Arbeidsrettet rehabilitering

– en komparativ studie av Hernes Institutt og R

■ JOHN HENRY STRUPSTAD *forskningsleder ved Hernes Institutt. Fysioterapeut og MSc i Helsevitenskap**

Sammendrag og hovedpunkter

BAKGRUNN: Formålet med studien var å undersøke om det var forskjeller mellom to ulike pasientgrupper innen arbeidsrettet rehabilitering i funksjonsnivå, subjektiv helse og smerterelatert frykt. Vi ønsket videre å se på eventuelle forskjeller og endringer i disse parametrene.

METODE: Pasienter ved Hernes Institutt (HI) og Rehabiliteringssenteret AiR fylte ut spørreskjema om subjektive helseplager, funksjonsevne og smerterelatert frykt ved inntak (N=683), avreise (N=639) og etter tre måneder (N=521). I tillegg ble demografiske data innhentet ved innkomst (N=782). Studien, som pågikk i 2007–08, var godkjent av Datatilsynet og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det var innhentet informert samtykke hos alle deltakere.

RESULTATER: Blant pasientene ved HI var det flest menn (61,1 prosent), få med høyere utdanning (8,9 prosent) og høy andel av manuelle yrker (72 prosent). Ved AiR var det flest kvinner (70 prosent), flere med høyere utdanning (32,6 prosent) og større variasjon i yrkesbakgrunn. Pasientene ved HI rapporterte gjennomgående dårligere fysisk funksjonsevne, mens pasientene ved AiR rapporterte dårligere psykososial funksjonsevne. Flere pasienter ved AiR rapporterte også mentale helseplager sammenlignet med HI. Et opphold ved HI og AiR gav bedring i subjektiv helse, egenopplevd funksjon og smerterelatert frykt, noe som holdt seg relativt stabilt frem til tre måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold.

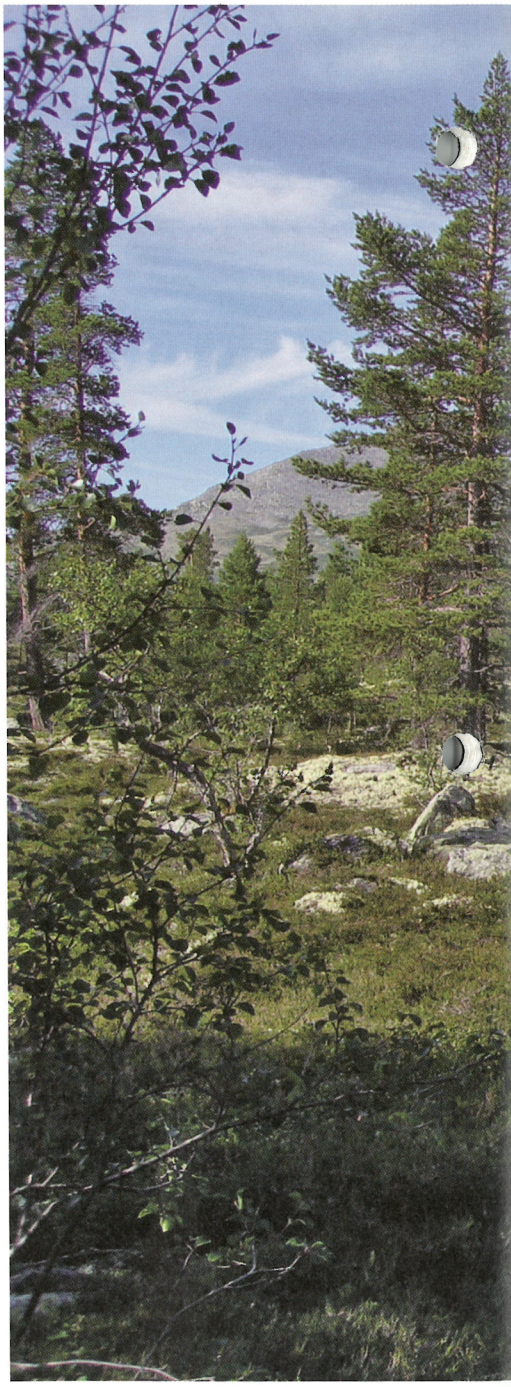
KONKLUSJON: Vi fant store sosiodemografiske forskjeller mellom de to pasientgruppene. Rehabilitering ved både HI og AiR førte til positiv endring i faktorer som har vist seg å predikere økt grad av tilbakeføring til arbeidslivet.

Innledning

Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) kan sees på som en kombinasjon av medisinske, treningsmessige og arbeidsrelaterte tiltak, og baserer seg på rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål (1). Flere institusjoner innen ARR har spesialisert sin kompetanse mot personer med muskelskjelettplager, lettere psykiske plager og sammensatte plager eller problemer. Målgruppen er i hovedsak arbeidstakere på helserelaterte ytelser, som har vært gjennom tilstrekkelige medisinske utredninger og rehabilitering, men som ikke har klart å ta steget tilbake til arbeidslivet. Et opphold ved en slik institusjon skal gi et tiltak utover hva det ordinære hjelpeapparatet kan gi (1).

Somatiske plager er i dag hovedårsaken til legekonsultasjoner i primærhelsetjenesten. Minst 33 prosent av de somatiske plagene er uten en medisinsk forklaring (2), såkalt uspesifikke tilstander. Av disse er opptil 25 prosent av plagene av kronisk karakter. Carson et al. (3) fant at en tredel av pasienter henvist til nevrolog ikke hadde identifiserbar organisk lidelse, men av disse hadde 70 prosent symptomer på depresjon og angst (3). Mange med kroniske ryggplager rapporterer også utbredte muskelskjelettplager (4, 5) og depresjoner (6). Alt dette ser ut til å gjøre tilbakeføring til arbeidslivet mer komplisert, i tillegg øker det risikoen for uførepensjonering (7, 8).

God helse, god psykososial status og høy tilfredshet med egen jobb har vist seg å være faktorer som øker sannsynligheten for tilbakeføring til jobb (9, 10). Det å være familieforsørger, være gift, være relativt ung og ha få problemer relatert til arbeidssituasjon, personlige forhold og familie predikerer også arbeidsdeltagelse (10–12). Kohortstudier av befolkningen i arbeidsfør alder har identifisert at lavt utdanningsnivå, lav sosioøkonomisk status (13), oppfattelse av jobben som konstant fysisk krevende, generelle helseproblemer og en stadig følelse av tretthet og utmattelse (14) er viktige prediktorer for uførepensjonering i Norge. Negative prognostiske faktorer viser seg også å være mangel på energi, redusert subjektiv arbeidsevne og lav forventning om å komme tilbake i jobb (15–22). Hvor lenge et individ har vært ute av arbeids-



Medforfattere:

CAMILLA UHLEBÆK, *prof. ved Univ. for miljø- og biovitenskap, Ås; forskningsleder II ved Uni helse, Bergen*

IRENE ØYEFLATEN, *PhD-stipendiat ved Univ. i Bergen og forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (Air).*

GEIR ARILD ESPNES, *prof. ved Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap, NTNU*

i Norge

Rehabiliteringssenteret AiR

Arbeidsteknisk trening i en kognitiv atferds-rettet kontekst. På bildet: Olav Grafsrønningen, arbeidsinstruktør ved Hernes Institutt i aksjon.
FOTO ESBEN HAAKENSTAD

livet og arbeidstakerens trygdestatus influerer også på arbeidslivsdeltagelse (11, 17, 18).

I den vestlige delen av verden har tunge fysiske arbeidskrav blitt redusert de siste 10–15 årene, samtidig som kravene til samarbeid, kommunikasjon og arbeidstempo har økt (23–25) Disse kravene kan være noe av årsaken til et tiltagende sykefravær etter tusenårsskiftet (24, 26). I tillegg finnes det en klar sammenheng mellom dårlig ledelse og sykefravær (27–30).

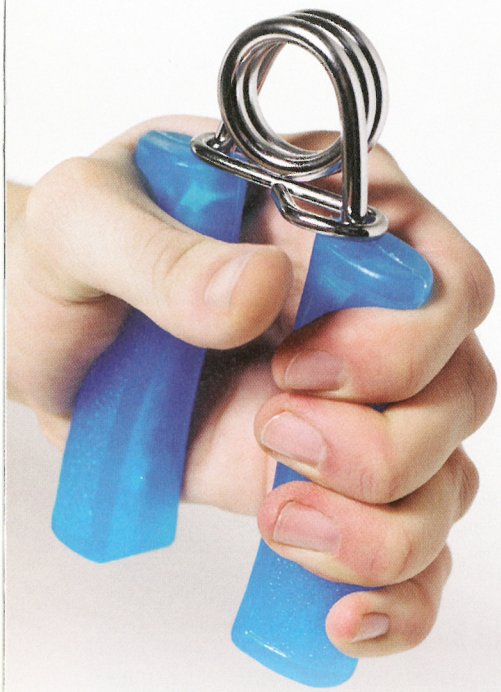
ARR har fokus på aktivitet til tross for smerter, illustrert ved bestigning av Gloføkampen i Sømådalen, Hedmark.
FOTO KRISTIN HAUGEN

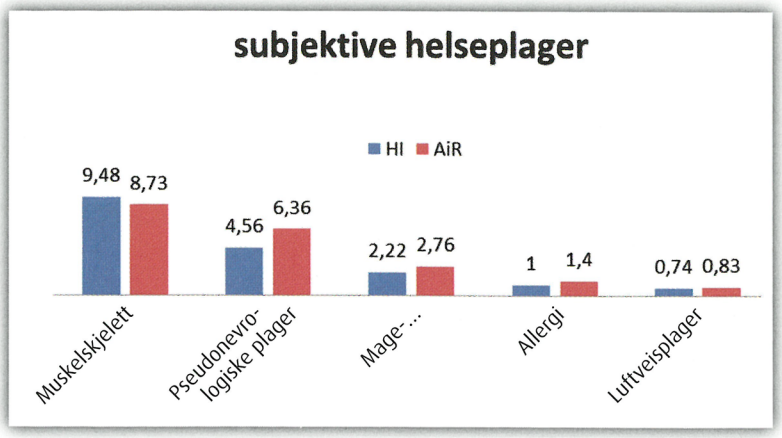
Fokus på fravær

Muskelskjelettplager og lettere psykiske plager står for en stor andel av sykefraværet (14) og gjør det viktig å sette inn ressurser for å rehabilitere personer med slike helseplager tilbake i jobb. I stedet for ensidig fokus på helseplagene, bør rehabiliteringen ha fokus på tiltak rettet mot selve fraværet. Det blir hevdet at det å være langtidssykmeldt i seg selv kan bli en «diagnose» som vanskeliggjør tilbakeføring til arbeid (1).

For pasienter med kroniske korsryggsmerter er det påvist at en tverrfaglig biopsykososial tilnærming har moderat effekt for tilbakeføring til arbeid (31). Også hos personer med muskelskjelettplager har tverrfaglig rehabiliteringen vist effekt på arbeidsdeltagelse (32). Arbeidsrettede tiltak for sykmeldte bør igangsettes på et tidlig stadium, og det er spesielt viktig å jobbe tverrfaglig opp mot arbeidsplass. Flere studier viser at kontakt med arbeidsplassen bør være systematisk, målrettet og individuelt tilrettelagt (33, 34).

Hensikten med denne studien var å beskrive og sammenligne pasienter ved Hernes Institutt (HI) og Rehabiliteringssenteret AiR (AiR), to norske institusjoner innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering. Vi ønsket å sammenligne pasientene ved HI og AiR på sosiodemografiske faktorer og subjektive helseplager (36–39), egenopplevd funksjon (40, 41) og smerterelatert frykt (42, 43) ved oppstart av rehabiliteringsoppholdet. Videre var målet å undersøke om disse faktorene endret seg fra like før oppstart – til avsluttet rehabilitering og til tre måneder etter avsluttet rehabilitering.





FIGUR 2: Forskjeller i skåre på ulike subjektive helseplager før oppstart rehabiliterings-opphold. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR

Materiale og metode

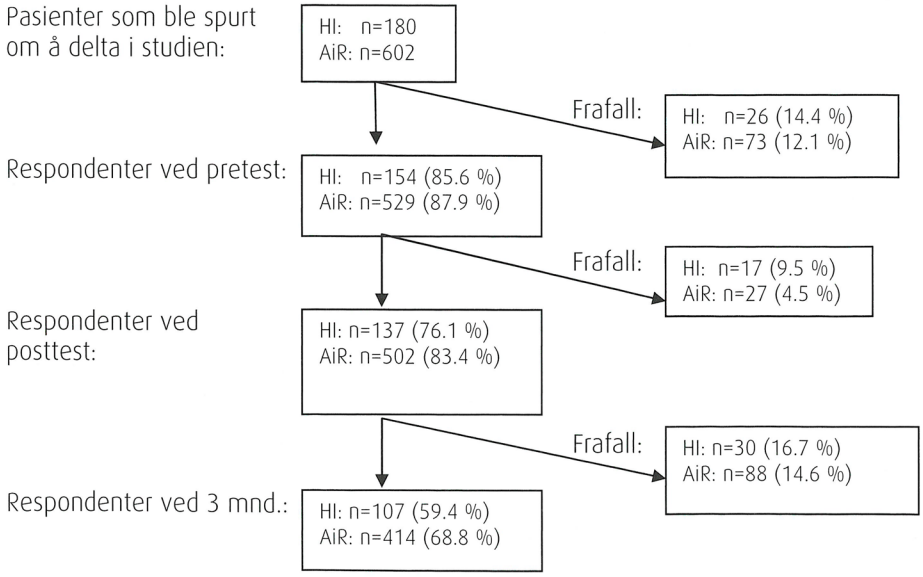
Alle pasienter mellom 18 og 67 år som ankom HI for rehabilitering i perioden medio april 2007 til medio april 2008, og som ankom AiR i perioden medio april 2007 til medio juni 2008 er inkludert i studien (FIGUR 1). Deltakerne fylte ut spørreskjema like før oppstart rehabilitering (Pretest), like etter avsluttet rehabilitering (Posttest) og etter tre måneder.

Målgruppen ved HI er personer som har vært på helserelaterte ytelser over lengre tid på grunn av muskelskjelettplager, mens målgruppen ved AiR er personer med sammensatte plager, hovedsakelig muskelskjelettplager og lettere psykiske plager.

Hernes-modellen (44) kan karakteriseres som en tverrfaglig, arbeidsrettet, systematisk, og målrettet tilnærming basert på en kognitiv og praktisk tilnærmingsmodell der egeninnsats på tross av smerter står sentralt. Formålet med rehabiliteringstilbudet er å styrke pasientenes ressurser og mestringsevne og bedre deres funksjonsevne slik at de kan få tilbake og ta vare på egen arbeidsevne til tross for sine helseplager. Rehabiliteringsstrukturen er basert på teorimodellen *Theory of change* (45) og *Readiness for return to work* (46). Den praktiske tilnærmingen på institusjonen er rettet mot den sykmeldte, mot den sykmeldtes arbeidsplass og mot barrierer i omgivelsene i tråd med Sherbrooke-modellens *Funksjonelle rehabiliteringsterapi* og *Terapeutisk tilbakeføring til arbeid* (34, 47). Ved HI tilbys arbeidstrening og praktisk kognitiv adferdsrettet terapi er sterkt vektlagt. Et opphold ved HI varer i gjennomsnitt seks uker.

Et opphold ved AiR baserer seg, i likhet med Hernes-modellen, på en tverrfaglig, arbeidsrettet, systematisk og målrettet tilnærming, og er i stor grad basert på fysisk aktivitet og kognitive tiltak. Formålet med rehabiliteringstilbudet er å styrke pasientenes ressurser og mestringsevne og bedre deres funksjonsevne slik at de kan få tilbake og ta vare på egen arbeidsevne til tross for sine helseplager. Ved AiR vektlegges kognitive tilnærminger der hensikten er økt bevisstgjøring og selvforståelse om sammenhenger mellom tanker, følelser og kropp. Trygghet, mestring og læring er viktige elementer i treningstilbudet, der blant annet klatring, friluftsliv og riding inngår i tilbudet. Fysioterapeutene jobber etter psykomotoriske prinsipper. I tillegg til individuell tilpasning og individuelle samtaler, legges det stor vekt på gruppesamtaler (såkalt målsettingsarbeid) og undervisning, der bl.a. bevisstgjøring på egne ressurser og muligheter har fokus. Det blir under rehabiliteringsoppholdet tatt kontakt med arbeidsgiver eller andre relevante samarbeidspartnere, samtidig som det i samarbeid med pasient blir utarbeidet en konkret plan for tilbakeføring til arbeid. Et opphold på AiR er noe kortere enn på HI, og varer i gjennomsnitt fire uker.

FIGUR 1: Respondenter og frafall underveis ved de to institusjonene i antall og prosent.

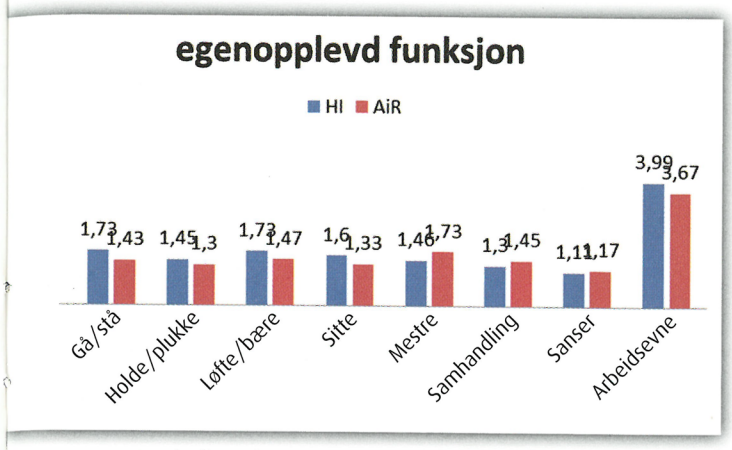


Måleverktøy

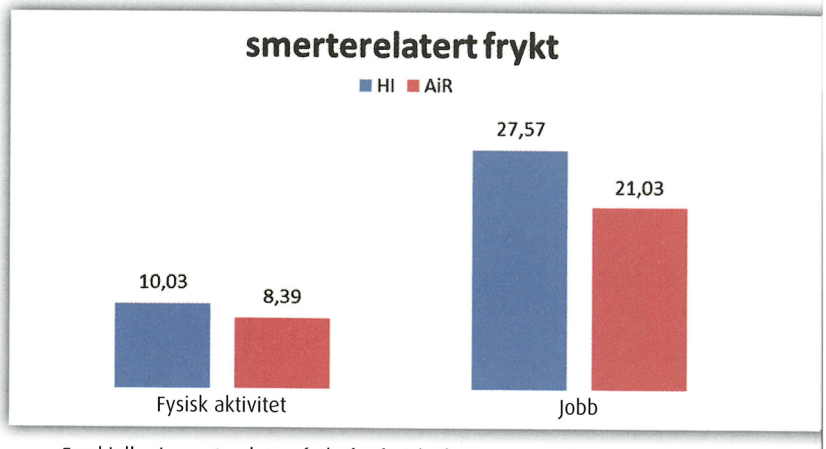
Subjective Health Complaints Inventory (SHC) ble benyttet for å måle subjektive helseplager (36). Spørreskjemaet lister opp 29 vanlige plager der deltakerne skal gradere intensiteten av opplevde plager siste måned på en firepunkts skala:

0 = IKKE PLAGET
1 = LITT PLAGET
2 = EN DEL PLAGET
3 = ALVORLIG PLAGET

De 29 spørsmålene kan deles inn i fem subskalaer (36). Pseudonevrologiske plager vil her si: ekstra hjerteslag, hetetokter, søvnproblemer,



FIGUR 3: Forskjeller i skåre på egenopplevd funksjon før rehabiliteringsoppholdet. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR



FIGUR 4: Forskjeller i smerterelatert frykt for fysisk aktivitet og for jobb før rehabiliteringsoppholdet. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR

tetthet, svimmelhet, angst og nedtrykthet/ depresjon.

Norsk Funksjonsskjema (NF) (40, 41) ble benyttet for å måle opplevd funksjon. NF er basert på Verdens helseorganisasjons funksjonsklassifisering *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (35) og standardiserte funksjonsvurderinger. Spørreskjemaet består av 39 ulike spørsmål om funksjon som skal graderes på en fire-punkts skala:

1 = INGEN VANSKER
2 = NOEN VANSKER
3 = MYE VANSKER
4 = KAN IKKE

De 39 spørsmålene er delt inn i sju subskalaer (40). Det er til slutt et spørsmål der deltakerne skal vurdere egen arbeidsevne på en fem-punkts skala:

1 = IKKE ELLER UBETYDELIG NEDSATT
2 = IKKE SÆRLIG NEDSATT
= MIDDELS NEDSATT
4 = MYE NEDSATT
5 = SVÆRT MYE NEDSATT

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) ble brukt for å måle smerterelatert frykt i jobb- og aktivitetssammenheng (42). Dette spørreskjemaet er opprinnelig utviklet for å kunne måle unngåelsesadferd relatert til smerterelatert frykt hos personer med ryggplager. I dette datamaterialet ble skjemaet revidert til å omhandle alle plager i muskelskjelettsystemet. Testen er delt i to, hvorav den første delen tar for seg smerterelatert frykt for fysisk aktivitet (fem påstander), og den andre delen tar for seg smerterelatert frykt for jobb (11 påstander). Deltakerne svarer i hvilken grad de er enige i påstandene på en sju-punkts skala

: **0** = HELT UENIG
3 = USIKKER
6 = HELT ENIG

Statistikk

SPSS 16.0 ble brukt som statistisk verktøy. Demografiske data ble analysert ved hjelp av Chi-square test for independence. Forskjeller i skåre mellom institusjonene ved innkomst ble testet med independent samples t-test for SHC, NF og FABQ. Forskjeller i FABQ, NF og SHC fra oppstart til avsluttet rehabiliteringsopphold og etter tre måneder ble testet med one-way repeated measures ANOVA. P-verdi < 0,05 ble sett på som statistisk signifikant.

Resultater

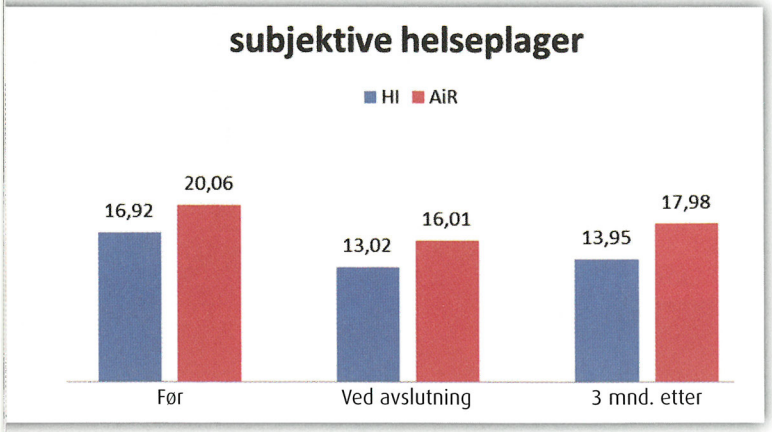
Det var en høyere andel menn ved HI (61.1 prosent) enn ved AiR (26.9 prosent), (p< 0.001). Det var ingen forskjeller i gjennomsnittsalder ved de to institusjonene (HI: 44 år, AiR: 45 år). Det var lengre gjennomsnittlig utdanningsløp ved AiR (13,4 år skolegang) sammenlignet med HI (11,3 år skolegang) (p< 0,001), og andelen som avsluttet skolegangen etter grunnskole var signifikant høyere ved HI (43,9 prosent) enn ved AiR (8,0 prosent) (p< 0,001). Andelen med manuelle yrker/ håndverksyrker var høyere ved HI (71,7 prosent) sammenlignet med AiR (36,2 prosent) (p< 0,001). Ved AiR var 71,6 prosent ansatt i en stillingsbrøk på 76–100 prosent mens andelen ved HI var 60, 6 prosent (p< 0,001). Det var også høyere gjennomsnittsinntekt blant pasientene ved AiR (288 578) sammenlignet med de ved HI (245 543) (p<0,001). Det var ingen forskjell mellom pasientgruppene i det å ha et arbeidsforhold eller ikke ved inntak eller i antall år hos siste arbeidsgiver.

Pasientgruppen ved HI rapporterte i denne studien mer muskelskjelettplager enn pasientgruppen ved AiR (FIGUR 2). Ved AiR ble det i større grad rapportert pseudonevrologiske plager som tretthet, søvnplager, angst og depresjon sammenlignet med HI (FIGUR 2). Pasientene ved HI rapporterte høyest grad av fysiske funksjonsnedsettelser, mens det ved AiR ble rapportert høyest grad av psykososiale funksjonsnedsettelser (FIGUR 3). Selvrapportert arbeidsevne var lavere ved HI sammenlignet med AiR (FIGUR 2). Smerterelatert frykt for jobb og fysisk aktivitet, var høyere ved HI sammenlignet med AiR, men begge pasientgruppene rapporterte høyere grad av smerterelatert frykt for jobb, sammenlignet med smerterelatert frykt for fysisk aktivitet (FIGUR 4).

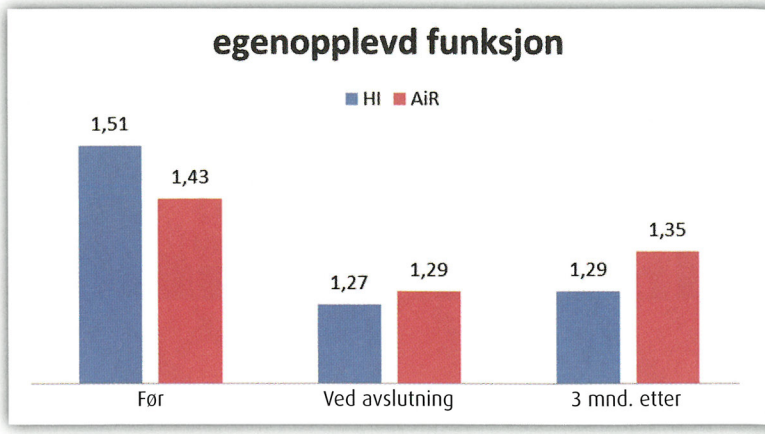
Figur 5–8 på side 30 og 31 beskriver den langsgående utviklingen for begge institusjoner fra før oppstart til direkte etter avsluttet rehabilitering og frem til tre måneder etter avsluttet rehabilitering. For subjektive helseplager (FIGUR 5), egenopplevd funksjon (FIGUR 6) og smerterelatert frykt (FIGUR 7 OG 8) observeres bedring ved både HI og AiR fra før oppstart rehabilitering frem til avsluttet rehabilitering. Fra avsluttet rehabilitering frem til tre måneder etter avsluttet rehabilitering er tendensen grader av forverring. Tendensen er likevel at det etter tre måneder fortsatt er en bedring sammenlignet med før oppstart rehabilitering ved begge institusjoner. Videre observeres at pasientene ved HI rapporterer større grad av egenopplevde funksjonsnedsettelser (FIGUR 6) og større grad av smerterelatert frykt i jobb (FIGUR 7) og fysisk aktivitet (FIGUR 8) enn pasientene ved AiR før oppstart rehabilitering. Det motsatte bildet vises for subjektive helseplager (FIGUR 5).

Diskusjon

Både HI og AiR har skreddersydde arbeidsrettede rehabiliteringsprogram for personer på helserelaterte ytelser. Målgruppene ved de to institusjonene er forskjellige, med hovedvekt på pasienter med muskelskjelettplager ved HI og vekt på både muskelskjelettplager og psykiske plager ved AiR. De rapporterte forskjellene i plager og funksjonsnivå mellom



FIGUR 5: Endring i totalskåre for subjektive helseplager fra oppstart rehabilitering til tre måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR



FIGUR 6: Endring i totalskåre for egenopplevd funksjon fra oppstart rehabilitering til tre måneder etter avsluttet rehabiliteringsopphold. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR

deltakerne i denne studien kan sies å gjenspeile forskjellene i målgrupper mellom institusjonene. Det vil ofte være flere fysiske jobbkrav innen håndverksyrker og manuelle yrker, som er mest representert ved HI. Jobbkrav innen pedagogiske yrker og helse- og omsorgsyrker kan kreve større grad av psykososial funksjonsevne.

Rehabiliteringsprogrammene har både likheter og ulikheter. Den største ulikheten synes å være HI's fokus på konkret arbeidstrening og intensiv fysisk trening. AiR vektlegger i større grad gruppebaserte intervensjoner rettet mot pasientens komplekse problemområde. Begge har en kognitiv atferdsrettet tilnærming med fokus på aktivitet til tross for smerter. HI og AiR illustrerer skreddersydde rehabiliteringsprogram rettet mot ulike målgrupper av pasienter på helserelaterte ytelser.

Det var en nedgang i rapporterte helseplager og i smerterelatert frykt for fysisk aktivitet hos begge pasientgruppene både ved avreise og tre måneder etter avsluttet opphold. Tidligere undersøkelser har vist at pasienter rapporterer mindre grad av helseplager etter tverrfaglig rehabilitering med vekt på fysisk aktivitet (48). Selv om behandlingsopplegget ved HI og AiR er forskjellig, legger begge institusjoner i stor grad vekt på fysisk aktivitet og at trygghet, mestring og læring hele tiden står i fokus. Smerterelatert frykt for jobb endret seg i HI-gruppen både fra pretest til posttest og fra pretest til tre måneder etter avsluttet opphold, mens det i AiR-gruppen var endring fra pretest til tre måneder etter avsluttet opphold. Det er interessant å merke seg at skårene holdt seg stabile fra posttest til tre måneder etter avsluttet opphold i begge gruppene. Overmier et al. (49) hevder at en effektiv terapi vil kreve atferdsrettede tiltak i selve situasjonen, tiltak som fremprovoserer frykt. Denne læringsteorien støtter oppunder arbeidstrening som en del av et rehabiliteringsprogram, men sier også noe om viktigheten av at tiltak settes i verk på arbeidsplassen.

Kognitiv psykologi og kognitiv terapi forutsetter at endringer i mestring, sykdomsforståelse og atferd tar tid. En del av et menneskes automatiske tanker og relasjoner er dannet i barnealder og er sterkt påvirket av våre sosiale relasjoner (50). Noen slike forestillinger kan være vanskeligere å endre enn andre. Det vil være relativt urealistisk å forvente målbare endringer på slike etablerte forestillinger etter bare henholdsvis fire og seks ukers intervensjon. Det faktum at det likevel var signifikante endringer både i smerterelatert frykt for jobb og smerterelatert frykt for fysisk aktivitet etter tre måneder ved begge institusjonene bekrefter at det likevel er mulig å endre relativt stabile kognitive forestillinger. Endringene kan skyldes prosesser igangsatt under oppholdet ved de ulike institusjonene, men også erfaringer i etterkant av oppholdet vil som nevnt være naturlig å ta med i disse beregningene.

Aktive fysiske tiltak har tidligere vist positiv virkning på psykiske plager som angst og depresjon (51). Bedring i ulike subjektive helseplager og egenopplevd funksjon er også i samsvar med kunnskap om at kognitiv atferdsterapi kan redusere smerteintensitet og opplevd smerte hos personer med ulike typer muskelskjelettplager (52).

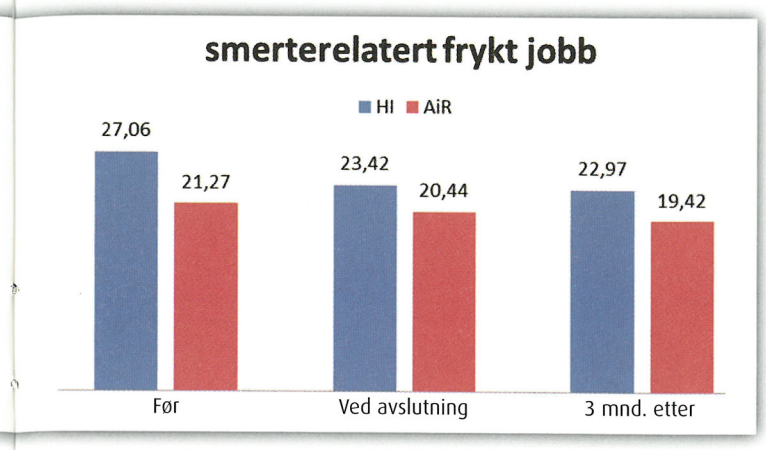
Det er internasjonalt gjort studier på tilbakeføringstiltak for sykmeldte med uspesifikke muskelskjelettlidelser, med hovedvekt på rygglidelser. Patrick Loisel kan sees på som en pioner på området, med sin canadiske Sherbrooke-modell som ble testet ut på 1990-tallet. I hans forskning understrekes viktigheten av å starte med arbeidsrettede tiltak på et tidlig stadium samt nytten av det å jobbe tverrfaglig i samarbeid med arbeidsplass, systematisk og målrettet (34). Som et resultat av Sherbrooke-modellen har flere forskere fra blant annet Nederland (53) og Danmark (33) kommet opp med modeller som er tilpasset sine nasjonale systemer og som er vist effektive. I alle nevnte modeller er strukturerte og koordinerte samhandlingsprosesser mellom sykmeldt, arbeidsplass og helsevesen en viktig del av rehabiliteringsprosessen. I Danmark, som er nærmest den norske velferdsmodellen, er også arbeids- og velferdssektoren (NAV) en viktig samhandlingsaktør. Progressiv fysisk trening og progresjon i arbeidslivsdeltakelse er også fellesnevnere i disse suksess-modellene.

I Norge er Loisels metodikk ennå ikke utprøvd i forskningen. Rehabiliteringsmodellen ved Hernes og AiR har begge flere likhetstrekk med Sherbrooke-modellen, og det vil være av interesse å få dokumentert eventuelle effekter av disse, med hovedvekt på tilbakeføring til jobb. Dokumentasjon av døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering på langtidssykmeldte er mangelfull i nasjonal og internasjonal forskning.

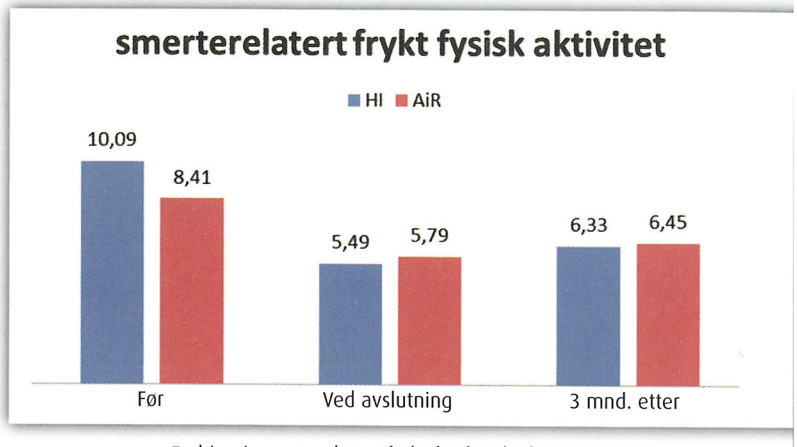
I denne studien hadde vi ikke tilgang til opplysninger om sykmeldingslengde i forkant av rehabiliteringsoppholdet eller arbeidsdeltagelse i etterkant. Det er heller ikke sett på medisinske diagnoser. Komplekse og sammensatte årsaksforhold ved sykefravær og stor grad av variasjon og bredde i tiltakskjeden gjør det vanskelig å si noe om hva som har påvirket resultatene i denne studien. Da denne studien ikke er et randomisert kontrollert forsøk er det ikke mulig å hevde med sikkerhet at de rapporterte endringene var et resultat av oppholdet ved de ulike institusjonene.

Konklusjon

Denne studien viser at pasientgruppene ved Hernes Institutt og Rehabiliteringssenteret AiR er forskjellige. Begge institusjoner tilbyr



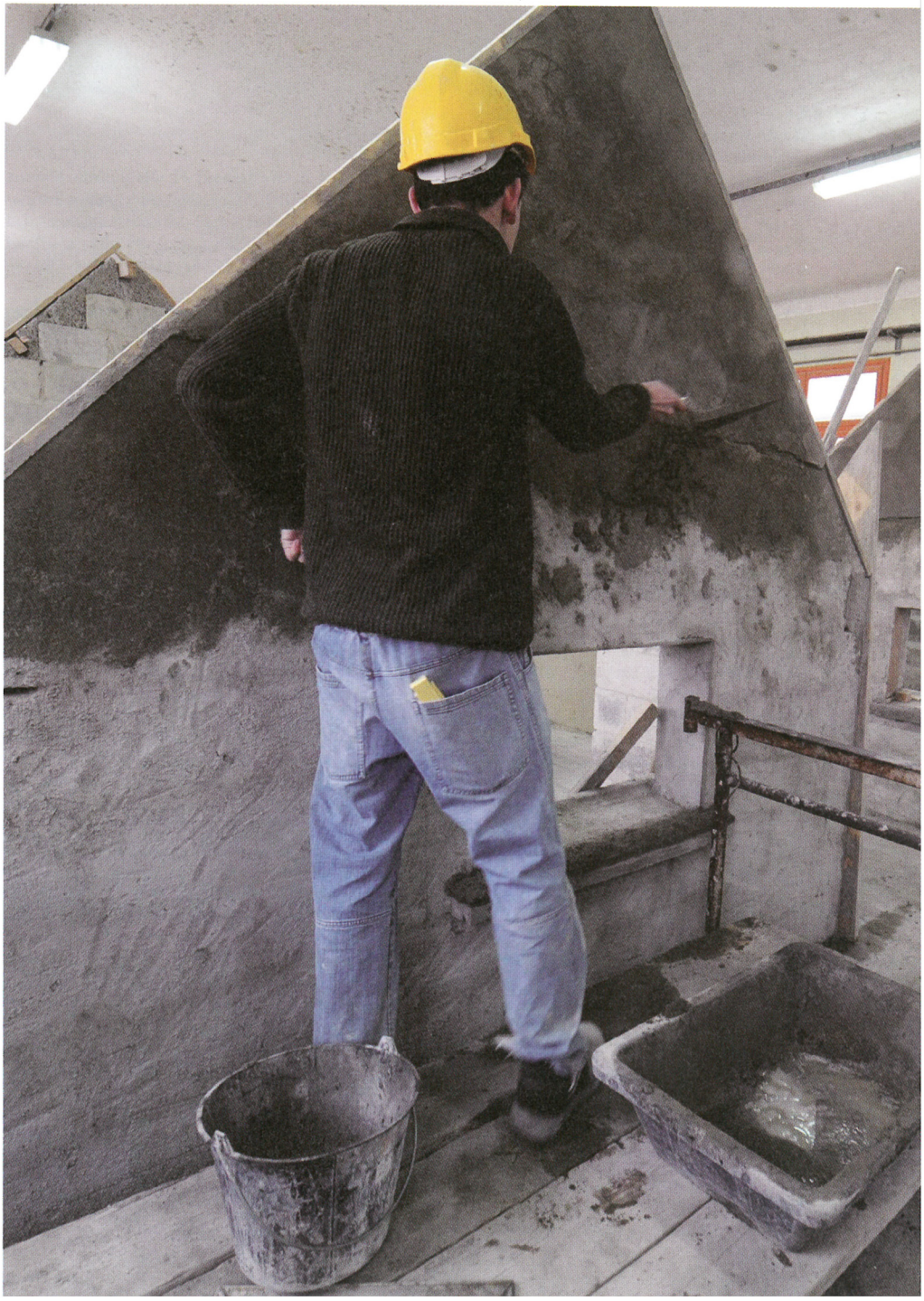
FIGUR 7: Endring i smerterelatert frykt for jobb fra oppstart rehabilitering til tre måneder etter avsluttet rehabilitering. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR



FIGUR 8: Endring i smerterelatert frykt for fysisk aktivitet fra oppstart rehabilitering til tre måneder etter avsluttet rehabilitering. HI = Hernes Institutt, AiR = Rehabiliteringssenteret AiR

tverrfaglige rehabiliteringsprogram der tilbakeføring til aktiv arbeidsdeltagelse er målet. HI har skreddersydd sitt program til pasienter i manuelle yrker og med lavt utdanningsnivå. Det er her lagt stor vekt på praktisk arbeidstrening og intensiv kondisjonstrening. AiR har skreddersydd sitt program til pasienter med sammensatte helseplager og komplekse problemstillinger knyttet til deres totale livssituasjon. Et opphold på begge institusjoner fører til positive endringer i faktorer som har vist seg å predikere tilbakeføring til arbeidslivet.

Designet i denne studien gir ikke mulighet for å hevde at endringer i rapporterte plager og funksjon skyldes rehabiliteringstiltaket alene. For å kunne dokumentere effekt av arbeidsrettede rehabiliteringstilbud i Norge er det et stort behov for mer evidens, gjerne gjennom randomiserte kontrollerte studier med kostnytte-analyser, for å kunne skape og validere gode modeller for hva effektive arbeidsrettede rehabiliteringstiltak skal inneholde og for hvilke pasientgrupper de skal gjelde.



REFERANSER

1. Haugli L, Hagen EM, Teige H, Andersen Ø, Kristoffersen OJ, Valla GL et al. Arbeidsrettet Rehabilitering i Norge idag – hvor står vi og hvor går vi? Utposten 2010 (4).
2. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12 (1): 34–43.
3. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68 (2): 207–10.
4. Natvig B, Bruusgaard D, Eriksen W. Localized low back pain and low back pain as part of widespread musculoskeletal pain: two different disorders? A cross-sectional population study. J Rehabil Med 2001; 33 (1): 21–5.
5. Van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2002; 16 (5): 761–75.

6. Waddell G. How patients react to low back pain. Acta Orthop Scand Suppl 1993; 251: 21–4.
7. Tellnes G, Bjerkedal T. Epidemiology of sickness certification – a methodological approach based on a study from Buskerud County in Norway. Scand J Soc Med 1989; 17 (3): 245–51.
8. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Pain 2005; 113 (3): 331–9.
9. Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients – a 12-month follow-up study. Eur J Pain 1998; 2 (4): 293–307.
10. Van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Pain 2000; 87 (3): 285–94.
11. Lancourt J, Kettelhut M. Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. Spine (Phila Pa 1976) 1992; 17 (6): 629–40.
12. Lehmann TR, Spratt KF, Lehmann KK. Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. Spine (Phila Pa 1976) 1993; 18 (8): 1103–12.
13. 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 (Phila Pa 1976) 2000; 25 (19): 2480–7.
14. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. A prospective cohort study of risk factors for disability retirement because of back pain in the general working population. Spine (Phila Pa 1976) 2002; 27 (16): 1790–6.
15. Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. Pain 1999; 80 (1–2): 329–39.
16. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. Pain 2001; 94 (1): 7–15.
17. Gallagher RM, Rauh V, Haugh LD, Milhous R, Callas PW, Langelier R, et al. Determinants of return-to-work among low back pain patients. Pain 1989; 39 (1): 55–67.
18. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine (Phila Pa 1976) 1995; 20 (24): 2702–9.
19. Haldorsen EM, Grasdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment, and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002; 95 (1–2): 49–63.
20. Haldorsen EM, Indahl A, Ursin H. Patients with low back pain not returning to work. A 12-month follow-up study. Spine (Phila Pa 1976) 1998; 23 (11): 1202–7; discussion 8.
21. McIntosh G, Frank J, Hogg-Johnson S, Bombardier C, Hall H. Prognostic factors for time receiving workers' compensation benefits in a cohort of patients with low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25 (2): 147–57.
22. Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, Meloche GR, Milner R, Zuberbier OA et al. Biopsychosocial multivariate predictive model of occupational low back disability. Spine (Phila Pa 1976) 2002; 27 (23): 2720–5.
23. Graff-Iversen S, Skurtveit S, Nybo A, Ross GB. [Trends when it comes to occupational physical activity among Norwegians aged 40–42 years during the period 1974–94]. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121 (22): 2584–8.
24. NOU. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. In: inkluderingsdepartementet Ao, editor. Oslo: 2000.
25. Tveramo A, Dalgard OS, Claussen B. [Increasing psychological stress among young adults in Norway, 1990–2000]. Tidsskr Nor Laegeforen 2003; 123 (15): 2011–5.
26. Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. J Epidemiol Community Health 2000; 54 (7): 484–93.
27. Schreuder JA, Roelen CA, van Zweeden NF, Jongsma D, van der Klink JJ, Groothoff JW. Leadership styles of nurse managers and registered sickness absence among their nursing staff. Health Care Manage Rev 2011; 36 (1): 58–66.
28. Westerlund H, Nyberg A, Bernin P, Hyde M, Oxenstierna G, Jappinen P, et al. Managerial leadership is associated with employee stress, health, and sickness absence independently of the demand-control-support model. Work 2010; 37(1): 71–9.
29. Nyberg A, Westerlund H, Magnusson Hanson LL, Theorell T. Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. Scand J Public Health 2008; 36 (8): 803–11.
30. Aas RW, Ellingsen KL, Lindoe P, Moller A. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. J Occup Rehabil 2008; 18 (4): 335–46.
31. 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.
32. Norlund L, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. Journal of Rehabilitation Medicine 2009; 41: 115–21.
33. Bultmann 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.
34. 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 (Phila Pa 1976) 1997; 22 (24): 2911–8.
35. Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. J Rehabil Med 2002; 34 (5): 201–4.
36. Eriksen HR, Ihlebaek C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints (SHC). Scand J Public Health 1999; 27 (1): 63–72.
37. Eriksen HR, Olff M, Ursin H. The CODE: a revised battery for coping and defense and its relations to subjective health. Scand J Psychol 1997; 38 (3): 175–82.
38. Ihlebaek C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. Scand J Public Health 2002; 30 (1): 20–9.
39. Eriksen HR, Ihlebaek C. Subjective health complaints. Scand J Psychol 2002; 43 (2): 101–3.
40. Brage S, Fleten N, Knudsrod OG, Reiso H, Ryen A. [Norwegian Functional Scale--a new instrument in sickness certification and disability assessments]. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124 (19): 2472–4.
41. Osteras N, Brage S, Garratt A, Benth JS, Natvig B, Gulbrandsen P. Functional ability in a population: normative survey data and reliability for the ICF based Norwegian Function Assessment Scale. BMC Public Health 2007; 7: 278.
42. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. Pain 1993; 52 (2): 157–68.
43. Grotle M, Brox JI, Vollestad NK. Reliability, validity and responsiveness of the fear-avoidance beliefs questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version. J Rehabil Med 2006; 38 (6): 346–53.
44. Aas RW, Strupstad JH, Solberg A, Kiær E, Ellingsen KL, Teige H. IRIS-rapport: Hva er beste praksis for oppfølging av sykmeldte med uspesifikke muskel- og skjelettplager. Stavanger: International Research Institute of Stavanger; 2011.
45. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47 (9): 1102–14.
46. 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.
47. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. Occup Environ Med 1994; 51 (9): 597–602.
48. Oyeflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. J Rehabil Med 2008; 40 (7):548–54.
49. Overmier JB. Sensitization, conditioning, and learning: can they help us understand somatization and disability? Scand J Psychol 2002; 43 (2): 105–12.
50. Hollon SD. What is cognitive behavioural therapy and does it work? Commentary. Current Opinion in Neurobiology 1998; 8 (2): 289–92.
51. Martinsen EW, Olsen T, Tonset E, Nyland KE, Aarre TF. Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. Nordic Journal of Psychiatry 2002; 56: 23.
52. Van Tulder M, Koes B. Low back pain and sciatica (chronic). Clin Evid 2003: 1260–76.
53. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. BMJ 2010; 341: c6414.

john@hernesinstitutt.no