videre evalueringer av slike tiltak.

5.2 Metodiske styrker og begrensninger

I likhet med all annen forskning har også denne studien metodiske begrensninger. Slike forhold kan påvirke påliteligheten og gyldigheten i resultatene, og hvorvidt resultatene kan generaliseres til andre arbeidsrettede rehabiliteringstilbud.

Hele studien er basert på spørreskjemaundersøkelser, og antallet deltakere i studien er relativt lavt. Antallet inviterte til studien var 286 pasienter ved HI med et arbeidsforhold. 102 av disse svarte ja til deltakelse, noe som gir en deltakelsesprosent på 36. Disse 102 deltakerne ble delt inn i to grupper i henhold til HI kriterier for hvem som har behov for et arbeidsplassbesøk (APB) og ikke. Gruppen «de som ikke mottok oppfølging» bestod derfor av de uten et behov for APB. Antall deltakere ved oppstart var her 57, mens antallet ved ett års evaluering var 44, noe som gir en frafallsprosent på 23. For den andre gruppen «mottok APB»; de som hadde behov for arbeidsplassbesøk og som derfor mottok dette, var antallet ved oppstart 45. Etter ett

år var 41 deltakere fortsatt med, noe som gir en frafallsprosent på kun ni. Ved å dele inn deltakerne i grupper etter valgte kriterier fikk vi mulighet til å sammenligne data etter ett år. Verdien på denne sammenlikningen kan derimot diskuteres, da det først og fremst var gruppen «mottok APB» vi ønsket å evaluere.

Selvrapporterte data kan inneholde større eller mindre grad av unøyaktigheter, da de er basert på studiedeltakerens erfaringer, kunnskaper og oppfatninger (58). Det vi får svar på i denne undersøkelsen blir dermed hva den enkelte studiedeltaker mener eller vet. I denne typen studier kan også svarene være farget av det den enkelte deltaker tror det er forventet eller ønsket av en. Spesielt kan dette være et problem når oppdragsgiver for forskningen også er den som finansierer hele eller deler av virksomheten. For å motvirke dette scenarioet ble det fokusert på og gitt nøye informasjon om at alle data ville bli behandlet anonymt. Flere studiedeltakere ville gitt en bedret generaliser barhet og gyldighet av studien. Dette ville imidlertid krevd mer ressurser enn rammene gitt for denne undersøkelsen.

Når det gjelder muligheten til å generalisere resultatene til andre arbeidsrettede rehabiliteringstilbud (ARR-tilbud) i Norge, altså hvorvidt utvalget kan representere hele populasjonen, vil antallet informanter i utvalget ha innvirkning, samt om de som deltar er sammenlignbare med de som ikke deltar, altså om det finnes en skjevseleksjon. Vi må gå ut fra at våre resultater ikke er sammenlignbare med andre ARR-tilbud, da vi fra før vet at HI tar inn en spesielt vanskelig gruppe pasienter til rehabilitering, en selektert gruppe mennesker med lav utdanning, lang sykmeldingslengde og relativt tunge fysiske yrker (59). Det er også diskutabelt om våre resultater er generaliserbare for HI som helhet, da institusjonen tar inn personer til rehabilitering uten et arbeidsforhold. Disse er ikke inkludert i denne studien. Det relativt lave antallet studiedeltakere er også verdt å merke seg.

Et moment som kan ha påvirket studiedeltakerne er såkalte «re-call bias», informantenes evne til å memorere korrekt (58).

Tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering ved HI består av flere ulike tiltak, komponenter og fagpersoner i et bredt tverrfaglig miljø. Flere ulike tiltak og mange ulike fagprofesjoner som omkranser studiedeltakerne vanskeliggjør måling av hva som er utslagsgivende for den, relativt sett, positive utviklingen som deltakerne i denne studien viser.

5.3 Konklusjon

Målet med studien var å evaluere hvordan en systematisk og utvidet oppfølging på arbeidsplassen underveis og i etterkant av et rehabiliteringsopphold påvirket arbeidslivsdeltagelse og omkringliggende faktorer.

Deltagernes demografi med lav utdanning, lang sykemeldingslengde og relativt tunge fysiske yrker predikerer en komplisert tilbakeføringsprosess og økt fare for uførepensjonering. Likevel rapporterer deltagerne god jobbtrivsel og resultatene viser at både deltagerens tro og arbeidsgiverens tro på å vende tilbake i jobb er høy. Deltagerne rapporterer bedret mulighet til å påvirke sitt arbeidstempo og en betydelig reduksjon av smerterelatert frykt i arbeid.

Ca. en fjerdedel av de som mottok APB fikk nye arbeidsoppgaver i samme arbeidsforhold. For de som ikke mottok oppfølging var det færre som fikk nye arbeidsoppgaver i samme arbeidsforhold og flere fikk nytt arbeid. Gruppen som mottok APB viser her en positiv utvikling. I våre resultater kan vi ikke med sikkerhet si at forskjellene mellom de som ikke fikk oppfølging og de som fikk APB skyldtes den utvidete oppfølgingen, dette kan også skyldes ulike utgangspunkt for de ulike gruppene. De som ikke fikk oppfølging fylte ikke HIs kriterier for APB, noe den andre gruppen gjorde.

I studien var 44 % av deltagerne fullt friskmeldt etter et år. De deltagerne som ikke var fult friskmeldte er enten gradert friskmeldt, under medisinsk behandling, på arbeidsavklarings penger, gradert trygdet eller blitt helt uføretrygdet. Det finnes lite studier gjort på døgnbasert rehabilitering og det er vanskelig å si om dette er et bra resultat. Ut fra demografiske og analyser gjort av yrke og utdanning vet vi imidlertid at prognosen for å komme tilbake i arbeid for denne gruppen er relativ dårlig.

Deltagerne rapporterte at en uavklart situasjon var den viktigste barrieren for tilbakeføring i arbeid. Arbeidsgiveren oppga et vedvarende sykefravær som største barriere. Både deltagerne og arbeidsgiverne var godt fornøyd med oppfølgingen fra eksterne samarbeidspartnere samt HI.

Vi ser en tendens til at den utvidede oppfølgingen på arbeidsplassen underveis og i etterkant av et rehabiliteringsopphold kan ha påvirket deltagerne i en positiv retning, samt bidratt til å redusere risikoen for både langtidssykemelding og uførepensjonering fra første til siste målepunkt. Selv om dette ikke er en RCT studie kan man anta at APB fører til at deltagerne får andre og bedre tilrettelagte arbeidsoppgaver på opprinnelig arbeidsplass. APB ser ut til

resultere i at flere faktisk kommer tilbake til arbeid, altså har de stor effekt av APB. APB gir muligheter hos både arbeidsgiver og deltager til å fokusere på alternativer som finnes for tilrettelegging og intern omplassering. Sett i sammenheng med at nesten alle arbeidsgivere i tillegg sier de er fornøyd med oppfølgingen både fra HI og samarbeidspartnere, bør konsekvensen av APB være en videreføring og videre evaluering av tiltaket.

6.0 Annet

6.1 Forfatters konkurrerende interesser

KH er ansatt ved HI og 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.

6.2 Opphavsrett

Finansieringen av prosjektet er et samarbeid med midler fra Helsedirektoratet, gjennom ”Prosjektmidler til omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner - kap. 726 post 71” og Hernes Institutt.

7. Tabell- og figurvedlegg (spørreskjema)

Vedlegg 1; Spørreskjema ankomst HI

Vedlegg 2; Spørreskjema forberedelser APB

Vedlegg 3; Spørreskjema ordinært APB

Vedlegg 4; Spørreskjema oppfølging etter 3 mnd. APB

Vedlegg 5; Spørreskjema oppfølging etter 6 mnd. APB

Vedlegg 6; Spørreskjema per post etter 1 år

8. Referanser

1. Helsedepartementet S-o. St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. 1998/12/11; 1998.
2. Helseplan N. Særtrykk av St. prp nr.1 (2006-2007) kapittel 6. 2007-2010.
3. Forskrift om habilitering og rehabilitering, (2001).
4. Ihlebaek C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. [Occurrence of musculoskeletal disorders in Norway]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2010;130(23):2365-8. Epub 2010/12/09. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge.
5. Holth HS, Werpen HK, Zwart JA, Hagen K. Physical inactivity is associated with chronic musculoskeletal complaints 11 years later: results from the Nord-Trondelag Health Study. BMC musculoskeletal disorders. 2008;9:159. Epub 2008/12/03.
6. Brage S, Ihlebaek C, Natvig B, Bruusgaard D. [Musculoskeletal disorders as causes of sick leave and disability benefits]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2010;130(23):2369-70. Epub 2010/12/09. Muskel- og skjelettlidelser som arsak til sykefravaer og uforeytelser.
7. NAV. Sykefraværsstatistikk. 2011.
8. Ihlebæk. C, Lærum E. Plager flest – koster mest, muskel- og skjelettlidelser i Norge. Nasjonalr Ryggnettverk – Formidlingsenheten: 2004 Contract No.: Rapport nr 1/2004.
9. Sørfjord L. Høyest sykefravær blant lavt utdannede. Statens Arbeidsmiljøinstitutt [Internet]. 2008 2.12.2008. Available from: http://www.stami.no/hoyest-sykefravar-blant-lavt-utdannede.
10. Forskrift om avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging for sykmeldte arbeidstakere, (2007).
11. Knardahl S. Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser. www.stami.no: 2008.
12. Haugli L, Hagen EM, Teige NH, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL, et al. Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge i dag - hvor står vi? Utposten. 2010;4.
13. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003(2):CD002193. Epub 2003/06/14.
14. 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. Occupational and environmental medicine. 1994;51(9):597-602. Epub 1994/09/01.
15. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2009;19(1):81-93. Epub 2009/01/27.
16. Lambeek LC, Anema JR, van Royen BJ, Buijs PC, Wuisman PI, van Tulder MW, et al. 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. 2007;7:254. Epub 2007/09/22.
17. Hunskår S, Fosse A, Hetlevik I, Hjortdahl P, Holtedal K, Sandvik H. Allmennmedisin. Utg., editor. Oslo: Gyldendal Akademiske, Oslo; 2002.
18. Brusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. Tidsskr Nor Legeforening. 2010;130:1834-6.
19. Van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability. Cochrane Database Syst Rev. 2009(2):CD006955. Epub 2009/04/17.
20. 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. Epub 2004/11/25.
21. Falkdal AH. Sjukskrivnas resurser och hinder för återgang i arbete: Viktiga faktorer för tidlig bedömning. Universitetstryckeriet, Upsala, sverige: 2005.
22. Dahl TH, Haugbølle J, Thanning G. Kapittel 7: Indsatsområder og klassifikationer. . Borg T, Runge U, Tjørnov J, editors. Munksgaard, Danmark, København: 2003; 2003.

23. Engel GL. The Need for a New Midical Model: A Challange for Biomedicine. Science. 1977;196:129-36.
24. Utprøving og formidling ICF - den internationale klassifikasjonen for funksjon, funksjonshemming og helse., (2004).
25. Vik K, Wekre LL, Vardeberg K, Skogan AH. Lærebok i rehabilitering, når livet blir annerledes. Fagbokforlaget, Bergen2004.
26. Helsedirektoratet S-o. International Klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. WHO, KITH, helsedirektoratet S-o, editors. Aktietrykkeriet i Trondheim2001.
27. rehabilitering FfA-NKfa. Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten2011. Available from: http://www.arbeidoghelse.no/Kvalitetsm%C3%A5l_ARR.
28. Strupstad J, Ihlebæk C, Espenes G. Uspesifikke kroniske smertetilstander satt i en biopsykososial sammenheng og Forskjeller mellom Hernes Institutt og Attføringssenteret i Rauland, to instuttisjoner 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. . Trondheim: NTNU: 2010.
29. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. The American psychologist. 1992;47(9):1102-14. Epub 1992/09/01.
30. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. J Occup Rehabil. 2002;12(4):233-56. Epub 2002/10/23.
31. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. Spine. 1997;22(24):2911-8. Epub 1998/02/12.
32. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademiske; 2008. 805 p.
33. Brage S, Sandanger I, Nygård JF. Emotional distress as a predictor for low back disability: a prospective 12-year population-based study. Spine. 2007;32:269-74.
34. Staff P. Når plager blir sykdom. Kognitiv behandling ved sammensatte lidelser. Kristiansand: Høyskoleforlaget As - Norwegian Academic Press

2009. 121 p.
35. Hagen EM, Eriksen HR, H. U. Does Early Intervention With a Light Mobilization Program Reduce Long-Term Sick Leave for Low Back Pain? Spine. 2000;25(15):1973-6.
36. Hagen EM, Grasdal A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? Spine. 2003;25:1973-6.
37. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. Spine. 1995;20:473-7.
38. Indahl A, Haldorsen EMH, Holm S. Five-year follow-up study of a controlled clinical trail using light mobilization and an informative approach ti low back pain. Spine. 1998;23:2625-30.
39. Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2006;15 Suppl 2:S136-68. Epub 2006/03/22.
40. Hayden J, van Tulder MW, Malmivarra AV, Koes BW. Meta-analysis: Exercise Ttherapy for Nonspecific Low Back Pain. Ann Intern Med 2005; 3;142

(9):765-75.
41. Mortensen OS, Andersen JH, Ektor-Andersen J, Eriksen HR, Fallentin N, Frost P, et al. Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær, Årsager og hanlemuligheder. Det Nationale Forsjkningscenter for Arbejdsmiljø, København: 2008.
42. Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. The Clinical journal of pain. 2003;19(2):105-13. Epub 2003/03/05.

43. 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;52(2):157-68.
44. Geisser ME, al. e. Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with cronic pain. J Occup Rehabil. 2003;13(4):256-76.
45. Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress, productivity, and the reconstruction of work life. New York: Basic Books, Inc, Publishers. 1990.
46. Aas RW. EVA- Ergonomi v2:Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering. . International Research Institute of stavanger, IRIS. : 2007.
47. Aas RW, Ellingsen KL, Lindoe P, Moller A. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. Journal of occupational rehabilitation. 2008;18(4):335-46. Epub 2008/08/06.
48. Schnall PL, Pieper C, Schwartz JE, Karasek RA, Schlussel Y, Devereux RB, et al. The relationship between 'job strain,' workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. Results of a case-control study. JAMA : the journal of the American Medical Association. 1990;263(14):1929-35. Epub 1990/04/11.
49. Theorell T, Karasek RA, Eneroth P. Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men--a longitudinal study. Journal of internal medicine. 1990;227(1):31-6. Epub 1990/01/01.
50. Bandura A, Cioffi D, Taylor CB, Brouillard ME. Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. Journal of personality and social psychology. 1988;55(3):479-88. Epub 1988/09/01.
51. Bandura A, O'Leary A, Taylor CB, Gauthier J, Gossard D. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. Journal of personality and social psychology. 1987;53(3):563-71. Epub 1987/09/01.
52. Overmier JB. Sensitization, conditioning, and learning: can they help us understand somatization and disability? Scandinavian journal of psychology. 2002;43(2):105-12. Epub 2002/05/15.
53. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 2008;40(7):548-54. Epub 2008/09/02.
54. Hagen KB, Holte HH, Tambs K, Bjerkedal T. Socioeconomic factors and disability retirement from back pain: a 1983-1993 population-based prospective study in Norway. Spine. 2000;25(19):2480-7. Epub 2000/10/03.
55. Furnham A, Forey J. The attitudes, behaviors and beliefs of patients of conventional vs. complementary (alternative) medicine. Journal of clinical psychology. 1994;50(3):458-69. Epub 1994/05/01.
56. Sullivan MJ, Feuerstein M, Gatchel R, Linton SJ, Pransky G. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. Journal of occupational rehabilitation. 2005;15(4):475-89. Epub 2005/10/29.
57. Melzack R, Chapman CR. Psychologic aspects of pain. Postgraduate medicine. 1973;53(6):69-75. Epub 1973/05/01.
58. Ringdal K. Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode Oslo: Fagbokforlaget2009.
59. Strupstad J, Ihlebaek C, Øyeflaten I, Espnes G. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge - en komparativ studie av Hernes Institutt og Rehabiliteringssenteret AiR. Utposten. 2011;3:7.

Vedlegg 1

VED ANKOMST TIL HERNES INSTITUTT

DELTAKER

1. **Dato:_____ Alder: _____ Kjønn:** ☐1 Mann ☐2 Kvinne

2. **Tro på bedring**

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

(sett ring rundt tallet)	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

3. **Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?**

☐1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Jeg ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

☐4 Jeg ønsker komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.

☐5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

☐6 Annet :……..

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

4. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 *(helt uenig)* til 6 *(helt enig)* for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
1. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
2. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
3. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
4. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
5. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du har hat flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

6. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
7. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
8. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
9. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6

10. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
11. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
12. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
1. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
2. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
3. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
4. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001) (Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 2

FORBEREDENDE SPØRSMÅL PÅ HERNES INSTITUTT

DELTAKER

1. **Dato:** ____ **Alder:** _____ **Kjønn:** 1 Mann 2 Kvinne

2. **Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette et kryss?** *(sett kryss)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DÅRLI G + BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

3. **Svar ved å sette kryss i aktuell rute**

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds-stillende	Aksep-tabelt	Tilfreds-stillende	Svært Tilfreds-stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de du jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig				

for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

(sett ring rundt tallet)	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

☐1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

☐4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.

☐5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

☐ 6 Annet :……..

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ansatt i en bedrift)

Kryss av det som passer best for alle utsagnene under	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
1. det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for selvstendig næringsdrivende)

Kryss av det som passer best	Stemmer helt	Stemmer ganske	Stemmer ikke	Stemmer ikke

for alle utsagnene under	1.	bra 2.	særlig bra 3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet er sykemeldt fra

Kryss av på alle spørsmålene under.	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri 4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				

2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8. Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/ kreativitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 *(helt uenig)* til 6 *(helt enig)* for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
13. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
14. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
15. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6

16. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
17. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du hat flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

18. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
19. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
20. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
21. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
22. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
23. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
24. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
25. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
26. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
27. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
28. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001) (Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 3, arbeidsgiver

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLASS BESØK, MØTE 1

ARBEIDSGIVER

Dato:

1. **Hvor mange er ansatt i bedriften?** *(kryss av)*

   ☐1 <10 ☐3 50-100

   ☐2 10-50 ☐4 100<

2. **Hvem har bedriften samarbeid med** *(kryss av)*

   ☐1 Bedrifts helsetjeneste ☐3 IA-kontakt ☐5 Andre:……

   ☐2 HMS -tjeneste ☐4 Landbrukets helsetjeneste ☐6 Ingen

3. **I hvor stor grad tror har du på at din ansatt vil komme tilbake i arbeid/ fortsette i arbeid?**

(sett ring rundt) I liten grad I noen grad I stor grad Vet ikke

4. **Hvordan ser du på arbeidssituasjon for din ansatt?**

☐1 Jeg regner med at arbeidstakeren kommer tilbake/fortsette sitt nåværende arbeid, og arbeider i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med at arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men jeg tror ikke han/hun kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass).

☐4 Arbeidstakeren vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men jeg tror ikke han/hun kan på grunn av sin sjukdom.

☐5 Jeg tror ikke arbeidstaker ønsker å komme tilbake i jobb.

☐6 Annet :……

Vedlegg 3, deltaker

SPØRRESKJEMA ORDINÆRT ARBEIDSPLASSBESØK, MØTE 1

DELTAKER

5. **Dato: ____ Alder: _____** **Kjønn:** ☐1 Mann ☐2 Kvinne

6. **Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek?** *(sett kryss)*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DÅRLI G + BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

7. **Svar ved å sette kryss i aktuell rute**

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds-stillende	Aksep-tabelt	Tilfreds-stillende	Svært Tilfreds-stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				

Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil komme tilbake i jobb?

(sett ring rundt tallet)	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

☐1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

☐4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.

☐5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

☐6 Annet :……..

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ansatt i en bedrift)

Kryss av det som passer best for alle utsagnene under	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for selvstendig næringsdrivende)

Kryss av det som passer best for alle utsagnene under	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet er sykemeldt fra

Kryss av på alle spørsmålene under.	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri

				4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8.Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 *(helt uenig)* til 6 *(helt enig)* for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
29. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
30. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

31. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
32. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
33. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du hat flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

34. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
35. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
36. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
37. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
38. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
39. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
40. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
41. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
42. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
43. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
44. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001) (Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

Vedlegg 4, arbeidsgiver

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLASS BESØK, MØTE 2

ARBEIDSGIVER

Dato:

1. **I hvor stor grad tror har du på at din ansatt vil komme tilbake i arbeid/ fortsette i arbeid?**

(sett ring rundt) I liten grad I noen grad I stor grad Vet ikke

2. **Hvordan ser du på arbeidssituasjon for din ansatt?**

☐1 Jeg regner med at arbeidstakeren kommer tilbake/fortsette sitt nåværende arbeid, og arbeider i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med at arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men jeg tror ikke han/hun kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass).

☐4 Arbeidstakeren vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men jeg tror ikke han/hun kan på grunn av sin sjukdom.

☐5 Jeg tror ikke arbeidstaker ønsker å komme tilbake i jobb.

☐6 Annet :……

3. **Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært?**

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

4. **Hvordan føler du denne oppfølgingen har vært?**

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

Vedlegg 4, deltaker

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLASSBESØK, MØTE 2

DELTAKER

8. Dato: ____ Alder: _____ Kjønn: ☐1 Mann ☐2 Kvinne

9. Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek? *(sett kryss)*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DÅRLI G + BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

10. Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds-stillende	Aksep-tabelt	Tilfreds-stillende	Svært Tilfreds-stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig				

for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil bli i jobben din?

(sett ring rundt tallet)	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

☐1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

☐4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.

☐5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

☐ 6 Annet :……..

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ANSATT i en bedrift)

Kryss av det som passer best for alle utsagnene under	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE)

Kryss av det som passer best	Stemmer helt	Stemmer ganske	Stemmer ikke	Stemmer ikke

for alle utsagnene under	1.	bra 2.	særlig bra 3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)

(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet du har nå

Kryss av på alle spørsmålene under.	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri 4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				

2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8.Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 *(helt uenig)* til 6 *(helt enig)* for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
45. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
46. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
47. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6

48. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
49. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du hat flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

50. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
51. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
52. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
53. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
54. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
55. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
56. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
57. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
58. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
59. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
60. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001) (Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

9. Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært? (f.eks NAV, bedriftshelsetjenesten, IA-kontakt, HMS ansvarlig og lignende)

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlige

10. Hvordan føler du oppfølgingen fra Hernes Institutt har vært?

1 Svært gode

2 Meget gode

3 Gode

4 Mindre gode

5 Dårlig

Vedlegg 5, arbeidsgiver

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLASS BESØK, MØTE 3

ARBEIDSGIVER

Dato:

1. **I hvor stor grad tror har du på at din ansatt vil komme tilbake i arbeid/ fortsette i arbeid?**

(sett ring rundt) I liten grad I noen grad I stor grad Vet ikke

2. **Hvordan ser du på arbeidssituasjon for din ansatt?**

☐1 Jeg regner med at arbeidstakeren kommer tilbake/fortsette sitt nåværende arbeid, og arbeider i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med at arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men jeg tror ikke han/hun kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Arbeidstakeren ønsker å komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass).

☐4 Arbeidstakeren vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men jeg tror ikke han/hun kan på grunn av sin sjukdom.

☐5 Jeg tror ikke arbeidstaker ønsker å komme tilbake i jobb.

☐6 Annet :……

3. **Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært?**

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

4. **Hvordan føler du denne oppfølgingen har vært?**

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

Vedlegg 5, deltaker

SPØRRESKJEMA ARBEIDSPLASSBESØK, MØTE 3

DELTAKER

Dato: ____ **Alder:** _____ **Kjønn:** ☐1 Mann ☐2 Kvinne

1 Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette en strek? *(sett kryss)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DÅRLI G

+ BRA

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

2 Svar ved å sette kryss i aktuell rute

Helse, trivsel og funksjon	Ikke tilfreds-stillende	Aksep-tabelt	Tilfreds-stillende	Svært Tilfreds-stillende
Hvordan opplever du miljøet mellom deg selv og de jobber med?				
Er dine arbeidsoppgaver tilstrekkelig variert?				
Hvilke muligheter har du for å bestemme ditt arbeidstempo?				
Får du tilstrekkelig tilbakemelding på ditt arbeid?				
Er dine arbeidsoppgaver klart definert?				
Opplever du ditt arbeid som meningsfylt?				
Føler du at jobben du gjør er viktig for arbeidsstedet?				
Føler du at du får brukt dine evner og ferdigheter i arbeidet?				

(Eva- Ergonomi, Aas R.W 1999)

4. Tro på bedring

I hvor stor grad tror du de følgende har tro på at du vil bli i jobben din?

(sett ring rundt tallet)	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
1. Du selv	1	2	3	4
2. Familie	1	2	3	4
3. Arbeidskollegaer	1	2	3	4
4. Arbeidsleder	1	2	3	4
5. Behandlende lege (fast lege)	1	2	3	4

(”Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

5. Hvordan ser du på din arbeidssituasjon?

☐1 Jeg regner med å komme tilbake/fortsette mitt nåværende arbeid, og arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐2 Jeg regner med å kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeid, men tror ikke at jeg kan arbeide i samme utstrekning som tidligere.

☐3 Jeg skulle kunne komme tilbake i arbeid/ fortsette å arbeide, men før dette kreves det en form for forandringer (tilpassninger, utdanning, annen jobb, annen arbeidsplass)

☐4 Jeg vil komme tilbake i arbeid/ fortsette arbeidet men tror ikke jeg kan på grunn av min sjukdom.

☐5 Jeg ønsker ikke å komme tilbake til samme arbeid/arbeidsplass

☐6 Annet :……..

(Vesterbottens Läns Landsting, Hälsocentral, Annie Hansen Falkdahl)

6A. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for de som er ANSATT i en bedrift)

Kryss av det som passer best	Stemmer helt	Stemmer ganske	Stemmer ikke	Stemmer ikke

for alle utsagnene under	1.	bra 2.	særlig bra 3.	4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Det er godt samhold.				
3. Mine arbeidskamerater stiller opp for meg.				
4. Det er forståelse for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg kommer godt overens med mine overordnede.				
6. Jeg trives med mine arbeidskamerater.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige) (Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

6B. Positive og psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet (for SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE)

Kryss av det som passer best *for alle utsagnene under*	Stemmer helt 1.	Stemmer ganske bra 2.	Stemmer ikke særlig bra 3.	Stemmer ikke 4.
1. Det er rolig og behagelig stemning på min arbeidsplass.				
2. Jeg har to jobber (f.eks gård bruker og snekker).				
3. Jeg har naboer/ venner/ familie som stiller opp for meg.				

4. Det er forståelse blant naboer/ venner/ familie for at jeg kan ha en dårlig dag.				
5. Jeg har god kontakt med andre som er selvstendig næringsdrivende på dagtid.				
6. Jeg trives med å være selvstendig næringsdrivende.				

(Copyright: Töres Theorell, Karolinska institutet, Stocholm, Sverige)(Copyright norsk oversettelse: Unifob Helse, Universitetet i bergen)

7. Krav/kontroll

Vedrørende arbeidet du har nå

Kryss av på alle spørsmålene under.	Ja Ofte 1.	Ja, noen Ganger 2.	Nei. Sjelden 3.	Nei, så godt Som aldri 4.
1. Krever arbeidet ditt at du arbeider meget raskt?				
2. Krever arbeidet ditt at du arbeidet meget hardt?				
3. Krever arbeidet ditt for stor arbeidsinnsats?				
4. Her du tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene dine?				
5. Forekommer det ofte motstridende krav i arbeidet ditt?				
6. Får du lære nye ting i ditt arbeid?				
7. Krever ditt arbeid dyktighet?				
8.Krever ditt arbeid oppfinnsomhet/kretivitet?				
9. Innebærer ditt arbeid at du gjør samme ting om og om igjen?				
10. Har du frihet til å bestemme hvordan ditt arbeid skal				

utføres?				
11. Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?				

(Med utgangspunkt i "Spørreskjema om Ryggplager og helse, Unifob Helse, Bergen Universitet)

8. Smerte, fysisk aktivitet og jobb

Her er noe av det som andre har fortalt oss om smerte/plagene sine. Sett ring rundt ett av tallene fra 0 *(helt uenig)* til 6 *(helt enig)* for hvert utsagn.

	Helt uenig			Usikker			Helt enig
61. Smertene mine ble forårsaket av fysisk aktivitet.	0	1	2	3	4	5	6
62. Fysisk aktivitet forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
63. Fysisk aktivitet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
64. Jeg burde ikke utføre fysiske aktiviteter som (kan) forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
65. Jeg kan ikke utføre fysisk aktivitet som (kan) forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

Følgende utsagn handler om hvordan det vanlige arbeidet ditt påvirker eller kan påvirke smertene/plagene dine. *Det vanlige arbeidet ditt* er det arbeidet du sist hadde før du ble sykmeldt eller arbeidsledig. Hvis du hat flere arbeidsforhold, tenk på den jobben du vanligvis gjør (hovedjobben din).

66. Smertene mine ble forårsaket av arbeidet mitt eller et uhell på jobben.	0	1	2	3	4	5	6
67. Arbeidet mitt forverrer smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
68. Jeg har framsatt erstatningskrav for smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6
69. Arbeidet mitt er for tung for meg.	0	1	2	3	4	5	6
70. Arbeidet mitt forverrer eller kan forverre smertene mine.	0	1	2	3	4	5	6

71. Arbeidet kan skade meg.	0	1	2	3	4	5	6
72. Jeg burde ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
73. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt med mine nåværende smerter.	0	1	2	3	4	5	6
74. Jeg kan ikke utføre det vanlige arbeidet mitt før smertene er behandlet	0	1	2	3	4	5	6
75. Jeg tror ikke jeg vil være tilbake I det vanlige arbeidet mitt etter 1 år.	0	1	2	3	4	5	6
76. Jeg tror ikke jeg noen gang vil være i stand til å komme tilbake til det arbeidet	0	1	2	3	4	5	6

(The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ): Waddell et al. 1993); (Norsk oversettelse: Grotle M. & Vøllestad N.K, 2001) (Modifisert utgave Øyeflaten I. & Eriksen H.R., 2006)

9. Hvordan synes du oppfølgingen fra alle samarbeids parter har vært? (f.eks NAV, bedriftshelsetjenesten, IA-kontakt, HMS ansvarlig og lignende)

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

10. Hvordan føler du Hvordan føler du oppfølgingen fra Hernes Institutt har vært? oppfølgingen har vært?

☐1 Svært gode

☐2 Meget gode

☐3 Gode

☐4 Mindre gode

☐5 Dårlige

Vedlegg 6

SPØRRESKJEMA.

NB: Husk å føre på datoen for når du fyller ut skjemaet!

NAVN: _____

DATO: **/ - 09** _____

A: JEG ER I DAG (Sett kryss):

- ☐ i samme arbeidsforhold som da jeg var på Hernes Institutt.
- ☐ i samme arbeidsforhold, men fått andre arbeidsoppgaver.
- ☐ I nytt arbeid hos ny arbeidsgiver.
- ☐ arbeidsledig (Hopp i så fall over spørsmål B.)

B: HVOR STOR STILLING HAR DU? (Sett full jobb = 100%):

_____% (Det er ikke så nøye om du ikke vet helt nøyaktig!)

C: ER DU FULLT FRISKEMELDT I DAG (Sett kryss):

☐ Ja. ☐ Nei.

D: HVIS DU IKKE ER FRISKEMELDT I DAG ER DU DA (Sett kryss):

- ☐ Under medisinsk behandling.
- ☐ Under omskolering (Yrkesrettet Attføring)
- ☐ Delvis (Gradert) friskmeldt.
- ☐ Gradert trygd.
- ☐ Hel uføretrygd.

Annet: _____

E: HVOR LENGE MÅTTE DU VENTE ETTER UTSKRIVELSE FRA HERNES INSTITUTT FØR DET SKJEDDE NOE MER I SAKEN? (Sett ring rundt det alternativet som passer!)

Ingen ventetid	1-4 uker	5-8 uker	9-12 uker

13-16 uker	17-20 uker	21-26 uker	27-52 uker

F: MENER DU AT OPPHOLDET PÅ HERNES INSTITUTT HAR HATT NOEN BETYDNING FOR (Sett kryss):

- ☐ - avklaring i forhold til det videre arbeidslivet for deg.
- ☐ - at jeg er mer fysisk aktiv enn før oppholdet mitt på Hernes Institutt.
- ☐ - bedring av din generelle livskvalitet.

D: VILLE DU ANBEFALT HERNES INSTITUTT TIL ANDRE I DIN SITUASJON? (Sett kryss):

- ☐ Ja.
- ☐ Nei.
- ☐ Vet ikke (Snu arket!)

E: NEDENFOR HAR VI TRUKKET UT NOEN DELER AV BEHANDLINGSOPPLEGGET SOM VI ØNSKER Å VIDEREUTVIKLE. DERFOR ER VI SVÆRT INTERESSERT I HVOR MYE DISSE DELENE HAR BETYDD FOR DEG ETTER AT DU BLE SKREVET UT!

NB: Hvis det var noen av tilbudet du ikke brukte, krysser du bare av i ruta for **uaktuelt**!

1: Betydde det mye for avklaring av din arbeidssituasjon at:	Svært mye	Mye	Lite	Svært	Verken mye eller	Uaktuelt
- Hernes Institutt var med deg ut på arbeidsplassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- Hernes Institutt var med deg i møte med NAV, arbeidsgiver eller andre som du trengte hjelp fra etter at du reiste fra oss.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

- Hernes Institutt tok kontakt pr telefon med enten NAV, arbeidsgiver eller andre som du trengte hjelp fra etter at du reiste fra oss. ☐ ☐

2: Hvor mye føler du at:	Svært mye	Mye	Lite	Svært lite	Verken mye eller
- du ble sett og hørt under oppholdet på Hernes Institutt?	☐	☐	☐	☐	☐
- vi på Hernes Institutt tok hensyn til dine meninger og ønsker under oppholdet hos oss?	☐	☐	☐	☐	☐

F: Her kan du hvis du vil skrive noen ord om hva du mener oppholdet på Hernes Institutt har betydd for deg i tiden som nå har gått etter at du ble utskrevet!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TUSEN TAKK FOR AT DU TOK DEG TID TIL Å FYLLE UT SKJEMAET!!